

Alle Macht der KBV

Zäsur in der ärztlichen Selbstverwaltung?

Als die Medien Anfang des Jahres über die Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur „Neuorientierung der ambulanten Versorgung“ berichteten, blieb ein Vorschlag relativ unbelichtet: die Forderung der KBV nach mehr innerärztlicher Richtlinienkompetenz für solch wichtige Felder wie den Einheitlichen Bewertungsmaßstab oder Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Solche Pläne wären ein Machtzuwachs zulasten der einzelnen KV-Regionen. Doch einen Aufschrei gab es nicht. Im Gegenteil. Eher scheint man dort über solche Gedankenspiele ganz froh zu sein. Verkehrte Welt?

[von Reinhold Schlitt]

➔ Immerhin – was die KBV will, ist nicht weniger als die Erweiterung ihrer Richtlinienkompetenz für solch streitbewährte Felder wie die Auslegung des EBM, die Regelungen des Bewertungsausschusses, des Gemeinsamen Bundesausschusses oder bei Qualitätssicherungsverfahren. Auch will sie Rahmenvorgaben für „zwingend bundeseinheitliche Grundsatz- und Querschnittsaufgaben im Bereich Service und Beratung sowie Informationstechnologien“ erlassen können. Im Gegenzug soll es den KVen möglich sein, die regionale Honorarverteilung ohne Krankenkassen vornehmen sowie regionalspezifische Besonderheiten verhandeln zu können – jedoch stets auf dem Boden bundesweiter KBV-Rahmenvorgaben.

Mehr Richtlinienkompetenz für die KBV? Vor nicht einmal einem Jahr hätte manch ein Beobachter die Frage gestellt, woher sie die Truppen für jegliche Veränderungen der „Machtarchitektur“ des KV-Systems nehmen will. Doch auf eigene Truppen kommt es möglicherweise gar nicht an. Das Gros der jüngsten KBV-Forderungen kann ohnehin nur per Gesetzesänderung geregelt werden. Unter dem neuen schwarz-gelben gesundheitspolitischen Patronat scheinen die Chancen, hier etwas zu bewegen, günstig zu sein. Ernst zu nehmender Widerstand aus den eigenen Reihen ist dagegen nicht in Sicht. Bei einigen Kassenärztlichen Vereinigungen reift vielmehr die Erkenntnis, dass es ein „Weiter so“ im Verhältnis zur KBV und umgekehrt nicht geben kann.

Die zahlreichen innerärztlichen Auseinandersetzungen in den letzten Jahren, insbesondere wegen der jüngsten Honorarreform, haben mächtig an der Glaubwürdigkeit der Organisation gerüttelt. „Die Forderung der KBV nach einer

Aufwertung ihrer Richtlinienkompetenz in zentralen Fragen (...) ist begründet“, glaubt Berlins KV-Vizechef Uwe Kraffel in einer Stellungnahme gegenüber dem KASSENARZT. Bislang sei sie in wichtigen Fragen auf die KVen angewiesen. „Dabei“, so Kraffel, „tut sich die Bundesebene angesichts der vielen regionalen Besonderheiten und daraus resultierender Voten oft schwer, eine gemeinsame Linie zu finden. Dieser Zustand ist ineffektiv.“ Was Kraffel höflich umschreibt, meint im Fall der Honorarreform allerdings ein regelrechtes Desaster, was die oberste Kassenarztzentrale auch selbstkritisch eingeräumt hat.

Trauma Honorarreform

Rückblende: Gerade einmal ein Jahr ist es her, dass in der KV-Landschaft heftige Auseinandersetzungen um die Einführung der neuen Honorarreform tobten. Erstmals



„Die Forderung der KBV nach einer Aufwertung ihrer Richtlinienkompetenz in zentralen Fragen (...) ist begründet.“

Berlins KV-Vizechef Uwe Kraffel

seit langer Zeit wurde den Ärzten mit Beginn des Jahres 2009 zusätzliches Honorar in Milliardenhöhe in Aussicht gestellt.

Das Geld kam auch tatsächlich an, jedoch längst nicht gleichmäßig. Die Spielregeln zur Verteilung waren entweder strittig oder nicht ausgegoren. Streit gab es auch bei

der Bemessung der Psychotherapiehonorare, bei der Höhe von Rückstellungen für freie Leistungen zulasten der Fallwerte in den neu eingeführten Regelleistungsvolumina. Es klemmte bei der Verteilung unter den einzelnen Fachgruppen. Am Ende machte jede Region ihr eigenes Ding. Und dem verteilungspolitischen Grundsatz, dass vor allem jene KVen profitieren sollten, die – wie im Osten oder in

die Schwächen der Struktur im KV-System sehr deutlich zutage getreten sind. Die oft divergierenden Interessen der einzelnen KVen haben unsere gemeinsame Schlagkraft gemindert und zu in der Außendarstellung oft schädlichen Auseinandersetzungen



„Die oft divergierenden Interessen der einzelnen KVen haben unsere gemeinsame Schlagkraft gemindert und zu in der Außendarstellung oft schädlichen Auseinandersetzungen geführt.“

KBV-Chef Andreas Köhler

Berlin – früher auf der „Verliererseite“ standen, mochten KVen in den alten Bundesländern ohnehin nicht folgen, besonders dann, wenn dies zu ihren Lasten ging. Darunter waren die Regionen Bayern und Baden-Württemberg. Hier fielen die Segnungen der Honorarreform im Vergleich zum Rest der Republik besonders mager aus.

Am Pranger: die Spitze der KBV

Der Deutsche Hausärzteverband im Verbund mit MEDI Baden-Württemberg preschte zudem mit einem ersten eigenen Vollversorgungsvertrag zur hausarztzentrierten Versorgung vor: hohe Grundpauschalen und Bierdeckelabrechnung hier, komplizierte Honorarverteilung dort? Der Imageverlust für die KVen war unübersehbar.

Am Pranger stand vor allem die Spitze der KBV. Sie, die das Kunststück fertigbrachte, den Krankenkassen über drei Milliarden Euro zusätzliches Geld „aus dem Kreuz gelei-ert“ zu haben, musste mit ansehen, wie dieser Erfolg in einem nicht enden wollenden Verteilungsstreit unterging. „Brutalstmögliche Streitkultur“ titelte seinerzeit eine deutsche Tageszeitung über die wenig feinen Umgangsformen der „Akademiker in Weiß“.

Symptomatisch schien zu sein, was KBV-Chef Andreas Köhler im März letzten Jahres entnervt in eine Berliner Ärzteversammlung hineinrief: „Was derzeit an Protesten läuft, ist irrational!“ Denkwürdig klang auch das Eingeständnis eines altgedienten KV-Chefs aus dem Westen der Republik, der am Rande einer KBV-Krisensitzung einem Rundfunkreporter gestand: „Und ich dachte, meine Augen hätten hier schon alles gesehen.“ Haben sie nicht. Trauma Honorarreform?

Auf gleicher Augenhöhe mit den Kassen

Am Ende dieses turbulenten Jahres 2009 bilanzierte der KBV-Chef vor seinesgleichen: „Wir müssen konstatieren, dass gerade bei der Umsetzung dieser Mammutreform auch

geführt.“ Als „Schuldiger“ habe dann allzu oft die KBV am Pranger gestanden, „obwohl es die föderale Struktur und deren Uneinheitlichkeit und Uneinigkeit waren, die die KBV vor nur schwer zu lösende Probleme gestellt haben“. Was Köhler sagte, glich einer Strafpredigt. Widersprochen hat ihm kaum einer. Und wohl nicht zufällig wurde in dieser Versammlung dann platziert, was jetzt auch Eingang in das Umbaupapier gefunden hat. Auf gleicher Augenhöhe mit den Kassen, lautet die Devise.

Die Sehnsucht nach Geschlossenheit

Immerhin – die Krankenkassenverbände haben vorgemacht, was eine Konzentration von Zuständigkeiten auf der Bundesebene bewirken kann. Für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen herrscht der Zwang zu Einigkeit bereits von Gesetzes wegen. Und das bedeutet: Was dort verhandelt und abgeschlossen wird, gilt für die gesamte Kassenlandschaft. Rücksicht auf Einzelne gibt es hier nicht.

Einsicht in die Notwendigkeit? Eher nicht. Auch bei den Kassen gibt es untereinander erbitterten Streit. Süffisant berichtet ein Informant gegenüber dem KASSENARZT, dass es bei den Sitzungen im Bewertungsausschuss auf der Kassenseite „häufig



Kommentar

von unserem Berlin-
Korrespondenten
Reinhold Schlitt



Wer die Richtlinienkompetenz hat, der hat die Macht

Eines muss man dem Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lassen: Der Mann hat Steherqualitäten. Nach den Auseinandersetzungen um die jüngste Honorarreform, mit der das KV-/KBV-System in die wohl schlimmste Identitätskrise der letzten zehn Jahre geraten ist, ja, nach den vielen Angriffen auf ihn selbst tritt Andreas Köhler mit seinen Umbauplänen für die ambulante Versorgung die Flucht nach vorne an.

Geschick hat er dabei die für die KBV so essenziellen Strukturänderungen in ein ganzes Paket von Veränderungsvorschlägen gepackt. So wurde in den Medien zwar viel über fehlende Ärzte und Bedarfsplanung, ein bisschen auch über die Arzneimittelversorgung räsontiert, aber kaum über die Vorschläge zur Strukturänderung.

Doch da geht es um eine Menge: Wer die Richtlinienkompetenz hat, der hat die Macht. So einfach ist das. Das lässt sich nicht dadurch verbrämen, dass man für die KVen „im Gegenzug“ die alleinige Verantwortung für die Honorarverteilung vor Ort organisieren will. Im Gegenzug? Sprache ist manchmal verräterisch. Denn tatsächlich geht es nämlich nicht um „Geben und Nehmen“, sondern um einen separaten Forderungszweig.

Also wird man sich, wie der Hartmannbund zu bedenken gibt, erst einmal die „wahren Absichten“ der KBV-Forderungen und ihre Folgen für das künftige Verhältnis von KVen und KBV ansehen müssen. Liefen die Pläne darauf hinaus, das künftige Miteinander auf ein bloßes Filialsystem zu reduzieren, wäre neuer Ärger programmiert. Das würden sich die KVen um ihrer selbst willen vermutlich nicht gefallen lassen.

Im Zweifelsfall – das lehren die Auseinandersetzungen der letzten Jahre – ist den KVen das sprichwörtliche eigene Hemd allemal näher als der Rock. Sie sind es schließlich, die an vorderster Front stehen und sich mit unzufriedenen Ärzten und Psychotherapeuten auseinandersetzen müssen. Und sie sollen bedingungslos all das vor Ort verkaufen und umsetzen, was ihnen die „Bundesebene“ im fernen Berlin vorgibt? Soweit das nicht ohnehin schon passiert, würde das den Selbstverwaltungs-begriff vollends auf den Kopf stellen.

knirscht“, dass Sitzungen immer wieder unterbrochen werden müssen, weil die Verhandler sich untereinander nicht einig sind oder von „vorbesprochenen Linien“ abweichen. Doch das alles dringt so gut wie nicht an die Öffentlichkeit. Anders bei KVen und KBV: Bis ins Detail hinein werden hier oft Positionen für die Verhandlungen mit den Krankenkassen coram publico austariert, weil es nicht gelingt, die vielen innerärztlichen Gruppeninteressen unter einen Hut zu bringen.

„Störer“ am KBV-Tisch

Zu alledem gibt es schließlich noch die „Konkurrenz im eigenen Haus“: So sitzen oftmals Ärztevertreter am Tisch der KBV, deren Verbände konkurrierende Selektiv- oder gar Vollversorgungsverträge akquirieren und mit eigener Manpower realisieren – unter Ausschaltung der KVen und ihrer obersten Kassenarztzentrale. Zu wissen, „wie die Konkurrenz tickt“ und am Ende gar noch Einfluss auf die Entscheidungen zu nehmen, sind im Wettbewerb fast schon paradisiische Zustände.

Vor weit über einem Jahr hat es bereits Versuche der KBV-Spitze gegeben, solche „Störquellen“ mittels Satzungsänderung auszuschalten oder wenigstens zu minimieren: Einen Verhaltenskodex sollte es geben, wonach sich Ärztevertreter mit konkurrierenden Vertragsinteressen ob möglicher oder tatsächlicher Interessenskollisionen outen und folglich von bestimmten Beratungen beziehungsweise Beschlussfassungen ausgeschlossen werden sollten. Einen solchen Verhaltenskodex gibt es aber immer noch nicht. Über die Hintergründe ließe sich trefflich spekulieren.

KBV-Pläne kommen einer Zäsur gleich

Die Neuausrichtungspläne, würden sie denn tatsächlich Realität, kämen einer Zäsur in der ärztlichen Selbstverwaltung gleich. Bislang ist die KBV quasi eine Auftragsverwaltung der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen; ihre eigenen Spielräume sind begrenzt. Sie kann beispielsweise keine eigenen Versorgungsverträge außerhalb des Kollektivvertrages abschließen, sondern muss hier den Umweg über die vor einigen Jahren geschaffene KBV-/KV-Vertragsarbeitsgemeinschaft („Vertragswerkstatt“) gehen. Jeder Vertrag, der dort mit Krankenkassen verhandelt wird, bedarf der Zustimmung der einzelnen KVen, um regional wirksam zu werden.

In Bayern und Baden-Württemberg geht da zum Beispiel gar nichts, weil die KVen in beiden Ländern diesem Vertragsverbund erst gar nicht angehören. Dort würde sich der Hausärzteverband, er hat in beiden Bundesländern eine starke Position, vermutlich auch gar nicht in die Suppe spucken lassen – allemal, wenn hausärztliche Kompetenzen berührt werden.

Jedenfalls wird auch auf diesem Sektor mit harten Bandagen gekämpft, wie jüngst ein Beispiel aus Bremen zeigte. Dort, so klagt die KV Bremen öffentlich, drohe ein zwischen ihr und der AOK geschlossener Hausarztvertrag zu kippen, weil die Wirtschaftsgesellschaft HÄVG des Deutschen Hausärzteverbandes wegen formaler Fehler das Bundeskartellamt angerufen habe. Die Behörde, da ist sich die KV sicher, „hätte ohne diesen Schritt nicht eingegriffen“. Wettbewerb hat eben viele Seiten.

Wahre Absichten freilegen

Wie die KBV-Änderungsvorschläge im Detail aussehen sollen, ist bislang noch unklar, auch wenn die Richtung in ihrem strukturpolitischen Fürbittenspapier unmissverständlich klingt: „Konzentration und Effizienz auf Bundesebene, Basisnähe durch Regionalität“.

Der Hartmannbund, der, wie auch die GFB, nicht gegen die KBV-Vorschläge ist, baut vor: „Grundsätzlich ist zunächst einmal eine kritische Analyse der wahren Absichten geboten. Solange die KBV, wie angekündigt, lediglich KV-übergreifende Sachverhalte unter Nutzung von Synergieeffekten sinnvoll bündelt und auf der anderen Seite die KVen nicht zu Befehlsempfängern degradiert werden, steht der Hartmannbund (den Plänen) zunächst pragmatisch gegenüber.“ Aber auch der GFB macht für sein Wohlwollen zur Bedingung, dass den Regionen eigene Gestaltungsmöglichkeiten bleiben.

Erst mal in der Warteschleife

Entscheiden muss am Ende der Gesetzgeber. Der hat aber – zumindest in diesem Jahr – andere gesundheitspolitische



Hausaufgaben zu erledigen, sodass Änderungen der Selbstverwaltungsstrukturen dort aktuell nicht auf der Agenda stehen.

Zwar kann sich die KBV unter der jetzigen politischen Konstellation eines größeren Wohlwollens als unter der Regentschaft von Ulla Schmidt (SPD) sicher sein, aber eine Garantie für die Umsetzung ihrer Vorschläge ist das längst nicht. Vor allem die CSU dürfte hierbei ein „unkalkulierbares Risiko“ darstellen. Deren gesundheitspolitischer Spitzenmann, Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder, gilt nicht gerade als ein Freund des KV-Systems. Ihm, so wird in Berlin orakelt, hätten es die Hausärzte zu verdanken, dass das Verhandlungsmonopol des Hausärzterverbandes für hausarztzentrierte Vollversorgungsverträge nach § 73 b SGB V

auch unter der schwarz-gelben Bundesregierung gesichert bleibt. Die CSU hatte seinerzeit im Koalitionsvertrag eine „Beobachtungs“-Klausel durchgesetzt, wonach drei Jahre lang alles so bleibt, wie es ist – obwohl alle Voraussagen gegen eine Fortführung des Verhandlungsmonopols sprachen. Einmal mehr zeigt dieses Beispiel, dass die CSU für Überraschungen immer gut ist. ■



Die Konsistenz wird Sie begeistern. Softa-Man® ViscoRub – die gelartige Händedesinfektion

- Händedesinfektionsmittel mit einzigartiger Konsistenz
- sehr gute Hautverträglichkeit
- farbstoff- und parfümfrei
- breites Wirkungsspektrum

www.hygiene.bbraun.de



Wir machen mit!
„AKTION Saubere Hände“

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Melsungen AG | OPM | 34209 Melsungen | Deutschland | Tel (0 56 61) 71-62 60 | Fax (0 56 61) 71-35 50 | www.bbraun.de | www.hygiene.bbraun.de

Softa-Man® ViscoRub Zusammensetzung: 100 ml Lösung enthalten: **Wirkstoffe:** Ethanol (100%) 45 g, 1-Propanol (Ph. Eur.) 18 g **Sonstige Bestandteile:** Gereinigtes Wasser, Butan-2-on, Glycerol, Isopropylmyristat (Ph. Eur.), (Hexadecyl-,

octadecyl)l[(RS)-2-ethylhexanoat], Octyldodecanol (Ph. Eur.), Edetol, Acrylate (C10-30 Alkylacrylat-Crosspolymer), (+/-) alpha-Bisabolol. **Anwendungsgebiete:** Hygienische und chirurgische Händedesinfektion **Gegenanzeigen:** Überemp-

findlichkeit (Allergie) gegenüber Ethanol oder 1-Propanol oder einen der sonstigen Bestandteile von Softa-Man® ViscoRub. **Nebenwirkungen:** Insbesondere bei häufiger Anwendung kann es zu Hautirritationen wie Rötung und Brennen kom-

men. Auch sind Kontaktallergien möglich. **Warnhinweise:** Entzündlich. Behälter dicht geschlossen halten. Von Zündquellen fernhalten. - Nicht rauchen! Nicht in die Augen bringen. Nicht auf verletzter Haut oder auf Schleimhäuten anwenden.

Nur zur äußerlichen Anwendung. 52,3 Gew.% Ethanol, 20,9 Gew.% 1-Propanol. 21°C Flammpunkt nach DIN 51 755 **Stand der Information:** 05/2007 **Pharmazeutischer Unternehmer:** B. Braun Melsungen AG, 34209 Melsungen