



Pro ambulant

Informationsdienst über die ambulante Versorgung in Nordrhein-Westfalen

Editorial

Wer ist Gewinner, wer Verlierer?

Gleich zwei neue Gesetze nehmen in diesem Jahr maßgeblichen Einfluss auf unser Gesundheitswesen. Am 1. April ist die Gesundheitsreform mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz gestartet. Wirkungen und Implikationen dieses Reformwerks werden heftig diskutiert. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ist bereits seit 1. Januar 2007 in Kraft.

Was eigentlich bedeutet Wettbewerb im Gesundheitswesen? Wer ist Gewinner und Nutznießer und wer Verlierer und Gebeutelter? Profitiert beispielsweise vor allem der gesunde, fitte Versicherte und nicht der chronisch Kranke, wenn die gesetzlichen Krankenkassen nun unterschiedliche Wahltarife anbieten? Auch das Bundesversicherungsamt (BVA) hat erst kürzlich Vorbehalte gegenüber den ersten Angeboten der Kassen angemeldet. Es besteht die Gefahr, dass sich gesunde Versicherte niedrige Prämien zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft sichern, zitierte die Tagespresse das Bundesversicherungsamt.

Ebenso relevant sind die Neuregelungen zur Gestaltung der Versorgungsverträge in den Paragraphen 73b und 73c SGB V. Aber in Nordrhein-Westfalen scheint es wenigstens nicht zum großen Streit innerhalb der Ärzteschaft zu kommen. In Westfalen wie auch in Nordrhein haben sich Hausärzteverband und Kassenärztliche Vereinigungen auf ein gemeinsames Vorgehen verständigt. Den Patienten bleibt damit die Verwirrung und Unüberschaubarkeit durch Zersplitterung in Einzelverträge erspart.

Bereits seit Anfang des Jahres gilt das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), das Ärzten mehr Flexibilität und Gestaltungsmöglichkeiten gibt. Künftig kann ein Arzt an mehreren Orten gleichzeitig praktizieren, sei es in eigener Praxis oder als Angestellter in Praxis, Krankenhaus oder Medizinischem Versorgungszentrum. Auch hier sind die komplexen Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft noch nicht im Einzelnen abzusehen. Erste Zahlen aus beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW lassen erkennen, dass die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen die Chancen für neue Formen der Berufsausübung nutzen. Der Einfluss auf die Versorgungssituation wird sich erst mittelfristig zeigen.

Inhalt

Editorial

Wer ist Gewinner, wer Verlierer? 1

Wettbewerb im Gesundheitswesen

„Wettbewerb gestärkt? Versorgung verbessert?“ 2

Gesundheitsreform 2007

GKV-Wahltarife: Risiken und Nebenwirkungen 4

Hausarztverträge

Insellösungen schlecht für Arzt und Patient 5

Bedarfsplanung

Wettbewerb verdrängt Planung 6

Meldepflicht in der Diskussion

Kinder besser vor Gewalt schützen 7

Kurznachrichten

70 Notfalldienstpraxen in Nordrhein 8

Mammographie-Screening läuft besser als erwartet 8

Mehr Ausbildung in Arztpraxen 8

Reha-Ärzte online finden 8

Impressum

8

„Wettbewerb gestärkt? Versorgung verbessert?“

Der viel diskutierte Kompromiss des großkoalitionären Tauziehens – das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ – ist am 1. April 2007 in Kraft getreten. Für Pro ambulant ist dies Anlass, einmal grundsätzliche Chancen und Risiken von Wettbewerb im Gesundheitswesen auszuloten.

Wir haben dazu auch bei zwei renommierten Experten nachgefragt – und zwar beim Medizinsoziologen Prof. Dr. Thomas Gerlinger aus Frankfurt sowie beim Generalsekretär des Deutschen Caritasverbandes, Prof. Dr. Georg Cremer.

Die Namensgebung bei Gesetzen ist in der Regel wohl überlegt. Keine Frage: „Wettbewerb“ ist positiv besetzt, setzt funktionierendes Marktgeschehen ihn doch notwendig voraus. Und gilt er doch als Produkt- und Prozessinnovationen hervorbringendes Such- und Entdeckungsverfahren, als Generator von Anreizstrukturen, als Förderer gesellschaftlich erwünschten Verhaltens. Wer ihn stärkt (oder ihn zu stärken vorgibt), kann folglich auf Zuspruch hoffen. Wer ihn ablehnt, macht sich zunächst einmal verdächtig. Womöglich Angst um angesetzten Speck? Vor Leistungsvergleichen? Vor dem Aufdecken mangelnder Kosteneffizienz?

Die ordnungspolitische Bedeutung von Wettbewerb für Marktwirtschaften steht außer Zweifel. Zu fragen bleibt indes: Was gilt jenseits der Marktsphäre – dort, wo sich Bedarfe mangels Zahlungsfähigkeit nicht in marktrelevante Nachfrage umsetzen können – etwa im Bereich gesundheitlicher (oder auch sozialer) Dienstleistungen? Eine durch das Gemeinwesen getragene Versor-

gungsverantwortung bedeutet realiter längst nicht mehr Abwesenheit von Wettbewerb. Nicht zuletzt (para-)fiskalische Zwänge haben dessen politische Beachtung und Wertschätzung nachdrücklich gefördert.

Eine staatlich gestaltete Allokationskulisse, die Akteure zielgerecht und intensiv um wirtschaftlichen Erfolg rivalisieren lässt, verheißt nicht nur haushaltspolitische Entspannung. Abhängig von geschickter Architektur und Statik solcher Kulisse, erscheint mittelbar nahezu alles inszenierbar: mehr Innovation, gesteigerte Leistungsqualität, bedarfsgerechtere Versorgung.

Gleichwohl: Wettbewerb bedeutet stets Selektion. Und wettbewerbliche Auslese birgt naturgemäß Risiken. Zumal wenn die politischen Wettbewerbschoreographen zuvorderst Ausgaben senken wollen. Und zumal wenn es um kranke Menschen geht. Von diesen ist etwa die (komplexe) Leistungsqualität in der Regel kaum zu beurteilen – weder im Vorhinein noch im Nachhinein. Die Nutzer befinden sich zudem häufig in einer sozialen, gesundheitlichen und/oder psychischen Ausnahmesituation. Das steht einer (mit-) steuernden Kundenrolle entgegen. Und andauernder wirtschaftlicher Existenzdruck birgt für das berufliche Ethos der Anbietersei-



Wettbewerb bedeutet Selektion – im sportlichen Wettkampf wird der Schwächste der Letzte sein. Solche Auswirkungen sollte der Wettbewerb im Gesundheitswesen besser nicht haben.

te Erosionsgefahren. Kurzum: Wettbewerb verspricht Licht und Schatten. Was überwiegt?

Zur Bewertungshilfe haben wir einmal bei renommierten Fachleuten nachgefragt: beim Frankfurter Medizinsoziologen Prof. Dr. Thomas Gerlinger und beim in der Wettbewerbspraxis langjährig erfahrenen Generalsekretär des Deutschen Caritasverbandes, Prof. Dr. Georg Cremer. Für Gerlinger ist vor allem eines bedeutsam: Wettbewerbskonzeptionen setzen auf finanzielle Anreize für die beteiligten Akteure – bei Kostenträgern, bei Leistungserbringern und nicht zuletzt auch bei Patienten. Der Einsatz finanzieller Anreize in der gesundheitlichen Versorgung beruhe auf der Einschätzung, dass die Akteure sich aus eigener Veranlassung nicht oder nicht hinreichend am Ziel einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung orientierten. Die mit wettbewerblichen Anreizen verbundene Erwartung bestehe nun darin, die Akteure täten dieses genau dann, wenn sie ihr Versorgungshandeln an ihren finanziellen Interessen orientierten. Würde dies nämlich nicht erwartet, machten derartige Anreize keinen Sinn, sie wären verzichtbar.

Dieses System finanzieller Anreize bedeute für die Krankenkassen, dass ihre Einnahmenbasis mit der Abwanderung von Mitgliedern erodiere und perspektivisch ihr Bestand gefährdet würde. Es bedeute für die Leistungserbringer, dass ihr Versorgungshandeln durch die Aussicht auf höhere Gewinne oder auf das Vermeiden von Verlusten gelenkt würde. Wer in diesem Wettbewerb nicht mithalten könne, müsse Einkommensverluste hinnehmen. Es drohe die Kündigung oder Nichtverlängerung von Versorgungsverträgen. Möglicherweise sei sogar die wirtschaftliche Existenz des Leistungserbringers bedroht.

Nun bedeuteten Gewinnorientierung und eine hochwertige Versorgung kranker Menschen differente Ziele bzw. Handlungslogiken, so Gerlinger. Durchaus denkbar sei allerdings, dass finanzielle Anreize zur Rationalisierung von Versorgungsabläufen führen und dabei zugleich die Qualität steigern könnten (was keinesfalls dasselbe sein müsse). Aber es seien auch immer Ausweichreaktionen möglich, sowohl in der Versicherungssphäre wie in der Versorgungssphäre. Wirtschaftliche Ziele könnten auch durch Absenken von Versorgungsqualität, durch das vorgetäuschte Einhalten von Qualitätsstandards oder durch das Verschweigen qualitativer Defizite verfolgt werden. Solche Ausweichreaktionen ließen sich in der Empirie des Wettbewerbs identifizieren. So bestünden für Krankenkassen realiter Anreize zur Risikoselektion, die sich beim derzeitigen Risikostrukturausgleich wirtschaftlich enorm lohne. Auf Seiten der Leistungserbringer macht Gerlinger ähnliche Interessen aus.

Die für Wettbewerb typischen prospektiven Vergütungsformen etwa begünstigten eine nicht indizierte Verschiebung von Behandlungen, eine Weiterleitung bestimmter Patienten an andere Institutionen des Versorgungssystems sowie das Unterlassen von Leistungen. Betroffen seien zuvorderst chronisch kranke Menschen – und damit insbesondere sozial schwache Menschen. Mit solchen Anreizen etablierte der Wettbewerb eine Handlungslogik, die sich tendenziell gerade gegen jene richte, für die eine Krankenversicherung in erster Linie da sein sollte.

Insgesamt sehr viel positiver bewertet Georg Cremer vom Deutschen Caritasverband die Wirkpotenziale des Wettbewerbs, mit denen gerade der Bereich sozialer Dienstleistungen seit mehreren Jahren Erfahrungen sammeln konnte bzw. musste. Etwa im Bereich der Pflegeversicherung, die Mitte der 90er Jahre privat-gewerblichen Anbietern die Tür zur ambulanten und stationären Pflege aufgeschlossen hat. Cremer betont zwar die besonderen Eigenschaften von sozialen bzw. gesundheitlichen Dienstleistungen und die eingeschränkten Möglichkeiten der Nutzer, hier als souveräne Konsumenten aufzutreten.

Gleichwohl spreche dies nicht gegen eine kompetitive Leistungserstellung. Entscheidend sei vielmehr die Rahmensetzung, die Wettbewerbsordnung. Diese müsse etwa die Wahlfreiheit der Hilfesuchenden und ihrer rechtlichen Vertreter sicher stellen. Diese würden nämlich (falls erforderlich, mit dem entsprechenden Empowerment) Sorge tragen, dass schlechte Leistungen vom Markt verschwinden. Die wettbewerbliche Ordnung müsse zudem gewährleisten, dass die im „Markt“ Tätigen leistungsgerechte Einkommen erzielten und, was dazu gehöre, verhindern, dass nicht leistungsgerechte Einkommen zu Lasten der Sicherungssysteme erlangt werden könnten. Sie müsse es ermöglichen, Angebotsstrukturen an neue Bedarfe anzupassen und Innovationen hervorzu bringen.

Die Position eines gut geordneten Wettbewerbs zu vertreten, so Cremer, mag in augenfälligem Widerspruch zu bestimmten Erfahrungen stehen, die seit der stärkeren wettbewerblichen Orientierung im Sozialbereich gemacht worden sind. Ursächlich sei aber aus seiner Sicht die in der Vergangenheit nur halbherzig erfolgte Umsetzung des Wettbewerbsgedanken. So stellten die Regelungen zur Pflegeversicherung (SGB XI) zwar die Leistungserbringer in einen lebhaften Wettbewerb. Der Einzelne stünde indes marktbeherrschenden Sozialleistungsträgern bzw. Sozialleistungsträgerkartellen gegenüber.

Das habe mit einer ordnungspolitischen Gestaltung von Wettbewerb natürlich nichts zu tun. Gleichwohl: Solche Fehlentwicklungen zu beklagen entlasse indes nicht aus der Verantwortung, eine ordnungspolitisch fundierte Position zur Gestaltung der Sozial- und Gesundheitsmärkte einzunehmen.

Statements im Sonderdruck

Die Statements von Prof. Dr. Georg Cremer und Prof. Dr. Thomas Gerlinger sind in einem Sonderdruck des Westfälischen Ärzteblattes erschienen. Ein kostenloses Exemplar können Sie bestellen über gesundheitspolitik@kwwl.de. Alle Beiträge zum KWWL-Jahresthema finden Sie auch im Internet unter www.kwwl.de, Rubriken Politik und Landesgesundheitspolitik.



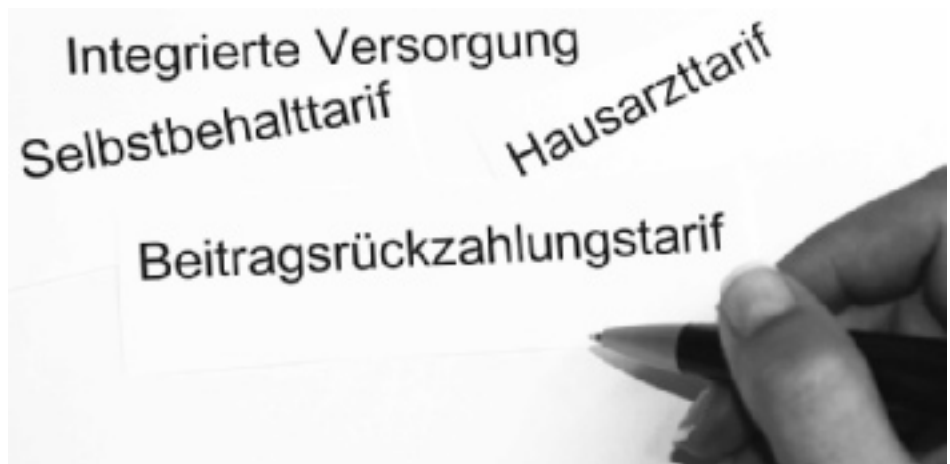
GKV-Wahltarife: Risiken und Nebenwirkungen

Seit Anfang des Jahres herrscht Hochbetrieb in den Verwaltungen von AOK, Barmer und Co. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) beschert den gesetzlichen Kassen ein enormes Arbeitspensum. Erst recht gilt dies für die Experten, die die Beitragssätze der Krankenkassen kalkulieren.

Das WSG bringt mit Selbstbehalten, Beitragsrückgewähr und zusätzlichen Tarifen für besondere Therapierichtungen ein völlig neues Instrumentarium zur Tarifgestaltung (siehe Kasten unten). Bislang allerdings stoßen die Wahltarife auf abwartende Zurückhaltung bei vielen GKV-Mitgliedern – schließlich müssten sie sich für volle drei Jahre an Tarif und Kasse binden. Zumindest in den ersten Wochen nach Inkrafttreten der Reform bleibt die Nachfrage überschaubar.

Sollte der von der Politik gewünschte Boom bei den Wahltarifen jedoch einsetzen, drohen den Ärzten Bürokratie und Mehrarbeit. Für viele Patientinnen und Patienten ist der Arzt der erste und wichtigste Ansprechpartner in Sachen Gesundheit. Und das nicht nur, wenn es um Beschwerden an Leib und Seele geht. Die Erfahrung der vergangenen Reformgesetze zeigt: Die immer komplexeren Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung haben ein immenses Informationsbedürfnis der Patienten zur Folge. Es ist kaum verwunderlich, wenn für viele die persönliche Nachfrage in der Arztpraxis näher liegt als ein Anruf im Call-Center der Krankenkasse.

Die Wahltarife, so die Bedingung des Gesetzgebers, dürfen nicht zu Lasten der übrigen Mitglieder einer Kasse querfinanziert werden.



Hausarzttarif, Selbstbehalttarif oder doch lieber eine Beitragsrückzahlung? Die GKV-Mitglieder haben die Wahl - und reagieren angesichts der verschiedenen Möglichkeiten zurzeit noch zurückhaltend.

In der Realität könnte es sich aber als schwierig erweisen, dies im Einzelfall auf Heller und Cent zu belegen. Schon allein die Anzahl der Tarife, die von den über 200 Kassen insgesamt zu erwarten sind, dürfte den Kontrolleuren in den Aufsichtsbehörden die Arbeit schwer machen.

Doch selbst dann, wenn im einzelnen der Nachweis gelingt, dass individuelle Tarife nicht der kasseninternen Stützung bedürfen, bleiben sie insgesamt problematisch. Denn die Wahltarife durchbrechen das Solidarprinzip der GKV, wonach die Gesunden für die Kran-

Seit dem 1. April haben preisbewusste Mitglieder der gesetzlichen Kassen die Wahl aus einem bunten Strauß unterschiedlicher Versicherungs- und Beitragsvarianten. Einige Beispiele:

- **Selbstbehalt:** Das Mitglied trägt einen Teil der Behandlungskosten selbst - in der Regel gestaffelt nach dem Einkommen. Dafür gewährt die Kasse spürbare Beitragsnachlässe von bis zu 600 Euro im Jahr. Der Selbstbehalt ist ökonomisch betrachtet eine „Wette“ auf die eigene Gesundheit.
- **Beitragsrückgewähr:** Mitglieder, die im Zeitraum eines Jahres keine Leistungen ihrer gesetzlichen Krankenkasse in Anspruch genommen haben (oder keine Rechnungen eingereicht haben), erhalten dafür von ihrer Krankenkasse eine Prämie. Im Unterschied zu den Selbstbehalttarifen werden die Ausgaben für beitragsfrei mit-versicherte Angehörige zu Lasten des jeweiligen GKV-Mitglieds angerechnet.
- **Kostenerstattung:** Das Mitglied bezahlt die in Anspruch genommenen Leistungen direkt und reicht seine Rechnungen und Belege im Anschluss daran bei seiner Kasse ein. Allerdings besteht das Risiko, dass die Krankenkasse nur einen Teil der Kosten erstattet. Die Kostenerstattung ist nicht neu, sie wird aber bisher kaum genutzt. In Verbindung mit Selbstbehalt-Tarifen oder der Beitragsrückgewähr könnte das Interesse steigen.
- **Tarife für besondere Therapierichtungen:** Anhänger der anthroposophischen oder homöopathischen Medizin erwerben – gegen eine besondere Prämienzahlung – einen Leistungsanspruch für entsprechende Arzneimittel.

ken und die ökonomisch Starken für die Schwachen eintreten. Untersuchungen im Ausland und auch die Evaluation eines Modellprojekts der Techniker Krankenkasse belegen: Selbstbehalt-Tarife führen zu einer „Selbstselektion“ der Versicherten. Das bedeutet: Überwiegend die Gesunden und Gutverdienenden wählen diese Tarife. Ein Rückgang der Beitragseinnahmen per saldo erscheint somit unausweichlich. Die Befürworter von Wahlтарifen argumentieren, dieses Instrument könne helfen, genau diese Klientel von einem Wechsel in die PKV abzuhalten. Zumindest auf kurze Sicht erscheint diese Annahme plausibel. Angesichts der strukturellen Einnahmeschwäche der GKV liegt es jedoch auf der Hand, dass die Kassen die in Folge der Wahlтарifen erlittenen Einnahmenverluste schon bald durch Anhebung der allgemeinen Beitragsätze ausgleichen werden.

Um die wechselwilligen Mitglieder wirklich dauerhaft in der GKV zu halten, erscheinen die Wahlтарifen daher kaum geeignet.

Dafür sorgt die Gesundheitspolitik auf anderen Wegen: Zum einen hat sie den Zugang zur PKV systematisch erschwert. GKV-Mitglieder können nur noch dann zur PKV wechseln, wenn ihr Einkommen die Versicherungspflichtgrenze (derzeit 3.975 Euro pro Monat) drei Jahre lang ununterbrochen überschritten hat. Zum anderen aber stellt die große Koalition die PKV insgesamt in Frage. Nicht wenige politische Beobachter bewerten die aktuelle Gesundheitsreform – insbesondere den verpflichtenden Basistarif – als Einstieg in die Verschmelzung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Schlechte Aussichten für die Privaten: Das GKV-Modell könnte in Zukunft „konkurrenzlos“ sein.

Hausarztverträge

Insellösungen schlecht für Arzt und Patient

Die Versorgung durch Hausärzte muss gestärkt und nicht durch unterschiedliche Verträge und Vertragspartner zersplittert und geschwächt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW setzen sich daher für eine einheitliche, flächendeckende Lösung bei der hausarztzentrierten Versorgung ein.

Rund 250 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland sind seit dem 1. April verpflichtet, ihren Versicherten spezielle Hausarztverträge anzubieten. Dabei sind die Kassen (erstmalig) frei in der Wahl ihrer ärztlichen Vertragspartner: Sie müssen keinesfalls alle hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte in ihre Verträge einbeziehen, vielmehr haben sie die Wahl. Im schlimmsten Fall besteht die hausärztliche Versorgung in NRW demnächst aus einem Nebeneinander von 250 Verträgen mit jeweils unterschiedlichen Gruppen von Ärzten und unterschiedlichen Leistungsinhalten. Ärzte können nur noch einen Teil der Versicherten behandeln, Patienten müssen bei ihrer Krankenkasse nachfragen, zu

Dr. med Kurt Kämpft
Hausarzt

Sprechzeiten:

Mo – Fr. 8.00 - 11.00 Uhr 15.00 - 18.00 Uhr

Hier nur für IKK-Patienten

Wird aus der hausärztlichen Versorgung ein Flickenteppich unterschiedlicher Verträge, verlieren Ärzte und Patienten über kurz oder lang die Übersicht, wer wen wie behandeln darf. Die beiden NRW-KVen wollen gegensteuern.

Stichwort Hausarztverträge

Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz müssen Krankenkassen Versicherten demnächst eine „hausarztzentrierte Versorgung“ anbieten.

Die Versicherten können frei entscheiden, ob sie daran teilnehmen möchten. Als Vertragspartner auf Seiten der Mediziner sieht das Gesetz Hausärzte oder

Gemeinschaften von Hausärzten vor. KVen haben ab dem 1. April 2007 nur noch einen mittelbaren Zugang bei künftigen Hausarztverträgen nach § 73b des Fünften Sozialgesetzbuchs. Sie können Vertragspartner sein, wenn Hausärzte bzw. deren Gemeinschaften dies befürworten und die KV zur Vertragsschließung ermächtigen.

welchem Arzt sie noch gehen dürfen – ein nicht mehr zu überschauender Flickenteppich. Deshalb setzen sich die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes gemeinsam mit ihren hausärztlichen Mitgliedern für einheitliche, flächendeckende Hausarztverträge für alle Versicherten und mit allen qualifizierten Ärzten ein. Dass dies funktioniert zeigen die bereits seit mehreren Jahren bestehenden Hausarztverträge nach altem Recht, die in beiden Landesteilen von den KVen ausgehandelt

und umgesetzt wurden. Diese Verträge werden übrigens auch weiter Bestand haben. „Die hausärztliche Versorgung ist das Rückgrat der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung“, kommentiert Dr. Ulrich Thamer, Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe, den Willen der Ärzte nach einheitlichen Verträgen. „Eine Zergliederung in viele Einzelverträge wäre unsinnig und keinesfalls im Sinne der Patienten.“ Auch aus der ökonomischen Perspektive machen viele konkurrierende Verträge keinen Sinn. Für Dr. Leonard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein, wächst mit der Zahl unterschiedlicher Hausarztverträge der bürokratische Aufwand für die Praxen: „Zudem bedeutet dies, dass eine zweite Logistik

Einheit der Ärzte im Rheinland...

In kurzer Zeit haben rund 2.300 Ärztinnen und Ärzte der KV Nordrhein das Mandat erteilt, in ihrem Namen Verträge nach den neuen Konditionen mit den Krankenkassen zu verhandeln. Der Hausärzterverband Nordrhein hat die KV gebeten, die Verhandlungen über Hausarztverträge gemeinsam aufzunehmen.

...und in Westfalen

Die Berufsverbände der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte - Hausärzte, Internisten und Kinderärzte - haben sich zu einer Interessengemeinschaft zusammengeschlossen. In dieser Gemeinschaft wollen sie den Kassen als einheitlicher Vertragspartner gegenüberstehen. Für die Abrechnung und die Umsetzung der Verträge wird die KV Westfalen-Lippe verantwortlich sein.

neben der KV zum Beispiel für die Abrechnung aufzubauen wäre. Das kostet unnötig

Geld und fehlt den Ärzten für die Versorgung.“

Bedarfsplanung

Wettbewerb verdrängt Planung

Er möchte die Planung, wie viele Ärzte zur Versorgung des Hochsauerlandkreise notwendig sind, nicht zentralistischen Vorgaben aus Berlin überlassen, hatte Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann während der Diskussionen um die letzte Gesundheitsreform gefordert.

Doch mit den neuesten Gesetzen wird die Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung immer unkalkulierbarer. Angesichts der anhaltend knappen Ressourcen im Gesundheitswesen und dem sich abzeichnenden Nachwuchsmangel bei niedergelassenen Ärzten ist eine Planung, wie eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gerade in ländlichen Gebieten aufrecht erhalten werden kann, eigentlich unabdingbar. Notwendig ist ein System aus Lenkung und Anreizen. „Ohne Planung“, kommentiert KV-Vorsitzender Dr. Ulrich Thamer, „wären viele ländliche Kreise sofort unterversorgt.“ Die neuen Vorgaben des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) und des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG) durchlöchern jedoch die Bedarfsplanung alter Provenienz. Die neuen Möglichkeiten der Berufsausübung durch das VÄndG sind von der Ärzteschaft grundsätzlich begrüßt worden. Doch zeigt sich schon wenige Monate nach Inkrafttreten ein zunehmender Wettbewerb um Standorte in lukrativen Zentren: Mit der Gründung von



*Dr. Ulrich Thamer,
Vorsitzender der KVWL*

Praxisfilialen - 117 wurden in den ersten fünf Monaten dieses Jahres in ganz NRW genehmigt - kann man eben nicht nur das Angebot auf dem Lande verbessern, sondern auch ein Standbein in der nächsten Kreisstadt platzieren oder innerhalb einer Großstadt eine Filiale in einem besser situierten Stadtteil gründen. Zunehmende Ein-



*Dr. Leonard Hansen,
Vorsitzender der KVNO*

zelverträge nach dem WSG oder eine möglicherweise zersplitterte hausärztliche Versorgung machen die Situation zusätzlich unüberschaubar. Auch ökonomisch gibt es bislang keine Anreize, in ländliche Regionen zu gehen. Eine Ausweitung der Tätigkeit (etwa in einer Filiale) ist für viele Ärztinnen und Ärzte nicht attraktiv: Sie haben

ihr gedeckeltes Honorarvolumen bereits ausgeschöpft oder gar überschritten. Ob eine künftige Honorarreform zusätzliche monetäre Anreize für die hohen Arbeitsbelastungen bringen wird, ist noch nicht absehbar.

„Unsere heutigen Instrumente der Planung werden verwässert, ohne dass die Politik sinnvolle Alternativen für die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung hat“, resümiert der rheinische KV-Vorsitzen-

de Dr. Leonhard Hansen. „Allein mit wettbewerblichen Elementen wird die Versorgung im Ganzen sicher nicht verbessert, sondern in vielen Regionen des Landes deutlich schlechter werden.“

Meldepflicht in der Diskussion

Kinder besser vor Gewalt schützen

Die hohe Zahl von aufgedeckten Kindesvernachlässigungen und -misshandlungen haben in vielen Bundesländern – so auch in Nordrhein-Westfalen – eine breite politische Diskussion und vielfältige Aktivitäten in Gang gesetzt.

Anfang des Jahres stellte die Landesregierung ein Handlungskonzept für einen besseren und wirksamen Kinderschutz vor. Zwei wesentliche Punkte: Eine Meldepflicht für Früherkennungsuntersuchungen und die flächendeckende Einrichtung von Frühwarnsystemen.

Die bisher freiwilligen kinder- und jugendärztlichen Früherkennungsuntersuchungen des ersten Lebensjahres (U1 bis U6) werden in Deutschland mit über 90 Prozent gut genutzt. Ab dem zweiten Lebensjahr bis zum Vorschulalter (U7 bis U9) sind die Teilnahmequoten jedoch deutlich schwächer. Vor allem Kinder aus Risikofamilien werden in wesentlich geringerem Maße erreicht. Hier stellen sich zwei entscheidende Fragen: Was können Früherkennungsuntersuchungen leisten? Wie können gerade Kinder mit höheren Risiken besser als bisher erreicht werden?

Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern sind unverzichtbar, um Entwicklungsdefizite zu erkennen und frühzeitig Gegenmaßnahmen einzuleiten. Aber auch familiäre Gewalt gegen Kinder kann in Früherkennungsuntersuchungen wirksam erkannt werden. Frühzeitige Erkennung und Intervention sind aber nur möglich, wenn die Vorsorge konsequent und in engeren Zeitabständen als bisher wahrgenommen wird. Dr. Leonhard Hansen, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein: „Die von der Landesregierung geforderte Meldepflicht kann eine sinnvolle Maßnahme sein, um besonders gefährdete Kinder in sozial benachteiligten Familien zu erreichen. Notwendige Voraussetzung ist, dass diese unbürokratisch organisiert wird.“

Es erscheint allerdings ratsam, nicht allein auf eine Meldepflicht zu fokussieren. Denn Lücken in der Betreuung überforderter



Hilflose Kinder vor häuslicher Gewalt besser schützen – ob die angedachte Meldepflicht diesem Zweck dienlich sein kann, wird derzeit viel diskutiert.

Eltern können durch gesetzlich verordnete Arztbesuche zwar erkannt, aber nicht geschlossen werden. Hierzu bedarf es einer ganzen Reihe von Maßnahmen. Letztlich wird die Tauglichkeit eines Konzeptes daran zu messen sein, inwieweit es Land und Kommunen gelingt, eine funktionierende Infrastruktur für aufsuchende Hilfen zu schaffen. Dafür müssen auch die notwendigen personellen Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden. Dr. Ulrich Thamer, Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe: „Die Diskussion um Melde- oder Kontrollpflichten einzelner Akteure darf nicht dazu führen, dass die Gesamtverantwortung der Gesellschaft für den Schutz unserer Kinder in den Hintergrund gerät.“

„Gewalt erkennen – Kindern eine Perspektive geben“ war das Thema einer interdisziplinären Fachtagung, die die KV Nordrhein und die Psychotherapeutenkammer NRW Ende März gemeinsam im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft veranstalteten. In einem Grußwort an die über 350 Teilnehmerinnen und Teilnehmer appellierte Hansen: „Kinder vor Gewalt zu schützen, kann und wird nie die Aufgabe einer einzelnen Institution sein. Hier sind alle beteiligten Berufsgruppen gefragt.“

Vorträge im Internet abrufbar

Die Vorträge der Fachtagung Thema „Gewalt erkennen - Kindern eine Perspektive geben“, können Sie auf den Internetseiten der KV Nordrhein (www.kvno.de) abrufen. Themenschwerpunkte waren: Früherkennung/Frühintervention und Netzwerke als Grundlage für Frühwarnsysteme.

Kurznachrichten

70 Notfalldienstpraxen in Nordrhein

Anfang April öffnete in Krefeld die 70. Notfalldienstpraxis der niedergelassenen Ärzte in Nordrhein. Die ambulanten Notfalldienstpraxen sichern die Versorgung der Patienten in den sprechstundenfreien Zeiten, am Wochenende und an Feiertagen. Die meisten dieser Praxen sind an Krankenhäusern angesiedelt. Finanziert werden sie von den niedergelassenen Ärzten und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Die Praxen werden von den Patienten sehr gut angenommen. Die Patienten haben eine zentrale Anlaufstelle, und bei schwerwiegenden Erkrankungen ist schnell medizinische Unterstützung des Krankenhauses zur Stelle. Im Rahmen des ambulanten Notfalldienstes versorgten 2006 die niedergelassenen nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte rund 2,5 Millionen Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr stieg damit die Zahl der ambulant versorgten Notfälle in Nordrhein mit rund 80.000 um 3,2 Prozent.

Seit Juni 2005 ist im ambulanten Notfall nordrheinweit nur noch eine Telefonnummer zu wählen, wenn ärztliche Hilfe benötigt wird. Unter Tel.: 01 80/50 44 100 (14 Cent/Minute) erreichen alle Bürger die Arztrufzentrale der niedergelassenen Ärzte, die im Juli 2003 gegründet wurde. Sie erteilt Auskünfte, wo sich die nächstgelegene Notdienstpraxis befindet, wie die Öffnungszeiten sind oder vermittelt an den diensthabenden Arzt im Fahrdienst, wenn ein Hausbesuch erforderlich ist.

Mammographie-Screening läuft besser als erwartet

In Nordrhein-Westfalen sind im ersten Jahr 16 von 20 Screening-Einheiten gestartet. Die restlichen Einheiten befinden sich derzeit im Zertifizierungsverfahren. Somit wird NRW eines der ersten Bundesländer sein, das das Mammographie-Screening nach den europäischen Leitlinien flächendeckend umsetzen wird.

Der Leiter des Referenzzentrums Mammographie in Münster, Professor Walter Heindel, stellte im Februar 2006 erste Zahlen für NRW vor. Demnach haben bisher 106.630 Frauen am Mammographie-Screening teilgenommen. Das sind 52,5 Prozent der eingeladenen Frauen; damit liegt die Teilnahmequote deutlich über den erwarteten 30 bis 40 Prozent.

Mehr Ausbildung in Arztpraxen

Mehr als 200.000 Schulabgänger in diesem Jahr in Nordrhein-Westfalen, und lediglich 66.000 gemeldete Lehrstellen: Auf dem Ausbildungsmarkt gibt es noch viel zu tun. Die Vertragsärzte in Nordrhein-Westfalen sind sich dessen bewusst und bieten zurzeit insgesamt 8.400 jungen Menschen einen Ausbildungsplatz zur Medizinischen Fachangestellten an.

Für das anstehende Berufsjahr sind bereits jetzt NRW-weit rund 730 neue Verträge geschlossen worden. Die Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe appellieren an die Kolleginnen und Kollegen, die Zahl der Ausbildungsplätze in den Arztpraxen möglichst aufzustocken – und damit das Bemühen von Arbeits- und Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann zu unterstützen, jedem Schulabgänger einen Ausbildungsplatz anbieten zu können. Die KVen in NRW gehen mit gutem Beispiel voran. Zurzeit werden hier insgesamt 23 junge Menschen unter anderem als Bürokaufleute ausgebildet. Für das bevorstehende Ausbildungsjahr sind bereits elf neue Verträge in trockenen Tüchern.

Reha-Ärzte online finden

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat in ihrem Internetangebot (www.kvno.de) ein Verzeichnis mit Ärzten veröffentlicht, die eine Genehmigung zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen besitzen. Damit hilft sie Ärzten und Patienten, Mediziner zu finden, die Kuren und Krankengymnastik verordnen dürfen. Seit dem 1. April 2007 dürfen nur noch die Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Reha) verordnen, die über eine Qualifikation gemäß § 11 Abs. 2 der Rehabilitations-Richtlinien verfügen und eine Genehmigung einer KV haben. Für Ärzte, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, endete die Übergangsfrist am 31. März.

Impressum



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

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

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



Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

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

Druck:
IVD GmbH
Wilhelmstraße 240
49475 Ibbenbüren