

### Editorial

# Ungesundes Vabanquespiel

**Die wachsende Unterfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung erzwingt Strukturreformen. Und das in einer Zeit, in der Niedrigpreise salonfähig geworden sind. Aber Geiz an der falschen Stelle kann zum Bumerang werden. Denn gerade Solidarität ist selten „saubillig“.**

Für den Erfolg von Werbekampagnen entscheidend ist nicht nur ein „handwerklich“ geschicktes Kampagnendesign. Wichtig ist auch und gerade das jeweilige gesellschaftliche Umfeld, der virulente Zeitgeist. Offenbar alles gepasst hat bei der 2003 gestarteten „Geiz ist geil“-Kampagne einer großen Elektronik-Handelskette. Selbst Soziologen sprechen mittlerweile von einer „Geiz ist geil“-Mentalität. Und Google liefert dazu über 47.000 Suchergebnisse. Keine Frage: Niedrigpreise sind salonfähig geworden. Nicht von ungefähr hat die Konkurrenz-Kette eine breit angelegte „Saubillig“-Kampagne nachgeschoben.

Was soll schlecht sein an niedrigen Preisen, am Billig-Kaufen, am Sparen? Nun: Ersparnis stellt den nicht konsumierten Teil des Einkommens dar. Handelsketten werden „Nicht-Konsum“ kaum fördern wollen. Das Gegenteil ist der Fall. Billigstkäufe ermöglichen, insgesamt mehr Güter, mehr Dienstleistungen zu erwerben. Beiden Kampagnen geht es um mehr Konsum, um mehr persönliches Vergnügen - letztlich um egoistisches Verhalten. „Saubillig“ kann allerdings zum ungesunden Vabanquespiel werden. Nicht nur beim (Gammel-) Fleischkauf. Gefährlich wird es auch für soziale Sicherungssysteme, die auf Solidarität fußen - etwa für die Gesetzliche Krankenversicherung. Denn gerade Solidarität ist selten „saubillig“! Geiz indes kann zum Bumerang werden und krank machen. Darauf weisen die Kassenärztlichen Vereinigungen in einer gemeinsamen Aktion mit Nachdruck hin (s. Seite 2).

Die wachsende Unterfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung erzwingt Strukturreformen. Ausdruck davon ist die stete Zunahme von Wahloptionen für Versicherte und Patienten. Etwa, wenn es um die Versorgungsform oder den Wahltarif geht. Richtige Entscheidungen beruhen auf guten Informationen. „Patientenorientierung“ nennen die Kassenärztlichen Vereinigungen all jene Maßnahmen, mit denen sie Patienten, Versicherten und Bürgern bei Fragen rund um das Thema Gesundheit weiterhelfen. Eine Übersicht dazu enthält der Bericht auf Seite 3.

## Inhalt

### Editorial

**Ungesundes Vabanquespiel** 1

### Finanzmisere Gesundheitswesen

**Keine Frage: Geiz macht krank!** 2

### Patientenorientierung

**Kompass im Gesundheits-Dickicht** 3

### Überreguliert

**360 Millionen Euro für Bürokratie** 4

### Arzneimittel-Budget

**Trendumkehr geschafft** 5

### Palliativmedizin

**Würdevoll in die letzte Lebensphase** 6

### KVWL-Jahresthema 2006: Ein Rückblick

**Rationierung contra Berufsethos** 7

### Kurznachrichten

**KVWL erhält TÜV-Siegel für Service-Qualität** 8

**Homöopathie für gesetzlich Krankenversicherte** 8

**Nordrhein berichtet über Qualität in Praxen und bei DMP** 8

**„Wettbewerb gestärkt? Versorgung verbessert?“:** 8

**Das KVWL-Jahresthema 2007** 8

### Impressum

8

# Keine Frage: Geiz macht krank!

**Sparsamkeit gilt gemeinhin als Tugend. Besonnenes Haushalten ermöglicht Rücklagen für „schlechte Zeiten“, erlaubt das Unterstützen Angehöriger, schafft Spielraum für Mildtätigkeit. Wird Sparsamkeit übertrieben, spricht man von Geiz. Überhaupt nicht um Sparsamkeit geht es bei der viel zitierten „Geiz ist geil“-Mentalität.**

Im Gegenteil: Die positive Umdeutung einer ursprünglichen Negativ-Eigenschaft will anregen, sich über Billigpreise ein Mehr an Gütern und Dienstleistungen zu ermöglichen. Es geht um die Lust am Kaufen, um mehr persönliches Vergnügen, um Befriedigung durch Konsum. Eine solche Mentalität huldigt letztlich egoistischem Verhalten. Mit Folgen – gerade für soziale Sicherungssysteme, die auf solidarisches Verhalten setzen.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ein Beispiel dafür. Deren Ausgaben steigen stetig an. Ursachen sind die – demographiebedingt – deutlich anwachsende Zahl älterer Menschen, ein dynamischer medizintechnologischer Fortschritt sowie das besonders kostenträchtige Zusammenspiel dieser beiden Faktoren. Denn es sind gerade Ältere, bei denen teure Medizintechnologie zur Anwendung kommt. Zwar betont die Politik wieder und wieder, das medizinisch Notwendige sei für alle stets verfügbar. Gleichwohl orientiert sie sich auf der Einnahmenseite der GKV seit Jahren am Dogma der Beitragssatzstabilität. Und beitragsrelevant sind nach wie vor nur Einkommen aus Arbeit. Die gesundheitspolitische Maxime lautet: Die Beitragszahlungen der (mehrheitlich noch gesunden) Versicherten sollen möglichst nicht ansteigen.

Der politische Spagat zwischen streng budgetiertem und repressbedrohtem ärztlichen Handeln auf der einen Seite und den Herausforderungen eines sich infolge gesellschaftlicher Alterung dramatisch wandelnden Krankheitsgeschehens auf der anderen Seite hat einen Preis: Nur durch Rationieren, durch das Vorenthalten von Leistungen kann ein solches System letztlich stabil gehalten werden. Mit anderen Worten: Der geschonte Geldbeutel hier bedeutet vertane Heilungschancen dort! Nicht von ungefähr haben die Kassenärztlichen Vereinigungen als Motto ihrer Kampagne zur Gesundheitsreform gewählt: „Geiz macht krank!“. Denn Geiz an den falschen Stellen gefährdet Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität.

In Wirtschaftsunternehmen zeigen sich die Folgen eines unzureichenden Ressourceneinsatzes – man könnte plakativ auch von Geiz sprechen – ungeschminkt. Etwa in Form massenhafter Rückrufaktionen bei Automobilherstellern, weil Zulieferbetrieben in Kos-



*Beim Einkaufsbummel mag ein ausgeprägtes Spardenken vielleicht noch sinnvoll sein. Im Gesundheitswesen aber macht Geiz nichts anderes als krank.*

tensenkungsmanie keine Luft für Qualität gelassen wurde. Im Gesundheitswesen hat das dem Patientenwohl verpflichtete ärztliche Berufsethos bislang als Puffer gewirkt. Der von der Politik immer stärker in die Rolle des heimlichen Rationierers hineingedrängte Mediziner bewegt sich in einem belastenden Spannungsfeld: zwischen dem „Arzt-sein“ im hippokratischen Sinne und der Existenz sichernden Unternehmerfunktion.

Klar ist: Solidarisch finanzierte Systeme können nicht für alle alles allzeit bezahlen. Rationieren wirkt zwar systemstützend, besonders problematisch aber ist das verdeckte Rationieren. Problematisch, weil hier allgemeine, verbindliche Entscheidungsmaßstäbe fehlen. Denn das führt zwangsläufig zu Ungerechtigkeiten im Versorgungsalltag.

Was eine Gesellschaft solidarisch tragen und was sie individueller Verantwortung zuweisen will, das sollte für jeden nachvollziehbar und transparent sein. Hinter einer Solidar-Kulisse vermeintlicher Rundum-Versorgung nach Beitragsschnäppchen jagen, das mag „geil“ sein. Solange man noch nicht selbst krank geworden ist.

# Kompass im Gesundheits-Dickicht

**Das deutsche Gesundheitswesen wandelt sich zusehends. Von Reform zu Reform nehmen die Wahloptionen für Patienten und Versicherte zu, verliert das System insgesamt an Transparenz. Der Einzelne muss stärker als bisher eigene Urteile und Entscheidungen treffen.**

Welche Bonustarife, welche Versorgungsarrangements sind im konkreten Fall verfügbar? Und welche dieser Alternativen ist die richtige? Dem steigenden Informationsbedarf tragen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Nordrhein-Westfalen Rechnung – durch ein umfangreiches Maßnahmenbündel, das mittlerweile ein eigenständiges Handlungsfeld ausmacht. Zu diesem Feld, für das sich die Bezeichnung Patientenorientierung fest etabliert hat, zählen die folgenden Aktivitäten und Angebote.

- Eine telefonisch erreichbare Bürger- bzw. Patienteninformation halten sowohl die KV Westfalen-Lippe (KVWL) als auch die KV Nordrhein (KVNO) vor. Diese Service-Einrichtungen beantworten Fragen rund um das Thema Gesundheit, benennen Ärzte mit besonderen Qualifikationen und unterstützen die Suche nach Reha-Kliniken oder Selbsthilfegruppen. Die Zahl der Anfragen hat in der Vergangenheit stetig zugenommen. Sie liegt mittlerweile in jedem Landesteil im fünfstelligen Bereich pro Jahr.
- Beide NRW-KVen bieten online ein Arztsuchsystem mit benutzerfreundlichen Recherchemöglichkeiten (Fachrichtung, Fremdsprachen etc.). Solide Basis dieser Dienste sind die in den KVen verfügbaren Arztdaten. Nutzer können sich optional auch einen Routenplan vom eigenen Standort zur Praxis erstellen lassen. Die jährlichen Zugriffe auf diese KV-Dienste liegen im Millionenbereich.
- Informationen für Versicherte und Patienten halten auch die Psychotherapieplatzvermittlung der KVWL bzw. die ZIP – Zentrale Informations- und Kooperationsbörse Psychotherapie der KVNO – bereit. Hier werden freie Therapieplätze in den von der GKV anerkannten Therapieverfahren vermittelt.
- Einem engen Zusammenwirken mit dem Selbsthilfebereich messen beide KVen große Bedeutung bei. In Nordrhein und in Westfalen-Lippe gibt es je eine Kooperationsberatungsstelle (kurz: KOSA), die die Zusammenarbeit von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen und Selbsthilfegruppen gezielt fördert. Diese Stellen bieten u. a. einen Überblick über das Spektrum bestehender Gruppen, benennen Ansprechpartner und initiieren Kooperationsprojekte.
- Um den Dialog zwischen Ärzteschaft und Selbsthilfe weiter zu stärken, führen beide NRW-KVen jährliche Round Table-Veranstaltungen durch. Sorgfältig vorbereitet durch eine gemeinsame Gruppe aus Selbsthilfevertretern und KV-Mitarbeitern werden hier aktuelle gesundheitspolitische Fragen, etwa zu neuen Versorgungsformen oder zu Rationierungszwängen, beleuchtet und diskutiert. Die nächsten Treffen finden am 2. Juni (KVNO) und 13. Oktober (KVWL) statt.
- In NRW existiert eine Vielfalt von Einrichtungen, die Patientenberatung anbieten. Nicht jeder Berater kann alles wissen und jede Frage beantworten. Bedeutsam für eine ggf. erforderliche Weitervermittlung, für effizient gestaltete Beratungspfade ist eine transparente Beratungslandschaft, eine Übersicht über arbeitsteilig vorgehaltene Kompetenzen. Genau dies will das im Jahr 2001 ins Leben gerufene Netzwerk Patientenberatung NRW sicherstellen, eine Initiative der Landesgesundheitskonferenz. KVWL und KVNO gehören zu den Gründungsmitgliedern dieses landesweiten Netzwerkes. Weitere Details enthält die Homepage [www.netzwerk-patientenberatung-nrw.de](http://www.netzwerk-patientenberatung-nrw.de).
- Die Arztrufzentrale der KV Nordrhein (Tel. 01 80/5 04 41 00) vermittelt zudem Ärztinnen und Ärzte außerhalb der Sprechstundenzeiten. Mehr als 800.000 Mal wurde sie im Jahr 2006 in Anspruch genommen.

	<b>KV Nordrhein</b>	<b>KV Westfalen-Lippe</b>
<b>Bürger- bzw. Patienteninformation:</b>	Tel. 08 00/6 22 44 88	Tel. 02 51/9 29 90 00
<b>Ansprechpartner für das Handlungsfeld Patientenorientierung:</b>	Miriam Beran Tel. 02 11/59 70 80 60	Dr. Michael Wüstenbecker Tel. 02 31/94 32 32 33
<b>Leiterinnen der KOSA-Stellen:</b>	Stephanie Theiss Tel. 02 11/59 70 80 91	Doris Schlömann Tel. 05 21/5 60 67 16

# 360 Millionen Euro für Bürokratie

**Nach Einschätzung der OECD und der Weltbank zählt Deutschland zu den Ländern mit der höchsten Bürokratiebelastung. Der Gesundheitsbereich ist aufgrund der hohen Regulierungsdichte in besonderem Maße von Bürokratie betroffen.**

Die Abschaffung unnötiger Bürokratie ist somit seit geraumer Zeit eine der Hauptforderungen der niedergelassenen Vertragsärzte. Zum ersten Mal sind nun die Bürokratiekosten von niedergelassenen Vertragsärzten mit Hilfe der Methodik des Standard-Kosten-Modells durch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe – gemeinsam mit dem Partner KPMG Deutsche Treuhandgesellschaft – quantifiziert worden. Dabei wurde für die zirka 13.000 niedergelassenen Vertragsärzte in Westfalen-Lippe eine jährliche Belastung in Höhe von 160 Mio. Euro ermittelt. Übertragen auf die Verhältnisse in Nordrhein würden dort noch einmal rund 200 Mio. Euro anfallen, hochgerechnet auf die im Bundesgebiet niedergelassenen 120.000 Vertragsärzte wären 1,6 Mrd. Euro an jährlichen Kosten für die Bürokratie zu veranschlagen. Ein erschreckendes Ergebnis.

Dabei wurden ausschließlich bürokratische Belastungen berücksichtigt, die aus der ärztlichen Tätigkeit resultieren wie Dokumentationspflichten oder Meldepflichten von Krankheiten zu statistischen Zwecken. Weitere bürokratische Belastungen, die aus der Unternehmertätigkeit des Arztes resultieren, wie Steuererklärung, Meldung zur Sozialversicherung oder die Abrechnung ärztlicher Leistungen, wurden hingegen nicht berücksichtigt. Dennoch wurden nahezu 600 Informationspflichten/Anforderungen für Vertragsärzte identifiziert. Diese wurden aus einer Analyse des Sozialgesetzbuches, der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Bundesmantelverträge sowie der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeleitet.

Für jede dieser 600 Informationsanforderungen definierten die Experten einen Standardprozess – also eine Abfolge von Tätigkeiten, die zur Erfüllung der jeweiligen Anforderungen unab-

dingbar sind. Zur Gestaltung der Standardprozesse bildete eine Liste von 14 Standardaktivitäten die Basis, mit deren Hilfe alle Prozesse zur Erfüllung von Informationspflichten abgebildet werden können. Um den jeweils benötigten Zeitaufwand ermitteln zu können, wurde jede Tätigkeit bei einer ersten Einschätzung mit einem Zeitwert versehen – je nachdem, ob die Tätigkeit als einfach, mittelschwer oder komplex charakterisiert wurde. Der Zeitbedarf wurde mit den in der KVWL ermittelten und bekannten Häufigkeiten multipliziert. Das Ergebnis zeigt den zeitlichen Aufwand in den Arztpraxen zur Durchführung bürokratischer Tätigkeiten. Bewertet mit dem Stundensatz für Arzt- und Mitarbeiter-Tätigkeiten ergibt sich der Aufwand in Euro für jeden bürokratischen Prozess.

An der Spitze der Bürokratiekostentreiber stehen Dokumentationspflichten bei genehmigungspflichtigen Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen. Dahinter folgen die Praxisgebühr, Disease-Management-Programme und Kassenanfragen (vgl. auch Tabelle unten links).

Die vorliegende Untersuchung hat erstmalig die Bürokratiebelastung von Vertragsärzten transparent gemacht und quantifiziert, kann jedoch nur einen ersten Schritt zur Reduzierung von Bürokratiekosten darstellen.

Die jeweiligen Normgeber (Parlament, Bundesregierung, Gemeinsamer Bundesausschuss sowie Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen) sind mit der durchgeführten Messung über die größten „Kostentreiber“ informiert. Somit sind sie in der Lage, die notwendigen Veränderungen zu realisieren. In einem ersten Schritt sollten insbesondere die Dokumentationspflichten bei Vorsorge- und Gesundheitsuntersuchungen auf Notwendigkeit und Umfang geprüft werden. Weiterhin sind die Dokumentationspflichten bei den Disease-Management-Programmen weiter zu vereinfachen. Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung sollte eine deutliche Verschlinkung des Gutachterverfahrens erwogen werden, da der Aufwand zur Beantragung einer Psychotherapie in keinem Verhältnis zu den letztendlichen Kosten der Therapie steht.

Insbesondere wird die Politik sich an ihrem eigenen Versprechen zur Entbürokratisierung messen lassen müssen. Dazu sollte jedes Jahr bundesweit ein KV-Bürokratie-Report erstellt werden,

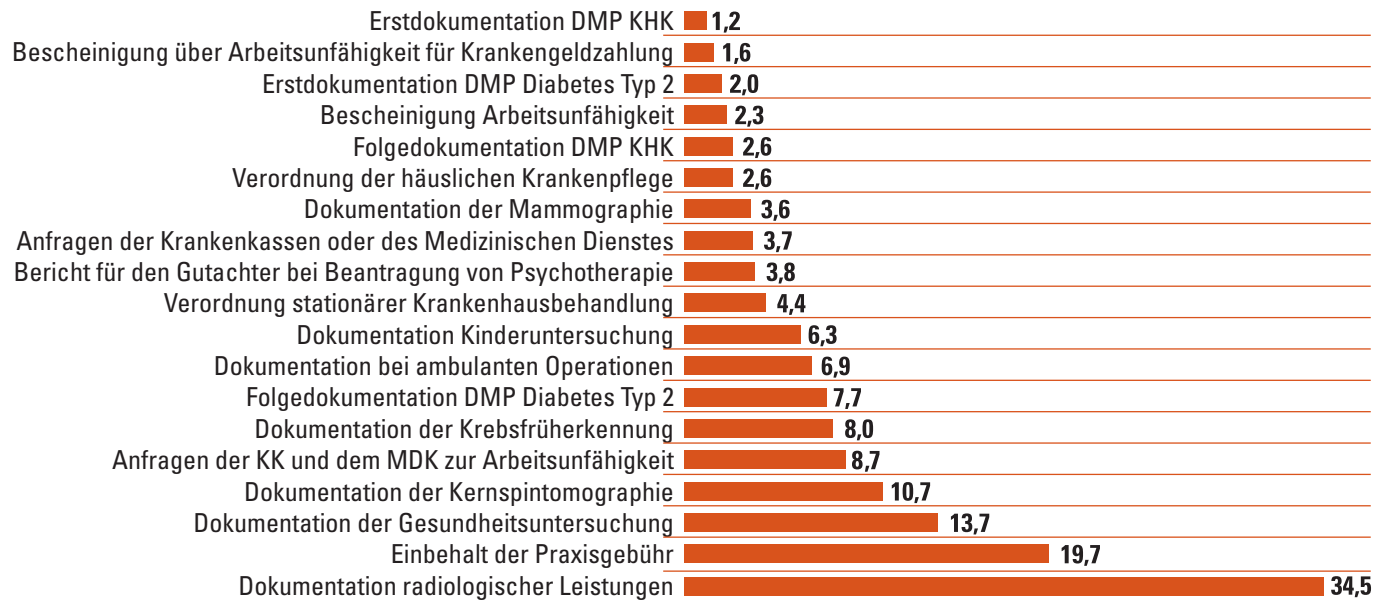
Dokumentationspflichten und Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei genehmigungspflichtigen Leistungen	49,5 Mio. Euro
Dokumentationspflichten im Rahmen von Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen	32 Mio. Euro
Einzug der Praxisgebühr	20 Mio. Euro
Disease-Management-Programme	17 Mio. Euro
Anfragen von Krankenkassen sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen	12,5 Mio. Euro
Meldepflichten (Krebsregister, Infektionsregister, Substitutionsregister)	1,8 Mio. Euro

Die Bürokratiekostentreiber im Gesundheitswesen in der Übersicht.

der die Fortschritte dokumentiert. Ergänzend ist es sinnvoll, einen Normenkontrollrat/Bürokratie-TÜV für den Gesundheitsbereich im Gesetzgebungs-/Richtliniengabungsverfahren zu installieren, der unnötige Bürokratie bei zukünftigen Regelungen verhindert. Man

darf gespannt sein, in welchem Umfang Bürokratie für den niedergelassenen Arzt in Zukunft abgebaut werden kann. Den vollständigen Bericht zur Bürokratiekostenmessung finden Sie auch im Internet unter [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de).

## Die Top 20 der Bürokratiekostentreiber



### Arzneimittel-Budget

## Trendumkehr geschafft

**Die Ärzteschaft in Nordrhein-Westfalen hat die Arzneimittel-Budgets für 2006 eingehalten. In Westfalen-Lippe sind Medikamente für 2,3 Mrd. Euro verordnet worden. Dieser Betrag war als Budget mit den Kassen vereinbart worden. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein konnte das Budget gar unterschreiten.**

In Nordrhein konnte das Budget in Höhe von 2,680 Mrd. Euro um 8,3 Mio. Euro unterschritten werden. Die Ausgaben sanken dort gegenüber dem Vorjahr um zwei Prozent. In Westfalen-Lippe konnte das vereinbarte Arzneimittelvolumen eingehalten werden.

„Die niedergelassenen Ärzte haben damit gezeigt, dass sie verantwortungsvoll mit den knappen Ressourcen im Gesundheitswesen umgehen“, resümiert Dr. Wolfgang-Axel Dryden, Vorstandsmitglied der KV Westfalen-Lippe. NRW zählt damit – neben Bremen – zu den wenigen Regionen in Deutschland, in denen die Arzneimittelausgaben im vergangenen Jahr nicht gestiegen sind.

Dieser Erfolg ist kein Zufall. Denn in beiden NRW-Landesteilen waren zuvor re-

gionale Arzneimittelvereinbarungen mit den Kassen ausgehandelt worden – als Alternative zum Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) aus der Feder des Bundesgesundheitsministeriums. Das AVWG sieht einen individuellen finanziellen Malus vor für Ärzte, die nach der Logik des Gesetzes „zu viel“ verordnen. Umgekehrt gibt es einen Gruppenbonus, wenn die Ausgaben im Bereich einer KV einen bestimmten Schwellenwert unterschreiten. Maßgeblich für die Bemessung der Schwellenwerte sind die so genannten durchschnittlichen Verordnungskosten. Kritiker halten es jedoch für problematisch, diese technische Rechengröße als Messlatte für die Wirtschaftlichkeit zu verwenden. Nach Einschätzung der KVen in NRW hätte das Gesetz für jede Praxis kaum kalkulier-

bare finanzielle Risiken gebracht. Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein: „Unter AVWG-Bedingungen drohen sogar den Ärzten Regresse, die ihre individuellen Arzneimittelbudgets, d. h. ihre Richtgrößen, einhalten.“

Welchen alternativen Weg haben nun die KVen in NRW gewählt? Für Nordrhein erläutert Hansen: „Wir haben im vergangenen Jahr konsequent an der Vermeidung von teuren, aber therapeutisch nicht besseren Medikamenten (Me too) sowie am verstärkten Einsatz von preiswerten und guten Nachahmerpräparaten (Generika) gearbeitet“. Dafür wurden jeweils Mindest- bzw. Höchstquoten festgelegt, die von der großen Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte auch eingehalten wurden. Ähnlich das Vorgehen in Westfalen: Für die Behandlung von neun

chronischen Erkrankungen waren die Ärzte aufgefordert, keine Fertigarzneimittel zu verschreiben, sondern nur die zugrunde liegende Substanz, die Dosierung und die Darreichungsform. Bei einer solchen Verordnung geben die Apotheker das jeweils preisgünstigste Medikament heraus. Dazu Wolfgang-Axel Dryden: „Ärzte können sich so wieder ihrer eigentlichen Aufgabe widmen: der richtigen Indikationsstellung und der Auswahl der notwendigen Substanz zur Behandlung.“ Mit der so genannten Me too-Liste ging die KV Nordrhein noch einen Schritt weiter: Auf dieser Liste sind rund 90 Präparate verzeichnet, deren zusätzlicher Nutzen meist nicht im Verhältnis zum erhöhten Preis steht. Diese Präparate sollen nur dann verordnet werden, wenn es keine preisgünstige pharmakologisch-therapeutische Alternative gibt. Mit der Me too-Liste konnten zirka 40 Mio. Euro eingespart werden. Allerdings hat die Liste heftige Gegenwehr aus dem Kreis der betreffenden Hersteller ausgelöst: Bisher wurden 24 Anträge auf einstweilige Anordnung gestellt. Doch die Gerichte, allen voran das Landessozialgericht in Essen, bestätigten die Liste: 16 Verfahren hat die



*In NRW sind die Arzneimittelausgaben im Jahr 2006 nicht gestiegen.*

KV Nordrhein bislang gewonnen, zwei Anträge wurden zurückgezogen, ein Verfahren ist noch nicht entschieden. Wie kann auch künftig eine wirtschaftliche Verordnung sichergestellt werden? Listen, Quoten, Prüfungen und die Androhung von Regressen haben sich als Instrumente der kurzfristigen Kostenkontrolle zwar bewährt. Für eine nachhaltige Steuerung der Arzneimittelkosten bedarf es dagegen mehr: nämlich einer konsequenten Pharmakotherapieberatung der Ärztinnen und

Ärzte - nicht zuletzt als „Korrektiv“ gegen das Marketing der Pharmahersteller. Außerdem brauchen die Ärzte eine zeitnahe und lückenlose Information über ihre individuellen Verordnungen. All das wird von den KVen in NRW intensiv vorangetrieben und ausgebaut. Aber auch die Politik muss ihren Beitrag leisten: Die permanenten Reformen in diesem Bereich haben viel zur Intransparenz und damit zur Verunsicherung der Ärzte beigetragen. Mit den Rabattverträgen, die der Bundesgesetzgeber mit dem aktuellen Reformgesetz möglich gemacht hat, wird es für Ärztinnen und Ärzte künftig noch schwieriger, die tatsächlichen Preise zu überblicken. Damit sind die herkömmlichen Arzneimittelbudgets als Steuerungsinstrument zu Lasten der Ärzteschaft kaum mehr praktikabel. Es ist höchste Zeit, die Ärzte aus der Verantwortung für die Preise der Arzneimittel zu entlassen. Die Politik muss aber auch den Mut haben, den Versicherten zu sagen, dass kein gesetzlicher Spielraum mehr für weitere Ausgabenbegrenzungen besteht. KV-Vize Dryden: „Dann droht ganz eindeutig eine Verschlechterung in der Arzneimitteltherapie“.

## Palliativmedizin

# Würdevoll in die letzte Lebensphase

**Lange bevor die Bundesregierung die Versorgung sterbender Menschen zum Thema gemacht hat, hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zu Beginn des Jahres 2006 in Köln ein Projekt zur Versorgung dieser Menschen gestartet.**

Es ist angelehnt an das Rahmenprogramm des Landes Nordrhein-Westfalen zur Umsetzung der flächendeckenden palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung.

„Viele Menschen wollen zuhause sterben. Den meisten Menschen kann das ermöglicht werden, sofern die entsprechenden Strukturen geschaffen werden“, so der KV-Vorsitzende Dr. Leonhard Hansen. Die Vertragspartner - AOK Rheinland/Hamburg, IKK, Knappschaft, LKK und KV Nordrhein - sind sich einig, dass die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase kein Gegenstand der ökonomischen Konkurrenz sein darf.

Sehr wohl aber eine Sache des Wettbewerbs um die besten Konzepte und Ideen. Dabei geht es darum, Menschen ein würdiges Sterben zu Hause zu ermöglichen - soweit dies medizinisch machbar und von den Patienten ausdrücklich gewünscht ist.

Das Interesse im Rheinland ist groß. Inzwischen haben zirka 500 Ärzte die palliativmedizinische Zusatzweiterbildung absolviert. Längst ist das Projekt über Köln hinausgewachsen. Seit Dezember 2006 wird der Vertrag auch in Mönchengladbach umgesetzt - Leverkusen startet Mitte Februar. Weitere Städte sind auf dem Sprung: Dormagen, Duisburg, Essen, Oberhausen und Wesseling. Die Palliativversorgung soll kontinuierlich und systematisch verbessert werden. „Dabei spielt die Vernetzung eine wichtige Rolle. Denn es geht oft darum, ganz praktische Aufgaben zu managen, zum Beispiel eine 24-Stunden-Bereitschaft“, erläutert Dr. Leonhard Hansen. Die Palliativ-Vereinbarung ergänzt den Hausarzt-Vertrag der KV Nordrhein. Denn Hausärzte übernehmen eine zentrale koordinierende Funktion auch in der palliativmedizinischen Versorgung. Dabei arbeiten sie je nach Bedarf eng mit Palliativ-

pflagediensten zusammen. Seit Juli vergangenen Jahres bieten die Krankenkassen den Palliativpflagediensten einen eigenen Vertrag an, in dem auch die besonderen Anforderungen an ihre Strukturqualität festgelegt sind. Palliativpflagedienste müssen demnach über vier besonders qualifizierte Pflegekräfte (Palliative Care) verfügen. Die Hausärzte können auch auf die Unterstützung eines qualifizierten Palliativarztes zurückgreifen. Hilfreich kann das bei-

spielsweise sein, wenn die Schmerzkontrolle unzureichend oder die Familiensituation besonders komplex ist.

Mittlerweile gibt es in vielen Orten des Rheinlands palliativmedizinische Initiativen. Immer mehr nehmen an dem Vertrag teil, den die KV Nordrhein und die beteiligten Krankenkassen geschlossen haben. Ziel ist, die ambulante palliativmedizinische Versorgung auf ganz Nordrhein zu erweitern.

## KVWL-Jahresthema 2006: Ein Rückblick

# Rationierung contra Berufsethos

**Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe führte Ende November begleitend zum Jahresthema „Budgetierte Ethik? Heilen unter dem Diktat der Ökonomie“ gemeinsam mit der Ruhruniversität Bochum eine Abschlusstagung durch. Ein Rückblick.**

Ausgangspunkt war die Erfahrung von Ärztinnen und Ärzten, im Praxisalltag zu Rationierungsentscheidungen genötigt zu sein, die in kaum erträglicher Spannung zu ihrem Berufsethos stünden.

Der Tübinger Philosoph Prof. Dr. Otfried Höffe tat zunächst einen Blick in die Geschichte. Während früher ausufernde Antriebskräfte als Leidenschaften oder als Laster gebrandmarkt worden seien, würden diese nunmehr als „Interessen“ gelten. Was früher illegitim gewesen sei, gelte seit langem als normativ neutral. Im Wirtschaftsbereich wandle sich das Laster des Neides etwa zur wirtschaftlichen Kompetenz, und die Habsucht werde zum lobenswerten Geschäftssinn. Früher dem Vorwurf der Leidenschaft bzw. des Lasters ausgesetzt, also in normative Fesseln eingebunden, werde die Begehrlichkeit nunmehr regelrecht entfesselt. Anspruchsdenken und Unersättlichkeit seien Ausdruck davon. Und das könne natürlich zum massiven Problem für solidarisch finanzierte Sicherungssysteme werden.

Professor Dr. Peter T. Sawicki, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, wandte sich entschieden dagegen, nun einfach sparmotiviert Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen. Es gelte vielmehr, Möglichkeiten für eine auch künftig gute Versorgung zu schaffen. Grundsätzlich habe ein Arzt nicht nur

gegenüber dem Patienten Verantwortung, sondern auch und gerade gegenüber der Solidargemeinschaft. Er könne insofern keine gänzliche Behandlungsfreiheit beanspruchen. Transplantationsmedizin, Chemotherapie, Dialyse: All dies sei nur möglich, weil es eine Solidargemeinschaft gebe. Und deswegen gebe es ihr gegenüber Verantwortung. In Deutschland könne mit dem vorhandenen Geld durchaus das für die Patienten Notwendige geleistet werden. Möglicherweise werde dies in Zukunft einmal anders sein. Wichtig sei daher zu schauen, was einen Nutzen habe, was zu belegen und was wirklich notwendig sei.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, bedauerte, dass im Zuge der Neuordnung des Gesundheitswesens auch das bedeutsame Grundprinzip der Notwendigkeit zunehmend in Frage gestellt sei. Notwendiges solle, so das Sozialgesetzbuch, in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Es müsse zweckmäßig sein, und die Beteiligten seien der Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Wenn die Krankenkasse einem Versicherten eine bestimmte Leistung nicht zugute kommen lassen wolle, könne dieser auch heute noch deren Notwendigkeit sozialgerichtlich prüfen lassen. Tatsächlich erhalte die ethische Verpflichtung, einem Patienten zu helfen, aber mehr und mehr die selbe Wertigkeit wie der Erhalt der Finanzierbarkeit des Gesamtsystems. Daraus

Ein ausführlicher Veranstaltungsbericht ist auf der Website der KVWL eingestellt:  
[www.kvwl.de/politik/lgp/index.htm](http://www.kvwl.de/politik/lgp/index.htm)

leite sich dann zwangsläufig das Recht, ja die Pflicht ab, steuernd in das Gesamtsystem einzugreifen, das Notwendige näher zu definieren und einzugrenzen. Das aber bedeute, dass das Notwendige auch stets im Lichte seiner Finanzierbarkeit gesehen werde.

Es sei der Politik derzeit kaum vermittelbar, so Hoppe abschließend, dass unter gedeckelten Finanzierungen nicht alles zu machen, nicht alles zu haben sei. Dort sehe man nur Wirtschaftlichkeitsreserven, Qualitätspotenziale und Transparenzverbesserungen. Natürlich gebe es realiter bereits Rationierung, nur die Politik bekomme nichts davon zu spüren. Das sei doch die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser: Als Mesoebene müssten sie Rationierungszwänge umsetzen - und Sorge tragen, dass die Folgen nicht nach oben durchkämen und politisch störten. Mit drastischeren Worten: Sie müssten einerseits dafür sorgen, dass es unten stinke. Müssten aber zugleich verhindern, dass dieser Gestank nach oben hochziehe. Selbst hätten sie ihn aber auszuhalten. Und das könne so auf Dauer nicht bleiben!

## Kurznachrichten

### KVWL erhält TÜV-Siegel für Service-Qualität

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe will nah dran sein an den Ärzten und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe. Dem Selbstverständnis eines flexiblen Dienstleisters entsprechend, versteht die KVWL ihre Mitglieder als Kunden und richtet ihre Service-Agenda entsprechend aus. Ein großer Schritt weg vom Charakter einer Behörde, der nun mit einer besonderen Auszeichnung belohnt wurde. Als erste Einrichtung ihrer Art in ganz Deutschland ist die KVWL im November vom TÜV Süd mit dem begehrten Zertifikat für Service-Qualität ausgezeichnet worden. Mit einer Gesamtnote von 2,1 unterbot die KVWL nach intensiven TÜV-Prüfungen die vorgegebene Mindestnote von 2,25 und erfüllte somit deutlich die Anforderungen für das Gütesiegel. Für die Ärzte in Westfalen-Lippe ein Versprechen, für die KVWL gleichermaßen eine Verpflichtung. Denn die bestehenden Service-Standards sollen in Zukunft nicht nur gehalten, sondern weiter ausgebaut und stetig optimiert werden.



### Homöopathie für gesetzlich Krankenversicherte

Seit Jahresbeginn 2007 können Versicherte der Gmünder Ersatzkasse (GEK), der Profi-Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK) und der Krankenkasse Eintracht-Heusenstamm (KEH) in Nordrhein-Westfalen homöopathische Leistungen in Anspruch nehmen. Dies sieht der Vertrag zur „Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie“ vor, den die KV Nordrhein sowie die KV Westfalen Lippe mit diesen gesetzlichen Krankenkassen geschlossen haben. Immer häufiger wird die Homöopathie von den Versicherten nachgefragt – und immer häufiger bieten Ärztinnen und Ärzte diese besondere Behandlungsform an. Den Kassenärztlichen Vereinigungen wie auch ihren Vertragspartnern, den Krankenkassen, war es deshalb wichtig, die Lücke zwischen Versorgung mit homöopathischen Arzneimitteln und der spezifischen ärztlichen Tätigkeit zu schließen. Die Vertragspartner nutzen hier offensiv einen Gestaltungsspielraum, den der Gesetzgeber vorgesehen hat und in dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung sogar mit in den Vordergrund stellt.

### Nordrhein berichtet über Qualität in Praxen und bei DMP

Die nordrheinischen Patienten können auf ein Höchstmaß an medizinischer Kompetenz und eine fachgerechte apparative Ausstattung in den ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen vertrauen.

Dies zeigt der vierte Qualitätssicherungsbericht der KV Nordrhein. Kernstück des Berichts ist der Überblick über die 43 genehmigungspflichtigen Leistungen innerhalb des Zeitraums 2005. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Zahl der genehmigten Anträge von 41.953 auf 51.721 erhöht. Zusätzlich zu den Genehmigungsbereichen stellt der Bericht auch die Ergebnisse ausgewählter Qualitätsprüfungen vor. So werden für die Kernspintomographie, kurative Mammographie und photodynamische Therapie am Augenhintergrund die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen exemplarisch dargestellt.

Zu den aktuellen Entwicklungen, die der Bericht dokumentiert, zählen die brandneuen Qualitätszirkel zur Arzneimittelverordnung. Erstmals liegt zudem ein „Qualitätsbericht über drei strukturierte Behandlungsprogramme“ vor, und zwar für Diabetes Typ 2, Brustkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (KHK). Die Krankenkassen des Rheinlands, die Krankenhausgesellschaft NRW und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein geben diesen Bericht gemeinsam heraus. Beide Berichte finden sich auf den Internetseiten der KV Nordrhein unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de). Die Berichte aus dem Landesteil Westfalen finden Sie unter [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de).

### „Wettbewerb gestärkt? Versorgung verbessert?“

„Wettbewerb gestärkt? Versorgung verbessert?“ – so lautet das Jahresthema 2007 der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. Als Auftakt dazu erscheint im April ein Schwerpunktheft des Westfälischen Ärzteblattes.

## Impressum



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
Tel. 02 11/59 70-0  
[www.kvno.de](http://www.kvno.de)

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6  
44141 Dortmund  
Tel. 02 31/94 32-0  
[www.kvwl.de](http://www.kvwl.de)



Kassenärztliche  
Vereinigung  
Westfalen-Lippe

Redaktion:

Andreas Daniel (verantwort.)  
Heike Achtermann  
Ruth Bahners  
Dr. Edith Meier  
Sigrid Müller  
Johannes Reimann  
Dr. Michael Wüstenbecker

Druck:

IVD GmbH  
Wilhelmstraße 240  
49475 Ibbenbüren