

# Honorarreform 2009

## Fakten und Argumente

- I. Die Honorarreform, die Rolle der Selbstverwaltung  
– und der Einfluss der Politik
- II. Wo bleibt das Geld...?
- III. Verwerfungen durch die Honorarreform – Ursache und Wirkung
- IV. Die Konvergenzphase – nur ein Übergang
- V. Weichenstellungen

## I. Die Honorarreform, die Rolle der Selbstverwaltung – und der Einfluss der Politik

Die am 1. Januar in Kraft getretene Reform der Vergütung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten schlägt weiterhin hohe Wellen. Auch in Schleswig-Holstein protestierten Mediziner gegen die Auswirkungen dieser Reform, die Teil des mit der Mehrheit der Koalitionsfraktionen im Frühjahr 2007 im Deutschen Bundestag beschlossenen Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) ist.

Richtig ist, dass die Ärzteschaft seit Jahren eine umfassende Reform der Honorierung ihrer Leistungen gefordert hat. Die Ankündigung seitens der Politik, mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auch eine Neugestaltung der Vergütung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einzuführen, war verbunden nicht nur mit der Hoffnung auf eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen sowie auf ein Ende der Unterfinanzierung und der bisherigen strikten, medizinisch nicht begründbaren Budgetierung der Mittel für die ambulante Medizin, sondern auch mit der Hoffnung auf mehr Transparenz und Planungssicherheit. Diese Ziele hat die mit der Gesundheitsreform der Großen Koalition angestoßene Reform der Ärztehonorare nicht erfüllt.

Dies ist nicht, wie gelegentlich behauptet wird, das Resultat des Versagens der ärztlichen Selbstverwaltung. Hätten die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung, gerade auch die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, mehr Einfluss auf Ausgestaltung und Umsetzung der aktuellen Honorarreform gehabt, hätten wesentliche Probleme und Verwerfungen, die derzeit zu beobachten sind und zu berechtigtem Unmut in der Ärzteschaft führen, vermieden werden können. Auch bei der aktuellen Neugestaltung der ärztlichen Honorare war der politische Einfluss durch den Gesetzgeber wesentlich. Zudem kann die Ärzteschaft in keinem der relevanten Gremien zur Ausgestaltung der Reform allein die Spielregeln bestimmen – es bedarf stets der Zustimmung von Vertretern der Krankenkassen bzw. von unabhängigen Gremienmitgliedern.

### *Honorarreform und Gesundheitsreform*

- § Wesentliche Rahmenbedingungen der Honorarreform sind mit einer Detailtiefe, die selbst in der hoch regulierten Gesundheits- und Sozialgesetzgebung beispiellos sind, verbindlich im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt. Ein plastisches Beispiel: Allein die Erläuterung der für die Vergütungsreform wesentlichen Paragraphen nimmt in der Gesetzesbegründung zum Entwurf der Koalitionsfraktionen zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 15 engbedruckte Seiten ein (Bundestagsdrucksache 16/3100, S. 118ff.).
- § Auch die Regeleistungsvolumina, die im Mittelpunkt der Diskussion und der Kritik vieler Haus- und Fachärzte stehen, sind keine Erfindung der Ärzteschaft oder der gemeinsamen Selbstverwaltung, sondern eine verbindliche Vorgabe des Gesetzgebers, der mit diesem Instrument einer den Ärzten unterstellten Tendenz zur übermäßigen Leistungsausdehnung entgegenwirken wollte (§ 87 b SGB V).

### *Die Selbstverwaltung und ihre engen Grenzen*

- i Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Umsetzung der Reform in den Gremien der Selbstverwaltung in jeder Phase aufsichtsrechtlich eng begleitet, akribisch geprüft und gegebenenfalls in seinem Sinne korrigiert. Auch im maßgeblichen „Erweiterten Bewertungsausschuss“ sitzt das BMG immer mit am Tisch, die Handlungsfreiheit der Verhandlungspartner hat enge Grenzen.
- i So sieht das SGB V das Ministerium keineswegs in der Rolle des stillen Beobachters. Es kann vielmehr auf Grundlage des neu gefassten § 87 Abs. 6 SGB V Beschlüsse beanstanden oder die Umsetzung mit verbindlichen Auflagen versehen – oder sogar eine Ersatzvornahme vornehmen, d. h. die Verhandlungspartner faktisch nach Hause schicken und eigene Regeln aufstellen. Tatsächlich macht das Bundesgesundheitsministerium von seinen Rechten aktiv Gebrauch, wie wir bei der aktuellen Honorarreform und ihrer Umsetzung erleben konnten.

### *Gemeinsame Selbstverwaltung: Die Krankenkassen entscheiden mit*

- § Da, wo die Selbstverwaltung handeln kann, bestimmt die ärztliche Seite keineswegs allein die Richtung – die Krankenkassen und so genannte unparteiische Mitglieder haben ein gewichtiges Wort mitzureden – und im Zweifelsfall eine Mehrheit. So kamen im Erweiterten Bewertungsausschuss wesentliche Beschlüsse zur Honorarverteilung gegen das Votum der ärztlichen Vertreter zustande. Nachdem kein Konsens zwischen Krankenkassen- und KBV-Vertretern erzielt werden konnte, lehnte der unparteiische Vorsitzende das von der Ärzteseite erarbeitete Verteilungsmodell ab und stimmte mit den Krankenkassenvertretern für den Krankenkassenvorschlag. Die Folge: Der tatsächlich benötigte Behandlungsbedarf der einzelnen Praxis bleibt völlig unberücksichtigt. Stattdessen erhalten die Praxen ein Euro-Budget, das sich allein an Durchschnittswerten der Arztgruppe ausrichtet. Dies bedeutet, dass insbesondere Ärzten mit besonderen Behandlungsschwerpunkten (z. B. Krebspatienten) oder mit sehr hohen Patientenzahlen Honorarverluste in teils existenzbedrohendem Ausmaß drohen. Trotzdem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, dieses gegen die Stimmen der ärztlichen Vertreter beschlossene Verteilungsverfahren anzuwenden, da die Beschlüsse des Ausschusses verbindlich sind.
- § Erschwerend wirkt sich aus, dass sowohl auf Bundesebene als auch auf der Ebene der regionalen Kollektivverträge seit Jahresbeginn 2009 alle Entscheidungen der Krankenkassenseite „gemeinsam und einheitlich“ zu erfolgen haben. Kassenartenspezifische Vereinbarungen sind, auch das eine Neuregelung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, bezogen auf die kollektivvertraglichen Regelungen nicht mehr möglich – trotz einer Rhetorik des BMG, die stets den Wettbewerb betont. Der kleinste gemeinsame Nenner der zur Einheitsposition gezwungenen Krankenkassen ist es, möglichst geringe Ausgaben im Kollektivvertrag zuzulassen.

### *Übertragung der bisherigen regionalen Verhandlungskompetenz auf die Bundesebene*

- i Im Ergebnis wurden mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zudem die regionalen Gestaltungsmöglichkeiten und Verhandlungskompetenzen der Kassenärztlichen Vereinigungen dramatisch eingeschränkt. Wesentliche Aufgaben wie die Honorarverhandlungen und die Honorarverteilung werden jetzt, so sehen es die neuen gesetzlichen Regelungen vor, durch Gremien auf Bundesebene wahrgenommen. In diesem neuen zentralistischen System sind die Verhandlungsspielräume der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung – und damit auch der KVSH – auf ein Minimum reduziert worden. Die bundeseinheitlichen Vorgaben der überregionalen Gremien – Bewertungsausschuss und Erweiterter Bewertungsausschuss – sind für alle Kassenärztlichen Vereinigungen rechtsverbindlich.

## II. Wo bleibt das Geld...?

Geht es in den Medien um die Honorierung der rund 150.000 Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung, ist schnell von Milliardenbeträgen und vermeintlichen Ärztteeinkommen in sechsstelliger Größenordnung die Rede.

Dabei wird vielfach weder zwischen Honorarvolumen und Gewinn unterschieden noch verdeutlicht, dass die für die flächendeckende ambulante Versorgung von über 80 Millionen Menschen in Deutschland zur Verfügung stehende Summe – im Jahr 2009 etwas über 30 Milliarden Euro – der Gesamtetat ist, aus dem die gesamte ambulante Versorgung zu finanzieren ist – einschließlich aller Personal-, Betriebs- und Materialkosten der Praxen und einschließlich aller schon als Selbstverständlichkeit kaum mehr wahrgenommenen Annehmlichkeiten wie den kassenärztlichen Bereitschaftsdiensten, die auch am Abend, an Wochenenden und an Feiertagen die Versorgung der Patientinnen und Patienten flächendeckend in ganz Deutschland sicherstellen. Beim Honorarvo-

lumen handelt es sich somit um das Finanzvolumen, das für diese umfassende Versorgung der Patienten zur Verfügung steht. Auf dieses ambulante Rundum-Paket entfallen übrigens gerade einmal 15 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, während z. B. für die Krankenhäuser rund 33 Prozent der Gesamtmittel, die in Deutschland für die Behandlung gesetzlich Versicherter zur Verfügung stehen, ausgegeben werden.

Ein freiberuflicher Arzt ist kein Arbeitnehmer mit festem Einkommen, sondern trägt als Praxisinhaber ein unternehmerisches Risiko. Honorare fließen, wie bei jedem Selbstständigen und Freiberufler, nur, wenn Leistungen erbracht wurden. Aber – und das ist die Besonderheit bei den niedergelassenen Ärzten – nur bis zu einer bestimmten „budgetierten“ Leistungsmenge. Denn trotz neuer Euro-Gebührenordnung gilt, dass Leistungen nur in einem bestimmten Umfang voll vergütet werden. Über den festgelegten Rahmen hinaus erhält der Mediziner für exakt dieselbe Leistung nur noch eine stark reduzierte Vergütung – obwohl die Kosten z. B. durch den Einsatz von Personal oder Geräten unverändert bleiben. Dies führt dazu, dass rund ein Drittel der ärztlichen Leistungen gar nicht oder nur völlig unzureichend vergütet werden – und der Arzt faktisch umsonst arbeitet.

Und schließlich: Das Honorar des Arztes ist nicht sein Einkommen. Die Gesamtkosten des Praxisbetriebs sind aus diesem Topf zu begleichen: Miete oder Kreditrückzahlung für die Praxisräume, Personalkosten, Betrieb der Praxis, Raten oder Rückstellungen für neue Geräte und Investitionen, Kosten für Fortbildungen, erforderliche Spezialversicherungen, Altersvorsorge – um nur einige Beispiele zu nennen.

Bei der Forderung nach einer angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen geht es darum, Ärztinnen und Ärzten zu ermöglichen, ihre Praxis wirtschaftlich führen zu können. Denn nur eine Arztpraxis, die wirtschaftlich auf einem soliden Fundament steht, ermöglicht es dem Praxisinhaber, sich auf die Versorgung der Patienten zu konzentrieren und hochwertige medizinische Leistungen anzubieten.

Trotzdem überbieten sich Krankenkassen, Bundesregierung und Medien gegenseitig, wenn es um die Schätzung der Höhe der zusätzliche Mittel geht, die der ambulanten ärztlichen Versorgung 2009 gegenüber 2007 zur Verfügung stehen und suggerieren, dass es der Ärzteschaft um ungerechtfertigte Steigerungen des persönlichen und vermeintlich ohnehin schon hohen Einkommens gehe. Viele Haus- und Fachärzte erleben in ihrer täglichen Arbeit eine andere Wirklichkeit: Sie befürchten erhebliche, teils existenzgefährdende Honorareinbußen.

### III. Verwerfungen durch die Honorarreform – Ursache und Wirkung

Häufig irritiert die Feststellung, dass trotz zusätzlicher Finanzmittel der Krankenkassen für die Ärzte oftmals keine spürbare Verbesserung ihres Honorars erkennbar wird. Was auf den ersten Blick widersprüchlich wirkt, lässt sich erklären:

- § Alle Angaben zur Honorarsteigerung für die ambulante Versorgung beziehen sich auf das Basisjahr 2007. Die in 2008 erzielte Honoraranpassung ist für 2009 naturgemäß bereits „verbraucht“. In Schleswig-Holstein wird es bei der Betrachtung von 2009 gegenüber 2008 allenfalls eine „schwarze Null“ geben, in vielen Bundesländern ist die Lage ähnlich.
- § Von dem Steigerungsvolumen müssen mehr als 800 Mio. Euro für die Anhebung der Ost-Honorare aufgebracht werden. Diese Angleichung der Honorierung Ärztinnen und Ärzte in den neuen Ländern war 20 Jahre nach dem Fall der Mauer mehr als überfällig, bedeutet aber auch, dass diese Mittel für die Vergütung der Ärzte in den alten Bundesländern nicht zur Verfügung stehen.
- § Auch nach Inkrafttreten der Honorarreform erhalten die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante ärztliche Versorgung von den Krankenkassen nur „gedeckelte“ Finanzmittel. Das alte Vergü-

tungssystem der Kopfpauschalen mit befreiender Wirkung wurde durch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung abgelöst. Im Verbund mit anderen Regelungen, wie der Abstufung der festen Euro-Preise bei Überschreiten einer durchschnittlichen Leistungsmenge, entpuppt sich die Honorarreform 2009 als eine neue Variante der Budgetierung. Dies bedeutet, dass auch bei zusätzlich auftretenden Erkrankungen (z. B. durch Grippeepidemien) keine weiteren Mittel zur Verfügung stehen. Entgegen aller politischen Absichtserklärungen verbleibt das Morbiditätsrisiko somit in wesentlichen Teilen bei der Vertragsärzteschaft.

- § In der Ärzteschaft sorgen vor allem die sogenannten Regelleistungsvolumina für viel Unmut. Das Regelleistungsvolumen (RLV) ist ein festgelegter Euro-Betrag, der dem niedergelassenen Arzt für die Regelversorgung eines gesetzlich versicherten Patienten zur Verfügung steht. Es ist budgetiert, d. h. der Arzt erhält pro Patient und Quartal eine feste Pauschale und dies auch nur bis zu einer bestimmten Anzahl von Patienten. Die Pauschale soll alle Behandlungen des Patienten in einem Quartal abdecken. In vielen Fällen deckt sie aber nicht einmal die Betriebskosten. So ist vielfach schon beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt mit einer einfachen Untersuchung oder technischen Leistung (z. B. EKG) die Pauschale aufgebraucht – der Arzt arbeitet bei jedem Folgekontakt umsonst und schreibt betriebswirtschaftlich rote Zahlen.
- § Richtig ist, dass der Arzt die Möglichkeit hat, sogenannte „freie Leistungen“, die nicht Teil des RLV sind, zu erbringen. Allerdings lösen auch die „freien Leistungen“ nicht die Kernprobleme der Vergütung der niedergelassenen Ärzteschaft. Zwar gibt es einen Katalog von Leistungen, die außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet werden, ein großer Teil dieser Leistungen muss jedoch aus der Gesamtvergütung finanziert werden. Jede Mengensteigerung dieser freien Leistungen wird damit zu einem echten Problem, da die KVen für die Ausschüttung dieser Honoraranteile – die Leistungen müssen zu einem festgelegten Preis vergütet werden – Gelder zurückstellen müssen (Vorwegabzüge), die bei der Zuweisung der Regelleistungsvolumina an die Ärzte dann fehlen. Folge: Die Regelleistungsvolumen werden geringer.
- § Während es bei einigen Fachgruppen möglich ist, die Honorare aus der Regelversorgung durch freie Leistungen in größerem Umfang aufzustocken, gibt es eine Vielzahl von Arztgruppen, die gar keine freien Leistungen erbringen können – beispielsweise Nervenärzte und Neurologen. Auch bei Fachgruppen, die grundsätzlich freie Leistungen erbringen können, sind Durchschnittsangaben über den Anteil am Gesamthonorar nicht aussagekräftig, da es abhängig von Praxisstruktur und Leistungsspektrum zu großen Unterschieden innerhalb der Fachgruppe kommt. Es muss daher das gemeinsame Ziel von Politik und Selbstverwaltung sein, den Trend der Fragmentierung des ärztlichen Einkommens zu beenden und statt dessen die RLV so auszustatten, dass sie die regelhafte Versorgung der Versicherten in vollem Umfang gewährleisten.
- § Der für die RLV zur Verfügung stehende Anteil an den Mitteln für die ambulante Versorgung wird schließlich noch einmal gemindert durch Vorschriften zur Bildung von Rückstellungen, die von den KVen zwingend zu bilden sind, um bestimmte Mehrausgaben zu finanzieren – etwa für die Honorare neu zugelassener Vertragsärzte, für „abgestaffelte“ Honorare, für Sicherstellungsaufgaben oder für Praxisbesonderheiten (§ 87b Abs. 4, Satz 2 SGB V). Diese Rückstellungen schmälern die Mittel für die Bemessung der RLV – und somit für die regelhafte Versorgung der Versicherten.
- § Vielen Arztpraxen in Schleswig-Holstein entstehen zudem Honorarverluste, weil bestimmte Leistungen von den Krankenkassen bislang außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zu höheren regionalen Tarifen vergütet wurden. Ab 2009 erhalten die Ärzte für diese Leistungen hingegen ein deutlich geringeres bundeseinheitliches Honorar mit nur sehr geringen regionale Zuschlägen.
- § Die Berechnung der Honoraranteile der Länder basiert auf den erbrachten und dokumentierten ärztlichen Leistungen des Jahres 2007. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat sich in den Vorjahren für eine Stabilisierung der Punktwerte eingesetzt. Konsequenter als andere KVen hat sie den Ausstieg aus

dem „Hamsterrad“ und aus der daraus resultierenden – und von vielen zu Recht kritisierten – „Zwei-Minuten-Medizin“ vollzogen. Die Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein werden nunmehr im Ergebnis für ihre bisherige Orientierung an einer patientengerechten und wirtschaftlichen Versorgung „abgestraft“.

- § Die Honorarreform setzt die oftmals über Jahre gewachsenen Strukturen der Honorarverteilung in den Ländern einem schockartigen Anpassungsprozess aus. Die Verwirklichung der politischen Zielsetzung bundesweit einheitlicher Vergütungsbeträge hat neue Umverteilungen und neue Ungerechtigkeiten ausgelöst, die regional kaum abgedeckt werden können.

#### IV. Die Konvergenzphase – nur ein Übergang

- § Mittlerweile hat der Erweiterte Bewertungsausschuss, das auf Bundesebene für die Honorarreform zuständige Gremium, dem Ärzte- und Krankenkassenvertreter sowie unparteiische Mitglieder angehören, eine Öffnungsklausel beschlossen, die den Kassenärztlichen Vereinigungen in einer Übergangszeit mehr regionale Handlungsspielräume bei der Honorarverteilung ermöglicht (Konvergenzphase). Dieser Beschluss ist nicht zuletzt auf Druck der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins zustande gekommen. Die KVSH wird diesen erweiterten Spielraum dazu nutzen, um Praxen, die besonders starke Honorarverluste hinnehmen müssen, durch eine Verlustbegrenzung zu helfen. Dies dient allein dem Ziel, das Überleben von existenzbedrohten Arztpraxen zu sichern. Die Abgeordnetenversammlung der KVSH, das oberste Gremium der schleswig-holsteinischen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, hat diesem solidarischen Vorgehen zugestimmt, wenngleich die Umverteilung zwischen „Gewinnern“ und „Verlierern“ die dramatischen, durch die grundsätzliche Ausrichtung der Reform bedingten Verwerfungen verdeckt, ohne eine dauerhafte Perspektive zu eröffnen.
- § Auch nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses bleiben die Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, die regionale Versorgung zu gestalten, leider geringer als in der Vergangenheit, zudem handelt es sich nur um eine vorübergehende Öffnungsklausel. Und selbst für die Übergangsregelung gilt: Die Vertreter der Ärzteschaft benötigen die Zustimmung der Krankenkassen, obgleich diese gar nicht direkt betroffen sind, denn mit der Übergangsregelung wird keinerlei zusätzliches Geld für die ambulante Versorgung zur Verfügung gestellt.
- § Vor diesem Hintergrund sind die Proteste der Ärztinnen und Ärzte verständlich. Die KVSH weiß aus ihren regelmäßigen Gesprächen mit den Berufsverbänden, dass sich die an den Protesten teilnehmenden Ärzte ihren vertragsärztlichen Pflichten bewusst sind. So haben auch die Organisatoren der Aktionswochen verschiedener fachärztlicher Verbände stets sichergestellt, dass die grundsätzliche Erreichbarkeit von Praxisvertretern auch während der Protestaktionen gegeben ist.

#### V. Weichenstellungen

- § Die Honorarverluste sind für viele Ärztinnen und Ärzte schmerzlich und in einigen Fällen sogar existenzbedrohend – und gefährden die bewährte wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung der Patienten. Es ist eines der zentralen Probleme der Honorarreform, dass die Regelleistungsvolumina für die regelhafte Versorgung eines GKV-Patienten während eines Quartals unzureichend sind. Der in Euro und Cent ausgedrückte Honoraranspruch legt aber nun in aller Deutlichkeit die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung offen, die in der Vergangenheit durch das intransparente System floatender Punktwerte – zumindest vordergründig – verdeckt wurde.
- § Die über Jahre gewachsene Komplexität und Regeldichte der ärztlichen Honorarverteilung – das zeigt die aktuelle Reform erneut deutlich – ist nicht das Werk einer „unfähigen Selbstverwaltung“, sondern

das Resultat einer Verteilungsspirale, in der die ärztliche Selbstverwaltung versucht, mit begrenzten Ressourcen einem nahezu unbegrenzten Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Politik gerecht zu werden. Diese Aufgabe ist spätestens mit der aktuellen Honorarreform an eine erkennbare Grenze gestoßen.

- § Die Regelungen zur Honorarreform legen auch offen, dass ein planwirtschaftliches Mengensteuersystem unvereinbar ist mit dem Behandlungsbedarf, dem sich ein Arzt täglich stellen muss und der nie exakt prognostizierbar oder planbar sein wird.
- § Damit derart gravierende Honorarverwerfungen vermieden und weiterhin eine flächendeckende ärztliche Versorgung insbesondere in besiedlungsschwachen Regionen sichergestellt werden kann, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen daher dringend ihre regionalen Handlungsspielräume zurückerhalten.
- § Auch muss die Frage offen diskutiert werden, ob eine direktere Abrechnung zwischen Arzt, Patient und Krankenkasse für mehr Honorargerechtigkeit und mehr Transparenz sorgen könnte.
- § Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat sich in einer Sondersitzung im März zu ihrer Verantwortung für eine flächendeckende und qualitätsgesicherte Versorgung sowie zum Erhalt, zur Weiterentwicklung und zur Modernisierung der Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt. Eine ärztliche Selbstverwaltung, der die entscheidenden Steuerungsmöglichkeiten von der Politik aus der Hand genommen wurden und werden, wird ihre Aufgabe zum Wohle von 80 Millionen Menschen in Deutschland aber nicht erfüllen können. Deshalb hat die Vertreterversammlung, in der alle KVen vertreten sind, u. a. folgende Forderungen an die Adresse der Politik formuliert:
  - Erhalt der Freiberuflichkeit
  - Beschränkung der Rolle des Gesetzgebers auf das Nötigste – Reduzierung der Regelungsdichte
  - Einführung einer Wettbewerbsordnung zur Vereinbarkeit von Kollektiv- und Selektivverträgen; Unteilbarkeit des Sicherstellungsauftrages
  - KVen dürfen nicht länger vom Wettbewerb um Selektivverträge ausgeschlossen werden
  - Transparente, leistungsgerechte Vergütung ärztlicher Leistung; kein Mitspracherecht der Krankenkassen bei der Honorarverteilung; Entwicklung einer transparenten, qualitätsbezogenen Vergütung durch die KVen
  - Einführung eines gleichberechtigten Anspruchs auf Kostenerstattung in der ambulanten Versorgung neben dem Sachleistungsprinzip
  - Die Preisverantwortung bei der Verordnung von Arzneimitteln geht auf Krankenkassen und Pharmaindustrie über.