

### Editorial

# Mehr Honorar, aber Luxus geht anders

**2009 steht vor der Tür – und mit ihm der Gesundheitsfonds. 15,5 Prozent wird der einheitliche Beitragssatz für alle gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland dann betragen. Für den überwiegenden Teil der Versicherten wird dies eine spürbare Erhöhung ihrer Krankenkassenbeiträge bedeuten, lag doch der durchschnittliche bisherige Abzug bei 14,8 Prozent. Explodieren in Deutschland wieder die Gesundheitskosten?**

Hat sich die Ärzte- und Krankenhaus-Lobby durchgesetzt, um nach Jahren der Kostendämpfung endlich wieder einen kräftigen Schluck aus der Pulle zu nehmen? Zu Lasten der von der Wirtschaftskrise ohnehin schon gebeutelten Bevölkerung, ohne Rücksicht auf den „Standortfaktor“ Lohnnebenkosten? Auf den ersten Blick scheint es so. Knapp drei Milliarden Euro sollen in 2009 zur besseren finanziellen Ausstattung in die ambulante Versorgung fließen. Weitere drei Milliarden wurden den Kliniken in Aussicht gestellt. Nach 15 Jahren strenger Budgetierung unabdingbar notwendig für die Aufrechterhaltung der immer noch guten und niedrigschwelligen medizinischen Versorgung.

Mit dem Finger auf die Ärzte zeigen die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen: Durchschnittlich 120.000 Euro Jahreseinkommen für jeden Arzt müssten doch wohl reichen, polemisierte die Vorsitzende des neuen GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer. Und Bundesgesundheitsministerin Schmidt verlangt für die „Großzügigkeit“ der Politik gegenüber den Ärzten, dass sich dies nun in einer „gesteigerten Qualität“ der Patientenversorgung niederschlagen müsse.

Langsam bitte: Trauen wir uns einen zweiten Blick auf die Finanzierung der medizinischen Versorgung. Diese ist in den letzten 15 Jahren derartig ausgetrocknet worden, dass sich nicht nur die Ärzte, sondern auch die betroffenen Patienten massiv beschwerten. Trotz einer vom Gesetzgeber abgenickten Gebührenordnung bekommen Ärzte und Psychotherapeuten jedes Quartal rund 20 bis 30 Prozent ihrer Arbeitsleistung nicht bezahlt. Will man nicht noch den letzten jungen Mediziner vom Dasein als Kassenarzt abschrecken, tut hier dringend eine Besserung Not. Im Luxus lebt der Großteil der Ärzte in NRW deshalb in 2009 noch lange nicht. Dafür bedienen sich andere an den Beitragsmilliarden der gesetzlichen Krankenversicherung. Da wird getrickelt und verschoben, bis sich insbesondere der Staat entweder vor Einzahlungen drückt oder über die Mehrwertsteuer die Solidargemeinschaft schröpft. Würde dieser Verschiebebahnhof stillgelegt, wäre die deutsche Gesellschaft eine Sorge los: Sie hätte nicht nur ein sehr gutes, sondern mit einem Beitragssatz von knapp über zehn Prozent auch eines der preiswertesten Gesundheitssysteme der Welt.

## Inhalt

### Editorial

**Mehr Honorar, aber Luxus geht anders**

### Ambulante Versorgung 2009

„Haltet den Dieb!“

**Viele Faktoren treiben Kassenbeitrag hoch**

2

### Krankenversicherungsbeiträge

Studie belegt:

**Kostentreiber ist der Staat**

4

### Migration

**Medizinische Versorgung**

**interkulturell weiter öffnen**

5

### Notfalldienst

**Westfalen-Lippe gibt grünes Licht**

**für grundlegende Reform**

6

### Kurznachrichten

**Elektronische Gesundheitskarte**

**startet in Nordrhein**

8

**Westfalen-Lippe: Internet-Arztsuche informiert über behindertengerecht ausgestattete Praxen**

8

### Impressum

8

# „Haltet den Dieb!“

## Viele Faktoren treiben Kassenbeitrag hoch

**Ab dem 1. Januar 2009 wird die überwiegende Zahl der gesetzlich krankenversicherten Bürger auch in Nordrhein-Westfalen tiefer in die Tasche greifen müssen, um ihre Gesundheitsvorsorge zu finanzieren. So startet das Kernstück der Gesundheitsreform der Großen Koalition – der Gesundheitsfonds – mit dem vom Bundestag einheitlich festgesetzten Beitragssatz für alle gesetzlichen Krankenkassen von 15,5 Prozent. Zeitgleich ebenfalls zum Januar 2009 kommen die rund 30.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in NRW in den Genuss einer Honorarreform, für die die Krankenkassen bundesweit knapp drei Milliarden Euro zusätzlich aufwenden müssen. Also verursachen die deutschen Kassenärzte oder -psychotherapeuten den Beitragssatzanstieg, weil sie wieder mal einen zu großen Schluck aus der Pulle nehmen?**

Eindeutig nein – und nach der Meinung viele Ärztinnen und Ärzte hätte die lang erwartete Anhebung der Honorare nach genau 15 Jahren strikter Budgetierung ruhig noch etwas „gerechter“ ausfallen können. Denn der ambulante Gesundheitsbereich leidet seit Jahren an einer deutlichen Unterfinanzierung. Schon lange galt für Ärzte wie Psychotherapeuten nicht mehr der selbstverständliche Grundsatz, für eine erbrachte Leistung ein vorher festgesetztes Honorar zu erhalten. Gemessen an der Abrechnung nach der mit den Krankenkassen gemeinsam aufgestellten Gebührenordnung blieben rund 20 bis 30 Prozent der erbrachten Leistungen unberücksichtigt und wurden nicht vergütet. Denn mit einem eingefrorenen Budget waren diese Leistungen pauschal abgegolten. Viele notwendige Behandlungen wurden zu Lasten der mehr arbeitenden Mediziner ohne entsprechenden Vergütungsausgleich gestemmt.

Ein Zustand, der Ärzte zu recht in den letzten Jahren sprichwörtlich auf die Barrikaden getrieben hat. Und dessen fatale Folgen sich auch in NRW schon deutlich bemerkbar machen: In solch einem Umfeld ist es schwierig, beruflichen Nachwuchs zu motivieren, sich in einer Praxis niederzulassen – einer der Gründe für den bereits bestehenden und noch heftiger zu erwartenden Ärztemangel.

Die finanzielle Strangulierung der

niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten – und übrigens auch der Kliniken, die ab 2009 ebenfalls finanziell besser ausgestattet werden sollen – hatte ein Ausmaß angenommen, das sogar das Bundesgesundheitsministerium zum Einlenken veranlasste. Das fixe Honorarbudget, nach dessen Systematik die Kassenärzte das Krankheitsrisiko der Versicherten zu übernehmen hatten, soll ab Januar 2009 der Vergangenheit angehören. Ebenso die Bewertung der ärztlichen Leistungen nach Punkten, einer „Muschelwährung“, deren Wert sich immer weiter verringerte. Denn dann sollen die Ärzte und Psychotherapeuten wieder in Euro und Cent entlohnt werden und damit eine höhere Kalkulationssicherheit bekommen.

Alles gut also ab Januar 09? „Grünes Licht“ für das ärztliche Honorar zu Lasten der Krankenkassenbeiträge der Versicherten und Arbeitgeber? So sicher nicht.

Die Menge der ärztlichen Leistungen wird weiter beschränkt bleiben – wenn auch nicht mehr so rigide wie in der Vergangenheit. Blieben bislang medizinische, technische oder demografische Faktoren völlig unberücksichtigt, soll von nun an die Morbidität, also der Behandlungsbedarf der Versicherten, gemessen werden. Dadurch wird erstmals dem zunehmenden medizinischen Leistungsbedarf Rechnung getragen und die Dynamik des Anstiegs von Leistungen, beispielsweise bei der



*Die Bewertung der ärztlichen Leistung nach Punktwerten, die so genannte Muschelwährung, wird ad acta gelegt.*

Versorgung von dementen oder krebserkrankten Menschen, transparenter dargestellt werden können. Allein die Zunahme von an Diabetes und anderen chronischen Krankheiten leidenden Patienten stellt ständig wachsende Herausforderungen an unsere Gesundheitsversorgung dar.

Theoretisch soll der prognostizierte medizinische Leistungsbedarf auch die ärztlichen Leistungen bestimmen bzw. begrenzen. Jeder Arzt bekommt ein so genanntes Regelleistungsvolumen (RLV). Feste Preise werden dann nur bis zu der

Grenze bezahlt, die dieses individuelle RLV darstellt, das ausgehend von der errechneten Morbidität pro Quartal neu angepasst wird. Darüber hinaus werden die erbrachten Leistungen mit einem deutlich abgestaffelten Preis vergütet, dessen Höhe erst im Nachhinein feststeht. Damit ist das Morbiditätsrisiko, welches seit 1992 von den Ärzten zu tragen war, wieder auf die Kostenträger übergegangen.

Und wo bleiben denn die drei Milliarden, die an die niedergelassenen Ärzte fließen sollen? So einfach wie diese Rechnung könnte auch die Antwort ausfallen: Der Löwenanteil der zusätzlichen Vergütung wird in die ostdeutschen Bundesländer wandern, wo die Ärzte bislang deutlich geringere Honorare erwirtschaften konnten als etwa in den „reichen“ süddeutschen Ländern.

Kurz gesagt: Nicht jedes Bundesland und nicht jeder Arzt erhalten pauschal einen gleichen Zuwachs. Die Verteilmechanismen der neuen Honorarordnung sind kompliziert und ziehen auch ungerechte Folgen nach sich. Hart trifft es die Ärzte und Psychotherapeuten gerade im NRW-Landesteil Nordrhein. Für eine Mehrheit der nordrheinischen Praxen kann es 2009 sogar zu Honorarverlusten im Vergleich zu 2008 kommen.

Denn eigentlich hätten – bezogen auf das Basisjahr 2007 – 209 Millionen Euro zusätzlich für die Vergütung fließen sollen. Tatsächlich ergibt die Umsetzung der in Berlin bestimmten Verteilungsbeschlüsse nur eine Erhöhung von 63 Millionen Euro. Betrachtet man die Zahl der zusätzlichen Leistungen, die seit dem Basisjahr 2007 ergänzend in die ambulante Versorgung aufgenommen wurden und jetzt mit in der Gesamtvergütung stecken (zum Beispiel das Hautkrebscreening), sind damit die real verbleibenden geringen Honorarzuwächse bereits aufgebraucht.

15,5 Prozent Krankenkassenbeitrag können weder den Ärzten noch den Krankenhäusern angelastet werden. Wer das behauptet, schreit „Haltet den Dieb!“. Es sind viele Faktoren, die den Kassenbeitrag in die Höhe treiben. Der steigende Versor-

#### Stimmen zu den Kosten im Gesundheitswesen:

- „Wir erwarten, dass sich dies durchgängig in einer qualitativ hohen und guten Versorgung für die Versicherten niederschlägt.“  
Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) zu den beschlossenen Honorarsteigerungen der Ärzte (FTD, 28. August, 2008)
- „Die Beitragssatzgestaltung in Form der Festlegung der Beitragssatzhöhe durch die Bundesregierung wird wie ein Globalbudget wirken. Wegen des demografischen Wandels sowie des medizinischen Fortschritts steht aber schon jetzt fest, dass die Gesundheitskosten in Zukunft ansteigen werden.“  
Dr. Andreas Köhler (KBV-Vorsitzender) zum Gesundheitsfonds
- „Die Krankenkassen werden mit allen Mitteln versuchen, mit den Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds auszukommen. Dies bedeutet, dass der Spielraum für Innovationen und neue Vertragsmodelle, die Investitionen oder Mehrausgaben – auch für Qualitätsverbesserungen – erfordern, extrem gering sein wird. Der innovative bzw. qualitätsverbessernde Gestaltungsspielraum der Kassen wird damit gegen null tendieren.“  
Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages – „Gesundheitsfonds“, 15. Oktober 2008
- „Es wird einen massiven Wettbewerb um niedrigere Kosten geben. Jeder Cent, der eingespart werden kann, wird eingespart werden.“  
Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, zur Situation der Kassen zum Start des Gesundheitsfonds (Deutsches Ärzteblatt, 2007)

gungsbedarf der alternden Bevölkerung, der medizinischen Fortschritt und die Umverteilungen innerhalb des Sozialsystems

sind daran wesentlich stärker beteiligt als die Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung.



*Die finanzielle Strangulierung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten hat ein Ausmaß angenommen, das selbst das Bundesgesundheitsministerium zum Einlenken veranlasst hat.*

# Studie belegt: Kostentreiber ist der Staat

**Steigen die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), so sind die vermeintlich Schuldigen meist schnell ausgemacht: ineffiziente Krankenhäuser, nimmersatte Ärzte und schlecht wirtschaftende Krankenkassen. Tatsächlich aber ist die Politik selbst einer der Hauptkostentreiber im Gesundheitswesen. Es sind vor allem sozialpolitische Maßnahmen und Beschlüsse, die die Krankenkassen zu Gunsten anderer Sozialsysteme und anderer öffentlicher Haushalte mit bis zu 45,5 Milliarden Euro pro Jahr belasten. So die aktuellen Berechnungen des renommierten Fritz Beske Institutes für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) in Kiel\*. Ohne diese Belastungen könnte der Beitragssatz um 4,55 Beitragssatzpunkte gesenkt werden.**

### Familienpolitik zu Lasten der GKV

Mit einem jährlichen Volumen von rund 23 Milliarden Euro steht die kostenfreie Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern ganz oben auf der Liste der Kieler Gesundheitsökonomien. An der Beitragsfreiheit der Kinder soll laut IGSF auch künftig nicht gerüttelt werden. Gleichwohl halten es die Autoren der Studie für ordnungspolitisch problematisch, dass diese genuin familienpolitische Aufgabe allein von den GKV-Versicherten geschultert und nicht etwa aus Steuermitteln getragen wird.

### Sozialpolitische Verschiebebahnhöfe

Weitere elf Milliarden an jährlichen Belastungen der GKV sind das Resultat einer fragwürdigen Sozialgesetzgebung in den Jahren 1989 bis 2004. In dieser Periode wurde die Finanzierungsbasis der GKV zu Gunsten der anderen Sozialversicherungsträger aber auch der Gebietskörperschaften systematisch geschwächt. Ökonomen bezeichnen diese Fehlsteuerung als sozialpolitischen Verschiebebahnhof. In diesem Zeitraum hat der Gesetzgeber vor allem die Beitragsbasis der Krankenkassenbeiträge bei den Empfängern von Arbeitslosengeld, Sozialhilfe und anderen Sozialtransfers wiederholt herabgesetzt. Allein die willkürliche Absenkung der Bemessungsbasis für Arbeitslose von 100 auf 80 Prozent des letzten Bruttoeinkommens im Zuge der Rentenreform 1992 schlägt bis heute Jahr für Jahr mit 1,9 Milliarden Euro zu Buche. Die Folge: Den real überdurchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen für diesen Personenkreis stehen politisch abgesenkte Beitragszahlungen der Sozialhilfeträger, Rentenversicherer und insbesondere der Bundesagentur für Arbeit gegenüber. Die Einsparungen in diesen Haushalten werden also durch überhöhte GKV-Beiträge der Arbeitnehmer finanziert.

### Mindereinnahmen

Geradezu bescheiden nehmen sich die seit 2004 neu hinzugekommenen „Verschiebebahnhöfe“ aus. Die Kieler Forscher beziffern die Effekte gesetzlicher Regelungen zu Lasten der GKV auf 500 Millionen Euro. Hier handelt es sich beispielsweise um Mindereinnahmen aufgrund der Neuregelung der Pflegezeit und um die Bei-

tragsausfälle bei „GKV-Rückkehrern“, also diejenigen Personen, die in den vergangenen Monaten oder Jahren nirgendwo versichert waren und nach dem Willen der Politik wieder in die Solidargemeinschaft der GKV aufgenommen werden.

### Versicherungsfremde Leistungen

Gravierend hingegen sind die jährlichen Belastungen der GKV durch versicherungsfremde Leistungen, zu deren Finanzierung die Krankenkassen per Gesetz verpflichtet sind. Das IGSF beziffert diesen Ausgabenblock auf insgesamt vier Milliarden Euro. Allein die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft tragen über 2,6 Milliarden Euro zu den versicherungsfremden Leistungen bei. Zu dieser Kategorie zählen die IGSF-Ökonomen ferner die Förderung der Selbsthilfe, die Finanzierung von Vorsorgekuren sowie Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter und eine Reihe weiterer Maßnahmen. Dabei stellt das Kieler Institut keineswegs die Sinnhaftigkeit dieser Leistungen in Frage, wohl aber deren Finan-



*Der Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung steigt und steigt. Grund dafür sind aber nicht die Ärzte, sondern der Staat als ein wesentlicher Kostentreiber.*

zierung ausschließlich durch die GKV. Hier mahnen die Autoren ordnungspolitisch überzeugendere Alternativen an, insbesondere dann, wenn es sich um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt.

### Mehrwertsteuer – Steuerprivilegien für Tiernahrung

Nicht nur die Renten- und Arbeitslosenversicherung, sondern auch die Finanzverwaltung schöpft aus den Verschiebebahnhöfen zu Lasten der GKV. Während Lebensmittelproduzenten, Buch- und Zeitungsverleger und selbst die Hersteller von Tiernahrung von der ermäßigten Mehrwertsteuer (7 Prozent) profitieren, gilt für Arznei- und Hilfsmittel der volle Satz von 19 Prozent. Im Vergleich zu einer ermäßigten Besteuerung summieren sich die Mehrkosten zu Lasten der GKV-Versicherten auf jährliche vier Milliarden Euro.

## Migration

# Medizinische Versorgung interkulturell weiter öffnen

Die Zusammensetzung unserer Bevölkerung verändert sich zusehends. Erklärungen sind in aller Munde: hohe Lebenserwartung, wenig Nachwuchs. Damit aber bleibt eine starke Wirkkraft demografischen Wandels außen vor – die Internationalisierung der Bevölkerung. Hinter dem hiesigen Wanderungssaldo von jährlich etwa 100.000 bis 150.000 stehen nämlich beträchtliche Bruttoströme. Mit rund 700.000 haben die jährlichen Zuwanderungen die Zahl der Geburten deutlich überflügelt. Kein Zweifel, Deutschland ist ein Einwanderungsland. Es hat, bezogen auf die Bevölkerung, mehr Zuwanderer als klassische Einwanderungsländer wie Kanada oder Australien. Mehr heißt: etwa das Vier- bis Fünffache.

Einen Migrationshintergrund haben hierzulande, wie Mikrozensusdaten zeigen, über 15 Millionen Menschen. Das ist nahezu jeder Fünfte. Dazu zählen zum einen all jene (Ausländer, Eingebürgerte, Spätaussiedler), die selbst Migrationserfahrungen haben, zum anderen auch die Nachkommen der Zugewanderten. Die gesundheitliche Situation ist hier im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung ungünstig. Die Gründe dafür sind vielfältig. Hohe Infektionsrisiken (HIV, Tuberkulose etc.) in einigen Herkunftsländern spielen ebenso eine Rolle wie soziale und gesundheitliche Belastungen durch die Migration selbst (Trennung von der Familie, Verfolgung etc.).

Im Aufnahmeland warten häufig schwierige Arbeits- und Lebensbedingungen, mitunter auch psychisch belastende Ausgrenzungserfahrungen. Medizinische Versorgungsbedarfe resultieren aber auch aus der Alterung zugewanderter Menschen. So haben etwa die ‚Gastarbeiter‘ aus der Anwerbezeit längst das Ruhestandsalter erreicht. Kurzum: Menschen mit Migrationshintergrund spielen eine deutlich anwachsende Rolle im ambulanten

Fast alle unserer Nachbarländer haben für Arzneimittel eine ermäßigte Mehrwertsteuer festgesetzt. Nicht zuletzt diejenigen, auf deren vergleichsweise niedrige Gesundheitsausgaben die Bundesregierung ansonsten gerne als Vorbild für Deutschland verweist.

Anlässlich der Präsentation der Studie forderte Fritz Beske dazu auf, die Politik der Verschiebebahnhöfe stillzulegen. „Die sich zuspitzende Finanzsituation der GKV lässt es nicht wie in Zeiten des Wohlstandes zu, dass von der GKV Leistungen erbracht werden, die nicht zum definierten Aufgabenbereich der GKV gehören“.

\* Die Studie „Zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung – Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung“ können Sie bestellen unter [info@igsf-stiftung.de](mailto:info@igsf-stiftung.de).



*Die Probleme in der medizinischen Versorgung von Migranten sind oft vielschichtig. Vor allem administrative und kulturelle Hürden erschweren den Zugang zum System.*

Versorgungsgeschehen. Dass viele von ihnen einem fremden Kulturkreis entstammen, stellt dabei eine besondere versorgungspolitische Herausforderung dar.

Administrative und kulturelle Hürden erschweren mitunter schon den Zugang zum Versorgungssystem, das gerade zugewanderte Menschen als besonders undurchsichtiges Institutionendickicht wahrnehmen. Sind solche Zugangshürden erfolgreich genommen, birgt die konkrete Versorgungssituation Verständigungsrisiken. Unzureichende Sprachkenntnisse der Patienten, gerade wenn es um Körper, Gesundheit und Befindlichkeit geht, erschweren die Kommunikation mit dem Arzt. Das Vermitteln von Gesundheitsinformationen, von Befunden und Therapieoptionen stellt häufig Anforderungen, die über die rein sprachliche Dimension

hinausreichen. So gilt es, Bildung und Gesundheitswissen, aber auch kulturell bedingte Tabubereiche auf Seiten der Kranken angemessen zu berücksichtigen. Nicht selten weisen Zugewanderte Krankheitsvorstellungen auf, die vom hiesigen schulmedizinischen Verständnis deutlich abweichen und häufig eng mit religiösen Inhalten verknüpft sind. Da werden gesundheitliche Beeinträchtigungen teils fatalistisch als hinzunehmende göttliche Strafe begriffen.

Auftretende Beschwerden werden nach Erfahrungsberichten von Ärzten häufig ohne ein Auseinanderhalten von psychischen und somatischen Beeinträchtigungen erlebt und geschildert. Selbst wenn sich Erkrankungen auf bestimmte Körperregionen konzentrieren, betreffen sie in deren Wahrnehmung doch stets den Menschen insgesamt. Beschwerden werden dann typischerweise wenig konkret beschrieben („Der ganze Körper tut weh!“). Deutsche Ärzte erwarten hingegen eher differenzierte, möglichst lokalisierende Symptomschilderungen. Auch eine deutlich höhere Schmerzbetonung bei türkischen im Vergleich zu deutschen Patienten ist empirisch gut belegt.

#### Haben Sie Interesse?

Mehr Informationen finden Sie im KVWL-Magazin Standpunkt extra, Nr. 1, Juli 2008, sowie in: RKI/Stat. Bundesamt, Migration und Gesundheit, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008. Ein Bericht über die KVWL-Fachtagung zum Thema ist nachzulesen im Internet unter [www.kvwl.de/politik/lgp/berichte/2008/migranten.htm](http://www.kvwl.de/politik/lgp/berichte/2008/migranten.htm). Bei Fragen zu den migrantenorientierten Aktivitäten der KVWL erreichen Sie den Stabsbereich Politik zudem unter der Telefonnummer 02 31/94 32-32 33.

Das kann etwa dazu führen, dass eine erforderliche psychosomatische Behandlung zunächst unterbleibt.

In der psychotherapeutischen Versorgung jedenfalls sind Menschen mit Migrationshintergrund deutlich unterrepräsentiert, bei den psychiatrischen Zwangseinsweisungen hingegen überproportional ver-

treten. Kein Zweifel, die ambulante Versorgung muss sich künftig auf ein deutliches Mehr an Patienten einstellen, deren Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, deren Kommunikations- und Lebensstilmuster von denen der Mehrheitsbevölkerung abweichen. Mit anderen Worten: Sie muss sich interkulturell nachhaltig öffnen. Die KV Westfalen-Lippe ist dazu initiativ geworden.

Sie vermittelt durch praxisbezogene Fachveranstaltungen, etwa mit der Deutsch-türkischen Mediziner-Gesellschaft, interkulturelles Wissen an deutsche Ärzte. Sie hat ihren Patientenbeirat, der den Vorstand in Fragen der Patientenorientierung kontinuierlich berät, um eine Vertretung der Migranten erweitert. Die KVWL begleitet Migranten-Selbsthilfeengagement, um Erkenntnisse über migrantenspezifische Hürden auf dem Weg zur Selbsthilfe zu identifizieren und gezielt abzubauen. Und sie setzt sich für eine stärkere Vernetzung mit Migranten-Selbstorganisationen ein, um auch auf diesem Wege Multiplikatoren zu gewinnen und Gesundheitswissen in den Zielgruppen breit zu fördern.

#### Notfalldienst

## Westfalen-Lippe gibt grünes Licht für grundlegende Reform

**Die umfassende ärztliche Versorgung aller Bürger in Westfalen-Lippe ist eine der wichtigsten Aufgaben der KVWL. Einer der Kernpunkte dabei ist der ärztliche Notfalldienst außerhalb der normalen Sprechstundenzeiten an Mittwoch Nachmittagen sowie an Wochenenden und Feiertagen. Diesen will die KVWL künftig effizienter gestalten. Eine umfassende Reform ist in Arbeit. Ihr Kern: die Einrichtung einer zentralen Leitstelle und eine neue Struktur der Notdienstbezirke ab 2010.**

Es muss jetzt gehandelt werden. Denn die Weitergabe von Arztpraxen an Nachfolger wird durch die hohe Dienstbelastung – und dazu zählt auch der Notfalldienst – immer mehr erschwert. Ein Beispiel: Im Bezirk Alstaette teilen sich gera-

de einmal sechs Ärzte den Notfalldienst. Pro Halbjahr entfallen davon auf den einzelnen Arzt knapp 309 Stunden – macht also 13 Dienste zu je 24 Stunden pro Halbjahr. „Junge Ärzte haben heute ein ganz anderes Freizeitverhalten“, sagte auch

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann gegenüber den Westfälischen Nachrichten. Vor dem Hintergrund der Nachwuchsproblematik vor allem in ländlichen Regionen plädierte er dafür, beim Notdienst rationaler vorzugehen und die

Dienstbelastung zu senken. Nicht selten sind die Ärzte nämlich nicht nur 24 Stunden, sondern das komplette Wochenende lang in Bereitschaft. Wohlgermerkt: Die Bereitschaft selbst wird nicht vergütet. Bezahlte bekommt der Arzt nur den tatsächlichen Kontakt zum Patienten. Laut Heilberufs- und Vertragsarztrecht ist er auf der anderen Seite dazu verpflichtet, die Strukturen des Notfalldienstes aus eigener Tasche zu finanzieren. Fazit: Der Notfalldienst muss wirtschaftlicher gestaltet werden.

In Westfalen-Lippe soll das Gelingen durch die Vergrößerung der Notfalldienstbezirke und mit Hilfe einer neuen zentralen Leitstelle mit einer landesweit bekannten Rufnummer. Diese zentrale Leitstelle soll, so das Konzept der KVWL, die Erstberatung der Notfallpatienten übernehmen und den Einsatz der Ressourcen koordinieren. Positiver Nebeneffekt der Leitstelle:

### Eckpunkte der Reform in Westfalen-Lippe

- Die Strukturen sollen vereinheitlicht werden.
- Es sollen zentrale Anlaufpraxen eingerichtet werden.
- Eine Verzahnung mit dem stationären Bereich ist angedacht.
- Poolärzte sollen unterstützend tätig werden.
- Der Notfalldienst soll während der ganzen Woche aufrecht erhalten werden.
- Eine Vergrößerung der Notfalldienstbezirke soll die Dienstfrequenz senken.

Zurzeit werden der organisierte Notfall- und der Rettungsdienst häufig verwechselt. Eine Leitstelle mit Filterfunktion könnte die Reibungsverluste vermindern. In Nordrhein existiert eine solche Stelle inzwischen seit sechs Jahren. Von den Vorteilen hat sich auch die KVWL vor Ort überzeugt und möchte jetzt – immer in enger Absprache mit den Mitgliedern – in die gleiche Richtung gehen. Die Leitstelle soll dann auch die Einsätze eines Fahr-

dienstes steuern. Können Patienten die nächstgelegene Notfallpraxis nicht selbst aufsuchen, kommt der Fahrdienst zu ihnen. „Alles in allem wollen wir flächendeckend die Vereinheitlichung der Struktur“, sagte der Vorsitzende des Ausschusses für Sicherstellung und neue Versorgungsformen in Westfalen-Lippe, Dr. Stefan Ernst.

Synergien nutzen: Dass die Zusammenlegung und Vereinheitlichung der Notfalldienstbezirke sinnvoll ist, zeigt das Beispiel Ahaus/Legden/Schöppingen/Heek. Hier teilen sich 52 Ärzte 2.085 Notfalldienst-Stunden pro Halbjahr. Mit anderen Worten: Innerhalb von sechs Monaten übernimmt jeder Arzt gerade einmal 1,7 Dienste zu je 24 Stunden. Bei aller Wirtschaftlichkeit geht es aber vor allem darum, dass Ärzte ihren Dienst weiterhin gut absolvieren. Die angedachte Reform trägt dazu bei, nach wie vor alle Patienten zu versorgen – aber mit schlankeren, Zeit und Kosten sparenden Ressourcen. Diese Entlastung kommt der Sprechstunde in der Praxis und damit der Regelversorgung zugute, nicht nur im Hinblick auf Praxisnachfolger.

Die Ressourcen optimal einzusetzen und die niedergelassenen Ärzte zu entlasten ist das Ziel der Reform in Westfalen-Lippe. Denn ein zunehmender Wettbewerb um den ärztlichen Nachwuchs findet nicht nur von Kommune zu Kommune statt sondern sogar KV- und Bundesland-übergreifend. Die Regionen, die künftig das überzeugendste Angebot vorweisen können, stehen am Ende als Gewinner da. NRW wird dank der Notfalldienst-Reformen dazu zählen können.

### Notdienst in Nordrhein

Notdienst leisten mit wenigen Ausnahmen alle niedergelassenen Vertragsärzte sowie Privatärzte. Derzeit existieren 78 Notdienstpraxen – rund 450 Mediziner sind durchschnittlich im organisierten Notdienst-Einsatz. Auch Rettungsdienste und Feuerwehr arbeiten mit der Arztrufzentrale zusammen.

Vermittelt wurden:	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	Durchschnittlich vermittelt pro Quartal
<b>Hausbesuche</b>	55.742	43.436	41.501	<b>46.893</b>
<b>Praxisbesuche</b>	63.526	44.523	38.437	<b>48.829</b>
<b>Tel. Beratung</b>	81.014	67.248	60.813	<b>69.691</b>
<b>Apotheken</b>	633	755	531	<b>639</b>
<b>Auskunft</b>	1.143	860	874	<b>959</b>
<b>Zahnarzt</b>	2.763	4.001	3.534	<b>3.433</b>
<b>Gesamt</b>	<b>204.821</b>	<b>160.823</b>	<b>145.690</b>	<b>170.444</b>

Einsatzaufträge der Anrufzentrale in Nordrhein im Jahr 2008.

## Kurznachrichten

### Elektronische Gesundheitskarte startet in Nordrhein

Auf der Düsseldorfer Medizinmesse MEDICA fiel der Startschuss: Nach umfangreichen Vorarbeiten werden nun im ersten und zweiten Quartal 2009 modernste Lesegeräte an die mehr als 22.000 Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte und Krankenhäuser in Nordrhein ausgegeben. Mit diesen Geräten können die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) wie auch die alten Karten eingelesen werden. Damit startet das so genannte Basis-Rollout.

Für die niedergelassenen Ärzte werden die Geräte über Pauschalen finanziert, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband Bund Mitte November ausgehandelt hat. Sobald die Praxen ausgestattet sind, können die neuen Karten an die rund neun Millionen Versicherten in Nordrhein ausgegeben werden.

Die elektronische Gesundheitskarte enthält zunächst Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenkasse, die neue lebenslange Versichertennummer, das Geschlecht, den Zuzahlungsstatus, das Bild des Versicherten und das Formular E 111, bekannt als Auslandskrankenchein. Weitere Funktionalitäten wie die Arzneimitteldokumentation, der Notfalldatensatz und das elektronische Rezept werden derzeit in der Region Bochum-Essen getestet.



Die Arztpraxen in Nordrhein werden jetzt mit den Lesegeräten für die elektronische Gesundheitskarte ausgestattet.

### Westfalen-Lippe: Internet-Arztsuche informiert über behindertengerecht ausgestattete Praxen

Eine schnelle Orientierung, welche Arztpraxen in Westfalen-Lippe über behindertengerechte Einrichtungen verfügen, bietet ab sofort die Internet-Arztsuche der KVWL. Mehr als 40 Prozent der rund 10.000 Arztpraxen im Landesteil Westfalen sind behindertengerecht eingerichtet und ohne wesentliche Barrieren zugänglich. Damit können Patienten sich einen Überblick verschaffen, welche Erleichterungen vom Behindertenparkplatz über den treppenf freien Zugang bis zu rollstuhlgerechten Türen und behindertengerechten Toiletten die Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten in ihrem Ort bieten. Erläuterungen konkretisieren, was zum Beispiel unter Begriffen wie „barrierefrei“ zu verstehen ist. „Mit den Angaben über die behindertengerechte Ausstattung der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen haben wir unser Informationsangebot für Patienten komfortabel erweitert“, so Dr. Ulrich Thamer, 1. Vorsitzender der KVWL. Der Arztbesuch dürfe gerade für behinderte Menschen nicht an der Tür zur Praxis enden.

Mit Hilfe der elektronischen Arztsuche können die Bürger sich nicht nur über alle im Landesteil niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mit Praxisanschrift, Öffnungszeiten und Telefonnummer informieren. Die gezielte Recherche nach Fachgebieten und Zusatzbezeichnungen – wie sie auch auf den Praxisschildern geführt werden – ist ebenso möglich wie nach Fremdsprachenkenntnissen des Praxisinhabers. Auch ob die Praxis an Disease-Management-Programmen teilnimmt oder Sonderleistungen wie das Hautkrebscreening anbietet, ist abfragbar. Ein Routenplaner für die Anfahrt mit dem PKW oder der Link zu den Fahrplänen des öffentlichen Nahverkehrs runden das Angebot ab. Die elektronische Arztsuche ist zu finden unter [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) in der Rubrik „Bürger“, Stichwort Arztsuche oder im Schnellzugriff am rechten Bildrand. Patienten, die nicht über einen Internetzugang verfügen, erhalten die Auskünfte telefonisch von der Bürgerinformation der Ärztekammer und der KVWL unter der Rufnummer 02 51/ 9 29 90 00. Für Nordrhein erreichen Sie diesen Service auf der Internetseite [www.kvno.de](http://www.kvno.de) und unter der gebührenfreien Telefonnummer 08 00/6 22 44 88.

## 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 (verantwort.)  
Heike Achtermann  
Ruth Bahners  
Dr. Edith Meier  
Sigrid Müller  
Johannes Reimann  
Ina Retkowitz  
Dr. Michael Wüstenbecker

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