



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Bericht des Vorstands
der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Vertreterversammlung
am 21. November 2009

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede

der heutige Bericht des Vorstandes ist zugleich der Abschlussbericht von Klaus Enderer und mir nach 5jähriger gemeinsamer, hauptamtlicher Vorstandsarbeit. Addiert man die Jahre unserer Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung der KV Nordrhein hinzu, so sind es bei Kollegen Enderer 17 und bei mir 24 Jahre, in denen wir in Amt und meist auch in Würden waren.

In dieser Zeitspanne entwickelte sich das Gesundheitswesen zur **Dauer-Reform-Baustelle**. Ein Gesetzesvorhaben jagte das andere, eine Vielzahl von Zumutungen seitens der Politik ließ die Körperschaften und unsere Kolleginnen und Kollegen nicht zur Ruhe kommen. Das Selbstverständnis und die Arbeitsbedingungen unserer Kolleginnen und Kollegen wurden einem enormen Wandel unterworfen, unsere Organisations- und Verbandsstrukturen erlebten massive Veränderungen. Unsere Solidarität war und ist massiven Versuchungen und Richtungskämpfen ausgesetzt. All diese externen und internen Einflussfaktoren bewirkten aus meiner Sicht, dass es unklar ist, ob wir das als Profession unbeschadet überstehen.

Niemand wird bezweifeln, dass unser hochkomplexes Gesundheitssystem der regelmäßigen Nachjustierung bedarf. Eine GKV-Reform aus einem Guss, die alle Probleme löst,

kann und wird es nicht geben. Nur: die Richtung muss stimmen, und das Ziel sollte klar sein. Die **neue Regierung** muss sich ebenso wie die vorherige daran messen lassen, ob sie unseren Patientinnen und Patienten auch weiterhin eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung garantiert – unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko.

Auf den ersten Blick zeigt **die Reformkaskade der vergangenen Jahre** viel Widersprüchliches: Bausteine passen nicht zueinander, alle Beteiligten wurden kräftig durchgerüttelt, leitendes Handlungsmotto schien ein „muddling through“ auf allen Ebenen zu sein. Wie gesagt: auf den ersten Blick. Auf den zweiten Blick jedoch könnte genau dieses vermeintlich Undurchdachte die strategische Grundlage der Gesundheitspolitik in Zeiten von Rot-Grün und der Großen Koalition gewesen sein.

Für Hartmut Reiners, einst SPD-Politikstratege im hiesigen MAGS, nun in Brandenburg und an der Erarbeitung aller GKV-Reformgesetze seit 1988 beteiligt, besteht politische Kunst darin, „**Reformviren**“ **kontinuierlich zu implantieren** – den Kern der nächsten schon in sich tragend. Er muss oft mit Franz Knieps zusammen gesessen haben. Denn im Nachhinein fügt sich vieles, was bereits beim GKV-WSG widersprüchlich und handwerklich unsauber erschien, zu einem Puzzle zusammen.

Die Vermutung liegt nahe, dass vermeintliche Unschärfen und inkonsistente Regelungsmechanismen bewusst „implantiert“ wurden, um mittels kleiner Schritte und gezielter Umwege sorgfältig geplante **übergeordnete Ziele** zu erreichen. Mit dem Vorwurf der Intransparenz bis hin zur Inkompetenz lebte sich gut – wusste man doch, wohin der Weg gehen sollte. Die Frage, ob dies unumkehrbar ist, werde ich zum Schluss des Berichts noch einmal aufgreifen.

Inwiefern es die neue Regierung trotz guter Absichten schaffen wird und schaffen kann, aus einigen Sackgassen der Vergangenheit wieder herauszuführen, ist zumindest zweifelhaft. Der Koalitionsvertrag ist geschlossen und jedem muss klar sein: **Die Regierung geht einen riskanten Weg.** Die Spielräume für Steuersenkungen sind äußerst gering, die Staatsschulden werden auch durch die Gegenfinanzierung krisenbedingter Einnahmeausfälle in der GKV und den teilweisen Ausgleich ihres Defizits im nächsten Jahr enorm ansteigen. Absichten zur Ausgabensenkung sind vage formuliert, niemand will als Bürgerschreck in bevorstehende Wahlkämpfe ziehen.

„Koalition der Kollision“; „Zankapfel Gesundheit“ – dies sind nur zwei Schlagzeilen der letzten Wochen. Die mediale Irritation ob der zutage getretenen Differenzen z. B. im Hinblick auf eine **Weiterentwicklung oder eine Exekutiv-**

rung des Gesundheitsfonds verwundert allerdings schon. Es liegt auf der Hand, dass die FDP die beabsichtigte Finanzreform angesichts ihrer Wahlversprechen als Durchbruch und Systemwechsel feiern musste. Und wenig überraschend ist auch, dass sowohl die CSU als auch prominente Vertreter der CDU – wie Ministerpräsident Rüttgers und Minister Laumann in seiner Eigenschaft als CDA-Vorsitzender – der Freude von Guido Westerwelle und Philipp Rösler Einhalt gebieten mussten. Unmissverständlich stellten sie klar, **zunächst bleibe alles beim Alten und nichts ändere sich**.

Mit anderen Worten: Im Jahr der Landtagswahl hier in NRW und auch vor der Wahl in Baden-Württemberg bleibt es beim einheitlichen Beitragssatz, bei der 1%-Regelung des Zusatzbeitrags und auch bei der Praxisgebühr. Künftige einseitige Belastungen der Arbeitnehmer oder gar eine einheitliche Gesundheitsprämie für Arm und Reich evozierten trotz steuerfinanzierten Sozialausgleich den **Vorwurf der sozialen Kälte** – und lieferten damit den Oppositionsparteien und den Linken hier in NRW hinreichend Munition für den bevorstehenden Wahlkampf.

Sollte es gelingen, Wähler mit der Vorstellung zu erschrecken, Arbeitnehmer trügen in Zukunft allein das Risiko steigender Gesundheitskosten und könnten sich auf einen Steuerausgleich nicht verlassen, dann brauche man, so

Laumann, 2013 im Bund erst gar nicht anzutreten. **Rüttgers und Laumann** treten bereits im nächsten Jahr an – und Frau Merkel wird auf sie und andere Landesfürsten hören müssen bei einer hauchdünnen Mehrheit von zwei Stimmen für Schwarz-Gelb im Bundesrat.

CDU und FDP wollen Zeit gewinnen – auch dies erklärt die hohe Zahl von **80 Prüfaufträgen im Koalitionsvertrag**, allein für den Bereich der Gesundheit sind es 15. Neben durchaus taktischen Erwägungen sind es jedoch auch inhaltliche Gründe, die den Einsatz einer Regierungskommission zur künftigen Finanzierung der GKV rechtfertigen. Sie soll eine „Ordnung“ entwerfen, in die „langfristig“ das bestehende Ausgleichssystem überführt werden soll. Das hört sich wohl kaum wie ein „Eilauftrag“ an. Und dennoch: Sowohl Rot-Grün als auch die Große Koalition haben die Frage einer **nachhaltigen und generationengerechten Neuausrichtung der GKV** arrogant und ignorant über Jahre ausgesessen. Alles spricht dafür, dieses dicke Brett nun sorgfältig zu bohren, mit einem vorschnellen Kompromiss ist keinem gedient. Ob es dann tatsächlich „**einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge**“ und somit eine **Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten** geben wird oder aber die **Beitragsautonomie der Krankenkassen über eine**

flexible Ausgestaltung des Zusatzbeitrags gestärkt wird, bleibt abzuwarten.

Mit den Details der Koalitionsabsichten sind Sie sicherlich aufgrund der umfassenden Berichterstattung vertraut.

Grundsätzlich positiv zu bewerten ist beispielhaft sicherlich das klare **Bekenntnis zur Ärzteschaft als freier Profession, die Betonung der Freiberuflichkeit als tragendes Prinzip der Gesundheitsversorgung, die erklärte Bereitschaft zu einer nachhaltigen Finanzierung der GKV, das deutliche Bekenntnis zur PKV, der erkennbare Wille nach mehr individuellen Wahlmöglichkeiten und Eigenverantwortung der Patienten und zumindest die Bereitschaft, den KVen wieder mehr regionale Spielräume in der Honorarverteilung** zu geben. Zu begrüßen ist sicherlich auch die Absicht einer **kritischen Überprüfung unseres Vergütungssystems** in Richtung „einfach, verständlich und leistungsadäquat“. Positiv zu bewerten sind neben dem **Abbau von Überregulierung in der Arzneimittelversorgung auch Maßnahmen gegen den Ärztemangel**. Hier sind Bausteine genannt, die offensichtlich aus dem NRW-Aktionsprogramm von Minister Laumann übernommen wurden.

Ich werde am Schluss des Berichtes auf jene Aspekte des Koalitionsvertrages eingehen, die die Rolle und die Funktion der KVen betreffen.

Zunächst jedoch komme ich meiner Berichtspflicht nach und werde Ihnen zu den Themenkomplexen **Honorar und Arzneimittel** die jüngsten Entwicklungen darlegen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach den derzeit vorliegenden Berechnungen wird es **2009 bundesweit eine Honorarsteigerung** in der ambulanten Versorgung von rund **drei Milliarden Euro bundesweit** gegenüber 2007 geben. Das ist ein Zuwachs der Gesamtvergütung um fast 10 Prozent. Das bedeutet aber nicht, dass alle Regionen und Praxen gleichermaßen davon profitieren.

Es gibt Regionen, bestimmte Arztgruppen und auch einzelne Kollegen, die durch die neue Verteilungssystematik sogar deutlich weniger erhalten als bisher. Diese **Disparitäten** finden wir auch im Bereich unserer KV.

Gut 893,1 Millionen Euro hat die KV Nordrhein für das **1. Quartal 2009** an die Praxen im Rheinland überwiesen. Gegenüber dem Vorjahresquartal haben die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten damit 75,7 Millionen Euro bzw. 9,4 Prozent mehr als im Vorjahresquartal erhalten. Die Krankenkassen haben aber nur 858,9 Millionen Euro gezahlt. Es fehlten 34,2 Millionen Euro. Die beschlossene Verlustbegrenzung auf 5 Prozent

kostet nochmals gut 6 Millionen Euro, so dass sich das Defizit auf mehr als 40,4 Millionen Euro belief. Nach endgültiger Abrechnung des Fremdkassenzahlungsausgleiches durch die KBV stellte sich heraus, dass die hierfür ermittelten Rückstellungen um ca. 6 Millionen Euro zu hoch waren, so dass der tatsächliche Fehlbetrag deutlich niedriger ausfiel. Dank unserer hartnäckigen Verhandlungen übernehmen die Krankenkassen diesen Betrag.

Gut 840 Millionen Euro wurden an die Praxen im **2. Quartal** 2009 überwiesen. Damit wurden 32,5 Millionen Euro bzw. 4 Prozent mehr als im Vorjahresquartal ausgeschüttet. Das entspricht einer Steigerung von 2 Prozent je Arzt. Unter Berücksichtigung der Konvergenzphase kann das 2. Quartal 2009 mit einem **ausgeglichenen Ergebnis** für die KV Nordrhein abgeschlossen werden.

Das ändert aber nichts daran, dass das **Grundproblem** der Honorarreform bei der KV Nordrhein voll durchschlägt.

Die Regelleistungsvolumen sind für die Praxen im Rheinland viel zu eng zugeschnitten. Bei einem einheitlichen Orientierungspunktwert ist eine bundesweite Angleichung des Leistungsbedarfs je Versichertem zwingend erforderlich, was bisher unterblieben ist. Man kann es dre-

hen und wenden wie man will. **Die finanzielle Decke ist in Nordrhein einfach zu kurz.** Das zeigt ein Blick auf die unbezahlten Leistungen der Regelversorgung besonders deutlich.

Tatsächlich überschreiten im 1. Quartal 2009 92 Prozent der Hausärzte ihr RLV, bei den Fachärzten sind es 80 Prozent. Nur 11 Prozent aller Ärzte unterschreiten ihr Regelleistungsvolumen. Mit anderen Worten: **Ein Drittel aller erbrachten Leistungen werden in Nordrhein weiterhin praktisch nicht bezahlt.** Die Honorarreform hat dieses Problem für Nordrhein nicht gelöst.

Es gibt auch **bestimmte Arztgruppen und auch einzelne Ärzte**, die durch die neue Verteilungssystematik deutlich weniger erhalten als bisher. Bezogen auf die Arztgruppe ist festzustellen, dass der **EBM** in dieser neuen Honorarverteilungssystematik wieder eine zentrale Bedeutung einnimmt. Je höher der Leistungsbedarf einer Fachgruppe, umso höher ist der Anteil an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Insbesondere bei den **Orthopäden und den konservativ tätigen Augenärzten** sind die Verluste unter Regelleistungsvolumen vor allem auf die Bewertungen im EBM zurückzuführen.

Wie viel Honorar der einzelne Arzt bekommt, hängt stark vom Praxisprofil bzw. den angebotenen und erbrachten Leistungen ab. So sind Praxen mit einem **hohen Leistungsspektrum, aber niedrigen Patientenzahlen** jetzt im Nachteil.

Mit den Krankenkassen hat die KBV eine **Konvergenzregelung** vereinbart. Nach der kann jede KV gemeinsam mit den Krankenkassen vor Ort für den Zeitraum vom 1. April 2009 bis 31. Dezember 2010 Regelungen vereinbaren, um erhebliche Verluste zu mildern.

Die KV Nordrhein hat diese Konvergenzregelung mit den Krankenkassen auch für das **1. Quartal 2009** vereinbart. Für das 1. Quartal wurde eine **Begrenzung der Verluste auf höchstens 5 Prozent** beschlossen. Für die Verlustbegrenzung wird das gesamte Honorar für die vertragsärztliche Versorgung ohne Laborkosten betrachtet, wenn es insgesamt und je Fall betrachtet, um mehr als 5 Prozent geringer ist als das entsprechende Honorar im Vorjahresquartal.

Für das **2. Quartal 2009** wurde die **Begrenzung der Verluste auf 7,5 Prozent** festgesetzt. Allerdings konnte diese Regelung nur zu dem Preis einer **einmaligen Gewinnabschöpfung** umgesetzt werden. Die Gewinnabschöpfung

im 2. Quartal 2009 wurde auf Drängen der Krankenkassen durchgeführt. Sonst hätte sich die Verlustbegrenzung auf 7,5 Prozent nicht vereinbaren lassen.

Bei der Gewinnabschöpfung wurden bei Hausärzten **40 Prozent, bei Fachärzten 50 Prozent des Differenzhonorars** aktuell gegenüber dem Vorjahresquartal abgezogen. Ungefähr 4.800 Praxen in Nordrhein sind von dieser Regelung betroffen.

Für das **3. Quartal 2009** findet letztmalig eine **Verlustbegrenzung** statt. Die Verluste werden **auf 10 Prozent** begrenzt. Einer weiteren Gewinnabschöpfung haben wir nicht zugestimmt, obwohl die Krankenkassen das angesichts der Abrechnungsergebnisse des 1. Quartals 2009 gefordert haben.

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie könnte unsere **Honorar-Zukunft** aussehen? Aus den Inhalten der Koalitionsvereinbarung, den bisher geführten Gesprächen mit der neuen Regierungskoalition sowie dem Zeitplan ergeben sich Konsequenzen für die aktuell anstehende Beschlussfassung im Bewertungsausschuss. Es ist davon auszugehen, dass es erst **mit Wirkung zum 1. Januar 2012** grundlegende Änderungen zur Bestimmung

der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, zur Honorarverteilung und zur Leistungsbeschreibung und Leistungsbewertung im EBM geben wird. Für die Honorarverteilung soll für den Zeitraum vom **1. April 2010 bis 1. Januar 2012** eine **Lösung zur Stabilisierung der Regelleistungsvolumen** gefunden werden. Dies hat zur Folge, dass die freien Leistungen nicht mehr unbegrenzt mit dem Orientierungswert zur Auszahlung kommen.

Statt der freien Leistungen soll es „**qualifikationsgebundene Zusatzvolumen**“ geben. Die Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt nach diesem KBV-Konzept praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Praxis tätig sind, über die Voraussetzung für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen verfügt.

Mit der Begrenzung der freien Leistungen soll der für die Regelleistungsvolumen zur Auszahlung kommende Punktwert erhöht bzw. zumindest der Orientierungswert erreicht werden.

Die entsprechenden Vorschläge, die eine „Übergangsform“ darstellen, sollen noch in diesem Jahr dem Bewertungsausschuss bzw. dem Erweiterten Bewertungsausschuss vorgelegt werden.

Wir müssen Zähne knirschend auf diese Regelung hoffen, damit die **Versorgung der Kranken aufrecht erhalten** werden kann. Denn hier offenbart sich wieder eine Absurdität, die das ehemals rote Gesundheitsministerium produziert hat. Für die Regelversorgung kranker Menschen steht weniger zur Verfügung als für Prävention oder für Zusatzleistungen wie Akupunktur.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

da ich heute letztmalig vor dieser Vertreterversammlung stehe, möchte ich auch ein wenig zurückblicken. Ich beginne mit der **Honorarentwicklung der letzten 10 Jahre:**

Folie 1

Das **Honorar** erhöhte sich von 1999 bis 2008 um 520,1 Mio. Euro oder **20,39 Prozent**.

Festzustellen ist, dass in dem Vergleichszeitraum 1999 bis 2008 stets die vom Gesetzgeber **maximal vorgegebenen Steigerungsraten** realisiert werden konnten. Gleichzeitig konnten viele Leistungsbereiche mit den Krankenkassen als Einzelleistungen vereinbart werden. Der **Anteil der**

Einzelleistungen betrug im Jahre 2008 **33 %**, während er im Jahre 1999 noch bei 14 % lag.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

daran haben die Disease-Management-Programme **den** entscheidenden Anteil. Zugleich haben wir damit vor allem auf dem Feld der **Diabetes-Behandlung** vorbildliches geleistet.

Bereits **1998** starteten Krankenkassen und die KV Nordrhein mit den **Diabetes-Strukturverträgen**, deren Ziel es war, die Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 den Leitlinien entsprechend strukturiert zu versorgen. Die Kooperation zwischen Hausärzten und diabetologischen Schwerpunktpraxen hat dazu geführt, dass Patienten bei auftretenden Komplikationen früher einer spezialisierten Behandlung zugeführt wurden. So konnten für Patientinnen und Patienten in Nordrhein in hohem Maße positive Verläufe der HbA1c-Werte, der RR-Werte und der Blutfettwerte konstatiert werden.

Im Jahr **2003** wurde der Strukturvertrag für Diabetes mellitus Typ 2 in ein Disease-Management-Programm über-

führt, **2006** schließlich auch der Strukturvertrag für Diabetes mellitus Typ 1.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht aufgrund von Abrechnungsdaten der Hausärzte aus dem Jahr 2003 davon aus, dass in Nordrhein über 400.000 Menschen an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind. **Ende 2008** waren **377.639 Patienten** mit Diabetes mellitus Typ 2 in das DMP eingeschrieben. Das bedeutet, dass wir mittlerweile **mit dem DMP über 90** Prozent der mutmaßlichen Patienten mit Diabetes Typ 2 erreichen.

Die **Verbesserung der Versorgung** durch diese Programme ist unstrittig. Die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation der Disease-Management-Programme zeigt, dass bei Diabetes mellitus Typ 2-Patienten zum Beispiel die **oberen Blutdruckwerte** innerhalb von drei Jahren DMP-Teilnahme deutlich **gesenkt** werden konnten von 150 mm Hg auf unter 140 mm Hg. Dies ist gerade mit Blick auf die **Ko-Morbidität** koronarer Herzkrankheiten von besonderer Bedeutung. Der gleiche Verlauf zeigt sich auch für den unteren Blutdruckwert. Auch für Nordrhein können wir festhalten, dass insbesondere für **Patienten mit Vorerkrankungen** wie einer Nierenschädigung, einem Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall, die Verläufe der

Blutdruckwerte sich im Rahmen des DMP sehr positiv entwickeln.

Gleichzeitig führen die Disease-Management-Programme sicher auch dazu, dass Patienten mit Vorerkrankungen beispielsweise hinsichtlich der medikamentösen Therapie häufiger entsprechend evidenzbasierter Leitlinien versorgt werden. Die daraus resultierenden **Konsequenzen für steigende Arzneimittelkosten** müssen differenziert betrachtet und verhandelt werden.

Auf **gesundheitsbezogene Verhaltensweisen** wie das Rauchen wirkt sich eine Teilnahme am DMP scheinbar auch positiv aus. So verringerte sich der Raucheranteil unter allen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 innerhalb von drei Jahren DMP-Teilnahme um 40 Prozent.

Selbst Neuerkrankungen (primäre und sekundäre Endpunkte) treten – so die bundesweite Evaluation – deutlich seltener auf.

Schlussendlich kann man feststellen: **DMP-Patienten leben länger.**

Hervorheben möchte ich auch noch **unsere Palliativverträge.**

Hospizbewegung und Palliativversorgung sind in Nordrhein-Westfalen – weit mehr als in anderen Bundesländern – bereits seit Jahren etabliert. **1983 wurde die erste Palliativstation** in Köln gegründet, drei Jahre später das erste stationäre Hospiz in Aachen eröffnet. Zudem beherbergt Nordrhein-Westfalen mit Aachen, Köln und Bonn drei der zurzeit fünf deutschen Lehrstühle für Palliativmedizin sowie den ersten Lehrstuhl für pädiatrische Palliativmedizin an der Universität Witten-Herdecke.

Ich bin stolz behaupten zu können, dass wir als KV Nordrhein an dieser vorbildlichen Entwicklung aktiv beteiligt sind und waren. Nordrhein-Westfalen hat bereits **2005 als erstes Bundesland ein Rahmenprogramm zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung** verabschiedet, auf das sich Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen verständigt haben. Damit wurde der Grundstein für den Auf- und Ausbau multiprofessioneller Strukturen für die Behandlung und Begleitung schwerstkranker Menschen in der letzten Lebensphase gelegt.

Flankiert von Versorgungsverträgen zwischen den Krankenkassen und der KV Nordrhein einerseits und den Palliativpflegediensten andererseits, wird seit **2006** der **Auf-**

bzw. Ausbau multiprofessioneller Netzwerke vorangetrieben. Neben den obligatorischen Mitgliedern (Ärzte, Pflege, Hospizdienste) haben sich Vertreter der Palliativstationen respektive Krankenhäuser, der stationären Hospize, der Seelsorge, der spezialisierten Apotheken und weitere Akteure inzwischen zu insgesamt **34 Netzwerken** in Nordrhein zusammen geschlossen.

Unsere Kolleginnen und Kollegen vor Ort sind die tragenden Säulen dieser Bewegung. Alleine über **1.000 Ärztinnen und Ärzte** und über **45 ambulante Palliativpflege-dienste** tragen seit mittlerweile vier Jahren zu einer besseren Versorgung von erwachsenen Palliativpatienten bei. Diese Netzwerke stellen heute den Ausgangspunkt für die **spezialisierte Palliativversorgung** und die damit einhergehende Gründung von **Palliative Care Teams** dar.

Derzeit sind in Nordrhein bereits **zwei Verträge mit Palliative Care Teams** abgeschlossen worden. Die Vorreiter sind die Palliative Care Teams in **Niederberg** und in **Düren**. Mit weiteren potentiellen Anbietern von Palliative Care Teams wird derzeit an mehreren Standorten verhandelt.

Ich möchte betonen, dass dort, wo gute Strukturen auf der Basis der bestehenden Verträge zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung etabliert worden sind, bereits eine

hoch qualifizierte, ja spezialisierte Versorgung der Patienten stattfindet. Auf Nordrhein trifft das allemal zu.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

beim Thema **Arzneimittelverordnungen** sind wir in Nordrhein **gut aufgestellt**. Wir haben eine zufriedenstellende Vereinbarung für das kommende Jahr und halten die Quoten in diesem Jahr zu 90 Prozent ein.

Die Verhandlungen über die **Ausgabenvolumina für Arznei- und Verbandmittel und für Heilmittel 2010** konnten wir Ende Oktober erfolgreich beenden. Die neue Arzneimittelvereinbarung orientiert sich an den Rahmenvorgaben der Bundesebene. Die Erhöhung des Arzneimittelvolumens für 2009 wurde von 5,1 auf 5,6 Prozent korrigiert, weil die Ausgabensteigerung durch 116b-Verlagerungseffekte geringer ausfallen wird, als für 2009 erwartet wurde. Für 2010 wurde in Nordrhein eine **Steigerung von 5,4 %** vereinbart, wovon jedoch 0,9 % für Ausgaben aus § 116b-Verträgen zurückgestellt werden. Das vereinbarte Arzneimittelvolumen 2010 in Nordrhein wird somit **3,284 Mrd. Euro** betragen.

Bei den **Zielvereinbarungen** gelten die Generikaquoten und die Me-too-Quoten weiter. Wir haben entsprechend der Bundesvorgabe für 12 Wirkstoffgruppen Quoten für Leitsubstanzen vereinbart.

Folie 2 und 3

Ferner wurden in Ergänzung zu den bisherigen DDD-Quoten zwei **Höchstquoten für Ezetemib-haltige Arzneimittel (3,5 %)** und für **GLP-Analoga (0,7 %)** und eine weitere Mindestquote für **Somatropin-Biosimilars (7,5 %)** festgelegt.

Wie bisher droht ein **Honorarabzug**, wenn die Richtgröße überschritten wird und die Me-too-Quote verfehlt und mindestens ein Quotenziel nicht erreicht wird. Andererseits bleibt **Nordrhein Vorreiter bei der Befreiung von der Richtgrößenprüfung**. Immer dann, wenn alle Ziele inklusive der Generikaquote eingehalten werden, wird die Kollegin oder der Kollege von der Wirtschaftlichkeitsprüfung freigestellt.

Die Analysen des **ersten Quartals 2009** zeigen, dass die Quoten mehrheitlich eingehalten werden. Wir sind optimistisch und gehen davon aus, dass im Laufe des Jahres die Erfüllungsquote sogar bei > 90 % liegen kann.

Folie 4

Für das **Gesamtjahr 2008** bestätigte sich für die Me-too-Quoten, dass in allen Fachgruppen bis auf die Nervenärzte, die Quote von durchschnittlich 90 % der Kollegen erreicht wurde.

Das **Heilmittelvolumen** wurde auf den vereinbarten Wert des Vorjahres festgelegt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eines der heißesten Eisen in der jüngsten Vergangenheit war das Thema elektronische Gesundheitskarte bzw. der **Basis-Rollout in Nordrhein**. Als eine seiner ersten Amtshandlungen hat Gesundheitsminister **Kollege Rösler** in einem Brief an unseren Landesgesundheitsminister klargestellt, dass er **keine Bedenken** hinsichtlich der Fortführung des Basis-Rollout hat. Wie Sie wissen, ich auch nicht.

Ich würde wieder so entscheiden und Nordrhein als Startregion zur Verfügung stellen und zwar aus zwei Gründen.

Die Einführung einer **einheitlichen Telekommunikationsplattform** halte ich nach wie vor für not-

wendig. Das wird im Übrigen auch von der neuen Bundesregierung ausdrücklich bestätigt. Denn die Probleme, die durch eine unzureichende kommunikative Vernetzung entstehen, sind nach wie vor immens. Wenn wir uns erinnern, hat ein ganz konkretes Problem, nämlich der Lipobay-Skandal, letztendlich zum beschleunigten Start des eGK-Projektes geführt. Das Problem Arzneimittelsicherheit vor allem unter den Gesichtspunkten Nebenwirkungen und Interaktionen ist noch genauso drängend.

Zum anderen fühle ich mich auch in meiner pragmatischen Haltung bestätigt. Wer zuerst dabei ist, hat am meisten zu sagen, kann gestalten und profitiert am stärksten. Das haben inzwischen auch **zweidrittel der Praxen in Nordrhein** erkannt und die Pauschalen für die neuen Geräte in Anspruch genommen. Gestalterischen Einfluss durch die anwendenden Kolleginnen und Kollegen verspreche ich mir vor allem von den immer noch anstehenden 100.000er Tests. Übrigens: Die **Zahnärzte** haben zu mehr als **85 Prozent** und die **Kliniken gar zu 90 Prozent** die neuen Lesegeräte bereits aufgestellt.

Aber wir müssen auch fragen: Was ist schief gelaufen bei der Operationalisierung dieses großen Projektes? Da wurde in Form der **Gematik** ein riesiger Wasserkopf installiert, der sich mit internen Diskussionen aufhielt und kommunikativ versagt hat. Besser wäre es, wenn die an einem

Tisch gesessen hätten, die das Ganze auch praktisch zu bewältigen haben: **die so genannten Leistungserbringer und die Kostenträger**. Dann hätten technische, medizinische und ethische Aspekte von denen diskutiert werden können, die davon auch etwas verstehen. Auch hier gehe ich mit Minister Rösler d'accord: da muss überprüft und nachgebessert werden.

Wir als KV haben im Übrigen unseren Part erfüllt. Wir haben auf der Basis des SGB V gehandelt und unseren Praxen mehrheitlich zu modernen Lesegeräten verholfen. Der weitere Gang wird von der Bundesregierung bestimmt. Aber zu glauben, dass es keine Telematikplattform, bei der der Patient das entscheidende Sagen hat, geben wird, ist eine Illusion. Deshalb ist die Installation der neuen Geräte auch keine Fehl-, sondern eine **Zukunftsinvestition**.

Noch ein aktuelles Projekt will ich erwähnen: eine Initiative zum **Right-Coding**. Gemeinsam mit den Berufsverbänden werden wir noch in diesem Jahr beginnen.

Was wollen wir? Ich habe es auf dieser Folie zusammengefasst.

Folie 5

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu einem Bilanzbericht über die Entwicklungen der vergangenen Jahre gehört auch ein **Blick auf die innere Verwaltung**. Je besser die internen Abläufe strukturiert sind, desto eher ist es möglich, auch nach außen ein positives Bild zu vermitteln. Wir können heute mit Fug und Recht sagen, dass wir ein gut bestelltes Haus hinterlassen und es bei Herrn Brautmeier in guten Händen wissen.

Vor über 10 Jahren startete er ein **kontinuierliches Verbesserungsprogramm** mit gezielter Personalentwicklung.

Personalentwicklung bedeutet mit Blick auf die Institution, den strategischen, qualitativen und quantitativen Personalbedarf zu erfüllen. Bezogen auf die Mitarbeiter bedeutet sie, dass die jeweiligen Eignungspotentiale zu ermitteln, zu erhalten und zu fördern sind. Die Ziele unserer Personalentwicklung sind klar beschrieben und bis heute noch aktuell. Bereits nach den ersten Trainingsmaßnahmen, die wir durchgeführt haben, war uns bewusst, dass es nicht nur darum gehen kann, Einstellungen von Verhaltensfertigkeiten zu reflektieren und zu trainieren, sondern auch die **Entwicklung von Führungsinstrumenten** eine wichtige Voraussetzung ist, um unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ins-

besondere den Führungskräften eine Orientierung im Arbeitsalltag zu geben.

Der erste Schritt bestand in der Schaffung **strategischer Leitlinien**, die unsere Verantwortung gegenüber den Praxen, den Selbstverwaltungsorganen und mittelbar auch gegenüber den Patienten verbindlich beschreiben.

Auf die **Dienstleistungsorientierung** wird in einem eigenen Instrument, den Service-Leitlinien, eingegangen. Sie ergänzen die strategischen Leitlinien und präzisieren die gewünschten Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber unseren Kolleginnen und Kollegen und Mitarbeitern im Innen- und Außenverhältnis. Wir orientieren uns hierbei an den Kriterien Erreichbarkeit, Freundlichkeit, Verständlichkeit, Kompetenz, Schnelligkeit und Erscheinungsbild.

Informationsflüsse funktionieren in einer Organisation mit über 800 Mitarbeitern nicht auf Zuruf. Auch wenn es profan klingt, aber ein **schriftlich fixiertes Besprechungssystem** hat entscheidend zur Optimierung der internen Informationsflüsse beigetragen.

Neu eingestellte Mitarbeiter durchlaufen nicht nur die verschiedenen Abteilungen im Hause, um ein Gespür für die vielfältigen Aufgaben der KV zu bekommen, sondern

sie werden auch alsbald an die Personalentwicklung herangeführt, denn wir möchten an erster Stelle Dienstleister sein und diesen Gedanken auch bei neuen Mitarbeitern fest verankern.

Die Investition in Personalentwicklung hat sich längst mehrfach bezahlt gemacht. Dies lässt sich am Beispiel der **Organisationsreform** gut darstellen. Aus acht Buchhaltungsabteilungen und acht Personalabteilungen eine und aus sieben Bezirksstellen zwei zu machen, ist kein leichtes Unterfangen.

Ende der 90er Jahre hat die damalige **Vertreterversammlung nach mehreren Anläufen die Organisationsreform** beschlossen und uns mit der Umsetzung beauftragt. Dank der Personalentwicklung waren unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darauf vorbereitet, Veränderungen nicht nur zu akzeptieren, sondern aktiv mitzugestalten. Die Organisationsreform verlief reibungslos und aus heutiger Sicht kann ich feststellen, dass die mit ihr verbundenen Ziele auch tatsächlich erreicht wurden.

Trotz vielfältig gestiegener Aufgaben und einer deutlich größeren Zahl von Praxen hat sich die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von **ehemals über 1.000 auf rund 850** reduziert.

Eine Unternehmensführung, die den Anspruch erhebt, mit zeitgemäßen Instrumentarien zu führen, braucht **ein Qualitätsmanagementsystem**.

Bei der Auswahl eines Qualitätsmanagementsystems haben wir uns u. a. vom Bekanntheitsgrad und der Verbreitung existierender Qualitätsmanagementsysteme leiten lassen und uns schließlich für **die ISO 9001** aus 2000 entschieden. Über 60 Arbeitsgruppen haben ihre Arbeitsprozesse beschrieben, optimiert und mit Hilfe des Visio-Programmes abgebildet. Der Aufwand war die Mühe wert, denn die intensive Befassung mit den Prozessen hat nicht nur die Verbesserung vieler Abläufe initiiert, sondern auch die **Kunden- und damit die Dienstleistungsorientierung** in den Vordergrund gerückt.

Im Jahr **2007** haben wir **das erste Zertifikat der DQS**, der Deutschen Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen, für die erfolgreiche Einführung der Qualitätsnorm ISO 9001 aus 2000 erhalten und sind nicht nur die erste, sondern bislang auch die **einzige KV**, die alle Bereiche einer Zertifizierung unterzogen hat.

Was wir für unsere Landes-KV geschafft haben, nämlich eine **stärkere Vernetzung und Konzentration des Ver-**

waltungshandelns, steckt bezüglich der Zusammenarbeit der KVen untereinander noch in den Kinderschuhen. 17 KVen nehmen im Prinzip die gleichen Aufgaben wahr, indem sie Quartal für Quartal die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen durchführen und das Honorar verteilen. Eine Konzentration der Rechenzentrumskapazitäten auf wenige Standorte drängt sich geradezu auf, aber davon sind wir immer noch weit entfernt.

Wir wollen deshalb jetzt einen anderen Weg gehen und möchten gemeinsam mit der KV Westfalen-Lippe **ein IT-Dienstleistungszentrum** schaffen. Eine Machbarkeitsstudie hat alle Fragen positiv beantwortet.

Wir haben festgestellt, dass **mehr als 80 % der Aufgaben dieser beiden KVen** eine hohe Übereinstimmung oder sogar Deckungsgleichheit aufweisen. Die Machbarkeitsstudie geht beim Personal von einem Synergiepotential von 5 % bei Gründung, 5 % nach 12 Monaten und noch einmal 15 % im zweiten Halbjahr des Regelbetriebs aus. Ziel ist eine deutliche Verringerung der Investitionen in die IT-Software und –Hardware ab 2012. Auch Verwaltungskosten und Mieten stellen sich danach ab 2012 günstiger dar. Die Studie unterstellt, dass das IT-Dienstleistungszentrum gegenüber dem Stand-Alone-Fall **Kostenvorteile von ca. 7 Mio. Euro** bringen wird. Angesichts der Bedeutung der IT für eine KV und der in der

Vergangenheit ständig zum Teil dramatisch steigenden Kosten halten wir die Schaffung des IT-Dienstleistungszentrums für unumgänglich, um künftigen Herausforderungen mit einem angemessenen Aufwand begegnen zu können.

Um etwaige Risiken möglichst auszuschließen, wollen wir den Regelbetrieb des IT-Dienstleistungs-Zentrums mit sechs Quartalen Abrechnungsanpassung und drei Quartalen Parallelbetrieb vorbereiten. Dabei wollen wir offen bleiben für den Beitritt weiterer KVen, den Fokus jedoch eindeutig auf das Kerngeschäft legen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

anfang des Jahres 2004 haben wir die **KV Nordrhein Consult** ins Leben gerufen. Ihre primäre Aufgabe war zunächst die **Beratung und Unterstützung der Praxen im Hinblick auf die Integrierte Versorgung**. Die KV Consult übernimmt in diesem Zusammenhang u.a. folgende Aufgaben: **Vertragsanbahnung und –verhandlung mit Kostenträgern, die administrative Abwicklung von Selektivverträgen sowie die externe Geschäftsführung einer Ärztegenossenschaft**. Außerdem fungiert die KV Consult als Managementgesellschaft im Rahmen eines IV-Vertrages.

Weiterhin bietet die Consult in Zusammenarbeit mit der Akademie ein **Fortbildungsprogramm für Ärzte und Medizinische Fachangestellte** insbesondere zu betriebswirtschaftlichen Themen an. Seit dem Frühjahr 2009 wird außerdem eine mehrmonatige Qualifizierungsmaßnahme für Medizinische Fachangestellte zur „Entlastenden Versorgungsassistentin“ durchgeführt.

Die Consult führt zusätzlich mehrere **Projekte im Auftrag der KV Nordrhein** durch. Zum Beispiel befasst sie sich mit dem Ausbau und der Optimierung der Niederlassungsberatung und übt die Federführung in einem mit Landesmitteln geförderten Projekt zur Entwicklung einer einrichtungsübergreifenden, elektronischen Patientenakte in Düren aus.

Nicht vergessen möchte ich die beiden Online-Produkte der Consult: **die KV-Börse und den KV-PraxisCheck**. Diese wurden gemeinsam mit anderen Partnern realisiert. Bei der KV-Börse handelt es sich um eine Praxisabgabe- und Kooperationsbörse, in der Online-Inserate geschaltet werden können. Der KV-PraxisCheck ist ein Benchmark-Tool, in dem sich eine Praxis online mit betriebswirtschaftlichen Kennziffern der Fachgruppe vergleichen kann.

Und nicht zuletzt bietet die KV Consult die Erstellung von **Expertisen zum Praxiswert** an, was insbesondere beim Kauf bzw. Verkauf von Praxen, bei Fusionen und im Falle von Ehescheidungen nachgefragt wird.

Ich bin der Auffassung, dass sich die KV Consult in den letzten fünf Jahren gut entwickelt hat. Sie ist akzeptiert, etabliert und als Gesprächspartner bei unseren Kolleginnen und Kollegen, bei den Krankenkassen und hausintern gefragt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

erlauben Sie mir nach dieser Tour de force durch das aktuelle KV-Geschehen eine Zäsur. Anlässlich meines letzten Berichts vor diesem Haus möchte ich ein letztes Mal Ihre Aufmerksamkeit für einige grundsätzliche Gedanken zur gegenwärtigen Situation und zur Zukunft unserer KV erbiten.

Die Zukunft der KVen steht und fällt mit einer **klaren und eindeutigen Haltung der Politik zum KV-System**. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP ist eine solche klare Haltung nicht erkennbar. Die Absicht von schwarz-gelb, den KVen mehr Flexibilität in der Honorarpolitik einzuräumen ist ein richtiges Signal – aber auch nicht mehr. Offensichtlich fehlt auch der neuen Regierung

der Mut, sich zu einem Ordnungsrahmen zu bekennen, der für die Erfüllung unseres Auftrags unerlässlich ist.

Ein **Lippenbekenntnis zur Selbstverwaltung**, wie jüngst von der neuen parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, hilft wenig. Im Wahlprogramm von CDU/CSU wollte man der ärztlichen Selbstverwaltung mehr Möglichkeiten geben, „sich wieder als echte Interessenvertretung ihrer Mitglieder zu etablieren“. Wie dies geschehen soll – dazu findet sich nichts im Koalitionsvertrag.

Mit unverbindlichen Plädoyers im Koalitionsvertrag für eine – Zitat – „**moderne Selbstverwaltung**“ ist uns nicht geholfen. Noch viel weniger ist uns geholfen, wenn nun auch noch die Länder in der Sicherstellung mitmischen sollen. Genau das sieht der Koalitionsvertrag vor. Hier finden sich Forderungen der Länder wieder – und allen voran von Minister Laumann –, die eine solche Zuständigkeit in ihrer letzten Gesundheitsminister-Konferenz für sich reklamierten.

Ich halte dagegen: Die seitens der Politik wie ein Mantra beschworene wohnortnahe und flächendeckende Versorgung lässt sich nur dann garantieren, wenn **die Politik den KVen die Kompetenzen und Instrumente belässt**, die für die Erledigung unseres gesetzlichen Auftrags unerlässlich sind. Wenn aber der Sicherstellungsauftrag durch einen artifiziellen Vertragswettbewerb ohne erkenn-

bares Ordnungsprinzip immer weiter ausgehöhlt und die Gesamtvergütung durch beliebige Bereinigungsansprüche auf Dauer regelrecht geplündert wird, dann verliert das KV-Modell in der Tat seinen Sinn.

Auch die **KVen brauchen ein wirtschaftlich tragfähiges Geschäftsmodell**. Und unser Geschäftsmodell ist primär **der Kollektivvertrag**. Ich vertrete schon seit Jahren die Auffassung, dass es darüber hinaus möglichst viele Felder zur Erprobung innovativer Versorgungsansätze geben kann und geben soll. Aber nicht neben und erst recht nicht gegen den Kollektivvertrag, sondern **als Ergänzung** im Rahmen einer übergeordneten Versorgungs- und Ressourcensteuerung. **Um es klipp und klar zu sagen: der Sicherstellungsauftrag ist nicht teilbar.**

Die gegenwärtigen **Varianten des Vertragswettbewerbs** erfüllen dieses Kriterium gerade nicht. Viele davon bilden abgeschottete Versorgungsinseln. Sie verursachen gerade die **Doppelstrukturen**, die die Integrierte Versorgung eigentlich beseitigen soll. Eine Reihe von Verträgen sind in Wahrheit **potemkinsche Dörfer**, die allein für das Marketing der Vertragspartner errichtet wurden. Wieder andere erzeugen **neue und zusätzliche Schnittstellen zur Regelversorgung**, statt sie zu beseitigen.

Die einzigen Innovationen in den vergangenen Jahren, die diesen Namen verdienen, waren und sind – wie wir wissen

– **die Strukturverträge und die DMP**. Beide Versorgungsformen wären ohne die maßgebliche Beteiligung der KVen nicht zu operationalisieren gewesen.

Das KV-System bekennt sich nicht nur in Sonntagsreden zu einer Versorgung jenseits des Kollektivvertrags. Vielmehr haben KBV und KVen dazu viele konzeptionelle und konkrete Beiträge geliefert, z. B. durch die Vertragswerkstatt der KBV.

Die Antwort der Politik bestand jedoch darin, die **KVen aus einer pervertierten Wettbewerbslogik heraus vom Spielfeld auf die Tribüne** zu verbannen. Geradezu grotesk gestaltet sich der Vertragswettbewerb in der Variante des **Paragrafen 73b**.

Mit dem 73b haben die alte und nun leider auch die neue Bundesregierung ein folgenschweres Signal an alle Akteure des Gesundheitswesens gesandt. Dieses Signal heißt übersetzt: **Wer am lautesten brüllt, wird am Ende von der Politik belohnt**. Ich könnte daher den Fachärzten und ihren Verbänden und auch allen anderen Professionen eigentlich nur den zynischen Rat geben: Setzen Sie die Politik und die Öffentlichkeit brutalst möglich unter Druck! Instrumentalisieren Sie die Versicherten! Kein Mittel des Lobbyismus sollte tabu sein! Lernt von Bayern – die Furcht vor wütenden Hausärzten im Wahlkampf ließ erst Beckstein und später dann jenen Horst Seehofer einknicken,

der sich ansonsten gerne in der Rolle des tapferen Widerstandskämpfers gegen den Lobbyismus sonnt. „Zu Kreuze kriechen“ nennen dies nicht wenige und sehnen sich nach Strauß und Stoiber zurück.

Unter diesen Kautelen möchte ich künftig von keinem Politiker mehr die Klage über das Gesundheitswesen als Haifischbecken hören. Denn **wer selbst die Haifische züchtet, sollte sich danach über die Zustände im Becken nicht beklagen.**

Minister Rösler und seinem neuen Team steht die Erkenntnis erst noch bevor, welche **Hypothek die Leerstelle im Koalitionsvertrag zu § 73b** tatsächlich bedeutet. Diese Hypothek ist eine doppelte: Zum einen hat sich die Politik mit dem Schiedsverfahren nach § 73b darauf eingelassen, die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen an der Selbstverwaltung vorbei in die eigene Hand zu nehmen. Auf diesem Weg wünsche ich der Politik eine gute Reise. Sie dürfte die Geister, die sie damit gerufen hat, so schnell nicht wieder loswerden.

Paragraf 73b bedeutet zum anderen vor allem **ver-**
sorgungspolitisch einen Rückschritt. Die geltende Rechtslage **verschärft** die innerärztlichen Verteilungskonflikte und **vertieft** die Gräben zwischen den Fachgruppen und Versorgungsbereichen. Wir alle sind uns über die Notwendigkeit einer effektiven Versorgungssteuerung

durch die Hausärzte einig. Umso mehr bedauere ich, dass der Beginn einer solchen Steuerung unter den Bedingungen des § 73b von Anfang an vergiftet ist.

Dies ist nicht nur die Überzeugung vieler Kolleginnen und Kollegen und unserer Vertragspartner in Nordrhein. Nein, die Empörung reicht von der Wissenschaft bis hin zu SPD-nahen Experten. So findet ein im Juli vorgestelltes Gutachten des Finanzministeriums über eine „Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland“ sehr deutliche Worte: „**Weitgehend pervertiert**“ erachten die Autoren Rürup, Wille, das IGES und das Deutsche Institut für Wirtschaftsförderung den Ansatz wettbewerblicher Selektivverträge für hausarztzentrierte Versorgung durch den § 73b.

In einem ersten Entwurf des Koalitionsvertrags machte sich **die FDP** noch stark für eine Veränderung des § 73b. Ihrer Auffassung nach führe die Pflicht zum Abschluss „zu Problemen im kollektivvertraglichen Bereich und unterhöhle den Grundsatz der Vertragsfreiheit sowie die freie Arztwahl.“ Wie wahr – und wie flüchtig!

Denn wie sieht die Einigung aus? Drei Jahre will man nun Verträge zählen und – so Annette Widmann-Mautz – „genau beobachten“, welche Wirkung die Hausarztverträge haben, ob die Qualität gesteigert und Einsparungen generiert wurden. Dabei werden sicherlich die nunmehr erst für

Mitte 2010 vom Hausarztverband in Aussicht gestellten Auswertungen hilfreich sein. Weitere **drei Jahre Trial and Error** – dies ist für alle Beteiligten außerhalb des Verbandes eine Zumutung. Die Schiedsämter werden Sprüche fällen, die Kassen zu Vertragsabschlüssen gezwungen. Und die KVen? Uns glaubt man offensichtlich in einen dreijährigen Dornröschenschlaf schicken zu können. Da wohl niemand an dieses Märchen glauben mag, bleibt nur die Interpretation, dass eine **weitere Schwächung der KVen** bewusst in Kauf genommen wird.

Doch die Politik selbst und unser gesamtes Staatswesen profitiert von einer **handlungsfähigen Selbstverwaltung**. Es gibt daher auch keinen Grund, die Politik untertänigst um das Fortbestehen der KVen zu bitten. Hingegen fordere ich von der Politik, dass sie sich endlich zu **einer klaren und verlässlichen Haltung zum KV-System** durchringt und konsequent danach handelt.

Sollte sich die Politik dazu entschließen, diese Körperschaft aufzulösen, so wird die Ärzteschaft rasch neue Formen der Interessenvertretung finden. Dann aber als **gewöhnliche Lobby und ohne jede Verpflichtung zum Gemeinwohl**. Das zumindest sollte die Politik wissen. Und sie sollte den Mut haben, es auch den 70 Millionen GKV-Versicherten zu sagen.

Ebenso deutlich fordere ich von der neuen Bundesregierung eine klare ordnungspolitische Positionierung und eine **eindeutige Haltung zum Wettbewerb im Gesundheitswesen** ein. Das bereits zitierte Gutachten des Bundesfinanzministeriums sieht bislang nicht hinreichend belegt, dass der verstärkte Wettbewerb zu mehr Effizienz der Gesundheitsversorgung geführt habe.

Während es sich bei der Versorgungssteuerung durch die „gemeinsame Selbstverwaltung“ noch um einen einigermaßen ausgeglichenes „bilaterales Monopol“ handelte, wird es in den letzten Jahren in Verbindung mit einer zunehmenden Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen durch Selektivverträge ausgehöhlt. Wenngleich vor-dergründig das Argument eines zwingenden Suchprozesses zur Verbesserung der Versorgung bemüht wird, leitet die selbst im harten Wettbewerb stehenden Kostenträger primär die **Hoffnung auf nachhaltige Kostensenkungen**.

Vor dem Hintergrund, dass Wettbewerb definitionsgemäß Vertragsfreiheit einschließt, ist der **§ 73b allerdings geradezu wettbewerbsfeindlich**. Um die Kassen in Hausarztverträge außerhalb der KVen regelrecht zu zwingen, schuf man flink ein **Monopol** – ungeachtet dessen, dass es gute Hausarztverträge mit den KVen - oftmals in Kooperation mit dem Hausarztverband – bereits gibt. Und nicht so ge-

nau nimmt man dann auch, dass es sich bei dem Vertragspartner eben nicht um eine Körperschaft des Öffentlichen Rechts handelt, sondern um eine **rein privatrechtliche Organisation**.

Nun sollte man Politikern nicht generell unterstellen, dies alles erfolge ohne **klares Kalkül**. Was könnte ein solches Kalkül sein, zumal auch die neue Bundesregierung die aktuelle Rechtslage offensichtlich noch nicht oder nicht mehr verändern will? Beobachter dieser vermeintlich irrationalen Politiksteuerung kommen zu der Annahme, letztlich berge der Paragraph strukturelle Konsequenzen, die in der Konsequenz den Weg in **Versorgungssysteme a la Großbritannien und Skandinavien** ebnen. Dies hieße, der vermeintlich schnelle und lukrative Erfolg euphorischer Verbandsfunktionäre hat einen hohen Preis. Und zwar den der zunehmenden und ggf. auch unumkehrbaren **unmittelbaren Abhängigkeit von den Kostenträgern**. Dann haben wir den **Kassenarzt im wahrsten Sinne des Wortes**.

Dies könnte eine Strategie sein, die zweifelsohne immensen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu bewältigen. **Professor Beske** führt uns immer wieder vor Augen, dass unser gegenwärtiges System der wachsenden Zahl alter und multimorbider Menschen auf Dauer nicht gewachsen ist. Vor diesem Hintergrund ist der

erste Schritt in Richtung **Kapitaldeckung bei der Pflegeversicherung** ein durchaus richtiger. Doch solange eine Finanzreform der GKV aussteht, müssen andere Wege gesucht werden, Kosten zu kontrollieren und Versorgungsstrukturen zu reformieren.

In der Koalitionsvereinbarung ist zu lesen, dass **MVZ** grundsätzlich nur von Ärzten betrieben werden sollen. Dabei plant man allerdings eine **entscheidende Ausnahme: Krankenhäuser resp. Krankenhausketten** sollen die Versorgung in den Regionen übernehmen können, die unterversorgt sind. Matthias Schrappe, Mitglied des Sachverständigenrats, prophezeit, dass einzelne Träger künftig wie in den USA für eine Pauschale die **Gesamtversorgung einer Region** organisieren werden. Er wie auch führende Beratungsunternehmen sehen in der Vereinbarung eines Regionalbudgets das größte Potential, um eine dauerhafte Versorgungssicherheit zu erreichen. Und Unternehmensberater wie McKinsey gehen davon aus, dass Kommunen in absehbarer Zeit zur Bedingung für den Verkauf einer Klinik machen, dass diese auch die ambulante Versorgung übernimmt. **Klinikkonzerne** haben somit auch ein großes Interesse an unattraktiven Regionen, um weitere Marktanteile zu gewinnen.

Bei all diesen Planspielen kommen die KVen letztlich nicht vor. Hartmut Reinders sieht in der Konsequenz dann auch

den **Sicherstellungsauftrag bei den Ländern und bei den Krankenkassen**. In einem solchen Szenario stört geradezu die Institution, die zum **Schutz der Kollegen vor der Übermacht der Kassen** etabliert wurde. Sie nachhaltig zu schwächen, macht Sinn vor dem Hintergrund einer übergreifenden Strategie, die Macht der Kassen zu stärken und den Prozess der **Deprofessionalisierung der Ärzteschaft** voranzutreiben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vielleicht werden Sie angesichts dieser nicht unwahrscheinlichen Zukunftsperspektiven darin bestärkt, sich bei der Ausübung Ihres Mandats trotz aller Widrigkeiten **für den Erhalt und die Weiterentwicklung unserer KV** einzusetzen. Ich habe von dieser Stelle aus, aber auch immer wieder in Berlin meine unbeirrbar Überzeugung dargelegt, dass man dabei **nicht zwei Herren gleichzeitig dienen** kann. Und dies vor allem dann nicht, wenn die Voraussetzung für die volle Lebensfähigkeit des einen die Inkaufnahme der Schwächung und Abkopplung des anderen ist. Ich kann mir bis heute nicht vorstellen, dass man für den Erhalt und die Weiterentwicklung einer Institution mit Überzeugung kämpfen kann, wenn man sich im Inneren vielleicht schon von ihr verabschiedet hat.

Klaus Enderer und mir lag in den vergangenen Jahren primär daran, **unsere Institution im Kern zu sanieren** und

alle denkbaren **Spielräume einer Reformierung** zu nutzen. Wir haben uns in der Verantwortung gesehen, unseren Kolleginnen und Kollegen Angebote für die Zukunft zu machen und sie für die neue Welt neuer Versorgungsformen geschäftsfähig zu machen. Dabei ging es um die berechtigten Interessen aller unserer Kolleginnen und Kollegen.

Gesamtverantwortung zu übernehmen und zu tragen, war eine wenig spektakuläre und gleichermaßen schwierigere Aufgabe in einer Zeit, in der externe Gegner mit Häme die **Autoaggression in unseren Reihen** beobachten und der **Spaltpilz innerhalb der Ärzteschaft** Nahrung suchte und fand. Nach meiner festen Überzeugung gibt es langfristig **keine Alternative zum engen Schulterschluss** der Ärzteschaft. Wir machen es uns zu leicht, wenn wir die Ursachen für unsere heutige Lage ausschließlich in einer verfehlten Politik suchen würden. Sie liegen **auch innerhalb unserer eigenen Organisation**, auf die ich abschließend noch einen Blick werfen möchte.

Das **KV-System** legitimiert sich nicht aus sich selbst heraus. Die Praxen messen uns daran, wie wir unser Kerngeschäft erledigen. Sie erwarten von uns eine **verlässliche Honorarperspektive**. Aus der Sicht vieler Kolleginnen und Kollegen ist das KV-System aber genau dazu derzeit nicht in der Lage. Diejenigen, die allein auf-

grund der Arithmetik der Honorarverteilung reale Einkommensverluste erleiden, werden den Omnibus der KV an der nächstbesten Haltestelle verlassen, sofern sie für sich die Chance sehen, in ein für sie geeignetes Fahrzeug umzusteigen.

Wir sind in einer Situation, in der wir die gravierenden Fehlentwicklungen perfekt analysieren, aber kaum korrigieren können. Ein Teil unserer **Handlungsunfähigkeit** – dabei bleibe ich – ist von der Politik über Jahre hinweg bewusst herbeigeführt worden. Ein anderer Teil ist vom KV-System selbst zu verantworten. Nicht nur innerhalb, sondern erst recht zwischen den KVen mangelt es am **Willen und an der Fähigkeit zur Solidarität**. Ich kann nur hoffen, dass die Gemeinschaft der KVen und somit aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten daran nicht zerbricht.

Gestatten Sie mir abschließend einen Hinweis auf den im letzten Jahr verstorbenen liberalen Denker Lord Dahrendorf. Für ihn gab es **Freiheit nur in einer verbindlichen Ordnung**, Rechte nur auf einem festen Fundament von Pflichten. Sein letztes großes Projekt war die Leitung der „Zukunftskommission des Landes Nordrhein-Westfalen“, der Abschlussbericht trägt den Titel „Innovation und Solidarität“. Dahrendorf warb hier wie schon Jahrzehnte zuvor für die Nutzung wirtschaftlicher Dynamik zur Verbesserung

der Lebensverhältnisse bei Wahrung des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Die **Sicherung von Prosperität und Wahrung von Solidarität** könnte auch ein Credo für unser Gesundheitswesen sein.

Es gibt viele gute Gründe, heute dankbar auf die vergangenen Jahre zurückzublicken. **Mein Dank** gilt zunächst Klaus Enderer, mit dem ich gute Jahre einer intensiven und vertrauensvollen Zusammenarbeit verbringen durfte. Mein Dank gilt der Geschäftsführung, aber auch jeder einzelnen Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter. Und nicht zuletzt danke ich all jenen hier im Raum, die uns auch und gerade nach unserer Kündigung am 5. Juni Vertrauen und Loyalität entgegen gebracht haben.

Rudolf Virchow, der große in Würzburg und Berlin wirkende Arzt, gehörte eine Zeit lang sowohl dem preußischen Landtag wie auch dem Reichstag an. Er hat die Medizin einmal als eine **soziale Wissenschaft** bezeichnet und für die Politik festgestellt, sie sei nichts Anderes als Medizin im Großen.

Da das auch nach meinem Verständnis so ist, lautet mein heutiger **Abschiedswunsch** an Sie: Bleiben Sie oder werden Sie wieder **gute Interessenvertreter** für unsere Kolleginnen und Kollegen, damit diese weiter gute Ärztinnen und Ärzte für die Menschen im Lande sein können.

**Ich wünsche dem neuen Vorstand eine glückliche
Hand, Ihnen und Ihren Familien Gesundheit und Wohl-
ergehen.**