

Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Bericht zur Lage

Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
am 24.11.2001 in Köln

- Es gilt das gesprochene Wort -

**Verehrte Frau Vorsitzende,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,**

Nichts ist unmöglich.

Diesen Slogan eines namhaften Autoherstellers möchte man dieser Tage der Bundesregierung verpassen. Denn was gegenwärtig in Berlin passiert, ist in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland bisher so nicht da gewesen.

Nach welchen Prinzipien Politik arbeitet und letztlich funktioniert, das konnte man in den letzten Wochen im Schnelldurchgang lernen. Zunächst herrschte die Großmütigkeit des Kanzlers nach Gutsherrenart: „Egal, welche Mehrheit“. Dann änderte sich der Ton, es wurde für einige ungemütlich. Von „Nötigung“ und „Erpressung“ sprachen die GRÜNEN, als Schröder plötzlich die Vertrauensfrage stellte.

Doch von diesen starken Worten blieb nicht viel übrig: Vier wurden ausgelost und zu Parlamentariern mit aufrechtem Rückgrat erklärt, die mit Nein stimmen durften. Was für eine grandiose parlamentarische Vorstellung! Drohung statt Toleranz, Disziplin statt Debatte, über allem Macht statt Moral. Und der Kanzler? Tollkühner Stratege, gewiss. Aber das ist kein Wert an sich.

In dieses Szenario passt ein Vorgang wenige Tage zuvor: Da lässt sich eine Ministerin ihren Schneid für 400 Millionen abkaufen - nicht hinter verschlossenen Türen durch Herren in langen Mänteln mit Sonnenbrillen, nein in aller Öffentlichkeit durch die Hauptgeschäftsführerin des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA), Cornelia Yzer.

Denn die Bundesregierung hat im Zusammenhang mit den Beratungen über das **Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG)** auf gesetzliche Preisregulierungen bei festbetragsfreien verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in den kommenden zwei Jahren verzichtet, weil die Mitgliedsunternehmen des VFA sich bereit erklärt haben, zu Beginn des nächsten Jahres eine einmalige Zahlung von 400 Millionen DM an die GKV zu leisten und „auch in Zukunft zu ihrer Mitverantwortung zu stehen und die Preise für festbetragsfreie Arzneimittel in den nächsten beiden Jahren stabil zu halten“. Als Arzt ist man versucht zu fragen: **Was müssen wir hinblättern, um uns von der Budgetierung bei den Arzthonoraren freizukaufen?**

Es ist ein **Trauerspiel**, was uns in diesen Tagen als Gesundheitspolitik verkauft wird. Aktionismus gepaart mit Feigheit ist die gefährliche Mischung, die über die Zukunft unseres Gesundheitswesens bestimmt. Da wird undurchdacht nach jeder Mark gegriffen, um drohende Beitragssatzerhöhungen im kommenden Jahr, dem **Wahljahr**, zu verhindern. Aber auf durchgreifende strukturelle Maßnahmen wartet man vergebens.

Denn unter Bundespolitikern herrscht immer noch die Furcht vor, dass man mit Gesundheitspolitik Wahlen nicht gewinnen, sehr wohl aber verlieren kann. Der ehemalige Gesundheitsminister Horst Seehofer kann davon ein Lied singen.

Aus dieser Furcht ist die Gesetzgebungswut, die das Gesundheitswesen derzeit erlebt, zu erklären. Eine bunte Mischung aus brisanten Angelegenhei-

ten: Die Einführung der DRGs oder des Wohnortprinzips bei der ärztlichen Vergütung oder die Reaktion auf die Ablösung der Arzneimittelbudgets durch das ABAG mit dem AABG steht neben Banalitäten wie dem Achten EURO-Einführungsgesetz.

Mit diesem wilden Mixtum Compositum versucht Ministerin Schmidt den Herausforderungen der solidarisch finanzierten GKV zu begegnen. Aber der medizinische Fortschritt und die demographische Entwicklung stellen uns alle - gleich welcher Profession und welcher Partei wir angehören - vor die Frage: **Wie stellen wir die Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt sicher, ohne dass wir die Gesellschaft insgesamt überfordern?**

Bisher hat sich die **SPD** äußerst schwer getan, auf die Gefahr der Überforderung unseres Solidarsystems mit dem Vorschlag eines verstärkten Engagements des Versicherten selbst zu reagieren. Vielmehr wird nach außen versucht, die These von den **noch nicht erschöpften Rationalisierungsreserven** weiter zu vertreten. Dabei spielt sicher die Angst, das selbe Schicksal wie Horst Seehofer zu erleiden, eine große Rolle.

Seehofer hatte im Gegensatz zu Frau Schmidt ein klares Konzept und hat es sogar noch zum Ende seiner Amtszeit durchgesetzt: **Leistungsbegrenzungen und Zuzahlungserhöhungen**. Damit konnte er bis zur Bundestagswahl im September 1998 die Finanzen der GKV stabilisieren - die Wahl ging aber trotzdem oder gerade deshalb verloren.

Schmidt dagegen hält an der These fest, es sei genügend Geld im System, das Problem sei lediglich die **falsche Allokation und Verteilung der Mittel sowie die insuffiziente Qualität der Leistungen**.

Im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleichs soll nun eine neue Wunderwaffe eingeführt werden: **Disease-Management-Programme**. Für solche strukturierten Behandlungsprogramme wird es beim RSA zukünftig „Fördergelder“ (gleich RSA-Ausgleichszahlungen) geben. Ursprünglich war die Einführung auf 2003 terminiert, aber unter dem wachsenden Druck auf die GKV ist die Einführung bereits Anfang 2002 vorgesehen; auch die Einführung des Risikopools soll auf dieses Datum vorgezogen werden, trotz einer problematischen Datenlage.

Hauptsache: Der Wettbewerb um die bessere Versorgung von chronisch Kranken kann beginnen, oder genauer: Der Geldtransfer im System zu ungunsten der so genannten Versorgerkassen wird gestoppt. Dieser Sprengsatz wäre vermeidbar gewesen, hätte man den Wettbewerb um "junge und schöne" Patienten nicht initiiert.

In der Diskussion um diese Konzepte hat sich Frau Schmidt erfreulicherweise für Beratungen zugänglich gezeigt. Denn entgegen der ursprünglichen Absicht sind wir **Ärzte nun** bei der Entwicklung dieser Konzepte **dabei**. Diese Aufgabe wurde **dem Koordinierungsausschuss** übertragen, in dem Vertreter der Selbstverwaltung paritätisch vertreten sind.

Die Ärzteschaft hat sich gegenüber diesen Programmen stets aufgeschlossen gezeigt. Denn durch **ein Jahrzehnt der Politik der Budgetierung ist es schon zu spürbaren Defiziten** gerade bei der Behandlung und Betreuung von chronisch Kranken gekommen.

Ich möchte daher heute den Krankenkassen ein Angebot unterbreiten: Lassen Sie uns einen **Rahmenvertrag** schließen, der sicherstellt, dass die Vereinbarung von DMP-Verträgen einheitlich und kollektivvertraglich erfolgt und nicht zu Diversifikationen in der Behandlung unserer Patienten im Wartezimmer führt.

Disease-Management: Gemeinsam und einheitlich sollte alles hinsichtlich der zu betreuenden Erkrankungen geregelt werden. Das fängt mit der Definition an, welche Erkrankungen berücksichtigt werden sollen, aber es gilt auch festzulegen, welche Behandlungsziele mit welchen Leitlinien erreicht werden sollen sowie Modalitäten der Einschreibung und Dokumentation zu regeln.

Dem **Wettbewerb der Krankenkassen** können die Management-Strategien überlassen bleiben. Da können die einzelnen Krankenkassen beweisen, wer das bessere Reminder-System hat oder wessen Call-Center die kompetenteren Ansprechpartner vorhält.

Mit diesem Rahmenvertrag soll sichergestellt werden, dass zu keinem Augenblick bei den gesundheitsökonomisch basierten DMPs die ärztliche Ethik auf der Strecke bleibt.

Wir in Nordrhein haben mit unserem **Diabetes-Strukturvertrag** quasi ein Pilotprojekt für ein erfolgreiches Disease-Management-Programm entwickelt. Die jetzt vorliegende Drei-Jahres-Bilanz spricht für sich. Die Ergebnisse zeigen, dass in Nordrhein der richtige Weg hin zu einer besseren Versorgung von Diabetikern eingeschlagen wurde.

Doch die Erfahrungen mit diesem Vertrag haben eindeutig auch gezeigt: „Qualität ohne zusätzliches Geld“ oder gar „Qualität mit weniger Geld“ kann es nicht geben. Vielmehr muss die **Versorgungsqualität im Einklang mit der Vergütungsqualität** stehen. Dies konnte beim Strukturvertrag Diabetes insbesondere durch die Vertragsverhandlungen in diesem Jahr voll erreicht werden. Ich werde später noch darauf zurückkommen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

inzwischen sind auch **neue Töne** aus den Reihen der großen Regierungspartei zu hören. So sollte Finanzminister Eichel darüber nachdenken, **versicherungsfremde Leistungen** endlich aus der GKV herauszunehmen und durch Steuern zu finanzieren. Dabei ist z. B. an Leistungen der Schwangerschaft- und Mutterschafts-Vorsorge, das Sterbegeld oder die beitragsfreie Versicherung während Erziehungszeiten gedacht worden. Alles in allem könnte dies der GKV rund **7 Milliarden DM einsparen**, was eine Senkung der Beitragssätze um 0,3 Prozentpunkte bringen würde.

Andere SPD-Politiker wie der Gesundheitsminister von Rheinland-Pfalz, **Florian Gerster**, denken inzwischen offen über die Ausgliederung von Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog nach. Gerster nannte die tiefenpsychologische Psychotherapie und Massagen, aber auch kieferorthopädische Behandlungen als Beispiele.

Auch **DIE GRÜNEN** plädieren inzwischen für eine schnelle Reform und sprechen sich für die Einführung der Positivliste und eine Überprüfung des

GKV-Leistungskataloges sowie für die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen aus.

Die Opposition, allen voran die **CDU/CSU**, fordert die Ministerin zu sofortigem Handeln auf. So hat Seehofer einen **Vier-Punkte-Plan** vorgelegt, über den sich die verfasste Ärzteschaft allerdings nicht freuen kann. Seehofer fordert

- die Abschaffung des „**Quasi-Kartells**“ von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Einführung der Vertragsmöglichkeit zwischen Kassen und einzelnen Ärzten.
- Die Versicherten sollten selbst über die Höhe ihres Kassenbeitrages und eines eventuellen Selbsthalts entscheiden.
- Die Aus- und Weiterbildung der Ärzte müsse verbessert werden.
- Statt starrer Budgets müssten Richtgrößen eingeführt werden.

Auch die **FDP** spricht sich für die **Abschaffung des „Vertragsmonopols der KVen“** aus und verlangt mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Liebe Kollegen, liebe Kolleginnen,

die sich anbahnende **konzertierte Aktion gegen die KVen** bereitet vielen Sorgen. Doch ich gehe optimistisch in die Auseinandersetzung um die Zukunft der KVen. Denn die von mir verfolgte Politik dient der Aufrechterhaltung einer flächendeckenden, wohnortnahen und qualitätsgesicherten Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Das geht nur erfolgreich mit einer starken vertragsärztlichen Selbstverwaltung.

Deshalb werde ich mich in meiner KV-Arbeit auch **gegen jeden Versuch der Rosinenpickerei im Vertragsgeschehen** wenden. Denn wer zulässt, dass sich einzelne Kollegen oder Gruppen von Kollegen Vorteile durch günstige Angebote im Rahmen der Integrationsversorgung nach § 140 oder der Disease-Management-Programme verschaffen, der gefährdet die Patientenversorgung und zugleich die Existenzgrundlage von Kollegen.

Doch auch in der Auseinandersetzung um die DMPs hat sich bei den Gesundheitspolitikern die Erkenntnis durchgesetzt, dass diese Programme nicht an der Vertragsärzteschaft vorbei entwickelt und durchgesetzt werden können. Deshalb denke ich, dass wir selbstbewusst in der Auseinandersetzung um die KVen agieren können.

In Versorgungsfragen werden wir uns immer Gesprächsbereit zeigen, aber in einer Sache werden wir halsstarrig bleiben: **Die KV muss die ordnende Hand in der Finanzabwicklung behalten**. Dass wir gut damit gefahren sind, belegen die Ergebnisse der Honorarverhandlungen des ablaufenden Jahres.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die **Honorarverträge für das Jahr 2001** sind fast ausnahmslos unter Dach und Fach, es fehlt lediglich die Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft. Im Einzelnen konnten wir folgende Abschlüsse realisieren:

Folie 1

Die Gesamtvergütung der **AOK Rheinland** wird im Jahr 2001 1,623 Mrd. DM betragen und damit um 20,4 Mio. DM über der Gesamtvergütung des Jahres 2000 liegen. Wir haben die vom Gesetzgeber vorgesehene **Grundlohnsteigerung** in Höhe von 1,63 % voll realisiert.

Darüber hinaus konnten wir 2 Mio. DM für die **Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen**, 1 Mio. DM für die Finanzierung der **Gebührenscheidungs-Nummer 27** zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege sowie einen kleinen Etat für die Vergütung von Verwaltungsanfragen nach den **EBM-Nummern 72, 73 und 77** erzielen.

Für die Finanzierung des **Diabetes-Vertrages** haben wir für die Jahre 2000 und 2001 zusammen 5,5 Mio. DM zusätzlich ausgehandelt und konnten den Punktwert für präventive Leistungen von 8,5 auf 8,6 Pfennig steigern.

Die Förderung für **die Strahlentherapie** und die **fachärztlichen Internisten** setzen wir ebenso fort wie die Förderung für das ambulante Operieren, wo uns ein Betrag von insgesamt 8 Mio. DM zur Verfügung steht.

Folie 2

Die **Gesamtvergütung der Betriebskrankenkassen** beläuft sich im Jahr 2001 auf 1,5205 Mrd. DM und hat damit bald die Größenordnung der AOK Rheinland erreicht. Die Steigerung gegenüber dem Jahr 2000 beträgt 168 Mio. DM, was auf einen **Mitgliederzuwachs von 12 %** zurückzuführen ist, der allein 148,2 Mio. DM ausmacht.

Die **volle Grundlohnsummensteigerung**, die wir auch hier realisieren konnten, entspricht einer Steigerung von 19,8 Mio. DM.

Die Betriebskrankenkassen finanzieren die **Psychotherapie-Leistungen** im Jahr 2001 mit zusätzlich 7,5 Mio. DM und stellen für die **GO-Nr. 27** für die Verordnung häuslicher Krankenpflege 660.000,00 DM zur Verfügung. **Verwaltungsanfragen nach dem EBM-Nrn. 72, 73 und 77** werden extrabudgetär mit einem Punktwert von 8,5 Pfennig vergütet. Der extrabudgetäre **Punktwert für präventive Leistungen** konnte von 8,4 auf 8,55 Pfennig gesteigert werden.

Leistungen des **Mamma-MRT und der Photodynamischen Therapie** werden mit 8,55 Pfennig bezahlt und – hierauf sind wir besonders stolz – **die Impfleistungen** werden extrabudgetär ab 01.01.2001 mit einem Punktwert von 8,55 Pfennig bezahlt.

Die Förderung der Strahlentherapeuten und der fachärztlichen Internisten wird ebenso fortgesetzt wie die Förderung des ambulanten Operierens.

Der bereits erwähnte **hohe Mitgliederzuwachs** von 12 % bei den Betriebskrankenkassen kommt nicht allein der KV Nordrhein zugute, denn viele dieser neuen Mitglieder wohnen nicht in unserem KV-Bereich, sondern sie sind über das Bundesgebiet verteilt. Das bedeutet, dass wir den Löwenanteil derjenigen Steigerungen, die sich durch Mitgliederveränderungen ergeben, im Jahr 2001 im Wege des **Fremdkassenzahlungsausgleichs** an andere Kassenärztliche Vereinigungen abgeben müssen und nach Einführung des Wohnortprinzips von vorne herein nicht mehr über diese Gelder verfügen werden.

Folie 3

Auch bei den **Innungskrankenkassen** haben wir die volle Grundlohnsteigerung in Höhe von 1,63 % realisiert, was 5,1 Mio. DM entspricht. Bei dieser Kassenart sorgt jedoch die deutliche **Abnahme der Mitgliederzahl** in Höhe von minus 2,7 % für einen Verlust von 8,6 Mio. DM. Dadurch sinkt die Gesamtvergütung auf 348,5 Mio. DM, was saldiert einem Minus von 3,5 Mio. DM oder einem Prozent entspricht.

Die Innungskrankenkassen stellen für die Finanzierung von **psychotherapeutischen Leistungen** 1 Mio. DM zur Verfügung und haben uns ebenfalls einen kleinen Etat für die Vergütung von **Verwaltungsanfragen** eingeräumt. Für die **Diabetes-Vertragsfinanzierung** und die **übrigen Sonderverträge** wurden zusätzlich 2 Mio. DM realisiert. Der **Punktwert für präventive Leistungen** ist von 8,11 auf 8,27 Pfennig angehoben worden.

Die Förderung für **strahlentherapeutische Leistungen und fachärztliche Internisten** sowie für das ambulante Operieren wurde beibehalten.

Folie 4

Ein ähnliches Bild wie bei den Innungskrankenkassen bietet sich auch bei den **Ersatzkassen**. Ein deutlicher **Rückgang bei den Mitgliedern** in Höhe von minus 3,4 % beschert uns einen Verlust von 71,3 Mio. DM. Wir haben jedoch auch mit den Ersatzkassen die volle Grundlohnsummenentwicklung aushandeln können, so dass der hieraus resultierende Zuwachs in Höhe von 33,6 Mio. DM unseren Verlust aus dem negativen Mitgliedersaldo auf 37,7 Mio. DM absenkt. Die Gesamtvergütung wird im Jahr 2001 2,225 Mrd. DM betragen und liegt damit um 1,6 % unter der Gesamtvergütung des Jahres 2000.

Die Finanzierung der **psychotherapeutischen Leistungen** zum Mindestpunktwert von 7,6672 Pfennig ist im Jahre 2001 bei den Ersatzkassen sichergestellt. Für die Finanzierung der **Nr. 27** für die Verordnung der häuslichen Krankenpflege konnten 1,4 Mio. DM ausgehandelt werden. Auch die Ersatzkassen stellen uns einen kleinen Etat für die **Vergütung von Verwaltungsanfragen** zur Verfügung. Der **Punktwert für präventive Leistungen** wurde von 8,0 auf 8,13 Pfennig angehoben.

Für die **Vergütung der Wegegelder** im Rahmen des organisierten Notdienstes und die **Diabetes-Vertragsfinanzierung** haben uns die Ersatzkassen 2,85 Mio. DM zur Verfügung gestellt. Damit können die Unterdeckungen, die der Fahrdienst durch die Zonenregelung im Ersatzkassensektor bewirkt, zu einem guten Teil aufgefangen werden.

Mit den Ersatzkassen haben wir darüber hinaus einen **Strukturvertrag zur Förderung ambulanter Operationen sowie ein Modellvorhaben über eine abgestufte, flächendeckende Versorgung mit Katarakt-Operationen** abgeschlossen. Allein für die Förderung ambulanter Operationen stehen uns 13,6 Mio. DM zur Verfügung, die selbstverständlich nicht aus der Grundlohnsummensteigerung finanziert wurden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Folie 5

die durchweg positiven Ergebnisse unserer Honorarverhandlungen können sich angesichts einer **Zunahme aller Leistungserbringer um 2,2 %** auf jetzt 16.868 und des Mitgliederschwundes bei Innungskrankenkassen, Ersatzkassen aber auch der AOK Rheinland nicht in gleicher Weise beim einzelnen Arzt auswirken.

Folie 6

Die Entwicklung bei den Arztzahlen spiegelt sich natürlich wider bei den Honoraren je Fachgruppe und je Arzt. Beim **Honorar**, also der Vergütung für punktzahlbewertete Leistungen plus der DM-Beträge aus Sonder-Verträgen etc., ergibt sich folgendes Bild: Während die **Gruppe der Allgemeinärzte nur ein Minus von 0,9 %** zu verzeichnen hat, ist bei den **hausärztlich tätigen Internisten** das Honorar um **7,7 % gesunken**. Dies ist zu erklären mit dem Wechsel von hausärztlich tätigen Internisten in den fachärztlichen Bereich und der entsprechenden Mitnahme des Honorars.

Bei den **Fachärzten insgesamt ist das Honorar um 1,5 % gestiegen**. Die einzelnen Facharztgruppen sind hiervon jedoch höchst unterschiedlich betroffen, da im II. Quartal 2001 erlaubtes Wachstum und neue Ärzte solidarisch finanziert wurden. Dies ändert sich mit dem III. Quartal 2001, wo lediglich ein dreiprozentiges Wachstum solidarisch finanziert werden muss. Das darüber hinausgehende Wachstum wird nun zu Lasten der jeweiligen Fachgruppe vergütet.

Für den **einzelnen abrechnenden Arzt** ist ein **Honorarminus in Höhe von 2,2 %** gegenüber dem II. Quartal 2000 festzustellen. Dieses Minus beim einzelnen Arzt entspricht übrigens exakt der bereits erwähnten Zunahme der Zahl der Leistungserbringer.

Folie 7

Um noch einmal den Bogen zur **Gesamtvergütung** zu schlagen, möchte ich Ihnen die absoluten Verteilungsbeträge des II. Quartals 2001 und die prozentuale Veränderung gegenüber dem II. Quartal 2000 darstellen:

Die **Gesamtvergütung** einschließlich der Zahlungen anderer KVen betrug im II. Quartal **1,57 Mrd. DM** und war damit um knapp **7 % höher** als der Betrag des II. Quartals 2000. Die Vorwegzahlungen sind weitgehend gleich geblieben bis auf den **Fremdkassenzahlungsausgleich**, wo wir **eine Steigerung um 90 Mio. DM** feststellen haben. Dieser Steigerung – und dies darf nicht übersehen werden – stehen jedoch zusätzliche Zahlungen der Betriebskrankenkassen gegenüber, die aus Mitgliederzuwächsen außerhalb Nordrhein resultieren und deshalb den Fremdkassenzahlungsausgleich um diese 90 Mio. DM aufblähen. Dadurch haben wir aber keinen Verlust gegenüber dem Vorjahresquartal erlitten.

Nach Abzug der Vorwegzahlungen verbleibt ein **Verteilungsbetrag für Leistungen, die dem Individualbudget** unterliegen, der um **6,72 %** höher ist als in II/2000. Die **Punktzahlen für Leistungen**, die dem Individualbudget unterliegen, sind allerdings um **12,34 %** gestiegen. Dies hängt damit zusammen, dass die Gruppen der Kardiologen und Radiologen nun ebenfalls dem Individualbudget unterliegen. Bei einem um knapp 7 % höheren

Verteilungsbetrag und gut 12-prozentiger Punktzahlsteigerung, müssen folgerichtig die Quoten sinken. Im **II. Quartal 2001** lag die durchschnittliche **Quote bei 91,16 %** - und somit 4,8 % unter dem Vorjahreswert.

Trotz optimaler Ausschöpfung der gesetzlich zugestandenen Steigerungsmöglichkeiten ist damit ein Honorarverlust für den einzelnen Kollegen unabwendbar, obwohl die KV Nordrhein, anders als alle anderen KVen durch die Individualbudgets das **Hamsterrad nachhaltig gestoppt** hat. Die folgenden Zahlen belegen dies eindrucksvoll:

Folie 8

Während **Praxisbudgets und Regelwerk 6,6 %**, **sachlich-rechnerische Berichtigungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen 0,6 %** vom Brutto-Leistungsbedarf abschöpfen, reduzieren die **Individualbudgets die angeforderte Punktzahl nochmals um 15 %**, so dass wir insgesamt einen **Ab schöpfungsbetrag von der Bruttoleistungsbedarfsanforderung in Höhe von 22,2 %** aufzeigen!

Wir leisten damit seit Jahren den größtmöglichen Beitrag zur Stabilisierung des Leistungsgeschehens und **finanzieren mit unserem eigenen Geld jeden Arzt, jeden Psychotherapeuten und jeden Institutsvertrag, der neu ins System kommt**. Wer uns als Kostentreiber im Gesundheitswesen bezeichnet, hat nichts verstanden oder will nichts verstehen. Für die Beitrags-satzstabilität bei den Krankenkassen stehen wir Ärzte und Psychotherapeu-ten nunmehr seit Jahren mit unserem Honorar gerade. **Wir sind die Garan-ten für die Beitragsatzstabilität.**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

auch die diffamierenden und durch ständige Wiederholung nicht wahrhaftiger werdenden Behauptungen von Herrn Kiefer und Co., dass wir Ärzte durch **Abrechnungsmanipulationen** Millionen zu Unrecht kassieren wür-den, möchte ich an dieser Stelle auf das Entschiedenste zurückweisen.

Bedauerlicherweise ist der Abrechnungsbetrag ein relevantes Thema. Doch wir bedürfen in dieser Frage keiner Nachhilfe von außen. Denn wir sorgen hier selbst für Ordnung. Mit Genugtuung kann ich berichten, dass die KBV **inzwischen bundeseinheitliche Richtlinien für Plausibilitätsprüfungen** entwickelt hat, die wir bei unseren nordrheinischen Prüfungen berücksichti-gen.

Wir in Nordrhein haben die vereinbarte **Stichprobenprüfung** etabliert. Daneben werden auch weiterhin Plausibilitätsprüfungen auf Anregung der Verwaltungsräte nach entsprechendem Vorstandsbeschluss durchgeführt. In diesen Komplex gehören auch die **Fragebogenaktionen in Bezug auf die Abrechnung von O III Leistungen** einerseits und die **Voraussetzungen für die Abrechnung bestimmter ambulanter Operationen** andererseits.

Die Plausibilitätsprüfung wird **kontinuierlich optimiert**. So gilt es, die entwickelten Plausibilitätskriterien für die Prüfung der Plausibilität der Abrechnung der Psychotherapeuten auf ihre Tauglichkeit zu prüfen und in die Plausibilitätsvereinbarung aufzunehmen. Gleiches gilt für die von der KBV vorgegebenen **Mindestzeiten für nicht zeitbewertete Leistungen**, die auch künftigen Betrachtungen zugrunde gelegt werden.

Zum **EBM 2000 Plus** kann ich Ihnen,
sehr geehrte Damen und Herren,

Folgendes berichten: Eine **vollständig überarbeitete und auch bewertete Fassung des EBM 2000 Plus** liegt dem KBV-Vorstand nunmehr vor. Er ist bereits den beratenden Fachausschüssen vorgestellt worden. Die Berufsverbände folgen in Kürze. Dann werden auch die Verhandlungen mit den Krankenkassen wieder intensiviert.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung arbeitet auf einen Beschluss des Bewertungsausschusses noch im ersten Quartal 2002 hin. Dann könnte eine Testphase des neuen EBM in mindestens zwei KVen im III. Quartal 2002 beginnen. Allerdings ist mit der Einführung eines neuen EBM für uns keinesfalls vor 2004 zu rechnen.

Auch die Einführung von **veranlasserbezogenen Budgets** wird vorbereitet. Die Krankenkassen wollen allerdings vor der Einführung solcher Budgets eine Informationsphase einrichten, um hierbei sowohl Erfahrungen zu sammeln als auch die Beteiligten an den Umgang mit diesen Budgets zu gewöhnen. Der Länderausschuss hat sich in der vergangenen Woche dieser Auffassung angeschlossen.

Die jüngsten Änderungen am EBM betreffen die Einführung der **Mamma-MRT-Untersuchung** sowie der **Photodynamischen Therapie**. In einer Bundesempfehlung ist vereinbart worden, 0,23 % an Laboreinsparungen für die Mamma-MRT zur Verfügung zu stellen und Umsätze, die darüber hinaus getätigt werden, als Einzelleistungsvergütung zu bezahlen.

Bei den entsprechenden Verhandlungen mit unseren nordrheinischen Krankenkassen waren wir erfolgreich. Wir konnten **mit allen Kassen** einen festen Punktwert von **8,5 Pfennigen** für Mamma-MRT und die Photodynamische Therapie vereinbaren sowie eine Einzelleistungsvergütung, auch wenn der Betrag aus der 0,23 %igen Einsparung erschöpft ist.

Diese Einsparungen im Laborbereich in Höhe von 0,23 %, die wir für die Finanzierung von PDT und Mamma-MRT benötigen, müssen natürlich auch entsprechend realisiert werden. Und damit komme ich zu den heute anstehenden **HVM-Änderungen**.

Der HVM-Ausschuss schlägt Ihnen eine **entsprechende Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes** vor, wodurch eine exakte Umsetzung der Bundesempfehlung erreicht wird.

Eine weitere Änderung des HVM betrifft die **Vorwegabzüge aufgrund unserer Sondervereinbarungen**. Diese Vorwegabzüge sollen nunmehr jeweils denjenigen Fachgruppentöpfen zugeordnet werden, in denen sie auch anfallen. Ich denke, dies ist gerecht und wird die Diskussionen um Vorwegabzüge in sachlichere Bahnen lenken.

Schließlich sei noch auf die **erstinstanzliche Rechtsprechung des Sozialgerichts Düsseldorf** zum HVM der KVNo eingegangen. Die Behauptung, das Sozialgericht habe die Individualbudgets oder gar den ganzen HVM für unwirksam erklärt, trifft nicht zu. Richtig ist allerdings, dass das Gericht die Möglichkeit einer etablierten unterdurchschnittlichen Praxis, nur in 3 % Schritten bis zum Durchschnitt wachsen zu können, als nicht ausreichend erachtet hat. Die Entscheidungen sind noch nicht rechtskräftig und werden

nach meiner Einschätzung von der anwaltlichen Seite – möglicherweise unter Marketinggesichtspunkten – überbewertet.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich kann das Thema Honorar nicht abschließen ohne auf **die Widersprüche gegen die Honorarbescheide** einzugehen.

Folie 9

Lassen Sie mich die Situation zunächst in nackten Zahlen schildern: Mitte des Jahres waren **rund 22.500 Vorgänge** unbearbeitet, davon rund 16.100 Widersprüche gegen Abrechnungsbescheide bzw. gegen Bescheide über sachlich-rechnerische Berichtigungen. Ca. 1.100 Verfahren betreffen die Ablehnung von Anträgen, u. a. auf Erhöhung von Budgets. Schließlich geht es in 5.300 Verfahren um Folgen aus der Regelung des § 7 HVM.

Die Situation auf dem Widerspruchssektor ist auch deshalb unbefriedigend, weil die Verfahren elend lange dauern. Dies liegt nicht an den Kollegen, die sehr engagiert im Widerspruchsausschuss die Entscheidungen des Vorstandes vorbereiten. Vielmehr fehlen die Verwaltungskapazitäten. Wir sind aber bemüht, der Situation Herr zu werden. Kurzfristige Erfolge sind jedoch nicht zu erwarten.

Wenn sich auch bei genauerem Hinsehen **die gigantische Zahl der Widersprüche** dadurch relativiert, dass mehrere hundert Widersprüche zu Komplexen zusammengefasst werden können, die aufgrund von Musterverfahren ruhend gestellt werden können, gibt der Sachstand doch Anlass zu heftigem Nachdenken.

Keinem Kollegen kann ein Vorwurf gemacht werden, dass er von seinem Recht auf Widerspruch Gebrauch macht. Doch diese individuelle Widerstandsform droht **die Selbstverwaltung zum Erliegen zu bringen**, denn es muss ein erheblicher Verwaltungsaufwand betrieben werden, um die Widerspruchsflut zu bearbeiten. Das ist teuer und belastet die Verwaltungskosten. Demgegenüber erscheint der ökonomische Gewinn mancher Widerspruchsführer eher gering, so dass es gestattet sein muss, darüber nachzudenken, ob der zu erwartende individuelle Nutzen in einer gerechtfertigten Relation zum Aufwand der Bearbeitung steht.

Ich denke, die riesige Zahl der Widersprüche hat weniger den Hintergrund, dass der einzelne Kollege die eine oder andere Mark zusätzlich aus dem System herausholen will. Vielmehr deutet sie auf eine eklatante Unzufriedenheit mit dem System als solchem hin - nicht speziell mit der nordrheinischen Variante, sondern mit der Budgetierung überhaupt.

Doch hier wird der Sack geschlagen, obwohl der Esel gemeint ist. Denn nicht die KV hat die **Budgetierung** und die daraus resultierende Verwaltung des Mangels zu verantworten. Vielmehr ist es der **ideenlosen Gesundheitspolitik** dieser Republik geschuldet, dass die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem überkommenen Instrument der Budgetierung beantwortet und damit selbstverständlich **nicht** gelöst werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die **Budgetierungspolitik** droht die Grundlagen unseres Gesundheitssystems zu untergraben. Denn sie führt zur Rationierung und zerstört damit das Vertrauen der Versicherten in das System der GKV. Die Vergütung muss endlich am Versorgungsbedarf der Versicherten orientiert werden und dem einzelnen Arzt Kalkulationssicherheit geben.

Diese Kalkulationssicherheit zumindest werden die Krankenhäuser mit der Einführung der **DRGs** zum 1.1.2003 haben. Zudem werden **die Krankenhausbudgets auf Dauer unhaltbar**, denn ein morbiditätsbezogenes Vergütungssystem wie die DRGs verträgt sich nicht mit bedarfsunabhängigen Budgets.

Die Krankenkassen prognostizieren einen **Ausgabenschub von fünf Milliarden DM pro Jahr**, die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist naturgemäß zurückhaltender. Doch selbst sie spricht von zusätzlichen Einführungskosten von einer Milliarde DM. In welcher Höhe auch immer: Das wird nicht ohne Einfluss auf die ambulante Medizin bleiben.

Die zu erwartenden Mehrkosten werden das starre Budget der Vertragsärzte zumindest perspektivisch belasten. Gleichzeitig ist eine erhebliche **Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich** zu erwarten. Es ist dringend geboten, auch für die **vertragsärztlichen Leistungen an der Schnittstelle ambulant/stationär fallbezogene Pauschalen** zu wählen, sonst werden die Patienten ambulant auch nicht mehr annähernd bedarfsgerecht zu versorgen sein. Denn Fallpauschalen sind eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die starre sektorale Budgetierung überwunden werden kann und das Geld der Leistung folgt.

Das Gesundheitswesen ist eine der **Wachstumsbranchen** der Zukunft; allein in unserem Lande sind 1 Mio. Menschen im Gesundheitswesen tätig, womit wir als größter Arbeitgeber in unserem Lande da stehen und bundesweit nur von der Automobilindustrie und ihren Zulieferbetrieben übertroffen werden. Die Politiker aller Parteien müssen endlich begreifen, dass ein Kaputtsparen dieser hochinnovativen Branche innerhalb unserer Volkswirtschaft mehr Schaden anrichten wird, als für den vielgepriesenen Standort Deutschland verkraftbar ist.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Ablösung der Arznei- und Heilmittelbudgets - kurz **ABAG** - hat die Politik die Diskussion um die Versorgungsqualität aufgegriffen und der Selbstverwaltung signalisiert, dass sie den verfehlten Weg der Budgets wenigstens bei den Arzneimitteln verlassen will.

Nach fast einem Jahrzehnt des Dirigismus konnte die Ärzteschaft damit erstmals wieder einen gesundheitspolitischen Erfolg erzielen. An diesem Durchbruch in der Budgetierungsfront sind wir Nordrheiner nicht ganz unbeteiligt. In Mark und Pfennig bedeutet dieser Erfolg die Verhinderung von rund 3 Mrd. Kollektiv-Regressansprüchen gegenüber der Ärzteschaft! Ich sehe die neuen Regelungen als **echte Chance, vor Ort qualitätsorientiert**

und sachgerecht verordnen zu können und die schleichende Rationierung im Arzneimittelbereich wieder zurückzufahren.

Mit dem neuen **Arzneimittelbudgetablösegesetz** muss jeder von uns zukünftig nicht mehr für die gesamten Verordnungen in Nordrhein geradestehen, sondern trägt "nur" die **Verantwortung für die von ihm selbst veranlassten Verschreibungen**, aber mit direkter Regresskonsequenz. Mit Hilfe von Orientierungsgrößen soll jeder Kollege in der Lage sein, die Arzneimittelkosten im Auge zu behalten und auf ein wirtschaftliches Maß zu begrenzen.

Folie 10

Die **Richtgrößenprüfungen**, die wir in Nordrhein seit 1998 durchführen, zeigen dabei, dass wir der Gesetzgebung einen Schritt voraus waren. Durch die rund **4.100 Prüfanträge** (was **1.100 oder 12 % der Praxen** entspricht), die bislang in Sachen Richtgrößen gestellt wurden, gelingt es uns, die tatsächlich Verantwortlichen für unwirtschaftlich hohe Arzneimittelausgaben haftbar zu machen. Dabei wird nicht mit der Brechstange regressiert, sondern in allen Fällen wird sorgfältig geprüft, ob und in welcher Höhe **Praxisbesonderheiten** vorliegen. Bei rund **1.200 Praxen** konnte so der Antrag bereits zurückgezogen werden, in den übrigen Fällen wird derzeit durch die Ausschüsse geprüft, ob nicht auch in diesen Fällen Praxisbesonderheiten vorliegen, so dass kein Regress vollzogen werden muss.

Künftig wird mit dem ABAG verstärkt auf die **Verantwortungspartnerschaft der Selbstverwaltung** gesetzt, also Ärzteschaft und Krankenkassen sind in der Verantwortung. In Nordrhein praktizieren wir diese Partnerschaft bereits seit zwei Jahren mit Erfolg. Zukünftig wird bundesweit jedem Partner im Gesundheitssystem der Teil der Verantwortung zugewiesen, den er auch wirklich tragen kann. Ein erster Schritt in diese Richtung sind die **gemeinsamen Zielvereinbarungen zwischen den KVen und den Krankenkassen**, die zuerst bei uns in Nordrhein, inzwischen aber von 20 der 23 Länder-KVen abgeschlossen wurden.

Den Zielvereinbarungen der einzelnen KVen vorausgegangen ist **eine Bundesempfehlung**, die das gemeinsame Interesse der Krankenkassen und der KBV signalisiert, Ziele zur Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln zu vereinbaren, die realistisch sind.

Folie 11

Mit den vier **Wirtschaftlichkeitszielen** sollen - wo möglich - Rationalisierungsreserven ausgeschöpft werden durch den verstärkten Einsatz von **1. Generika-Produkten, 2. durch die Vermeidung von teuren Me-too-Präparaten ohne therapeutischen Zusatznutzen, 3. die Vermeidung kontrovers diskutierter Arzneimittelgruppen sowie 4. die Verschreibung von Reimport-Arzneimitteln**. Es ist immens wichtig, dass wir diese Ziele auch erreichen, als Zeichen, dass wir als Selbstverwaltung funktionieren und die Budgets auch nach dem Wahljahr 2002 in der Schublade bleiben.

Folie 12

Mit der Vereinbarung der Zielwerte alleine ist es jedoch nicht getan. Für vereinbarte Zielwerte haben die meisten KVen Maßnahmen vereinbart, de-

ren Einsatz gewährleistet, dass die vorgegebenen Ziele auch im **vereinbarten Zeitraum** erreicht werden können. In Nordrhein beispielsweise ist ein **gemeinsames Generikaprojekt aller Kassenarten** vereinbart worden, welches kurzfristig und zeitnah alle Ärztinnen und Ärzte über auf dem Markt befindliche generische Alternativen zu teuren und von ihnen verschriebenen Originalpräparaten informiert. Mit der unmittelbaren individuellen Information der Ärzte, die in ihrem Ordnungsverhalten besonders auffällig sind, wird so vehement auf die Erreichung der Ziele hingewirkt.

Folie 13

Wie Sie der Folie entnehmen können, ging **der Ausgabentrend in den ersten drei Quartalen 2001** jedoch keineswegs in die richtige Richtung. Neben den Steigerungsraten im Bereich Me-too Arzneimittel und der Abnahme der Umsatzhäufigkeit von Generika betragen die Ausgaben für Arzneimittel in den ersten drei Quartalen 2001 **rund 3,4 Milliarden DM**. Sie lagen somit um **6,5%** über dem Zeitraum des Vorjahrs.

Folie 14

Angesichts dieser Zahlen haben die nordrheinischen Krankenkassen angekündigt, **alle Sonderverträge zu kündigen** - wenn der Trend zu stark steigenden Arzneimittelausgaben nicht eine Änderung erfahren wird. Deshalb gilt es, die Sparanstrengungen der letzten Monate zu intensivieren.

Dem Sparen ist auch das eingangs schon erwähnte Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz - kurz AABG - gewidmet. Es muss jedoch davor gewarnt werden, den Willen zur Reform in Aktionismus umschlagen zu lassen. Auf den Ablass-Handel, den das Ministerium und die Pharmaindustrie betreiben, bin ich schon eingegangen. An dieser Stelle will ich mich auf **die geplanten Aut-idem-Regelungen** beschränken.

Demnach soll der Apotheker künftig bei generikafähigen Produkten ein preisgünstiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel in gleicher Stärke und Darreichungsform anstelle des verordneten Mittels abgeben. Auf diese Weise würde der Apotheker in die Arzneimittelauswahl einbezogen. Die generelle Aut-idem-Regelung hätte jedoch zur Folge, dass gerade **chronisch kranke Patienten** unterschiedliche Präparate, wenn sie z. B. verschiedene Apotheken aufsuchen, erhielten. **Compliance und Sicherheit in der Arzneimittelanwendung wären in höchstem Maße gefährdet.**

Wir Ärzte müssen auch weiterhin darauf bestehen, auch bei generikafähigen Arzneimitteln **ein bestimmtes Präparat zu verordnen**. Das bisherige Substitutionsverbot ist nicht ohne Grund eine Regelung zum Schutz der Therapiefreiheit des Arztes, aber vor allem zum **Schutz der Patienten**. Zudem muss sowohl die **zivilrechtliche Haftung** für die Arzneimitteltherapie wie auch die **sozialrechtliche Haftung** für die Wirtschaftlichkeit eindeutig geklärt werden. Um tatsächlich Kosten zu senken, sind ferner die Krankenkassen zu verpflichten, eine intensive Kontrolle der Aut-idem-Rezepte durchzuführen. Nur dies stellt sicher, dass der Apotheker auch ein günstiges Präparat abgibt.

Zudem käme eine Verantwortung der Ärzteschaft für die Höhe der Gesamtausgaben nicht mehr in Betracht; die individuelle Haftung des Arztes müsste auf die **Verordnungsmenge** begrenzt werden. Wenn diese **Einschränkungen** bedacht werden, könnte es sich um ein **sinnvolles Sparmo-**

dell handeln. Deshalb hat der Vorstand der KV Nordrhein einem **Modellvorhaben mit Apothekerschaft und Krankenkassen** zugestimmt, in dem die Aut-idem-Abgabe für N1- und N2-Packungsgrößen in der Versorgung von **Akut-Kranken** erprobt wird.

Ich persönlich halte aber die **Einführung eines Festzuschusses als Kassen-erstattungsbetrag** zu generikafähigen Wirkstoffen im unteren Preisdrittel für wesentlich sinnvoller. Dieses Festzuschuss-Konzept würde den Wettbewerb der Kassen untereinander sowie auch die sparsame und solidarische Umgangsweise der Patienten mit Arzneimitteln sicherstellen oder zumindest fördern.

Welches Konzept auch immer sich durchsetzt, eines muss klar sein: Zu keinem Zeitpunkt und durch keine Maßnahme darf der Patient den Eindruck erhalten, der Arzt stellt die Diagnose, der Apotheker ist zuständig für die Therapie.

Die Fragen des Handlings der Arzneimittel-Verordnungen und das Erreichen der gesteckten Ziele haben somit eine weitreichende Bedeutung. Denn davon hängt nicht nur die Zukunft der Arzneimittelversorgung unserer Patienten ab, sondern auch die Zukunft unseres Berufsstandes.

Sehr geehrte Damen und Herren Kollegen,

kommen wir zurück in die Gegenwart. Aus der **neueren Rechtsprechung** will ich auf zwei Entscheidungen des Bundessozialgerichts kurz eingehen:

Das **Bundessozialgericht** hat grundlegend entschieden, dass Leistungen, die zum Leistungskatalog der vertragsärztlichen Versorgung gehören, nicht nur als Privatleistung angeboten werden dürfen. Wenn diese Leistungen in der Praxis privat angeboten werden, müssen sie auch als vertragsärztliche Leistungen erbracht werden.

Darüber hinaus fordert das Bundessozialgericht, dass der durch das Weiterbildungsrecht umschriebene **Kernbereich vertragsärztlicher Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung** ausgeübt wird.

Das Urteil spricht eine klare Sprache und erteilt der Leistungsreduzierung auf dem vertragsärztlichen Sektor unter Beibehaltung der Leistung als Privatbehandlung eine klare Absage. Eine Leistungsreduzierung, beschränkt auf den vertragsärztlichen Bereich, kann danach **keine Reaktion auf eine Budgetierung** darstellen. Damit ist auch die Vorgabe der Krankenkassen bestätigt, dass eine Budgeterschöpfung nicht zur Leistungsverweigerung berechtigt.

Diese Rechtsprechung hat Tradition beim BSG und wurde z. B. anlässlich der diesjährigen Richterwoche damit begründet, dass die Sozialrichter **Rosinenpickerei einzelner Ärzte** verhindern wollten. Denn man könne zwar nicht das Geld im System vermehren, auf Grund des Gleichheitsgrundsatzes gehe es aber darum, allen Arztgruppen eine angemessene Teilhabe am Gesamteinkommen der Ärzte zu gewährleisten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich glaube, unsere Empörung über dieses und ähnliche Urteile ist allzu verständlich. Denn von uns wird die Aufrechterhaltung der vollen Versorgung verlangt, auch wenn die Finanzmittel allenfalls noch für eine Grundversorgung ausreichen.

In einem anderen Urteil hat sich das BSG mit **der angemessenen Vergütung einer Gruppe von Leistungserbringern** beschäftigt.

In Fortführung seiner bisherigen Rechtsprechung hat das Bundessozialgericht auch für die Jahre 1997 und 1998 denjenigen, die 90 % Leistungen des Kapitels G IV EBM (Psychotherapie) erbringen, einen Punktwert von in der Regel 10 Pfennig zugestanden. Es hatte sich dabei mit der Anwendung der Berechnung des **Psychotherapeuten-Punktwertes** für die Vergangenheit zu beschäftigen und hat dies so nicht akzeptiert. Als offen bezeichnet werden kann allerdings, ob diese Berechnung, die einen Punktwert von 7,622 Pfennig ab 2000 ergibt, für diesen Zeitraum Bestand haben wird.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Telematik im Gesundheitswesen ist eine der großen Herausforderungen im Kontext unserer Arbeit. Die KV Nordrhein hat frühzeitig erkannt, dass mittels einer informationellen Vernetzung auf und zwischen den Ebenen die Organisation der Behandlungsabläufe in der Zukunft weitreichende Veränderungen erfahren wird.

Wir haben zudem erkannt, dass die Übernahme einer aktiven Rolle in diesem zukunftssträchtigen Bereich unabdingbar ist. Hierfür engagieren wir uns in vielfältiger Weise. Neben unseren eigenen Aktivitäten gilt dies für eine Reihe von Initiativen des Landes NRW wie z. B. **das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen**.

Ich habe Ihnen im Mai an dieser Stelle von einem Modellprojekt in Düren berichtet, das der Erprobung einer elektronischen Kommunikationsplattform für unsere Mitglieder dient: das **D2D-Projekt (Doctor to Doctor)**. Über die weitere Entwicklung des Vorhabens kann ich folgendes berichten:

Im August startete **in Düren die erste konkrete D2D-Anwendung**, mittlerweile können 24 Arztpraxen und 3 Krankenhäuser in der Region über den D2D-Server **Arztbriefe, Überweisungen und Krankenhauseinweisungen** elektronisch versenden und empfangen.

Parallel zu den Aktivitäten in Düren haben wir zur **Frage einer flächendeckenden Etablierung von D2D** zahlreiche Gespräche auf allen Ebenen geführt. Insgesamt ist unsere Idee auf breites Interesse gestoßen, dies gilt auch für **andere KVen und Gesundheitsbehörden von Bundesländern**, die um Vorführung des Systems baten.

Im **Länderausschuss** wurde es in der letzten Woche erfolgreich vorgestellt. Denn der Länderausschuss hat D2D als KV-kompatible Lösung anerkannt und den Vorstand beauftragt, auf den VDAP - den Verband, dem die meisten Praxis-Software-Hersteller angehören - einzuwirken, seine Blockadehaltung gegenüber D2D aufzugeben. Zudem sollen die Krankenkassen im

Rahmen von Bundesmantelvertragsregelungen zur Kooperation im IT-Bereich gewonnen werden.

Auf einer weiteren Umsetzungsstufe von D2D wird zur Zeit mit Hochdruck an einer indikationsbezogenen **elektronischen Patientenakte im Rahmen unseres Modellversuchs "Mammakarzinom"** gearbeitet, den wir gemeinsam mit der AOK Rheinland konzipiert haben. Die Grundzüge dieses Vorhabens habe ich Ihnen ebenfalls im Mai vorgestellt und darauf hingewiesen, dass wir eine Verbesserung der Versorgung von Brustkrebspatientinnen durch klar **strukturierte Behandlungswege** und durch eine **umfassende Integration aller Behandlungsebenen** auf der Basis definierter, qualitätsgesicherter Vorgaben erreichen wollen. Entscheidendes Instrument zur Implementierung integrativer Behandlungsprozesse und Dokumentationsverläufe ist die elektronische Patientenakte auf der Basis von D2D.

Hier haben wir gemeinsam mit dem **Westdeutschen Brustzentrum als unserem Partner im Bereich der stationären Versorgung** entscheidende Vorarbeiten geleistet. Dies gilt sowohl für die Definition von Schnittstellen als auch für die Schulung der am Modellvorhaben beteiligten Ärztinnen und Ärzte. In diese Schulung ist unser **Institut für Qualität im Gesundheitswesen in Nordrhein (IQN)** eng eingebunden.

Heute lässt sich sagen, dass dieses sektorübergreifende und interdisziplinär angelegte Vorhaben **Umsetzungsreife erlangt** hat und am 1. Januar 2002 beginnen könnte. Da es zentrale inhaltliche und methodische Anforderungen erfüllt, die an ein **Disease-Management-Programm** gestellt werden, wollen wir mit diesem Projekt einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung und Einführung für die Indikation "Mammakarzinom" leisten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

an diesem Projekt lässt sich exemplarisch zeigen, dass wir aktiv mitwirken an der Schaffung neuer Versorgungsstrukturen, die wir jedoch entscheidend mitgestalten und nicht aus zweiter Hand vorgefertigt übernehmen wollen. Wenn wir unseren Mitgliedern hier Know-how und eine neue Infrastruktur anbieten können, leisten wir über die Ebene der technischen Unterstützung hinaus einen entscheidenden Beitrag zur **politischen Mitbestimmung über die Versorgungszukunft** unserer Patientinnen und Patienten.

Vor diesem Hintergrund macht es wenig Sinn, ein derart ambitioniertes Vorhaben wie das "Mammakarzinom-Projekt" nur mit einer Kasse anzugehen. Die große Relevanz des Krankheitsbildes sowohl in der Bevölkerung als auch in der gesundheitspolitischen Diskussion aller Parteien legt nahe, ähnlich wie bei unseren Diabetes-Vereinbarungen **einheitlich und gemeinsam eine kollektivvertragliche Regelung** anzustreben. Zur Auslotung eines derartigen Vorgehens werde ich daher alle nordrheinischen Kassen in Kürze einladen.

Es ist nur folgerichtig, dass unser Mammakarzinom-Projekt Teil einer **Konzertierten Aktion gegen Brustkrebs** ist, die von Ministerin Birgit Fischer gemeinsam mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen in NRW in diesem Sommer gestartet wurde. Unsere Aktivitäten in diesem Bereich wurden als Schwerpunkt "Optimierung des Behandlungsprozesses und Dokumentation" in die Initiative eingebunden und werden von Seiten des Ministeriums nachhaltig unterstützt.

Im September dieses Jahres fand bei unserer Schwester-KV in Dortmund die **10. Landesgesundheitskonferenz** statt. Das Thema "**Soziale Lage und Gesundheit**" war der diesjährige Schwerpunkt. In einer gemeinsamen Entscheidung wurde ein **Aktionsprogramm "Impfen gegen Masern, Mumps und Röteln"** verabschiedet. Die von mir bereits angesprochene Vereinbarung mit der BKK ist auch als erster konkreter Umsetzungsschritt dieses Programms anzusehen.

Die Arbeit der **Kommunalen Gesundheitskonferenzen** wird Gegenstand eines **Erfahrungsaustauschs und einer Fortbildungsveranstaltung am nächsten** Mittwoch sein. Ich möchte die Kreisstellen-Vertreter noch einmal ganz herzlich zu dieser Veranstaltung am 28. November um 16.30 Uhr im großen Sitzungssaal der Ärztekammer Nordrhein einladen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Vertreterversammlung am 5. Mai 2001 habe ich Sie darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns die **IT-Kooperation** verlassen hat. Wir bedauern diesen Schritt sehr und sind auch heute noch der Auffassung, dass es eines Austritts nicht bedurft hätte, denn die IT-Kooperation war auf einem guten Weg. Sei es drum - wir setzen unsere Arbeit mit der **Schwester-KV WL** fort.

Wir haben aber eine deutliche **Beschränkung des Aufwandes** zur Fortführung der Kooperation vorgenommen. Wir werden innerhalb eines Jahres 11 Projekte umsetzen, die nach Fertigstellung auch umgehend in den laufenden Betrieb migriert werden können.

Ich persönlich bin froh, dass die KV Westfalen-Lippe die Kooperationsbemühungen im EDV-Sektor genauso ernst nimmt wie die KV Nordrhein. Die Erfahrungen mit Bayern zeigen aber auch, dass Kooperation kein leichtes Geschäft ist, das sich eben ohne gegenseitige Zugeständnisse nicht betreiben lässt.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

zum Abschluss meines Berichtes möchte ich die eingangs gestellte Frage noch einmal aufnehmen: **Wie stellen wir die Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt sicher, ohne dass wir die Gesellschaft insgesamt überfordern?**

Ich will zwei Bereiche nennen, in denen meiner Überzeugung nach Änderungen am dringendsten geboten sind: dies sind die **Finanzierungsgrundlagen der GKV** und der **Leistungskatalog**.

Die rückläufige Lohnquote sowie eine größere **Verteilungsgerechtigkeit** in einer alternden Gesellschaft machen eine **Verbreiterung der Finanzierungsgrundlage** unerlässlich. **Zur Finanzierung des medizinischen Fortschritts** bei vertretbarer Belastung ist die Einbeziehung von anderen Einkommensteilen neben dem Lohn unverzichtbar.

Diese Vorstellung findet auch Unterstützung bei den Bundesbürgern. In der groß angelegten Emnid-Studie „Wie sehen die Deutschen ihr Gesundheitssystem?“ sprach sich die Mehrheit dafür aus, dass z. B. Besserverdienende

auch höhere Beiträge bezahlen sollten. Der Vorschlag hingegen, grundsätzlich alle Beiträge zu erhöhen, fand wenig Gegenliebe.

Neben der Einnahmen- muss aber auch **die Ausgabenseite der GKV** reformiert werden. Ich plädiere hier vor allem für die Unterscheidung in Solidarleistungen und Individualleistungen. Für die Solidarleistungen in der Krankenbehandlung der Patienten kommt weiterhin die gesetzliche Krankenversicherung auf; für Individualleistungen ist der Verbraucher oder Kunde selbst zuständig.

In der bereits erwähnten Emnid-Umfrage sprachen sich fast Zweidrittel der Deutschen dafür aus, dass jeder Einzelne für seine Lifestyle-Versorgung selbst aufkommen muss. Dabei ging es z. B. um Potenzpräparate oder Mittel zum Abnehmen.

Die Frage nach den Grenzen der Leistungsfähigkeit der GKV zu stellen, ist Ausdruck einer humanitären Sorge um die Schwachen und nicht kalt-schnäuzige Rücksichtslosigkeit, wie häufig unterstellt wird. Und das ist meines Erachtens bereits der **erste Konsens**, den es gilt, parteiübergreifend herzustellen: **Änderungen im System unseres Gesundheitswesens sind notwendig, gerade um seine Leistungsfähigkeit für die Bedürftigen zu erhalten.**

Wir Ärzte sollten uns weiterhin **zum Solidarprinzip bekennen: Die Starken müssen für die Schwachen einstehen, damit alle am Fortschritt teilhaben können**; das ist **der zweite Konsens**, an dem es gilt festzuhalten.

Das bedeutet aber auch, selbst einzustehen, da wo es geht und nicht mit einer Vollkasko-Mentalität die GKV auszupressen. Das ist der **dritte** und in unserer Spaßgesellschaft am schwierigsten herzustellende **Konsens**, denn er bedeutet im Zweifelsfall Verzicht oder eine **stärkere Eigenbeteiligung**, sei es finanzieller (im Regelfall) oder ideeller Art, wie etwa durch eine Umstellung der Lebensweise.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Bericht zur Lage

Eckpunkte zum Honorarvertrag 2001 mit der AOK Rheinland

Gesamtvergütung (GV) 2001:

1,623 Mrd. DM = **plus** 20,4 Mio. DM
(= + 1,44 %)

Inklusiv:

- Grundlohnsummensteigerung **plus** 1,63 %
(= + 23,1 Mio. DM)
- Mitgliederveränderung **minus** 0,19 %
(= - 2,7 Mio. DM)



Bericht zur Lage

Eckpunkte zum Honorarvertrag 2001 mit dem BKK Landesverband

Gesamtvergütung (GV) 2001:

1,5205 Mrd. DM = **plus** 168 Mio. DM
(= + 10,8 %)

Inklusiv:

- Grundlohnsummensteigerung **plus** 1,63 %
(= + 19,8 Mio. DM)
- Mitgliederveränderung **plus** 12,00 %
(= + 148,2 Mio. DM)



Bericht zur Lage

Eckpunkte zum Honorarvertrag 2001 mit der IKK Nordrhein

Gesamtvergütung (GV) 2001:

348,5 Mio. DM = **minus** 3,5 Mio. DM
(= - 1,0 %)

Inklusiv:

- Grundlohnsummensteigerung **plus** 1,63 %
(= + 5,1 Mio. DM)
- Mitgliederveränderung **minus** 2,70 %
(= - 8,6 Mio. DM)



Bericht zur Lage

Eckpunkte zum Honorarvertrag 2001 mit dem VdAK/AEV

Gesamtvergütung (GV) 2001:

2,225 Mrd. DM = **minus** 37,7 Mio. DM
(= - 1,60 %)

Inklusiv:

- Grundlohnsummensteigerung **plus** 1,63 %
(= + 33,6 Mio. DM)
- Mitgliederveränderung **minus** 3,40 %
(= - 71,3 Mio. DM)



Bericht zur Lage

Arztzahlentwicklung

- Zunahme **aller Leistungserbringer**
um **2,2 %** auf 16.868
- Zunahme **aller niedergelassenen Ärzte**
um **2,1 %** auf 15.227

Davon:

Hausärzte	minus	0,2 % = 6.421
Fachärzte	plus	3,7 % = 8.806



Bericht zur Lage

Honorar

Honorar**minus** in Höhe von **2,2 %** für den **einzelnen** abrechnenden Arzt.

Honorar**minus** in Höhe von **0,9 %** für Allgemeinärzte.

Honorar**minus** in Höhe von **7,7 %** für die hausärztlich tätigen Internisten.

Honorar**plus** in Höhe von **1,5 %** für Fachärzte.



Bericht zur Lage

Gesamtvergütung*

Gesamtverteilungsbetrag - Vergleich der Quartale:

II/01



II/00

= 1,57 Mrd. DM

plus



6,99 %

*einschließlich der Zahlungen anderer KVen



Bericht zur Lage

Mengenbegrenzung

Brutto-Leistungsbedarf = angeforderte Punktzahl

- ➔ minus 6,6 % Praxisbudgets und Regelwerk
- ➔ minus 0,6 % sachlich-rechnerische Berichtigungen
und Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- ➔ minus 15 % Individualbudgets

gleich 22,2 %

**Abschöpfungsbetrag der
Bruttoleistungsbedarfsanforderung**



Bericht zur Lage

Widersprüche in Nordrhein

22.500

gesamt

davon:

16.100

Abrechnungsbescheid

1.100

Ablehnung von Anträgen

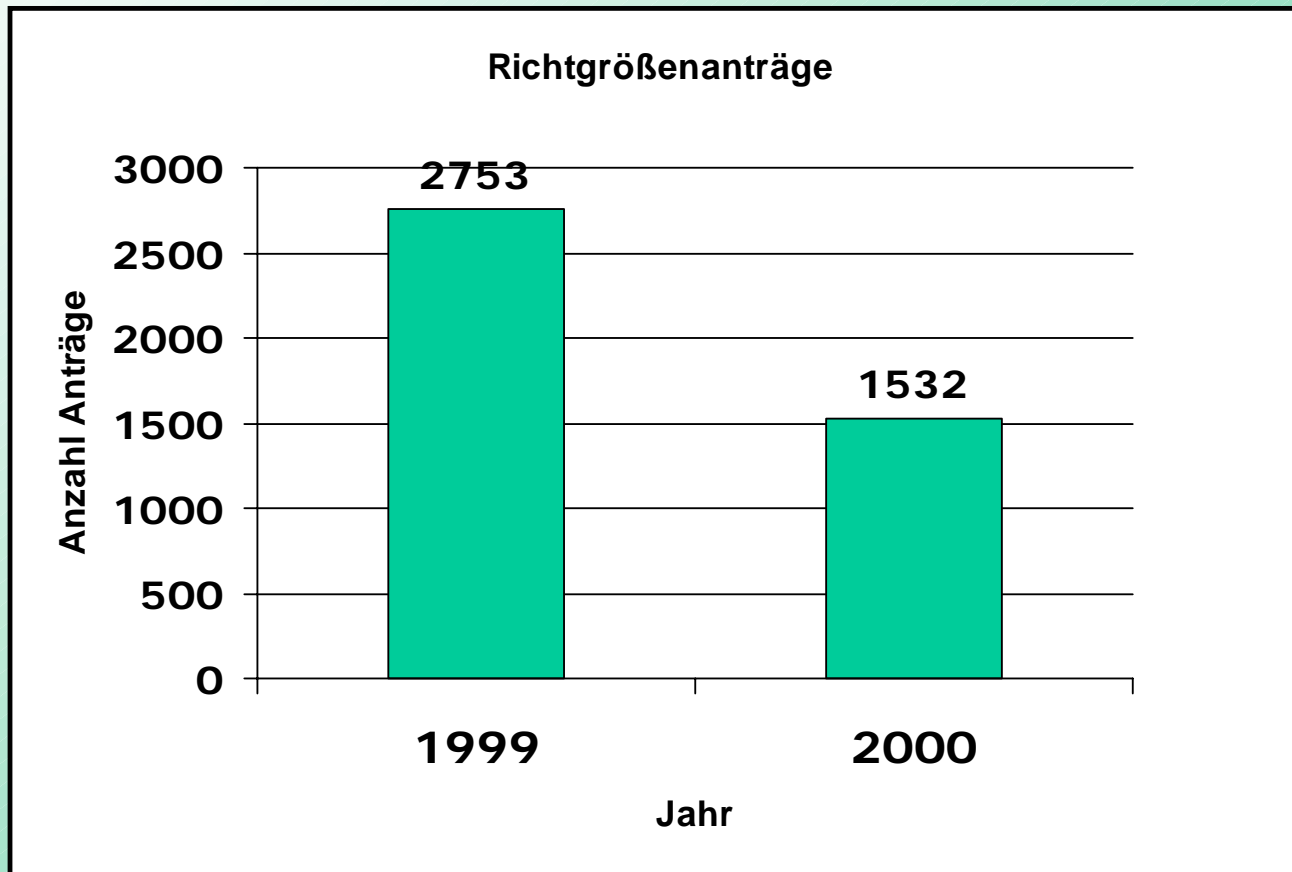
5.300

§ 7 HVM



Bericht zur Lage

Richtgrößenanträge





Bericht zur Lage

Kennzahlen

	Ist-Wert	Soll-Wert	Zwischenstand
a) Wirtschaftlichkeitsziele	Durchschnitt Q3+4/2000	Quartal 3+4/2001	1. Halbjahr 2001
Ziel 1: Umsatzanteil Generika am generikafähigen Markt	67,65%	70,0%	Dies entspricht einem Verordnungs- anteil von 75% 66,8%
Ziel 2: Umsatzanteil nicht generikafähiger Me-too-Präparate	15,0%	14,7%	Dies entspricht einem Verordnungs- anteil von 5,2% 16,7%



Bericht zur Lage

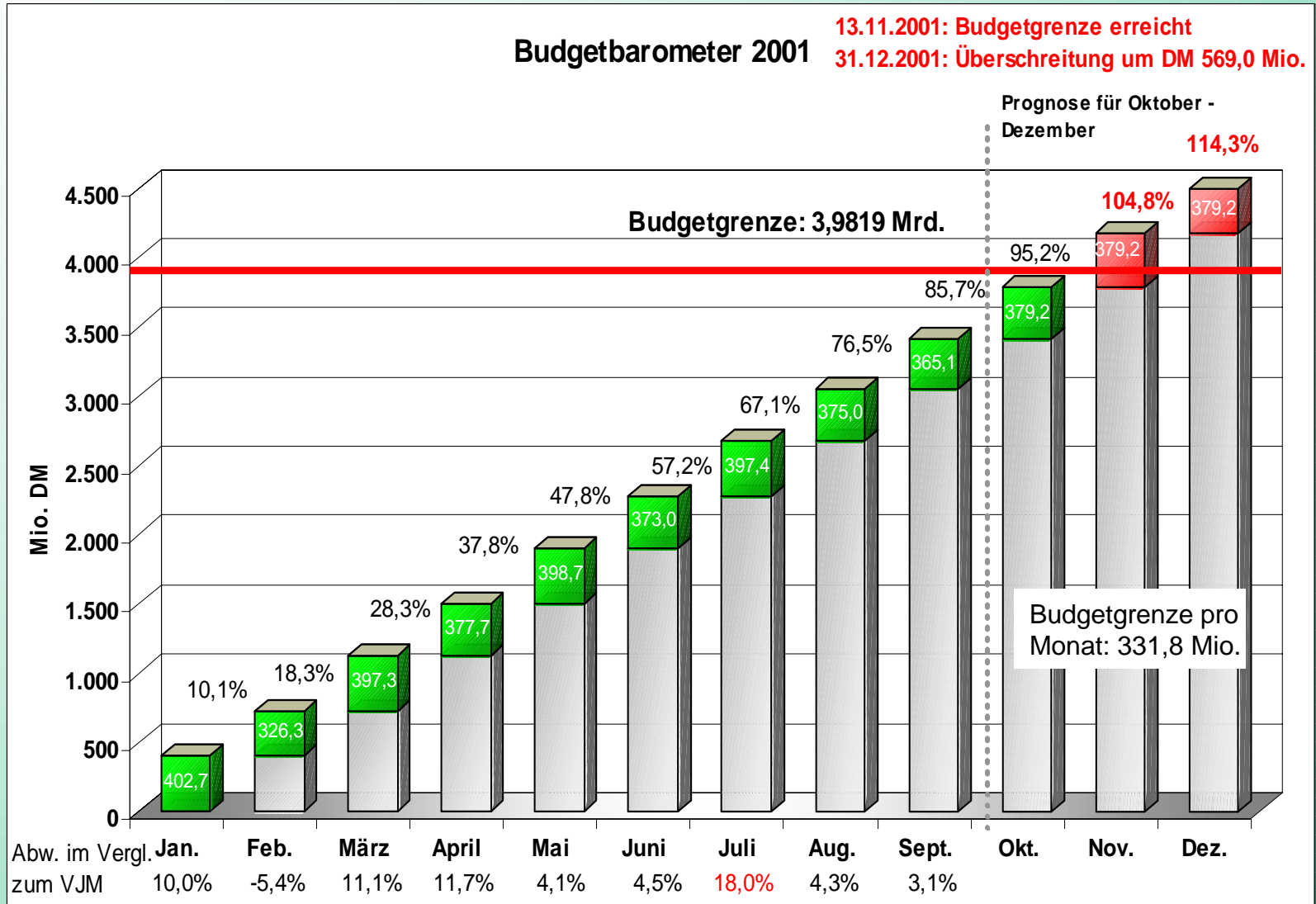
Kennzahlen

	Ist-Wert	Soll-Wert	Zwischenstand
	Durchschnitt Q3+4/2000	Quartal 3+4/2001	1. Halbjahr 2001
Ziel 3: Umsatzanteil der kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen	9,8%	9,0%	Dies entspricht einem Verordnungs- anteil von 19% 9,5%
Ziel 4: Umsatzanteil reimportierte Arzneimittel am reimportf. Markt	20,05%	20,5%	Dies entspricht einem Verordnungs- anteil von 19% 21,5%

Die Vertragspartner prüfen zur Erreichung der Ziele 2 und 3 eine Offenlegung der dem GKV-Arzneimittelindex zugrunde liegenden Präparatelisten. Zur Erreichung des Ziels 4 prüfen die Vertragspartner eine verstärkte Einbeziehung der Apotheken.



Bericht zur Lage





Bericht zur Lage

AM-Budget 2000:	Überschreitung um voraussichtl. 200 Mio. DM
AM-Budget-Prognose 2001:	Überschreitung um voraussichtl. 569 Mio. DM

Konsequenzen Kassen:

- × Keine Weiterentwicklung der Gesamtvergütung 2002
- × Kündigung aller Sondervereinbarungen
- × **Ausweitung der Richtgrößenprüfungen**