



Kassenaerztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bericht an die Vertreterversammlung

Dr. med. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstandes

Sitzung der Vertreterversammlung der KBV
am 10. Mai 2010 in Dresden

Es gilt das gesprochene Wort

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

gestern waren die Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen und die Sonderversammlungen zur Weiterentwicklung der Vergütungsreform und Satzungsänderung. Außerdem wurde ein 110-Milliarden-Euro-Paket für Griechenland beschlossen, zu dem Deutschland in den nächsten drei Jahren ca. 25 Mrd. Euro beitragen wird. Gestern war auch Muttertag. Ich überlasse jedem die Entscheidung darüber, was für ihn persönlich das wichtigste dieser vier Ereignisse war: Für mich steht jedenfalls fest, es ist der Muttertag! Denn der ist meist positiv besetzt, was wir von den anderen Ereignissen eher nicht sagen können. Der größte Unterschied ist allerdings: Vom Muttertag kann nun wirklich keiner sagen, dass die KBV daran schuld ist!

Natürlich markieren die Wahlen in NRW und die Sonderversammlung Meilensteine, auch für die Gesundheitspolitik und da insbesondere für die ambulante ärztliche Versorgung. Denn jetzt ist die Zeit gekommen, in der die Grundlagen für die künftige Gesundheitsversorgung gelegt werden müssen. Und zwar langfristig und nachhaltig. Wir wissen, dass wir einen eklatanten Ärztemangel bekommen, wenn wir nicht sehr bald mit wirksamen Maßnahmen gegensteuern. Wir wissen, dass angesichts der Alterspyramide der Bevölkerung trotz des Bevölkerungsrückgangs der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen steigen wird. Wir wissen, dass die Finanzierung der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung umgestellt werden muss, damit sie nicht unter der Last ständig steigender Ausgaben bei gleichzeitig erodierenden Einnahmen durch immer weniger Erwerbstätige zusammenbricht. Die Herausforderungen sind also groß.

Was steht also auf der Agenda der Gesundheitspolitik in den kommenden Monaten und Jahren? Zunächst die Finanzierungsreform: Diese höchst kontrovers geführte Diskussion wird mit Sicherheit noch sehr spannend werden. Handlungsbedarf besteht, daran gibt es keine Zweifel. Die Krankenkassen schlagen jetzt schon Alarm, weil sie eine hohe Unterdeckung für das laufende, insbesondere aber für die kommenden Jahre befürchten, sollte der derzeitige Mechanismus aus staatlich festgelegtem Beitragssatz, Steuerzuschüssen und gedeckelten Zusatzbeiträgen unverändert Bestand haben. Spielräume zur Finanzierung von wichtigen und guten, innovativen Versorgungskonzepten bleiben da nicht. Das ist vor allem in Anbetracht der Tatsache, dass für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, zu denen die Krankenkassen per Gesetz verpflichtet sind, viel Geld ausgegeben wird, mehr als bedauerlich.

Einige Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband fordern bereits wieder strikte Deckelungen für alle Ausgabenbereiche, auch für die niedergelassenen Ärzte¹. Das ist der altbekannte Pawlow'sche Reflex aus 20 Jahren Kostendämpfungsmaßnahmen. Was das aber bedeutet, haben wir in den 15 Jahren der Budgetierung mit der Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung gesehen: Die damit verbundene chronische Unterfinanzierung hat zu einem immensen Nachwuchsproblem, zu einer teilweisen impliziten Rationierung und zu einem Investitionsstau in den Praxen geführt, von den Auswirkungen auf einen wohnortnahen Arbeitsmarkt für 400.000 nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen ganz zu schweigen. So etwas werden wir auf gar keinen Fall noch einmal akzeptieren! Das ist weder den Patienten noch den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten zuzumuten.

Wir müssen stattdessen den eingeschlagenen Weg der Honorarreform, wie gestern ausführlich und intensiv diskutiert, weiterverfolgen. Gerade angesichts der zukünftigen Morbiditätsentwicklung in der Bevölkerung ist es richtig, diese bei der Weiterentwicklung der Honorare zugrunde zu legen. Außerdem müssen die Leistungsverlagerungen von stationär nach ambulant endlich ausreichend Berücksichtigung finden, ebenso wie die nachweisbaren Kostensteigerungen in den Praxen unserer Mitglieder.

Es ist aus Sicht der Krankenversicherungen nachvollziehbar, dass sie unter den gegebenen Finanzierungsregelungen alles versuchen, um Ausgaben zu begrenzen. Der Druck auf die niedergelassenen Ärzte ist teilweise so hoch, dass es zu einer impliziten Rationierung kommt. Diese ist aber immer intransparent und ungerecht! Das kann auf Dauer keine Lösung sein! Stattdessen brauchen wir eine gesamtgesellschaftliche, offene und ehrliche Diskussion darüber, was die solidarisch finanzierte Krankenversicherung in Zukunft noch leisten kann und soll. Auch das Thema Priorisierung im Sinne einer Vermeidung von Rationierung nach transparenten, für alle geltenden Kriterien muss aufgegriffen werden. Andere Länder mit ähnlichen Problemen haben dies schon längst getan. Denn ohne die notwendige Transparenz kann keine Gerechtigkeit hergestellt werden; diese ist aber aus Gründen der Solidarität und des sozialen Friedens notwendig. Mehr Eigenverantwortung der Patienten gehört auch dazu: Das eigene Anspruchsverhalten muss kritisch überprüft werden, ggf. müssen Zuzahlungen neu strukturiert und erhöht werden. Die Bevölkerung muss wissen, wofür sie sich privat Zusatzversichern sollte, wenn bestimmte Leistungsbereiche der privaten Vorsorge überlassen bleiben. Diese Diskussion wird mit Sicherheit nicht einfach. Sie stellt hohe Ansprüche an die Politiker, die Gesellschaft und natürlich auch die Ärzteschaft.

Ist das gesellschaftlich ausreichend diskutiert, muss eine politische Entscheidung getroffen werden, mit der zwingenden Folge, dass dafür dann auch die notwendigen Mittel bereitgestellt werden. Dabei ist zu bedenken, dass angesichts der Alterung der Bevölkerung immer weniger Erwerbstätige einkommensabhängige Beiträge leisten werden; eine Abkoppelung von den Erwerbseinkommen ist daher sinnvoll. Es bleibt abzuwarten, zu welchem konkreten Vorschlag die eingesetzte Regierungskommission kommt, spannend wird es allemal.

Natürlich beschäftigen sich nicht nur die Krankenkassen mit Maßnahmen der Ausgabendämpfung. Auch die Bundesregierung ist mittlerweile aktiv geworden, vorerst fokussiert auf die Arzneimittelausgaben. Herr Dr. Müller wird in seinem Bericht gleich ausführlich auf die Eckpunkte der geplanten Neuordnung eingehen. Hier möchte ich nur noch einmal unsere zentrale Forderung dazu eindringlich in Erinnerung rufen: Die Regressdrohung muss endgültig vom Tisch! Denn die Tatsache, dass ein niedergelassener Arzt damit rechnen muss, für Überschreitungen der Richtgrößen Regresse aus eigener Tasche bezahlen zu müssen, ist eine der Ursachen für die mangelnde Niederlassungswilligkeit junger Kolleginnen und Kollegen und für die herrschen-

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

de Unzufriedenheit der niedergelassenen Ärzte. Wer den Ärztemangel bekämpfen will, muss daher hier zu aller erst ansetzen!

Natürlich geht man vor dem Hintergrund des Milliardendefizits im Gesundheitsfonds auf die Suche nach weiteren Einsparmöglichkeiten und fordert auch die niedergelassenen Ärzte auf, an Sparmaßnahmen mitzuwirken. Dazu sind wir auch bereit, solange es nicht darum geht, wieder mehr vom Morbiditätsrisiko auf die Schultern der Ärzte und Psychotherapeuten zu verlagern. Dem steht auch und besonders die aktuelle Diskussion zu einem Gesetzespaket „Ambulante Versorgung“ gegenüber, das eine gute Versorgung den Bürgern dieses Landes erhalten soll.

Insbesondere geht es darum, den Ärztemangel zu bekämpfen, die Bedarfsplanung völlig neu zu ordnen, die Honorarreform weiterzuentwickeln und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Eckpunkte, wie beim Arzneimittelpaket, liegen dazu derzeit noch nicht vor. Aber die Diskussion zeigt, dass es der Bundesregierung ernst damit ist, den Ärztemangel nachhaltig zu bekämpfen. Diskutiert werden Maßnahmen wie die Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze, eine Landarztquote, veränderte Zulassungskriterien oder das Aussetzen der Mengensteuerung in ländlichen Gegenden. Das alles mag dazu beitragen; worauf es aber tatsächlich ankommt, ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen niedergelassener Ärzte! Das bedeutet in erster Linie, dass mit dem angekündigten Abbau von Bürokratie Ernst gemacht wird. Die KBV wird deshalb bei jeder Regelung, die diskutiert wird, genauestens prüfen, ob sie diesem Ziel dient oder – was in der Vergangenheit leider allzu häufig der Fall war – weitere Bürokratie aufbaut. Denn es geht darum, knappe ärztliche Zeit nicht an eine aufgeblähte Bürokratie zu verschwenden, sondern Patienten zu behandeln!

Natürlich wissen wir, dass es ohne ein bestimmtes Maß an Bürokratie nicht gehen wird. Aber es kommt sehr darauf an, wie notwendige Dokumentationsbestimmungen ausgestaltet sind, wie eine wirkungsvolle und vereinfachende EDV-Unterstützung aussehen kann und wie notwendige Daten möglichst effizient gesammelt und ausgewertet werden können. Es geht an vielen Stellen nicht darum, Bürokratie völlig abzuschaffen, sondern sie so einfach wie möglich auszugestalten. Und es geht darum, Bürokratie nicht vorrangig für die immer noch herrschende Kontrollsucht einzusetzen, sondern für die Beschaffung der notwendigen Daten. Nur mit einer guten Datengrundlage ist es möglich, Versorgungsdefizite aufzuspüren, Versorgungsverbesserungen zu implementieren und eine sinnvolle Versorgungssteuerung zu etablieren. Versorgung bestmöglich zu organisieren und zu steuern, das ist doch eine zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung!

Außerdem ist eine gute Datengrundlage unverzichtbar zur Herstellung von Transparenz. Wir müssen wissen, was geschieht und wir müssen das der Öffentlichkeit, den Versicherten, den Patienten, der Politik und den Krankenkassen nachweisen können. Nehmen wir doch einmal das kürzlich von den Krankenkassen wieder aufgebrachte alte Vorurteil, dass die sogenannte doppelte Facharztschiene zu vermeidbaren Doppeluntersuchungen und zu Mehrausgaben führen würde. Das ist falsch. Ich bin zutiefst davon überzeugt, dass es die gut ausgebaute ambulante fachärztliche Versorgung ist, die unser Gesundheitssystem zu einem der besten der Welt macht, auch und gerade was den effizienten Mitteleinsatz angeht. Das belegen auch bereits einige Untersuchungen. Kürzlich ergab eine Studie², dass alleine das konsequente Umsetzen der Möglichkeiten des ambulanten Operierens ohne Qualitätsverlust bei hoher Patientenzufriedenheit bis zu 500 Mio. Euro im Jahr einsparen könnte! Andere Studien kommen für andere Leistungsbereiche zu vergleichbaren Ergebnissen. Aber diese Studien reichen bisher nicht aus,

² Oberender und Partner; Ökonomische Betrachtung des Ambulanten Operierens, Gutachten im Auftrag des Bundesverbandes Ambulantes Operieren, April 2010

um echte Transparenz herzustellen und dadurch wirksam mit solchen falschen Behauptungen aufzuräumen.

Das gilt in gleicher Weise selbstverständlich auch für die hausärztliche Versorgung. Ohne Transparenz können Hausärzte nicht belegen, was sie für die gute Versorgung der Bevölkerung alles leisten und wie wertvoll sie sowohl in der Versorgung chronisch Kranker, bei der Behandlung von akuten Erkrankungen und natürlich auch als Koordinator und Lotse ihrer Patienten im komplexen Versorgungssystem sind. Deshalb bin ich auch ein Gegner von Pauschalen, denn sie schaffen statt der notwendigen Transparenz eine gefährliche Intransparenz.

In der politischen Diskussion darüber zeichnet sich hier ein spürbarer Sinneswandel ab: Anstatt der bisher im Gesetz vorgeschriebenen starken Pauschalierung wird künftig wieder stärker auf eine sinnvolle Einzelleistungssystematik gesetzt, wie die KBV es fordert. Das entspricht auch dem Wunsch der meisten Ärzte, die sich auch in ihrer Abrechnung mit ihren Leistungen wiederfinden wollen.

Das Abrücken von der starken Pauschalierung ist daher richtig und muss zügig gesetzlich verankert werden. Noch wichtiger ist allerdings die Stabilisierung der Regelleistungsvolumen. Dazu haben wir im Bewertungsausschuss und im Erweiterten Bewertungsausschuss im April die notwendigen Beschlüsse gefasst. Freie Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden künftig in qualitätsgebundenen Zusatzvolumen gesteuert. Damit werden die für die Regelleistungsvolumen zur Verfügung stehenden Mittel geschützt; ein weiteres Absenken der RLV wird verhindert. Das stärkt die Grundversorgung. Gleichzeitig haben wir die Trennung in einen haus- und einen fachärztlichen Vergütungsanteil dauerhaft stabil gestaltet. Kein Versorgungsbereich kann künftig zu Lasten des anderen Gelder aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abziehen. Beide Vergütungsbereiche werden künftig getrennt voneinander weiterentwickelt. Das erlaubt es, den unterschiedlichen Anforderungen besser gerecht zu werden.

Ein Problem ist allerdings noch nicht gelöst. Noch besteht der aus unserer Sicht widersinnige Beschluss zur Einführung von erhöhten Punktwerten in unterversorgten Gebieten und der Absenkung der Punktwerte in überversorgten Regionen. Aufgrund der zahlreichen Gespräche, die wir mit den Gesundheitspolitikern dazu geführt haben, scheint sich auch dort die Erkenntnis durchzusetzen, dass dieser Beschluss nicht umsetzbar ist und die gesetzliche Grundlage dafür ebenfalls verändert werden muss. Dafür jedenfalls werden wir weiter vehement kämpfen, denn die derzeitige Beschlusslage würde bedeuten, dass gerade einmal 51 Vertragsärzte in den Genuss der höheren Punktwerte kämen, während 77.228 Ärzte die niedrigeren in Kauf nehmen müssten. Alleine schon das zeigt, dass dies sinnlos ist, einen irren Aufwand verursacht und die gewünschte Wirkung, nämlich Ärzte dazu zu motivieren, in unterversorgte Gebiete zu gehen, auf gar keinen Fall erzielen kann.

Dabei ist es im Grundsatz richtig, Anreize für eine Niederlassung in Gebieten zu schaffen, in denen der Ärztemangel bereits akut ist. Viele KVen tun dies auch bereits. Sie geben Ärzten z. B. Umsatzgarantien oder Zuschüsse zu den Investitionen. Das sind die richtigen Ansätze, diese müssen systematisch ausgebaut und umgesetzt werden. Die KBV schlägt dazu der Politik vor, einen Strukturfonds einzurichten, in dem das für solche Sicherstellungsaufgaben erforderliche Geld eingestellt wird. Dieser Fonds könnte auch dazu dienen, Praxen in überversorgten Gebieten aufzukaufen und dann stillzulegen. Das hätte für alle Vorteile: Der bisherige Praxisinhaber könnte das für seine Altersvorsorge notwendige und einkalkulierte Geld erzielen. Solche Praxen sind nämlich oft nur sehr schwer und unter Wert verkäuflich. Für die Versorgungssteuerung wäre es vorteilhaft, denn niederlassungswillige Kollegen würden dann eher als bisher in schlecht versorgte Regionen gehen. Die KVen hätten damit ein wirksames Mittel zur besseren

Niederlassungssteuerung in der Hand. Für Patienten hätte es den Vorteil, dass sich vermehrt Ärzte dort niederlassen, wo sie wirklich gebraucht werden. Nicht zuletzt hätte die Gesamtheit der Vertragsärzte den Vorteil, dass durch die bessere Verteilung der Kollegen die Zusammenarbeit verbessert würde und knappe Mittel effizienter eingesetzt würden.

Ich jedenfalls halte diesen Vorschlag für sinnvoll und werde mich dafür einsetzen, dass ein solcher Strukturfonds gebildet wird. Allerdings kann er nur ein Teil eines ganzen Maßnahmenbündels darstellen, das notwendig ist, um eine sinnvolle Versorgungsplanung zu etablieren.

Die heutige Bedarfsplanung entspricht den Anforderungen an eine zeitgemäße Versorgungsplanung schon lange nicht mehr. Die Planungsbereiche sind zu großräumig, die Einteilung der Arztgruppen ist nicht differenziert genug und die Versorgungslage in benachbarten Planungsbereichen wird nicht berücksichtigt. Die Bedarfsplanung, wie wir sie heute kennen, entstammt der Zeit, als von einer Ärzteschwemme die Rede war und die Möglichkeiten zur Niederlassung begrenzt werden sollten. Sie ist viel zu grob, um kleinräumige Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen. Außerdem berücksichtigt sie die Morbiditätsentwicklung in einer Region nicht. Sie ist nicht prospektiv ausgerichtet und für die Bekämpfung von Unterversorgung völlig ungeeignet.

Denn wir haben nicht nur ein Problem mit der Arztlzahl, sondern auch mit der Verteilung der Ärzte. Gerade angesichts des kommenden Ärztemangels wird es von enormer Bedeutung sein, wo sich welche Ärzte niederlassen. Es ist daher wichtig zu wissen, wo welcher Bedarf herrscht. Dafür hat die KBV bereits die kleinräumige Versorgungsanalyse entwickelt, ein Instrument, mit dem sehr genau gemessen werden kann, wie sich die Versorgungslage verändert, wenn ein Arzt sich in einer bestimmten Region niederlässt. Das ist schon sehr hilfreich und wird von den KVen bereits zur Niederlassungsberatung genutzt. In einem nächsten Schritt soll dieses Analyseinstrumentarium um die Kapazitäten der Krankenhäuser erweitert werden und somit ein sektorenübergreifendes Planen ermöglichen.

Aber auch das reicht noch nicht aus: Wir müssen die demographische Veränderung ebenfalls in die Planung einbeziehen. Deutschland wird sich aufgrund der demographischen Entwicklung innerhalb der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre stark verändern. Deutschland altert, aber diese Entwicklung vollzieht sich in den Regionen sehr unterschiedlich und wird vor allem durch innerdeutsche Wanderungsbewegungen verändert. Die voraussichtliche Veränderung der Bevölkerungsstruktur hat starke Auswirkungen auf den Bedarf an Ärzten. Durch Abwanderungen wird insbesondere in strukturschwachen Gegenden die Bevölkerungszahl deutlich sinken, zurück bleiben aber die älteren und häufig multimorbiden Menschen. Der Bedarf an medizinischer Versorgung wird dort deshalb vor allem in der hausärztlichen und in der altersspezifischen fachärztlichen Versorgung steigen. Kinderärzte hingegen werden in solchen Gegenden kaum noch gebraucht. Aber welche Region verändert sich wie im Zeitablauf? Dieser Frage geht derzeit das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung im Auftrag der KVen nach. Es erstellt dazu Bedarfsprognosen für jede KV. Die ersten für die KVen Thüringen und Westfalen-Lippe liegen jetzt vor und wurden kürzlich der Öffentlichkeit vorgestellt.

In diesen Prognosen wird der Bedarf je Kreis für die einzelnen Fachgruppen analysiert. Um den Bedarf zu ermitteln, hat das ZI die Inanspruchnahme der Vertragsärzte durch die gesetzlich Versicherten des Jahres 2007 mit den amtlichen Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung bis 2025 weiterentwickelt. Der für das Jahr 2025 resultierende Arztbedarf wird mit der Zahl der voraussichtlich dann noch niedergelassenen Vertragsärzte verglichen. Mit Hilfe dieser Vorgehensweise ist es möglich, die Anforderungen an die zukünftige Versorgungslage zu simulieren und die Dringlichkeit der Besetzung eines Arztsitzes einzuschätzen.

Aber selbst wenn wir wissen, welcher Arzt wo gebraucht wird, es muss diesen Arzt erst einmal geben. Derzeit studieren insgesamt knapp 82.000 junge Menschen Medizin. Rein theoretisch

könnte also damit der Ersatzbedarf weitgehend gedeckt werden. Leider nur theoretisch, denn rund 18 Prozent der Studierenden beenden das Studium nicht. Von denjenigen, die es beenden, melden sich ca. 12 Prozent gar nicht erst bei der Ärztekammer an, 10 Prozent lassen sich zwar registrieren, arbeiten dann aber nicht in der Patientenversorgung sondern z. B. bei Pharmaunternehmen, Behörden oder dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Umfragen belegen darüber hinaus, dass viele über eine Abwanderung ins Ausland nachdenken. Insgesamt beträgt der Verlust zwischen Studienanfang und Patientenversorgung also erschreckende 40 Prozent.

An den Bewerberzahlen für das Medizinstudium liegt es nicht: Es bewerben sich auch heute noch ungefähr viermal so viele Interessenten wie es Studienplätze gibt. Die Attraktivität des Medizinstudiums ist also ungebrochen, auch wenn – und das muss uns Sorgen machen – in einer aktuellen Umfrage zu den Berufswünschen von Abiturienten, der Arztberuf zu den zehn unbeliebtesten Berufen gehört. Die Gründe für den hohen Schwund müssen also vorwiegend im Studium selbst liegen und in den Berufsaussichten, die den Studierenden während des Studiums vermittelt werden. Da gilt es anzusetzen.

Das beginnt mit der Auswahl der Studierenden. Immer noch spielt eine sehr gute Abiturnote die ausschlaggebende Rolle bei der Zulassung. Wir halten es für sinnvoll, andere Aspekte mit einzubeziehen, etwa Erfahrungen in anderen Gesundheitsberufen oder eine hohe soziale Kompetenz. Sicher, die Universitäten müssten dazu mit jedem Studienplatzbewerber ein Auswahlverfahren durchführen. Das ist aufwändig, aber nach unserer Auffassung notwendig. Bundesgesundheitsminister Rösler hat zudem vorgeschlagen, eine „Landarztquote“ einzuführen, also einen bestimmten Prozentsatz der Studienplätze an junge Menschen zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss ihrer immerhin mindestens elf Jahre dauernden Aus- und Weiterbildung einige Jahre in ländlichen Gebieten zu arbeiten. Auch das kann hilfreich sein, vor allem, wenn diese jungen Menschen selbst aus solchen Gebieten stammen. Denn Untersuchungen der KBV zum Niederlassungsverhalten von Ärzten zeigen, dass vor allem Hausärzte sich häufig in ihrer ursprünglichen Heimatgemeinde niederlassen.

Sinnvoll ist es auch, bereits während des Studiums Kontakt zwischen Medizinern in der Praxis und den Studierenden herzustellen. Sie könnten z. B. in Praxen hospitieren und so ihr mögliches künftiges Arbeitsumfeld kennenlernen. Erfahrene Kollegen könnten damit erheblich zur Niederlassungsmotivation beitragen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

alle diese Anstrengungen werden allerdings nur dann fruchten können, wenn der Beruf des niedergelassenen Arztes auch für die Studierenden attraktiv erscheint. Dazu müssen wir ihre Erwartungen, ihre Präferenzen und ihre Anforderungen an ihr künftiges Arbeitsfeld kennen. In vielen Gesprächen mit Medizinstudierenden ist mir klar geworden, dass die heutige Generation andere Ansprüche hat als die vorherige. Sie stehen einem Berufsbild, das fast selbstverständlich von einer regelmäßigen 55-Stunden-Woche ausgeht und regelmäßig Nacht- und Wochenendbereitschaftsdienst verlangt, deutlich skeptischer gegenüber. Außerdem steigt der Anteil an Frauen in der Medizin seit Jahren kontinuierlich an, bereits heute sind weit über 60 Prozent aller Medizinstudierenden Frauen. Frauen legen deutlich mehr Wert auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sie sind eher bereit, die Sicherheit einer angestellten Tätigkeit der wirtschaftlichen Selbständigkeit mit hohen Investitionskosten vorzuziehen. Aber was genau wollen die heutigen Studierenden? Wo liegen ihre Schwerpunkte, was müssen wir in der Versorgung verändern, damit sie in die Patientenversorgung gehen? Das wollen wir mit einer Umfrage an allen medizinischen Fakultäten herausfinden. Zusammen mit der Universität Trier werden alle Studenten aufgefordert, einen Fragebogen auszufüllen. Da wird z. B. nach der Wichtigkeit der Vereinbar-

keit von Familie und Beruf gefragt, danach, welche Art der Tätigkeit in Frage kommt (selbständig niedergelassen, angestellt etc.), ob die Einzelpraxis oder das Medizinische Versorgungszentrum attraktiver erscheint und welche Faktoren von der Niederlassung am stärksten abhalten. Daraus kann dann abgeleitet werden, was die heute Studierenden morgen in ihrem Berufsleben wollen und wie die künftige Struktur aussehen müsste, um möglichst viele junge Ärzte zur Niederlassung zu motivieren. Anhand dieser Ursachenforschung muss dann eine Strategie entwickelt werden, wie das Berufsbild der Zukunft aussehen soll und auch erreicht werden kann.

Ärztemangel und steigende Morbidität der Bevölkerung erfordern darüber hinaus weitere Maßnahmen. Wir müssen die knappe Arztzeit so sinnvoll wie möglich einsetzen. Das heißt neben der bereits mehrfach genannten Entbürokratisierung auch, dass delegationsfähige Leistungen künftig deutlich stärker an nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe delegiert werden müssen. Dazu führen wir derzeit Gespräche mit der Bundesärztekammer und den Pflegeverbänden. Ziel ist es, in gegenseitigem Einvernehmen einen Katalog delegationsfähiger Leistungen zu erstellen, zu erproben und zu evaluieren und die Diskussion zur Substitution ärztlicher Leistungen endlich zu beenden. Wo es keine Ärzte gibt, gibt es in der Regel auch keine Apotheker und keine Pflegekräfte und deshalb auch keine Substitution.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bei allen geschilderten Herausforderungen, die in den nächsten Jahren vor allem aufgrund der demographischen Entwicklung auf uns zukommen: Das deutsche Gesundheitssystem ist nach wie vor eines der besten der Welt. Wir haben eine deutlich bessere Ausgangslage als viele andere Länder. Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist auch heute noch für jeden flächendeckend ohne Hürden möglich. Der Leistungskatalog ist umfassend. In Deutschland sind noch Leistungen des Zahnersatzes – wenn auch mit hohen Eigenanteilen –, Leistungen zur Rehabilitation, Psychotherapie und vieles andere im Katalog enthalten, von denen gesetzlich Versicherte anderer hochentwickelter Länder nur träumen können. Der Versicherungsschutz (gesetzlich und privat) umfasst dabei – mit ganz wenigen Ausnahmen – die gesamte Wohnbevölkerung. Das heißt: Alles medizinisch Notwendige steht zur Verfügung und jeder hat die Chance auf Zugang dazu. Es gibt so gut wie keine Wartelisten. Wenn man sich dann den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im internationalen Vergleich anschaut, steht Deutschland sehr gut da: Die USA haben bei einer bekannt hohen Anzahl derzeit noch Unversicherter mit 16 Prozent³ den höchsten, gefolgt von Frankreich mit 11 Prozent, der Schweiz mit 10,8 Prozent, Deutschland mit 10,4 Prozent, Belgien mit 10,2 und Österreich mit 10,1 Prozent. Es folgen Portugal, Niederlande, Australien und Großbritannien mit Anteilen von 9,9 Prozent bis 8,4 Prozent. In Anbetracht dieser Relationen können wir doch mit unserem System insgesamt wirklich sehr zufrieden sein! Dieser Erfolg ist nämlich in weiten Teilen dem guten Ausbau der ambulanten ärztlichen Versorgung und dem KV-System zu verdanken.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

verbesserungsfähig und -bedürftig sind allerdings die Versorgungsstrukturen. Denn es geht darum, knappe Mittel so einzusetzen, dass insgesamt der größte Nutzen erreicht wird.

In den letzten Jahren wurde die Frage nach dem Wie der Effizienzsteigerung immer mit dem Schlagwort des Wettbewerbs beantwortet. Aber die Frage, wie sinnvoller Wettbewerb in einer solidarischen Krankenversicherung ausgestaltet werden soll, ist bis heute nicht, mindestens nicht ausreichend beantwortet. Denn es geht nicht nur darum, die Effizienz zu steigern, sondern

³ Quelle: OECD Health Data 2009 (Stand der Zahlen 2007)

es geht auch darum, die Solidarität nicht zu schwächen oder gar zu zerstören und es geht darum, jedem einzelnen die Chance auf eine gute medizinische Versorgung zu erhalten.

Die Antwort, die in Deutschland bis vor einigen Jahren ganz eindeutig auf die Frage, wie ambulante Versorgung am besten organisiert werden sollte, gegeben wurde lautete: Der Kollektivvertrag und das KV-System. Diese Antwort geben auch heute noch viele, aber längst nicht mehr alle. Wettbewerb hat auch hier Einzug gehalten. Solange dieser Wettbewerb dem Ziel der Versorgungsverbesserung und der Steigerung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität dient und eine flächendeckende, gerechte Versorgung auch weiterhin garantiert, unterstützen wir ihn in vollem Umfang. Aber: Die Entwicklung läuft derzeit in eine vollständig andere Richtung. Anstatt den Vertragswettbewerb als Suchmodell für Versorgungsverbesserungen und Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen, wird für den Teilbereich der hausärztlichen Versorgung ein neues Monopol geschaffen. Den Beleg für eine bessere Versorgung bleiben die Vertragspartner dabei ebenso schuldig wie den für mehr Wirtschaftlichkeit. Trotzdem hat der Gesetzgeber sich dafür entschieden, diesen unfairen Wettbewerb weiter voranzutreiben. Krankenkassen, die sich bislang gegen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V in der Fassung des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes gewehrt haben, befinden sich in den Schiedsverfahren. Von insgesamt fast 1.800 dieser Verfahren sind bereits ca. 400 abgeschlossen, die anderen werden in Kürze folgen. Damit ist klar: Es ist nicht mehr das Experiment einer großen Kasse in einer oder zwei Regionen, es ist ein Flächenbrand, der da entzündet wurde.

Wird der Kollektivvertrag zunehmend durch populationsbezogene selektive Vollversorgungsverträge ersetzt, ist dieser auf Dauer nicht überlebensfähig. Ich habe in dieser Vertreterversammlung schon mehrfach darauf hingewiesen, welche Folgen für die Patientenversorgung und für die ambulante ärztliche Versorgung mit einem Zusammenbruch des Kollektivvertrags verbunden sind.

Aufgrund der komplexen Zusammenhänge, der plakativen Darstellung nur der mit solchen Verträgen ggf. auch verbundenen Vorteile durch die Selektivvertragspartner und einer skeptischen Grundhaltung vieler Vertragsärzte gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung scheinen diese Folgen aber vielen Vertragsärzten nicht bewusst zu sein.

Deshalb möchte ich die heutige öffentliche Vertreterversammlung dazu nutzen, die Gefahren – hier mit dem Fokus auf die Vertragsärzte – nochmals ganz deutlich herauszustellen. Denn jetzt steht für viele Vertragsärzte die Entscheidung an, ob sie an den per Schiedsspruch oder vorher durch Verhandlungen nunmehr fast überall und von fast jeder Kasse angebotenen Verträgen teilnehmen möchten oder nicht. Die Entscheidung fällt so manchem im Moment leicht, weil es ja immer noch die KV als Sicherheitsnetz gibt, wenn das mit den Selektivverträgen nicht klappt. Aber die Ärzte und Psychotherapeuten müssen wissen, dass sie sich ohne Sicherheitsnetz auf das Hochseil des Wettbewerbs begeben. Denn: Die KV kann diese Situation auf Dauer nicht überleben.

Zu den angeblichen Vorteilen der HzV-Verträge gehört eine pauschale Vergütung, die je nach Vertrag zwischen 75 und 85 € je eingeschriebenen Patient und Quartal liegt. Zudem gibt es eine kontaktunabhängige Pauschale, die unabhängig davon, ob der Patient in einem Jahr überhaupt in der Praxis erscheint, gezahlt wird. Deshalb wird vom Hausärzterverband propagiert, dass die Bezahlung in HzV-Verträgen deutlich höher liegt als im Kollektivvertrag. Fakt ist: Sie kann deutlich höher liegen, sie kann aber auch niedriger liegen. Das hängt davon ab, ob die eingeschriebenen Patienten eher behandlungsaufwändig sind oder eher weniger Leistungen in Anspruch nehmen. Werden tendenziell mehr behandlungsaufwändige multimorbide Patienten eingeschrieben, deckt die Pauschale samt Chronikerzuschlag oft die notwendigen Leistungen

nicht ab und die Vergütung im Kollektivvertrag wäre höher. Werden tendenziell eher die selten erkrankten Patienten eingeschrieben, ist die Pauschale höher als das im Kollektivvertrag erzielbare Honorar.

Übrigens: Der bayerische Hausärzteverband musste seine teilnehmende Mitglieder bereits vor einigen Monaten anschreiben mit der Aufforderung, den Zuschlag für chronisch Kranke nicht zu häufig abzurechnen, da dieser sonst quotiert werden muss.

Noch wissen wir nicht, ob es bei der Einschreibung von Patienten zu einer Risikoselektion kommt. Das werden erst kommende Auswertungen zeigen, aber ich persönlich bin darauf sehr gespannt.

Ein weiterer Vorteil der HzV-Verträge ist die einfache Abrechnung. Fraglos ist die Abrechnung im Kollektivvertrag deutlich aufwändiger. Es existieren viel mehr Abrechnungsvorschriften und die Komplexität der Mengensteuerung trägt das ihre dazu bei. Dem stehen die Nachteile der extremen Pauschalierung, in der sogar Hausbesuche und viele andere Leistungen enthalten sind, entgegen. Und jeder Hausarzt muss sich fragen, ob die relativ einfache Abrechnung eines Vertrags mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft nicht dadurch konterkariert wird, dass jeder Vertrag mit jeder Kasse unterschiedlich ist. Vielleicht nicht extrem unterschiedlich, aber doch so, dass er für jede Kasse ein eigenes Abrechnungsmodul installieren und gesondert abrechnen muss. Ein, zwei, vielleicht drei Verträge zu managen, das geht ja noch. Aber was ist, wenn es dann einmal zehn oder zwanzig werden, weil es den Kollektivvertrag nicht mehr gibt und dann auch HzV-Verträge mit Kassen geschlossen werden müssen, von denen nur wenige Versicherte zum Patientenstamm gehören?

Mehr an möglichen Vorteilen der HzV-Verträge fallen mir derzeit nicht ein. Dafür aber viele Nachteile, deren größter die zunehmende Abhängigkeit von marktmächtigen Krankenkassen ist.

Nehmen wir doch als Beispiel einmal einen HzV-Vertrag, z.B. einer AOK oder einer anderen großen Kasse. Wenn die Gerüchte stimmen, die derzeit ziemlich glaubhaft kursieren, dann können Sie sich als teilnehmender Vertragsarzt sehr bald auf so Einiges einstellen. Denn eine große Kasse möchte diesen Gerüchten zufolge Ihre Patienten befragen, Ihre Praxis begehen und in Abhängigkeit von dem Ergebnis und Ihrer Willfährigkeit dann entscheiden, ob Sie weiterhin Vertragspartner bleiben oder nicht.

Würde es Ihnen denn gefallen, wenn Ihre Patienten gefragt werden, ob sie länger als 30 Minuten warten mussten? Vor allem dann, wenn dem der Hinweis folgt: „Müssen Sie nicht, sprechen Sie ihren Arzt auf diesen Vertragsbestandteil an“? Oder: „Haben Sie schon versucht, Ihren Arzt in der Mittagspause oder nach 19.30 Uhr zu erreichen? Wenn ja, mit welchem Erfolg?“ Oder: „Hat Ihr Arzt versucht, Ihnen IGeL-Leistungen anzubieten? Wenn ja, die AOK bietet Ihnen an, diese Leistungen durch AOK-Spezialisten hinsichtlich Sinnhaftigkeit und Preisgestaltung zu überprüfen.“ Oder Sie stellen sich eine Praxisbegehung durch AOK-Mitarbeiter vor, die monieren, dass das AOK-Logo nicht an prominenter Stelle des Praxisschildes aufgebracht ist, die Möblierung des Warteraums den Ansprüchen nicht genügt oder der Anstrich dringend erneuert werden müsste.

Ist die AOK mit dem Ergebnis der Patientenbefragung und / oder der Praxisbegehung nicht zufrieden, kann sie aussieben. Denn es gibt für keinen Vertragsarzt den Anspruch auf Vertragsabschluss. Die eingeschriebenen Patienten werden dann an einen anderen HzV-Arzt verwiesen. Können Sie sich einen solchen Aderlass erlauben, oder erfüllen Sie dann lieber die Auflagen der AOK?

Und noch eines: Die Vergütungen im HzV-Vertrag werden nicht anhand bestimmter, im Vorfeld festgelegter Kriterien weiterentwickelt. Es besteht die Gefahr, dass die Vergütungen abgesenkt werden. Angeblich soll es bereits Pläne für Absenkungen geben, die aber erst dann umgesetzt werden sollen, wenn die Verträge so etabliert sind, dass sich kein Arzt diesen mehr entziehen kann.

Welche Vertragsinhalte noch in die HzV-Verträge aufgenommen werden, wenn diese erst einmal etabliert sind, mag sich jeder selbst ausmalen. Der Phantasie sind da keine Grenzen gesetzt: Darüber, was die Kasse über ihre Versicherten erfahren will, was sie Ihnen bezüglich der Verordnung von Arzneimitteln noch vorschreibt, welche Kontrollmechanismen eingeführt werden, welche Inhalte die zwingend zu nutzende Vertragssoftware enthält. Ich möchte ja gerne einmal wissen, was der sogenannte „gekapselte Kern“ der Vertragssoftware der AOK so alles enthält. Und ich frage mich, inwieweit Sie als Arzt einer Kasse dazu gezwungen werden können, dem Datenhunger Ihrer Kasse zu entsprechen, auch wenn es nach Ihrer Auffassung dem Schutz Ihrer Patienten oder deren Datenschutz zuwider läuft. Sicher ist: Die Abhängigkeit von marktmächtigen Krankenkassen steigt eklatant an und Sie als Teilnehmer können sich manchen Dingen dann einfach nicht mehr verweigern.

Eine weitere große Gefahr bei den hausarztzentrierten Vollversorgungsverträgen besteht darin, dass sich die hausärztliche Versorgung immer weiter von der fachärztlichen abschottet; neue Schnittstellen würden zum Schaden der Patienten entstehen. Die Koordinationsfunktion des kompetenten Hausarztes wird durch eine solche Abschottung nicht einfacher!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es gibt sehr vieles zu bedenken, wenn es um den Abschluss von solchen Vollversorgungsverträgen geht. Der Deutsche Hausärzteverband hat kürzlich auf seiner Delegiertenversammlung klar gemacht, wohn er will. Das lässt sich ungefähr so zusammenfassen: Stellung und Einfluss wie eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, allerdings ohne deren verbindlichen Verpflichtungen.

Die Forderung, als Spitzenorganisation in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung vertreten zu sein, wäre nur unter einem einzigen Gesichtspunkt vertretbar: Wenn die völlige Trennung der fachärztlichen von der hausärztlichen Versorgungsebene vollzogen würde. Nur, und nur dann, gäbe es eine Berechtigung dafür. Folgerichtig wäre dann allerdings auch, die KVen in ihrer jetzigen Form endgültig abzuschaffen und die fachärztliche Versorgungsebene ebenfalls über einen Verband in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu positionieren, sofern es dann überhaupt noch eine gemeinsame Selbstverwaltung geben kann. Eine doppelte Vertretung der Hausärzte über die KVen, in denen sie sehr wohl sehr gut vertreten sind, und den Verband wäre systemwidrig, nicht nachvollziehbar und den anderen Facharztgruppen gegenüber ungerecht. Außerdem: Wer vertritt dann die der hausärztlichen Versorgungsebene zuzurechnenden hausärztlichen Internisten und die Kinder- und Jugendärzte? Wer die Psychotherapeuten? Wer die Medizinischen Versorgungszentren? Der große Vorteil des KV-Systems ist doch, dass darin alle unter einem Dach vereint sind, dass die Führungen der KVen und der KBV von allen gewählt werden und deswegen als einzige über die notwendige Legitimation verfügen.

Der Hausärzteverband will in den Verträgen und in den Gremien die Vorteile für sich in Anspruch nehmen, nicht aber die dazugehörigen Pflichten. So tragen derzeit – trotz gegenteiliger Logik – die Krankenkassen und die KVen alleine die Finanzierung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin; hausärztliche Vergütungsanteile, die in den Vollversorgungsverträgen ausgeschüttet werden, können nach der Rechtsauffassung des Ministeriums nicht dazu herangezogen werden. So sind die KVen in allen bisher bekannten Vollversorgungsverträgen diejenigen, die den ärztlichen Bereitschaftsdienst organisieren, auch für eingeschriebene Pati-

enten. Denn der Bereitschaftsdienst ist lästig, teuer und aufwändig in der Organisation. Es ist ja bequem, davon zu profitieren, ohne dafür einstehen zu müssen. Wenn ich davon spreche, dass das KV-System häufig als „bad bank“ der Selektivverträge erhalten muss, meine ich genau das.

Als eingetragener Verein unterliegt der Hausärzteverband auch nicht der Rechtsaufsicht des Ministeriums, er wird nicht extern kontrolliert, er kann seine Mitglieder nicht verpflichten. Das würde ja bedeuten, auch unangenehme Aufgaben zu übernehmen und Transparenz herzustellen. Ich jedenfalls glaube nicht, dass der Vorstand des Hausärzteverbandes sehr glücklich wäre, wenn eine Veröffentlichungspflicht über seine Einkünfte genauso bestünde, wie es sie für die KV- und KBV-Vorstände gibt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine Bemerkung zur laufenden Diskussion um eine mögliche einmalige Verlängerung der Amtsperiode der Vertreterversammlungen und der Vorstände in den KVen und der KBV erlaube ich mir doch. Diese Forderung war Teil unseres Forderungspakets, das wir im letzten Jahr verabschiedet haben. Die Gründe dafür waren klar: Wir wollten diese Zeit dafür nutzen, eine sinnvolle Reorganisation der Strukturen der KV und der KBV vorzubereiten, mit dem Ziel, dass insbesondere Hausärzte sich in der ärztlichen Selbstverwaltung besser vertreten fühlen. Dabei geht es erst in zweiter Linie um die Vorstände; vorrangig geht es uns darum, wie sich die Vertreterversammlungen, also die Parlamente der Vertragsärzte in den Ländern, zusammensetzen. Bleibt es bei der bisherigen Struktur, haben wir das Problem, dass es für die Hausärzte dort ohne gesetzliche Veränderungen bei der Organstruktur keine Sicherheit gibt, über ihre eigenen Angelegenheiten bestimmen zu können. Vor einer Lösung des Problems sind aber noch viele Fragen offen: Wollen wir das über ein Quorum oder über andere Maßnahmen erreichen? Wie werden Kinder- und Jugendärzte berücksichtigt, wie die Psychotherapeuten, wie andere Fachgruppen? Ungeklärt ist auch noch die Frage der Anzahl der Personen im Vorstand und deren Ressortzuständigkeit. Die innerärztliche Diskussion dazu ist noch nicht abgeschlossen, weil sie sehr viele Aspekte berücksichtigen muss. Außerdem müssen wir die dann erzielten Ergebnisse mit der Politik diskutieren und abstimmen, so dass ein konkreter Gesetzentwurf erstellt werden kann. Auch das erfordert Zeit. Wenn jetzt die Wahlen stattfinden, werden die bestehenden Strukturen für weitere sechs Jahre zementiert. Das wollten wir nicht! Jetzt, da die Politik sich der Argumentation gegenüber offen zeigt und dies in Erwägung zieht, reagieren interessierte Kreise erwartungsgemäß extrem nervös. Und setzen alles daran, diese Verlängerung zu verhindern.

Man kann durchaus auch mit guten Argumenten gegen eine solche Verlängerung eintreten. Es ist allerdings unerträglich, wenn sich der Präsident der sogenannten Freien Ärzteschaft anmaßt, daraus zu schließen, dass der KBV-Vorsitzende dann „von Ministers Gnaden“ sein würde. In Sachfragen können wir durchaus kontrovers diskutieren; in Stilfragen geht das nicht. Dem Stil der Freien Ärzteschaft jedenfalls möchte ich mich nicht anschließen.

In der Sachfrage der Bewertung der Honorarreform werden wir uns wohl nie einig: Während die Freie Ärzteschaft von einem Scherbenhaufen spricht, bin ich und viele andere der Meinung, dass wir angesichts der Wirtschaftskrise und der negativen Grundlohnsummenentwicklung trotz aller damit verbundenen Umverteilungsprobleme einen großen Erfolg erzielt haben. Eine Steigerung um bundesweit mehr als 6 Prozent im ersten Halbjahr 2009, das ist angesichts der desolaten Wirtschaftslage doch wirklich ein gutes Ergebnis!

Ich betone nochmals: Ich weiß, dass die Honorarreform aufgrund des engen Zeitplans zu ihrer Umsetzung und der Komplexität der Materie noch verbesserungsfähig und -bedürftig ist. Aber: Wir nehmen die notwendigen Veränderung doch vor, und das immer unter den schwierigen Bedingungen der Verhandlungen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen, der Notwendig-

keit, einen Schlichter zu überzeugen und einer gesetzlichen Grundlage, die ebenfalls große Schwächen aufweist.

Die Vertragsärzte und die Vertragspsychotherapeuten hätten ein Recht darauf, die KBV und die KVen zu beschimpfen, wenn sie heute noch an die Grundlohnsummenentwicklung gebunden einen Verlust hätten in Kauf nehmen müssen! Aber das ist ja das große Problem, wenn jemand für die Verteilung knapper Mittel zuständig ist: Diejenigen, die profitieren, freuen sich und schweigen, diejenigen die weniger profitieren, beklagen sich, weil sie zu wenig zusätzlich bekommen und die wenigen, die aufgrund der Umverteilung tatsächlich Verluste erleiden, malen die Katastrophe an die Wand.

Kritisieren lässt sich ja am besten aus der Position desjenigen heraus, der keine Verantwortung trägt und dessen Forderung nicht mit politischen und wirtschaftlichen Realitäten kompatibel ausgestaltet werden müssen. Dann steht man auch im Ranking von facharzt.de ganz weit oben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Standortbeschreibung für das KV-System würde nach meinem Dafürhalten insgesamt sehr gut ausfallen, wenn es die Bedrohung durch die Monopolverträge des § 73b SGB V nicht gäbe. Wir müssen uns doch nur einmal vergegenwärtigen, was wir gemeinsam in Sachen Steigerung der Qualität, Qualitätsförderung und sektorenübergreifende Qualität gemacht haben. Ich darf daran erinnern: Das von der KBV entwickelte QM-System QEP ist das erfolgreichste in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung überhaupt! Es ist so gut, dass sich nunmehr sogar das sozialpädiatrische Zentrum der Charité in Berlin nach QEP hat zertifizieren lassen! Die Stiftung Warentest kommt hinsichtlich QEP zu der Bewertung, dass es im Hinblick auf die Patientenorientierung das beste derzeit am Markt befindliche System ist.

Auch bei innovativen Versorgungsformen, wie sie die Vertragswerkstatt erarbeitet, die anerkanntermaßen sinnvoll und gut sind und die derzeit weit überwiegend nur daran scheitern, dass die Krankenkassen kein Geld für solche Innovationen bereitstellen wollen oder können, haben wir eine beeindruckende Bilanz vorzuweisen. Wir haben mit der KBV-Messe Versorgungsinnovationen die breite Palette dargestellt, übrigens völlig unabhängig davon, ob die KVen daran beteiligt waren oder nicht. Das zeigt doch eindeutig: Wir kümmern uns um Versorgung!

Wir als KV-System sind immer noch weit überwiegend für die Sicherstellung zuständig und erledigen diese Aufgabe angesichts der wachsenden Herausforderungen, auf die ich bereits eingegangen bin, immer noch sehr gut. Ich wüsste niemand, der das besser könnte. Wir haben zudem rechtzeitig die vorgestellten Instrumente und Konzepte entwickelt, die bei einer künftigen sektorenübergreifenden Versorgungsplanung unverzichtbar sind.

Vor allem setzen wir uns für die Belange aller niedergelassenen Vertragsärzte und Psychotherapeuten ein, um deren Arbeitsbedingungen zu verbessern, eine angemessene Honorierung zu erzielen und ihre Freiberuflichkeit zu erhalten, zu stärken und zu schützen. Vielen mag es ja heute so vorkommen, dass die KV und die KBV mit ihren Regelungen sie nicht ausreichend schützt, dafür aber in vielen Bereichen knebelt. Aber die so denken, sollten auch folgendes bedenken: Was wäre, wenn es den Schutz der KV nicht mehr gäbe, dafür aber die Knebelung durch Kassen? Und wir arbeiten ständig daran, für unsere Mitglieder attraktiver zu werden. Wir verbessern unseren Service und unsere Dienstleistungen, wir verbessern die Rahmenbedingungen und wir werden die herrschende Knebelung sukzessive zurückfahren. Unser gemeinsames Ziel ist: Der Arztberuf soll Freude machen, er soll wirtschaftlich tragfähig sein und er soll seiner gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden können.

Wären die Wettbewerbsbedingungen fair, ich hätte keine Sorge um den Bestand dieses im Kern guten und erhaltenswerten Systems.

Es mag ja abgedroschen klingen, aber deswegen ist es nicht falsch: Unsere Vorväter haben dafür gekämpft, den Krankenkassen nicht machtlos in Einzelverträgen gegenüberzustehen. Das ist Ihnen auch gelungen. Dieses System zu erhalten ist unsere Verpflichtung. Vielleicht ist es wie im alten Rom und wir sind zwischenzeitlich degeneriert und haben nicht mehr die Kraft, uns zu modernisieren. Vielleicht wurde dieses System von Politik und Krankenkassen missbraucht. Aber es ist immer noch stark genug, sich zu wehren. Das werden wir tun! Wir werden unsere Mitglieder aufklären und diese müssen sich entscheiden, wo es hin gehen soll: Wettbewerb und Einzelverträge oder der Erhalt des Grundprinzips einer ärztlichen Selbstverwaltung im Kollektivvertrag.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir stehen zu Beginn einer spannenden und entscheidenden Zeit in der Gesundheitspolitik. Die Wahlen in NRW sind vorbei und damit auch die Stillhaltephase. Völlig unabhängig davon, ob die Wahlen im KV-System wie geplant in diesem Jahr stattfinden oder verschoben werden: Wir werden dafür kämpfen, dass die Arbeitsbedingungen der ambulanten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten durch die kommenden Gesetze spürbar verbessert werden. Und zwar für alle Ärzte und alle Psychotherapeuten!

Vor allem werden wir dafür eintreten, dass die Versorgung der Patienten im Mittelpunkt steht, denn nur daraus beziehen wir alle unsere Legitimation: Wir arbeiten für eine gute Patientenversorgung, für eine gute Versorgungsstruktur und dafür, dass das auch in Zukunft so bleibt.

Vielen Dank