

**Wörtliche Rede des Vorsitzenden des Vorstandes der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung Herrn Dr. Köhler
anlässlich der 12. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen,
Amtszeit 2005 bis 2010, am 28. Februar 2007**

Sehr geehrter Herr Jordan, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich verzichte auf meinen Vortrag, weil die Fragestellung, die Herr Jordan hier auch Ihnen vorgestellt hat, so gut strukturiert ist, dass ich denke, es ist viel wichtiger, auf diese Dinge einzugehen. Ich will aber zwei Dinge zu diesem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorweg stellen. Das eine betrifft die Intention des Bundesgesundheitsministeriums und das andere die Zukunft der KVen.

Im Bundesgesundheitsministerium herrscht Ideologie vor und zwar eine Ideologie einer Bundesgesundheitsministerin, die nichts mit freiberuflich tätigen Ärzten anfangen kann. Ihr Ziel ist etwas, das Ihnen nur allzu gut bekannt vorkommen muss, nämlich den angestellten Ärzten in zentralisierten Einrichtungen, denen man besser sagen kann, wie sie behandeln sollen, als in ihrer jetzigen Struktur von Freiberuflichkeit und freiem Unternehmertum. Und konsequent mit allen Gesetzgebungsverfahren arbeitet die Bundesgesundheitsministerin mit ihrem Chefideologen Herrn Knieps darauf hin. Wenn sie jetzt manchmal hören in der Presse, wir gehören als niedergelassene Vertragsärzte zu den Gewinnern der Reform und die KVen auch und die Ärztelobbyisten hätten sich durchgesetzt; das ist nicht der Fall. Der Staatszentrismus, der in diesem Gesetz drin liegt, in vielen Stellen, die wir noch gar nicht so richtig erkennen können, wird konsequent umgesetzt und mit weiteren Gesetzgebungsverfahren unterstützt und das Arzt-Patienten-Verhältnis wird dauerhaft nicht geschützt sein.

Meine zweite Aussage, die ich vorweg stellen will, ist die Frage der Zukunft der KVen. Ja, es stimmt, wir sind als KVen nochmal mit einem blauen Auge davon gekommen. Wenn Sie aber das Projekt sehen, das die Ministerin mit den Krankenkassen gemacht hat; ich nehme den Körperschaftsstatus weg, ich mache sie zu Gesellschaften bürgerlichen Rechts, ich versuche sie auch insolvenzfähig zu machen - das ist jetzt etwas abgepuffert worden - und ich bilde einen sehr staatsnahen Spitzenverband Bund, ich gebe dem Gemeinsamen Bundesausschuss mehr Macht, dann ist das die Blaupause, wie man auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung umgehen will. Und darauf werden wir uns vorbereiten müssen und zwar nicht im Selbstinteresse dieser Strukturen, sondern weil ich behaupte, dass Sie in diesen jetzt kommenden radikalen Einkaufswettbewerb nur dann bestehen können, wenn Sie als Gemeinschaft auftreten. Und Frau Lundershausen hat das eben sehr sensibel angedeutet - ich bin dafür bekannt, dass ich weniger sensibel bin - ich traue Ihnen nicht zu, ich traue der gesamten deutschen Ärzteschaft nicht zu, dass sie von sich aus diese Gemeinschaften bildet und deswegen bin ich ein Fan der Pflichtmitgliedschaft, weil sie das eint und ein Anbieterkartell gegen die Nachfragemacht der Krankenkassen stellen wird. Und wir werden uns auf diese Situation in den nächsten zehn Jahren vorbereiten müssen.

Zur Finanzierungsfrage in diesem Wettbewerbsstärkungsgesetz gebe ich Herrn Jordan Recht. Ich schwöre Ihnen Stein und Bein, in zwei Jahren reden wir über die nächste Reform, denn das, was da an Finanzierungsregelung angelegt wurde, hält nicht. Wenn Sie mal in die Koalitionsvereinbarung hineinsehen, in die Eckpunkte, stand da was von einer stabilen nachhaltigen Finanzierungsgrundlage für die GKV? Nichts davon ist da. Nachhaltigkeit ist ja auch ein Phänomen der Kommunikation, wird überhaupt nicht mehr

diskutiert. Es bleibt dabei, wir schieben jedes Jahr 500 Milliarden ... Ende Band in der GKV. Diese nächste Generation wird nicht nur mit der Rente Probleme haben, sondern das Solidarprinzip wird ganz nachhaltig gelöchert. Es passiert nichts. Der Fonds verstärkt dieses Problem, er wird es sogar noch potenzieren im Vergleich zum jetzigen Umlageverfahren. Und ich behaupte auch, dass wir deshalb in zwei Jahren über eine Reform sprechen, weil wir dann Beitragssätze haben von 16,4, 16,3, 16,5 %, plus die Prämie, die dann irgendwann kommen soll ab 2009 und, und, und. Nun könnte man darauf hoffen, dass es ja bald Bundestagswahlen gibt. Aber, wenn ich halbwegs was von Wahlprognosen verstehe, dann werden wir auch in der kommenden Wahlperiode wieder eine große Koalition haben und das werden die gleichen Partner sein. Das heißt, wir können nicht erwarten, dass es durch einen Regierungswechsel in der ideologischen Ausrichtung Änderungen gibt. Und deshalb will ich auch auf diese Punkte eingehen.

Frau Lundershausen hat Recht, wir sind von der Fundamentalopposition weg. Es war eine schwierige Entscheidung, aber wenn wir das nicht getan hätten, könnten wir die Chancen, die in diesem Gesetz liegen, einfach nicht nutzen. Dann bliebe alles so, wie es jetzt ist. Dann kann man ganz langsam, insbesondere für die neuen Bundesländer, zusehen, was passiert. Die Einwanderung, was ja neuerdings Tatsache ist, Ihnen wandern die chronisch kranken älteren Leute ein und die jungen gesunden Versicherten gehen in die Altbundesländer, würde dann zu einem massiven Morbiditätsanstieg führen bei gleich bleibendem niedrigen Vergütungsniveau ohne, und das hat ja Frau Feldmann auch dargestellt, ohne dass der Bundesrat, ohne dass da wirklich klare Aussagen kämen.

Vertragswettbewerb

Wir werden uns daran gewöhnen müssen, dass es künftig zwei Bereiche gibt. Einen kollektivvertraglich geregelten Bereich der ärztlichen Versorgung, wie Sie ihn jetzt auch kennen und es gibt einen Wettbewerbsbereich. Die viel spannendere Frage - das werden wir akzeptieren müssen - ist die Frage: Wie teilt sich denn der jetzige Markt der Versorgung in der GKV auf auf diese beiden Sektoren? Da gibt es den Wunschgedanken vieler Ökonomen, aber auch der Ministerin, dass sich das mal so 50 : 50 aufteilt. Das glaube ich nicht. Ich will das auch begründen: Wir haben vier Wettbewerbsbereiche in diesem Wettbewerbssektor. Das eine ist der 73 b, hausarztzentrierte Versorgung, das zweite sind die 73 c-Verträge, sehr eindrucksvoll eben dargestellt, wie die Kassen mit diesen Verträgen umgehen, das dritte ist der Bereich 116 b, die Öffnung des Krankenhauses für seltene Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen, und das vierte ist der Bereich Integrierte Versorgung. Die Integrierte Versorgung ist derzeit ein 1-%-Markt, schlichtweg und ergreifend, weil das die Mittel der Anschubfinanzierung sind. Die Prognosen gehen je nach Gesundheitsökonom in der Entwicklung dahin, dass das ein 10-%- oder ein 5-%-Markt sein wird. Ich behaupte, es wird ein 5-%-Markt werden maximal und da werden wir uns, da werden Sie sich als Vertragsärzte, da wird sich das KV-System mit um diesen Markt bemühen müssen. 73 c ist im Moment kein Thema, schlichtweg und ergreifend, weil die Kassen kein Interesse dran haben. Wenn Sie solche Verträge abschließen mit einer besseren Qualität, müssen Sie die auch finanzieren. Und warum sollen Sie das tun, wenn Sie im Kollektivvertrag mit der gleich guten Qualität die Leistungen auch bekommen? Das ökonomische Interesse der Krankenkasse ist nicht da, die Anschubfinanzierung 140 ist für Sie reizvoll, es ist auch nicht verknüpft mit irgendwelchen RSA-Faktoren. Deswegen gehe ich nicht davon aus, dass perspektivisch 73 c-Verträge in den nächsten vier, fünf Jahren im großen Umfang entstehen, es sei denn, und ich würde das dann gern nochmal nachfolgend darstellen, wir reden über bundesweit agierende Krankenkassen. 116 b - kommen wir als niedergelassene Vertragsärzte nicht

dran. Das wird eine institutionelle Öffnung der Krankenhäuser werden, wir werden aber über den Bundesausschuss den Katalog sehr klein halten. Da gibt es ein Problem, das ist die Onkohämatologie. Da hat man als seltene Erkrankung die Onkologie mit reingenommen per Gesetz und da mache ich mir ein bisschen Sorgen, dass sich einige Krankenhäuser mit onkologischen Zentren doch auf dem Markt positionieren. Aber insgesamt wird das 116 b-Phänomen aus meiner Sicht kein Problem.

Dann kommt aber der Bereich, über den wir dringend reden müssen. Das sind hausarztzentrierte Verträge nach 73 b. Die Krankenkassen müssen künftig ihren Versicherten solche Verträge anbieten und sie kombinieren es mit Wahlтарifen und jede Krankenkasse bereitet derzeit diese Wahlтарife vor. Die kommen; zum 1.4. sind wir auf dem Markt und es wird immer einen Wahlтарif geben für die Einschreibung in eine hausarztzentrierte Versorgung. Das wird mit Bonifikation angefüllt, so dass wir nicht davon ausgehen können, dass diese Verträge nicht entstehen werden. Das Problematische bei diesen Verträgen ist, dass immer dann, wenn ein solcher Vertrag entsteht, die Krankenkasse die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung bereinigen kann. Das ist reine Steinbruch-Philosophie. Jeder Vertrag nimmt etwas raus aus diesem Steinbruch und am Ende bleibt eine Resteverwertung übrig. Und die große und spannende Frage ist: Wie viel wird aus den Gesamtvergütungen herausgenommen? Rein hypothetisch, Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich könnten das bis zu 50 % der Gesamtvergütung einer KV sein. Und das geht an den Nerv der KV. Und an der Stelle müssten eigentlich Haus- wie auch Fachärzte gemeinsam sich darum bemühen, dass das nicht vollzogen wird. Und wir haben auf diesem 73 b-Markt einen veritablen Wettbewerber mit im KV-System, das ist die so genannte hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Ihnen allen natürlich bekannt wegen des BARMER-Vertrages, die aber, meine Damen und Herren, einen großen Vorteil hat. Und das sage ich auch in einer regionalen KV. Sie kann bundesweit einen Vertrag abschließen, das kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht. Und bundesweit agierende Krankenkassen, die jetzt nicht mehr in Verbänden organisiert sind, wie die TK, wie die BARMER, wie die DAK, wie die Knappschaft, die wollen heute nicht mehr mit 17 KVen 17 unterschiedliche Verträge schließen, die wollen einen Vertrag und einen Verhandlungspartner. Und da hat die hausärztliche Vertragsgemeinschaft klare Wettbewerbsvorteile. Es ist ja kein Geheimnis; eine zeitlang stand auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung als möglicher Vertragspartner dieser Verträge drin. Das ist 14 Tage vor In-Kraft-Treten rausgeworfen worden und ich weiß auch, wer das war. Es war ein Mandatsträger im Deutschen Hausärzteverband. Das muss man einfach wissen, dass sich hier die Zukunft der KVen abspielt. Deswegen ist es so wichtig, dass 73 b-Verträge von den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen werden. Da können Sie als Niedergelassener sagen: Warum, es ist mir völlig egal, ob es der Hausärzteverband oder die KV macht, ich will einen Vertrag haben und ich will Geld haben.

Aber es wird die Zukunft der KV ganz nachhaltig beeinflussen. Was tun wir derzeit? Wir haben ja ein Gesetz erreicht, dass auch KVen solche Verträge abschließen, wenn eine Gemeinschaft hausärztlicher Leistungserbringer die KV, den KV-Vorstand mandatiert. Die erste spannende Frage war natürlich immer: Was ist eine Gemeinschaft? Juristisch ist eine Gemeinschaft mehr als ein deutscher Vertragsarzt. Muss man wirklich so betrachten. Das heißt, grundsätzlich müssten sich zwei, drei Hausärzte finden, die die Anforderung, wie sie in 73 b drin stehen - und unter uns gesagt, das kann jeder Hausarzt - erfüllen und die müssten in einem schriftlichen Beauftragungsverfahren den KV-Vorstand beauftragen, solche Verträge zu verhandeln, abzuschließen und durchzuführen. Das ist ein formaler

Akt, der ist jetzt notwendig, der muss jetzt vollzogen werden und dieser formale Akt reicht dann aus, dass die KV solche Verträge schließen darf. Nun gab es eine zeitlang das Gerücht, wenn also drei Hausärzte die KV beauftragen, dann darf die KV auch nur für diese drei Hausärzte einen Vertrag abschließen. Das werden sie möglicherweise auch nur von Gegnern, die nicht wollen, dass die KV in diesen Sektor einsteigt, hören. Das ist falsch. Jeder andere Hausarzt im KV-Bereich kann diesem Vertrag beitreten. Das heißt, es ist wirklich diese formale Beauftragung notwendig und wir haben die KVen gebeten, da jetzt für regionale Verträge, aber auch für bundesweite Verträge zu verhandeln.

Komme ich zu dem Thema Bundesweite Verträge: Das ist ein Thema. Da sind wir schwach, weil wir bisher keinen bundesweiten Verhandlungspartner anbieten konnten. Wir haben aber mit diesem Gesetz die Möglichkeit, im Sozialversicherungswesen Arbeitsgemeinschaften zu gründen. Was wir am Freitag mit den KVen diskutiert haben ist, dass wir eine Vertragsarbeitsgemeinschaft gründen, die solche bundesweiten Verträge abschließt. Dazu bedarf es auch eines formalen Aktes, den wir jetzt vorbereitet haben. Das Schreiben wird Anfang der Woche in den Kassenärztlichen Vereinigungen liegen und dann können wir genauso, wie die hausärztliche Vertragsgemeinschaft, für die Kassenärztlichen Vereinigungen mit bundesweit agierenden Krankenkassen solche Verträge abschließen. Das ist dringendst notwendig, denn die Bundesknappschaft, die DAK und auch das BKK-System suchen konkrete Vertragspartner. In jedem dieser drei Fälle gibt es zwei Wettbewerber; das KV-System und die hausärztliche Vertragsgemeinschaft. Es sieht im Moment sehr gut aus, dass wir mit dieser Vertragsarbeitsgemeinschaft diese Verträge abwickeln.

Dann wird es spannend mit der Frage der Vergütung. Ich sagte vorhin, eine Kasse kann bereinigen, sie muss es nicht. Wir werden im ersten Anlauf nur solche Verträge abschließen, die auf eine Bereinigung der Gesamtvergütung verzichten, sondern nur ein add-on für die Besonderheit dieses Vertrages verhandeln. Was das für eine KV wie Thüringen heißt, es würde so weiter abgerechnet werden wie bisher und es wird ein vertragliches add-on in Euro vereinbart. Unsere Verhandlungsposition - unsere Verhandlungsposition, das sollten Sie bitte wissen, nicht das sie nachher sagen, ich hab gesagt, das Ergebnis können wir erzielen - ist die, dass wir sagen, wir wollen eine pauschalierte Vergütung in Höhe von 75 Euro, wir lassen das für die Hausärzte in der Gesamtvergütung drin und das Delta des Fallwertes zu diesen 75 Euro muss dann eine Kasse wie die Knappschaft liefern, wenn wir einen solchen Wahltarif in den KVen machen. Ich sage aber auch hier und heute schon, es wird irgend eine Kasse geben, die auch mal die Bereinigung will, wenn die KV das abwickelt, weil sie eine pauschalierte Vergütungsform will. Nun bin ich Realist, was die Vergütungssituation neuer Bundesländer angeht. Was Ihr Vorstand wahrscheinlich nie so deutlich tut, aber was mir so langsam einen dicken Hals macht, es ist ja nicht nur dir Politik, die da hemmt, was die Vergütungssituation angeht, es gibt da auch noch die Konkurrenzsituation zwischen den Altbundesländer-KVen. Das ist ein Thema, mit dem man sich im System befassen muss, weswegen aus meiner Sicht eine Bereinigung und eine pauschalierte bundesweite Vergütung perspektivisch für die neuen Bundesländer besser ist, wenn sich das umsetzen lässt und wir gehen davon aus.

Was wird also in dem Bereich passieren? Ich bin ziemlich sicher, dass das zwei Hauptwettbewerber werden; die hausärztliche Vertragsgemeinschaft und das KV-System, sowohl für bundesweite Verträge als auch für regionale Verträge. Wenn wir dieses Mandatierungsverfahren haben, wenn wir diese Vertragsarbeitsgemeinschaft haben, können wir auf diesem Wettbewerbssektor sehr gut bestehen. 73 c - besondere ambulante

vertragsärztliche Versorgung, hat ja seinen Vorläufer im jetzigen 73 c. Da ist es uns genau so gegangen, wie der KV Thüringen. Wir haben solche Vertragskonzepte entwickelt und den Spitzenverbänden der Krankenkassen angeboten. Das einzige Vertragskonzept, das sich derzeit noch in Verhandlung befindet, ist ein Vertragskonzept zur Behandlung von HIV- und AIDS-Erkrankten, weil es ein politisches Thema ist. Ansonsten lehnen die Spitzenverbände der Krankenkassen solche Verträge nach 73 c ab. Die einzige Chance, solche Verträge wirklich zu verhandeln, da will ich Ihnen nichts vormachen, ist mit bundesweit agierenden Krankenkassen, die eine Flächendeckung wollen und das über Wahltarife anfüttern. Da kommen ganz konkret aus meiner Sicht nur die DAK und die TK in Frage. Das wird kein großes Wettbewerbsfeld werden, ob wir das wollen, oder nicht. Da müssen Sie immer die Interessen der Krankenkassen sehen, denn die fragen letztendlich Verträge nach, also auch bei uns eine ganz frustrale Geschichte für solche Verträge. Das große Problem, das wir haben, wenn wir solche Vertragskonzepte entwickeln und den Kassen anbieten, nehmen die, drehen sich einmal rum und machen einen Integrationsvertrag nach 140 draus. Das muss man in dieser Wettbewerbssituation sehen, deswegen ist das sehr schwierig. Aber wir werden weiterhin solche Verträge aktiv anbieten.

Dann kommt die Frage mit der Dienstleistungsgesellschaft. Im Gesetzgebungsverfahren, und das war genauso, wie Frau Feldmann das beschrieben hat, man wusste zwei Tage vorher noch nicht, was drin stehen wird. Gerade in diesen Verträgen gab es wirklich teilweise stündlich Änderungen, je nachdem, wer zuletzt bei der Ministerin war, wurde das wieder mal geändert, mussten wir uns sehr stark auf eine solche Dienstleistungsgesellschaft konzentrieren, weil, es hätte sein können, dass wir diese Verträge nicht abschließen dürfen. Jetzt sieht es so aus, dass wir nach einer Analyse, was darf eine Dienstleistungsgesellschaft und was darf die KV feststellen können; das meiste im Vertragsbereich, was eine Dienstleistungsgesellschaft kann, das kann auch die KV, mit einer Ausnahme: Abwicklung von Integrationsverträgen. Deshalb werden wir eine solche Dienstleistungsgesellschaft nicht brauchen für den Vertragswettbewerb, aber wir brauchen sie aus anderen Gründen. Wir müssen ein zweites Standbein aufbauen im KV-System, wenn uns die KV als Körperschaft des öffentlichen Rechtes weggeht. Da ist die spannende Frage: Wer macht das? Da könnte man natürlich sagen, das sollen die Berufsverbände machen, die mögen doch solche Dienstleistungsgesellschaften gründen, um einen Auffangstruktur zu haben für die Zeit, dass es möglicherweise so ist, dass der Körperschaftsstatus weggeht. Das sage ich unumwunden, niemand möge glauben, dass die Berufsverbände die Logistik vorhalten können oder die Kompetenz und schon gar nicht im konkreten Vertrags- und Abrechnungsgeschäft, geschweige denn in der Qualitätssicherung. Geben Sie es auf, das kann keine GFB, das wird auch der Hausärzteverband nicht können oder die hausärztliche Vertragsgemeinschaft für 100 % des Vertragssektors. Die haben im Moment einen kleinen BARMER-Vertrag und da tun sie sich schon extrem schwer. Das wird auch keine tradierte Struktur wie der NAV-Virchowbund, der Hartmannbund oder wie auch immer sie heißen können. Das geben die wenigstens ehrlicherweise mittlerweile zu. Das wird auch nicht die Medi-Struktur sein können und die Genossenschaftsstruktur. Lange Zeit haben wir überlegt, lassen wir doch die diese Parallelstruktur aufbauen. Aber dann, wenn es ernst wird, erkennt man, es funktioniert derzeit nicht. Deswegen muss die Parallel- und Auffangstruktur aus dem KV-System heraus aufgebaut werden und dazu brauchen wir diese Dienstleistungsgesellschaft.

Das wird ein Wirtschaftsunternehmen, meine Damen und Herren, das muss Geld verdienen. Deswegen müssen wir das sehr sorgfältig vorbereiten und deswegen gibt es

eine für mich sehr wichtige Diskussion: Gründet jede KV eine eigene Dienstleistungsgesellschaft, teilweise - Westfalen-Lippe hat eine solche Consult, Nordrhein hat eine - gibt es das schon? Das können wir machen. Aber haben wir uns mal überlegt, was dann passiert? Dann kann die Dienstleistungsgesellschaft A ein Angebot einer Kasse unterbreiten zur Bewältigung bestimmter Aufgaben und die Dienstleistungsgesellschaft B der KV B auch (das ist jetzt rein zufällig, dass ich KV B gesagt habe, KV C sag ich jetzt). Da beginnt doch ein Wettbewerb unter den KVn um die Abwicklung von Verträgen und Dienstleistung gegenüber den Vertragsärzten. Was wird passieren? Die gehen gegenseitig in einen Preiswettbewerb. Wenn es ums wirtschaftliche Überleben geht, kenne ich doch nicht Freunde, da kenne ich doch nur Konkurrenz. Aber was dann passieren wird, ist völlig klar. Wir kommen in einen Preiswettbewerb hinein für Ihre Leistungen. Und wenn Sie glauben ich spinne, ich werde es Ihnen gern am Beispiel der Kataraktoperationen vorexerzieren. Glauben Sie doch bitte nicht, dass, wenn zwei Dienstleistungsgesellschaften auf dem Markt sind - ich nehme jetzt mal die DAK, ohne dass ich unterstelle, die DAK tut das, die hat sich das mal ausgerechnet - die brauchen im Jahr 23.000 Kataraktoperationen. Derzeit liefern das über die 17 KVn, die ambulanten Kataraktoperateure, die Ophthalmochirurgen. Wenn ich DAK-Chef werde, Gott verhöte das, weil die ganz andere Probleme noch kriegen werden, wenn ich das wäre, ich würde sagen, so 23.000 will ich jetzt verkaufen. Dann würde ich zu diesen Dienstleistungsgesellschaften gehen und sagen: Mach mir einen 140-er Vertrag mit deinen Ophthalmochirurgen. Da sagt der eine: Mach ich dir für 1.600 Euro. Jetzt geh ich doch zum nächsten und sag: Mach es mir für 1.400 Euro, du kriegst meine 23.000. Und ich pendle so lange dahin, bis ich das ganze Ding für 1.200 Euro habe und das wären Ihre Vergütungen, die wir so senken. Deswegen bin ich ein großer Anhänger einer bundesweiten Dienstleistungsgesellschaft mit regionalen Wettbewerbsschutz, um zu vermeiden, dass genau dieser beabsichtigte Preiswettbewerb stattfindet. Das wird die spannende Frage sein, die das KV-System insgesamt noch dieses Jahr klären muss. Einen Vorläufer haben wir bereits begründet. Wir sind im Moment aktiv dabei, die Geschäftsfelder zu entwickeln und werden uns da auch in diesem Bereich bewegen. Insgesamt glaube ich ist das KV-System für diesen Wettbewerb gut aufgestellt. Wir werden aber jetzt beweisen müssen, dass wir in der Lage sind, bundesweite Verträge abzuschließen.

Vertragsärztliche Vergütung

Richtig ist, dass wir mit diesen Paragrafen eine große Chance haben, aus der jetzigen Misere raus zu kommen. Ich sage aber hier und heute nicht, dass wir es schaffen, auf ein Preisniveau zu kommen, das 5,11 Cent entspricht, nicht zu Beginn. Aber da gibt es drei große Daten, die ganz entscheidend sein werden, wie das ab 2009 aussieht. Das erste Datum ist jetzt schon der 30. April in diesem Jahr, denn da muss entschieden werden, wer macht einen neuen EBM der Grundlage einer Euro-Gebührenordnung wett. Das ist jetzt nicht mehr so wie bisher, dass Sie dann auf mich oder die KBV schimpfen können, weil es die KBV immer macht, denn der Gesetzgeber und die Krankenkassen haben im Gegensatz zu Ihnen eine andere Meinung. Die haben nämlich die Meinung, die KBV hat immer viel zu gut verhandelt für Sie. Deswegen ist ein Institut gegründet worden, das nur diesen neuen EBM machen soll. Das Beruhigende - für mich nicht immer das ganz Beruhigende - aber das Beruhigende für Sie ist, das Institut ist nicht arbeitsfähig. Der Bewertungsausschuss und das Ministerium müssen am 30. April festlegen, wer es dann machen soll. Das Entscheidende ist, machen wir das als KBV? Ich hab mich dafür entschieden zu sagen: Ja, wir machen das als KBV, wohl wissend, dass Sie nachher wieder die KBV kritisieren, aber das ist immer noch besser, als wenn das das IN-INEG

macht, das ist nämlich das Institut, das die Fallpauschalen berechnet oder unser eigenes neu gegründetes Institut. Wenn das entschieden ist, müssen wir zum 1. Oktober einen neuen EBM beschließen, der zum 1. Januar 2008 in Kraft tritt. Das heißt, wir haben Zeit, zwischen dem 30. April und 1. Oktober einen neuen EBM zu machen. An der Stelle kann ich Sie allerdings beruhigen, weil im Gesetzgebungsverfahren viele Lockerungen kamen, vieles ist als Kann-Regelung bis 2012 verschoben. Im Grunde ist das auf der Grundlage des jetzigen EBM zu erstellen. Die einzige Vorgabe, die wir erfüllen müssen, im hausärztlichen Versorgungsbereich eine Versichertenpauschale. Übrigens ist das der falsche Begriff; es wird eine Fallpauschale. Versichertenpauschale hieße, nur ein Arzt darf die in einem Quartal bei einem Versicherten abrechnen, das ist nicht im Gesetz drin, sondern wir können ja die freie Arztwahl an der Stelle nicht verhindern, es wird eine auf den Fall bezogene Pauschale. Und wir müssen pauschalisieren, wobei im fachärztlichen Versorgungsbereich weiterhin Einzelleistungen vorgesehen werden können. Da wird in der Kürze der Zeit - ich bring es mal ganz derb - nicht viel passieren. Wir müssen das Pauschalierungsniveau oder Komplexierungsniveau des jetzigen EBM etwas erhöhen.

Was wird passieren? Wir werden die Gesprächsleistungen in Komplexe einbetten, das war es dann auch schon. Deswegen sollten Sie nicht so viel Unruhe damit verbinden, wenn es einen neuen EBM gibt. Aber dann gibt es ein weiteres ganz entscheidendes Datum, das ist der 1. Januar 2009. Denn da wird aus diesem EBM ein Jahr später eine Euro-Gebührenordnung. Dabei wird es - und das ist etwas, was problematisch ist - nicht eine Euro-Gebührenordnung geben, sondern 17. Jede KV erstellt eine so genannte regionale Euro-Gebührenordnung. Also die KV Thüringen wird für die thüringischen Vertragsärzte eine Euro-Gebührenordnung erstellen. Dazu nimmt sie diesen EBM und multipliziert die Punktzahlen mit einem so genannten regionalen Orientierungspunktwert. Und dieser regionale Orientierungspunktwert, da gibt der Bewertungsausschuss, also die Kassen und die KBV, vor, wie der ermittelt wird. Und zwar ermitteln wir einen bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert im Jahre 2008 mit Wirkung für 2009. Der wird so ermittelt - ich muss das jetzt ein bisschen ausführen, weil das für die KVen der neuen Bundesländer ganz entscheidend sein wird - der wird so ermittelt, dass ich alles Geld nehme, was in 2008 für die ambulante Versorgung zur Verfügung stand und durch die abgerechnete Leistungsmenge bundesweit dividiere. Das ergibt einen Orientierungspunktwert. Dabei ist es uns im Gesetzgebungsverfahren gelungen, nur den nicht quotierten Leistungsbedarf hereinzuziehen, das heißt, dieser Orientierungspunktwert auf Bundesebene wird höher liegen, als die jetzigen Auszahlungspunktwerte. Und jetzt kommt das Spannende: Natürlich ist Ihr Orientierungspunktwert, wenn Sie ihn jetzt berechnen, wegen des von vorhin dargestellten niedrigen Vergütungsniveaus niedriger als der Bundesschnitt. Es gibt aber natürlich auch KVen, die haben einen höheren, das ist eine Nivellierung. Aber die, die mit dem Vergütungsniveau unten liegen, werden jetzt hoch gezogen über diesen Orientierungspunktwert. Da gibt es eine Regel, dass man sagt, bei besonderen Kosten und Versorgungssituationen können die regionalen Vertragspartner von diesem Bundespunktwert abweichen. Da wird es spannend. Natürlich werden die Kassen der neuen Bundesländer sagen: Moment mal, die Kostensituation in den neuen Bundesländern liegt weitaus niedriger, als in den Altbundesländern und deswegen muss dieser bundesweite Orientierungspunktwert abgesenkt werden. Das wird die konfliktive Schiedsamtssituation werden im Jahre 2008 für 2009, zum Teil wird sich das in 2009 hineinziehen. Und da - und da hab ich die Botschaft auch verstanden, warum Sie hoffen, dass ich nicht weich werde - weil da geben wir Kriterien vor auf der Bundesebene, wann sie abweichen dürfen. Und da kann ich Ihnen heute schon sagen, da werd ich nicht weich, weil das ist die einzige wirkliche Chance für Sie, das Vergütungsniveau zu erreichen, wenn wir das konsequent umsetzen. Nun sagt das Gesetz tatsächlich, an der Stelle gilt

nicht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, sondern es ist insgesamt bundesweit Ausgabenneutralität zu halten. Deswegen bedeutet diese Regelung, wenn man das mal so ganz nüchtern betrachtet, dass die Gesamtvergütungen der neuen Bundesländer angehoben werden auf ein Bundesniveau. Bis dahin wäre meine Welt in Ordnung, wenn es da jetzt nicht das Problem gäbe: Was heißt denn das für die KVen insbesondere in Süddeutschland? Machen Sie sich mal nichts vor. Die werden abgesenkt. Das heißt, ich komme zu einer Durchschnittsbildung. Für Sie für Vorteil, aber für die KV Bayerns und die KV Baden Württemberg eine Katastrophe, weil deren Fallwerte werden abgesenkt. Das können die gar nicht verhindern. Und jetzt komme ich zu meinem Lieblingsthema eines förderalen Systems. Mich kann Frau Feldmann heute beschimpfen, ein Stunde später Herr Munte aus Bayern und eine halbe Stunde später Herr Hoffmann-Goldmayer aus Baden Württemberg. Ich kann die nicht beschimpfen, ich hab denen nichts zu sagen. Mit dieser förderalen Struktur das umzusetzen, das wird die spannende und schwierige Diskussion in 2008. Da geht es um nichts anderes, als das, was Frau Lundershausen eben gesagt hat; Partikularinteressen zwischen den KVen. Wäre eine ganz schwierige Diskussion, die das KV-System ganz nachhaltig belasten kann. Aber es ist Ihre einzige Chance, ich glaube nicht dran. Ich glaube nicht dran, dass der Bundesrat jemals jeglich initiativ tätig wird und diesen Ausgleich per Gesetz schafft. Da müssen wir ihn mühselig gemeinsam erkämpfen und das wird der Kampf zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Jetzt geht es weiter. Ab 2009 werden Ihre Gesamtvergütungen weiterentwickelt. Das ist nicht mehr Grundlohnsumme, sondern das sind drei wesentliche Faktoren; Morbidität, Verlagerungseffekte stationär nach ambulant und Betriebs- und Investitionskosten der Praxen. Beginnen wir bei der Morbidität, da sind wir einigermaßen vorbereitet. Wir können Morbidität messen. Und natürlich ist aufgrund der Überalterung der neuen Bundesländer ihre Morbidität höher als in den alten. Das heißt, für Sie ist diese Option größer. Aber das ist ein Problem. Auch da will ich nicht leugnen, dass unsere förderalen Strukturen Probleme bereiten. Nach Bayern und Baden Württemberg sind nach dem Mauerfall die jungen, gesunden Versicherten eingewandert. Trotz hohem Vergütungsniveaus dort haben die kaum einen Morbidität. Bei Ihnen sind die Kranken geblieben mit niedrigen Vergütungsniveau, ein Treppenwitz der Geschichte, muss man sich mal überlegen. Und deswegen wird es eine hitzige Diskussion werden, wie stark wir diese Morbidität berücksichtigen, denn es bedeutet nichts anderes, als dass nur die KV die Gesamtvergütung entsprechend steigern kann, damit ihren regionalen Orientierungspunktwert, damit höhere Euro-Preise entstehen, die dann ja auch von den Kassen zu vergüten sind, dass die nur das machen kann, die auch die Morbidität hat. Deswegen wird es ganz wichtig sein, jetzt sehr schnell diese so genannten Klassifikationssysteme zu entwickeln. Da sind wir auch sehr weit, um mal zu messen, wie die Morbidität in den KVen aussieht. Wir haben jetzt erste Ergebnisse, die natürlich bestätigen, dass in den neuen Bundesländern eine weitaus größere Morbiditätsverdichtung vorliegt. Aber ich kann nur an Sie appellieren, mit uns diesen Weg zu gehen. Das ist die einzige Chance. Wenn wir so das Morbiditätsrisiko auf die Kassen verlagern, gehen die Gesamtvergütungen zugrunde. Sie halten das nicht mehr aus, sie würden konsekutiv davon einen Punktwertverfall bekommen. Das zweite viel schwierigere Thema ist, wie berücksichtigen wir die Betriebs- und Investitionskosten? Dazu müssen wir erstmal die Veränderung von Betriebs- und Investitionskosten jährlich messen. Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland keine amtliche regionale Statistik, die das misst. Die einzigen Kosten dann, die es gibt, haben wir, allerdings auch nicht regionalisiert. Das ist ein Problem für uns, wir müssen die noch regionalisieren. Aber was passiert denn da? Sie alle mussten doch jetzt in Sparzwänge gehen. Das heißt, im Grunde genommen haben Sie ja einen Investitions(stopp)?? bundesweit von 2,5 Milliarden Euro. Sie haben Personal

abgebaut, während wir vor sechs noch im Durchschnitt eine Personalsteige hatten von 2,4 über alle Praxen, Haus- wie Fachärzte, einschließlich Psychotherapeuten, haben wir jetzt plötzlich nur noch 1,98. Wir haben beim Referendum das auch abgefragt, genau deswegen. Das heißt, Sie haben ja über den Weg Ihrer eigenen Ausbeutung Personalkosten reduzieren müssen. Auf dem Kostenniveau beginne ich. Auf einen zwangsniedrigen Kostenniveau wegen der Budgets beginne ich und messe jetzt zur Änderung. Die ganz schwierige Diskussion und 2008 muss das vollzogen sein. Wie messen wir jetzt realistisch Kostenveränderung in Ihren Praxen? Dazu wird man sehr zeitnah auch Instrumente entwickeln. Noch schwieriger wirds mit dem Verlagerungseffekt. Es gibt kein Messschema dafür, wie messe ich Verlagerungseffekte von stationär nach ambulant? Blutige Entlassung, kennt jeder von Ihnen, aber wie messe ich das? Wie setze ich das um in einen Faktor, den dann der Vorstand der KV Thüringen in den Gesamtvertragsverhandlungen verhandelt. Auch das muss jetzt unmittelbar passieren, aber mit den drei Faktoren können wir sehr gut weiterentwickeln. Das wird nicht bedeuten, dass Sie jedes Jahr Steigerungen kriegen von 10, 15 %. Ich sag mal eine Prognose, so dass wir irgendwo bei 5, 6 % liegen. Deswegen wird es auch dauern, bis wir aus dieser chronischen Unterfinanzierung rauskommen, weil es die notwendige Kompensation über den 313 a - Herr Jordan hat das ja auch dargestellt - nicht gegeben hat. Und da gibt es einen zweiten Effekt, den Sie dabei bedenken, das ist die Vorlösung. So wie das bei Ihnen laufen wird, so läuft das ja zwischen den Bundesländern und Krankenkassen. Bei einem bundeseinheitlichen Beitragssatz hat eine AOK Bayerns und Baden Württemberg erhebliche Probleme. Spannend wird werden, was passiert denn bei den AOK's oder bei den Ersatzkassen der neuen Bundesländer? Werden die ausreichend Mittel aus dem Fonds entnehmen können? Da wird der Morbi-RSA eine Rolle spielen, denn der spiegelt ja die Morbidität wider. Den kennt noch keiner. Ich kann Ihnen heute nicht sagen, wie der aussieht, ob das von Vorteil sein wird oder nicht, ob die Morbidität richtig gemessen wird oder nicht. Wir wissen nur, 50 bis 80 Krankheiten und das war es auch schon, mehr steht nicht im Gesetz. Auch eine Problematik, dass wir vom Gesetzteil das nicht wissen, aber das wird ganz entscheidend sein für die Frage, kann ich auch von den Kassen ausreichend Geld für dann meine, allerdings per Gesetz, berechtigten Forderungen haben? Und im Spiel wird sich dann der Zuwachs ab 2009 gestalten. Ich halte dieses für eine große Chance, die wir nutzen müssen.

Zweimal hatten wir die Chance schon 1998 und wir haben es verpennt, im 2. GKV-Neuordnungsgesetz. Da hat man sich lange Diskussionen geleistet; ist das gut, ist das schlecht und dann war das schon wieder geschlossen, weil dann Andrea Fischer - das war der späte Seehofer - kurz nach seiner Genesung von der Myokarditis hat er plötzlich eine Sympathie für Ärzte entwickelt und im 2. GKV-Neuordnungsgesetz gesagt: Die Kopfpauschalen müssen weg. Dann kam aber Andrea Fischer, die nun wiederum nicht gerade sehr begeistert von den Ärzten war, hat ein neues Gesetz gemacht und hat das wieder geschlossen. In der Lücke hätten wir handeln müssen, wir haben nicht gehandelt. Dann kam das Jahr 2000 und 2004 mit zwei Gesetzgebungsverfahren, da hatten wir die Chance auch. Das haben wir teilweise, zwar nicht selbst verschuldet, aber wir sind nicht aggressiv genug rangegangen. Jetzt ist unsere dritte Chance - für die neuen Bundesländer aus meiner Sicht die entscheidende Chance - und die müssen wir nutzen. Deswegen haben wir uns auch entschieden, das jetzt mit aller Gewalt umzusetzen, wobei die Strecke bis 2009 hochproblematisch werden wird. Die Krankenkassen wollen genau das Gegenteil. Die sagen ja heute schon in der Presse, das kostet fünf bis sieben Milliarden Euro mehr. Bitte glauben Sie nicht, dass das fünf bis sieben Milliarden sind. Realistisch geschätzt wird es weniger sein, aber die puschen das natürlich hoch, um gleich mal Angst zu machen. Meine große Sorge ist, auch für die neuen Bundesländer,

dass dann in 2008, 2009, wenn wir in der Beitragssatzsteigerung plötzlich in die 16 % gehen, dass dann der Gesetzgeber wieder diese für mich wichtige historische Chance nutzt, in seinem Sinne nutzt, und das wieder schließt und wir wieder weiterhin Budgets haben werden. Und ich sage Ihnen, wenn Sie weiterhin Kopfpauschalen haben, werden Sie das mit der Morbidität nicht in den Griff kriegen. Da wird auch der Arztmangel nichts Positives bewegen, dann sind Sie wirklich kurz vor dem finanziellen Ruin, den vielleicht diese Ministerin auch will.

Private Krankenversicherung

Richtig ist, ab 1. Januar 2009 kommt der Basistarif. Wir alle wissen nicht, wie viele Versicherte in diesen Basistarif reinströmen. Der Gesetzgeber hat jetzt geregelt, dass wir, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung für die Versorgung in diesem Basistarif haben. Auch ein Treppenwitz der Geschichte; man versucht uns den Sicherstellungsauftrag im GKV-Bereich wegzunehmen und gibt ihn uns sonderbarerweise in diesem PKV-Bereich. Könnte man auch in Zukunft mal darüber diskutieren, was man sich dabei gedacht hat. Aber wir haben jetzt die Sicherstellung. Für Sie heißt das, schon ab 1. Juli diesen Jahres haben Sie eine Behandlungspflicht für die Versicherten im Standardtarif und ab 1. Januar 2009 im Basistarif. Das Gesetz sagt auch aus, was Sie dafür an Geld bekommen. Gott sei Dank steht da jetzt GOÄ drin, wobei die Steigerungssätze bis auf das 1,8-fache begrenzt sind, wenn wir nichts anderes regeln.

Und jetzt kommt natürlich die Frage: Ist dieser Basistarif interessant? Da gibt es verschiedene Wechselbeziehungen. Das eine ist, wie viele Bestandsversicherte in der PKV - für Sie nicht das große Thema, weil der PKV-Anteil in den neuen Bundesländern äußerst gering ist - wechseln denn rein in den Basistarif? Denn ein Problem ist, dass im Basistarif ein Höchstbetrag festgelegt ist, nämlich der der GKV und wenn der nicht ausreicht, dann müssen die Bestandsversicherten quer subventionieren. Das heißt, deren Beiträge erhöhen sich auch durch die Portabilität der Altersrückstände und dass wird den Druck auf den Wechsel in den Basistarif bestärken. Deswegen ist eine spannende Frage: Wie viele Bestandsversicherte gehen in den Basistarif? Im ersten Halbjahr wird das ja geöffnet und jeder Bestandsversicherte kann da rein. Danach sind es nur die älter als 55-Jährigen und da werden es die chronisch Kranken sein, die rein gehen. Im Moment haben wir im Standardtarif 20.000 Versicherte und das wird die Frage erstmal; ich weiß es nicht, wie viele werden da rein gehen. Denn das ist ja wichtig, denn hier verlieren Sie Geld. Wenn Sie GOÄ ohne begrenzten Steigerungssatz haben, haben Sie mehr Vergütung als dann im Basistarif. Die zweite Frage ist, wie viele freiwillig Versicherte wechseln von der GKV in den Basistarif? Wir haben derzeit um die 200.000 freiwillig Versicherte im GKV-System, das sind begehrte Versicherte, weil die ein gesundes Risiko haben und entsprechende Deckungsbeiträge bringen. Wie viele davon gehen in diesen Basistarif?

Die dritte und eigentlich entscheidende Frage ist: Was macht denn der Bund, was machen die Länder mit Ihren Beamten? Das ist der eigentliche Punkt. Das Gesetz lässt die Möglichkeit zu, dass die Länder und der Bund für seine Beamten Regelungen trifft, dass die in den Basistarif versichert werden. Dann haben wir plötzlich Bewegung in diesem Tarif, dann gehen viele 100.000 Versicherte da rein. Und ein Gutachten aus Niedersachsen - Herr Wolf hat das in Auftrag gegeben - quantifiziert die Einsparungen nur in Niedersachsen in Höhe von 50 Millionen Euro jährlich für den Landeshaushalt, damit alle Beamten, also Beihilfeberechtigten, in den Basistarif gehen. Niedersachsen sind

immer so 10 %, eine halbe Milliarde Entlastung des Bundes- und der Länderhaushalte, das ist schon eine Größendimension, die mir zumindest Sorgen macht. Was passiert derzeit? Die PKV versucht mit allen Mitteln, ihre Bestandsversicherten im Bestandstarif zu halten. Sie bietet günstige Wahltarife an, um zu vermeiden, dass die wechseln. Sie tut ein Zweites, was viel entscheidender ist. Der Vertrieb wird keine Provision erhalten, wenn ich einen Bestandsversicherten in den Basistarif einwerbe. Da das Leute sind, die nur an Umsatz und an Provision denken, ist das, glaube ich, ein sehr adäquates Mittel. So werde ich nur die wenigen, die ich bisher nicht rein bekommen habe, die chronisch Kranken, die psychisch Kranken, vielleicht in den Basistarif bekommen. Die GKV tut auch was. Sie bereitet derzeit auch Wahltarife vor mit Kostenerstattung für ihre freiwillig Versicherten, so dass von beiden Seiten alles vermieden wird, die Leute in diesen Basistarif zu holen.

Warum führe ich das so aus? Die Frage ist ja für uns: Wie gehen wir als Ärzteschaft mit diesem Basistarif um? Wir haben sicherzustellen. Wir könnten abweichende Vergütungsregelungen treffen. Machen wir den Basistarif interessant in der Vergütung für Sie mit der Gefahr, dass Sie dann sozusagen in den Basistarif einwerben und den Verlust dann der Bestandsversicherten oder machen wir Ihnen in der Vergütung uninteressant? Mit der Gefahr, dass dann, wenn die Beamten aber reinströmen, wir einen Fehler für sie gemacht haben. Das ist eines der Themen, die mich im Moment intensiv beschäftigen. Ich gestehe Ihnen offen, ich weiß es noch nicht, wir müssen abwarten, was mit den Beamten passiert. Gespräche mit dem Beamtenbund - ich hatte eben noch kurz vor Beginn der Veranstaltung eine Information erhalten - haben ergeben, dass der Deutsche Beamtenbund das nicht will. Er will es massiv bekämpfen, weil man die Beamten bei der Rente, beim Weihnachtsgeld, bei den Gehaltssteigerungen überall jetzt klein gehalten hat. Wenn man ihnen jetzt noch den Status des voll Privatversicherten nimmt, gibt das einen Aufstand. Ich hoffe darauf, dass das so hält. Denn wenn die Beamten nicht da rein gehen, dann wird das ein Thema werden, das wir relativ klein kochen, dann sind das vielleicht 50.000 bis 60.000 im Basistarif. Da werden wir uns nicht bemühen, eigene Vergütungsregelungen zu finden.

Allerdings, wenn Sie das Gesetz lesen, gibts da einen kleinen Kinken. Der PKV-Verband, der für alle privaten Krankenkassen verhandelt, kann mit uns in Kontakt treten und einfordern, dass wir eine Absenkung dieser Steigerungsfaktoren akzeptieren. Das werden wir nie tun, aber dann kommt eine Schiedsstelle und diese Schiedsstelle ist ja auch schon legendär. Da sitzt nämlich ein Vertreter des Bundesfinanzministeriums drin. Erstmals eine völlig neue Qualität - ich bleibe dabei, das ist ein Staatsmedizinereinführungsgesetz - sitzt das Finanzministerium bei der Frage der Vergütung ärztlicher Leistungen mit am Verhandlungstisch. Warum? Bund, Länder, Beamte - die rechnen sich das natürlich aus. Plus ein Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, plus drei Unparteiische, die, wenn wir uns nicht einigen, die Gesundheitsministerin festlegt und jeweils in gleicher Anzahl treten Vertreter des PKV-Verbandes und der KBV hinzu. Zwei sind angedacht. Da haben wir fünf, die ganz anders entscheiden, als zwei KBV-Leute. Die zwei PKV-Verbandsleute und die fünf zusammen werden die Mehrheit haben und dann die Vergütung absenken. Deswegen ist das ein hochkritisches Thema, bei dem ich Ihnen heute nicht sage, wo wir hingehen, weil wir abwarten müssen, was mit den Beamten passiert. Sobald die aber reinströmen, werden wir natürlich versuchen, attraktive Vergütungen zu verhandeln, wenn die nicht reinströmen werden wir das Ding halbwegs liegen lassen. Was Sie erwarten müssen zum 1.7. ist ganz einfach; wir werden die KVen und die Vertragsärzte informieren in einem Rundschreiben, dass Sie jetzt eine Behandlungspflicht haben. Mehr werden wir zunächst mal nicht tun und dann bis Mitte 2008 abwarten.

Organisationsreform der Krankenkassen

Es wird neu diesen Spitzenverband Bund geben. Der Richtungsbeauftragte ist Klaus Kirchner, ehemals Vorsitzender des Gesundheitspolitischen Ausschusses, Gewerkschaftsvertreter, SPD-Stalinist und vor allen Dingen den deutschen Vertragsärzten nicht sehr wohl gesonnen. Ich hab ihn mal als Budget-Stalinist beschimpft, das hat er eigentlich als Lob empfunden. Ihm ist beige stellt jemand, den Sie gut kennen, weil er Ihr Schiedsamtvorsitzender ist; Herr Nikolay. Der ist der Chor-Richtungsbeauftragte. Die haben nun die Pflicht, diesen Spitzenverband Bund aufzubauen, der insgesamt in diesem Gesetz 318 verschiedene gesetzliche Aufgaben hat. Meine Damen und Herren, das wird ein Moloch. Neben dem Gemeinsamen Bundesausschuss ist das ein sehr staatsnahes, mächtiges Instrument, das künftig die Versorgung gestaltet. Und dem wird gegenüber stehen auf der Bundesebene eine ganz kleine KBV.

Ich hab ja jetzt schon immer das Problem - jetzt muss ich mal Eigenwerbung betreiben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben 1.700 Mitarbeiter und ein Budgetvolumen von 160 Millionen Euro. Wir haben 216 Mitarbeiter und - Frau Feldmann - ein ganz kleines Budgetvolumen, Dank Ihrer ständigen Intervention. Und das wird sich jetzt potenzieren. Wie wir das aushalten sollen gegen diesen machtvollen Spieler Spitzenverband Bund wird schwierig. Bisher hatten wir immer das große Glück, dass sieben Spitzenverbände auf Kassenseite bestanden, die sich nie einig waren. Da konnte die kleine KBV relativ schlagkräftig verhandeln. Aber jetzt habe ich einen einheitlichen Spitzenverband Bund, der für alle Kassen in Deutschland verhandelt und das wird schwierig werden für uns und da stehen drängende Themen an. Ich sage nur mal Humangenetik, Labor, prädiktive Gendiagnostik, Prävention. Da muss man sehr genau darauf achten, wie dieser Spitzenverband Bund aufgestellt wird und wie viele Finanzmittel und Macht er haben wird und werden uns im KV-System darauf einstellen müssen.

Und ja, die Frage war: Geht das auf eine Einheitskasse hin? Die Ministerin will die BKK Deutschland, machen wir uns nichts vor. Die will die BKK Deutschland und der Spitzenverbandbund ist der Vorläufer. Das ist entnommen dem so genannten Hauptversicherungsverband in Österreich. Wenn man das genau verfolgt, das ist das Einzige, was sie nicht aus Holland entnommen hat, sondern aus Österreich, diesen Hauptversicherungsverband. Und das ist der eine Gegenspieler dann künftig zu einem zweiten Gegenspieler auf der Leistungserbringerorganisationsseite, der nicht mehr Körperschaft ist. Das ist eine Wunschvorstellung, Hollandisierung in Deutschland mit einer völligen Entmachtung der Leistungserbringerorganisation und dazu dient auch dieser Spitzenverband Bund. Die Frage ist tatsächlich richtig: Was passiert im KV-System? Wie lange können wir uns jetzt unsere föderalen Strukturen noch halten? Wegen des Spitzenverbandes Bund und wegen der wirklich entscheidenden Frage: Wie gehen wir mit dem bundesweit agierenden Kassen um? Die waren ja früher durch die Verbandsstrukturen VdAK und AOK-Bundesverband gebremst. Eine TK, eine BARMER sind jetzt völlig frei und dem müssen wir auch was gegenüber stellen. Und deswegen ist es eine intensive Diskussion bei uns im KV-System, wie gehen wir mit der Aufgabenverteilung der KVen untereinander und der Aufgabenverteilung zwischen KBV und KV um? Die haben wir schon geführt, Gott sei Dank, weil, wenn wir jetzt erst beginnen würden, würden wir wahrscheinlich nicht die nötige Geschwindigkeit haben. Und die Frage muss beantwortet werden.

Derzeit ist es so, dass in 17 KVen 17 Mal das Rad erfunden wird. Ich weiß nicht, ich kann damit nicht mehr leben. Und jeder macht's anders. Alleine die Notfalldienstregelung in 17

KVen, legen Sie diese mal nebeneinander. Wenn Sie Ihre eigene schon verstehen, Glückwunsch! Aber wenn Sie die der Nachbar-KV verstehen, sind Sie schon gut, geeignet für jedes Vorstandsamt in einer KV. Und das ist mit dem HVV genauso. Warum haben wir in der Bundesrepublik bei gleicher Fallzahl, gleicher Arztgruppe 100 % Fallwertunterschied? Warum? Wenn doch die Lösung des Patientenproblems im Vordergrund steht, bei gleicher Qualität, müsste sie logischerweise die gleiche Vergütung auslösen. Das tut sie nicht! Und da haben wir ein Problem. Das hat was mit der Wirtschaftskraft der Länder zu tun. Was soll denn das? Da, wo die Wirtschaftskraft schlecht ist, ist die Morbidität hoch, da sitzen die kranken Leute. Das ist Ihr Problem! Und das muss gelöst werden. Das muss gelöst werden, wenn wir dauerhaft eines wollen: Jeden Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland an jedem Ort die gleich gute Versorgung anzubieten. Das ist ein Grundthema. In keinem anderen Land in Europa haben Sie das. In Ankara, mit Verlaub gesagt, haben Sie die gleich gute Versorgung wie in Deutschland, aber in Anatolien haben Sie überhaupt keine. Wollen wir das haben? Ein anderer Köhler hat das ja schon mal so kurz angerissen. Nein, das will diese Gesellschaft nicht, aber dann muss sie dafür sorgen, dass wir überall Ärzte haben, die das gleiche Geld kriegen. Das muss diese Gesellschaft leisten und das muss die Politik leisten. Und da ist diese Frage auch des KV-Systems entscheidend. Ich kämpfe dafür, dass wir das bundeseinheitlich bekommen. Das hat übrigens nicht - und das ist das, was mich ärgert, mir wirft man vor, Zentralist - das hat nichts mit Zentralismus zu tun. Und eigentlich müssen die fünf KVen der neuen Bundesländer mich da unterstützen, denn es ist ihre einzige Chance, diesen Ausgleich hinzubekommen. Und eigentlich müssten mich die KVen der alten Bundesländer auch unterstützen, aber sie tun es nicht, die begreifen immer Eines noch nicht. Ich bin zehn Jahre schon in diesem Laden, als kleiner Referent, hab ich schon gesagt, die gleich gute Versorgung in den neuen Bundesländern erfolgt zu 79,7 % der Vergütung in den Altbundesländern. RSA-Daten, amtliche Statistiken, alles belegt. Wann kommt den diese Regierung mal auf die Idee, das im Westen abzusenken auf 79,7 %? Wenn ich da säße, hätte ich die Idee schon lange gehabt. Sie machen die gleich gute Versorgung, Sie sind nicht schlechter, sind genauso gut qualifiziert, machen die gleiche Versorgung. Das darf eigentlich nicht passieren! Deswegen bräuchten wir diesen Ausgleich in der deutschen Ärzteschaft. Aber da hat ja Frau Lundershausen das Entsprechende dazu gesagt: Das schaffen wir im Moment nicht. Und das muss passieren, das kann mit dieser Vergütungsreform passieren und das müssen wir auch umsetzen. Aber wir müssen dazu die Frage lösen: Wie ist die Aufgabenverteilung zwischen KVen und KBV? Es ist nicht mehr zeitgemäß - Herr Bauerdick, ich bitte um Nachsicht - dass wir 13 Rechenzentren in Deutschland haben. Wir haben alleine 4.300 Mitarbeiter in Rechenzentren! Heutzutage können wir das in Vietnam machen lassen. Will ich ja gar nicht. Aber wir müssen mal die Frage machen: Gibt es ein Rechenzentrum West-Ost und meinetwegen auch Süd? Da können wir auch Geld sparen und wir sind viel effizienter. Aber wir müssen uns auch die Frage stellen und da geb ich mal Recht. Das Referendum sagt eines ganz klar. Die KV Thüringen mit ihrer Beratungssituation ist, was das angeht, hat sie die höchste Akzeptanz unter allen KVen in Deutschland. Was die genau gemacht haben, werden wir jetzt mal eruieren. Warum ist die KV Thüringen mit ihrer Beratungskompetenz so gut und andere KVen so schlecht? Irgendwas müssen die Thüringer besser machen, als andere KVen. Das müssen wir rauskriegen. Aber eines ist auch, wir müssen eine Arztnähe haben bei der Beratung und Betreuung und beim Service. Und wir haben eine Arztferne bei logistischen Aufgaben und das wäre die neue Idee der Aufgabenverteilung. Deswegen sehen ich, um auch diese Frage, Herr Jordan, zu beantworten, ein Erhalt der regionalen KV-Struktur in jedem Fall. Die Aufgabenverteilung muss neu werden. Wir müssen uns nicht so sehr darauf konzentrieren, 17 HVV's zu stricken, wir müssen uns darauf konzentrieren, Sie zu beraten, beim

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, Arzneimittel, etc. Das ist der Punkt, denn eines - und dann komme ich auch zum Schluss - eines ist doch entscheidend: Sie werden in der Konkurrenz stehen und zwar zum Krankenhaus. Bedingt durch den Arztmangel und die institutionelle Öffnung des Krankenhauses werden private Klinikträger, und die werden den Markt aufräumen, nicht die Kommunalen, die werden mit MVZ's und angestellten Ärzten - ich hab ein Greul gegen Ihr Poliklinikmodell, wenn es einen Anhänger unter Ihnen gibt, bitteschön verstehen Sie das, für mich ist das keine klassische freiberufliche Tätigkeit, was da stattgefunden hat - die werden den Markt aufräumen wollen. Und da können Sie nur in der Konkurrenz bestehen. Und die Konkurrenz heißt, dass Sie auch die versifizieren und an mehreren Orten tätig sind und, und, und, auch wenn das Gefahren birgt und dass wir es schaffen, die Morbidität und deren Risiko auf die Krankenkassen zu verlagern. Da sehe ich schon die KV noch als Schutzwall. Ich sehe sie nach wie vor als Schutzwall, weil ich keinen anderen entstehen sehe.

Meine Bitte an Sie zum Abschluss: Halten Sie diese KV! Ich bin noch nicht so alt, ich sehr nur so alt aus, aber wenn man so in die Weimarer Republik zurück geht; wollen Sie wieder in die Situation Einzelvertrag? Wo Sie dann im guten Anzug, die Ehefrau frisch beim Frisör, sich bei dem kassenregionalen Bezirksstellenleiter einschleimen müssen, damit Sie einen Vertrag kriegen? Wollen Sie wieder? Ich kann es Ihnen nicht empfehlen. Nie ging es der deutschen Ärzteschaft besser, als zu Zeiten des Kollektivvertrages und der Überantwortung des Sicherstellungsauftrages auf die KVen. Ich hab manchmal den Eindruck, bei all unserer Egozentrik und Narzissmus, den wir so als Ärzte haben, dass wir gar nicht sehen, wo wir überall zündeln. Es scheint uns aber Spaß zu machen, zu zündeln.

Die KV ist gefährdet, wir haben uns jetzt nochmal stabilisiert. Wir werden uns bemühen und da ist diese Struktur schon geeignet, da noch Einiges zu modernisieren und zu verbessern. Aber sie muss gehalten werden. Im Einzelvertrag haben Sie einen ruinösen Wettbewerb, da ist nichts mehr mit flächendeckender Sicherstellung. Wenn ich heute höre, dass Sie in Erfurt 15 Hausarztsitze frei haben, das ist dann Normalität. Und deswegen sollte man sich mal sehr gut überlegen, wenn der Eine oder Andere in diese Richtung denkt, alles, was dieser großen Mutter KV schadet, und das kann auch die attraktive Tochter Medi sein oder Berufsverband, ist gefährlich. Wir müssen die Mutter schön halten und das ist die KV. Nicht zum Selbstzweck raus, sondern, weil das die einzige Chance ist auf dem Nachfragemarkt wirklich zu bestehen. Wenn Sie heute Kassenfusionen haben, wenn eine AOK mit einer DAK fusioniert, dann haben die plötzlich Marktmacht von 50, 56, 57 %, kartellrechtlich noch ein ganz spannendes Thema. Das sagt ja das BMG, Kartellrecht gilt nicht im Sozialwesen, da bin ich noch nicht ganz sicher. Was wollen wir dem gegenüber stellen? Sie kleiner einzelner Vertragsarzt? Das sind Sie auf Gedeih und Verderb gezwungen, mit dieser Marktmacht einen Vertrag zu kriegen. Da werden Sie jeden Preis akzeptieren, jeden Preis werden Sie akzeptieren und da bitte ich Sie mal, in einer ruhigen Minute drüber nachzudenken, ob die KV nicht das einzige und geeignete Schutzinstrument vor künftigen Marktsituationen ist, wo 50, 60 % Nachfragekartell über Krankenkassen entstehen und ob wir das wirklich wollen. Ich will es jedenfalls nicht und ich glaube, wir sind auf einem sehr guten Weg. Wir werden diesen Wettbewerbssektor beschreiten, es wird schwierig, wir werden Wirtschaftsunternehmen gründen. Das wird noch schwieriger, aber eines ist entscheidend. Wir müssen diese Frage der Aufgabenverteilung KVen untereinander klären. Das ist Ihre Chance, ich bleibe dabei, die einzige Chance. Hoffen Sie nicht auf Politik, hoffen Sie nicht auf Einsehen der Kassen, dass wir diese Vergütungsangleichung bekommen. Und auch das ist wieder wie der EBM kein zweier Hausprojekt, das wird vier, fünf, sechs, sieben Jahre dauern. Tut mir leid, aber Veränderungen in der Dynamik, wie wir sie eigentlich bräuchten, sind im deutschen Gesundheitswesen nicht zu erzielen. Vielen Dank! --- Applaus