

Besuchen Sie uns im Internet: www.kbv.de



Letzte Änderung 28.09.2012

Reden und Statements

Bericht an die KBV-Vertreterversammlung

28. September 2012

Rede des Vorstandsvorsitzenden der KBV, Dr. Andreas Köhler

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

auf der Sonder-Vertreterversammlung am 1. September habe ich gesagt, dass außergewöhnliche Umstände außergewöhnliche Maßnahmen erfordern. Und da die Umstände sich seither nicht verbessert haben, wird auch die heutige Vertreterversammlung eine außergewöhnliche sein, vielleicht sogar die wichtigste in dieser Amtsperiode. Heute müssen Entscheidungen getroffen werden, die für die Zukunft der Vertragsärzte und -psychotherapeuten maßgeblich sein werden, und das wird uns nicht leicht fallen. Wir haben deshalb nur ein einziges Thema.

Das aber ist von solch grundsätzlicher Bedeutung, und die Diskussion, die Frau Feldmann und ich mit Ihnen darüber führen wollen, ist so wichtig, dass wir gemeinsam mit den Vorsitzenden der Vertreterversammlung beschlossen haben, alles andere zurückzustellen.

Es wird heute auch nicht explizit um den aktuellen Stand der konfliktiven Honorarverhandlungen gehen. Sie sind nur ein Anlass, quasi ein Symptom für die Krankheit, über die wir heute reden müssen. Lassen Sie mich an dieser Stelle nur noch einmal kurz etwas zu dem Argument des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sagen, wonach eine Absenkung des Preises für ärztliche Leistungen durch eine höhere Menge von Behandlungen gerechtfertigt sei.

Nach unseren neuesten Berechnungen betrug der tatsächlich an die Ärzte ausgezahlte Punktwert im Jahr 2011 für das gesamte Bundesgebiet 3,1843 Cent. Das sind 62,3 Prozent des kalkulatorischen Punktwertes in Höhe von 5,11 Cent. Somit wird im Durchschnitt nach wie vor ein gutes Drittel aller Behandlungen der gesetzlich Versicherten nicht bezahlt. Das heißt im Umkehrschluss: Je mehr die Vertragsärzte und -psychotherapeuten arbeiten, desto weniger kriegen sie dafür. Welcher normale Arbeitnehmer und vor allem welche Gewerkschaft würde so etwas hinnehmen? So viel vorweg.

Das Thema, um das es heute gehen soll, möchte ich mit einem Zitat einleiten. Vielleicht erraten Sie ja, von wem es stammt. Das Zitat geht folgendermaßen:

„(...) des Jammerns und Wehklagens ist es genug und übergenug, es wird Zeit, daß endlich

einmal etwas Ernstliches geschieht. Was hat uns denn das jahrelange Lamentieren in unseren Blättern, was die endlosen Besprechungen unserer miserablen Lage, was das ewige Gezeter über die Kassenvorstände genützt?

Nichts, rein gar nichts! (...) Ja, was hören wir nicht auf unseren Ärztetagen für liebenswürdige Begrüßungen [der Politik] und welche Versicherungen des Wohlwollens! Sobald wir uns aber regen und unsere berechtigten Interessen wahrzunehmen versuchen, dann heißt es: Knüppel aus dem Sack! (...) Und wie steht es denn mit den Kassenvorständen? Hat denn all unser Wehklagen, haben unsere ernsten Vorstellungen und unsere gelegentlichen Drohungen auf diese irgendeinen Eindruck gemacht? Ich wüßte nicht, wo und auf welchen. (...) Da müssen wir uns doch endlich einmal fragen: Wer hilft? Und da gibt es nur eine Antwort: Nur wir selbst können, und wir selbst müssen uns helfen!“

Haben Sie eine Idee, wo das steht? Dieser Auszug stammt aus einem Offenen Brief, den Hermann Hartmann im Jahr 1900 in der Zeitschrift *Ärztliches Vereinsblatt* publizierte. Die Folge war die Gründung des Hartmannbundes im September vor 112 Jahren – bzw. seines Vorläufers, des „Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“. Der Name war Programm: Zweck des Verbandes war es laut Satzung, „die deutschen Ärzte zur Besserung ihrer wirtschaftlichen Lage zusammenzuschließen und insbesondere solche Kollegen zu unterstützen, die in Wahrung ihrer Standesinteressen gegenüber Krankenkassen und ähnlichen Korporationen materielle Einbußen erlitten haben oder zu erleiden befürchten müssen“.

Dass Ärzte überhaupt wirtschaftliche Interessen haben und haben dürfen, wurde damals erstmalig in dieser Deutlichkeit artikuliert. Den Offenen Brief, aus dem ich eben zitiert habe, beendete Hartmann mit den Worten: „Bis jetzt haben wir Ärzte bei unseren Kämpfen nur immer auf die Standeswürde und Standesehre gepocht – ich sage Ihnen, Geld, Geld ist die Hauptsache. Verlangen wir für unsere schwere und aufreibende, entsagungsvolle Arbeit eine anständige Entlohnung, (...) dann wird die Standeswürde und Standesehre am besten gewahrt.“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
dieser Satz mag den einen oder anderen auch heute noch befremden, ihm vielleicht sogar unanständig erscheinen. Ganz nach dem Motto: Arzt ist man doch nicht des Geldes wegen. Ist nicht die gesellschaftliche Anerkennung Entlohnung genug?

All denen möchte ich diese Tabelle zeigen. Wir verdienen nicht mehr als andere akademische Berufe, aber wir tragen zusätzliche Risiken. Wir müssen in unsere Praxen investieren, wir müssen die Löhne unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zahlen. Und vor allem: Wir behandeln jeden Tag Menschen, die uns vertrauen und unsere Hilfe benötigen. Ist denn unsere Arbeit weniger wert als die eines Fluglotsen oder eines Verwaltungsfachmannes?

Aber lassen Sie uns noch mal in die Vergangenheit blicken: *Ärztliches Ziel* des „Kassenkampfes“ von vor hundert Jahren waren nicht einfach bessere Arbeitsbedingungen, auch nicht einfach nur Honorarerhöhungen, sondern Kollektivverträge mit den Kassen und die freie Arztwahl für die Versicherten. Übrigens: Schon damals bestand Konsens unter den Ärzten, Protestmaßnahmen und mögliche „Arbeitsniederlegung“, wie es in dem Offenen Brief von Hartmann noch hieß, nicht zulasten der Patienten zu führen.

Mit dem sogenannten Berliner Abkommen, das 2013 sein hundertjähriges Jubiläum feiert, wurden wesentliche Fortschritte erzielt, die bis heute maßgeblich sind für das Verhältnis von

Ärzten und Krankenkassen. Dazu gehört die – wenn damals auch noch eingeschränkte – freie Arztwahl, der verbriefte Anspruch der Ärzte auf eine in Form und Höhe angemessene Entschädigung sowie die Errichtung von Schiedsinstanzen. Das war die Geburtsstunde der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen, in der sich beide Seiten auf den Grundkonsens einigten, gemeinsam, aber mit jeweils eigenen Zuständigkeiten, für die Versorgung der Patienten geradezustehen. Zwar war die Sicherstellung in dem Abkommen noch nicht ausdrücklich erwähnt, implizit aber darin enthalten. Die Forderung nach einer organisatorischen Gleichstellung der Ärzte mit den Krankenkassen mündete schließlich in die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Wie lautete der historische Kompromiss von damals? Er lautete: Die ärztliche Selbstverwaltung, in Gestalt der Kassenärztlichen Vereinigungen, handelt gesamthaft die Verträge mit den Krankenkassen aus. Ziel war es, den einzelnen Arzt aus der direkten individuellen Abhängigkeit und damit von der Willkür der Kassen zu befreien. Denn die Ärzte, die am Gängelband der Kassen hingen, waren nicht mehr in der Lage, ihre Praxen wirtschaftlich zu führen.

Die Folge waren ernsthafte Probleme, die Bevölkerung noch medizinisch zu versorgen. Im Gegenzug für den Kollektivvertrag hatten die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen die Versorgung der Versicherten zu gewähren, sprich diese sicherzustellen. Dafür verzichteten die Ärzte fortan auf das Streikrecht – allerdings mit der Garantie auf eine angemessene Kompensation!

Wo stehen wir heute? Obwohl die strukturellen Voraussetzungen heute ganz andere sind, fühle ich mich stark an die Situation um 1900 fortfolgende erinnert. Die Krankenkassen, d. h. insbesondere ihr Spitzenverband auf Bundesebene, meinen, die Bedingungen diktieren zu können; sie meinen, wir verdienen genug. Und die Ärzte wissen sich nicht mehr anders zu helfen, als Proteste zu organisieren und mit Arbeitsniederlegung zu drohen.

Das, wofür die Ärzte damals gekämpft haben und was sie mit Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen bekommen haben, ist unter den heutigen Bedingungen ein vergiftetes Geschenk. Denn der Sicherstellungsauftrag, den viele Ärztevertreter – auch wir und ganz besonders ich – lange wie eine Monstranz vor sich hergetragen haben, ist nicht mehr der Sicherstellungsauftrag, den wir damals übernommen haben! Wo bleibt der verbriefte Anspruch auf eine in Form und Höhe angemessene Entschädigung, wie im Berliner Abkommen vor hundert Jahren vereinbart?

Die Erosion des Sicherstellungsauftrages verlief über lange Zeit, sagen wir: 20 Jahre, und dadurch in kleinen, teils fast unmerklichen Schritten. Alle, jedenfalls fast alle politischen Parteien, waren abschnittsweise an der Demontage beteiligt, teils mit ideologischen und langfristigen Motiven, teils den Einflüsterungen momentaner Nöte aufsitzend. Und nicht selten haben wir Ärzte – und später auch Psychotherapeuten – dazu noch die Hand gereicht. Immer in dem dummen und naiven Glauben an das prinzipielle Fortbestehen des Konsenses.

Darum, und nur darum, konnte es überhaupt so lange funktionieren, das System aufrecht zu erhalten.

Aber damit ist jetzt Schluss!

Dass Kassenfunktionäre überhaupt noch von „Honorar“, also im Wortsinne Ehrensold, sprechen, kann eigentlich nur daran liegen, dass sie vielleicht kein Latein verstehen. Denn mit „Ehre“ und Wertschätzung unserer Arbeit hat das, was uns tagtäglich entgegenkommt, nichts

mehr zu tun. Stattdessen: Bürokratie und Überwachung. Aus Ärzten und Psychotherapeuten sind „Leistungserbringer“ geworden. Es ist keine umfassende Leistung mehr, die wir nach Auffassung der Krankenkassen „erbringen“, sondern es sind allenfalls gestückelte und damit in ihrer Wertigkeit minimierte „Leistungen“ im Plural.

Auch hier müssen wir ehrlich und realistisch bleiben: Ohne die einzelne ärztliche Leistung zu erfassen, ist ein gerechtes Honorar in der Massengesellschaft nicht darstellbar, in keiner Rechtsform. Aber das hier nur am Rande. Viel wichtiger ist mir an dieser Stelle die Einstellung, die sich dahinter versteckt. Und die ist krank. Es wirkt in gewisser Weise antiquiert, wenn in der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsordnung immer vom „freien“ Beruf die Rede ist, für alle Mitglieder der Berufsgruppe, unabhängig vom ökonomischen Status. Trotzdem beinhaltet diese Regelung ein klares und wichtiges Signal.

Denn zweifelsfrei muss der in eigener Praxis niedergelassene Arzt als Freiberufler auf Dinge achten, um die Angestellte sich nicht zu kümmern brauchen. Doch klar ist auch, dass der Freiberufler ebenso weisungsfrei arbeiten können muss wie ein angestellter Arzt. Ist es nicht paradox bis pervers, dass wir diesen Vergleich heute, im Zeitalter der Kassendiktatur, in diese Richtung lesen und nicht, wie früher, in der Gegenrichtung?

Lange galt der Niedergelassene quasi als Goldstandard für Freiberuflichkeit im umfassenden Sinn. Diese Ära ist demnächst sicher und unwiederbringlich vorbei. Das einzige, was uns die Kassenfunktionäre am freiberuflichen Status im ökonomischen Sinne gern lassen möchten, ist die Freiheit zu Überstunden, Urlaubsverzicht, lückenhafter Altersversorgung, Familienmitarbeit ohne Entgelt und persönlicher Vermögenshaftung. Und das sagen sie uns in vertraulichen Sitzungen so auch noch frank und frei ins Gesicht – nein danke!

Seit Jahren gehört es zum guten Ton, ökonomischen Prinzipien im Gesundheitswesen zum Durchbruch verhelfen zu wollen. Teils auch mit Erfolg, und keiner von uns will Bilder stürmen oder das Kind mit dem Bade ausschütten. Aber: Das hier zum Tragen kommende „ökonomische“ Denken ist in seinem innersten Kern asymmetrisch und daher faul. Es geht davon aus, dass Kassen und Gesellschaft dem Arzt gegenüber hemmungslos jede ökonomisch motivierte bzw. auf ökonomischen Prinzipien basierende Regulierung anwenden dürfen und sollen. Nur bitte nicht umgekehrt!

Der Arzt oder Psychotherapeut ist ja ein Heilberufler. Er ist immer seinem Ethos verpflichtet, egal, wie gemein die anderen zu ihm sind. Er darf sich nicht verweigern. Er darf die Behandlung nicht einstellen, nur, weil das Geld verbraucht ist und die Kassen sich verweigern. Er darf keine privaten Leistungen anbieten. Ja, er darf nicht einmal den Satz sagen: „Für dieses Geld arbeite ich nicht“ – ein ganz normaler ökonomischer Satz. Er muss sich verstecken hinter dem Satz: „Für dieses Geld kann ich sie nicht behandeln.“ Wer Ökonomie will, muss sie auch ganz wollen.

Der Sicherstellungsauftrag fungiert hier als Vehikel, um die eine Seite der Ökonomie auszuschalten, damit die Kehrseite ungebremst gegen uns wirken kann. Das ist nicht Ökonomie, das ist kein liberaler Staat, sondern das ist Planwirtschaft unter einer ökonomischen Tarnkappe.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
es gibt das Sprichwort „Die Freiheit eines Sklaven bemisst sich an der Länge seiner Kette“. Unsere Kette ist im Lauf der Jahre immer kürzer geworden. Immer mehr Glieder wurden

herausgetrennt. Wir können also gar nicht mehr sicherstellen, tun im vorauseilenden Gehorsam aber immer noch so, als sei dies möglich!

Und an dieser Stelle frage ich Sie, ob wir nicht selbst, wir als ärztliche Selbstverwaltung, zu lange einen entscheidenden Fehler gemacht haben: Wir haben immer nur über die Länge unserer Kette geredet. Wie ein Hund, der ein großes Areal bewachen soll, dessen Kette aber immer weiter verkürzt wird, sind wir ständig auf und ab gelaufen und haben uns den Kopf darüber zerbrochen, wie wir unseren Radius erweitern können, um unserem ursprünglichen Auftrag noch gerecht zu werden. Darüber, wie wir unsere Kette quasi dehnbar machen können, wo sie nicht dehnbar ist.

Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, und davon sind wir als Vorstand der KBV mittlerweile überzeugt, ist der falsche Ansatz! Es geht nicht mehr darum, unsere sogenannten „Vertragspartner“ und die Politik darum zu bitten und zu betteln, die Kette vielleicht doch wieder ein kleines bisschen länger zu machen, damit wir uns bewegen können. Es geht darum, dass wir überhaupt keine Sklaven und kein Kettenhund mehr sein wollen!

Es ist keine Freiheit, wenn ich im Gefängnishof spazieren gehen kann! Denn, so bitter das ist, nichts anderes ist aus dem Sicherstellungsauftrag geworden: Die Freiheit im Gefängnishof! Er ist von einer Schutzmauer für die Ärzte und für die Versicherten und Patienten in diesem Land zu einer Gefängnismauer für die Ärzte geworden.

Die Mitglieder des frühen Hartmannbundes hatten noch die Möglichkeit, Verträge mit den Kassen zu kündigen und dadurch einen vertragslosen Zustand herbeizuführen. Diese Möglichkeit haben wir heute nicht. Die Krankenkassen wiederum, die eigentlich gleichberechtigt mit uns, eben als gemeinsame Selbstverwaltung, für die Versorgung der Versicherten geradestehen müssten, haben sich einfach eine neue Rolle angeeignet.

Sie sitzen, um im Bild zu bleiben, in Gestalt des GKV-Spitzenverbandes auf der Gefängnismauer, beobachten, wie wir uns abstrampeln und grinsen sich einen – und zwar wortwörtlich, wie in jeder Verhandlung zu beobachten. Hier ist etwas ganz gehörig faul im Staate Deutschland, liebe Kolleginnen und Kollegen! Und es ist nicht nur unser Wille, sondern unsere verdammte Pflicht als Ärzteschaft, dies endlich offen auszusprechen!

Und deshalb ist jeder Kompromiss, den wir auf der Basis des vorhandenen Ungleichgewichts mit dem Spitzenverband der Krankenkassen schließen könnten, auch im aktuellen Honorarstreit, ein fauler Kompromiss. Denn er ändert nichts an der Schiefelage des Gesamtsystems. Wir können eine Revolte innerhalb des Gefängnisses anzetteln, aber die wird das eigentliche Problem nicht lösen, solange wir die Mauern nicht durchbrechen.

Wir als Ärzteschaft halten einseitig an einem Vertrag fest, den die Gegenseite längst aufgegeben hat. Juristen sprechen in diesem Fall von einem Wegfall der Geschäftsgrundlage. Oder, um mit einem berühmten Philosophen zu sprechen: Es gibt kein richtiges Leben im falschen.

Die Lage als solche ist nicht neu. Neu ist, dass sich diese Erkenntnis immer mehr durchsetzt. Die Diskussion um den Sicherstellungsauftrag hat sich in der Ärzteschaft gedreht. Lange Zeit waren wir damit erpressbar. Wir haben uns – und damit meine ich ausdrücklich auch uns als Vorstände der KVen und der KBV – ein Denkverbot auferlegt. Es lautete: Wir können die Verantwortung für die Versorgung der Versicherten in Deutschland nicht zur Disposition stellen. Aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, das tun wir auch nicht! Im Gegenteil. Wie ich

schon am 1. September sagte: Gerade weil wir diese Verantwortung ernst nehmen, müssen wir jetzt klar und deutlich sagen: Das Ende der Fahnenstange ist erreicht, unter diesen Bedingungen können wir die Versorgung nicht mehr sicherstellen.

Inzwischen haben wir die Lektion gelernt: In Zeiten der zunehmenden Deregulierung, der Ökonomisierung und der immer hemmungsloser ausgelebten Egoismen ist es offenbar naiv, an irgendeinen stabilen gesellschaftlichen Konsens zu glauben. Es ist nicht mehr zu verantworten, junge Kolleginnen und Kollegen unter Vortäuschung eines gesellschaftlichen Konsenses weiterhin in dieses System hinein zu locken – und damit zu einer Entscheidung fürs Leben zu überreden – wenn wir wissen, dass dieser Konsens nicht mehr trägt.

Wir sprechen dies weder leichtfertig aus noch gern. Denn wir sehen, was der Sicherstellungsauftrag geleistet hat, solange er noch intakt war: Wir haben eine ambulante Versorgung aufgebaut, die beispiellos, ja beispielgebend gewesen ist, mit einer nahezu lückenlosen haus- und fachärztlichen Versorgung für alle sozialen Schichten in allen Regionen. So etwas setzt voraus, dass die Akteure sich auf eine stabile Grundlage verlassen können. Lange konnten wir Ärzte das, aber heute können wir es nicht mehr. Der vielleicht erste Schock war die unsinnige, ja blödsinnige Diskussion über die angebliche Nutzlosigkeit der sogenannten „zweiten Facharztschiene“.

Ja, ist es denn ein Wunder, wenn junge Kolleginnen und Kollegen die Konsequenz daraus ziehen? Mit welchen Lügen oder Beschönigungen sollen wir jemanden denn dazu überreden, einen vakanten Sitz etwa im Fach Gynäkologie zu übernehmen? Um sich ab dieser Stunde wahlweise als Faulpelz, IGeL-Abzocker oder als schlicht überflüssig diskreditieren zu lassen?

Der Bürgermeister vor Ort weiß, dass die vakante Praxis alles andere als überflüssig ist, die Patienten wissen es auch. Aber wer bestimmt denn das Klima? Die Bürgermeister? Die Patienten? Die engagierten Mitarbeiter der örtlichen Krankenkassen, von denen es gottlob immer noch welche gibt? Leider Fehlanzeige. Tonangebend sind mehr und mehr die versorgungsfernen Gremienzyniker, mit denen wir es im Alltag zu tun haben, unterstützt von versorgungs- und fachfremden Schlaumeiern der Ökonomie, vereint mit Klientelpolitikern der deutschen Neidfraktion, die im Übrigen nicht parteipolitisch gebunden ist. Sie alle gemeinsam sägen am sozialen Zusammenhalt unserer Gesellschaft, paradoxerweise unter Vortäuschung des Gegenteils.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
erlauben Sie mir an dieser Stelle eine Klarstellung, um Missverständnisse zu vermeiden. Der „normale“ Vertragsarzt geht natürlich nicht jeden Morgen voll Sendungsbewusstsein in seine Praxis und denkt mit ehrfurchtsvollem Herzen an den Sicherstellungsauftrag, den er im Dienste der Gesellschaft und in deren festem Vertrauen auf ihn erfüllen wird. Es ist viel profaner: Der normale Vertragsarzt will gut arbeiten, gut verdienen und seine Praxis sichern.

Das ganze fokussiert sich für ihn oft auf die Formel: Sicherstellungsauftrag gleich sichere Abschlagszahlung jeden Monat. Hinzu kommt die Einsicht, dass großflächige und lang dauernde Ärztestreiks seinerzeit per Konsens aller Beteiligten ausgeschlossen wurden. Und in Krisenzeiten wie momentan gilt auch bei Ärzten die Devise „lieber den Spatz in der Hand als die Taube auf dem Dach“. Dies ist ganz normal so, da unterscheidet sich die Basis der KVen nicht von jener der Kirchen, der Gewerkschaften oder der Bundeswehr: Die Formeln für den Alltag sind immer etwas einfacher als das Konstrukt insgesamt.

Es ist die Verantwortung der jeweiligen politischen Führungen, es ist unsere Verantwortung, hinter den Formeln das große Ganze im Blick zu behalten. Wir in den KVen haben das viele Jahre lang getan. Wir allein.

Lassen Sie mich kurz den Versuch unternehmen, eine allgemeinverständliche Definition des Sicherstellungsauftrages zu geben. Es ist keine ausschließlich juristische Definition, sondern eine aus dem Wesen dieses Auftrages heraus:

Der Sicherstellungsauftrag bedeutet die Übernahme der Verantwortung dafür, dass jeder gesetzlich Versicherte die ärztlichen Leistungen, auf die er einen Anspruch hat, zu jedem Zeitpunkt an jedem Ort erhält, sei es in der Sprechstunde, im ärztlichen Bereitschaftsdienst oder beim Hausbesuch. Bei freier Arztwahl hat jeder Versicherte die Garantie, auf einen nach strengen Regeln zugelassenen Vertragsarzt oder -psychotherapeuten zu treffen, welcher sich regelmäßig fortbildet und an vielfältige Qualitätsnormen hält. Er darf keinen Patienten abweisen und muss alle notwendigen Leistungen erbringen, und zwar im Sachleistungsprinzip.

Dafür unterwirft sich der Arzt oder Psychotherapeut der Bedarfsplanung und den strengen Regeln des Vertragsarztrechts. Im Gegenzug sollte er die diagnostische und therapeutische Freiheit haben, das Beste für seine Patienten zu tun und eine angemessene Vergütung erhalten.

Aber um diesen Sicherstellungsauftrag, wie er ursprünglich gedacht war, geht es heute gar nicht mehr! Denn der Systemwechsel hat auf kaltem Weg längst stattgefunden. Und deshalb sollten wir auch aufhören, für den Erhalt dieses Wracks zu kämpfen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
es ist an der Zeit, dass wir sagen: Wir spielen dieses Spiel nicht mehr mit. Wir drehen jetzt den Spieß um. Wir machen uns auf den Weg, der „Gesellschaft“ – oder eigentlich denen, die in deren Namen und auf deren Kosten ihre eigenen Spiele treiben –, diesen Sicherstellungsauftrag vor die Füße zu legen. Oder vielmehr das, was davon übrig ist. Denn es ist nicht mehr der Sicherstellungsauftrag, wie er vor einem Menschenalter in einem historischen Konsens vereinbart wurde und jahrzehntelang funktioniert hat. Es sind die Trümmer desselben, seine Karikatur, um nicht zu sagen: seine Fratze.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
Sie kennen mich und wissen, dass ich nicht zu Pathos und übertriebener Geste neige. Aber Frau Feldmann und ich sind uns einig: Wir glauben, dass wir hier und jetzt an einem Scheideweg stehen. Und die Entscheidung, welche Richtung wir einschlagen, ist so wichtig, dass Sie und wir sie nicht alleine treffen können. Deshalb werden wir Ihnen gleich einen Antrag vorlegen, mit der Bitte, diesen zu diskutieren und darüber zu beschließen. Er sieht vor, die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen kurzfristig direkt zu befragen, ob und wenn ja, unter welchen Bedingungen der Sicherstellungsauftrag noch akzeptabel ist.

Denn was wir derzeit im Bewertungsausschuss und im Erweiterten Bewertungsausschuss verhandeln, ist höchstens noch ein Rettungsschirm für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung. Es geht längst um weit mehr. Und deshalb werden wir, egal wie ein möglicher Kompromiss Anfang Oktober aussieht, Forderungen stellen, die eine *Conditio sine qua non* sind, wenn die Politik will, dass wir den Sicherstellungsauftrag weiter wahrnehmen.

Diese Forderungen sind:

1. Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit.
2. Feste und wirklich kostendeckende Preise für alle erbrachten ärztlichen Leistungen, so wie sie in einem zugegebenermaßen noch zu überarbeitenden EBM stehen.
3. Weg mit komplizierten und versorgungsfremden Steuerungselementen: Wir fordern, dass entweder alle Leistungen bezahlt werden, oder dass feste Mengen mit den Krankenkassen vereinbart werden. Kein Arzt und kein Psychotherapeut soll diagnostische oder therapeutische Maßnahmen durchführen müssen, die er nicht vollständig bezahlt bekommt.
4. Die Überprüfung der Qualität unserer Arbeit muss wieder in die Hände der ärztlichen Selbstverwaltung.
5. Weg mit allen Regressen bei veranlassten Leistungen.
6. Kollektiv- und ergänzende Verträge nach den § 73b und c SGB V müssen sich auf alle ambulanten Leistungen erstrecken; die institutionelle Öffnung der Krankenhäuser, die sich immer weiter verbreitert, muss zugunsten persönlicher Ermächtigungen von Krankenhausärzten ersetzt werden. Und es bedarf einer klaren Wettbewerbsordnung zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen.
7. Kassenspezifische Gesamtverträge müssen wieder möglich sein.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
lassen Sie mich diese sieben Forderungen näher erläutern:

1. **Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit**
Zu dem 1913 im Berliner Abkommen festgelegten historischen Pakt gehörte zweifelsfrei die Möglichkeit, innerhalb der in den Verträgen gesetzten Grenzen das Beste für die Patienten zu tun. Die gesetzlichen Krankenkassen hatten im Gegensatz zu heute keinen unmittelbaren Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Dieser Zustand muss wieder hergestellt werden, und zwar zum Schutz unserer Patienten!
2. **Feste und kostendeckende Preise**
Grundlage der Abrechnung unserer ärztlichen Tätigkeit ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab. Das kann und soll sich nicht ändern. Er wurde aber in den letzten Jahren immer stärker durch Honorarverteilungsregelungen degeneriert, so dass der einzelne Vertragsarzt oder -psychotherapeut heute am Ende eines langen Arbeitstages nicht mehr weiß, was er für seine Arbeit erhält. Wir brauchen Einzelleistungen neben pauschalierten Vergütungsformen, die das jeweils arztgruppentypische Leistungsspektrum abbilden. Und für diese Leistungen muss es feste und kostendeckende Preise geben, die jährlich an Kostensteigerungen angepasst werden.
3. **Abschaffung von versorgungsfremden Mengensteuerungen**
Versorgungsfremde Mengensteuerungen haben dazu geführt, dass es eben keine festen Preise gibt. Der Vertragsarzt oder -psychotherapeut muss heute das nahezu unendliche Leistungsversprechen der GKV erfüllen und dabei floatende Preise akzeptieren. Damit muss jetzt in den nächsten Jahren Stück für Stück Schluss gemacht werden! Wir fordern vom Gesetzgeber, der Politik und den Krankenkassen, dass alle Leistungen zum vollen Preis bezahlt werden, denn dies entspricht der Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die gesetzlichen Krankenkassen, so wie es auch in den Selektivverträgen praktiziert wird. Wenn dies nicht möglich ist, dann sollen feste Mengen zu festen Preisen mit den Krankenkassen zu vereinbaren sein. Damit

erreichen wir ein stabiles Preis-Mengen-Aggregat, das dem ursprünglichen Sicherstellungsauftrag entspricht.

4. **Wiederherstellung der ärztlichen Autonomie in Fragen der ärztlichen Qualifikation**

Berufs-, Berufsausübungs- und Weiterbildungsrecht definieren unsere ärztliche Qualifikation. Andere Instrumente, wie sie in enormem Ausmaß durch das Vertragsarztrecht in den vergangenen Jahren implementiert wurden, widersprechen dem Prinzip des freien Berufes und dem Selbstverständnis der Ärzteschaft. Sie sind zudem verantwortlich für ein gehöriges Ausmaß an unnötigen bürokratischen Maßnahmen.

5. **Abschaffung der Regresse bei veranlassten Leistungen**

Die Androhung von Regressen belastet die ärztliche Tätigkeit enorm. Sie ist heute vor dem Hintergrund anderer Steuerungsmaßnahmen bei veranlassten Leistungen nicht mehr notwendig.

6. **Das Wesen des Kollektivvertrages**

Die wachsende institutionelle Öffnung der Krankenhäuser hat in den letzten Jahren den Kollektivvertrag zunehmend erodiert. Es muss unser Anspruch bleiben, dass ambulante Leistungen von zugelassenen Vertragsärzten und -psychotherapeuten erbracht werden, im Ausnahmefall von persönlich ermächtigten Krankenhausärzten. Diese Forderung gilt sowohl für Kollektiv- als auch für Selektivverträge, deren Nebeneinander wir so lange akzeptieren müssen, wie alle anderen Forderungen nicht erfüllt sind. Wir brauchen an dieser Stelle die Geschlossenheit der Ärzteschaft. Allerdings bedarf es dringend einer Wettbewerbsordnung zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag, die auf gleicher Augenhöhe erarbeitet werden muss.

7. **Kassenspezifische Gesamtverträge**

Wer Wettbewerb um eine gute Versorgung will, muss sich dieser Forderung öffnen. Kassenspezifische Gesamtverträge sind unverzichtbar, wenn man den Kollektivvertrag modernisieren will.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das sind für mich die unverrückbaren Bedingungen, zu denen es sich lohnt, den Sicherstellungsauftrag weiterhin zu übernehmen und auf den vertragslosen Zustand und das Streikrecht zu verzichten. Sie können mich jetzt einen Traumtänzer nennen, aber das bin ich nicht. Diese Ziele sind für mich innerhalb von fünf Jahren erreichbar, wenn die gesamte Ärzteschaft dahinter steht, d. h. Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten, Selektiv- wie Kollektivvertragsbefürworter, freie Verbände und Berufsverbände, aber auch die Ärztekammern auf Bundes- und Landesebene, ebenso wie die Kammern der psychologischen Psychotherapeuten. Jahr für Jahr müssen wir unsere Forderungen gegenüber den Krankenkassen stellen und anhand von klaren Meilensteinen überprüfen, ob es sich noch lohnt, am Sicherstellungsauftrag festzuhalten.

Ein erster Meilenstein, der unmittelbar vor uns liegt, ist die Übernahme des gesamten Mengenrisikos für alle – ich betone alle – psychotherapeutischen Leistungen. Das muss jetzt erreicht werden, wenn die Krankenkassen auch nur irgendein Interesse an einer guten Versorgung ihrer Versicherten haben. Der zweite Meilenstein ist die extrabudgetäre Vergütung aller haus- und fachärztlichen Grundleistungen der Grundversorger zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung.

Auch das ist für mich in zwei Jahren zu leisten. Am Ende, und dies ist der dritte Meilenstein, muss der Wegfall aller unsinnigen Mengenbegrenzungen stehen. Dies wird nicht vor Ablauf

von fünf Jahren möglich sein, wir brauchen also etwas Geduld. Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind die Maßnahmen, die die Mengensteuerung ersetzen.

Begleitend hierzu muss es eine EBM-Reform geben, die uns feste und kostendeckende Leistungen garantiert. Auch das ist bis zum Jahr 2015 zu erreichen. In diesem Zeitraum muss auch erkennbar sein, dass es keine Regresse mehr gibt und dass die Überprüfung der ärztlichen Qualität ausschließlich in den Händen der Selbstverwaltung liegt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
nur wenn wir uns solche Meilensteine setzen, können wir auch überprüfen, ob es sich noch lohnt, am Sicherstellungsauftrag festzuhalten. Immer dann, wenn wir einen solchen Meilenstein verfehlen, sollten wir die Vertragsärzte und -psychotherapeuten befragen, ob sie weiterhin am Sicherstellungsauftrag festhalten wollen. Wir brauchen dafür einen langen Atem!

Tatsache ist aber auch: Wir können den Sicherstellungsauftrag nicht einfach „zurückgeben“, wie immer wieder mal zu lesen oder zu hören ist. Dazu bedarf es einer Gesetzesänderung. Die Politik dürfte allerdings genau davor zurückschrecken. Dennoch muss sie sich dieser Problematik stellen. Das Bundesverfassungsgericht hat seinerzeit entschieden, dass der Schutz des Einzelnen im Krankheitsfall eine Grundaufgabe des Staates ist.

Ihr sei der Gesetzgeber nachgekommen, indem er durch Einführung der GKV als öffentlich-rechtlicher Pflichtversicherung für den Krankenschutz eines Großteils der Bevölkerung Sorge getragen und die Art und Weise des Schutzes geregelt hat. Die bestimmenden Merkmale dieses Systems werden grundlegend berührt, wenn im Rahmen des bestehenden Leistungsrechts – auch auf der Grundlage der Maßstäbe von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – ca. ein Drittel der medizinisch notwendigen Leistungen von den Krankenkassen nicht mehr bezahlt werden.

Denn damit werden das solidarische Gefüge und der notwendige Ausgleich zwischen dem Interesse der Krankenkassen an der Finanzierbarkeit des Systems und dem Interesse der Ärzteschaft an einer angemessenen Vergütung ins Wanken gebracht. Daraus folgt: Die Systemgefährdung durch das Vorenthalten einer angemessenen Vergütung gegenüber der Ärzteschaft ist auch für die verfassungsrechtliche Einschätzung der Funktion des Systems relevant.

Damit ist die Politik aufgerufen, tätig zu werden. Sie müsste die entscheidende Frage beantworten: Wer will den Sicherstellungsauftrag unter diesen Umständen denn haben? Ich jedenfalls sehe niemanden, der „hier“ schreit. Die Kassen, das heißt vor allem ihr Spitzenverband, sind mittlerweile so weit weg von den realen Bedürfnissen ihrer Versicherten, dass sie nur noch die Kosten im Blick haben, aber nicht mehr die Versorgung als solche. Sie wären heillos überfordert. Vielleicht sollten wir aber auch ein Gutachten in Auftrag geben, das die Frage der Rückgabe des Sicherstellungsauftrages nach verfassungsrechtlichen Aspekten beleuchtet.

Was aber, wenn sich jetzt der erste Meilenstein, die Herausnahme der psychotherapeutischen Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, nicht erfüllen lässt? Was, wenn die Krankenkassen weiterhin nicht eine Vertragspartnerschaft auf gleicher Augenhöhe akzeptieren? Was, wenn die Krankenkassen nicht bereit sind, einen jährlichen Inflationsausgleich zu garantieren? Dann, liebe Kolleginnen und Kollegen, müssen wir einen „Notstands-HVM“ bundesweit etablieren!

Ein solcher Honorarverteilungsmaßstab sollte Arztgruppentöpfe haben und Zeitvolumen, die vorsehen, dass eine Vergütung über das von der GKV bezahlte Zeitvolumen hinausgehender Leistungen nicht erfolgt. Dieser HVM muss unter dem Motto „begrenzte Leistungen für begrenztes Geld“ schnellstmöglich etabliert werden, wenn der GKV-Spitzenverband nicht einlenkt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

lassen Sie mich zum Schluss nochmals auf die Vergangenheit zurückgreifen: In den Jahren zwischen 1903 und 1911 versuchte der Hartmannbund reichsweit die Forderungen der Ärzteschaft durchzusetzen. Forderungen, die denen, die wir heute formuliert haben, sehr nahe sind. Ein Mittel waren die sogenannten „Cavete-Tafeln“, auf denen diejenigen Krankenkassen aufgelistet waren, die den Ärzten besonders schlechte Bedingungen boten, um die Ärzte vor Vertragsabschlüssen mit diesen Kassen zu warnen.

Das können wir heute nicht mehr, denn der Sicherstellungsauftrag verbietet uns das. Aber wir können etwas anderes tun: Wir können die Erfahrungen, die Ärzte täglich mit den Krankenkassen in Bezug auf deren Versorgungsverantwortung erleben, sammeln und veröffentlichen. Der Krankenkassen-Navigator tut genau das, und diesen möchte ich Ihnen jetzt vorstellen.

Der Krankenkassen-Navigator bietet allen Niedergelassenen die Möglichkeit, das Verhalten der Krankenkassen im täglichen Praxisalltag, etwa bezogen auf Bürokratie, Therapiefreiheit und Regresse, im Internet zu bewerten. Der Krankenkassen-Navigator wird öffentlich sein. Die Adresse lautet <http://krankenkassen-navigator.kbv.de>. Um Ihnen einen Eindruck vermitteln zu können, wie das Ganze aussieht, haben wir die Bewertungen, die Sie jetzt sehen, vorab simuliert. Die Namen der jeweiligen Krankenkassen sind deshalb unkenntlich gemacht, da man uns sonst unwahre Tatsachenbehauptungen unterstellen könnte.

Wie ist nun die Plattform aufgebaut? Unter dem Menüpunkt „Ergebnisse ansehen“ erhalten Sie einen Überblick, welche Krankenkasse welche Gesamtnote bei wie vielen abgegebenen Einzelbewertungen für sich verbuchen kann. Die Liste ist alphabetisch sortiert und wird ständig automatisch aktualisiert. Sie können sich die Ergebnisliste auch sortiert nach der Gesamtnote für die Kasse oder der Anzahl der Bewertungen anzeigen lassen. Die zehn best- und die zehn schlechtestbewerteten Krankenkassen können Sie im Krankenkassen-Ranking sehen. Durch einen Klick auf den jeweiligen Namen gelangen Sie zu den Detailangaben für die jeweilige Kasse. Sie können auch gezielt nach einer bestimmten Krankenkasse suchen und sich deren Ergebnisse ansehen.

Die Ergebnisse des Krankenkassen-Navigators sind für alle Internetnutzer einsehbar. Die Abgabe von Bewertungen ist jedoch ausschließlich Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten vorbehalten. Um eine Bewertung abzugeben, ist deshalb eine einmalige Registrierung unter Angabe der lebenslangen Arztnummer nötig. Eine Freischaltung erfolgt erst, wenn zehn Bewertungen für eine Kasse vorliegen.

Die Bewertung selbst erfolgt durch Anklicken einer Stufenskala bzw. Vergabe von Schulnoten. Es gibt fünf Themenbereiche: Therapiefreiheit, Regresse, Bürokratie, Selektivverträge sowie Service und Information der Kasse. In Freitextfeldern können zusätzlich Kommentare abgegeben werden. Diese werden allerdings erst nach Prüfung freigeschaltet. In regelmäßigem Wechsel wollen wir außerdem eine aktuelle Frage zur Diskussion stellen und die ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Nutzer um ihre Meinung

bitten. Auch hier lassen sich die Ergebnisse in einer Übersicht darstellen und können kommentiert werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
mit dem Krankenkassen-Navigator haben wir endlich die Möglichkeit, auch mal das Verhalten der Krankenkassen transparent zu machen. Denn wenn die Versicherten Ärzte bewerten – was völlig in Ordnung ist, solange bestimmte Kriterien eingehalten werden –, dann sollen sie auch mal sehen, ob und wie eigentlich ihre Kasse dazu beiträgt, eine gute Versorgung zu unterstützen, oder eben nicht. Nutzen Sie dieses Instrument und machen Sie es bei Ihren Mitgliedern publik. Damit helfen sie uns und sich selbst auf einem langen Weg hin zu einer hoffentlich wieder selbstbestimmten Ärzteschaft.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
wenn ich mich eingangs auf den Gründungsvater bzw. Namensgeber des Hartmannbundes berufen habe, so mag das den einen oder anderen unter Ihnen verwundert haben. Immerhin haben jener und die Kassenärztliche Bundesvereinigung konträre Ansichten verfochten, als es seinerzeit darum ging, das Zusammenwirken der gemeinsamen Selbstverwaltung auszuhandeln.

Durch die Akzeptanz von Zwangsschlichtungen im Falle einer Nichteinigung der Verhandlungspartner wurde ein vertragsloser Zustand ein für allemal ausgeschlossen. Die Streikverfechter waren naturgemäß dagegen, weil sie meinten, dass die Ärzte damit ein wichtiges Mittel des Arbeitskampfes aus der Hand geben. Die Körperschaften haben diesen Deal akzeptiert, weil sie im Gegenzug dafür auch etwas bekommen haben. Heute ist die Situation jedoch eine andere.

Diesen ursprünglichen Sicherstellungsauftrag gibt es nicht mehr. Damit ist auch der Konsens von damals hinfällig. Und deshalb, liebe Kolleginnen und Kollegen, brauchen wir einen neuen Konsens. Entweder muss das Gleichgewicht wieder hergestellt werden oder wir bitten den Gesetzgeber, uns aus der Verantwortung für die Sicherstellung zu entlassen – mit allen Konsequenzen, die das für die Versicherten und für das soziale System in Deutschland hätte.

Dieser Vorstand der KBV würde sich eine andere Lösung wünschen. Denn wir sind von der ursprünglichen Idee des Sicherstellungsauftrages zutiefst überzeugt. Allerdings nicht um jeden Preis. Wir sind bereit, unseren Teil der Verantwortung zu übernehmen – aber nur, wenn es die andere Seite auch ist, und vor allem: Nur dann, wenn man uns auch die Freiheit lässt, Verantwortung zu übernehmen.

Vielen Dank.

(Es gilt das gesprochene Wort.)