

Gassen: „Dieses Gesetz zielt gegen die Vertragsärzteschaft!“

Raue Zeiten für Vertragsärzte. Im Interview mit der „Ärzte Zeitung“ bezieht KBV-Chef Dr. Andreas Gassen Stellung. Stichwort Honorar: ein schmerzhafter Kompromiss. Stichwort Medikationsplan: ein medizinisch unsinniges Konstrukt. Gassen stellt sich – und will im Amt bleiben.

Das Interview führten Wolfgang van den Bergh und Anno Fricke

Ärzte Zeitung: Herr Gassen, pro Patient und Quartal maximal ein Euro für den Medikationsplan. Viele Ärzte sind sauer – können Sie den Ärger nachvollziehen?

Dr. Andreas Gassen: Das ist eine Vergütung, die die Kollegen draußen zu Recht verärgert. Ich muss allerdings auch sagen, dass wir nicht glücklich über die gesetzliche Regelung sind. Man darf nicht erwarten, dass bei einer solchen Vergütung die Patientenversorgung oder sogar die Arzneimittelsicherheit in Zukunft besser wird. Der aktuelle Beschluss kann nur ein Einstieg sein, sich mit dem Thema Arzneimittelsicherheit perspektivisch auseinanderzusetzen, um dann Regelungen zu finden, die für den Patienten sinnvoll sind und zugleich den Kassen Geld spart, weil unsinnige Medikation verhindert wird.

Hausärzte, die Chroniker betreuen, sollen die vier Euro als Zuschlag erhalten – völlig unabhängig, ob sie nun einen Medikationsplan erstellen oder nicht. Das hat eher etwas mit Gießkanne als mit Arzneimittelsicherheit zu tun...

Bei den Hausärzten ist die Konstruktion ja so, dass die vier Euro für den Medikationsplan nur fließen, wenn sie weder Chroniker noch geriatrische Patienten versorgen und auch tatsächlich ein Plan erstellt wird. Für chronisch kranke Patienten erhalten Hausärzte einen Zuschlag von rund einem Euro auf jede Chronikerpauschale. Diesen Zuschlag erhalten sie in der Tat unabhängig davon, ob sie einen Medikationsplan erstellt haben oder nicht. Der Punkt ist doch, dass das, was wir von einem Medikationsplan erhofft haben, in dieser Konstruktion nicht geht.

Und das wäre?

Jetzt ist es so, dass die Pläne zwischen den Ärzten nicht abgestimmt und überprüft werden müssen. Das heißt, die Kollegen sind darauf angewiesen, was der Patient ihnen sagt. Er muss ihnen nicht alle Medikamente nennen, die er einnimmt. Hier erschließt sich mir die Sinnhaftigkeit des Plans sowieso nicht. Dieses Konstrukt ist schon im Gesetz falsch angelegt.

Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoller gewesen, dort Anreize zu schaffen, wo wir wissen, dass es einen hohen Medikationsbedarf gibt?

Richtig. Es wäre sinnvoll gewesen, den Medikationsplan auf gewisse Patientengruppen einzugrenzen. Wenn Sie davon ausgehen, dass etwa 20 bis 30 Millionen Patienten Anspruch auf einen Medikationsplan haben, kann mir keiner sagen, dass diese Patienten alle wirklich einen solchen Plan brauchen. Wir haben aber Patienten mit Polypharmazie oder chronischen Erkrankungen, wo Wechselwirkungen zu beachten sind. Da müssten Medikationspläne erstellt werden, die dann auch sehr aufwendig sind. Klar gibt es Fachgruppen, wo mehr Medikationspläne gemacht werden müssen – etwa bei Hausärzten, Schwerpunkt-Internisten oder neurologisch, psychiatrisch tätigen Ärzten. Ich bleibe dabei: So ist dieses Konstrukt medizinisch nicht sinnvoll.

Wenn Sie einen Strich unter das Gesamtergebnis der Honorarverhandlungen ziehen, welches Fazit ziehen Sie?

Positiv ist zunächst, dass wir überhaupt eine Einigung hinbekommen haben. Dass das Ergebnis weder uns noch die Kassen zufriedenstellt, ist das Wesen eines Kompromisses. Aus unserer Sicht ist die Steigerung des Orientierungspunktwerts unzulänglich. Ich darf an den Ausgangspunkt erinnern. Die Kassen sind mit einer Absenkungsforderung von über einem halben Prozent in die Verhandlungen gegangen. Wir haben aus unserer Sicht gut begründbare Forderungen erhoben. Am Ende mussten wir uns in einem Korridor von minus 0,6 bis plus 1,4 Prozent einigen. Das Ergebnis lag bei 0,9 Prozent. Sicherlich kein Grund zum Jubeln. Eine Milliarde Euro zusätzlich klingt zwar gut, dennoch wird ein großer Teil davon in mehr Leistungen fließen. Übrigens ist das unser Haupt-Dilemma. Wir haben einen immer weiter steigenden Leistungsbedarf abzuarbeiten und werden dafür nicht ausreichend vergütet.

Das müssen Sie uns erklären: Eigentlich ist die Berechnung des Orientierungspunktwerts im SGB V doch klar geregelt – warum kommt es trotzdem immer wieder zu diesen Verzögerungen?

Wenn es denn so einfach wäre... Das Problem ist, dass Sie die aktuellen Rahmendaten – etwa in einer Niedrigzinsphase nicht mit den Daten von vor zehn Jahren vergleichen können, als die Investitionen getätigt worden sind. So kommen Kassen und wir zwangsläufig zu anderen Ergebnissen. Wir rennen seit Jahren einer solchen Entwicklung hinterher, und mit solchen Abschlüssen ist das Defizit auch nicht zu schließen.

Themenwechsel: Seit einigen Tagen liegt der Entwurf für ein Selbstverwaltungsstärkungsgesetz auf dem Tisch. Wollen Sie trotzdem wieder KBV-Chef werden?

Noch ist das Gesetz nicht verabschiedet, dennoch lautet meine Antwort Ja. Das geplante Gesetz trifft alle Selbstverwaltungen unverhältnismäßig. Ich glaube, hier wird weit über das Ziel hinausgeschossen. Die Forderung, die finanziellen Sachverhalte in Körperschaften transparent darzustellen, ist völlig legitim. Ich bin aber der Meinung, dass sie viel transparenter sind, als manch einer denkt. Jetzt stellen wir fest, dass die Rechtsaufsicht offenbar deutlich in Richtung Fachaufsicht wandert. Und das finde ich bedenklich. Ebenso ist es merkwürdig, dass einem sozusagen die Auslegung von Gesetzestexten vorgegeben wird, wogegen auch keine Rechtsmittel eingelegt werden können. Das ist nicht mein Verständnis von Selbstverwaltung.

Wie zuversichtlich sind Sie, eine Zwei-Drittel-Mehrheit als Vorstandsvorsitzender zu bekommen – immerhin forderten nicht wenige Mitglieder der VV noch vor eineinhalb Jahren ihren Rücktritt?

Ja, das ist richtig. In dieser Zeit ist aber viel Wasser den Rhein hinuntergeflossen. Ein breiter Rückhalt in der Vertreterversammlung ist sinnvoll und erstrebenswert. Ich finde diese spezifische Regelung bemerkenswert, bin aber auch gespannt darauf, wie die Rechtsaufsicht reagieren wird, wenn bei 60 Delegierten mehrfach ein Quorum nur von 38 oder 39 erreicht wird. Was, wenn immer die Zwei-Drittel-Mehrheit verfehlt werden sollte? Übrigens hatte ich bei meiner Wahl damals 42 oder 43 Stimmen und hätte damit das Quorum geknackt. Das ist aber nicht der eigentliche Punkt. Ich würde mir wünschen, dass Vorstandswahlen mit einem breiten Konsens der Vertreterversammlungen stattfinden und sich idealerweise vom Gedanken leiten lassen, dass der Vorstand ein Kollegialorgan ist.

Wird es durch die Zwei-Drittel-Mehrheit zu einer Verschiebung der Gewichte der Versorgungsbereiche Hausarzt und Facharzt kommen?

Ich weiß es nicht – ich tue mich mit diesem Lagerdenken schwer. Ich halte das auch für wenig zielführend. Die Themen, die wir angehen müssen, sind nicht hausärztlich oder fachärztlich, sie sind versorgungsrelevant für alle Vertragsärzte, und die bekommen wir nur im Konsens geregelt. Das scheint auch die Mehrheit in der Vertreterversammlung so zu sehen, insbesondere bei strategischen Überlegungen. Beim Honorar wird es allerdings immer wieder unterschiedliche Auffassungen geben.

Und genau die bekommen sie nicht wegdiskutiert und sie dominieren dann die allgemeine Diskussion. . .

. . . Sie erreichen wenig, wenn sie irgendwelche Scharfmacher in die Runde schicken – das gilt für Hausärzte und für Fachärzte. Wenn Sie die Vergangenheit Revue passieren lassen, haben wir immer dann gute Honorarergebnisse erzielt, wenn wir uns im Vorfeld abgestimmt haben.

Bleiben wir noch einen Moment beim Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Haben Sie persönlich mit diesen scharfen Kontrollinstrumenten gerechnet. Wie stark beeinträchtigen sie die Eigenständigkeit der KBV?

Ich glaube schon, dass es ein weiterer Schritt zur Reduktion der Beinfreiheit der Selbstverwaltung ist. Perspektivisch verliert das ganze System seine Durchschlagskraft, die Interessen der Vertragsärzte durchzusetzen. Schließlich sind die Körperschaften im Unterschied zu Berufsverbänden die einzig wirklich juristisch legitimierten Vertretungen der Ärzte. Und damit zielt dieses Gesetz letztlich gegen die Vertragsärzteschaft. Machen wir uns nichts vor. Die Ärzteschaft wird in ihrem Verhandlungs- und Einflussnahmekorridor deutlich beeinträchtigt.

Ist das letztlich eine Lex Köhler?

Lex Köhler. Das ist griffig, aber es trifft es nicht ganz. Ich sehe, dass das Gesetz viele Dinge regelt, die mit der Person Köhler nicht zu erklären sind.

Ich bin unverändert der Meinung, dass wir einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen haben, der in der bestehenden Form umfängliche rechtsaufsichtliche Möglichkeiten lässt. Zum Beispiel die, die Selbstverwaltung auch auf ordnungsgemäße Haushaltsführung zu überprüfen. Wenn man hier im Detail an der einen oder anderen Stelle noch etwas schärfen oder akzentuieren würde, hätte ich nichts dagegen. Aber, ich meine, es ist an einigen Punkten die Grenze überschritten, wo es nicht mehr darum geht, Rechtsaufsicht praktikabler und verlässlicher zu gestalten, sondern Rechtsaufsicht in den Bereich der Fachaufsicht rutschen zu lassen. Und das hat mit maßvoller Ausübung der Aufsicht dann nicht mehr viel zu tun.

Was natürlich im Vorfeld passiert ist, dass Aufsichten immer wieder involviert wurden in Bereichen, wo sie gar nicht hätten eingebunden werden müssen. Es gibt den schönen Spruch. „Gehe nicht zu Deinem Fürsten, wenn Du nicht gerufen wirst!“.

Viele der Vorgaben des Gesetzes lassen sich doch als Reaktion auf die Amtszeit Köhlers verstehen...

Gefühlt mag das so sein, weil man sagt, es gehe dabei um finanzielle Unregelmäßigkeiten. Und das Gesetz diene dazu, die auszuschalten. Das ist aber zu kurz gegriffen. Wenn es nur darum ginge, finanzielle Unregelmäßigkeiten zu ahnden, würde keiner etwas dagegen haben. Ich sage Ihnen ganz offen: Ich schlafe als Vorstand doch viel ruhiger, wenn ich jedes Jahr vom BMG einen Haken hinter meinen Haushalt kriege. Was Besseres kann mir doch gar nicht passieren. Das ist eine vorgezogene Entlastung. Aber die Regelungen, die darüber hinausgehen, zielen ja nicht auf ordnungsgemäße Buchführung.

Der Gesetzgeber verabschiedet unter der Vielzahl von Gesetzen auch das eine oder andere, was in seiner Sinnhaftigkeit zu hinterfragen wäre. Nicht nur Herr Lauterbach hat beispielsweise das Gesetz für die Terminservicestellen als Flop bezeichnet. Hier muss man auf Seiten der Politik vielleicht einmal ein bisschen Selbstkritik üben. Ich finde, Politik lebt ja auch von der Auseinandersetzung um Themen. Wenn ich diese Auseinandersetzung im Vorfeld per Dekret unterbinde, wird das schwierig.

Das BMG hat über Jahre nicht so genau hingeguckt, was bei der KBV passiert. Aber das trifft auch auf die interne Kontrolle zu. Sie waren ja mal Vize der Vertreterversammlung. Müssen Sie sich diesen Schuh nicht auch anziehen?

Also, ich will jetzt nicht mit dem Finger aufs BMG zeigen und sagen, es gäbe kein Problem, wenn die genau hingeguckt hätten. Ich glaube, dass wir in dieser Legislatur relativ deutlich gemerkt haben, dass die Professionalisierung der Vorstandsarbeit erst heute so langsam in die Vertreterversammlung durchsickert. Für uns hat das die Konsequenz, dass wir uns intensiv über die Satzung unterhalten. Die Vertreterversammlung muss die Aufsichtsratsfunktion annehmen, die man ihr zudenkt. Das bedeutet ein anderes Selbstverständnis von Vertreterversammlung. Ein VV-Vorsitzender war in der Vergangenheit mehr so ein Sitzungsleiter, hat viermal im Jahr die VV geleitet. Das war unspektakulär. Und dann ist in dieser Wahlperiode ein ganz anderes Aufgabenspektrum an ihn herangetragen worden, wofür die Strukturen überhaupt nicht vorhanden waren. Diese Phase war im Erkenntnisgewinn zum Teil rustikal.

Kommt das Gesetz wie geplant, soll der Vorstand zur Kooperation verdonnert werden. Mit Frau Feldmann hat das offensichtlich nicht so gut geklappt, um das mal ganz höflich auszudrücken. Mit wem aus der hausärztlichen Fraktion könnten Sie sich eine Zusammenarbeit vorstellen?

Das könnte ich mir mit ganz vielen Kolleginnen und Kollegen vorstellen. Es ist aber nicht mein Beritt, den Hausärzten anzuempfehlen, wen sie als Vertreter der Hausärzte in den KBV-Vorstand entsenden sollen.

Machen wir es doch am KBV-Konzept 2020 fest. Sie haben gesagt, sie haben breite Unterstützung dafür. Wer von den Hausärzten sagt denn: Das ist toll, das trag' ich mit und das kann ich auch draußen in die Diskussion mit einbringen?

Wenn ich mir die Diskussion in unserer VV zum KBV-Konzept 2020 anschau, dann tue ich mich schwer, einen Kollegen zu finden, der das nicht mittragen würde. Also: Noch einmal. Ich habe in den strategischen Zielen eine extrem hohe Übereinstimmung festgestellt. Das macht mir Mut für die nächsten sechs Jahre.

Der Chef des Hausärzteverbands Ulrich Weigeldt sieht das Konzept ja kritisch...

...das muss er ja...

Er gibt dem Konzept Patientensteuerung über Wahltarife null Chancen. Wenn er jetzt sagt, das ist ein Weg, den dürfen wir als Hausärzte nicht mitgehen, dann wendet er sich doch auch an die hausärztlichen Vertreter in der KBV-VV...

Dass Herr Weigeldt gewisse Positionen auch relativ markig vertritt, ist logisch. Das ist Teil seiner Jobbeschreibung. Das muss man mal so deutlich sagen. Es ist auch so, dass der Hausärzteverband seinen Markenkern daraus zieht, die Hausärzte als Lotsen zu sehen. Motto: Steuern tun wir, und das machen wir in der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft so wieso viel besser als der Kollektivvertrag.

Das kann man aus Sicht des Hausärzteverbandes so vertreten. Was wir im KBV-Konzept 2020 machen, muss man aber differenzierter sehen. Das soll keine Kopie der 73b-Verträge werden. Insofern ist das, was wir anstreben, keine Attacke auf das Geschäftsmodell des Hausärzteverbands. Wir versuchen, im kollektivvertraglichen System Patientensteuerung hinzubekommen. Ob das mit Tarifen in der GKV umzusetzen geht, wird man sehen. Wir können das nicht alleine entscheiden. Dafür brauchen wir die Politik und die Krankenkassen.

Freie Arztwahl gegen Aufpreis. Welche politische Partei soll auf diesen Zug aufspringen?

Wir wollen eben keine Einschränkung der freien Arztwahl. Wir wollen nur, dass die Patienten auch tatsächlich mal einen Arzt wählen. Das ist der entscheidende Unterschied. Viele haben ja ihren Hausarzt, die haben mit den Füßen abgestimmt darüber, wer ihr koordinierender Arzt sein soll. Dieses System soll gelebt werden, dass ein Arzt Anlaufstelle wird und Befunde bündelt. Wenn der dann eine Überweisung zum Facharzt ausstellt, kann der Patient selbstverständlich den Facharzt frei wählen. Wir sind aber der Meinung, dass wir uns es auf Dauer nicht leisten können, dass Patienten durch das System irrlichtern. Deshalb ist eine Koordinierung sinnvoll.

Ist das immer der Hausarzt?

Das wird häufig der Hausarzt machen. Es wird aber auch Fälle geben, wo der Facharzt dies übernimmt. Sagen wir einmal, ein Patient hat eine rheumatologische Erkrankung und ist oft beim Rheumatologen. Dann wird der mit ihm abstimmen, wann welche Untersuchung ansteht. Oder nehmen Sie den Gynäkologen, der für die Hälfte der Bevölkerung häufig Ansprechpartner ist. Wir hoffen, dass wir so Doppelt- und Dreifachuntersuchungen und unnötige Polymedikation verhindern.

Und wenn sich ein Patient nicht in dieses Schema pressen lassen will?

Dann muss man die Frage stellen, ob dessen ungesteuerte Inanspruchnahme des Systems gegebenenfalls mit einem Aufgeld zu versehen ist. Von daher: Freie Arztwahl ist ein ganz wichtiger Aspekt, der Patient wählt frei seinen Hausarzt und dann frei seinen Facharzt. Er soll nur bitte wählen.

Stichwort unkoordinierte Inanspruchnahme, in diesem Fall im Krankenhaus. Der Hauptgeschäftsführer der Krankenhausgesellschaft hat klar geäußert, dass er die über die Notfallambulanzen gewonnenen Patientenanteile nicht wieder aufgeben will. Haben die Vertragsärzte die Power, die an die Notfallambulanzen verlorenen Patientenströme wieder zurückzuholen?

Unbedingt! Ich glaube sogar, dass wir die Kollegen in den Kliniken dabei hinter uns haben. Dass sich Georg Baum so klar positioniert hat, dafür bin ich ihm ja dankbar. Damit wird völlig klar, dass es nicht um eine Versorgungsnotwendigkeit geht, sondern um wirtschaftliche Pfründe. So zu argumentieren, ist aus seiner Position völlig in Ordnung. Es ist aber ehrlicher-weise nicht geeignet, in irgendeiner Form die Sachdiskussion voranzutreiben. Das Thema Notdienst ist wichtig. Ich bin völlig sicher, dass wir das hinbekommen. Ich bin aber genauso sicher, dass wir es nur in Kooperation mit unseren Kollegen in den Kliniken hinbekommen

Sie haben in der letzten VV angesprochen, dass man die Kollegen auch dazu bringen muss, diese Dienste wahrzunehmen. Sind diese personellen Ressourcen überhaupt zu heben?

Ja, das geht, wenn man sich auf ein notwendiges und sinnvolles Maß der Notfall- oder Bereitschaftsdienstversorgung einigt. Es ist nicht zu leisten, an jedem Krankenhaus 24 Stunden, sieben Tage die Woche Portalpraxen mit allen Fachgruppen besetzt zu haben und parallel noch Krankenhausambulanzen zu unterhalten. Dann würden Sie den ganzen Bestand der Ärzteschaft – Vertragsärzte und Klinikkollegen – nur noch für diese Bereiche einsetzen müssen. Das braucht kein Mensch. Wenn wir die Allokation der Ressourcen gemeinsam mit unseren Kollegen in den Krankenhäusern vornehmen, dann kriegen wir das sehr wohl gestemmt.

Das ist unser Haupt-Dilemma. Wir haben einen immer weiter steigenden Leistungsbedarf abuarbeiten und werden dafür nicht ausreichend vergütet.

Dr. Andreas Gassen

- **Aktuelle Position:** seit März 2014 Vorstandsvorsitzender der KBV, zuständig für die fachärztliche Versorgung - **Ausbildung:** Studium der Humanmedizin in Düsseldorf;

- **Werdegang:** seit 1996 niedergelassener Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie in Düsseldorf; 2006-2014: Mitglied der VV der KV Nordrhein 2009-2013: Vizepräsident des BVOU (Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie) 2009-2014: Landesvorsitzender Nordrhein im BVOU 2013-2014 Präsident des BVOU

Ärzte Zeitung: Herr Gassen, pro Patient und Quartal maximal ein Euro für den Medikationsplan. Viele Ärzte sind sauer – können Sie den Ärger nachvollziehen?

Dr. Andreas Gassen: Das ist eine Vergütung, die die Kollegen draußen zu Recht verärgert. Ich muss allerdings auch sagen, dass wir nicht glücklich über die gesetzliche Regelung sind. Man darf nicht erwarten, dass bei einer solchen Vergütung die Patientenversorgung oder sogar die Arzneimittelsicherheit in Zukunft besser wird. Der aktuelle Beschluss kann nur ein Einstieg sein, sich mit dem Thema Arzneimittelsicherheit perspektivisch auseinanderzusetzen, um dann Regelungen zu finden, die für den Patienten sinnvoll sind und zugleich den Kassen Geld spart, weil unsinnige Medikation verhindert wird.

Hausärzte, die Chroniker betreuen, sollen die vier Euro als Zuschlag erhalten – völlig unabhängig, ob sie nun einen Medikationsplan erstellen oder nicht. Das hat eher etwas mit Gießkanne als mit Arzneimittelsicherheit zu tun...

Bei den Hausärzten ist die Konstruktion ja so, dass die vier Euro für den Medikationsplan nur fließen, wenn sie weder Chroniker noch geriatrische Patienten versorgen und auch tatsächlich ein Plan erstellt wird. Für chronisch kranke Patienten erhalten Hausärzte einen Zuschlag von rund einem Euro auf jede Chronikerpauschale. Diesen Zuschlag erhalten sie in der Tat unabhängig davon, ob sie einen Medikationsplan erstellt haben oder nicht. Der Punkt ist doch, dass das, was wir von einem Medikationsplan erhofft haben, in dieser Konstruktion nicht geht.

Und das wäre?

Jetzt ist es so, dass die Pläne zwischen den Ärzten nicht abgestimmt und überprüft werden müssen. Das heißt, die Kollegen sind darauf angewiesen, was der Patient ihnen sagt. Er muss ihnen nicht alle Medikamente nennen, die er einnimmt. Hier erschließt sich mir die Sinnhaftigkeit des Plans sowieso nicht. Dieses Konstrukt ist schon im Gesetz falsch angelegt.

Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoller gewesen, dort Anreize zu schaffen, wo wir wissen, dass es einen hohen Medikationsbedarf gibt?

Richtig. Es wäre sinnvoll gewesen, den Medikationsplan auf gewisse Patientengruppen einzugrenzen. Wenn Sie davon ausgehen, dass etwa 20 bis 30 Millionen Patienten Anspruch auf einen Medikationsplan haben, kann mir keiner sagen, dass diese Patienten alle wirklich einen solchen Plan brauchen. Wir haben aber Patienten mit Polypharmazie oder chronischen Erkrankungen, wo Wechselwirkungen zu beachten sind. Da müssten Medikationspläne erstellt werden, die dann auch sehr aufwendig sind. Klar gibt es Fachgruppen, wo mehr Medikationspläne gemacht werden müssen – etwa bei Hausärzten, Schwerpunkt-Internisten oder neurologisch, psychiatrisch tätigen Ärzten. Ich bleibe dabei: So ist dieses Konstrukt medizinisch nicht sinnvoll.

Wenn Sie einen Strich unter das Gesamtergebnis der Honorarverhandlungen ziehen, welches Fazit ziehen Sie?

Positiv ist zunächst, dass wir überhaupt eine Einigung hinbekommen haben. Dass das Ergebnis weder uns noch die Kassen zufriedenstellt, ist das Wesen eines Kompromisses. Aus unserer Sicht ist die Steigerung des Orientierungspunktwerts unzulänglich. Ich darf an den Ausgangspunkt erinnern. Die Kassen sind mit einer Absenkungsforderung von über einem halben Prozent in die Verhandlungen gegangen. Wir haben aus unserer Sicht gut begründbare Forderungen erhoben. Am Ende mussten wir uns in einem Korridor von minus 0,6 bis plus 1,4 Prozent einigen. Das Ergebnis lag bei 0,9 Prozent. Sicherlich kein Grund zum Jubeln. Eine Milliarde Euro zusätzlich klingt zwar gut, dennoch wird ein großer Teil davon in mehr Leistungen fließen. Übrigens ist das unser Haupt-Dilemma. Wir haben einen immer weiter steigenden Leistungsbedarf abzarbeiten und werden dafür nicht ausreichend vergütet.

Das müssen Sie uns erklären: Eigentlich ist die Berechnung des Orientierungspunktwerts im SGB V doch klar geregelt – warum kommt es trotzdem immer wieder zu diesen Verzögerungen?

Wenn es denn so einfach wäre... Das Problem ist, dass Sie die aktuellen Rahmendaten – etwa in einer Niedrigzinsphase nicht mit den Daten von vor zehn Jahren vergleichen können, als die Investitionen getätigt worden sind. So kommen Kassen und wir zwangsläufig zu anderen Ergebnissen. Wir rennen seit Jahren einer solchen Entwicklung hinterher, und mit solchen Abschlüssen ist das Defizit auch nicht zu schließen.

Themenwechsel: Seit einigen Tagen liegt der Entwurf für ein Selbstverwaltungsstärkungsgesetz auf dem Tisch. Wollen Sie trotzdem wieder KBV-Chef werden?

Noch ist das Gesetz nicht verabschiedet, dennoch lautet meine Antwort Ja. Das geplante Gesetz trifft alle Selbstverwaltungen unverhältnismäßig. Ich glaube, hier wird weit über das Ziel hinausgeschossen. Die Forderung, die finanziellen Sachverhalte in Körperschaften transparent darzustellen, ist völlig legitim. Ich bin aber der Meinung, dass sie viel transparenter sind, als manch einer denkt. Jetzt stellen wir fest, dass die Rechtsaufsicht offenbar deutlich in Richtung Fachaufsicht wandert. Und das finde ich bedenklich. Ebenso ist es merkwürdig, dass einem sozusagen die Auslegung von Gesetzestexten vorgegeben wird, wogegen auch keine Rechtsmittel eingelegt werden können. Das ist nicht mein Verständnis von Selbstverwaltung.

Wie zuversichtlich sind Sie, eine Zwei-Drittel-Mehrheit als Vorstandsvorsitzender zu bekommen – immerhin forderten nicht wenige Mitglieder der VV noch vor eineinhalb Jahren ihren Rücktritt?

Ja, das ist richtig. In dieser Zeit ist aber viel Wasser den Rhein hinuntergeflossen. Ein breiter Rückhalt in der Vertreterversammlung ist sinnvoll und erstrebenswert. Ich finde diese spezifische Regelung bemerkenswert, bin aber auch gespannt darauf, wie die Rechtsaufsicht reagieren wird, wenn bei 60 Delegierten mehrfach ein Quorum nur von 38 oder 39 erreicht wird. Was, wenn immer die Zwei-Drittel-Mehrheit verfehlt werden sollte? Übrigens hatte ich bei meiner Wahl damals 42 oder 43 Stimmen und hätte damit das Quorum geknackt. Das ist aber nicht der eigentliche Punkt. Ich würde mir wünschen, dass Vorstandswahlen mit einem breiten Konsens der Vertreterversammlungen stattfinden und sich idealerweise vom Gedanken leiten lassen, dass der Vorstand ein Kollegialorgan ist.

Wird es durch die Zwei-Drittel-Mehrheit zu einer Verschiebung der Gewichte der Versorgungsbereiche Hausarzt und Facharzt kommen?

Ich weiß es nicht – ich tue mich mit diesem Lagerdenken schwer. Ich halte das auch für wenig zielführend. Die Themen, die wir angehen müssen, sind nicht hausärztlich oder fachärztlich, sie sind versorgungsrelevant für alle Vertragsärzte, und die bekommen wir nur im Konsens geregelt. Das scheint auch die Mehrheit in der Vertreterversammlung so zu sehen, insbesondere bei strategischen Überlegungen. Beim Honorar wird es allerdings immer wieder unterschiedliche Auffassungen geben.

Und genau die bekommen sie nicht wegdiskutiert und sie dominieren dann die allgemeine Diskussion. . .

. . . Sie erreichen wenig, wenn sie irgendwelche Scharfmacher in die Runde schicken – das gilt für Hausärzte und für Fachärzte. Wenn Sie die Vergangenheit Revue passieren lassen, haben wir immer dann gute Honorarergebnisse erzielt, wenn wir uns im Vorfeld abgestimmt haben.

Bleiben wir noch einen Moment beim Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Haben Sie persönlich mit diesen scharfen Kontrollinstrumenten gerechnet. Wie stark beeinträchtigen sie die Eigenständigkeit der KBV?

Ich glaube schon, dass es ein weiterer Schritt zur Reduktion der Beinfreiheit der Selbstverwaltung ist. Perspektivisch verliert das ganze System seine Durchschlagskraft, die Interessen der Vertragsärzte durchzusetzen. Schließlich sind die Körperschaften im Unterschied zu Berufsverbänden die einzig wirklich juristisch legitimierte Vertretungen der Ärzte. Und damit zielt dieses Gesetz letztlich gegen die Vertragsärzteschaft. Machen wir uns nichts vor. Die Ärzteschaft wird in ihrem Verhandlungs- und Einflussnahmekorridor deutlich beeinträchtigt.

Ist das letztlich eine Lex Köhler?

Lex Köhler. Das ist griffig, aber es trifft es nicht ganz. Ich sehe, dass das Gesetz viele Dinge regelt, die mit der Person Köhler nicht zu erklären sind.

Ich bin unverändert der Meinung, dass wir einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen haben, der in der bestehenden Form umfängliche rechtsaufsichtliche Möglichkeiten lässt. Zum Beispiel die, die Selbstverwaltung auch auf ordnungsgemäße Haushaltsführung zu überprüfen. Wenn man hier im Detail an der einen oder anderen Stelle noch etwas schärfen oder akzentuieren würde, hätte ich nichts dagegen. Aber, ich meine, es ist an einigen Punkten die Grenze überschritten, wo es nicht mehr darum geht, Rechtsaufsicht praktikabler und verlässlicher zu gestalten, sondern Rechtsaufsicht in den Bereich der Fachaufsicht rutschen zu lassen. Und das hat mit maßvoller Ausübung der Aufsicht dann nicht mehr viel zu tun.

Was natürlich im Vorfeld passiert ist, dass Aufsichten immer wieder involviert wurden in Bereichen, wo sie gar nicht hätten eingebunden werden müssen. Es gibt den schönen Spruch. „Gehe nicht zu Deinem Fürsten, wenn Du nicht gerufen wirst!“

Viele der Vorgaben des Gesetzes lassen sich doch als Reaktion auf die Amtszeit Köhlers verstehen...

Gefühlt mag das so sein, weil man sagt, es gehe dabei um finanzielle Unregelmäßigkeiten. Und das Gesetz diene dazu, die auszuschalten. Das ist aber zu kurz gegriffen. Wenn es nur darum ginge, finanzielle Unregelmäßigkeiten zu ahnden, würde keiner etwas dagegen haben. Ich sage Ihnen ganz offen: Ich schlafe als Vorstand doch viel ruhiger, wenn ich jedes Jahr vom BMG einen Haken hinter meinen Haushalt kriege. Was Besseres kann mir doch gar nicht passieren. Das ist eine vorgezogene Entlastung. Aber die Regelungen, die darüber hinausgehen, zielen ja nicht auf ordnungsgemäße Buchführung.

Der Gesetzgeber verabschiedet unter der Vielzahl von Gesetzen auch das eine oder andere, was in seiner Sinnhaftigkeit zu hinterfragen wäre. Nicht nur Herr Lauterbach hat beispielsweise das Gesetz für die Terminservicestellen als Flop bezeichnet. Hier muss man auf Seiten der Politik vielleicht einmal ein bisschen Selbstkritik üben. Ich finde, Politik lebt ja auch von der Auseinandersetzung um Themen. Wenn ich diese Auseinandersetzung im Vorfeld per Dekret unterbinde, wird das schwierig.

Das BMG hat über Jahre nicht so genau hingeguckt, was bei der KBV passiert. Aber das trifft auch auf die interne Kontrolle zu. Sie waren ja mal Vize der Vertreterversammlung. Müssen Sie sich diesen Schuh nicht auch anziehen?

Also, ich will jetzt nicht mit dem Finger aufs BMG zeigen und sagen, es gäbe kein Problem, wenn die genau hingeguckt hätten. Ich glaube, dass wir in dieser Legislatur relativ deutlich gemerkt haben, dass die Professionalisierung der Vorstandsarbeit erst heute so langsam in die Vertreterversammlung durchsickert. Für uns hat das die Konsequenz, dass wir uns intensiv über die Satzung unterhalten. Die Vertreterversammlung muss die Aufsichtsratsfunktion annehmen, die man ihr zudenkt. Das bedeutet ein anderes Selbstverständnis von Vertreterversammlung. Ein VV-Vorsitzender war in der Vergangenheit mehr so ein Sitzungsleiter, hat viermal im Jahr die VV geleitet. Das war unspektakulär. Und dann ist in dieser Wahlperiode ein ganz anderes Aufgabenspektrum an ihn herangetragen worden, wofür die Strukturen überhaupt nicht vorhanden waren. Diese Phase war im Erkenntnisgewinn zum Teil rustikal.

Kommt das Gesetz wie geplant, soll der Vorstand zur Kooperation verdonnert werden. Mit Frau Feldmann hat das offensichtlich nicht so gut geklappt, um das mal ganz höflich auszudrücken. Mit wem aus der hausärztlichen Fraktion könnten Sie sich eine Zusammenarbeit vorstellen?

Das könnte ich mir mit ganz vielen Kolleginnen und Kollegen vorstellen. Es ist aber nicht mein Beritt, den Hausärzten anzuempfehlen, wen sie als Vertreter der Hausärzte in den KBV-Vorstand entsenden sollen.

Machen wir es doch am KBV-Konzept 2020 fest. Sie haben gesagt, sie haben breite Unterstützung dafür. Wer von den Hausärzten sagt denn: Das ist toll, das trag' ich mit und das kann ich auch draußen in die Diskussion mit einbringen?

Wenn ich mir die Diskussion in unserer VV zum KBV-Konzept 2020 anschau, dann tue ich mich schwer, einen Kollegen zu finden, der das nicht mittragen würde. Also: Noch einmal. Ich habe in den strategischen Zielen eine extrem hohe Übereinstimmung festgestellt. Das macht mir Mut für die nächsten sechs Jahre.

Der Chef des Hausärzteverbands Ulrich Weigeldt sieht das Konzept ja kritisch...

..das muss er ja...

Er gibt dem Konzept Patientensteuerung über Wahltarife null Chancen. Wenn er jetzt sagt, das ist ein Weg, den dürfen wir als Hausärzte nicht mitgehen, dann wendet er sich doch auch an die hausärztlichen Vertreter in der KBV-VV...

Dass Herr Weigeldt gewisse Positionen auch relativ markig vertritt, ist logisch. Das ist Teil seiner Jobbeschreibung. Das muss man mal so deutlich sagen. Es ist auch so, dass der Hausärzteverband seinen Markenkern daraus zieht, die Hausärzte als Lotsen zu sehen. Motto: Steuern tun wir, und das machen wir in der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft so wieso viel besser als der Kollektivvertrag.

Das kann man aus Sicht des Hausärzteverbandes so vertreten. Was wir im KBV-Konzept 2020 machen, muss man aber differenzierter sehen. Das soll keine Kopie der 73b-Verträge werden. Insofern ist das, was wir anstreben, keine Attacke auf das Geschäftsmodell des Hausärzteverbands. Wir versuchen, im kollektivvertraglichen System Patientensteuerung hinzubekommen. Ob das mit Tarifen in der GKV umzusetzen geht, wird man sehen. Wir können das nicht alleine entscheiden. Dafür brauchen wir die Politik und die Krankenkassen.

Freie Arztwahl gegen Aufpreis. Welche politische Partei soll auf diesen Zug aufspringen?

Wir wollen eben keine Einschränkung der freien Arztwahl. Wir wollen nur, dass die Patienten auch tatsächlich mal einen Arzt wählen. Das ist der entscheidende Unterschied. Viele haben ja ihren Hausarzt, die haben mit den Füßen abgestimmt darüber, wer ihr koordinierender Arzt sein soll. Dieses System soll gelebt werden, dass ein Arzt Anlaufstelle wird und Befunde bündelt. Wenn der dann eine Überweisung zum Facharzt ausstellt, kann der Patient selbstverständlich den Facharzt frei wählen. Wir sind aber der Meinung, dass wir uns es auf Dauer nicht leisten können, dass Patienten durch das System irrliehern. Deshalb ist eine Koordinierung sinnvoll.

Ist das immer der Hausarzt?

Das wird häufig der Hausarzt machen. Es wird aber auch Fälle geben, wo der Facharzt dies übernimmt. Sagen wir einmal, ein Patient hat eine rheumatologische Erkrankung und ist oft beim Rheumatologen. Dann wird der mit ihm abstimmen, wann welche Untersuchung ansteht. Oder nehmen Sie den Gynäkologen, der für die Hälfte der Bevölkerung häufig Ansprechpartner ist. Wir hoffen, dass wir so Doppelt- und Dreifachuntersuchungen und unnötige Polymedikation verhindern.

Und wenn sich ein Patient nicht in dieses Schema pressen lassen will?

Dann muss man die Frage stellen, ob dessen ungesteuerte Inanspruchnahme des Systems gegebenenfalls mit einem Aufgeld zu versehen ist. Von daher: Freie Arztwahl ist ein ganz wichtiger Aspekt, der Patient wählt frei seinen Hausarzt und dann frei seinen Facharzt. Er soll nur bitte wählen.

Stichwort unkoordinierte Inanspruchnahme, in diesem Fall im Krankenhaus. Der Hauptgeschäftsführer der Krankenhausgesellschaft hat klar geäußert, dass er die über die Notfallambulanzen gewonnenen Patientenanteile nicht wieder aufgeben will. Haben die Vertragsärzte die Power, die an die Notfallambulanzen verlorenen Patientenströme wieder zurückzuholen?

Unbedingt! Ich glaube sogar, dass wir die Kollegen in den Kliniken dabei hinter uns haben. Dass sich Georg Baum so klar positioniert hat, dafür bin ich ihm ja dankbar. Damit wird völlig klar, dass es nicht um eine Versorgungsnotwendigkeit geht, sondern um wirtschaftliche Pfründe. So zu argumentieren, ist aus seiner Position völlig in Ordnung. Es ist aber ehrlicherweise nicht geeignet, in irgendeiner Form die Sachdiskussion voranzutreiben. Das Thema Notdienst ist wichtig. Ich bin völlig sicher, dass wir das hinbekommen. Ich bin aber genauso sicher, dass wir es nur in Kooperation mit unseren Kollegen in den Kliniken hinbekommen

Sie haben in der letzten VV angesprochen, dass man die Kollegen auch dazu bringen muss, diese Dienste wahrzunehmen. Sind diese personellen Ressourcen überhaupt zu heben?

Ja, das geht, wenn man sich auf ein notwendiges und sinnvolles Maß der Notfall- oder Bereitschaftsdienstversorgung einigt. Es ist nicht zu leisten, an jedem Krankenhaus 24 Stunden, sieben Tage die Woche Portalpraxen mit allen Fachgruppen besetzt zu haben und parallel noch Krankenhausambulanzen zu unterhalten. Dann würden Sie den ganzen Bestand der Ärzteschaft – Vertragsärzte und Klinikkollegen – nur noch für diese Bereiche einsetzen müssen. Das braucht kein Mensch. Wenn wir die Allokation der Ressourcen gemeinsam mit unseren Kollegen in den Krankenhäusern vornehmen, dann kriegen wir das sehr wohl gestemmt.

Das ist unser Haupt-Dilemma. Wir haben einen immer weiter steigenden Leistungsbedarf abuarbeiten und werden dafür nicht ausreichend vergütet.