



#### Fingerzeig Richtung Zukunft:

Der KBV-Vorsitzende präsentierte ein überarbeitetes Konzept der Versorgungsebenen.

### PLÄDOYER FÜR EIN MODERNES KV-SYSTEM

# Sanierung statt Abriss

Die KBV fordert von der Politik ein klares Bekenntnis zum Kollektivvertrag. Der ungeordnete Wettbewerb gefährdet das Fundament der qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung in Deutschland.

**T**rillerpfeifenlärm, Plakate mit der Aufschrift „Erblindung wird Kassenleistung“ und riesige Luftballons mit Slogans wie „Augenbehandlung für 17,14 Euro?“ – der Weg in die Mainzer Rheingoldhalle führte die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) durch ein Spalier von rund 200 Augenärzten. Sie protestierten lautstark gegen die ihrer Ansicht nach verheerenden Auswirkungen der jüngsten Honorarreform. Drinnen im Saal zeigte man zwar Verständnis für die Sorgen und Nöte der Kolleginnen und Kollegen. Der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Andreas Köhler, räumte ein, dass es bei der Verteilung der Honorare „Dysbalancen“ gebe. Im Mittelpunkt der Veranstaltung im Vorfeld des 112. Deutschen Ärztetags stand diesmal jedoch Grundsätzliches.

„Es geht um nichts weniger als um den Erhalt und die Weiterentwicklung einer qualitativ hoch-

wertigen, flächendeckenden Rundum-die-Uhr-Versorgung gesetzlich Krankenkassensicherter in Deutschland“, sagte Köhler. Diese werde zurzeit massiv gefährdet durch den ungeordneten Wettbewerb zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen, der weder die Qualität fördere noch die Wirtschaftlichkeit stärke. „Dieser Wettbewerb wirkt wie eine

## „Das Fundament der ambulanten Versorgung wird mit jedem Schlag weiter beschädigt.“

Dr. med. Andreas Köhler

Abrissbirne, die das Fundament der ambulanten Versorgung mit jedem Schlag weiter beschädigt“, erklärte der KBV-Chef. Köhler forderte deshalb von der Politik ein klares Bekenntnis zum Kollektivvertrag und damit zum KV-System.

Seiner Ansicht nach steht das Gesundheitssystem derzeit am Scheideweg. Die Politik müsse sich jetzt

entscheiden, was sie wolle: den Abriss oder „eine Sanierung, bei der das vorhandene, in 50 Jahren bewährte Gebäude grundsätzlich erhalten bleibt und die Funktionsfähigkeit durch Modernisierungsmaßnahmen erhöht beziehungsweise wiederhergestellt wird“.

Dem jetzigen ungeordneten Wettbewerb stellte Köhler eine eigene Ordnung entgegen. Voraussetzung ist allerdings, dass die KVen wieder den ungeteilten Sicherstellungsauftrag erhalten. Nach dem KBV-Konzept wird die Grundversorgung weiterhin kollektivvertraglich geregelt. Sie umfasst sowohl die hausärztliche als auch die wohnortnahe fachärztliche Versorgung. Die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene arbeitet eng mit den Grundversorgern und dem stationären Bereich zusammen. Die Leistungen, die die Spezialisten erbringen, werden in einem Katalog definiert, mit Blick auf die Vergütung und die Bedarfsplanung sind sie dem Krankenhaus gleichgestellt. Dabei sollen sektorübergreifende Versorgungsketten insbesondere die Behandlung chronisch Kranker verbessern.

Das Modell sieht darüber hinaus erweiterte Wahlmöglichkeiten für die Versicherten vor. Sie sollen sich künftig zwischen drei Versicherungstarifen entscheiden können:

- einem Tarif, der der heutigen Regelversorgung entspricht mit freier Arztwahl und Sachleistungsprinzip
- einem Tarif, in dem sich der Versicherte verpflichtet, Fachärzte nur noch auf Überweisung eines Hausarztes aufzusuchen und
- einem Tarif, mit dem der Versicherte sich für die Kostenerstattung entscheidet.

In Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene sollen nach dem Willen der KBV für die Dauer von drei bis fünf Jahren Pflichtinhalte für die Kollektivverträge und Versorgungsziele vereinbart werden. „Das gibt Versicherten, Patienten, Vertragsärzten und Kassen Planungssicherheit“, erklärte Köhler. Ergänzende Verträge seien auf allen Versorgungsebenen möglich. Sie setzten auf den Kollektivverträgen auf und dienten vorrangig dazu, die sektoren- und fachübergreifende Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Erfolgreiche Modelle würden in den Kollektivvertrag überführt.

Köhler erhielt für seine Rede viel Beifall. Die internen Kritiker des KV-Systems blieben diesmal dezent im Hintergrund. „Die KV braucht verlässliche Rahmenbedingungen“, forderte der Vorstandsvorsitzende der KV Bremen, Dr. med. Till Spiro, ganz im Sinne Köhlers. Was sich im Moment abspiele, sei keine schicksalhafte Entwicklung, sondern eine systematische Zerstörung des Systems. Sein Kollege aus der KV Rheinland-Pfalz, Dr. med. Günter Gerhardt, sagte: „Ich halte nichts von einer Zersplitterung der Versorgung und zig Verträgen. Aus einer solchen Situation heraus sind einmal die KVen entstanden.“ Auch die Vertreterversammlung stellte sich hinter die Forderungen des KBV-Vorsitzenden und stimmte für das Strategiepapier.

Die erfolgreiche Sanierung des Gebäudekomplexes KVen/KBV steht und fällt nach Ansicht Köhlers jedoch mit der Freiberuflichkeit der Vertragsärzte: „Diese Freiheit meint, dass Ärzte in medizinischen Fragen unabhängig sind, dass sie in solchen Fragen keinen Anweisungen von Nichtärzten unterliegen dürfen.“ Diese Freiheit bedeute nicht, dass Ärzte keinen Regeln unterlägen. Die Regeln müssten jedoch ärztliches Handeln unterstützen, sie dürften es nicht über Gebühr einschränken.

Genau daran krankt aber Köhler zufolge das System. „Wir brauchen unsere Spielräume zurück. Die staatliche Regulierung muss zurückgefahren werden“, forderte der KBV-Chef. Ansonsten könne das KV-System die Interessen der Ver-

tragsärzte nicht mehr wirkungsvoll vertreten.

Die gegenwärtige Honorarmisere hat einmal mehr gezeigt, wie schwierig der Spagat zwischen Interessenvertretung und Regulierungsverantwortung im Auftrag des Staates ist. Im Ansehen ihrer Mitglieder haben die ärztlichen Körperschaften jedenfalls einen Tiefpunkt erreicht. „Wir müssen wieder in die Lage versetzt werden, die Rechte unserer Mitglieder wirksam zu vertreten. Die heutigen Einschränkungen führen zu einem echten Legitimationsproblem“, meinte Köhler. In diesem Zusammenhang forderte der

dämpfung widersprächen sich zum Teil, dazu komme die Möglichkeit der Krankenkassen, mit Pharmaherstellern Rabattverträge zu schließen. Dennoch hafteten die Vertragsärzte nach wie vor für eine wirtschaftliche Verordnungsweise. „Die können das aber gar nicht mehr“, sagte Müller. Er verlangte, die Verantwortung für eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung auf Krankenkassen und Pharmahersteller zu übertragen, während die Ärzte für die Indikationsstellung und die Wirkstoffauswahl zuständig seien.

Auf einen anderen Aspekt von Verantwortung wies der KBV-Vor-



KBV-Vorsitzende erneut, die Verteilung der Honorare wieder vollständig den KVen zu überlassen. „Ich habe es jedenfalls satt, mich – wie heute Morgen von den Augenärzten – für Entscheidungen beschimpfen zu lassen, die ich gar nicht allein treffen kann“, sagte Köhler.

In eine ähnliche Richtung zielte KBV-Vorstand Dr. med. Carl-Heinz Müller mit seinem Vorschlag, die Verantwortlichkeiten für eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung neu zu verteilen. Die Aus- und Wechselwirkungen der gesetzlichen Regulierung im Arzneimittelmarkt seien für den einzelnen Vertragsarzt völlig unüberschaubar geworden, betonte Müller. Gesetze zur Kosten-

standsvorsitzende Köhler hin: den ausreichend hohen Schutz der Sozialdaten im Rahmen der Versorgung. Diesen sieht er durch die Hausarztverträge nach § 73 b gefährdet, die der Deutsche Hausärzterverband (HÄV) bislang in Bayern und Baden-Württemberg geschlossen hat. „Die Abrechnung von Leistungen in selektiven Verträgen wie diesen wird über private Rechenzentren abgewickelt. Diese unterliegen allerdings nicht den speziellen Vorschriften des SGB V“, warnte Köhler.

Die KBV hatte zuvor bereits auf ein Urteil des Bundessozialgerichts verwiesen, wonach die Verarbeitung von persönlichen Daten ge-

**Appelle nach innen:** Die Augenärzte forderten von den Delegierten Unterstützung im Kampf um angemessene Honorare.



setzunglich Krankenversicherter über private Abrechnungsstellen unzulässig ist. Dies gilt nach Auffassung des Gerichts zumindest, solange es dafür keine gesonderte Regelung im SGB V gibt. Die Entscheidung des Gerichts bezog sich auf die Datenweitergabe im Fall von Abrechnungen nach ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus. Nach Auffassung der KBV-Rechtsexperten besteht im Fall von Selektivverträgen allerdings eine vergleichbare Situation. Deshalb sei die Datenweiterleitung im Rahmen der HÄV-Verträge so wie bisher praktiziert rechtswidrig.

**Beifall** für den Vorstand: Das Strategie- und Forderungspapier stieß auf große Zustimmung.

„Ist das den Versicherten in solchen Verträgen bewusst? Mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht“, befand Köhler. „Würde es bei der Entscheidung für oder gegen den Beitritt zu einem solchen Vertrag eine Rolle spielen? Ich weiß es nicht, aber für mich würde es ganz sicher eine Rolle spielen“, ergänzte er. Dem Vorhaben, im Rahmen der anstehenden Novellierung des Arzneimittelgesetzes noch rasch eine klarstellende Passage zu § 73 b einzufügen, erteilte Köhler eine Absage: Damit sei das spezielle Schutzniveau wie bei Krankenkassen und KVen als Körperschaften des öf-

fentlichen Rechts nicht zu gewährleisten.

Genau diesen Vorschlag hatte allerdings der Hausärzteverband unterbreitet. Dessen Bundesvorsitzender, Ulrich Weigeldt, hatte vorgeschlagen, das Gesetz zu ergänzen und privatwirtschaftliche Abrechnungswege auf Basis einer schriftlichen Einwilligung der Patienten zu ermöglichen. Am Rande der Vertreterversammlung kritisierte er erneut die ablehnende Haltung der KBV dazu: „Die Datensicherheit wird benutzt, um unliebsame Verträge zu diskreditieren.“ Ein hohes Datenschutzniveau sei eine Selbstverständlichkeit, stellte Weigeldt klar: „Gehen Sie davon aus, dass wir nicht so dumm sind, ungesicherte Daten zu verschicken.“

KBV-Chef Köhler wies vor den Delegierten darauf hin, dass es beim Thema Daten noch in anderer Hinsicht Nachbesserungsbedarf gebe. „Ein modernes Gesundheitssystem braucht Steuerungsdaten, Versorgungsforschung, Qualitätsdarlegung, und es muss mögliche Versorgungsdefizite aufspüren und Evaluationen von besonderen Versorgungsformen vornehmen können. Wer die Versorgung an der Morbidität ausrichten will, muss wissen, wie diese regional verteilt ist“, betonte er. Das KV-System könne hier Verantwortung übernehmen, nur: „Wir müssen die dafür notwendigen EDV-Plattformen schaffen beziehungsweise bestehende weiterentwickeln.“ Denn, so fügte er hinzu: „Als Versorgungsgestalter müssen wir uns positionieren und nicht als ewig gestrige Streiter um Honorar und Verteilung.“

Die aktuelle Honorarreform und notwendige Veränderungen an der Vergütungssystematik waren denn auch ein wichtiges, aber nicht das beherrschende Thema der Vertreterversammlung. Köhler wies unmissverständlich darauf hin, dass die Politik endlich erkennen müsse, dass begrenzte Mittel für die ambulante Versorgung und ein im Prinzip unbegrenztes Leistungsversprechen nicht zueinanderpassten. Vom vorgesehenen Leistungsumfang hänge ab, „welche Vergü-

## KOSTENERSTATTUNG IST UNBELIEBT

Wer über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgesichert ist, sollte nach den Vorstellungen der KBV einen Kostenerstattungstarif wählen können. Bei den GKV-Versicherten ist das Interesse daran allerdings bislang gering. Das hat der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen kürzlich mitgeteilt. Derzeit haben sich weniger als 0,2 Prozent aller Versicherten dafür entschieden, das heißt: gerade einmal 132 000 von mehr als 70 Millionen.

Bis April 2007 konnten GKV-Versicherte ausschließlich für alle Leistungsbereiche die Kostenerstattung wählen. Nur für freiwillig Versicherte galten Ausnahmen. Diese Auflage schreckte viele ab, monierten Kritiker damals. Als wenig förderlich wurde seinerzeit auch die Pflichtberatung von GKV-Versicherten zur Kostenerstattung durch ihre Kasse angesehen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) wurde den Versicherten dann eingeräumt, sich lediglich in einzelnen Bereichen für die Kostenerstattung zu entscheiden, also diese beispielsweise auf die ambulante ärztliche Versorgung zu beschränken.

An der Nachfrage hat dies kaum etwas geändert: Wählten vor dem GKV-WStG 0,17 Prozent der Versicherten die Option Kostenerstattung, waren es danach 0,19 Prozent. Die meisten Wechsler waren bei den Ersatzkassen (0,34 Prozent) beziehungsweise bei den Betriebskrankenkassen (0,30 Prozent) versichert. Dabei überwiegt die Gruppe der über 60-Jährigen. Als Grund vermuten die Kassen, dass Ältere ihrer Gesundheitsversorgung eine höhere Präferenz einräumen und, sofern sie finanziell gut gestellt sind, eher bereit zu Zuzahlungen sind als jüngere GKV-Versicherte. *Rie*

tungssystematik künftig gewählt wird“, sagte Köhler. Diese müsse aber unter anderem an folgenden Kriterien ausgerichtet werden:

- einfache und nachvollziehbare Grundlagen für Ärzte, Patienten und Krankenkassen
- Verwendung des Geldes dort, wo der Nutzen am größten ist, mit entsprechenden Anreizen
- Orientierung an der Morbidität
- Abkehr von der Pauschalierung und Wiedereinführung der Einzel Leistungsvergütung
- Bindung von Teilen der Vergütung an Qualitätsindikatoren.

Darüber hinaus nutzte Köhler die Vertreterversammlung, um über die zurückliegenden Beschlüsse im (Erweiterten) Bewertungsausschuss zu informieren. Vor weiteren als den gefassten Korrekturbeschlüssen zur Honorarreform warnte er allerdings: „Wir haben noch keine abschließenden Daten zum ersten Quartal 2009 vorliegen.“ Diese gelte es aber abzuwarten, bevor man noch mehr Änderungen vornehme.

Köhler wies aber darauf hin, dass die Diskussion um die Kluft zwischen dem Orientierungswert von 3,5 Cent und dem EBM-Kalkulationswert von 5,11 Cent erneut im Bewertungsausschuss geführt werde. „Ich bin nicht so verrückt zu glauben, dass wir noch einmal zehn Milliarden Euro mehr bekommen“, sagte der KBV-Chef. Aber es werde



**Zu verzweigt** seien die Regelungen zur Kostendämpfung bei Arzneimitteln, befand KBV-Vorstand Dr. med. Carl-Heinz Müller.

zumindest über eine neuerliche Kostenüberprüfung diskutiert.

Ein weiterer Knackpunkt ist, dass noch in diesem Sommer weitreichende Honorarbeschlüsse für das Jahr 2010 fallen sollen. Doch um die Datengrundlagen und die Methodik zur Ermittlung des morbiditätsorientierten Behandlungsbedarfs gibt es immer noch gravierende Diskussionen. Nach Darstellung Köhlers bemängeln die Kassen, dass die vorliegenden Daten auf der Basis von Erhebungen in vier KVen zu wenig aussagekräftig

sind. Sie fürchten außerdem Verzerrungen durch sogenannte Up- und Rightcodingeffekte in den Jahren 2008 und 2009.

Erhebliche Probleme bereitet auch die gesetzlich vorgeschriebene Festlegung des bundesweit einheitlichen Behandlungsbedarfs. Köhler geht mittlerweile davon aus, dass man eine Konvergenzphase bis zum Jahr 2013 zur Angleichung benötigt. Er bat die Vertreterversammlung eindrücklich darum, ihn für die Verhandlungen mit den Krankenkassen zu diesen Punkten nicht durch Beschlüsse einzuengen. Diesem Wunsch kamen die Delegierten nach, allerdings nicht ohne Kritik.

Dass man einen bundeseinheitlichen Orientierungswert festgelegt habe, aber nun so rasch keinen bundeseinheitlichen Leistungsbedarf fixieren wolle, sei ein großes Problem, befand Dr. med. Klaus Enderer, Vorstand der KV Nordrhein: „Diesen Bruch in der Systematik der Honorarreform können wir nicht fünf Jahre aushalten.“ Das kritisierte auch Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden, Vorstand der KV Westfalen-Lippe. Die Versorgung von Patienten müsse bei gleicher Morbidität überall gleich vergütet werden. Man könne nicht den historisch gewachsenen Bedarf einfach weiterentwickeln. ■

Heike Korzilius, Sabine Rieser

## SIGNAL: TAG DER NIEDERGELASSENEN

Bis zur Bundestagswahl sind es nur noch rund vier Monate – eine Zeitspanne, die die KBV nutzen will, um ihre Konzepte zu präzisieren und der Politik deutlich zu machen, was notwendig ist. Der nächste wichtige Termin dafür ist der Tag der Niedergelassenen im Rahmen des Hauptstadtkongresses am 29. Mai in Berlin.

„Beim Tag der Niedergelassenen wollen wir die Sorgen und Nöte sowie die Anregungen unserer Mitglieder aufnehmen und zugleich darstellen, was unsere Ziele für die nächste Zeit sind“, sagte KBV-Vorstand Dr. med. Carl-Heinz Müller gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Müller weiter: „Es ist wichtig, den Vertragsärzten zu signalisieren, dass sie eine Organisation haben, die sie vertritt und die im Dialog mit ihnen die Zukunft gestalten will.“ Dazu soll unter anderem ein Manifest mit

Forderungen der Ärzte dienen, das derzeit gemeinsam erarbeitet wird.

Am 3. Juli folgt der Kassenärztetag, ebenfalls in Berlin. An diesem Tag sollen sogenannte Wahlprüfsteine vorgelegt werden. Der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Andreas Köhler, dazu: „Anhand dieser Wahlprüfsteine können sich die Vertragsärzte und -psychotherapeuten, aber auch die rund 500 000 Mitarbeiterinnen in den Praxen ein Bild davon machen, wie welche Partei mit der ambulanten Versorgung umzugehen gedenkt.“ Die KBV will kämpfen – für eine einheitliche ambulante Versorgung und für den ungeteilten Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie will dies gemeinsam mit den Ärzten und Patienten tun, um auch in Zukunft die Versorgung gestalten zu können. JM