

# POTENZIALE KONZEPTE VERSORGUNG



**Versorgungsbericht 2017**  
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe



## Versorgungsbericht 2017

### Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Editorial	02
01   Zehn Jahre Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz FILIALEN, KOOPERATIONEN, ANSTELLUNGEN	04
02   KVWL unterstützt junge Ärzte auf dem Weg in die (eigene) Praxis NACH DER THEORIE KOMMT DIE PRAXIS	12
03   Optimale Steuerung durch Ordnungsmanagement ARZNEIMITTEL: ALLES IM GRÜNEN BEREICH	18
04   KVWL bietet umfangreichen Service KEINE ANGST VOR GROSSEN ZAHLEN – ODER DEM KLEINGEDRUCKTEN	24
05   Sektorenübergreifende E-Health-Projekte DIGITALISIERUNG ERLEICHTERT DEN DATENAUSTAUSCH	29
06   Ärztlicher Bereitschaftsdienst ZENTRALE ANLAUFSTELLEN AUSSERHALB DER SPRECHSTUNDEN	34
07   KVWL managt die medizinische Behandlung von Asylbewerbern GUT ORGANISIERTE VERSORGUNG FÜR ALLE	40
08   Aus der Praxis für die Praxis: Effiziente Fortbildung durch Qualitätszirkel KOLLEGIALER AUSTAUSCH AUF VIELEN EBENEN	46
09   Praxisnetze in Westfalen-Lippe MOTOR FÜR INNOVATIONEN	49
10   Impfkampagne in Westfalen-Lippe PRÄVENTION, DIE WIRKT	56
11   Fakten in Zahlen	58



# WIR MACHEN DIE AMBULANTE VERSORGUNG FIT FÜR DIE ZUKUNFT

---

Mit dem nun vorliegenden, zweiten KVWL-Versorgungsbericht möchten wir gemeinsam mit Ihnen wieder in die innovative und lebendige Versorgungswelt in Westfalen-Lippe eintauchen. Dazu stellen wir Ihnen hier beispielhaft einige Projekte vor, die über die bloße Erfüllung unseres gesetzlichen Auftrages deutlich hinausgehen.

Sie finden auf den folgenden Seiten zahlreiche Konzepte und Initiativen, von denen nicht wenige von einem lokal begrenzten Versorgungsmodell über die landesweite Verbreitung schließlich den Weg in die bundesweite Versorgungslandschaft gefunden haben. Dabei begreifen wir die allgegenwärtige Digitalisierung als ein Werkzeug, dessen Gebrauch nie Selbstzweck ist. Dort, wo sich Chancen bieten, wollen wir diese nutzen, ohne die Risiken außer Acht zu lassen. Auch das belegen die in diesem Bericht vorgestellten Beispiele.

Unsere Mitglieder, die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe, sind es gewohnt, über den eigenen Tellerrand zu schauen. Sie tun dies zum Beispiel in zahlreichen Qualitätszirkeln und Praxisnetzen, in denen sie den kollegialen und interdisziplinären Austausch pflegen. Und zwar immer mit dem Ziel, ihre Patienten bestmöglich und nach dem Stand der Wissenschaft zu behandeln.

In der festen Überzeugung, bereits heute eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, ist es der gemeinsame Anspruch der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und ihrer Mitglieder, diesen hohen Standard zu festigen und bestehende Entwicklungspotenziale im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen. Wir entwickeln die ambulante Versorgung für die Zukunft weiter!

Eine umfangreiche Datensammlung im hinteren Teil dieses Versorgungsberichts fasst die erfolgreiche Arbeit der KVWL und ihrer Mitglieder in übersichtlichen Grafiken zusammen: Hier finden Sie Fakten in Zahlen.

Vor diesem Hintergrund wünschen wir Ihnen eine ebenso kurzweilige wie informative Lektüre. Sollten Sie beim Lesen den einen oder anderen Aha-Effekt haben, so haben wir unser erstes Ziel erreicht.



**Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden**  
1. Vorsitzender der KVWL



**Dr. med. Gerhard Nordmann**  
2. Vorsitzender der KVWL



**Thomas Müller**  
Vorstandsmitglied der KVWL

# 01 | Zehn Jahre Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz



## FILIALEN KOOPERATIONEN ANSTELLUNGEN

Das vor zehn Jahren in Kraft getretene Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz wollte die Arbeit in der vertragsärztlichen Versorgung revolutionieren. Die neuen Optionen zur Berufsausübung wurden in Westfalen-Lippe in großem Umfang angenommen – zum Wohl der flächendeckenden Versorgung.

»Wir sehen [im Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz] die Chance, dem drohenden Ärztemangel zu begegnen und den Dienst am Menschen vor allem für den Nachwuchs wieder attraktiver zu gestalten.« Mit diesen Worten begrüßten die damaligen Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler und Ulrich Weigelt, das Inkraft-Treten des »Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts (VÄndG) und anderer Gesetze« am 1. Januar 2007.

So viel Optimismus von den Repräsentanten der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten war selten bei der Bewertung großer Reformen im Gesundheitswesen. Und als Grundlage für die nachhaltige Umgestaltung der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Versorgung wurden die neuen gesetzlichen Vorgaben in der Tat gesehen.

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hatte im Herbst 2006 eine umfassende Liberalisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung auf den Weg gebracht. War die Tätigkeit der Ärzte und Psychotherapeuten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bislang weitgehend an die persönliche Zulassung und die vollzeitige Ausübung sowie an einen konkreten Praxisstandort gebunden, wurden nun flexiblere Möglichkeiten der Arbeit in der ambulanten Versorgung geschaffen. Das betraf vor allem neue Optionen zur Anstellung von Ärzten und Psychotherapeuten in Praxen, Teilzulassungen und die Kombination von Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung und im Krankenhaus. Die flexible Berufsausübungsgemeinschaft trat an die Stelle der bisher einzig möglichen, starren und ortsgebundenen Gemeinschaftspraxis. Der Praxis-sitz konnte fortan mit einer Zweigpraxis als »Nebenbetriebsstätte« ergänzt werden. Altersgrenzen für die Zulassung und für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit wurden gestrichen.

Mit den neuen liberalen Regeln zur Berufsausübung sollten ausdrücklich Anreize zur Arbeit in der ambulanten Versorgung geschaffen werden. Gerade in den ostdeutschen Bundesländern zeichnete sich ein Mangel an niederlassungswilligen Ärzten ab. Unattraktive und unflexible Arbeitsbedingungen wurden als Hemmschuh für die ambulante Versorgung gesehen. Freiere Rahmenbedingungen und wirtschaftlich sinnvolle Gestaltungsmöglichkeiten sollten die Berufszufriedenheit erhöhen und gleichzeitig die flächendeckende Versorgung sichern und erleichtern.

Letztlich waren es aber die Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte selbst, welche die Weichen für größere Flexibilität und mehr Wettbewerb in der ambulanten Versorgung gestellt hatten. Der 107. Deutsche Ärztetag und der Deutsche Zahnärztetag 2004 sowie der 7. Psychotherapeutentag 2007 hatten das jeweilige Berufsrecht den Erfordernissen moderner Versorgungsstrukturen angepasst. Insbesondere die Wettbewerbsfähigkeit der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gegenüber Medizinischen Versorgungszentren und der stationären Versorgung sollte verbessert werden. Mit dem VÄndG übernahm der Gesetzgeber diese bewussten Modernisierungen in das Sozialrecht: »Diese berufsrechtlichen Änderungen sind in das Vertragsarztrecht zu transformieren, um die vertragsärztliche Berufsausübung effizienter und damit wettbewerbsfähiger zu gestalten«, heißt es in der Gesetzesbegründung von 2006.

Von der Liberalisierung des Vertragsarztrechtes erwarteten Politik und Ärzteschaft gleichermaßen viel. In den Kassenärztlichen Vereinigungen war man sich Anfang des Jahres 2007 aber auch bewusst, dass die Neuerungen noch zu vielen Anpassungen in untergesetzlichen Normen und Regelungen führen mussten – dazu gehörten insbesondere der Bundesmantelvertrag, der EBM und die regionale Honorarverteilung sowie neue Systematiken in der Zulassung, in den Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und in der Abrechnung. Das Kernstück der Sicherstellung, die Bedarfsplanung, war angesichts von Teilzeittätigkeiten, Teilzulassungen und der Arbeit an mehreren Standorten neu aufzustellen.

Zehn Jahre nach dem Start in die neue Welt vertragsärztlicher Arbeit und Kooperation ist es Zeit, Bilanz zu ziehen. Was hat sich für die Versorgung der Versicherten tatsächlich positiv verändert? Welche Optionen des VÄndG werden von den Ärzten und Psychotherapeuten genutzt?

# BILANZ: DIE ZAHL DER ANGESTELLTEN ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN WÄCHST KONTINUIERLICH

## Arbeit in Anstellung und Teilzeit

Wer Anfang der 2000er Jahre als niedergelassener Vertragsarzt arbeitete, tat dies in Vollzeit und mit eigener Zulassung. Die Tätigkeit als angestellter Vertragsarzt war auf wenige Sonderfälle beschränkt. Erst mit der Einführung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde für diese spezielle Versorgungsform die Anstellung ermöglicht. Als das VÄndG zwei Jahre später diese Ungleichbehandlung von MVZ und Praxen aufhob und die Anstellung generell erlaubte, wurde ein Tor aufgestoßen. Die Zahl angestellter Ärzte und Psychotherapeuten wächst seitdem kontinuierlich – sowohl in den Praxen als auch in den zurzeit 171 Medizinischen Versorgungszentren in Westfalen-Lippe. Ende 2016 hatten 1.163 Ärzte und Psychotherapeuten einen Arbeitsvertrag mit einer Praxis und 901 mit einem MVZ (aufgeschlüsselte Zahlen im Kapitel »Fakten in Zahlen« ab Seite 58).

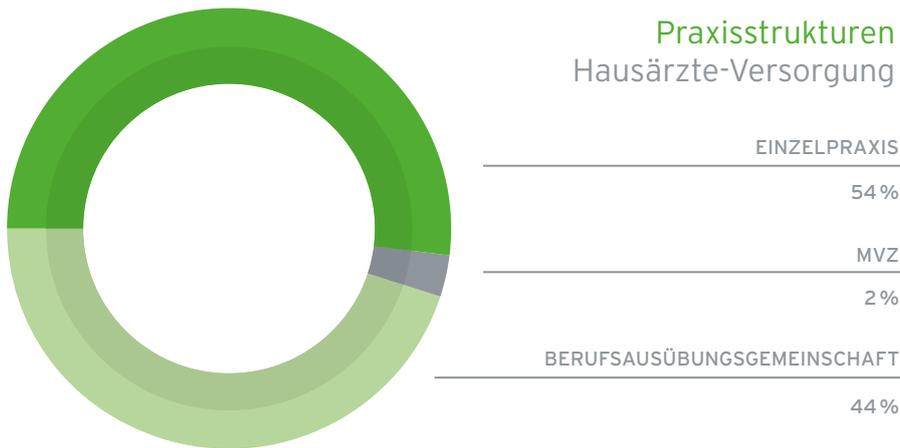
Zwar bleibt vor allem in den grundversorgenden Fachgruppen weiterhin die Zulassung die bevorzugte Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Anstellung wird aber gerade für einen Einstieg in die ambulante Arbeit genutzt, ohne an große Investitionen gebunden zu sein und damit eine Weichenstellung für das gesamte Berufsleben vorgenommen zu haben. Ebenso nutzen viele Mediziner den Wechsel von der Zulassung in die Anstellung am Ende ihrer vertragsärztlichen Laufbahn, was ihnen Optionen zur Weiterarbeit und zu einem flexiblen Ausstieg aus ihrer Berufstätigkeit eröffnet.

Zusammen mit der 2007 ebenfalls neu geschaffenen Option der Arbeit in Teilzeit kommt die Möglichkeit der Anstellung auch besonderen Lebenssituationen von Ärzten und Psychotherapeuten entgegen. Spielte Teilzeitarbeit vor dem VÄndG kaum eine Rolle, werden zehn Jahre später in Westfalen-Lippe bereits knappe elf Prozent des Versorgungsauftrages von nicht vollzeitig arbeitenden Medizinerinnen erbracht (aufgeschlüsselte Zahlen dazu ab Seite 65).

Anstellung und Teilzeitarbeit bieten auch den Praxen mehr Optionen, unter anderem in der Besetzung von Filialen oder in der Arrondierung des medizinischen Angebotes und der Ergänzung fachlicher Kompetenzen. Schließlich dürfen auch Ärzte eines anderen Fachgebietes angestellt werden (§ 95 Abs. 9 SGB V).

Wie die Anstellung nimmt auch die Teilzeittätigkeit kontinuierlich zu. Machen nur wenig Ärzte Gebrauch von einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag, spielt diese Form der Teilzeittätigkeit vor allem bei Psychotherapeuten eine große Rolle: 41 Prozent der Psychotherapeuten arbeiten auf einer »halben« Zulassung. Angestellte findet man dagegen häufiger in Teilzeitarbeit: 1.371 von 2.175 angestellten Ärzten arbeiten mit einem Umfang von 25 bis 75 Prozent eines Versorgungsauftrages, bei den angestellten Psychotherapeuten sind es 152 von 161. Die Erwartungen des Gesetzgebers wie auch der Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich in vollem Umfang erfüllt.

## Praxisstrukturen Hausärzte-Versorgung



### Berufsausübungsgemeinschaften

Der durch das VÄndG neu eingeführte sperrige Terminus »Berufsausübungsgemeinschaft« (BAG) umfasst die traditionelle Kooperationsform der Gemeinschaftspraxis und erweitert die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit. Neu war 2007 vor allem die überörtliche gemeinsame Berufsausübung bei verschiedenen Vertragsarztsitzen, die »überörtliche Gemeinschaftspraxis«. Zusätzlich wurde die Option geschaffen, in einer »Teil-Berufsausübungsgemeinschaft« nur bestimmte Leistungen gemeinsam anzubieten.

Die Änderung des entsprechenden Paragraphen 33 in der Zulassungsverordnung hat allerdings nicht zu einem Boom neuer Berufsausübungsgemeinschaften in Westfalen-Lippe geführt. Die Zahl der klassischen Gemeinschaftspraxen sank sogar leicht von 1.838 Praxen Anfang 2007 auf 1.762 Praxen bis Ende des Jahres 2016. In diesen Gemeinschaftspraxen arbeiten allerdings mehr Ärzte als noch vor zehn Jahren. Dafür spricht die gleichfalls sinkende Zahl an Einzelpraxen im Bereich der KVWL (Ende 2007: 7.619, Ende 2016: 7.189) bei insgesamt steigender Mitgliederzahl.

Vorteile in der gemeinsamen Berufsausübung sehen vor allem HNO-Ärzte. Von 385 Mitgliedern dieser Fachgruppe arbeiten zurzeit 53 Prozent (203 Ärzte) in einer Berufsausübungsgemeinschaft. Gerade bei grundversorgenden fachärztlichen Disziplinen ist die Neigung zur Gemeinschaft ausgeprägt. Auch von den Radiologen, Augenärzten, Orthopäden und Urologen bringt sich jeweils knapp die Hälfte in einer BAG ein.

Kooperations-Muffel hingegen sind in Westfalen die Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die aktuell zu 90 Prozent die Einzelpraxis bevorzugen. In der mit 4.889 Mitgliedern größten Fachgruppe der Hausärzte haben sich derzeit 44 Prozent in einer BAG zusammengeschlossen, arbeiten 54 Prozent in einer Einzelpraxis und zwei Prozent in einem MVZ.

Die Möglichkeit, eine überörtliche Gemeinschaft mit verschiedenen Standorten zu gründen, wird nur in geringem Maße

wahrgenommen. Ihre Zahl hat sich in den letzten fünf Jahren in Westfalen-Lippe bei rund 140 Gemeinschaften eingependelt.

Auch eine Form der gemeinsamen Berufsausübung ist die Kooperation in einem Medizinischen Versorgungszentrum. Wie im gesamten Bundesgebiet ist die Zahl der MVZ in Westfalen-Lippe seit 2004 kontinuierlich gestiegen und erreichte Ende 2016 den Stand von 171. Davon waren 51 in Trägerschaft eines Krankenhauses.

Entsprechend zugenommen hat die Zahl der in den MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte. Ende des Jahres 2016 teilten sich 103 Ärzte mit eigener Zulassung und 901 angestellte Ärzte 682 vollzeitige Versorgungsaufträge.

Die wesentliche politische Begründung für die Einführung Medizinischer Versorgungszentren war die integrierte, patientenorientierte Versorgung aus einer Hand. Stattdessen hat sich damit eine Versorgungsform neben der klassischen Praxis entwickelt, über die auch Krankenhäuser in die ambulante Versorgung mit hineinwirken können (und damit der Krankenhauswettbewerb) und die mit der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung betrieben werden kann. Diese Gesellschaftsform und ihre steuerrechtlichen und haftungsrechtlichen Bedingungen prägen die Entwicklung moderner MVZ stärker als das Ziel eines fachübergreifenden Leistungsangebots aus einer Hand. Es war daher konsequent, das Feigenblatt »fachübergreifend« abzuschaffen und auch MVZ mit nur einer Fachgruppe zuzulassen.

Die Teil-Berufsausübungsgemeinschaft schließlich blieb wegen unklarer und am Ende widersprüchlicher Regelungen ein reiner Papiertiger des VÄndG.

### Zweigpraxen und Versorger-Filialen

Das VÄndG legte mit einer entsprechenden Änderung der Zulassungsverordnung erstmals fest, dass vertragsärztliche Tätigkeit auch außerhalb des eigentlichen Praxisstandortes zulässig ist, wenn die Versorgung der Versicherten an einem weiteren Ort dadurch verbessert wird und die ordnungsgemäße Versorgung am bisherigen Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt ist. Kurz: Ärzte und Psychotherapeuten können seit 2007 eine Zweigpraxis zusätzlich zu ihrem Hauptstandort unterhalten.

Die Mitglieder der KVWL nahmen diese Option sehr schnell wahr. Bereits am Anfang des 1. Quartals 2007 waren in Westfalen-Lippe 41 Zweigpraxen beantragt und genehmigt. Ihre Zahl wuchs in den folgenden Jahren sprunghaft, sodass bereits Ende 2010 insgesamt 385 Zweigpraxen betrieben wurden. Bis Ende 2016 ist ihre Zahl leicht auf 326 zurückgegangen.

Aktuell sind es in Westfalen vor allem die fachärztlich tätigen Internisten, die ihre Leistungen an mehreren Standorten anbieten. Mit 120 Ärzten – das sind 15 Prozent aller fachärztlichen Internisten – nutzt diese Gruppe deutlich vor allen anderen Fachgruppen die Option der Zweigpraxis. Aktuell betreiben auch 90 westfälische Hausärzte zusätzliche Standorte – was gemessen an der Gesamtzahl dieser großen Fachgruppe allerdings nur einen Anteil von zwei Prozent ausmacht. Insgesamt gesehen nutzen alle ärztlichen Fachgruppen wie auch die Psychotherapeuten die Möglichkeit, Zweigpraxen zu betreiben.

Mehr als 300 Zweigpraxen in Westfalen-Lippe bedeuten ein dichteres medizinisches Angebot in der Fläche. Grundvoraussetzung für die Genehmigung einer Ausgründung ist immer die Verbesserung der Versorgung für die Patienten. Damit ist die Zweigpraxis eine sinnvolle und erfolgreiche Option in der ambulanten Versorgung.

Ein Modell hat sich in der Sicherung der flächendeckenden Versorgung besonders bewährt: die Versorger-Filiale, wie sie in Westfalen-Lippe genannt wird. Der Begriff bezeichnet eine Zweigpraxis, die mit einem angestellten Arzt in Vollzeit besetzt ist – und damit eben nicht ein nur zeitlich begrenztes Versorgungsangebot des Betreibers des Hauptstandortes darstellt. Eine solche Konstruktion dient in der Regel der Aufrechterhaltung einer haus- oder fachärztlichen Versorgung, die ohne diese Versorger-Filiale wegbrechen würde. Es handelt sich um Praxissitze, für die kein direkter Nachfolger gefunden werden kann. Eine andere Praxis – mit einem anderen Standort – übernimmt dann diesen Sitz, betreibt ihn als ihre Filiale und besetzt sie mit einem angestellten Arzt oder einer Ärztin. In einigen Fällen wechseln auch die ehemaligen Inhaber der vakanten Praxis in das Angestelltenverhältnis und sind bis zu ihrem endgültigen Ruhestand weiter für ihre Patienten da. Es geht nicht um die Aufstockung, sondern um die Aufrechterhaltung der Versorgung der Bevölkerung in der Fläche.

Für den Geschäftsbereich Zulassung und Sicherstellung der KVWL hat sich die Versorger-Filiale zu einem wichtigen Instrument entwickelt. Mit der Hilfe aktiver Vertragsärzte konnte in einer Reihe von Fällen die drohende ersatzlose Schließung einer versorgungsnotwendigen Praxis abgewandt werden. Vordringlich bleibt zwar die tatsächliche Nachbesetzung durch einen jungen Nachfolger, jedoch lässt sich dies gerade in ländlichen Bereichen mit zum Teil abnehmender Bevölkerung nicht immer realisieren.

Schon im Jahr 2007 wurden zwei solcher Konstellationen nach neuem Recht genehmigt. Ende 2016 wurden landesweit 168 Versorger-Filialen betrieben, die meisten davon in Kleinstädten und Gemeinden der großen Flächenkreise des Landesteils Westfalen. Im Kreis Siegen-Wittgenstein versorgen zusätzlich 15 Versorger-Filialen auf dem Gebiet von Städten wie Burbach, Kreuztal oder Netphen die Versicherten, im Kreis Recklinghausen sind es elf, im Kreis Minden-Lübbecke zehn und im Ennepe-Ruhr-Kreis sowie Unna und Gütersloh jeweils neun.

Die Betreiber der Hauptpraxen und ihre Angestellten leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung, der von der Beratung, aber auch von Fördermaßnahmen der KVWL flankiert und ermöglicht wird.

## Verbesserung der Versorgung in Westfalen-Lippe

# 326

Zweigpraxen

# 168

Versorger-Filialen

### Vielfalt und Planung

Die KVWL sah und sieht die Liberalisierung des Vertragsarztrechts durch das VÄndG als Chance und Bereicherung für die Versorgung. Gerade im Wettbewerb mit den Krankenhäusern, die durch die Einführung der Medizinischen Versorgungszentren 2004 eine weitere Möglichkeit zur Erweiterung ihres Angebotes in den ambulanten Bereich bekommen hatten, wurden die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten durch neue wirtschaftliche Optionen gestärkt.

Die neue Vielfalt bei der Zulassung und Berufsausübung stellt die Kassenärztlichen Vereinigungen seit Beginn des Jahres 2007 allerdings vor erhebliche rechtliche und verwaltungstechnische Fragen. Zunächst mussten viele Normwerke – vom Bundesmantelvertrag bis hinein in die Honorarverteilungsbeschlüsse – entsprechend geändert, juristische Bewertungen abgewartet werden. Das Gesetz gab nur die Richtung vor. Die konkrete Umsetzung mussten die KVen und Krankenkassen auf der regionalen Ebene leisten.

Fragen gab es viele. Wie viele Kollegen durfte ein Arzt oder Psychotherapeut in seiner Praxis anstellen? Mit wem darf oder darf nicht kooperiert werden? Kommt der Behandlungsvertrag des Patienten mit dem angestellten Arzt oder mit dem Praxisinhaber zustande? Wann verbessert eine Zweigpraxis die Versorgung vor Ort? Wie ist ein Arzt zu behandeln, der in zwei KV-Bereichen je eine Teilzulassung erhalten hat? Die Aufzählung ließe sich endlos fortsetzen.

Die Antworten der KVen auf die Fragen ihrer Mitglieder mussten schnell gefunden werden, denn Ärzte und Psychotherapeuten wollten die neuen Möglichkeiten nutzen. Schon im 1. Quartal 2007 entstanden in Westfalen-Lippe 46 überörtliche Gemeinschaftspraxen, im Laufe des Jahres wurden bereits 134 Ärztinnen und Ärzte angestellt, es mussten Teilzulassungen genehmigt und Teilzeitarbeit von Angestellten angerechnet werden.

Parallel zur konkreten Umsetzung haben die Mitglieder der KVWL einen großen Beratungsbedarf. Sie wollen abschätzen können, wie sich mögliche neue Konstellationen auf ihren Praxisbetrieb und auf den Praxisumsatz auswirken könnten.

Auch zehn Jahre nach dem In-Kraft-Treten des Vertragsarztrechts-Änderungsgesetzes ist der Umsetzungsdruck der ersten Monate und Jahre nur bedingt einer Routine gewichen. Die KVWL hat ein neues Stammdaten-System mit lebenslangen Arztnummern für ihre Mitglieder und Betriebsstättennummern für die unterschiedlichen Tätigkeitsorte aufgebaut, das die Grundlage für die Bedarfsplanung und die Abrechnung der Leistungen bildet. Viele damals noch offene Fragen sind längst geklärt. Und doch bleibt festzustellen, dass im Spannungsfeld zwischen Flexibilität und Reglementierung jeden Tag neue Fragen entstehen, Rechtsnormen ausgelegt werden und Gerichtsurteile für die Spruchpraxis berücksichtigt werden müssen. Die Flexibilität hat die Komplexität deutlich erhöht und es ist angesichts der Vielzahl von Möglichkeiten nicht leicht, den Überblick zu behalten oder einen individuellen Nutzen daraus zu ziehen. Hier können sich die Ärzte und Psychotherapeuten auf die Beratung ihrer KV verlassen.

### Chancen durch neue Optionen?

#### Eine Bilanz für Westfalen-Lippe

Das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz war ein großer Schritt in die richtige Richtung. Die Potenziale der ambulanten Versorgung können durch die gezielte Liberalisierung der Berufsausübung effizienter erschlossen werden. Ärzte und Psychotherapeuten können ihre Fähigkeiten besser einsetzen und durch Kooperationen erweitern. Die Wettbewerbsfähigkeit der ambulanten Versorgung wurde gestärkt.

Die Hoffnungen des Gesetzgebers, mit dem VÄndG die vertragsärztliche Versorgung für junge Mediziner wieder attraktiver zu machen und dem Nachwuchsmangel entgegenzuwirken, haben sich zumindest teilweise erfüllt. Die hohe Hürde der eigenen Zulassung in Vollzeit zu relativieren und durch eine Anzahl weiterer Möglichkeiten der Arbeit in der Versorgung zu ergänzen war eine Maßnahme, die sicher zusätzliches Potenzial erschlossen hat.

Positive Folgen für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung hat gerade für Westfalen-Lippe die Option, Zweigpraxen zu gründen und an weiteren Orten vertragsärztlich tätig zu sein. Die Eröffnung einer Zweigpraxis ist zwar kein Massenphänomen – in der Regel liegt der Anteil von Ärzten oder Psychotherapeuten mit Filiale je Fachgruppe unter fünf Prozent. Aber dennoch machen diese 326 Standorte gerade die fachärztliche Versorgung für viele Menschen weiterhin besser erreichbar. Sozusagen als Ultima Ratio der Sicherstellung hat sich die sogenannte Versorger-Filiale etabliert. Sie war im VÄndG nicht unmittelbar vorgegeben, konnte sich aber auch nur in diesem gesetzlichen Rahmen entwickeln.

## NICHT NUR LICHT SEITEN

Das VÄndG hat eine Reihe positiver Impulse für die ambulante Versorgung gebracht. Die Optionen in der Sicherstellung für die KVen sind verbessert worden, die KVWL nutzt diese Möglichkeiten aktiv. Bei genauerer Betrachtung hat das VÄndG allerdings nicht nur lichte Seiten, sondern auch einige dunkle Folgen. Flexibilität, Wettbewerb und neue Rechtsformen verändern das Versorgungsangebot unserer Überzeugung nach in einigen Aspekten auch zum Negativen.

Zu den Punkten, die aus Sicht einer KV wenig hilfreich sind, gehören komplizierte Beteiligungskonstrukte, die aus gutem Grund in der Praxis wenig Anklang finden. Zu nennen wäre dabei in erster Linie die Teilberufsausübungsgemeinschaft.

Wie gut gemeinte Ansätze unter den Bedingungen des Wettbewerbs eine ganz andere als die intendierte Richtung genommen haben, zeigt die Entwicklung der MVZ. Der Grundgedanke der Politik war eine fachübergreifende, integrierte und patientenorientierte Versorgung aus einer Hand – nach dem Vorbild der ehemaligen Polikliniken in der DDR. In der Realität bilden die MVZ heute fast ausschließlich eine hochspezialisierte Versorgung ab. Zu dieser Einsicht ist mittlerweile auch der Gesetzgeber gekommen und erlaubt konsequent fachgleiche MVZ.

Nach unseren Beobachtungen sind MVZ zudem Vehikel einer zunehmenden »Industrialisierung« der ambulanten Versorgung. Konzerne kaufen Arztsitze und organisieren eine lukrative, hochspezialisierte fachärztliche Versorgung. Krankenhäuser arrondieren ihr Angebot durch ambulante Strukturen, die weniger der Patientenversorgung nutzen als den Interessen der jeweiligen Eigner-Klinik. Damit werden in der fachärztlichen Grundversorgung benötigte Arztsitze blockiert, der entsprechende Versorgungsauftrag oft nur halbherzig betrieben. Konsequenz: Das Versorgungsangebot für die Versicherten sinkt. Selbständig zugelassene Ärzte nutzen die Rechtsform des MVZ oft allein mit Blick auf Fragen der Haftung und des Steuerrechts.

Ja, das VÄndG hat die ambulante Versorgung verändert. Vor den negativen Begleiterscheinungen – so peripher sie im Moment noch wirken mögen – sollten wir aber nicht die Augen verschließen.

---

**Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden**

1. Vorsitzender der KVWL

**Dr. med. Gerhard Nordmann**

2. Vorsitzender der KVWL

**Thomas Müller**

Vorstandsmitglied der KVWL

## 02 | KVWL unterstützt junge Ärzte auf dem Weg in die (eigene) Praxis

# NACH DER THEORIE KOMMT DIE PRAXIS

---

Fördern, Unterstützen, Beraten und das vom Studium bis zum Facharzt – so lautet die Maxime der KVWL-Nachwuchskampagne PRAXISSTART. Ihr Ziel ist es, Medizinstudierende und junge Ärzte in Westfalen-Lippe besser über das Arbeiten in der ambulanten Versorgung zu informieren und sie für eine Tätigkeit in diesem Bereich zu gewinnen.



## PRAXISSTART

Viele angehende Ärzte haben immer noch Vorurteile, was die Arbeitsbedingungen und Karriereoptionen in der Praxis betrifft. Sie wissen nicht, welche beruflichen Möglichkeiten sich ihnen in diesem Bereich mittlerweile bieten und fürchten finanzielle Risiken und Verantwortung. Zugleich werden die Menschen immer älter, der demographische Wandel lässt den Bedarf an ärztlichen Leistungen steigen. Die Folge: ein drohender Ärztemangel, insbesondere in ländlichen Regionen.

Vor diesem Hintergrund hat die KVWL im Herbst 2014 die Kampagne PRAXISSTART initiiert. Mit ihr werden alle Service- und Beratungsleistungen für den ärztlichen Nachwuchs gebündelt und unter einem gemeinsamen Dach und einer korrespondierenden Sprache beworben. Unter dem Motto »Ich will Ihr(e) Nächste(r) sein – und übernehme Ihre Praxis« zielte PRAXISSTART zunächst auf Weiterbildungsassistenten und junge Klinikärzte ab. Ein Jahr später wurde die Kampagnenarbeit mit dem Claim »Nach der Theorie kommt die Praxis« auf die Medizinstudierenden in der Region ausgeweitet – mit großem Erfolg. Mittlerweile ist die KVWL mit eigenen Seminaren und Gastvorlesungen an der wissenschaftlichen Lehre der Ruhr-Universität Bochum und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster beteiligt, bietet zahlreiche Informations- und Beratungsveranstaltungen an und unterstützt die angehenden Ärzte finanziell auf verschiedene Art und Weise bei ihrem Weg in die ambulante Versorgung. Einige Beispiele:



### Uni-Promotage

Mit einem eigenen PRAXISSTART-Informationsstand besucht die KVWL seit 2015 jedes Semester die medizinischen Fakultäten der Universitäten in Westfalen-Lippe. Im Rahmen dieser sogenannten »Uni-Promotage« können sich Studierende ausführlich über den ambulanten Sektor und die Förderangebote der KVWL informieren. KVWL-Fachexperten beantworten vor Ort Fragen und geben Tipps und Ratschläge.

Das Angebot wird von den Studierenden gut angenommen: Im Durchschnitt kommt es zu ca. 100 Gesprächen pro Vormittag. Seit Januar 2017 fährt auch die Bochumer Campus-Linie U35, die den Gesundheitscampus, die Universität und die Hochschule miteinander verbindet, im PRAXISSTART-Design durch die Stadt, um die Nachwuchskampagne unter den Studierenden noch bekannter zu machen.

### Seminare und Gastvorlesungen der KVWL an den Universitäten

Unter dem Titel »Wege in die Niederlassung« bietet die KVWL seit 2016 eine eigene Seminarreihe an der Ruhr-Universität Bochum (RUB) an, die sich mit verschiedenen Themen aus der ambulanten Versorgung beschäftigt. Gemeinsam mit den Studierenden besprechen Experten aus den unterschiedlichen Fachbereichen der KVWL beispielsweise, was eine Bedarfsplanung ist, welche ärztlichen Kooperationsformen es gibt, wie das Geld in die Praxis kommt oder welche Rolle IT und Betriebswirtschaft im Praxisalltag spielen. 2017 wird erstmalig auch am Außenstandort der Medizinischen Fakultät der RUB in Minden ein Blockseminar zu den Inhalten der Seminarreihe angeboten.

Die KVWL ist darüber hinaus als Gastdozent an den gesundheitsökonomischen Vorlesungen der Universitäten Bochum und Münster beteiligt, um das System der ambulanten Versorgung vorzustellen.



### Förderung von Blockpraktika und Hospitationen in ländlichen Hausarztpraxen in Ostwestfalen-Lippe

Seit Ende 2015 unterstützen die KVWL und die Ruhr-Universität Bochum den (ersten) Schritt der Nachwuchsmediziner in die Praxis auch finanziell: Medizinstudierende, die eine Hospitation oder ein Blockpraktikum in einer ländlichen Hausarztpraxis in Ostwestfalen-Lippe absolvieren, können bei der KVWL einen Förderantrag stellen. Für eine Hospitation (2,5 Tage) erhalten die angehenden Ärzte der RUB rund 250 Euro. Eine zweiwöchige Hospitation wird mit bis zu 500 Euro vergütet.

Den Nachwuchsmedizinerinnen soll auf diese Weise ein Anreiz geboten werden, sich bereits zu einem frühen Zeitpunkt ihres Studiums mit der ambulanten Versorgung auseinanderzusetzen und das Arbeiten in ländlichen Räumen aus erster Hand kennen- und lieben zu lernen. Da der Regierungsbezirk Detmold der einzige in Westfalen-Lippe ohne medizinische Fakultät ist, soll durch die Förderung von Blockpraktika und Hospitationen in dieser Region auch der sogenannte »Klebeffekt« begünstigt werden.

# 266 %

Famulatur in  
haus- oder fachärztlicher Praxis

## 88

Studierende in 2015

## 234

Studierende in 2016

### Förderung der haus- und fachärztlichen Famulatur

Im Jahr 2016 hat die KVWL 234 Studierende unterstützt, die ihre Famulatur in einer haus- oder fachärztlichen Praxis absolviert haben. Zum Vergleich: 2015 waren es 88 Studierende. Damit hat sich die Zahl der ausgesprochenen Förderungen innerhalb eines Jahres fast verdreifacht. Die Studierenden erhalten 400 Euro (Hausarztpraxis) bzw. 200 Euro (Facharztpraxis) monatlich für die Dauer von maximal zwei Monaten. Zu den Voraussetzungen für eine Förderung zählt, dass es sich um eine Praxis aus der KVWL-Famulaturbörse handeln muss, die vorwiegend in ländlichen Regionen mit erhöhtem Altersdurchschnitt liegen. Die Nachwuchsmediziner sollen sich so ein eigenes Bild vom Alltag in der (Land-)Arztpraxis machen können.

Studierende erhalten

# 400 €

Famulatur Hausarztpraxis

# 200 €

Famulatur Facharztpraxis

### PRAXISSTART-Workshopreihe und persönliche Niederlassungsberatung

Als echtes Erfolgsmodell haben sich die Workshops für Weiterbildungsassistenten und niederlassungsinteressierte Ärzte erwiesen: Seit 2014 hat sich die Anzahl der angebotenen Seminare aufgrund der großen Nachfrage vervierfacht. 2017 finden insgesamt 25 Seminare zu Themen wie »Keine Angst vor Regressen« oder »Praxismanagement – gute Organisation von Anfang an« statt.

Gefragt sind auch die persönlichen Beratungsgespräche für junge Ärzte im Vorfeld der Niederlassung: Innerhalb von zwei Jahren ist die Zahl der Beratungen nahezu um das Vierfache gestiegen.

## Anzahl der Förderungen für Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin

217

2009

368

2016

### Praxisbörsentag und Niederlassungsseminar

Besonders begehrt ist die Doppelveranstaltung Praxisbörsentag und Niederlassungsseminar, die die KVWL seit 2011 jedes Frühjahr veranstaltet. Junge Ärzte treffen auf Praxisabgeber und haben mittels Suche- und Biete-Inserate die Möglichkeit, sowohl das Angebot an Praxen als auch das Interesse an der eigenen Praxis auszuloten und sich persönlich auszutauschen. Im Durchschnitt erreichen die KVWL insgesamt 450 Inserate, welche am Veranstaltungstag an großen Informationswänden nach Regionen und Fachgruppen sortiert gezeigt werden. Das Niederlassungsseminar mit regelmäßig 160 Teilnehmern informiert die jungen Ärzte über betriebswirtschaftliche und juristische Aspekte und ist stets schnell ausgebucht.



### Förderung der Weiterbildungsassistenten

Die KVWL und die Krankenkassen Westfalens bezuschussen die Weiterbildung zum Facharzt mit monatlich bis zu 4.800 Euro für maximal 24 Monate. Gefördert werden Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin und seit Oktober 2016 auch Assistenten der Augenheilkunde, der Gynäkologie, der Dermatologie, der HNO-Heilkunde, der Kinder- und Jugendmedizin, der Neurologie sowie der ärztlichen Psychotherapie. Darüber hinaus können Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin, die in einer Praxis in einer unterversorgten oder einer von Unterversorgung bedrohten Region tätig werden, einen zusätzlichen Gehaltszuschuss in Höhe von 500 bzw. 250 Euro erhalten.

Eine Besonderheit in Westfalen-Lippe: Absolvieren Studierende das Wahltertial ihres Praktischen Jahres in der Allgemeinmedizin, können sie sich diese vier Monate auf ihre Weiterbildungszeit zum Allgemeinmediziner anrechnen lassen.

Das Angebot wird sehr gut angenommen: Seit 2009 ist die Anzahl der Förderungen für Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin von 217 auf 368 im Jahr 2016 gestiegen.

# DIE KVWL BETREUT RUND 1.500 ÄRZTE IM RAHMEN DES KVWL-PATENSCHAFTSPROGRAMMS



## Patenschaften für Einsteiger und neu Niedergelassene

Beim Start in die eigene Praxis kommen allerlei Fragen auf: Wie verordne ich richtig? Lieber eine Einzel- oder doch eine Gemeinschaftspraxis? Wann muss ich meine Abrechnung einreichen? Den Überblick über Vorschriften und Fristen zu behalten, ist dabei nicht immer einfach. Für Einsteiger und neu niedergelassene Ärzte bietet die KVWL deshalb eigene Patenschaftsprogramme an.

So können Ärzte bereits im Vorfeld ihrer Niederlassung von einem breiten Unterstützungsangebot der KVWL profitieren. Erfahrene Mitarbeiter beraten sie regelmäßig und individuell über Perspektiven, Voraussetzungen und Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragsarztstätigkeit. Aktuell nehmen rund 850 junge Ärzte dieses Angebot wahr.

Bereits in der Praxis, werden die neu niedergelassenen Ärzte in den ersten zwei Jahren von einem persönlichen Paten betreut, der sie mit individuellen Beratungen und Analysen sowie wertvollen Tipps und Ratschlägen unterstützt. Wie umfassend sie diesen Service in Anspruch nehmen möchten, entscheiden die Mediziner selbst. Derzeit werden rund 1.500 Ärzte im Rahmen des KVWL-Patenschaftsprogramms für neu Niedergelassene betreut.

## FAZIT

PRAXISSTART kommt an – bei den Medizinstudierenden, den Weiterbildungsassistenten und den jungen Ärzten in der Region. Das wird deutlich, wenn man auf die Anzahl der Beratungsgespräche, der Förderungen und der Informationsangebote blickt. Damit leistet die KVWL einen wichtigen Beitrag gegen den drohenden Ärztemangel und für die Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Patienten. Die Förderung des medizinischen Nachwuchses wird deshalb in den nächsten Jahren ein zentrales Thema auf der Agenda der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe bleiben – getreu dem Motto »Nach der Theorie kommt die Praxis«.

## 03 | Optimale Steuerung durch Verordnungsmanagement



# ARZNEIMITTEL: ALLES IM GRÜNEN BEREICH

---

Mit ihrem innovativen Steuerungskonzept hat die KVWL in den vergangenen Jahren große Sicherheit bei der Arzneimittelverordnung geschaffen und so die Regresszahlen auf ein Minimum reduziert. Zugleich liegen die Arzneimittelausgaben in Westfalen-Lippe deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

Früher orientierte sich die Arzneimittelprüfung auch in Westfalen-Lippe ausschließlich an den Kosten einer Medikation: Überschritt ein Arzt bei seinen Verordnungen die für ihn geltenden Richtgrößen (also die aus dem Vorjahr fortgeschriebenen durchschnittlichen Verordnungen seiner Arztgruppe) um mehr als 25 Prozent, so musste er den Krankenkassen den Mehraufwand erstatten – wenn dieser nicht durch Praxisbesonderheiten zu begründen war. In Zeiten, in denen die Kassen für viele Wirkstoffe Rabattverträge geschlossen haben, und in denen für seltene Krankheiten extrem hochpreisige Arzneimittel mit nachgewiesenen Zusatznutzen verordnet werden dürfen, ist eine rein kostenorientierte Steuerung längst überholt.

Vor diesem Hintergrund wurde in Westfalen-Lippe bereits ab 2006 eine Arzneimittelsteuerung über Leitsubstanzen auf den Weg gebracht: KVWL und Krankenkassenverbände empfehlen den Ärzten seither regelmäßig jene Substanzen, deren Wirksamkeit in einer Arzneimittelgruppe am besten dokumentiert ist. Die Richtgrößenprüfung blieb davon zunächst unberührt. Die Erfahrung zeigte aber schnell, dass Ärzte, die sich überwiegend an diese Leitsubstanzempfehlungen halten, keine Probleme mit der Richtgrößenprüfung bekommen.

Im Laufe der Jahre hat die KVWL ihr System der Leitsubstanzen verfeinert. Für diejenigen ärztlichen Fachgruppen, die deutliche Verordnungsvolumina in Indikationen mit Leitsubstanzen/Handlungsempfehlungen haben, werden inzwischen relevante Quoten pro Fachgruppe definiert. Wird ein überwiegender Teil dieser relevanten Leitsubstanzquoten erreicht, gilt dies heute in der Richtgrößenprüfung als Hinweis für eine wirtschaftliche Verordnung. In der Regel wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung dann nicht weiter fortgesetzt und der Arzt muss nicht Stellung nehmen. Somit erhält der Arzt durch rationale Verordnung und Orientierung an den Leitsubstanzen eine große Sicherheit vor einer Richtgrößenprüfung.

Dabei gliedert sich der Katalog der Leitsubstanzen in zwei Listen:

#### Liste A

Liste A enthält quantitative Ziele. Für bestimmte Arzneimittelgruppen werden Mindest- oder Höchstquoten für die Verordnungshäufigkeit empfohlen. So werden etwa ezetimibhaltige Lipidsenker als Mittel der Reserve eingestuft und sollen am Gesamtverordnungsvolumen der Statine und deren Kombinationen maximal in drei Prozent der Fälle verordnet werden.

Dabei zeigt die Entwicklung im Bereich der neuen Antikoagulantien beispielhaft, dass auch mit einer aktiven Leitsubstanzsteuerung eine Versorgung der Patienten mit innovativen Arzneimitteln möglich ist. Einzig die Struktur innerhalb der neueren Antikoagulantien hat sich dahingehend geändert, dass fast ausschließlich auf die preisgünstigeren Substanzen eingestellt wird.

#### Liste B

Liste B enthält qualitative Ziele und erfasst Verordnungsziele wie die vorrangige Verordnung von Biosimilars, die Berücksichtigung der Rabattverträge oder den Verzicht auf den Ausschluss von Aut-idem-Substitution bei generikafähigen Arzneimitteln.

Inzwischen sind die westfälischen Ärzte bundesweit führend bei der Verordnung von Biosimilars. Dies sind komplexe Nachahmerprodukte mit gleicher Indikation und Wirkung wie die hochpreisigen Biologicals – allerdings zu deutlich günstigeren Preisen. So erfolgen in Westfalen-Lippe bereits über 80 Prozent der Neueinstellungen auf das Biologikum Infliximab in der Gastroenterologie oder der Rheumatologie auf ein biosimilares Produkt. Auch hier zeigt sich, dass anhand der KVWL-Empfehlungen eine moderne Arzneimitteltherapie nicht unbedingt hochpreisig sein muss.

Um den Ärzten frühzeitig aufzuzeigen, ob ihr aktuelles Verordnungsverhalten wohlmöglich zu einer Überschreitung der Richtgrößensumme im Kalenderjahr führt, erstellt die KVWL regelmäßig Arzneimittel-Trendmeldungen für ihre Mitglieder. Die Trendmeldung ist eine Prognose zum vermutlichen Verordnungsvolumen des Arztes zum Jahresende. Sie basiert auf Daten der Apothekerrechenzentren und den zum jeweiligen Zeitpunkt bereits verfügbaren Abrechnungsdaten (Fallzahlen der Honorarabrechnung) der KVWL. Diese Daten sind ein guter Anhaltspunkt für die Verordnungsweise eines Arztes, ersetzen aber nicht die eigentliche Prüfung und Festsetzung von Praxisbesonderheiten durch die Prüfstelle der Ärzte und Krankenkassen. Die dazu herangezogenen tatsächlichen Verordnungsdaten eines Arztes liegen erfahrungsgemäß jedoch erst eineinhalb Jahre später vor.

Die KVWL sendet allen an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten quartalsweise eine Trendmeldung zu. Anhand einer Ampelsystematik erkennt der Arzt sofort, ob er im Auswertungszeitraum die notwendige Zahl an Zielen »erreicht« hat (grün), »fast erreicht« hat (gelb) oder »nicht erreicht« hat (rot). Sowohl die erreichten Verordnungsziele als auch die fast erreichten Verordnungsziele können eine Prüflastung bei der Richtgrößenprüfung bewirken. Ärzte im roten Bereich sind aufgefordert, ihr Verordnungsverhalten zu hinterfragen und sich von den Arzneimittel-experten der KVWL beraten zu lassen.

## Ausschnitt aus einer KVWL-Trendmeldung

### KURZÜBERSICHT IHRER WIRTSCHAFTLICHKEITSZIELE

Durch das Erreichen der notwendigen Anzahl an Zielen gemäß Arzneimittelvereinbarung können Sie in einer möglichen Richtgrößenprüfung entlastet werden. Ihre praxisindividuellen Ziele sehen Sie in der folgenden Grafik.

● Erreicht ● Fast erreicht ● Nicht erreicht

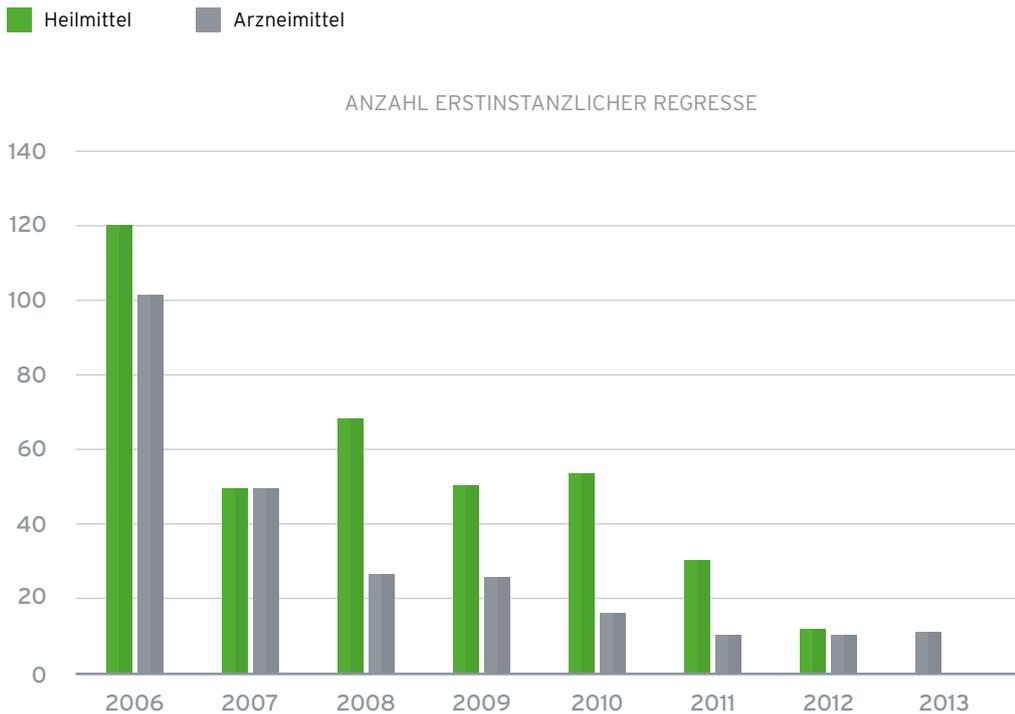
### LEITSUBSTANZEN



Prüfen Sie bitte kritisch den Einsatz folgender Präparate:

Sevikar (35 AMP)  
Januvia (25 AMP)  
Velmetia (25 AMP)

## Entwicklung der Richtgrößenprüfung in Westfalen-Lippe



Der Erfolg der Arzneimittel-Steuerungsaktivitäten zeigt sich eindrucksvoll in der Gesamtprüfbelastung der Ärzte in Westfalen-Lippe. Bei rund 7.000 Ärzten, die in Westfalen-Lippe Arzneimittel verordnen, ist die Zahl der erstinstanzlichen Regresse inzwischen auf 13 zurückgegangen (siehe Grafik) – und das ohne Einschnitte für die Patienten. Tendenziell verbessert sich die Versorgung sogar. Denn früher mussten manche Patienten ihre Medikation teilweise erkämpfen, weil der Arzt Sorge hatte, seine Arzneimittelbudgets nicht einzuhalten und dafür in Haftung genommen zu werden. Zuweilen wurden Patienten mit einer teuren Medikation immer wieder zu anderen Ärzten überwiesen. Im neuen System muss der behandelnde Arzt keinen Regress fürchten und kann auch seine »teuren« Patienten nach bestem Wissen und Gewissen behandeln. Wichtig ist dabei nur, bei der Wirkstoffauswahl die Empfehlungen und Beratungsangebote der KVWL zu nutzen. Dies sichert sowohl die therapeutische Breite als auch eine günstige Verordnungsstruktur.

Neben den Ärzten und den Patienten profitieren auch die Krankenkassen von der funktionierenden Arzneimittelsteuerung in Westfalen-Lippe: Denn die Ausgaben für Arzneimittel sind hier niedriger als in vielen anderen KV-Regionen.

### FAZIT

Die KVWL setzt sich dafür ein, dass die Ärzte weder für die Morbidität ihrer Patienten, noch für die verhandelten Preise für neue Arzneimittel nach der frühen Nutzenbewertung oder für die über Rabattverträge geregelten Preise der verordneten Medikamente haften. Stattdessen sollen die Ärzte einzig für eine rationale und günstige Struktur der Verordnung verantwortlich sein. In Westfalen-Lippe ist dieses Ziel fast erreicht.

## MIT LEITSUBSTANZEN GEGEN REGRESSDRUCK

Meine aktive Zeit in der ärztlichen Berufspolitik war und ist immer noch bestimmt von den Problemen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Verordnungen. Die offensichtlichen Ungereimtheiten und Ungerechtigkeiten sowie der Schutz der Kolleginnen und Kollegen sind folgerichtig Kernthemen meiner Arbeit im Vorstand und als 1. Vorsitzender der KVWL.

Die ersten Prüfungen in den 90er Jahren ähnelten der Erteilung eines Strafmandates wegen zu schnellen Fahrens auf der Autobahn. Der Gesetzgeber schrieb vor, eine Durchschnittsgeschwindigkeit einzuhalten, die allerdings erst nach Erreichen des Zielortes bekanntgegeben wurde. Zudem war vor Antritt der Fahrt der Tachometer ausgebaut worden.

Es ist uns gelungen – um im Bild zu bleiben –,  
Geschwindigkeitsbegrenzungsschilder in Form von  
Richtgrößen aufzustellen und durch KV-eigene Früh-  
informationen zur Verordnung einen Tacho einzubauen.

Das hat Wirkung gezeigt, sodass wir im letzten Prüfzeitraum nur noch wenige Richtgrößenprüfungen in Westfalen-Lippe hatten.

Mit einer verantwortlichen Steuerung durch die KV haben wir viel erreicht:

## Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte wurden wesentlich vom Regressdruck entlastet.

Und gleichzeitig haben wir in Westfalen-Lippe eine qualitativ gute und dennoch sehr wirtschaftliche Arzneimittelversorgung etabliert.

Dennoch bleibt ein Problem bestehen, das ich noch beseitigen will. Wir Ärzte haften mit unseren Verordnungen für die Kosten, die den Krankenkassen durch Belieferung unserer Rezepte entstehen. Das ist ungerecht, weil die Krankenkassen durch eigenes Handeln die Kosten inzwischen stärker bestimmen, als wir Ärzte durch die Arzneimittelauswahl.

Aus diesem Grund möchte ich, dass Ärzte künftig nicht mehr für die Kosten ihrer Verordnungen, sondern lediglich für die Qualität ihres ärztlichen Handelns verantwortlich sind. Unsere Leitsubstanzempfehlungen sind ein erster Schritt auf diesem Weg. Er scheint erfolgreich zu sein, deswegen werden wir diesen Weg weiter beschreiten.

---

**Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden**

1. Vorsitzender der KVWL

## 04 | KVWL bietet umfangreichen Service

# KEINE ANGST VOR GROSSEN ZAHLEN – ODER DEM KLEINGEDRUCKTEN

---

Jeder Arzt muss auch unternehmerisch denken. Denn ein Praxisinhaber beschäftigt Angestellte, investiert in die Ausstattung seiner Praxis und sollte sich Gedanken über seine Außenwirkung machen. Auf der anderen Seite steht bei Medizinern der Wunsch im Vordergrund, therapeutisch tätig zu sein und sich möglichst wenig mit Zahlen zu beschäftigen. Ein unüberwindbarer Gegensatz? Nicht in Westfalen-Lippe!

# WEITER- EMPFEHLUNGSQUOTE 99 %

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat über die Jahre ein großes Beratungs- und Unterstützungsangebot aufgebaut, dessen Fäden im Geschäftsbereich Service-Center zusammenlaufen. Ein Netz und doppelter Boden für alle, die sich in Westfalen-Lippe lieber ihren Patienten widmen, anstatt sich länger als unbedingt notwendig mit den Rahmenbedingungen zu beschäftigen.

## Beratung mit Aha-Effekt

Damit Vorbehalte gegenüber der ambulanten Versorgung, vielleicht sogar in der eigenen Praxis, gar nicht erst entstehen, suchen die Berater der KVWL schon früh den Kontakt zu den Medizinern. So besuchen sie im Rahmen der eigenen Nachwuchskampagne PRAXISSTART interessierte Nachwuchsmediziner sowie wechselwillige Ärzte aus dem stationären Bereich, um sie über die Möglichkeiten der Teilnahme an der ambulanten medizinischen Versorgung zu informieren (vgl. S.13). Nicht selten enden diese intensiven Gespräche mit einem gegenseitigen Aha-Effekt. Während die Nachwuchsmediziner über die Vielfalt der Service-Angebote staunen, die die KVWL kostenlos bereithält, sind die Berater der KVWL oft überrascht, wie hartnäckig sich bestimmte Vorurteile in den Reihen der jungen Mediziner halten: Nein, es gibt keine Residenzpflicht mehr in Westfalen-Lippe. Nein, die Bereitschaftsdienste blockieren nicht ein Wochenende nach dem anderen. Ja, man kann auch angestellt und in Teilzeit arbeiten. Nein, niemand läuft Gefahr, sich im »Verordnungsdschungel« zu verlaufen. Und ja, Vertragsärzte und -psychotherapeuten bekommen in Westfalen-Lippe jede Menge Unterstützung, um ihr anspruchsvolles Berufsleben mit einem erfüllenden Privatleben zu verbinden.



### Die Eintausend

Der erste Kontakt mit dem Service-Center läuft meist über »die Eintausend«. Hinter diesem Schlagwort verbirgt sich die Nummer der Service-Center-Hotline: 0231/9432 1000. Durchschnittlich 90.000 Anrufer pro Jahr sorgen dafür, dass diese Nummer zu einem sprichwörtlichen »heißen Draht« zu den speziell geschulten Beratern der KVWL wird. Hinzu kommen mehrere Tausend schriftliche Anfragen, die per E-Mail oder auch als Brief gestellt werden.

Die Themen der Beratungen lassen sich kaum überblicken. Es geht schlicht um alles, was Ärzte und Psychotherapeuten in ihrem beruflichen Alltag betrifft. Das können neue Abrechnungsziffern sein, Fragen zur Honorarabrechnung, Personalangelegenheiten, Genehmigungen, Gesetzesänderungen, Tipps zum Praxismarketing oder Formularbestellungen\*.

Obwohl die Kolleginnen und Kollegen an der Service-Center-Hotline bestens ausgebildet und immer auf dem aktuellen Stand sind, kann nicht jede Anfrage in einem kurzen Telefonat geklärt werden. Trotzdem liegt die First Contact Rate, also die Zahl der Anfragen, die beim ersten Kontakt erledigt werden können, mit 85 Prozent bemerkenswert hoch. Bei Bedarf vereinbaren die Berater einen persönlichen Termin mit dem Ratsuchenden, damit sie genügend Zeit für die Beratung haben und sich gegebenenfalls Unterstützung aus anderen Geschäftsbereichen der KVWL holen können. Etwa 30 Mitarbeiter stehen an den Standorten Dortmund und Münster bereit, um die Fragen der Mitglieder zu beantworten.

\* Alle Formulare und Vordrucke, die in der Arztpraxis benötigt werden, können bei der KVWL bestellt werden. Erfolgt die Bestellung (telefonisch, per Fax oder per E-Mail) bis 12 Uhr mittags, werden die Sendungen in der Regel am gleichen Tag verschickt. Im Rahmen des Bestellservice wurden im Jahr 2016 über 11.000 Briefsendungen und 54.635 Pakete an die Mitglieder verschickt.

## KVWL-Service-Center

90.000

Anrufe im Jahresdurchschnitt

&gt; 1.000

schriftliche Anfragen

## Geldwerte Tipps schon vor der Niederlassung

Ein besonderer Service für alle, die sich mit dem Gedanken an eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung tragen, ist die Beratung bereits vor der Niederlassung. Im Rahmen einer betriebswirtschaftlichen Beratung oder auch einer Investitions- und Kostenberatung (INKO) wird die komplette Finanzplanung auf Herz und Nieren geprüft. Und das von unabhängigen Beratern, die ausschließlich die Interessen der Ärzte vertreten. Schritt für Schritt und ohne Zeitdruck gehen die Mitarbeiter des Service-Centers gemeinsam mit ihren Klienten alle Unterlagen durch und erläutern – wenn gewünscht – jedes Detail.

Orientierung im Praxisalltag:  
Die Paten und Lotsen der KVWL

Naturgemäß ist der Beratungsbedarf zu Beginn der Tätigkeit in der ambulanten Versorgung am größten. Es hat sich gezeigt, dass die Unterstützung besonders effektiv ist, wenn die Neumitglieder einen festen Ansprechpartner haben, der sie durch die Startphase begleitet. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, hat die KVWL als bundesweit erste KV bereits 2004 ein Patensystem eingeführt, das in den zurückliegenden 13 Jahren nahezu 95 Prozent der Neumitglieder dankbar angenommen haben.

Die begleitende Evaluation ergab eine überaus positive Resonanz. Viele Vertragsärzte äußerten in diesem Zusammenhang den Wunsch, einen festen KVWL-Ansprechpartner über die auf zwei Jahre angelegte Patenschaft hinaus beibehalten zu können. Diesem Wunsch folgend hat die KVWL zum 1. April 2016 das Modellprojekt Lotsen – KVWL-Betreuung 360° gestartet. Nach Ablauf der Patenschaften informieren die Mitarbeiter des KVWL-Service-Centers ihre »Patenkinder« persönlich über die Inhalte des Lotsen-Projekts. Diese entscheiden dann, ob sie weiterhin eine 1:1-Betreuung beibehalten möchten. Selbstverständlich können die Mitglieder die Betreuung jederzeit und ohne Einhaltung bestimmter Fristen beenden.

Und auch dieser Service entwickelte sich innerhalb kürzester Zeit zu einem Erfolgsmodell. Bereits im ersten Jahr haben weit über 300 Vertragsärzte einen festen Lotsen zugeteilt bekommen. Dieser persönliche Ansprechpartner des Geschäftsbereichs Service-Center stellt den interessierten Vertragsärzten Informationen und Lösungen zu vertragsärztlichen Fragen ebenso zur Verfügung wie Honoraranalysen mit darauf basierender Beratung, betriebswirtschaftliche Beratung, Unterstützung beim Praxismanagement etc.

Ziel der Maßnahmen ist es, allen Mitgliedern eine gesicherte und wirtschaftliche Praxisführung zu ermöglichen. Sowohl mit dem Paten- als auch mit dem Lotsen-Konzept ist die KVWL deutschlandweit Vorreiter in Sachen Mitgliederservice.

## First Contact Rate

85 %

Direkte Hilfestellung bei  
telefonischen Anfragen

## Beratungsgespräche

440

2006

1.359

2016

### Gut sein, besser werden: Belegte Service-Qualität

Und der Beratungsbedarf steigt von Jahr zu Jahr. Während der Geschäftsbereich Service-Center im Jahr 2006 440 Beratungsgespräche führte, waren es im Jahr 2016 bereits 1.359. Aber nicht allein die Menge ist eine große Herausforderung für die KVWL-Berater. Hinzu kommt, dass das Gesundheitswesen ein sehr dynamisches Umfeld ist, in dem eigentlich nur der Wandel Bestand hat. Regelmäßige Schulungen und Qualifizierungen aller Mitarbeiter sind unverzichtbar. Um dem selbstgestellten Anspruch gerecht zu werden, stets die bestmögliche Beratung anzubieten, wird die Arbeit der Service-Center-Mitarbeiter ständig evaluiert. Das geschieht unter anderem durch Feedback-Bögen, die fester Bestandteil jeder Beratung sind. Die Ergebnisse sind eindeutig: Das Beratungs- und Service-Angebot der KVWL erhält regelmäßig Bestnoten und die Berater der verschiedenen Geschäftsbereiche werden als kompetente und verlässliche Partner wahrgenommen.

Denn obschon das Service-Center die erste Ebene der Beratung darstellt (First-Level-Support), pflegen auch die anderen Geschäftsbereiche der KVWL einen »kurzen Draht« zu den Mitgliedern. In allen Phasen von der Planung der Niederlassung bis zur Praxisabgabe am Ende der beruflichen Karriere stehen besonders geschulte Mitarbeiter den Ärzten und Psychotherapeuten unter anderem zu den folgenden Themen beratend zur Seite: Abrechnung, EDV und Digitalisierung, Honorar, Kooperationen und kollegialer Austausch (Praxisnetze, Qualitätszirkel), Patientensicherheit, Hygiene, Praxisübernahme und -abgabe, Qualitätsmanagement, Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln uvm.

In persönlichen Gesprächen oder im Rahmen größerer Informationsveranstaltungen werden Fragen beantwortet, Neuerungen vorgestellt und individuelle Strategien für die eigene Praxis besprochen. Dabei umfasst die TÜV-zertifizierte Service-Qualität auch das Versprechen, dass alle Beratungen kostenlos und unabhängig von den Interessen Dritter ablaufen. Alle Service-Angebote der KVWL dienen allein dem erfolgreichen Wirken ihrer Mitglieder und damit der ambulanten Versorgung der Menschen in unserem Landesteil.

### DAS SERVICE-CENTER-PORTFOLIO

- BWL-Beratung (auch vor der Niederlassung)
- Investitions- und Kostenberatung (INKO)
- Patenschafts- und Lotsenprogramm
- Praxismanagementberatung
- Benchmark-Analysen
- Praxisindividuelle Auswertungen
- Analysen zu Honorar und Abrechnung
- Beratung zu Kooperationsformen

## 05 | Sektorenübergreifende E-Health-Projekte

# DIGITALISIERUNG ERLEICHTERT DEN DATENAUSTAUSCH

---

Vereinfacht ausgedrückt steht der Begriff »Digitalisierung« für den zeitlich und räumlich unbeschränkten Austausch von Informationen. Dabei werden nirgendwo mehr Daten erhoben, verarbeitet, gespeichert und ausgetauscht als in der Medizin. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe erprobt gemeinsam mit den zahlreichen Praxisnetzen im Landesteil schon seit Jahren erfolgreich Versorgungsmodelle, in denen die IT-Vernetzung eine wichtige Rolle spielt.



### Modellprojekt eIVI

Genau an dieser Stelle setzen die E-Health-Anstrengungen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe an. Dabei arbeitet die Körperschaft Hand in Hand mit den Praxisnetzen, in denen digitale Anwendungen zum Teil schon seit vielen Jahren erprobt werden.

Seit 2013 testen die Teilnehmer des ostwestfälischen Praxisnetzes MuM - Medizin und Mehr eG die elektronische Arztvisite, kurz eIVI. Das Projekt eIVI setzt an einem konkreten Versorgungsproblem an. In diesem Fall sind es die Charakteristika der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum: Überwiegend ältere Patienten stehen wenigen Pflegekräften und Ärzten gegenüber.

Im Mittelpunkt von eIVI steht dabei eine zuverlässige, eindeutige Kommunikation mithilfe eines Video-Konferenz-Systems. Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Videokonferenzen zwischen Leistungserbringern können einfach und flächendeckend stattfinden. Das Konferenzsystem erlaubt online eine direkte und sichere Bild- und Tonverbindung, in der auch Befunde und Vitalparameter übertragen werden können. Ärzte schalten sich in die Untersuchung ein oder richten eine virtuelle Sprechstunde zu festen Zeiten ein. Auch (interdisziplinäre) Fallkonferenzen sind möglich. Die elektronische Arztvisite kann komplett dokumentiert und eine Patientenakte kann angelegt werden. Dadurch werden Medienbrüche vermieden. eIVI ist bundesweit die erste Software für eine sichere Videosprechstunde, die die hohen Hürden einer Zertifizierung genommen hat.

Nach einer erfolgreichen Testphase in Bünde wird eIVI nun auch sukzessive auf andere Praxisregionen in Westfalen-Lippe ausgeweitet. Der entsprechende Vertrag dazu wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der AOK NordWest am 1. Juli 2017 unterzeichnet.

### Modellprojekt AdAM

Ein weiteres Ärztenetz beschäftigt sich intensiv mit den Risiken der Polymedikation, die unter anderem dazu geführt haben, dass ein verbindlicher Medikationsplan im E-Health-Gesetz verankert wurde. Seit dem 1. Oktober 2016 haben Patienten, die »mindestens drei zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnete, systemisch wirkende Medikamente gleichzeitig einnehmen oder anwenden« Anspruch auf eine solche Übersicht. Die Tatsache, dass dieser Medikationsplan noch bis 2018 auf Papier gedruckt werden soll, ist ein Beleg für die nach wie vor bestehenden Lücken in der digitalen Kommunikation. Die Gesundheitsregion Siegerland GbR (GRS) hat bereits 2013 gemeinsam mit der BARMER ein eigenes Pilotprojekt zur Arzneimitteltherapiesicherheit gestartet. Dadurch können vom Hausarzt auch vermeintliche »Versorgungslücken« oder Phasen von Non-Compliance schnell erkannt werden. Ein wesentlicher Aspekt für die Weiterentwicklung des Ansatzes ist die IT-Vernetzung der Netzmitglieder zum elektronischen Austausch von strukturierten Medikationslisten. Die ersten Erfahrungen bestätigten schnell den großen Bedarf für ein strukturiertes, arztübergreifendes Arzneimittelmanagement.

# AdAM und RESIST: Digitale Kommunikation erhöht die Patientensicherheit

Inzwischen sind die positiven Erfahrungen aus der Gesundheitsregion Siegerland ausgewertet worden und in das Projekt AdAM eingeflossen. Das Akronym steht für »Anwendung für digital unterstütztes Arzneimitteltherapie-Management« und ist ein Gemeinschaftsprojekt der KVWL und der BARMER in Kooperation mit verschiedenen Universitäten in NRW und Hessen. Das Projekt wird über drei Jahre mit 16 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds gefördert. Ziel von AdAM ist ebenfalls die verbesserte Versorgung von Patienten, die eine kontinuierliche Medikation mit fünf oder mehr Wirkstoffen über wenigstens zwei Quartale hinweg erhalten. Dabei erhält der behandelnde Hausarzt über eine spezielle Software nicht nur eine strukturierte Übersicht der eigenen Verordnungen, sondern auch über die Verordnungen der mitbehandelnden Fachkollegen, Krankenhausdaten sowie Einblick in alle Heil- und Hilfsmittelverordnungen für den Patienten. Ergänzt durch spezifische Hinweise zu Kontraindikationen, Rote-Hand-Briefe und andere AMTS-Risikowarnungen ist eine strukturierte und optimierte Betreuung dieser Patienten möglich. Über zwei Jahre können in diesem Programm bis zu 40.000 BARMER-Patienten versorgt werden.

AdAM ist ein Forschungsprojekt mit einer wissenschaftlichen Evaluation. Ziel ist es, belastbare Daten zusammenzutragen, sodass eine Überführung in die Regelversorgung möglich ist. Aus diesem Grund sind auch verschiedene Universitäten an der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation von AdAM beteiligt.

## Modellprojekt RESIST

RESIST steht für »Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen«. Das Projekt wurde von verschiedenen KVen gemeinsam mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek) initiiert. Auch dieses Projekt wird mit Mitteln aus dem Innovationsfonds gefördert und wissenschaftlich evaluiert.

Ziel ist es, den rationalen Gebrauch von Antibiotika bei Patienten mit Atemwegsinfekt zu fördern. Es soll die Arzt-Patienten-Kommunikation unterstützt werden, zum Beispiel durch konkrete Informationsmaterialien als Hilfestellung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei der Antibiotika-Verordnung. Im Rahmen des Projektes werden spezifische Instrumente angeboten: Den Auftakt bildet eine zertifizierte Online-Schulung. Im Anschluss wird ein darauf aufbauendes Paket mit Patienteninformatoren und Entscheidungshilfen für die Praxisarbeit zur Verfügung gestellt. An dem Projekt können sich zirka 400 Praxen der Fachgruppen Hausarzt, Kinderarzt, HNO und Internisten ohne Schwerpunkt beteiligen. Die Informationsmaterialien, das Evaluationskonzept und die technischen Maßnahmen zum Start des Projektes sind abgeschlossen. Die KVWL schreibt seit Anfang April gezielt Praxen an, um für die Teilnahme an dem Projekt zu werben. In RESIST können ab dem 3. Quartal 2017 für einen Zeitraum von zwei Jahren Patienten betreut werden.

## I/E-Health NRW

Neben den genannten Projekten beteiligt sich die KVWL auch an einem Verbundvorhaben mit dem Namen I/E-Health NRW. Unter diesem Kürzel haben sich Projektpartner aus KVen, Krankenkassen, Kliniken und Software-Anbietern zusammengefunden, die wiederum in Kooperation mit einzelnen Arztnetzen IT-gestützte Lösungen für ganz konkrete Versorgungsprobleme erarbeiten wollen. Als Siegerprojekt des Leitmarktwettbewerbs Gesundheit.NRW wird das Verbundvorhaben I/E-Health NRW mit einem Gesamtvolumen von rund 8 Millionen Euro, seit dem Projektstart im September 2016 bis August 2019 mit rund 4,7 Millionen Euro aus Mitteln des Landes und des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) gefördert.

Im Einzelnen geht es um folgende Maßnahmen:

### 1. Versorgung demenzkranker Patienten in der Region Borken/Ahaus/Legden (Demenz-Akte)

Demente Patienten sind häufig von einem Wechsel des Behandlungsortes und der Behandelnden betroffen, wobei die Patienten selbst aufgrund ihrer Einschränkungen nicht in der Lage sind, alle relevanten Informationen zwischen den verschiedenen Ärzten zu übermitteln. Im ländlichen Raum erschweren zusätzlich weite Wege die gemeinsame Behandlung. Die beteiligten Ärztenetze möchten die genannten Risiken mittels einer elektronischen Fallakte verringern. Die betreuenden Ärzte stellen dazu für Risikopatienten alle notwendigen Daten und Informationen in eine Fallakte ein. Sofern in der Praxis keine originäre Anbindung an die elektronische Akte existiert, werden die Daten mittels KV-Connect an das Aktensystem gesendet. Der Patient erhält ein »Ticket«, mit dem bei Eintritt des Notfalls dem Krankenhaus der Zugriff auf die Daten gewährt werden kann.

### 2. Pädiatrie in Dortmund (Pädiatrie-Akte)

Die beteiligten Kinderärzte möchten über die Ergebnisse von Krankenhausaufenthalten ihrer Schützlinge informiert sein, bevor diese zur Nachsorge in der Praxis erscheinen. Dazu haben sie zusammen mit dem Klinikum Dortmund ein elektronisches Fallaktensystem eingeführt. Der Zugriff erfolgt derzeit mit Hilfe einer Browseroberfläche über eine gesicherte Verbindung. Der Arzt muss sich dazu gesondert beim Aktensystem anmelden. Die elektronische Fallakte soll nicht nur für Entlass-Informationen, sondern auch für den regelmäßigen Austausch von Informationen während des Krankenhausaufenthaltes der Kinder genutzt werden. Dazu muss die elektronische Fallakte einfach und direkt aus dem Praxisverwaltungssystem zu nutzen sein. Das Fallaktensystem und KV-Connect nutzen dieselbe Infrastruktur, so dass die Anwender immer über die gleiche Adresse erreichbar sind. KV-Connect-Arztbrief und die Fallakte werden transparent gekoppelt.

### 3. Geriatrieverbund in Münster (Geriatrie-Akte)

Die zunehmende Zahl älterer, alter und hochaltriger Patienten in den verschiedenen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens stellt ambulante und stationäre Leistungserbringer, insbesondere in der Geriatrie, sowie die Patienten selbst und deren Angehörige vor wachsende Herausforderungen. Durch verbesserte und zielgerichtete Kommunikation soll die Transparenz insbesondere im Übergang zwischen den verschiedenen Leistungserbringern für geriatrische Patienten verbessert werden. Hierzu sollen im Rahmen des Projektes auf Basis der technischen Spezifikationen gemeinsam definierte inhaltliche Standards erstellt werden. Auf dieser Grundlage werden die relevanten Informationen bereitgestellt und der jeweilige Weiterbehandler (niedergelassener Arzt, anderes Akutkrankenhaus oder Rehaklinik und ggf. weitere medizinische, therapeutische bzw. pflegerische Partner) informiert. Wichtige inhaltliche Themen sind die Medikation, das Entlass- und Überleitungsmanagement sowie sektorübergreifend abgestimmte Therapieplanungen.

### 4. Vorsorge in Düren/Jülich/Aachen (Notfall-Pflegeakte)

Pflegebedürftige Menschen werden in Notfällen kurzfristig ins Krankenhaus aufgenommen. Nicht immer kann vorher der Hausarzt, der den kranken Menschen kennt, konsultiert werden. Speziell an Wochenenden und Feiertagen führt dies dazu, dass das Krankenhaus auf Basis unvollständiger Informationen handeln muss. Gerade bei multimorbiden Menschen kann dies zu unnötigen Risiken bei der Behandlung führen. Die beteiligten Ärztenetze möchten die genannten Risiken mittels einer elektronischen Fallakte verringern. Die betreuenden Ärzte stellen dazu für Risikopatienten alle notwendigen Daten und Informationen in eine Fallakte ein. Sofern in der Praxis keine originäre Anbindung an die elektronische Akte existiert, werden die Daten mittels KV-Connect an das Aktensystem gesendet. Der Patient erhält ein »Ticket«, mit dem bei Eintritt des Notfalls dem Krankenhaus der Zugriff auf die Daten gewährt werden kann.

Die Liste der genannten IT-Projekte in Westfalen-Lippe ist nicht abschließend. Die genannten Beispiele zeigen, dass sich der Einsatz digitaler Kommunikationsmittel immer an konkreten Versorgungsproblemen orientiert, die oft dadurch verursacht werden, dass der Informationsfluss an einer der vielen Schnittstellen im Behandlungsprozess unterbrochen wird. Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und ihre Partner stehen der weiteren Digitalisierung im Gesundheitswesen offen gegenüber und wollen die sich bietenden Chancen ergreifen, ohne die vorhandenen Risiken auszublenden. Auch in Zukunft gilt: Die ausgetauschten Daten müssen vor dem Zugriff Dritter geschützt sein! Diese Maxime ist für die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe im Hinblick auf die voranschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens nicht verhandelbar.

## 06 | Ärztlicher Bereitschaftsdienst

# ZENTRALE ANLAUFSTELLEN AUSSERHALB DER SPRECHSTUNDEN

---

Eine funktionierende Abstimmung zwischen den Krankenhausambulanzen und den ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen ist unabdingbare Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung. Wir in Westfalen-Lippe zeigen, wie es geht.



Die Notfallversorgung ist bundesweit zum Streitthema geworden. Zunehmend mehr Patienten suchen mit Bagatell-erkrankungen die Ambulanzen der Krankenhäuser auf und sorgen dort für unnötig lange Wartezeiten zulasten tatsächlicher Notfälle. Unter anderem um diesen Trend zu bremsen und die Krankenhäuser bei der ambulanten Notfallversorgung besser zu unterstützen, hat der Bundestag das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz beschlossen. Danach sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten (sogenannte Portalpraxen) oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden.

Die KV Westfalen-Lippe ist bereits seit langem überzeugt, dass eine funktionierende Abstimmung zwischen den Krankenhausambulanzen und den ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen unabdingbare Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung ist. Auch deshalb hat die KVWL ihren ärztlichen Bereitschaftsdienst schon im Jahr 2011 grundlegend reformiert. 58 der 63 Notfalldienstpraxen in Westfalen-Lippe befinden sich seither in den Krankenhäusern oder sind diesen unmittelbar angelehnt. An diesen Standorten kann das Personal in den Krankenhausambulanzen weniger akut zu versorgende Patienten direkt an die angegliederten Bereitschaftsdienstpraxen der KVWL verweisen – genau so, wie es das neue Gesetz auf Bundesebene vorsieht. An 16 Standorten gibt es bereits auch einen gemeinsamen Empfang von Krankenhausambulanz und kassenärztlicher Bereitschaftsdienstpraxis. Ziel ist es immer, dass schwierige Notfälle sofort im Krankenhaus versorgt und leichtere Erkrankungen in den Bereitschaftsdienstpraxen der KVWL behandelt werden. Nicht immer funktioniert das. Denn die Erwartungshaltung der Patienten ist oft eine andere. Sie hoffen auf eine umfassende fachärztliche Diagnostik ohne Wartezeit auf einen Termin in der Ambulanz. Aber in Westfalen-Lippe steigen nicht nur die Fallzahlen in den Krankenhausambulanzen, sondern auch die in den KVWL-Bereitschaftsdienstpraxen: von 540.000 im Jahr 2012 auf 791.400 im Jahr 2016.

## 63 Bereitschaftsdienstpraxen in Westfalen-Lippe, davon 58 in oder an Krankenhäusern

## Hausbesuche

71.344

2016

Für immobile Patienten gibt es in Westfalen-Lippe zudem einen landesweiten Fahrdienst für Hausbesuche. Die für den Hausbesuchsdienst eingeteilten Ärzte werden zu ihren Einsätzen gefahren. Fahrer und Fahrzeug werden von der Kassenärztlichen Vereinigung gestellt. Allein im Jahr 2016 sind im ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVWL 71.344 Hausbesuche absolviert worden.

Die 63 Bereitschaftsdienstpraxen der KVWL verteilen sich auf 31 Notfalldienstbezirke. Dabei richtet sich der Zuschnitt der Bezirke nach der Arzt- und Einwohnerzahl in einer Region sowie der geografischen und topografischen Lage. Für die Ärzte ergibt sich daraus eine faire Dienstverteilung von durchschnittlich acht Diensten pro Jahr. Die Patienten wiederum haben eine zentrale Anlaufstelle für den Fall, dass sie einen Arzt brauchen und nicht bis zur nächsten Sprechstunde warten können. Anders als früher müssen sie im Krankheitsfall nicht mehr über die Zeitung oder das Internet den diensthabenden Arzt recherchieren, sondern können die bekannte zentrale Anlaufstelle aufsuchen. Mehr als 90 Prozent der Einwohner in Westfalen-Lippe erreichen die nächstgelegene Bereitschaftsdienstpraxis innerhalb von zehn bis zwanzig Minuten Fahrzeit mit dem Auto. Nur rund sechs Prozent der Bevölkerung muss in dünn besiedelten Gebieten längere Anfahrtswege bewältigen. Ein weiterer Aspekt sollte an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben: Die KVWL betreibt auch drei Bereitschaftsdienstpraxen an Standorten, an denen es mittlerweile keine Krankenhäuser mehr gibt (Schmallenberg, Büren und Sundern). Diese sind dementsprechend besonders gut frequentiert.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVWL ist über die bundesweit einheitliche Bereitschaftsdienstnummer 116117 zu erreichen, die im April 2012 eingerichtet wurde und allmählich bekannter wird. Anrufer erhalten hier Informationen über die nächstgelegene Bereitschaftsdienstpraxis oder die Möglichkeiten eines Hausbesuches.

Die KV Westfalen-Lippe plädiert dafür, die Notfallversorgung mittelfristig als eigenständige Säule mit einem eigenen Budget neben der ambulanten und stationären Versorgung zu etablieren. In enger Abstimmung mit dem NRW-Gesundheitsministerium und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sollen schon bald entsprechende Pilotprojekte im Landesteil Westfalen-Lippe geplant werden.

## Zahl der Patienten in den KVWL-Bereitschaftsdienstpraxen

**540.000**

2012

**660.000**

2013

**700.000**

2014

**752.000**

2015

**791.400**

2016

## PATIENTENSTEUERUNG GEMEINSAM ORGANISIEREN

Ob aus Unwissenheit oder Bequemlichkeit: Fakt ist, dass immer mehr Menschen medizinische Hilfe in den Ambulanzen der Krankenhäuser suchen. Und das auch während der regulären Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte. Zudem steigen auch die Behandlungszahlen in den Notfalldienstpraxen der KVWL.

Es ist die gemeinsame Aufgabe von Politik, Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Vereinigung, die Strukturen so zu gestalten, dass alle Notfallpatienten optimal versorgt werden.

Dabei sollte es für die Patienten attraktiver sein, die Regelversorgung in der Arztpraxis in Anspruch zu nehmen als die Notfallversorgung. Es geht also um eine vernünftige Steuerung der Patienten – sowohl zwischen Regelversorgung und Notfallversorgung als auch zwischen Krankenhausambulanz und kassenärztlicher Notfalldienstpraxis.

Vor diesem Hintergrund werden wir in Nordrhein-Westfalen neue Notdienststrukturen entwickeln und testen. In einem Modellprojekt mit der Krankenhausgesellschaft und der KV Nordrhein erproben wir an ausgewählten Standorten einen gemeinsamen Notdienst mit den Kliniken – mit zentralem Empfang und abgestimmter Triage der Patienten.

Eine solche gemeinsame Struktur kann aber nur funktionieren, wenn die Krankenkassen sich bereit erklären, die Notfallversorgung separat zu finanzieren.

Es kann nicht sein, dass weiterhin jede ambulante Notfallbehandlung aus dem gedeckelten Honorartopf der niedergelassenen Ärzte bezahlt wird. Steigende Fallzahlen in der Notfallversorgung gehen so zulasten der regulären Versorgung in den Arztpraxen und führen darüber hinaus zu Konflikten zwischen den Kliniken und niedergelassenen Ärzten.

---

**Dr. med. Gerhard Nordmann**

2. Vorsitzender der KVWL

## 07 | Die KVWL managt die medizinische Behandlung von Asylbewerbern

# GUT ORGANISIERTE VERSORGUNG FÜR ALLE

---

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Auftrag, die ambulante medizinische Versorgung für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zu garantieren. Diese bewährte und verlässliche Struktur nehmen nicht nur die Krankenkassen gern in Anspruch. Auch die westfälischen Kommunen und das Land haben Versorgungsverträge mit der KVWL geschlossen, um Asylbewerber und Flüchtlinge in ihrer Verantwortung medizinisch zu versorgen.



Ein umfassender Schutz vor den Risiken von Krankheit, aber auch ein Anspruch auf Behandlung und Leistungen sind wesentliche Merkmale der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Rund 90 Prozent der in Deutschland lebenden Menschen sind Mitglied einer Krankenversicherung und können bei gesundheitlichen Problemen selbstverständlich einen Vertragsarzt ihrer Wahl aufsuchen. Wer eine Krankenversichertenkarte besitzt, muss sich nicht darum kümmern, dass sein Arzt honoriert oder sein Medikament bezahlt wird. Patienten auf der einen und Ärzte auf der anderen Seite bewegen sich in einem perfekt organisierten System.

Für andere Gruppen in der Bevölkerung sind Schutz und Leistungen nicht so einfach und umfassend geregelt. Zu ihnen gehören Asylbewerber und Flüchtlinge. Wer in Deutschland Zuflucht vor Krieg und Verfolgung sucht, ist nicht automatisch Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung. Im Krankheitsfall haben diese Menschen nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch, der in den Paragraphen 4 und 6 des Asylbewerber-Leistungsgesetzes definiert ist. Der Staat – genauer gesagt: die Bundesländer und die Kommunen – ist in der Pflicht, für die aufgenommenen Menschen zu sorgen. Dazu gehört auch, notwendige ärztliche Behandlungen zu organisieren.

Behandlungsfälle je Quartal  
mit Status Asylbewerber

30.000

2013

120.000

2016

Eine medizinische Betreuung durch Ärzte der Gesundheitsämter oder auf privatärztlicher Basis durch einzelne niedergelassene Ärzte reichte für oft große Gruppen von asylsuchenden Menschen in den Städten und Gemeinden nicht aus. Freiberuflich tätige Mediziner mussten von den kommunalen Sozialämtern zudem auf der Basis der staatlichen Gebührenordnung GOÄ wie für die Behandlung von Privatpatienten honoriert werden. Der Wunsch der Städte nach geregelten Strukturen, wie sie im System der gesetzlichen Krankenversicherung üblich sind, war groß.

Die KVWL hat solche Strukturen für die Behandlung von Asylbewerbern und Flüchtlingen bereits vor mehr als 20 Jahren geschaffen – für die Menschen, die ambulante medizinische Behandlung benötigen, für Ärzte, die einen festen Handlungsrahmen für Verordnungen, Überweisungen und Abrechnung von Leistungen brauchen, und für die verantwortlichen Städte und Gemeinden, die ärztliche Hilfe für die ihnen anvertrauten Menschen suchen.

1995 haben der Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen und die KV Westfalen-Lippe einen Rahmenvertrag über die Sicherstellung, Organisation, Abrechnung und Gewährleistung ambulanter medizinischer Leistungen für Asylbewerber geschlossen. Erkrankte Asylbewerber können seitdem mit einer entsprechenden Berechtigung der zuständigen Sozialbehörde jeden Vertragsarzt in Westfalen-Lippe aufsuchen. Sie werden – sofern die Einschränkungen des Asylbewerberleistungsgesetzes nicht entgegenstehen – wie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt. Alle Regelungen des Kollektivvertrages der Krankenversicherungen – die Verordnung von Arzneimitteln, die Inanspruchnahme des ärztlichen Notfalldienstes, die Überweisungen zur Mitbehandlung – wurden auf die Versorgung im Auftrag der Kommunen übertragen. Die behandelnden Ärzte werden nach der Gebührenordnung der Krankenversicherungen honoriert.

Der Vertrag brachte den beigetretenen Städten und Gemeinden, aber auch den Vertragsärzten erhebliche bürokratische Entlastungen. In der Arztpraxis können auch für einen Asylbewerber sämtliche Formulare von der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt werden. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt parallel zur üblichen Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung – lediglich mit der zuständigen Kommune als Kostenträger anstelle einer Krankenkasse. Die Ärzte bekommen ihr Honorar zusammen mit ihren Krankenkassen-Bezügen über die KV und müssen sich nicht mit einzelnen Sozialämtern auseinandersetzen.

Die Städte müssen keine Einzelvereinbarungen mit Ärzten schließen. Der gesamte Abrechnungsweg bis hin zur Prüfung der Leistungen wird über die professionelle KV als Dienstleister abgewickelt. Die wirtschaftlichen Grundsätze der Sozialgesetzgebung finden Anwendung, sodass sich die Versorgung der Asylbewerber an der regelhaften Versorgung eines gesetzlich Versicherten orientiert.

Der Vertrag zwischen den Kommunen und der KVWL beinhaltet auch einen Schutz vor einer finanziellen Überbelastung einzelner Städte durch besonders schwer oder chronisch erkrankte Menschen, die besonders hohe Behandlungskosten verursachen könnten. Der gesamte abgerechnete Leistungsbedarf eines Quartals wird von der KVWL in einer Summe zusammengefasst und durch die Behandlungsfälle des Quartals geteilt. So entsteht eine einheitliche Fallpauschale für alle beteiligten Kommunen, Risiken werden sozialisiert.

Seine Bewährungsprobe erlebte der Vertrag zur Behandlung von Asylbewerbern im Herbst des Jahres 2015, als täglich tausende von Kriegsflüchtlingen und Asylbewerbern Nordrhein-Westfalen erreichten. Der Zustrom beschäftigte nicht nur die zuständigen Behörden und Ämter auf Landes- und Kommunal-ebene. Auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte fanden viele der Neuankömmlinge mit Erkrankungen aller Art in ihren Sprechzimmern wieder. Waren es im Jahr 2013 noch zwischen 25.000 und 30.000 Behandlungsfälle je Quartal, die mit dem Status Asylbewerber eine Praxis in Westfalen aufsuchen mussten, so stieg ihre Zahl bis zum 1. Quartal des Jahres 2016 auf knapp 120.000 Behandlungsfälle.

Zwar geht die Zahl der Behandlungsfälle seit dem Frühjahr 2016 wieder zurück, bleibt aber dennoch auf einem deutlich höheren Niveau als in den Vorjahren. Insbesondere Hausärzte, Kinderärzte und Gynäkologen, aber auch alle anderen Fachgruppen haben mit den zusätzlichen Patienten erhebliche Belastungen zu tragen. Doch auch wenn die Zuwanderer aufgrund von Sprachproblemen und kulturellen Unterschieden nicht immer einfache Patienten sind – versorgt werden in den westfälischen Arztpraxen alle kranken Menschen, egal welcher Herkunft.

## HANDELN UND HELFEN: DAS JAHR 2015

Das Jahr 2015 war beherrscht von der Flüchtlingskrise. Tausende Menschen flohen vor dem Krieg im Nahen Osten oder aus desolaten afrikanischen Staaten nach Europa und insbesondere auch nach Deutschland. Knapp 28.000 Menschen wurden im August 2015 nach Angaben der Landesregierung allein in NRW aufgenommen – im September kamen über 60.000, im Oktober noch einmal mehr als 62.000. Diese Menschen mussten untergebracht, versorgt und gepflegt werden. Und sie mussten medizinisch untersucht und betreut werden.

Für die sogenannte Erstaufnahme von Asylbewerbern und Flüchtlingen ist das jeweilige Bundesland zuständig. Nordrhein-Westfalen betreibt dazu sechs Erstaufnahmeeinrichtungen, in denen die Menschen zentral untergebracht und registriert werden sollen. In dieser Phase werden die Flüchtlinge auch medizinisch untersucht, ist zwingend der Ausschluss einer Tbc-Erkrankung erforderlich und wird ein Impfangebot gemacht. Erst danach erfolgt eine Verteilung auf die Kommunen.

Um die in großer Zahl ankommenden Menschen zu untersuchen und im Krankheitsfall behandeln zu können, suchten die zuständigen Bezirksregierungen und Gesundheitsämter dringend die Hilfe der niedergelassenen Ärzte. Landesweit wurden jeden Tag neue Notunterkünfte für die Erstaufnahme aus dem Boden gestampft – alte Hotels, Turnhallen, Jugendherbergen, leer stehende Industriehallen. Im Frühjahr 2016 verfügte NRW über 32 Zentrale Aufnahmeeinrichtungen und 170 Notunterkünfte.

## Ärztliche Leistungen bei der Erstaufnahme von Flüchtlingen Oktober bis Dezember 2015

# 49.616

Eingangsuntersuchungen

# 15.247

Röntgenuntersuchungen

# 60.203

Impfungen

Was als spontane und oft ehrenamtliche ärztliche Hilfe begann, bedurfte dringend eines umfassenden organisatorischen Rahmens. Die Ärzte, die sich zur Verfügung stellten, um ihrem Land bei der Bewältigung der Flüchtlingskrise zu helfen, brauchten Rechtssicherheit für ihren Einsatz, mussten Impfstoffe besorgen können, sollten Kranke in eine weitergehende Behandlung überweisen, und sollten schließlich angemessen für ihre Arbeit honoriert werden.

Diesen Rahmen haben innerhalb weniger Wochen die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes geschaffen. In einem Vertrag mit dem zuständigen Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW schlossen sie einen entsprechenden Rahmenvertrag über die Durchführung von Erstuntersuchungen und Behandlungen zu Lasten des Landes. Ärzte, die sich freiwillig zur Verfügung stellen, können seitdem einfach und unbürokratisch ihre Leistungen über die KVWL abrechnen. Sämtliche notwendigen Verfahren sind in Anlehnung an die übliche vertragsärztliche Versorgung geregelt. Die verantwortlichen Stellen des Landes, insbesondere die Bezirksregierungen, werden von der Organisation der medizinischen Versorgung entlastet.

# GENFER DEKLARATION

Ein Auszug

---

»Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.«

---

Dass sie diese Worte aus der sogenannten Genfer Deklaration ernst nehmen, haben zahlreiche Mediziner in der Flüchtlingskrise des Jahres 2015 bewiesen, als täglich tausende Menschen nach Deutschland kamen, um Schutz vor Krieg und Verfolgung zu suchen. Die Bereitschaft, sich für diese Menschen zu engagieren, war und ist auch in den Praxen und Krankenhäusern Westfalens groß.

## 08 | Aus der Praxis für die Praxis: Effiziente Fortbildung durch Qualitätszirkel

# KOLLEGIALER AUSTAUSCH AUF VIELEN EBENEN

---

Die besten Lösungen für ein Problem entstehen meist dann, wenn man es aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Das ist ein grundlegendes Prinzip ärztlicher und psychotherapeutischer Qualitätszirkel. Man erfährt, wie Kollegen mit ähnlichen Fällen umgegangen sind und profitiert vom kollektiven Erfahrungsschatz. Eine Tradition, die in Westfalen-Lippe längst in der Gegenwart angekommen und für die Zukunft fit ist.



### 700 aktive Qualitätszirkel in Westfalen-Lippe

Die Bedeutung der Qualität in der medizinischen Versorgung kann man nicht hoch genug einschätzen. Ob in der Praxis oder in der Klinik, in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Arbeit – längst sind in Deutschland hohe Qualitätsstandards etabliert, deren Einhaltung auch überprüft und nachgewiesen wird. Neben diesen von verschiedenen Institutionen und Fachgesellschaften geschaffenen Strukturen tauschen sich Ärzte und Psychotherapeuten traditionell auch in kollegialen Qualitätszirkeln (QZ) aus. Unter dem Motto »Erfahrungen austauschen – Wissen teilen« sind in Westfalen-Lippe derzeit etwa 700 Qualitätszirkel als Teil der Qualitätssicherung und der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der vertragsärztlichen Versorgung aktiv. Sie arbeiten in Eigeninitiative und auf freiwilliger Basis. Grundlage der QZ-Arbeit ist die konstruktive Reflexion der eigenen Tätigkeit und ein

kontinuierlicher Lernprozess, der auf den Erfahrungen der Teilnehmenden aufbaut. Dabei sind die Moderatoren bestrebt, die Inhalte und Themen nach ihrem Praxisbezug auszuwählen. Es gehört zum Selbstverständnis der meisten kollegialen Qualitätszirkel, unabhängig und unbeeinflusst von den Interessen Dritter zu diskutieren.

Individuelle Fragen der Teilnehmer werden aus den Erfahrungen anderer Teilnehmer oder mittels gemeinsamer Literaturrecherche bzw. Experteninterviews beantwortet. Durch den stetigen Austausch bleibt die QZ-Arbeit aktuell und flexibel. Die große Zahl von Qualitätszirkeln sowie ihre gute regionale Verteilung sorgen dafür, dass niemand für diese direkte Art der Fortbildung weite Wege auf sich nehmen muss.

700 + 800  
Qualitätszirkel QZ-Moderatoren

## Kontinuierliche Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

### KVWL qualifiziert Moderatoren

Aber auch ein kollegialer Austausch auf Augenhöhe muss organisiert werden. Dieses Ehrenamt übernehmen in Westfalen-Lippe schon über 800 aktive QZ-Moderatoren! Die KVWL unterstützt ausgebildete Moderatoren und die, die es noch werden wollen, regelmäßig mit Fortbildungen im Rahmen sogenannter Moderatorentage. Diese dienen dem Erfahrungsaustausch, dem Erwerb weiterer Fähigkeiten in der Moderation und der Schulung, Themen im Qualitätszirkel zielführend zu bearbeiten. Pro Jahr werden drei bis vier Moderatorentage zu jeweils unterschiedlichen Themen veranstaltet.

### Interprofessionelle Vernetzung setzt neue Standards

Die große Zahl westfälisch-lippischer Qualitätszirkel ergibt ein imposantes Netzwerk des Informationsaustausches. Und da auch die Qualitätszirkelarbeit selbst evaluiert wird, finden sich immer wieder neue Anknüpfungspunkte. So arbeiten so genannte Moderatorentandems aus der vertragsärztlichen Versorgung und der Jugendhilfe daran, in gemeinsamen QZ die Angebote der Frühen Hilfen der kommunalen Jugendhilfe mit der vertragsärztlichen Versorgung zu vernetzen. In diesen QZ liegt der Schwerpunkt auf der Multiprofessionalität der Fallarbeit (Familienfallkonferenz), denn Teilnehmer sind Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten und Mitarbeiter aus der Jugendhilfe. Die Tandemtrainer schulen interessierte Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe auf speziell entwickelte Instrumente für die Fallfindung belasteter Familien und geben ihnen ein strukturiertes Beratungsmodell zur Durchführung motivierender Elterngespräche an die Hand. So entsteht ein niedrighschwelliges und alltagstaugliches Angebot.

Die erfolgreiche Qualitätszirkelarbeit in Westfalen-Lippe beruht auf dem überdurchschnittlichen und ehrenamtlichen Engagement aller Moderatoren und Teilnehmer sowie der professionellen Infrastruktur, mit der die KVWL diese wichtige Arbeit unterstützt.

## 09 | Praxisnetze in Westfalen-Lippe

# MOTOR FÜR INNOVATIONEN

---

Gute Ideen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung entstehen oft im kollegialen Austausch. Davon ist man bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe überzeugt. Deshalb unterstützt die Körperschaft seit vielen Jahren die Arbeit der Praxisnetze im Landesteil – sowohl organisatorisch als auch finanziell. Die ersten lokal erprobten Versorgungsverbesserungen befinden sich nun auf dem Weg in die Regelversorgung für alle gesetzlich Krankenversicherten in Westfalen-Lippe.

Aneinander wachsen, voneinander lernen und gemeinsam neue Ansätze für eine bessere medizinische Versorgung in der Region etablieren – diesen Gedanken folgend haben sich in Westfalen-Lippe mehr als 40 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Praxisnetzen zusammengeschlossen. Westfalen-Lippe ist und bleibt somit das Land der Praxisnetze. Viele der in den inzwischen 19 anerkannten Praxisnetzen erprobten Versorgungsideen haben sich als sinnvoll erwiesen und werden nun sukzessive in die Regelversorgung überführt. Dazu drei Beispiele:

#### Hausarztzentriertes Arzneimitteltherapie-Management

Im Versorgungsalltag ist es für den betreuenden Hausarzt sehr schwierig (wenn nicht gar unmöglich), einen strukturierten Überblick über alle ärztlichen Arzneimittelverordnungen zu erhalten. Es drohen Doppelverordnungen, Dosierfehler und Wechselwirkungen mit möglicherweise gefährlichen Folgen für den Patienten. Vor diesem Hintergrund hat das Praxisnetz Gesundheitsregion Siegerland bereits in den Jahren 2013 und 2014 gemeinsam mit der BARMER (und später der Techniker Krankenkasse) ein Projekt zur Verbesserung der Therapiesicherheit erprobt (vgl. S. 31). Das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, erhielten betreuende Hausärzte eine Medikationsübersicht der verordneten Arzneimittel aller Ärzte, sobald ein BARMER-Versicherter über zwei Quartale hinweg mindestens drei unterschiedliche Wirkstoffe verordnet bekommen hat. Erstmals lagen nun dem Hausarzt alle verordneten Arzneimittel zu diesem Versicherten vor (Arzneimittel, welche beispielsweise der Facharzt verordnet hat, werden nicht immer durch den Versicherten beim Hausarzt angezeigt). Auf Basis dieser Informationen führten die Hausärzte bei Bedarf ein Konsil mit den entsprechenden Fachärzten durch, um anschließend ein Arzneimitteltherapiegespräch mit den betreffenden Patienten zu führen. Die Evaluation des Projekts ergab, dass es bereits nach einem halben Jahr zu einer veränderten Versorgungssituation kam. Damit einher ging ein signifikanter Rückgang der Arzneikosten pro Patient im selben Zeitraum.

Nachdem die Haus- und Fachärzte des Praxisnetzes Gesundheitsregion Siegerland gezeigt haben, dass eine durch sie koordinierte Arzneitherapie sowohl den Patienten zugutekommt als auch die Kosten reduziert, haben die KVWL und die BARMER im Herbst 2016 das Projekt AdAM initiiert. AdAM steht für »Anwendung für digital unterstütztes Arzneimittel-Therapie-Management« (vgl. S. 32).

Mehr als **40 %**  
aller niedergelassenen Ärzte sind  
in Praxisnetzen organisiert



### Sektorenübergreifendes Case-Management in der geriatrischen Versorgung

Die im Siegerland erprobte Idee zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit bei Polypharmazie-Patienten wird nun in den nächsten drei Jahren in ganz Westfalen-Lippe erprobt – bis zu 1.400 Hausärzte und 40.000 Patienten können teilnehmen. Besonders erfreulich und Ausweis für die Güte des neuen Versorgungsansatzes: Für die Umsetzung in Westfalen-Lippe erhielt das AdAM-Projekt Fördermittel in Höhe von mehr als 16 Millionen Euro aus dem beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelten Innovationsfonds. Langfristig soll ein hausarztzentriertes Arzneimitteltherapie-Management à la AdAM Teil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden.

Eine bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor wird im deutschen Gesundheitswesen oft angemaht, aber nur selten gelebt. Auf eine positive Ausnahme stößt man im Kreis Lippe. Hier hat das Ärztenetz Lippe gemeinsam mit dem Klinikum Lippe bereits vor einigen Jahren ein sektorenübergreifendes Case-Management entwickelt und implementiert. Im Kern geht es darum, dass Gesundheitshelferinnen – also qualifizierte Arzthelferinnen und Pflegekräfte – insbesondere ältere Patienten bildlich gesprochen an die Hand nehmen und bei ihren Gängen zum niedergelassenen Arzt, ins Klinikum oder auch zum Physiotherapeuten begleiten. Seitdem eine Anschubfinanzierung durch das Land Nordrhein-Westfalen ausgelaufen ist, finanziert sich dieser besondere Service über den Pflegeheimvertrag und weitere Versorgungsverträge, welche die KVWL mit den Krankenkassen in Westfalen-Lippe abgeschlossen hat. Alle Beteiligten sind sich sicher: Durch den Einsatz der Gesundheitshelferinnen im Kreis Lippe steigt einerseits die Compliance der Patienten und andererseits sinkt die Zahl vermeidbarer Krankenhauseinweisungen.

# WESTFALEN-LIPPE

## LAND DER PRAXISNETZE

Auch die Idee der Gesundheitshelferin als Lotsin für ältere Patienten im Gesundheitswesen wird in Kürze in einem landesweit bedeutsamen Modellprojekt erprobt. Dazu muss man wissen, dass im 90a-Gremium des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums intensiv darüber diskutiert wurde, wie die Versorgung alter Menschen in Nordrhein-Westfalen perspektivisch verbessert werden kann. Daraufhin haben die KVWL und die Krankenhausgesellschaft NRW die Initiative ergriffen und entsprechende geriatrische Konzepte entwickelt – die KVWL fokussiert auf den ambulanten, die Krankenhausgesellschaft mit Schwerpunkt auf dem stationären Bereich.

Das Geriatrie-Konzept der KVWL für den ambulanten Bereich basiert auf einer vernetzten Versorgung geriatrischer Patienten auf der hausärztlichen Ebene inklusive eines geriatrischen Konsiliardienstes – und unter expliziter Einbindung einer Case-Managerin, die die Koordination weiterer Versorgungsangebote für den alten Patienten übernimmt. Grundgedanke ist, dass eine möglichst lange ambulante Versorgung entscheidend zum Erhalt der Mobilität, der Selbständigkeit und somit zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität der Betroffenen beiträgt. Die Case-Managerin soll hier eine tragende Rolle spielen.

Der Kreis Lippe wird neben Bielefeld eine der Modellregionen sein, in denen das neue geriatrische Versorgungskonzept der KVWL in den nächsten Jahren gelebt und evaluiert wird. Profitieren können ältere Versicherte aller Krankenkassen.

### Elektronische Arztvisite

In Zeiten einer älter werdenden Gesellschaft können telemedizinische Anwendungen Ärzte und Pflegekräfte bei ihrer Arbeit entlasten, wobei die Qualität der Versorgung weiterhin gewährleistet wird. Dies zeigt das Ärztenetz MuM - Medizin und Mehr eG in Bünde (Ost-Westfalen) in einem von der KVWL finanzierten Modellprojekt seit Mai 2016: Pflegekräfte in 13 Pflegeheimen der Region können hier bei Bedarf eine elektronische Arztvisite (eVi) in den 15 teilnehmenden Arztpraxen anfordern (vgl. S. 31). Der niedergelassene Arzt und die verantwortliche Pflegekraft halten dann über ein webbasiertes Videokonferenzsystem eine elektronische Arztvisite ab, um Unklarheiten, Medikationsanfragen, Beurteilungen chronischer Wunden, Therapievorschlüsse etc. zu besprechen. Es gibt sozusagen eine Live-Schaltung zwischen der Arztpraxis und der stationären Einrichtung. Die Visite kann beispielsweise um die Erfassung von Vitalparametern wie Herzrhythmus, Sauerstoffspannung, Körpertemperatur oder Blutzucker des Patienten ergänzt werden. Diese werden in Echtzeit über Messgeräte erhoben und sind dem Arzt sofort zugänglich.

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit der eVi haben sich die KVWL und die AOK NordWest dazu entschlossen, das Modellprojekt zum Wohle der Patienten sukzessive auf andere Praxisregionen in Westfalen-Lippe im Zusammenhang mit regionalen Pflegeheimverträgen auszuweiten. Seit dem 1. Juli 2017 werden nun einzelne Arztnetze und Pflegeheime angesprochen. Im weiteren Verlauf sollen dann auch ambulante Pflegedienste eingebunden werden.

### FAZIT

Die drei Beispiele belegen, dass die Praxisnetze in Westfalen-Lippe wahre Motoren für Innovationen in der Versorgung sind. Die KVWL schmiert diese Motoren, indem sie die Praxisnetze organisatorisch und – mithilfe zweckgebundener Förderungen der Krankenkassen – auch finanziell unterstützt. Die KVWL ist stolz darauf, dass Westfalen-Lippe bundesweit als Land der Praxisnetze gilt.



Vestnet e.V.



## INNOVATIONEN FÖRDERN VERSORGUNG VERBESSERN

Mit den Praxisnetzen haben wir in Westfalen-Lippe gute Voraussetzungen, Versorgungsinnovationen zu entwickeln und auszuprobieren. Denn diese Zusammenschlüsse sind ein großer Ideenpool. Hier tauschen sich hochqualifizierte Experten über Themen aus, mit denen sie täglich konfrontiert sind. Sie sehen, was gut läuft, aber auch, was weniger gut funktioniert.

**Flache Hierarchien und kurze Kommunikationswege schaffen ein positives Umfeld für innovative Konzepte.**

Wir als Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe haben unter anderem durch unsere Bezirksstellen einen direkten Draht zur Basis. So können wir uns schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt an der Lösungsfindung beteiligen und die Praxisnetze zum Beispiel durch finanzielle oder infrastrukturelle Hilfen unterstützen. So fördern wir Innovationen, wo immer wir die Chance sehen, die ambulante Versorgung zu verbessern.

Besonders freut es uns, wenn wir sehen, dass lokale Lösungen auch regional funktionieren und immer häufiger sogar eine Option für die bundesweite Verbreitung sind. So geschehen in der Gesundheitsregion Siegerland. Hier haben wir mit dem Projekt Polypharmazie ein modernes Arzneimittelmanagement erprobt, dessen positive Ergebnisse in das Projekt »AdAM - Anwendung für digital unterstütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungsmanagement« eingeflossen sind. AdAM wird mit Mitteln aus dem Innovationsfonds unterstützt und kommt über einen unserer Projektpartner, die BARMER, bis zu 40.000 Versicherten zugute. Das ist viel, aber das reicht uns noch nicht. Deshalb wird AdAM wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Erklärtes Ziel ist die Übernahme von AdAM in die Regelversorgung.

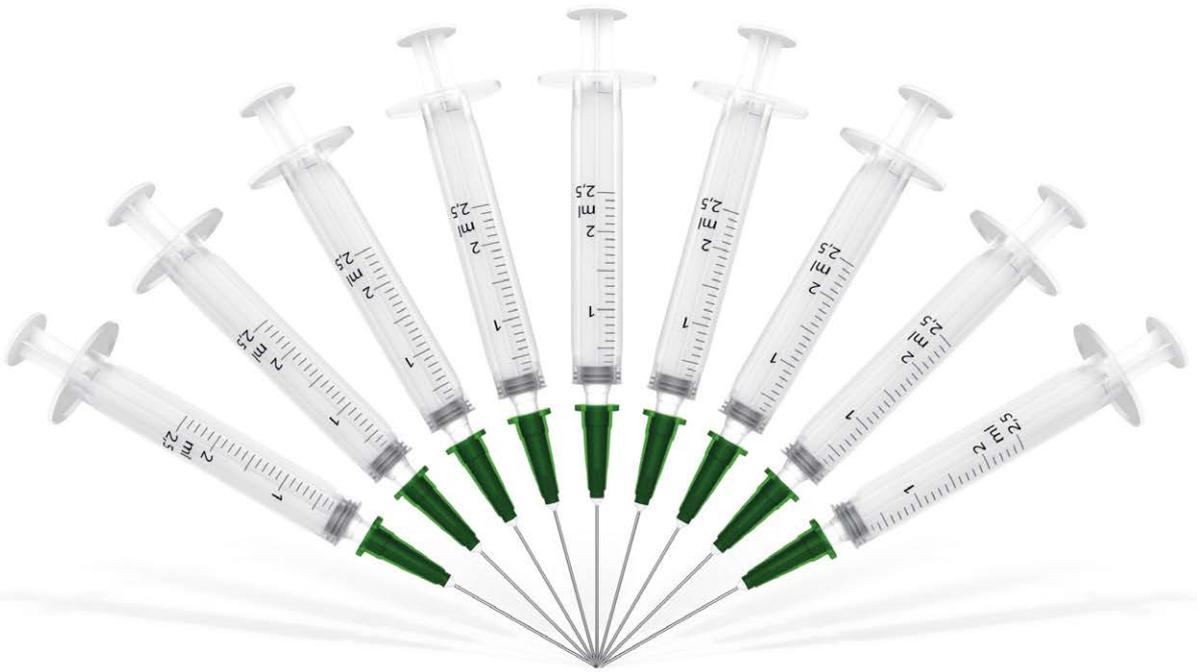
Für die Zukunft wünsche ich mir, dass Westfalen-Lippe noch häufiger als eine Region wahrgenommen wird, in der nachhaltige Versorgungslösungen ihren Ursprung haben. Dabei spielen die zahlreichen engagierten Praxisnetze in unserem Landesteil eine wichtige Rolle!

---

**Thomas Müller**

Vorstandsmitglied der KVWL

# 10 | Impfkampagne in Westfalen-Lippe



## PRÄVENTION, DIE WIRKT

---

Ob Grippe, Keuchhusten oder Kinderlähmung – ein kleiner Pieks kann gefährliche Infektionskrankheiten verhindern. Um die westfälisch-lippische Ärzteschaft für dieses wichtige Thema zu sensibilisieren, hat die KVWL eine Imagekampagne initiiert – mit großem Erfolg.

Nicht umsonst gelten Impfungen als großer Erfolg der Medizin und als sicherer Schutz vor bedrohlichen Krankheiten. Dennoch beobachtet die Ständige Impfkommission (STIKO) einen leichten Rückgang der Impfbeteiligung in der Bundesrepublik. Kritiker haben insbesondere die möglichen Nebenwirkungen stärker im Blick und die Impfmotivation einiger Menschen ist nicht mehr so hoch wie noch vor einigen Jahren. Wie lebenswichtig Impfungen für Kinder und Erwachsene sind, ist vielen Bürgern nicht mehr bewusst – eben weil viele Krankheiten unter Kontrolle oder gar ausgerottet sind. Impfungen sind gewissermaßen Opfer ihrer eigenen Wirksamkeit geworden. Doch wer sich impfen lässt, schützt nicht nur sich, sondern auch andere. Insbesondere immunschwache Menschen, die nicht geimpft werden können, profitieren durch die sogenannte Herdenimmunität.

Bei einer Impfung werden abgeschwächte Erreger oder Bestandteile von abgetöteten Erregern verabreicht, damit der Körper erregerspezifische Abwehrstoffe und Gedächtniszellen bildet – eine natürliche Infektion wird nachgeahmt. Gedächtniszellen merken sich die Oberflächenstruktur der Erreger, die bei erneutem Kontakt aktiviert werden. Spezifische Abwehrstoffe ermöglichen dann eine schnelle Abwehrreaktion.

Um der Impfmüdigkeit der Bevölkerung entgegenzuwirken und die Impfquoten in Westfalen-Lippe zu verbessern, hat die KVWL, gemeinsam mit ihrer Tochtergesellschaft KVWL Consult GmbH, bereits im Jahr 2011 erfolgreich eine Impfkampagne ins Leben gerufen. Im Rahmen von Informationsveranstaltungen, jeweils im Frühjahr und Herbst eines Jahres und an mehreren Standorten in der Region, können sich sowohl niedergelassene Vertragsärzte als auch Medizinische Fachangestellte umfassend über Neuerungen der Schutzimpfungsrichtlinie und die richtige Impfaufklärung informieren, um ihre Patienten ausführlich beraten zu können. Das KVWL-Referententeam stellt die Inhalte transparent und praxisnah dar und beantwortet individuelle Fragen, unter anderem zu Themen wie Identifikation und Reduzierung von Impfhindernissen, Möglichkeiten zur Steigerung der Impfquoten sowie zur Abrechnung von Impfleistungen und der Verordnung von Impfstoffen. Dass die Themen von großem Interesse sind, zeigen die Teilnehmerzahlen: Im letzten Jahr besuchten mehr als 700 Gäste die Informationsveranstaltungen.

Die niedergelassenen Ärzte spielen eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, ihre Patienten von der Notwendigkeit eines vollständigen Impfschutzes zu überzeugen. KVWL-Vorstandsmitglied Thomas Müller: »Wichtig ist vor allem, dass die Ärzte und auch das Praxispersonal das Thema Impfen offensiv bei ihren Patienten ansprechen, Beratungen anbieten und umfassendes Informationsmaterial zur Verfügung stellen. Nur so ist es möglich, der wachsenden Impfmüdigkeit entgegenzutreten.«

Die KVWL sucht aber nicht nur den Kontakt zum Patienten über den Arzt, auch die direkte Patientenansprache steht im Fokus. Durch eine breit angelegte Impfoffensive soll das Bewusstsein der Bürger für die Sinnhaftigkeit des Impfschutzes gestärkt werden. Hierzu stellt die KVWL kostenlos verschiedene Flyer und Informations-Plakate zum Thema Impfen zur Verfügung, die in den Warteräumen der Arztpraxen ausgelegt bzw. aufgehängt werden können.

Dass die Impfkampagne in Westfalen-Lippe Wirkung zeigt, belegen die Entwicklungen der letzten Jahre: Die Summe der jährlich im Bereich der KVWL verabreichten Schutzimpfungen (ohne Grippeimpfungen) ist seit 2011 kontinuierlich gestiegen. Beispielsweise wurde die Masern-Mumps-Röteln-Impfung häufiger verabreicht, die HPV-Impfung hat eine Steigerungsrate von 47,8 Prozent und die Pneumokokken-Impfung von 5,2 Prozent.

## FAZIT

Die Impfkampagne der KVWL sensibilisiert Ärzte sowie Medizinische Fachangestellte, ihre Patienten verstärkt auf Impflücken aufmerksam zu machen, um die Impfbereitschaft und Herdenimmunität der Bevölkerung in Westfalen-Lippe zu erhöhen.

# FAKTEN IN ZAHLEN

---

Stand 31.12.2016

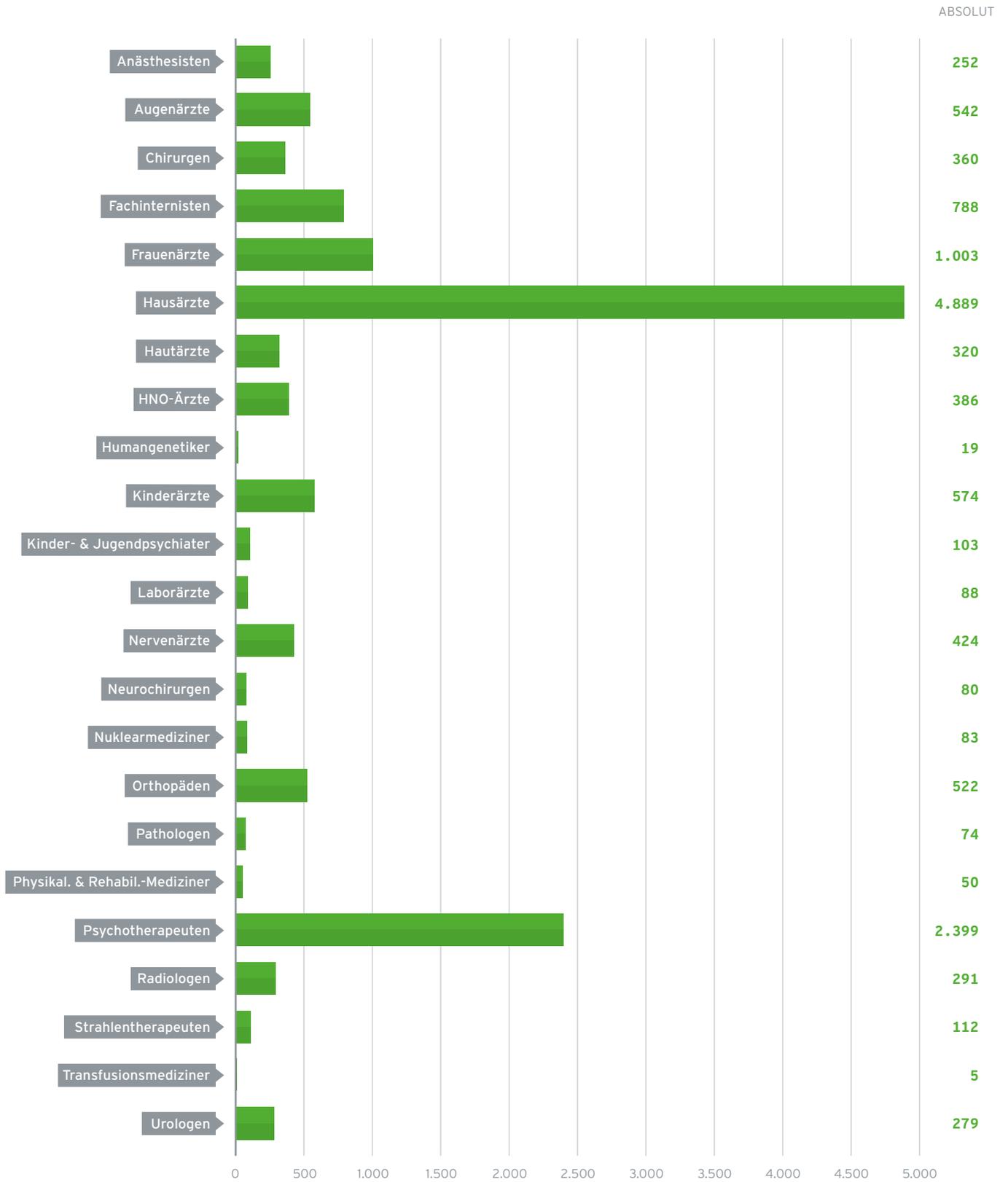
## KVWL-Struktur

Mitglieder nach Fachgruppen	60
Geschlechterverteilung der Mitglieder	61
Altersstruktur der Mitglieder	61
Geschlechterverteilung in den Fachgruppen	62
Altersverteilung in den Fachgruppen	63
Altersverteilung nach Altersjahren	64
Anzahl der Köpfe zu Vollzeitäquivalenten nach Fachgruppe und Geschlecht	65
Vollzeitäquivalente und absolute Anzahl nach Fachgruppen   Entwicklung 2009 – 2016	66
Praxistypen   Anzahl und Aufteilung	67
Zulassung und Anstellung	67
Zulassung und Anstellung nach Fachgruppen	68

## KVWL-Versorgung

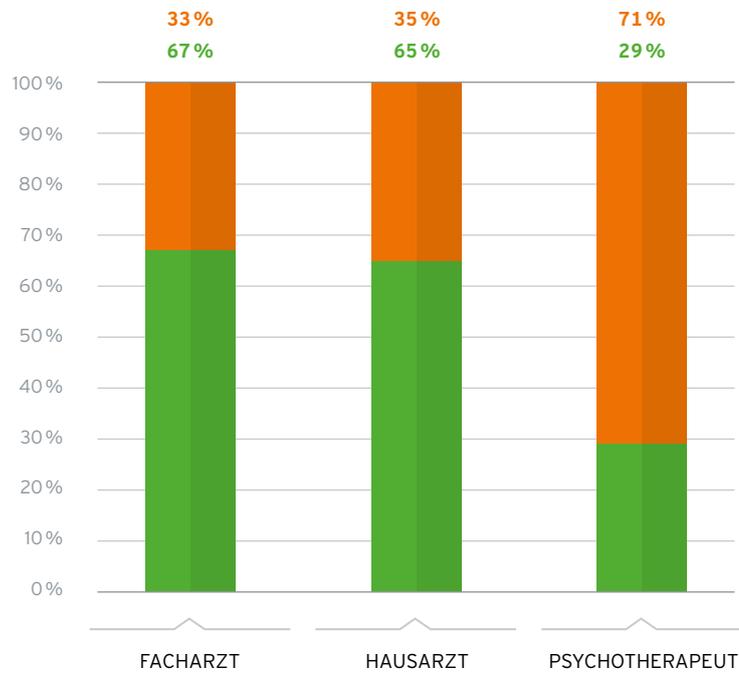
Fallzahlen in der haus- und fachärztlichen Versorgung 2014 – 2016 nach Quartalen	69
Anzahl der Hausbesuche nach Altersgruppen	70
Inanspruchnahme des Notfalldienstes nach Altersgruppen	70
Entwicklung der Fallzahlen der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen	71
Beteiligte Ärzte und eingeschriebene Patienten in der Palliativversorgung	72
Kosten der Arzneimittelversorgung in Westfalen-Lippe   Vergleichszahlen 2016	72
Arzneimittelversorgung in Westfalen-Lippe   Quartalsübersichten	73
Umsatzstärkste Wirkstoffgruppen ATC – 4. Stufe	74
Rabattierte Fertigarzneimittel in Westfalen-Lippe	76

KVWL-Struktur  
Mitglieder nach Fachgruppen



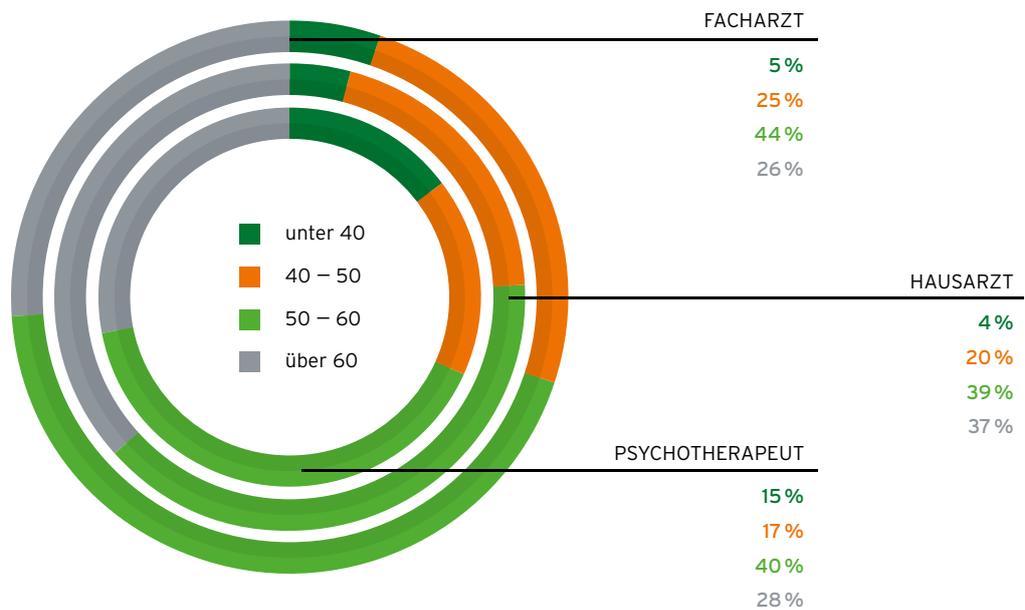
### KVWL-Struktur

#### Geschlechterverteilung der Mitglieder

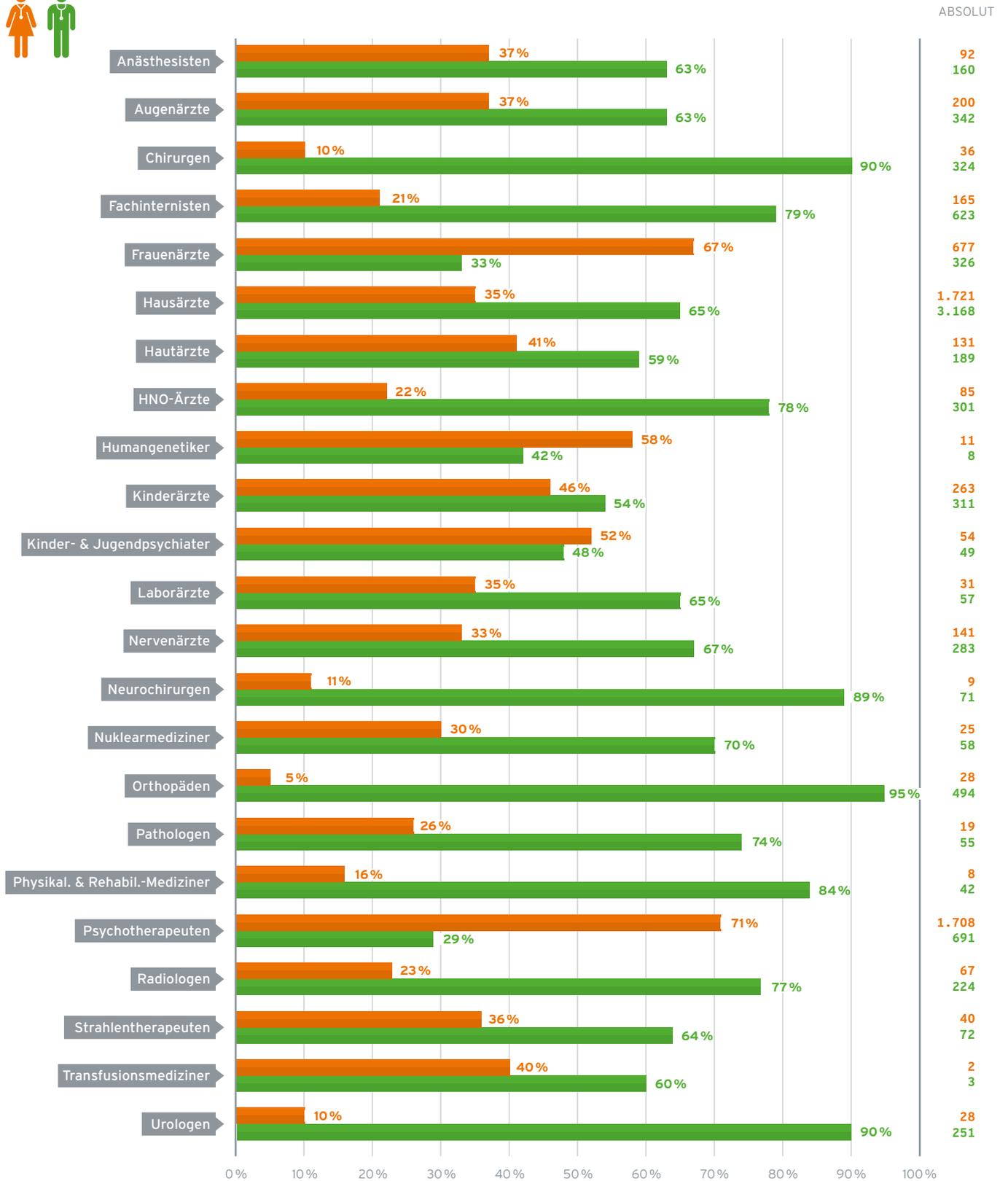


### KVWL-Struktur

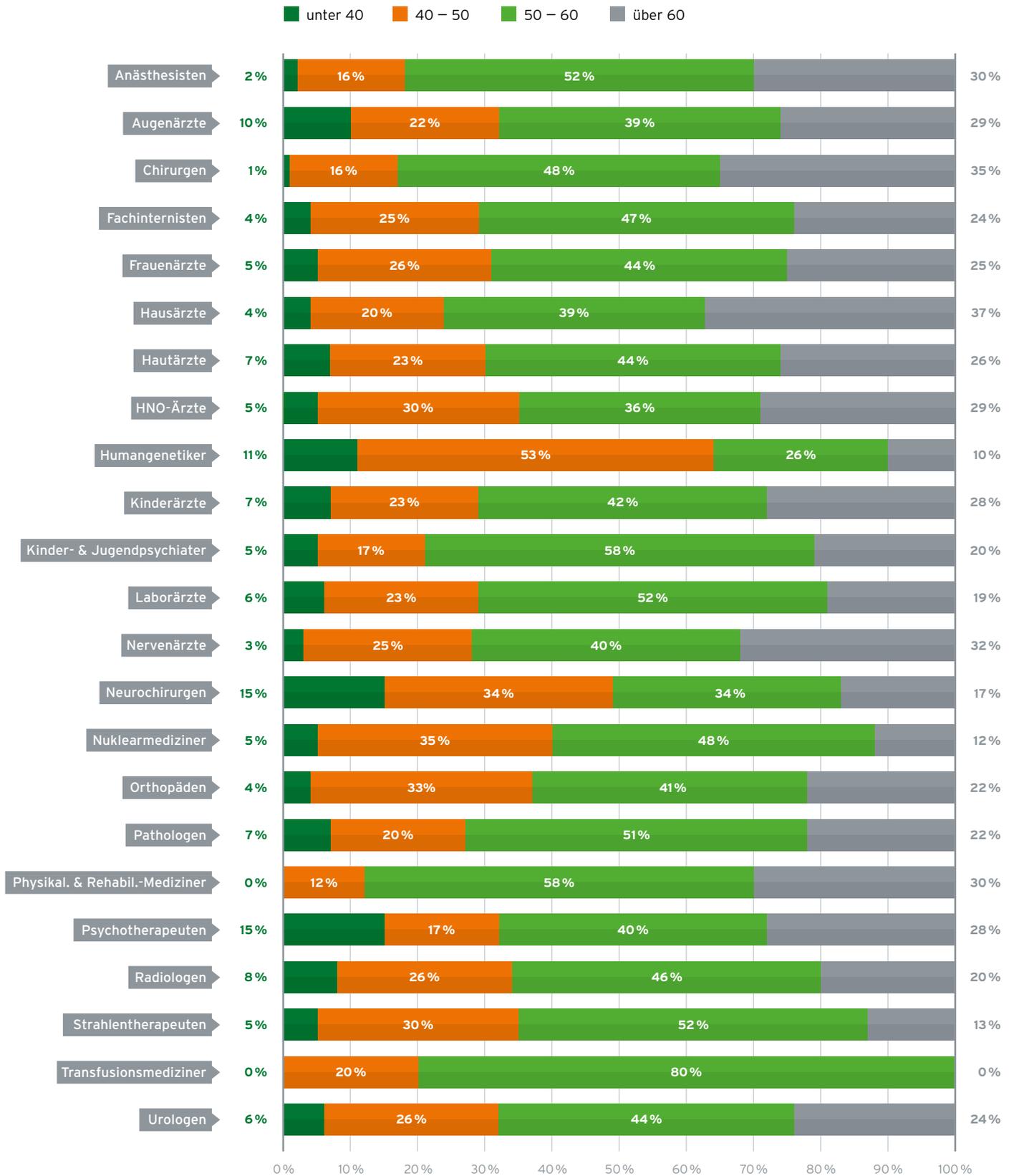
#### Altersstruktur der Mitglieder



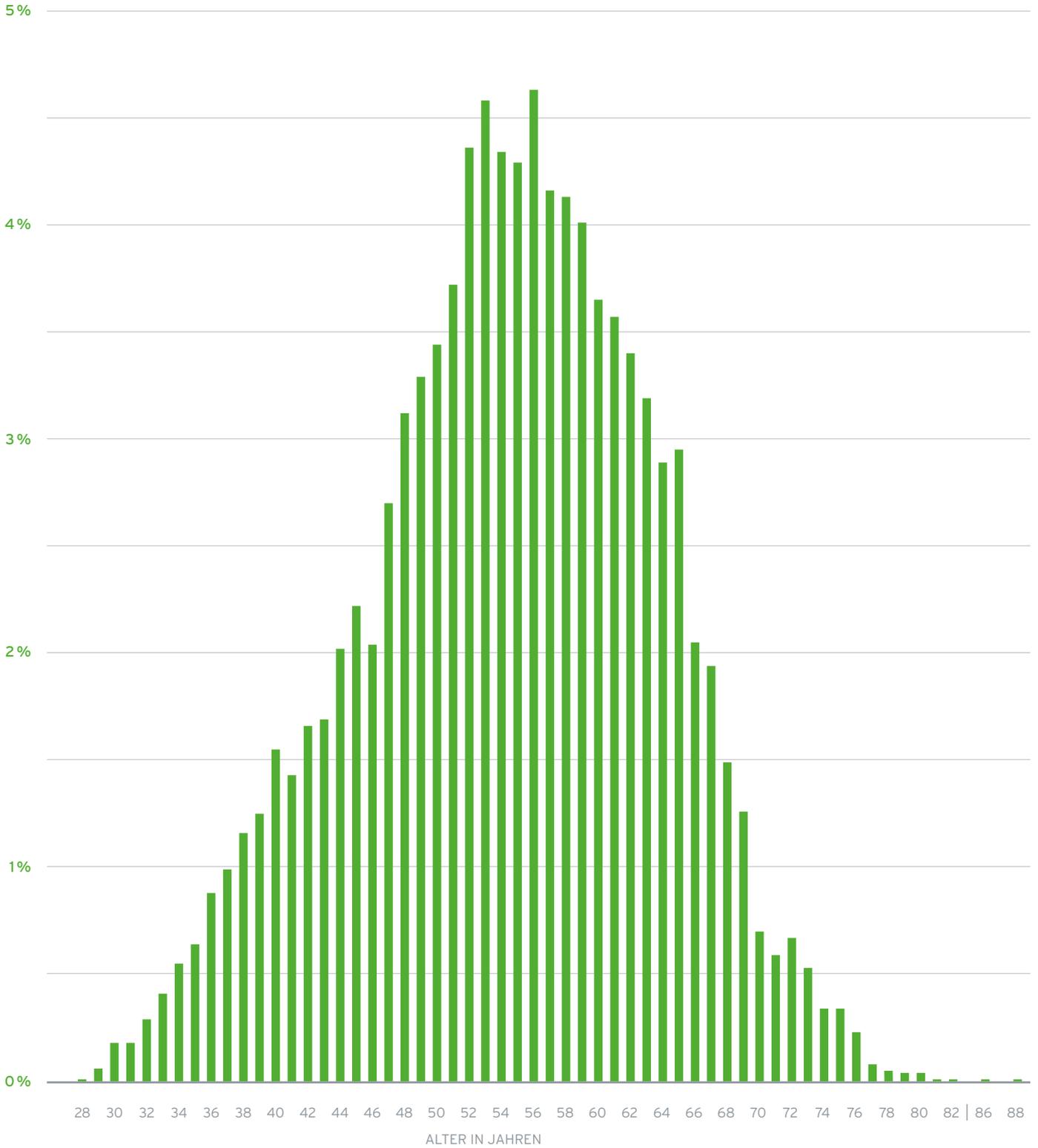
## KVWL-Struktur Geschlechterverteilung in den Fachgruppen



## KVWL-Struktur Altersverteilung in den Fachgruppen



### KVWL-Struktur Altersverteilung nach Altersjahren



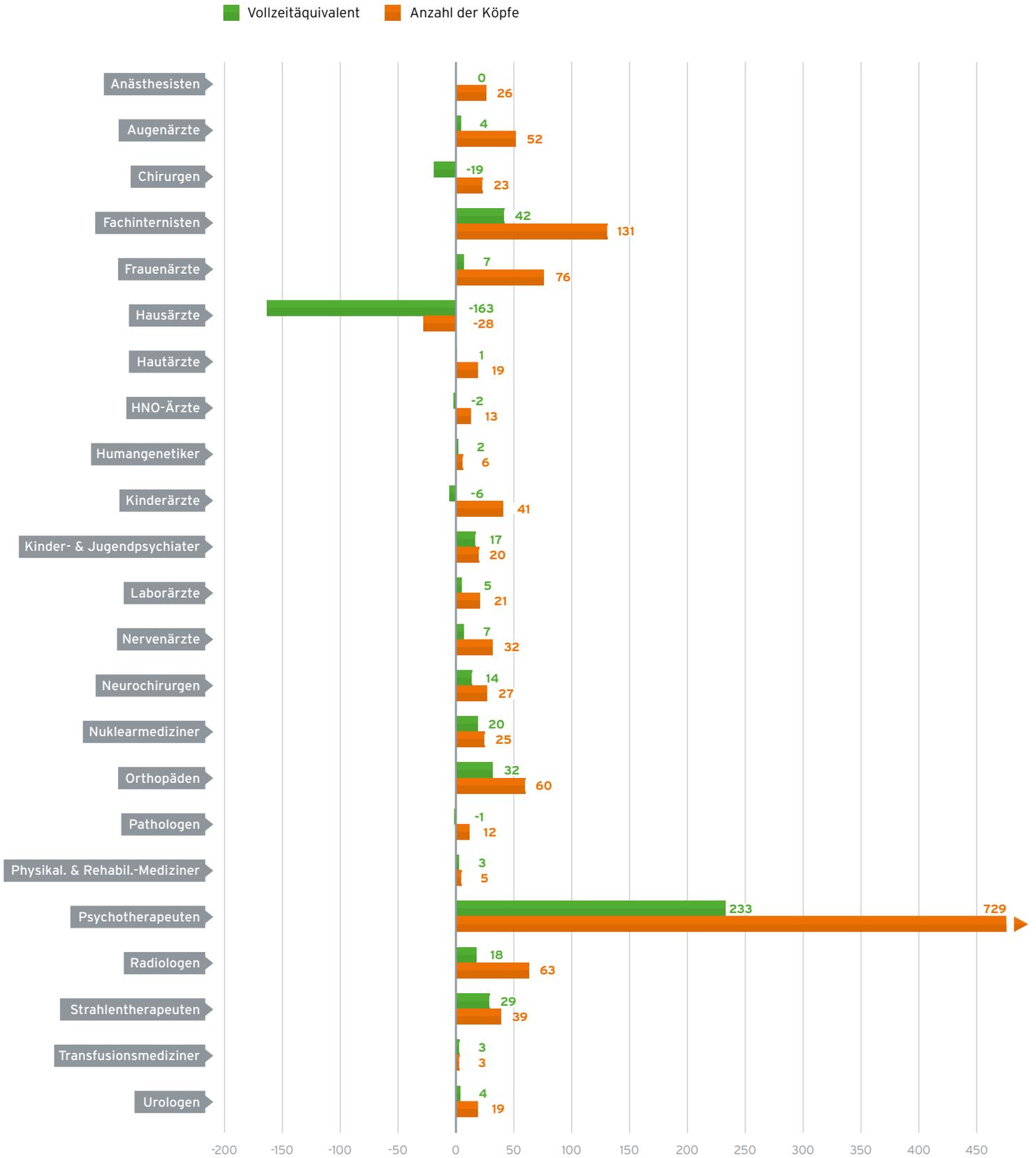
## KVWL-Struktur

### Anzahl der Köpfe zu Vollzeitäquivalenten nach Fachgruppe und Geschlecht

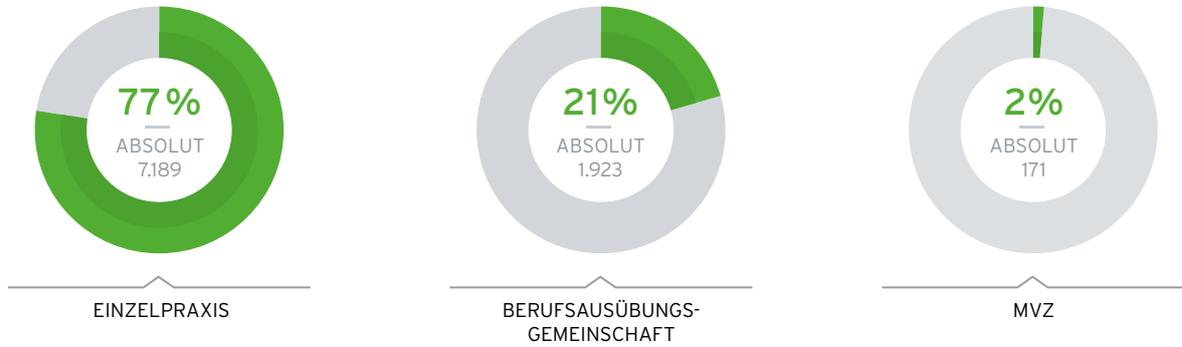


KVWL-Struktur

Vollzeitäquivalente und absolute Anzahl nach Fachgruppen | Entwicklung 2009–2016



## KVWL-Struktur Praxistypen | Anzahl und Aufteilung

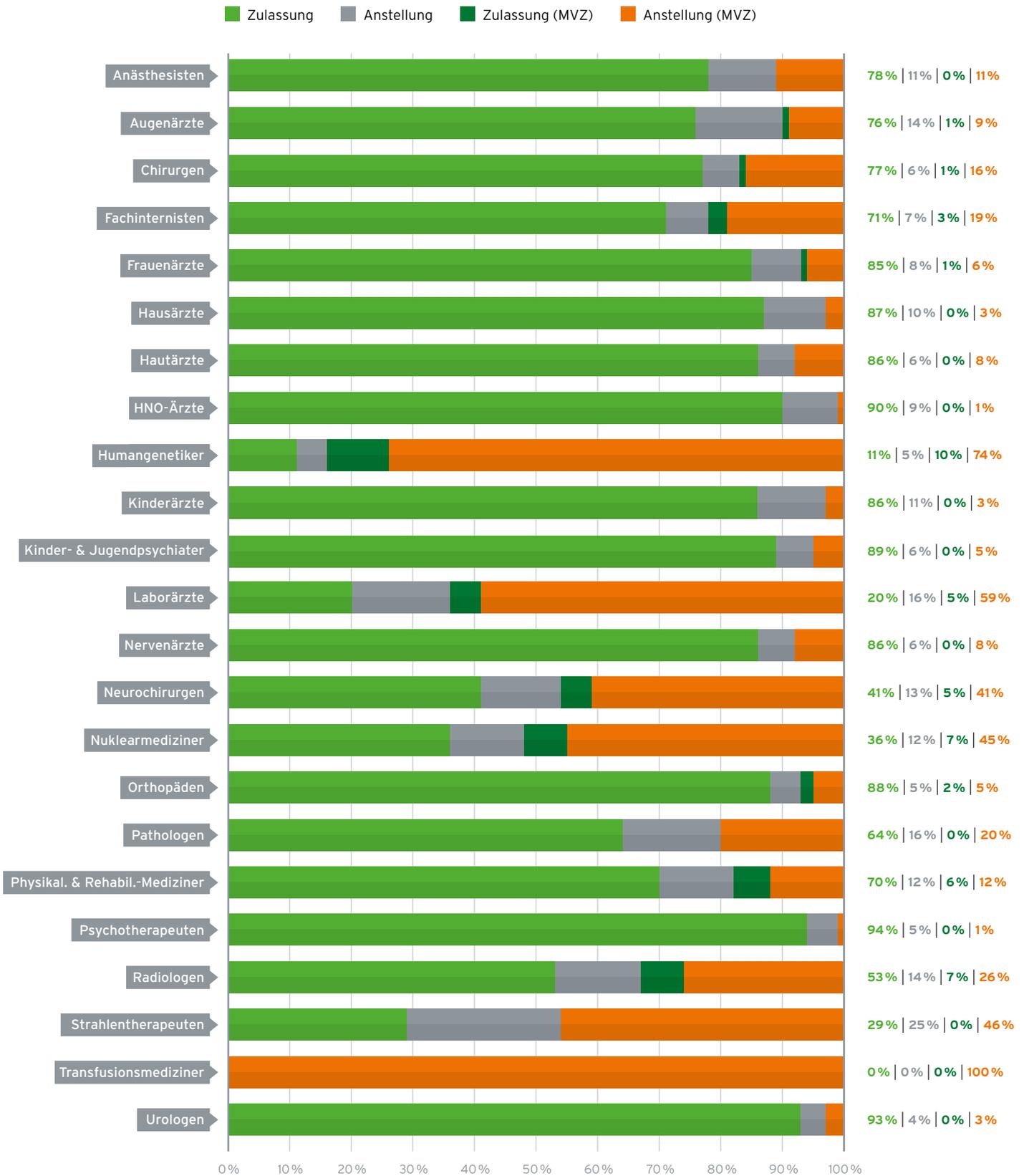


## KVWL-Struktur Zulassung und Anstellung



## KVWL-Struktur

### Zulassung und Anstellung nach Fachgruppen

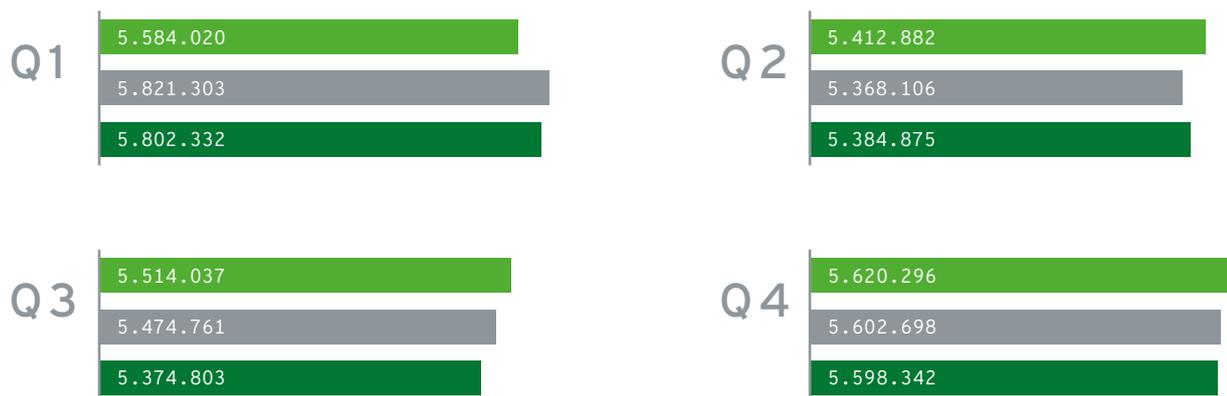


## KVWL-Versorgung

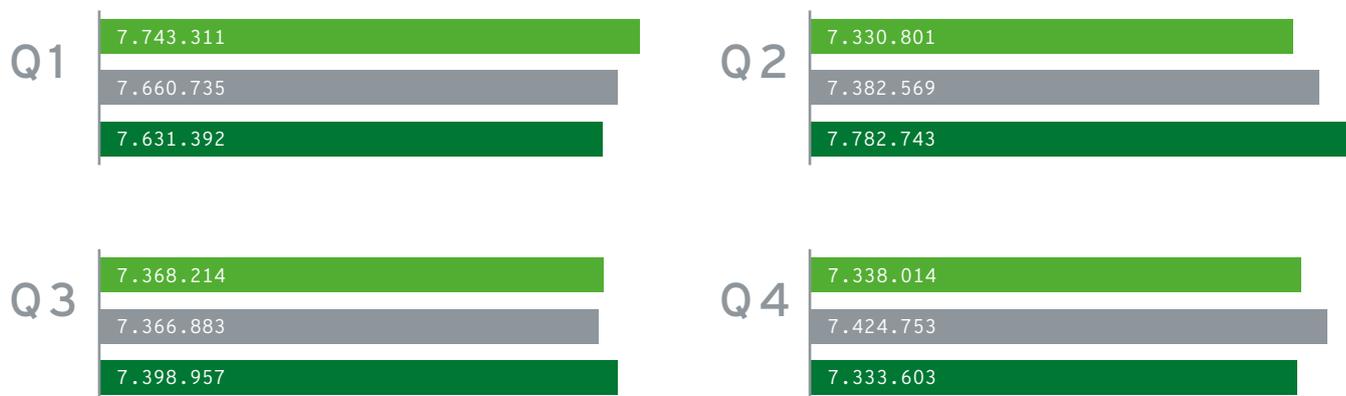
Fallzahlen in der haus- und fachärztlichen Versorgung 2014 – 2016 nach Quartalen

■ 2014 ■ 2015 ■ 2016

### HAUSARZT



### FACHARZT

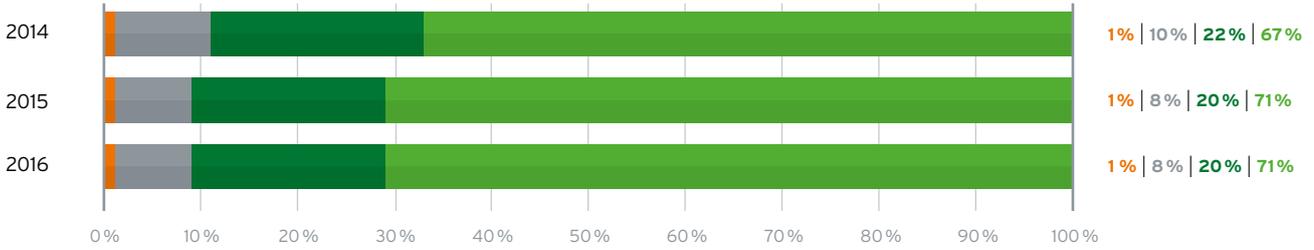


KVWL-Versorgung

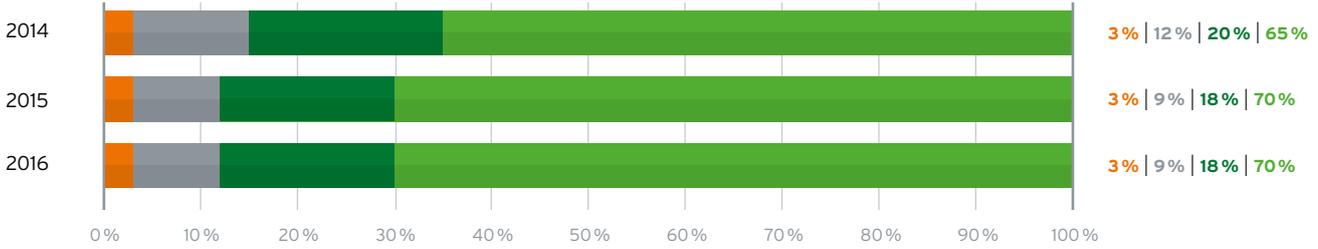
Anzahl der Hausbesuche nach Altersgruppen

0 – 18 19 – 54 55 – 75 älter als 75 Jahre

HAUSARZT



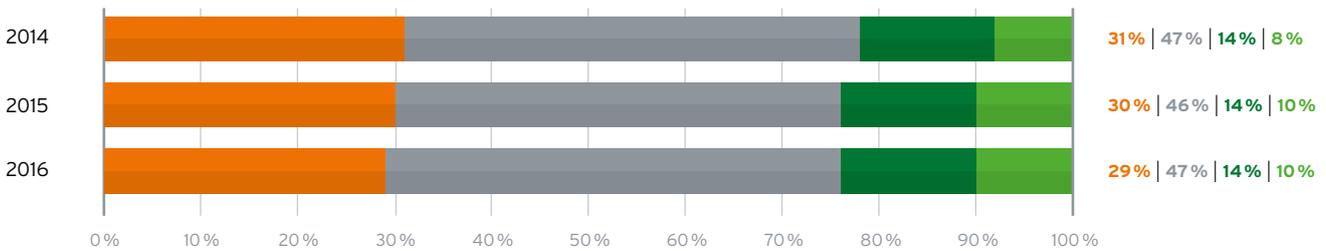
FACHARZT



KVWL-Versorgung

Inanspruchnahme des Notfalldienstes nach Altersgruppen

0 – 18 19 – 54 55 – 75 älter als 75 Jahre



## KVWL-Versorgung

Entwicklung der Fallzahlen der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

■ 2014 ■ 2015 ■ 2016

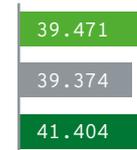
### MAMMOGRAPHIE-SCREENING



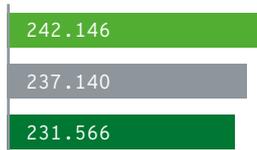
### KREBSVORSORGE | MANN



### KOLOSKOPIE



### KOLON-CA | FRÜHERKENNUNG



### HAUTKREBS | FRÜHERKENNUNG



### GESUNDHEITSVORSORGE



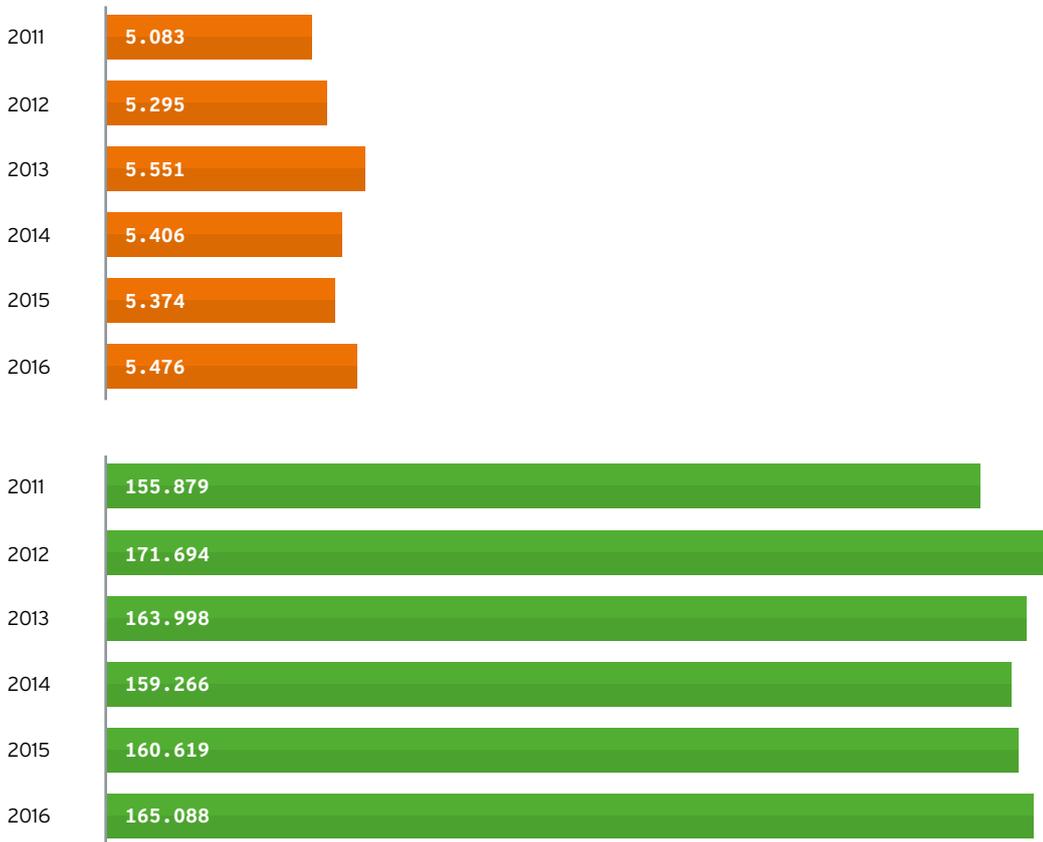
### KREBSVORSORGE | FRAU



### KVWL-Versorgung

#### Beteiligte Ärzte und eingeschriebene Patienten in der Palliativversorgung

■ Ärzte ■ Patienten



### KVWL-Versorgung

#### Kosten der Arzneimittelversorgung in Westfalen-Lippe | Vergleichszahlen 2016

JE VERSICHERTER

REGION	BRUTTO [€]	TAGESDOSEN [DDD]
KVWL	558,94	590,62
Gesamt (Bund)	605,62	575,72

lt. GKV-Arzneimittelschnellinformationen (www.gamsi.de – Stand 21.02.2017)

Obwohl die Zahlen der verordneten Tagesdosen je Versicherter zeigen, dass in Westfalen-Lippe eine hohe Morbidität versorgt wird, liegen die Kosten unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Die Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe verordnen pro Patient günstiger als in anderen Regionen.

## KVWL-Versorgung

## Arzneimittelversorgung in Westfalen-Lippe | Quartalsübersichten

JAHR   QUARTAL	BRUTTO [€]	TAGESDOSEN [DDD]	PATIENTEN MIT VERORDNUNG	KOSTEN JE TAGESDOSIS [€]	KOSTEN JE PATIENT
2013 – Q1	856.203.894	993.141.166	4.818.200	0,86	172,04
Q2	856.966.017	1.004.394.600	4.411.139	0,85	188,67
Q3	868.918.209	993.824.713	4.302.108	0,87	196,58
Q4	886.102.238	1.039.302.009	4.385.864	0,85	196,65
2014 – Q1	875.978.770	1.016.262.652	4.472.832	0,86	185,84
Q2	910.315.512	1.060.994.181	4.317.290	0,86	200,22
Q3	913.563.861	1.059.297.981	4.280.128	0,86	202,56
Q4	929.264.534	1.072.762.728	4.573.189	0,87	192,75
2015 – Q1	952.912.365	1.074.710.392	4.552.117	0,89	208,02
Q2	941.369.278	1.071.450.106	4.238.146	0,88	220,79
Q3	937.515.264	1.050.992.081	4.177.486	0,89	223,06
Q4	968.099.228	1.091.393.586	4.311.299	0,89	223,35
2016 – Q1	982.749.380	1.085.726.751	4.475.961	0,91	218,39
Q2	995.640.250	1.123.466.152	4.312.484	0,89	229,74
Q3	981.589.086	1.085.306.636	4.188.057	0,90	233,21
Q4	988.076.751	1.112.027.098	4.448.837	0,89	220,95

lt. GKV-Arzneimittelschnellinformationen (www.gamsi.de – Stand 21.02.2017)

Die Kosten je Tagesdosis können trotz schwankender Patientenzahl und Gesamtverordnungskosten nahezu stabil gehalten werden.

## KVWL-Versorgung

## Umsatzstärkste Wirkstoffgruppen ATC – 4. Stufe

RANG	WIRKSTOFFGRUPPE MIT TOP 5 WIRKSTOFFEN (ABSTEIGEND NACH DDD)
01	<b>Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren</b> Adalimumab, Infliximab, Etanercept, Golimumab, Certolizumabpegol
02	<b>Proteinkinase-Inhibitoren</b> Imatinib, Ruxolitinib, Nilotinib, Ibrutinib, Sunitinib
03	<b>Selektive Immunsuppressiva</b> Leflunomid, Mycophenolsäure, Fingolimod, Everolimus, Teriflunomid
04	<b>Andere antivirale Mittel</b> Raltegravir, Dolutegravir, Sofosbuvir und Ledipasvir, Sofosbuvir, Sofosbuvir und Velpatasvir
05	<b>Protonenpumpenhemmer</b> Pantoprazol, Omeprazol, Esomeprazol, Lansoprazol, Rabeprazol
06	<b>Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren</b> Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban
07	<b>Interferone</b> Interferon beta-1a, Interferon beta-1b, Peginterferon beta-1a, Interferon alfa-2a, Interferon alfa-2b
08	<b>Sympathomimetika in Kombination mit Corticosteroiden oder anderen Mitteln, exkl. Anticholinergika</b> Formoterol und Beclometason, Salmeterol und Fluticason, Formoterol und Budesonid, Vilanterol und Fluticasonfuroat, Formoterol und Fluticason
09	<b>Diabetes-Tests</b> Glucose-Testzone, Blut
10	<b>Insuline und Analoga zur Injektion, schnell wirkend</b> Insulin (human), Insulin lispro, Insulin aspart, Insulin glulisin
11	<b>Natürliche Opium-Alkaloide</b> Oxycodon, Hydromorphon, Morphin, Oxycodon und Naloxon, Codein in Kombination mit Paracetamol
12	<b>Andere Antiepileptika</b> Pregabalin, Levetiracetam, Gabapentin, Lamotrigin, Topiramamat
13	<b>Beta-Adrenozeptor-Antagonisten, selektiv</b> Metoprolol, Bisoprolol, Nebivolol, Atenolol, Celiprolol
14	<b>Enzyme</b> Agalsidase alfa, Alglucosidase alfa, Agalsidase beta, Imiglucerase, Elosulfase alfa
15	<b>Andere Antidepressiva</b> Venlafaxin, Mirtazapin, Duloxetin, Agomelatin, Bupropion

BRUTTO 2. HJ 2016 [€]	VERÄNDERUNG ZUM 2. HJ 2015 [%]	TAGESDOSEN [DDD] 2. HJ 2016	VERÄNDERUNG ZUM 2. HJ 2015 [%]	KOSTEN JE TAGESDOSE [€]
84.174.094	6	1.691.901	12	49,75
56.152.791	11	339.905	8	165,20
51.726.962	16	1.897.805	8	27,26
38.522.566	-30	130.977	-16	294,12
41.326.512	-7	219.085.070	3	0,19
45.816.215	33	13.163.227	25	3,48
34.998.694	-10	590.746	-10	59,24
35.522.303	-4	19.960.675	2	1,78
35.249.679	1	72.940.906	4	0,48
31.114.509	2	20.917.179	1	1,49
30.661.115	2	5.057.975	4	6,06
30.655.827	3	14.541.458	8	2,11
28.382.025	1	98.796.442	0	0,29
28.584.691	14	24.045	10	1.188,78
22.514.708	-8	28.037.790	5	0,80

lt. Daten der Apothekenrechenzentren für Westfalen-Lippe (Stand: 30.03.2017)

## KVWL-Versorgung

## Rabattierte Fertigarzneimittel in Westfalen-Lippe

TAGESDOSEN [DDD]	NICHT RABATTIERT	RABATTIERT	GESAMT
2014 – Q1	384.360.170 – 37,8%	631.902.482 – 62,2%	1.016.262.652
Q2	389.408.238 – 36,7%	671.585.943 – 63,3%	1.060.994.181
Q3	372.965.211 – 35,2%	686.332.769 – 64,8%	1.059.297.981
Q4	368.479.381 – 34,3%	704.283.346 – 65,7%	1.072.762.728
2015 – Q1	374.279.606 – 34,8%	700.430.786 – 65,2%	1.074.710.392
Q2	367.436.532 – 34,3%	704.013.575 – 65,7%	1.071.450.106
Q3	352.369.997 – 33,5%	698.622.084 – 66,5%	1.050.992.081
Q4	362.375.327 – 33,2%	729.018.259 – 66,8%	1.091.393.586
2016 – Q1	360.190.324 – 33,2%	725.536.427 – 66,8%	1.085.726.751
Q2	366.726.246 – 32,6%	756.739.906 – 67,4%	1.123.466.152
Q3	351.381.843 – 32,4%	733.924.794 – 67,6%	1.085.306.636
Q4	353.483.326 – 31,8%	758.543.772 – 68,2%	1.112.027.098

lt. Daten der Apothekenrechenzentren für Westfalen-Lippe (Stand: 30.03.2017)

Seit ihrer Einführung steigt die Anzahl der kassenindividuellen Rabattverträge stetig an. Ende 2016 wurden bereits 68,2 Prozent der in Westfalen-Lippe verordneten Tagesdosen an Fertigarzneimitteln von Rabattverträgen erfasst. Immer häufiger sind auch patentgeschützte Arzneimittel rabattiert. Damit hat der Arzt nur noch bei einem Drittel seiner Verordnungen Transparenz über die veranlassten Kosten.







## Impressum

### HERAUSGEBERIN

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Robert-Schirrigk-Straße 4 – 6  
44141 Dortmund  
Tel. 0231/94 32 0

### DESIGN

Designstudio Steinert  
[www.designstudio-steinert.de](http://www.designstudio-steinert.de)

### REDAKTION

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Geschäftsbereich Kommunikation  
Leitung: Heike Achtermann (V.i.S.d.P.)  
E-Mail: [redaktion@kvwl.de](mailto:redaktion@kvwl.de)

### DRUCK

Bonifatius GmbH  
[www.bonifatius.de](http://www.bonifatius.de)

Oktober 2017





[WWW.KVWL.DE](http://WWW.KVWL.DE)