



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

## **Bericht an die Vertreterversammlung**

Dr. med. Andreas Köhler  
Vorsitzender des Vorstandes

Sitzung der Vertreterversammlung der KBV  
am 29. September 2006

Es gilt das gesprochene Wort

© KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Berlin, den 29. September 2006

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

manchmal bin sogar ich ein Freund deutlicher Worte, und bei dem, was derzeit in der Gesundheitspolitik geschieht, kann man nicht mehr zwischen den Fronten herumlavieren; es geht nämlich zunehmend an die Zerstörung des Selbstverständnisses des gesamten Berufsstandes – und auch meines als Vorstand der KBV. Diese Gesundheitsreform ist schon unter palliativmedizinischen Aspekten gestartet. Sie muss solange auf der Intensivstation bleiben, bis der Patient geheilt ist. Es geht jetzt ans Eingemachte! Keiner von uns kann sich jetzt noch vor einer fundamentalen Opposition drücken. Sonst verlässt diese unheilbar kranke Reform die Intensivstation. Wenn sie dann scheitert, sind wieder einmal die Ärzte schuld.

Ich bin dagegen kein Freund einsamer Entscheidungen. Sondern überzeugt davon, dass wir in der aktuellen Krisensituation – und nichts anderes ist das Gesetzgebungsverfahren zur Gesundheitsreform – alle gemeinsam handeln müssen und zwar nicht irgendwann, sondern jetzt. Nicht nur, um das Schlimmste zu verhindern. Das wird nicht reichen. Wir müssen ein in seinen potentiellen Auswirkungen destruktives Gesetz in ein konstruktives verwandeln. Oder es verhindern!

Denn wenn dieses Gesetz käme, wie es der Arbeitsentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium vorsieht, hätte das katastrophale Folgen für die Versorgung der Patienten in Deutschland, für die wirtschaftliche Überlebenschancen unserer Mitglieder und für das KV-System. Daran ändert auch der kürzlich bekannt gewordene dritte Arbeitsentwurf nichts wesentliches. Er bringt zwar an einigen Stellen eine leichte Verbesserung, ist aber in seiner Grundtendenz genauso verheerend wie seine Vorgänger.

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz steht als Titel über dem Entwurf. In Wirklichkeit ist es das genaue Gegenteil: es ist ein Staatsmedizin-Einführungsgesetz. Da helfen auch schöne Worte nichts, da muss außen drauf stehen, was in vielen Paragraphen formuliert ist:

- Staatsmedizin und Bürokratie,
- Programm zur Auswanderung deutscher Ärzte ins Ausland und
- Rationierung in der GKV.

Mit den zwischen den Koalitionsparteien mühsam vereinbarten Eckpunkten oder gar mit der Koalitionsvereinbarung hat es an vielen Stellen überhaupt nichts zu tun. Politische Zusagen werden plötzlich in ihr Gegenteil verkehrt. Dieses Gesetz ist nicht akzeptabel. Es ist auch nicht umsetzbar. KBV und KVen und unzählige andere Organisationen nicht nur im Gesundheitswesen sind sich einig: dieses Gesetz darf so nicht kommen! Denn es würde das große Problem der solidarischen Krankenversicherung, die Erosion der Einnahmehasis, nicht lösen. Mit dem Fonds, staatlich festgelegten Beitragssätzen, einer gedeckelten Zusatzprämie, einer zur Behörde umgestalteten Selbstverwaltung, einem einheitlichen Kassenverband, dem Druck zur Fusion für Krankenkassen und den Kostendämpfungsregelungen setzt der Arbeitsentwurf eben nicht auf sinnvollen Wettbewerb, sondern auf rigide Leistungssteuerung nach staatlichen Vorgaben.

Dabei waren die politischen Kernaussagen anders. Fairer Wettbewerb sollte etabliert werden. Das geht nicht unter dem Deckel der Budgets. Feste Preise in Euro und Cent und die Abschaffung der Budgets wurde den Vertragsärzten und -psychotherapeuten versprochen. Die neue Gebührenordnung sollte transparent, einfach und unbürokratisch sein. Schaut man sich die einschlägigen Paragraphen in der Formulierung des Arbeitsentwurfs an, sieht man sehr schnell: nichts davon wurde umgesetzt.

Im Gegenteil: Anstatt die Budgets für ärztliche Honorare abzuschaffen, werden sie verschärft. Die chronische Unterfinanzierung im ambulanten Sektor wird nicht beseitigt, sondern zementiert.

Es ist geradezu perfide: den Vertragsärzten wird im Vorfeld versprochen, dass jede ärztliche Leistung künftig einen vorher vereinbarten Wert in Euro und Cent hat. Nun wissen mittlerweile auch Politiker, dass Vertragsärzte derzeit ca. ein Drittel ihrer Leistungen unbezahlt erbringen. Anstatt dieses Drittel – wie es dringend notwendig und richtig wäre – mit frischem Geld zu bezahlen, wird es durch die Berechnungsformel für die Preissetzung der neuen Gebührenordnung einfach versenkt. Im Klartext: anstatt des eigentlich notwendigen einen Euros bekommen Vertragsärzte künftig wegen dieses Tricks nur 67 Cent. Das Ganze nennt man dann „kostenneutrale“ Umsetzung.

Dabei ist die geplante Preisfestsetzung auf diesem unzulänglichen Niveau keineswegs alles, was der Arbeitsentwurf an Begrenzungen vorsieht. Pauschalierung und fixkostenbezogene Abstufung sind weitere Begrenzungsmaßnahmen. Beides entspricht dem Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Mit diesen Regelungen hätten wir eine Gebührenordnung, die eine vernünftige und ausreichende Mengen- und Kostensteuerung bereits enthält. Würde man sich darauf und auf eine möglichst unbürokratische, aber wirksame Kontrolle der Plausibilität und Wirtschaftlichkeit beschränken, ginge das in Ordnung. Aber: der Arbeitsentwurf sieht darüber hinaus weitere, inkompatible Begrenzungen vor. Arztbezogene Regelleistungsvolumina sollen für eine weitere Leistungskappung sorgen, indem überschreitende Leistungen nach dem zweiten Arbeitsentwurf nur noch mit 10 Prozent des Preises vergütet werden. Der dritte Arbeitsentwurf behält die fatale Regelung bei. Er entschärft sie nur insoweit als die 10 Prozent nicht mehr gesetzlich vorgegeben sind, sondern der Bewertungsausschuss beauftragt wird, entsprechende Abstufungen festzulegen. Ja was denn nun? Feste Preise nach sinnvollen Kalkulationsgrundlagen können nicht willkürlich gekappt werden. Das entbehrt jeglicher Logik.

Auf KV-Ebene wird außerdem die Gesamtvergütung als Obergrenze beibehalten. Krankenkassen und KVen müssen vorab eine erwartete Leistungsmenge und regionale Preise vereinbaren. In die Bestimmung der Leistungsmenge soll die Morbidität einfließen. Und zwar nach voraussichtlich restriktiven Vorgaben, die der Bewertungsausschuss, der zukünftig viel stärker vom Bundesgesundheitsministerium kontrolliert wird als bisher, festlegt. Theoretisch kann über diese Bestimmungen das Morbiditätsrisiko – wenn auch eingeschränkt – auf die Krankenkassen übergehen. Faktisch aber nicht. Weil die Weiterentwicklung der morbiditätsbezogenen Leistungsmenge immer auf Vergangenheitsdaten aufsetzt. Eine angemessene Entwicklung der Leistungsmenge ist aber durch das erneut verankerte Praxisbudget der Vertragsärzte gar nicht möglich. Hinzu kommt, dass der gesamte Duktus des Gesetzentwurfs auf Beitragssatzstabilität zielt. Daran ändert auch die neue Formulierung im dritten Entwurf nichts wesentlich, auch wenn die Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gestrichen wurde. Sollte eine Erhöhung der vereinbarten Leistungsmenge trotz der genannten restriktiven anderen Maßnahmen vereinbart werden, wird auf der anderen Seite der vereinbarte Preis für die Leistungen sinken müssen. Das sektorale Budget wird also in verschärfter Form fortgeführt.

Damit noch nicht genug: die Vereinbarung der regionalen Preise sollte nach dem zweiten Arbeitsentwurf die Wirtschaftskraft des jeweiligen Bundeslandes berücksichtigen. Die Folge: gerade Regionen, die strukturschwach sind, würden besonders niedrige Preise bekommen. Der Ärztemangel dort würde also verschärft und damit die Patientenversorgung noch mehr gefährdet. Das trifft in besonderem Maß die neuen Bundesländer, die meist strukturschwach und unterversorgt sind. Dass das kontraproduktiv ist, haben nunmehr auch die Verfasser des

Entwurfs eingesehen und die Regelung dahingehend geändert, dass die Wirtschaftskraft nur noch dann eine Rolle spielt, wenn andere amtliche Indikatoren nicht zur Verfügung stehen. In der Regel sollen Indikatoren, die regional Abweichungen von den durchschnittlichen bundesweiten Investitions- und Betriebskosten für Arztpraxen belegen, verwandt werden. Die sind wenigstens sinnvoll!

Ob die Regelung im dritten Arbeitsentwurf umsetzbar ist, werden wir genau prüfen. Denn die Wirtschaftskraft als Indikator ist absolut ungeeignet. Folge dieses Indikators wäre die absurde Situation, dass die Regeln zur regionalen Preisfindung die Zu- und Abschlagsregelung bei Unter- bzw. Überversorgung konterkarieren.

Diese auch im dritten Arbeitsentwurf enthaltene Regelung stellt aber ein inakzeptables weiteres Budget dar. Ärzten in unterversorgten Gebieten wird zusätzliches Geld gegeben, das gleichzeitig Ärzten in überversorgten Gebieten weggenommen wird. Zuschläge müssen aus Abschlägen in überversorgten Gebieten finanziert werden. Zuschläge können also nicht nach Notwendigkeit gezahlt werden, sondern nur im Rahmen dieses zusätzlichen Budgets. Aus verfassungsrechtlichen Gründen hat der Gesetzgeber nunmehr eingesehen, dass er den Ärzten in überversorgten Gebieten nicht einfach etwas wegnehmen kann; daher muss für eine Übergangszeit nach Alt- und Neufällen differenziert werden. Neuzulassungen in überversorgten Gebieten wird es aber unter diesen Umständen kaum mehr geben. All das heißt: für die Zuschläge gibt es wegen dieser zusätzlichen Budgetierung kein Geld.

Eine wirklich widersinnige Regelung. Dabei wären Zuschläge für unterversorgte, ggf. auch in Verbindung mit Abschlägen in überversorgten Gebieten eine durchaus sinnvolle Steuerungsmöglichkeit. Allerdings nicht in einem weiterhin geltenden, ja sogar verschärften Budget. Das geht nur auf der Basis von schlüssig kalkulierten Preisen, die ohne Kappung bezahlt werden.

Eine weitere zentrale Forderung der KBV und der KVen der neuen Bundesländer wurde im Gesetzentwurf bisher ebenfalls noch nicht berücksichtigt und ist unabdingbar. Das Verbot, Mittel aus den Ausgleichsansprüchen der Krankenkassen in den neuen Bundesländern zur Erhöhung der Vergütungen einzusetzen, hat in der Vergangenheit zu einer erheblichen Benachteiligung der Vertragsärzte geführt. Es hat sich faktisch nämlich nur auf Vertragsärzte und -psychotherapeuten ausgewirkt. Auch deswegen liegen die Vergütungen dort pro Versicherten altersnormiert immer noch um ein Viertel unterhalb des Durchschnitts in den alten Bundesländern. Das Verbot ist mittlerweile gestrichen worden, aber die dadurch entstandenen Verluste müssen dringend durch eine Einmalzahlung, die die Ausgaben für die Versicherten auf 100 Prozent des Niveaus im Westen ausgleicht, und zwar schnellstens!

Was der Arbeitsentwurf zur Honorarreform vorsieht ist inakzeptabel.

Mit den dort vorgesehenen Mechanismen wäre der Preisverfall ärztlicher Leistungen vorprogrammiert. Bisher ungeahnte Rationierung in der Patientenversorgung wäre unvermeidlich. Das müssen, das werden wir verhindern!

Erinnern Sie sich noch, was die Ministerin auf dem letzten Deutschen Ärztetag gesagt hat? Sie hat uns aufgefordert, bis Ende dieses Jahres ein Konzept einer angemessenen Vergütung für Vertragsärzte vorzulegen. Wir haben dies mit Ihnen gemeinsam getan. Es war kein Konzept, das nicht die begrenzten Mittel in der GKV beachtet hätte, und wir haben es weit aus früher vorgelegt, als der Ministerin lieb war.

Aber ich habe immer gesagt, dass wir dieses Konzept nur umsetzen, wenn die Budgetierung wegfällt und ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt werden. Beides ist nicht der Fall, die

Budgets bleiben, werden sogar verschlimmert. Auch die miserable Vergütung in den neuen Bundesländern würde zementiert!

An diesem Gesetzesvorhaben werden wir uns keinesfalls beteiligen! Stellt man sich wirklich vor, dass wir das umsetzen? Ich fühle mich von dieser Ministerin getäuscht! Wir alle fühlen uns getäuscht!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Patientenversorgung wird durch dieses Gesetz auch an anderer Stelle enorm gefährdet. Dieses Gesetz wird nämlich eine Zerschlagung des bisherigen ambulanten Versorgungssystems bewirken, an dessen Stelle zwei neue Sektoren treten: ein verstaatlichter Sektor und ein Sektor der Sonderverträge.

Hinter dieser absurden Sektorierung steckt die Ideologie der Planwirtschaft, nicht die der Marktwirtschaft! Das steht im krassen Gegensatz zu der von der Kanzlerin für das deutsche Gesundheitswesen geforderten Wettbewerbsordnung. Merkt denn das niemand bei der CDU/CSU?

Die Einführung der Planwirtschaft funktioniert so: den Krankenkassen wird die Finanzhoheit entzogen. Künftig soll die Regierung den für alle geltenden gleichen Beitragssatz festlegen. Der Zusatzbetrag wird auf ein Prozent des Haushaltseinkommens des Versicherten limitiert. Die Krankenkassen haben auch da keine ausreichende Möglichkeit, notwendige zusätzliche Mittel zu bekommen. Sie müssen also mit dem ihnen durch den Staat zugeteilten Mitteln auskommen. Das ist nichts anderes als ein staatliches Globalbudget!

Die bisherige gemeinsame Selbstverwaltung wird in eine Behörde umgewandelt, ohne dass sie so benannt würde. Diese zukünftige Behörde legt den Leistungskatalog nach staatlichen Vorgaben fest. Ebenso legt sie wesentliche Inhalte des Bundesmantelvertrages fest. Dort wird geregelt, wie und was verordnet werden darf, wie die Qualitätssicherung gemacht wird, wie die Bedarfsplanung aussieht. Aber eben nicht mehr wie heute durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, sondern durch berufene hauptamtliche Vertreter. Der Staat hat den Daumen auf allem.

Der neue „Krankenkasseneinheitsverband“ hat mit bindender Wirkung für alle Krankenkassen Kollektivverträge mit den KVen abzuschließen. Die unterliegen den oben kritisierten Budgetierungsregeln. In diesem verstaatlichten Sektor gibt es keine Gestaltungsspielräume mehr. Alles ist festgelegt, festgezurr, festgenagelt, staatlich vorgegeben.

Im anderen Sektor, dem der Sonderverträge ist das nicht so. Hier haben Krankenkassen Gestaltungsspielräume. Sie können von den Bestimmungen des Vierten Kapitels des SGB V abweichen, d.h. Regeln zur Qualitätssicherung, zur Honorierung, zur Zulassung, etc. sind disponibel. Sie können nur eins nicht: insgesamt mehr Geld zur Verfügung stellen, denn das unterliegt dem Globalbudget.

Die selektiven Verträge nach den geplanten neuen §§ 73 b und c und den veränderten § 140 a ff. SGB V sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung anstreben. Im Falle der hausarztzentrierten Versorgung sind Krankenkassen sogar verpflichtet, ihren Versicherten entsprechende Angebote zu machen. Wenn sie das alleine nicht schaffen, sollen sie dazu Kooperationen mit anderen Kassen eingehen. Das wird die Bildung von Großkassen fördern, denn kleinere Kassen haben überhaupt keine Chance, das alleine hinzukriegen.

Vertragspartner der Krankenkassen für diese selektiven Verträge können Berufsverbände, Managementgesellschaften, Krankenhausträger und Netzwerke sein. Nur die KVen nicht!

Einzigste Ausnahme nach dem dritten Arbeitsentwurf sind Verträge nach § 73 c SGB V. Und das ist keinesfalls ausreichend!

Nicht einmal von den KVen gegründete Dienstleistungsgesellschaften dürfen das nach diesem Entwurf. Ein ganz wesentlicher Anbieter mit großer Erfahrung und entsprechendem Know-how wird also von der hausarztzentrierten Versorgung und der Integrationsversorgung ausgeschlossen. Das ist schädlich für die Versorgung!

Es fördert den Wettbewerb nicht, sondern es behindert ihn!

Ihren Versicherten können die Krankenkassen für die Teilnahme an selektiven Verträgen, also für die Entscheidung einen bestimmten Tarif zu wählen, Geldprämien anbieten. Das wird viele Versicherte in diese Tarife locken. Nur müssen diese Geldprämien mittelfristig aus den Einsparungen finanziert werden, die mit den selektiven Verträgen erzielt werden können. Bislang ist es völlig unbewiesen, ob das geht. Und wenn ja, ob es wirklich an einer höheren Effizienz liegt, oder ob es schlicht daran liegt, dass mit diesen Verträgen eine schleichende Leistungskürzung erfolgt.

Klar ist jedenfalls, dass unter diesen Umständen zunächst viele Anbieter solche Verträge abschließen werden. Fragt sich nur, ob das für die an diesen Verträgen teilnehmenden Ärzte eine zukunftssichere Option bietet. Und da bin ich persönlich ziemlich skeptisch. Wenn nicht mehr Geld zur Verfügung steht, kann es auch von den Berufsverbänden, von Managementgesellschaften, von Krankenhausträgern oder Industrieunternehmen nicht verteilt werden. So mancher dieser Anbieter wittert derzeit insofern Morgenluft, als er meint, endlich relevanter Vertragspartner der Krankenkassen werden zu können. Das ist auch durchaus möglich. Was allerdings unter den Bedingungen dieses Arbeitsentwurfes illusionär wäre, ist das Versprechen an die Vertragsärzte, dass es ihnen damit dauerhaft besser ginge. Denn das wird nicht der Fall sein.

Neben den Verbänden werden sich als Vertragspartner für die selektiven Verträge vor allem gewinnorientierte Unternehmen anbieten: man denke nur an große Klinikketten oder Gesundheitsunternehmen. Auch die stehen in den Startlöchern. MVZ-Ketten werden so entstehen, die den freiberuflich niedergelassenen Haus- und Fachärzten ganze Patientengruppen abwerben können. Das höhlt die Freiberuflichkeit aus und zerstört auf Dauer eine gute, flächendeckende Patientenversorgung.

In einer solchen neuen Welt werden Versicherte nicht mehr jeden Arzt ihrer Wahl aufsuchen können. Sie müssen sich vorher erkundigen, ob der gewählte Arzt am jeweiligen selektiven Vertrag mit ihrer Krankenkasse teilnimmt. Einen gleichen Zugang zu Leistungen gibt es nicht mehr. Patienten stehen einem unübersichtlichen Flickenteppich von Versorgungsangeboten gegenüber, die hinsichtlich der medizinischen Qualität, des medizinischen Niveaus, des Leistungsangebotes und der Servicequalität unterschiedlich sind. Die vielgescholtene Zweiklassen-Medizin wird nicht behoben, sondern verschlimmert.

An unattraktiven Standorten und für unattraktive Bereiche wird es zu Versorgungsengpässen kommen, die über den verstaatlichten Sektor aufgefangen werden müssen. Deshalb steht der Sicherstellungsauftrag der KVen auch noch im Gesetz. Das kann aber dauerhaft gar nicht funktionieren.

Denn mit dieser neuen Versorgungsstruktur ist die Sicherstellung, wie wir sie kennen, tot.

Die Ideologie des Arbeitsentwurfes sieht doch vor, dass ein immer größerer Teil der ambulanten Versorgung nicht mehr im Kollektivvertrag, sondern in den selektiven Verträgen geschieht. Gleichzeitig fließen die Geldmittel für diesen Versorgungsbereich aus dem verstaatlichten Sektor in den der Sonderverträge. Mit dem hat die KV als ärztliche Selbstverwaltung

aber per Gesetz – mit Ausnahme der „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ nach § 73 c - nichts mehr zu tun. Sie hat damit auch die notwendigen Ressourcen nicht mehr, um den Sicherstellungsauftrag und andere Aufgaben zu erfüllen. Wir sind weitgehend aus dem Geschäft, werden zum Lumpensammler, wenn der andere Bereich nicht funktioniert. Sollen doch die Gesundheitspolitiker so ehrlich sein, dies auch zu sagen! Und wir sollten den Mut haben, der Bevölkerung zu sagen, dass wir nicht mehr sicherstellen können.

Darf die Telekom keine Telefone, die deutsche Bahn keine Zugreisen mehr verkaufen?

Das ist das Liquidationsprogramm der KVen und der KBV!

Und zwar sind wir in doppelter Hinsicht eliminiert: es wird an Ärzten mangeln, die am Kollektivvertrag teilnehmen. Die sind entweder in Selektivverträgen verpflichtet und haben kein Interesse mehr an der (ehemaligen) Regelversorgung teilzunehmen, sind in lukrative Gebiete abgewandert oder sie sind Pleite gegangen. Und es wird an Geld mangeln. Denn wenn von der Gesamtvergütung maßgebliche Geldmittel für die Selektiven Verträge abgezogen werden, ohne dass die KV daran teilhaben kann, wird die Verwaltungskostenumlage nicht mehr ausreichen, um die damit in Zusammenhang stehenden Aufgaben bewältigen zu können. Das gilt im übrigen auch für die Finanzierung der gemeinsamen Selbstverwaltung!

Das Ergebnis eines solchen sogenannten Wettbewerbs ist, dass die kollektivvertragliche Versorgung nur noch eine Rückfallversicherung für unattraktive Regionen und Versorgungsbereiche ist. Das hält sie auf Dauer nicht aus und kollabiert. Der Staat hat die Zwischenzeit genutzt und seine Regulierungsbehörden geschaffen. Diese übernehmen immer mehr die Steuerung der Versorgung durch immer restriktivere Vorgaben. Am Ende steht eine Zuteilungsmedizin, in der Ärzte in der Behandlung ihrer Patienten keine Spielräume mehr haben. Wartelisten und Zugangshürden, Unterversorgung und schleichender Qualitätsverlust werden die Folge sein. Das ist Ideologie und nicht anderes. Weg mit den Freiberuflern, hin zu ärztlichen Arbeitnehmern des Staates.

Aber nicht nur die gesetzliche Krankenversicherung wird immer mehr unter staatliches Kuratel gestellt. Das gilt – geht es nach dem Rohentwurf zur Reform der privaten Krankenversicherung – auch für diese. Damit würde faktisch die PKV der GKV gleichgeschaltet. Die zwingende Einrichtung eines Basistarifs, der die gleichen Leistungen bieten muss wie die GKV, und in den die Privaten Krankenversicherungen jeden ohne Risikoprüfung aufnehmen müssen, führt zusammen mit der Portabilität der Altersrückstellungen in kurzer Zeit dazu, dass die anderen Vollversicherungstarife der PKV extrem teuer würden. Die meisten Bestandsversicherten der PKV müssten in diesen Basistarif wechseln. Für Versicherte im Basistarif ist vorgesehen, dass deren Versorgung nach den gleichen Bedingungen und zu den gleichen Vergütungen wie in der GKV erfolgen. Sie sollen in die Kollektivverträge einbezogen werden. Die GOÄ gilt dann nur noch für einen verschwindend geringen Teil der PKV-Versicherten. Für die PKV bekommen wir den Sicherstellungsauftrag, für die GKV nehmen sie ihn uns! Es ist absurd!

Dieser Rohentwurf ist gleichbedeutend mit dem Ende einer konkurrenzfähigen PKV. Der Wettbewerb zwischen den Systemen ist ausgeschaltet. Das einzige Versicherungssystem in Deutschland, das nachhaltig ist, weil es auf Kapitaldeckung und nicht auf dem Umlageverfahren beruht, wäre zerstört. Die Ideologie der Gleichschaltung und der Staatsmedizin würde auch in diesem Bereich umgesetzt.

Unter der Zerstörung eines funktionsfähigen alternativen Versicherungsangebotes würden alle leiden: die Patienten, weil die PKV mit ihren höheren Vergütungen bisher weit überdurchschnittlich zu Investitionen und Einkommen der Leistungserbringer beigetragen hat. Die Vertragsärzte, weil sie ohne die Zusatzeinnahmen aus der PKV oft wirtschaftlich nicht über-

lebensfähig wären. Das Gesamtsystem, weil ein funktionierender Wettbewerb zwischen GKV und PKV nicht mehr möglich wäre. Ganz zu schweigen von den vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Arztpraxen, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, die um ihren Arbeitsplatz fürchten müssen.

Hier müssen wir uns geschlossen verweigern!

Der einzige Lichtblick derzeit: für die CDU/CSU ist dieser Rohentwurf zur PKV-Reform nicht akzeptabel.

Auch an einem anderen Punkt haben die Politiker ihre Zusagen nicht eingehalten: bei der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Eine generelle Öffnung sollte es nicht geben. Was jetzt allerdings im Arbeitsentwurf steht, kommt dem gefährlich nahe. Denn darin werden auf Antrag in der Krankenhausbedarfsplanung Krankenhäuser zur Erbringung der Leistungen nach § 116 b SGB V ermächtigt. Hier hat der dritte Arbeitsentwurf gegenüber dem zweiten eine deutliche Verbesserung gebracht: die ambulante Versorgungssituation muss berücksichtigt werden und die Anschubfinanzierung, die für diese Leistungen geplant war, ist gestrichen worden.

Trotzdem: Wieder einmal würden die Krankenhäuser gegenüber den niedergelassenen Kollegen bevorzugt, denn die unterliegen den rigiden Bestimmungen der Bedarfsplanung, der Zulassungsvoraussetzungen und der Qualitätssicherung. Das ist unfairer Wettbewerb!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das alles darf nicht passieren!

Jeder verantwortungsbewusste Arzt muss dagegen mit allem ankämpfen, was ihm zur Verfügung steht. Die ärztliche Selbstverwaltung tut das bereits intensiv.

Wir haben als KBV einen Maßnahmenkatalog entwickelt, der mit den KVen abgestimmt ist und den verantwortlichen Politikern die katastrophalen Folgen dieses Arbeitsentwurfs vor Augen führt. Das muss auf allen Ebenen passieren. Jeder Abgeordnete im deutschen Bundestag muss wissen, welche fatalen Wirkungen hinter den komplizierten Regelungen stecken. Die Graswurzelkampagne dazu läuft sehr erfolgreich. Fast alle KVen haben die Abgeordneten ihrer Wahlkreise mit dem von der KBV vorbereiteten Material, das sie um die besonderen regionalen Aspekte ergänzt haben, angeschrieben. Liebe Politiker: Sie werden nachher nicht sagen können: „Diese Auswirkungen konnten wir doch nicht vorhersehen.“ Sie konnten, denn wir haben es Ihnen geschrieben und – soweit Sie bereit waren, mit uns zu sprechen – auch gesagt! Einige unserer Forderungen sind im dritten Arbeitsentwurf ja auch bereits berücksichtigt. Aber bei weitem nicht ausreichend!

Dabei engagieren sich nicht nur die Organisationen selbst, sondern auch Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Je mehr, je besser, deswegen sollten wir mit dieser Kampagne fortfahren.

Auch in der Öffentlichkeit sind wir sehr aktiv. In der letzten Woche haben die meisten KVen Pressekonferenzen durchgeführt, um für den nationalen Protesttag am 22. September zu werben. Die KBV hat mit Interviews und Pressemitteilungen große Resonanz gefunden. Dass der Protesttag letzten Freitag in Berlin den Grad an Mobilisation der ersten drei nationalen Protesttage nicht mehr ganz erreicht hat, zeigt doch nur, wie frustriert viele Vertragsärzte sind. Sie sind von den Politikern, ihren leeren Zusagen und den bekannt gewordenen katastrophalen Plänen zutiefst enttäuscht. Diese sollten sich aber nicht irren: damit ist die nächste Eskalationsstufe eingeleitet. Weit über Zehntausend sind noch mal auf die Straße gegangen. Viele andere sind aber bereits lieber zuhause geblieben, um den Ausstieg aus

dem System vorzubereiten. Sie sind schlicht nicht mehr länger bereit und in der Lage, zu solchen Bedingungen zu arbeiten.

Der öffentliche Druck ist enorm wichtig. Wir werden ihn aufrechterhalten, das verspreche ich. Wir werden nicht aufhören, vor Staatsmedizin zu warnen. Wir werden nicht aufhören, die geplante Zerschlagung des ambulanten Versorgungssystems anzuprangern. Wir werden nicht aufhören, den Patienten die bittere Wahrheit zu sagen. Dass nämlich ihre Versorgung mehr denn je gefährdet ist, dass Rationierung und Zersplitterung zwangsläufige Folge dieser verfehlten Reform sein wird. Dazu werden wir am 24. Oktober 2006 gemeinsam mit der Bundesärztekammer einen außerordentlichen Ärztetag mit einer Sondervertreterversammlung der KBV durchführen. Wir werden sagen, was Sache ist!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die gerade genannten klassischen Mittel zur Information der Öffentlichkeit sind notwendig und richtig. Sie sind aber nach unserer Auffassung in der jetzigen Krisenzeit nicht ausreichend, um wirklich genügend Druck aufbauen zu können. Deswegen haben wir uns entschlossen, mit Hilfe eines sogenannten Krisenmanagers eine intelligente PR-Kampagne zu starten. Wir wollen keine teuren ganzseitigen Anzeigen in der FAZ oder der Süddeutschen schalten. Wir brauchen einfache, verständliche, provokative Botschaften. Vornehme Zurückhaltung ist hier nicht mehr gefragt, wir müssen populistisch sein! Wenn der Gegner im Schlamm kämpfen will, werden beide dreckig. Das lässt sich nicht vermeiden.

Wir wollen eine Kampagne, die so bald wie möglich startet und so angelegt ist, dass sie bis zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens durchgehalten werden kann. Diese Kampagne lebt zum großen Teil davon, dass Aktionen mit hohem Überraschungseffekt immer wieder neu für Aufsehen sorgen. Damit erreichen wir, dass unser zentrales Thema, die finanzielle Austrocknung und die Zerschlagung der ambulanten ärztlichen Versorgung, immer wieder in den Medien auftauchen wird.

Wir haben bereits mit externer Unterstützung einige Ideen dazu entwickelt. Beispielhaft die Aktion Landflucht unter dem Motto „Ärzte hängen ihren Kittel an den Nagel“. Symbolisch sollen im Bundestag und in den Landtagen bzw. an anderen von politischen Entscheidern frequentierten Orten insgesamt 12.000 weiße Arztkittel an „den Nagel“ gehängt werden. Die stehen für die 12.000 deutschen Ärzte, die bereits ins Ausland abgewandert sind. Ein solches Bild prägt sich ein. Es wird auch in den Medien gut ankommen. Am Ende der Aktion spenden wir diese Kittel der gemeinnützigen Stiftung „Ärzte ohne Grenzen.“ Das ist für einen guten Zweck, weist auf Gefahr der Abwanderung weiterer Kolleginnen und Kollegen ins Ausland hin und selbst der Name der Stiftung hat Symbolwert für unsere Kampagne.

Diese Aktion soll in einer Reihe von monatlichen, völlig unterschiedlichen und überraschenden Aktionen eingebettet werden. Die intelligente PR-Kampagne wird zudem unter einen griffigen Slogan gestellt, der den Wiedererkennungsfaktor wesentlich erhöht.

Ich bin davon überzeugt, dass wir diese intelligente PR-Kampagne brauchen, um jede Chance zu nutzen, die wir haben. Der öffentliche Druck wird also nicht nachlassen, sondern gesteigert. Gleichzeitig finden laufend Gespräche mit den Experten der Parteien und Fraktionen statt. Wir konfrontieren die Politiker mit ihren Zusagen. Wir konfrontieren Sie mit den Zielen, die sie formuliert haben. Und wir konfrontieren sie mit dem Arbeitsentwurf, der oft das Gegenteil von dem bewirken wird, was er bewirken soll.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Fronten bröckeln bereits. Die Reform ist bereits um ein Vierteljahr verschoben. Das gibt uns dringend benötigte Zeit, die wir auch entsprechend nutzen werden. Öffentlich wird bereits darüber spekuliert, ob der Fonds mit der 1-Prozent-Klausel für die Zusatzprämien überhaupt kommt. Und einiges ist auch im dritten Arbeitsentwurf bereits berücksichtigt worden. Es tut sich also was!

Die KBV bietet den Politikern konstruktive Mitarbeit bei einer Reform an, die wirklich einen geregelten, sinnvollen Wettbewerb anstrebt und die den Vertragsärzten und -psychotherapeuten das gibt, was versprochen wurde: feste, faire Preise und die Abschaffung der Honorarbudgets.

Die KBV weigert sich aber strikt, an einem Gesetzentwurf mitzuarbeiten, der durch seine gesamte Systematik nur die Staatsmedizin fördert, die Freiheit aushebelt und die Versorgung verschlechtern wird. Dem werden wir niemals die Hand reichen!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

angesichts dieser akuten Bedrohung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden ambulanten Versorgung müssen wir als KV-System Alternativen aufzeigen. Wir müssen nicht nur das Schlimmste verhindern, sondern wir müssen alles daran setzen, dass statt dieses „Staatsmedizin-Einführungsgesetzes“ etwas Sinnvolles kommt. Unsere Konzepte dazu haben wir bereits entwickelt. Die zentralen Bestandteile zur notwendigen Modernisierung des Versorgungssystems fußen auf einem Wettbewerbskonzept, das auf der Basis fairer Wettbewerbsbedingungen die positiven Effekte des Wettbewerbs nutzt und gleichzeitig Patientenorientierung und Patientenschutz gewährleistet. Ein weiterentwickelter und flexibler Kollektivvertrag passt sich den veränderten Bedingungen aufgrund der Morbidität und des medizinischen Fortschritts an. Dazu ist es zwingend notwendig, dass die KVen Partner in selektiven Verträgen über den § 73 c hinaus sein können. Aber eben nicht nur die KVen. Auch andere Partner können solche Verträge abschließen. Damit stellen wir uns dem Wettbewerb. Auf der Basis einer Vertragsgebührenordnung mit festen, betriebswirtschaftlich kalkulierten Preisen ohne Budget kann so ein Wettbewerb um Versorgungsqualität, Patientenorientierung, Wirtschaftlichkeit und Effizienz entstehen. Dabei hat jeder Versicherte überall in Deutschland – auch in unattraktiven Gebieten – Zugang zu einer qualitätsgesicherten Versorgung.

Unsere Forderungen haben wir platziert. Diese sind schlüssig und entsprechen den auch von der Politik formulierten Zielen.

Es ist ein gutes Konzept, das wir haben. Nur müssen wir es politisch durchsetzen. Dazu gibt es auch eine reelle Chance. Denn so, wie die politische Gemengelage derzeit ist, wird sich an diesem Arbeitsentwurf noch vieles ändern.

Unser größtes Problem, so sehe ich das jedenfalls nach den vielen Gesprächen mit Politikern und Experten unterschiedlichster Couleur ist, dass wir als KV-System immer noch eher für Blockierer als für innovative Organisationen gehalten werden. Man glaubt uns schlicht nicht, dass wir einen fairen Wettbewerb wollen. Wenn wir von der Notwendigkeit reden, den Kollektivvertrag als Basis der Versorgung zu erhalten, heißt es reflexartig: die wollen nur sich selbst schützen! Die wollen nichts verändern.

Dagegen gilt es anzutreten. Wir brauchen als KV-System nicht nur einen Imagewandel nach außen, wir müssen den seit zwei Jahren eingeleiteten Veränderungsprozess auch tatsächlich leben. In einigen Bereichen gelingt das bereits. In anderen leider noch nicht. Wir haben noch nicht alle verinnerlicht, dass das KV-System sich nachhaltig verändern muss, wenn es

bestehen will. Wir reden zwar oft über die Notwendigkeit, Ressourcen zu bündeln und eine neue Aufgabenverteilung zwischen KBV und KVen zu finden. Und wir machen auch langsam Fortschritte. Aber: das in dieser Vertreterversammlung vor über einem Jahr beschlossene Leitbild wird nur sehr partiell gelebt. In der KBV sind wir aktiv dabei, das Leitbild umzusetzen. Wir haben die Mitarbeiter nicht nur informiert, sondern über Workshops und neue Personalentwicklungsmethoden mit eingebunden. An vielen KVen ist dieses Leitbild allerdings vorbeigegangen. Entweder haben sie eigene entwickelt – was, solange die Zielrichtung dieselbe ist, nur koordiniert werden muss – oder sie haben sich unter dem Druck des Alltagsgeschäfts damit noch nicht genügend auseinandergesetzt. Wir müssen in unserem Verbund auch den Veränderungsprozess gemeinsam gestalten und vorantreiben.

Die Projekte, an denen wir gemeinsam arbeiten, schreiten oft nur sehr langsam voran. Es ist uns bis heute noch nicht gelungen, uns aus den alten Strukturen vollständig zu lösen und neue Wege zu gehen. Das notwendige Vertrauen zwischen den KVen und zwischen den KVen und der KBV und umgekehrt ist noch nicht ausreichend. Immer noch gibt es Bereiche, in denen wir eher misstrauisch darauf schauen, was die anderen KVen oder die KBV da so tun. Daran müssen wir dringend arbeiten. Wir müssen uns gegenseitig vertrauen, wenn wir den Veränderungsprozess vorantreiben wollen. Wenn wir wirklich Dienstleister der ersten Wahl für Vertragsärzte und -psychotherapeuten sein wollen. Wenn wir unser Konzept umsetzen wollen. Wenn wir auch weiterhin der Garant für eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung der Patienten sein wollen. Wenn wir Arzt- und Patientenorientierung in allen Bereichen wirklich umsetzen wollen.

Das hat sehr viel mit Kommunikation zu tun. Unser Kommunikationsstil ist geprägt von der Vergangenheit, als die Vorstände der KVen und der KBV noch Ehrenamtliche waren. Das sind wir heute nicht mehr. Angekommen in der neuen Hauptamtlichkeit sind wir allerdings noch nicht. Wir müssen sehr viel professioneller werden. Wir müssen uns entscheiden, wie sich das KV-System neu aufstellt. Und zwar gemeinsam. Denn: jedem von uns ist klar, dass das bisherige föderale System verändert werden muss. Klarheit darüber, wohin wir wollen, haben wir aber noch nicht.

Wir müssen konstatieren, dass wir mittlerweile in der Ärzteschaft Gruppierungen haben, die sich nicht in der ärztlichen Selbstverwaltung formieren, sondern außerhalb. Veränderungsprozesse und der riesige ideologische Druck bringen das mit sich. Sind diese Gruppierungen unsere Feinde oder unsere Verbündeten? Gleiche Ziele gibt es allemal, gleiche Forderungen auch. Aber während wir Konzepte vorlegen, um unsere Forderungen zu realisieren, sagen diese Gruppierungen nur, was sie nicht wollen. Sind wir deswegen in der schwierigeren Position? Nein, wir müssen uns nur mal wieder unserer Stärken im KV-System erinnern! Wir müssen unseren Ärzten sagen, was wir für sie tun! Und wir müssen unser Verbundsystem modernisieren.

Wir sollten auch unsere gepflegten antiquierten Feindbilder ablegen: Heute gegen die Fachärzte, morgen gegen die Hausärzte und ganztags gegen die Psychotherapeuten. Das ist nicht mehr zeitgemäß, das ist ärmlich. Divide et impera! Dieses Motto sollte uns endlich zu denken geben!

Immerhin: die Vorstände der KVen und der KBV haben gemeinsam erkannt, dass etwas geschehen muss. Heute stehen auf der Tagesordnung der Vertreterversammlung einige Themen, die mit dem Veränderungsprozess eng verknüpft sind. Z.B. das Kompetenzzentrum Labor. Schon vor einem Jahr habe ich an genau dieser Stelle gesagt: dieses Kompetenzzentrum ist der Lackmestest für unser Verbund-System. Das hat sich nicht geändert. Lassen Sie uns bitte heute diesen Test bestehen!

Es geht aber auch um die Gründung einer Dienstleistungsgesellschaft des KV-Verbundes. Entweder als Schutzorganisation, wie das am 6. September hier in Berlin auf der Sitzung der KV-Vorstände beschlossen wurde und wie es sinngemäß auch der Beschluss der Vertreterversammlung vom 18. Februar 2006 vorsieht, oder um die gesetzlichen Spielräume zu nutzen. Ganz unabhängig davon, was letztlich im Gesetz stehen wird: wir brauchen eine solche Dienstleistungsgesellschaft. Denn mit unserem Konzept eines modernisierten Kollektivvertrags, der durch selektive Verträge ergänzt wird, müssen wir sehr viel stärker als heute differenzieren.

Unsere Mitglieder haben sehr unterschiedliche Bedürfnisse. Wir müssen der Tatsache Rechnung tragen, dass wir nicht mehr alle gleich lieb haben können. In den engen Fesseln der Körperschaft des öffentlichen Rechts können wir nicht flexibel genug darauf eingehen. Wir müssen für bestimmte Mitgliedergruppen auch auf sie zugeschnittene Beratungs- und Serviceangebote machen. Aus Mitteln der Pflichtmitglieder dürfen wir das nicht finanzieren. Erst mit der Dienstleistungsgesellschaft stehen uns die notwendigen Freiheiten zur Verfügung. Wir stellen Ihnen Eckpunkte vor, wie eine solche Dienstleistungsgesellschaft aussehen könnte. Es ist ein Vorschlag, den wir gemeinsam weiterentwickeln und modifizieren können.

Wie Sie wissen, haben wir im Rahmen unserer strategischen Neuausrichtung schon mit einigen Projekten begonnen, die unseren Veränderungswillen und unsere Innovationskraft zeigen. Aus der Vertragwerkstatt der KBV sind in enger Abstimmung mit den KVen und den jeweiligen Berufsverbänden ausgesprochen gute Vertragsblaupausen für Verträge nach § 73 c SGB V in der geltenden Fassung hervorgegangen. Die Bundesverbände der Krankenkassen wollen diese Verträge nicht. Warum, ist klar: Definiert man eine gute Qualität und eine Struktur, kostet das Geld. Dieses Geld wollen die Krankenkassen nicht ausgeben, sie bekommen ihre Versorgung im Budget ja spottbillig. Wieder ein Beweis, wie die neue Vertragswelt aussieht: Mehr Geld in den 73b- und 73c-Verträgen? Nein, es wird weniger sein und die Ärzte werden im Einzelvertrag erpressbar.

Wir haben ein Beratungshandbuch zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren erarbeitet, das ausgesprochen gut ist. Es wird mit Erfolg in den KVen zur Beratung unserer Mitglieder genutzt. Wir haben eine bisher einmalige Kooperation mit einer Klinikette ins Leben gerufen, die ein Meilenstein in der sektorübergreifenden Kooperation werden wird. Wir haben mit dem Projekt Telemedizin erste Schritte eingeleitet, um moderne Techniken im Interesse der Patienten zu nutzen. An all diesen Projekten gilt es stringent weiterzuarbeiten. Denn genau die sind es, die unsere Innovationskraft belegen. Sie werden zu guten Angeboten für unser Mitglieder und Partner führen. Aber: sie funktionieren nur, wenn wir als Verbundsystem an einem Strang ziehen.

Alle Projekte dienen dem Ziel, die Kooperation untereinander und mit andern zu fördern. Kooperationsformen der unterschiedlichsten Art werden in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen. Wir und unsere Mitglieder müssen uns von der Vorstellung lösen, dass ein Vertragsarzt in seiner Einzelpraxis der Regelfall ist. Wir müssen zu einer Versorgungsstruktur kommen, in der die Kooperation der Regelfall ist. Das ist aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen notwendig. Für mich ist ganz klar: wenn wir das nicht erfolgreich fördern, kommen noch weitere Gesetze, die die Freiberuflichkeit weiter aushöhlen.

Das gilt auch für Medizinische Versorgungszentren. Immer mehr zeigt sich, dass solche Kooperationen sinnvoll sind. Sie bieten Vorteile für Patienten und Ärzte. Größere MVZ bieten oft ein beeindruckendes Leistungsspektrum, eine effiziente Organisation und eine Ausstattung auf hohem technischen Niveau. Sie bieten auch für Ärzte, die in der ambulanten Versorgung tätig sein wollen, flexible Möglichkeiten der Berufsausübung. Junge Kolleginnen und Kollegen können als Angestellte arbeiten, ohne ein hohes Investitionsrisiko zu tragen. Sie

bieten auch flexible Arbeitszeiten an und gleichzeitig für Patienten interessante Sprechstundenzeiten. Ich bin der Überzeugung, dass sie auch in der sektorübergreifenden Zusammenarbeit immer wichtiger werden. Das heißt ganz klar: wir müssen sie fördern. Nur dann können wir der Gefahr der Industrialisierung der Versorgung über industriegetragene MVZ begegnen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Förderung von Kooperationen und mehr Flexibilität in der Berufsausübung sind wichtige Grundlagen dafür, dass Vertragsärzte sich im schärfer werdenden Wettbewerb gut behaupten können. Um die dafür notwendigen rechtlichen Grundlagen zu schaffen, befindet sich derzeit ein zweites, für uns bedeutsames Gesetz im Gesetzgebungsverfahren: das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG).

Inhaltlich brauche ich auf dieses Gesetz hier und heute nicht einzugehen: Sie kennen die Inhalte. Aus diesem Gesetz resultieren allerdings auch Änderungen der Bundesmantelverträge und anderer untergesetzlicher Normen. Um eine reibungsarme Umsetzung zu ermöglichen, haben die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen die Einrichtung einer gremienübergreifenden Arbeitsgruppe vereinbart. Gleichzeitig haben wir gemeinsam den Gesetzgeber gebeten, das Inkrafttreten von Teilen des VÄndG um sechs Monate auf den Juli 2007 zu verlegen, damit alle notwendigen Vorarbeiten fristgerecht abgeschlossen werden können.

Allerdings: wir sehen das VÄndG im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform. Und das bedeutet: Ohne gravierende Veränderungen im Arbeitsentwurf der Gesundheitsreform wird auch die Umsetzung des VÄndG in Frage gestellt.

Aber wir sind vorbereitet.

Das gilt auch für das im Arbeitsentwurf vorgesehene Institut zur Unterstützung und Professionalisierung der Arbeit des Bewertungsausschusses. Sie wissen, dass die KBV gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen das InBA gegründet haben. Dieses Institut hat seine Arbeit aufgenommen. Die Einstellung weiterer Mitarbeiter ist vorgesehen, so dass das Institut in Kürze seine Aufgaben in ausreichendem Umfang erfüllen kann.

Dieses Institut ist direkt am Bewertungsausschuss aufgehängt. Mit der rechtzeitigen Gründung des Instituts ist es uns gelungen, eine Abkoppelung von der Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung zu vermeiden. Das stellt auch der Arbeitsentwurf nicht mehr in Frage. Allerdings hat sich das Bundesgesundheitsministerium weit über den bisher üblichen Genehmigungsvorbehalt für alle Beschlüsse des Bewertungsausschusses in den Entwurf auch das Recht geschrieben, an allen Sitzungen des BA, seiner Gremien und des Instituts teilzunehmen. Alle Entscheidungsgrundlagen müssen dem Ministerium vorgelegt werden. Und für den Fall, dass das BMG eine Ersatzvornahme bei der Gebührenordnung oder den Kriterien für den Morbiditätsbezug macht, kann es auf das Institut zugreifen. Damit wäre auch der Bewertungsausschuss als Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung weitaus stärker unter staatliche Aufsicht gestellt als bisher. Wieder ein Beweis dafür, dass dieser Arbeitsentwurf direkt in die Staatsmedizin führt! Im Bewertungsausschuss können wir nur noch das beschließen, was dem BMG passt, andernfalls wird der Beschluss gekippt. Wir werden zu Ja-Sagern, andernfalls werden wir abgeschafft. Wenn das passiert, wäre mir die zweite Alternative wesentlich lieber.

Einen kleinen Lichtblick gibt es im dritten Arbeitsentwurf dazu wenigstens: die Finanzierung des Instituts wird nicht mehr über KBV und Spitzenverbände geregelt, sondern es werden

dazu Zuschläge auf jeden ambulant-kurativen Fall erhoben, und zwar außerhalb der Gesamtvergütung.

Abgesehen von der Finanzierungsregelung gilt die größere staatliche Einflussnahme auch für den Bereich der sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Ein vom G-BA unabhängiges Institut soll künftig mit der Entwicklung sämtlicher sektorenübergreifender Maßnahmen sowie dem Sammeln und Auswerten der Ergebnisse beauftragt werden.

Für den stationären Bereich übernimmt diese Aufgabe derzeit die BQS. Die Gesellschafter der BQS sind die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung. Schon jetzt steht im Gesetz, dass diese einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung auch den ambulanten Bereich umfasst. Die KBV hat deswegen mit den genannten Organisationen vereinbart, den Gesellschafterkreis um die KBV zu erweitern. Das wäre nach der Formulierung des Arbeitsentwurfes aber nicht mehr möglich, da dort ausdrücklich alle Organisationen der Selbstverwaltung vom Institut ausgeschlossen sind, um die geforderte Unabhängigkeit zu gewährleisten. Unsere Forderung ist, dass die gemeinsame Selbstverwaltung in der Verantwortung bleibt. Allerdings soll die fachliche Unabhängigkeit der um die KBV erweiterten BQS in Fragen der Indikatorenentwicklung und -auswertung durch eine Änderung des Statuts gewährleistet werden.

Würden die Formulierungen des Arbeitsentwurfs in puncto Gemeinsamer Bundesausschuss, Bewertungsausschuss und der genannten Institute Gesetz, hätten wir eine absolut paradoxe Situation: eine entmachtete Selbstverwaltung darf zwar für alles – mit Ausnahme des InBA – zahlen, aber keinen Einfluss mehr nehmen. Ich sage Ihnen und den Politikern ganz deutlich: das machen wir nicht mit! Diese gesetzliche Institutionitis führt zur Staatsmedizin!

Begründet werden diese Veränderungen ja vor allem damit, dass die gemeinsame Selbstverwaltung zu langsam arbeitet und sich häufig gegenseitig blockiert. Da ist was Wahres dran, denn angesichts der unterschiedlichen Interessenlagen der Kostenträger und der Ärzte ist eine Einigung in vielen Fragen schwierig. Aber nicht unmöglich: die gemeinsame Selbstverwaltung hat es bisher – wenn auch oft verzögert – geschafft, vernünftige und tragfähige gemeinsame Lösungen zu finden. Auch der Weg über die Schiedsämter bzw. den erweiterten Bewertungsausschuss hat funktioniert. Nicht immer nur zu unseren Gunsten, aber auch nicht immer zu unserem Nachteil, wie es der Beschluss des Bundesschiedsamtes zu ambulanten Operationen, prä-, post- und intraoperativen Leistungen zeigt. Endlich sind diese Leistungen ausbudgetiert und werden von den Krankenkassen zu einem festen Punktwert vergütet. Der Nachweis fehlender Kostendeckung durch die Kalkulationssystematik des EBM hat funktioniert. Nachdem im letzten Spitzengespräch mit den Krankenkassen ebenfalls der neuen Konzeption belegärztlicher Leistungen mit Ausbudgetierung zugestimmt wurde, haben wir auch diesen Bereich zum 1. Januar 2007 geregelt.

Als Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung haben alle Organisationen bisher immer zu ihrer Verantwortung gestanden und auch unangenehme Beschlüsse mitgetragen. Das würde in der neuen verbehördlichten Struktur aber ganz anders. Sollte die neue Struktur des G-BA kommen, kann ich heute schon sagen: die beteiligten Organisationen werden, da sie keine direkte Mitverantwortung mehr für die zu beschließenden Regelungen tragen, viele davon beklagen. Eine wahre Klagewelle würde über das Gesundheitswesen hinwegziehen. Eine Beschleunigung ist somit nicht zu erwarten, sondern das genaue Gegenteil.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

uns steht ein heißer Herbst bevor. Auch wenn derzeit aufgrund der politischen Gemengelage völlig unklar ist, wie eine Reform wirklich aussehen wird: dieser Arbeitsentwurf zeigt auf, wie einige Politiker und das BMG denken. Ich wiederhole es nochmals: das ist ein „Staatsmedizin-Einführungs-Gesetz“!

Wer dieses Gesetz beschließt, beschließt Rationierung und Unterversorgung. Er beschließt, dass Patienten künftig nicht mehr vom medizinischen Fortschritt profitieren können. Er beschließt, dass ganze Landstriche in Deutschland unter eklatantem Ärztemangel leiden. Er beschließt das Ende der freien Arztwahl und das Ende der flächendeckenden Versorgung.

Davor kann man gar nicht oft und laut genug warnen! Das heißt nicht, dass wir aus Angst vor dem Tode Selbstmord begehen sollten. Aber man muss wissen, wann Schluss ist, das sind wir unseren Ärzten und unseren Patienten schuldig. Jetzt zu schweigen bedeutet, dass man sich den Vorwürfen der Generation künftiger Ärzte stellen muss. Ich möchte meinen Kindern sagen können, wenn sie mit Rationierung von Gesundheitsleistungen leben müssen, dass sich die Vertragsärzte gewehrt haben!

Deswegen war der Protesttag letzten Freitag so wichtig. Deswegen ist es so wichtig, dass wir einen außerordentlichen deutschen Ärztetag gemeinsam mit der Bundesärztekammer am 24. Oktober durchführen. Deswegen ist es so wichtig, dass wir eine intelligente PR-Kampagne starten. Deswegen werden wir in unseren Anstrengungen, dieses destruktive Gesetz zu verhindern, nicht nachlassen.

Aber: wir brauchen eine Reform. Deswegen ist es auch so wichtig, unser Konzept für den Erhalt und die Modernisierung einer guten ambulanten Versorgung weiterzuentwickeln und umzusetzen. Die Ergebnisse des vertragsärztlichen Referendums, die in einigen Wochen vorliegen werden, müssen darin einfließen. Die Fragen, die vom beauftragten Institut infas mit den KVen und der KBV abgestimmt worden sind, haben sich in einem Pretest bereits bewährt. Die Ergebnisse, die wir bekommen, werden manipulationsfrei sein. Bei den Fragen haben wir sehr darauf geachtet, neutral zu bleiben. Denn wir wollen keine geschönten Ergebnisse! Wir wollen wissen, wie die schweigende Mehrheit der Vertragsärzte und -psychotherapeuten zum kollektivvertraglichen System und den KVen steht. Wir wollen wissen, ob sie ihre Interessen eher über die KVen oder über andere Organisationen gewahrt sehen. Wir wollen wissen, ab wann die Grenzen überschritten sind, die zum Systemausstieg führen.

Diese Ergebnisse werden auch dem Gesetzgeber nochmals sehr deutlich machen, dass eine Politik gegen die Ärzte zum Zusammenbruch der Versorgung führt. Und das will wirklich keiner!

Denken Sie immer daran: Kranke Menschen werden von Ärzten geheilt und nicht von Politikern!

Vielen Dank.