

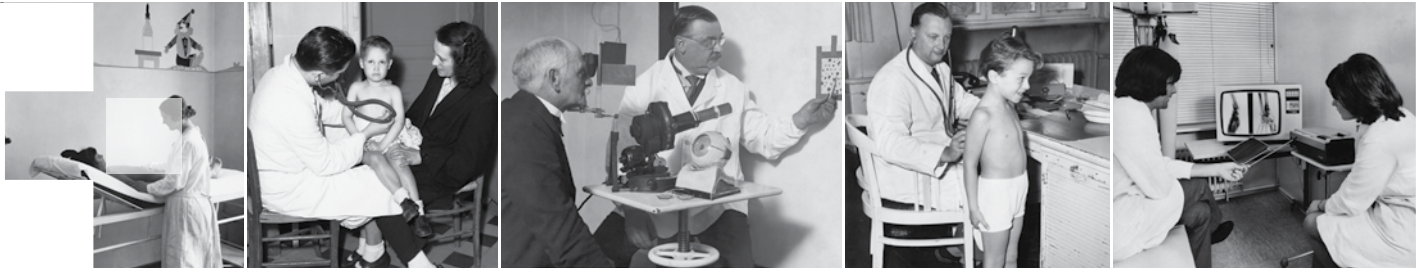
■ Engagiert für Gesundheit.



Die Geschichte der KV Nordrhein



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf (www.kvno.de)
Text und Bild: Catrin Behlau, M.A., Geschichtsbüro Reder, Roeseling & Prüfer, Köln (Kapitel 1-5);
Frank Naundorf, M.A., KV Nordrhein, Dipl. Verw.-Wiss. Johannes Reimann,
KV Nordrhein (Kapitel 6 u. 7)
Redaktion: Dr. Thomas Prüfer, Geschichtsbüro Reder, Roeseling & Prüfer, Köln (www.geschichtsbuero.de)
Gestaltung: Heike Merzhäuser, Grafik & Design, Bonn (www.design-grafik.de)



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

viele Menschen wissen nicht, was sich hinter dem Begriff »Kassenärztliche Vereinigung« (KV) verbirgt – obwohl wir wichtige Aufgaben erfüllen. Unsere wichtigste Aufgabe ist die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Nordrhein.

Dazu gehört zunächst eine ausreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten. Wir stellen sicher, dass Patienten ihren Arzt oder Psychotherapeuten möglichst schnell und auf möglichst kurzem Wege erreichen. Das gilt an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr, denn wir stellen auch einen qualifizierten Notdienst sicher.

Eine weitere Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ist das Abrechnen der ärztlichen Leistungen und die Verteilung des Honorars an die Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten – für rund 200 Millionen Behandlungen pro Jahr.

Wichtig ist auch die Interessenvertretung unserer fast 19.000 Mitglieder im politischen und rechtlichen Raum. Mit unserer Verwaltung und unserem Dienstleistungsangebot unterstützen wir die Arbeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.

Seit über 50 Jahren engagieren wir uns für die ambulante Versorgung und für die Praxen in Nordrhein. Mit Erfolg. Das Angebot ist flächendeckend und wohnortnah, die Qualität gesichert. Damit das so bleibt, arbeiten wir mit unseren Partnern zusammen.

Gemeinsam gestalten wir die Versorgung der Zukunft.

Dr. med. Peter Potthoff
Vorstandsvorsitzender

Bernhard Brautmeier
Vorstand

Inhalt

■ Kapitel 1	
Antwort auf die Krise.	
Die Gründung der »Kassenärztlichen Vereinigungen«	
1883–1933	Seite 03
■ Kapitel 2	
Das Ende der Selbstverwaltung.	
Die Kassenärztlichen Vereinigungen im Nationalsozialismus	
1933–1945	Seite 09
■ Kapitel 3	
Neuaufbau nach dem Zusammenbruch.	
Die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein	
1945–1957	Seite 13
■ Kapitel 4	
Vom »Wirtschaftswunder« zur »Kostendämpfung«.	
Die KV Nordrhein zwischen Marktwirtschaft	
und staatlichen Eingriffen	
1957–1977	Seite 21
■ Kapitel 5	
»Kostenexplosion« und »Gesundheitsstrukturgesetz«.	
Die KV Nordrhein im Wandel der Reformen	
1977–1993	Seite 29
■ Kapitel 6	
Qualitätsmedizin, Organisationsreform und	
Psychotherapeutengesetz – und der stete Kampf	
gegen sinkende Punktwerte	
1993–2007	Seite 35
■ Kapitel 7	
Ausblick – heute die Versorgung von morgen gestalten	Seite 43
Anhang	Seite 52
Meilensteine	

■ Kapitel 1

Antwort auf die Krise. Die Gründung der »Kassenärztlichen Vereinigungen« 1883–1932

In den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts droht die ambulante Versorgung zusammenzubrechen. Das System der Einzelverträge ist gescheitert. Die Notverordnungen der Regierung kontern die Ärzte mit Streik. Das Gesundheitswesen steckt in der Krise. Bis zum 1. Januar 1932. Von da an erhalten die Ärzte eine Kopfpauschale je Versicherten – und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eine starke Vertretung in den Verhandlungen mit den Kassen.

15. Juni 1883 Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Rahmen der Bismarck'schen Sozialreformen wird per Gesetz die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland eingeführt

13. September 1900 Gründung des Leipziger Verbandes (später Hartmannbund) als erste reichsweite Vertretung der Ärzteschaft

23. Dezember 1913 Abschluss des Berliner Abkommens. Erstmals werden die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen vertraglich geregelt

Dezember 1923 – Januar 1924 Mit Streiks wehren sich die Ärzte nach Ablauf des Berliner Abkommens gegen eine Privilegierung der Krankenkassen durch die Reichsregierung

Dezember 1931 Die Regierung droht mit der Verstaatlichung des Gesundheitssystems. Krankenkassen und Ärzte regeln daraufhin die ambulante Versorgung neu. Per Notverordnung des Reichspräsidenten beschließt die Regierung die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Januar 1932 Die Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen ihre Arbeit auf

Vor dem Zusammenbruch

Frühjahr 1931. Den Vertretern der Ärzte, der Regierung und der Krankenkassen war der Ernst der Lage bewusst. Sie mussten in ihren Verhandlungen möglichst schnell eine Lösung finden, denn es drohte der Zusammenbruch des Gesundheitswesens in Deutschland. Die stetig steigende Zahl der Arbeitslosen hatte zu einem erheblichen Rückgang der Beitragszahlungen geführt. Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung war gefährdet und der Konflikt zwischen Ärzten und Krankenkassen über die Honorierung der Leistungen lief Gefahr zu eskalieren.

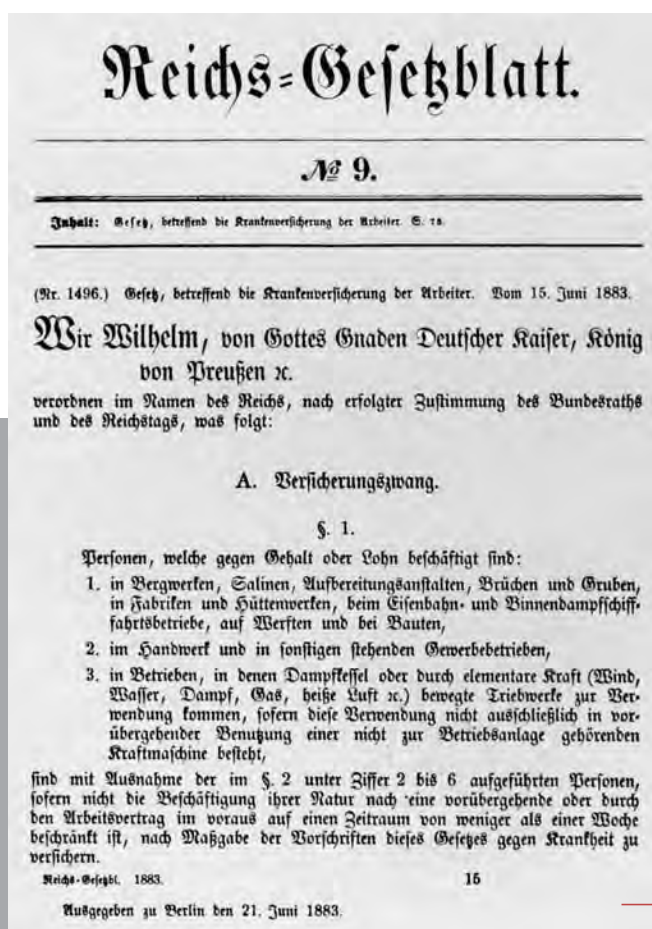
Das zuständige Arbeitsministerium unterbreitet in dieser Situation den Ärzten und Krankenkassen einen radikal anmutenden Vorschlag: Um die Ausgaben zu kontrollieren, sollen die etwa 20.000 Ärzte zu Angestellten der Kassen mit einem festen Jahresgehalt gemacht werden. Das Ministerium setzt beiden Parteien eine Frist von einem halben Jahr. Sollten sie bis dahin keine andere Lösung gefunden haben, würde die Gesundheitsversorgung verstaatlicht werden.

In den folgenden sechs Monaten führen beide Lager zähe Verhandlungen. Alle Beteiligten stehen unter dem Druck, innerhalb kurzer Zeit ein Konzept zu erarbeiten, das die langjährigen Konflikte zwischen Ärzten und Krankenkassen beendet und dem angeschlagenen Gesundheitswesen eine Perspektive eröffnet.

Ein lange schwelender Konflikt

Die Probleme, die 1931 die Reichsregierung veranlassten, in die Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen einzugreifen, waren nicht neu. Ihr Ursprung lag in der Einführung der gesetzlichen Sozial- und Krankenversicherung durch Reichskanzler Otto von Bismarck in den Jahren 1883/84. Die gesetzliche Krankenversicherung hatte die Rolle der Ärzte von Grund auf verändert. Denn Bismarck hatte die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und die Honorierung der Ärzte auf die neu geschaffenen Krankenkassen übertragen. Fortan galt für die Ärzte eine Behandlungspflicht der Mitglieder der gesetzlichen Kassen. Inwieweit ein Arzt für diese Leistungen auch bezahlt wurde, hing davon an, ob er als »Kassenarzt« anerkannt war – und darüber entschieden die vielen regionalen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen. Über die Honorierung schlossen die Kassen Einzelverträge mit den Ärzten ab. Einen Kollektivvertrag zwischen Ärzten und Krankenkassen gab es nicht.

Galt die Bismarck'sche Krankenversicherung anfangs nur für einen kleinen Teil der Arbeiter, so wurde die gesetzliche Pflichtversicherung schrittweise auf immer mehr



Das Reichs-Gesetzblatt vom 21. Juni 1883 verkündet die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Anfänge der gesetzlichen Krankenversicherung

1883 führte Reichskanzler Otto von Bismarck schrittweise die gesetzliche Krankenversicherung für Arbeiter im Deutschen Reich ein. Das Gesetz verschaffte den Versicherten erstmals einen Rechtsanspruch auf freie ärztliche Behandlung, Arzneimittel sowie Kranken- und Sterbegeld. In der Folge entstanden zahlreiche Krankenkassen, die mit den Ärzten Einzelverträge abschlossen. Anfangs konnten die Kassen die Bedingungen nahezu beliebig bestimmen; auch deshalb, weil die Ärzte keine eigene Interessenvertretung besaßen. Mit der Einführung der Krankenversicherung stand die Sozialgesetzgebung Bismarcks jedoch erst am Anfang: Schon ein Jahr nach ihrer Einführung wurde die Krankenversicherung durch die Unfallversicherung und 1889 durch die Rentenversicherung der Arbeiter ergänzt. 1911 folgte die Rentenversicherung für Angestellte. Auch in der Weimarer Republik wurde die Sozialversicherung weiter ausgebaut. Im Jahr 1927 führte die Regierung unter Reichskanzler Wilhelm Marx die gesetzliche Arbeitslosenversicherung ein.

Erwerbstätige ausgedehnt. Gleichzeitig wuchs die Zahl der Krankenkassen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren es bereits rund 22.000. Immer mehr Ärzte bemühten sich um die Anerkennung als Kassenarzt. Die große Zahl an Anträgen ermöglichte es den Krankenkassen, die Honorare zu drücken, indem sie Verträge mit denjenigen Ärzten abschlossen, die bereit waren, für das niedrigste Honorar zu arbeiten.

Die Ärzteschaft will diesen Missbrauch des Kassenmonopols nicht länger hinnehmen. Im Jahr 1900 gründet sie deshalb den »Leipziger Verband«. Die neue Vertretung der Ärzteschaft fordert Kollektivverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen, um so der Willkür der Kassen Einhalt zu gebieten. Seiner Forderung verleiht der Leipziger Verband mit zahlreichen Streikaktionen Nachdruck. Der Staat, der sich bis dahin aus der Gesundheitsversorgung weitgehend herausgehalten hat, sieht sich erstmals gezwungen, einzugreifen.

Das »Berliner Abkommen«

Ein erster Lösungsversuch im Konflikt zwischen Ärzten und Kassen war das »Berliner Abkommen« von 23. Dezember 1913. Erstmals einigten sich die Ärzteschaft und die Krankenkassen unter Vermittlung des Reichsarbeitsministeriums auf einen Kompromiss, der allerdings nur privatrechtlichen Charakter hatte. Das Berliner Abkommen legte ein Zahlenverhältnis zwischen Ärzten und Versicherten von 1 zu 1.350 fest und hob das einseitige Zulassungprivileg der Krankenkassen auf. Von nun an konnte sich jeder Arzt in das Kassenarztregister eintragen, sofern er die geltenden Voraussetzungen erfüllte. Die Ärzte verzichteten

auf weitere Kampfmaßnahmen. Zukünftige Konflikte sollte ein Schiedsgericht lösen.

Der Friede währte immerhin zehn Jahre. Doch als das Abkommen 1923 fristgemäß endete, befand sich Deutschland auf dem Höhepunkt der großen Inflation. Die Krankenkassen waren nicht mehr in der Lage, den Ärzten Honorare auszuzahlen.

Der große Streik

Eine Einigung über die Verlängerung des Abkommens war unter diesen Umständen nicht in Sicht, so dass der Staat erneut eingreifen musste. Per Notverordnung des Reichspräsidenten vom 13. Oktober 1923 erklärte die Regierung unter Reichskanzler Gustav Stresemann die freiwilligen Bestimmungen des Berliner Abkommens für gesetzlich bindend. Gleichzeitig schuf das Kabinett Stresemann den »Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen«, eine Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände von Ärzten und Kassen. Dies war die Geburtsstunde der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Zusätzlich erließ die Reichsregierung Verordnungen, die die Position der Krankenkassen gegenüber den Ärzten weiter stärkten. Den Medizinern drohte nun bei zweimaligem Verstoß gegen die Bestimmungen der Ausschluss von der kassenärztlichen Tätigkeit – und damit der Verlust der beruflichen Existenzgrundlage.

Die Ärzteschaft ist empört. Der Leipziger Verband ruft erneut zum Streik auf. Die von Dezember 1923 bis Januar 1924 andauernden Aktionen beeinträchtigen die Versorgung gravierend. Denn die Ärzte weigern sich, Patienten

zu behandeln, die nicht in der Lage sind, bar zu bezahlen. Das aber können sich in der wirtschaftlichen Depression die wenigsten leisten. Die Krankenkassen reagieren und etablieren eigene Versorgungsstationen, so genannte »Ambulatorien«. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung können sie auf diesem Wege jedoch nicht sicherstellen. Dafür erweisen sich die Kassenärzte als unentbehrlich. Nach und nach nimmt die Regierung die Verordnungen von 1923 wieder zurück. Die Ärzteschaft hat sich durchgesetzt.

Der Staat greift ein

Die Weltwirtschaftskrise im Gefolge des Zusammenbruchs der New Yorker Börse im Oktober 1929 führte jedoch zu einer erneuten Zuspitzung der Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Krankenkassen. Auch im Rheinland waren die Auswirkungen zu spüren. In den Vorstandssitzungen des Vereins der Duisburger Kassenärzte wurde immer wieder von heftigen Verhandlungen und Auseinandersetzungen mit den örtlichen Krankenkassen berichtet. Fast immer ging es dabei um die unzureichende Vergütung der Kassenärzte.

Erneut reagierte die Reichsregierung mit Notverordnungen. So führte sie im Juli 1930 eine Selbstbeteiligung der Versicherten in Form einer Krankenscheinegebühr ein, um das System zu entlasten. Auch die Ärzte blieben nicht verschont. Eine weitere Notverordnung vom 1. Dezember 1930 sah unter anderem eine Zulassungsbeschränkung bei der Neubesetzung von Kassenarztsitzen vor. Der Hartmannbund reagierte prompt mit einer Großkundgebung in Berlin am 9. Dezember 1930. Auch die Krankenkassen konnten in

Zeiten der Krise nicht mehr auf ihre privilegierte Stellung vertrauen. Sie mussten erhebliche Eingriffe in ihre Autonomie und Selbstverwaltung befürchten.

Als die Regierung im Frühjahr 1931 mit der Verstaatlichung des Gesundheitswesens drohte, wurde den Beteiligten bewusst, dass eine Lösung für den seit Jahren schwellenden Konflikt nur durch gegenseitige Zugeständnisse erreicht werden konnte. So war den Kassen klar, dass es mit bloßen Streichungen von Vergütungs- und Honorarzahungen nicht getan war. Gefordert war vielmehr ein neuer Kassenarztvertrag, der für das ganze Deutsche Reich gelten sollte. Erst durch die katastrophale wirtschaftliche Lage und die drohende Sozialisierung des Gesundheitswesens wurden Ärzte und Krankenkassen an einen Tisch gebracht. Das Ziel der Verhandlungen des Jahres 1931 konnte daher nur sein, die ärztliche Versorgung der Versicherten auf Dauer sicherzustellen und stabile Verfahren der Konfliktregelung zu etablieren.

Die Gründung der »Kassenärztlichen Vereinigungen«

Nach zähen Verhandlungen fanden die Kontrahenten einen Kompromiss, den die Regierung am 8. Dezember 1931 wiederum in Form einer präsidialen Notverordnung auf den Weg brachte. Der Kompromiss bedeutete nicht weni-

»Ambulatorium« der Allgemeinen Ortskrankenkasse im Jahr 1926

Die Gründung des Hartmannbundes

Am Anfang stand ein offener Brief an die Ärzte in Deutschland: Am 25. Juli 1900 fordert der Leipziger Arzt Dr. Hermann Hartmann seine Kollegen auf, sich zu organisieren, um der übergroßen Macht der Krankenkassen entgegenzutreten. Die Zustimmung ist groß, denn seit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1883 diktieren die Krankenkassen den Ärzten die Kosten der Kassenbehandlung. Hartmanns Brief führt am 13. September 1900 zur Gründung des »Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen«, auch »Leipziger Verband« genannt. Die neue Standesorganisation schloss Tarifverträge mit den Krankenkassen ab. Erste Erfolge gab es 1906 mit dem Tarifvertrag mit der »Norddeutschen Lloyd« im Interesse der Schiffsärzte. Beim Abschluss des Berliner Abkommens 1913 war der Leipziger Verband Verhandlungsvertreter der Ärzteschaft. 1924 änderte der Verband zu Ehren des ein Jahr zuvor verstorbenen Gründers Hermann Hartmann seinen Namen in »Hartmannbund«.



ger als die völlige Neuordnung der Krankenversorgung. Kassen und Ärzteschaft hatten sich auf eine Kopfpause als Honorar für die Ärzte geeinigt, deren Entwicklung sich an den Reallöhnen orientierte. Dies war ein weitreichendes Zugeständnis des Hartmannbundes, bedeutete es doch den Verzicht auf die immer wieder geforderte Honorierung der ärztlichen Einzelleistung. Die Krankenkassen verpflichteten sich im Gegenzug, Kollektivverträge mit der Ärzteschaft abzuschließen

und eine mit öffentlich-rechtlichem Status versehene Vertretung der Ärzte zu akzeptieren.

Zu diesem Zweck wurden die regional organisierten »Kassenärztlichen Vereinigungen« geschaffen. Diese neuen Ärztevertretungen sollten von nun an die ambulante medizinische Versorgung sicherstellen, im Namen der Ärzteschaft Kollektivverträge mit den Krankenkassen abschließen und die Honorare an die Ärzte ausbezahlen. Sie waren zugleich Selbstverwaltungsorgan, Interessenvertretung,

aber auch Kontrollinstanz der Ärzte. Die Bedingung der Regierung für diesen Kompromiss: Die Ärzte mussten in Zukunft auf Streiks zur Durchsetzung ihrer Interessen verzichten. Zur Klärung von Streitfragen wurde ein Vertragsausschuss von Krankenkassen und Ärzteschaft gebildet.

Für die Ärzteschaft waren die Verhandlungen ein Erfolg und so meldete das Rheinische Ärzteblatt am 9. Januar 1932: »Das Kassenarztrecht ist auch zugunsten der Ärzte geregelt. Wir erhalten vor allen Dingen freie Selbstverwaltung und Disziplinargewalt.« Die Notverordnung trat am 1. Januar 1932 in Kraft. Sie beendete den zer-

mürbenden Kampf zwischen Ärzten und Kassen, der die staatliche Gesundheitsversorgung seit ihrer Einführung begleitet hatte. Doch die Ära der ärztlichen Selbstverwaltung währte nur kurz. Bereits ein Jahr nach der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen gelangten die Nationalsozialisten an die Macht. Innerhalb weniger Monate vollzog sich daraufhin die »Gleichschaltung« des Gesundheitswesens und all seiner Organisationen.

Am 1. Januar 1932 werden die KVen gegründet, auch die Augenärzte gehören dazu



■ Kapitel 2

Das Ende der Selbstverwaltung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen im Nationalsozialismus 1933–1945

Ein Jahr nach Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen im Januar 1932 ändert sich durch die Machtübernahme der Nationalsozialisten die Situation für die ärztliche Selbstverwaltung dramatisch. Bereits im August 1933 werden ihre Einrichtungen »gleichgeschaltet« und in der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) zusammengefasst. Die KVD unterstützt wie andere ärztliche Standesorganisationen auch die nationalsozialistische Rassenpolitik und beginnt noch im selben Jahr, jüdische Ärzte aus der Kassenarztpraxis zu drängen. Mit dem Entzug der Approbation verlieren die jüdischen Ärzte im Herbst 1938 endgültig ihre Lebensgrundlage. Bis auf wenige, die das schützende Exil erreichen, folgen für die meisten jüdischen Ärzte Deportation und Tod in den Konzentrationslagern.

März 1933 Forderung nach Rücktritt jüdischer Ärzte aus den Vorständen der Ärztekammern

August 1933 Gründung der KVD. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden »gleichgeschaltet«, die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben als Verwaltungsstellen bestehen

August 1933 Ausschluss jüdischer Ärzte aus der Kassenarztpraxis

Januar 1934 Erstausgabe des »Ärzteblatt für Rheinland«

14. Mai 1934 Erweiterung des Ausschlusses aus der Kassenarztpraxis. Mit der »Verordnung über die Zulassung zur Tätigkeit bei den Krankenkassen« werden nach den Juden nun auch politisch »unzuverlässige« Ärzte aus der Kassenarztpraxis ausgeschlossen

25. Juli 1938 Entzug der Approbation. Jüdischen Ärzten wird die Approbation entzogen. Sie dürfen nun nur noch mit einer Sondergenehmigung privat jüdische Patienten behandeln

ab 1941 Deportation und Ermordung der meisten in Deutschland gebliebenen jüdischen Ärzte

Die schnelle Aufhebung der Selbstverwaltung

Mit der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen scheint eine dauerhafte Lösung zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung gefunden. Doch unmittelbar nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten am 30. Januar 1933 ändert sich die Situation schlagartig: Die Selbstverwaltung hat in der Diktatur keinen Platz mehr. Die ärztlichen Organisationen werden stattdessen dem »Führerprinzip« unterworfen.

Im August 1933 wird die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) als öffentlich-rechtliche Körperschaft mit Sitz in Berlin gegründet. In der neuen Spitzenorganisation der Kassenärzte geht auch der Hartmannbund auf. Zu diesem Zeitpunkt ist die »Gleichschaltung« der bestehen-

den ärztlichen Standesorganisationen auf Reichs- und Länderebene mit der Einsetzung kommissarisch bestellter »Führer« bereits weitgehend abgeschlossen. An der Spitze der ärztlichen Organisationen steht Dr. Gerhard Wagner, der ab 1934 den Titel »Reichsärztesführer« trägt.

Die KVD wurde alleiniger Vertragspartner der Krankenkassen. Sie überwachte die ärztliche Tätigkeit hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit, sie sorgte für die Verteilung der Gesamtvergütung und regelte die Beziehungen der Ärzte untereinander. Außerdem lag die Kassenarztzulassung in ihrer Hand – eine Aufgabe, die im Zusammenhang mit dem Ausschluss der jüdischen Ärzte von besonderer Bedeutung war.

Die Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern und Regionen blieben zwar formal bestehen, sie waren aber nunmehr Teil einer zentralistischen Organisation. An der Spitze der regionalen Dienststellen standen

1933 beginnt die nationalsozialistische Unrechtsherrschaft. Das Prinzip der Selbstverwaltung hat in der NS-Ideologie keinen Platz



Amtsleiter, die der »Reichsführer der KVD« berief und nach eigenem Ermessen auch wieder entließ. Nur zwei Jahre nach ihrer Gründung endete die noch junge Ära der Kassenärztlichen Vereinigungen als selbstverwaltete Körperschaften.

In den Verwaltungs- und Dienststellen der Kassenärztlichen Vereinigungen wird derweil weiter das Alltagsgeschäft abgewickelt: Quartalsabrechnungen, Honorarzah- lungen, die Pflege des Arztregisters, Neuzulassungen. Doch schon bald werden die kassenärztlichen Strukturen zu Werkzeugen der nationalsozialistischen »Rassenpolitik«. Denn ein Ziel der neuen Machthaber ist der systematische Ausschluss der jüdischen Ärzte aus dem System der kassenärztlichen Versorgung.

Die rheinische Ärzteschaft

Auch im Rheinland werden nur wenige Monate nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten die jüdischen Ärzte Schritt für Schritt aus der Gemeinschaft der Kassen- ärzte verdrängt. Nicht selten geschieht dies mit Billigung oder gar der eifertigen Mitwirkung der örtlichen Funkti- onsträger. Bereits am 22. April 1933 wird Juden per Ver- ordnung des Reichsarbeitsministers die kassenärztliche Tä- tigkeit untersagt. Nur Frontkämpfer und Altpraxen, die schon vor 1914 bestanden haben, sind – vorläufig – von dem Berufsverbot nicht betroffen.

Ein Schlaglicht auf die Praktiken der Diskriminierung wirft ein Vorstandsprotokoll des Duisburger Ärztereins vom 22. Juni 1933. Dort ist »nach kurzer Aussprache« der

Beschluss vermerkt, dass jüdischen Mediziner die Teilnah- me am sonntäglichen Notdienst ab sofort verwehrt sei. Eine weitere Episode aus Duisburg vermittelt, wie tief die antijüdische Hetze in das gesellschaftliche Bewusstsein eingedrungen ist: So sieht sich der Kreisverein Duisburg gleich in mehreren Fällen in der Pflicht, »Ehrenerklärungen« in der Tagespresse zu veröffentlichen, wonach namentlich benannte Duisburger Kassenärzte – entgegen anders lau- tender »Denunziationen« – keine Juden, sondern rein arischer Abstammung seien.

Die »Gleichschaltung« der Ärzteschaft geht einher mit der »Gleichschaltung« der Verbands- und Berufszeitschrif- ten. Um alle Ärzte propagandistisch zu erreichen, werden auch die Mitteilungsblätter der Kassenärztlichen Vereini- gungen instrumentalisiert. So firmiert ab Januar 1934 das »Rheinische Ärzteblatt« als »Ärzteblatt für Rheinland«. Die mit der Umbenennung verbundene Neuausrichtung des Blatts soll ein Symbol dafür sein, »daß die Rheinische Ärzteschaft nicht eine Umschaltung von der alten auf die neue Zeit vornimmt, sondern daß der revolutionäre Geist des Nationalsozialismus in unseren Reihen und auch in diesem Blatt in alle Zukunft sich auswirken soll«.

Das »Ärzteblatt für Rheinland« entwickelt sich in den folgenden Jahren zu einem Propagandawerkzeug der nationalsozialistischen Ideologie. Zahlreiche Autoren sind offene Verfechter von Eugenik und Euthanasie. Regelmäßig erscheinen dort pseudowissenschaftliche Abhandlungen über »Rassendünkel und Rassenhass bei den Juden« oder »Rassenpflege«.

»Gleichschaltung«

Die »Gleichschaltung« der deutschen Ärzteschaft nach 1933 ist Teil einer Politik, deren Ziel die Ausrichtung der politi- schen und gesellschaftlichen Institutionen und Organisationen an der nationalsozialistischen Ideologie ist. Die neuen Machthaber versuchen so, föderale und demokratische Elemente zu beseitigen und die vollständige Kontrolle über alle gesellschaftlichen Organisationen zu erlangen. Staat und Gesellschaft sollen miteinander verschmolzen und nach dem Führerprinzip organisiert werden. Die »Gleichschaltung« soll alle Bereiche des alltäglichen Lebens erfassen und auf die- se Weise die totalitäre Herrschaft der Nationalsozialisten sichern. So werden ab 1933 Parteien, Jugendorganisationen, berufsständische Organisationen, Gewerkschaften und Interessenverbände »gleichgeschaltet«. Dies bedeutet konkret, dass sie entweder verboten und aufgelöst, einem nationalsozialistischen Dachverband unterstellt oder in das staatliche System eingegliedert werden. Verbotene Organisationen werden zum Teil durch nationalsozialistische ersetzt.

Entzug der Approbation, Gewalt und Deportation

Mit dem Entzug der Approbation durch die vierte Verordnung zum Reichsbürgergesetz vom 25. Juli 1938 war der vollständige Ausschluss von Juden aus der Ärzteschaft abgeschlossen. Für das »Ärztblatt für Rheinland« eine positive Entwicklung: »Mit dieser Regelung findet die Reinigung des Ärztestandes von dem fremden Einfluss der jüdischen Rasse ihren Abschluss.«



Mit dem Verlust ihrer Approbation wird jüdischen Ärzten endgültig die Lebensgrundlage entzogen. Ihnen bleibt nur noch, mit einer Sondergenehmigung privat jüdische Patienten zu behandeln. Doch die Zahl der Ärzte, die eine Genehmigung für »private Heilkunde« besitzen, ist gering. Ende 1938 praktizieren von den circa 7.000 bis 8.000 im Deutschen Reich verbliebenen jüdischen Ärzten nur 285 mit einer solchen Sondergenehmigung.

Nach den Pogromen im November 1938 kam es zu einer Massenflucht jüdischer Bürger und politisch Andersdenkender aus Deutschland. Unter den Flüchtlingen befanden sich auch etwa 6.000 jüdische Ärzte. Aus Düsseldorf sind 25 Ärzte bekannt, die ins Ausland emigrierten und so der Verfolgung und Ermordung entgehen konnten – zur Zeit der Machtübernahme der Nationalsozialisten gab es in der Stadt 48 niedergelassene jüdische Ärzte und Zahnärzte. Erst mit der Kapitulation Deutschlands am 8. Mai 1945 endet die Verfolgung. Nur wenige der jüdischen Ärzte, die in Deutschland geblieben waren, überlebten die nationalsozialistische Vernichtungspolitik.

Jüdische Ärzte dürfen nach 1938 Patienten
nur noch mit Sondergenehmigung behandeln

Dr. Adolf Sindler – Schicksal eines jüdischen Arztes in Düsseldorf

Dr. Adolf Sindler war einer der vielen jüdischen Ärzte, die von den Diskriminierungen nach 1933 betroffen waren. Schon seit Kindertagen hatte Sindler, 1899 im ostgalizischen Stanislav geboren, Gewalt und Diskriminierung gegen Juden erlebt. Anfang des 20. Jahrhunderts flieht seine Familie vor den Pogromen in Galizien an den Rhein nach Düsseldorf, wo Sindler nach dem Abschluss des Städtischen Realgymnasiums und des Studiums im Alter von 25 Jahren bereits zwei Dokortitel vorweisen kann. Neben seiner Tätigkeit als Kinderarzt engagiert sich der Mediziner in der jüdischen Gemeinde der Stadt. Unter anderem gründet der aktive Zionist den Turnverein »Makkabi Düsseldorf«. In den 1930er Jahren wird Sindler die Kassenarztzulassung entzogen. Proteste helfen nichts. Obwohl sogar die Düsseldorfer Altstadtpolizei bescheinigt, dass Sindler ein sehr beliebter Arzt sei, den man Tag und Nacht rufen könne, gehen die Diskriminierungen weiter. 1935 verliert der Kinderarzt die deutsche Staatsbürgerschaft. Drei Jahre später gelingt Sindler mit seiner Familie die Flucht nach Haifa, wo er erneut eine Kinderarztpraxis eröffnet.

■ Kapitel 3

Neuaufbau nach dem Zusammenbruch. Die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein 1945–1957

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs im Mai 1945 organisieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die medizinische Versorgung der notleidenden Bevölkerung. In Düsseldorf nimmt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein in einem Krankenhauskeller die Arbeit auf. Eine klare gesetzliche Grundlage lässt jedoch auf sich warten. Erst nach langwierigen Verhandlungen verabschiedet der Bundestag im Mai 1955 ein neues Kassenarztrecht. Auf Basis dieses Gesetzes konstituiert sich im Mai 1957 die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.

1. Oktober 1945 Auf Weisung der Alliierten gründen sich Ärztereine und Ärztekammern neu

Januar 1946 Wahl zur Ärztekammer Nordrheinprovinz. Im Rheinland findet die erste Wahl zur Ärztekammer statt. Diese kümmert sich auch um die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

13. Juni 1946 Gründung des »Nordwestdeutschen Ausschusses für Ärzte und Krankenkassen«. Dieses Organ soll als Nachfolger des »Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen« organisatorische Fragen erörtern und eine verbindliche Auslegung des geltenden Rechts vornehmen

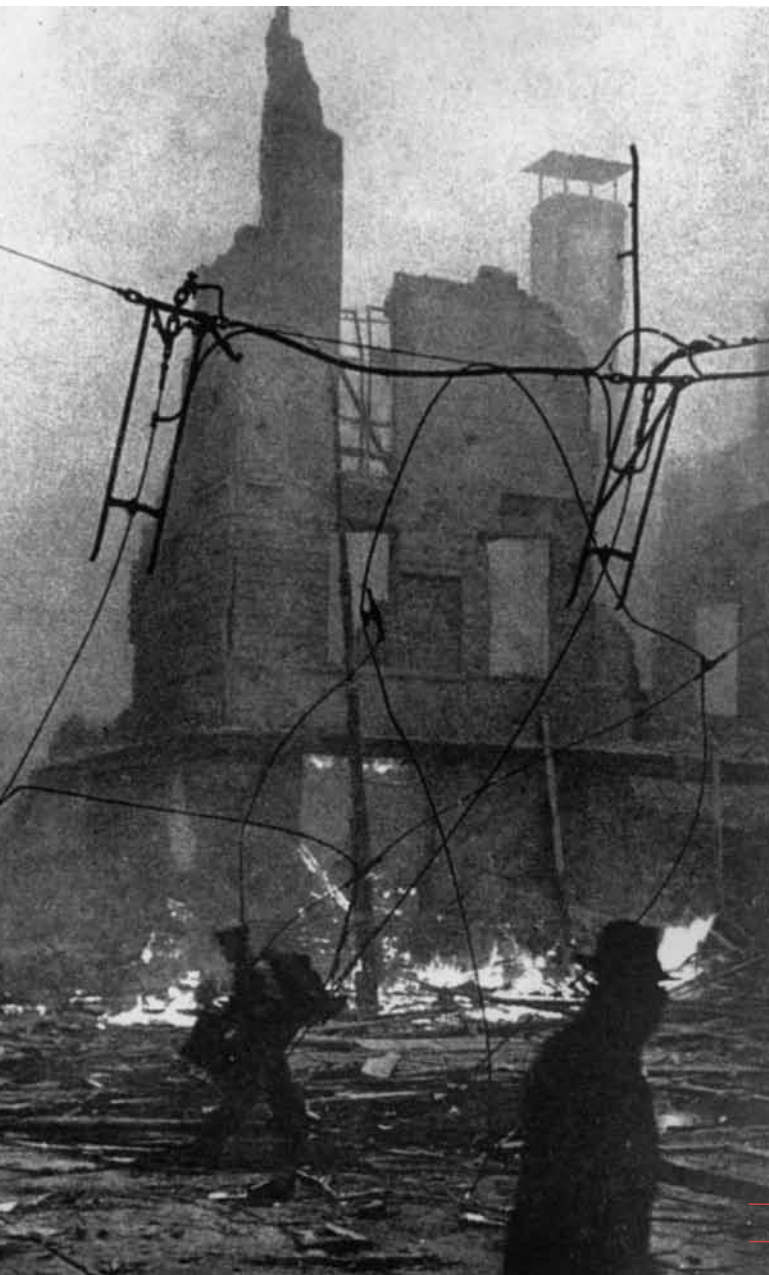
21. April 1948 Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden selbstständig. In Düsseldorf nimmt die Kassenärztliche Vereinigung / Landesstelle Nordrhein ihre Arbeit auf

25. Mai 1955 Nach langjährigen politischen Konflikten und Verhandlungen wird das »Gesetz über das Kassenarztrecht« verabschiedet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben nun eine bundesgesetzliche und -einheitliche Rechtsgrundlage

15. Mai 1957 Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Als letzte Kassenärztliche Vereinigung verabschiedet die KV Nordrhein ihre Satzung auf Grundlage des neuen Kassenarztrechts

Herausforderungen der Nachkriegszeit

Im Jahr 1945 steht Deutschland vor dem Scherbenhaufen der Diktatur. Das Land ist besetzt und in Besatzungszonen geteilt. Das Ende des »Dritten Reichs« bringt für die deutschen Kassenärzte den dritten großen Umbruch innerhalb von nur 15 Jahren. Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) existiert nur noch auf dem Papier und nimmt keine Funktionen mehr wahr. Trotzdem muss die medizinische Versorgung der Bevölkerung weiterhin sichergestellt werden.



Dabei gab es vielfältige Probleme. War die Versorgung mit dem Nötigsten bis Kriegsende noch einigermaßen gewährleistet, so drohten nun – besonders in den zerstörten Städten Köln, Essen, Düsseldorf und vielen anderen – Hunger, Winterkälte und Seuchen. Zudem gab es zahlreiche Kriegsverletzte. Und aus dem ehemaligen deutschen Osten sowie der sowjetischen Besatzungszone strömten Millionen Flüchtlinge nach Westdeutschland, die allesamt versorgt werden mussten. Die Alliierten fürchteten derweil ein Übergreifen von Krankheiten wie Typhus und Cholera auf ihre Truppen und förderten auch deshalb den raschen Wiederaufbau der Gesundheitsversorgung.

An Ärzten herrschte kein Mangel. Im Gegenteil. Unter den Flüchtlingen und Kriegsheimkehrern waren zahlreiche Mediziner, die auf Niederlassung im Rheinland hofften. Hinzu kamen Ärzte, die während des Krieges im Schnellverfahren eine »Notapprobation« erhalten hatten. Über die Anzahl der Ärzte oder die Anzahl der Versicherten existierten jedoch keine verlässlichen Daten, so dass an eine geregelte Versorgungs- und Bedarfsplanung nicht zu denken war.

Angesichts der herrschenden Not suchen die West-Alliierten nach einer pragmatischen Lösung. So greifen sie auf die noch verbliebenen kassenärztlichen Strukturen zurück. Eine zentralisierte Ärzteorganisation mit weitreichenden Befugnissen wie die KVD ist den Amerikanern und Briten jedoch suspekt. Stattdessen vertrauen sie dem ursprünglichen Konzept einer regionalen Gliederung. Deshalb beauftragen sie im September 1945 die Ärztekammern, eine Selbstverwaltung unter alliierter Aufsicht aufzubauen.

Am 1. Oktober 1945 erging vom Hauptquartier der US-Streitkräfte in Europa die Weisung, die regionalen kassen-

Im Zweiten Weltkrieg wird Düsseldorf wie viele andere deutsche Städte stark zerstört

Entnazifizierung im Rheinland

Die Alliierten ließen zunächst nur unbelastete deutsche Ärzte in leitenden Positionen zu. Da aber bereits die Mitgliedschaft in einer der NS-Organisationen ein Belastungsgrund war, konnten kaum Kandidaten für berufspolitische Funktionen gefunden werden: So war bei der Gründungsversammlung des ärztlichen Kreisvereins in Jülich nur ein »nicht belasteter« Arzt anwesend. Die Entnazifizierung verlief uneinheitlich. Es gab Beschwerden, dass politisch unbelastete Ärzte keine Zulassung erhielten und belastete und inhaftierte Ärzte ihre Zulassung behielten. In den Nachkriegsjahren war die Bereitschaft gering, sich kritisch mit der jüngsten Vergangenheit auseinanderzusetzen. So wurde im Jahr 1947 das Schicksal jüdischer Ärzte während des Nationalsozialismus im »Mitteilungsblatt der Ärztekammer der Nordrheinprovinz« euphemistisch als »Ausfall von mehreren Tausend jüdischen Ärzten« bezeichnet.

ärztlichen Strukturen nach der Rechtslage von 1931 wieder herzustellen. Schnell bildeten sich nun in den westlichen Besatzungszonen Ärztekammern. Unter deren Dach fand auch die wieder erweckte kassenärztliche Selbstverwaltung ihren vorläufigen Platz.

Die Regelung der Zulassung von Kassenärzten ist nun die dringlichste Aufgabe der neuen Selbstverwaltung. In Düsseldorf werden zu diesem Zweck ein Beschwerdeausschuss und drei Zulassungsausschüsse gebildet, ein weiterer Zulassungsausschuss hat seinen Sitz in Krefeld. In Anlehnung an den nicht mehr existierenden Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen entsteht am 13. Juni 1946 der »Nordwestdeutsche Ausschuss für Ärzte und Krankenkassen«, der auf Basis der alten Reichsversicherungsordnung den institutionellen Rahmen einer neuen gemeinsamen Selbstverwaltung bilden soll.

Im Rheinland war die Zulassung der Kassenärzte anders als in anderen Regionen zunächst weitgehend unkontrolliert erfolgt, so dass die Zahl der niedergelassenen Mediziner in den Nachkriegsjahren kräftig angestiegen war. In Bad Godesberg etwa hatten sich bis April 1946 bereits 160 Ärzte niedergelassen – vor dem Krieg waren es 40 gewesen. Als Konsequenz folgten Niederlassungssperren. Zudem entzog die britische Militärregierung den »notapprobierten« Ärzten, die sich nicht einem nunmehr vorgeschriebenen Examen unterzogen hatten, mit Wirkung vom 20. Juni 1946 die Zulassung.

Medizin nach Kriegsende 1945.

Mit Schutzimpfungen gegen die Seuchengefahr



»Viel Geld hatten wir nicht«

Interview mit Dr. Hans Gronen



Dr. Hans Gronen, geboren am 4. Juni 1924 in Alsdorf, studierte Medizin in Berlin, Prag und Bonn und arbeitete von 1948 bis 1954 als Assistentenarzt im Knappschafts-krankenhaus Badenberg, danach als Knappschaftsarzt

erste Mal in die Ferien gefahren.

Wie sah Ihr Alltag als Arzt in den 1950er und 1960er Jahren aus?

Gronen: Damals haben wir viel selbst gemacht. Ich war Hausarzt, habe Blut und Urin selbst untersucht, kleine chirurgische Eingriffe gemacht und Geburten begleitet. Damals haben viele Frauen noch zu Hause entbunden, weil es bei Hausgeburten eine besondere Vergütung der Krankenkasse (Knappschaft) gab. Insgesamt habe ich bis 1972 bei mehr als 500 Entbindungen von Kindern geholfen, die ich dann bis in ihr Erwachsenenalter medizinisch begleitet habe. Meine Frau hat viel

in der Bergarbeitersiedlung Alsdorf-Ofden. Bis 1991 war er dort auch als Hausarzt tätig.

In seiner Freizeit spielt er regelmäßig Fußball und ist unter anderem Mitbegründer des

Behindertensportvereins in Alsdorf. Gronen ist verheiratet und hat drei Kinder, seine Tochter

und seine Schwiebertochter haben 1991 seine Hausarztpraxis übernommen.



Wie war das, als Sie Ihre Praxis aufgebaut haben?

Gronen: Der Stadtteil Alsdorf-Ofden war eine reine Bergarbeitersiedlung – erbaut 1952–1953 mit Geldern des Marshallplans – und ich der einzige Arzt für 3.500 Patienten. Feierabend gab es da nicht. Wenn ich nicht in der Praxis war, habe ich Hausbesuche gemacht. Zuerst musste ich alles mit dem Fahrrad erledigen, bei Wind und Wetter. Erst 1956 konnte ich mir einen VW kaufen.

Wie war denn die Honorierung?

Gronen: Nicht gerade hoch. Für mich als Sprengel-arzt der Knappschaft, für die RVO-Kassen war ich nicht zugelassen, gab es pro Versicherten mit Familie monatlich eine Mark. Viel Geld hatten wir somit nicht. In den ersten Jahren war deswegen zum Beispiel an Urlaub gar nicht zu denken. So sind wir erst nach fünf Jahren Praxis das

geholfen, zum Beispiel wenn wir die Quartalsabrechnungen machen mussten. Das hat damals immer zwei Wochen gedauert, denn wir mussten noch jeden Krankenschein einzeln kontrollieren.

Welche großen Veränderungen gab es während der Zeit Ihrer Niederlassung?

Gronen: In den 38 Jahren meiner Niederlassung hat sich natürlich viel geändert. Die Medizin hat sich seitdem sehr spezialisiert. Vieles von dem, was ich damals selbst gemacht habe, machen heute Fachärzte oder Krankenhäuser. Heute gibt es auch viel mehr Medikamente, obwohl die Wirkstoffe zum Teil noch die gleichen sind wie damals. Und dann kamen natürlich viele technologische Entwicklungen und der Computer. Ich habe bis zum Schluss mit Karteikarten und meinem Kopf gearbeitet.



Die Bildung selbstständiger Kassenärztlicher Vereinigungen

Am 21. April 1948 beschlossen Vertreter der Ärzteschaft in der britischen Besatzungszone, selbstständige Kassenärztliche Vereinigungen auf der Basis der alten Landesstellen zu schaffen. Diese Landesstellen, während des Nationalsozialismus zu ausführenden Organen der KVD herabgestuft, übernahmen nun in Anlehnung an die Regelungen von 1931 die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung, und sie erteilten die Zulassung zur Kassenarztpraxis.

Den Vorsitz der »Kassenärztlichen Vereinigung / Landesstelle Nordrhein«, wie die Organisation im Rheinland nunmehr heißt, übernimmt Dr. Hanns Dieck aus Rheydt, der zuvor schon im Vorstand der Abteilung »Kassenarztwesen« der Ärztekammer Nordrhein tätig war. Dieck kann auf langjährige Erfahrung in der Ärztevertretung zurückblicken und gilt als unbelastet. Untergebracht ist die Kassenärztliche Vereinigung anfangs in einem Keller des Evangelischen Kranken-

Allmähliche Rückkehr zur Normalität.

Patientenversorgung in den frühen 1950er Jahren



hauses am Fürstenwall in Düsseldorf. Die früheren Büroräume waren im Krieg zerstört worden – ebenso wie fast alle anderen Dienststellen der Kassenärztlichen Vereinigung in den größeren Städten an Rhein und Ruhr.

Die Kassenärztliche Vereinigung / Landesstelle Nordrhein steht vor einem Berg ungelöster Probleme. Verbindliche Gesetze, legitimierte Ausschüsse und Schiedsinstanzen gibt es noch nicht. Daher bilden sich bald recht uneinheitliche Niederlassungsbestimmungen in den verschiedenen Regionen heraus.

Die Honorierung der ärztlichen Leistungen ist noch nicht den neuen Verhältnissen angepasst, sondern stützt sich auf die Vereinbarungen aus dem Jahr 1932. So werden etwa im Kreis Viersen ab dem Sommer 1946 nur noch bis zu 800 Krankenscheine pro Arzt je Quartal honoriert. Wegegebühren und Sonderleistungen bleiben unbezahlt. 1948 einigt man sich zunächst auf die Fortführung eines Vertrags aus dem Jahr 1938. Doch nach der Währungsreform machen höhere Praxiskosten und eine drastische Steigerung der Fallzahlen eine Anpassung unumgänglich. Auch im Verhältnis zu den Krankenkassen gibt es keine In-

stanzen und Verfahren, um die aktuellen Probleme zu lösen. Der Ruf nach einem verbindlichen und einheitlichen Kassenarztrecht wird immer lauter.

Der lange Weg zum Kassenarztrecht

Schon Ende der 1940er Jahre hatte es in den westlichen Besatzungszonen erste Pläne für ein einheitliches Kassenarztrecht gegeben. Doch erst nach Gründung der Bundesrepublik im Sommer 1949 gab es konkrete Aktivitäten der Politik. Ein Jahr später, im Juli 1950, wurden zwischen dem ersten Arbeitsminister der Bundesrepublik, Anton Storch, sowie Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen gemeinsame Gespräche geführt. Obwohl über die Grundzüge des Kassenarztrechts unter allen Parteien Einigkeit bestand, folgten langwierige Verhandlungen. Der Bundesrat hatte Bedenken wegen der geplanten Befugnisse der Schiedsämter, der im Mai 1949 wieder gegründete Hartmannbund bestand auf einem ärztlichen Streikrecht. Und immer wieder wurde die Verabschiedung wegen bevorstehender Wahlen verschoben.

1955 bringt die Bundesregierung das neue Kassenarztrecht auf den parlamentarischen Weg

Der Streit um die »Kölner Liste«

Die Neuordnung der kassenärztlichen Versorgung und die Umsetzung des Kassenarztrechts waren nicht frei von Konflikten, wie der Streit um die so genannte »Kölner Liste« von 1957 zeigt. Auslöser war eine von der Verwaltungsstelle Köln im Januar 1957 herausgegebene Negativ-Liste für Arzneimittel, die nicht von den Krankenkassen übernommen wurden. Auf einer weiteren Liste wurden Substanzen zur Verordnung ausdrücklich empfohlen. Die Verwaltungsstelle Köln wähnte sich mit dieser Liste innerhalb ihres gesetzlichen Auftrages, die Wirtschaftlichkeit der Arztpraxen zu überwachen. Der »Fachverein für Heilmittelwerbung« sah jedoch das Wettbewerbsrecht verletzt und forderte die Kölner Verwaltungsstelle auf, die Liste zurückzuziehen. Auch die neu gegründete Kassenärztliche Vereinigung schaltete sich ein – in ihren Augen hatte die Verwaltungsstelle Köln ihre Kompetenzen überschritten. Die Kölner beriefen sich hingegen darauf, dass es zur Zeit des Beschlusses der Kölner Liste im Jahr 1956 noch keine Satzung der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein gegeben habe. Die Liste sei im Übrigen von den Ärzten sehr positiv aufgenommen worden. Man sah in Köln daher keinen Anlass, die Liste zurückzuziehen. Erst nachdem sich das Landesarbeits- und Sozialministerium und das Wirtschaftsministerium eingeschaltet hatten und sich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein daraufhin öffentlich von der Kölner Liste distanzierte, wurde diese zurückgezogen.



Erst 1955 verständigen sich Politik, Kassen und Ärzteschaft auf einen tragfähigen Kompromiss. Das Gesamthonorar soll sich von nun an am Leistungsvolumen der Mediziner und nicht mehr an der allgemeinen Lohnentwicklung orientieren. Dafür verzichten die Ärzte auf das Streikrecht und akzeptierten eine verbindliche Schlichtung durch Schiedsämter. Am 25. Mai 1955 wird das Gesetz über das Kassenarztrecht im Deutschen Bundestag verabschiedet.

Das neue Recht stützt sich in vielerlei Hinsicht auf die Vereinbarungen von 1931. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und somit Träger der mittelbaren Staatsverwaltung. Ihnen obliegt es vor allem, die ambulante ärztliche Versorgung sicherzustellen, die Rechte der Ärzte gegenüber den Krankenkassen zu wahren, Verträge auszuhandeln und das Gesamthonorar auf die Mitglieder zu verteilen.

Die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Mit der Verabschiedung des Gesetzes waren die rechtlichen Grundlagen für die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen. Die von den Nationalsozialisten installierte KVD wurde nun auch formell aufgelöst. An ihre Stelle traten die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und als ihre Spitzenorganisation die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit Sitz in Köln. Auch sie ist künftig eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Gemäß dem neuen Kassenarztrecht erarbeitet die Landesstelle Nordrhein in Düsseldorf nun eine Satzung für die neue Kassenärztliche Vereinigung. Auch hier ziehen sich die Verhandlungen hin. Intern wird lange an einem Kompromiss für die Alters- und Hinterbliebenenversorgung

der Mitglieder gefeilt. Nach Vorlage der ersten Entwürfe ist das Arbeits- und Sozialministerium als Aufsicht führende Landesbehörde am Zug. Das Ministerium fordert Änderungen im Wahlmodus der Vertreterversammlung. Doch die Verabschiedung der Satzung drängt. Ende 1956 ist Nordrhein die einzige Kassenärztliche Vereinigung, die noch nicht über eine Satzung verfügt.

Im Jahr 1957 war es schließlich so weit: Die wahlberechtigten Ärzte im Rheinland wählten ihre Vertreter. Am 15. Mai 1957 fand die erste ordentliche Vertreterversammlung statt. Die KV Nordrhein verabschiedete ihre Satzung und wählte einen Vorstand. Erster Vorsitzender wurde Dr. Hanns Dieck, der schon in den Jahren zuvor an der Spitze der kassenärztlichen Selbstverwaltung im Rheinland gestanden hatte. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein war geboren.

Die erste Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Gemäß der Satzung von 1957 ist jeder zur Kassenarztpraxis zugelassene Arzt ordentliches Mitglied der KV. Oberstes Organ der KV Nordrhein ist die Vertreterversammlung, die sich aus den Vertretern der ordentlichen Mitglieder zusammensetzt. Dabei werden je 75 Mitglieder ein Vertreter und ein Stellvertreter gewählt. Auch die außerordentlichen Mitglieder wählen Vertreter in die Vertreterversammlung. Die Vertreterversammlung muss mindestens zweimal im Jahr zusammenkommen. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Zu den Aufgaben der Versammlung zählt unter anderem die Verabschiedung des Haushalts, die Errichtung und Auflösung von Verwaltungsstellen, die Wahl eines Vertragsausschusses und die Aufstellung und Änderung der Satzung. Die Vertreterversammlung wählt den Vorstand der KV Nordrhein für vier Jahre, wobei auf 400 ordentliche Mitglieder ein Vorstandsmitglied kommt und jede Bezirksstelle mindestens ein Vorstandsmitglied stellt. Gewählt sind die Kandidaten, die die höchste Anzahl der gültigen Stimmen erhalten. Aus der Reihe der Vorstandsmitglieder wird der erste und zweite Vorsitzende in getrennten Wahlgängen von der Gesamtheit der Vertreterversammlung gewählt.

■ Kapitel 4

Vom »Wirtschaftswunder« zur »Kostendämpfung«. Die KV Nordrhein zwischen Marktwirtschaft und staatlichen Eingriffen 1957–1977

Anfang 1957 nimmt die KV Nordrhein ihre Arbeit auf und schafft zunächst die organisatorischen Voraussetzungen für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung im Rheinland. Die 1950er und 1960er Jahre stehen im Zeichen einer beispiellosen wirtschaftlichen Prosperität. Auch die Kassenärzte partizipieren am wachsenden Wohlstand – trotz einer beträchtlichen Zunahme der Zahl der Praxen. Vor allem der ländliche Raum profitiert von der Ausweitung der ambulanten Versorgung. Das vorläufige Ende des Wachstums Anfang der 1970er Jahre beschert dem Gesundheitswesen die ersten Finanzierungskrisen. Das Wort von der »Kostenexplosion« ist in aller Munde. 1977 reagiert die Politik mit dem ersten großen Kostendämpfungsgesetz.

Mai 1957 Die KV Nordrhein nimmt ihre Arbeit auf. Nach der Verabschiedung der Satzung schafft die KV Nordrhein die organisatorischen Voraussetzungen für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Rheinland

1960 Reformpläne der Bundesregierung scheitern. Nach massivem Widerstand der Ärzte und der Kassenärztlichen Vereinigungen wird die Verabschiedung einer Reform des Kassenarztrechts verhindert

23. März 1960 Abschaffung der Verhältniszahlen. Das Bundesverfassungsgericht erklärt die geltenden Verhältniszahlen für verfassungswidrig. Die Zahl der Kassenärzte im Rheinland steigt daraufhin deutlich an

1975 »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen. Die Wirtschaftskrise sorgt für stagnierende Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es kommt zu einem Stillstand der Honorarentwicklung bei den niedergelassenen Ärzten

1. Januar 1977 Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG). Nach langen Verhandlungen tritt das KVWG in Kraft. Künftig unterliegt die ambulante Versorgung einer Bedarfsplanung. Die Folge sind Zulassungsbeschränkungen

1. Juli 1977 Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG). Trotz des Protests der Ärzteschaft tritt das KVKG in Kraft. Es bringt den mit Punkten bewerteten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als neue Gebührenordnung sowie Einschnitte in die Verhandlungsautonomie der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die KV Nordrhein nimmt ihre Arbeit auf

Das lange Ringen um die Gründung der KV Nordrhein fand im Januar 1957 ein Ende. Nun ging es darum, möglichst schnell das neue Kassenarztrecht mit Leben zu füllen und die gesetzlich geforderten Strukturen zu schaffen. Vor allem mussten Zulassungsbezirke festgelegt sowie Zulassungsausschüsse gebildet und die so genannten Verhältniszahlen definiert werden, also die Zahl der Einwohner eines Stadt- oder Landkreises je Arzt.

Erst spät benennen die Krankenkassen ihre Vertreter für die Ausschüsse. So dauert es zur Feststellung der Ver-

hältniszahlen bis zum November 1957. Mehrmals muss das Arbeits- und Sozialministerium NRW die Bekanntgabe der Zahlen anmahnen. Am Ende liegt der Schlüssel bei durchschnittlich einem niedergelassenen Arzt je 600 Einwohner.

Zum Zeitpunkt ihrer Gründung zählt die KV Nordrhein 4.818 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Mitglieder. Ein zentrales Thema der ersten Jahre ist die Honorarfrage. Unter dem Schlagwort »Viel Arbeit für wenig Geld« machen die Kassenärzte immer wieder auf die schlechte wirtschaftliche Situation aufmerksam.

Erst Ende der 1950er Jahre kann ein signifikanter Anstieg der Kassenarzthonorare verzeichnet werden: So



Vom Sonntagsdienst zum Notfalldienst – ärztliche Versorgung rund um die Uhr

Die Einrichtung eines ärztlichen Notfalldienstes war einer der wichtigsten Pfeiler der ärztlichen Versorgung. Schon vor Gründung der KV Nordrhein hatte die Ärztekammer einen Sonntagsdienst initiiert, den die Kassenärzte bis 1952 ehrenamtlich leisteten. 1957 dehnte die KV Nordrhein den Sonntagsdienst auch auf einen sprechstundenfreien Samstag aus. Ein Jahr später gründet die KV Nordrhein eine der ersten Arztrufzentralen der Bundesrepublik. Um die ärztliche Notfallversorgung im Rheinland lückenlos zu gewährleisten, einigen sich Ärztekammer und KV Nordrhein 1966 auf eine Notfalldienstordnung, die unter anderem festlegt, dass jeder niedergelassene Arzt zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet ist. Auch in den folgenden Jahren baut die KV Nordrhein den Notfalldienst weiter aus: Bis 1968 kommen fünf Arztrufzentralen dazu, bis 1983 steigt deren Zahl auf 19, bevor im Juli 2003 eine Zentrale in Duisburg eingerichtet wird, die sukzessive die Notdienstvermittlung für ganz Nordrhein übernimmt. Ein Trendsetter ist die KV Nordrhein auch beim Aufbau zentraler ambulanter Notfallpraxen. Dem Düsseldorfer Beispiel aus dem Jahr 1992 folgen bis 2007 in Nordrhein 70 weitere Notfallpraxen.

wächst das Honorarvolumen in Nordrhein von 228,7 Millionen Mark im Jahr 1958 auf 256,7 Millionen Mark im folgenden Jahr. Für die nordrheinischen Kassenärzte bedeutet dies eine durchschnittliche Umsatzsteigerung um 2.700 Mark bzw. 6,1 Prozent auf 46.700 Mark im Jahr 1959.

Widerstand gegen Reformpläne

Kaum war das neue Kassenarztrecht umgesetzt, wurde es in wesentlichen Teilen schon wieder in Frage gestellt. Bereits 1956 hatte Arbeitsminister Theodor Blank die vielen Befugnisse und Kompetenzen der kassenärztlichen Selbstverwaltung kritisiert. Laut einem 1958 vorgelegten Referentenentwurf zum »Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz« sollte die Verhandlungsposition der Krankenkassen gestärkt, die der KVen geschwächt werden. Mit dem Ziel einer Kostendämpfung sollten die niedergelassenen Ärzte nach einer staatlich festgesetzten »Gruppengebührenordnung« vergütet werden. Zwar sollte die Höhe der Gebühren weiterhin Gegenstand von Verträgen zwischen Ärzten und Kassen sein. Im Falle einer Nichteinigung hätte aber der Bundesarbeitsminister und nicht mehr ein Schiedsamt der Selbstverwaltung das letzte Wort gesprochen. Rolf Schlögell, Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, erklärt in einem Vortrag vor Krefelder Kassenärzten am

11. März 1959, die Pläne der Regierung seien voller »Widersinnigkeiten, Halbheiten und Ungereimtheiten« und ein Ausdruck »expansiven Machtstrebens der Ministerialbürokratie«. In den kommenden Monaten organisiert sich der Widerstand: In Hannover wird ein »Kampfbund niedersächsischer Ärzte«, in Hamburg gar eine »Schicksalsgemeinschaft deutscher Ärzte« gegründet. Der Protest kulminiert in einem außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 10. Februar 1960 in der Frankfurter Paulskirche.

Ungeachtet dessen verabschiedet die Bundesregierung am 20. November ihre Reformpläne im Kabinett. Doch die Ablehnung des Gesetzentwurfs ist derart heftig, dass einige Ärztevertreter sogar Streikmaßnahmen ins Auge fassen, woraufhin das Bundesarbeitsministerium dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Friedrich Voges, öffentlich mit Zuchthaus droht.

Konrad Adenauer will anders als sein Arbeitsminister eine Eskalation im Streit mit der Ärzteschaft vermeiden. Denn im August 1961 sind Bundestagswahlen. Im September 1960 äußert sich der Kanzler gegenüber der CDU/CSU-Fraktion: »Gegen 70.000 Ärzte, von denen jeder 30 Patienten am Tag hat, dagegen ein Gesetz zu machen, das ist außerordentlich schwierig.« Adenauer macht die Reform nun zur Chefsache. Am 17. August ruft er seinen Minister Blank und die Spitzen der deutschen Ärzteschaft nach Bonn. Unter den Teilnehmern: KBV-Chef Voges, Dr. Ernst Fromm, Präsident der Bundesärztekammer, die Bundesvorsitzenden von Marburger Bund und Hartmannbund sowie NAV-Chef Dr. Kaspar Roos aus Nordrhein. Das Ergebnis: Die Bundesregierung zieht den Gesetzentwurf zurück. So bleibt im Kassenarztrecht alles beim Alten – bis auf einen Punkt, und der betrifft die Verhältniszahlen.

Im Gründungsjahr 1957 zählt die
KV Nordrhein 4.818 Mitglieder

Das Ende der Verhältniszahlen

Aufgrund der Verhältniszahlen blieb vor allem jungen Medizinerinnen der Weg zur Kassenarztpraxis versperrt. Denn in fast allen Kreisen und kreisfreien Städten des Rheinlandes wirkten die Verhältniszahlen faktisch als Zulassungssperre. Schon seit Jahren war dieses Problem immer wieder diskutiert worden. Die KV Nordrhein unterstützte den Wunsch des Marburger Bundes nach einer Aufhebung der Verhältniszahlen.

Um seinen Forderungen Nachdruck zu verleihen, legt der Marburger Bund schließlich eine Verfassungsbeschwerde ein und hat Erfolg: Die Karlsruher Richter entscheiden am 23. März 1960, dass die bestehenden Verhältniszahlen und die damit zusammenhängenden Zulassungsbestimmungen für Kassenärzte gegen die freie Wahl des Berufes verstoßen und damit verfassungswidrig seien. Die KV Nordrhein begrüßt das Karlsruher Urteil. Ihr Vorsitzender Dr. Hans-Wolf Muschallik bezeichnet die Aufhebung der Verhältniszahlen als gerecht. Sorgen um die Existenzgrundlage der niedergelassenen Ärzte durch Überversorgung zerstreut Muschallik. Zwar hätten Berechnungen ergeben, dass die Kassenärzte im Rheinland aufgrund des Karlsruher Urteils mit einer Honorarsenkung von acht Prozent rechnen müssten. Aber mit gutem Willen und einer vernünftigen Niederlassungspolitik sei eine gerechte Verteilung gewährleistet, appelliert der Vorsitzende der KV Nordrhein an die Solidarität der rheinischen Ärzte.

Wie notwendig und richtig sein Aufruf war, zeigt sich in den folgenden Jahren: Allein im Rheinland steigt die Zahl der Kassenärzte in den ersten fünf Jahren nach dem

Urteilsspruch um 10,7 Prozent auf 6.600 im Jahr 1965. Die Angst vor einer Honorarabnahme erweist sich jedoch als unbegründet. Der durchschnittliche Umsatz der Kassenärzte steigt von 45.700 Mark im Jahr 1960 auf 47.900 Mark im Folgejahr.

Mit der Aufhebung der Verhältniszahlen änderte sich auch die Arbeit der Zulassungsausschüsse. Nach Jahren einer höchst restriktiven Zulassungspolitik agierten sie nun als »Zuweisungsausschüsse«, deren Hauptaufgabe es war, der Flut der Antragsteller Herr zu werden und jedem Arzt möglichst schnell eine Niederlassung zu ermöglichen.

Goldene Jahre

Auch das deutsche Gesundheitswesen profitierte vom »Wirtschaftswunder« der 1960er Jahre. Vollbeschäftigung und gut gefüllte Sozialkassen, eine steigende Lebenserwartung der Bevölkerung, dazu beeindruckende Fortschritte in der Medizin und der Pharmakologie – all das begünstigte einen nie da gewesenen Ausbau der medizinischen Versorgung. Auch die Ärzte haben Anteil am wachsenden Wohlstand. Trotz steigender Arztzahlen wachsen die Honorare spürbar. Anfang der 1960er Jahre gelingt es der KV Nordrhein zunehmend, die Pauschalhonorare durch die Vergütung der ärztlichen Einzelleistungen zu ersetzen. 1962 können mit allen Ersatz- und 18 Betriebskrankenkassen des Essener Raumes Einzelleistungsvergütungen vereinbart werden. Bis 1965 werden schließlich alle Honorarverträge der KV Nordrhein als Einzelleistungsverträge abgeschlossen, was zu einer weiteren Verbesserung der Arzthonorare führt.

Transparenz und Kontrolle – Wirtschaftlichkeitsprüfung in den 1960er Jahren

Nicht nur die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, auch die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit war und ist Aufgabe der KV Nordrhein. Bereits 1952 finden die ersten Prüfungen statt, für die die Kreisstellen eigene Prüfungsausschüsse bilden. Das im Jahr 1961 eingeführte Lochkartensystem erleichtert die Prüfung der Abrechnungen. Dennoch bleiben die Verfahren schwierig: Zunächst müssen alle Abrechnungen der Ärzte auf Vollständigkeit und Richtigkeit durchgesehen werden, ehe ein Prüfarzt die Unterlagen einsieht und dem Prüfungsausschuss vorträgt. Dieser legt dann eventuelle Kürzungen fest. Ab 1962 finden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur noch auf Antrag der Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung statt, falls diese eine unwirtschaftliche Arbeitsweise eines Arztes vermuten. Die KV Nordrhein setzt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf eine enge Zusammenarbeit mit den Kassen. Unter dem Begriff »Transparenz« sollen die Abrechnungen nicht nur den Kassenärzten, sondern auch den Krankenkassen zugänglich gemacht werden. So ist die KV Nordrhein ab 1964 die erste Kassenärztliche Vereinigung, die auch nichtärztlichen Krankenkassenvertretern in den Prüfungsausschüssen eine stimmberechtigte Mitwirkung bei der Kontrolle der Honorarabrechnungen ermöglicht. Bis 1979 hat ein Vertreter der KV Nordrhein den Vorsitz eines Prüfungsausschuss inne, seitdem gibt es einen jährlichen Wechsel mit einem Vertreter der Krankenkassen.



Vorrang für die Berufsfreiheit. Im März 1960 erklärt das Bundesverfassungsgericht die Verhältniszahlen für grundgesetzwidrig

Kostenexplosion im Gesundheitswesen

Die Jahre des permanenten Wachstums fanden im Rheinland wie in der gesamten Bundesrepublik ab 1975 ein vorläufiges Ende. Unvermittelt stagnierten sowohl die Gesamteinnahmen der KV Nordrhein als auch die Honorarumsätze der einzelnen Kassenärzte. Hatten die Praxen im Rheinland zwischen 1970 bis 1975 noch eine jährliche Umsatzsteigerung von durchschnittlich 8,5 Prozent realisiert, so lag die Steigerungsrate 1976 nur noch bei knapp 1,9 Prozent.

Grund dafür war die Rezession in Deutschland, die sich massiv auf die finanzielle Situation des Gesundheitswesens auswirkte. Die steigende Arbeitslosigkeit bescherte den Sozialkassen einen spürbaren Rückgang der Beitragseinnahmen. Gleichzeitig stiegen die Ausgaben zu Beginn der 1970er Jahre in einem bis dahin nicht gekannten Ausmaß. Die Gründe hierfür lagen vor allem in der Ausweitung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung. 1975 stiegen die Ausgaben der GKV um durchschnittlich 14 Prozent je Mitglied. Schon bald prägten führende Gesundheitspolitiker den Begriff der »Kostenexplosion im Gesundheitswesen«.

Die Bundesregierung sieht sich gezwungen einzugreifen. Auch wenn die ambulante Versorgung nicht zu den wirklichen Kostentreibern gehört, so fordert die Regierung im Frühjahr 1976 dennoch Einsparungen seitens der Ärzteschaft; bei den Honoraren ebenso wie bei den Kosten für Arznei- und Heilmittel. Als Folge eines erheblichen politischen Drucks einigen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Krankenkassen auf eine »freiwillige Empfehlungsvereinbarung«, nach der die Steigerung der Gesamtvergütung für das Jahr 1976 acht Prozent oder 80 Millionen Mark nicht übersteigen sollte. Dieser Schritt wird von der KV Nordrhein nolens volens akzeptiert.

Kostendämpfung per Gesetz

Die Ausgaben der Kassen stiegen indessen weiter. Gesetzliche Interventionen sollten dem Ausgabenwachstum nun Einhalt gebieten. Mit dem »Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz« (KWVG) von 1976/77 setzte die Bundesregierung erneut Zugangsbeschränkungen zur kassenärztlichen Tätigkeit auf die politische Tagesordnung – obwohl das Verfassungsgericht im Jahr 1960 diese noch

verworfen hatte. Laut Entwurf des KVWG sollten künftig Bedarfspläne entwickelt werden, um eine regional ausgewogene und damit wirtschaftliche Verteilung der Kassenarztsitze zu gewährleisten. Darüber hinaus sah das KVWG erstmals eine Koppelung von Ausgaben und Einnahmen der Kassen vor – mit naheliegenden Konsequenzen für die Honorar-Perspektive der Ärzteschaft.

Die KV Nordrhein beobachtete die Pläne der Bundesregierung mit Sorge. Angesichts der finanziellen Lage der Krankenversicherung waren Maßnahmen des Gesetzgebers jedoch kaum mehr zu verhindern.

Umso mehr Gewicht legte die KV Nordrhein daher auf eine erfolgreiche Vertragspolitik im Interesse ihrer Mitglieder. Dazu zählte auch, die Vergütungsverträge noch im Jahr 1976 mit Wirkung bis Ende 1977 abzuschließen, damit zumindest für diesen Zeitraum die Honorare unabhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung gesichert waren – eine Entscheidung, die sich als richtig erweisen sollte.

**Neue Technologien: Kassettenfernsehen
für Röntgenbilder 1973**



Das KVWG wird im November 1976 verabschiedet und tritt am 1. Januar 1977 in Kraft. Bis Mitte des Jahres 1977 müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen nun Bedarfspläne für die ambulante ärztliche Versorgung erstellen. Doch damit enden die Einschnitte in das Kassenarztrecht nicht. Bereits bei der Verabschiedung des Gesetzes 1976 prophezeit KV-Chef Muschallik »ernste Schwierigkeiten« und bezeichnet die geforderte Bedarfsplanung als »kosten-trächtigen Fehlschlag«.

Und tatsächlich, die Kosten steigen weiter. Die Bundesregierung sieht sich daher zu weiteren Reformen gezwungen. Fast zeitgleich mit dem KVWG legt sie den Entwurf eines weiteren Gesetzes vor, das »Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz« (KVKG). Erstmals sollen Patienten Zuzahlungen für GKV-Leistungen entrichten, nämlich drei Mark für Fahrtkosten. Auch die Ärzteschaft ist von dem Gesetzesvorhaben betroffen: Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen sollen einen »Einheitlichen Bewertungsmaßstab« (EBM) vereinbaren, in dem alle ärztlichen Leistungen mit Punktzahlen bewertet sind.

Und die Regierung plant noch mehr: So sollen den Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen in Zukunft einheitliche Empfehlungen des Bundes zugrunde liegen. Dies aber stellt nach Meinung der KV Nordrhein das Regionalprinzip der Gesundheitsversorgung in Frage, zugunsten einer zentralistischen staatlichen Einflussnahme. Der Vorstand der KV Nordrhein stellt sich daher vehement gegen diesen Gesetzentwurf, denn das Gesetz bedeutet nach Meinung des Vorstands einen ersten Schritt »zur Staatsmedizin«.

In den Vorstandssitzungen wird daher über Protestmaßnahmen beraten. Die Zulassung ruhen zu lassen und Patienten nur noch privat zu behandeln, wie es etwa die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung fordert, kommt für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein nicht in Frage. Sie will Kritik in der Sache üben und nicht Politik zu Lasten der Patienten betreiben. Sie ruft ihre Mitglieder dazu auf, in Briefen gegen die Pläne der Regierung zu protestieren. Zahlreiche nordrheinische Kassenärzte kommen dem Aufruf nach.

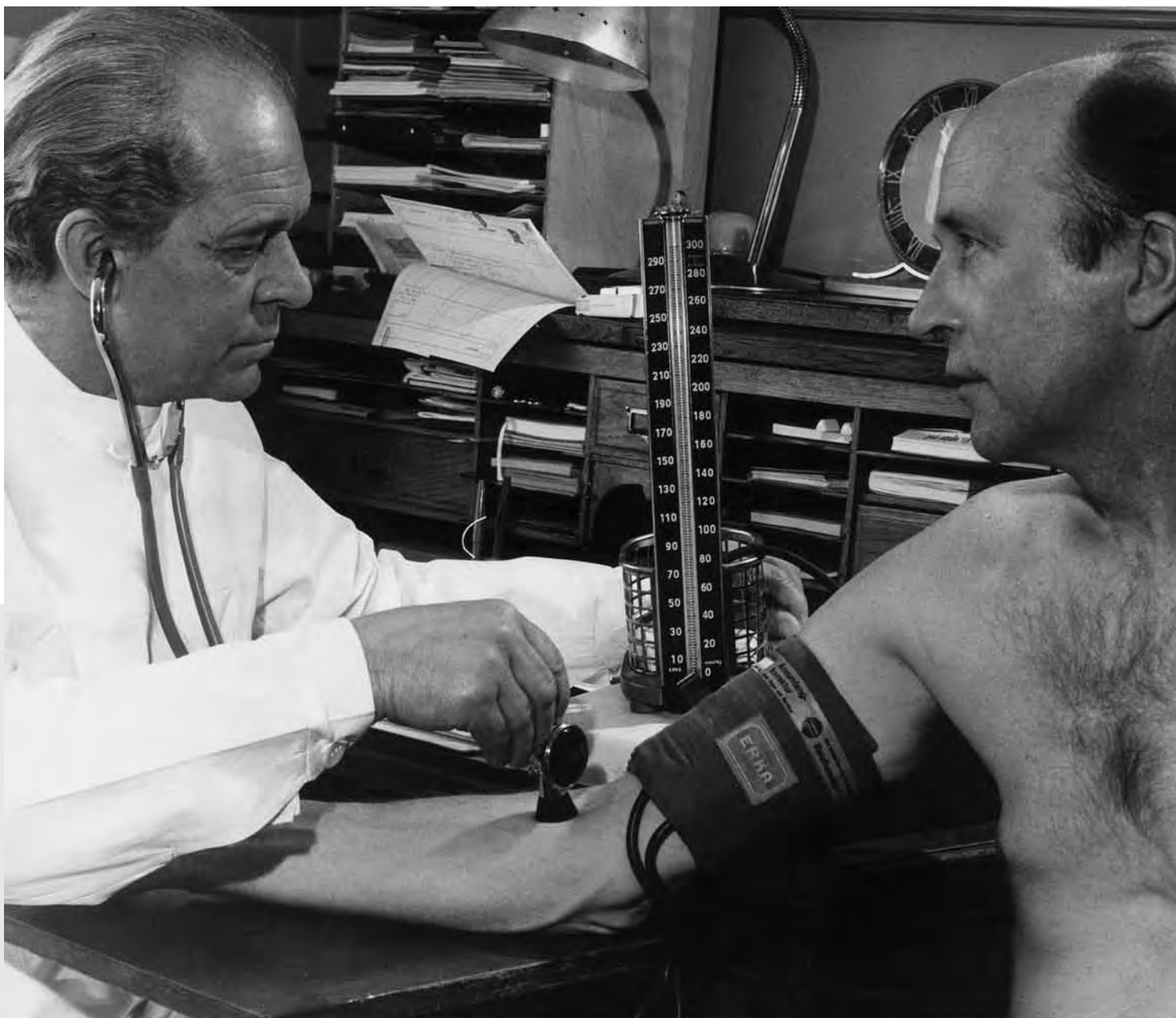
Die Entwicklung der fachärztlichen Versorgung

Ein wichtiger Teil der Sicherstellung der medizinischen Versorgung war die Förderung von Facharzniederlassungen im Rheinland. Hier setzte die Niederlassungsberatung der KV Nordrhein ein. Mit Erfolg. Hatte das Verhältnis von Fach- und Allgemeinärzten 1955 noch 40:60 betragen, so war es 1965 bereits ausgeglichen, bis es sich 1980 schließlich zugunsten der Fachärzte verschob. Allerdings profitieren nicht alle Regionen gleichermaßen vom Ausbau der Versorgung. Ein Problem in der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung bleiben die ländlichen Gebiete; die meisten rheinischen Kassenärzte zog es in die Ballungsräume an Rhein und Ruhr. Um Ärzte in ländliche Regionen oder in die Peripherie der großen Agglomerationen zu locken, schafft die KV Nordrhein Ende der 1960er Jahre finanzielle Anreize. So können zwischen 1969 und 1972 rund 100 Ärzte mit einer jährlichen Umsatzgarantie von 80.000 Mark für eine Niederlassung auf dem Land gewonnen werden. Weitere Mediziner entschließen sich wegen eines Zuschlags zur Altersversorgung oder eines zinsfreien Darlehens in Höhe von 50.000 Mark zu einer Praxiseröffnung auf dem Land. Darüber hinaus fördert die KV Nordrhein die Bildung von Gemeinschaftspraxen. Aufgrund dieser Maßnahmen stieg die Kassenarztzahl Ende der 1960er Jahre weiter an. Das ambulante medizinische Angebot wird erheblich ausgeweitet und verbessert. Vor allem in der Gynäkologie, der inneren Medizin, der Orthopädie und der Neurologie steigt die Zahl der Fachärzte. Mit der Zeit können immer mehr Leistungen ambulant durchgeführt werden, für die es früher einer stationären Behandlung bedurfte. Dazu gehören ambulante Operationen, kardiologische und neurologische Behandlungen sowie gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen.

Die Verabschiedung des Gesetzes konnte dennoch nicht verhindert werden: Am 1. Juli 1977 trat das KVKG in Kraft. Genau ein Jahr später wurde der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als neue Gebührenordnung der

Kassenärzte eingeführt. Die beiden Reformgesetze der Jahre 1976/77 waren nur der Auftakt zu einer langen Reihe von Maßnahmen zur Kostendämpfung. Das deutsche Gesundheitswesen wurde zur politischen Dauerbaustelle.

Praxisalltag in den
1970er Jahren



■ Kapitel 5

»Kostenexplosion« und »Gesundheitsstrukturgesetz«. Die KV Nordrhein im Wandel der Reformen 1977–1993

Die anhaltende Ausgabensteigerung zieht in den 1980er Jahren weitere Kostendämpfungsgesetze nach sich, darunter das Gesundheitsreformgesetz (GRG) im Jahr 1989. Die Wiedervereinigung im Jahr 1990 setzt eine beispiellose organisatorische Leistung in den neuen Ländern in Gang. Die KV Nordrhein engagiert sich beim Aufbau der kassenärztlichen Versorgung und Selbstverwaltung in Brandenburg und Thüringen. Die ökonomischen Lasten der Vereinigung und die anhaltende wirtschaftliche Krise in den neuen Ländern sorgen in der gesetzlichen Krankenversicherung für Einnahmeausfälle und Transferlasten in Milliardenhöhe. Mit dem »Kompromiss von Lahnstein« 1992 einigen sich Regierung und Opposition auf das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG).

1. Juli 1978 Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)

Januar 1981 Aktion zur Gesundheitsberatung. Die KV Nordrhein startet erstmals eine Aktion zur Gesundheitsaufklärung mit den Themen Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel und Stress

1982 Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz. Mit dem neuen Kostendämpfungsgesetz soll vor allem im Krankenhaussektor die Kostensteigerung gebremst werden

1. Januar 1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG). Das Gesundheitsreformgesetz bringt spürbare Zuzahlungen für die Patienten, darunter eine Rezeptgebühr für Arzneimittel. Das fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs löst die Reichsversicherungsordnung von 1911 weitgehend ab

März 1990 Partnerschaft für die Einheit. Die KV Nordrhein hilft beim Aufbau der Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen Bundesländern

Juli – Oktober 1992 Proteste gegen Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Mit massiven Protesten reagiert die KV Nordrhein auf die Pläne der Bundesregierung zur Gesundheitsreform

1. Januar 1993 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Nach massiven Protesten der Ärzte tritt das umstrittene Gesetz in Kraft. Es bringt für die Niedergelassenen eine restriktive Budgetierung der Einnahmen, die bis heute wirksam ist

Weitere Kostendämpfung

Nach dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz und dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz hoffen alle Beteiligten auf eine Besserung der finanziellen Lage in der gesetzlichen Krankenversicherung. Und tatsächlich scheinen die neuen Gesetze zunächst für Entlastung zu sorgen. Doch ohne eine einschneidende Verbesserung der gesamtwirtschaftlichen Situation erweisen sich auch diese Maßnahmen nur als Tropfen auf den heißen Stein. Das deutsche Gesundheitssystem steuert auf eine Strukturkrise zu. Dies bleibt nicht ohne Folgen für die ärzt-

lichen Einkommen, die 1980 – auch als Folge steigender Praxiskosten – erstmals real sinken.

Neben ihren Bemühungen um eine Verbesserung der Ärzte-Einkommen bleibt die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung ein zentrales Anliegen der Kassenärztlichen Vereinigungen. So startet die KV Nordrhein im Januar 1981 eine Aktion zur Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel und Stress. Im gleichen Jahr beginnt sie zusammen mit der KV Westfalen-Lippe, die Tumornachsorge in Nordrhein-Westfalen systematisch zu verbessern.



Die KV Nordrhein vor Ort – die Kreisstelle Rhein-Sieg-Kreis 1982

In jedem der 27 Stadt- und Landkreise im Rheinland ist die KV Nordrhein mit einer eigenen Kreisstelle vertreten. Dort kümmert sich ein gewählter Vorstand um die Anliegen der vor Ort niedergelassenen Ärzte – und seit 1999 auch der Psychologen und Psychotherapeuten. Über ihre Kreisstellen hat die KV seit jeher ihr Ohr am Puls der Basis. So auch in der Kreisstelle des Rhein-Sieg-Kreises: Dort hatte sich die Zahl der niedergelassenen Ärzte zwischen 1966 und 1982 fast verdreifacht. Zum einen war der Kreis aufgrund der Gebietsreform angewachsen. Zum anderen sorgte das Universitätsklinikum Bonn für Nachwuchs an Ärzten. So hatte der Rhein-Sieg-Kreis zu Beginn der 1980er Jahre die größte Ärztedichte Deutschlands: 937 Niedergelassene auf 430.000 Einwohner. Zu dieser Zeit kümmert sich Dr. Hanspeter Breunig als Vorsitzender der Kreisstelle um die kleinen und großen Sorgen der niedergelassenen Ärzte. Die Beratung bei Abrechnungs- und Honorarfragen und die Regelung des ärztlichen Notfalldienstes sind nur ein Teil der Aufgaben des Kreisstellen-Chefs. Auch die Geselligkeit kommt nicht zu kurz. Für die Kolleginnen und Kollegen, deren Familien und die Arzhelferinnen organisiert Breunig eine Fahrrad-Rallye.

Auf Bundesebene geht derweil die Suche nach Einsparmöglichkeiten weiter. Besonders in der stationären Versorgung will die Regierung die Ausgaben senken. So führt die Bundesregierung 1982 eine Budgetierung der Krankenhausausgaben ein und legt weitere Zuzahlungen der Versicherten für Arzneimittel und Brillen fest. Im gleichen Jahr wird die Krankenversicherung auch für die Rentner beitragspflichtig.

Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligen sich an der Suche nach weiteren Einsparpotenzialen. Im Fokus stehen dabei die Ausgaben für Arzneimittel, die allein 1980 um neun Prozent gestiegen sind. Es gilt daher, die Ärzte zu motivieren, weniger und preiswertere Medikamente zu verschreiben – ohne die Versorgungsqualität zu verschlechtern. Die KV Nordrhein setzt dabei auf Transparenz und Information. Erstmals erhalten Ärzte im Quartalsrhythmus Übersichten der individuell verordneten Medikamente und der verursachten Kosten.

Das Gesundheitsreformgesetz (GRG)

Das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 sollte das Gesundheitssystem um 14,5 Milliarden Mark entlasten. Das von Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm vorgelegte Gesetz sah unter anderem neue oder steigende Zuzahlungen der Patienten bei Arznei- und Heilmitteln, Zahnersatz, Krankenhausaufenthalt und Fahrtkosten vor. »Bagatellarzneimittel« wie Medizin gegen Erkältungs- und Reisekrankheiten wurden ganz aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen. Die Kassenärztlichen Ver-

einigungen sollten in stärkerem Maße die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Arztpraxen prüfen.

Mit dem GRG wird außerdem das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung als fünftes Buch in das neue Sozialgesetzbuch eingegliedert. Die alte Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 wird zwar nicht aufgehoben, sie ist jedoch künftig für Ärzte und Krankenkassen als Rechtsgrundlage nahezu bedeutungslos.

In der Tat bleibt die vom Gesetzgeber erhoffte Wirkung des GRG zunächst nicht aus: Nach dem Inkrafttreten am 1. Januar 1989 sinken die durchschnittlichen Beitragssätze für die Krankenversicherung von 13 Prozent auf 12,4 Prozent im Jahr 1991. Doch schon bald tauchen neue Probleme auf. Die Einführung der Krankenversichertenkarte (Chip-Karte) ab dem 1. Januar 1992 gestaltet sich schwieriger als erwartet. Ihre Produktionskosten liegen mit 54 Millionen Mark deutlich über dem geplanten Soll.

Diese finanziellen Belastungen sind jedoch eine quantité négligeable gegenüber den Kosten der Wiedervereinigung im Oktober 1990: 16 Millionen Neubürger müssen in das bundesdeutsche Gesundheitssystem integriert werden, ohne dass den Ausgaben in den neuen Ländern kostendeckende Beiträge gegenüberstehen. Bereits 1992 verzeichnen die Krankenkassen ein Defizit von insgesamt fast neun Milliarden Mark.

Die Bundesregierung macht vor allem die Organe der Selbstverwaltung für das Scheitern der Gesundheitsreform verantwortlich: Sie hätten durch schleppende oder unzureichende Umsetzung die Reform sabotiert. Diesen Vorwurf lässt die KV Nordrhein nicht auf sich sitzen: Im Rheinischen Ärzteblatt bezeichnet sie die neuen Regelungen als »handwerklich schlecht, unverständlich und ... unzumutbar«.

Volle Wartezimmer und sinkende
Einkommen prägen die 1980er Jahre

»Die KV sichert die Einkommensbasis«

Interview mit Dr. Jörg Schnelle



Dr. Jörg Schnelle, geboren am 17. Juni 1943, studierte Medizin in Köln, Münster und Düsseldorf und absolvierte seine Facharztweiterbildung zum Internisten in Wuppertal und zum Kardiologen in Bad Oeynhausen.

Gleichgewicht zwischen Haus- und Fachärzten zu schaffen. Als Kreisstellenleiter beschäftige ich mich vor allem mit der Organisation des Notdienstes. In den Anfangsjahren habe ich auch junge Ärzte beraten, wo sie sich am besten niederlassen können. Heute geht es eher darum, für bereits bestehende Praxen Nachfolger zu finden.

Im Juli 1977 gründete er in Neuss eine Kardiologie-Praxis, die seit 1991 als Gemeinschaftspraxis besteht. Schnelle ist darüber hinaus seit 1988 Leiter der KV-Kreisstelle Neuss. Er ist verheiratet und hat drei Kinder, in seiner Freizeit hört er Musik und verbringt Zeit in der Natur.

Was sind Ihrer Meinung nach die größten Leistungen der Kassenärztlichen Vereinigung?

Schnelle: Die KV hat immer versucht, den medizinischen Fortschritt in die Versorgung zu integrieren und gleichzeitig



Warum haben Sie sich als Kardiologe niedergelassen?

Schnelle: Für mich war immer klar, dass ich mich eines Tages niederlassen wollte, denn nur so hat man wirklich intensiven Kontakt zu den Patienten. Der Zeitpunkt war günstig: Es gab noch keine Niederlassungsbeschränkungen und nur vier oder fünf Kardiologen in Nordrhein. Das war etwas Exotisches.

Wie haben Sie die Situation in den 1980er Jahren erlebt?

Schnelle: Der finanzielle Spielraum für Fachärzte war noch sehr groß, besonders, was Investitionen in neue medizinische Geräte betraf. Damals war alles viel liberaler als heute. Und es gab viel weniger Qualitätssicherung. Das wurde nur einmal von der Ärztekammer festgestellt und dann nicht mehr überprüft.

Wie kam es zu Ihrem Engagement für die KV?

Schnelle: Ich bin in die KV-Arbeit eingestiegen, um ein

die breite Leistungsbasis zu stabilisieren. So hat die KV auch eine Einkommensbasis für alle Ärzte sichergestellt. Zurückblickend gibt es aber auch Kritikpunkte: In den 1980er Jahren hat man das Problem der steigenden Arzneimittelkosten nicht erkannt oder nicht ernst genommen. So war die Politik schließlich gezwungen, Anfang der 1990er Jahre zu handeln und Budgets einzuführen. Hier hätten wir früher Alternativen aufzeigen sollen.

Wie hat sich die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen in den letzten Jahrzehnten verändert?

Schnelle: Da hat sich einiges getan. Zunächst ist zu der reinen Verwaltungsarbeit auch ein großer Service-Bereich hinzugekommen, da das Gesundheitswesen komplizierter geworden ist und mehr Beratungsbedarf für Praxen besteht. Außerdem haben auch die Kassenärztlichen Vereinigungen erkannt, dass Qualitätssicherung und Einsparungen bei den Arzneimitteln notwendig sind – und sind heute auf diesem Gebiet sehr initiativ.



Partnerschaft zur Einheit – die KV Nordrhein hilft in den neuen Bundesländern

Die ambulante Gesundheitsversorgung der DDR war überwiegend Aufgabe der dortigen Polikliniken. Diese sollten gemäß dem Einigungsvertrag von 1990 durch freiberuflich tätige Ärzte und ein Kassenarztwesen nach dem Vorbild der »alten« Bundesrepublik ersetzt werden. Für diesen Aufbauprozess sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen der alten Bundesländer den neuen KVen im Osten zur Seite stehen. Die KV Nordrhein übernahm eine Patenschaft für das Land Brandenburg. Für eine Niederlassung der Ärzte fehlte es zunächst vielerorts an geeigneten Räumen. Viele ostdeutsche Ärzte waren unsicher, was auf sie zukommen würde. Hier half die KV Nordrhein: Sie lud Ärzte aus Potsdam und Frankfurt/Oder ins Rheinland ein, um sie vor Ort in das Kassenarztwesen einzuführen. Neun Mitarbeiter der KV Nordrhein fuhren nach Brandenburg, um beim Aufbau der Kassenärztlichen Vereinigung zu beraten. Veranstaltungen und Broschüren klärten die niederlassungswilligen Ärzte über das westdeutsche Kassenarztssystem auf. Mit der Unterstützung aus dem Westen konnten schon 1990 die Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen Bundesländern ihre Arbeit aufnehmen.

Radikale Pläne der Regierung – das »Gesundheitsstrukturgesetz«

Als sich die wirtschaftliche Lage der Kassen nicht besserte, sondern sich in Folge der Wiedervereinigung sogar drastisch verschärfte, plante die Regierung eine weitere »große« Gesundheitsreform mit grundlegenden Änderungen des Kassenarztrechts. Mit dem »Gesundheitsstrukturgesetz« (GSG) sollte auch das Kassenarztwesen auf eine neue Basis gestellt werden. Konkret bedeutete dies: Das GSG schwächte die Selbstverwaltung der Ärzte und stärkte den Einfluss der Regierung auf das Versorgungssystem. Dazu gehörten geplante Eingriffe in die Vertragsautonomie der Ärzte und Krankenkassen. So verankerte der Gesetzgeber im GSG gleich mehrfach so genannte »Ersatzvornahmen«, also das Recht des Bundesgesundheitsministers, bestimmte Fragen nach eigenem Gusto zu klären, falls die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht im Sinne der Regierung handeln und entscheiden sollten. Vor allem aber wurden die Ausgaben für die ärztliche Versorgung auf Dauer an die »Grundlohnsumme«, also die Beitragsentwicklung der Kassen gekoppelt. Damit wurde die Budgetierung der ärztlichen Honorare endgültig zementiert.

Ein weiteres Element des GSG war die Einführung der freien Kassenwahl ab 1997: Mehr Wettbewerb um die Versicherten sollte die Krankenkassen zu einem niedrigen Beitragssatz und damit zum rigorosen Sparen zwingen. Eine »Positivliste« verordnungsfähiger Medikamente sollte die Arzneimittelkosten senken. Regresse drohten denjenigen Ärzten, die überdurchschnittlich teure Medikamente

verordneten. Mit weiteren Zulassungsbeschränkungen plante der Gesetzgeber, den Anstieg der Arztzahlen zu bremsen. Damit bewirkte die Regierung zunächst das Gegenteil: In Erwartung der bevorstehenden Sperre ließen sich rund 10.000 Mediziner in Deutschland noch vor dem festgelegten Stichtag nieder. Als »Seehofer-Bauch« wirkt der nach seinem »Verursacher« benannte Boom bis heute in der ärztlichen Bedarfs- und Versorgungsplanung fort.

»Informieren – Mobilisieren – Handeln«

Die KV Nordrhein lehnt die Pläne der Regierung ab und kündigt Proteste an. Streikpläne aus den Reihen der Ärzteschaft werden allerdings bald wieder verworfen, stattdessen will die KV Nordrhein durch öffentlichkeitswirksame Aktionen den Versicherten und Patienten die Konsequenzen der geplanten Reform vor Augen führen. Dafür arbeitet die KV Nordrhein einen Aktionsplan aus (»Informieren – Mobilisieren – Handeln«) und ruft die Ärzte dazu auf, mit Patienten und Politikern über das geplante Gesetz zu diskutieren.

Schon bald darauf hängen in zahlreichen rheinischen Arztpraxen Protestplakate gegen das Gesundheitsstrukturgesetz. Patienten finden in den Wartezimmern Broschüren, in denen die Ärzteschaft ihren ablehnenden Standpunkt verdeutlicht. Die Hauptstelle der KV in Düsseldorf versorgt die Kreisstellen mit Vordrucken für Presseerklärungen, Resolutionen und Protestbriefen an den damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer. So sind nach kurzer Zeit die rheinischen Kassenärzte, Patienten und Medien über die Pläne der Regierung und die befürchteten Konsequenzen

für den Praxis- und Versorgungsalltag informiert. Darauf folgt eine landesweite Leserbriefkampagne sowie Telefon- und Briefaktionen an Politiker in Parlament und Regierung.

Gesundheitsminister Horst Seehofer bot den Ärzten im Spätsommer 1992 eine Streichung der umstrittenen »Malus-Regelung« an, die eine äußerst restriktive Budgetierung und Regressdrohung bei den Arzneimittelkosten vorgesehen hatte. Für den Vorsitzenden der KV Nordrhein, Dr. Norbert Tautz, war dies jedoch ein »Etikettenschwindel«: An der Verpflichtung zur unverhältnismäßigen Einsparung von Arzneimittelkosten habe sich nichts geändert.

Im rheinland-pfälzischen Lahnstein erarbeitet die Bundesregierung derweil gemeinsam mit der SPD-Opposition einen Gesetzentwurf, der als »Lahnstein-Kompromiss« bekannt wurde. Weder die Protestaktionen noch die intensive politische Lobbyarbeit der KV Nordrhein können das Gesetz verhindern. Das Gesundheitsstrukturgesetz tritt am 1. Januar 1993 in Kraft. Die Malus-Regelung wird jedoch verworfen

und die geplanten 550 Millionen Mark Einsparungen im Arzneimittelsektor sollen nun zur Hälfte von der Pharmaindustrie übernommen werden. Zwei wichtige Teilforderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind damit erfüllt. Dagegen bleibt es bei der harten Budgetierung der Ausgaben für die ambulante Versorgung, an der die Politik bis in die Gegenwart festgehalten hat. Somit erweist sich das Gesundheitsstrukturgesetz als die tiefste und folgenreichste Zäsur des Gesetzgebers zu Lasten der Kassenärzte seit der Wiedererrichtung des Kassenarztwesens im Jahr 1955.

Nun bedurfte es der Schadensbegrenzung. Die KV Nordrhein reagierte sofort. Sie organisierte konkrete Unterstützungsmaßnahmen für die niedergelassenen Ärzte. Dazu zählten Maßnahmen, um finanzielle Risiken auf Grund der neuen Rechtslage von den Praxen abzuwenden: Ärzte konnten nun mit Blick auf eine wirtschaftliche Arzneimittelverordnung und Praxisführung fachliche Beratung in Anspruch nehmen.



Die Medizin wird weiblich. In den 1990er Jahren stellen Ärztinnen über ein Drittel aller KV-Mitglieder

■ Kapitel 6

Qualitätsmedizin, Organisationsreform und Psychotherapeutengesetz – und der stete Kampf gegen sinkende Punktwerte 1993–2007

In den vergangenen 15 Jahren ist das Gesundheitssystem immer stärker in Bewegung geraten. Vom Gesundheitsstrukturgesetz im Jahre 1993 bis zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 gab es zehn Gesundheitsreformen. Das zentrale Problem der niedergelassenen Ärzte bleibt dennoch bestehen: Die Gesamtvergütung reicht nicht mehr aus, um alle Leistungen adäquat zu honorieren. Rund ein Drittel der Leistungen wird nicht bezahlt. Die Ärzte – und die ab 1999 in die kassenärztliche Versorgung integrierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – tragen ihren Protest auf die Straße.

1. Januar 1993 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Neben der strikten Budgetierung der Gesamtvergütung sieht das GSG Zulassungsbeschränkungen vor – bewirkt aber zunächst das Gegenteil. In Nordrhein erhalten 1.233 Ärzte eine Zulassung. Damit steigt die Zahl der Ärzte innerhalb eines Jahres um 11,3 Prozent

1. Juli 1997 Praxisbudgets. Das Modell soll die Bezahlung der ärztlichen Leistungen stabilisieren, doch der Erfolg bleibt aus

1. Januar 1999 Psychotherapeutengesetz. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. In Nordrhein sind es heute rund 1.950

28. Oktober 2002 Disease-Management-Programme (DMP). In Nordrhein wird der bundesweit erste DMP-Vertrag zur strukturierten Behandlung von Brustkrebs unterzeichnet

1. Januar 2004 GKV-Modernisierungsgesetz. Das Gesetz bestimmt ab 2005 hauptamtliche Vorstände für die Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Januar 2007 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG). Das VÄndG flexibilisiert die Betätigungsmöglichkeiten von Vertragsärzten erheblich

1. April 2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Nach heftigen Protesten der Ärzteschaft stellt der Gesetzgeber ab 2009 feste Preise für ärztliche Leistungen in Aussicht

Punktwerte im freien Fall

Mit den Kostendämpfungsgesetzen der 1970er und 1980er Jahre waren die »Punktwerte«, also der Preis für die ärztliche Tätigkeit, immer stärker unter Druck geraten. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 beschleunigte diese Entwicklung dramatisch. Denn trotz kompromissloser Budgetierung der ärztlichen Gesamtvergütung stieg die Menge der in den ambulanten Praxen erbrachten Leistungen kontinuierlich.

Was waren die Gründe für diese Dynamik? Die im GSG vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen sollten die Zahl der niedergelassenen Ärzte begrenzen. Das Gegenteil war jedoch der Fall: In Nordrhein kam es zu einem überdurchschnittlichen Wachstum der Neuzulassungen. Bis zum 31. Januar 1993 gingen bei der KV Nordrhein 1.400 Zulassungsanträge ein. 1.233 Ärztinnen und Ärzte ließen sich schließlich im Laufe des Jahres nieder – ein Anstieg von 11,3 Prozent. Darüber hinaus hielt der medizinische Fortschritt, etwa in der bildgebenden Diagnostik, unaufhaltsam Einzug in die Praxen. Immer mehr Leistungen konnten auch ambulant erbracht werden.

Viele Ärzte versuchen, die wegen der Budgets befürchteten Honorarverluste durch individuelle Mehrarbeit auszugleichen. Der Preisverfall beschleunigt sich dadurch erst recht. Die Folge ist ein Hamsterrad-Effekt – und die von vielen beklagte »Drei-Minuten-Medizin«. Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein stellt am 26. Juni 1993 fest: »Wir müssen mit dem Budget, mit dem Honorardeckel leben, aber auch überleben. Das Gleiche gilt für unsere Patienten.« Die VV appelliert an Krankenkassen und Politik, die wachsende Leistungsmenge zusätzlich zu den Budgets, die sich auf das Jahr 1991 beziehen, zu honorieren. »Wir arbeiten immer mehr, für immer weniger Geld. Das Hamsterrad dreht sich immer schneller, der Hamster strampelt sich zu Tode«, skizziert Dr. Wolfgang Deiters, Mitglied des Vorstands der KV Nordrhein, das Dilemma.

Im ersten Quartal 1996 steigt die Zahl der abgerechneten Punkte in Nordrhein um fast ein Drittel. Der Punktwert fällt um mehr als zehn Prozent auf 7,04 Pfennig. Versuche der KV Nordrhein, die Punktwerte zu stabilisieren, scheitern. Angesichts der zu engen Budgets sind steigende Leistungsmengen »die Schiene zum Abgrund«, warnt der Vorsitzende der KBV und KV Nordrhein, Dr. Winfried Schorre.

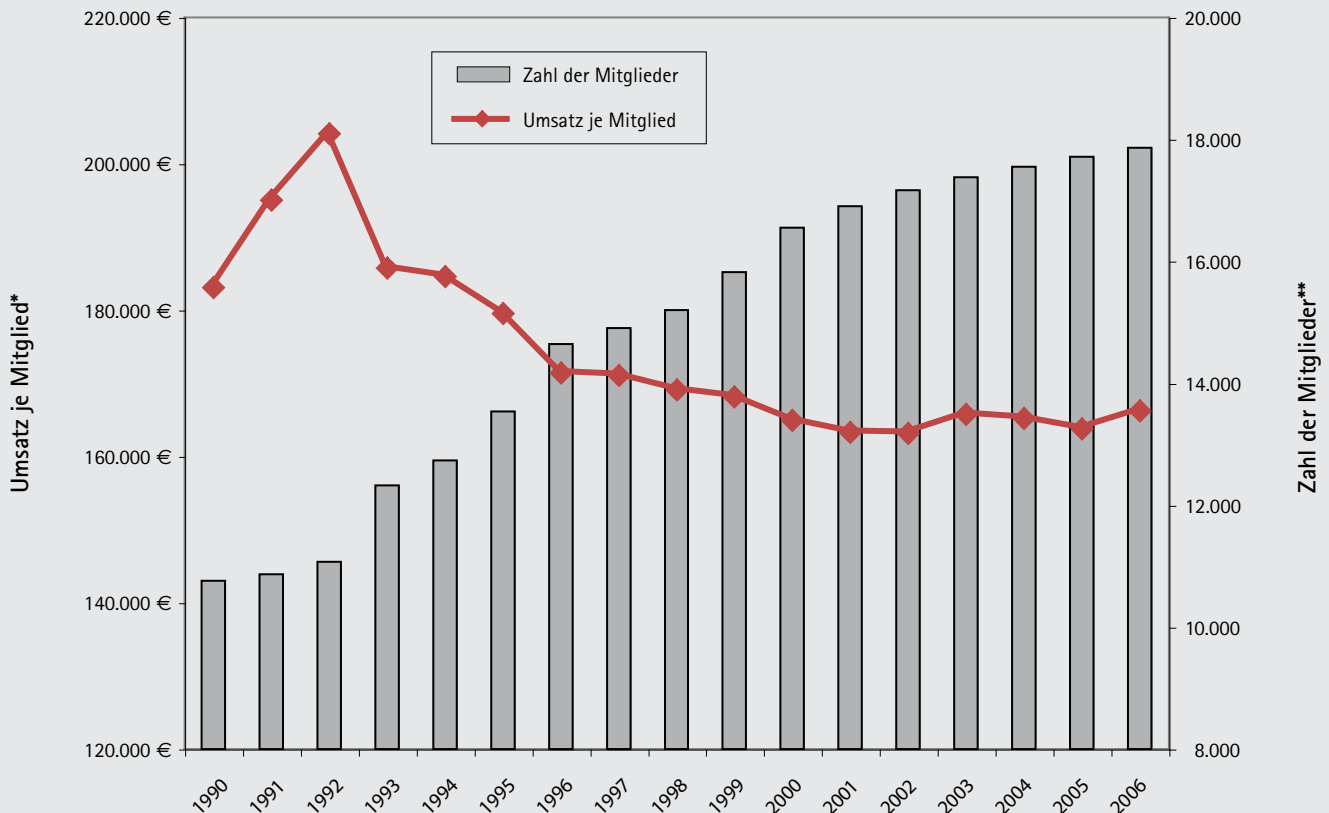
Alle Jahre wieder: Das Damoklesschwert Arzneimittel-Regress

Im Jahre 1996 kommt es wie auch 1995 zu einer Überschreitung des Arzneimittelbudgets; Regressforderungen der Kassen von 13.000 DM pro Arzt drohen. Viele Praxen stünden vor dem Ruin, wenn sie die Strafzahlungen leisten müssten. Dabei sind es nicht die Ärzte, die die Umsätze steigen lassen: Preissteigerungen, Innovationen und die Verlagerung von Leistungen wie Chemotherapien in den ambulanten Bereich erhöhen die Ausgaben.

1996 eskaliert die Situation: Das Budget reicht nur bis zum 15. Dezember, Verhandlungen über eine Anhebung scheitern am Widerstand der Krankenkassen. »Die einzige Maßnahme, diese äußerst bedrohliche Situation abzumildern, ist, noch verantwortungsbewusster als bisher zu verordnen«, sagt KBV- und KV-Chef Schorre. Ein Wartezimmerplakat und Patientenbroschüren der KV Nordrhein unterstützen die Ärzte in der Praxis beim restriktiven Verordnen. Die Stimmung in der Ärzteschaft brodeln. Die Vollversammlung der Kreisstelle Neuss fordert den Vorstand der KV Nordrhein auf, »Kampfmaßnahmen« zu ergreifen, um die Kassen zur Erhöhung des Arzneimittelbudgets zu zwingen.

Ihre Patienten wollen die Mediziner wegen der Budgets auf keinen Fall schädigen: »Notfalls setzten wir uns über das Budget hinweg – mit allen Folgen«, schreiben Viersener Ärzte im November 1996 in einem Brief an Gesundheitsminister Horst Seehofer. Der Protest fruchtet: Am 22. November erklären sich die Kassen mit einer Erhöhung des Budgets einverstanden. Doch die Haftung für die Verordnungen bleibt bei den Ärzten: Es ist so, als würde man die Feuerwehr dafür haftbar machen, wenn sie beim Löschen eines Brandes zu viel Wasser verbraucht.

Umsatzentwicklung und Zahl der KV-Mitglieder in Nordrhein



* Durchschnittlicher Brutto-Umsatz der Mitglieder aus vertragsärztlicher Tätigkeit

** Niedergelassene Ärzte und zur ambulanten Behandlung ermächtigte Krankenhausärzte; ab 1999 auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die KV Nordrhein konnte die Gesamtvergütung Jahr für Jahr erhöhen, sogar über die gesetzlich zugestandene Steigerung der Grundlohnsumme hinaus. Dies ist nur möglich durch den Abschluss von Sonderverträgen. So stieg das Gesamthonorar von 1996 bis 2006 um 393 Millionen Euro. Ein Plus von 15,6 Prozent – gleichzeitig stiegen die Lebenshaltungskosten aber um 16,8 Prozent.

Bei den einzelnen Praxen kommt davon immer weniger an: In den vergangenen zehn Jahren sank der durchschnittliche GKV-Bruttoumsatz je Arzt bzw. Psychotherapeut um 5,6 Prozent. Angesichts der allgemeinen Preisentwicklung bedeutet dies für viele Praxen einen drastischen Rückgang des Realeinkommens. Ein Grund dafür ist die kontinuierlich wachsende Zahl der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten. Denn auch nach dem Sprung von gut elf Prozent

im Jahr 1993 ist die Zahl gestiegen: von 1996 bis 2006 um weitere 21,3 Prozent.

Das Einkommen vor Steuern eines Kassenarztes erreicht je nach Fachgruppe nur einen Bruchteil seines GKV-Umsatzes. Die Löhne der Mitarbeiterinnen, Miete, Abschreibungen, Versicherungen etc. kosten viel Geld. In einer Hausarztpraxis beträgt der Anteil der Betriebskosten ca. 55 Prozent. Bei einem Radiologen sind es ca. 83 Prozent.

In diesen schwierigen Zeiten setzt die KV Nordrhein auf die Effizienz einer schlanken Verwaltung. Das spiegeln die Organisationskosten wider: 2,8 Prozent beträgt die Belastung für die Praxen im Rheinland. Diese vergleichsweise niedrigen Kosten sind möglich, weil die Produktivität ständig steigt. Im Jahr 1991 betreute ein Mitarbeiter in Nordrhein im Schnitt elf Ärzte, heute sind es 21.

Praxisbudgets sollen Hamsterrad stoppen

Ende 1996 zieht die Ärzteschaft die Notbremse. Als Ausstieg aus dem Hamsterrad führt die Selbstverwaltung die »Praxisbudgets« ein. Mit dem neuen Instrument will sie das von der Politik eingeführte Kollektivbudget auf die einzelnen Praxen »verteilen«. Nicht die Summe der abgerechneten Leistungen, sondern die Zahl der Patienten wird künftig zum maßgeblichen Faktor für den Honorarumsatz. Je Patient steht ein fixes Leistungsvolumen zur Verfügung, das in Punkten bemessen wird; die Summe aller Patienten eines Arztes bildet das Praxisbudget. Bis zu diesem Punktzahl-Limit sollen die Preise für ärztliche Leistungen möglichst stabil bleiben, jenseits davon droht der freie Fall. Damit, so das Kalkül, entfällt der Anreiz zur individuellen Mehrleistung – und das Hamsterrad steht still.

Die Praxisbudgets treten am 1. Juli 1997 in Kraft. Tatsächlich scheint die Rechnung aufzugehen: Die Summe der abgerechneten Punkte sinkt im ersten Halbjahr 1998 gegenüber dem Vorjahr um acht Prozent. Doch schon im Jahr darauf geraten die Punktwerte erneut unter Druck.

Die Krankenkassen können den Medizinern in dieser Situation wenig entgegenkommen. Ihre Beitragseinnahmen stagnieren. Nach den Boom-Jahren der deutschen Einheit ist die deutsche Wirtschaft Mitte der 1990er Jahre in eine Krise geraten. Die Arbeitslosigkeit erreicht 1999 in den alten Ländern die 10-Prozent-Marke, in den neuen Ländern sind 19 Prozent ohne Arbeit. Das bedeutet massive Einnahmeverluste für die Sozialkassen.

Diese werden durch eine Politik willkürlicher »Verschiebebahnhöfe« zu Lasten der Krankenkassen noch drastisch verschärft. So sparen der Bund und die Nürnberger Bundesanstalt für Arbeit Jahr für Jahr Milliarden, indem der Gesetzgeber die Krankenkassenbeiträge für arbeitslose Versicherte immer weiter absenkt. Prof. Fritz Beske vom Kieler Institut für Gesundheitssystemforschung beziffert den jährlichen Verlust der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) allein wegen der »Verschiebebahnhöfe« auf 4,5 Milliarden Euro. Sogar noch höher, nämlich bei 5,2 Milliarden Euro, liegt laut Beske die Summe der versicherungsfremden Leistungen, die jährlich zu Lasten der GKV erbracht wird.

Die Individualbudgets in Nordrhein

Die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nimmt zu. Das liegt auch an der Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich und der steigenden Morbidität einer im Durchschnitt immer älteren Bevölkerung. In einzelnen Fachgruppen sinken die Punktwerte ins Bodenlose.

In der Kardiologie, Radiologie und Gastroenterologie sowie bei den ambulanten Operationen ist die Sicherstellung der Versorgung Anfang 1999 gefährdet. Die KV Nordrhein reagiert. Die Vertreterversammlung beschließt am 17. April 1999, Individualbudgets (IBs) einzuführen. Künftig gilt eine absolute Höchstmenge in Punkten für jede einzelne Praxis. Die neuen IBs begrenzen die Leistungsmenge noch konsequenter als die Praxisbudgets. Sie sind so bemessen, dass ein Punktwert von zehn Pfennig ausbezahlt werden kann. Leistungen über dieses Budget hinaus werden nicht mehr vergütet.

Das Modell ist heftig umstritten. »Ich freue mich darauf, endlich wieder ohne den Druck des Hamsterrads arbeiten zu können«, bringt Dr. Erwin Blumberg, Allgemeinmediziner aus Goch, die Hoffnung vieler Kollegen auf den Punkt. Dagegen kritisiert KV Nordrhein-Vorstandsmitglied Dr. Robert Caratti die Individualbudgets (IBs) als »Mittel der Besitzstandswahrung«, da die Fallzahlentwicklung unberücksichtigt bleibe. Schließlich votieren 58 Mitglieder der Vertreterversammlung für die IBs, 37 stimmen dagegen.

Doch auch die IBs können die Honorare nicht dauerhaft stabilisieren. Zwischen 2001 und 2005 wächst der in Punkten gemessene Leistungsbedarf um mehr als zwölf Prozent. Infolgedessen sinkt der Anteil der effektiv vergüteten Leistungen, die so genannte Auszahlungsquote. Im vierten Quartal 2006 liegt diese Quote bei den Hausärzten nur noch bei 85,6 Prozent; bei den Fachärzten sind es durchschnittlich 79,1 Prozent. Besonders junge Praxen leiden unter den IBs, da sie ihr Wachstum auf die durchschnittliche Größe der jeweiligen Fachgruppe begrenzen.

Politik und Kassen bewerten die IBs kritisch, da sie die Knappheit der finanziellen Ressourcen in der Versorgung deutlich zeigen. Für die Niedergelassenen sind sie als Strategie zur Stabilisierung der Preise für die ärztliche Arbeit ohne Alternative. Auch die Sozialgerichte bestätigen mehrfach ihre Rechtmäßigkeit. Voraussichtlich bis 2009 bleiben die IBs in Nordrhein in Kraft.



Seit 1999 sind auch die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Mitglieder der KV

Psychotherapeuten in die KV

Neben der Dauerkrise um die Honorare beherrscht ab 1998 ein weiteres Thema die Schlagzeilen der Gesundheitspolitik: das Psychotherapeutengesetz. Der Gesetzgeber will die Psychotherapie in die ambulante Regelversorgung integrieren. Mit therapeutisch ausgebildeten Psychologen sollen erstmals Angehörige eines nichtärztlichen Heilberufs in die Gemeinschaft der Vertragsärzte aufgenommen werden. Die bevorstehende Integration der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird von vielen Ärzten mit Skepsis betrachtet. Sie fürchten, die Leistungen der neuen Mitglieder könnten die Honorarsituation weiter verschärfen.

Das Psychotherapeutengesetz tritt am 1. Januar 1999 in Kraft. In den Zulassungsausschüssen herrscht Hochbetrieb. Ende des ersten Quartals 2000 sind bereits 1.747 Psychologische Psychotherapeuten zugelassen. Ab 1. Januar 2001 sind die Psychologischen Psychotherapeuten auch in der Selbstverwaltung repräsentiert. In Nordrhein stellen die neuen Mitglieder 18 der insgesamt 155 Mandatsträger der Vertreterversammlung.

Neue Kooperationen

In den 1990er Jahren äußern Ökonomen und Politiker zunehmend Kritik an den Strukturen des deutschen Gesundheitssystems. Aber auch aus der Ärzteschaft selbst werden Veränderungen angemahnt. So gilt vor allem die Gliederung der Versorgung in unterschiedliche Sektoren als Hemmschuh auf dem Weg zu mehr Effizienz und Qualität.

Der Gesetzgeber reagiert darauf mit einer schrittweisen Öffnung und Liberalisierung der Versorgung. Modellhaft sollen mehr Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen erprobt werden. Die KV Nordrhein und ihre Partner auf Seiten der Kassen reagieren schnell und vereinbaren eine strukturierte Versorgung von Diabetes-Patienten in Form eines Strukturvertrags.

Auch bei den Vertragsärzten fallen die neuen Ideen auf fruchtbaren Boden. Unter dem Motto »Vernetzte Praxen« schließen sich viele von ihnen in den unterschiedlichsten Formen zusammen. Ende 1998 haben sich bereits 14 Netze in Nordrhein etabliert. Im Januar 1999 beruft die KV die erste nordrheinische Netzkonferenz ein. KV-Chef Schorre wirbt für einheitliche und professionelle Strukturen und

kündigt ein eigenes Vernetzungskonzept der KV Nordrhein an: »Je geschlossener wir auftreten, desto besser lassen sich Verhandlungen mit den Krankenkassen führen.« Einige Netze erweisen sich als Erfolgsmodell, andere sind weniger erfolgreich. Sie setzen zu sehr auf den Idealismus ihrer Mitglieder und vernachlässigen den Aufbau professioneller Strukturen. Aber auch die äußeren Bedingungen sind alles andere als günstig für die Netze: So steht das ärztliche Berufsrecht wirtschaftlich sinnvollen Kooperationsmodellen noch im Weg. Das größte Hindernis aber ist die Politik selbst. »Trotz aller Bekenntnisse für mehr Kooperation und Integration hält sie kompromisslos an der strikten, sektorbezogenen Budgetierung fest«, kritisiert Dr. Leonhard Hansen, seit 2000 Nachfolger von Dr. Winfried Schorre als Vorsitzender der KV Nordrhein.

Qualitätsmedizin im Rheinland

Die Diskussion um die Einführung integrativer Modelle und Strukturen geht einher mit politischen Forderungen nach mehr Transparenz und mehr Effizienz in der Versorgung. Aber auch die Qualität der Versorgung rückt zunehmend in das Blickfeld von Experten und Politikern. In den 1990er Jahren wird die Qualitätssicherung – neben dem Vertrags- und Honorarwesen – systematisch zu einer Schlüsselkompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgebaut.

1994 beschließt der Vorstand der KV Nordrhein ein Konzept zur Qualitätssicherung. Sein Kernstück sind die Qualitätszirkel und die gezielte Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, die die Sitzungen moderieren: »In den regelmäßig stattfindenden Zirkeln besteht für den niedergelassenen Arzt die Möglichkeit, gemeinsam mit Kollegen den Praxisalltag zu überdenken und zu besprechen«, erläutert Dr. Klaus

Enderer, Qualitätssicherungsbeauftragter der KV Nordrhein. Bis 2006 etablieren sich 1.600 Qualitätszirkel. Seit 2003 veröffentlicht die KV Nordrhein ihre Aktivitäten in Sachen Qualitätssicherung in einem jährlichen Qualitätsbericht.

Ob in der Onkologie, der Palliativversorgung oder Umweltmedizin: Zahlreiche Sondervereinbarungen verbessern seit den 1990er Jahren gezielt die Versorgung. Das bundesweit erste Disease-Management-Programm (DMP) wird in Nordrhein unterzeichnet; es geht um die verbesserte Behandlung von Brustkrebs. Ab 2005 beginnt die KV Nordrhein mit der Umsetzung eines flächendeckenden Mammographie-Screenings für alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren.

Organisationsreform der KV Nordrhein

Knappe Ressourcen und sinkende Erträge zwingen viele Praxen zur Rationalisierung. Auch von ihrer KV erwarten die Mitglieder niedrige Kosten und guten Service. Am 29. November 1997 beauftragt die Vertreterversammlung den Vorstand und den Organisationsausschuss, die Eckpunkte einer Organisationsreform zu erarbeiten.

Anfang 1999 steht ein detailliertes Konzept: mehr Service vor, während und nach der Zulassung, Stärkung der Kreisstellen, Verschlinkung des Vorstands und die Reduzierung von sieben auf drei Bezirksstellen. Die Praxen stehen bei der Verwaltungsreform im Mittelpunkt.

Zwei Anläufe am 9. Juni 1999 bzw. am 19. Februar 2000 finden nicht die erforderliche Zwei-Drittel-Mehrheit der Vertreterversammlung. Dr. Dirk Mecking, Vorsitzender des Organisationsausschusses, zieht ein düsteres Fazit: Mit dem

**2003 zieht die KV Nordrhein ins neue Haus
der Ärzteschaft in Düsseldorf-Golzheim**

Diabetes-Versorgung ausgezeichnet

Neue und innovative Versorgungsformen nutzt und entwickelt die KV Nordrhein von Anfang an. So schließt sie 1998 mit den Betriebskrankenkassen einen Vertrag zur strukturierten Behandlung von Diabetikern. Die übrigen Kassen folgen 1999. Die Ergebnisse sind ermutigend: Mehr als 2.000 diabetologisch geschulte Hausärzte und mehr als 100 Schwerpunktpraxen nehmen an den Vereinbarungen teil. Sie versorgen über 200.000 Patientinnen und Patienten – etwa die Hälfte der nordrheinischen Diabetiker. Wichtige Ergebnis-Parameter wie Blutzucker und Blutdruck können in den folgenden Jahren signifikant verbessert werden. Damit sinkt das Risiko von typischen Begleit- und Folgeerkrankungen.

Moderne Instrumente der Qualitätssicherung unterstützen die teilnehmenden Ärzte. So erhält jede Praxis individuell aufbereitete Daten (Feed-back-Berichte). Sie erleichtern Verlaufsanalysen der eigenen Patienten, aber auch Vergleiche mit Durchschnittswerten vergleichbarer Praxen (benchmark). Darüber hinaus enthalten die Berichte aktuelle Informationen zu diabetologischen Schwerpunktthemen. Das Programm findet bundesweit Beachtung. Im Jahr 2000 erhalten die KV Nordrhein und ihre Vertragspartner den Gesundheitspreis des Landes NRW.



Votum der Delegierten »ist eine politische Vision gestorben! Nun gehen wir ins neue Jahrtausend mit Strukturen, die Reichskanzler Brüning vor fast 70 Jahren erlassen hat.«

Doch gewinnt die Diskussion um die Organisationsreform schon im Jahr darauf wieder an Fahrt. Am 5. Mai 2001 tagt die Vertreterversammlung erneut. Vor allem um die Zahl der Bezirksstellen wird leidenschaftlich gerungen. Die Entscheidung gleicht einem Paukenschlag: Innerhalb von vier Jahren sollen die sieben Bezirksstellen auf zwei Standorte, Köln und Düsseldorf, zusammengefasst werden.

Die Vertreterversammlung beschließt auch eine Reform der Selbstverwaltungsgremien, unter anderem eine Verkleine-

rung des Vorstands ab 2005 von 19 auf 11 Mitglieder. Doch bevor diese Entscheidung wirksam wird, schafft der Gesetzgeber neue Fakten. Das GKV-Modernisierungsgesetz bedeutet das Ende der Ehrenamtlichkeit in der KV-Führung. Ab 2005 stehen zwei hauptamtliche Vorstände an der Spitze der Verwaltung. Das höchste und einzige Organ der Selbstverwaltung ist die Vertreterversammlung. Ihr gehören in Nordrhein künftig 50 Delegierte an.

Im September 2003 wird die Neuorganisation auch nach außen hin sichtbar. Die KV Nordrhein bezieht ein neues Verwaltungsgebäude im Düsseldorfer Stadtteil Golzheim. Die offene Architektur ist Programm: Das Gemein-

schaftsprojekt von KV und Ärztekammer Nordrhein sowie der nordrheinischen Ärzteversorgung entwickelt sich rasch zu einem Haus der Begegnung und der Kommunikation.

Ärzte gehen auf die Straße

Die gesundheitspolitische Großwetterlage bleibt indes düster und mit ihr die Honorarperspektiven der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Ein Drittel der Leistungen bleibt unbezahlt, und ein Ende der Budgetierung ist nicht in Sicht. Hinzu kommt ein für viele Praxen unerträgliches Maß an Bürokratie durch immer neue Gesetze und Vorschriften. Die Stimmung der Ärzte erreicht 2005 einen Tiefpunkt. Im Rheinland formiert sich der Widerstand. Am 9. November findet in Köln der erste »Nationale Informations- und Protesttag« statt. Rund 4.000 Teilnehmer kommen zu der Kundgebung. Bundesweit schließen aus Protest ein Drittel der Praxen, in manchen Regionen Nordrhens bis zu 90 Prozent.

»Ich will zeigen, dass wir Ärzte zusammenstehen und den Mund aufmachen«, sagt Allgemeinmedizinerin Helene Schumacher aus Kall in der Eifel. Mit Trillerpfeifen, Plakaten und Transparenten demonstrieren Ärzte und Psychologische

Psychotherapeuten gegen sinkende Einkommen, ausufernde Bürokratie und Regressdrohungen. Der Vorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Leonhard Hansen, unterstützt die Proteste: »Wir kämpfen um tausende Arbeitsplätze in unseren Praxen. Und nicht wenige von uns kämpfen akut um ihre Existenz.« Je näher die Gesundheitsreform 2007 rückt, umso heftiger werden die Proteste: Am 18. Januar 2006 gehen 20.000 Ärzte in Berlin auf die Straße, im Rheinland zeitgleich noch mal 3.500. »Den Kassenärzten steht das Wasser bis zum Hals«, sagt Dr. Ludger Wollring, Augenarzt aus Essen.

Die Protestbewegung erreicht ihren Höhepunkt. Am 19. Mai ziehen in Berlin 43.000 Demonstranten vor das Brandenburger Tor, in Köln sind 6.000 auf der Straße. Beim Aktionstag der Gesundheitsberufe am 4. Dezember schließen über die Hälfte der Praxen bundesweit, überall finden Kundgebungen, Diskussionsveranstaltungen und Aktionen statt.

Das Ende der Budgetierung und feste Preise für ärztliche Leistungen sind die zentralen Forderungen. Schließlich lenkt die Regierung ein: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt stellt eine Vergütung in Euro und Cent in Aussicht, das Ende der »Punkte-Muschelwährung«. Doch die Budgetierung soll bleiben – und damit viel Skepsis der Betroffenen.



2005 und 2006 protestieren Ärzte bundesweit, der erste Protesttag findet in Köln statt

■ Kapitel 7

Ausblick – heute die Versorgung von morgen gestalten

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein entwickelt Konzepte, die die ambulante medizinische Versorgung verbessern. Denn wer die Zukunft mitgestalten will, der muss seine Partner heute überzeugen.

Betriebswirtschaftliche Beratung Ein wichtiger Baustein des Service-Angebots der KV Nordrhein wird die betriebswirtschaftliche Beratung der Praxen sein. Denn nur mit ökonomischem Know-how lässt sich eine Praxis erfolgreich führen. Dazu gehört auch die Beratung zu den verschiedenen Formen der Zusammenarbeit, um Synergieeffekte zu nutzen. Hier setzen Angebote wie die Kooperationsbörse www.kv-boerse.de an.

Qualitätssicherung In mehr als 1.600 Qualitätszirkeln widmen sich Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten systematisch und mit hohem Engagement der Qualitätsentwicklung in ihren Praxen. Mit dieser Zahl steht Nordrhein bundesweit an der Spitze.

Informationen für Versicherte Die Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten hat in Nordrhein bereits Tradition. Mit dem Patienteninformationsdienst steht den Menschen im Rheinland ein eigenes und kostenfreies Call-Center für Fragen zur ambulanten medizinischen Versorgung zur Verfügung.

Patientenbeteiligung Seit 1990 ist die Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA) ein verlässlicher Partner der Patienten-Selbsthilfe. Im Juni 2007 wird ein Patientenbeirat etabliert. Die ambulante Versorgung soll mit den Menschen gemeinsam gestaltet und nicht über ihre Köpfe hinweg nur verwaltet werden.

Fairer Zugang zur ambulanten Versorgung

Frei zugängliche und hochqualitative Versorgung, das ist eine der wesentlichen Leistungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dies realisieren sie im Rahmen von Kollektivverträgen zwischen Ärzten und Kassen – seit ihrer Gründung im Dezember 1931. Doch Gesundheitsökonominnen und Politiker führen inzwischen Debatten darüber, ob einheitliche und gemeinsame Verträge sich nicht gänzlich überlebt haben und durch einen direkten Vertragswettbewerb zwischen Kassen und Ärzten ersetzt werden sollten.

Dabei ist es jener viel kritisierte Kollektivvertrag, der den gut 70 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland den freien Zugang zu einer modernen und leistungsstarken ambulanten Versorgung gewährt. Ein Zugang, um den uns die Versicherten und Patienten innerhalb und erst recht außerhalb Europas beneiden: die freie Wahl des Arztes, des Psychologischen Psychotherapeuten sowie des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ein unbürokratisches Verfahren der Inanspruchnahme und keine Wartelisten.

Die Geschichte der KV Nordrhein steht somit für eine hohe Verteilungsgerechtigkeit. Jahrzehnte des sozialen

Friedens in Deutschland sind auch das Ergebnis einer fairen Teilhabe aller Menschen an einer modernen medizinischen Versorgung. Das von vielen »Experten« geforderte Gegenmodell des Vertragswettbewerbs zwischen Kassen und Ärzten muss den Beweis seiner Leistungsfähigkeit hingegen erst erbringen.

Die Befürworter direkter Verträge zwischen Kassen und Ärzten prophezeien mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Am Ende eines solchen Paradigmenwechsels könnte jedoch ein ganz anderes Resultat stehen: der Rückzug der Versorgung aus der Fläche, Preisdumping und Risikoselektion der Krankenkassen. Als weitere Folgen drohen noch mehr Bürokratie, weniger Transparenz und höhere Kosten durch ein teures Management vieler kleinteiliger Einzelverträge. Ein Blick zurück in die 20er Jahre des vergangenen Jahrhunderts lässt Konsequenzen eines Einzelvertragssystems erahnen.

KVNO aktuell: Organ für die Praxen in Nordrhein

Im Juni 1993 erscheint sie zum ersten Mal: die Zeitschrift KVNO aktuell. Ein eigenes Organ für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein. »Ungewöhnliche Zeiten erfordern ungewöhnliche Mittel«, so beginnt das Editorial der 16-seitigen Erstausgabe. »Die Zeiten sind ungewöhnlich hart für Sie, die Sie unter dem Diktat des Gesundheitsstrukturgesetzes weiter versuchen, den Bedürfnissen Ihrer Patienten nach einer humanen, angemessenen medizinischen Versorgung gerecht zu werden.« Hauptthemen des Blattes: Berufspolitik, Honorar, Praxisinformationen und Arzneimittel. Alles natürlich vorzugsweise mit Bezug auf das Rheinland.

KVNO aktuell stieß auf enormes Interesse, der Informationsbedarf war groß. Und er ist es bis heute geblieben. So erhalten alle Mitglieder der KV Nordrhein seit 1993 zehn Mal jährlich ihre KVNO aktuell frei Haus – darüber hinaus auch Vertreter von Krankenkassen, Sozialrichter und andere Partner im Gesundheitswesen. Heute umfasst jede Ausgabe 40 Seiten, weiterführende Informationen finden die Leserinnen und Leser im Internet. Über 2.000 Besucher rufen die Seite täglich auf. Zudem gibt die KV Nordrhein in der Reihe »KVNO extra« Sonderausgaben heraus, die Themen wie Medizinische Versorgungszentren, Qualitätsmanagement oder Arznei- und Heilmittelregresse ausführlich und praxisnah aufgreifen.



Die KV Nordrhein tritt ein für eine frei zugängliche, hochqualitative und wohnortnahe Versorgung – und für eine Honorierung in Euro und Cent

Wirtschaftliche Perspektiven

Überall dort, wo neue Formen der ärztlichen Kooperation und Berufsausübung möglich und sinnvoll sind, wird die KV Nordrhein für ihre Umsetzung werben und ihre Mitglieder dabei konkret unterstützen. Doch freiberuflich geführte Einzel- und Gemeinschaftspraxen werden besonders in den ländlichen und kleinstädtischen Regionen auch künftig das Rückgrat der ärztlichen Versorgung bilden. Sowohl für traditionelle als auch für innovative Formen der ärztlichen Berufsausübung gilt: Eine wirtschaftliche Perspektive der Praxen ist und bleibt die Voraussetzung für verlässliche Versorgungsstrukturen in den Städten und auf dem Land.

Das gegenwärtige Honorarsystem mit variablen Punktwerten wird dieser Anforderung längst nicht mehr gerecht. Das Ziel der KV Nordrhein ist daher ein kalkulierbares Entgelt für ärztliche Leistungen in Euro und Cent. Dieses System darf jedoch nicht durch verdeckte Budgetierungsmechanismen unterlaufen werden.

Ohne Zweifel zielt die aktuelle Reformpolitik auf eine Schwächung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Von im-

mer größeren Versorgungsbereichen sollen sie künftig ausgeschlossen sein. Die KV Nordrhein wird diesem Trend jedoch nicht mit Resignation begegnen. Im Gegenteil: Sie wird sich – im Interesse ihrer Mitglieder und deren Patienten – aktiv am Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte beteiligen.

Dabei steht ihr Auftrag und ihr Know-how mit Blick auf eine flächendeckende und qualitätsgesicherte Versorgung nicht im Widerspruch zur konzeptionellen und regionalen Vielfalt. Die KV Nordrhein wird innovative Versorgungsmodelle fördern – auch dann, wenn sie aufgrund gesetzlicher Restriktionen nicht selbst Vertragspartner der Krankenkassen sein kann.

Anders als untereinander konkurrierende Kassen oder Management-Gesellschaften kann die KV regionale und indikationsgebundene Sonderverträge sinnvoll mit der Regelversorgung verknüpfen. Nicht zuletzt das willkürliche und unwirtschaftliche Nebeneinander von Regelversorgung und »Integrationsversorgung« hat sich in den vergangenen Jahren als Achillesferse der neuen Versorgungsformen erwiesen.

Als Alternative zu Einzelverträgen, die nicht selten primär dem Marketing der Krankenkassen dienen, fördert die KV Nordrhein Versorgungsformen mit Inhalten, die für die Menschen einen echten Mehrwert bedeuten: Das ambulante Operieren, eine interdisziplinäre Palliativversorgung und die Programme für chronisch Kranke stehen beispielhaft für die jüngsten Gestaltungsinitiativen der KV Nordrhein.

Qualität nach innen und außen

Das Aufgabenspektrum der KV Nordrhein reicht weit über den Abschluss von Verträgen und die Verteilung der ärztlichen Honorare hinaus. Die Qualität der medizinischen Versorgung erlangt immer größere Bedeutung.

Um das hohe Niveau weiter auszubauen, sind permanent neue Lösungen gefragt. So ist mit den Fortschritten in der Medizin der Anteil der Versorgung stetig gewachsen, für den besondere Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung gelten. Gezielte Maßnahmen zur Sicherung der Struktur- und Prozessqualität sind gegenwärtig für mehr als 40 Prozent der Leistungen im ambulanten Bereich zwingend vorgesehen. Tendenz steigend.

Ob ambulantes Operieren, Mammographie oder Zytologie – die KV Nordrhein wird die Versorgungsqualität weiter sichern und entwickeln. Auch die Qualitätssicherung in Modellvorhaben und Disease-Management-Programmen führt die KV Nordrhein konsequent fort.

Die Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine hochwertige Behandlung. In jährlichen Qualitätsberichten legt die KV Nordrhein dezidiert sämtliche Maßnahmen dar, mit denen sie das geforderte Qualitätsniveau sicherstellt und kontinuierlich verbessert. Auch die Vertragspartner müssen sich nicht auf bloße Bekenntnisse verlassen. In Versorgungsverträgen fixiert die KV Nordrhein gemeinsam mit den jeweiligen Partnern die qualitativen Anforderungen, die nötigen Prüfungen und die gewünschten Qualitätsstandards – detailliert und transparent.

Hohe Qualitätsansprüche gelten selbstverständlich auch für den ärztlichen Notdienst. In den vergangenen zehn Jahren sind 70 große Notfalldienstpraxen entstanden, meist an Krankenhäusern. Mit der Eröffnung der nordrheinweiten Arztrufzentrale in Duisburg im Jahr 2003 wurden die Versorgungsabläufe außerhalb der regulären Praxis-Öffnungszeiten auf ein einheitlich hohes Niveau gebracht.





Das KV-Mobil in Aachen: Ärzte informieren über Vorsorge und Früherkennung

Seitdem gilt in ganz Nordrhein die gleiche Notdienst-Rufnummer; Patienten erfahren, welche Notdienst-Praxis für sie geöffnet hat und welcher Arzt sie aufsucht, wenn ein Hausbesuch nötig ist. Mit einem Vertreterverzeichnis will die KV Nordrhein in Zukunft garantieren, dass diejenigen Ärzte, die ihren Dienst nicht persönlich wahrnehmen können, rasch einen qualifizierten Vertreter finden.

Engagement der Ärzte fördern

Ärztliche Qualitätssicherung ist weit mehr als die Festlegung von Regeln und die Kontrolle ihrer Einhaltung. Eine zeitgemäße Qualitätssicherung bedeutet auch, dass sich Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten offen über Fehler und Defizite und über Strategien ihrer Vermeidung austauschen. Dies ist nur eine der Funktionen von Qualitätszirkeln. In über 1.600 Qualitätszirkeln widmen sich Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten systematisch und mit hohem Engagement der Qualitätsentwicklung in ihren Praxen.

Mit dieser Zahl steht Nordrhein bundesweit an der Spitze. Die KV Nordrhein unterstützt die Arbeit der Zirkel seit vielen

Jahren. Künftig soll auch der Austausch der Zirkel untereinander durch den wechselseitigen elektronischen Zugriff auf die Qualitätszirkel-Protokolle erleichtert werden.

Unter der Bezeichnung qu.no hat die KV Nordrhein ein eigenes Qualitätsmanagement-System für die Praxen entwickelt. Mitte 2007 arbeiten 1.800 Arztpraxen in Nordrhein mit diesem System. Es hilft, die Prozesse zu optimieren, und fördert damit die Verantwortung und die Motivation der Praxisteams. Die Umsetzung eines Qualitätsmanagement-Systems wie »qu.no« spart kostbare Ressourcen – nicht zuletzt die Zeit der Patienten im Wartezimmer.

Mit Service überzeugen

Die Veränderungen im Gesundheitswesen haben in den vergangenen Jahren auch einen Bewusstseinswandel der Mandatsträger und Mitarbeiter in der KV Nordrhein bewirkt: Aus den »Pflichtmitgliedern« der Körperschaft, den rund 17.500 Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten, sind »Kunden« geworden. Schon heute erwarten sie von ihrer KV mehr als »nur« die Verteilung und Auszahlung der Honorare.

»Menschen brauchen das Vertrauen zu ihrem Arzt«

Interview mit Dr. Simone Cohnen



Dr. Simone Cohnen, geboren am 18. November 1971 in Stolberg im Rheinland, studierte Medizin an der RWTH Aachen und absolvierte ihre Facharztweiterbildung zur Gynäkologin unter anderem am Luisen-

heutzutage leider nicht mehr finanzierbar. Auch das geplante Regelleistungsvolumen ist daher letztlich nur eine Budgetierung mit anderem Namen.

Wie sehen Sie Ihre Zukunft als niedergelassene Ärztin?

Cohnen: Im Moment bin ich zufrieden, aber wie die Zukunft aussieht, weiß niemand. Es ist unheimlich schwer, vorauszuplanen, denn die politische Lage ist unklar und es ist nicht sicher, welche Auswirkungen die Reformen langfristig haben werden. Um eine Praxis strategisch erfolgreich zu führen, reicht die fach-

hospital in Aachen. Dort arbeitete sie nach ihrer Promotion als Fachärztin. Seit Juli 2005 führt sie eine eigene Praxis in Stolberg. Die Gynäkologin ist verheiratet und hat eine kleine Tochter.



Warum haben Sie sich niedergelassen?

Cohnen: Eigentlich wollte ich nach der Geburt meiner Tochter wieder zurück ins Krankenhaus. Aber ich habe während einer Vertretung gemerkt, dass mir die Arbeit in der Praxis auch Spaß macht. Und als sich die Möglichkeit ergab, eine Praxis zu übernehmen, habe ich zugegriffen. Ich habe diese Entscheidung nie bereut, denn als niedergelassene Ärztin hat man einen sehr persönlichen Kontakt mit den Patienten und kann eigenverantwortlich arbeiten. Zudem lässt sich der Praxisalltag besser mit der Familie vereinbaren.

Was stört Sie im Gesundheitswesen?

Cohnen: Aufgrund der Budgetierung müssen die meisten Kolleginnen und Kollegen so manchen Patienten umsonst behandeln. Es müsste feste und kalkulierbare Beträge pro Behandlung geben, ohne Deckelung. Aber das scheint

liche Qualifikation allein sowieso nicht aus. Heutzutage braucht man sehr viel Eigeninitiative, Kreativität und unternehmerisches Geschick. Ich denke, auch das schreckt viele junge Ärzte, vor allem Frauen, vor einer Niederlassung ab – es ist ihnen generell zu unsicher.

Empfinden Sie Kooperationen wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als Konkurrenz?

Cohnen: In einem krankenhausähnlichen MVZ, wo man jedes Mal von einem anderen Arzt behandelt wird, können Patienten nie die persönlichen Beziehungen zu ihrem Arzt aufbauen, wie es in einer Praxis möglich ist. Da würde ich auch selbst als Patient nicht unbedingt gerne hingehen. Die Menschen brauchen das gewachsene Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt, besonders in der Gynäkologie. Deshalb bin ich sicher, dass es auch in Zukunft weiter freie, niedergelassene Ärzte geben wird.



Deswegen entwickelt die KV Nordrhein eine umfassende Dienstleistungskultur. Dieser Wandel wird in der KV Nordrhein seit den 1990er Jahren durch eine systematische Personal- und Organisationsentwicklung gefördert.

Hat sich diese Investition bezahlt gemacht? Die KV Nordrhein wollte es wissen und hat mehr als 4.000 Mitglieder zur Servicequalität der KV befragt. Das Ergebnis: der erfreuliche Wert 2,2 in einer Schulnoten-Skala.

Die KV Nordrhein stellt sich darüber hinaus den hohen Anforderungen einer externen Zertifizierung nach ISO 9001:2000. Die Bereiche Sicherstellung und Qualitätssicherung wurden im Juni 2007 erfolgreich überprüft. Im Frühjahr 2008 soll die Zertifizierung der gesamten KV Nordrhein abgeschlossen sein.

Die Option direkter Verträge mit den Kassen ist für die Mehrzahl der Praxen ein Unterfangen mit vielen Unbekannten. Hier eröffnet sich für die KV Nordrhein ein breites Spektrum an Beratungs- und Managementaufgaben – im Auftrag ihrer Mitglieder, aber auch für andere Auftraggeber.

Mit Inkrafttreten des Vertragsarztrecht-Änderungsgesetzes am 1. Januar 2007 ist eine tief greifende Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechts wirksam geworden. Diese wird das ärztliche Berufsbild stärker verändern als alle Reformen der vergangenen fünfzig Jahre. Auch hier zeichnet sich ein enormer Bedarf nach Beratung und Begleitung ab.

Ein weiterer Baustein des Service-Angebots der KV Nordrhein wird die betriebswirtschaftliche Beratung der Praxen sein. Denn nur mit ökonomischem Know-how lässt sich eine Praxis erfolgreich führen. Dazu gehört auch die Beratung zu den verschiedenen Formen der Zusammenarbeit, um Synergieeffekte zu nutzen. Hier setzen Angebote wie die Kooperationsbörse www.kvboerse.de an.

Kompetenz zur Verfügung stellen

Die KV Nordrhein verfügt über 50 Jahre Erfahrung mit ärztlichen Abrechnungen, dem Kerngeschäft der Kassenärztlichen Vereinigungen. Zurzeit bringt die KV Nordrhein jährlich 180 Millionen Behandlungsfälle im wahrsten Sinne des Wortes »auf den Punkt«. Gut 2,9 Milliarden Euro verteilt sie dabei pro Jahr an ihre Mitglieder – trotz aller Spargesetze so fair und leistungsgerecht wie möglich.

Die Kostenentwicklung der Arznei- und Heilmittel bedroht zunehmend die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu einem effizienten Management der Arznei- und Heilmittelversorgung gibt es daher keine Alternative. Denn es geht allein in Nordrhein um Umsätze in Höhe von rund 3,1 Milliarden Euro pro Jahr. Um weiterhin eine ärztliche und psychotherapeutische Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen, gilt es auch, Wirtschaftlichkeitsreserven bei Arznei- und Heilmitteln zu heben. Denn notwendige teure Therapien sollen auch in Zukunft möglich sein.

Die KV Nordrhein bekennt sich daher zu ihren Vereinbarungen mit den Kassen, etwa den vereinbarten Höchstquoten von Me-too-Präparaten. Sie qualifiziert Pharmako-



Die KV Nordrhein liefert praxisgerechte Lösungen,
etwa die Telematikplattform D2D

therapieberater und organisiert Fortbildungen mit dem Ziel einer rationalen Arzneimittelverordnung. Selbstverständlich erhalten die Ärzte kontinuierlich Informationen zur wirtschaftlichen Pharmakotherapie und ausführliche Analysen ihrer individuellen Verordnungen.

Die KV Nordrhein will auf die Herausforderungen der Informationstechnologie nicht nur reagieren, sondern aus eigener Kompetenz und Erfahrung heraus praxisgerechte Lösungen entwickeln. So hat sie unter dem Label D2D (Doctor to Doctor) eine leistungsfähige und flexible Telematikplattform geschaffen, die den Mitgliedern schon heute ein breites Spektrum elektronischer Anwendungen bietet: den »Arztbrief«, die »Abrechnung« und die »Dokumentation«.

Partner für Patienten

Die Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten sowie der Selbsthilfe hat in Nordrhein bereits eine bewährte Tradition. Die langjährigen Kontakte zur Selbsthilfe mündeten 1990 in die Gründung der Kooperationsberatungsstelle für

Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA), die unter anderem Informationsveranstaltungen für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen organisiert sowie Ansprechpartner auf beiden Seiten vermittelt.

Mit dem Patienteninformationsdienst der KV Nordrhein steht den Menschen im Rheinland ein eigenes und kostenfreies Call-Center für Fragen zur ambulanten medizinischen Versorgung bereit. Im Juni 2007 wurde ein Patientenbeirat etabliert, der die KV Nordrhein in Fragen der Patientenorientierung berät. Er bringt die Interessen der Patienten in die ärztliche Selbstverwaltung ein und wirkt andererseits als Multiplikator gegenüber den Patienten. Die ambulante Versorgung soll mit den Menschen gemeinsam gestaltet und nicht über die Köpfe hinweg nur verwaltet werden.

Hoher Versorgungsbedarf –
großes Arbeitspensum in den Praxen



»Wir brauchen flächendeckende Lösungen«

Interview mit Dr. Peter Potthoff



Dr. med. Peter Potthoff, geboren 1947 in Leverkusen, verheiratet, ein Kind. Er ist als Gynäkologe in Bad Honnef niedergelassen. Medizinstudium in Bonn und Singapur; außerdem Bankkaufmann mit erstem juristischen

Staatsexamen. Potthoff wurde 1988 Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein. Von 2000 bis 2004 stellvertretender Vorstandsvorsitzender. Im Jahr 2010 bildete er mit Bernhard Brautmeier den gleichberechtigten Vorstand, seit 2011 ist er Vorsitzender des Vorstandes.

Was bedeutet das für die Versorgung?

Potthoff: Diese strukturelle Unterfinanzierung ist für uns ein gravierender Standortnachteil. Wir können auf Dauer nicht das gleiche Versorgungsniveau wie in besser ausgestatteten Regionen bereitstellen. Und mit der Perspektive einer im Bundesvergleich unterdurchschnittlichen Vergütung wird es kaum gelingen, Ärzte für eine Niederlassung in Nordrhein zu gewinnen. Dabei brauchen wir den Nachwuchs: Jeder fünfte Hausarzt in Nordrhein ist über 60, scheidet also in den kommenden Jahren aus.



Herr Dr. Potthoff, worin bestehen die wichtigsten Aufgaben der KV Nordrhein?

Potthoff: Wir gestalten die ambulante medizinische Versorgung für fast zehn Millionen Menschen im Rheinland. Diese auf möglichst hohem Niveau sicherzustellen ist unsere wichtigste Aufgabe. Wir sind Verhandlungspartner von Politik und Krankenkassen, verteilen die Honorare an unsere fast 19.000 Mitglieder und vertreten deren Interessen.

Zuletzt hat die KV Nordrhein für Konvergenz, also eine bundesweit gleiche Bezahlung für gleiche ärztliche Leistungen, gestritten. Wie ist die Lage?

Potthoff: Die Praxen im Rheinland erhalten leider nach wie vor deutlich weniger Mittel für die Sicherstellung der Versorgung als die in anderen Regionen. In Nordrhein liegt die Pauschale pro Patient bei 330 Euro im Jahr, der Bundesdurchschnitt liegt mit 347 Euro deutlich höher.

Wie wollen Sie die ambulante medizinische Versorgung unter solchen Bedingungen in Zukunft gestalten?

Potthoff: Wir werden uns mit der ungleichen Bereitstellung von Mitteln für die Versorgung nicht abfinden und streiten weiter für Konvergenz.

Welche Probleme in der ambulanten Versorgung gilt es in Zukunft noch zu lösen?

Potthoff: Viele Krankenkassen haben in den vergangenen Jahren mit Selektivverträgen kleine, isolierte Versorgungsprojekte geschaffen. Die sind aber nicht die Antwort auf die ungelösten Fragen bei der Versorgung zum Beispiel von Heimpatienten oder bei der Aufnahme- und dem Entlassmanagement zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Wir brauchen sektorübergreifende Standards für pragmatische und flächendeckende Lösungen. Daran arbeitet die KV Nordrhein.



Danksagung

Wir danken Dr. Simone Cohnen, Dr. Hans Gronen und Dr. Jörg Schnelle für die Interviews und Informationen, die sie uns gegeben haben.

Periodika

Ärzteblatt für Rheinland

KVNo aktuell. Zeitschrift für die Mitglieder der KV Nordrhein

Mitteilungsblatt der Ärztekammer der Nord-Rheinprovinz

Rheinisches Ärzteblatt. Mitteilungsblatt der Ärztekammer Nordrhein und der KV Nordrhein

Unveröffentlichte Quellen

Hauptstaatsarchiv Düsseldorf, Akte NW 492 723; NW 38 341

Niederschriften der Sitzungen der Vertreterversammlung der KV Nordrhein (1957–2006)

Niederschriften der Sitzungen des Vorstands der KV Nordrhein (1957–2006)

Niederschriften der Vorstandssitzungen des Vereins der Duisburger Kassenärzte e.V. (1930–1934)

Niederschriften der Vorstandssitzungen des Duisburger Ärztevereins (1930–1935)

Literatur (Auswahl)

25 Jahre Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. 1954–1979. Dortmund 1979

Behaghel, Katrin: Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung. Frankfurt 1994

Beske, Fritz; Drabinski, Thomas: Finanzierungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Prognose 2005–2050.

Kiel 2005

Brandes, Sabine: Vertrieben und ermordet. Der Exodus der jüdischen Ärzte aus Düsseldorf. In: Rheinisches Ärzteblatt 4/1998

Döhler, Marian; Manow-Borgwardt, Philip: Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung.

MPIFG Discussion Paper 92/7. Köln 1992

Drabinski, Thomas; Beske, Fritz: Der Einfluss der Wiedervereinigung auf die Entwicklung des Beitragssatzes der gesetzlichen

Krankenversicherung. Kiel 2003

Fritz, Michael: Die Geschichte der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein von 1957–1984. Ein Beitrag zur Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung. Aachen 1989

Gerst, Thomas: Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945–1955. Stuttgart 2004

Gerst, Thomas: Rückblick aus aktuellem Anlass – Vertragärzte: Abschied vom Streikrecht. In: Deutsches Ärzteblatt 97 (2000), Heft 13

Harnisch, Ellen: Der Sicherstellungsauftrag der KVen – die Anfänge liegen bei Bismarck. In: KV-Blatt extra 5 (2002)

Kuhns, Georg: Fünfundzwanzig Jahre Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund). Leipzig 1925

Schwoch, Rebecca: Die Rolle der Ärzteschaft und der Kassenärztlichen Vereinigungen in der NS-Zeit. Vortragsmanuskript: www.kvberlin.de/Homepage/organ/chronik/vortragsschwoch.pdf

Vogt, Gerhard: Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Eine historische Dokumentation am Beispiel der Ärztekammer Nordrhein. Köln 1998

Bildnachweis

Soweit nicht anders vermerkt, befinden sich die Nutzungsrechte an den hier abgedruckten Bildern im Besitz der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein oder dem Geschichtsbüro Reder, Roeseling & Prüfer.

akg-images Seite 4, 12, 13 und 17.

medicalpicture Seite 30 (bis 1.10.2010).

ullstein bild Seite 7, 8, 19, 22, 25, 26, 28, 34, 39, 42, 45, 50 und Titelbild.

1883 Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Bismarck'schen Sozialreformen

1913 Das Berliner Abkommen regelt erstmals die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen

1932 Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen

1933 »Gleichschaltung« der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Nationalsozialisten und Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands

1946 Die »Ärztelkammer der Nord-Rheinprovinz« übernimmt die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

1948 In Düsseldorf nimmt die Kassenärztliche Vereinigung / Landesstelle Nordrhein ihre Arbeit auf

1955 Der Bundestag verabschiedet das »Gesetz über das Kassenarztrecht«

1957 Am 15. Mai gründet sich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

1960 Die Abschaffung der Verhältniszahlen durch das Bundesverfassungsgericht führt zu einem starken Anstieg der Zahl der Kassenärzte

1975 Nach Jahrzehnten wirtschaftlicher Prosperität beenden Rezession und Arbeitslosigkeit das Wachstum. Die Einnahmen der Krankenkassen stagnieren. Die Politik reagiert mit einer Reihe von Gesetzen zur Kostendämpfung

1978 Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs als neue Gebührenordnung; alle ärztlichen Leistungen werden mit Punkten bewertet

1981 Die KV Nordrhein startet erstmals eine Aktion zur Gesundheitsaufklärung mit den Themen Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel und Stress

1989 Das Gesundheitsreformgesetz bringt spürbare Zuzahlungen für die Patienten. Das neue SGB V ersetzt die Reichsversicherungsordnung von 1911

1990 Die KV Nordrhein hilft beim Aufbau der Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen Bundesländern

1993 Trotz massiver Proteste der Ärzte tritt das Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft. Das Gesetz zementiert die Budgetierung der ärztlichen Gesamtvergütung. Zulassungsbeschränkungen bewirken zunächst das Gegenteil. 1.233 Ärztinnen und Ärzte lassen sich in Nordrhein neu nieder

1999 Die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen

2002 In Nordrhein wird der erste DMP-Vertrag (Disease Management Programme) zur strukturierten Behandlung von Brustkrebs unterzeichnet

2004 Das GKV-Modernisierungsgesetz bestimmt ab 2005 hauptamtliche Vorstände für die Kassenärztlichen Vereinigungen

2007 Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eröffnet den Vertragsärzten und -psychotherapeuten neue und flexible Formen der Berufsausübung

2009 Mit der Honorarreform verspricht die Politik kalkulierbare Euro-Preise und ein Ende der seit 1993 geltenden Budgetierung. Tatsächlich steigen die Honorare. Jedoch nirgendwo geringer als in den KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Und längst nicht alle Mitglieder bzw. Fachgruppen profitieren von der positiven Entwicklung.

2012 Angesichts des drohenden Ärztemangels beschließt die schwarz-gelbe Koalition das Versorgungsstrukturgesetz. Ein ganzes Bündel von Maßnahmen soll für eine ausgewogene räumliche Verteilung der Praxen sorgen – vor allem in ländlichen Regionen. Außerdem bedeutet das Gesetz eine Rückkehr zu regionalen Honorarverhandlungen mit den Kassen. Vergeblich hoffen die Vertragsärzte in NRW auf eine gesetzliche Anhebung der Vergütung je Versichertem auf den Bundesdurchschnitt.

Über 50 Jahre Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und mehr als 75 Jahre Selbstverwaltung der Kassenärzte im Rheinland. Das Jubiläumsjahr 2007 ist Anlass zur Rückschau auf eine wechselvolle und bewegte Epoche der deutschen Sozial- und Gesundheitspolitik.

Mehr als acht Millionen gesetzlich Versicherte nehmen die Leistungen der 17.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Anspruch. Dennoch ist die Organisation, die für die ambulante Sicherstellung die Verantwortung trägt, den wenigsten bekannt. Die vorliegende Publikation beleuchtet die dynamische Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Rheinland und ihrer Selbstverwaltungskörperschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein.

Diese Geschichte der KV Nordrhein ist mehr als eine Chronik. Sie ist ein Wegweiser durch viele Jahrzehnte unseres Gesundheitswesens und damit durch ein spannendes und spannungsreiches Feld der deutschen Politik.

Die Autoren blicken auch in die Zukunft: Welche Funktionen und Perspektiven hat die ärztliche Selbstverwaltung angesichts der wettbewerblichen Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik? Welche Erwartungen haben die Krankenkassen? Welche Erwartungen haben die Mitglieder an ihre KV?

Im ihrem letzten Kapitel dokumentieren die Autoren wichtige Meilensteine der KV Nordrhein auf ihrem Weg hin zu einer modernen Dienstleistungsorganisation – als starker Vertragspartner und als verlässlicher Anwalt ihrer Mitglieder.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9 · 40474 Düsseldorf
Telefon 0211 5970 8108
Telefax 0211 5970 8100
E-Mail redaktion@kvno.de
Internet www.kvno.de