



Kassennärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bericht an die Vertreterversammlung

Dr. med. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstandes

Sitzung der Vertreterversammlung der KBV
am 4. Dezember 2009 in Berlin

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Vorweihnachtszeit hat in unserer Gesellschaft immer auch etwas Hektisches. Neben den alltäglichen Beschäftigungen werden die Vorbereitungen für das Fest getroffen; Geschenke müssen überlegt und besorgt, Familienbesuche geplant werden. Die Vorweihnachtszeit hat aber auch immer etwas Besinnliches: Wenn der Adventsschmuck eine anheimelnde Atmosphäre schafft und im Fernsehen ein Jahresrückblick nach dem anderen läuft, kehrt auch in der KBV Ruhe ein: Man konnte liegen gebliebene Sachen erledigen, die Akten des zu Ende gehenden Jahres verräumen, manchmal sich davon schleichen und Weihnachtsgeschenke kaufen. Nicht in diesem Jahr, da werden wir, wenn es so weiter geht, auch noch am 24. Dezember mit den Krankenkassen streiten. Trotzdem ziehen wir, wie so mancher, Bilanz über das sich dem Ende zuneigende Jahr. Was war gut, was war schlecht, was hätte man besser machen können, wo war man erfolgreich?

Wie sieht diese Bilanz des Jahres 2009 für die KBV und die KVen aus?

Da ist zunächst die politische Ebene. 2009 war ein Superwahljahr mit einigen Landtagswahlen und der Bundestagswahl im September. Ein für Etliche doch überraschendes Ergebnis der neuen Regierungsbildung war der Name des neuen Gesundheitsministers: Philipp Rösler. Herr Rösler ist der erste liberale Minister auf diesem sicher nicht einfachen Regierungsposten. Mit dieser Besetzung dürfte eines ziemlich klar sein: Der Weg in ein immer mehr staatlich gesteuertes Gesundheitssystem mit extrem detaillierten Vorgaben in der Gesetzgebung und immer mehr zentralistischer Steuerung, wie wir ihn während der Jahre unter Ministerin Schmidt erlebt haben, wird nicht mehr weiter beschritten. Die neue Koalitionsregierung bekennt sich klar zu einem freiheitlichen System. Ich zitiere: „Der Weg in die Einheitskasse und ein staatlich zentralistisches Gesundheitssystem sind der falsche Weg“.¹ Gleichzeitig betont die neue Regierung auch die soziale Komponente: Der Leistungskatalog soll bestehen bleiben, alle Menschen in Deutschland sollen auch künftig „unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko weiterhin die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können“². Dazu lässt sich aus unserer Sicht nur feststellen: Genau das wollen wir auch, genau dafür treten wir ebenfalls ein.

Während der Wahlkämpfe des Jahres 2009 ist es uns gelungen, die vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Anliegen erfolgreich zu thematisieren und Problembewusstsein für die bestehenden Schwierigkeiten zu schaffen. Dazu haben wir in den Vertreterversammlungen im März und im Mai unsere Forderungen formuliert und in öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen immer wieder vorgestellt. Wir haben Strategien entworfen und auf die existierenden Missstände immer wieder hingewiesen. Einiges – wenn auch nicht alles – davon finden wir in der Koalitionsvereinbarung wieder.

¹ Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, S. 86.

² Koalitionsvertrag, S. 85.

Ganz oben auf der Liste der positiv zu wertenden Aussagen in der Koalitionsvereinbarung steht das Bekenntnis der Regierungsparteien zur Freiberuflichkeit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, dicht gefolgt von dem Bekenntnis zur derzeitigen Struktur der Versorgung. Beides belegt: Unser Kampf für den freien Beruf und für freiberufliche Strukturen zeigt Wirkung! Verfolgt man die Äußerungen von Herrn Rösler in den ersten Wochen seit seiner Amtsübernahme, stehen deutlich zwei Themen im Vordergrund: Zum einen die Finanzierungsreform, zum anderen der Bürokratieabbau. Minister Rösler wird nicht müde, in jedem Interview darauf hinzuweisen, dass die derzeitigen bürokratischen Vorschriften Ärzte davon abhalten, das zu tun, was ihre Aufgabe ist, nämlich Patienten zu behandeln. Da zeigt sich seine berufliche Herkunft als Arzt. Er kennt, was wir alle kennen: Den täglichen Kampf mit der Bürokratie. Im Koalitionsvertrag liest sich das so: „Wir brauchen eine Kultur des Vertrauens anstelle überzogener bürokratischer Vorschriften“.³ Das hört sich gut an, aber natürlich wissen wir auch, dass Ankündigungen an sich noch nicht viel bedeuten; es müssen die Taten und vor allem Gesetze folgen. Die werden wir immer wieder einfordern. Und selbstverständlich werden wir die Möglichkeiten der Selbstverwaltung dazu so weit wie möglich ausschöpfen.

Die Koalitionsvereinbarung anerkennt auch ein anderes, immens wichtiges Faktum: Dass nämlich das Gesundheitswesen „der wichtigste Wachstums- und Beschäftigungssektor in Deutschland“⁴ ist. Gerade in der Krise sichert diese personalintensive Branche viele Arbeitsplätze. Das gilt auch für die ambulante ärztliche Versorgung: Knapp 500.000 medizinische Fachangestellte und andere Berufe finden Arbeit in unseren Praxen! Allerdings nur, wenn die Finanzierung gesichert ist. Da geht es derzeit hin und her: Klar ist nur, dass der Arbeitgeberbeitrag in der GKV bei sieben Prozent eingefroren werden und es langfristig zu lohnunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen kommen soll, die sozial ausgeglichen werden. Wie das gemacht wird, vor allem wie der soziale Ausgleich zwischen den Versicherten bezahlt werden soll, steht derzeit allerdings vollständig in den Sternen.

Nicht nur deswegen ist eine andere Aussage des Koalitionsvertrags so wichtig: Die Koalition sieht die privaten Krankenversicherungen als „konstitutives Element in einem freiheitlichem Gesundheitswesen“⁵. Das ist eine ganz klare Absage an das von der ehemaligen Ministerin Schmidt und der SPD verfolgte Ziel der Abschaffung der PKV als Krankenvollversicherung. Untermuert wird diese Aussage durch die Absicht, den Zugang zur PKV wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze zu ermöglichen und die GOÄ zu modernisieren. Wie wichtig das für eine gute Infrastruktur in der Versorgung ist, brauche ich hier nicht gesondert zu betonen.

Der Bundeszuschuss aus Steuergeldern, den die Koalition für krisenbedingte Einnahmefälle in der GKV beschlossen hat, ist ebenfalls zu begrüßen. Allerdings lassen die Kassen schon vermehren, dass das nicht ausreichen wird und fordern – wen wundert es – im gleichen Atemzug eine Begrenzung des Honorarwachstums. In den Positionen des GKV-Spitzenverbandes kann man dazu folgendes lesen: „Künftig sind Honorarerhöhungen auszuschließen, wenn die Beitragseinnahmen der Krankenkassen aufgrund der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung stagnieren oder sogar sinken“.⁶ Dazu sage ich ganz klar: Die Damen und Herren Kassenvertreter, die das fordern, haben die Zeichen der Zeit nicht erkannt! Ärzte haben trotz der Verbesserungen durch die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung den Rückstau durch mehr als 15 Jahre Budgetierung noch nicht aufgeholt. Sie werden rasant zur Mangelware. Wer ihnen jetzt

³ Ebda., S. 84.

⁴ Ebda., S. 86.

⁵ Ebda., S. 86.

⁶ Perspektiven für Reformen – Die Positionen des GKV-Spitzenverbandes für ein zukunftsfestes Gesundheitswesen, Beschluss des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes vom 26.11.2009, S. 4.

wieder ein wie auch immer geartetes Budget ohne Berücksichtigung der Morbidität, des medizinischen Fortschritts oder gestiegener Kosten aufdrücken will, der wird sehr schnell merken, dass er sich nicht mehr um zu hohe Ausgaben sorgen muss, sondern darum, wie eine ausreichende Versorgung der Versicherten noch gewährleistet werden kann!

Auch bei der Arzneimittelversorgung tut sich etwas: Die Koalitionäre wollen alle Instrumente die derzeit gelten überprüfen. Denn diese widersprechen sich teilweise und führen zu der bereits beklagten Überregulierung, die abgebaut werden soll. Allerdings gilt auch bei diesem wichtigen Thema: Die Aussagen sind zwar positiv, aber derzeit noch extrem vage. Wir werden jedenfalls unser Konzept für eine Neuordnung der Arzneimittelversorgung offensiv in die Politik tragen und uns für tragfähige Lösungen einsetzen. Herr Dr. Müller wird dazu gleich noch weiter ausführen.

Das Gleiche werden wir auch im Hinblick auf die Aussagen zum Wettbewerb in der Koalitionsvereinbarung tun: Dort heißt es nämlich, dass „auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen“⁷ werden. Dabei soll das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der GKV Anwendung finden. Marktbeherrschende Stellungen von Kassen und Anbietermonopolen wären dann nicht mehr möglich. Das hätte Auswirkungen auf die anhaltenden Fusionen der Krankenkassen, die dann einer kartellrechtlichen Genehmigung unterlägen. Ähnliches gilt auch für regional beherrschende Gesundheitskonzerne, denen eine Monopolstellung verwehrt würde. Beides wäre aus unserer Sicht sehr zu begrüßen.

Und es müsste eigentlich Auswirkungen haben auf den Wehmutstropfen, der den Koalitionsvertrag für das KV-System dann doch fast ungenießbar macht: Den vorläufigen Fortbestand des § 73b SGB V in der Fassung des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes. Damit wird das aus unserer Sicht wettbewerbswidrige faktische Monopol für den Hausärzteverband vorerst weiter bestehen; die Gefahren, die sich daraus für die Regelversorgung im Kollektivvertrag ergeben werden also größer, vor allem weil jetzt über 1.800 Schiedsamtentscheidungen zu hausarztzentrierten Verträgen anstehen. Mit diesem ordnungspolitisch völlig verfehlten Paragraphen werden wir uns nie abfinden! Unterstützung finden wir in dieser Haltung an vielen Stellen: So schreibt der GKV-Spitzenverband in seinem Positionspapier: „Die Regelungen zur hausärztlichen Versorgung in § 73b SGB V sind ein eindeutiger Verstoß gegen die Grundsätze des Vertragswettbewerbs. Sie müssen daher dringend geändert werden“.⁸ Für uns bleibt es die zentrale Forderung an die neue Bundesregierung: Dieser Paragraph muss dringend geändert werden! Dazu später noch mehr.

Welche weiteren Forderungen sich nach der Vorlage des insgesamt aus unserer Sicht doch positiv zu wertenden Koalitionsvertrags ableiten, werde ich gleich noch ausführen. Denn die politischen Ereignisse des Jahres 2009 sind das eine, das andere – und das hat uns in dem nun zu Ende gehenden Jahr Tag und Nacht umgetrieben und wird uns weiter umtreiben – ist die Honorarreform.

Wie ist denn da der tatsächliche Stand? Haben sich die extremen Befürchtungen, die noch zu Anfang des Jahres 2009 zu lautstarken Protesten der Ärzte geführt haben bewahrheitet? Definitiv nein! Generell können wir feststellen: Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung hat zu einem deutlichen durchschnittlichen Honorarzuwachs geführt. Insgesamt profitieren die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten von den Veränderungen. Etwas anderes zu behaupten, wäre schlicht unredlich.

⁷ Koalitionsvertrag, S. 87.

⁸ Perspektiven für Reformen, S. 3.

Wie war denn die Ausgangslage? Die gemeinsame Selbstverwaltung stand im Bewertungsausschuss vor der extrem schwierigen Aufgabe, ein vollständig neues Honorarsystem ohne gesetzlich vorgesehene Konvergenzphase unter weitgehend neuen Voraussetzungen in kürzester Zeit umzusetzen. Um die Größe des Projekts klar zu machen: Wir haben eine Umstellung des Vergütungssystems für 140.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten unter den Bedingungen einer bundesweiten Angleichung mit all den daran hängenden Problemen zwischen August 2008 und heute weitgehend erfolgreich umgesetzt. Ich darf nur daran erinnern, dass es für die Umstellung der Vergütung im Krankenhaus auf das DRG-System eine siebenjährige Konvergenzphase gab! Natürlich mussten auch wir nachbessern, adjustieren und eine, wenn auch sehr viel kürzere, Konvergenzphase einführen, um die heftigsten Ausschläge abzumildern. Dennoch: Es ist dem KV-System zu verdanken, dass diese Umstellung überhaupt gelungen ist. Die Leistung der KVen dabei ist beachtlich und führt diese teilweise an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Neben der grundlegenden Umstellung und der in der Anfangsphase fast quartalsweise erforderlichen Nachjustierungen ist in einigen Regionen auch eine wahre Flut von Widersprüchen zu bewältigen. Weniger professionelle Systeme hätten dem kaum standgehalten und dabei ihre anderen Aufgaben auch noch gut erledigt!

Die historische Chance, die sich mit der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergab, mussten wir im Interesse der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nutzen und wir haben sie genutzt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt hätten wir keine Chance mehr. Allerdings müssen wir feststellen, dass auch Kommunikationsfehler begangen worden sind, die den Erfolg in der Außendarstellung mindestens zu Anfang eher als einen Misserfolg erscheinen ließen. Dazu haben die in den einzelnen KVen extrem unterschiedlichen öffentlichen Äußerungen erheblich beigetragen. Und wir müssen konstatieren, dass gerade bei der Umsetzung dieser Mammutreform auch die Schwächen der Struktur des KV-Systems sehr deutlich zutage getreten sind: Die oft divergierenden Interessen der einzelnen KVen haben unsere gemeinsame Schlagkraft gemindert und zu in der Außendarstellung oft schädlichen Auseinandersetzungen geführt. Als „Schuldige“ stand allzu häufig die KBV am Pranger, obwohl es oft die föderale Struktur und deren Uneinheitlichkeit und Uneinigkeit war, die die KBV vor nur sehr schwer zu lösende Probleme gestellt hat.

Ich darf Ihnen einmal aus eigener Erfahrung schildern, wie sich das oft anfühlt: Aufgabe der KBV ist es, das große Ganze, die großen Linien im Blick zu haben. Wir haben klare Ziele, die wir stringent verfolgen. Dann kommt die eine KV und sagt, dass das aber nicht ginge, weil es wegen dieser oder jener spezifischen Konstellation für sie nachteilig wäre. Dann kommt die andere KV und sagt, dass die geplante Änderung im Prinzip ja gut wäre, aber leider zum jetzigen Zeitpunkt nicht umsetzbar sei. Alle zupfen mit ihren spezifischen – und oft auch aus regionaler Sicht berechtigten – Forderungen an der Linienführung. Dabei die Spur zu halten, ist schwierig, nervig und manchmal eben auch unmöglich.

Vor allem, weil es ja nicht nur die KVen, sondern auch jede einzelne Arztgruppe ist, die genau das tut. Die Berufsverbände der Arztgruppen argumentieren dabei häufig genug auch noch widersprüchlich: Sie wollen einerseits bundesweit einheitliche Vergütungen, andererseits wollen sie aber auch die regionalen Unterschiede erhalten. Und mit den Arztgruppen ist es noch nicht genug: Da kommen dann auch noch die Gemeinschaftspraxen, die MVZ, die Einzelpraxen, die Landarztpraxen, die Praxen in Ballungszentren, die ermächtigten Ärzte und viele mehr. Ich bin sicher, dass jeder einzelne KV-Vorstand mir das sehr gut nachfühlen kann, denn das ist auf Landesebene nicht anders! Und bitte missverstehen Sie mich nicht: Jede Arztgruppe und jede Praxisform hat das Recht und die Pflicht, die Interessen ihrer Gruppe entsprechend zu vertreten.

Das führt unter anderem dazu, dass die KBV, und da insbesondere unsere Honorarexperten, ungeheuer viel Arbeitszeit aufwendet, um all diese Forderungen zu bewerten, Anfragen zu beantworten und in vielen Fällen auch diese Forderungen in die Verhandlungen einzubringen. Leicht ist das mit Sicherheit nicht! Deswegen wünsche ich mir, dass jede Gruppe neben ihren fachspezifischen oder regionalen Interessen auch die große Linie sieht und in ihre Überlegungen mit einbezieht.

Und es sind ja nicht nur die aus der Heterogenität unserer Mitglieder resultierenden Probleme, die die Arbeit zunehmend erschweren. Dazu kommt, dass – und das zeigt die Abfolge und der Verlauf der Sitzungen des Bewertungsausschusses und des Erweiterten Bewertungsausschusses – die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband immer schwieriger geworden sind. Dieser hat durch die ihm per Gesetz verordnete Zentralisierung deutlich mehr Schlagkraft gewonnen und tritt mindestens nach außen geschlossen auf. Dass wir dem nicht immer Gleiches entgegensetzen konnten, hat uns bestimmt nicht geholfen! Da habe ich mir das eine oder andere Mal gewünscht, auch wir würden über die Disziplin und das Rückgrat verfügen, im Interesse des Ganzen dort, wo es notwendig ist, abweichende Einzelinteressen hintan zu stellen.

Vieles konnte jedenfalls nicht einvernehmlich mit den Kassen beschlossen werden und erforderte Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses. Auch die Rolle des Bundesgesundheitsministeriums, das sich immer mehr fachlich eingemischt hat, muss kritisch gesehen werden. Ob der neue Gesundheitsminister es ernst meint mit seiner Aussage, dass es wieder der Selbstverwaltung überlassen bleiben muss, die Gesetze zu konkretisieren und das Ministerium sich nur auf die Rahmensetzung beschränken wird, wird sich unter anderem auch an dem künftigen Agieren des BMG im Bewertungsausschuss zeigen.

Natürlich gibt es in der einen oder anderen Arztgruppe, der einen oder anderen besonderen Konstellation und insbesondere in den Bundesländern mit niedrigen Zuwachsraten noch echte Probleme. Hinzu kommen in Bayern und Baden-Württemberg, die durch die Reform besonders gebeutelt sind, noch die durch die Bereinigung der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung verursachten Probleme. Das verzögert die Endabrechnungen und es sorgt immer noch für Verwirrung und Verunsicherung. Das System als solches ist aber weitgehend etabliert und hat für das kommende Jahr bereits bewiesen, dass unseren Mitgliedern die dringend notwendigen Steigerungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen auch zukommen. Das ist angesichts der Krise und den oben bereits genannten Forderungen der Krankenkassen nach Honorarstagnation ein klarer Beleg für die Richtigkeit der Umstellung!

Im Rückblick auf das Jahr 2009 bewerte ich jedenfalls die Honorarreform insgesamt als erfolgreich. So gesehen haben sich die unzähligen Arbeitsstunden, die im Hause der KBV, der KVen, der Vertragspartner und im Institut des Bewertungsausschusses unter teils extremer Belastung geleistet worden sind wahrlich gelohnt. Die Belastung ist allerdings noch nicht vorbei: Noch stehen wichtige Beschlüsse an. Dazu komme ich gleich.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein Schmankerl aus der Bilanz des Jahres 2009 möchte ich nicht auslassen: die europaweite Einführung einer einheitlichen Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Auf Initiative der KV-Brandenburg, und hier insbesondere von Herrn Dr. Helming, ist es der KV und der KBV gelungen, genügend Unterstützung in Brüssel dafür zu mobilisieren. Vor einigen Tagen kam die endgültige Zusage aus Brüssel: die 116 117 steht künftig für diesen Zweck zur Verfügung. Diese einheitliche Rufnummer wird für die Versicherten nach ihrer Umsetzung eine echte Erleichterung sein: sie müssen, egal wo sie wohnen, nur noch diese Nummer wählen und sind dann mit der zuständigen Bereitschaftsdienstzentrale verbunden. Damit kann das KV-System seinen

Service für Versicherte spürbar verbessern und sich auch in der Bevölkerung als Organisator einer qualitativ hochwertigen ambulanten ärztlichen Rund-um-die-Uhr-Versorgung profilieren.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Bei einem Jahresrückblick darf natürlich eine Bewertung des für das KV-System aktuell bedrohlichsten Problems nicht fehlen: Welche Auswirkungen hat der vorläufige Fortbestand des § 73b SGB V auf den Kollektivvertrag, auf die Versorgung der Versicherten und auf unsere Mitglieder?

Wie schwierig die Situation bereits ist, belegen die Vorgänge in Bayern und Baden-Württemberg eindrücklich. Dort ist die Situation mittlerweile extrem angespannt: In Bayern wurde die rückwirkende Bereinigung vom Landessozialgericht für zulässig erklärt. Das stellt die KV vor enorme Schwierigkeiten. Es gibt bis heute noch keine rechtssichere Lösung des Problems des Bereinigungsverfahrens. Beide Länder sind eindringliche Belege dafür, dass wir dringend auf Bundesebene einen Beschluss des Bewertungsausschusses brauchen, der Klarheit schafft und für die anstehenden Schiedsverfahren – immerhin fast 1.800 an der Zahl – den Weg vorgibt. Nichts wäre desaströser als überall unterschiedliche Verfahren; keiner hätte in irgendeiner Hinsicht Planungssicherheit.

Bei allem Bauchgrimmen, den der jetzt anstehende Beschluss mir verursacht: Er ist der beste Weg, um mit den Problemen einigermaßen sachgerecht umzugehen. Denn worum geht es? Wir wollen nicht, dass Versicherte von Krankenkassen, die (noch) keinen HzV-Vertrag haben und Versicherte, die sich nicht einschreiben wollen, unter der Bereinigung leiden. Und wir wollen, dass Vertragsärzte, die nicht an einem solchen Vertrag teilnehmen können oder wollen, darunter so wenig wie möglich leiden.

Selektive Vollversorgungsverträge erfordern, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um den Leistungsanteil gekürzt wird, der in den Selektivvertrag abwandert. Weniger Gesamtvergütung bedeutet, dass Vertragsärzte weniger Honorar erhalten. Die alles entscheidende Frage ist, wie die Kürzungen auf die Vertragsärzte verteilt werden. Erhalten alle weniger oder nur diejenigen, die an einem solchen Vertrag teilnehmen? Letzteres wäre sachgerecht, denn diese Vertragsärzte bekommen ja für Patienten im Selektivvertrag wieder Honorar. Dagegen wäre es völlig ungerecht, wenn ein Arzt in Garmisch-Partenkirchen weniger Honorar bekommt, nur weil ein Kollege in Fürth an einem HzV-Vertrag teilnimmt. Hier prallen die Positionen der Krankenkassen und unsere aufeinander: Während wir die sachgerechte Lösung zum Schutz der Versicherten und Ärzte im Kollektivvertrag anstreben, möchten die Kassen die Bereinigung deutlich stärker auf alle Ärzte umlegen.

Das Problem liegt vor allem darin, dass die im Kollektivvertrag zur Verfügung stehenden Mittel begrenzt sind. Auf die Ärzte wird diese Begrenzung durch die Regelleistungsvolumen umgelegt. Diese stellen die Menge der in der Regel in einer Fachgruppe erbrachten medizinischen Leistungen dar, für die die in der Gebührenordnung regional festgelegten Euro-Preise bezahlt werden. Es errechnet sich für eine Arztpraxis aus der Anzahl ihrer Fälle auf der Basis des Vorjahresquartals multipliziert mit dem geltenden RLV-Fallwert der Fachgruppe. Darüber hinaus werden im Kollektivvertrag noch freie Leistungen vergütet, die teilweise ebenfalls einer Mengengrenzung unterliegen. Bei Überschreitungen der begrenzten Menge wird abgestaffelt, also deutlich weniger bezahlt. Außerdem gibt es noch besonders förderungswürdige Leistungen, für die die Krankenkassen immer den vereinbarten Preis bezahlen.

Die Systematik der Regelleistungsvolumen sieht vor, dass diese für die jeweilige Fachgruppe in einer KV-Region kassenübergreifend festgelegt werden. Für jeden GKV-Versicherten soll der

Arzt bei gleicher Erkrankung in der Regel das gleiche Honorar erhalten. Das ist richtig, denn es verhindert Risikoselektion. Aber bei der Bereinigung entstehen dadurch große Probleme.

Eine faire Bereinigung kann es gar nicht geben: Entweder wird der Selektivvertrag oder der Kollektivvertrag bevorteilt, entweder werden die am Vertrag teilnehmende Ärzte oder die nicht teilnehmenden benachteiligt. Das ist das Problem! Vor allem, weil alle Ärzte unsere Pflichtmitglieder sind und wir so oder so die Interessen einer Gruppe nicht adäquat berücksichtigen können.

Ich möchte das an einem Beispiel deutlich machen. Der Hausarzt Dr. Maier nimmt am HzV-Vertrag teil. Er hatte vor seinem Beitritt zum HzV-Vertrag 1.000 Scheine im Quartal und bekommt im Kollektivvertrag das dafür vorgesehene Regelleistungsvolumen zugewiesen. Jetzt schreiben sich die Hälfte der Patienten von Dr. Maier in einen HzV-Vertrag ein. Diese scheiden damit aus der kollektivvertraglichen hausärztlichen Versorgung aus. Das Geld für diese Patienten bekommt die KV nicht mehr, sondern es wird von der Managementgesellschaft der Vertragspartner auf anderem Weg abgerechnet. Folgerichtig sinkt die Fallzahl von Dr. Maier im Kollektivvertrag von 1.000 auf 500. Deswegen ist es logisch und richtig, dass Dr. Maier sein Regelleistungsvolumen auch nur noch für diese 500 Patienten zugewiesen bekommt.

Leider ist es nicht so einfach. Denn es wird auch Fälle geben, in denen ein Patient, der vorher bei einem anderen Arzt war, sich einschreibt und zu Dr. Maier wechselt. Für diesen Patienten hatte Dr. Maier in seinem Regelleistungsvolumen (RLV) kein Geld eingestellt, also darf ihm das auch nicht gekürzt werden. Andererseits erhält Dr. Maier auch für diesen Patienten Geld aus dem HzV-Vertrag und das muss ja irgendwoher kommen. Irgendeinen anderen bestimmten Hausarzt zu bereinigen kommt ebenfalls nicht in Frage, denn das würde voraussetzen, dass wir in jedem einzelnen Fall wissen, wo der Patient vorher war. Das aber ist unmöglich.

Die jetzt angestrebte Lösung sieht für diese sog. „Patientenwanderer“ vor, den Fallwert der Arztgruppe, zu der der Selektivvertragsarzt gehört, zu kürzen. Dadurch sinken auch die RLV derjenigen Ärzte, die nicht teilnehmen, allerdings fällt deren Belastung sehr viel geringer aus als bei einer Bereinigung der RLV für alle Selektivvertragspatienten.

Wir halten das Prinzip, dass die Bereinigung grundsätzlich „individualisiert“ wird für richtig. Dort, wo das nicht möglich oder nicht sachgerecht ist, wird die Bereinigung „sozialisiert“, indem alle Ärzte der betroffenen Fachgruppe in verträglicher Höhe abgesenkt werden. Damit tragen vordergründig die am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte das größere Risiko. Aber sie haben auch die Chance, dieses Risiko über zusätzliche Erträge aus dem Selektivvertrag und über die Laufzeit des Vertrages auszugleichen, wenn nach der Phase der Einschreibung eher chronisch Kranker, dann auch zunehmend weniger Kranke eingeschrieben werden.

Auch die Höhe der Bereinigung pro Patient ist schwer festzulegen, da der Leistungsbedarf sehr unterschiedlich ist. Im Falle der 500 eingeschriebenen Bestandspatienten von Dr. Maier ist es relativ klar: Diese können mit ihrem historischen Leistungsbedarf, also dem, was sie in den vergangenen vier Quartalen gebraucht haben, bereinigt werden. Es gibt aber auch Patienten, bei denen der historische Leistungsbedarf nicht ermittelt werden kann, etwa bei Kassenwechslern. Setzt man deren Bereinigung mit dem durchschnittlichen Leistungsbedarf aller am Vertrag teilnehmenden Versicherten an, besteht die Gefahr der zu hohen oder auch der zu niedrigen Bereinigung.

Mit diesem Problem hängt auch der potenziell falsche Anreiz in den bestehenden HzV-Verträgen zusammen: Der hohe Pauschalierungsgrad in der Vergütung setzt Anreize, „teure“ Patienten in der kollektivvertraglichen Versorgung zu belassen und „preiswerte“ Patienten dazu zu bewegen, sich einzuschreiben. Noch gibt es für dieses Phänomen keine wirklich belastbaren Zahlen, aber das werden wir aufmerksam verfolgen. Erste Schätzungen zeigen sehr wohl, dass

das schon jetzt mindestens vereinzelt passiert. Dieser Mechanismus hätte zur Folge, dass für alle Versicherten, die weiter im Kollektivvertrag behandelt werden, weniger Geld als zuvor zur Verfügung stünde. Und diese Ungerechtigkeit kann niemand ernsthaft befürworten!

Ein ähnliches Problem entsteht, wenn sich Versicherte einschreiben, die normalerweise nicht zum Arzt gehen. Im Kollektivvertrag entsteht dann kein Fall und es erfolgt auch keine Vergütung. Im HzV-Vertrag à la Baden-Württemberg ist das anders: Durch die kontaktunabhängige Pauschale erhält der HzV-Arzt auch dafür Geld. Muss dieser Versicherte dann mit Null bereinigt werden, was sachgerecht wäre? Oder wird auch dafür bereinigt, weil nicht nachvollzogen werden kann, dass dies ein solcher Patient war oder weil die Bereinigungssystematik so beschlossen wurde? Wieder würde dem Kollektivvertrag ungerechtfertigt Geld entzogen.

Und noch eins: Auch eingeschriebene Versicherte halten sich nicht immer an die Vorgabe, nur ihren Hausarzt aufzusuchen. Manchen gehen immer noch auch zu weiteren Hausärzten. In diesen Fällen muss die Kasse die dadurch entstandenen Arzthonorare fraglos übernehmen, denn dem Kollektivvertrag können sie nicht zur Last gelegt werden.

Mit unserem Vorschlag zu den anstehenden Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses, die wir dazu am 1. Dezember 2009 nochmals intensiv und auch kontrovers diskutiert haben, sehen wir die meisten der angesprochenen Probleme weitgehend sachgerecht gelöst. Sie verhindern, dass der Kollektivvertrag übermäßig ausblutet und gewährleisten, dass den Leistungsverlagerungen aus dem Kollektivvertrag in den Selektivvertrag hinein auch die entsprechenden Mittel folgen. Ich bin sehr zuversichtlich, dass es uns am 9. Dezember 2009 gelingen wird, eine tragfähige Lösung des Problems in trockene Tücher zu bringen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Selektivverträge als Vollversorgungsverträge mit Bereinigung bereiten aus den beschriebenen Gründen heraus viele Probleme und belasten die Versorgung aller Versicherten, die nicht eingeschrieben sind, ebenso wie alle Ärzte, die nicht teilnehmen. Und wofür? Objektiv gibt es bis heute überhaupt keinen Beleg dafür, dass die Versorgung besser oder kostengünstiger würde. Eher ist das Gegenteil der Fall: Selektivverträge kosten die Krankenkassen mindestens derzeit zusätzliches Geld. Um den Wettbewerb in Gang zu bringen? Auch das Argument trägt nicht mehr: Über Ergänzungsverträge ohne Bereinigung kann zweifelsohne der gleiche Effekt erzielt werden, wie viele Beispiele – übrigens auch unter Beteiligung der KVen – beweisen. Weshalb also hält die Politik an dieser rational nicht begründbaren und die flächendeckende Versorgung gefährdenden Regelung fest?

Da hilft ein Rückblick in die Genese des § 73b in der Fassung des GKV-OrgWG. Sie erinnern sich: Der Hausärzteverband, insbesondere der bayerische Hausärzteverband, hat vor der Landtagswahl in Bayern 2007 die CSU mit durchaus fragwürdigen Methoden dazu gebracht, die privilegierte Vertragspartnerschaft für den Hausärzteverband im Gesetz zu verankern. Bei der SPD auf Bundesebene stieß dies auf großes Entgegenkommen, weil die frühere Ministerin Schmidt die Linie des Hausärzteverbandes aus vorwiegend ideologischen Gründen unterstützt hat. Trotz vernichtender Kritiken von unabhängigen Sachverständigen, von Kassen und anderen Beteiligten hält die CSU – der kleinste Koalitionspartner – an diesem ordnungspolitischen Sündenfall aus durchsichtigen politischen Gründen fest und hat ihren ganzen Einfluss geltend gemacht, um den vorläufigen Fortbestand im Koalitionsvertrag zu verankern.

Genau diese ordnungspolitische Unsinnigkeit und die fehlenden Nachweise von Versorgungsverbesserungen oder Kostenersparnissen bewegen mich dazu, trotz der prekären Lage einiger KVen relativ gelassen zu bleiben: Ein solcher Unsinn wird dauerhaft keinen Bestand haben. Deswegen heißt es für uns als KV-System: Besinnen wir uns doch auf unsere Stärken, zeigen

wir Rückgrat, um die schlimmsten Folgen dieser verfehlten Politik abzufedern. Ich bin mir sicher: Die Hausärzte werden in absehbarer Zeit merken, dass dies kein zukunftssträchtiger Weg für sie ist. Die Versicherten werden merken, dass diese Art von Selektivverträgen für sie dauerhaft keine Vorteile bringt, dafür aber Nachteile, z. B. durch die Einschränkung der freien Arztwahl. Und die Kassen brauchen wir zum großen Teil überhaupt nicht zu überzeugen: Die überwiegende Mehrheit sagt schon heute, dass diese Art von Selektivverträgen verfehlt ist. Diese Kassen wollen mehr Vertragsfreiheit haben, ja. Aber eben zu fairen Wettbewerbsbedingungen, ohne Zwang zum Abschluss mit einem gesetzlich vorgeschriebenen privilegierten Partner, der im Gegensatz zu den KVen keine hoheitlichen Aufgaben erfüllt und nur seinen Eigeninteressen und den vermeintlichen Partikularinteressen seiner Mitglieder verpflichtet ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

was heißt das, dass wir uns als KV-System auf unsere Stärken besinnen sollen? Wir bieten viele Vorteile, das wissen unsere Mitglieder, das wissen die Kassen, das weiß die Politik. Es gibt keine andere Organisation, die eine flächendeckende ambulante Versorgung sicherstellen könnte. Es gibt keine andere Organisation, die kassenübergreifend die notwendigen Qualitätsstandards setzen, implementieren und prüfen kann. Es gibt vor allem keine andere Organisation, die das Prinzip der freien Arztwahl mit freiberuflichen Strukturen gewährleisten kann.

Eine unbestreitbare Stärke des KV-Systems liegt doch gerade darin, dass wir diejenigen sind, die den Versicherten eine qualitätsgesicherte Versorgung bieten. Egal in welcher Kasse man ist, egal wo in Deutschland man lebt oder zum Arzt geht: Es gelten die gleichen Qualitätsstandards für niedergelassene Ärzte. Das ist eine unverzichtbare Grundlage dafür, die Qualität in der Versorgung sukzessive immer weiter zu verbessern. Wir werden dafür die erfolgreiche Arbeit der Vergangenheit im G-BA und über die Qualitätssicherungsvereinbarungen gem. § 135 Abs. 2 weiterführen. Dabei werden wir immer auch darauf achten, dass der bürokratische Aufwand für Vertragsärzte so gering wie möglich ist.

Wie wichtig Qualitätssicherung und Qualitätsdarlegung im Hinblick auf die erweiterten Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten sind, haben wir immer wieder betont. Transparenz ist das A und O künftiger Erfolge in der Versorgungsorganisation. Und dazu bedarf es eben der Datenerfassung und -auswertung. Daran führt kein Weg vorbei. Also müssen unsere Anstrengungen darauf ausgerichtet werden, dies für Vertragsärzte so einfach und bürokratiearm auszugestalten, wie überhaupt möglich.

Erreichen wollen wir das vor allem dadurch, dass die dafür notwendigen Dokumentationen künftig im Hintergrund elektronisch standardisiert erfasst und online zur Auswertung auf sicheren Kommunikationswegen weitergeleitet werden können. Dem Vertragsarzt bieten diese online-gestützten Dokumentationen viele Vorteile: Erfassungsfehler werden direkt angezeigt und können korrigiert werden, die Erfassung ist nur einmal notwendig, die Auswertungen werden als Feedback der jeweiligen Arztpraxis zurückgespiegelt und zeigen dort mögliche Verbesserungspotenziale auf. E-Dokumentationen bei der Qualitätssicherung sind – richtig gemacht – eine echte Erleichterung für Ärzte und tragen erheblich zur Verbesserung der Evaluationsmöglichkeiten bei. Beides ist für uns von zentraler Bedeutung.

Gleichzeitig verschieben wir den Fokus von der Qualitätssicherung auf die Qualitätsförderung. Wer hat denn das erfolgreichste Qualitätsmanagementsystem für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entwickelt und implementiert? Wer sorgt denn dafür, dass heute mehr als 8.500 Qualitätszirkel strukturiert, themenbezogen und unter kompetenter Moderation speziell ausgebildeter Moderatoren und Tutoren zu einer stetigen Qualitätssteigerung beitragen? Qualitätszirkel sind mittlerweile ein unverzichtbarer und integraler Bestandteil jeglicher Weiterentwicklung in der Versorgung. KVen unterstützen und fördern diese Arbeit mit großem Erfolg.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

all das sind Belege für die erfolgreiche Arbeit des KV-Systems. Aber die vielen genannten Vorteile dieses Systems werden derzeit überlagert durch die Honorarreform, die – obwohl ein Erfolg – insgesamt zu kompliziert ist und die wir mit dem Ziel der Vereinfachung, der Transparenz und der mittelfristigen Planungssicherheit weiterführen müssen. Das werden wir tun. Dazu möchte ich Ihnen gleich ein Diskussionsmodell vorstellen.

Und sie werden überlagert durch das vor allem von den Funktionären des Hausärzteverbandes immer wieder propagierte Gefühl der Majorisierung der Hausärzte in unseren Gremien. Dieses Gefühl nehmen wir ernst. Deswegen haben wir bereits intensiv darüber diskutiert, wie wir eine paritätische Vertretung mit einem fairen Interessenausgleich zwischen den beiden Versorgungsbereichen sicherstellen können. In Kürze werden wir einen ganz konkreten Vorschlag zur Neustrukturierung der Vertreterversammlungen, der Vorstände und aller anderen Gremien vorlegen, der die rein hausärztlichen Angelegenheiten in die Hände der Hausärzte und die rein fachärztlichen Angelegenheiten in die Hände der Fachärzte legt. Dabei betone ich das Wort „rein“, denn die übergreifenden Themen, die die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung betreffen, müssen auch zukünftig gemeinsam entschieden werden. Wir wollen mehr Eigenständigkeit der Versorgungsebenen, aber wir wollen keine weitere Sektorierung der Versorgung! Die wäre für die Versicherten und für die Vertragsärzte schädlich!

Gleichzeitig – und auch das haben wir hier bereits mehrfach und intensiv diskutiert – brauchen wir eine neue Austarierung zwischen der Bundes- und der Landesebene. Angesichts der durch den GKV-Spitzenverband auf Bundesebene erfolgten Zentralisierung besteht die dringende Notwendigkeit für das KV-System, dem etwas Adäquates gegenüber zu stellen. Dafür schlagen wir eine Erweiterung der Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor. Demnach könnte die KBV künftig bei zwingend bundeseinheitlich umzusetzenden Angelegenheiten wie zum EBM und zu sonstigen Regelungen des Bewertungsausschusses, für Beschlüsse des G-BA und zu Qualitätssicherungsverfahren Durchführungsbestimmungen per Richtlinie erlassen. Außerdem sollte es für die KBV die Möglichkeit geben, Grundsatz- und Querschnittsaufgaben im Bereich der Service- und Beratungsaufgaben für die Mitglieder der KVen sowie in der Informationstechnologie durch verbindliche Rahmenvorgaben zu regeln. Dem entsprechen auf Landesebene eigene Ermessensspielräume zur Durchführung dieser Aufgaben unter Berücksichtigung regionalspezifischer Besonderheiten.

Die Regionalität sollte aber insbesondere im Vergütungsbereich gestärkt werden. Dazu werden u. a. regionale Vereinbarungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf der Basis der Rahmenvorgaben und regionale Zuschläge oder zusätzliche Gebührenordnungspositionen für besonders förderungswürdige Leistungen (wieder) ermöglicht und die Honorarverteilung über die Regelleistungsvolumen wird wieder in die ausschließliche Verantwortung der KVen mit erweiterten Ermessensspielräumen überführt. Damit wird sichergestellt, dass regionale Besonderheiten entsprechend berücksichtigt werden können. Das entspricht im Übrigen auch der Aussage im Koalitionsvertrag, der diesen Weg bereits vorsieht. Unsere Chancen darauf, solche Vorschläge in die konkrete Gesetzgebung zu implementieren, stehen also gut. Wir werden alles daran setzen, dass das so schnell wie möglich aufgenommen wird.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das alles dient der Stärkung des KV-Systems. Allerdings müssen wir unsere Innovationskraft auch unter Beweis stellen. Wir als Vorstand – und dafür stehe ich auch als Person ein – werden die ambulante Versorgung modernisieren und ausgerichtet an den sich wandelnden Bedürfnissen der Patienten verbessern. Wettbewerb wird dabei eine große Rolle spielen! Wir wollen sinnvolle Ergänzungsverträge. Wir wollen, dass Berufsverbände, Ärztenetze und andere eigene

Verträge mit den Krankenkassen gestalten können. Aber eben nicht um den Preis der Zerstörung der Versorgungssicherheit und Versorgungsgerechtigkeit des Kollektivvertrags. Das geht nur in einer übergreifenden Körperschaft. Dieses Ziel wird dieser Vorstand mit aller Kraft und auch gegen mögliche Widerstände verfolgen und erreichen!

Wir werden daher weiter daran arbeiten, gute Angebote zu machen. Und zwar den Versicherten, den Kassen, vor allem auch den Berufsverbänden. Diese werden wir dabei unterstützen, gute ergänzende Vertragsangebote für ihr Fachgebiet zu erarbeiten und mit einzelnen Kassen zu verhandeln. Diese Angebote umfassen selbstverständlich auch die Abwicklung dieser Verträge. Wir wollen keine Konfrontation mit den Berufsverbänden, sondern wir wollen konstruktive Kooperation. Das funktioniert sehr gut, wie die Vertragswerkstatt bereits mit vielen Vertragskonzepten in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und den betroffenen Patientenvertretern gezeigt hat.

Selbstverständlich bedeutet konstruktive Zusammenarbeit auch, dass die Berufsverbände in die Diskussionen um die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung immer eingebunden sind. Für die notwendigen Informationen und Diskussionsforen sorgen wir bereits heute.

Dieses Angebot gilt ausdrücklich auch und immer noch für den Hausärzterverband bzw. dessen Landesverbände. Wie werden uns gegen jegliche Plünderung des KV-Systems entschlossen zur Wehr setzen, sind aber immer zu einer Zusammenarbeit mit dem Ziel der Versorgungsverbesserung und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bereit.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

natürlich müssen wir die Vertragsärzte ebenfalls davon überzeugen, dass das KV-System ihre Zukunft am besten sichern kann. Zunächst heißt das, die Vergütungsreform weiterzuentwickeln. Unsere Forderung nach einem einfachen, verständlichen Vergütungssystem, das die Leistungen adäquat abbildet⁹, ist in der Koalitionsvereinbarung bereits aufgenommen worden. Deswegen werden wir zunächst für das Jahr 2010 die Systematik der Regelleistungsvolumen stabilisieren und immer noch bestehende Verwerfungen ausräumen. Wir werden daher noch in diesem Jahr im Bewertungsausschuss Beschlüsse fassen, die vor allem die Regelversorgung stützen. Dafür werden wir die Leistungen außerhalb der RLV als qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) steuern, die Leistungen innerhalb der RLV mit dem regionalen Orientierungswert bei der Ermittlung der RLV stützen, die Vorwegabzüge auf das Wesentliche reduzieren und das System durch die Vorgabe eines Volumens aus RLV und QZV für eine Praxis vereinfachen.

Immanenter Bestandteil ist dabei die Trennung der Vergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil und zwar dauerhaft und stabil. Dazu wird die Systematik der Trennung geändert. Künftig werden Leistungen des Labors, des Notfalldienstes und der Richtlinien-Psychotherapie vor der Trennung abgezogen; die Ermittlung wird dabei detailliert vorgegeben, so dass hier keine regionalen Spielräume mehr bestehen. Alles andere wird auf der Geldseite getrennt, so dass die Arztzahldynamik für die Trennung keine Rolle mehr spielt. Der Trennungsfaktor bleibt künftig stabil: Die Diskussion darüber wird nicht jedes Quartal neu aufgemacht. Damit sind die Ziele der Beschlüsse dieser Vertreterversammlung aus Magdeburg, Münster und Ulm zuverlässig umzusetzen.

Die konkreten Vorschläge zur Trennung und zur RLV-Systematik werde ich Ihnen unter TOP 3.5 detailliert erläutern. Wichtig ist, dass wir mit diesen Veränderungen Kontinuität bekommen und die RLV stabilisieren.

⁹ Vgl. Koalitionsvertrag, S. 88.

Beide wesentlichen Änderungen streben wir zum 1. April 2010 an, wobei ich heute schon darauf aufmerksam mache, dass es aufgrund der notwendigen Vorarbeiten ggf. auch der 1. Juli 2010 werden könnte.

Beschäftigen müssen wir uns auch mit dem Fremdkassenzahlungsausgleich. Dieser muss wegen der Bereinigung um Leistungen aus den Selektivverträgen versichertenbezogen ausgestaltet werden. Zudem werden wir die FKZ-Richtlinien anpassen müssen, um den veränderten Anforderungen durch die Honorarreform gerecht zu werden. Auch dazu werde ich Ihnen gleich noch einen Bericht abgeben.

Beim FKZ geht es auch um eine Altlast: Der Korrektur des FKZ der Quartale 3/2000 bis 1/2005. Aufgrund unterschiedlicher Interpretationen der korrekten Verfahrensweise nach der damals geltenden FKZ-Richtlinie ist es zu teilweise ungerechtfertigten Zahlungen in den genannten Quartalen gekommen. Wir haben darüber mehrfach diskutiert und am 8. Juli 2005 in dieser Vertreterversammlung beschlossen, eine Korrektur durchzuführen. Damit wurde der Revisionsverband beauftragt. Nach nunmehr über vier Jahren Beschäftigung mit dieser Korrektur muss folgendes festgestellt werden: Einige KVen haben enorme Probleme, die benötigten Daten zu liefern. Die Zeiträume liegen teilweise weit zurück; manche Daten sind gar nicht mehr verfügbar. Andere Daten wären zwar verfügbar, würden aber einen exorbitant hohen Aufwand verursachen. Nur für die Quartale 3/2000, 4/2000 und 4/2002 liegen derzeit Korrekturdaten aller KVen vor. Für alle anderen Quartale liegen die Daten nur unvollständig vor; 45 Prozent aller Lieferungen an die KBV bestanden aus Leerdateien. Diese konnten dann geliefert werden, wenn eine Korrektur nicht notwendig oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich war oder die Daten nicht mehr vorhanden sind. Da außerdem die Auswertung der vorliegenden drei Quartale zwischen alle KVen eine Gesamtausgleichssumme von ungefähr 3,2 Mio. € in sehr unterschiedlicher Höhe ergeben hat, die Kosten für die Durchführung aber sehr hoch sind und inzwischen Verzugsgebühren von insgesamt ca. 1,1 Mio. € zu zahlen wären, hat der Arbeitskreis der Kassenärztlichen Vereinigungen am 24. November 2009 mit überwältigender Mehrheit die Empfehlung an die Vertreterversammlung ausgesprochen, das Korrekturverfahren nicht weiter zu verfolgen und den Beschluss der Vertreterversammlung vom 8. Juli 2005 aufzuheben. Daher bitten wir Sie, dem vorliegenden Antrag dazu zuzustimmen.

Aktuell steht auch ein weiteres Thema ganz oben auf der Tagesordnung: Die Kodierrichtlinien. Ich habe auf die Bedeutung einer hohen Kodierqualität in der ambulanten Versorgung schon mehrfach hingewiesen und tue dies heute ganz bewusst noch einmal eindringlich. Denn von den Kodierungen hängen nicht nur die Mittelzuteilungen über den morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen ab – und seit die neue Regierung im Amt ist, wissen wir, dass diese Systematik noch für mindestens einige Jahre gültig bleiben wird –, sondern sie sind auch zur Messung der Morbiditätsveränderungen notwendig und beeinflussen damit direkt die Höhe der Gesamtvergütungen sowie deren regionale Verteilung. Kodierungen müssen deshalb korrekt und qualitativ gut sein.

Um eine einheitliche Handhabung zu gewährleisten, schreibt das Gesetz die Einführung von Kodierrichtlinien vor. Diese sind in einem ersten Entwurf vom Institut des Bewertungsausschusses erarbeitet worden und befinden sich nunmehr im ersten Kommentierungsverfahren. Dazu sind alle relevanten ärztlichen Organisationen aufgefordert. Erste Reaktionen z. B. der Berufsverbände zeigen, dass es hohe – und das will ich überhaupt nicht verhehlen auch begründete – Vorbehalte gibt. Hauptargument gegen die Kodierrichtlinien ist der bürokratische Aufwand, der auf die Vertragsärzte zukommt. Außerdem ist es aus fachlicher Sicht schwierig, valide und praxiskonforme Kodierrichtlinien aufzustellen.

Bei allem Verständnis für die Befürchtungen und die fachlichen Vorbehalte möchte ich heute doch eindringlich an uns alle appellieren, die Kodierrichtlinien nicht zu torpedieren, sondern im Gegenteil konstruktiv daran mitzuarbeiten und alle Möglichkeiten zu nutzen, diese für Vertragsärzte möglichst gut handhabbar zu gestalten. Wir verfolgen dabei mehrere Schienen: Das Zentralinstitut für die vertragsärztliche Versorgung (ZI) ist derzeit mit der Erarbeitung von Online-Kodierhilfen befasst, die den Ärzten anhand von Checklisten bestmögliche Unterstützung bieten werden, wir arbeiten eng mit den Software-Häusern zusammen, um Kodierhilfen auch in die Praxisverwaltungssysteme zu integrieren und wir bereiten eine Informationskampagne vor, die die Vertragsärzte auf diese Notwendigkeit vorbereitet. Ein wichtiger Bestandteil ist es auch, die Kodierrichtlinien vor ihrem bundesweiten Inkrafttreten in der KV Bayerns einem breiten Praxistest zu unterziehen, um ggf. notwendige Korrekturen noch vor der flächendeckenden Einführung vornehmen zu können.

Eine hohe Kodierqualität ist auch für jeden Arzt in der Praxis wichtig: Wer richtig kodiert kann gleichzeitig die dazugehörige evidenzbasierte Therapie einleiten und bewegt sich damit auch bezüglich möglicher Arzneimittelregresse auf deutlich sichererem Terrain.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Rückblick auf das Jahr 2009 zeigt, dass das KV-System schwierige Aufgaben gemeistert hat. Nicht immer ohne Reibungsverluste, nicht immer optimal, aber im Ergebnis doch erfolgreich. Die aktuell anstehenden Aufgaben, wie die Veränderung der RLV-Systematik, das Umstellen der Trennungs-Systematik der Vergütungsanteile und die Bereinigung der Selektivverträge werden wir ebenfalls stemmen. Aber damit geben wir uns nicht zufrieden: Wir müssen unsere mittelfristigen Planungen und Strategien an die veränderten Verhältnisse anpassen und in die Umsetzung gehen.

Wichtigster Bestandteil der mittelfristigen Planung ist das Modell einer neuen Gebührenordnung. Dieses soll die stärkere Regionalisierung der Gesamtverträge ebenso wie den Wunsch nach Vereinfachung und Transparenz noch stärker berücksichtigen. Grundlage ist eine grundsätzliche Rückkehr zur Einzelleistungssystematik. Nach diesem Modell werden im EBM arztgruppenspezifisch Leistungen mit Euro-Beträgen ausgewiesen, die den Arztlohn wiedergeben. Betriebs- und Praxiskosten werden in separaten Pauschalen ausgewiesen, ebenso Qualitätszuschläge. Belegärztliche Leistungen, ambulante Operationen und stationersetzende Leistungen werden dem stationären Vergütungssystem angeglichen. Dies garantiert mehr Transparenz. Die Honorarverteilung und die Leistungssteuerung werden stark vereinfacht, in dem für die Vergütung des Arztlohnes Zeitorientierungsgrößen vorgegeben werden. Vier Leistungskomponenten bestimmen in diesem Modell das Arzthonorar: Eine Strukturpauschale für fixe Kosten, die keiner weiteren Steuerung bedarf, eine Aufwandspauschale für variable Kosten, der Arztlohn und Qualitätszuschläge. Gleichzeitig wird den Regionen für die wohnortnahe Ausgestaltung mehr Spielraum eingeräumt. Das gilt insbesondere für unterversorgte Regionen, für die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein Strukturfonds gebildet wird, den die KVen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nutzen und mit den Kassen auf Landesebene verhandeln. Das wäre einfach, nachvollziehbar und transparent. Die Diskussion über dieses Modell wollen wir jetzt anstoßen und innerärztlich offen und zielorientiert führen.

Ein Bestandteil dieser neuen Vergütungssystematik sind Qualitätszuschläge. Bisher sind solche Zuschläge fast ausschließlich an die Strukturqualität gebunden. Künftig sollen sie stärker an die Ergebnisqualität geknüpft werden. Aber dieses Instrument ist nicht ohne und muss daher sehr sorgfältig erwogen werden. Das Problem ist offensichtlich: Ist ein Arzt, der wegen seiner guten Leistungen viele sehr schwere Fälle anzieht, schlecht, nur weil ein anderer Kollege, der weniger schwere Fälle behandelt, insgesamt bessere Ergebnisse erzielt? Sind medizinische Leistungen

eines Arztes schlecht, weil er einige Patienten hat, die sich nicht oder viel zu wenig an seine Anordnungen halten? Ist ein Arzt gut, weil er schwerere Fälle an andere Kollegen abgibt und damit seine Qualitätsbilanz „sauber“ hält? Oder – und das ist im herrschenden Konkurrenzdruck um Verträge mit Krankenkassen und der zunehmenden Fremdkapitalisierung der Versorgung heute schon möglich – bemisst sich die Qualität eines Vertragsarztes künftig gar nicht mehr an der medizinischen Qualität, sondern daran, wie sparsam er z. B. Arzneimittel verordnet?

Qualitätsindikatoren können dazu beitragen, diese Probleme zu mildern, aber gelöst werden können sie nicht vollständig. Unser Bestreben ist es, die Vor- und Nachteile sorgfältig abzuwägen und tragfähige Lösungen, die auch praxistauglich sind, zu finden. Das ist die Aufgabe, die wir uns im Projekt Aquik gestellt haben und an der wir intensiv arbeiten. Gute Qualitätsindikatoren können nach Prüfung und Abwägung dann auch dazu genutzt werden, bessere Qualität besser zu vergüten. Allerdings muss dieses Instrument mit Bedacht eingesetzt werden. Dessen sind wir uns bewusst, wenn wir solche Konzepte entwickeln und in eine Vergütungssystematik einfügen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

aber auch an der politischen Front dürfen wir nicht untätig bleiben. Die Koalitionsvereinbarung steht und spätestens nach der Wahl in Nordrhein-Westfalen im Mai 2010 werden konkrete Gesetzgebungsverfahren in Angriff genommen werden. Dazu müssen wir uns eindeutig positionieren.

Die Kernforderung ist bekannt: Änderung des § 73b SGB V. Neben dieser Kernforderung gibt es aber zahlreiche andere Forderungen und Vorschläge, die wir rechtzeitig in die politische Diskussion einbringen wollen.

Ein enorm wichtiger Vorschlag zielt direkt auf die Hauptaufgabe der KVen ab: Die Sicherstellung. Wir alle wissen, dass die derzeit gültige Bedarfsplanung schon heute nicht mehr den Ansprüchen genügt. Sie muss daher dringend umgestellt werden. Wir schlagen dazu eine auf der kleinräumigen Versorgungsanalyse der KBV aufsetzende Neuordnung vor. Ziel ist dabei eine sektorübergreifende Versorgungsplanung, die kleinräumig den Behandlungsbedarf der Wohnbevölkerung misst und daraus den Versorgungsbedarf sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich abbildet. Diese Versorgungsplanung wird durch einen Regionalverbund koordiniert, der in jedem Bundesland gegründet wird und dem neben den KVen die Landeskrankenhausesellschaften, die Landesärztekammern und die Landesministerien stimmberechtigt angehören. Beratende Funktion haben die Kassen und die Patientenvertreter. Koordination bedeutet dabei, dass grundsätzlich die Sicherstellungsverantwortung für den ambulanten Bereich bei den KVen und für den stationären Bereich bei den Ländern verbleibt.

Für den ambulanten Bereich werden mithilfe dieser Versorgungsplanung Arztsitze ausgewiesen, die notwendig sind, um den Behandlungsbedarf zu decken. Zulassungen als Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut sind nur noch für ausgewiesene Sitze erlaubt. In strukturschwachen Gebieten können die KVen darüber hinaus Ärzte z. B. zur Versorgung in Pflegeheimen oder Arztstationen anstellen, wenn der Bedarf über niederlassungswillige Ärzte nicht gedeckt werden kann.

Wir halten eine solche Neuordnung angesichts des demographischen Wandels und des Ärztemangels für notwendig, um die Sicherstellung künftig noch gewährleisten zu können.

Direkt mit dem Ärztemangel hängt auch die Forderung zusammen, dass die Weiterbildung zur Facharztanerkennung künftig verstärkt auch in den Praxen niedergelassener Kolleginnen und Kollegen stattfinden kann. KVen übernehmen dafür künftig insofern Verantwortung, als sie Wei-

terbildungsstellen vermitteln und in die Organisation der Weiterbildung intensiver eingebunden werden.

Zum Erhalt der Freiberuflichkeit unterstützen wir die in der Koalitionsvereinbarung bereits niedergelegte Absicht, Medizinische Versorgungszentren künftig nur noch dann zuzulassen, wenn die Mehrheit der Gesellschafteranteile bei Ärzten liegt und deren Stimmenmehrheit gewährleistet ist.

Unabdingbar ist aus unserer Sicht auch eine gesetzliche Regelung zur Datenerhebung und -verarbeitung. Für die Zwecke der Qualitätssicherung, aber auch der Versorgungsforschung benötigen KVen und KBV die Möglichkeit, auch personenbezogene Daten erhalten, verarbeiten und auswerten zu können. Es versteht sich von selbst, dass dabei den Anforderungen des Datenschutzes Rechnung zu tragen ist. Wie wichtig eine gute Datengrundlage für Versorgungsplanung und Versorgungsverbesserung ist, liegt auf der Hand. Um diese Daten dann auch ohne großen Aufwand zu generieren, bedarf es der Definition von standardisierten Schnittstellen in den Softwareprogrammen, um die Interoperabilität und Kompatibilität der unterschiedlichen Systeme herzustellen. Dafür brauchen wir die gesetzliche Ermächtigung, entsprechende Parameter verbindlich vorzugeben.

Dem dient im Kern auch die Forderung nach der Einrichtung eines Innovationsfonds zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Dieser soll die kontinuierliche und zielgerichtete Erprobung von Versorgungsinnovationen und deren Evaluierung fördern und zu deren Finanzierung beitragen.

Eine weitere zentrale Forderung ist Ihnen bekannt: Die Neuordnung der Arzneimittelversorgung nach der Konzeption, die wir Ihnen bereits in den vergangenen Vertreterversammlungen vorgestellt haben.

Hinzu kommen die oben bereits skizzierten Forderungen zur Veränderung der Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen und des Verhältnisses von Bundes- und Landesebene im KV-System.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bevor ich heute vor Sie getreten bin, da habe ich in meinem stillen Kämmerlein überlegt: Was wäre, wenn ich heute die Revolution ausrufen würde? Was wäre, wenn die Forderungen hier und heute statt auf eine evolutionäre Entwicklung dieses Systems auf einen vermeintlichen Befreiungsschlag hinausliefen? Ich habe davon ganz bewusst Abstand genommen, denn die Ursache dafür wäre eher in den durch die politisch und innerärztlich induzierten Frustrationen, die mich manchmal überkommen, zu sehen gewesen als in einem verantwortlichen Handeln im Interesse einer guten Versorgung und im Interesse unserer Mitglieder. Ich setze aus dieser Verantwortung heraus auf Fortschritt, Weiterentwicklung und Verbesserung eines im Kern guten Systems. Diese Verantwortung teilen wir alle und deswegen bitte ich Sie, den skizzierten Weg mitzugehen.

Auch wenn das alles in allem ein ziemlich großes Paket ist, das es zu schnüren gilt. Alles in diesem Paket dient zwei übergeordneten Zielen: Der Organisation einer immer besser werdenden Versorgung auch angesichts der künftigen Herausforderungen und der Sicherung der Zukunft unserer Mitglieder. Beides sind Ziele, die es lohnen, dass wir sie mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln verfolgen. Das erfordert viel Arbeit, aber das sind wir und die Mitarbeiter in unseren Organisationen ja gewöhnt. Und es erfordert, dass wir am selben Strick in dieselbe Richtung ziehen, wobei jeder über genügend Freiheiten verfügt, seine Zugkraft an der Stelle und zu dem Zeitpunkt einzubringen, die er für richtig hält. Solange die Richtung stimmt, werden wir Stück für Stück unseren Zielen näherkommen.

Vielen Dank.