

**Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Beisitzer Ärzte**

**Bericht für die GRPG Mitgliederversammlung am 9.4.2011 in Berlin:**

### **Jahres-Rückblick 2010 und Ausblick auf 2011:**

Die Schwerpunkte in der innerärztlichen und öffentlichen Diskussion des Jahres 2010 waren die Kontroverse zwischen den Haus- und Fachärzten, insbesondere durch die Abschlüsse von Selektivverträgen ohne die Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich um ihren Fortbestand und Möglichkeit, den Sicherstellungsauftrags zu erfüllen, sorgen. Daneben herrschte die Frage des drohenden Ärztemangels und der Bedarfsplanung vor. Einen hohen Stellenwert hatte erwartungsgemäß die ärztliche Honorierung in Klinik und Praxis, insbesondere die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den KVen und den Arztgruppen. Im medizinethischen Bereich hatte die Präimplantationsdiagnostik (PID) eine hervorgehobene Bedeutung.

Neben der Beleuchtung des politischen Umfelds werden diese Themen anhand von Zitaten aus dem Deutschen Ärzteblatt im zeitlichen Ablauf des Jahres 2010 dargestellt.

### **Politisches Umfeld**

#### **Neujahrsempfang der deutschen Ärzteschaft: Kulturveranstaltung<sup>1</sup>**

[...] Doch eine Botschaft überbrachte der Minister unmissverständlich: Im Bundesgesundheitsministerium herrscht eine neue Geisteshaltung gegenüber Ärztinnen und Ärzten. „Sie erbringen tagtäglich gute Leistungen und tun es nicht wegen, sondern trotz unseres komplexen, komplizierten und manchmal auch verkorksten Gesundheitssystems“, erklärte er unter dem Applaus der circa 650 geladenen Gäste im KaDeWe. „Wir glauben, dass Sie sehr wohl wissen, was Sie tun. Wir wollen Ihnen mehr zutrauen.“ Und schließlich: „Wir müssen zu einer Mentalitätsänderung kommen. Wir müssen Schluss machen mit der um sich greifenden Kontrollitis. Wir brauchen eine neue Kultur des Vertrauens.“ [...]

#### **KBV-Vertreterversammlung<sup>2</sup>: Honorarzuwachs und Bürokratiemonster<sup>3</sup>**

Was hat das KV-System erreicht? Welche Aufgaben und Konflikte werden die nächsten Jahre prägen? Darüber diskutierte die Vertreterversammlung – zum letzten Mal in dieser Amtsperiode.

Welcher Vorstand die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vom Frühjahr 2011 an führen wird, ist offen. Noch sind nicht alle Wahlen in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) abgeschlossen, und so lange halten sich die amtierenden KBV-Vorstände, Dr. med. Andreas Köhler und Dr. med. Carl-Heinz Müller, mit Interessensbekundungen an einer zweiten Amtszeit zurück. Es zeichnet sich aber schon ab, dass KBV-kritische Organisationen wie der Deutsche Hausärzterverband oder Medi erheblich an Einfluss gewonnen haben.<sup>4</sup>

Köhler und Müller zogen bei der letzten Vertreterversammlung (VV) der zurückliegenden sechsjährigen Amtsperiode am 3. Dezember Bilanz und skizzierten die Herausforderungen der Zukunft. Die vergangenen Jahre „haben uns als Mandatsträgern und vor allem den Vertragsärzten und -psychotherapeuten einiges abverlangt“, sagte Köhler. „Vor allem der Richtungsstreit zwischen Kollektivvertrag und Selektivvertrag hat uns in schädliche Grabenkämpfe gezwungen.“ In der nächsten

<sup>1</sup> Osterloh, Falk: Dtsch Arztebl 2010; 107(4)

<sup>2</sup> VV am 3.12.2010

<sup>3</sup> Rieser, Sabine: Dtsch Arztebl 2010; 107(49)

<sup>4</sup> Inzwischen sind Dr. Köhler und Dr. Müller für die nächste Amtsperiode gewählt worden

Amtsperiode stehe diese Grundsatzfrage aber erneut zur Debatte, prognostizierte der KBV-Vorstandsvorsitzende.

Er verwies darüber hinaus auf die Erfolge der Honorarpolitik: Standen im Jahr 2004 insgesamt 26 Milliarden Euro an Honorar für die ambulante ärztliche Versorgung zur Verfügung, so werden es 2011 mehr als 32 Milliarden Euro sein. [...]

Am Ende forderte die VV den KBV-Vorstand auf, die Kodierrichtlinien nachzubessern. Man solle die AKR im ersten Halbjahr 2011, wenn die Übergangsphase der Einführung läuft, „an die Bedürfnisse der Praxis, insbesondere im hausärztlichen Bereich“, anpassen. Die KBV-Führung solle zudem dafür Sorge tragen, dass die Umsetzung in den Praxisverwaltungssystemen optimal gestaltet werde. [...]

KBV-Vorstand Müller hatte auf Fortschritte in seinen spezifischen Arbeitsbereichen verwiesen. „Mit dem Auf- und Ausbau der Online-Dienste, etwa der elektronischen Dokumentation, sind wir auf einem guten Weg zur Verwaltungsvereinfachung“, sagte er. Für das kommende Jahr stellte Müller den Vertragsärzten ein zeitnahes Feedback der KVen über ihr Arzneiverordnungsverhalten in Aussicht. Dafür können sie sich künftig in ein geschlossenes KV-Portal einloggen.

## **Hausarzt/Facharzt – Kollektiv- vs. Selektivverträge**

### **Erster Selektivvertrag für Kardiologen: Das Geld soll der Leistung folgen<sup>5</sup>**

Im Südwesten soll auch die kardiologische Versorgung aus dem KV-System herausgelöst werden. Die Ärzte versprechen sich davon unter anderem höhere Honorare.

Den ersten Facharztvertrag nach § 73 c SGB V haben die AOK Baden-Württemberg, der Medi-Verbund und der Bundesverband niedergelassener Kardiologen (BNK) am 10. Dezember 2009 in Stuttgart unterzeichnet. Sobald sich 50 Prozent der circa 180 Kardiologen und 120 kardiologisch tätigen Internisten im Südwesten in den Vertrag eingeschrieben haben, können sich auch die Versicherten der AOK beteiligen, die bereits am AOK-Hausarztvertrag teilnehmen.

### **Hausarztverträge: Zähes Geschäft<sup>6</sup>**

Als „gewaltigen Schritt in die Tarifautonomie der Hausärzte“ hat der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbands, Ulrich Weigeldt, den Abschluss der ersten beiden Schiedsverfahren zur hausarztzentrierten Versorgung bezeichnet. Seit 1. Januar gelten Verträge zwischen dem Bayerischen Hausärzteverband und 69 Betriebskrankenkassen sowie zwischen dem Hausärzteverband Bremen und der dortigen AOK. Blaupause ist der Vertrag von Hausärzteverband, Medi-Verbund und AOK Baden-Württemberg aus dem Jahr 2008, der als erster an der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorbei die hausärztliche Versorgung organisiert und die Vergütung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte neu geregelt hat. Mit ihrer Orientierung an diesem Vorreitervertrag haben die Schiedspersonen Dr. Klaus Engelmann, Bundessozialrichter a. D., und Dr. Arnold Knigge, Staatsrat in Bremen a. D., die Linie des Deutschen Hausärzteverbandes bestätigt, der reine „Add-on-Verträge“ mit Beteiligung der KVen ablehnt. Die Kassen wiederum hatten sich genau dafür im Schiedsverfahren eingesetzt. Engelmann begründete seinen Schiedsspruch sinngemäß damit, dass der Gesetzgeber § 73 b SGB V im vergangenen Jahr nicht verschärft hätte, wenn er weiterhin auf Add-on-Verträge setzen würde.

### **Kollektivvertrag: KBV und Barmer rücken zusammen<sup>7</sup>**

Andreas Köhler, KBV-Vorsitzender: „Alles, was teuer ist, bleibt im Kollektivvertrag.“

In Deutschland schaffen immer mehr selektive Vollverträge nicht nur in Bezug auf die Honorarverteilung Tatsachen. KBV-Chef Köhler warnt, das werde der Kollektivvertrag nicht lange aushalten[...]. Einigkeit bestand zwischen dem KBV-Vorstandsvorsitzenden, Dr. med. Andreas Köhler, und der Vorstandsvorsitzenden der Barmer-GEK, Birgit Fischer, darüber, dass der Kollektivvertrag die Basis einer flächendeckenden Patientenversorgung bleiben müsse.

<sup>5</sup> Schmidt, Klaus : Dtsch Arztebl 2010; 107(1-2)

<sup>6</sup> Korzilius, Heike : Dtsch Arztebl 2010; 107(7)

<sup>7</sup> Osterloh, Falk: Dtsch Arztebl 2010

„Wir sehen Selektivverträge als ein ergänzendes Instrument zur Förderung von innovativen Versorgungsformen“, erklärte Köhler. Auch die Vorsitzende der größten Krankenkasse Deutschlands stellte klar, dass der Kollektivvertrag absolut notwendig sei und Selektivverträge immer nur eine Ergänzung darstellen könnten. Selektive Vollverträge würden jedoch dafür sorgen, dass der Kollektivvertrag in wenigen Jahren nicht mehr leistungsfähig sei, prophezeite Köhler. Denn der Wettbewerb zwischen Kollektiv- und Selektivvertragssystem sei unfair. „Wie sollen wir attraktive Vertragspartner sein, wenn wir Regressprüfungen durchführen müssen, während diese Dinge in Selektivverträgen nicht enthalten sind?“, fragte der KBV-Vorsitzende. „In diesem Wettbewerb haben wir keine Chance zu bestehen.“ [...]

Einigkeit bestand auch bei dem Streitthema Hausarztverträge. „Zwangsmonopole ohne Aufsichtsbehörden sind eine Sackgasse“, erklärte Köhler mit Blick auf das Verhandlungsmonopol des Deutschen Hausärzteverbandes. Und Fischer antwortete auf die Frage, welche Probleme in der Versorgung die Hausarztverträge tatsächlich lösten und ob sie ein Beitrag seien, Schnittstellen zu überwinden: „Nein, im Gegenteil. Sie bilden neue Schnittstellen zwischen Hausärzten und Fachärzten. Dadurch vergrößern sich die Probleme nur.“ Die Barmer-GEK strebe daher keinen Vollvertrag mit dem Hausärzteverband an. „Wir wollen trilaterale Gespräche unter Einbeziehung der KBV, wir wollen Add-on-Verträge“, betonte Fischer. „Wir werden nicht ohne weiteres akzeptieren, was von den Schiedsämtern kommt. Denn nach den Schiedsverfahren werden wir viel mehr Geld ausgeben müssen – und das in der jetzigen Situation.“

### **Selektivverträge: AOK und Medi schließen weitere Facharztverträge<sup>8</sup>**

Die AOK Baden-Württemberg hat Mitte Juli dem Medi-Verbund Dienstleistungs GmbH den Zuschlag für die Umsetzung von Facharztverträgen in den Bereichen Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie gegeben. „Nach intensiver Prüfung der eingegangenen Angebote haben wir uns für den Medi-Verbund entschieden, da er über eine entsprechend qualifizierte Managementstruktur verfügt, welche die hohen Vertragsanforderungen erfüllen kann“, sagte Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Der Medi-Vorsitzende, Dr. med. Werner Baumgärtner, betonte: „Das war ein notwendiger Schritt, um die fachübergreifende wohnortnahe ärztliche Versorgung auszubauen.“

Die Verhandlungen über die Details sollen in Kürze beginnen. „Unser Ziel ist es nun, die Vertragsverhandlungen konsequent und solide voranzubringen. Die Verträge sollen 2011 in Kraft treten, damit unsere Versicherten deren Vorteile so bald wie möglich nutzen können“, erklärte Hoberg. Die AOK Baden-Württemberg und Medi haben schon Facharztverträge nach § 73 c Sozialgesetzbuch V für die Bereiche Kardiologie und Gastroenterologie abgeschlossen. Neben einer besseren Vergütung für die Ärzte sollen die Verträge auch den Versicherten Vorteile bringen. Dazu gehören nach Angaben der AOK erstklassig ausgestattete Praxen, verkürzte Wartezeiten und die Zuzahlungsbefreiung für viele Medikamente.

### **Hausärzte: „Die Zeit der Friedlichkeit ist vorbei“<sup>9</sup>**

Der Hausärzteverband fürchtet um seine mühsam errungene „Tarifautonomie“. Denn im Zuge der Gesundheitsreform sollen die Honorare in den Hausarztverträgen auf das Niveau der Regelversorgung sinken. Jetzt gehen die Mitglieder auf die Straße.

Hausärzte fordern: Schluss mit der Umsonst-Medizin“, „Krankenkassen: Verweigerung einer hausarztzentrierten Versorgung“, „Erst stirbt die Praxis, dann stirbt der Patient“ – Mit diesen und ähnlichen Transparenten protestierten Hausärzte, deren Mitarbeiterinnen und Patienten am 15. September vor und in der Essener Grugahalle gegen die Reformpläne von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP). Er will die Honorare in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) an die der Regelversorgung angleichen. Höhere Honorare dürfen nur noch dann gezahlt werden, wenn sie durch Einsparungen an anderer Stelle gegenfinanziert werden können. Zwar tastet der vorliegende

<sup>8</sup> mei: Dtsch Arztebl 2010; 107(33)

<sup>9</sup> Korzilius, Heike; Osterloh, Falk: Dtsch Arztebl 2010; 107(38)

Gesetzentwurf die Pflicht der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in erster Linie mit dem Hausärzteverband (§ 73 b SGB V) nicht an. Außerdem gilt für bestehende Verträge Bestandsschutz. Der Hausärzteverband befürchtet jedoch, dass die geplante Honorarangleichung neue HzV-Verträge gänzlich unattraktiv macht.

„Wir müssen uns wehren gegen eine Politik, die die Abschaffung der hausarztzentrierten Versorgung zur Folge hat“, forderte deshalb der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes (HÄV), Ulrich Weigeldt, in Essen. [...] Weigeldt machte seinem Ärger Luft: „Ich bin von keinem Gesundheitsminister so verschaukelt worden wie von diesem“, erklärte er. Rösler habe nie einen Hehl daraus gemacht, dass er § 73 b nicht möge.[... ]

Hart ins Gericht ging Weigeldt auch mit der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): „Sie lösen die Probleme nicht, sie schaffen sie“, sagte er mit Blick auf eine seiner Ansicht nach unstrukturierte und häufig geänderte Weiterbildungsordnung sowie eine intransparente und ungerechte Honorarordnung.

Die Zukunft liegt für Weigeldt in direkten Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. [...]„Das ist heute ein guter Auftakt“, sagte er zu den Protestierenden in der Grugahalle, „wir müssen die Blockade von KVen und Krankenkassen durchbrechen und die Tarifautonomie Wirklichkeit werden lassen.“ Denn ins „Gefängnis der KV“ wollten die Hausärzte nicht zurückkehren. [...]

Kritik an den Protesten kam vonseiten der Krankenkassen. Die vielfachen Praxisschließungen seien ein „Verstoß gegen ärztliche Pflichten“, erklärten die Kassen in Nordrhein-Westfalen. Ziel der anstehenden gesetzlichen Regelung zu den Hausarztverträgen sei es, exorbitante Honorarsteigerungen ohne Mehrleistungen zu begrenzen. Ein Hausarztvertrag dürfe nicht als Vehikel zur Einkommensverbesserung der Hausärzte missbraucht werden. [...]

Um die „schlimmsten Auswüchse“ zu verhindern, rief Weigeldt in seiner Rede die Hausärzte dazu auf, sich an den noch anstehenden KV-Wahlen zu beteiligen: „Das KV-System wird uns noch eine Weile erhalten bleiben. Deshalb werden wir gut daran tun, das zu beeinflussen, was zu beeinflussen ist.“

### **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Hausarzt dringend gesucht<sup>10</sup>**

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Allgemeinmediziner hat sich dafür ausgesprochen, hausarztzentrierte Versorgungsmodelle weiter zu fördern. Ansonsten werde sich der Hausärztemangel noch verschärfen.

### **Hausarztverträge: Zweifel an Einsparungen<sup>11</sup>**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat Zweifel an der Höhe der Einsparungen geäußert, die Hausärzte nach Angaben der AOK Baden-Württemberg im dortigen Hausarztvertrag mit dem Medi-Verbund und dem Hausärzteverband verwirklicht haben. Der stellvertretende Vorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, hatte das Volumen für 2010 auf 30 Millionen Euro beziffert.

Experten der KBV halten diese Summe für zu hoch. Das belegten sogar die Zahlen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen. Nach KBV-Angaben werden die Arzneimittelausgaben bei allen Haus- und Fachärzten in Baden-Württemberg 2010 um sieben bis acht Millionen Euro sinken. Zwar hätten sich die Verordnungen in Baden-Württemberg 2009 und 2010 unterdurchschnittlich entwickelt, die Verordnungen für AOK-Versicherte durch Hausärzte hätten daran aber keinen Anteil. Diese seien im dritten Quartal 2010 um 4,7 Prozent teurer gewesen als im Bundesdurchschnitt der Hausärzte, die AOK-Versicherte behandelten. HK

### **Hausarztverträge in Bayern: AOK und Ersatzkassen kündigen fristlos<sup>12</sup>**

<sup>10</sup> Korzilius, Heike: Dtsch Arztebl 2010; 107(40)

<sup>11</sup> Korzilius, Heike: Dtsch Arztebl 2010; 107(48)

<sup>12</sup> Hibbeler, Birgit; dapd: Dtsch Arztebl 2010; 107(51-52)

Nach der AOK haben nun auch die Ersatzkassen in Bayern ihren Hausarztvertrag mit dem Bayerischen Hausärzteverband (BHÄV) fristlos gekündigt. Damit reagieren beide Kassen nach eigenen Angaben darauf, dass der Verband seine Mitglieder zur Rückgabe ihrer Kassenzulassung aufruft. Eine „finale Ausstiegsveranstaltung“ fand am 22. Dezember in Nürnberg statt (nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe).

Wer zum Ausstieg aus der vertragsärztlichen Versorgung aufrufe, handle nicht nur „grob fahrlässig, sondern zutiefst verantwortungslos“, teilte der Ersatzkassenverband mit. Die AOK Bayern betonte, man stehe zur Idee der Hausarztverträge, es sei jedoch unzumutbar, mit einem Verband zusammenzuarbeiten, der sich in zentralen Fragen der Sozialgesetzgebung rechtswidrig verhalte und den Vertragspartner verunglimpfe. „Wir können nicht zulassen, dass unsere Versicherten zum Spielball der machtpolitischen Ambitionen des BHÄV werden“, begründete AOK-Landeschef Helmut Platzer die Kündigung.

Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) warnte die Hausärzte davor, ihre Kassenzulassung zurückzugeben. Jeder solle sich die Folgen eines Ausstiegs überlegen, sagte Söder. „Die Rückgabe ist ein One-Way-Ticket. Wer draußen ist, ist draußen.“ Er rate den Hausärzten deshalb, vorher mit dem Ehepartner und der Bank zu reden. Berufsinteressen dürften außerdem nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden.

„Markus Söder hat ganz offen das Lager gewechselt: Statt wie versprochen die Hausärzte zu unterstützen, ist er inzwischen einer ihrer größten Kritiker. Kein Wunder, dass viele Hausärzte Söder nun der offenen Lüge bezichtigen“, kommentierte der BHÄV. BH/dapd

### **Hausarztzentrierte Versorgung: Attraktivität auf die Probe gestellt<sup>13</sup>**

Zum Jahresbeginn tritt mit dem GKV-Finanzierungsgesetz die erste Gesundheitsreform von Union und FDP in Kraft. In einer Serie befasst sich das Deutsche Ärzteblatt mit den Auswirkungen des Gesetzes auf die Ärzte. [...]

Nun gilt, dass die Honorare für Hausärzte in Verträgen nach § 73 b SGB V begrenzt werden, sofern diese nach dem 22. September 2010 geschlossen wurden. In diesen Fällen müssen die Vertragsparteien den Grundsatz der Beitragssatzstabilität einhalten. Diese Bedingung gilt nach dem Gesetz als erfüllt, „wenn sich die vereinbarten Vergütungen an den in der kollektivvertraglichen hausärztlichen Versorgung geltenden Vergütungen orientieren“. Dadurch erhofft sich die Koalition Einsparungen von bis zu 500 Millionen Euro. [...]

Höhere Vergütungen sind zwar auch künftig zulässig, jedoch nur, wenn sie aus Effizienzsteigerungen und Einsparungen zum Beispiel bei Arzneimittelverordnungen erwirtschaftet werden. Die Koalition begründet die Vergütungsbegrenzungen damit, dass höhere Honorare in Hausarztverträgen weder gegenüber den Beitragszahlern noch gegenüber Hausärzten in der kollektivvertraglich geregelten Versorgung zu rechtfertigen seien.

Auch Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung hinausgehen, müssen Krankenkassen bei neuen Verträgen künftig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanzieren, die sie aus den Verträgen nach § 73 b erzielt haben. Diese Möglichkeit hatten die Vertragspartner bereits zuvor, sie war jedoch nicht verpflichtend. [...]

Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung polarisieren. Während der Hausärzteverband in ihnen die einzige Möglichkeit sieht, um die hausärztliche Versorgung vor allem auf dem Land aufrechtzuerhalten, warnt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) davor, dass HzV-

---

<sup>13</sup> Osterloh, Falk; Rieser, Sabine: Dtsch Arztebl 2010; 107(51-52)

Vollversorgungsverträge den Fortbestand des Kollektivvertrags gefährdeten, ohne dass es Belege dafür gebe, dass sie die Patientenbehandlung oder die Wirtschaftlichkeit verbesserten.

Auch die Kassen sind in ihrer Bewertung uneins. Während Barmer-GEK, DAK, AOK Rheinland/Hamburg und KKH-Allianz Zusatzkosten durch flächendeckende Hausarztverträge in Milliardenhöhe befürchten, sprach die AOK Baden-Württemberg von Einsparungen durch ihren HzV-Vertrag mit dem Medi-Verbund und dem HÄV in Höhe von 30 Millionen Euro im Jahr 2010. Die KBV bezeichnete diese Zahl jedoch umgehend als zu hoch.

Nach Angaben der AOK Baden-Württemberg haben sich im Verlauf von mehr als zwei Jahren knapp ein Viertel aller Versicherten in den Hausarztvertrag eingeschrieben. Der stellvertretende Vorsitzende der Kasse, Dr. Christopher Hermann, räumte allerdings in der Anhörung zum Gesetz ein: „Aufgrund der intensiven Förderung durch alle Vertragspartner scheinen diese Werte kaum in die Fläche übertragbar.“

Die Effizienzvorteile des Hausarztvertrags sind aus seiner Sicht offenkundig. So werden nach seinen Worten weniger Me-too-Arzneimittel innerhalb des Vertrags verordnet als in der Regelversorgung, aber ein Drittel mehr Arzneimittel aus Rabattverträgen. Aus Sicht der AOK Baden-Württemberg lässt sich die Inanspruchnahme von Leistungen im Vertrag zudem besser steuern. Die ungesteuerte Inanspruchnahme von Fachärzten habe bei eingeschriebenen Versicherten im Jahr 2009 gegenüber 2008 um etwa 15 Prozent abgenommen. Andererseits kamen zwei Drittel der eingeschriebenen chronisch kranken Patienten einmal pro Quartal zu ihrem Hausarzt, während es vorher nur ein Drittel war. Die Impfquote in der Patientengruppe 60 plus liegt im Vergleich bei 36 statt 24 Prozent. Und 40 statt 24 Prozent der AOK-Versicherten gingen zu Check-ups. [...]

Zuversicht in Württemberg, Ausstiegstendenzen in Bayern

Deutlich fallen die Reaktionen auf das Gesetz insbesondere im Süden der Republik aus. So verlängerte die AOK Baden-Württemberg ihren Hausarztvertrag ohne Änderungen demonstrativ bis zum Jahr 2015. Der Vorstandsvorsitzende der Kasse, Dr. Rolf Hoberg, sagte dem Deutschen Ärzteblatt: „Die Attraktivität neuer Hausarztverträge wird durch das GKV-Finanzierungsgesetz auf eine zusätzliche Probe gestellt.“ Neue Verträge würden erschwert, aber natürlich sei die hausarztzentrierte Versorgung nicht tot: „Ob weiterhin gute Hausarztverträge geschlossen werden, hängt am Willen der Vertragspartner.“

Der ist jedoch in Bayern derzeit wenig ausgeprägt. Nachdem der Bayerische Hausärzteverband seine Mitglieder zu einer Abstimmung über den Ausstieg aus dem Kollektivvertrag am 22. Dezember aufgerufen hatte, haben die AOK Bayern und die bayerischen Ersatzkassen ihren Hausarztvertrag mit dem Verband gekündigt. Die Politik im Freistaat ist alarmiert und warnt die bayerischen Hausärzte vor den existenziellen Folgen eines Systemausstiegs; vom HÄV und anderen Landesverbänden kommen hingegen Solidaritätsbekundungen. [...] Fest steht jedoch: Die Debatte um die Hausarztverträge wird auch im kommenden Jahr nicht verstummen.

## Ärztmangel, Bedarfsplanung

### **Kassenärztliche Bundesvereinigung: Für Flexibilität und Stärke<sup>14</sup>**

#### **Patientenversorgung: Mit Kliniken gemeinsam**

Die KBV plädiert dafür, die Bedarfsplanung möglichst sektorenübergreifend anzulegen. „Wir wissen alle, dass die derzeit gültige Bedarfsplanung nicht mehr den Ansprüchen genügt“, hatte der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Andreas Köhler, bereits Ende 2009 betont. Man brauche Ärztinnen und Ärzte in der Fläche und an den Krankenhäusern, wobei die Verteilung nur noch gemeinsam zu lösen sei.

<sup>14</sup> Rieser, Sabine: Dtsch Arztebl 2010; 107(3)

Köhler schlug damals bereits vor, in jedem Bundesland den Bedarf im ambulanten wie im stationären Bereich durch Regionalverbände zu ermitteln. Darin sollten neben der KV die Landeskrankengesellschaft, die Landesärztekammer und das Landesministerium stimmberechtigt vertreten sein. Darüber hinaus regt die KBV Folgendes an:  
Die KVen vermitteln Vertragsärzte zur Unterstützung an Kliniken. Diese können auch ihre eigenen Patienten während eines stationären Aufenthalts betreuen.

Die KVen richten, gegebenenfalls mit Krankenhäusern, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ein, in denen Vertragsärzte die nachstationäre ambulante Versorgung übernehmen. In unterversorgten Regionen richten sie Notfallambulanzen ein.

### **Bedarfsplanung: G-BA beschließt Demografiefaktor<sup>15</sup>**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 14. Juli in Berlin die Einführung eines demografischen Faktors bei der Berechnung der Bedarfsplanung beschlossen. Das heißt, die Zahl der Arztsitze in einem Planungsbereich soll sich künftig nicht mehr nur an der Zahl der Einwohner, sondern auch an deren Altersstruktur orientieren.

Dadurch können in derzeit gesperrten Bezirken mit einem hohen Anteil älterer Einwohner zusätzliche Arztsitze geschaffen werden. Die Regelung greift aber erst dann, wenn in einem Planungsbezirk eine hohe Fallzahl pro Praxis erreicht wird. Damit soll verhindert werden, dass in gut versorgten Gebieten aufgrund der Altersstruktur unnötig neue Arztsitze entstehen. Darüber hinaus soll bei der Besetzung neuer Sitze Ärzten der Vorzug gegeben werden, die über eine geriatrische Zusatzausbildung verfügen.

„Wir sind uns darüber im Klaren, dass mit diesem Teilbeschluss nicht die Probleme der ärztlichen Unterversorgung im ländlichen Bereich gelöst werden“, betonte der unparteiische G-BA-Vorsitzende Dr. Rainer Hess. Der Beschluss zur Einführung eines Demografiefaktors weise jedoch in die richtige Richtung. Die rein quantitative Ermittlung des Verhältnisses von Einwohner- zu Arztzahl werde durch einen qualitativen Aspekt des Versorgungsbedarfs ergänzt.

Die Vertreter der Krankenkassen hatten den Antrag nicht unterstützt. Zwar war man sich grundsätzlich darüber einig, dass ein Demografiefaktor notwendig sei, nicht aber über dessen Ausgestaltung. Die Kassen befürchteten, dass durch den Faktor auch Sitze in stadtnahen Regionen frei werden, die attraktiver sind als die ländlichen Planungsbezirke. So werde das Versorgungsproblem dort noch verschärft. mei

### **Krankenhäuser: Die Personalnot rückt in den Fokus<sup>16</sup>**

Beim DRG-Forum diskutieren die Krankenhausmanager längst nicht mehr über Schwierigkeiten mit dem neuen Entgeltsystem.

Vier von fünf Krankenhäusern klagen über Vakanzen im ärztlichen Dienst. Ein Grund dafür ist, dass die ärztliche Arbeit im Vergleich zu früher auf mehr Köpfe verteilt werden muss – einerseits wegen des verschärften Arbeitszeitgesetzes, aber auch, weil der überwiegende Teil der jüngeren Ärztegeneration nicht mehr bereit ist, 80- oder 100-Stunden-Wochen zu akzeptieren. Die Ärztinnen und Ärzte wollen nicht auf ein Leben außerhalb der Klinik verzichten – und darin spielen Kinder oft eine wichtige Rolle.

### **Niedergelassene: Rösler will mehr Flexibilität in der Bedarfsplanung<sup>17</sup>**

---

<sup>15</sup> mei: Dtsch Arztebl 2010; 107(30)

<sup>16</sup> Flintrop, Jens: Dtsch Arztebl 2010; 107(13)

<sup>17</sup> ddp; hil: Dtsch Arztebl 2010; 107(15)

Die Koalition will die regionale Verteilung von Ärzten grundlegend verändern. Künftig solle sich der Bedarf an niedergelassenen Ärzten nicht mehr zwingend an den Stadt- und Landkreisgrenzen ausrichten, sondern flexibel errechnet werden, erklärte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) der „Financial Times Deutschland“. Eckpunkte zur Verbesserung der Ärzteversorgung vor allem auf dem Land will er bis zur Sommerpause vorlegen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unterstützt die Pläne. „Gerade in den schlechter versorgten Landkreisen müssen wir uns von den starren Verteilungsstrukturen lösen“, sagte KBV-Sprecher Roland Stahl. Wie die regionale Bedarfsplanung konkret verbessert werden könne, müssten sämtliche Beteiligte gemeinsam definieren, so der KBV-Sprecher. Die geltenden Regeln könnten nicht verhindern, dass es beispielsweise in großen Städten in wohlhabenden Stadtteilen oftmals zu viele und in ärmeren Stadtteilen zu wenig Ärzte gebe. Auch dünn besiedelte Landkreise könnten künftig von einer ärztlichen Unterversorgung betroffen sein. „Wir müssen uns angesichts der demografischen Entwicklung in einigen Regionen neuen Konzepten öffnen“, meinte Stahl. Dazu gehöre auch, über rollierende Praxisbesetzungen nachzudenken, wenn sich eine feste Praxis in einem sehr dünn besiedelten Ort nicht mehr rechne.

Nach Ansicht der CDU könnten auch ambulante Angebote von Krankenhäusern zu einer flächendeckenden Versorgung beitragen. „Dabei geht es insbesondere um eine bessere Verzahnung von Praxis- und Klinikangeboten in schlechter versorgten Gebieten“, sagte der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn. Die CSU setzt im Kampf gegen den Ärztemangel auf eine umfassende Liberalisierung der Zulassungsregeln für Mediziner. „Wir wollen die Zulassungssperren für Ärzte grundsätzlich auf den Prüfstand stellen“, betonte Unions-Fraktionsvize Johannes Singhammer (CSU). ddp/hil

### **Kampf gegen den Ärztemangel: Rösler für Honoraranreize<sup>18</sup>**

Ärzte, die sich in unterversorgten Gegenden niederlassen, sollten von der Mengengrenzung durch Regelleistungsvolumen ausgenommen werden. Das hat Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) auf einem Diskussionsabend in der Ärztekammer Nordrhein angeregt. Dort, wo Ärzte am dringendsten gebraucht würden, dürfe es keine Abstufung beim Honorar oder Arzneimittelregresse geben.

### **Ärztemangel: FDP will mehr Medizinstudienplätze<sup>19</sup>**

Die FDP hat das Problem des Ärztemangels demonstrativ zu einem Schwerpunkt ihres Bundesparteitags in Köln gemacht und eine Aufstockung der Anzahl der Medizinstudienplätze gefordert. Der Parteitag verabschiedete mit großer Mehrheit einen Leitantrag unter dem Titel „Ärztliche Versorgung auch in Zukunft sichern“.

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler verwies darauf, dass sich das Problem des Ärztemangels aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Ärzteschaft in den nächsten Jahren verschärfen werde. „Ärzte sollen wieder Freude an ihrem Beruf haben“, betonte Rösler. Dann würden sie auch nicht in alternative Tätigkeitsfelder abwandern. „Die FDP will deshalb Ärzte von überzogenen bürokratischen Anforderungen befreien und dafür sorgen, dass sie eine leistungsgerechte Vergütung im Rahmen eines einfachen und transparenten Rahmens erhalten“, heißt es in der Entschliebung. Medizinische Grundleistungen, auch Hausbesuche, müssten besser honoriert werden, sagte Rösler.

### **Ärztemangel: Flexible Ärzte, flexible Zentren<sup>20</sup>**

---

<sup>18</sup> ps: Dtsch Arztebl 2010; 107(16)

<sup>19</sup> Stüwe, Heinz: Dtsch Arztebl 2010; 107(17)

<sup>20</sup> Helming, Hans-Joachim: Dtsch Arztebl 2010; 107(31-32)

[...] Die Engpässe bieten aber auch Chancen, möglicherweise bundesweit adaptierbare neue Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Diese Einsicht haben die KV Brandenburg und die dortige AOK bewogen, die Arbeitsgemeinschaft „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB)“ zu gründen. Deren Zweck ist es, den bislang meist konflikträchtigen Umgang miteinander durch einen kooperativen Stil zu ersetzen und gemeinsam neue Versorgungsmodelle zu entwickeln.

Wichtig ist dabei eine realitätsnahe Problemanalyse. So ist offenkundig, dass die althergebrachten sektoralen Denkweisen realitätsferner denn je sind. Auch hier kann nur ein kooperativer Ansatz weiterführen. Dies sei an einem Modell, das maßgeblich zu einer Optimierung der medizinischen Versorgung in den ländlichen Regionen beitragen würde, erläutert. [...]

Idealerweise würde bei Existenz eines solchen fachübergreifenden ärztlichen Kooperationszentrums (FÄKZ) der behandelnde Vertragsarzt die stationäre Behandlung veranlassen oder, je nach Fachrichtung, auch selbst operieren. Darüber hinaus würde er dem Versicherten als Arzt seines Vertrauens und als Dolmetscher des medizinischen Geschehens zur Verfügung stehen. Er würde so Schnittstellenprobleme vermeiden und könnte proaktiv sowohl die nachstationäre ambulante beziehungsweise pflegerische Behandlung auslösen. [...]

FÄKZ müssten [deshalb] zentral etabliert werden, wobei die Vertragsärzte in den umliegenden Ortschaften ein Filialnetz dafür schaffen würden. Gekoppelt mit einem Sprechstundenmanagement, wonach nur an einzelnen Tagen eine bestimmte fachärztliche Versorgung vor Ort im FÄKZ und in den Filialen angeboten wird, ließe sich so ein effizientes, bedarfsgerechtes Angebot schaffen. Regional organisierte Hol- und Bringdienste könnten die Strukturen verbessern helfen. [...]

Die Etablierung eines solchen Zentrums ist ohne Kooperationspartner auf politischer Seite unvorstellbar. [...]

Um FÄKZ erfolgreich zu etablieren, bedarf es neuartiger vertraglicher Strukturen mit Krankenkassen, die im Kollektivvertragssystem nicht abgebildet werden können. [...]

### **Arztzahlstudie von BÄK und KBV: Die Lücken werden größer<sup>21</sup>**

Der Prognose zufolge ist ein Ende des Ärztemangels nicht in Sicht. Die Gründe sind vielfältig: Die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und ein hoher Frauenanteil in der Medizin gehören dazu.

Als „Zahlentrickserei“ bezeichnet die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die neue Arztzahlstudie von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) [...].

[...] Die Zahl der Hausärzte wird der aktuellen Arztzahlstudie zufolge in den nächsten zehn Jahren voraussichtlich um 7 000 sinken. Insgesamt müssen bis zum Jahr 2020 in der ambulanten Versorgung 51 774 Ärzte ersetzt werden. [...] Nicht nur bei den Hausärzten, sondern auch bei Augen-, Frauen-, Haut- und Nervenärzten drohten bereits Engpässe. Ferner werden in der stationären ärztlichen Versorgung Lücken klaffen. [...] Schon jetzt sind in den Kliniken 5 000 Stellen unbesetzt. Hinzu kommt, dass in den nächsten zehn Jahren knapp 20 000 Ober- und Chefärzte altersbedingt ausscheiden werden. [...]

Die Kassen verweisen dagegen auf die absoluten Arztzahlen. Und diese steigen bei etwa konstanter Bevölkerungszahl seit einigen Jahren. Seit 1990 erhöht sich die Zahl der ambulant tätigen Mediziner deutlich. [...] Das „Paradoxon Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen“ erklärt sich durch mehrere Faktoren, die jedoch nur teilweise zu beeinflussen sind. Zu ihnen zählen die Entwicklung der Gesamtbevölkerung sowie auch die der Ärzteschaft selbst, der medizinische Fortschritt, der

---

<sup>21</sup> Richter-Kuhlmann, Eva A.: Dtsch Arztebl 2010; 107(36)

Strukturwandel in der Medizin, der mit einem wachsenden Frauenanteil einhergeht, sowie die Abwanderung des medizinischen Nachwuchses.

Die Ärzteschaft wird älter

[...] Hinzu kommt das höhere Durchschnittsalter der Ärzteschaft selbst. „Der hohe Anteil an Kolleginnen und Kollegen mit einem Alter über 50 (56 Prozent) beziehungsweise über 60 Lebensjahren (16 Prozent) nimmt stetig zu. [...] Bis zum Jahre 2020 werden mindestens 71 600 Ärztinnen und Ärzte ausscheiden, davon knapp 52 000 Vertragsärzte. Ein erheblicher Ersatzbedarf wird vor allem in den neuen Ländern entstehen.

Auch ausländische Ärztinnen und Ärzte können diese Lücken nicht vollständig stopfen. Allein 2009 wanderten zwar 1 927 Ärzte – vor allem aus Österreich und Osteuropa – nach Deutschland ein; knapp 20 000 ausländische Mediziner sind momentan hierzulande ärztlich tätig. Gleichzeitig wanderten jedoch allein im vergangenen Jahr 2 486 deutsche Ärztinnen und Ärzte in die Schweiz, nach Großbritannien, Skandinavien und in andere Länder aus. Damit sind insgesamt gegenwärtig rund 17 000 deutsche Mediziner im inner- und außereuropäischen Ausland tätig. [...]

Reagieren wollen die Organisationen auch auf die Tatsache, dass die Medizin weiblich wird. Etwa 60 Prozent der Medizinstudierenden sind mittlerweile Frauen. [...] Sie stellen sich intensiver familiären Aufgaben. Das bedinge, dass sie weniger Arbeit pro Zeiteinheit zur Verfügung stellen könnten. Vor diesem Hintergrund bedeute der Anstieg des Frauenanteils in der Ärzteschaft von 33,6 Prozent im Jahr 1991 auf 42,2 Prozent im Jahr 2009 eine gewaltige Veränderung des zur Verfügung stehenden Arbeitsvolumens. So werden derzeit Teilzeitstellen vor allem von Ärztinnen genutzt. Im Jahr 2008 arbeitete etwa ein Viertel der berufstätigen Ärztinnen weniger als 30 Stunden pro Woche, im Vergleich zu etwa fünf Prozent der männlichen Kollegen. Unter dem Strich führten auf diese Weise zwischen 2000 und 2007 acht Prozent mehr Krankenhausärztinnen und -ärzte zu 0,3 Prozent weniger Arbeitsangebot.

Weitere Probleme sehen BÄK und KBV bereits im Studium. So bringen längst nicht alle der derzeit etwa 76 042 Medizinstudierenden (Stand 2008) ihr Studium zu Ende. In den Jahren 2003 bis 2008 schlossen von 61 500 Studienanfängern 11 000 (17,9 Prozent) ihr Studium nicht ab. [...] Auch nicht alle Absolventen meldeten sich bei einer deutschen Ärztekammer: Sie arbeiten entweder nicht als Arzt oder sind direkt nach dem Studium ins Ausland gegangen. „Das kann auch an der fehlenden Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Arztberuf liegen. Daran müssen wir arbeiten“, erklärte Köhler.

Der KBV-Vorsitzende will sich ebenfalls für weitere Verbesserungen einsetzen. „Immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte lassen sich in unterversorgten Gebieten nieder. Deswegen ist es wichtig, der nachwachsenden Generation Alternativen zu bieten“, betonte Köhler. Daher sollten mehr Flexibilität möglich und wirtschaftliche Risiken bei einer Niederlassung minimiert werden. „Die Zukunft gehört immer weniger der Einzelpraxis, sondern zunehmend Berufsgemeinschaften“, meinte er. Denn hier sei es möglich, als Angestellter oder auf Halbtagsbasis zu arbeiten. Zudem sei der kollegiale Austausch deutlich einfacher.

Bessere Bezahlung

„Wir müssen den Arztberuf wieder attraktiver machen“, erklärte auch Montgomery. „Ärztliche Arbeit muss sich lohnen – privat und finanziell.“ Dazu gehörten mehr Stellen in den Krankenhäusern und eine bessere Bezahlung, der Abbau von Überstunden und Diensten, Entlastung von Bürokratie und Angebote für Kinderbetreuung sowie Anerkennung der Leistung der Selbstverwaltung und schließlich eine bessere Anerkennung und Vergütung der Arbeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Um den Ärztemangel abzubauen, wollen BÄK und KBV intensiv mit dem Bundesgesundheitsministerium zusammenarbeiten. Erforderlich sei es zudem, den zu erwartenden Ärzte- und Behandlungsbedarf genauer zu ermitteln und sektorenübergreifend zu planen.

**Krankenhäuser: Immer mehr freie Arztstellen<sup>22</sup>**

In den Krankenhäusern fehlen 5 500 ärztliche Vollzeitkräfte – Tendenz steigend.

Der Ärztemangel wird zu einem immer gravierenderen Problem für die Krankenhäuser. Nach einer Erhebung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) hatten zu Jahresbeginn 2010 bereits drei Viertel der Krankenhäuser Probleme, ihre Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Je Einrichtung fehlten durchschnittlich 3,6 ärztliche Vollzeitkräfte. Hochgerechnet waren demnach 5 500 Arztstellen in den Kliniken vakant. Für die im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft erstellte Studie „Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen“ hatte das DKI 450 Krankenhäuser schriftlich befragt.

**Ärztemangel: Minister Rösler plant neue Kommission<sup>23</sup>**

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will eine neue Kommission ins Leben rufen, in der die Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam Maßnahmen gegen eine Unterversorgung in ländlichen Gebieten treffen sollen. Das erklärte Rösler nach einer Sonder-Gesundheitsministerkonferenz der Länder am 25. Oktober in Berlin. Dem Gremium sollen neben den Bundesländern auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung und der Gemeinsame Bundesausschuss angehören. Zudem will er im ersten Halbjahr 2011 ein Versorgungsgesetz auf den Weg bringen, das unter anderem die Bedarfsplanung reformieren soll.

Die Bundesländer forderten in der Sitzung einstimmig eine flexible und kleinräumige Bedarfsplanung, die auch sektorenübergreifend möglich sein soll, um auf „lokale Disparitäten“ angemessen reagieren zu können. Fos

**Ärztemangel: KBV und Landkreise wollen kooperieren<sup>24</sup>**

Neue Formen der Zusammenarbeit sollen die medizinische Versorgung in der Fläche sichern.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Deutsche Landkreistag (DLT) wollen bei der Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung zusammenarbeiten. Beide Organisationen treibt die Sorge um, dass der sich abzeichnende Ärztemangel vor allem auf dem Land mittelfristig zu Engpässen führt, wenn nicht beizeiten gegengesteuert wird. „Wir wollen künftig gemeinsam innovative Versorgungsangebote konzipieren und umsetzen“, erläuterte KBV-Vorstand Dr. med. Carl-Heinz Müller die Rahmenvereinbarung der neuen Vertragspartner. [...]

Konkret streben KBV und DLT an, regionale Plattformen für die ambulante und stationäre Grund- und Regelversorgung zu schaffen, die auf eine enge Kooperation und Verzahnung der Sektoren und medizinischen Leistungsträger setzen. Dabei sollen neue Formen der Zusammenarbeit gefunden werden, die verstärkt medizinische Allianzen und Netzwerke im Blick haben.

Für die Landkreise ist eine wohnortnahe Versorgung der Patienten durch niedergelassene Ärzte nicht nur aus gesundheitspolitischer Sicht von hoher Bedeutung. Genügend Ärzte vor Ort sind auch ein entscheidender Standortvorteil für die jeweilige Region. Unter anderem deshalb wollen die Partner der Rahmenvereinbarung die Versorgungsforschung stärken. Sie verbinden damit die Hoffnung, Konzepte entwickeln zu können, mit deren Hilfe Ärzte von einer beruflichen Perspektive auch und gerade im strukturschwachen ländlichen Raum überzeugt werden können.

Ärztliche Kooperation ist hierfür eine wichtige Voraussetzung – und das betrifft in erster Linie die bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung. So ist daran gedacht, gemeinsame Strukturen

---

<sup>22</sup> Flintrop, Jens; Dtsch Arztebl 2010; 107(40)

<sup>23</sup> Fos; Dtsch Arztebl 2010; 107(43)

<sup>24</sup> Maus, Josef; Dtsch Arztebl 2010; 107(45)

auf lokaler Ebene aufzubauen, zu denen beispielsweise eine 24-Stunden-Notfallversorgung zählt. Gemeinsame Fallkonferenzen von Klinikärzten und niedergelassenen Kollegen sollen die Überleitung der Patienten von der stationären in die ambulante Versorgung verbessern, beispielsweise bei den Arzneiverordnungen.

Lenkungsausschuss soll Projekte organisieren

Die Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Deutschen Landkreistag sieht neben einer gezielten Nutzung moderner Kommunikationstechniken ebenfalls vor, telemedizinische Anwendungen für eine wohnortnahe Versorgung zu erproben. Um die Entwicklung und Umsetzung der innovativen Projekte soll sich ein gemeinsamer Lenkungsausschuss kümmern. Dessen Aufgabe soll es auch sein, weitere Kooperationspartner zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung zu gewinnen.

### **Bedarfsplanung: Versorgungssteuerung – viele wollen beteiligt werden<sup>25</sup>**

[...] Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung – wer will nicht alles an deren Weiterentwicklung beteiligt sein? Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Krankenkassen sowieso; die Krankenhäuser wollen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht einfach verplant werden, wenn es um die Sicherstellung jenseits der primärärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung geht. Die Bundesärztekammer reklamiert die Mitwirkung der Ärztekammern bei der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung, und die Gesundheitsminister der Länder bekräftigten gerade noch auf der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 25. Oktober ihren Anspruch, künftig am Verfahren beteiligt zu werden. Die einen wollen eine gesetzliche Neuregelung (eine solche kündigte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler bei der GMK für 2011 an), die anderen ziehen die Fortentwicklung innerhalb des bestehenden Rechtsrahmens vor (dafür sprach sich noch am 5. November der zuständige Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, Dr. jur. Ulrich Orlowski, aus).

Bei so viel Mitwirkungsansprüchen und gegensätzlichen Absichtserklärungen lohnt sich ein Blick auf die Rechtsgrundlagen, wie er zum Auftakt der „11. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen – Reform der ambulanten Versorgung“ erfolgte. Zunächst die verfassungsrechtliche Klärung: Vertragsärzte müssten Eingriffe in das Grundrecht der Berufsfreiheit hinnehmen, wenn Allgemeinwohlbelange, etwa die GKV-Funktionsfähigkeit, gefährdet seien, stellte Prof. Dr. jur. Reinhard Gaier, Richter am Bundesverfassungsgericht, fest. Allerdings sollte man es bei diesen Eingriffen in die Berufsfreiheit nicht übertreiben; wenn diese nämlich dazu führten, dass Ärzte nicht mehr ausreichend für die vertragsärztliche Tätigkeit zur Verfügung stünden, beträfe dies ja auch die GKV-Stabilität – und damit Belange des Allgemeinwohls.

Wie sieht es mit den Zuständigkeiten von Bund und Ländern aus? Es gebe aktuell so gut wie keinen Gestaltungsspielraum der Länder bei der ambulanten Versorgung, betonte der Frankfurter Staats- und Verwaltungsrechtler Prof. Dr. jur. Ingwer Ebsen. Aufgrund der Dominanz der GKV, die der Gesetzgebung des Bundes unterliege, werde der Bundeskompetenz bei der ambulanten Versorgungssteuerung kaum etwas entgegensetzen sein. „Die Länder können nur noch das regeln, was der Bund ihnen übrig lässt.“

Als Jurist weiß auch der Vorsitzende des G-BA, Dr. jur. Rainer Hess, ziemlich genau, was das geltende Recht ermöglicht. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung bleibt demnach für ihn von vornherein ausgeschlossen. „Ein Krankenhaus steht wie ein Fels in der Brandung, weil es nach anderen Kriterien in das System hineinkommt, nämlich nach der Landeskrankenhausplanung.“ Durch die Zuständigkeit der Länder sei dieser Bereich einer gemeinsamen Planung entzogen. Gleichzeitig lehnt Hess sehr entschieden die Forderung der Gesundheitsministerkonferenz nach einer direkten Beteiligung an der ambulanten Versorgungssteuerung ab. Gerne dürften Vertreter der Länder an den Sitzungen des G-BA

---

<sup>25</sup> Gerst, Thomas: Dtsch Arztebl 2010; 107(46)

zur Bedarfsplanung teilnehmen, um sich zu informieren, eine Mitentscheidung der Länder schloss Hess jedoch aus.

Hess verwies auf die Uneinigkeit der Vertragspartner im G-BA bei der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung: „Die Diskussion darüber geht bereits ein Jahr lang.“ Die Krankenkassen wollten der Schaffung zusätzlicher Arztsitze in unterversorgten Gebieten nur zustimmen, wenn gleichzeitig Überkapazitäten abgebaut würden. Die KBV setze hingegen auf eine neue eigene Gesetzgebung für die Bedarfsplanung. So lange will Hess nicht warten und nunmehr mit einem eigenen Vorschlag in die Verhandlungen gehen. Für ihn fällt die Regelung der Bedarfsplanung in die Zuständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung; er zieht die eigene Lösung einer gesetzlichen Regelung vor. Festhalten möchte Hess an den Planungsbereichen auf Stadt- und Landkreisebene. Damit sei eine größere Flexibilität möglich als bei der von der KBV eingebrachten kleinräumigen Bedarfsplanung.

Auch Orłowski setzt auf eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems und die Ausschöpfung bereits bestehender Möglichkeiten. Von der kleinräumigen Festlegung von Versorgungssitzen hält er nichts. Dies sei ein extrem aufwendiges und rechtlich angreifbares Verfahren. Es komme vielmehr auf die Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen vor Ort an. Die Kassenärztlichen Vereinigungen hätten bereits heute eine Reihe von Möglichkeiten, um die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu gewährleisten. „Erst wenn diese das nicht schaffen, muss man andere Lösungen anstreben.“

## Ärztliche Vergütung

### **Honorarreform: Großes Plus reicht nicht für jeden<sup>26</sup>**

Das Honorar der Vertragsärzte und -psychotherapeuten lag im ersten Halbjahr 2009 um 6,4 Prozent höher als im selben Zeitraum 2008. Doch es gibt Verlierer: bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, bei den Arztgruppen und einzelnen Ärzten.

Es gibt mehr, aber nicht für jeden: Am 1. März hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die erste offizielle Bilanz der Honorarreform vorgelegt. Ausgewertet wurden die Abrechnungsdaten des ersten Halbjahrs 2009. Danach erhöhte sich das Honorar der circa 150 000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 924 Millionen Euro auf 15,47 Milliarden Euro (+6,4 Prozent).

Zwar steht damit insgesamt mehr Geld zur Verfügung als zuvor. Allerdings profitieren nicht alle Ärzte und Psychotherapeuten gleichermaßen von den Zuwächsen. „Es gibt Gewinner und Verlierer“, heißt es in der KBV-Auswertung. Und zwar auf allen Ebenen: bei den KVen, bei den Arztgruppen und innerhalb der Arztgruppen. Dafür ist in erster Linie die seit der Reform einheitliche Verteilung der Honorare anhand von Regelleistungsvolumen verantwortlich.

### **Zuwächse und Einbußen**

So erzielten elf KVen überdurchschnittliche Zuwächse, darunter Sachsen-Anhalt (17,4 Prozent), Niedersachsen (17,1 Prozent) und Hamburg (15,1 Prozent). Dagegen mussten die KVen in Baden-Württemberg und Bayern ein Minus von 4,1 beziehungsweise 0,5 Prozent verkraften. Bei den Arztgruppen sieht es ähnlich aus. Während Internisten ohne Schwerpunkt und Nervenärzte im Durchschnitt Honorarsteigerungen von 30,7 beziehungsweise 23,7 Prozent verzeichnen konnten, mussten Orthopäden Einbußen von 3,4 Prozent hinnehmen.

### **Bayerisches Gesundheitsforum: Steuerung im komplexen System<sup>27</sup>**

<sup>26</sup> Korzilius, Heike; Rieser, Sabine: Dtsch Arztebl 2010; 107(9)

<sup>27</sup> Gerst, Thomas: Dtsch Arztebl 2010; 107(18)

[...]

Um „Pay for Performance. Qualitätsorientierte Vergütung“ sollte es beim 8. Bayerischen Gesundheitsforum (BGF) am 23. und 24. April in Bamberg gehen. [...] Die aus Bamberg stammende Staatssekretärin im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Melanie Huml, hielt sich nicht lange mit dem Sachverhalt „Pay for Performance“ (P4P) auf, sondern brachte unverzüglich das zur Sprache, was ihr und dem Ministerium derzeit besonders am Herzen liegt – nämlich die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in der Fläche. Dagegen verharnte der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Stefan Kapferer (FDP), etwas länger beim Thema der Veranstaltung, auch wenn Aussagen, wie zum Beispiel „wenn es ums Geld geht, ist natürlich jeder darauf bedacht, nicht weniger zu bekommen“, nur einen überschaubaren Erkenntnisgewinn bringen. Allerdings passt diese Feststellung wiederum gut zum eingangs erwähnten Statement über Steuerungsmöglichkeiten in einem komplexen System.

#### P4P: Annäherungsversuche und strikte Ablehnung

Zumindest verwies Kapferer auf mögliche Fehlallokationen bei P4P hin. So bestehe die Gefahr der Risikoselektion und der Vernachlässigung solcher Vorgänge, die nicht messbar seien. Dem liberalen Credo gemäß setzt Kapferer auf mehr Wettbewerb und Transparenz. Der Wettbewerb im Gesundheitswesen sei immer noch unterentwickelt, und „die Transparenz ist nach wie vor steigerungsfähig“. In seinem Ministerium werde man sich weiter mit der strukturierten Darstellung der Qualität befassen.

Der Vorsitzende der KBV-Vertreterversammlung [Andreas Hellmann, d. Verf.] verwies auf die Vielzahl von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bereits durchgeführt würden. Diese stellten im Grunde nichts anderes dar als ein P4P-System in dem Sinne, dass Vertragsärzte für zahlreiche Leistungen in Diagnostik oder Therapie nur honoriert würden, wenn sie eine besondere Qualifikation dafür nachgewiesen hätten. Hellmann sprach die Befürchtung vieler Ärzte an, die den Begriff „Pay for Performance“ in erster Linie mit Selektion und Kostensenkung in Verbindung brächten. Deshalb dürfe P4P nur schrittweise eingeführt werden, damit die Ärzte nicht das Gefühl hätten, es gehe um etwas anderes als Qualität.

Für die stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, Dr. med. Regina Klakow-Franck, konzentriert sich hierzulande die P4P-Diskussion noch zu sehr auf die Ergebnisqualität. Die hierzu notwendigen Messverfahren seien aufwendig und sehr teuer; derzeit sei man noch sehr weit davon entfernt, Patientenkarrerien über die Sektorgrenze ambulant/stationär hinaus verfolgen zu können. Gerade vor diesem Hintergrund beurteilt sie die von der KBV entwickelten „Ambulanten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQUIK) positiv; hier werde ein Prozessindikatorenset bereitgestellt, das sich pragmatisch dem Arzt-Patienten-Geschehen annähere, etwa wenn eine bestimmte Durchimpfungsrate bei den Patienten einer Praxis eine qualitätsorientierte Vergütung in Form eines Honorarzuschlags für den Arzt bewirke.

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, hält nichts von „Pay for Performance“ als Steuerungselement für das gesamte Krankenhausgeschehen. Was sei das für eine Botschaft an den Patienten, wenn er erfahre, dass für die an ihm erbrachte Leistung nur 80 Prozent bezahlt werde? „Wer den Standard der Versorgung nicht erbringen kann, der darf eben auf die Dauer kein Versorger sein.“

### **Kassenärztliche Bundesvereinigung – Offene Frage: Die Zukunft der Hausärzte im KV-System<sup>28</sup>**

---

<sup>28</sup> Korzilius, Heike; Rieser, Sabine: Dtsch Arztebl 2010; 107(19)

Im ersten Halbjahr 2009 sind die Honorare Köhler zufolge zwar im Durchschnitt um 6,1 Prozent gestiegen, allerdings hätten Bayern und Baden-Württemberg Verluste hinnehmen müssen. Darüber hinaus sei es in einigen KVen zu einer Überzahlung gekommen, das heißt, es sei mehr Geld für die Vergütung freier Leistungen ausgegeben worden als eingeplant.

### **Honorarzuwachs 2011 für benachteiligte Regionen**

Bundesweit belief sich dieser Betrag auf 210 Millionen Euro, erklärte Köhler. Dieses Geld müssten sich die KVen von den Ärzten zurück-holen, was die fallenden Regelleistungsvolumen erkläre. In Bayern und Baden-Württemberg komme erschwerend hinzu, dass die Gesamtvergütung um die Honorare für die Hausarztverträge bereinigt werden musste. „Von einer Planbarkeit der Vergütung, wie gesetzlich vorgesehen, kann man nicht sprechen“, meinte Köhler. [...]

Was das unter dem Strich heißt, präzisierte Köhler gegenüber Pressevertretern: Insgesamt 2,6 Milliarden Euro zusätzlich benötigten die Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten für das Jahr 2011, um die seit Jahren steigenden Kosten in den Praxen und den größeren Aufwand für die Behandlung besonders älterer Patienten honoriert zu bekommen. Das entspreche einer Steigerung um knapp neun Prozent gegenüber der Honorarsumme für das Jahr 2010, die bei 31 Milliarden Euro liegt. [...]

Die Höhe des Honorarzuwachses für das Jahr 2011 ist eine Frage, wem er zufließen würde, eine andere. Ausgehandelte Steigerungen sollen nach dem Willen der Vertreterversammlung vor allem dazu dienen, die Einkommen der niedergelassenen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in den Regionen zu erhöhen, die bei der jüngsten Honorarreform schlechter abgeschnitten haben als andere. Eine lineare Erhöhung soll es also nicht geben. Das beschlossen die Delegierten auf Vorschlag des KBV-Vorstands am Sonntag in der nichtöffentlichen Versammlung.

### **Bis 2015 gleiches Geld für gleiche Arztleistung**

Darüber hinaus wird in dem Beschluss, der dem Deutschen Ärzteblatt vorliegt, gefordert, bei der Honorierung in Zukunft auf einen bundesweit einheitlichen Behandlungsbedarf abzustellen. Dazu heißt es, die KBV solle dafür sorgen, dass ein Vertragsarzt „für die Diagnostik, Therapie und Behandlung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit die gleiche leistungsbezogene Vergütung bei gleicher Qualität erhält“. Zwar seien die Preise der ärztlichen Leistungen bundesweit auf dem gleichen Niveau, nicht jedoch die für die Behandlung eines Patientenproblems erforderliche Leistungsmenge (Behandlungsbedarf je Versicherten): „Diese berücksichtigt zwar das regionale Versorgungsniveau, nicht jedoch die Morbidität der Wohnbevölkerung.“

[...] Eine bundesweit gleiche Vergütung identischer Leistungen ließe sich nach Ansicht der Delegierten am ehesten durch eine Umstellung auf die Kostenerstattung bewerkstelligen. Sie bleibe deshalb „vorrangiges Vergütungsziel“. Bis dieses erreicht sei, müsse man aber das Sachleistungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung stabilisieren.

Um insgesamt beim Honorar in Zukunft mehr Gerechtigkeit herzustellen, hat die VV die KBV beauftragt, im Rahmen einer fünfjährigen Konvergenzphase die Voraussetzungen für ein sogenanntes Aufteilungsmodell zu schaffen. Es soll einen bundesweiten, kassenübergreifenden einheitlichen Behandlungsbedarf je Versicherten in einer definierten Krankheitsgruppe garantieren. Verwerfungen sollen dabei vermieden werden. [...]

Ansonsten dominierten den Montag Diskussionen über die Folgen der Selektivverträge für das KV-System. Es kam zu einem offenen Schlagabtausch zwischen Gegnern und Befürwortern eines hausärztlichen Verhandlungsmandats.

Der Deutsche Hausärzteverband hat bundesweit circa 1 800 Schiedsverfahren angestrengt, weil sich ein Großteil der Krankenkassen entgegen der gesetzlichen Vorgaben bislang mit dem Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V zurückhält. 400 Verfahren sind

inzwischen abgeschlossen, die restlichen werden in Kürze folgen.

„Damit ist klar: Es ist nicht mehr das Experiment einer großen Kasse in einer oder zwei Regionen, es ist ein Flächenbrand, der da entzündet wurde“, sagte KBV-Vorstand Köhler. Er warnte davor, dass die Vollversorgungsverträge der Krankenkassen mit der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft den Fortbestand des Kollektivvertrags gefährdeten. Dabei gebe es keine Belege dafür, dass sie die Patientenbehandlung oder die Wirtschaftlichkeit verbesserten. Stattdessen begäben sich die Ärzte in die Abhängigkeit einer Krankenkasse, und die Abschottung zwischen den Versorgungsbereichen der Haus- und Fachärzte werde weiter vorangetrieben. [...]

Köhler kritisierte außerdem, dass der Deutsche Hausärzteverband (HÄV) in seinen Verträgen vor allem die Vorteile für sich in Anspruch nehmen wolle, nicht aber die dazugehörigen Pflichten. So finanzierten derzeit die Krankenkassen und die KVen alleine die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, und die KVen organisierten alleine den ärztlichen Bereitschaftsdienst – auch für Patienten, die in Hausarztverträge eingeschrieben seien. „Wenn ich davon spreche, dass das KV-System häufig als Bad Bank der Selektivverträge erhalten muss, meine ich genau das“, bekräftigte der KBV-Vorstand. [...]

Der Vorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, Ulrich Weigeldt, verteidigte bei einer Pressekonferenz, die traditionell im Vorfeld des Deutschen Ärztetages stattfand, ebenfalls die Selektivverträge. „Mit den Hausarztverträgen haben wir ein Förderprogramm für Landärzte geschaffen“, erklärte Weigeldt mit Blick auf den sich abzeichnenden Ärztemangel. Die Verträge garantierten finanzielle Sicherheit und bessere Arbeitsbedingungen. Es gebe keine Fallzahlquotierungen mehr, und das Honorarsystem, das auf Pauschalen basiere, garantiere ein hohes Maß an Transparenz.

Gegen den Vorwurf der Rosinenpickerei in den Hausarztverträgen bezog HÄV-Hauptgeschäftsführer Eberhard Mehl Stellung. Zurzeit werde in Baden-Württemberg die Morbidität der eingeschriebenen Patienten analysiert. In Kürze würden Daten untermauern, dass die Last der Versorgung in den Selektivverträgen stattfinde. Denn dort seien vorwiegend ältere und chronisch kranke Menschen eingeschrieben. „Die Rosinen bleiben im KV-System“, erklärte Mehl.

Im Verlauf der Vertreterversammlung ließ die Diskussion über die Selektivverträge einen weiteren Konflikt aufbrechen: den der Loyalität gegenüber dem System. Auf den Vorwurf von KBV-Vorstand Köhler, er vertrete mit seiner Haltung nicht die Interessen des KV-Systems, entgegnete Hausärzte-Landeschef Dietsche: „Ich bin gewählt worden als Vertreter der Hausärzte, nicht als Vertreter des Systems. Das System ist kein Selbstzweck.“ [...]

## **Kommunale Krankenhäuser: Ärzte gewinnen den Machtkampf<sup>29</sup>**

Die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) wollte, dass sich der Tarifabschluss mit dem Marburger Bund an der Einigung mit Verdi orientiert. Die massiven Ärztestreiks haben das verhindert.

[...] Entscheidend war aber wohl der Druck der Klinikarbeitsgeber auf die Verhandlungskommission der VKA. Viele von ihnen hatten wegen der Einnahmeverluste infolge der Ärztestreiks gedroht, aus dem Arbeitgeberverband auszutreten.

Die Strategie der VKA-Spitze, der Ärztegewerkschaft die 2006 erkämpfte Tarifautonomie de facto wieder streitig zu machen, indem ihr die Inhalte des Verdi-Tarifvertrags aufgezwungen werden, ist gescheitert. Mit Verdi hatte die VKA im Februar vereinbart, die Gehälter in drei Schritten zu erhöhen: +1,2 Prozent ab Januar 2010, +0,6 Prozent ab Januar 2011 und nochmals +0,5 Prozent ab August 2011. Erst in der

---

<sup>29</sup> Flintrop, Jens: Dtsch Arztebl 2010; 107(24)

Endstufe verdienen die Beschäftigten somit 2,3 Prozent mehr als vor dem Tarifabschluss. Die Gehälter der Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Tarifbereich der VKA steigen hingegen direkt ab Mai 2010 um 2,0 Prozent. Hinzu kommt eine Einmalzahlung von 400 Euro.

Ein Erfolg für den MB ist aber vor allem, dass für den neuen TV-Ärzte/VKA eine Laufzeit bis Ende August 2011 vereinbart wurde und der Verdi-Tarifvertrag erst Ende Februar 2012 endet. „Damit sind wir aus dem Begleitzug von Verdi heraus“, sagte MB-Verhandlungsführer Lutz Hammerschlag dem Deutschen Ärzteblatt – ein strategisch geschickter Schachzug, zumal zum 30. Juni 2011 auch der Tarifvertrag mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder für die Ärzte an den Universitätskliniken ausläuft. Gemeinsame Aktionen der Ärzte beider Tarifbereiche sind somit denkbar.

[...] „Das Tarifergebnis kann sich sehen lassen“, kommentierte der MB-Vorsitzende, Rudolf Henke, die Einigung: „Wir haben finanzielle und strukturelle Verbesserungen erreicht, die den Arbeitsplatz Krankenhaus wieder attraktiver machen.“ Der Tarifabschluss sei Ausdruck ärztlicher Unabhängigkeit und Eigenständigkeit. Henke: „Denn auch dafür sind die Ärztinnen und Ärzte in den vergangenen Wochen zu Tausenden auf die Straße gegangen.“ MB-Verhandlungsführer Hammerschlag hob die bessere Bezahlung der Bereitschaftsdienste hervor: „Mit der Einführung von 15-prozentigen Zeitzuschlägen für die Arbeit in den Nachtstunden haben wir einen Strukturwandel in der Bezahlung von Bereitschaftsdiensten eingeleitet.“ Der MB habe sein Hauptziel der Verhandlungsrunde erreicht – „nämlich eine deutlich bessere Vergütung der Dienste in der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen“.

### **Honorarreform: Das Gebot der Stunde: Umverteilen<sup>30</sup>**

[...] In Zeiten des Ärztemangels gelte es, die Attraktivität des Arztberufs zu steigern, sagte Köhler vor der Presse in Berlin. Dazu gehöre eine angemessene Honorierung. Außerdem unterstütze die Politik die Pläne der KBV, die großen regionalen Unterschiede bei den Honorarzuwächsen zu beseitigen, die seit Inkrafttreten der Honorarreform Anfang 2009 für heftigen Streit zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sorgen. Die Reform benachteiligt nämlich diejenigen KVen, die sich in der Vergangenheit einen relativ hohen Punktwert durch strenge Mengenbegrenzungen gesichert haben.

Um hier wieder mehr Honorargerechtigkeit herzustellen, hatte sich eine Sonderversammlung der KBV bereits im Mai darauf geeinigt, dass ausgehandelte Steigerungen vor allem dazu dienen sollen, die Einkommen der niedergelassenen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in den Regionen zu erhöhen, die bei der jüngsten Honorarreform schlechter abgeschnitten haben als andere. Köhler schätzt, dass dafür circa 800 Millionen Euro zusätzlich in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung fließen müssen. Er hofft deshalb, dass sich Gesundheitspolitiker wie Jens Spahn (CDU) mit Plänen für einen – wenn auch begrenzten – Zuwachs bei den ärztlichen Honoraren durchsetzen können.

Für mehr Honorargerechtigkeit soll auch eine Mengenbegrenzung bei den sogenannten freien Leistungen wie Akupunktur oder Schmerztherapie sorgen. Weil die Menge der freien Leistungen in vielen KVen das vorab kalkulierte Volumen überschreitet, müssen zahlreiche Arztgruppen von Quartal zu Quartal sinkende Regelleistungsvolumen (RLV) hinnehmen. Denn die Differenz muss im Folgequartal jeweils ausgeglichen werden. Das geht nur mit Geld aus dem Topf, der eigentlich für die RLV reserviert ist, weil die Kassen meist keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung stellen.

Die Steigerungsraten lagen bei einigen Leistungen im dreistelligen Prozentbereich, sagte Köhler: „Darauf mussten wir reagieren.“ Zur Steuerung werden deshalb qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt. Außerdem werden künftig aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zunächst die RLV finanziert und erst danach die QZV berechnet. Bislang lief das Verfahren umgekehrt.

[...] Ebenfalls vom 1. Juli an werden die haus- und die fachärztliche Vergütung strikt getrennt. „Diese Trennung ist irreversibel und wird dazu führen, dass sich auch die einzelnen Vergütungsanteile getrennt weiterentwickeln“, sagte Köhler. Die Hausärzte fordern diese Trennung seit Jahren. Zugrunde liegt die

<sup>30</sup> Korzilius, Heike: Dtsch Arztebl 2010; 107(26)

Sorge, die Fachärzte könnten ihre Leistungen immer stärker zulasten des hausärztlichen Sektors ausweiten, weil diese weniger stark pauschaliert sind. Die Trennung bietet aber nach Ansicht Köhlers auch Vorteile für die Fachärzte. Sie schütze diese vor den finanziellen Folgen einer Bereinigung der Gesamtvergütung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung.

### **Honorareinnahmen: Keine Nachteile für Hausärzte<sup>31</sup>**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat der Darstellung widersprochen, dass Hausärztinnen und Hausärzte noch immer schlechter honoriert werden als Fachärzte und zudem in den letzten Jahren bei Honorarreformen benachteiligt wurden.

[...] Den Daten der KBV zufolge hat ein **Hausarzt** im Jahr 2009 durchschnittlich etwas mehr als 200 100 Euro an Honorar erhalten (2008: 193 300 Euro). In dieser Gruppe erzielten die Allgemeinmediziner im Schnitt Honorareinnahmen von 192 500 Euro, die hausärztlich tätigen Internisten von 204 400 Euro und die Kinderärzte von 213 500 Euro. Zu berücksichtigen ist bei diesen Angaben, dass im Jahr 2009 etwa 2 000 Hausärzte weniger an der Versorgung teilnahmen als im Jahr davor. Den übrigen stand also mehr Honorarvolumen zur Verfügung.

Das durchschnittliche Honorar lag bei der Gruppe der **Fachärzte** im Jahr 2009 jedoch niedriger als bei den Hausärzten, nämlich bei etwa 202 700 Euro (2008: 190 900 Euro). Am besten honoriert wurden danach fachärztlich tätige Internisten (450 700 Euro) sowie Radiologen (433 600 Euro), am schlechtesten Anästhesisten (173 300 Euro) und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte (175 000 Euro). Erkennbar ist zudem, dass fachübergreifende Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren überproportionale Zuwächse erzielten.

Beim **Ertrag der Praxis** stehen die Hausärzte nach den Berechnungen der KBV mittlerweile besser da als die Fachärzte. Dieser lag für den hausärztlichen Bereich im Jahr 2009 bei circa 105 000 Euro, für den fachärztlichen bei 95 000 Euro.

[...] Die KBV-Vorstände Köhler und Dr. med. Carl-Heinz Müller widersprachen nicht nur Behauptungen zur Einnahmesituation von Haus- und Fachärzten. Es sei auch nach wie vor nicht belegt, dass Verträge nach § 73 b **Einsparungen** bewirkten, sagte Köhler. Vielmehr gebe es Hinweise darauf, dass eingeschriebene Versicherte in nennenswertem Umfang weitere Hausärzte konsultierten beziehungsweise den organisierten ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nähmen.

Müller wies darauf hin, dass Hausarztverträge derzeit allesamt nicht daraufhin angelegt seien, Verbesserungen und Einsparungen zu **belegen**. Er forderte für die Zukunft aber grundsätzliche entsprechende Studien. Nur bei nachgewiesenen Effekten werde es nämlich auf Dauer auch mehr Honorar geben, betonte der KBV-Vorstand.

### **Honorarverhandlungen: Es gibt rund eine Milliarde Euro mehr<sup>32</sup>**

[...] Am 5. Oktober hat der **Erweiterte Bewertungsausschuss** gegen die Stimmen der Krankenkassenvertreter beschlossen, dass im nächsten Jahr ein Honorarzuwachs von 500 Millionen Euro **asymmetrisch** auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verteilt wird. Das heißt, dass diejenigen KVen mehr Geld erhalten, die von der Honorarreform 2009 am wenigsten profitiert haben. Zusätzlich wird die Vergütung linear angepasst. Der Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes sieht derzeit eine Erhöhung um 0,75 Prozent vor, was rund 175 Millionen Euro für alle KVen entspräche. Zusammen sind dies 675 Millionen Euro mehr für das Jahr 2011. Dazu kommen noch die Honorare für extrabudgetäre und neue Leistungen, so dass **eine Milliarde Euro mehr** an Honorar als sicher gilt.

[...] Profitieren werden von der asymmetrischen Verteilung 14 KVen. Von den 500 Millionen Euro sind 88 Millionen Euro für die KV Nordrhein vorgesehen, 80 Millionen Euro für die KV Baden-Württemberg und 78

<sup>31</sup> Rieser, Sabine: Dtsch Arztebl 2010; 107(34-35)

<sup>32</sup> Korzilius, Heike; Rieser, Sabine: Dtsch Arztebl 2010; 107(41)

Millionen Euro für die KV Westfalen-Lippe. Die KV Sachsen soll 43 Millionen Euro aus der asymmetrischen Honorarverteilung erhalten, die KV Bayerns 40 Millionen Euro, die KV Rheinland-Pfalz 30 Millionen Euro.

Für die sechs KVen Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hessen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen sind Summen zwischen 27 und 18 Millionen Euro vorgesehen. Für die KV Saarland sind derzeit drei Millionen Euro errechnet, für die KV Bremen zwei. [...]

### **Präimplantationsdiagnostik**

#### **Bundesgerichtshof zur Präimplantationsdiagnostik: Druck auf die Politik<sup>33</sup>**

Bei Paaren mit einer Veranlagung zu schweren Erbschäden dürfen Ärzte künftig im Reagenzglas befruchtete Eizellen auf Genschäden untersuchen und nur die gesunden Zellen für eine künstliche Befruchtung auswählen. Der 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofs (BGH) erlaubte damit die Präimplantationsdiagnostik (PID) an pluripotenten Zellen. Er begründete seine Entscheidung damit, dass sie die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche schwerst behinderter Kinder vermindern könnte. Das ist nachvollziehbar, denn wenn eine Behinderung festgestellt wird, sind Abtreibungen auch noch nach der zwölften Schwangerschaftswoche möglich. [...]

Kritiker der Methode befürchten allerdings, dass die PID irgendwann nicht mehr nur bei Paaren mit genetischen Defekten angewendet wird. Tatsächlich gibt es international bereits einige Fälle, wo ein Kind nur deshalb in vitro gezeugt wurde, um als Gewebespende für ein Geschwisterkind zu dienen. Solchen Praktiken erteilte der BGH glücklicherweise eine eindeutige Absage. Er betonte, dass Gegenstand seiner Entscheidung lediglich die Untersuchung von Zellen auf schwerwiegende genetische Defekte sei. „Einer unbegrenzten Selektion von Embryonen anhand genetischer Merkmale wäre damit nicht der Weg geöffnet.“ Letztendlich ist eine Klarstellung durch den Gesetzgeber zu wünschen.

#### **Präimplantationsdiagnostik: Gespaltene Gesellschaft<sup>34</sup>**

Der CDU-Parteitag votierte nur knapp für ein Verbot der PID. Auch die Kirchen und die Ärzteschaft sind uneins.

Auf das christliche Menschenbild beriefen sich sowohl Gegner als auch Befürworter der Präimplantationsdiagnostik (PID) beim CDU-Parteitag in Karlsruhe am 16. November. Gemeinsam suchten sie nach einer Lösung für eine gesetzliche Regelung der PID. Die CDU fand letztlich keine. Nach einer dreieinhalbstündigen sachlichen und doch hochemotionalen, von gegenseitigen Respektsbezeugungen gekennzeichneten Debatte kam es zwar zu dem Beschluss, PID zu verbieten, doch der fiel denkbar knapp aus: 408 Delegierte forderten das Verbot, 391 befürworteten eine Zulassung in engen Grenzen. Abgestimmt hatten 814 Delegierte, das entspricht somit 51 beziehungsweise 49 Prozent der abgegebenen Stimmen.

Bundeskanzlerin Angela Merkel hatte sich in ihrer auf konservativ und christlich eingestimmten Rede auch zur PID geäußert und für ein Verbot ausgesprochen, „weil ich Sorge habe, dass wir die Grenzen nicht definieren können“. Später hatte sie mit einem rigorosen Eingriff in die Tagungsleitung dafür gesorgt, dass das Thema ohne Begrenzungen von Redezeit und Rednerliste diskutiert werden konnte. Das Ergebnis enttäuschte die Befürworter eines Verbots der PID und ließ die Befürworter einer Zulassung „in engen Grenzen“ nicht unzufrieden zurück. Von der FDP kam alsbald ein Signal in ihrem Sinne: Sie sehe, so die stellvertretende Vorsitzende und gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-

<sup>33</sup> Klinkhammer, Gisela: Dtsch Arztebl 2010; 107(28-29)

<sup>34</sup> Jachertz, Norbert; Richter-Kuhlmann, Eva A.: Dtsch Arztebl 2010; 107(47)

Bundestagsfraktion, Ulrike Flach, „für unsere Position, eine eingeschränkte Zulassung der PID zu erreichen, jetzt eine sehr gute Chance auf eine Mehrheit im Parlament“. Ähnlich Carola Reimann (SPD), die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Bundestages: Sie gab sich „zuversichtlich, dass wir für unsere Position einer eng begrenzten Zulassung der PID eine Mehrheit im Bundestag bekommen“.

Die Kirchen suchen Lösungen

Auf die Kirchen können sich die Christdemokraten in Sachen PID kaum verlassen. Bekennende Protestanten wie Peter Hintze plädierten für die „engen Grenzen“, andere, so Thomas Rachel namens des evangelischen Arbeitskreises der CDU/CSU, für ein Verbot. Beim ökumenischen Gottesdienst vor Beginn des Parteitags erinnerte der Vorsitzende der katholischen Deutschen Bischofskonferenz, Robert Zollitsch, an die unveränderte katholische Position: Das menschliche Leben beginne mit der Verschmelzung von Eizelle und Samen. Die Konsequenz: PID ist unzulässig, weil sie dazu führt, menschliches Leben zu „verwerfen“. Einen Monat zuvor hatte der neue Vorsitzende des Rates der Evangelischen Kirchen in Deutschland, Nikolaus Schneider, hingegen „seine Sympathie für das Bestreben, die PID unter eng gefassten Bedingungen zuzulassen“, kundgetan. [...]

Wiederholt wurde auf dem Parteitag der vermeintliche oder tatsächliche Widerspruch zwischen einer womöglich verbotenen PID und der erlaubten Pränataldiagnostik (PND) bemüht. Sei es nicht widersinnig, den Test des Embryos in der Petrischale zu verbieten, PND im Mutterleib mit der möglichen Folge einer Spätabtreibung aber zu gestatten?, fragten die PID-Befürworter. Die Antwort der Gegner: PID sei ein nüchtern geplanter Vorgang, während PND und Spätabtreibung mit einem schweren Konflikt bei der Mutter einhergingen. Das eine könne mit dem anderen nicht verglichen werden.

Die Befürworter eines Verbots der PID argumentierten nicht mit dem Einzelfall, sondern grundsätzlich. Sie befürchten, die Grenzen würden sich nicht festlegen lassen, menschliches Leben werde qualifiziert, Behinderte diskriminiert. Sie gehen davon aus, dass menschliches Leben mit der Verschmelzung beginne und unterschiedslos von Anbeginn zu schützen sei.

Diese Haltung deckt sich mit der geltenden Beschlusslage des Deutschen Ärztetages, dessen Delegierte sich bereits im Jahr 2002 für ein Verbot der PID ausgesprochen haben. Doch auch innerhalb der Ärzteschaft gehen – ähnlich wie innerhalb der politischen Parteien und der Kirchen – die Ansichten, ob die PID gesetzlich verboten werden sollte, weit auseinander. Konsens gibt es jedoch in einem Punkt: dem Wunsch nach Rechtssicherheit für die betroffenen Eltern und für die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte. „Am Ende dieser Debatte müssen klare gesetzliche Regelungen stehen, ob überhaupt, und wenn ja, in welchem Umfang, die PID in Deutschland anwendbar ist oder nicht“, fordert Dr. med. Frank Ulrich Montgomery. Persönlich hält der Vizepräsident der Bundesärztekammer (BÄK) die PID für ethisch nicht vertretbar. „Als Bürger nehme ich aber zur Kenntnis, dass sich wahrscheinlich eine Mehrzahl der Menschen die Möglichkeit der PID für eng begrenzte Indikationen wünscht. Wenn es also nicht zu einem Verbot kommt, sondern zu einer Zulassung der PID, müssen wir Ärzte bereitstehen, einen ausufernden Missbrauch durch klare Regeln der Anwendung zu verhindern.“ [...]

„Der Deutsche Bundestag wird im nächsten Jahr für eine begrenzte Zulassung der PID plädieren“, hofft er.

Eine Freigabe der PID fordern auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Berufsverband der Frauenärzte. „Ein Verbot der PID würde eine Entmündigung der Frauen und der Paare bedeuten, die eine erhebliche genetische Belastung in ihre Elternschaft mitbringen und die häufig bereits behinderte Kinder zu Hause betreuen“, schreiben sie in einem offenen Brief an die BÄK. Diese Frauen müssten eine neue Schwangerschaft mit einer hohen Wahrscheinlichkeit beginnen, dass diese später durch einen Abbruch beendet werde. Die Organisationen setzen sich deshalb für eine Beratungsregelung und eine selbstverantwortliche Entscheidung der Eltern ein. Gleichzeitig schlagen sie vor, eine PID-Indikationsliste und gegebenenfalls Aktualisierungen in die Hände einer bei der BÄK angesiedelten Ethikkommission zu legen.

### **PID-Befürworter im Bundestag uneins<sup>35</sup>**

Die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) wird auch im Deutschen Bundestag von mehreren Abgeordneten unterstützt. Auf einen gemeinsamen Antrag konnten sie sich jedoch nicht einigen. So wird es voraussichtlich zwei fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe geben, die prinzipiell die genetische Untersuchung von künstlich erzeugten Embryonen befürworten. Die Koordinatoren des ersten Antrags, Peter Hintze (CDU), Carola Reimann (SPD) und Ulrike Flach (FDP), wollen die PID in Deutschland allen Paaren erlauben, die Träger einer Erbkrankheit sind. Eine interdisziplinäre Ethikkommission soll diese Fälle ohne Vorliegen eines Indikationskatalogs prüfen. „Es handelt sich um ein mildes Verbot mit rechtfertigendem Ausnahmetatbestand“, erklärte Hintze.

Einen zweiten Antrag kündigten die Grünen-Politikerin Priska Hinz und der SPD-Ethikexperte René Röspel an. Ihnen gehe der Gesetzentwurf der PID-Befürworter um Hintze, Reimann und Flach zu weit, sagten sie. In ihrem Entwurf wollen sie die PID strikt auf die Fälle begrenzen, bei denen eine Fehl- oder Totgeburt absehbar ist oder das Kind das erste Lebensjahr voraussichtlich nicht überleben wird, wie beispielsweise bei der Trisomie 13. Prüfungen auf Krankheiten, die erst im höheren Lebensalter ausbrechen, sollen ausgeschlossen sein.

Beide Gesetzentwürfe werden in der parlamentarischen Debatte gegen einen Antrag stehen, dessen Eckpunkte ebenfalls gerade vorgestellt wurden. Er sieht ein komplettes Verbot der PID in Deutschland vor. ER

### **Resümee und Ausblick**

#### **Sechs Jahre hauptamtliche Vorstände in KVen und KBV: Zwischen Management und Interessenvertretung<sup>36</sup>**

Die Arbeit sollte professioneller werden, die Strukturen schlanker. Das war das Ziel einer Organisationsreform, die Rot-Grün 2004 dem KV-System verordnete. Jetzt ist die erste Legislaturperiode zu Ende. Eine Standortbestimmung

Er hatte ein klares Konzept: ein angemessenes Honorar in Euro und Cent statt floatender Punktwerte für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten, bundesweit gleiches Geld für gleiche Leistungen, die Rückverlagerung des Krankheitsrisikos auf die Krankenkassen sowie den Umbau der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu modernen Dienstleistern. Am Ende der Organisationsreform sollte ein KBV-KV-Konzern stehen, in dem das alte Bild der Zerstrittenheit endgültig der Vergangenheit angehört. So beschrieb Dr. med. Andreas Köhler als erster hauptamtlicher KBV-Vorstandsvorsitzender im Jahr 2005 das Ziel der strategischen Neuausrichtung der KVen und der KBV.

Jetzt, sechs Jahre später, ist es Zeit für eine Bilanz. Denn die erste Legislaturperiode der hauptamtlichen KV-Vorstände ist zu Ende. Mit den Neuwahlen haben sich mancherorts die Machtverhältnisse verschoben. Und von Köhlers Zielen ist – bei manchem Erfolg – in den Augen vieler Ärzte wenig übrig geblieben. Der Deutsche Hausärzteverband kämpft heftiger denn je für die eigene Vertrags- und Tarifhoheit und gegen die KVen. Und viele KVen wehren sich gegen den zunehmenden „Berliner Zentralismus“, die Dominanz der KBV. [...]

Die Einschätzungen über die Organisationsreform fielen von Anfang an unterschiedlich aus. Die einen hofften, wie KBV-Chef Köhler, auf ein Ende der oft lähmenden innerärztlichen Zerstrittenheit und auf eine effizientere Arbeitsweise. Zumal die Interessen von Haus- und Fachärzten von je einem

<sup>35</sup> Richter-Kuhlmann, Eva A.: Dtsch Arztebl 2010; 107(51-52)

<sup>36</sup> Korzilius, Heike: Dtsch Arztebl 2010; 107(50)

Vorstandsmitglied gleichberechtigt vertreten werden sollten. Andere sahen im Prinzip der Hauptamtlichkeit die Gefahr, dass sich der Vorstand auf lange Sicht von den Ärzten an der Basis entfernen könnte und sich die niedergelassenen Ärzte verwaltet, aber nicht mehr vertreten fühlen würden.

Der befürchtete Machtverlust der KVen passte der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) durchaus ins Konzept. Sie hatte sich vorgenommen, das Vertragsmonopol der KVen zu beseitigen, was ihr Ende 2008 mit der Verabschiedung des GKV-Organisationsstruktur-Weiterentwicklungsgesetzes gelang. § 73 b Sozialgesetzbuch V verpflichtete die Krankenkassen, bis zum 30. Juni 2009 Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen, und zwar vorrangig mit Gemeinschaften, die die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten. Das ist in den meisten Fällen der Hausärzteverband.

Im großen Stil haben sich diese Verträge zwar bislang nur in Baden-Württemberg und in Bayern etabliert, der Wettbewerb zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen sowie der damit einhergehende Machtkampf zwischen Verbänden und KVen sind allerdings ein Symbol für die Zerrissenheit des Systems. An diesem Konflikt scheiterte schon im Juli 2007 das erste KBV-Vorstandstreffen, dem für die Fachärzte Andreas Köhler und für die Hausärzte Ulrich Weigeldt angehörten. Weigeldt, der als Vorsitzender des Deutschen Hausärzteverbands mit knapper Mehrheit in den KBV-Vorstand gewählt worden war, sah sich zum Rücktritt gezwungen, weil man ihm vorwarf, primär die Interessen seines Verbandes und nicht die der KBV zu vertreten.

„Ich wünsche dem KV-System, dass es nicht noch einmal in eine solche Lage kommt, in der ein Vorstand aufgrund völlig konträrer Ziele nicht miteinander, sondern gegeneinander arbeiten muss“, sagte Köhler am 3. Dezember 2010 in Berlin, als er vor der KBV-Vertreterversammlung eine Bilanz der vergangenen Legislaturperiode zog. Klar sei aber, so Köhler weiter, dass die Grundsatzentscheidung über das Verhältnis zwischen Kollektivvertrag und Selektivverträgen in der nächsten Amtsperiode erneut zur Debatte stehe. „Denn mit den Neuwahlen in den KVen und der KBV werden die Karten neu gemischt.“ [...]

In Bayern hat Ende November die Opposition gepunktet, die im Wahlkampf ganz klar einen Ausstieg aus dem KV-System propagiert hatte. Bei einer Wahlbeteiligung von 70 Prozent errang die Liste des Bayerischen Hausärzteverbands 21 von 50 Sitzen. Deren Spitzenkandidat, Dr. med. Wolfgang Hoppenthaller, der nach seinem Wahlerfolg einen Sitz im KV-Vorstand beansprucht, erklärte: „Diesen Vorstandssitz benötigen wir, um den Systemwechsel, also den Austritt aus diesem Körperschaftssystem, reibungslos zu vollziehen.“ [...]

Einen Dämpfer hat bereits die schwarz-gelbe Bundesregierung dem Geschäft mit den Hausarztverträgen verpasst. Das GKV-Finanzierungsgesetz legt fest, dass sich die Honorarvereinbarungen in den Hausarztverträgen an denen der Regelversorgung orientieren müssen und keine höheren Kassenbeiträge verursachen dürfen. Das schmälert ihre Attraktivität in den Augen vieler Hausärzte.

Auch in Baden-Württemberg, Vorreiter in Sachen Selektivverträge, ist künftig die Opposition am Ruder. Die KV-Vertreterversammlung wählte im Oktober den Orthopäden Dr. med. Norbert Metke zum Vorstandsvorsitzenden. Metke, der im Januar sein Amt antritt, war viele Jahre ehrenamtlich im Vorstand der KV Nord-Württemberg tätig und ist Mitbegründer des Medi-Verbundes, der zusammen mit dem Hausärzteverband im Mai 2008 den ersten Hausarztvertrag unter Ausschluss der KVen mit der AOK Baden-Württemberg geschlossen hat.

Metke will sich als KV-Vorsitzender für ein „faires Nebeneinander“ von Selektivverträgen und dem Kollektivvertrag der KV einsetzen, und, was sich selektiv bewährt, kollektiv übernehmen. „Wenn wir also wissen, dass wir zum Beispiel durch eine völlig veränderte Pharmakotherapie bei besserer Qualität der Patientenversorgung die Ärzte endlich leistungsgerecht bezahlen können, ist es doch ein kleiner Schritt, das auch im Kollektivvertrag umzusetzen“, erklärte Metke im Gespräch mit dem Deutschen Ärzteblatt. Die erfolgreichen Selektivverträge tragen nach Ansicht des neuen KV-Vorsitzenden auch dazu bei, dass

in Baden-Württemberg die Diskussion über einen Ausstieg aus dem System abgeebbt ist – eine Diskussion, die Medi maßgeblich angestoßen hatte.

Jetzt will Metke das System von innen heraus reformieren. Dabei spart er nicht mit Kritik an seinen Amtsvorgängern, deren Kommunikation mit der ärztlichen Basis seiner Ansicht nach an Missachtung grenzte. „Das ist der Grund, warum viele Ärzte in Baden-Württemberg die KV nicht mehr als ihre Interessenvertretung ansehen“, meint Metke. „Das muss anders werden.“

## Plädoyer für mehr Basisnähe

Er will den ärztlichen Sachverstand wieder mehr in die Vorstandsarbeit einbinden. Ein Hauptausschuss, in dem die Vorsitzenden der Vertreterversammlung und der beratenden Fachausschüsse sowie die Sprecher der vier baden-württembergischen Bezirksdirektionen vertreten sind, soll sicherstellen, dass die Arbeit des Vorstands den ärztlichen Alltag und die Patientenversorgung nicht aus den Augen verliert. „Wenn sich die KVen künftig so aufstellen, wie wir das vorhaben, müssen wir keine Angst haben, als Körperschaft an der Versorgung beteiligt zu bleiben“, erklärt der Orthopäde. Denn die körperschaftliche Organisation biete einen entscheidenden Vorteil: „Wir können unseren ärztlichen Sachverstand in staatliche Entscheidungen einbringen. Wir wären ja dumm, wenn wir uns diese einmalige demokratische Chance nehmen ließen.“

„Unsere Organisationen sind spürbar professioneller geworden. Allerdings haben sich die Vorstände durch die Hauptamtlichkeit etwas weiter von der Basis entfernt“, sagt Dr. med. Carl-Heinz Müller. Der KBV-Vorstand spricht aus Erfahrung, denn er hat 2004 als Vorstandsvorsitzender der KV Trier die Fusion der damals vier rheinland-pfälzischen KVen begleitet. Die Organisationsreform sei allerdings auch der Komplexität der Arbeit in der Selbstverwaltung geschuldet. „Neben der Praxis können sie das nicht mehr leisten“, so der Allgemeinarzt. [...]

Verschärft hat diesen Konflikt die jüngste Honorarreform, die den Vertragsärzten 2008 und 2009 zwar einen bemerkenswerten Honorarzuwachs von 3,5 Milliarden Euro beschert hat. Der KBV war es erstmals nach mehr als 20 Jahren gelungen, die strikte Budgetierung der Honorare aufzubrechen und deren Entwicklung an das Krankheitsgeschehen zu koppeln.

Die Verteilung des Honorarzuwachses sorgt allerdings bis heute für Streit – nicht nur zwischen den Arztgruppen, sondern auch zwischen den KVen. Jetzt fordern vor allem diejenigen KVen wieder mehr regionale Spielräume, die sich zu den Verlierern der Honorarreform zählen. „Die KBV hat den Honorarzuwachs ausgehandelt und musste ihn auch verteilen. Das ist danebengegangen“, sagt Plassmann [KV Hamburg, d. Verf.]. Die Korrekturen, die durch die asymmetrische Verteilung weiterer Zuwächse vorgenommen würden, sorgten für neuen Streit. „So wird das weitergehen“, prognostiziert der Jurist. „Der jetzige Weg führt in die Zentralisierung. Aber ein rein zentrales System ist nicht gut für die Versorgung.“ [...]

Als „Überzeugungstäter, wenn es um die Zukunft des KV-Systems geht“, verabschiedete sich KBV-Chef Köhler bei der KBV-Vertreterversammlung. Der amtierende KBV-Vorstand stehe für einen modernen Kollektivvertrag, „der unverzichtbar ist für die möglichst gerechte und sichere Versorgung aller GKV-Versicherten“. Ob er sich am 9. April 2011 zur Wiederwahl stellt, ließ Köhler offen. Zu tun gäbe es genug. Denn die nächste KBV-Vertreterversammlung wird über eine Wettbewerbsordnung für Kollektiv- und Selektivverträge beraten, ein transparentes und nachvollziehbares Vergütungssystem schaffen sowie über eine Neuordnung der Bedarfsplanung diskutieren müssen.<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Inzwischen ist Köhler im Amt bestätigt worden