

Vertreterversammlung der KV Nordrhein

24. November 2007

Bericht des Vorstands

Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender des Vorstands

Sperrfrist: Beginn der Rede
- Es gilt das gesprochene Wort -

Verehrte Frau Vorsitzende,
meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Gäste,

auch ich möchte Sie zu dieser Sitzung ganz herzlich begrüßen. Traditionell ist die letzte Sitzung im Jahr auch die wichtigste, denn heute ziehen wir Bilanz der Ereignisse des abgelaufenen Jahres und Sie haben über den Haushalt des kommenden Jahres zu entscheiden.

Die Bilanz möchte ich auf **drei Kernthemen** konzentrieren:

- die **Vertragsabschlüsse** für das Honorar 2007;
- die **Neuregelung der Vergütung** durch den EBM 2008 und
- die **Arzneimittelvereinbarung** für das kommende Jahr.

Ich denke auch, dass unsere heutige Sitzung ein guter Zeitpunkt für eine Standortbestimmung ist, zum Schluss des Berichtes werde ich darauf eingehen.

Die Einzelheiten der **Honorarverträge** konnten Sie schon im Vorbericht nachlesen. Unter dem geltenden gesetzlichen Regime der Deckelung des ärztlichen Honorars haben wir das **Maximum** erreicht. Neben der Steigerung des budgetierten Honorars wurden mit allen Vertragspartnern Zusatzverträge und Erhöhungen der Vergütung der entsprechenden Einzelleistungen vereinbart.

Im Überblick stellen sich die Abschlüsse wie folgt dar:

- **AOK Rheinland/Hamburg** plus 3,5 Millionen Euro
- **Betriebskrankenkassen** plus 2,5 Millionen Euro
- **Ersatzkassen** plus 11,4 Millionen Euro
- **IKK** plus 0,65 Millionen Euro

Gesondert erwähnen möchte ich noch **die Vereinbarungen zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V** mit der AOK Rheinland/Hamburg und den Landesverbänden der Betriebs- und Ersatzkrankenkassen. Danach erhalten die Kolleginnen und Kollegen rückwirkend zum 1. Juli 2007 ein festes, extra-budgetäres Honorar für die betroffenen Operationsleistungen – also „**frisches Geld**“ für die Operateure.

Die beteiligten Krankenkassen zahlen einheitlich einen festen Punktwert in Höhe von 4,0 Cent. Hinzu kommt ein kassenartenspezifischer Strukturzuschlag zur **Förderung der ambulanten Operationen und die dazu gehörenden Narkosen in den Praxen**. Die Zuschläge liegen bei 0,5 Cent (AOK Rheinland/Hamburg) und 0,7 Cent (Betriebs- und Ersatzkrankenkassen), so dass die Punktwerte beim ambulanten Operieren auf 4,5 bzw. 4,7 Cent steigen. Damit liegen sie rund 1,0 Cent über den bisher ausgezahlten Werten, das entspricht einer Honorarsteigerung von bis zu 22 Prozent.

Mein Dank gilt hier vor allem dem Kollegen Enderer. Er konnte eine deutliche Honorarverbesserung für die operierenden Kolleginnen und Kollegen heraus-holen.

Allerdings verlangt der Gesetzgeber, die budgetierte Gesamtvergütung und Individualbudgets der Vertragsärzte zu bereinigen. Die **Kassen** verlangten eine Bereinigung, basierend auf den durchschnittlichen Punktwerten, die die jeweilige Krankenkasse gezahlt hat. Das wären 4,0 Cent gewesen. **Die KV Nordrhein** setzte stattdessen durch, dass die Punktwerte in der tatsächlich gezahlten Höhe zu Grunde gelegt werden. Das sind durchschnittlich 3,7 Cent. Damit fällt die Bereinigung gut acht Prozent geringer aus als von den Kassen gefordert – das bewirkt ein weiteres Honorarplus!

Ich möchte deutlich unterstreichen, dass dies **kein selbstverständlicher Mechanismus** ist, sondern der Erfolg einer hartnäckig geführten Verhandlung.

Die Verhandlungen mit der **IKK Nordrhein**, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW und der Knappschaft über den AOP-Vertrag sind noch nicht abgeschlossen.

Der **BKK-Landesverband** hat mit uns jetzt auch einen so genannten **Zentrumsvertrag** über besonders förderungswürdige ambulante Operationen mit einem Punktwert von 5,0 Cent vereinbart. Ein vergleichbarer Vertrag existiert bereits mit der AOK Rheinland/Hamburg und den Ersatzkassen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am Beispiel **der Abrechnungsergebnisse des zweiten Quartals** 2007 lässt sich die relativ erfolgreiche Honorarpolitik des Vorstands belegen. Erfolgreich war diese Politik, weil sie zu kontinuierlichen Steigerungen geführt hat.

Folie 1

In II/07 ist das Gesamthonorar um 38 Millionen Euro oder 5,2 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal gestiegen. Dazu hat vor allem das unbudgetierte Honorar beigetragen. Diese Steigerung betrug allein 31,9 Millionen Euro.

Die Quoten der Individualbudgets sind leicht rückläufig. Sie sanken im Durchschnitt um 1,8 Prozentpunkte auf 71,5 Prozent. Dies ist vor allem der gestiegenen Punktzahlanforderung geschuldet.

Folie 2

Bei den Hausärzten wurden 90,1 Millionen Punkte mehr abgerechnet, die Quote sank entsprechend von 77,98 Prozent auf 76,39 Prozent. Bei den Fachärzten waren es sogar 122,4 Millionen Punkte mehr, die Quote fiel von 73,28 Prozent auf 71,51 Prozent.

Folie 3

Das an die Psychologischen Psychotherapeuten ausgeschüttete Honorar stieg im zweiten Quartal auf 43,3 Millionen Euro, 2,6 Millionen Euro mehr als im Vorjahresquartal.

Auch im Vergleich mehrerer Jahre zeigt sich diese positive Bilanz.

Folie 4

Unter dem Diktat der Deckelung und der Beitragssatzstabilität kann die KV aber nur **relativ** erfolgreich sein. Dass nicht bei jeder Kollegin und bei jedem Kollegen die volle Steigerungsrate angekommen ist, liegt vor allem an der nach wie vor wachsenden Arztzahl und der damit einhergehenden Mengensteigerung. In Folge der Deckelung der Gesamtvergütung muss dieses Mengenrisiko allein von uns getragen werden. In den Zulassungsausschüssen sitzen die Vertreter der Krankenkassen aber gleichberechtigt mit am Tisch – da sind sie in der Regel vorne weg, wenn es um die Zulassung zusätzlicher Kolleginnen und Kollegen geht – nur beim Zahlen der Folgen schlagen sie sich in die Büsche!

Lassen Sie mich an dieser Stelle noch ein paar Worte zum viel beklagten **akuten Arztmangel** sagen. In Nordrhein gibt es ihn nicht.

Gegenwärtig liegen die Versorgungsgrade bei Haus- und Fachärzten bei 110 und mehr Prozent. Das ist dem anhaltenden Wachstum der Arztzahl in Nordrhein geschuldet. Über den so genannten Sonderbedarf kommt es immer noch zu neuen, zusätzlichen Zulassungen. So erhöhte sich die Arztzahl im zweiten Quartal 2007 gegenüber dem Vorjahr um 1,2 Prozent. Vor allem Fachärzte erhielten neue Zulassungen; allein ihre Zahl stieg zwischen 2006 und 2007 um 129 oder 1,8 Prozent. Das Rheinland ist für den ärztlichen Nachwuchs sehr attraktiv, auch wenn das manch ein etablierter Kollege uns anders weismachen will.

Und in der **Zukunft?** Unsere Abteilung Sicherstellung hat ein Szenario erstellt, das von der -unrealistischen- Grundannahme ausgeht, dass alle Ärzte der entsprechenden Altersklassen ohne Nachfolger ausscheiden. Selbst dann ergibt sich im gesetzlich definierten Sinne keine Unterversorgung.

Natürlich wäre das dann eine andere Versorgung als heute. Während es gegenwärtig im Bundesdurchschnitt nur 17 Minuten dauert, bis ein Bürger einen Hausarzt erreichen kann, würde es dann entsprechend länger dauern. Ob es dazu kommt, darüber entscheiden die von der Politik gesetzten Rahmenbedingungen, vor allem die Reform der ärztlichen Vergütung. Denn sie ist der entscheidende Faktor hinsichtlich der Entscheidung Niederlassung ja oder nein!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

damit wären wir beim Stichwort **neues Vergütungssystem**.

Auch wenn der zuständige Abteilungsleiter des Bundesgesundheitsministeriums Franz Knieps nicht müde wird, die Selbstverwaltung angesichts der fristgemäßen Verabschiedung des EBM 2008 zu loben – die Positionen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) lagen bis zuletzt weit auseinander. Eine Absenkung um zehn Prozent forderte die Kassen-seite, KBV-Verhandlungsführer Dr. Andreas Köhler dagegen die Anhebung um 36 Prozent.

Die Entscheidung des Bewertungsausschusses mit dem Vorsitzenden Prof. Jörg Wasem an der Spitze, ist kein Grund zum Jubeln. Doch an wichtigen Punkten hat sich die KBV durchgesetzt. Vor allem ist es gelungen, eine wichtige Stellgröße zu verbessern. Der **kalkulatorische Arztlohn** nämlich wird bei einer 51-Stunden-Woche von derzeit 95.553 Euro pro Jahr auf 105.572 Euro erhöht. Damit wird für die niedergelassenen Ärzte das nachgeholt, was für die Mediziner an Kliniken durch Tarifierhöhungen erreicht wurde. Auch die Mehrwertsteuererhöhung auf 19 Prozent konnte die KBV erfolgreich geltend machen.

Doch zunächst sind nur die **Punktbewertungen im EBM** gestiegen. Da aber das Honorarvolumen im kommenden Jahr budgetiert bleibt und sich das Wachstum 2008 noch ein letztes Mal ausschließlich an der derzeit geringen Steigerung der Grundlohnsumme orientiert, wird in weiten Bereichen kaum mehr Geld fließen, es wird aber auch nicht weniger!

In **Nordrhein** wird sich die Erhöhung der Punktmenge von zehn Prozent kaum bemerkbar machen, weil wir die Individualbudgets beibehalten werden. Lediglich bei extrabudgetären Leistungen wie Früherkennungsmaßnahmen könnte eine Mengenerhöhung umsatzsteigernd wirken, das wäre aber extrabudgetär.

Der eigentliche Durchbruch findet **2009** statt. Dann wird nicht mehr mit floatenden, sondern mit festen Punktwerten gearbeitet. Allein die Bewertungsver-besserungen machen bei einem Punktwert von derzeit 3,72 Cent ein Volumen von 2,4 Milliarden Euro aus. Diesen Zuwachs sieht Köhler als „**Sockelbetrag für das Honorarwachstum**“. Im Klartext: Die Praxen können sich ab 2009 auf mindestens zehn Prozent mehr im Geldbeutel einstellen.

Wie viel am Ende tatsächlich dazu kommt, ist Verhandlungssache. Im Herbst nächsten Jahres müssen Kassen und KBV nämlich so genannte **Orientierungspunktwerte** fixieren, die als Vorgabe für die Verhandlungen in den einzelnen KV-Bereichen dienen. Mit den dort vereinbarten Punktwerten sollen ab Anfang 2009 die Leistungen zu festen Preisen bezahlt werden – das Ende der Muschelwährung wäre erreicht.

Doch Regelleistungsvolumen werden ab 2009 die Menge der Leistungen begrenzen, für die Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten in Euro und Cent bezahlt werden. Auch hier wird die KV Nordrhein wie die übrigen 16 KVen in den Ring mit den Landeskassen steigen.

Ein Erfolg steht aber schon fest. In den seit 1993 auf der Gesamtvergütung platzierten Deckel werden dicke Löcher gebohrt. Vor allem, weil sich das Honorar künftig wieder an der **Morbidität** der Patientinnen und Patienten orientiert – und nicht länger an der Entwicklung der Grundlohnsumme. Das Risiko steigender Erkrankungsraten geht also endlich wieder auf die Krankenkassen über. Das Gesetz verpflichtet die Kassen zudem, die Entwicklung der **Betriebskosten** der Praxen zu berücksichtigen – jedes Jahr aufs Neue!

Höhere Morbidität bringt mehr Honorar, so lautet die Gleichung. Die Entwicklung des Krankheitsgeschehens müssen die KVen aber nachweisen können. Deshalb spielt die Dokumentation weiterhin eine wichtige Rolle. Damit das unter dem Pauschalen-EBM reibungslos funktioniert, arbeitet die KBV an einer so genannten **Teilleistungsdokumentation**. Mithilfe einer entsprechenden Abrechnungssoftware sollen die Praxen dokumentieren, ob sie nur den bislang obligatorischen Inhalt einer Leistung erbracht haben oder auch den fakultativen Teil.

In 2008 wird es keine weiteren Änderungen geben. Alle **Sonderverträge der KV Nordrhein**, die EBM-Leistungen beinhalten, werden unverändert fortgeführt. Auch mit den Individualbudgets geht es 2008 weiter. Angesichts der durchschnittlich zehn Prozent höheren Punktzahlen im neuen EBM ist allerdings mit einem parallelen Absinken der Fachgruppenquoten zu rechnen. Aber ich betone noch einmal, **bei einer um die Grundlohnsumme von 0,65 % erhöhten Geldmenge!**

Die Entwicklung im Jahr **2008** ist von hoher **strategischer Bedeutung**: Je geringer die Punktzahlmenge im Jahr 2008 ausfällt, desto höher wird der Orientierungspunktwert auf der Bundesebene sein. Der Gesetzgeber hat nämlich festgelegt, dass die Gesamtvergütungen 2008 durch die Punktzahlmenge dividiert werden, um einen Orientierungspunktwert zu erhalten.

Hierbei werden von der Punktzahlmenge die so genannten sachlich/rechnerischen Berichtigungen und honorarwirksame Begrenzungsmaßnahmen abgezogen, zum Beispiel Begrenzungen durch das Individualbudget. Dies hat einen höheren Punktwert als Orientierungswert zur Folge, was für die KV Nordrhein eine **gute Ausgangsbasis** für die Vereinbarung des Punktwertes auf der Landesebene schafft.

Denn der Bewertungsausschuss wird **Kriterien** beschließen, nach denen auf der Landesebene vom bundesweit geltenden Orientierungspunktwert abgewichen werden darf. Die KV Nordrhein wird deswegen die Individualbudgets im

Jahr 2008 beibehalten und im Jahr 2009 auf Regelleistungsvolumen umsteigen müssen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
der bereits zitierte Abteilungsleiter Franz Knieps hat auch gesagt: „Nun haben wir die echte Chance, ein verständliches, gerechtes und umfassendes Vergütungssystem zu errichten. Die Verdienstchancen werden sich verbessern, und das müssen sie auch. Wir müssen für junge Ärztinnen und Ärzte attraktive Rahmenbedingungen schaffen.“

Die Politik, betonte Knieps weiter, strebe mit der Honorarreform **keine kostenneutrale Lösung** an. Mehr Geld für die ärztlichen Honorare müsse bei Bedarf über höhere Beitragssätze finanziert werden. Deshalb habe der Gesetzgeber für 2009 das Gebot der Beitragssatzstabilität außer Kraft gesetzt.

Diese Aussagen werden wir uns merken und spätestens dann wieder zitieren, wenn wir mit den Krankenkassen über den Punktwert streiten werden, mit dem die – nach Punkten – deutlich höher bewerteten Leistungen des neuen EBM bezahlt werden sollen. Die Krankenkassen, vor allem die Vorsitzenden des neuen Spitzenverbands Bund, mauern völlig unberechtigt angesichts des finanziellen Mehrbedarfs des neuen EBM. Denn ab **2009** soll auch der **Gesundheitsfonds** verwirklicht werden mit einem einheitlichen Beitragssatz für alle Kassen. Die Furcht der einzelnen Kassen ist groß, dass sie nur mit einer Zusatzprämie über die Runden kommen werden und im Wettbewerb Versicherte verlieren.

Das aber kann nicht unsere Sorge sein. Denn wir haben mit unseren floatenden Honoraren das Versicherungsrisiko jahrelang getragen und den Wettbewerb der Kassen um die Jungen und Gesunden finanziert. Mit niedrigen Beitragssätzen wurden sie eingefangen – dem Gesundheitswesen gingen Milliarden verloren. Die Zeche bezahlt haben wir mit den unterschiedlichen Kopfpauschalen, ohne Chance auf irgendeine adäquate Refinanzierung. **Das muss 2009 definitiv ein Ende haben.**

Denn was sich zum 1. Januar 2009 wirklich ändert, ist, dass der steigende Bedarf an ärztlicher Leistung von den Kassen finanziert werden muss. Das Morbiditätsrisiko kehrt zu ihnen zurück. Dazu schaffen wir die Grundlage im Jahr 2008. Auf Basis der Bruttomengen dieses Jahres werden die Regelleistungsvolumen für 2009 berechnet.

Deshalb ist es mehr denn je notwendig, das **tatsächliche Leistungsgeschehen zu dokumentieren**. Nur wenn wir belegen, was wir tun, werden wir auch das Geld dafür bekommen. Auf unseren **24** Informationsveranstaltungen zum neuen EBM werden wir darauf besonders hinweisen. Falls Sie jetzt akuten Informationsbedarf haben, so kann ich diesem Wunsch im Rahmen der Diskussion gerne nachkommen.

Doch bevor es 2009 dazu kommt, müssen wir das Übergangsjahr 2008 noch bestehen. Wir in Nordrhein sind da gut gerüstet. Unsere Individualbudgets verhindern, dass es auf Grund der Punktzahlvermehrung in Folge des neuen EBM zur großen Umverteilung kommt. Die Quoten werden sinken, aber das Geld wird nicht weniger.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zur Bilanz gehört auch unsere Politik der **Ausgabensteuerung bei den Arzneimitteln**.

Folie 5

Nach einer Atempause im letzten Jahr zeigt sich wieder ein bekanntes Bild: in Nordrhein haben wir in den ersten neun Monaten die Ausgaben für Arzneimittel und Verbandmittel auf 2,12 Mrd. Euro erhöht. Damit liegen die Umsätze um 7,41 Prozent höher als im Vorjahreszeitraum.

Diese Zahlen hat die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) bekannt gegeben. Die Zahlen der ABDA beinhalten auch die Kosten für Impfstoffe, die im Jahr 2007 um 2 Prozent stiegen. Budgetrelevant sind diese Kosten jedoch nicht.

Werden die ABDA-Zahlen um die Impfstoffkosten und die Kosten, die auf die Mehrwertsteuererhöhung entfielen, bereinigt, so schlagen **3 Prozent echte Kostensteigerung** zu Buche, dies jedoch bei sinkender Packungszahl.

Zur Mehrwertsteuerbelastung bei den Arzneimitteln gestatten Sie mir noch eine Bemerkung: Ich halte den vollen Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel für einen Skandal. Vor allem wenn man schaut, was alles nur mit 7 Prozent belastet ist. Jüngstes Beispiel: die Besteuerung der Karten für Skilifte wurden auf 7 Prozent gesenkt! Wo liegt darin der höhere Sinn, während Kranke und das Solidarsystem mit dem vollen Satz belastet sind. Ich bitte Sie einer Resolution zu diesem Thema, die der Vorstand einbringt, zuzustimmen.

Die Analyse der Kostensteigerung ergibt: es wurde weniger, aber teurer als im Vorjahr verordnet. Ein **Bonus für das Jahr 2007** rückt damit in weite Ferne, denn derzeit beträgt die prognostizierte Überschreitung des Ausgabenvolumen 2007 bereits rund 40 Mio. Euro. Es bleibt zu hoffen, dass die Rabattverträge der Krankenkassen die nötigen Einsparungen bringen – vorausgesetzt, die Verträge werden weiter von den Kollegen unterstützt.

Wir empfehlen deshalb den Kolleginnen und Kollegen, auf Kassenrezepten das **Aut-idem-Feld frei** zu lassen. Denn dann obliegt es der Apotheke, das kassenspezifische Rabattpräparat auszuwählen. Wenn die Therapie des Patienten ein spezielles Präparat erfordert oder Sie Rabattarzneimittel lieber

selbst direkt verordnen, kann die Substitution der Apotheke jederzeit durch ein Kreuz im Aut-idem-Feld unterbunden werden.

Die **Rabattverträge** sind es jedoch, die die Bonus-Malus-Regelung der Bundesebene behindern. Neben den niedrigen Festbeträgen und der Befreiung bestimmter preisgünstiger Medikamente von der gesetzlichen Zuzahlung, haben sie die Angebots- und Preisstruktur insbesondere im **Bereich der Generika** nachhaltig verändert. Zudem hat die Orientierung an den durchschnittlichen Kosten für eine Tagesbehandlung (Daily Defined Doses, DDD) bundesweit zur Verschreibung von mehr und größeren Packungen sowie von Medikamenten mit hohen Wirkstärken geführt.

Um diese Probleme zu entschärfen, haben sich KBV und Krankenkassen auf folgende **Empfehlungen für die Arzneimittelvereinbarungen** geeinigt:

1. Wir Ärzte sollen weiterhin motiviert werden, preisgünstige Wirkstoffe zu verordnen. Dazu dienen aber nicht länger die Bonus-Malus-Regelung, sondern die in der Rahmenvereinbarung formulierten **Wirtschaftlichkeitsziele**.
2. Für zwölf verordnungsstarke Anwendungsgebiete werden **Zielquoten für Leitsubstanzen** als Orientierung für Ärzte festgelegt, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren.

Folie 6

3. Auf die Verknüpfung von durchschnittlichen Tagesbehandlungskosten (Daily Defined Dose, **DDD**) mit der Bonus-Malus-Regelung wird **verzichtet**.

Auch wenn immer und immer wieder verkündet wird, der **Malus** sei abgeschafft, ist dies nur die halbe Wahrheit. Denn nach wie vor gibt es im Sozialgesetzbuch die Vorschrift für so genannte Zielvereinbarungen, mit konkreten, auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichteten Maßnahmen – also auch für **Me-too-Quoten** und die von der Bundesebene vorgegebenen **Wirtschaftlichkeitsziele**.

Wie sieht unsere **regionale Vereinbarung für 2008** aus?

In Nordrhein stehen im Jahr **2008 rund 2,97 Milliarden Euro** für Arzneimittel zur Verfügung, rund **182 Millionen mehr als im Vorjahr**. Sollten die tatsächlichen Arzneimittelausgaben 2008 weniger als 2,93 Milliarden Euro betragen, gibt es einen **Bonus in Höhe von maximal 25 Mio. Euro**, der dem Honorar zufließt. Auch die **Richtgrößen** wurden angehoben, über alle Fachgruppen um knapp 6,5 Prozent. Die **Me-too-Liste** und die fachgruppenspezifischen Zielvorgaben für Me-too-Präparate gibt es auch 2008. Die Werte ändern sich nur für zwei Fachgruppen: Gesenkt wurde die Me-too-Quote für **Nervenärzte**

von 13,8 auf 11,9 Prozent und die Quote der **Urologen** von 10,7 auf 8,5 Prozent.

Folie 7

Grund für die Absenkung ist die **generische Verfügbarkeit mehrerer Blockbuster**, beispielsweise von Zyprexa® bei den Nervenärzten oder den Alpha-blockern bei den Urologen. Die Präparate waren bereits 2007 oder sind ab 2008 generisch verfügbar und belasten die Me-too-Quote nicht mehr; sie stehen folglich als patentfreie Originale auch nicht mehr auf der Me-too-Liste. Wie im Jahr 2007 wird die Me-too-Quote nur für diejenigen Ärztinnen und Ärzte "scharf" gestellt, die ihr persönliches Richtgrößenvolumen überschreiten. Dann allerdings droht ein **Honorarabzug in Höhe von bis zu fünf statt wie bisher vier Prozent**. Honorareinbußen aufgrund der Vereinbarung drohen also dann, wenn erstens ein Arzt sein Richtgrößenvolumen überschreitet und zweitens der Me-too-Zielwert überschritten wird.

Irrelevant ist, ob das Ausgabenvolumen 2008 insgesamt überschritten wird. Sobald das Richtgrößenvolumen einer Praxis überschritten wurde und zu viele Me-too-Präparate verordnet wurden, folgt ein Honorarabzug. Damit schützt unsere Vereinbarung generell alle Praxen vor Regressen, die unterhalb ihres Richtgrößenvolumens liegen. **Diesen Schutz genießen die Ärzte in keiner anderen KV-Region!**

In **Wirtschaftlichkeitsprüfungen stellen Rabatte kein Problem** dar. Denn die Rabatte aus Verträgen der Krankenkassen mit Herstellern werden in den Prüfungen als Pauschalen berücksichtigt.

Der Trend geht also mehr und mehr in die Richtung, dass auch **Dritte Verantwortung im System** übernehmen und nicht die ganze Last auf unseren Schultern liegt. So ist es einem **Apotheker** sicher zuzumuten, seinen Beitrag für eine wirtschaftliche Arzneiversorgung zu tragen, in dem er die Rabattverträge in seiner Apotheke umsetzt. Schließlich ist er derjenige, der mit den Präparaten Geld verdient!

Das gleiche gilt für die **pharmazeutischen Hersteller**, die Rabatte geben um im Geschäft zu bleiben. Langfristig gesehen wird diese **Vertragswelt unsere Wirtschaftlichkeitsprüfungen** ersetzen, da bin ich mir sicher. Entlassen sind wir **Ärzte** jedoch aus unserer Verantwortung nicht, denn nach wie vor wählen wir die Wirkstoffe aus und leisten damit den entscheidenden Beitrag zur erfolgreichen Therapie.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

damit bin ich am Ende des **ersten Teils des Berichts** angekommen.

Zusammenfassend möchte ich feststellen: der Vorstand der KV Nordrhein hat seine Aufgabe - so gut es unter den herrschenden Kautelen möglich ist - er-

füllt. Wir haben **vorzeigbare Honorarsteigerungen** erzielt; die **Honorarverteilung** schützt die Kollegen vor Überforderung; die **Arzneimittelsteuerung** ermöglicht eine rationale und bedarfsorientierte Versorgung. Dazu hat die Vertreterversammlung mit ihren sachorientierten Beschlüssen beigetragen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung mit Kompetenz und Einsatzfreude. Dafür sage ich Dank.

Doch ich denke, diese letzte Sitzung im Jahr des 50jährigen KV-Jubiläums ist auch der richtige Zeitpunkt für **eine Positionsbestimmung**.

Ökonomen und Anlageberater sind sich einig: Die ambulante medizinische Versorgung ist **das Zukunftsfeld des Gesundheitswesens**. Die Fortschritte der Medizin machen es möglich, immer mehr Therapien ambulant durchzuführen. Zukünftig wird ein wachsender Anteil der Ausgaben des Gesundheitswesens in den ambulanten Sektor fließen. Das hat den ambulanten Sektor zu einem heiß umkämpften Markt werden lassen. Dabei geraten sowohl unsere Profession wie auch unsere Organisation unter enormen Druck. Ob die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ihren Platz im Zentrum des Geschehens behalten werden, wird aktuell entschieden.

Gegen unsere Profession richtet sich die Strategie einer sukzessiven **Deprofessionalisierung der Ärzteschaft** und einer **Professionalisierung der nichtärztlichen Berufe**. Begründet wird dies unter anderem mit einer vermeintlich zu großen Arztzentriertheit des Gesundheitssystems, mit der zu weitreichenden Autonomie unserer Profession und einem dominanten Paternalismus in der Beziehung zu unseren Patientinnen und Patienten.

Nicht selten erwiesen sich die Protagonisten dieser Bewegung als ausgesprochen ärztefeindlich. Sie sehen keinen Widerspruch zwischen ihren Forderungen nach Evidenzbasierung und Qualitätssicherung unserer Arbeit bis ins Detail und ihrem Applaus für selbsternannte Heiler mit dem Nimbus des Esoterischen und Exotischen. Die Heilsbotschaft lautet: Alles ist gut, wenn es nur nicht von Ärzten kommt.

Aktuelle Indizien für diese Tendenzen finden sich in den **Forderungen des Sachverständigenrates**, nicht ärztliche Heilberufe vermehrt in die Versorgungskonzepte einzubeziehen und einen Neuzuschnitt der Aufgaben in den Gesundheitsberufen vorzunehmen. Unter dem Stichpunkt „neue Kooperationsmodelle der Gesundheitsberufe“ finden sich weit reichende Vorstellungen zur **Delegation bis hin zur Substitution** ärztlicher Leistungen. Der Sachverständigenrat befürwortet die Schaffung so genannter „Poolkompetenzen“ und verbindet damit die Erwartung eines besseren Einsatzes finanzieller Mittel und einer Optimierung mangelhafter Versorgungssituationen.

Diese Vorstellungen finden sich auch im **Gesetzentwurf zur Pflegereform**.

Unter dem Vorwand der Zukunftsfestigkeit wird der Versuch unternommen, die Arbeit unserer Kolleginnen und Kollegen neu zu definieren, ihren Wert in der Konsequenz herabzusetzen und am politischen Reißbrett die Medizin der Zukunft als Sammelsurium unterschiedlichster Berufsgruppen zu entwerfen.

Uns ist bewusst, dass angesichts hochkomplexer Anforderungen Entlastungen in unserer täglichen Arbeit durchaus notwendig und sinnvoll sind. Unter Entlastung verstehen wir allerdings nicht die Substitution unserer Aufgaben. Entsprechende Absichten der Politik und der organisierten Pflege sollten daher von uns offensiv und selbstbewusst abgelehnt werden.

Im Gesetzentwurf zur Pflege steht unter anderem, dass pro 20.000 Einwohner regionale „Pflegestützpunkte“ etabliert werden, in denen eine umfassende „Pflegeberatung“ als neues Leistungsangebot vorzuhalten ist. Die Anschubfinanzierung pro Stützpunkt würde bis zu 50.000 Euro verschlingen. Die Berater übernehmen ein umfassendes Case- und Care-Management. Sie stünden damit in direkter Konkurrenz zur Koordinationsfunktion des Hausarztes. **Damit** sollte sich der Bundesvorstand des Deutschen Hausärzteverbands in wohlverstandener Interessenvertretung auseinandersetzen!

Zudem sollen **heilkundliche Kompetenzen** auf Angehörige der **Pflegeberufe** übertragen werden. Begründet wird die Notwendigkeit einer Substitution ärztlicher Tätigkeiten vor allem mit dem bereits eingetretenen und sich künftig verschärfenden Hausärztemangel in einigen strukturschwachen Regionen. **Das** sollten die Kolleginnen und Kollegen beachten, die die Körbe für den Ausstieg aus dem GKV-System flechten!

Auch die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, wonach **Heime** zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können und eigene Ärzte einstellen dürfen, wenn die Versorgung der Bewohner nach **eigener** Einschätzung nicht gewährleistet ist, lehnen wir ab. Auf diese Weise käme es zu einer erneuten Erweiterung institutioneller Versorgungsoptionen.

Diese Bestrebungen demontieren nicht nur unsere ärztliche Kompetenz. Zugleich wird damit eine **Absenkung des medizinischen Versorgungsstandards** in der ambulanten Versorgung eingeleitet!

Offensichtlich will die Politik angesichts massiver Finanzprobleme zum einen das Ziel **einer billigeren Versorgung quasi durch die Hintertür** erreichen. Zum anderen erfüllt sie langjährige Forderungen des Deutschen Pflegerates nach einer generellen Aufwertung und Kompetenzerweiterung der Pflegeberufe. Erklärtes Ziel des Pflegerates ist, tradierte Rollen und „Machtgefüge“ grundsätzlich auf den Prüfstand zu stellen. Auch der Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten fordert eine forcierte Akademisierung und den direkten Zugang des Patienten zum Therapeuten, den so genannten **Direct Access**.

Die Etablierung einer **Medizin „light“ zur Kaschierung von Rationierung** und potentielltem Ärztemangel, muss auf unseren heftigen Widerstand stoßen. Niemand von uns kann ein Gesundheitssystem wollen, in dem wie in den Vereinigten Staaten Krankenschwestern in Warenhäusern hausärztliche Funktionen zwischen Weihnachtsmarkt und Parfümkauf ausüben. Niemand von uns will den wachsenden Wildwuchs an Zuständigkeiten und den Kampf um den Patienten als Objekt der Begierde bis hin zum Totenbett, an dem es allmählich auch voll wird.

Doch das ist nur die eine Seite der **Zangenbewegung**. Die andere Seite richtet sich gegen unsere Organisation, die Kassenärztliche Vereinigung und damit gegen die ökonomische Grundlage unserer Praxen.

Die **Krankenkassen** mit ihren Bestrebungen, nicht länger nur als Kostenträger sondern auch als **Leistungsanbieter** zu agieren, müssen hier zuerst genannt werden. Besonders aggressiv operieren Ersatzkassen.

Mit dem Segen der Bundesgesundheitsministerin plant die Technikerkrankenkasse eine Kette von Medizinischen Versorgungszentren, in denen TK-Versicherte durch angestellte Ärzte bevorzugt behandelt werden. Das erste Zentrum wurde unter dem Namen **ATRIO-MED** bereits in Köln eröffnet. Mit einem aggressiven und die Arbeit der Kölner Praxen herabsetzenden Marketing werden Patienten abgeworben. Wir haben dagegen protestiert und eine Einstellung dieser Praktiken verlangt.

In Kassel haben die Ersatzkassen das Zentrum **MEDIKUM** gegründet, was wie eine Spinne im Netz den ganzen Raum Kassel versorgen soll. Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen dürfen kooperieren.

Ein weiteres Beispiel: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat öffentlich erklärt, die Optionen des **§ 116 b SGB V** extensiv nutzen zu wollen. Das ist eine akute Bedrohung für unsere fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Denn durch diesen Paragraphen werden die Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung beteiligt, z.B. für das gesamte Behandlungsspektrum der Onkologie, ohne Ermächtigungen, ohne Zulassungsausschüsse. Die Beteiligung der Kliniken erfolgt allein durch Genehmigung der jeweiligen Länderbehörden, ohne Beteiligung der KVen oder Krankenkassen. Hunderte Anträge sollen dort schon eingegangen sein.

Und was machen wir? Schließen wir uns enger zusammen und planen gemeinsam erfolgreiche Abwehrstrategien? Oder atomisieren wir uns in Gruppen und Grüppchen und treten in den Kampf jeder gegen jeden?

Wenn wir ehrlich sind, ist doch der Streit innerhalb der Vertragsärzteschaft um den Vertretungsanspruch weitestgehend auch nur **ein Streit darum, wer den dicksten Brocken erwischen kann**. Herr Baumgärtner mit seinem Medi-Verbund macht es in diesen Tagen vor. Angetreten als einer der entschiedensten Gegner der DMP, verpflichtet er heute seine Medi-Mitglieder zum Bei-

tritt in die AOK-DMP. Er hat sich seine Überzeugung für das Linsengericht eines AOK-Vertrages abkaufen lassen.

Auf diesem hart umkämpften Markt haben wir, die in der KV organisierten Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und ermächtigten bzw. angestellten Ärzte **noch** eine günstige Wettbewerbssituation: durch die Kassenärztliche Vereinigung als Körperschaft des Öffentlichen Rechts verfügen wir über Entscheidungs- und Interventionsmöglichkeiten, die andere Akteure auf diesem Feld nicht haben. Warum sollten wir diese Vorteile aufgeben?

Die Kolleginnen und Kollegen an der viel beschworenen Basis scheinen auch dieser Auffassung zu sein. Die jüngste Umfrage des NAV, der ja nicht gerade in dem Verdacht steht, KV hörig zu sein, hat es erst wieder bestätigt. Wir haben selbst im vorigen Jahr ein Referendum durchführen lassen. Dessen Ergebnisse decken sich vielfach mit denen der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV: 73 Prozent der damals befragten Ärzte sprachen sich, wenn auch mit Modifikationen, für das bisherige KV-System aus, 60 Prozent sahen keine Alternative dazu. Laut NAV-Studie halten sogar nur 14,19 Prozent der Ärzte die KVen für verzichtbar. Die Zahlen, die die Brendan-Schmittmann-Stiftung dieses Jahr vorlegt, sind für KVen und KBV noch erheblich besser als die, die sie im Jahr 2002 veröffentlicht hat.

Der Vorstand der KV Nordrhein ist entschlossen, diese strategisch günstige Position im Interesse aller niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu behaupten und auszubauen. Dazu brauchen wir aber Geschlossenheit und Loyalität.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vertreterversammlung der KV Nordrhein 24. November 2007



Bericht des Vorstands

Dr. Leonhard Hansen

Gesamthonorar II/07

	2/2007	2/2006	Veränderung
Gesamthonorar	762,7 Mio.	724,7 Mio.	+38,0 Mio.

Insgesamt wurden **38,0 Mio. Euro** mehr gegenüber dem Vorjahresquartal ausgezahlt.

Angaben in Millionen Euro

Quoten II/2007

	Arztgruppe	2/2007	2/2006	Veränderung
Verteilungsbetrag für Leistungen, die dem IB unterliegen*	Fachärzte	240,2	241,6	- 1,3
	Hausärzte	188,6	188,9	- 0,3
Punktzahlen für Leistungen, die dem IB unterliegen	Fachärzte	6.574,1	6.451,7	+ 122,4
	Hausärzte	4.830,4	4.740,3	+ 90,1
Durchschnittliche Quote IB	Fachärzte	71,51%	73,28%	-1,76%-Punkte
	Hausärzte	76,39%	77,98%	-1,59%-Punkte

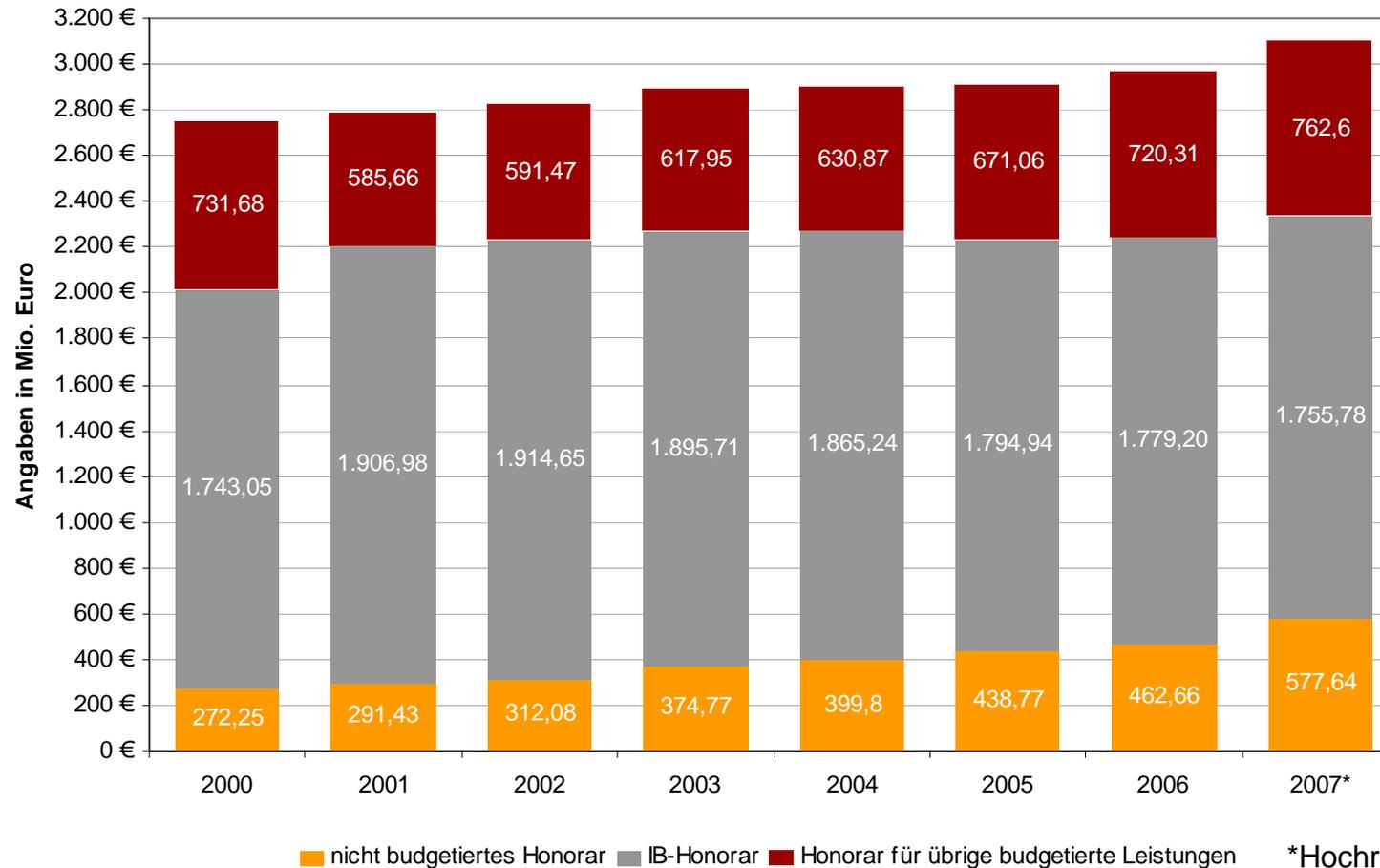
*Angaben in Millionen Euro

Vergütung Psychotherapeutische Leistungen II/07

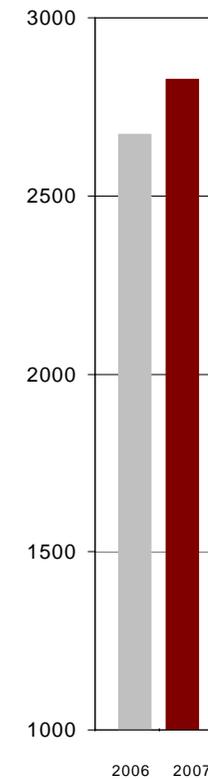
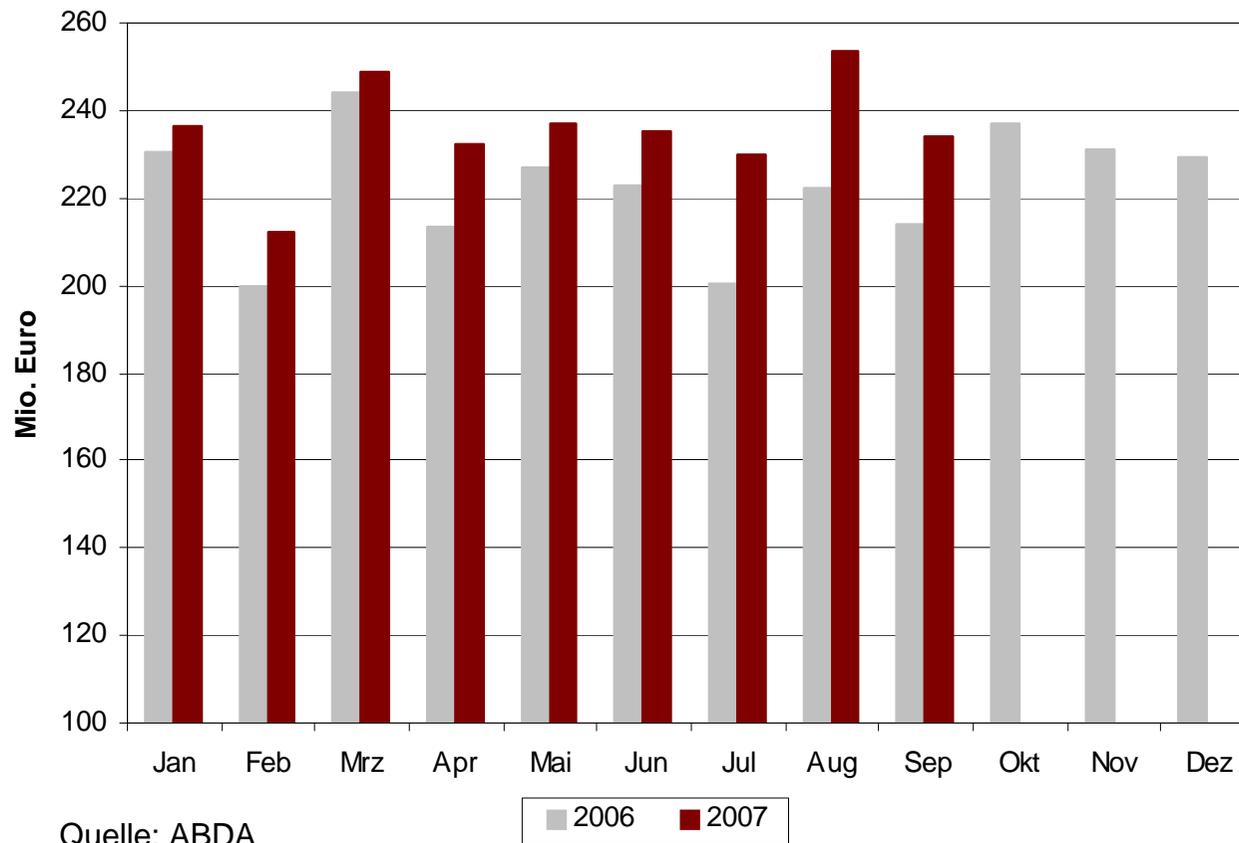
	2/2007	2/2006	Veränderung
Zur Verfügung stehendes Honorar	41,9 Mio.	40,8 Mio.	+ 1,1 Mio.
Zu leistende Zahlungen	43,3 Mio.	40,6 Mio.	+ 2,6 Mio.

Angaben in Millionen Euro

Entwicklung der Gesamtvergütung



Arzneimittelausgaben 2007 (Nordrhein)



Gesamtjahr

Ausblick 2008: Wie geht es weiter?

Bundesrahmenvorgabe 2008:

■ Quoten für Leitsubstanzen in zwölf Arzneimittelgruppen:

Arzneimittelsubstanz	Leitsubstanz(en)	Verordnung in %	Umsatz in %
Statine	Simvastatin	1,95	1,81
selektive Betablocker	Bisoprolol, Metroprolol	4,06	2,11
Alpha-Rezeptorenblocker	Tamsulosin	0,41	0,40
SSRI	Citalopharm, Fluoxetin	0,62	0,75
Bisphosphonate	Alendronsäure	0,30	0,66
Triptane	Sumatriptan	0,24	0,33
Protonenpumpen-Inhibitoren	Omeprazol	3,02	3,57
ACE-Hemmer	Enalapril, Lisinopril, Ramip	3,29	1,33
nicht steroidale Antirheumatika	Diclofenac	5,25	1,97
niedermolekulare Heparine	Enoxaparin-Natrium	1,67	0,65
Schleifendiuretika	Furosemid	1,67	0,75
orale Antidiabetika	Glibenclamid, Metformin	2,46	1,47

Vereinbarung 2008

■ Regionale Vereinbarung 2008:

Arztgruppe	Zielwert 2008
Allgemeinmediziner	8,0 %
Augenärzte	3,9 %
HNO-Ärzte	5,4 %
Hautärzte	4,2 %
Internisten	7,7%
Kinderärzte	1,0%
Nervenärzte	11,9%
Urologen	8,5 %

Me-too-Quoten