



# Pro ambulant

Informationsdienst über die ambulante Versorgung in Nordrhein-Westfalen

Editorial

## Nicht geliebt, aber gebraucht

**Sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Auslaufmodelle? Einerseits erfahren sie durch politisch gewollte Möglichkeiten wie Selektivverträge seit Jahren eine systematische Schwächung. Andererseits beteuert die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, dass sie weiter auf die KVen bei der ambulanten Versorgung setzt. Die Erwartungen und Forderungen an das KV-System sind unverändert hoch.**

Derzeit sichern die KVen die ambulante medizinische Versorgung von bundesweit rund 70 Millionen Versicherten. In NRW sind das 100 Millionen Behandlungsfälle pro Jahr. Im Rahmen dieser „Sicherstellung“ sorgen die KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe auch für eine bedarfsgerechte Verteilung aller niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten in NRW – eine bei potenziell neuen Vertragsakteuren wenig begehrte Kernaufgabe, denn dass bundesweit Nachwuchsmangel droht, ist längst kein Geheimnis mehr.

Außerdem schultern die KVen die Qualitätssicherung der ambulanten medizinischen Versorgung. Schließlich müssen die Patienten auf ein Höchstmaß an medizinischer Kompetenz und auf eine fachgerechte apparative Ausstattung in den Arztpraxen vertrauen können. Festgelegt werden die formalen Grundlagen der Qualitätssicherung unter anderem durch den Gesetzgeber. Und noch eine Aufgabe der KVen wird in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen: eine optimale Versorgung gesetzlich Krankenversicherter mit Arzneimitteln. Ohne eine entsprechende Steuerung wäre eine solche Versorgung nach wirtschaftlich sinnvollen Kriterien kaum vorstellbar, denn die Kassenärzte verordnen ein immens hohes Arzneimittel-Volumen.

Verlören die KVen ihren Körperschaftsstatus, bräuchten sie an diese doch so wichtigen Aufgaben keinen einzigen Gedanken „verschwenden“. Sie wären dann nämlich nicht mehr mittelbares Organ der Staatsverwaltung, sondern sie könnten tatsächlich rein gewerkschaftlich organisierte Interessenvertreter ihrer Mitglieder sein. Wer aber die Interessen der Patienten weiterhin gewahrt sehen möchte, sollte den KVen in einem zunehmend wettbewerblich geprägten Gesundheitswesen ihren angestammten Platz zugestehen. Eine kollektivvertragliche Versorgung kann in sinnvoller Weise durch Selektivverträge ergänzt werden – dort wo es den Versicherten dient, aber nicht auf Kosten der Qualität der gesamten ambulanten medizinischen Versorgung geht.

### Inhalt

#### Editorial

**Nicht geliebt, aber gebraucht**

#### Kommunalwahl-Thema **Ärztmangel**

**Widersprüche bremsen KV-System aus**

2

#### Vorreiterrolle

**Warum Kassenärztliche**

**Vereinigungen wirklich notwendig sind**

4

**Sicherstellung: Wichtig für eine optimale Versorgung**

4

**Arzneimittelverordnungen: Management erforderlich**

5

**Qualitätssicherung: Hohes Niveau garantiert**

6

#### Interview

**KV ohne Körperschaftsstatus - was dann?**

7

#### Kurznachrichten

**Versorgung bei Demenz und Depression**

8

**Erster KVWL-Jahreskongress zur Sicherstellung**

8

**Ambulante Palliativversorgung**

**nun flächendeckend in NRW**

8

#### Impressum

8

# Widersprüche bremsen KV-System aus

**Das Thema Ärztemangel hat die Kommunalpolitik erreicht. Fast im Wochenrhythmus werden Bürgermeister und Landräte in den KVen des Landes NRW vorstellig. Oftmals in Begleitung ihres lokalen Abgeordneten im NRW-Landtag oder im Deutschen Bundestag. Die Sensibilität in den Gemeinden und Kreisen des Landes angesichts lokaler Versorgungslücken hat auch – aber nicht nur – mit der bevorstehenden Kommunalwahl zu tun.**

Zwei Konstellationen stehen im Zentrum der Sorge um die lokale Sicherstellung: Zum einen geht es um die zunehmend schwierige Nachbesetzung von Praxen, deren Inhaber altershalber aus der Versorgung ausscheiden. Zum anderen sorgen sich die Menschen in vielen Gemeinden wegen der räumlichen Verlegung von Praxen, die dort mitunter über Jahrzehnte präsent gewesen sind.

Die lokalen Versorgungslücken sind zumindest bisher nicht primär die Folge eines generellen Ärztemangels. Vielmehr leiden die Kommunen in den Randlagen an einer stetigen Abwanderung von Ärzten und Praxen in die Zentren und Ballungsräume des Landes. Das Bedürfnis vieler junger Ärzte nach einer beruflichen und privaten Perspektive in einem attraktiven urbanen Milieu ist aber nicht das einzige

Motiv für diesen Trend. Die Zentralisierung der Versorgung folgt auch und vor allem den Anreizen, die von der Politik seit geraumer Zeit systematisch gesetzt werden.

„Experten“ aus Wissenschaft und Politik haben über Jahre hinweg die Einzelpraxis auf dem Lande als Auslaufmodell tituliert. Als Gegenentwurf zur Einzelpraxis hat die Politik im Jahr 2004 die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erfunden. Und schließlich hat die Weichenstellung der Gesundheitspolitik hin zum Vertragswettbewerb das Bedürfnis von Ärzten, sich zu verhandlungs- und vertragsfähigen Einheiten zusammenzuschließen, noch verstärkt. Diese Umstände waren und sind nahezu unausweichlich mit einer räumlichen Zentralisierung der Versorgung verbunden. Es spricht alles dafür, dass sich dieser Trend in den kommen-

den Jahren sogar noch verstärken wird. Die Problematik der regionalen und lokalen Sicherstellung offenbart einen eklatanten Widerspruch in der aktuellen Gesundheitspolitik. So erwarten Abgeordnete des Deutschen Bundestages in der Rolle als Fürsprecher für die Menschen in ihrem Wahlkreis eine starke und handlungsfähige KV. Sie soll mit Verweis auf den Sicherstellungsauftrag die Lücken in der regionalen Versorgung schließen. Schnell, effektiv und unbürokratisch!

Unter der Kuppel des Reichstages votieren dieselben Parlamentarier hingegen seit Jahren für eine systematische Schwächung der KVen. Ausgerechnet unter dem Motto „mehr Wettbewerb“ wurden die KVen ganz bewusst als Akteur in den neuen Vertrags- und Versorgungsformen ausgeschlossen. Diese Beschränkung gilt für die Integrierte Versorgung (§ 140 a ff. SGB V) bereits seit 2004. Sie hat mit der Novellierung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b SGB V) im Herbst 2008 ihren vorläufigen Höhepunkt erreicht. Die Entscheidung des Deutschen Bundestages, die hausarztzentrierte Versorgung quasi exklusiv dem Deutschen Hausärzteverband bzw. seinen Landesverbänden zu übertragen, ist ordnungs- und erst recht wettbewerbsrechtlich widersinnig. Sie stellt darüber hinaus das KV-Modell in seinem Kern in Frage.

Viele Stimmen aus Politik und Öffentlichkeit begrüßen das Szenario einer Entmachtung oder gar Auflösung der KVen ganz offen. Die Kritiker des KV-Modells halten unbeirrt an der Fiktion fest, dass der Sicherstellungsauftrag anteilig zwischen den Konkurrenten eines Vertragswettbewerbs aufgeteilt werden könne.



*Würden die KVen ihren Sicherstellungsauftrag nicht wahrnehmen, liefe die ambulante medizinische Versorgung bald auf Reserve.*

*Foto: Harald Richter/pitopia.de*

Tatsächlich aber streben die Partner der neuen Versorgungsmodelle gerade nicht danach, eine regionale oder gar flächendeckende Verantwortung für die Sicherstellung zu übernehmen. Nach den bisherigen Erfahrungen mit den unterschiedlichen Spielarten selektiver Verträge greifen die Akteure vielmehr nach den „Filletstücken“. So drängen die Partner gezielt in die Bestlagen der ohnehin überversorgten Zentren, während die Peripherie in der Verantwortung der KVen bleibt.

Zur Finanzierung der selektiven Vertrags- und Versorgungsformen wird es künftig ein Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung geben. Diese Summe soll dabei um diejenigen Anteile vermindert werden, die einem Vertrag nach den Paragraphen 73 b, 73 c oder 140 d SGB V zuzuordnen sind. Eine solche Bereinigung mag finanztechnisch machbar sein. Dagegen wird sich die Sicherstellung einer Region kaum in bereinigungsfähige „Portionen“ zerteilen las-

sen. Das reale Versorgungsgeschehen und die tatsächliche Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sind viel zu komplex, als dass sie sich mit simpler Mengenlehre abbilden lassen. Die Sicherstellung kennt keine „Sollbruchstellen“ zwischen Kollektiv- und Einzelvertrag.

Das KV-System ist kein Selbstzweck. Es ist legitim, über seine Sinnhaftigkeit und auch über seine Ablösung nachzudenken. Allerdings erwarten die verantwortlichen Akteure der Selbstverwaltung und erst recht die Mitglieder der KVen von der Politik ordnungspolitische Klarheit und Eindeutigkeit. Eine KV, deren Funktion allein darin besteht, die unerwünschten Verteilungseffekte des Vertragswettbewerbs zu korrigieren, findet als Selbstverwaltungskörperschaft nirgendwo Akzeptanz und wird schon nach kurzer Zeit handlungsunfähig sein. Wenn die Politik auch künftig auf die Sicherstellungsfunktion der KVen zurückgreifen will, darf der Sicherstellungsauftrag nicht länger als Stein-

bruch für eine ungeregelte „Ausbeutung“ erhalten. Vielmehr haben die KVen Anspruch auf diejenige Versorgungs- und insbesondere Vertragskompetenz, die für die Erfüllung dieses Auftrags unabdingbar ist.

Eine Rückbesinnung auf das KV-Modell muss keineswegs die Restauration des alten, monolithischen Kollektivvertrags der 1950er bis 80er Jahre bedeuten. Ein Mix aus kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung ist nicht nur denkbar, sondern mit Blick auf die notwendige Differenziertheit einer modernen Versorgungslandschaft sogar wünschenswert.

Dies gilt jedoch nur, wenn diese Vielfalt in eine faire und verbindliche Wettbewerbsordnung eingebunden ist. Hingegen kann ein unkoordiniertes Nebeneinander vieler unterschiedlicher Vertragstypen kaum im Interesse der Versicherten und Patienten sein. Der Akteur mit der notwendigen Ordnungskompetenz muss nicht erfunden werden. Die KVen sind schon heute dazu in der Lage.

### **Die kleinräumige Bedarfsplanung als Antwort auf den lokalen Ärztemangel?**

Oftmals ist die Gründung eines MVZ der Anlass für eine räumliche Verlagerung einer Kassenarzt-Zulassung. Zwar verbleibt der Arztsitz in diesen Fällen im selben Planungsbereich (Landkreis bzw. kreisfreie Stadt), dennoch hat ein solcher Umzug erhebliche Auswirkungen auf das lokale Versorgungsgeschehen. Denn fast immer „gewinnt“ dabei die Kreisstadt oder ein Mittelzentrum des Kreises zu Lasten von kreisangehörigen Gemeinden oder Teilgemeinden. Dabei sind die „Verlierer“ nach der Arithmetik der Bedarfsplanung ohnehin oft bereits unterversorgt. Rechnerische Versorgungsgrade von 40 Prozent und weniger sind in der hausärztlichen Versorgung vieler kreisangehöriger Gemeinden keine Seltenheit – soweit überhaupt ein Arzt dort niedergelassen ist. Die Politik hofft nun, durch eine Flexibilisierung der so genannten Bedarfsplanung, die lokalen und regionalen Lücken in der Sicherstellung zu schließen.

Zur Erinnerung: Bisher war es rechtlich ausgeschlossen, eine Praxis, die ihren Standort innerhalb des selben Kreises verlagert hatte, am alten Ort nachzubesetzen. Zumindest galt dieses Verbot dann, wenn nach den Kriterien der so genannten Bedarfsplanung der betreffende Kreis wegen Überversorgung gesperrt war. Diese rechnerische Überversorgung besteht bis heute in den meisten Kreisen und kreisfreien Städten in NRW. Nun soll es in Zukunft möglich sein, trotz Überversorgung des Kreises lokal neue Praxen zuzulassen. Und zwar dann, wenn dort eine nachgewiesene Unterversorgung herrscht.

Allerdings: Was unter lokal zu verstehen ist, muss zunächst zwischen Kassen und den KVen auf Landesebene definiert werden. Außerdem ist eine Finanzierung von zusätzlichen Versorgungskapazitäten nirgendwo geregelt. Das bedeutet im Klartext: Die Ärzteschaft bezahlt die Honorarsprüche jedes neu zugelassenen Kollegen aus der eigenen Tasche.

Das neue Instrument wirft aber noch weitere Fragen auf: Trägt und rechtfertigt eine arithmetische Versorgungslücke jeweils auch betriebswirtschaftlich die Neuansiedlung einer Praxis? Oder haben sich die Menschen in einer Region mit nominaler Unterversorgung möglicherweise mit dem Istzustand arrangiert und nutzen etwa die Kapazitäten von Praxen in benachbarten Gemeinden? Vor allem aber dürfte mancher Wunsch in den Regionen nach einer lokalen Neuzulassung ganz einfach daran scheitern, dass nirgendwo ein Arzt oder eine Ärztin für die lokale Niederlassung zur Verfügung steht.

# Warum Kassenärztliche Vereinigungen wirklich notwendig sind

Die KVen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie handeln im öffentlichen Auftrag ohne eigenes Gewinnstreben – sie sichern die Versorgung mit Haus- und Fachärzten und die Qualität der Versorgung und sie gewährleisten eine ordnungsgemäße Abrechnung gegenüber den Krankenkassen. Damit sind in den beiden Landesteilen Nordrhein und Westfalen rund 1.600 Mitarbeiter beschäftigt. Finanziert werden die KVen aus den Verwaltungskostenbeiträgen ihrer Mitglieder. Das sind in NRW rund 2,8 Prozent der Honorare, weit weniger als private Verrechnungsstellen oder Krankenkassen für Verwaltungsaufgaben veranschlagen. Die KVen erhalten keine öffentlichen Gelder zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Das ist auch gut so.

## Sicherstellung: Wichtig für eine optimale Versorgung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden in der Öffentlichkeit gerne auf ihre Funktion als Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte reduziert. Tatsächlich ist ihr Aufgabenspektrum wesentlich breiter gefasst. Kurz zusammengefasst: Sie organisieren die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung. In einer Zahl ausgedrückt: 100 Millionen Behandlungsfälle im Jahr in NRW. Als Schlagwort für diese Aufgabe wird der Begriff „Sicherstellung“ gebraucht.

Unter Sicherstellung ist zu allererst zu verstehen, dass die KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe für eine bedarfsgerechte Verteilung der rund 27.000 Haus- und Fachärzte sowie Psychothe-

rapeuten in NRW sorgen. Definiert wird der Bedarf allerdings nicht von den beiden KVen, sondern durch Bundesgesetze bzw. bundesweit geltende Regelungen wie die Bedarfsplanungsrichtlinie oder die Zulassungsverordnung für Ärzte. Das kann gelegentlich hinderlich sein, wie sich in diesen Tagen öfter zeigt. Nämlich dann, wenn in einzelnen Gemeinden zu Recht ein Mangel an Ärzten beklagt wird, formal aber die KV, bei der geforderten Betrachtung des Planungsbereiches und unter Einhaltung der Bundesvorgaben, keinen Arzt zulassen darf. Hier fordern die KVen einen größeren regionalen Spielraum, um den Versorgungsbedarf kleinräumiger zu regeln.

Doch neben der ausreichenden Anzahl sorgt Sicherstellung auch dafür, dass Ärzte die für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Leistungsbereiche bereitstellen. So zum Beispiel die Darmspiegelung. Diese Leistung wird in erster Linie durch die Gastroenterologen erbracht. Das sind in NRW rund 140 zugelassene Ärzte – aber sie allein können den Bedarf der Bevölkerung nicht decken. Deshalb sind zusätzlich besonders qualifizierte Hausärzte für diese Leistung zugelassen. Auch das ist Sicherstellung.

Das dritte große Feld betrifft die Zulassung von Krankenhausärzten und in Einrichtungen angestellte Ärzte für die ambulante Versorgung, die so genannten Ermächtigungen. Das sind in NRW rund 2.760 Ärzte. In der Regel werden diese ermächtigt, wenn sie Qualifikationen haben, die in der betroffenen Region kein niedergelassener Arzt anbietet oder wenn es hoch spezialisierte Leistungen sind. Auch hier gibt es Bundesgesetze und Bundessozialgerichtsurteile, die den KVen klare Kriterien vorgeben, nach denen sie Ermächtigungen aussprechen dürfen.

Zusammengefasst: Durch die Tätigkeit im Bereich Sicherstellung sorgen die 17 KVen Deutschlands für eine weltweit einmaliges Netz von gut 130.000 niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten, wohnortnah, flächendeckend und qualitätsgesichert.

### So weit kann ein Monopol führen

„Ich bitte Sie nun dringend, noch vor den Weihnachtsfeiertagen bei Ihren AOK-Patienten die genaue Diagnose-Codierung durchzuführen. Benutzen Sie hierzu bitte das Ihnen eventuell zugewandene individuelle Schreiben der AOK und codieren Sie immer bis auf die letzte ICD-10-Stelle. Es ist ein erheblicher Unterschied bei der RSA-Berechnung, ob Sie zum Beispiel nur „Diabetes mellitus“ oder „Diabetes mellitus mit Polyneuropathie bzw. Retinopathie“ codieren. Überprüfen Sie bitte Ihre AOK-Patienten auch hinsichtlich der 80 RSA-relevanten Diagnosen. Nähere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage. Bitte beachten Sie, dass wir derzeit ausschließlich für die AOK die Codierung überprüfen.“ (Quelle: Rundfax des Bayerischen Hausärzterverbandes vom 16.12.2008 zum AOK-Hausarztvertrag/RSA Diagnose-Codierung)

*Dr. Wolfgang Hoppenthaler, Vorsitzender des Bayerischen Hausärzterverbandes (BHÄV)*

### Selektivverträge: Wer soll das bezahlen?

Seit 2000 hat der Gesetzgeber begonnen, die KVen in der Ausführung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu behindern. Dies gipfelt im neu gestalteten Paragraphen 73 b SGB V. Darin wird dem Hausärzterverband das Recht zugesprochen, eigene Versorgungsverträge neben den KVen und ohne diese abzuschließen. Aktuell laufen die Verhandlungen der Krankenkassen mit den beiden Hausärzterverbänden des Landes. Sollte es zu einem Vertragsabschluss kommen, könnten bis zu 7.900 Hausärzte aus den beiden KVen des Landes ausscheren.

Mit welchen Folgen? Die KVen wären in der Erfüllung ihrer Kernaufgaben maximal gefährdet. Denn das Gesetz sieht vor, dass die Gesamtvergütung um die Beträge, die für solche Hausarztverträge ausgegeben werden, zu bereinigen sind. Sollten im schlimmsten Fall alle Hausärzte in NRW diesen Verträgen beitreten, fehlten den KVen auf einen Schlag rund 43 Prozent der Gesamtvergütung in Nordrhein bzw. knapp 42 Prozent in Westfalen-Lippe. In der Folge fehlen den KVen erhebliche Finanzmittel, mit denen auch übergeordnete Aufgaben wie der Notdienst, die Sicherung der Qualität und die einer wirtschaftlichen Arznei- und Heilmittelversorgung finanziert werden, um nur einige der KV-Funktionen zu nennen.

Diese Aufgaben sollen die KVen nach dem Willen der Politik aber weiterhin erfüllen. Denn soweit geht der Gesetzgeber nicht, dass er dem Hausärzterverband, einem Verein, der sich von heute auf morgen auflösen kann, hoheitliche Aufgaben überträgt. Doch wer soll diese Aufgaben finanzieren? Die in der KV verbliebenen Fachärzte? Oder sind dann Steuergelder fällig? Der Hausärzterverband baut derzeit eine eigene, parallele Abrechnungsbürokratie auf und kassiert gesonderte Verwaltungskosten von den Hausärzten zur Abwicklung seiner Separat-Verträge.

## Arzneimittelverordnungen: Management erforderlich

**Die wirtschaftliche und hochwertige Versorgung der Kassenpatienten mit Arzneimitteln ist eine Aufgabe der KVen, die in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen wird. Heute verordnen die ambulant tätigen Kassenärzte ein Volumen, welches etwa dem gesamten Honorar der niedergelassenen Ärzte entspricht.**

Die mit den Krankenkassen jeweils jährlich vereinbarten Verordnungsvolumen für die Bereiche Arzneimittel und Heilmittel werden seit Jahren in NRW eingehalten. Ein großer Erfolg für die beiden KVen des Landes, den sie mit einem erheblichen Aufwand an Information und Beratung der Ärzte über rationale Verordnung und preiswerte Alternativmedikationen erreicht haben.

Aber auch über den gesetzlich vorgegebenen Rahmen hinaus übernehmen die KVen Verantwortung für eine sinnvolle, am Bedarf des Patienten ausgerichtete, aber dennoch sparsamen Arzneimittelverordnung. Ein klassisches Beispiel ist die Schnittstelle Krankenhaus/niedergelassener Arzt. Immer wieder empfehlen Krankenhäuser in ihren Entlassberichten hochpreisige Arzneimittel mit einem nicht nachvollziehbaren Zusatznutzen für den Patienten. Das liegt nicht am medizinischen Unverstand der Klinikärzte, sondern

ganz eindeutig an den Marketingstrategien der Arzneimittelindustrie. Bei der Belieferung von Krankenhausapotheken sind die pharmazeutischen Unternehmen nicht wie im niedergelassenen Bereich an einen festgelegten Abgabepreis gebunden. Das führt dazu, dass Firmen regelmäßig teure Arzneimittel für einen sehr niedrigen Preis in die Krankenhäuser liefern. Dies geschieht in der Hoffnung, dass später im ambulanten Bereich das hochpreisige Medikament weiter verordnet wird. Gleich-



zeitig ist es für den niedergelassenen Arzt schwierig, Patienten, die direkt aus dem Krankenhaus kommen, sofort wieder auf eine Alternative einstellen zu müssen.

Daher hat die KVWL gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen verschiedene Initiativen gestartet, um dieses Problem zu lösen. So wurden gemeinschaftlich Krankenhäuser angeschrieben. Neben dem reinen Hinweis auf die gesetzlichen Vorgaben für Krankenhausentlassberichte wurde ein standardisierter, vereinfachter Krankenhausentlassbericht vorgeschlagen. So ist eine einfache Kommunikation und eine kostengünstige, aber qualitativ hochwertige Versorgung möglich. Neben diesem ersten Bericht wurden auch verschiedene Krankenhäuser persönlich angesprochen, wenn es Probleme mit Entlassberichten gab. Dies ist eins der vielen Beispiele, wie KVen zu einer guten und trotzdem bezahlbaren Arzneimittelversorgung im ambulanten Bereich beitragen.

# Qualitätssicherung: Hohes Niveau garantiert

**Der Arztberuf geht mit großer Verantwortung einher. Die Patienten müssen auf ein Höchstmaß an medizinischer Kompetenz und fachgerechter apparativer Ausstattung vertrauen können. Damit dies gewährleistet ist, sichern die KVen die Qualität der in der ambulanten Versorgung erbrachten Leistungen. Die Qualitätssicherung ist eine ihrer Kernaufgaben und wird seit der Einrichtung der Körperschaften wahrgenommen. Denn zum gesetzlichen Auftrag gehört die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in quantitativer wie auch in qualitativer Hinsicht.**

Der Nachweis einer qualitätsgesicherten Behandlung durch niedergelassene Mediziner umfasst sowohl die fachlichen und apparativen Voraussetzungen als auch die Logistik und eine patientenorientierte Ausrichtung der Praxen. Hierzu gehören unter anderem Ausbildung, stete Fortbildung gemäß der rechtsverbindlichen Richtlinien für Ärzte und Psychotherapeuten, Vorgaben und Überprüfungen der Gerätschaften zur Diagnostik und Therapie sowie deren regelmäßige Rezertifizierungen und spezifisch auf die Praxen ausgerichtete Schulungen zum Qualitätsmanagement, die das gesamte Praxisteam einschließen.

Es gilt zudem spezifische Maßnahmen für die jeweilige Betreuungs- und Behandlungsform zu entwickeln. Sowohl die Qualitätssicherung einzelner Maßnahmen wie der Koloskopie oder der Dialyse ist dabei von Bedeutung, aber auch die Organisation ganzer Behandlungsreihen gewinnt zunehmend an Relevanz. Viele Erkrankungen bedürfen ob ihrer Komplexität besonderer auf sie abgestimmte Versorgungsangebote, so beispielsweise die medizinische Betreuung von Diabetes und HIV-infizierter Patienten sowie die palliativmedizinische Betreuung schwerstkranker Patienten während der letzten Lebensphase. Hierzu haben die KVen mit den regionalen Krankenkassen entsprechende Vereinbarungen und Verträge geschlossen.

Die formalen Grundlagen der Qualitätssicherung legen das Berufsrecht, der Gesetzgeber und weitere staatliche Nor-



*Auch die Hygienebestimmungen gehören zur Qualitätssicherung durch die KVen.*

men (zum Beispiel bei der Eichordnung und Röntgenverordnung) sowie die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen und der Gemeinsame Bundesausschuss der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärzttekammern und Kassenärztliche Vereinigungen) fest.

In zahlreichen medizinischen Bereichen von Aids bis Zytologie gibt es konkrete Vorgaben, die ein Kassenarzt erfüllen muss, um von der KV die Genehmigung zu erhalten, in diesem Bereich tätig sein zu können. Diese Genehmigungen sind auch für ihr Fortbestehen an Bedingungen geknüpft. Beispielsweise durch Stichprobenprüfungen oder den Nachweis regelmäßiger

Dokumentationen ermitteln die KVen im Einzelnen den aktuellen Qualitätsstand.

Der Leistungsbereich der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ist das am gründlichsten gesicherte und überprüfte medizinische Arbeitsgebiet in unserem Gesundheitswesen. Dies gilt ausdrücklich für die Versorgung von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Detaillierte Informationen zum Thema erhalten Sie in den jährlichen Qualitätsberichten der NRW-KVen. Sie finden diese auf der jeweiligen Internetseite der KVen unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)/[www.kvwl.de](http://www.kvwl.de).

# KV ohne Körperschaftsstatus - was dann?

**Ob Reformen zurückdrehen oder nachjustieren – zurzeit ist viel Bewegung in der Gesundheitspolitik. Kaum ein Tag vergeht, ohne dass neue Vorschläge auftauchen. Der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder möchte den KVen beispielsweise den Körperschaftsstatus entziehen und so die Pflichtmitgliedschaft von Vertragsärzten zu Fall bringen. Pro ambulant befragte die beiden hauptamtlichen Vorstandsmitglieder der NRW-KVen, Dr. Wolfgang-Axel Dryden, stellvertretender Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe, und Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein, nach ihrer Meinung.**

**Frage:** Ein Blick in die Glaskugel: Was geschähe tatsächlich, wenn der Körperschaftsstatus der KVen abgeschafft würde?

**Dr. Dryden:** Zunächst wäre die KV dann nicht mehr mittelbares Organ der Staatsgewalt, sondern sie könnte tatsächlich Interessenvertretung sein. Der Vorstand würde seine Hauptamtlichkeit verlieren und im Zuge dessen könnte man sich neu organisieren. Das bedeutet auch: Eine KV kann sich dann gewerkschaftlich organisieren, politische Meinung frei bilden, ihre Wahlmitglieder aktiv und offen bei Protestmaßnahmen unterstützen und sie bis hin zu Praxisschließungen begleiten.

Außerdem müsste das KV-System nicht mehr zwangsweise detaillierte gesetzliche Vorschriften zur Honorarverteilung umsetzen. Es müsste keine Honorar begrenzende Budgetierungen hinnehmen, sondern könnte frei verhandeln. Und es müsste sich keine Gedanken mehr machen über die Zukunft der Sicherstellung sowie den drohenden Nachwuchsmangel.

**Frage:** Wie denken Ihrer Meinung nach die Vertragsärzte und -psychotherapeuten darüber?

**Dr. Dryden:** Ich denke, die Vertragsärzte und -psychotherapeuten würden sich ebenso befreit fühlen wie ihre KVen und deren Führungsspitzen. Ich bin dabei so optimistisch zu behaupten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen dann wieder der Kristallisationspunkt einer großen Zahl von Vertragsärzten werden; dies nicht als Zwangs- oder Pflichtmitglieder, sondern als freiwillig eingeschriebene Mitglieder bei freier Wahl ihrer Vertretung.

**Frage:** Haben Sie nicht schlichtweg nur Angst um Ihren hauptamtlichen Posten?

**Dr. Hansen:** Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, weil der Gesetzgeber dies so vorgesehen hat – nachzulesen im SGB V, Paragraph 77 Absatz 5. Es liegt also erst einmal nicht in unseren Händen, dies selbst in irgendeiner Weise zu ändern. Der Staat überträgt den Körperschaften eine Anzahl von organisatorischen Aufgaben, wie den Sicherstellungs-

und den Gewährleistungsauftrag, aber auch die Honorarverteilung inklusive Abrechnung und nicht zuletzt die Sicherung der Qualität ärztlicher Leistungen.

Damit entledigt sich der Staat jeder Menge aufwändiger Verwaltung und auch so unliebsamer Dinge wie der Verteilung einer schon längst nicht mehr angemessenen Gesamtvergütung unter den Vertragsärzten und -psychotherapeuten. Wenn der Gesetzgeber die KVen als Körperschaft für verzichtbar hält, ist es seine Aufgabe, zur Durchführung dieser Aufgaben alternative Lösungen zu finden. Dies gilt ebenso für die Krankenkassen, denn auch sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, und auch ihnen wurden ordnungspolitische Aufgaben übertragen, die nicht von heute auf morgen entzogen werden können. Angst um meinen Posten habe ich nicht. Ich bin ohnehin nur auf Zeit gewählt bzw. als Vorstand berufen. In meinem richtigen Leben bin ich mit Leidenschaft Arzt in einer Alsdorfer Praxis.



*Dr. Wolfgang-Axel Dryden,  
KV Westfalen-Lippe*



*Dr. Leonhard Hansen,  
KV Nordrhein*

## Kurznachrichten

### Versorgung bei Demenz und Depression: Ärzte und Selbsthilfe im Diskurs

Demografische Alterung bewirkt relative Veränderungen im Morbiditätsgeschehen. Mit Demenz und Depressionen hat der 5. westfälisch-lippische „Round Table Selbsthilfe“ zwei Krankheitsbilder in den Fokus genommen, die im Alter eine besondere Rolle spielen. Die Vorträge und Diskussionen der Vertreter von Selbsthilfe und Ärzteschaft sind nun in einer Dokumentation aufbereitet worden. Interessierte können das Heft „Alt, dement, depressiv – auch morgen gut versorgt?“ kostenfrei bei der KVWL bestellen (Tel.: 05 21/5 60 67 16). Einen Kurzbericht finden Sie unter [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) in der Rubrik Politik.

Eine Sonderausgabe des KVWL-Magazins Standpunkt zum Jahresthema 2009 „Steigende Versorgungslast, sinkende Versorgungskraft“ können Sie bestellen beim Stabsbereich Politik unter Tel.: 02 31/94 32 32 33 oder per E-Mail unter [gesundheitspolitik@kvwl.de](mailto:gesundheitspolitik@kvwl.de).

### Erster KVWL-Jahreskongress zur Sicherstellung

„Zukunftssicherung der Gesundheitsversorgung in Westfalen-Lippe“ – so lautet der Titel des ersten KVWL-Jahreskongresses am Samstag, 6. Juni 2009, von 10 bis 17 Uhr in der Halle Münsterland in Münster. Wo liegen die Probleme bei der Sicherstellung der ambulanten Versorgung? Wie können zukünftige Strukturen aussehen und welche Rahmenbedingungen müssen dafür geschaffen werden? Fragen, die aus Sicht der Kostenträger, der Krankenhäuser und der ärztlichen Selbstverwaltung beleuchtet werden sollen. Geplant sind neben Vorträgen auch Workshop-Foren zu Themen wie „Ärztmangel – was tun?“, „Partner oder Wettbewerber? Klinik und Praxis“ und „Ist die Zukunft der Medizin weiblich?“ Unter anderen referiert NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. Weitere Informationen zum ersten KVWL-Jahreskongress sowie zu den Anmelde-Modalitäten erhalten Sie bei Anne Ewelt unter Tel.: 02 31/94 32 32 04.

### Ambulante Palliativversorgung nun flächendeckend in NRW

Die gesetzlichen Krankenkassen in NRW haben mit den KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe die bundesweit ersten flächendeckenden Verträge zur ambulanten Palliativversorgung geschlossen. Damit ist die letzte Lücke der hoch qualifizierten häuslichen Versorgung von Menschen mit einer fortgeschrittenen, nicht heilbaren Erkrankung geschlossen. Anstatt die letzten Tage im Krankenhaus zu verbringen,

werden Schwerstkranke nun zu Hause im Kreise ihrer Angehörigen umfassend medizinisch und pflegerisch versorgt – bei Bedarf rund um die Uhr. Den Palliativpatienten soll diese Leistung nun schnellstmöglich und unbürokratisch zur Verfügung stehen.

„Gestartet sind wir mit Verträgen über die intensive hausärztliche Versorgung dieser Patienten und vollenden nun durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) die Versorgungskette“, so Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein. Der Anspruch der Versicherten auf SAPV wurde mit der letzten Gesundheitsreform geschaffen. Nach Schätzungen benötigen zehn Prozent aller Sterbenden eine besonders aufwändige hoch spezialisierte Versorgung, so dass sie bisher am Ende ihres Lebens häufig ins Krankenhaus eingewiesen werden mussten. Das Herzstück der SAPV bildet das Palliative-Care-Team der jeweiligen Region, bestehend aus mindestens drei qualifizierten Palliativ-Medizinern und mindestens vier Palliativpflegekräften. Es muss eine 24-Stunden-Bereitschaft an sieben Tagen der Woche gewährleisten. Verpflichtende Kooperationen mit ambulanten Hospizen sowie Apotheken sichern eine multiprofessionelle Versorgung.

Der Vertrag in Westfalen-Lippe stützt sich auf die etablierten palliativmedizinischen Netze und Initiativen in den Regionen. „Unsere Ärzte wollen ihre oft langjährigen Patienten bis zuletzt begleiten“, betont Dr. Ulrich Thamer, 1. Vorsitzender der KVWL, die den neuen Vertrag im Auftrag der bestehenden ärztlichen Palliativnetze im Landesteil verhandelt hat. „Sie bilden sich entsprechend fort, vernetzen sich untereinander und übernehmen die Koordination der beteiligten Leistungserbringer.“ Dafür werden sie nun auch besser honoriert. So gibt es für die direkt betreuenden Haus- und Fachärzte feste Zuschläge für die erforderlichen Hausbesuche. Der ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehende Konsiliardienst aus speziell fortgebildeten Palliativmedizinern erhält ebenfalls eine eigene Vergütungsstruktur.

Politik, Ärzte und Krankenkassen in NRW hatten sich den schnellen Aufbau einer flächendeckenden Palliativversorgung zum Ziel gesetzt. Mit dem Abschluss der entsprechenden Verträge zwischen Ärzten und Krankenkassen in beiden Landesteilen ist dieses Ziel nun erstmals in der Bundesrepublik erreicht.

## 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:

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

#### Druck:

IVD GmbH & Co. KG  
Wilhelmstraße 240  
49475 Ibbenbüren