



# Pro ambulant

Informationsdienst über die ambulante Versorgung in Nordrhein-Westfalen

Editorial

## Gesundheit geht uns alle an

**Die aktuelle Landesimpfkampagne in Nordrhein-Westfalen lenkt erneut den Blick auf die Bedeutung der Prävention. Akute gesundheitliche Gefährdungen durch Viruserkrankungen, aber auch zahlreiche der vorherrschenden chronischen Erkrankungen können durch eine Stärkung der Gesundheit und durch die Minimierung bekannter Risikofaktoren abgewendet werden. Andere werden frühzeitig erkannt und in ihrem Verlauf abgemildert.**

Deshalb ist es zu begrüßen, wenn nun nach mehreren gescheiterten Anläufen tatsächlich ein bundeseinheitliches Präventionsgesetz auf den parlamentarischen Weg gebracht werden soll. Das Bundesministerium für Gesundheit hat Ende November 2007 einen Referentenentwurf zu einem „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze“ vorgelegt. Ziel ist, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention als vierte Säule im Gesundheitswesen auszubauen. Bereits heute sind Ärztinnen und Ärzte in der Regel die ersten Ansprechpartner ihrer Patienten, wenn es um Fragen der Krankheitsfrüherkennung sowie der sekundären und tertiären Prävention geht. Erfahrung und Kompetenz der Ärzteschaft sind aber auch dort gefordert, wo es um die Entstehung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und somit um die Primärprävention geht. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der Verhaltensprävention auf der Ebene des Individuums und der Verhältnisprävention auf der Ebene unserer räumlichen und sozialen Umgebung.

Ärztliches Handeln und ärztliche Beteiligung bilden den Kern einer zukunftsweisenden Präventionsstrategie. Erfolgreiche Prävention bedarf darüber hinaus einer breiten politischen und gesellschaftlichen Mitwirkung. Denn die Schaffung gesunder Lebensbedingungen geht uns alle an.

Mit Blick auf diese Zielsetzung übernehmen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Verantwortung. Im Mittelpunkt stehen dabei die Information und die Aufklärung der Versicherten, aber auch gemeinsam mit der Landespolitik und den Krankenkassen erarbeitete konkrete Angebote wie jüngst zur Verbesserung des Impfschutzes. Mindestens ebenso wichtig wie zentrale Aktivitäten auf Bundes- und Landesebene sind bürgernahe Aktionen und Angebote in den Kommunen. Daher beteiligt sich die Ärzteschaft auch an der Umsetzung von Programmen und Maßnahmen in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Unsere neue Ausgabe von Pro ambulant berichtet dazu Näheres.

### Inhalt

|   |          |
|---|----------|
| <b>Editorial</b>  |          |
| <b>Gesundheit geht uns alle an</b>  | <b>1</b> |
| <b>Prävention</b>   |          |
| <b>Tradition oder Neuorientierung ärztlichen Handelns?</b>                    | <b>2</b> |
| <b>Masern, Mumps, Röteln</b>  |          |
| <b>MMR-Impfkampagne Nordrhein-Westfalen gestartet</b>                         | <b>4</b> |
| <b>Schlafstörung</b>  |          |
| <b>Patienteninformation und ihre Wirkung: Ergebnisse einer Ärztebefragung</b> | <b>5</b> |
| <b>Mammographie-Screening</b>   |          |
| <b>Früherkennungsprogramm zu Brustkrebs wird angenommen</b>                   | <b>6</b> |
| <b>Arzneimittelverordnung</b>   |          |
| <b>Erfolgreiche Steuerung in NRW</b>  | <b>7</b> |
| <b>Jubiläum</b>   |          |
| <b>50 Jahre KV Nordrhein</b>  | <b>8</b> |
| <b>Impressum</b>  | <b>8</b> |

# Tradition oder Neuorientierung ärztlichen Handelns?

**„Es bewegt sich viel in Deutschland“, „Mitgehen am Mittwoch“, „Schritt halten mit Arminia Bielefeld“, „Bewegter Harz“: Dies sind nur einige der Motivationsbeschleuniger, die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt auf der Homepage ihres Hauses platziert. Publikumswirksame Kampagnen sind das eine – Stillstand in der Gesetzgebung ist das andere. Frohlockte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) noch im Juni 2004: „Präventionsgesetz kommt gut voran“, streiten sich im November 2007 die Regierungsfractionen nach wie vor vehement über Struktur und Inhalt des Gesetzes.**

Was geschah in der Zwischenzeit? 2005 scheiterte Ministerin Schmidt am Widerstand der Union und an der Entscheidung von Kanzler Schröder für Neuwahlen. Ein neuer Anlauf war absehbar. Keinem Politiker sind ernsthafte Absichten abzusprechen, Prävention als eigenständige Säule im Gesundheitswesen zu etablieren. Gleichwohl eignet sich kaum ein Thema so sehr für politischen Aktionismus und vordergründige Symbolik. Prävention ist wie „Motherhood und Applepie“, wie Weihnachten und Steuersenkung – alle sind dafür und keiner dagegen. Die Bereitschaft wurde im Koalitionsvertrag verankert, seitdem tagte eine Vielzahl von Gremien und Arbeitsgruppen. Ende November schloss sich das in der letzten Legislaturperiode mit hohen Erwartungen gestartete „Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ mit der traditionellen und 125 Mitgliedsverbände umfassenden „Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung“ zusammen. Wiederrum geht es um gemeinsame Ziele und eine intensivere Zusammenarbeit.

Nahezu zeitgleich wurde ein heftiger Dissens in der Koalition hinsichtlich des Präventionsgesetzes öffentlich. Eine Einigung der Regierungsfractionen scheidet bislang erneut an der Frage, wer Prävention in welchem Umfang bezahlt und wie sie organisiert werden soll. Ungeachtet dessen wurde Ende November der Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention“ vorgestellt. Wollte Ministerin Schmidt ursprünglich ei-

ne Stiftung etablieren, schloss sie sich nun scheinbar den Forderungen der Union zur Einrichtung eines Nationalen Präventionsrates an. Der Vorschlag zur Namensgebung wurde übernommen, die ursprünglich im Rahmen der Stiftung geplanten Finanzierungswege blieben offensichtlich unverändert. Nach wie vor sollen 350 Millionen Euro aus Mitteln der Sozialversicherung sowie der PKV verteilt werden. In diesen Sammeltopf gäbe allein die GKV jährlich 250 Millionen Euro. Die Union lehnt zentrale bürokratielastige Finanztöpfe vehement ab und plädiert stattdessen für eine Finanzverantwortung von Bund, Ländern und Kommunen, Krankenkassen und Wohlfahrtsverbänden im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeitsbereiche.

Im Folgenden geht es nicht um die Frage einer politischen Einigung. Es geht vielmehr um eine Positionierung von Ärzten, Psychotherapeuten und ihrer Körperschaften in der Prävention und der Gesundheitsförderung. Grundsätzlich wurde in der letzten Legislaturperiode die mangelnde Einbindung der Ärzteschaft in das Vorhaben und die erkennbar fehlende Verzahnung von Primär- und Sekundärprävention kritisiert. Der aktuelle Referentenentwurf sieht die Vertretung der Bundesärztekammer (BÄK) in einem Beirat des Nationalen Präventionsrates vor. In einer ersten Reaktion auf die Vorlage kritisiert die Ärzteschaft die hohe Intransparenz der Finanzierungswege und fordert über die Beiratsmitgliedschaft hinaus eine zentrale Mitentscheidungsfunktion in inhaltlichen Fragen ein.



*Der Impfschutz beim Arzt ist auch Teil einer umfassenden Gesundheitsvorsorge.*

Wie erklärt sich, dass die Ärzteschaft im politischen Diskussionsprozess über die künftige Neugestaltung der Prävention kaum vorkam? Sie unterstützt grundsätzlich die Absicht der Politik für eine umfassende Aufwertung der Prävention im Gesundheitswesen als eine der Antworten auf die demografische Herausforderung unserer Zeit und auf die Verschiebung des Krankheitspanoramas von akuten hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen. Alles spricht dafür, bereits im Vorfeld chronische Krankheiten zu vermeiden, bei bestehenden Erkrankungen deren Folgen zu mildern und darüber hinaus frühzeitige Sterblichkeit zu reduzieren. Dies wird nur gelingen, wenn alle Beteiligten stärker als in der Vergangenheit über die Krankheitsorientierung hinaus ihren Blick auf die Förderung von Gesundheit erweitern. Dies gilt auch für die Ärzteschaft.

Obwohl in § 2 der Berufsordnung als zentrale Aufgabe ärztlichen Handelns verankert, werden Prävention und Gesunder-

haltung seit jeher nicht unmittelbar mit der Ärzteschaft in Verbindung gebracht. So befand der französische Philosoph Michel de Montaigne im 16. Jahrhundert: „Von einem Arzt kann man nicht erwarten, dass er Gesunde sympathisch findet“. De facto vermitteln Ärzte jedoch bereits umfassende Lehren von der gesunden Lebensweise. Ausgewogene Ernährung, Bewegung, ein vernünftiges Verhältnis von Ruhe und Arbeit werden empfohlen. Das große Aber: Wie lässt sich erreichen, dass diese Regeln im Alltag befolgt werden?

Ärzte sind oft die ersten Ansprechpartner der Patienten, die etwas für ihre Gesundheit tun wollen. Gleichwohl ordnet man ihnen heutzutage die Rolle des Gesundheitsberaters vielfach nicht zu. In der Tat stießen erste gemeindebezogene Präventionsstudien in den 1980er Jahren bei ärztlichen Organisationen auf Skepsis z. B. hinsichtlich der Erprobung neuer Kooperationsformen. Unstrittig lag der Fokus ärztlichen Handelns in der Vergangenheit weniger auf Aufgaben der Primärprävention als vielmehr auf der Krankheitsfrüherkennung. Die Kompetenz der Ärzteschaft ist aber auch dort gefordert, wo es um die Entstehung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen geht. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der Verhaltensprävention auf der Ebene des Individuums und der Verhältnisprävention auf der Ebene von Alltagsstrukturen. In beiden Bereichen ist ärztliche Mitwirkung notwendig, um Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verantwortlich mitzugestalten.

Hinsichtlich der Verhaltensprävention ist unbestritten, dass sie nur dann erfolgreich sein kann, wenn Menschen die Notwendigkeit zu geändertem Verhalten in entsprechendes Handeln umsetzen. Prinzipiell erfordert der schwierige und langwierige Prozess der Veränderung von Risikoverhalten eine Intensivierung des Arzt-Patientenkontaktes mit unterstützenden Informationen und kompetenter Beratung. Ärzte erleben in ihrer täglichen Praxis, dass Menschen im Vorfeld einer Erkrankung in der Regel durch Kampagnen und Appelle zur Änderung ihres Lebensstils allenfalls kurzfristig zu motivieren sind. Hohe Rückfallraten und das häufig gegebene Unvermögen, Verhalten stabil und langfristig zu

**Soll Prävention und Gesundheitsförderung wirksamer als bislang etabliert werden, muss sie dort ansetzen, wo gesundheitsschädigende Verhaltensweisen entstehen und sich verfestigen: in den Lebens- und Arbeitsverhältnissen der Menschen.**

Insofern ist die Absicht der Politik nur konsequent, über Maßnahmen der Verhaltensprävention hinaus gesundheitsfördernde Strukturen zu schaffen. Dies heißt: Künftig werden Lebenswelten der Bevölkerung wie Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Senioreneinrichtungen und Stadtteile vorrangige Handlungsfelder primärpräventiver Interventionen und der Gesundheitsförderung. Sie sollen vor allem einen messbaren Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit leisten. Es existiert eine Fülle empirischer Belege über nach wie vor gegenläufige Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage von Menschen und Gesundheit und Krankheit, das gleiche gilt für risikohaftes Gesundheitsverhalten und für die Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen. Diesen Ergebnissen der Präventionsforschung will der Gesetzgeber künftig Rechnung tragen und Fehlentwicklungen der Vergangenheit korrigieren, wonach im Wettbewerb der Kassen untereinander statt Health-Promotion eine öffentlichkeitswirksame Self-Promotion im Vordergrund stand und aufwändige Kampagnen primär Ober- und Mittelschichtangehörige erreichten.

ändern, passen nicht ins Bild einer allgemeinen Präventionseuphorie. Vergessen wird oft auch, dass nach Beendigung aufwändiger Kampagnen vielfach nach kurzer Zeit wieder das ursprüngliche Risikoniveau in der Bevölkerung erreicht wird. Nicht zuletzt die Diabetesprogramme der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) belegen, dass die größten Erfolge bislang bei Maßnahmen der Sekundärprävention und somit bei den Hochrisikogruppen erzielt wurden. Symptome und Krankheitserfahrungen sind oftmals die notwendige Voraussetzung zur Veränderung des Lebensstils vor allem im mittleren Lebensalter.

Prävention und Gesundheitsförderung umfasst sowohl die Ebene des Individuums als auch die seiner gesundheitsfördernden und gesundheitsschädigenden Lebensumwelt. Auch im Kontext der Ansätze zur Verhältnisprävention sind Ärzte und ihre Körperschaften gefordert und übernehmen Verantwortung. Beispielhaft erwähnt seien zahlreiche Informations- und Serviceveranstaltungen der KVen zur Gesundheitsberatung, zur Gesundheitsvorsorge und zur Früherkennung. Erwähnt sei auch das langjährige ärztliche Engagement in den „Gesunde Schule“-Projekten und bei der Entwicklung und Umsetzung von Programmen zur Gesundheitsförderung in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen.

Eines der Hauptziele wird sein, den Gedanken der Gesunderhaltung „gesell-

schaftsfähig“ zu machen und mittels einprägsamer Botschaften eine stärkere Orientierung der Bevölkerung hin zur Gesundheit zu fördern. Um dort anzusetzen, wo gesundheitsschädigendes Verhalten sich noch nicht verfestigt hat, gilt es vorrangig, Kinder zu einem verantwortlichen Umgang mit ihrer Gesundheit zu befähigen. Diese Grundhaltung liegt auch der Erarbeitung und Umsetzung der Initiativen „Gesundheit von Mutter und Kind“, „Leben ohne Qualm“ und „Übergewicht im Kindesalter“ im Rahmen des Landespräventionskonzeptes zugrunde. Neben der Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ werden in einer weiteren Landesinitiative alte Menschen angesprochen. Sie trägt dem Faktum Rechnung, dass Prävention noch bis ins hohe Lebensalter wirksam ist und durch geeignete Maßnahmen, zum Beispiel der Sturzprävention, die Lebensqualität alter Menschen erhöht und die Pflegebedürftigkeit reduziert wird.

Die KVen bringen sich aktiv in die Umsetzung dieser Landesinitiativen ein. Sie tun dies zum einen unter Berufung auf traditionelle Funktionen von Ärzten in der Gesundheitsförderung. Und sie tun es zum anderen, um ihrer gesundheitspolitischen Verantwortung in NRW gerecht zu werden. Letztere begründet auch ihr Engagement im Rahmen der Landesimpfkampagne gegen Masern, Mumps und Röteln, über das wir in dieser Ausgabe berichten.

# MMR-Impfkampagne in NRW gestartet

In den vergangenen beiden Jahren wurden in NRW mehr als 2.000 Masernfälle mit zum Teil bedrohlichen Verläufen gemeldet. Zur Verbesserung der Durchimpfungsraten führt das Land in einer konzertierten Aktion von November 2007 bis Juni 2008 eine NRW-weite Kampagne an allen weiterführenden Schulen durch. Alle relevanten Akteure des Gesundheitswesens wurden aufgefordert, zur Schließung der Impflücken beizutragen.

Die Impfungen vor Ort sollen primär eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sein. Da die Gesundheitsämter in vielen Städten und Kreisen keine ausreichenden Kapazitäten besitzen, werden niedergelassene Kinder- und Hausärzte und ihre Arzthelferinnen um Mithilfe gebeten. Hierfür stellen die Krankenkassen und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales insgesamt 675.000 Euro zur Verfügung. Grundsätzlich ist folgender Ablauf vorgesehen: Zunächst sollen Teams aus Mitarbeitern der Gesundheitsämter und Arzthelferinnen aus den Praxen der Vertragsärzte in den Schulen den Impfstatus aller Schülerinnen und Schüler überprüfen. Fehlt die MMR-Erstimpfung, wird den Eltern angeboten, diese kostenfrei in der Schule nachzuholen.

Eltern, deren Kind eine Impfempfehlung für MMR erhalten hat, bekommen ein Aufklärungsblatt mit Einverständniserklärung. Die Impfungen gegen MMR werden im Regelfall in den Schulen durchgeführt. Ziel ist es, ein „aufsuchendes Impfangebot“ zu etablieren. Demnach soll die fehlende MMR-Erstimpfung nach vorheriger Terminankündigung während der Unterrichtszeit vorgenommen werden. Liegen akute Impfhindernisse vor, werden die Schüler darauf hingewiesen, dass die Impfung bei ihrem behandelnden Arzt oder beim Gesundheitsamt nachgeholt werden kann.

Je nach Gegebenheit vor Ort ist auch ein abweichendes Prozedere möglich: Im Kreis Heinsberg wurden im November die Impfausweise in den Schulen eingesammelt und zur Ermittlung von Impflücken in die Arztpraxen gebracht. Je Einzelprüfung zahlt das Gesundheitsamt eine Pauschale an die Praxis. Die Impfungen selbst werden in den Schulen durch die Ärzte des ÖGD erbracht.

In Düsseldorf, Köln, Leverkusen und im Rhein-Sieg-Kreis startete die Kampagne ebenfalls noch in diesem Jahr. Landesweit folgen andere Städte und Kreise zu Beginn des Jahres 2008. Fallen innerhalb der Kampagne zusätzliche Impflücken auf, erhalten die Kinder und Jugendlichen ein Merkblatt, das Hinweise zu fehlenden und empfohlenen Impfungen enthält. Sie werden gebeten, diese umgehend bei ihrem behandelnden Arzt vornehmen zu lassen.

## Drei Fragen an Dr. Leonhard Hansen, 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Welche Rolle spielen die niedergelassenen Ärzte bei der Impfkampagne?

Hansen: In fast allen Kommunen ist der öffentliche Gesundheitsdienst auf die Mithilfe der niedergelassenen Ärzte und ihrer Arzthelferinnen angewiesen. Bei einer so breit angelegten Impfkampagne gilt dies sowohl für die Kontrolle der Impfausweise als auch für die Impfungen selbst. Lassen Sie mich dies an zwei Zahlen verdeutlichen: Es müssen NRW-weit rund zwei Millionen Impfausweise geprüft und voraussichtlich mehr als 220.000 Impfungen vorgenommen werden. Wir sind froh, dass sich viele niedergelassene Ärzte und Arzthelferinnen bereit erklärt haben, die Kampagne vor Ort zu unterstützen.

Warum werden bei der Kampagne vor allem Zehn- bis 18-Jährige geimpft?

Hansen: Gerade bei dieser Altersgruppe

bestehen große Impflücken. Die geringen Durchimpfungsraten führen zu einer geringen Herdimmunität, die für nicht geimpfte und abwehrgeschwächte Kinder, aber auch Erwachsene, zu einer ernsthaften Gefahr werden kann. Es wird immer wieder vergessen, dass Kinderkrankheiten wie Masern auch für ungeimpfte Erwachsene ansteckend sind und dort häufig einen wesentlich schwereren Verlauf haben.

Hilft die Kontrolle der Impfausweise auch bei der Schließung von Impflücken?

Hansen: Ja. Durch die Impfkampagne treffen wir Ärzte auch auf Jugendliche, die sonst nicht in die Praxen kommen würden. Für uns bietet sich die Chance, die Jugendlichen auf weitere notwendige Impfungen anzusprechen und sie auch auf sonstige Präventionsangebote aufmerksam zu machen.



Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KVNO: „Bei Zehn- bis 18-Jährigen bestehen oft große Impflücken.“

# Patienteninformation und ihre Wirkung: Ergebnisse einer Ärztebefragung

Die ärztlichen Körperschaften in Westfalen-Lippe beteiligen sich an einem breit angelegten Kooperationsprojekt „Informationen über Schlaf- und Beruhigungsmittel“, initiiert von BKK-Bundesverband und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Beitrag der ärztlichen Körperschaften war unlängst eine Patienteninformationsinitiative in den Städten Dortmund und Hamm. Die einbezogenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind nun im Nachgang dazu eingehend befragt worden.

Die Zahl medikamentenabhängiger Menschen in Deutschland liegt weit jenseits der Millionen-Schwelle. Nicht selten sind Schlafstörungen der Anlass für die Einnahme solcher Arzneimittel, deren positiv empfundene Wirkungen zugleich beträchtliche (Abhängigkeits-) Risiken bergen. Eine Patienteninformation zum Thema Schlafstörungen, die in den Wartezimmern ausgelegt werden soll, wurde daher im August 2006 modellhaft an 482 niedergelassene Allgemeinmediziner, Internisten, Nervenärzte und Psychologische Psychotherapeuten in Dortmund und Hamm versandt - versehen mit einem empfehlenden Anschreiben des Vorstandes der KVWL.

Haben nun die angeschriebenen Praxen diese Unterlagen tatsächlich verwendet? Und falls ja, konnten sie daraufhin Wirkungen, etwa ein verstärktes Themeninteresse, bei Patienten feststellen? Das sollte eine im April 2007 durchgeführte schriftliche Befragung klären. Angeschrieben wurden sämtliche Praxen in Dortmund und Hamm, die acht Monate zuvor Informationsmaterial für ihre Patienten erhalten hatten (482). Ausgefüllt und zurückgeschickt worden sind 158 Bögen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 32,8 Prozent. Die Frage, ob das Projekt insgesamt begrüßt werde, bejahten 82 Prozent der Rückmeldenden. Das Infopaket hatten die Empfänger in der Regel auch zur Kenntnis genommen (85 Prozent) und die Patienteninformation Schlafstörungen daraufhin im Wartezimmer ausgelegt (80 Prozent). Diejenigen, die sich gegen eine Auslage im Wartezimmer entschieden hatten, gaben



*Jenseits der Millionenschwelle liegt die Zahl medikamentenabhängiger Menschen in Deutschland. Besonders bei Schlafstörungen greifen Betroffene gern zu Tabletten anstatt alternative Methoden auszuprobieren.*

zum Teil Gründe dafür an: u. a. „kein Bedarf“, „kein Interesse“, „weil nach meiner Erfahrung Broschüren zu undifferenziert massenweise eingesteckt und weggeworfen werden.“ Die Patienteninformation ist offenbar nicht ohne Folgewirkung geblieben. Von den Rückmeldenden, die sie ausgelegt hatten (126), gab gut jeder Vierte an, Schlafstörungen seien daraufhin verstärkt von Patienten thematisiert worden. Gefragt, ob sie eine solche Erstinformation von Patienten für einen geeigneten Ansatz halten, deren Nachfrage nach Schlaf- und Beruhigungsmitteln zu reduzieren, antworteten rund 71 Prozent mit „Ja“. Diejeni-

gen, die das Vorgehen für ungeeignet halten (38), gaben Gründe an. Am häufigsten angemerkt wurde: Richtiger Ansatz sei das persönliche Gespräch (zwölf Nennungen). Zudem wird bezweifelt, dass die Zielgruppe schriftlich in nennenswerter Größenordnung wirksam erreicht werden kann (sechs Nennungen). Ein Befragungsteilnehmer formuliert es so: „Patienten, die eine verstärkte Nachfrage nach Schlaf- und Beruhigungsmitteln äußern, haben in der Regel schon ein Abhängigkeitsproblem und lassen sich durch eine Broschüre nicht kurativ motivierend ansprechen.“ Andere verweisen auf eine ohnedies bestehende

Übersorgung mit Broschüren oder Merkblättern. Einer der Befragten meint, „dass bei vielen Betroffenen entsprechende Abwehrmechanismen der Einsicht entgegenstehen“. Ein weiterer: „Wo ein Wille ist, ist noch kein Weg!“ Und befürchtet wird in einer Antwort, die Auslage bringe „noch zusätzliche Patienten auf die Idee, Schlafmittel zu fordern, da man selbst natürlich nicht abhängig ist.“

Haben die seinerzeit mit dem Patienteninformationspaket ausgestatteten Ärzte auch ihr eigenes Verordnungsverhalten

hinsichtlich Schlaf- und Beruhigungsmitteln überprüft? Hierauf antworteten 135 der Befragten, davon gut 64 Prozent (87) mit „Ja“. Würden die seinerzeit in die Versendungsaktion einbezogenen Ärzte und Psychotherapeuten empfehlen, diese modellhafte Initiative auf andere Regionen zu übertragen? Diese Frage bejahten 112 Rückmeldende. Das sind nahezu 71 Prozent. Dieses klare Votum für eine regionale Ausweitung werden die Projektpartner bei der Entwicklung künftiger Maßnahmen berücksichtigen.

- Die Patienteninformation zum Thema Schlafstörungen finden Sie auf den Internetseiten der KVWL unter [www.kvwl.de/politik/lgp/berichte/medikamentenabhaengig.htm](http://www.kvwl.de/politik/lgp/berichte/medikamentenabhaengig.htm).

- Haben Sie Fragen zum Kooperationsprojekt? Oder zur Befragungsaktion? Den Stabsbereich Politik der KVWL erreichen Sie unter Tel. 02 31/94 32 32 33.

## Mammographie-Screening

# Früherkennungsprogramm zu Brustkrebs wird angenommen

**Mehr als die Hälfte der Frauen in Nordrhein-Westfalen, die zum Mammographie-Screening eingeladen wurden, haben bisher daran teilgenommen.**

In einzelnen Regionen liegt die Teilnahmequote beim Mammographie-Screening sogar über 70 Prozent. „Das ist ein erster Erfolg, wenn man bedenkt, dass etliche Untersuchungszentren erst vor kurzem ihre Arbeit aufgenommen haben“, resümiert Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zufrieden.

In NRW haben 2,2 Millionen Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren Anspruch auf diese Reihenuntersuchung. In dieser Altersgruppe tritt Brustkrebs besonders häufig auf. Bei sieben Prozent der untersuchten Frauen gibt eine Auffälligkeit Anlass zu weiteren Untersuchungen. Die Frauen werden zur Untersuchung in eine der landesweit 19 Screening-Einheiten eingeladen. Sie müssen sich nicht selbst um einen Termin bemühen. Eine Überweisung ist nicht notwendig.

Spitzenreiter in Nordrhein-Westfalen ist die Screening-Einheit in Mülheim/Oberhausen mit einer Teilnahmequote von 79,2 Prozent im ersten Halbjahr 2007. Auch Remscheid weist mit 71,8 Prozent eine sehr gute Quote auf. In Westfalen-Lippe ist die Screening-Einheit Minden-Lübbecke/Herford mit einer Teilnahmequote von 66,5 Prozent Spitzenreiter. Nachfolgend ist die Screening-Einheit Borken mit 57,9 Prozent. Am niedrigsten ist die Quote in Bonn. Hier nahmen nur 38,4 Prozent der eingeladenen Frauen das Angebot an.



*Das Mammographie-Screening zur Brustkrebs-Früherkennung nehmen die angeschriebenen und eingeladenen Frauen in NRW überwiegend positiv an.*

Die Ursachen für diese Unterschiede können nur vermutet werden. „Wir, die Arbeitsgemeinschaft aus Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, Krebshilfe und Selbsthilfe, wollen jetzt vor allem Frauen mit Migrationshintergrund ansprechen“, erklärt Dr. Ulrich Thamer, 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Dazu werden Informationsbroschüren und Plakate zum Beispiel in Türkisch zum Einsatz kommen.

# Erfolgreiche Steuerung in NRW

**Den kostenbewussten, wirtschaftlichen Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens verlangt der Gesetzgeber auch bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln. In Nordrhein-Westfalen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Instrumente entwickelt, um diese Forderung zu erfüllen und gleichzeitig eine sinnvolle und erfolgreiche Versorgung mit Arzneimitteln für die Bevölkerung sicherzustellen.**

Die Pharmakotherapie in der Arztpraxis ist einer der am stärksten reglementierten Versorgungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung. Um die notwendigen Arzneimittel wirtschaftlich zu verordnen und alle Sparreserven auszunutzen, hat der Gesetzgeber Regelungen zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ins Fünfte Sozialgesetzbuch geschrieben. Danach sind alljährlich zwischen Krankenkassen und KV Vereinbarungen abzuschließen, die die Obergrenze der Arznei- und Heilmittelausgaben des kommenden Jahres festlegen. Diese Gesamtsumme wird als Richtgröße pro Patient und Arzt der einzelnen Fachgruppen heruntergerechnet. Nordrhein und Westfalen-Lippe gehören zu den wenigen KVen, die im vergangenen Jahr das vereinbarte Ausgabenvolumen für Arzneimittel eingehalten haben. Bundesweit betrachtet liegen beide KVen zudem deutlich unter dem Bundestrend beim Kostenanstieg an Arzneimitteln.

In Nordrhein gibt es neben diesen Richtgrößen noch fachgruppenspezifische Zielvorgaben und eine fachgruppenspezifische Liste von so genannten Me-too-Präparaten als Orientierung für die Praxen. Ärzten, die Richtgröße und Me-too-Quote ihrer Fachgruppe überschreiten, droht ein Honorarabschlag. Für die Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln stehen in Nordrhein im Jahr 2008 rund 2,97 Milliarden Euro zur Verfügung, rund 182 Millionen mehr als im Vorjahr. Auch die Richtgrößen sind angehoben worden, über alle Fachgruppen um knapp 6,5 Prozent. „Wichtig für Patienten und Praxen ist auch die Erweiterung der Praxisbesonderheiten,

## Fakten in der Übersicht:

- Ende November hat das nordrheinische Ärzteparlament der KV gefordert, dass die Mehrwertsteuer auf Medikamente abgeschafft, zumindest aber auf den ermäßigten Satz von sieben Prozent reduziert werden soll. Bei der Benutzung von Skiliften beispielsweise wird nur ein reduzierter Satz erhoben. „Angesichts solcher Regelungen ist der volle Mehrwertsteuersatz auf Medikamente ein Skandal“, so die Versammlung.
- Welche Arznei der Arzt bei welcher Erkrankung verordnen darf, ist durch zahlreiche Vorschriften geregelt und im Umfang limitiert – es gibt für jede Praxis eine Richtschnur. Diese so genannte seit 1998 geltende Richtgröße betrifft Arznei-, Verband- und Heilmittel. Zudem wird die Alterstruktur der Patienten einer Praxis berücksichtigt. Viele Arzneimittel zur Behandlung bestimmter schwerer oder chronischer Erkrankungen sind von den Richtgrößen ausgenommen, damit die Ärzte ohne Regresse auch kostenintensive Patienten behandeln können. Weiter sind Richtgrößen arztgruppenspezifisch. Ein Hausarzt hat ein anderes Verordnungsvolumen als beispielsweise ein Augenarzt. Bei einer Überschreitung von 15 Prozent erfolgt eine Beratung des Arztes, bei 25 Prozent droht ein Regress. Wirtschaftlichkeitsprüfungen finden durch die Prüfungsstelle bzw. die Beschwerdeausschüsse statt. In den Ausschüssen sind jeweils ärztliche Vertreter sowie Vertreter der Kassenseite in gleicher Zahl vertreten. Analog existieren für die Verordnung von Heilmitteln entsprechende Vereinbarungen und Richtgrößen.

wie das Beispiel Natalizumab zur Behandlung der schubförmig verlaufenden bzw. sekundär progredienten Multiplen Sklerose, das unter die Richtgrößen fällt“, erläutert Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein den Vorteil für die Patienten.

In Westfalen-Lippe besteht das Erfolgsrezept für innovative Verordnungssteuerung im Einsatz von Leitsubstanzen in der Versorgung chronischer Erkrankungen. Bei der Behandlung von neun chronischen Erkrankungen sind die Ärzte aufgefordert, keine Fertigarzneimittel mehr zu verschreiben, sondern nur die zugrundeliegende Substanz, die Dosierung und die

Darreichungsform. Bei einer solchen Verordnung geben die Apotheker das jeweils preisgünstigste Medikament heraus.

„Ärzte sind nicht verantwortlich für die Preise von Arzneimitteln. Ihre Verantwortung liegt allein in der richtigen Indikation und der Auswahl der notwendigen Substanz zur Behandlung der Patienten. Auf diesem Wege konnten wir sicherstellen, dass die Patienten ihre wichtigen Arzneimittel bekamen, und dennoch sicher sein, so preiswert wie möglich zu verordnen“, so Dr. Wolfgang-Axel Dryden, stellvertretender Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe.

# 50 Jahre KV Nordrhein

**Am 15. Mai 1957 fand die erste ordentliche Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein statt. 4.818 Ärzte im Rheinland hatten ihre Vertreter gewählt, die an diesem Tag nach Düsseldorf reisten. Sie verabschiedeten die Satzung und wählten den ersten Vorstand. Die KV Nordrhein war geboren.**

Ihr Jubiläum nahm die KV Nordrhein zum Anlass, auf die Geschichte der ambulanten Versorgung im Rheinland zurückzublicken. Auf Schautafeln und in einer druckfrischen Broschüre konnten die über 200 Gäste der Jubiläumsveranstaltung die Geschichte der ambulanten Versorgung und der KV in Nordrhein nachvollziehen:

Mai 1945: Unter schwierigsten Bedingungen stellt die Ärzteschaft die Versorgung der Menschen sicher. Kriegsheimkehrer und Flüchtlinge strömen in die zerstörten Städte an Rhein und Ruhr. Es herrscht Hunger und es drohen Seuchen. Bereits im August 1945 bilden engagierte Ärzte eine provisorische Selbstverwaltung. Es ist die Keimzelle der „Ärztammer der Nord-Rheinprovinz“, unter deren Dach sich zunächst auch die Kassenärzte organisieren. Sie treffen sich in einem Keller des Evangelischen Krankenhauses am Fürstenwall in Düsseldorf – und sie stehen vor einem Berg ungelöster Probleme. Die Gründung der KV im Jahr 1957 fällt in die Zeit des Wirtschaftswunders. Die folgenden Jahrzehnte sind geprägt vom dynamischen Fortschritt in der Medizin und dem konsequenten Ausbau der ambulanten Versorgung. Aber auch Phasen der wirtschaftlichen Stagnation, Gesetze zur Kostendämpfung und die anhaltende Budgetierung der Honorare prägen die Geschichte der kassenärztlichen Versorgung und Selbstverwaltung.

Mit Blick auf die Perspektiven der KVen in einem modernen Gesundheitswesen sprach sich NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann in der Festveranstaltung für eine handlungsfähige vertragsärztliche Selbstverwaltung aus: „Ein System, das nur auf selektive Verträge setzt, riskiert Zersplitterung, Schwankungen der Versorgungsqualität, Bürokratie und hohe Kosten“. Wer die Zerschlagung der KVen fordere, müsse darlegen, welches andere Ordnungssystem an ihre Stelle treten solle. „Wettbewerb allein kann eine flächendeckende und hochwertige medizinische Versorgung nicht sicherstellen“, erklärte Laumann. Vehement warb auch der Vorsitzende der

KVNO, Dr. Leonhard Hansen, für eine ordnungspolitische Stärkung der Körperschaften. Die ambulante Sicherstellung dürfe nicht einem unregulierten Vertragswettbewerb überlassen werden. Hansen plädierte stattdessen für eine koordinierte Einbindung der neuen Vertragsformen in die kollektivvertragliche Sicherstellung. Der KV-Chef appellierte an die Politik, den KVen die Mitwirkung an neuen Vertragsmodellen, wie etwa der Integrierten Versorgung, nicht länger zu verwehren: „Entwürfe im großen Maßstab verlangen nach Akteuren, die strukturell und logistisch dazu in der Lage sind.“

## Historie der KVen

Die erste Gründung der KVen 1932 war eine Konsequenz anhaltender Konflikte zwischen Krankenkassen und Ärzten. Das Kabinett unter Kanzler Heinrich Brüning reagierte am 8. Dezember 1931 mit einer Notverordnung des Reichspräsidenten und verfügte darin die Gründung der KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Diese waren künftig allein für die ambulante Sicherstellung zuständig und bildeten ein Gegengewicht zu den Kassen. Als Gegenleistung verzichteten die Kassenärzte auf das Streikrecht. Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten endete die kurze Phase der kassenärztlichen Selbstverwaltung. Sämtliche ärztliche Organisationen wurden 1933 gleichgeschaltet. Erst mit dem „Gesetz über das Kassenarztrecht“ schuf der Deutsche Bundestag 1955 eine einheitliche Rechtsgrundlage für die KVen und beendete damit ein zehnjähriges Provisorium. Zwischen 1954 und 1957 wurden die KVen in den Ländern der Bundesrepublik neu gegründet. Die KV Westfalen-Lippe feierte ihr 50-jähriges Bestehen bereits im Dezember 2004.

## Impressum



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

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

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



Kassenärztliche  
Vereinigung  
Westfalen-Lippe

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

Druck:  
IVD GmbH  
Wilhelmstraße 240  
49475 Ibbenbüren