



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Bericht des Vorstands
der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Vertreterversammlung
am 29. November 2008

- Es gilt das gesprochene Wort -

**Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
werte Gäste,**

auf dieser Folie sehen Sie die Überschriften unserer 38 Pressemitteilungen des Jahres 2008. Dieser Überblick zeigt die **Agenda**, mit der sich der Vorstand und in weiten Teilen auch die Kolleginnen und Kollegen im ablaufenden Jahr auseinandersetzen mussten.

Es ist viel, ja **zuviel**, was der Gesetzgeber, aber auch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung an Regelungen in die Welt setzen. Wohl gemerkt: diese Flut von Änderungen werden durch die Bank alle auf Bundesebene losgetreten. Aber ausbaden müssen wir sie vor Ort, vor allem die Praxen. **Das muss ein Ende haben!**

Wie in fast jedem Jahr sind wir als Regional-KV dazu verdammt, eine Neuregelung nach der anderen umzusetzen. Doch wir sehen unsere Rolle nicht darin als Erfüllungsgehilfe und verlängerter Arm für die Bundesebene zu funktionieren! Wir setzen uns dafür ein, dass nur das geregelt wird, was geregelt werden muss und zwar so, dass die Praxen es auch umsetzen können.

Doch dazu braucht man Kenntnisse und Erfahrungen darüber, wie der Alltag in den Praxen funktioniert. Daran scheint es aber auf der Bundesebene allenthalben zu mangeln. Deshalb hat der Vorstand der KV Nordrhein dafür gesorgt, dass die Mitarbeiter der **KBV** dies schleunigst nachholen. So wie bei uns in Nordrhein sind jetzt auch die Führungskräfte der KBV verpflichtet, durch **Hospitationen in Praxen** zumindest einen Eindruck davon zu bekommen, was es heißt, wenn am Quartalsbeginn die Patienten zu hunderten vor dem Praxiscounter stehen und Überweisungen haben wollen oder mitbringen und das Praxisteam Hände ringend nach den neuen lebenslangen Arztnummern und Betriebstättennummern suchen muss.

Damit sind wir beim **1. Juli 2008**, ein Datum, das uns jetzt noch den Schweiß auf die Stirn treibt. An diesem Tag traten gleich vier alles andere als banale Neuregelungen in Kraft: **die Einführung der lebenslangen Arztnummer, neue Imp fziffern, das Hautkrebs-Screening und das neue Muster 10 für Überweisungen zum Laborarzt**. Nichts davon war in einem

Feldtest erprobt, alles nur am grünen Tisch entwickelt. Und dazu kam als Nachschlag noch die **Laborreform** zum 1. Oktober 2008.

Über die Auswirkungen kann ich heute noch nichts sagen, die Abrechnungsergebnisse des IV. Quartals 2008 werden es zeigen. Was es für die Praxen und Laborgemeinschaften bedeutet, muss sich noch zeigen. Auf jeden Fall war es wieder **keine Glanzleistung**. Die unvermeidlichen Nachbesserungen wie z. B. bei der Anhebung der Allergietests oder zuletzt bei den Glucose-Tests zeigen auch hier die Praxisferne. Nach Intervention vor allem aus Nordrhein wurden diese Änderungen vorgenommen.

Doch damit nicht genug,

liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Bundesgesundheitsministerium bescherte uns das so genannte Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz **GKV-OrgWG**. Als so genanntes **Omnibusgesetz** wurden gleichzeitig andere ausstehende Regelungen verabschiedet. Die Einzelheiten haben wir Ihnen schon im Vorbericht mitgeteilt, so dass ich heute nur noch seine wichtigsten Essentials wiederholen möchte.

Eine langjährige Forderung der Kollegenschaft wurde erfüllt: die **Altersgrenze von 68 Jahren** wurde aufgehoben. Sie wurde 1993 mit Gültigkeit zum 1.1.1999

eingeführt, als Maßnahme gegen die vermeintliche **Ärztenschwemme**. Abgeschafft wird sie als Maßnahme gegen den nun drohenden **Ärztmangel**. Das freut nicht nur Herrn Kollegen Hagedorn, der als Vorstandsmitglied der KV Nordrhein seinerzeit Verfassungsklage gegen die Altersgrenze eingereicht hat. Denn damit ist wenigstens eine **Eigenschaft eines freien Berufes** wieder erfüllt: die Selbstbestimmung über die Dauer der Berufsausübung. In Nordrhein sind 2008 **107 Kolleginnen und Kollegen** davon möglicherweise positiv betroffen.

Unmittelbar wirksam für den Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung ist auch die Absenkung der **Mindestquote der ärztlichen Psychotherapeuten** an der Gesamtzahl der psychotherapeutischen Leistungserbringer von 40 auf 25 Prozent. Die konkreten Auswirkungen in Nordrhein sind: es können sich vier zusätzliche Psychologische Psychotherapeuten niederlassen, zwei in Solingen und zwei in Viersen.

Zudem wird eine **Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** von 20 Prozent eingeführt, das bedeutet 190 zusätzliche KJPs, davon 40 allein in Köln.

Auch die **Förderung der Allgemeinmedizin** hat einen Platz im Omnibus des GKV-OrgWG gefunden. Die finanzielle Förderung für die Einstellung eines Weiterbildungsassistenten war erstmals 1999 gesetzlich geregelt worden. Wir in Nordrhein fördern freiwillig schon seit Mitte der 80er Jahre. Seit 1999 haben wir insgesamt **27,59 Mio Euro** für die Förderung der jungen Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung gestellt. Allein in diesem Jahr haben wir schon 2,33 Mio dafür ausgegeben!

Geändert hat der Gesetzgeber nun die Höchstzahl der förderfähigen Stellen von bisher 3.000 Stellen in eine **Mindestzahl von 5.000**. Auch künftig setzt das Gesetz keine exakten Förderbeträge fest. Die Förderung ist nun so zu bemessen, „dass die Weiterzubildenden (...) eine angemessene Vergütung erhalten“.

Gleich mehrere Regelungen des GKV-OrgWG stehen im direkten Widerspruch zum Bekenntnis der Politik nach mehr Wettbewerb, allen voran der neu gefasste **§ 73b**. Nachdem das Bundesgesundheitsministerium in den vergangenen Jahren den Wettbewerb zum Allheilmittel erkoren hat, schafft es nun ein Gesetz, das dem Deutschen Hausärzteverband de facto ein **Vertragsmonopol** einrichtet. Die Novellierung des § 73b ist aber vor allem ein Geschenk an den bayerischen Hausärzteverband bzw. die CSU, die mit dem Verband zur Sicherung einer absoluten Mehrheit ein Zweckbündnis eingegangen ist und für solche **Opportunitäten** scheint der Gesetzgeber sogar bereit zu sein, **rechtliches Glatteis** zu betreten.

Der öffentlich-rechtliche Versorgungsauftrag wird einem privaten Akteur exklusiv und ohne Vergabeverfahren übertragen. Dies ist meiner Auffassung nach unvereinbar mit dem nationalen und europäischen Wettbewerbsrecht sowie mit zentralen Verfassungsnormen. Der Vorstand unterstützt daher ausdrücklich die KBV, den BDI und die Bundesknappschaft, gegen diese Bevorzugung eines Verbandes **Verfassungsbeschwerde** einzulegen.

Die **willkürliche Aufwertung des Hausärzteverbandes** ist eine unerträgliche Ausgrenzung z. B. der hausärztlichen Internisten, oder sollte es gar der erste Schritt zur Abschaffung der doppelten Facharztschiene sein? Das Privileg für den Hausärzteverband muss von anderen Verbänden als Signal verstanden werden, ähnliche Privilegien zu fordern. Am Ende stünde ein

Szenario, in dem weite Teile der Versorgung in Sektoren- und Fachgruppenmonopole aufgeteilt sind, die von mitgliederstarken Verbänden kontrolliert werden. Auf der Strecke bleiben **die freie Arztwahl** der Patientinnen und Patienten und die **Wahlrechte der Kolleginnen und Kollegen**.

Sollte weniger als die Hälfte der rund 4000 Allgemeinmediziner in Nordrhein den Verband mandatieren, bliebe es bei der bisherigen Situation: Die KV Nordrhein könnte Hausarztverträge für alle hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen schließen, also auch für die hausärztlich tätigen Internisten und die Kinder- und Jugendärzte. Dabei könnten wir hier in Nordrhein die bewährte **Kooperation mit dem Landesverband der Hausärzte** in Nordrhein fortsetzen.

Sollte die Mandatierung positiv ausfallen, bieten wir an, dass wir die **Abrechnung übernehmen**. Denn wir müssen im Interesse aller hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen verhindern, dass sie über ihren Verwaltungskostenbeitrag für die KV hinaus auch noch den Aufbau einer doppelten Abrechnungsinfrastruktur beim Verband zahlen müssen.

Die bis zum 31. Dezember 2008 unterzeichneten **Verträge bleiben gültig**. Das ist unser Hausarztvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg, der IKK Nordrhein, der LKK NRW im Primärkassenbereich und mit der GEK im Ersatzkassenbereich. Außerdem laufen die Verträge mit der Knappschaft und der BIG Gesundheit weiter.

Ich möchte von dieser Stelle den hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen noch einmal explizit abraten, den **Schritt in die Isolation** zu gehen. Der **Medi-Vertrag in Baden-Württemberg** ist ein anschauliches Beispiel dafür, was Hausärzten zugemutet und abverlangt wird. Der Gesundheitsfonds wird den Druck der Kassen nach Billigangeboten noch verschärfen.

Vor allem aber ist Konstanz bei solchen Projekten nicht gesichert. Der gescheiterte Barmer-Vertrag ist ein Beispiel, das Schicksal **vieler IV-Verträge** ist Kündigung und eine unsichere Zukunft.

Doch die Kolleginnen und Kollegen sind klüger als mancher Interessierte unterstellt. Erst jüngst zeigte eine Umfrage, dass **80 Prozent** der deutschen Ärzte eine **Verschlechterung der medizinischen Versorgung** befürchten, sollte das Vertragsmonopol der KVen fallen. Laut der aktuellen Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2008“ sind nur sechs Prozent von ihnen der

Überzeugung, dass sich die Maßnahmen der Bundesregierung zur Steigerung des Wettbewerbs positiv auswirken würden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein kluger Mann, nämlich **Albert Einstein**, hat das, was wir auch in diesem Jahr wieder erleben mussten, treffend beschrieben:

Probleme kann man niemals mit derselben Denkweise lösen, durch die sie entstanden sind.

Die Denkweise, die im Gesundheitswesen immer wieder aufs Neue zum Tragen kommt, ist das **tiefe Misstrauen** der Bürokraten **gegenüber dem freiberuflich tätigen Arzt**. Man kann ihnen einfach nicht trauen und muss sie deshalb einzwängen und fesseln mit unzähligen Vorschriften und Gesetzen, die bis ins kleinste das Geschehen rund um den Patienten reglementieren. Das scheint nach wie vor die Maxime zu sein. Dadurch werden Chancen vertan und Ressourcen verschwendet.

Ich rede nicht dem Markt pur das Wort. Wohin das führt, erleben wir gerade auf den Finanzmärkten. Im Gesundheitswesen würde das noch fatalere, weil unmittelbarere Folgen für Leib und Leben der Menschen haben. Auch hier zeigen uns die Vereinigten Staaten, wie es nicht gehen darf. Doch ein bisschen mehr **Mut, Phantasie und Vertrauen** gegenüber der Kompetenz und auch der ethischen Stärke unseres Berufsstands könnte manches erleichtern und vieles verbessern.

So aber werden historische Chancen vertan.

Und damit, liebe Kolleginnen und Kollegen, bin ich bei der **Honorarreform**.

Als „historisch“ gefeiert, präsentiert sie sich allenfalls als raffinierte Variante der alt bekannten Budgetierungsmechanismen. Innovationsfeindlich, zum Schaden vieler Arztpraxen.

Wie wurde sie doch angepriesen! Ich zitiere Franz Knieps, Leiter der Abteilung 2 im BMG vor der Reform:

„Nun haben wir die echte Chance, ein verständliches, gerechtes und umfassendes Vergütungssystem zu errichten. Die Verdienstchancen werden sich verbessern, und das müssen sie auch. Wir müssen für junge Ärztinnen und Ärzte attraktive Rahmenbedingungen schaffen.“

Das mag im Osten spürbar sein, in Nordrhein gilt das nicht!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
die Entwicklung der **Gesamtvergütung** stellt sich im **1. Halbjahr 2008** zumindest im Bereich der nicht budgetierten Leistungen erfreulich dar.

In beiden Quartalen konnten wir das Gesamthonorar steigern:

- Im **1. Quartal 2008** stand uns ein Gesamthonorar von 817,2 Millionen Euro zur Verfügung, welches um 31,9 Millionen Euro oder 4,06 % über dem Gesamthonorar des 1. Quartals 2007 lag.
- Im **2. Quartal** waren es 809 Millionen Euro, das sind 6,14 Prozent oder 46,8 Millionen Euro mehr als im Vorjahresquartal.

Angesichts einer Grundlohnsummenentwicklung von 0,64 % ist dieses Ergebnis **sehr positiv**. Aber, ich habe es Ihnen am 7. November ausführlich dargestellt, nicht durch eine Verbesserung der Regelversorgung, sondern durch **das Wachstum der extrabudgetären Leistungen**.

Das bestätigt der Blick auf die **vertragliche Situation des Jahres 2008**.

Wir haben mit allen Vertragspartnern die volle **Grundlohnsummensteigerung in Höhe von 0,64 %** vereinbart. Dies entspricht einem Plus von 15,46 Millionen Euro für das Jahr 2008. Wir erwarten eine Gesamtvergütung in Höhe von **3,103 Milliarden Euro**.

Neben der Honorarvereinbarung haben wir jedoch eine **Vielzahl neuer Verträge** für das Jahr 2008 abgeschlossen.

Dies sind:

- Der **Hausarztvertrag** für **AOK, IKK und LKK ab 1.01.2008**
- die **Impfvereinbarung**, die ab 1.01.2008 gilt
- der **Hausarztvertrag und Präventionsvertrag** mit der **BKK BIG** Gesundheit ab 1.04.2008
- der **Hausarztvertrag** mit der **Knappschaft** zum 1.10.2008
- **Präventionsverträge mit der AOK und der IKK**, die ab 1.07. bzw. 1.10.2008 in Kraft treten
- das **Hautkrebscreening für Versicherte** unter 35. Jahre ab 1.07.2008
- einen Vertrag zur **Behandlung der feuchten Makuladegeneration** ab 1.01.2008

- und einen **Homöopathievertrag** mit der BKK Mobil Oil

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
ein **Rückblick auf die vergangenen 10 Jahre** bestätigt diese Tendenz:
Stagnation bei der Regelversorgung, Zuwachs bei den Sonderverträgen.

Von **1998 bis 2008** können wir eine Steigerung der Gesamtvergütung um **27,31 %** verzeichnen.

Während wir **1998 neun** abgeschlossene Sondervereinbarungen aufweisen konnten, haben wir im Jahre **2008 ca. 40 Sondervereinbarungen**. Beispielsweise seien aufgezählt die hausarztzentrierte Versorgung, Kataraktverträge, Disease-Management-Programme, Palliativverträge, Kinderpräventionsverträge, Impfvereinbarung, Reise- und HPV-Impfungen, das Hautkrebscreening, Homöopathieverträge, feuchte Makuladegeneration und das ambulante Operieren.

Darüber hinaus wickeln wir die **Abrechnung der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute, der 33 Projekte der integrierten Versorgung, der Hochschulambulanzen und der Schwangerschaftsabbrüche** als Dienstleistung ab.

Ab 1. Januar 2009 wollen wir darüber hinaus den **Sprechstundenbedarf** abrechnen. Wir streben an, durch entsprechende Vereinbarungen mit den Lieferanten, die hohe Zahl von Anträgen wegen Verordnung unerlaubten Sprechstundenbedarfs letztlich auf Null zurückzufahren.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ist jedoch nicht nur bereit, zusätzliche Aufgaben als **Dienstleister** zu übernehmen, sondern wir schließen auch **dreiseitige Verträge** wie zum Beispiel die schon erwähnte Vereinbarung über die Behandlung der feuchten Makuladegeneration mit der Vereinigung Operierender Augenärzte oder zur Prävention U 10/U 11 mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sowie die hausarztzentrierte Versorgung mit dem Hausärzterverband Nordrhein und den jeweiligen Krankenkassen.

Bei dem Blick auf die Entwicklung der letzten 10 Jahre darf die **Mitgliederentwicklung** nicht fehlen. Von 15.198 Mitgliedern im Jahr 1998 haben wir uns auf 18.192 Mitglieder im Jahr 2008 entwickelt, was **einem Plus von knapp 20 %** entspricht. Diese Zahl macht deutlich, warum beim einzelnen

Kollegen weit weniger als die 27,32 Prozent Honorarsteigerung ankommen musste.

Der **Gesetzgeber** hat in den letzten 10 Jahren – man kann es nicht anders sagen – eine hektische Aktivität mit Blick auf das Gesundheitswesen entwickelt.

In dieser Dekade hatten wir **zwölf Gesetzesänderungen** zu verkraften, die den bürokratischen Aufwand sowohl in den Praxen als auch hier in der Verwaltung drastisch erhöht haben; die Situation in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung haben sie jedoch kaum verbessert.

Angefangen vom GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz über die Gesundheitsreform des Jahres 2000, das Beitragssatzsicherungsgesetz im Jahr 2003, das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz im Jahr 2007 bis hin zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz und zum GKV-OrgWG haben diese Gesetze eines gemeinsam: Sie sind einerseits **fantasielose Kostendämpfungsgesetze** und tragen andererseits durch erweiterte Spielräume dazu bei, den **Druck auf die Akteure im Gesundheitswesen** massiv zu erhöhen. Allein **vier Gesetze** sind ausschließlich zur Beeinflussung der Kosten der Arzneimittelversorgung erlassen worden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
der **EBM 2008** ist ebenfalls Ausfluss dieser Gesetzgebungsmaschinerie. Mit großem Aufwand haben wir unsere Mitglieder auf die Einführung des EBM 2008 vorbereitet. Dieser EBM, der nun neben dem üblichen Behandlungsfall jetzt auch einen Betriebsstättenfall oder einen Arztfall kennt und der darüber hinaus eine Vielzahl von Leistungen zu Versichertengrund-, Konsiliar- oder Zusatzpauschalen zusammengefasst hat, konnte im Jahr 2008 wegen der nach wie vor gedeckelten Gesamtvergütung **nicht mehr Geld** ins System bringen. Dies wurde uns für das Jahr **2009** jedoch in Aussicht gestellt.

In unserer **Sitzung am 7. November** dieses Jahres haben wir uns eingehend mit der Situation befasst. Wir stellten fest, dass die Kritik, die Herr Rochell mit in die Kassenärztliche Bundesvereinigung nehmen musste, berechtigt war und dass auch der Beschluss vom 23.10.2008 nicht den Erfolg gebracht hat, den wir für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein beansprucht haben. In dieser Sitzung haben Sie dem Vorstand empfohlen, das Schiedsamt anzurufen. Wir haben dies umgehend getan.

Ein entsprechender Antrag wurde formuliert und sowohl dem Schiedsamt als auch den Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

Das hatte **Wirkung bei den Krankenkassen**. Sie traten an uns mit der Bitte heran, die Verhandlungen wieder aufzunehmen. Wir haben den Krankenkassen klar gemacht, dass ein solches Gespräch nur dann Sinn macht, wenn sie bereit sind, ein Ergebnis zu akzeptieren, das über die bis dato in den Verhandlungen erzielten Ergebnisse hinausgeht.

Nach dem wir entsprechend positive Signale erhalten hatten, haben wir die Situation am 17. November mit dem Hauptausschuss noch einmal rückgekoppelt.

Am 18. November fand dann die neuerliche Verhandlungsrunde mit den Krankenkassen statt.

Folgende Ergebnisse wurden erzielt:

- Der bundesweite **Orientierungspunktwert** in Höhe von 3,5001 Cent wurde vereinbart.
- Sämtliche **Sondervereinbarungen** mit Ausnahme von Umweltmedizin und Cochlearimplantationen werden fortgeführt.
- Auch die bereits gekündigten Verträge über **Sozialpsychiatrie, Onkologie, Aids und Netzhaut- und Glaskörperchirurgie** werden weiterhin existieren.
- Bei den **Disease-Management-Verträgen** soll über eine ab 1.07.2009 in Kraft tretende Anpassung gesprochen werden.
- Eine Verrechnung von **Psychotherapiekostenerstattungen** wird nicht stattfinden.
- Die **Wegegelder/Wegepauschalen** wurden auf die Systematik bei den Primärkassen umgestellt und eine **Steigerung von 10 %** vereinbart.
- Beim **ambulanten Operieren** erhalten die Leistungen nach § 115b einen Zuschlag von 0,3999 Cent, so dass als Auszahlungspunktwert 3,9 Cent erreicht wird. Die Begleitleistungen nach **§ 115b** erhalten den gleichen Zuschlag und die Leistungen aus dem **Zentrumsvertrag** bekommen einen Zuschlag von 0,7442 Cent, so dass wir auf 4,2443 Cent als Auszahlungspunktwert kommen. Alle übrigen ambulanten Operationen aus dem Kapitel 31 werden ebenfalls **außerhalb der gedeckelten Gesamtvergütung** mit einem Punktwert von 3,5001 Cent bezahlt.

- Die **belegärztlichen Leistungen** werden ebenfalls außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zu einem Punktwert von 3,5001 Cent bezahlt und erfahren bei der Leistungsbewertung die vorgesehene Anpassung.
- Eine **Rückzahlung** bei nicht ausgeschöpfter morbiditätsbedingter Gesamtvergütung wird **nicht** stattfinden.

Allein die **Zuschläge für das ambulante Operieren** entsprechen einem Betrag von **8 Millionen Euro**.

Die **Anhebung des Wegegeldes** um 10 % ergibt ein Plus von rund **1,1 Millionen Euro**.

Wir haben mit Hilfe der **Matrix**, die Sie hier sehen, die **Schiedsamt- und Verhandlungsergebnisse** aus verschiedenen KV-Bereichen zusammengetragen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
wie Sie sehen, hat keine Kassenärztliche Vereinigung Ergebnisse erzielen können, die unseren entsprechen, weder in Verhandlungen noch beim Schiedsamt. Da wir in Nordrhein das **vergleichsweise beste Ergebnis** erzielt haben, haben wir den Gang zum Schiedsamt unterlassen, weil ein besseres Ergebnis im Schiedsamtverfahren nicht zu erzielen gewesen wäre.

Vor allem auch, weil es gelungen ist, die Höhe der **Rückstellungen** auf ein realistisches Maß herunterzuverhandeln. Im Effekt steigen dadurch die **Fallwerte im Regelleistungsvolumen**.

Nichts desto trotz halten wir unsere von Anfang an geübte **Kritik an dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses** aufrecht. Unsere Forderung bleibt bestehen, die für uns nachteiligen Effekte zu beseitigen. Dies müsste spätestens 2010 dadurch geschehen, dass man den **Leistungsbedarf je Versicherten** bundesweit angleicht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
die ökonomische Bedeutung der **Sonderverträge** habe ich unter dem Stichwort Honorarentwicklung schon dargelegt. Sie haben aber auch eine **versorgungspolitische und medizinische Dimension**.

Besonders erwähnen möchte ich unsere **Palliativverträge**. Vor drei Jahren haben wir in Köln mit dem **Primärkassenvertrag** unter Federführung der AOK Rheinland/Hamburg begonnen, das Rahmenprogramm zur Umsetzung

einer flächendeckenden ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung zu realisieren. Im Jahr 2007 kam dann der Vertrag mit den **Ersatzkassen** hinzu.

Das Programm sieht vor, dass Patientinnen und Patienten auf primärärztlicher Ebene von ihrem Hausarzt (in Einzelfällen kann das auch der behandelnde Facharzt sein) betreut werden. Bei Bedarf, etwa in komplexen Situationen, bei inadäquater Symptomkontrolle oder psychosozialen Problemlagen zieht der Hausarzt palliativärztliche und palliativpflegerische Expertise hinzu oder schaltet beispielsweise einen ambulanten Hospizdienst ein, um dem Bedürfnis des Sterbenden, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen, zu entsprechen.

Heute gibt es neben Köln **in nahezu allen Kreisen und kreisfreien Städten** in Nordrhein mit wenigen Ausnahmen (Kreis Kleve, Rheinisch-Bergischer Kreis, Oberbergischer Kreis außer Wiehl und Waldbröl) multiprofessionell zusammengesetzte Netzwerke. Daran nehmen zurzeit fast **800 Kolleginnen und Kollegen** teil, wovon über 200 als qualifizierte Palliativärzte nicht nur ihre eigenen Patienten behandeln, sondern auch ihren Kollegen konsiliarisch oder auch zur Mitbehandlung zur Verfügung stehen.

Hinzu kommen fast **40 Palliativpflegedienste**, die mit den Praxen kooperieren. Einige der Netzwerke bieten bereits selbst den 40-stündigen Basiskurs an, so dass alle interessierten Ärzte ortsnah und mit regionalem Bezug die geforderte Qualifikation erlangen können. Im Rahmen der Verträge sind alleine im zweiten Quartal 2008 **über 1.800 Patientinnen und Patienten** versorgt und ein Zusatzhonorar von bald **einer Million Euro** generiert worden.

Im Frühjahr dieses Jahres ist der Gemeinsame Bundesausschuss seiner Verpflichtung nachgekommen, die **Richtlinie über die Verordnung der spezialisierten Palliativversorgung** zu erstellen. Erfreulich daran ist, dass bei der Umsetzung die vorhandene Infrastruktur berücksichtigt werden soll. Hierzu bieten die nordrheinischen Netzwerke einen guten Ansatzpunkt. Wir warten nun gespannt auf den Vorschlag der Krankenkassen zur Umsetzung der spezialisierten Palliativversorgung.

Unsere Aktivitäten im Bereich der Palliativversorgung werden seitens der Politik seit Jahren aufmerksam verfolgt und nachhaltig unterstützt. NRW hat in der Palliativversorgung seit vielen Jahren eine Vorreiterrolle inne und begreift sich nach wie vor als treibende Kraft.

Deutlich ist nun die Notwendigkeit einer **zügigen Umsetzung der SAPV**. Explizit in unserem Sinne ist dabei die Berücksichtigung bislang gewachsener Strukturen – sprich all das, was wir aufgebaut haben – zu fordern. Gefordert wird auch, die „Verträge seitens der Kostenträger einheitlich und gemeinsam abzuschließen“.

Der Landtag NRW wird Mitte Dezember fraktionsübergreifend genau diese Forderungen für eine konsequente Fortführung der Palliativversorgung verabschieden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Tat ist die **Palliativversorgung kein Feld für den Wettbewerb**. Der Wunsch von Menschen, in ihrer vertrauten Umgebung zu sterben, darf nicht abhängig sein von Kassenzugehörigkeit und Wohnort, hier gibt es keine Alternative zu einer flächendeckenden Sicherstellung durch uns, die KV.

Wir haben überzeugend dargelegt, dass es uns als KV gelingt, in neue Strukturen **mit Erfolg** zu investieren – das Argument der vermeintlichen Innovationsfeindlichkeit der KVen erweist sich somit als stumpfes Schwert.

Es nutzt jenen, die im Wettbewerb an **Selektion und Parzellierung** ein Interesse haben – unabhängig davon, ob dies zu Lasten der Patienten geht, die unserer Solidarität in erster Linie bedürfen. An die Adresse aller, die seit Jahren unsere Demontage betreiben, sei hier klar und deutlich gesagt: Überall dort, wo man uns konkret Versorgung gestalten lässt, haben wir Erfolg – vor allem dort, wo das Allheilmittel Wettbewerb eindeutig an seine Grenzen stößt.

Dazu gehören auch die **DMP**. In einigen Wochen wird der **Qualitätsbericht über die Disease-Management-Programme 2007** vorliegen.

In der Region Nordrhein, die mit annähernd 8 Mio. gesetzlich Krankenversicherten zu den größten medizinischen Versorgungsgebieten in Deutschland gehört, wurden Disease-Management-Programme **frühzeitig konzipiert** und zum Teil als **Folgeprogramme vorangegangener Strukturverträge** implementiert. Gerade in diesen Programmen werden besonders viele Patientinnen und Patienten erreicht.

Im DMP **Diabetes mellitus Typ 2** sind beispielsweise derzeit über **335.000 Patienten** eingeschrieben, das entspricht ca. 70 Prozent aller

Typ 2-Diabetiker in Nordrhein. Bei einem Großteil dieses Kreises gelingt es, die Blutzuckereinstellung auf einem zufrieden stellenden Niveau zu halten und die mit zunehmender Krankheitsdauer zu erwartenden Verschlechterungen deutlich zu bremsen.

Besonders betonen möchte ich die folgenden Aspekte:

Die erreichten **Verbesserungen des systolischen Blutdrucks** lassen darauf schließen, dass der hohe Aufwand für antihypertensive Medikamente bei immerhin 83 Prozent der Diabetiker mit bekannter Hypertonie gerechtfertigt ist und Effekte zeigt. Insbesondere bei der Betrachtung von ausgewählten **Patientengruppen mit kardiovaskulären Ereignissen** wie einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt wird deutlich, dass sich die mittleren systolischen Blutdruckwerte den in kardiologischen Leitlinien geforderten Grenzwerten nähern.

Auch was die **Blutzuckersenkende Therapie** bei Patienten mit einem zusätzlich erhöhten kardiovaskulären Risiko angeht, nimmt die Verordnung von Statinen respektive Thrombozyten-Aggregations-hemmern deutlich zu. Mit anderen Worten: Hier wird offensichtlich, dass sich die sekundärpräventiven Bemühungen der in das DMP einbezogenen Ärzte intensiviert haben. In diesem Licht muss sicherlich auch die Ausgabensteigerung im Arzneimittelbereich neu diskutiert werden.

Auch mit dem **DMP Diabetes mellitus Typ 1** haben wir 2007 zwischen 64 und 97 Prozent aller Typ 1-Diabetiker in Nordrhein erreicht.

Insgesamt lässt sich für alle Disease-Management-Programme in Nordrhein sagen, dass die **Qualitätsziele in den meisten Fällen erreicht** oder nur knapp unterschritten werden. Damit zeigt sich, dass strukturierte Behandlungsprogramme zu **einer Verbesserung des Gesundheitszustandes chronisch Kranker** beigetragen haben. Insbesondere auch die von uns immer wieder unterstützten zusätzlichen Maßnahmen in Form von **CME-Fortbildungen via Zusatzberichten** oder weiteren Auswertungen und Befragungen, um ein noch besseres Verständnis der DMP-Daten zu bekommen, haben sich als sehr sinnvoll erwiesen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
das Stichwort Arzneimittelausgaben ist schon gefallen. Heute kann ich Ihnen mitteilen, dass das **Ausgabenvolumen Arznei- und Verbandmittel 2009** erfolgreich verhandelt wurde. Es beträgt **3.13 Milliarden Euro**, das be-

deutet eine Steigerung um 5,3 Prozent gegenüber 2007 und ist fast genauso viel wie unsere Gesamtvergütung!

Die **Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel** wurden neu berechnet.

Dabei wurden erstmals die MVZ berücksichtigt. Es kommt zu **Umverteilungen zwischen den Fachgruppen**, so dass sich Richtgrößen im Vergleich zu 2008 teils erhöhen, teils erniedrigen. Die Absenkung der Richtgrößen ist neben der Berücksichtigung der MVZ auch durch günstigere Arzneimittel im Generika- und Festbetragsmarkt bedingt und eben auch durch Verlagerungen von Verordnungen zwischen den Fachgruppen.

Die **Rabatte nach § 130a Abs. 8** sollen bei Überschreitung der Richtgröße „wie eine Praxisbesonderheit“ berücksichtigt werden. Die Krankenkassen werden die rabattierten Arzneimittelausgaben melden, so dass Rabatte dazu führen, dass Kollegen nicht in die Richtgrößenprüfung kommen.

Für 2009 wurden **drei Zielfelder** vereinbart :
Generika-, Me-too- und DDD-Quoten.

Die **Generikaquoten** dienen weiterhin der Orientierung. Sie sind nicht mit einem Malus verbunden, können jedoch bei der Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden.

Die **Me-too-Quoten** wurden angepasst (bis auf HNO- und Kinderärzte), da einige Präparate der Me-too-Liste mittlerweile als Generika verfügbar sind. Für die Fachgruppe der Gynäkologen wurde die Me-too-Quote neu eingeführt. Eine Auswertung beispielsweise der Verordnungen des 2. Quartals 2008 zeigt, dass durchschnittlich über **90 Prozent der Kollegen bereits jetzt die neue Me-too-Quote** einhalten.

Als drittes Ziel wurden so genannte **DDD-Quoten** eingeführt. In fünf Arzneimittelgruppen sollen Leitgruppen besondere Berücksichtigung finden. Die Quoten werden auf der Basis der amtlich festgelegten **definierten Tagesdosen** (DDD), nicht der Preise berechnet.

Die Zielvorgaben sind mit einem **Malus** (Honorarabzug bis zu 5 Prozent) verbunden:

- Fachgruppen mit Me-too-Quote: Überschreiten des Richtgrößenvolumen (Scharfstellen der Quote) plus Me-too-Quote plus ein DDD-Ziel nicht erreicht.
- Fachgruppen ohne Me-too-Quote: Überschreiten des Richtgrößenvolumen (Scharfstellen der Quote) plus ein DDD-Ziel nicht erreicht.

Andererseits werden Ärzte **von der Richtgrößenprüfung befreit**, wenn sie **alle Zielfelder (Generika-, Me-too- und DDD-Quote)** erfüllen. Denn der Arzt kann die Verantwortung für die Indikation und den Wirkstoff übernehmen, aber nicht für die Preise für Arzneimittel.

Auch für die **Heilmittel** haben wir eine Vereinbarung abgeschlossen. Für 2009 haben wir uns mit den Krankenkassen auf ein Ausgabenvolumen von **404 Millionen Euro** geeinigt. Es soll für sämtliche Verordnungen von Physio-, Ergo-, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Podologie ausreichen.

Verändert haben sich die **Richtgrößen**. Für die hausärztlichen **Internisten, Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte** gibt es 2009 eine Richtgröße. Denn die Ärztinnen und Ärzte dieser Gruppen versorgen eine nahezu identische Klientel, was die Morbiditätsstatistik belegt. Die Richtgröße liegt bei **5,12 Euro für Mitglieder und Familienmitversicherte und 14,64 Euro für Rentner**. Das ist weniger als den Allgemeinmedizinern 2008 zur Verfügung stand, aber deutlich höher als die alte Richtgröße der hausärztlichen Internisten. Die **Richtgrößen der Kinder- und Jugendärzte** steigen leicht, wie auch die der **Orthopäden und der Facharztinternisten**. Sparsamer mit Heilmittelverordnungen umgehen müssen **HNO-Ärzte und Chirurgen**. Die Änderungen resultieren vor allem aus „Wanderbewegungen“ der Patienten. Diese führen zu einem veränderten Morbiditätsspektrum der Patienten in den Fachgruppen.

Bei den **Praxisbesonderheiten** bleibt alles, wie es ist. Die Liste der Besonderheiten, die vorab berücksichtigt werden können, wird 2009 beibehalten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
verehrte Gäste,

soweit die harten Facts des Jahres 2008. Aber es gibt auch **politische Aktionsfelder**, die wir zu bearbeiten haben. Darauf möchte ich jetzt eingehen.

Ganz oben auf der Agenda unseres Landesgesundheitsministers Karl-Joseph Laumann steht das Thema „**Ärztemangel**“, **konkret Hausarztmangel**. Wir hier in Nordrhein haben zurzeit noch keinen „echten“ Mangel, sondern eher ein **Allokationsproblem**. Doch heute sind von unseren 6.514 Hausärzten 17,4 Prozent älter als 60 Jahre.

Simulationsrechnungen zeigen: Finden diese keine Nachfolger, droht in 31 Gemeinden die Unterversorgung in der ambulanten Versorgung mit einem Versorgungsgrad von unter 75 Prozent, in Ruppichterath läge er mit 34 Prozent extrem niedrig.

Hält man dagegen, dass sich heute in 23 von 27 nordrheinischen Kreisen keine Allgemeinmediziner niederlassen dürfen, weil dort mehr als gesetzlich zulässig tätig sind, so zeigt sich: die Planungsbereiche sind zu groß.

Zudem passen die starren Vorgaben der Bedarfsplanung nicht zu den Freiheiten, die das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) bietet. Dies hat die Politik erkannt, die Bedarfsplanung muss zugunsten einer kleinräumigen Versorgungsplanung geändert werden.

Dies ist zwingend vor dem Hintergrund einer wachsenden **Zentralisierung der Versorgung** hin zu den Städten und Ballungszentren. Vor allem in den ländlichen Regionen und in kleinen Gemeinden fehlen bereits heute Hausärzte. Sie werden künftig gerade dort fehlen, wo ein Großteil unserer alten Patientinnen und Patienten wohnt, wo kein Bus mehr fährt, der rollende Tante-Emma-Bus die einzige Einkaufsmöglichkeit ist und Kinder und Enkel längst in den Städten Arbeit finden mussten.

Ich sehe uns als KV eindeutig in der Verantwortung im Hinblick auf unsere Patienten und im Hinblick auf unsere künftigen Kolleginnen und Kollegen. Wir arbeiten daher an einem **Masterplan**, der zügig umgesetzt werden sollten.

Dazu gehört, dass die **Weiterbildungsförderung** in Zukunft zweigleisig erfolgen muss: das bundesweite Programm muss ergänzt werden um **Förderprogramme der Länder**. Vor wenigen Tagen habe ich mit dem Minister über diesen Masterplan gesprochen.

Seitens der KV planen wir, eine **Kontaktbörse** zur Vermittlung von Famulatur, Assistenten und Praxisabgabe einzurichten. Der große Andrang von mehr als 300 Besuchern unserer Praxisbörse vor drei Wochen hier im Hause zeigt, dass wir damit einen sehr guten Weg eingeschlagen haben.

Wir können und müssen jedoch viel konkreter werden: Wir haben die **Lehrstuhlinhaber und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin** an unseren Hochschulen eingeladen und werden mit ihnen Gespräche führen, was wir gemeinsam tun können, den Nachwuchs für die hausärztliche Versorgung zu motivieren – vielleicht auch zu begeistern!

Vor Ort brauchen wir dringend **Weiterbündungsverbände**. Wie oft hören wir von jungen Kolleginnen und Kollegen, dass sie sich in der Weiterbildung allein gelassen fühlen, dass es an der Organisation und vor allem Koordination der Stellenfolge mangelt. Dies alles kostet Zeit und Ressourcen und führte in der Vergangenheit sicherlich auch zu Resignation und Fehlentscheidungen in der Berufsplanung. Einer Studie der Ruhr-Universität zufolge wollen **nur 17 Prozent** der angehenden Mediziner als **Hausärzte** praktizieren.

Wir brauchen ein Netz, das initiiert von der KV überall dort flexible und unbürokratische Hilfestellung vor Ort anbietet, wo Bedarf besteht. Denkbar wäre zur Organisation derartiger Weiterbündungsverbände die Einrichtung örtlicher **Runder Tische** unter Einbeziehung der Kommunen, um spezifische Anreize zur Ansiedlung in ländlichen Gegenden zu schaffen. Zentrale Aufgabe dieser Verbände wäre die **Koordinierung und Zuteilung von Weiterbildungsstellen** mit der nachprüfbaren Auflage, dass die Bewerber sich später als Hausarzt niederlassen werden.

Ich werbe bei Ihnen für diese Idee und sehe uns hier alle in der Pflicht, unserem Nachwuchs den Weg zu ebnen und konkrete und wirksame Hilfestellung anzubieten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

angesichts des drohenden Ärztemangels in einer immer älter werdenden Bevölkerung ist es auch an der Zeit, über eine **neue Arbeitsteilung zwischen den medizinischen Fachberufen** nachzudenken.

Was können wir tun, um die Bedürfnisse dieser Generation von älteren, multimorbiden Kranken zu erfüllen? Das ist die Frage, die wir beantworten müssen. Und **nicht**: wie bedienen wir die **Prestigeprobleme** des eigenen, aber auch anderer Medizinalberufe!

Dem deutschen **Pflegerat** ist aber genau daran gelegen. Marie-Luise Müller, die Präsidentin des Deutschen Pflegerats, hat erst kürzlich in Berlin eine „Neuausrichtung, die mehr sein müsse als eine Arztentlastung“ gefordert. „Hier geht es um das Teilen von Wissen, von **Macht und von Geld**“, sagte

sie ganz unverblümt. Sie forderte erweiterte Kompetenzen für die Pflegenden wie z. B. die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln ebenso wie ein eigenständiges Pflege-Assessment. Als Vorbild nannte sie die **selbstständig tätigen Hebammen**.

Auch gegen solche sachfremden Forderungen haben **Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung** ihr gemeinsames Papier gesetzt. Darin werden die Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen beleuchtet.

Wir müssen und wollen die hausärztliche Versorgung auch in der Fläche und auch in strukturschwachen Regionen keinesfalls ersetzen. Das würde nämlich mit Sicherheit zu einer **Verschlechterung der medizinischen Versorgung** insgesamt führen! Wir müssen vielmehr sinnvolle Formen der vorbeugenden und Arzt unterstützenden Tätigkeiten auf ihr Verbesserungspotenzial in der Patientenversorgung hin überprüfen.

Wir arbeiten in Nordrhein derzeit an einem **Fortbildungs-Curriculum** unter dem Arbeitstitel EVA (**Entlastende VersorgungsAssistentin**), das unsere Praxismitarbeiterinnen fit machen soll für diese neuen Herausforderungen. Denn sinnvolle Delegationsmodelle erhöhen auch die Arbeitszufriedenheit der Kolleginnen und Kollegen und ihrer Mitarbeiterinnen.

Profitieren werden vor allem die **Patienten** in ihrer häuslichen Umgebung. Denn ein durch den Einsatz entlastender Versorgungsassistentinnen verbessertes Versorgungsmanagement inklusive vorbeugender Maßnahmen kommt direkt ihnen zugute!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

verbessertes Praxismanagement und Entlastung bringt auch der zunehmende Einsatz von Informationstechnologie. Die gerade zu Ende gegangene MEDICA und das Interesse der Kolleginnen und Kollegen gerade an diesen Themen haben dies klar bestätigt. Dazu gehört auch die **Einführung der elektronischen Gesundheitskarte**. Nicht nur die Landesregierung sieht darin eine Chance für NRW als Standort für Zukunftstechnologie, auch die Kollegen versprechen sich davon einen neuen Schub in Sachen Vernetzung. Mit einem Wort: Die eGK macht unsere **Praxen zukunftsfest**.

Mit der Festlegung der **Geräte-Pauschalen** durch die KBV und den GKV-Spitzenverband ist ein weiteres Hindernis für den Start genommen. Für die Praxen betragen die Pauschalen **430 Euro für ein stationäres Gerät; 215 Euro Installationspauschale** und **375 Euro für ein mobiles Lesegerät**, so dass ein Arzt 1020 Euro für die Installation der neuen Technologie erhalten kann.

Wir müssen jetzt mit den nordrheinischen Krankenkassen noch eine **Ver-einbarung auf Landesebene** schließen. Sollte das, wie zu erwarten, erfolgreich verlaufen, kann mit dem so genannten Basis-Rollout im ersten Quartal 2009 begonnen werden.

Die **Karten** selbst werden an die rund 8 Millionen GKV-Versicherten der Region Nordrhein wahrscheinlich ab Juli 2009 ausgegeben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

genug des Rückblicks. Wenden wir uns abschließend der Frage zu: was bringt die Zukunft? Ganz konkret als nächstes: **den Gesundheitsfonds**.

Was in den letzten Wochen geschah, erinnert schon an den Familienalltag früherer Zeiten: die Mutter bekam das Haushaltsgeld zugeteilt, mit dem sie die Familie zu versorgen hatte und Kinder fürchteten den blauen Brief, der den Eltern ihre Versetzungsgefährdung bescheinigte. Die den Kassen im Rahmen des Gesundheitsfonds zugewiesene Rolle erinnert fatalerweise an Beides. Die Krankenkassen bekamen vor 14 Tagen per Post ihre Wirtschaftsgelder zugeteilt. Wer das Klassenziel verfehlt, der wird künftig nicht versetzt bzw. insolvent – es sei denn, er schafft es gerade noch, von einem „Mitklässler“ huckepack genommen zu werden.

Fühlten die Kassen sich lange Zeit lediglich als **Payer** im Gesundheitswesen, mutierten sie in den letzten Jahren zum selbst ernannten **Player**.

Und nun? Die Funktionsweise des Fonds macht die Kassen letztlich zu **Empfängern staatlich festgesetzter Alimente**. Ich stimme der Auffassung der FAZ zu: es ist ehrlicher, künftig ganz auf die Beteiligung der Kassen bei der Beitragsfestsetzung zu verzichten, ihnen bleibt ohnehin nur noch eine Alibifunktion.

Einerseits nimmt der Staat die Kassen quasi in eine „**Zwangsfürsorge**“, andererseits ermuntert er sie eifrig, nun doch endlich mehr Wettbewerb zu wagen. Ja, wie denn nun? Was in den Wirtschaftswissenschaften als Para-

doxon gelten würde, in der Gesundheitspolitik geht alles, man muss es nur wollen!

Die große Mutter wacht über allem. **21 Mitarbeiter des Bundesversicherungsamtes** rechnen und überwachen, steuern und teilen den Kassen die Geldflüsse zu. So lautet der Auftrag. Gemeinsam sieht man die Zahl der Krankenkassen schwinden und die Ärzteschaft am Gängelband der Kassen kleben – „es ist mir wohl gelungen“, hört man die Ministerin in diesen Vorweihnachtstagen sagen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

werte Gäste,

mit dem Start des umstrittenen Gesundheitsfonds zum 1. Januar wird ein weiterer **Meilenstein in Richtung eines zentralistischen Gesundheitswesens** gesetzt.

Die Kassen durchforsten gegenwärtig ihre Versichertenakten auf Anhaltspunkte für **RSA-relevante Krankheitsbilder**. Dies räumte der zum Jahresanfang in den Rhön-Vorstand wechselnde bisherige TK-Vize Christoph Straub bei der Anhörung des Gesundheitsfonds übrigens freimütig ein.

Der neue RSA bildet künftig zweifelsohne **die Morbidität in der Bevölkerung** besser ab als bislang, zu etwa 44 Prozent im Vergleich zu bislang 16 Prozent. Aber: dies hätte man auch ohne den Gesundheitsfonds erreichen können, dieses klotzigen Überbaus hätte es dazu nicht bedurft!

Was bedeutet der Fonds nun für die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten, welche Konsequenzen hat er für unsere Kolleginnen und Kollegen? Grundsätzlich erhöhen sich die Einnahmen der Krankenkassen für das nächste Jahr um **11 Mrd. Euro**.

Gleichwohl bezweifeln die Kassen massiv, dass das Geld für die Krankenversorgung ausreicht. Sie verweisen darauf, dass der Schätzerkreis der Krankenkassen den Finanzbedarf in der Vergangenheit wiederholt um bis zu vier Milliarden Euro zu niedrig angesetzt hat.

Als mitdenkender Bürger muss man die Skepsis der Kassen teilen. Es steht außer Zweifel, dass die **Folgewirkungen der Finanzkrise** bald auch das Gesundheitssystem erreichen werden. Die Wachstumsaussichten wurden auf **null** reduziert, die fünf Weisen sprechen offen von einer **Rezession**, die Bundesanstalt für Arbeit erwartet eine Zunahme der Arbeitslosigkeit. Stei-

gende Kosten für die medizinische Versorgung, rückläufige Beschäftigung mit rückläufigen Einkommen – es bedarf wenig Phantasie, hier nicht negative Folgen für die Beitragseinnahmen zu sehen.

Aus alledem folgt: die Kassen müssen alles versuchen, mit den Finanzmitteln aus dem Gesundheitsfonds auszukommen. Was dies für die Ärzteschaft bedeutet, zeichnet sich seit längerem ab: Verträge werden gekündigt, Spielräume für Innovationen und Sondervereinbarungen werden enger.

Kurzum: Die Kassen befinden sich in einer „**Fondsstarre**“ – wenn die Lage nicht so ernst wäre, könnte man den staatlich verordneten „Dornröschenschlaf“ durchaus noch als Kandidaten für das „Unwort des Jahres“ ins Rennen schicken.

Doch ein erlösender Prinz ist nirgendwo in Sicht. Reichen die Zuweisungen aus dem Fonds nicht aus, um die Ausgaben einer Kasse zu decken, wird diese Kasse von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge erheben müssen. Die Kassen werden alles tun, um diese unpopuläre Maßnahme zu vermeiden. Der Wettbewerb zwischen den großen Versorgerkassen wird primär darauf zielen, möglichst **kostengünstige Verträge** mit uns und unseren Kolleginnen und Kollegen abzuschließen. Es wird ein **rigider Sparkurs** zu Lasten der Ärzte und Psychotherapeuten und aller anderen Leistungserbringer gefahren.

Vor wenigen Tagen bestätigte auch **Herbert Rebscher**, der Fonds werde „zu **Sparversuchen an allen Ecken**“ führen mit der Folge, dass die KVen sich ab 2009 auf härtere Verhandlungen mit den Krankenkassen einstellen müssen.

Dieser rigide Sparkurs ist Ausdruck des Konfliktes, der uns auch in Zukunft begleiten wird. **Fritz Beske**, der Altmeister der Gesundheitssystemforschung, hat es klar formuliert: begrenzte, vielleicht sogar schwindende Finanzmittel bei gleichzeitig wachsendem Anspruch an die Versorgung.

Diesen Widerspruch muss die Gesellschaft und auch die Ärzteschaft als Teil des Gemeinwesens aushalten, aber vielleicht auch gestalten.

Ob wir als Ärzteschaft die Gelegenheit zur Gestaltung bekommen, hängt einzig und allein von einem Faktum ab, nämlich davon, ob es uns gelingt **einig zu sein**. Nicht in jeder Kleinigkeit, sondern in den entscheidenden Fragen. Dazu gehört für mich zu allererst das **Bekenntnis zur Selbstbestimmung** als tragendem Grundwert.

Um diese professionseigene Selbstbestimmung aber erhalten zu können, brauchen wir

- ein ungestörtes Arzt-Patientenverhältnis
- die Freiheit der Berufsausübung
- die Freiberuflichkeit
- die Selbstverwaltung.

Wenn wir uns um diese Grundwerte zusammenschließen können, kann daraus die Stärke erwachsen, die wir brauchen, um Einfluss (zurück) zu gewinnen.

Glück auf!