

Dr. med. Stefan Bilger  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Ärztliches Qualitätsmanagement – Umweltmedizin  
Handschuhsheimer Landstr. 11, 69221 Dossenheim

Dossenheim, den 21.04.2005

## Wer steuert wohin in der KV Baden-Württemberg?

In der *Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg vom 20. April 2005* beschäftigten sich die Delegierten wieder mal mit den Verträgen des Hausärzterverbandes und Fragen der hausarztzentrierten Versorgung. Gerade diese Debatte war sehr stark geprägt von einer Polarisierung mit Medi-Vertretern auf der einen und einigen wenigen Delegierten, die Gegenargumente vertraten, auf der anderen Seite. Nun stand ja das Thema „hausarztzentrierte Versorgung“ auch nicht auf der Tagesordnung, so dass man sich aus meiner Sicht jede Debatte darüber hätte sparen können (im Endeffekt mussten aufgrund dieser ausführlichen Redenbeiträge, in denen es weniger um Inhalte als um Verfahrensfragen und den Stil des wechselseitigen Umgangs ging, wieder wichtige Tagesordnungspunkte wie die Wahlen zu den Disziplinarausschüssen vertagt werden). Die Diskussion war aber auch von einer solchen Schieflage geprägt, dass ich dazu noch einmal grundsätzlich Stellung beziehen möchte.

Wenn man sich fragt, was denn substantiell von den Kollegen Baumgärtner, Glaser, Metke und Deeg vorgetragen wurde, bleiben im Kern die folgenden Argumente:

1. Der Barmer-Vertrag ist ein Primärarztvertrag. Das wollen wir nicht.
2. Ein Hausarztmodell ist unerwünscht, denn es bedeutet eine Gefahr für die Fachärzte.
3. Die Finanzierung von Verträgen zur Integrierten Versorgung geht zu Lasten der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte. Wir wollen nicht, dass einzelne Gruppen davon einen Vorteil haben.
4. Neue Vertragsformen neben den Kollektivverträgen schwächen die KVen.
5. Eine monopolartige Organisation – sei es KV, sei es Parallelorganisation (dies wurde nicht explizit thematisiert) – garantiert einzig den Ärzten eine sichere Zukunft.

Gerade der letzte Punkt muss im Hintergrund eine wesentliche Rolle spielen, sonst wäre das hartnäckige Beharren auf bestimmten Positionen nicht verständlich. Ich kann gut verstehen, dass auch viele ärztlichen Kollegen sich nach einer solchen Sicherheit sehnen, die eine „gute“ Organisation gewährleistet (selbstverständlich eine bessere als die manchmal unbarmherzige und ungeliebte KV). Allein die Realität sieht anders aus. Wir müssen uns auf eine **Welt unterschiedlicher Vertragsformen** einstellen, auf einen **vermehrten Wettbewerb auch innerhalb der ambulanten Versorgung**. Dies haben die meisten Standespolitiker erkannt, so auch die Vertreter des Hausarztverbandes, die sich endlich (das haben Hausärzte schon immer gefordert) für die Interessen ihrer Mitglieder stark machen. Das hat der KBV-Vorsitzende erkannt, als er vor wenigen Wochen von sich gab: „Die KV kann nicht alle Ärzte gleich lieb haben.“ Das hat die Politik erkannt, die diesen Wettbewerb ermöglichen will und ausdrücklich neue Vertragsformen einfordert. Das haben die Krankenkassen erkannt, die ganz differenziert beobachten, wo sie ihre Finanzmittel investieren (auch unter wettbewerbs-taktischen Gesichtspunkten). Das haben schließlich auch die Patienten erkannt, die sehr wohl

zwischen Ärzten und Arztgruppen unterscheiden können und die ausdrücklich mehr Transparenz über die unterschiedlichen medizinischen Leistungsbereiche wünschen (da ist das Krankenhaus nicht ausgenommen).

Es ist in unserem **elementaren Interesse als niedergelassene Ärzte**, dass dieser Wettbewerb unter sachlichen Gesichtspunkten stattfindet, dass nicht einzelne Ärzte oder Arztgruppen benachteiligt oder ausgegrenzt werden, dass ein fairer Interessenausgleich gewährleistet ist, dass wir langfristig planen können und dass ein angemessenes Einkommen gesichert bleibt. Dazu gehört selbstverständlich auch, dass die hohe Qualität unserer Leistungen anerkannt wird.

Interessenausgleich und Honorarverteilung waren bereits in der Vergangenheit Hauptaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung. Insofern ist dies gar nichts neues. Das neue ist, dass dieser Wettbewerb nicht mehr nur innerhalb des KV-Systems stattfindet (das ist politisch gewollt und würde durch einen Systemwechsel etwa zum Kostenerstattungsprinzip wesentlich verschärft). Es gehörte aber auch bereits in der Vergangenheit zu den Aufgaben der KV, die Qualität der Leistungserbringung sicher zu stellen. Dies hatte sicher in verschiedenen Bereichen unterschiedlich Bedeutung. In einer Situation verschärften Wettbewerbs wird dieser Aspekt (wie auch die Forderung nach Transparenz) eine wichtigere Rolle spielen.

Was hat das alles mit der Hausarzt-Facharzt-Diskussion zu tun?

Meinem Eindruck nach sind die Argumente in der Diskussion um das „Primärärztsystem“, das ja geradezu zum schlimmsten hochstilisiert wurde, was einem nur wiederfahren kann, nur verständlich als Versuche, diese durchaus auch als bedrohlich und risikoreich erlebbare Realität zu verleugnen bzw. in einer regressiv-kindlichen Wunschvorstellung eine andere, bessere Welt zu erträumen. Wenn man von der emotionalen und symbolischen Bedeutung dieses Begriffs absieht und eine rein sachliche Argumentationsebene will, müsste man zum Primärärztsystem sagen: Ein **Primärärztsystem** schneidet bei allen Vergleichen (diese sind bekanntlich nur international möglich) in wesentlichen Punkten besser ab, als ein Gesundheitssystem mit unregelmäßigem Zugang zu Spezialisten und Krankenhaus. Insbesondere die Aspekte Umgang mit Multimorbidität, Prävention, gleicher Zugang für alle Bevölkerungsschichten und Ressourcengerechtigkeit sind in Primärärztsystemen besser. Dies belegen etwa die Arbeiten von Barbara Starfield (Starfield Barbara. Is primary care essential? *Lancet* 8930 (1994): 1129-33, uvam.).

Zur Versachlichung könnte vielleicht auch folgende Definition des Primärärztsystems beitragen (Achtung: englisches Zitat – vielleicht auch einfach überspringen!):  
"Primary care" doesn't only mean having a certain kind of physician as one's "regular source of care". It means having a doctor who functions in certain ways. This means providing access to services such that people seek care from that doctor whenever they have a new need for care or preventive services. It means having a strong relationship with that doctor, such that the doctor understands people's needs and people feel comfortable telling the doctor about those needs. It means providing care for ALL needs that are common in the population and referring to specialists when the problem is too unusual or uncommon for the primary care practitioner to manage. It also means coordinating care so that when people do have to be referred elsewhere, the advice received is integrated into total care so that there are no conflicting recommendations that could cause harm. Many studies confirm the benefits of these four characteristics of primary care."

[http://medicalreporter.health.org/tmr0699/importance\\_of\\_primary\\_care\\_to\\_he.htm](http://medicalreporter.health.org/tmr0699/importance_of_primary_care_to_he.htm)

Um diese Fragen geht es in der aktuellen Debatte aber gar nicht. Insofern brauchen wir auch nicht um den Begriff „Primärarztssystem“ und dessen Definition zu streiten. Es geht hier tatsächlich um einen **Paradigmenwechsel in der ärztlichen Versorgung**. Wollen wir weiter die ausschließlich durch den Patienten selbst gesteuerte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, den Chipkartentourismus und die Ausweitung medizinisch nicht indizierter Untersuchungen und Behandlungen, oder wollen wir eine vernünftige und sachgerechte Kooperation zwischen Hausärzten und Fachärzten, eine medizinisch sinnvolle Leistungsbegrenzung und -Steuerung die uns bei begrenztem Gesamtbudget längerfristig eine angemessene Vergütung für unsere Arbeit garantieren kann, und eine bessere Koordination des Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung? Es ist doch keine Geheimnis, dass die Krankenkassen durch Hausarztmodelle vor allem Einsparungen bei den teuersten Behandlungen, der stationären Behandlung, erwarten, was angesichts der in Deutschland vorhandenen Überkapazität an Krankenhausbetten auch notwendig und nicht nur unter Kostengesichtspunkten richtig ist. Außerdem halte ich die persönlich die Forderung nach dokumentierter und gesicherter Qualität (z. B. durch die Berücksichtigung entsprechender Leitlinien) für ausgesprochen sinnvoll. Wer sich dagegen wendet, hat meiner Meinung nach nicht verstanden, dass unser ärztlicher Versorgungsauftrag auch eine entsprechende Verpflichtung gegenüber dem Patienten beinhaltet.

Kommen wir nun zu den eigentlichen Konfliktpunkten:

Wer einen Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung abschließt, diese aber gar nicht will, handelt unredlich. Wenn im Nordwürttemberger Vertrag der Zugang zu Ärzten aller Fachrichtung mit einer Gummiregelung ausweitet wird, wird die Stellung des Hausarztes im Zentrum der Versorgung, die ja auch von den meisten Patienten begrüßt wird, wieder geschwächt. Wer dies will, soll dies ruhig sagen. Aus meiner Sicht gibt es bei dieser grundsätzlichen Richtungsentscheidung aber nur ein Entweder-Oder, ein Hüh oder Hott, aber kein Sowohl-Als-Auch.

Hausarztmodelle werden zwar zur Bedrohung der Fachärzte hochstilisiert, sind aber keineswegs die tatsächliche Ursache für die Probleme, die manche Arztgruppen haben. Es gibt zahlreiche Fachärzte, die von einer hausarztzentrierten Versorgung profitieren werden. Dies werden alle diejenigen sein, die ordentliche Leistungen erbringen und auf Kooperation setzen. Diese werden (hoffentlich) von einer Beschäftigung mit den „falschen“ Patienten, etwa bei Bagatellerkrankungen, entlastet und können sich dann ihren eigentlichen Aufgaben widmen (auch zu einer angemessenen Vergütung), anstatt sich in einer Konkurrenz um Fallzahlen gegenseitig die Butter vom Brot zu nehmen. Ansonsten wird die Existenz von Fachärzten sicher nicht durch Hausärzte bedroht, sondern durch Fehlentwicklungen im eigenen Bereich, die ungleichmäßige Verteilung fachärztlicher Kapazitäten und die potentielle Konkurrenz der Krankenhäuser, die in den ambulanten Sektor drängen. Hier können wir niedergelassenen Ärzte echte Solidarität üben und den Patienten bevorzugt im ambulanten Bereich behandeln (was meist nicht nur kostengünstiger, sondern auch patientenfreundlicher und insoweit von den Patienten auch erwünscht ist). Voraussetzung dafür ist ein geregelter Umgang untereinander mit wechselseitiger Information etc. Hier sehe ich für alle Beteiligten noch Verbesserungspotential.

Zur Frage der Finanzierung gibt es nichts neues. Durch den Barmer-Vertrag fließt zusätzliches Geld aus den 1% für die IV-Versorgung in den ambulanten hausärztlichen Bereich. Politisch ist dies ein Erfolg für den Hausärzterverband. Man kann beklagen, dass die Fachärzte davon nichts haben. Diese haben aber offensichtlich keine Probleme, sich über andere Verträge Geld zu holen, an denen die Hausärzte nicht beteiligt sind. Es darf in diesem

Zusammenhang auch daran erinnert werde, dass die Hausärzte mit 108 Tsd. Euro Jahreseinkommen (2002) immer noch das Schlusslicht der großen Arztgruppen darstellen.

Dass die Mitglieder des Medi-Verbundes plötzlich die KV, deren politisches Ende sie schon oft prognostiziert haben, stärken wollen, hat mich überrascht. Hier kann ich allerdings nur eine taktische, keine nachhaltig überzeugende Argumentation erkennen. Deswegen ist die Forderung an Herrn Hoffmann-Goldmayer, aus dem Barmer-Vertrag auszusteigen, auch nicht ernsthaft zu diskutieren. Im übrigen scheint mir aber, dass auch die oben persönlich genannten Kollegen und der derzeitige KV-Vorstand in vielen Fragen, etwa was die Positionierung gegenüber den Krankenkassen oder der Politik angeht, gar nicht so weit auseinander liegen. Ich begrüße dies ausdrücklich, eröffnet es doch wieder Chancen, aufeinander zuzugehen und das Bild unversöhnlicher Zerstrittenheit, das ja nicht nur innerhalb der VV herrschte, sondern das auch in ganz erheblichem Umfang nach außen getragen wurde, zu korrigieren.

Für „die Kollegen draußen“ noch eine Information zur Diskussion um die **Vorstandsgehälter:**

Der Zeitplan der VV hatte sich auch deswegen verzögert, weil die Vorsitzende und die Delegierten den Kollegen der „Ärzteinitiative Krauchenwies“ die Möglichkeit einräumten, über 2000 Unterschriften zu übergeben, und Herr Hummel einen Redebeitrag halten durfte. In ihrer ausführlichen Antwort äußerte die Vorsitzende, Frau Clever, Verständnis für die Motive der Kollegen, wies aber auch die Einmischung der Politik in die Angelegenheiten der Selbstverwaltung zurück und betonte, dass bei abgeschlossenen Verträgen auch die KV in der Pflicht stünde, ihre Zusagen einzuhalten. Es wurde auch nochmals mit Verweis auf das Protokoll vom 15. September 2004 klargestellt, dass damals eine Mehrheit von 46 Delegierten (bei einer Gegenstimme und drei Enthaltungen) den Rahmenbedingungen für die Vorstandsverträge, die eine Vergütung bis 250 Tsd. Euro vorsahen, zugestimmt hatten, auch wenn sich einige – bei zugegeben geänderter öffentlicher Meinung – nun nicht mehr daran erinnern wollten.

Nachtrag vom 22.04.2005

Der nachfolgend wiedergegebene Bericht der „Ärztezeitung“ zeigt recht anschaulich, wie die Debatte in der Öffentlichkeit wahrgenommen wurde. Vielleicht mag ja auch diese Resonanz etwas zur Nachdenklichkeit bei allen Beteiligten beitragen (ich schließe mich durchaus ein).

Ärzte Zeitung, 22.04.2005

---

## **Gegenseitige Schuldzuweisungen blockieren die KV-Arbeit**

**Überaus gereizte Stimmung bei der Vertreterversammlung in Baden-Württemberg / Vorstandsgehälter und Barmer-Vertrag besonders umstritten**

**FREIBURG. Die Stimmung in der KV Baden-Württemberg ist gereizt. Gegenseitige Schuldzuweisungen lassen die Interessenvertretung der Haus- und Fachärzte in den Hintergrund treten. Die alten Flügelkämpfe zwischen Medi-Befürwortern und Medi-Gegnern treten offen zu Tage und blockieren die Sacharbeit.**



**Eine Mehrheit der Delegierten stimmte bei der Vertreterversammlung für eine Überprüfung des Barmer-Vertrages.** Foto: Hüglin

Von Wolfgang van den Bergh

Die Nerven liegen blank. An diesem Mittwoch ist erstmals seit vielen Monaten die Öffentlichkeit zu einer Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg zugelassen. Eine geordnete Diskussion ist kaum möglich. Geschäftsordnungsanträge bestimmen den Sitzungsverlauf und lassen bereits nach kurzer Zeit vermuten, daß es sich um eine Initiierung handelt, damit die KV in einem desaströsen Licht erscheint.

So wird etwa ein für jede VV formaler Akt, wie die Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung zum Politikum. Nicht enden wollende Diskussionen ranken sich um die Frage, ob künftig ein Wort- oder ein Ergebnisprotokoll angefertigt werden solle. Am Ende gibt es keine klare Entscheidung.

Derweil schreitet die Zeit voran. Noch vor dem Bericht zur Lage des Vorsitzenden wird eine Pause beantragt - immerhin tagen die Delegierten bereits seit zwei Stunden. In einer persönlichen Erklärung kritisiert Dr. Werner Baumgärtner, Chef der Medi-Fraktion, den Stil der Auseinandersetzung und wirft der Vorsitzenden der VV, Dr. Birgit Clever, vor, eine kritische Diskussion über die Vorstandsgehälter abzuwürgen. Von Störenfrieden und destruktiven Diskussionen ist die Rede - die Situation droht zu eskalieren. Erst nach Intervention einiger gemäßigter Delegierter beruhigen sich die Gemüter.

Der Chef der KV, Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, hat bis zu diesem Zeitpunkt nicht in die Diskussion eingegriffen. Zweieinhalb Stunden nach Beginn der Sitzung hält er seinen Bericht zur Lage. Er spricht von einer Schonfrist, die jedem Vorstand zustehe, gesteht ein, daß wegen der Diskussion um die Vorstandsgehälter die Sacharbeit auf der Strecke geblieben sei. Er berichtet aber auch, daß die Ausschüsse viel näher an der Versorgungsrealität seien, als diese VV vermuten läßt.

Selbstkritisch räumt Hoffmann-Goldmayer ein, daß der Informationsfluß zur VV und zur Basis besser werden müsse. Er spricht über die Praxisgebühr und über neue Versorgungsformen und kündigt an, genau zu prüfen, ob Verträge zur Integrationsversorgung den Anforderungen des Gesetzgebers im Paragraph 140 SGB V Rechnung tragen. Das gelte auch für den Barmer Vertrag, zu dem die KV eine kritische bis ablehnende Haltung eingenommen hat.

Hier entzündet sich der nächste Konflikt. Hoffmann-Goldmayer bestätigt auf Nachfrage, daß auch seine Unterschrift unter einem Barmer-Vertrag steht. In die Defensive gedrängt, verteidigt sich der KV-Chef mit dem Hinweis, daß es das Recht eines jeden Mitglieds der KV sei, dem Vertrag beizutreten oder nicht. "Lassen Sie das doch die Kollegen selbst entscheiden." Einen Widerspruch zur ablehnenden Haltung seitens der VV sieht er nicht.

Eine große Mehrheit findet schließlich immerhin ein Antrag von Werner Baumgärtner, den Vorstand zu beauftragen, den Barmer-Vertrag überprüfen zu lassen, ob er den Anforderungen nach Paragraph 140 Rechnung trägt, und ob eine Nachschußpflicht aus der Gesamtvergütung besteht oder zu erwarten ist.