



Pro ambulant

Informationsdienst über die ambulante Versorgung in Nordrhein-Westfalen

Editorial

Die Geister, die wir nicht rufen sollten

Als erste Krankenkasse bundesweit hat die AOK in Baden-Württemberg jüngst die hausarztzentrierte Versorgung ihrer Versicherten ausgeschrieben. Aber nicht als Ergänzung zur bestehenden Versorgung, sondern als Ersatz dafür – bewusst vorbei an der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Während Kanzlerin Angela Merkel diesen „verbesserten Wettbewerb“ im Gesundheitswesen preist, schrillen bei vielen Ärztinnen und Ärzten die Alarmglocken.

Die beiden KVen Westfalen-Lippe und Nordrhein lehnen diese Art von Wettbewerb nicht nur für das Land Nordrhein-Westfalen ab. Warum? Steckt hinter der Skepsis die Sorge des „Monopolisten“ um seine angestammten Pfründe? Oder fürchten die KVen Transparenz und Leistungsvergleiche? Nein. Die beiden KVen in NRW sind vielmehr davon überzeugt, dass der Vertragswettbewerb nach der Lesart des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sowohl den Ärzten als auch ihren Patienten letztlich mehr Schaden als Nutzen bringt. Diese Art von Wettbewerb ist ein Risiko, aber ohne Chance auf Gewinn.

Ungebremster Wettbewerb im Gesundheitswesen führt zur Selektion. Und Selektion wiederum bedeutet, dass sich immer mehr Unterschiede in der Behandlung der Patienten auf tun werden. Auf der Strecke bleiben diejenigen, die sich in diesem Wettbewerb nur schwer orientieren können: die Schwächsten. Beim Sport mag das nachvollziehbar sein, im Gesundheitswesen jedoch nicht.

Wer den Wettbewerb im Bereich der Grundversorgung entfesselt, gefährdet die gesamte Versorgung. Die AOK Baden-Württemberg zeigt es. Sie will zu ihren Bedingungen diktieren. Aber Patienten wollen nicht von Krankenkassen gesteuert werden. Sie wollen nicht wie Privatpatienten Geld vorstrecken, wenn sie sich außerhalb ihres Bundeslandes von einem Arzt behandeln lassen. Patienten wollen jederzeit fürsorglich vom Arzt ihres Vertrauens behandelt werden. Dafür muss aber die niederschwellige, flächendeckende ambulante medizinische Versorgung, um die uns viele andere Länder so sehr beneiden, weiter durch die KVen sichergestellt werden.

NRW ist nicht Baden-Württemberg. Wir brauchen keine Parallelwelten in der Versorgungslandschaft. Denn die wären nichts anderes als ein Experiment am Gesundheitssystem ohne Fallschirm und Rückversicherung. Ein Experiment, bei dem niemand weiß, was passiert, wenn es schief geht. Diese Geister sollten wir besser nicht rufen.

Inhalt

Editorial

Die Geister, die wir nicht rufen sollten 1

Hausärztliche Versorgung

AOK Baden-Württemberg schafft Präzedenzfall: Patienten haben das Nachsehen 2

Interview

Wettbewerb gefährdet freie Arztwahl 4

Heilmittel

KVWL-Resolution: Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind unfair 6

Barmer Hausarztvertrag

Status quo in NRW 7

Kurznachrichten

Gesundheitserziehung bis Ende 2011 verlängert 8

KVWL-Thema: Alt, erkrankt, versorgt - auch morgen? 8

Darmkrebs rechtzeitig erkennen 8

Nordrhein: Qualität der ambulanten Versorgung ist exzellent 8

Impressum

8

AOK Baden-Württemberg schafft Präzedenzfall: Patienten haben das Nachsehen

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen fordert Angela Merkel. Und während sämtliche dazugehörige Akteure derzeit angespannt auf Baden-Württemberg blicken, applaudiert die Kanzlerin: Weil die AOK „im Ländle“ einen Präzedenzfall geschaffen hat. Die große Krankenkasse will landesweit die hausarztzentrierte Versorgung ihrer Versicherten nach Paragraph 73 b SGB V nicht länger über die KV abwickeln. Sie verhandelt stattdessen einzig und direkt mit Ärzteverbänden des Landes und gliedert damit einen klassischen Teil aus der ambulanten medizinischen Kernversorgung aus.

Das, was die Kanzlerin so freimütig als Wettbewerbsverbesserung propagiert, führt am Ende zu nichts Anderem als zu einem Flickenteppich in der ärztlichen Vertragslandschaft. Ein Flickenteppich, der letztendlich vor allem die flächendeckende ambulante Versorgung der Patienten schwächt. Eine unübersichtliche und inhomogene Versorgung kann allerdings kaum im Sinne einer auf Ganzheitlichkeit und auf vergleichbare Standards ausgerichteten Gesundheitspolitik sein. Gilt es doch, allen gesetzlich Krankenversicherten eine möglichst einheitliche und qualitativ hochwertige ambulante medizinische Versorgung so unbürokratisch wie möglich zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund bewerten die KVen Westfalen-Lippe und Nordrhein die baden-württembergische Entwicklung mit Skepsis.

Bisher geschehen: Am 20. Dezember 2007 hat die AOK Baden-Württemberg als erste große Kasse bundesweit im Staatsanzeiger des Landes die flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung ihrer Versicherten durch mindestens 3.000 Hausärzte ausgeschrieben. Sowohl die KV Baden-Württemberg als auch die KV Bayerns sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich beworben. Mit ihnen will die AOK allerdings nicht zusammenarbeiten. Die Kasse hat stattdessen die Verhandlungen ausschließlich mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) und dem Ärzteverbund Medi aufgenommen.

Zur Erklärung: Der Ausgang der Vertragsverhandlungen mit der AOK in Baden-Württemberg ist höchst ungewiss.

Wenn die AOK also Ärzte aus dem bisherigen System abwerben will, kann sie lediglich mit höheren Honorarzusagen punkten. Woher nehmen, wenn nicht stehlen? Das zur Verfügung stehende Gesamtvolumen für die Versorgung in der Region bleibt jedoch das selbe. Und mit Blick auf den nahenden Gesundheitsfonds sind die Spielräume auch für die AOK im Südwesten enger denn je. Ein zusätzliches Honorarvolumen für die Ärzte wird die AOK daher zwangsläufig an anderer Stelle einsparen müssen. Etwa bei der Verordnung von Arznei, Heil- und Hilfsmitteln. Es ist daher nicht auszuschließen, dass ein Honorarplus bei den Ärzten durch Versorgungseinschränkungen an anderer Stelle teuer erkaufte wird.

Was wäre also, wenn? Wenn die Krankenkassen lauter unterschiedliche Partikularinteressen verfolgen, wird sich das über kurz oder lang in der unterschiedlichen Versorgung der Patienten niederschlagen. Diese Art von Wettbewerb verhindert nicht das Zweiklassen-System. Sie fördert es. Und diejenigen, die schwer krank sind oder sich aus Altersgründen nicht ausreichend orientieren können, haben das Nachsehen. Eine in Verhandlungen ungeübte und zudem zersplitterte Ärzteschaft wird sich dagegen kaum durchsetzen können. Die KVen hingegen haben ihr 50 Jahre Erfahrung am Verhandlungstisch voraus.

KVen sind zum Wohle der Patienten für ein gesichertes Qualitätsmanagement in den Arztpraxen zuständig. Nur diejenigen Mediziner, die die geforderten Qualitätsstandards regelmäßig und ausreichend



Der Puls mancher Patienten könnte angesichts neuer hausärztlicher Versorgungsstrukturen in die Höhe schnellen.

gegenüber ihrer KV nachweisen, dürfen Leistungen wie Ultraschall, Röntgen, Darmspiegelungen oder die Behandlung von Diabetikern und Schmerzpatienten sowie ambulante Operationen zu Lasten der GKV erbringen. So geregelt im Kollektivvertrag. Bei den derzeitigen Verhandlungen um lauter Einzelverträge wird dieses Qualitätskriterium offensichtlich gar nicht bedacht. Und selbst wenn: Wie soll durch besagten Flickenteppich in der Vertragslandschaft ein einheitlicher Standard, ein überall gültiges Gütesiegel, gehalten werden? Und vor allem: Wie soll er zuverlässig

kontrolliert werden? Und noch ein Aspekt sollte nicht außer Acht gelassen werden: Wenn Teile der Ärzteschaft aus der ambulanten medizinischen Versorgung ausgegliedert werden, wer kümmert sich dann noch um das Gemeinwohl? Aufgaben wie die Regelung von Notfalldiensten oder die ausreichende, flächendeckende Versorgung vor allem in den ländlichen Bereichen haben bisher die KVen übernommen.

Brechen nun Mitglieder und damit Einnahmen weg, können KVen diese Aufgaben nicht mehr zuverlässig leisten. Sie stünden plötzlich als „Resteversorger“ da. So wünscht sich die AOK Baden-Württemberg landesweit rund 3.000 Ärzte als Vertragspartner – Medi und dem HÄVG gehören „im Ländle“ aber bereits mehr als doppelt so viele Mitglieder an. Wohin mit der Differenz? Und was machen Patienten, die in einem anderen, benachbarten Bundesland ambulant medizinisch betreut werden müssen oder wollen? Sie werden künftig nicht mehr die Freiheit haben, den Arzt ihres Vertrauens nach eigenem Ermessen zu wählen. Sie müssen sich zuerst erkundigen, ob ihr Hausarzt dem Vertragsbündnis überhaupt angehört. Wenn nicht, greifen sie erst einmal selbst in die Tasche – oder wechseln notgedrungen.

Es stellt sich aufgrund all dieser Hindernisse die Frage nach dem Nutzen, wenn nach Regionen und Kassen differenzierte Verträge neue Barrieren für den Patienten errichten und man durch den Aufbau und die Verwaltung von notwendigen Doppelstrukturen zusätzliche Kosten aufbringen muss? Dies Art von Wettbewerb erzeugt noch mehr Bürokratie, Intransparenz für die Versicherten und unnötige Verwaltungsausgaben. Es gilt daher die Elemente des Wettbewerb sorgfältig im Kontext zu überdenken – keinesfalls darf er ein Selbstzweck sein.

1932 wurden die KVen gegründet, weil die Vertragslandschaft zwischen Kassen und Ärzten nicht mehr überschaubar war. Vorreiter dieser institutionellen, demokratisch gewählten Lösung waren die Ärzte selbst – allen voran der heutige Hartmannbund. Die Geburtsstunde der KVen mag von einigen wenigen Kritikern als unbefriedigender Dauerkompromiss empfunden werden. Für eine sichere, flächende-

Wer aussteigt, bleibt außen vor

Während der Weg in Baden-Württemberg zur Zersplitterung der flächendeckenden Versorgung führt, wird der in Bayern beabsichtigte Ausstieg der Hausärzte aus der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung in eine Sackgasse führen. Denn der Gesetzgeber hat der Abkehr vom bisherigen System und einer eigenständigen Abrechnung mit den Kassen nach Zulassungsrückgabe einen Riegel vorgeschoben.

Rechtliche Grundlagen:

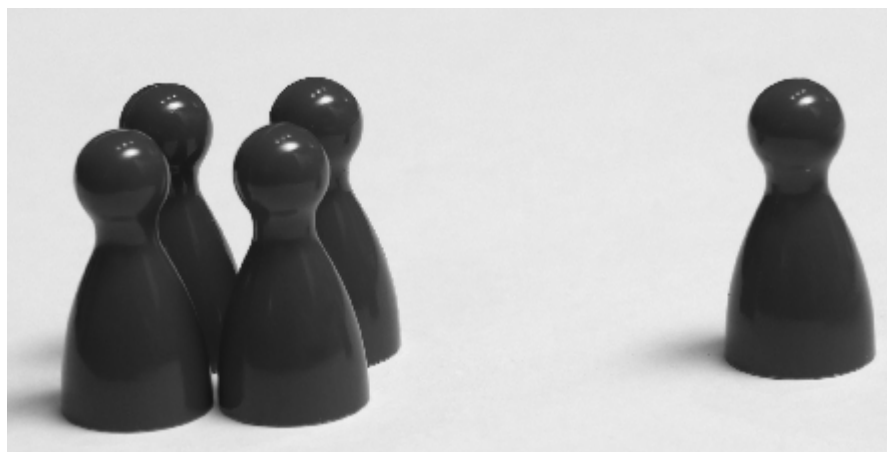
Geben Ärzte ihre Kassenzulassung zurück, können sie kein Geld aus der gesetzlichen Krankenversicherung erwarten. So hat das Bundessozialgericht (BSG) im Juni 2007 geurteilt. Ausgangspunkt war die Klage von Kieferorthopäden aus Niedersachsen (Az: B 6 KA 39/06 R), die nach Zulassungsrückgabe weiter Kassenpatienten behandelt und von den Kassen keine Vergütung erhalten hatten. In der Urteilsbegründung heißt es, dass Ärzte, die ihre Zulassung zurückgeben, grundsätzlich nicht mehr Versicherte der Krankenkassen zu deren Lasten behandeln dürfen. Die freie Arztwahl der Versicherten ist auf die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder anderweitig einbezogenen Leistungserbringer beschränkt.

Eine Erstattung der Leistungen nach der „Gebührenordnung Ärzte (GOÄ)“ – der Grundlage für Privatabrechnungen – ist nicht möglich, da sie nur bei einem „Systemversagen“ gilt. Ein „Systemversagen“ ist laut BSG nur dann anzunehmen, wenn die Krankenkasse eine von ihr geschuldete notwendige Leistung nicht rechtzeitig erbringen lassen kann. Dies setzt voraus, dass der Versicherte, der einen nicht (mehr) zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen will, gehalten ist, sich bei seiner Krankenkasse nach den in Betracht kommenden Behandlungsalternativen zu erkundigen.

Nur wenn die Krankenkasse dem Versicherten mitteilt, gegen die Inanspruchnahme eines aus der vertragsärztlichen Versorgung pflichtwidrig ausgeschiedenen Arztes bestünden keine Bedenken, kann sich dieser in die Behandlung eines solchen Arztes begeben. Den Patienten treffen keine Zahlungsverpflichtungen. Zudem dürfen die Kassen Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigen, eigene Versorgungseinrichtungen aufbauen oder zusätzlich auch Ärzte aus dem Ausland für sich gewinnen.

ckende und frei wählbare ambulante medizinische Versorgung der Patienten bleibt

das bisherige System mit seinen Kollektivverträgen ohne Alternative.



Die AOK Baden-Württemberg steigt mit der Ausschreibung der ambulanten Versorgung ihrer Versicherten aus dem Kollektivvertragssystem aus und verhandelt nun in Einzelverträgen.

Wettbewerb gefährdet freie Arztwahl

Dr. Ulrich Thamer, Vorsitzender der KVWL, und Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KVNO, sehen die aktuellen Entwicklungen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg skeptisch. Stünde NRW ein ähnliches Szenario bevor, sähen beide den freien Zugang zum Arzt des Vertrauens und die Therapiefreiheit des Mediziners als gefährdet an. Was dahinter steckt, lesen Sie im Interview.

Wettbewerb scheint derzeit ein Zauberwort, um die Lage im Gesundheitswesen zu verbessern. Wie schätzen Sie dies ein?

Hansen: Der Begriff „Wettbewerb“ im Gesundheitswesen ist recht unterschiedlich besetzt: Die einen verstehen darunter eine möglichst marktwirtschaftliche Ausrichtung unseres Gesundheitssystems, wobei rein ökonomische Kriterien die Gesundheitsversorgung dominieren sollen. Nach dem Motto: Der Markt wird's richten, wenn allen genügend Gestaltungsspielraum gegeben wird. Andere blicken differenzierter auf den Terminus und sehen sehr wohl, dass der propagierte so genannte „solidarische Wettbewerb“ ein Widerspruch in sich selbst ist und auch seine Gefahren birgt.

Thamer: Meiner Meinung nach sind wettbewerbliche Elemente im Gesundheitswesen zu begrüßen. Aber: Sie dürfen sich nicht ausschließlich an den Regeln des Marktes orientieren. Ziel muss sein, dass eine flächendeckende und gerechte medizinische Grundversorgung für alle Bürger erhalten bleibt und der Zugang dazu nicht erschwert wird.

Ziel muss auch sein, dass es den behandelnden Ärzten weiterhin möglich ist, unabhängig von den Kostenträgern individuelle Therapieentscheidungen für ihre Patienten zu treffen. Beide Ziele sehe ich durch die Verträge in Baden-Württemberg gefährdet.

Können Sie das konkretisieren?

Hansen: Gerade beim Vertragswettbewerb, in dem durch neue Gesetze die alten Strukturen aufgebrochen werden sollen, muss man genau hinschauen und fragen, wem denn selektive Verträge nutzen. Den Vorteil müssen die Verantwortlichen den Patienten erst einmal nachweisen können. Die Nachteile werden dann auch einfach verschwiegen. Das heißt nicht, sich generell wettbewerblichen Maßnahmen zu verweigern – wir in den Kassenärztlichen Vereinigungen sehen uns durchaus gut gerüstet und beweisen dies: Als Partner der Krankenkassen gestalten wir mit zahlreichen zusätzlichen Sonderverträgen in Nordrhein eine innovative Versorgung.

Thamer: Ein selektiver Vertrag der AOK mit einer Gruppe von Hausärzten spaltet die bisher einheitliche Versorgungslandschaft, die bislang den AOK-Patienten den freien Zugang zu jedem zugelassenen Hausarzt ermöglicht. Die Verantwortung für die Sicherstellung wird zerklüftet und die KVen würden auf Dauer gesehen nur noch Restfunktionen übernehmen. Diese Spaltung wird sich auch auf die Qualität der Versorgung erstrecken, die nicht mehr einheitlich durch eine kollektive Versorgung durch die KVen, sondern selektiv durch die Kostenträger nach eigenen Kriterien bestimmt wird.

Hansen: Eine Menge der derzeit geltenden Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung werden bei diesem Vertrag, der ohne die KV läuft, ausgehebelt werden. Die sich einschreibenden AOK-Versicherten müssen ihre freie Arztwahl aufgeben.

Sie können nur noch die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte als Hausärzte in Anspruch nehmen. Was aber passiert zum Beispiel, wenn ein Notfall eintritt und der Patient einen anderen Arzt aufsuchen muss, der nicht Vertragspartner der AOK ist? Außerhalb der Landesregion wird dies doppelt schwierig.

Käme ein solcher Patient in eine Düsseldorfer Praxis, würde er die Kosten erst einmal als Privatpatient selbst vorstrecken müssen und sie später bei seiner Kasse einreichen. Das ist erstens teuer und zweitens steht nicht fest, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen den bundesweiten Fremdzahlungsausgleich für Leistungen außerhalb ihrer Region dafür anbieten werden.

Sie fürchten nicht nur um den freien Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung sondern auch um die Therapiefreiheit der Ärzte. Inwiefern?

Thamer: Ziel der AOK Baden-Württemberg wird vor allem sein, durch einheitliche Standards weitere Einsparungen bei ärztlichen Verordnungen zu erreichen. Ob solche Standards den Ärzten noch ausrei-



Dr. Ulrich Thamer, Vorsitzender der KVWL, und Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KVNO, sind sich einig: Das schwäbische Szenario darf sich nicht in NRW wiederholen.

chend Raum für individuelle Verordnungen im Sinne ihrer Patienten lassen, wird man bezweifeln müssen.

Wie könnte es anders laufen?

Thamer: Momentan wird nicht mehr gesehen, dass wir sehr viel für das Gemeinwohl tun. Der Gesetzgeber könnte KVen in diesem Sinne – auch in einem vernünftigen Wettbewerb – kreativ nutzen, anstatt sie als angebliche Monopole in die Ecke zu stellen und durch rigide Kostendämpfungsmaßnahmen und Reglementierungen zu bewirken, dass immer mehr Ärzte ihnen den Rücken kehren und ihr Heil im Systemausstieg und in selektiven Verträgen suchen.



Den Arzt seines Vertrauens kann man als AOK-Versicherter in Baden-Württemberg wohl bald nicht mehr ohne Weiteres aufsuchen.

Die neue Möglichkeit der Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Ärzten verändert die ambulante Versorgung für Ärzte wie Patienten erheblich. Was halten Sie von solchen Verträgen?

- Für Patienten ist die Situation nicht nur unübersichtlich sondern langsam auch unerträglich. Während die Medien über Protestveranstaltungen und die Rückgabe von Kassenzulassungen durch Hausärzte berichten, überbieten sich Kassen in ihren Publikationen mit der Werbung für ihre Hausarztverträge. Die Zugangsvoraussetzungen sind ebenso unterschiedlich und nicht vergleichbar wie die enthaltenen Leistungen und Bindungen. In der Arztpraxis spielen sich dann solche absurden Diskussionen ab: „Ich bin im Vertrag bei Kasse X eingeschrieben, warum muss ich Praxisgebühr bezahlen und Frau A. nicht?“ Was man doch mit der schlichten Gesetzesvorschrift „Die Kassen sollen Hausarztmodelle anbieten“ alles anrichten kann!

(Hannelore Loskill, Vorsitzende des Sprecherrats des Deutschen Behindertenrates)

- Die AOK Westfalen-Lippe setzt auf eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche ärztliche Versorgung ihrer Versicherten. Die Vertragsgestaltung hat dafür eine dienende Funktion. Sollten andere Vertragsformen zielführender sein, wird die AOK Westfalen-Lippe dies in bewährter Form mit den Verantwortlichen erörtern. Bekanntlich ist das Gute der Feind des Besseren, aber Scheininnovationen, die die Versorgung beeinträchtigen, werden wir nicht umsetzen.

(Martin Litsch, Vorsitzender der AOK Westfalen-Lippe)

- Qualitätsorientierter Vertragswettbewerb schafft mehr Beweglichkeit. Durch qualitätsorientierten Vertragswettbewerb eröffnen sich für alle Beteiligten neue Chancen und Handlungsoptionen. Längerfristige Bindung und Verlässlichkeit der Vertragspartner sind dabei wichtige Voraussetzungen. Gradmesser für den Erfolg ist der Nutzen für Patienten und Versicherte.

(Wilfried Jacobs, Vorsitzender der AOK Rheinland)

- Durch Einzelverträge ergeben sich für die Betriebskrankenkassen Möglichkeiten, innovative Gesundheitsleistungen anzubieten. Durch diese Verträge kann die interdisziplinär-fachübergreifende bzw. sektorübergreifende Versorgung für unsere Versicherten verbessert werden. Gleichzeitig sehen wir die Einzelverträge als Chance zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

(Jörg Hoffmann, Vorsitzender des BKK Landesverbandes NRW)

- Ein Gesundheitswesen, das den Wettbewerb um die beste Qualität fördert, ist ganz sicher auch im Interesse der Patienten. Doch muss die Frage erlaubt sein, ob durch Wahltarife und selektive Vertragsgestaltung nicht der Anspruch der Patienten auf flächendeckende Versorgung verletzt wird. Es ist kein Fortschritt, wenn der Patient künftig vorher fragen muss, ob der Arzt seines Vertrauens einen Vertrag mit seiner Krankenkasse hat. Auch für den Patienten muss Planungssicherheit absolut gewährleistet sein.

(Dr. phil. Michael Schwarzenau, Geschäftsführer des Netzwerkes Patientenberatung NRW)

KVWL-Resolution: Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind unfair

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich der Heilmittelverordnungen gehören abgeschafft. Weil Regresse die Ärzteschaft in Westfalen-Lippe in die Knie gezwungen haben und Auslöser für eine inzwischen ausgesprochen restriktive Ordnungsweise sind. Deshalb fordern die Vertreter der KVWL den Gesetzgeber mit einer einstimmig getroffenen Resolution auf, besagte Prüfungen schleunigst zu streichen.

Der KVWL-Vorstand hat diese Forderung jüngst in einem Brief an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sowie an NRW-Sozialminister Karl-Josef Laumann untermauert.

Warum diese Vehemenz? In Sachen Verordnung von Heilmitteln wie physikalischer Therapie, Logo- oder Ergotherapie ist Westfalen-Lippe inzwischen bundesweites Schlusslicht. Mitunter schwer kranke Patienten sind die Leidtragenden. Wie das sein kann? Seit 2001 sind Indikation, Frequenz und Dauer der Behandlung mit Heilmitteln in den so genannten Heilmittelrichtlinien festgeschrieben. Das Regelwerk bietet den Ärzten die Möglichkeit, morbiditätsorientiert und angemessen zu verordnen. Und obwohl die westfälisch-lippischen Ärzte das tun, obwohl sie rational und preiswert verschreiben und die Vorgaben beachteten, tragen sie dennoch vermehrt das Risiko eines Prüfbescheides und damit eines Regresses. Denn wer das Notwendige verordnet, damit aber über dem Durchschnitt der Kollegen aus seiner Fachgruppe liegt, wird trotzdem geprüft.

Ein Zustand, der als ungerecht emp-

funen werden muss und sich schnell herum gesprochen hat. Um sich vor Haftungsrisiken zu schützen, verordneten die Ärzte restriktiv – zum Leidwesen der Patienten, die sich schlecht versorgt fühlten. Die KVWL bemüht sich seither um Beseitigung der Defizite. Auch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bat die Krankenkassen wie die KVWL, eine neue Prüfvereinbarung für 2007 zu verabreden. Ihr Inhalt: Statt Regresse auszusprechen, erhielten die betroffenen Ärzte umfangreiche Beratungen zur Kostensenkung. Und der Umfang der den Mehrbedarf begründenden Praxisbesonderheiten wurde ausgeweitet.

Aber das eigentliche Problem ist damit nicht gelöst. „Wer einmal einen Regress für Heilmittelverordnungen bekommen hat, hat ein langes Gedächtnis“, so Dr. Ulrich Thamer, Vorsitzender der KVWL. Und selbst wenn die Praxisbesonderheiten ausgeweitet wurden, ist der Arzt in der Beweispflicht, den Mehraufwand als solche Praxisbesonderheit zu deklarieren. Das ist oft sehr schwierig. Die Ärzteschaft dürfte der morbiditätsorientierten Verordnung in-



Heilmittel wie Physiotherapie werden derzeit restriktiv verordnet, weil Ärzte berechtigte Angst vor Haftungsrisiken haben.

zwischen sehr skeptisch gegenüber stehen. Deshalb gehören Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Meinung der KVWL abgeschafft: „Ob die Ärzte die Richtlinien eingehalten haben, kann zum Beispiel durch den ohnehin vorgesehenen Genehmigungsvorbehalt von den Krankenkassen geprüft werden“, so Thamer weiter. Einer zusätzlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung bedürfte es nicht.

Die Resolution der KVWL zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Wortlaut:

„Die Vertreterversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Verordnung von Heilmitteln (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) abzuschaffen. Anlass für diese Forderung ist eine defizitäre Versorgungssituation mit Heilmitteln in Westfalen-Lippe, die in direktem Zusammenhang mit der hier regelmäßig durchgeführten Durchschnittsprüfung entstanden ist. Die ausgesprochenen Regresse in diesem Prüfverfahren haben dazu geführt, dass die Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe Heilmittel restriktiv verordnen mussten, um sich vor den Haftungsrisiken zu schützen. Dadurch wurde das zur Verfügung stehende Heilmittelvolumen abgesenkt. Alle Ärzte, die noch weiter ihre Patienten unter Anwendung der Heilmittelrichtlinien ausreichend versorgen, haben ein ständig wachsendes Haftungsrisiko. Dies kann im Interesse der Patientinnen und Patienten und auch der Ärztinnen und Ärzte nicht weiter geduldet oder gar fortgesetzt werden.“

Status quo in NRW

Eine hausarztbasierte Versorgung soll die effektivere Nutzung der Ressourcen des Gesundheitswesens bewirken. Nach der ab 1. April 2007 geltenden Gesundheitsreform (Wettbewerbsstärkungsgesetz) müssen die gesetzlichen Krankenkassen allen Versicherten so genannte Hausarztverträge anbieten. Entsprechende Regelungen des SGB V (§ 73 b sowie 140 a ff zur Integrierten Versorgung) bieten die Grundlage, um diese auszugestalten. Zu den angestrebten Zielen gehört unter anderem eine zielgerichtete Arzneimitteltherapie und –beratung sowie eine aktive Behandlungssteuerung der Patienten. Dadurch sollen zum Beispiel Doppeluntersuchungen und nicht erforderliche Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

Integrierte Versorgung: so nicht!

Die Barmer Ersatzkasse kann ihren Hausarztvertrag mit bundesweit 2,3 Millionen eingeschriebenen Versicherten nicht in bisheriger Form fortsetzen. Das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel hat Anfang Februar 2008 geurteilt, dass der Vertrag nicht die Voraussetzungen der integrierten Versorgung erfüllt (Az: B 6 KA 27/07 R). Die vom Gesetzgeber geforderte Leistungssektoren übergreifende Versorgung sei nicht gegeben. Die Barmer muss nun das Geld aus der Anschubfinanzierung – zwischen 40 bis 60 Millionen Euro – an die Kassenärztlichen Vereinigungen zurückzahlen. Den „Vertrag zur integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken“ hatte die Krankenkasse im Dezember 2004 mit einer Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft und der Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker geschlossen.

Hausarztlandschaft in NRW

Sowohl in Nordrhein als auch in

Fakten in der Übersicht:

Seit dem Jahr 2000 gibt es die Integrierte Versorgung. Um die Patientenversorgung zu verbessern und zudem Kosten zu senken, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen in §§ 140a ff SGB V das Instrument eines Abschlusses von Verträgen mit Leistungserbringern im Gesundheitswesen ermöglicht. In den Jahren 2004 bis 2006 sollten neue Verträge mit bis zu ein Prozent aus der Gesamtvergütung, die die Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen, angeschoben werden. Diese Anschubfinanzierung wurde im Jahr 2007 um weitere zwei Jahre verlängert.

Westfalen-Lippe gibt es mit allen Krankenkassen gültige Hausarztverträge ohne Mitwirkung der Barmer. Allein in Nordrhein haben sich mehr als 3.500 Hausärzte in die Verträge eingeschrieben. Dazu zählen der im Januar geschlossene Vertrag von der KV Nordrhein und dem Hausärzteverband Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg, der Innungskrankenkasse Nordrhein (IKK) und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW (LKK) sowie der gesonderte Hausarztvertrag aus dem Jah-

re 2005 für schwerkranke Patienten mit der AOK, IKK, LKK, Betriebskrankenkasse (BKK) und Knappschaft. Auch mit dem Verband der Ersatzkassen wurde ein Hausarztvertrag abgeschlossen, an dem jede Ersatzkasse außer der Barmer teilnimmt.

Im Landesteil Westfalen-Lippe hatten sich die in einer Interessengemeinschaft zusammengeschlossenen Berufsverbände der hausärztlich tätigen Ärzte für den Abschluss regionaler Hausarztverträge auf direkte Verhandlungen mit den Kassen verständigt und dafür eine gemeinsame Strategie mit der KVWL gegenüber den Krankenkassen verabredet. Dadurch ist eine einheitliche Patientenversorgung gewährleistet. Ansonsten müssten Ärzte jedes Mal darauf achten, welche Versicherten sie überhaupt zu welchen vertraglichen Bedingungen behandeln dürfen. Die Versicherten müssten gegebenenfalls ihren vertrauten Hausarzt wechseln, wenn dieser von ihrer Krankenkasse keinen Vertrag bekommt.

Vertrag	ab 1.1.08 Hausarztvertrag AOK Rheinland, IKK Nordrhein LKK	ab 1.3.07 BKK Hausarztvertrag	ab 1.6.05 Hausarztvertrag Primärkassen-Hausärzte	Hausarztvertrag Primärkassen Fachärzte	ab 1.7.05 Hausarztvertrag Ersatzkassen
Anzahl Ärzte	2.066	3.247	2.685	60	3.552

Teilnehmer an den Hausarztverträgen der KV Nordrhein

Kurznachrichten

Gesundheitserziehung bis Ende 2011 verlängert

Seit mehr als zehn Jahren engagieren sich Teams aus Ärzten und Lehrern an westfälisch-lippischen Grundschulen in Sachen Gesundheits-erziehung. Jetzt geht das erfolgreiche Projekt MediPäds, das die KVWL 1997 in Kooperation mit der Ärztekammer, dem Landesverband BKK und der Medusana-Stiftung ins Leben gerufen hat, bis Ende 2011 in die Verlängerung.

Das Neusser Pharmaunternehmen Janssen-Cilag hat weiterhin finanzielle Unterstützung zugesagt. Inzwischen schulen 61 Mediziner-Pädagogen-Teams Dritt- bis Sechstklässler zu Themen wie Ernährung, Sexualität und Partnerschaft, Suchtberatung oder Erste-Hilfe-Trainings. Das Projekt signalisiert die Bereitschaft der Ärzte in Westfalen-Lippe, Präventionsleistungen deutlich über den Rahmen bestehender Versorgungsrichtlinien hinaus zu erbringen und Gesundheitsrisiken von vornherein entgegenzuwirken.

KVWL-Thema: Alt, erkrankt, versorgt - auch morgen?

Knapp jeder fünfte Mensch in Nordrhein-Westfalen (3,3 Millionen) ist derzeit 65 Jahre und älter. Bis zum Jahr 2025 wird diese Altersgruppe auf rund 4,2 Millionen anwachsen. Fast jeder Vierte wird dann dazu gehören. Frühere Zuwanderungswellen führen dabei zu einer sich wandelnden Zusammensetzung dieser Altersgruppe. Anzahl und Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund steigen deutlich.

Nun ist Alter nicht zwangsläufig mit Krankheit verbunden. Wie Menschen altern, unterscheidet sich in biologischer, in psychischer, in sozialer und nicht zuletzt auch in generationsspezifischer Hinsicht erheblich. Gleichwohl wächst die Erkrankungswahrscheinlichkeit mit dem Alter. Prognosen für 2025 gehen von rund 50 Prozent mehr Herzinfarkten aus.

Bei Krebserkrankungen werden Zuwächse bis zu 45 Prozent erwartet. Die Dynamik gesellschaftlicher Alterung fordert das solidarisch getragene Gesundheitswesen vielfältig heraus. Steigende Erwartungen älterer Menschen an eine selbstbestimmte Lebensführung und individuelle Lebensqualität sowie eine schwache Finanzierungsbasis der Krankenversicherung erfordern eine sensible Analyse und ein zeitgerechtes Handeln.

Mit Angeboten und Veranstaltungen zu ihrem aktuellen Jahresthema „Alt, erkrankt, versorgt – auch morgen?“ greift die KVWL den Reformdiskurs auf. Haben Sie Fragen, Anregungen oder Rückmeldungen zum Jahresthema? Den Stabsbereich Politik der KVWL erreichen Sie per Mail unter gesundheitspolitik@kvwl.de oder telefonisch unter Tel.: 02 31/94 32 32 33.



Darmkrebs rechtzeitig erkennen

Seit einigen Jahren ist der März bundesweit der Darmkrebsmonat. In dieser Zeit finden zahlreiche Veranstaltungen zum Thema statt. Seit sieben Jahren organisiert das Netzwerk „Düsseldorf gegen Darmkrebs“ Aktionen zur Darmkrebsvorsorge und Früherkennung sowie zu Behandlung und Risikogruppen. Anlässlich der diesjährigen Veranstaltung sagte Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KVNO: „Die Patienten profitieren von dem frühem Erkennen eines Darmkrebs oder etwaiger Vorstufen enorm. Diese Form von Krebs entwickelt sich recht langsam. Meist vergehen Jahre, bis sich aus Adenomen Krebs entwickelt. Deshalb sollten alle teilnahmeberechtigten Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen das Angebot der Prävention nutzen.“ In 2006 sind im Bereich der KVNO 62.734 Früherkennungs-Koloskopien durchgeführt worden. Rund 251.000 Versicherte haben von 2003 bis 2006 an der Früherkennungsmaßnahme Darmkrebs teilgenommen. In der Altersgruppe der Anspruchsberechtigten (56 bis 74 Jahre) nutzten bisher nur elf Prozent der Männer und 12,5 Prozent der Frauen diese Früherkennungsmaßnahme.

Nordrhein: Qualität der ambulanten Versorgung ist exzellent

Kein anderer Bereich in der medizinischen Versorgung weist eine derart umfassende Qualitätssicherung auf wie die ambulante vertragsärztliche Versorgung. Rund 80 Prozent aller Leistungen sind mittlerweile besonderen Qualitätsnachweisen unterworfen. Die aktuelle Ausgabe des Qualitätsberichts 2007 der KVNO zeigt, dass der Umfang der qualitätsgesicherten Leistungen kontinuierlich zugenommen hat. Schon immer galt im ambulanten Bereich: Behandlung nur durch ausgebildetes Fachpersonal. 1990 kamen Qualitätssicherungs-Richtlinien und -Vereinbarungen dazu – zunächst in sechs Bereichen. Inzwischen regelt die KVNO rund 50 Bereiche. Ein weiterer Baustein der Qualitätssicherung spielt sich auf freiwilliger Basis ab – in den Qualitätszirkeln. Inzwischen existieren in 73 verschiedenen Themengebieten gut 1.229 Qualitätszirkel; rund 10.000 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten sind hier aktiv. Im aktuellen Qualitätsbericht werden die Ergebnisse von ausgewählten Qualitätsprüfungen wie der ambulanten Kataraktchirurgie, der kurativen Mammographie und der Methadon-Substitutionen vorgestellt. Sie können den Bericht auf den Internetseiten der KVNO unter www.kvno.de herunterladen.

Impressum



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel. 02 11/59 70-0
www.kvno.de

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



Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

Redaktion:
Andreas Daniel (verantwortl.)
Heike Achtermann
Ruth Bahners
Dr. Edith Meier
Sigrid Müller
Johannes Reimann
Ina Retkowitz
Dr. Michael Wüstenbecker

Druck:
IVD GmbH & Co. KG
Wilhelmstraße 240
49475 Ibbenbüren