

# KVBFORUM 03|14



## GENDERMEDIZIN

Eine Frage des Geschlechts

**VERSORGUNGSFORSCHUNG:** Studie zur Herzinsuffizienz in Bayern

**GESUNDHEITSPOLITIK:** Was plant die Große Koalition für den ambulanten Bereich?

**DELEGATION:** Die unverzichtbare Hilfestellung für jeden Vertragsarzt



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

in dieser Ausgabe von KVB FORUM widmen wir uns im Schwerpunktthema den unterschiedlichen Krankheitsverläufen und Behandlungsstrategien bei Frauen und Männern. Obwohl wir aus Zuschriften wissen, dass der eine oder andere Leser bei Anglizismen aller Art durchaus allergisch reagiert, verwenden wir dennoch den Ausdruck „Gendermedizin“, da er sich in Forschung und Wissenschaft für die Inhalte unseres Titelthemas fest etabliert hat. Dankbar sind wir der Kollegin Dr. Astrid Bühren, die auf dem Feld seit vielen Jahren Pionierarbeit leistet und auch diesmal wieder unserer Redaktion beratend zur Seite stand – auch wenn sie nicht direkt als Autorin in Erscheinung getreten ist. Dafür haben wir andere Expertinnen gewinnen können, die Unterschiede hinsichtlich der Diagnostik und Therapie bei Frauen und Männern näher zu beleuchten. Eins ist dabei natürlich auch klar: Es gibt keine nach Geschlechtern getrennte Medizin, aber es gibt in der Behandlung eben gewisse Unterschiede, die es zu beachten gilt. Einige Denkanstöße für Ihre Praxis können dabei hoffentlich die folgenden Seiten liefern.

An dieser Stelle möchten wir zum Ende seiner Tätigkeit in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch noch einen besonders herzlichen Dank an den langjährigen Vorstandsvorsitzenden der KBV, Dr. Andreas Köhler, aussprechen. Der Arzt und Betriebswirtschaftler hat sich über viele Jahre hinweg mit vollem Einsatz für die Belange der Ärzteschaft stark gemacht – oft auch ohne Rücksicht auf das eigene Wohlergehen. Wir hoffen sehr, dass Andreas Köhler gesundheitlich wieder ganz auf die Höhe kommt und dass er auch ohne das Spitzenamt bei der KBV berufliche und private Erfüllung findet. Zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe von KVB FORUM stand noch nicht fest, wer ihm im Amt des KBV-Vorstandsvorsitzenden nachfolgen wird. Die Spuren, die Andreas Köhler hinterlässt, sind auf alle Fälle unverkennbar und werden noch lange sichtbar bleiben.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. Krombholz  
Vorsitzender des Vorstands

Dr. Schmelz  
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. Enger  
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

## ZITAT DES MONATS

„Ein ordentlicher Jurist zu sein, schadet sicher nicht in diesem Amt.“

Bundesgesundheitsminister  
Hermann Gröhe

(Quelle: Bild am Sonntag  
vom 5. Januar 2014)

## ZAHL DES MONATS

# 500

Euro zahlt die Gemeinde Bodenmais Medizinstudenten, wenn sie ihr zweiwöchiges Praktikum im Bayerischen Wald absolvieren.

(Quelle: Passauer Neue Presse  
vom 31. Januar 2014)

## VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2014

Die Vertreterversammlungen der KVB finden im Jahr 2014 an folgenden Terminen in der Eisenheimerstraße 39, 80687 München, statt:

- Samstag, 22. März 2014, Beginn 9.00 Uhr
- Mittwoch, 4. Juni 2014
- Samstag, 22. November 2014

## IGEL-BROSCHÜRE AKTUALISIERT



Die medizinische Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist per Definition auf das Ausreichende, Zweckmäßige und Notwendige beschränkt. Die sich daraus ergebende Diskrepanz zum medizinisch Machbaren ist anspruchsvollen Versicherten zum Teil schwer vermittelbar. Ein möglicher Ausweg aus diesem Dilemma ist, die über den Sachleistungsanspruch hinausgehenden Leistungen individualvertraglich zu vereinbaren – beispielsweise in Form sogenannter Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL).

Was bei solchen Vereinbarungen und der Privatliquidation rechtlich zu beachten ist, hat die Rechtsabteilung der KVB in einer Broschüre zusammengefasst, die gerade auf den neuesten Stand gebracht wurde. In ihr finden sich nicht nur wichtige rechtliche Hinweise, sondern auch eine Liste der individuellen Gesundheitsleistungen, Adressen der Berufsverbände, Mustererklärungen und viele weitere nützliche Informationen. Sie finden die Broschüre unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Abrechnungen/IGeL*.

Redaktion

## Wichtiges für die Praxis

## Strukturfonds soll bei Unterversorgung helfen

Zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen hat die KVB einen Strukturfonds eingerichtet und entsprechende Förderprogramme gestartet.

Dadurch können Ärzte in ausgewählten Regionen künftig eine finanzielle Förderung in Höhe von bis zu 60.000 Euro und Psychotherapeuten in Höhe von bis zu 20.000 Euro erhalten, wenn sie dort eine neue Praxis eröffnen und diese für mindestens fünf Jahre betreiben. Auch die Gründung einer Zweigpraxis, die Anstellung eines Arztes oder Psychotherapeuten in der eigenen Praxis oder die Fortführung der Praxis über das 63. Lebensjahr hinaus können künftig in bestimmten Regionen gefördert werden. Ebenfalls förderungsfähig ist zudem die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung beziehungsweise eines Psychotherapeuten in Ausbildung sowie in unterversorgten Gebieten die Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin.

Die Förderprogramme werden aus dem Strukturfonds finanziert, für den KVB und Krankenkassen zu gleichen Teilen Finanzmittel zur Verfügung stellen. Die betreffenden Regionen, für die eine Förderung möglich ist, werden durch den für die Bedarfsplanung in Bayern zuständigen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt.

Auf dieser Basis hat der Landesausschuss in seiner Sitzung im November 2013 festgelegt, wo bereits heute eine Unterversorgung besteht beziehungsweise zu erwarten ist. Ärzte und Psychotherapeuten, die in einer der betroffenen Regionen niedergelassen sind oder eine Niederlassung anstreben, können Förderanträge bis zum 28. März 2014 bei der KVB stellen.

Alle Informationen zu den betreffenden Regionen sowie zu den Details der Förderprogramme sind im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Niederlassung/Sicherstellungsrichtlinie* zu finden.

Redaktion

**TITELTHEMA**

- 6 Der große kleine Unterschied  
Die junge Wissenschaft der Gendermedizin will Therapien verbessern und Heilungschancen erhöhen
  
- 8 Risiko oder Prävention?  
Worin Frauen und Männer sich unterscheiden  
  
Institut an der Berliner Charité erforscht den Einfluss von psychosozialen Krankheitsvariablen
  
- 10 Gendermedizin bei psychischen Störungen  
  
In der Diagnostik von Depressionen sind Männer das eindeutig vernachlässigte Geschlecht



Welche Unterschiede in Diagnostik und Therapie gilt es bei Frauen und Männern zu beachten?

- 12 Geschlechtsspezifische Aspekte in der Pharmakologie  
  
Klinisch relevante Unterschiede im Wirkprofil von Arzneien müssen mehr Berücksichtigung finden
  
- 14 Der weite Weg von der Theorie in die Praxis  
  
Eine Gemeinschaftspraxis in Oberfranken steht den Erkenntnissen der Gendermedizin aufgeschlossen gegenüber

**GESUNDHEITSPOLITIK**

- 16 Neue Koalition, neue Gesundheitspolitik?  
  
Auf was sich die niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten einstellen sollten



Die Große Koalition will die Qualität in der Versorgung sichern

- 20 „Eingespieltes System erhalten und weiter ausbauen“  
  
Der Landtagsabgeordnete Bernhard Seidenath (CSU) setzt im Gespräch mit KVB-Vize Dr. Pedro Schmelz auf Kontinuität
  
- 23 ASV: Behandlung der Tuberkulose macht den Anfang  
  
Erste Anlage zur Richtlinie „Ambulante spezialärztliche Versorgung“ tritt in Kraft

**KVB INTERN**

- 24 Kampf gegen Bürokratie zahlt sich aus  
  
Die Anlaufstelle für Bürokratieabbau stellt ihren Abschlussbericht vor



Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert den Behandlungsumfang für Tuberkulosepatienten

- 26 Umfrage zur Termintreue  
Wenn Patienten ihre Termine nicht rechtzeitig absagen, entstehen den Praxen unnötige Kosten
- 27 Informierte Entscheidung zur Darmkrebsfrüherkennung  
Gemeinsames Projekt von KVB und Techniker Krankenkasse will Versicherte unterstützen
- 28 Die Mobile Website der KVB  
Übersichtlich strukturierte Informationen stehen nun auch für Smartphones bereit

**GESUNDHEITSTELEMATIK**

- 29 Assistenzsysteme für Zuhause – Hype oder Hilfe?  
Altersgerechte technische Hilfssysteme gewinnen auch im medizinischen Kontext an Bedeutung



Viele Patienten sagen ihre Termine nicht rechtzeitig ab

**RECHT INTERESSANT**

- 30 Grundlagen der Delegation  
Wann darf ein Vertragsarzt Tätigkeiten abgeben und welche Überwachungspflichten geht er dabei ein?

**QUALITÄT**

- 32 Gut versorgt bei Herzinsuffizienz?  
Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung nimmt bayerische Daten unter die Lupe

**PATIENTENORIENTIERUNG**

- 36 Tourette-Syndrom: Isolation durchbrechen  
In Dillingen an der Donau knüpft eine Selbsthilfegruppe unkonventionell Netzwerke



Die Herzinsuffizienz gehört in Deutschland zu den häufigsten Todesursachen

- 38 **Leserbriefe**

**KURZMELDUNGEN**

- 40 Umfrage zu Praxiskosten läuft bis Ende März
- 40 Landarzt: Stipendien für Studenten
- 41 Ermächtigung zum Notarzdienst

41 **IMPRESSUM**

42 **KVB SERVICENUMMERN**



Förderung des ländlichen Raums: Erste Stipendien vom Freistaat für Medizinstudenten

# DER GROSSE KLEINE UNTERSCHIED

Die personalisierte Medizin gilt als eines der Forschungsfelder, von denen sich Experten deutlich verbesserte Therapieerfolge und Heilungschancen erhoffen. In diesem Zusammenhang rückt auch eine noch recht junge Wissenschaft in den Fokus, die sich den geschlechtsspezifischen Unterschieden in Krankheitsverlauf und Behandlung widmet: die Gendermedizin.

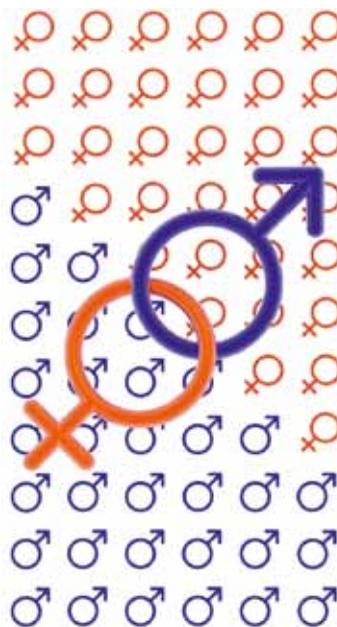
## Ein Begriff – viele Aspekte

Was bedeutet Gendermedizin eigentlich? Der Begriff „Gender“ kommt aus dem englischen und bezeichnet das soziale Geschlecht [1], womit ganz allgemein die gesellschaftlich abhängige soziale und kulturelle Geschlechterrolle von Frauen und Männern gemeint ist. Im Kontext der Medizin steht der Begriff für eine Vielzahl von Phänomenen, die durch den Unterschied der Geschlechter bedingt sind:

- Krankheiten können bei Frauen und Männern unterschiedliche Symptome hervorrufen. Bestimmte Erkrankungen laufen daher bei einem Geschlecht größere Gefahr, verkannt beziehungsweise suboptimal behandelt zu werden. So überwiegt bei depressiven Frauen beispielsweise die Traurigkeit, während sich Depressionen bei Männern häufiger in Zornesausbrüchen und riskantem Verhalten manifestieren [2], siehe auch Seite 10.
- Frauen und Männer reagieren häufig unterschiedlich auf Medikamente. So führt beispielsweise der meist höhere Körperfettanteil von Frauen dazu, dass fettlösliche Substanzen bei Frauen oft stärker wirken [3]. Studien haben außerdem ergeben, dass bestimmte Antidepressiva bei Frauen besser wirken als bei Männern, was dem Ein-

fluss der Östrogene geschuldet zu sein scheint [2].

- Soziokulturelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern spielen besonders bei der Annahme und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen, bei der Inanspruchnahme von medizinischer beziehungsweise therapeutischer



Hilfe und beim Umgang mit den diagnostizierten Krankheiten eine Rolle. So gehen Frauen bei körperlichen Beschwerden eher auch von zugrunde liegenden psychosozialen Belastungen aus und suchen häufiger die Hilfe eines Arztes oder Psychothera-

peuten als Männer [4], siehe auch Seiten 8 bis 11.

- Auch auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient hat das Geschlecht Einfluss, und zwar sowohl das des Patienten als auch das des Arztes. So hat beispielsweise die Untersuchung „Physician Gender Effects in Medical Communication“ im Jahre 2002 ergeben, dass Ärztinnen mit den Patienten intensiver kommunizieren und sich stärker an den Patienten orientieren als ihre männlichen Kollegen. Da sich Ärztinnen häufiger positiv äußern, fühlen sich die Patienten in einer stärkeren Position und stehen damit in einer partnerschaftlicheren Beziehung zu ihrer Ärztin [5].
- Selbst die Diagnosestellung scheint häufig einem „Gender Bias“ zu unterliegen. Das heißt, es wird irrtümlicherweise von einer Gleichheit oder Ähnlichkeit der Geschlechter ausgegangen oder aber es werden Unterschiede unterstellt, die gar nicht bestehen [3]. So geht man bei Frauen oftmals eher von psychosomatischen Beschwerden aus, während bei Männern eher körperliche Ursachen vermutet werden [4]. Auch wird bei Frauen mehr als doppelt so häufig die Diagnose „Depression“ gestellt als bei Männern [2].

## Gendermedizin in der Praxis

Das weite Spektrum der Gendermedizin ist es also durchaus wert, sich den geschlechtsbedingten Einfluss im medizinischen Alltag bewusst zu machen und den eigenen Umgang mit den unterschiedlichen Geschlechtern kritisch zu hinterfragen. In der Praxis lohnt es sich, unter anderem folgende Themenfelder im Hinblick auf Genderaspekte zu analysieren:

- Die therapeutische Medikamentenverordnung: Pharmakologische Studienergebnisse sollten kritisch auf geschlechtsspezifische Wirkungseigenschaften geprüft werden. Denn wenn Medikamente nicht nur gewichtsabhängig, sondern auch unter Beachtung des Geschlechts dosiert werden, können Nebenwirkungen vermindert werden. Letztendlich ist dadurch eine höhere Compliance der Patienten zu erwarten und gleichzeitig entstehen durch eine korrekte und verkürzte Medikamenteneinnahme geringere Kosten.

■ Die Kommunikation von Präventionsmaßnahmen, Angeboten zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation: Gezielte geschlechtsspezifische Angebote können dazu beitragen, dass Präventionsmaßnahmen stärker angenommen und Krankheiten besser vorgebeugt werden – auch hier wieder sowohl mit positiven Effekten für die Patienten als auch mit Blick auf die Behandlungskosten.

### Herausforderung für die Zukunft

Zwar bedarf es keiner getrennten Medizin für Frauen und Männer [6]. Gendermedizin kann aber dazu beitragen, dass in der Diagnose und Therapie mehr Rücksicht auf

das Geschlecht des Patienten genommen wird, dass geschlechtsspezifische Nebenwirkungen von Medikamenten verringert werden und dass die Kommunikation mit und zwischen den verschiedenen Geschlechtern verbessert wird [1]. Denn auch wenn der differenzierte Blick auf die Geschlechter immer mehr Einzug in wissenschaftliche Analysen hält – in Aus- und Weiterbildung sowie in die ärztliche Praxis werden die neu gewonnenen Erkenntnisse nur langsam transportiert [6]. Das Wissen um die geschlechtsspezifischen Unterschiede zu vertiefen und eine noch höhere Sensibilität für Genderaspekte zu schaffen, wird daher eine der Herausforderungen der medizinischen Aus- und Weiterbildung der Zukunft sein.

*Dr. Sara Kiem, Verena Stich  
(beide KVB)*

## Organisationen und Gesellschaften

- Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM): <http://gender.charite.de>
- Deutsche Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin e. V. (DGesGM e.V.): [www.dgesgm.de](http://www.dgesgm.de)
- Frauen- und Gender-Gesundheitsforschung der Ludwig-Maximilians-Universität München: [www.genderhealth.hwz.uni-muenchen.de](http://www.genderhealth.hwz.uni-muenchen.de)
- Netzwerk Gendermedizin und Öffentlichkeit: [www.gendermed.info](http://www.gendermed.info)
- Stiftung Männergesundheit: [www.stiftung-maennergesundheit.de](http://www.stiftung-maennergesundheit.de)
- Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Projekte und Maßnahmen zur geschlechtersensiblen Medizin an der MHH: [www.mh-hannover.de/medizinundgeschlecht.html](http://www.mh-hannover.de/medizinundgeschlecht.html)
- Datenbank GenderMedDB: <http://gendermeddb.charite.de>

## Veranstaltungen

- **13. bis 14. März 2014** Zweiter Bundeskongress Gender Gesundheit, [www.bundeskongress-gender-gesundheit.de](http://www.bundeskongress-gender-gesundheit.de)
- **24. bis 26. April 2014** Annual Meeting of the Organization for the Study of Sex Differences; Minneapolis, MN, USA
- **8. bis 10. Mai 2014** Neurogenderrings III – The 1st international dissensus conference on brain and gender, Lausanne, Schweiz
- **19. bis 20. September 2014** „Angstbeißer, Trauerkloß, Zappelphilipp? – Seelische Gesundheit bei Männern und Jungen“, Dritter Männerkongress, [www.maennerkongress2014.de](http://www.maennerkongress2014.de).
- **10. bis 12. November 2014** 7th International Congress for Gender and Sex Specific Medicine, Tel Aviv, Israel
- **in Planung** Qualitätszirkel Gendermedizin der KBV (voraussichtlich Quartal 2-3/2014)

Das Fußnotenverzeichnis und weiterführende Literatur zu diesem Artikel finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Presse/Publicationen/KVB FORUM/Literaturverzeichnis*.

# RISIKO ODER PRÄVENTION? WORIN FRAUEN UND MÄNNER SICH UNTERSCHIEDEN

Besonders im Rahmen der geschlechtsspezifischen Forschung wird der Einfluss von psychosozialen und psychologischen Krankheitsvariablen immer wieder bestätigt. Diese Variablen haben Einfluss auf Krankheits- und Erholungsverlauf und stellen somit wichtige Faktoren für klinischen Erfolg und darauffolgendes Wohlbefinden der Patienten dar. Dr. Sabine Oertelt-Prigione ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschlechterforschung in der Medizin, das zur Berliner Charité gehört, und beschreibt in ihrem Artikel, wie sich Risiko- und Präventivverhalten von Frauen und Männern unterscheiden.

**Dr. Sabine Oertelt-Prigione vom Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin plädiert dafür, Präventionsangebote spezifischer zuzuschneiden.**



**E**ine alternde Bevölkerung, die stetig ansteigende Prävalenz von chronischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und Veränderungen in unserem Umgang mit klassischen Risikofaktoren haben in den letzten Jahrzehnten zu einer zunehmenden Anerkennung der aktuellen und zukünftigen Relevanz von präventiver Medizin geführt. Die Implementierung von protektiven Verhaltensweisen erscheint somit nicht nur unentbehrlich für die Erhaltung der Bevölkerungsgesundheit, sie wird auch wirtschaftlich zu einer Notwendig-

keit im Angesicht steigender Kosten für die Versorgung chronischer Erkrankungen. Diese Erkenntnisse stehen dennoch immer wieder vor der Herausforderung der praktischen Umsetzung personalisierter und subjektiv akzeptabler Ansätze. Als Strategie, eine gesunde Lebensweise und die Wahrnehmung von Präventionsangeboten verschiedenen Zielgruppen nahezulegen, bietet sich auch der gendermedizinische Ansatz an.

## **Geschlechterunterschiede in der Risikoprävalenz**

Die Effekte sozialer und bildungsbedingter Einflüsse auf das Risikoverhalten und deren potenzielle altersabhängige Modulation sind bekannte Konzepte der Gesundheitsforschung [1]. Neben Zugriffsmöglichkeiten und Qualität der zugänglichen medizinischen Informationen spielt auch ihre subjektive Verarbeitung und sozial geprägte Umsetzung eine relevante Rolle. Hiermit lassen sich auch die, teilweise stereotypischen, Unterscheidungen von Risiko- und Präventivver-

halten bei Männern und Frauen einordnen [2]. Zahlreiche Studien haben die Verteilung konventioneller, vor allem kardiovaskulärer, Risikofaktoren untersucht und erhebliche Unterschiede in der Prävalenz und Relevanz von einzelnen Risikofaktoren aufgezeigt [3]. Dabei sind Männer tendenziell häufiger von Rauchen und übermäßigem Trinken betroffen, Frauen häufiger adipös und diabetisch. Hypertonie ist in beiden Geschlechtern signifikant repräsentiert. Eine wichtige Rolle spielt auch die Verteilung von empfundenem psychosozialen Stress, der von Frauen häufiger berichtet wird als von Männern. Hierbei spielt nicht nur die objektive Mehrfachbelastung eine Rolle, auch die subjektive Relevanz und Empfindung von Stress in beruflichem und privatem Umfeld und deren medizinische Konsequenzen [4, 5] müssen berücksichtigt werden.

## **Geschlechterunterschiede im Präventivverhalten**

Neben Unterschieden in der Risikofaktorverteilung beeinflussen Ge-



**Auch bei der Rauchtätigkeit spielen Geschlechterunterschiede eine Rolle.**

schlechterunterschiede auch die Akzeptanz und Wahrnehmung von Präventivleistungen. Im Allgemeinen stellen vor allem junge Männer eine Herausforderung dar. Da Präventivverhalten nicht nur von der eigenen Gefährdungswahrnehmung, sondern auch durch Erfahrungen im Umfeld, soziale Einbindung und geschlechtsspezifische sowie kulturelle Modelle geprägt ist, kommen hierbei komplexe Einflüsse zum Tragen. Besonders relevant ist bei Frauen die Rolle der Frauenärztin oder des Frauenarztes. Meistens kommen Frauen bereits in der zweiten Lebensdekade mit Präventionsangeboten in Kontakt, primär in Form des Pap-Tests, und erfahren somit Vorsorge als eine stete, notwendige und meist – nicht zuletzt aufgrund des geringen Risikos in dieser Lebensphase – befundlose Erfahrung. Dies verstärkt die positive Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen und senkt die Schwelle für zukünftige Angebote. Bei Männern hingegen finden die ersten relevanten Vorsorgeuntersuchungen häufig in einem Alter statt, in dem die Wahrscheinlichkeit eines Befundes bereits erheblich erhöht ist. Neben mangelnder Information kommen somit auch Angstgefühle und Scham als potenzielle Gründe der Aversion zum Tragen. Hierbei bietet sich besonders die frühzeitige Aufforderung zu einer Untersuchung wie dem „Check-Up 35“ an, um mögliche

Schwellen abzubauen und Vorsorge als ein regelmäßiges und generell positives Verhalten zu charakterisieren.

#### **Geschlechterunterschiede in der Sekundärprävention**

Nicht nur die Primärprävention, auch die Sekundär- und Tertiärprävention ist durch erhebliche Geschlechterunterschiede gekennzeichnet. Am Beispiel der Raucherentwöhnung kann die Interaktion zwischen gesellschaftlicher Rolle, sozialen Gegebenheiten und Gesundheitsverhalten dargestellt werden. Während die Prävalenz des Rauchverhaltens in der männlichen Bevölkerung zwar immer noch deutlich höher ist, steigt sie bei Frauen, besonders im jungen Alter und in Abhängigkeit von Bildung und sozialer Schicht, schneller an. Neben dem erhöhten kardiovaskulären Risiko bei Frauen [6] gestaltet sich auch die Entwöhnung als problematischer, mit ebenfalls höheren Rückfälligkeitsraten [7]. Relevante Unterschiede wurden auch in der Sekundär- und Tertiärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen beschrieben. Frauen mit Hypertonie und Diabetes werden demnach weniger aggressiv therapiert als männliche Patienten [8], obwohl Diabetes bei Frauen zu einer signifikanteren Erhöhung des Myokardinfarkttrisikos beiträgt als bei Männern [9].

#### **Grenzen von geschlechtsspezifisch aufgebauten Präventionsangeboten**

Prinzipiell sind klare Unterschiede in der Risikoprävalenz und der Wahrnehmung von Vorsorgeangeboten bei Männern und Frauen erkennbar. Die Einbindung dieser epidemiologischen Informationen in die Praxis sollte in Form von selektiv ausgerichteten Angeboten und strukturierter Identifizierung und eventueller Therapie von Risikofaktoren dennoch möglich sein. Die Herausforderungen, die sich hierbei kurz- und mittelfristig stellen, sind einerseits die Einbeziehung von geschlechtsspezifischen Risikofaktoren und deren Gewichtung in Aufklärungsgesprächen mit den Patienten. Andererseits weiterhin die Optimierung der Präventionsangebote für die Zielgruppen und nicht zuletzt die Entwicklung von dynamischen Stratifikationsansätzen, die sowohl den Wandel der Geschlechterrollen als auch den Einfluss von besonderen Verhaltensmustern integrieren. Die aktuelle Forschung in der Gendermedizin ist besonders auf die zwei letzteren Herausforderungen ausgerichtet und hofft, damit einen sinnvollen Beitrag zur Personalisierung der Vorsorgeangebote zu leisten.

*Dr. Sabine Oertelt-Prigione,  
Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek*

Das Fußnotenverzeichnis zu diesem Artikel finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Presse/Publicationen/KVB FORUM/Literaturverzeichnis*.

# GENDERMEDIZIN BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Wie unterscheidet sich die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Frauen und Männern und welche Bedeutung ergibt sich daraus für das Versorgungsgeschehen? Wie dringlich ist eine rechtzeitige und adäquate Diagnostik, beispielsweise bei Depressionen? Diesen und weiteren Fragen geht die Professorin Anne Maria Möller-Leimkühler in ihrem Gastbeitrag nach.

Die Genderperspektive wurde bisher in der Medizin wie in der Psychiatrie wenig beachtet, sowohl in der Forschung als auch in der Versorgung. Eine Ausnahme waren reproduktionsbedingte Störungen bei Frauen, die auch heute noch im Zentrum einer geschlechterspezifischen Psychiatrie stehen. Die Gefahr der Genderneutralität liegt darin, dass sich Geschlechterstereotype beziehungsweise ungeprüfte Annahmen über typische Krankheiten und Symptome bei Männern und Frauen unbemerkt in die Selbstwahrnehmung, in Diagnostik und Therapie einschleichen und zu Fehl-, Unter- und Überversorgung beitragen. Ein klassisches Beispiel in der Medizin ist die Unterversorgung von Frauen mit

Herzinfarkt, in der Psychiatrie die Unterdiagnostizierung und Unterbehandlung von Männern mit Depression.

Geschlechterspezifische Gesundheitskonzepte und im Wesentlichen auf Frauen zugeschnittene Versorgungsangebote führen einerseits zu einer Überrepräsentation von Frauen in fast allen medizinischen und psychosozialen Institutionen und andererseits bei Männern zu Defiziten bei der Suche nach Hilfsangeboten und ihrer Inanspruchnahme. Dies entspricht nicht dem objektiven Behandlungsbedarf und ist insbesondere bei psychischen Störungen ausgeprägt (Möller-Leimkühler, Kasper 2010). Die Konsequenz ist, dass trotz verfügbarer

und effektiver Behandlungsmöglichkeiten psychische Störungen speziell bei Männern häufig nicht erkannt und nicht behandelt werden, was zu einem ungünstigen Krankheitsverlauf führt, der unter anderem charakterisiert ist durch ein hohes Risiko für Komorbidität, Alkoholabhängigkeit, Kriminalität, vorzeitige Mortalität und Suizidalität. Allerdings ist davon auszugehen, dass psychische Störungen insgesamt unterdiagnostiziert und unterbehandelt sind, mit einer Behandlungsrate von maximal 30 Prozent (Wittchen et al. 2011). Eine der wesentlichen Ursachen dafür ist die anhaltende Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Der verbreiteten Auffassung, dass Frauen gemeinhin das psychisch

Das Literaturverzeichnis zu diesem Artikel sowie eine Grafik zur Suizidrate finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Presse/Publikationen/KVB FORUM/Literaturverzeichnis*.

## Prävalenz psychischer Störungen nach Geschlecht

Störung	Gesamt	Frauen	Männer	Prävalenz
Angststörungen <sup>1</sup>	14,5%	19,8%	9,2%	12 Monate
Affektive Störungen <sup>1</sup>	11,9%	15,4%	8,5%	12 Monate
Somatoforme Störungen <sup>1</sup>	11,0%	15,0%	7,1%	12 Monate
Schmerzstörung <sup>1</sup>	8,1%	11,4%	4,9%	12 Monate
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit <sup>1</sup>	4,1%	1,3%	6,8%	12 Monate
Illegale Substanzen, Missbrauch/Abhängigkeit <sup>1</sup>	0,7%	0,5%	1,0%	12 Monate
Persönlichkeitsstörungen <sup>2</sup>	10,0%	10,3%	9,6%	Lebenszeit
Dissoziale Persönlichkeitsstörung <sup>3</sup>	3,6%	1,9%	5,5%	Lebenszeit

<sup>1</sup> Bundesgesundheitsurvey 1998/9, Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (nach Jakobi et al. 2004)

<sup>2</sup> Maier et al. 1992

<sup>3</sup> Compton et al. 2005

kränkere Geschlecht seien, steht die Tatsache gegenüber, dass etwa jeder dritte Erwachsene im Laufe eines Jahres von psychischen Störungen betroffen ist – Männer genauso häufig wie Frauen, wenn auch mit unterschiedlichen Häufigkeiten bei unterschiedlichen Erkrankungen (siehe Abbildung 1).

### Hohe Suizidrate bei Männern

Die im Vergleich zu Frauen deutlich niedrigere Depressionsprävalenz der Männer spricht eher für eine systematische Unterdiagnostizierung als für eine geringere Vulnerabilität: Wie Studien zur Depression bei Männern zeigen, kann sich die typische depressive Symptomatik hinter gesteigerter Aggressivität, Irritabilität, antisozialem Verhalten oder Sucht- und Risikoverhalten verbergen und deshalb weder rechtzeitig erkannt noch behandelt werden (Rutz et al. 1995; Möller-Leimkühler et al. 2007, Möller-Leimkühler 2008; Rice et al. 2013; Martin 2013). Unbehandelte Depressionen sind mit einem hohen Suizidrisiko assoziiert, gleichzeitig müssen etwa 80 Prozent aller Suizide auf eine Depression zurückgeführt werden.

Das männliche „Geschlechterparadox“ bei Depression und Suizid, das heißt eine hohe Suizidrate bei niedriger Depressionsrate, lässt demnach eine hohe Dunkelziffer von Depressionen bei Männern vermuten und verweist auf die Dringlichkeit einer rechtzeitigen und adäquaten Diagnostik, die gleichzeitig auch Suizidprophylaxe ist.

Hinsichtlich der Risikofaktoren für psychische Störungen müssen sowohl biologische, biographische, psychosoziale, sozioökonomische und sozialstrukturelle Faktoren berücksichtigt werden, die häufig miteinander interagieren. Diese Risikofaktoren können sich zwar je nach Art der Störung unterscheiden, es zeigt sich jedoch bei den psychosozialen Faktoren, dass diese eng mit der Geschlechterrolle und den soziostrukturellen Lebenschancen zusammenhängen. Allgemein ist ein niedriger sozioökonomischer Status mit höheren Raten psychischer Störungen assoziiert, wobei diese Assoziation bei Männern stärker ist als bei Frauen (Busch et al. 2013). Insbesondere berufsbezogene Stressoren wie Arbeitslosigkeit, Gratifikationskrisen oder Pensionierung, aber auch



Alleinleben, Trennung, Scheidung und Verwitwung sind für Männer relativ bedeutsamere Risikofaktoren als für Frauen.

Die Genderperspektive beginnt in der Medizin und ihren einzelnen Fachdisziplinen mehr und mehr an Boden zu gewinnen, auch in der Psychiatrie. Man muss jedoch konstatieren, dass Gendermedizin bis heute vornehmlich auf frauenspezifische Probleme ausgerichtet ist, was sowohl die Forschung als auch die Praxis betrifft. Männer sind in dieser Hinsicht das eindeutig vernachlässigte Geschlecht, worauf die Männergesundheitsforschung als Teil der Gendermedizin seit einigen Jahren mit Nachdruck aufmerksam macht (Weißbach, Stiehler 2013; Bardehle, Stiehler 2010).

*Prof. Dr. rer. soc. Anne Maria  
Möller-Leimkühler*

**Die Professorin Anne Maria Möller-Leimkühler arbeitet an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München.**

### Praxistipps

- Da Männer psychische Probleme von sich aus nicht ansprechen, ist eine aktive Exploration psychosozialer Belastungen (Arbeit, Familie, Freizeit) wichtig.
- Die Thematisierung von Stress und Burnout (gesellschaftlich nicht stigmatisiert) kann Türen zur Behandlung öffnen und die Compliance fördern.
- Eine dahinterliegende Depression kann verdeckt sein durch Ärgerattacken, Aggressivität, gesteigertem Risiko- und Suchtverhalten, exzessivem Arbeiten oder Sport – externalisierende Verhaltensmuster, die die männliche Fassade aufrechterhalten sollen.
- Informationen über Depression (keine Frauenkrankheit oder persönliches Versagen, sondern Volkskrankheit) und Möglichkeiten der Therapie (Psychotherapie, nebenwirkungsarme Antidepressiva) tragen zur Entstigmatisierung bei.

# GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ASPEKTE IN DER PHARMAKOLOGIE

Genderunterschiede wirken in jeder Zelle und in jedem Organ. Bei einigen Krankheitsbildern spielen sie eine große Rolle, bei anderen sind sie weniger wichtig. Neben sozialen und psychologischen Unterschieden liegt der Schwerpunkt vor allem auf den biologischen Unterschieden der Geschlechter.

**S**o spielen bei Frauen beispielsweise die Hormonschwankungen durch den Zyklus beziehungsweise die Änderung des Hormonstatus in der Menopause eine große Rolle. Aber auch die **Medikamentenresorption** und die **Ausscheidung** erfolgen unterschiedlich. Dies hängt vor allem mit der unterschiedlichen Enzymsausstattung zusammen.

Der vermehrte Nachweis klinisch relevanter geschlechtsspezifischer Unterschiede im Wirkprofil von Pharmaka erfordert eine spezifische Berücksichtigung bei der Pharmakotherapie weiblicher und männlicher Patienten. Es konnte gezeigt werden, dass das weibliche Geschlecht ein Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen ist. Physiologische Unterschiede, die Bioverfügbarkeit, Verteilung, Biotransformation und Elimination von Pharmaka beeinflussen, können Abweichungen im durchschnittlichen Körpergewicht, Körperfettanteil, Magenentleerungszeit, Plasma-Proteinbindung, Funktion von Arzneistofftransportern und metabolisierenden Enzymen sowie Unterschiede in den Ausscheidungsfunktionen betreffen. Es gibt aber auch Beispiele für geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pharmakodynamik von Arzneimitteln. Wirkungsunterschiede von Opioidanalgetika sind wahrscheinlich zurückzuführen auf geschlechtsspezifische Un-

terschiede auf Ebene der Opioidrezeptoren oder den Signalübertragungswegen. In ähnlicher Weise konnte gezeigt werden, dass das weibliche Geschlecht auch ein Risikofaktor für arzneimittelinduzierte Torsades-de-pointes-Arrhythmien ist, wahrscheinlich zurückzuführen auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardialen Repolarisation und den proarrhythmischen Effekten gewisser Pharmaka.

## Dosierungsrichtlinien sind für Männer erarbeitet

Klinisch relevante Unterschiede in der Pharmakokinetik lassen sich vor allem auf Unterschiede in der **Metabolisierung** verschiedener Systeme zurückführen. Dies geschieht in der Hauptsache durch das Cytochrom P450-System der Leber. Auch hier sind geschlechtsspezifische Unterschiede nachgewiesen. So wird der Betablocker Metoprolol überwiegend über CYP2D6 abgebaut. Nach einer standardisierten Tagesdosis von 100 mg weisen Frauen etwa 40 Prozent höhere maximale Plasmakonzentrationen und etwa doppelt so hohe AUC-Werte der Plasmakonzentrations-Zeit-Kurve auf als Männer.

Auch in der Plasmaeiweißbindung der Organismen von Männern und Frauen bestehen große Unterschiede. Geringere Metabolisierungsraten bei Frauen konnten mittlerwei-

le mit signifikant höheren Plasmakonzentrationen von Arzneimitteln in Zusammenhang gebracht werden. Dies muss vor dem Hintergrund der schon länger bekannten Tatsache, dass Frauen häufiger als Männer unerwünschte Arzneimittelwirkungen erleiden, besonders beachtet werden. Werden diese Unterschiede nicht berücksichtigt, können gefährliche Nebenwirkungen und die Gefahr der Überdosierung die Folge sein. Die Dosis eines Medikaments müsste an Frauen angepasst werden, um eine leitliniengerechte Therapie zu erreichen. Dies liegt daran, dass die Dosierungsrichtlinien für Männer erarbeitet wurden. In der Datenbank der deutschen Pharmakovigilanzzentren war bei der geschlechtsspezifischen Auswertung auffällig, dass besonders Diuretika übermäßig zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei Frauen führten. Unter der Therapie mit Indapamid weisen weibliche Patienten häufiger Nebenwirkungen wie Hyponatriämie und Hypokaliämie auf.

Unterschiede in Wirkung und Wirksamkeit können darüber hinaus auch auf geschlechtsspezifisch unterschiedliche **Empfindlichkeit der Zielstrukturen** beziehungsweise **Rezeptoren** von Arzneistoffen beruhen, wie sie beispielsweise für das Herzreizleitungssystem oder einige ZNS-Rezeptoren bekannt sind. In puncto Schmerz lei-

den Frauen häufiger als Männer an Migräne oder Reizdarm, auch die Schmerzwahrnehmung und das Schmerzempfinden dürften unterschiedlich sein. So zeigte sich in Untersuchungen, dass Männer zum Beispiel 40 Prozent mehr Morphium zur Schmerzfremheit benötigen. Bei Frauen erhöht sich dagegen bei vergleichbarer Dosierung die Atemdepression um 30 bis 50 Prozent, ebenso führen Opioide bei Frauen in 50 bis 70 Prozent der Fälle häufiger zu Übelkeit.

Auch funktioniert der Magen-Darm-Trakt bei Männern anders, Enzyme sind aktiver und führen beispielsweise dazu, dass Alkohol schneller abgebaut wird. Weibliche Körper weisen hingegen einen höheren Fettanteil auf. Wegen des höheren Körperfettanteils wirken Medikamente mit fettlöslichen Substanzen bei Frauen oft stärker, während manche arzneilichen Wirkstoffe langsamer aus der Leber transportiert und von den Nieren in geringem Ausmaß gefiltert werden als bei Männern. Männliche Körper weisen dagegen einen höheren Plasmaanteil auf. Medikamente verteilen sich deshalb unterschiedlich. Welche Konsequenzen das nach sich zieht, zeigt der neueste Arzneimittelreport. Frauen weisen mehr Nebenwirkungen auf als Männer. Sie sind oft überdosiert, da die Dosisfindungsstudien in den meisten Fällen auf Männer ausgerichtet sind. Weibliches Geschlecht ist in fast 40 Prozent der klinischen Studien immer noch ein Ausschlusskriterium, ebenso ein Alter über 65 Jahre. Angesichts der höheren Lebenserwartung vor allem von Frauen müssten die Auswahlkriterien der Realität dringend angepasst werden.

### Beispiel Diabetes

Dies sind nicht die einzigen Unterschiede. Auch die Früherkennung eines Diabetes mellitus ist bei

Frauen schwieriger als bei Männern. Während beim männlichen Geschlecht häufig eine gestörte Nüchtern-glucose vorliegt, die einfach festgestellt werden kann, liegt bei Frauen eine gestörte Glucosetoleranz vor. Diese kann wiederum nur mit einem aufwändigen Glucosetoleranztest aufgedeckt werden, da die Nüchtern-glucose normal erscheint. Dies liegt offenbar in einer langsameren Absorption der Glucose durch den weiblichen Körper. Bei Frauen mit Diabetes lässt sich der Blutzucker schwerer einstellen als bei männlichen Diabetikern. Der weibliche Körper reagiert allerdings empfindlicher auf Insulin. In der Postmenopause konnte bei Frauen eine deutlich erhöhte Frakturrate unter einer Glitazontherapie festgestellt werden. Pharmakologisch erklärbar ist diese Tatsache dadurch, dass durch die Glitazone unter anderem die Differenzierung in Fettzellen und Osteoblasten zugunsten der Fettzellen beeinflusst wird.

Ein weiterer wichtiger biologischer Faktor sind die Sexualhormone. Das weibliche Östrogen wirkt lange Jahre schützend auf das Herz, es ist andererseits aber auch an der Blutstillung beteiligt, was das Risiko erhöht, eine Thrombose zu bekommen. Wir haben die Rolle, die die Hormone spielen, zum größten Teil überhaupt noch nicht richtig verstanden. Mit zunehmendem Alter wird der hormonbedingte Unterschied im Übrigen kleiner, dafür scheint aber die Rolle der chromosomalen Unterschiede zuzunehmen. Das erhöhte tromboembolische Risiko der Frauen bildet sich auch in dem neuen Risikoscore für das Schlaganfallrisiko, dem CHA2DS2-VASc-Score ab. Dieses Messinstrument vergibt verschiedene Punktzahlen für bestimmte Risikomerkmale. So werden beispielsweise für Herzinsuffizienz, Hypertonie und Diabetes mellitus jeweils ein Punkt vergeben, für ein Alter über 75

Jahre und den Zustand nach TIA/ Apoplex jeweils zwei. Aber auch für das Merkmal „weibliches Geschlecht“ wird ein Risikopunkt vergeben. Bei der Risikostratifizierung für Thromboembolien bei Vorhofflimmern wird also bereits geschlechtsspezifisch unterschieden.

Geschlechtsabhängige Unterschiede in weit verbreiteten Krankheiten wie Herz-Kreislauferkrankungen, Schlaganfall, immunologische Erkrankungen etc. sind gut dokumentiert, aber die zugrundeliegenden molekularen und zellulären Mechanismen sind immer noch kaum aufgeklärt. Die Hypothese der Steroidhormone als molekulare Regulatoren von geschlechtsspezifischen Krankheitserscheinungsbildern ist naheliegend, aber in vielen Fällen erst noch zu belegen.

### Ausblick

Warum stellen sich forschende Mediziner die Frage nach der Geschlechterdifferenzierung in der Regel nicht? Das liegt wohl daran, dass Gendermedizin in der ärztlichen Ausbildung eher eine Ausnahmeerscheinung und kein curriculares Fach ist. Im Zentrum der ärztlichen Ausbildung steht nach wie vor der (geschlechtsneutrale) Mensch mit seiner Gesundheit und Krankheit. Die Individualisierung der Medizin ist jedoch auf dem Vormarsch, die Pharmaindustrie setzt hohe Erwartungen in dieses Segment. Ein scheinbarer Widerspruch besteht allerdings darin, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede allein bereits einer Individualisierung der Therapie bedürfen.

*Johann Fischaleck (KVB)*



# DER WEITE WEG VON DER THEORIE IN DIE PRAXIS

Als theoretischer Ansatz hat die Gendermedizin in den letzten Jahren einige Fortschritte gemacht. Doch wie kann man Erkenntnisse aus Studien und Forschungsreihen von den Universitäten auf die einzelne Praxis übertragen? KVB FORUM hat sich mit der Allgemeinmedizinerin Dr. Birgit Münster und den beiden Weiterbildungsassistenten Dr. Kathrin Strob und Christian Ehrlicher unterhalten. Alle drei arbeiten in einer Gemeinschaftspraxis in Effeltrich im Landkreis Forchheim in Oberfranken.

**D**ie Gemeinschaftspraxis von Dr. Beate Reinhardt, Dr. Gunther Reinhardt und Dr. Gabriela Kreller-Laugwitz hat einen großen ländlichen Einzugsbereich, ist Lehrpraxis der Universität Erlangen-Nürnberg und hat somit eine enge Anbindung an die studentische Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin.

**Frau Dr. Strob, welche Bedeutung hat eine geschlechtsspezifische Medizin für Sie als Allgemeinärztin?**

Dr. Strob: Männliche und weibliche Patienten unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer organischen Gegebenheiten und damit ihrer assoziierten Erkrankungen, sondern häufig auch bezüglich der Ursachen, der subjektiven Wahrnehmung und dem Umgang mit ihren Krankheiten. Daraus ergibt sich in vielen Fällen für den Arzt die Notwendigkeit, sowohl bei der Anamnese als auch bei der Therapie, diese geschlechtsspezifischen Unterschiede zu berücksichtigen und damit den Arzt-Patienten-Kontakt differenziert zu gestalten.

**Was ist in der allgemeinmedizinischen Praxis bei Patientinnen anders als bei Patienten?**

Dr. Strob: Während Frauen im Allgemeinen eher bereit sind, über ihre Beschwerden zu sprechen und auf Prävention bedacht sind – sie nehmen beispielsweise Angebote zur Ernährungsberatung häufiger in Anspruch – bagatellisieren Männer ihre Krankheiten oft und haben eine größere Hemmschwelle, darüber mit einem Arzt zu reden. Besonders auf dem weiten Feld psychosomatischer Erkrankungen sind

sive Erkrankung, eine Belastungsstörung oder eine psychosomatische Erkrankung Ursache der Beschwerden sein könnte. Studien haben gezeigt, dass Frauen häufiger an Autoimmunerkrankungen leiden. Auch hieran sollte man frühzeitig bei der Anamnese und Diagnostik denken. Naturgemäß spielen auch hormonelle oder Schwangerschaftsprobleme bei Frauen eine weitaus wichtigere Rolle.



**Das Ärzteteam aus Effeltrich will das Wissen der Gendermedizin bewusster in die alltägliche Praxisarbeit einbauen.**

Frauen offener, aufgeschlossener und eher bereit, psychische Probleme zuzugeben und anzugehen. Deshalb dürfen wir uns nicht scheuen, gerade männliche Patienten beim Vorliegen von unspezifischen Symptomen mit dem notwendigen Einfühlungsvermögen aktiv anzusprechen, ob beispielsweise eine depres-

**Welche Vorteile haben Patienten von einer geschlechtsspezifischen Anamnese, Diagnostik und Behandlung?**

Dr. Strob: Sowohl Patientinnen als auch Patienten fühlen sich vom Arzt verstanden und ernst genommen, sie vertrauen ihrem Arzt, wenn

er ihre geschlechtsspezifischen Bedürfnisse kennt und darauf eingeht. Das Wissen um diese Unterschiede ermöglicht dem Allgemeinmediziner in vielen Fällen eine schnellere Diagnosestellung und dem Patienten eine baldige Genesung. Durch die verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung wird eine gute Anbindung erreicht und so die Grundlage für Prävention und Früherkennung geschaffen.

### Herr Ehrlicher, wie hängen psychosoziale Faktoren und Gendermedizin in der Allgemeinmedizin zusammen?

**Ehrlicher:** Auch und vor allem in der Allgemeinmedizin spielen psychosoziale Faktoren in der Behandlung der Patienten eine bedeutende Rolle. Da sich solche Faktoren zwischen den Geschlechtern unterscheiden können, sind wir als Allgemeinmediziner darauf bedacht, jede Patientin und jeden Patienten auch entsprechend ihres persönlichen Hintergrundes zu beraten und zu behandeln.

### Welche Instrumente stehen zur Verfügung, um eine Umsetzung der geschlechtsspezifischen Medizin im Praxisalltag zu vereinfachen? Gibt es beispielsweise Leitlinien oder Hinweise, etwa in der Roten Liste?

**Ehrlicher:** Momentan sind uns keine offiziellen Leitlinien zur geschlechterspezifischen Behandlung verschiedener Krankheiten bekannt. Auch in der Roten Liste gibt es noch keine verbindlichen Empfehlungen. Jedoch gibt es in nahezu jedem medizinischen Fachgebiet vermehrt Studien zu geschlechterspezifischen Unterschieden in der Diagnostik, der Behandlung und der Nachsorge verschiedener Erkrankungen. Ein Beispiel aus unserem Praxisalltag ist die Vorsorge. In allen Bereichen werden Vorsorgeuntersuchungen

deutlich öfter von Frauen in Anspruch genommen. Auch die Impfmüdigkeit ist eindeutig ein Männerproblem. Männer sollten deshalb gezielt auf Gesundheitsuntersuchungen, Krebsvorsorge oder Impfschutz angesprochen werden. Es ist denkbar, dass sich in den kommenden Jahren auch durch die Fortschritte auf dem Gebiet der Gendermedizin die medizinische Versorgung zu einer zunehmend individualisierten Medizin hin verändern wird.

### Frau Dr. Münster, wird die Gendermedizin in der medizinischen Ausbildung und Fortbildung ausreichend berücksichtigt? Was sind hier Ihre Forderungen?

**Dr. Münster:** Derzeit unterhält die Charité Berlin das deutschlandweit einzige Institut für Geschlechterforschung in der Humanmedizin. Daraus lässt sich ableiten, dass das Thema in der medizinischen Ausbildung noch nicht angekommen beziehungsweise in den universitären Strukturen noch nicht verankert ist. So wie sich in der curricularen Lehre in den letzten Jahren einzelne Fachdisziplinen abgespalten und etabliert haben – zum Beispiel Palliativmedizin, Allgemeinmedizin – ist es auch für die Gendermedizin notwendig, die Einsetzung eigenständiger Institute und Forschungseinrichtungen an den Universitäten voranzutreiben. Für die anschließende – post-universitäre – Fort- und Weiterbildung wäre eine Verankerung von Inhalten generell wünschenswert. Geschlechterspezifische Themeninhalte in gängigen Fortbildungsveranstaltungen, Kongressen oder Symposien sind bisher dünn gesät. Eine Integration solcher Inhalte quer durch alle Fachrichtungen würde sicherlich zu einer Steigerung der Qualität und Ökonomie in der medizinischen Versorgung beitragen. Als Paradebeispiel sei hier die geschlechterspezifische Ver-

teilung der Morbidität und Mortalität bei ischämischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, also Akutes Koronarsyndrom und KHK, genannt. Man weiß seit Langem, dass sich diese Erkrankungen bei Frauen nicht immer mit den typischen Symptomen äußern und deshalb häufig falsch oder zu spät diagnostiziert werden. Diese Thematik wird jedoch auf vielen Fortbildungsveranstaltungen, zum Beispiel im DMP KHK, meistens unter den Teppich gekehrt. Die Herausarbeitung und Darstellung der unterschiedlichen Symptome bei Männern und Frauen, geschlechterspezifischen Differentialdiagnosen oder Präsentation von Studienergebnissen aus der Gendermedizin in eine solche Fortbildung einfließen zu lassen, wäre ein echter Fortschritt.

### Und Ihre Wünsche an die Allgemeinmedizin?

**Dr. Münster:** Gerade in der allgemeinmedizinischen Versorgung sollten Anreize geschaffen werden, unser Wissen über Gendermedizin zu erweitern beziehungsweise unsere vorhandenen Kenntnisse bewusster in die tägliche Arbeit mit einzubringen. Weitere systematische Forschung ist notwendig, um die – eigentlich oftmals schon lange bekannten – geschlechterspezifischen Unterschiede in Zahlen und Fakten zu fassen und so eine Umsetzung in der Praxis zu ermöglichen. Die Ergebnisse müssen kontinuierlich an Öffentlichkeit, Politik, Behörden und Gesundheitseinrichtungen weiter getragen werden, um in der Bevölkerung eine Sensibilität für dieses Thema zu schaffen.

### Ihnen allen, vielen Dank für das Gespräch!

*Interview Dr. Sara Kiem (KVB)*

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung plant, die Gendermedizin zukünftig in die QZ-Tutorenausbildung einfließen zu lassen.**

# NEUE KOALITION, NEUE GESUNDHEITSPOLITIK?

Die Große Koalition hat in den vergangenen Wochen die Weichen zum Start ihrer Gesundheitspolitik gestellt: Die Themen sind im Koalitionsvertrag niedergeschrieben, Hermann Gröhe (CDU) hat sein Amt als Gesundheitsminister angetreten und auch der Gesundheitsausschuss des Bundestags hat sich in neuer Besetzung bereits gefunden. Doch wohin geht die Reise? Was sind die großen Themen, welche Hindernisse wird es geben, wo ist mit Lösungen zu rechnen? KVB FORUM versucht eine Positionsbestimmung.

**A**ls CDU-Generalsekretär Hermann Gröhe Mitte Dezember 2013 zum neuen Gesundheitsminister ernannt wird, ist seine politische Agenda bereits im schwarz-roten Koalitionsver-



Hermann Gröhe steht als Bundesgesundheitsminister vor großen Herausforderungen, unter anderem vor der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung.

tragswerk mit dem schönen Titel „Deutschlands Zukunft gestalten“ [1] festgezurrt. Vielleicht kein Nachteil für einen Politiker, der im Minenfeld der Gesundheitspolitik fachlich unerfahren, dafür aber als ehemaliger Generalsekretär der CDU sehr geübt darin ist, politische Differenzen vermittelnd aufzulösen. Der Jurist aus Nordrhein-Westfalen gilt als sachlich, fair, ausgleichend und

„merktreu“. In den Koalitionsverhandlungen zur Gesundheitspolitik konnte und musste er aber nicht mitverhandeln. Zumindest in diesem Politikbereich konnten sich Union und SPD im November vergangenen Jahres relativ schnell auf eine gemeinsame Agenda einigen. Es ist keine Überraschung, dass es keine großen Einschnitte, wie etwa eine Bürgerversicherung, geben wird. Auch wenn manch große Reform angekündigt ist, liest sich das Vertragskapitel „Gesundheit und Pflege“ eher als eine Sammlung kleiner bis mittelgroßer Reformschritte.

## Was erwartet den ambulanten Sektor?

Der gesundheitspolitische Part des Koalitionsvertrags widmet der ambulanten Gesundheitsversorgung gleich zu Beginn ein gesamtes Teilkapitel. Eröffnend mit einem Bekenntnis zur Freiberuflichkeit, folgt zunächst die Ankündigung einer ganzen Reihe von Maßnahmen zur **Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung**: So sollen die Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten „weiter verbessert“, Krankenhäuser bei Unterversorgung zur ambulanten Versorgung zugelassen, Praxisnet-

ze gefördert und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zum Aufkauf von Praxisstätten in überversorgten Gebieten verpflichtet werden.

Thematisch bunt gemischt geht es weiter: Für den **psychotherapeutischen Versorgungsbereich** werden diverse Maßnahmen angekündigt, um mehr Patienten den Zugang zu einer Kurzzeittherapie zu ermöglichen. Bereits öffentlich heiß diskutiert wurde das nächste Vorhaben: die Einführung einer **Termingarantie beim Facharzt**. Dazu gehört, dass KVen zur Einrichtung von Servicestellen verpflichtet werden, über die Kassenpatienten spätestens in vier Wochen einen Termin erhalten. Zudem soll eine mögliche Krankenhausbehandlung zulasten des KV-Budgets abgerechnet werden. Die Reaktionen aus dem Ärztelager sind gemischt: Für den Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Frank Ulrich Montgomery, stellen die geplanten Regelungen kein unlösbares Problem dar. Für ihn ist entscheidend, dass es nur um Wartezeiten auf Termine gehe, für die eine Überweisung durch einen Kollegen vorliege und nicht um die Fälle, in denen ein Patient

ohne vorherigen Arztbesuch zum Facharzt gehen wolle. Anders hingegen reagiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Hier ist der Widerstand gegenüber einer solchen Regelung groß. Die Ärzteschaft will, so der ehemalige KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Andreas Köhler, lieber eigene Lösungsvorschläge machen. Ob diese Minister Gröhe von seinen Plänen abbringen werden, bleibt abzuwarten. Denn zu allen anstehenden Reformen bei Gesundheit und Pflege bespricht sich Hermann Gröhe jede Sitzungswoche am Dienstagmorgen mit den wichtigsten Gesundheitsexperten von CDU, CSU und SPD. Zu diesen zählen die beiden stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden (und für die Gesundheitspolitik zuständigen) Georg Nüßlein (CSU) und Karl Lauterbach (SPD) sowie der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn (CDU). Und gerade Lauterbach und Spahn haben sich zuletzt öffentlich besonders für die schnelle Umsetzung einer Facharzttermingarantie eingesetzt.

Für eine große innerärztliche Debatte sorgte das nächste Vorhaben im Arbeitsplan: Die Koalition möchte innerhalb von KBV und KVen eine paritätische Besetzung der Vertreterversammlungen nach Versorgungsebenen sowie eine striktere Trennung von Entscheidungsbefugnissen einführen. Das soll „die Rolle des Hausarztes fördern und die **hausärztliche Versorgung** weiter stärken“.

Zum Dauerbrennerthema **Medizinische Versorgungszentren (MVZ)** nennt der Vertrag zwei Vorhaben: Zum einen will man künftig auch arztgruppengleiche MVZs zulassen, zum anderen soll es auch Kommunen möglich sein, MVZs zu gründen – ärztliche Bewerber hätten aber weiter Vorrang. Mit der Möglichkeit zur Gründung fachgleicher

MVZs wurde eine langjährige Forderung der Hausärzteschaft umgesetzt. Die nächste Ankündigung, **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** „bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen

könnte hier der Einfluss der Krankenkassen und Krankenhäuser vor allem zuungunsten der Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung ausgebaut werden. Die FALK-KVen wollen diese Thematik daher be-



**Schwarz-rote Gesundheitspolitik: Welche Risiken und Nebenwirkungen hat sie für den ambulanten Sektor?**

und Kassenärztlicher Selbstverwaltung“ zu ersetzen, stieß bereits auf großen Zuspruch der in der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK) miteinander verbundenen Kassenärztlichen Vereinigungen aus Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern [2].

Verbessern will Schwarz-Rot den **Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor**. Dazu will es den Krankenkassen eine „Koordinationsfunktion“ im Entlassmanagement erteilen und Krankenhäusern mehr Verordnungsmöglichkeiten bei der Entlassung geben. Dazu zählt auch, dass Krankenhäuser eine pflegerische Übergangsversorgung veranlassen können sollen. Diese auf den ersten Blick unscheinbaren Formulierungen können es – je nach konkreter Umsetzung – für den ambulanten Sektor in sich haben. Je nach gesetzlicher Ausgestaltung

sonders im Blick behalten. Ihre Anforderung an die Politik: Reformen im stationären Bereich dürften nicht auf Kosten der funktionierenden Strukturen im ambulanten Bereich gehen. Zusammenarbeit statt Verschmelzung solle stattdessen der politische Leitsatz lauten.

Auf die Fahnen geschrieben hat sich die Koalition auch die Förderung und den Ausbau von **Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen** – allerdings mit wenig konkreten Regelungsvorschlägen – sowie die Vereinfachung und Vereinheitlichung von **IV- und Selektivverträgen** nach dem Motto „gleiches Recht für alle“. So sollen einheitliche Vereinbarungen zur Evaluation und zur Wirtschaftlichkeit eingeführt werden. Zudem möchte Schwarz-Rot Regelungen zur Mindestdauer und Substitution der Regelversorgung aufheben, die Be-

reinigungsverfahren vereinfachen und „Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, in geeigneter Weise in die Regelversorgung“ überführen. Noch konkreter sind die Pläne zu den Hausarztverträgen (Paragraf 73 b SGB V): So finden die Hausarztverbände im Koalitionsvertrag ihre Forderungen wieder, dass Krankenkassen zum Abschluss solcher Verträge verpflichtet bleiben und Vergütungsbeschränkungen aufgehoben werden sollen. Die fachärztliche Versorgung hingegen soll zwar auch „gestärkt werden“, allerdings fehlt leider anschließend jeglicher Hinweis, mit welcher Maßnahme die Regierung das umzusetzen gedenkt. Einstellen können sich die Niedergelassenen wohl auf die Einführung zweier **neuer DMP** für Rückenleiden und Depression, die Einführung des schon lang diskutierten **Korruptionsstraftatbestands im Stragesetzbuch** und eine Förderung und Vergütung **telemedizinischer Leistungen**.

### Qualität als Leitthema

Das Teilkapitel zur ambulanten Versorgung schließt ab mit zwei sektorenübergreifenden Vorschlägen zur **Qualitätssicherung** – die im Übrigen laut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe „das zentrale Anliegen“ der schwarz-roten Gesundheitspolitik ist [3] und „für die Arztpraxis genauso wie für das Krankenhaus“ gelten sollte. Vorschlag Nummer eins sieht die Gründung eines **Instituts** vor, das „die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt“ und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) „Entscheidungsgrundlagen liefert“. Arbeitsgrundlage sollen pseudonymisierte Routinedaten bilden, welche die gesetzlichen Krankenkassen liefern sollen. Die Qualität der Versorgung will Schwarz-Rot mit der Schaf-

fung eines **Innovationsfonds** verbessern. Mit insgesamt 300 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds – davon sind 150 Millionen Euro zusätzliche Mittel – sollen „innovative sektorübergreifende Versorgungsformen“ und die Versorgungsforschung gefördert werden. Der G-BA würde Kriterien für die Vergabe der Mittel festlegen.

Weitere Vorschläge zur Qualitätssicherung und -förderung finden sich im nächsten Teilkapitel zur Krankenhausversorgung. Relevant für den ambulanten Sektor ist da insbesondere der Ausblick auf die Kompetenzen des zu gründenden Qualitätsinstituts. So soll die vom Institut gemessene Qualität als weiteres Kriterium für die **Krankenhausplanung** herangezogen werden. Außerdem soll es eine „online einsehbare Vergleichsliste“ für Krankenhäuser erstellen, einfach gesagt also ein an Qualität orientiertes **Krankenhausranking**. Auch das Prinzip **Pay for Performance**, also ein an der Behandlungsqualität orientiertes Vergütungssystem, soll im stationären Bereich eingeführt werden. Da das Institut aber grundsätzlich auch die Qualität der ambulanten Versorgung ermitteln soll, darf man wohl spekulieren, dass viele der zunächst nur für den stationären Sektor geplanten Vorhaben im Bereich Qualitätssicherung langfristig auch auf die Arztpraxen zukommen könnten. Definitiv relevant für die Niedergelassenen würde das Vorhaben, Qualität auch als Kriterium zur Teilnahmeberechtigung an der **ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung** zu stärken. Basis bildeten auch hier die Daten des Qualitätsinstituts. Die Versorgungsqualität sichern soll auch der Vorschlag, dass Patienten bei bestimmten Behandlungen im Krankenhaus die Möglichkeit bekommen sollen, bei einem weiteren **Facharzt** oder Krankenhaus eine **Zweitmeinung** einzuholen.

In der KVB kritisch gelesen wurden die Pläne der Koalition zur **ambulanten Notfallversorgung**. Sie will hier die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Vergütung anpassen. Konkret sollen KVen und Krankenhäuser unter Einbeziehung der Apotheken regelhaft kooperieren, der Sicherstellungsauftrag verbleibt aber bei den KVen. All dies mit der aus KV-Sicht zweifelhaften Begründung, dass sich die ambulante Notfallversorgung außerhalb der Praxissprechzeiten auf die Krankenhäuser konzentrieren würde.

### Gesundheitsberufe, Prävention und Pflege

Im nächsten Teilkapitel „Arzneimittel, Gesundheitsberufe und Prävention“ finden sich wichtige Maßnahmen zur Nachwuchsförderung. „Wir wollen Menschen für einen Gesundheitsberuf gewinnen, ja begeistern“, sagte Hermann Gröhe in der Aussprache über die gesundheitspolitischen Aussagen der Regierungserklärung von Bundeskanzlerin Angela Merkel am 30. Januar im Bundestag. Diesem Ziel näherkommen will er unter anderem mit einem **„Masterplan Medizinstudium 2020“**. Laut Koalitionsvertrag soll dafür eine Bund-Länderkonferenz eingerichtet werden, die für eine „zielgerichteterer Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium“ Konzepte für diesen Masterplan ausarbeitet. Der Koalitionsvertrag sieht weiterhin vor, dass die **Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin** um 50 Prozent erhöht und bei Bedarf länderübergreifend koordiniert wird. Zudem soll auch die Weiterbildung „aller **grundversorgenden Fachgebiete** in ambulanten Einrichtungen“ gefördert werden. Wie genau dies allerdings geschehen soll, lässt der Vertrag offen.

Für die ambulante Versorgung relevant dürften auch noch die Ankündigungen zu den Themen Prävention und Pflege sein. Noch 2014 möchte die Koalition ein **Präventionsgesetz** verabschieden. Dieses soll unter anderem bundesweit einheitliche Gesundheitsziele und Vorgaben zur Qualität und Evaluation berücksichtigen, Impfquoten erhöhen sowie Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und ärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen stärken. Umfassend haben sich die Koalitionäre der **Pflege** gewidmet. So soll der Pflegebedürftigkeitsbegriff reformiert, die Stellung Demenzkranker gestärkt und bestehende Betreuungsleistungen auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet und ausgebaut werden. Weitere Vorhaben sind die Einstellung von bis zu 45.000 neuen Pflegefachkräften, die schrittweise Anhebung der Pflegeversicherungsbeiträge um 0,5 Prozentpunkte und die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds zur Abfederung künftiger Beitragserhöhungen.

### Welche Schwerpunkte setzt das BMG?

Soweit die umfangreiche Agenda des Koalitionsvertrags. Utopisch wäre, wenn ein Gesundheitsminister alle Punkte in einer Legislaturperiode abarbeiten würde. Daher wird es spannend, welche Themen Hermann Gröhe selbst als besonders wichtig und dringend ansieht und welche er auch mit seinem Koalitionspartner tatsächlich umsetzen kann. Er selbst nannte in seiner Bundestagrede am 30. Januar als Schwerpunkte seiner Gesundheitspolitik für die kommenden vier Jahre, Fachkräfte für die Gesundheitsberufe zu gewinnen, die Qualität in der Versorgung zu sichern und die Pflege auszubauen. Für seine Pflegereform hat er in seiner Rede auch schon einen konkreten Zeitplan vorgestellt, ge-

nauso wie für die **Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung**. Wie im Koalitionsvertrag festgehalten, soll der Beitragssatz für Krankenkassenbeiträge auf 14,6 Prozent festgelegt werden, der Anteil für Arbeitgeber auf 7,3 Prozent. Von den Krankenkassen erhobene Zusatzbeiträge sollen einkommensabhängig sein.

Insgesamt für drei Themen – Pflege, Prävention und GKV-Finanzierung – hat Gröhe also Gesetzesentwürfe bis zur Sommerpause 2014 angekündigt, damit die entsprechenden Regelungen zum 1. Januar 2015 in Kraft treten können.

Zur Vorbereitung der **Krankenhausreform** soll – so das BMG – eine Arbeitsgruppe bis Ende des Jahres Eckpunkte erarbeiten. Für die Themen **Prävention und Korruption** liegen zumindest schon Blaupausen aus der letzten Legislaturperiode vor (siehe KVB FORUM 1-2/2014). Persönlich vorantreiben will Gröhe wohl die Verschärfung der Vorschriften zur **Sterbehilfe** – im Übrigen ein Thema, das im Bundestag zwar nicht neu ist, so aber nicht im Koalitionsvertrag steht. Aber nicht erst die letzte Legislaturperiode hat gezeigt: Neue Themen kommen regelmäßig auf die tagespolitische Agenda. Auf Überraschungen darf man also weiter gefasst sein – Konflikte im Regierungslager nicht ausgeschlossen.

*Susanne Rose (KVB)*

- [1] Koalitionsvertrag der 18. Wahlperiode von CDU, CSU und SPD: „Deutschlands Zukunft gestalten“. Abschließende Fassung vom 27. November 2013, siehe [www.cdu.de/artikel/der-koalitionsvertrag-von-cdu-csu-und-spd](http://www.cdu.de/artikel/der-koalitionsvertrag-von-cdu-csu-und-spd)
- [2] Pressemitteilung der FALK-KVen vom 20. Januar 2014: „FALK-KVen erwarten Maßnahmen gegen den Ärztemangel – Die Politik soll zügig mit angekündigten Reformen beginnen“, siehe [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik Presse/Presseinformationen.
- [3] Rede des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe am 30. Januar 2014: „Richtlinien für die Gesundheitspolitik“, siehe [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) in der Rubrik Ministerium/Presse/Reden/Richtlinien für die Gesundheitspolitik



# „INGESPIELTES SYSTEM ERHALTEN UND WEITER AUSBAUEN“

Seit einigen Monaten ist der Landtagsabgeordnete Bernhard Seidenath Mitglied im CSU-Fraktionsvorstand und dort als früherer Pressesprecher im Bayerischen Sozialministerium prädestiniert für die Themen aus dem Gesundheits- und Pflegebereich. Über seine Vorstellungen zur Gesundheitspolitik sprach er mit dem ersten stellvertretenden KVB-Vorstandsvorsitzenden Dr. Pedro Schmelz.

**F**rühmorgens im Restaurant des Münchner Landtags: Bernhard Seidenath kommt pünktlich zum vereinbarten Interviewtermin und hat – da nachfolgende Sitzungstermine verschoben wurden – mehr Zeit als geplant. Die Chance also für eine intensive Diskussion mit KVB-Vorstand Dr. Pedro Schmelz, unter anderem über die Bedarfsplanung und die fachärztliche Versorgung.

**Dr. Pedro Schmelz:** Lassen Sie uns mit einem Thema beginnen, das die Menschen in Bayern seit Längerem stark bewegt: der flächendeckenden ambulanten Versorgung mit Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten. Gerade in ländlichen Regionen wird es immer schwieriger, frei werdende Arztsitze noch zu besetzen. Was kann die Politik dazu beitragen, eine Niederlassung in eigener Praxis wieder attraktiver zu machen?

**KVB-Vize Dr. Pedro Schmelz kritisiert den ungleichen Wettbewerb der Praxen mit den Krankenhäusern.**

**Bernhard Seidenath:** Wir haben hier in Bayern schon einiges in dieser Richtung getan und sind auf einem ganz guten Weg. Ich erinnere hier nur an die Zuschüsse für Praxisgründungen oder auch die Förderung für Medizinstudenten, die später auf dem Land ärztlich tätig werden wollen. Das Thema Ärztemangel muss man differen-

ziert betrachten: In den Ballungsräumen ist die Versorgung sehr gut, auf dem Land müssen wir darauf achten, dass sie gewährleistet bleibt. Nehmen Sie als Beispiel meinen Heimatlandkreis Dachau, der rein rechnerisch wohl ausreichend mit Ärzten versorgt ist. Aber bei uns in Karlsfeld mit 18.000 Einwohnern sind zu wenig Fachärzte tätig. Die siedeln sich lieber direkt in Mün-

staltet und bundesweit umgestellt worden. In den maßgeblichen Gremien reden durchaus auch Politiker und Patientenvertreter mit. Man muss wissen, dass den regional verantwortlichen Zulassungsausschüssen bei ihren Entscheidungen nur ein recht eng bemessener Handlungsspielraum zur Verfügung steht. Zudem sind gerade im fachärztlichen Bereich einer noch



chen an. Meiner Meinung nach sind die Planungsgrundlagen zu unflexibel. Man müsste die Räume, die für die Bedarfsplanung zugrunde gelegt werden, deutlich verkleinern, um wirklich zu einer wohnortnahen Versorgung zu kommen.

**Schmelz:** Die Bedarfsplanung ist erst im vergangenen Jahr neu ge-

kleinräumigeren Planung auch dadurch Grenzen gesetzt, dass der Betrieb einer Praxis auch wirtschaftlich möglich sein muss. Ich sehe deshalb durchaus die Patienten in der Pflicht, gegebenenfalls längere Fahrtstrecken in Kauf zu nehmen, um den gewünschten Arzt aufzusuchen.

**Seidenath:** Wir sprechen hier aber über alte und kranke Menschen. Denen kann man keine beliebig langen Fahrtstrecken zumuten. Für mich liegt der Ball in Sachen Bedarfsplanung durchaus im Feld der KV.

**Schmelz:** Aber wir können die Ärzte nicht zwingen, zum Beispiel nach Karlsfeld zu gehen. Selbstverständlich muss man natürlich genau hinschauen, wenn jemand seinen Praxissitz verlegen möchte, dass eine sowieso schon suboptimal versorgte Region nicht noch weiter geschwächt wird. Und genau das geschieht in den Zulassungsausschüssen. Und es ist ja auch nicht gerade so, dass die Bewerber für jeden ausgeschriebenen Vertragsarztsitz Schlange stehen würden. Viele Kollegen, die ihre Praxis gerne in gute Hände übergeben würden, müssen derzeit notgedrungen weitermachen, damit ihre Patienten nicht unversorgt bleiben.

te, wirtschaftliches Risiko – das schreckt viele Studenten, die auch andere Optionen haben, erst einmal ab.

**Schmelz:** Das ist aber nicht nur ein Problem im hausärztlichen Bereich. Auch bei uns Fachärzten kommt die Alterslawine ins Rollen. Jeder Fünfte von uns ist inzwischen über 60 Jahre alt. Und gerade die hoch spezialisierten Fachärzte haben noch ein zusätzliches Problem, nämlich den ungleichen Wettbewerb mit den Krankenhäusern, die in zunehmendem Maße in die ambulante Versorgung drängen. Im Gegensatz zu uns niedergelassenen Ärzten werden die Krankenhäuser finanziell vom Staat auch massiv unterstützt. Finden Sie das richtig so?

**Seidenath:** Ich halte das, was der Freistaat Bayern mit seinen Krankenhäusern macht, für richtig. Jedes Jahr fördern wir die Investitionen in den rund 400 Häusern im

als Belegärzte tätig sind, bis zu den Haus- und Fachärzten, die in und mit ihren Praxen flächendeckend die Grundversorgung leisten und die meisten Behandlungsfälle abdecken. Das ist ein hervorragend funktionierendes System, das wir mit allen genannten Ebenen so erhalten müssen.

**Schmelz:** Wir haben in Bayern über die letzten Jahrzehnte hinweg auch ganz besondere Versorgungsstrukturen etabliert. Während man in anderen Bundesländern für eine Kernspintomographie ins Krankenhaus geschickt wird, machen das bei uns die Kollegen ambulant. Deshalb würde ich Sie auch dringend darum bitten, ein Auge darauf zu haben, dass nicht noch mehr Beitragsgelder aus Bayern abfließen. Nur so können wir unsere exzellente Leistungsfähigkeit im ambulanten Bereich erhalten.

**Seidenath:** Meine Kollegen und ich im Landtag, aber auch unsere Experten im Bundestag achten seit Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2008 mit Argusaugen darauf, dass Bayern nicht zu kurz kommt – und diese Gefahr ist groß. Man kann – da gebe ich Ihnen völlig recht – nicht alles über einen Kamm scheren. Auch die Mieten und Betriebskosten für eine Praxis sind in den Bundesländern unterschiedlich hoch. Deshalb werden wir uns weiter dafür einsetzen, das gut eingespielte System im Freistaat zu erhalten und möglichst weiter auszubauen.



**Seidenath:** Das ist sicher ein ganz zentrales Problem. Gerade im hausärztlichen Bereich stehen wir vor einer gigantischen Herausforderung, wenn nun viele Ärzte altersbedingt ausscheiden und kein passender Ersatz da ist. Natürlich hat sich auch die Einstellung zu dem Beruf geändert. Die permanente Erreichbarkeit, Bereitschaftsdiens-

Bayerischen Krankenhausplan mit einer halben Milliarde Euro. Die Betriebskosten werden über die Krankenkassen getragen. Diese duale Finanzierung hat sich bewährt. Genauso wichtig ist allerdings auch die Kaskade von der Klinik mit Maximalversorgung über die kleineren Häuser in den Regionen und den Fachärzten, die hier teilweise

**Schmelz:** Stichwort „Ausbau des Systems“ – hier denke ich spontan an die Telematik, die ja als eine der künftigen Säulen des Gesundheitswesens gilt. In anderen Staaten ist man da durchaus auch schon weiter als in Deutschland. Andererseits wirft die Digitalisierung in den Praxen und Kliniken natürlich auch die Frage nach dem Datenschutz

**Gesundheitspolitiker Bernhard Seidenath (CSU) will weiterhin darauf achten, dass der Freistaat durch den Gesundheitsfonds keine Nachteile erleidet.**

**Trafen sich im Bayerischen Landtag zum gemeinsamen Gedankenaustausch: Dr. Pedro Schmelz und Bernhard Seidenath (rechts).**

und der Gewährleistung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses auf. Gerade deshalb sind aus der Ärzteschaft oft auch kritische Stimmen zu hören, wenn es um die Möglichkeiten des Einsatzes der Informationstechnologie im Gesundheitswesen geht.

**Seidenath:** Das ist eine Entwicklung, die man nicht aufhalten kann. Die moderne IT bietet gerade in der medizinischen Versorgung enorme Chancen. Man denke beispielsweise an die Übermittlung von Untersuchungsdaten oder auch Bildern in Echtzeit. Die Technik kann jetzt schon mehr, als wir uns vorstellen können. Selbstverständlich muss man stets auch die Risiken im Blick behalten, gerade in Hinsicht auf den Datenschutz. Das Bayerische Gesundheitsministerium fördert zum Beispiel das Zentrum für Telemedizin in Bad Kissingen, wo verschiedene neue Projekte in diesem Bereich entwickelt werden. Ich bin ein klarer Befürworter der elektronischen Gesundheitskarte, denn diese kann dazu beitragen, Doppeluntersuchungen zu vermeiden, Betrug zu verhindern und Unverträglichkeiten bei bestimmten Arzneimitteln festzustellen. Es wird höchste Zeit, dass auch die ganzen Möglichkeiten der eGK ausgeschöpft werden.

**Schmelz:** Sicher ist die eGK ein politisches Renommierprojekt, das wohl nicht mehr aufzuhalten ist. Aber noch bietet die Karte nicht die von Ihnen genannten Möglichkeiten. Und viele Kollegen haben die Sorge, dass die Krankenkassen sich in die Therapiefreiheit einmischen würden, wenn sie über die eGK auf Behandlungsdaten zugreifen könnten. Zudem ist nicht einzusehen, dass der Abgleich der Stammdaten, der eigentlich Aufgabe der Kassen wäre, jetzt in den Praxen durchgeführt werden soll. Wir im Vorstand der KVB sind uns



einig, dass die sinnvollere Lösung für die Vernetzung unter den Ärzten das sichere Netz der KVen wäre. Dabei wird eine bundesweite Kommunikationsplattform geschaffen, die unter Einhaltung aller Richtlinien des Datenschutzes einen sicheren Austausch von Daten nur unter Ärzten ermöglicht.

**Seidenath:** Das ist auch ein interessanter Ansatz, kann aber meiner Meinung nach zusätzlich zur elektronischen Gesundheitskarte gesehen werden. Noch einmal: Die eGK ist da, fast alle Versicherten haben und nutzen sie. Die Ärzte sollten sich hier nicht verschließen, sondern aktiv mitgestalten.

**Schmelz:** Zum Abschluss unseres Gesprächs möchte ich gerne noch auf den demografischen Wandel zu sprechen kommen, der uns in den Praxen ja vor große Herausforderungen stellt. Die Menschen werden immer älter und zunehmend auch in den letzten Lebensjahren multimorbid. Zugleich erleben wir einen gesellschaftlichen Wandel – weg von der Großfamilie, hin zu einer Vereinzelung unserer älteren Mitbürger. Das erfordert ja gerade auch im Bereich der Pflege eine neue Herangehensweise. Haben Sie als Experte hier ein Patentrezept zu bieten?

**Seidenath:** Nein, das habe ich nicht. Sie sprechen hier wirklich

ein Riesenproblemfeld an, denn in der Pflege sieht es in Sachen Nachwuchs mindestens ebenso kritisch aus wie in der ärztlichen Versorgung. Noch haben wir den größten Pflegedienst in den Familien. Das heißt ganz konkret, dass zwei Drittel bis drei Viertel der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden. Aber Sie haben es ja richtig skizziert, dass sich die gewohnten Strukturen zunehmend auflösen. Um es klar zu sagen: Wir wollen keine Pflegeroboter, sondern auch künftig motivierte und gut ausgebildete Pflegekräfte, die sich für unsere älteren Mitbürger Zeit nehmen und die mit diesen auch reden können. Dazu gehört dann aber auch, dass die Bezahlung der Pflegekräfte angemessen ist. Hier sind die Tarifvertragsparteien gefordert, zu vernünftigen Lösungen zu kommen. Zudem müssen wir die Leistungen der Pflegeversicherung erhöhen, auch für die häusliche Pflege. An sich haben wir ja einen Konsens in der Gesellschaft, dass wir menschenwürdig mit den alten, kranken und schwachen Mitmenschen umgehen wollen. Wir alle sind gefordert, diesen Anspruch auch mit Leben zu erfüllen.

**Schmelz:** Herr Seidenath, hier sind wir zu einhundert Prozent einer Meinung. Ich danke Ihnen für dieses Gespräch.

*Redaktion*

# ASV: BEHANDLUNG DER TUBERKULOSE MACHT DEN ANFANG

Die erste Anlage zur „Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) tritt voraussichtlich zum 1. April 2014 in Kraft. Damit können erstmals Tuberkulosepatienten in spezialisierten Teams im Rahmen des neuen Versorgungsbereichs behandelt werden. KVB FORUM gibt einen kursorischen Einblick in die Regelungen.

**T**uberkulose gehört zu den seltenen Erkrankungen. Im Jahr 2013 traten in Deutschland insgesamt 4.250 Neuerkrankungen auf, 580 davon entfielen auf Bayern (Robert Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin, Nummer 3/2014; Seite 31). Patienten, die durch die Bakterien des Mycobacterium-tuberculosis-Komplexes infiziert sind, benötigen eine langwierige Therapie, die einen hohen medizinischen Betreuungsaufwand – insbesondere bei resistenten Erregern – erforderlich macht. Da keine Impfung verfügbar ist, die sicher vor einer Tuberkulose schützt, sind zudem die Präventions- und Kontrollmaßnahmen zur Unterbrechung der Infektionsketten sehr anspruchsvoll.

## Konkretisierung der Erkrankung

Im Sinne der G-BA-Richtlinie ist eine Behandlung von Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose mit den Diagnosen A15.- bis einschließlich A19.- sowie A31.- im Rahmen der ASV möglich.

## Fachgruppen

In der ersten veröffentlichten konkretisierenden Anlage zur ASV-Richtlinie hat der G-BA festgelegt, welche Fachgruppen zur Behandlung von Tuberkulosepatienten in das Team der Behandler, das den beschrie-

benen hohen Betreuungsaufwand sicherstellt, einbezogen werden müssen. Im sogenannten Kernteam müssen zur Behandlung von Tuberkulosepatienten demnach Pneumologen, Infektiologen oder Mikrobiologen, Virologen und Infektionsepidemiologen und – sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden – Pädiater zusammenarbeiten. Bei Bedarf können weitere Fachgruppen wie zum Beispiel Augenärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte oder Gastroenterologen als „Hinzugezogene“ auf Überweisung tätig werden.

## Behandlungsumfang

Darüber hinaus hat der G-BA den Behandlungsumfang für Tuberkulosepatienten in der ASV ganz konkret definiert – die zugelassenen Leistungen für Diagnostik, Behandlung und Beratung können im Detail in der G-BA-Richtlinie nachgelesen werden. Der Appendix zur Richtlinie enthält darüber hinaus konkrete Gebührenordnungspositionen je Fachgruppe, die im Rahmen der ASV abgerechnet werden können.

## Mindestmengen

Richtungsweisend gilt die Entscheidung des G-BA, Mindestmengen für eine ASV-Teilnahme zu fordern. So hat das Kernteam bei der Teilnahmeanzeige für die ASV-Indikation

Tuberkulose nachzuweisen, dass von allen Mitgliedern zusammen im vergangenen Jahr mindestens 20 Patienten mit der entsprechenden (Verdachts-) Diagnose behandelt wurden.

*Janina Bär (KVB)*

## Service- und Beratungsangebote

Die KVB wird ihre Mitglieder über die aktuellen Entwicklungen, das Antragsverfahren vor dem erweiterten Landesausschuss sowie die Teilnahmevoraussetzungen an der ASV informieren und entsprechende Beratungsangebote zur Verfügung stellen. Beachten Sie bitte auch zusätzlich die Beschlüsse zur ASV-Richtlinie des G-BA sowie zur Anlage Tuberkulose. Zudem will die KVB zukünftig einen Abrechnungsweg der in der ASV erbrachten Leistungen anbieten.

## Weiterführende Infos

Die Beschlüsse zur ASV-Richtlinie des G-BA sowie zur Anlage „Tuberkulose“ finden Sie im Internet unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) in der Rubrik Themenschwerpunkte/Ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

Weitere Informationen zur ASV finden Sie auch unter [www.kvb.de/asv](http://www.kvb.de/asv).

Informationen zur Epidemiologie von Tuberkulose finden Sie unter [www.rki.de](http://www.rki.de) in der Rubrik Infektionskrankheiten/Tuberkulose/RKI Ratgeber für Ärzte.

# KAMPF GEGEN BÜROKRATIE ZAHLT SICH AUS

Im Rahmen einer Pressekonferenz hat die Bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml am 7. Januar 2014 gemeinsam mit den Vorständen der KVB die Inhalte des Endberichts der Anlaufstelle für Bürokratieabbau und die daraus resultierenden konkreten Verbesserungen für Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten vorgestellt.

Viele Ärzte und Psychotherapeuten sind bei ihrer täglichen Arbeit mit wahren „Bürokratiemonstern“ konfrontiert, die ihnen die Zeit, in der sie eigentlich ihre Patienten behandeln möchten, stehlen. Um weitere Zeitfres-

tion als Staatssekretärin – von Anfang an begleitet hatte, konnten die Vorstände der KVB im Januar 2014 den offiziellen Abschlussbericht der Anlaufstelle für Bürokratieabbau der Öffentlichkeit vorstellen.

von Vertragsärzten und -psychotherapeuten, zeigt, wie wichtig dieses Thema ist. Wir haben aus den Vorschlägen Lösungen für patientenfreundlichere, schlankere und einfachere Vorgaben im Praxisbetrieb entwickelt. Im Koalitionsvertrag wurden bereits konkrete Maßnahmen vereinbart. So sollen zum Beispiel die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung ersetzt werden“, so die Gesundheitsministerin.



**Gemeinsam für weniger Bürokratie: Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Ilka Enger, Staatsministerin Melanie Huml, Dr. Pedro Schmelz (von links).**

ser und unnötige bürokratische Hürden in den Praxen zu identifizieren und wenn möglich abzuschaffen, hatte die KVB bereits im November 2011 mit dem damaligen Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit eine Anlaufstelle für Bürokratieabbau gegründet. Zusammen mit der neuen Bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml, die die Anlaufstelle – damals noch in ihrer Funk-

„Weniger Bürokratie bedeutet mehr Zeit für die Patienten und für deren Sorgen und Bedürfnisse. Mit der gemeinsamen Anlaufstelle für Bürokratieabbau ist Bayern Vorbild für weitere Initiativen auf Bundesebene und in anderen Ländern“, freute sich Huml. Im einjährigen Betrieb der Anlaufstelle hatten rund 250 Personen über 500 Vorschläge zum Bürokratieabbau eingereicht. „Die große Resonanz, vor allem

## Formularflut eindämmen

Die meisten in Bayern eingereichten Vorschläge bezogen sich auf den Prozess der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung. Bei diesem Thema herrscht sowohl bei den Ärzten als auch bei ihren Patienten oft Verunsicherung darüber, was nach den einschlägigen Vorgaben in welcher Menge auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden kann. „Fakt ist, dass die Ärzte ihren Patienten das verschreiben sollen, was für die Heilung und Gesunderhaltung medizinisch notwendig und zugleich ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Für eine Entscheidung, was nach medizinischen Gesichtspunkten für den Patienten wichtig ist, brauchen die Ärzte keine Formularflut. Hier sollte man

wieder zu einem System mit Augenmaß zurückkommen“, forderte die zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Ilka Enger im Rahmen des Pressetermins. Ihrer Meinung nach zeigten die vielen Eingaben zum Thema Formulare, dass die Überregulierung des Gesundheitswesens dringend zurückgefahren werden müsse. Enger plädierte deshalb für mehr Vertrauen in Ärzte und Psychotherapeuten, die mit ihrer Arbeit primär das Wohl ihrer Patienten im Blick hätten.

So wurde mit dem Ende der Praxisgebühr eines der größten bürokratischen Ärgernisse für Ärzte und Patienten bereits Anfang 2013 – unter anderem auch aufgrund der Anstrengungen der KVB – abgeschafft. Dies hat zu einer deutlichen Entlastung in den Praxen und zu einer höheren Patientenzufriedenheit geführt, ohne dass es hierdurch zu einem spürbaren Anstieg der Fallzahlen in den Praxen gekommen ist. „Dies ist ein positives Beispiel, dass es sich lohnt, gegen Bürokratiemonster anzukämpfen, auch wenn sie schon seit Jahren bestehen“, betonte Enger. Außerdem konnte die Vereinfachung des Übertrags von Genehmigungen bei einem

Umzug der Arztpraxis bereits in die Realität umgesetzt werden.

Als Resultat der Arbeit der Anlaufstelle wurde mittlerweile eine Formulkommission von Krankenkassen und KVB eingerichtet. Ziel ist es dabei, die Inhalte jedes einzelnen Formulars zu prüfen und – sofern sich deren Notwendigkeit nicht klar erschließt – die entsprechenden Passagen entweder praxistauglicher zu gestalten oder ganz zu streichen.

Im Rahmen der Pressekonferenz stellten sich Gesundheitsministerin Huml und die Vorstände der KVB auch den Fragen der zahlreich anwesenden Journalisten. Dabei beschäftigte die Medienvertreter vor allem die aktuell auf Bundesebene diskutierte Forderung nach einer Vier-Wochen-Frist bei Facharztterminen – und der dadurch zu erwartende neue Bürokratieaufwand für Ärzte und Patienten. Hierauf antwortete der Vorstandsvorsitzende der KVB, Dr. Wolfgang Krombholz, dass das angebliche Problem der überlangen Wartezeiten bei genauerer Betrachtung doch gar keines sei. „Wer dringend einen Termin benötigt, bekommt diesen auch

Anlaufstelle für Bürokratieabbau	
Gemeldete Themen nach Häufigkeit	
Prozess Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung	12,5%
Anfragen von Krankenkassen	11,6%
Praxisgebühr	11,4%
Formulare	11,0%
Abrechnung	10,6%
Antragstellung Reha-/Kuranträge	5,5%
Meldungen ohne Bezug zu Bürokratieabbau	4,0%
Disease Management Programme (DMP)	3,4%
Zulassung/Antragstellung Genehmigung	3,0%
Antragstellung Psychotherapie	2,8%
Dokumentationspflicht	2,7%
Gerätemeldung	2,1%
sonstige Themen	19,4%
Gesamt	100%

Tabelle 1

Quelle: KVB

– insbesondere, wenn der Hausarzt selbst bei dem Kollegen nachfragt“, so Krombholz, der selbst jahrzehntelang als Hausarzt tätig war. „Das seit Jahren bewährte System in Bayern benötigt keine zusätzliche Bürokratisierung durch eine neue Terminvermittlungsstelle“, bekräftigte auch Dr. Pedro Schmelz, Facharzt und erster stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVB. Eher solle man sich in der Gesundheitspolitik Gedanken um die tatsächlichen Bürokratietreiber in den Praxen machen. Seine Kollegin Enger nannte hier zum Beispiel die sogenannten „formfreien“ Anfragen von Krankenkassen, die in den Praxen aufgrund ihrer Menge mittlerweile zu einer logistischen Herausforderung geworden seien. Aber auch hier lasse die KVB ihre Mitglieder nicht im Stich: „Auf Anregung der KVB wird auf Bundesebene derzeit an der Lösung dieses Problems gearbeitet“, so Enger.

*Birgit Grain (KVB)*

### Der Kampf gegen Bürokratie geht weiter

Bei der KVB wurde mittlerweile eine eigene Stelle für den Bürokratieabbau eingerichtet, die sämtliche Aktivitäten sowohl in der KVB als auch die Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Gesundheitsministerium, den Kassen und der Bundesebene in diesem Bereich koordiniert.

Bitte nutzen Sie die Möglichkeit und schicken Sie uns Ihre Hinweise und Verbesserungsvorschläge.

E-Mail: [Buerokratieabbau@kvb.de](mailto:Buerokratieabbau@kvb.de)  
 Fax: 0 89 / 5 70 93 – 6 49 74

Weitere Informationen sowie den kompletten Abschlussbericht der Anlaufstelle für Bürokratieabbau finden Sie unter [www.kvb.de/buerokratieabbau](http://www.kvb.de/buerokratieabbau).

# UMFRAGE ZUR TERMINTREUE

Auch unzuverlässige Patienten tragen dazu bei, dass in den Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ein hoher Zeitdruck herrscht und mitunter Wartezeiten entstehen können. Das hat eine Online-Umfrage der KVB unter Bayerns niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, die von 25. November bis 23. Dezember 2013 lief, gezeigt.

**R**und ein Drittel der knapp 400 Teilnehmer gibt an, dass fünf bis zehn Prozent der vereinbarten Termine pro Woche von den Patienten nicht wahrgenommen werden. Von Ausfallquoten zwischen zehn und 15 Prozent spricht immerhin jeder fünfte Kollege. Besonders frappierend: Laut Umfrage sagen mehr als die Hälfte der Patienten, die ihren Termin nicht wahrnehmen, diesen gar nicht ab.

Einen solchen Ausfall können nur die Ärzte kompensieren, die ihre Praxis überwiegend als offene Sprechstunde organisiert haben – doch dies geben weniger als vier Prozent der Umfrageteilnehmer an. Mehr als die Hälfte der Befragten hingegen betreibt eine reine Bestellpraxis. Hier führt die mangelnde Termintreue der Patienten zu Ausfallzeiten und somit zu echten Honorarverlusten – insbesondere, wenn

Termine für zeitintensive Untersuchungen wie Gastro- oder Koloskopie, für Diabetesschulungen oder sogar ambulante Operationen spontan nicht wahrgenommen werden. Gleichzeitig werden die Wartezeiten für andere Patienten auf diese Weise künstlich verlängert.

Wir haben versucht, aus den vielen Rückmeldungen der Praxen anhand zweier Fragen einige Kernaussagen zusammenzustellen.

## Welche Patienten nehmen ihre Termine nicht wahr?

Vor allem bei Neupatienten gibt es eine hohe Ausfallquote. Außerdem statistisch auffällig: junge Patienten, GKV-Versicherte (im Vergleich zu Privatpatienten), Patienten mit Migrationshintergrund, Patienten mit sozial schwächerem Status. Ein wahrer Terminkiller scheint auch

das Wetter zu sein: Egal ob zu schön oder zu winterlich – an diesen Tagen platzen viele Termine.

## Welche Behandlungen/Untersuchungen sind besonders betroffen?

In klassischen Sprechstunden kann der Ausfall eines Termins kompensiert werden – doch es werden oftmals auch Termine für zeitintensive Untersuchungen nicht wahrgenommen, darunter: Koloskopien, Gastroskopien, Herzecho, Ultraschall, ambulante Operationen, Therapiesitzungen etc.

Alle weiteren Ergebnisse und Informationen zur Umfrage finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Über uns/Gesundheitspolitik/Umfrage zur Termintreue von Patienten*.

Redaktion



Quelle: KVB

# INFORMIERTE ENTSCHEIDUNG ZUR DARMKREBSFRÜHERKENNUNG

Welche Anschreibeverfahren sind geeignet, damit Versicherte eine informierte Entscheidung zur Teilnahme an der Vorsorge treffen können? Wie kann die sprechende Medizin Einfluss nehmen auf die Entscheidungsfindung der Versicherten? Diese Fragen wollen die KVB und die Techniker Krankenkasse (TK) im Rahmen eines dreijährigen Gemeinschaftsprojekts in Bayern beantworten.

Seit 9. April 2013 ist das Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG) in Kraft. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist aufgefordert, bis zum 30. April 2016 in einer Richtlinie die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme zu regeln. Ausgangspunkt für den Gesetzesentwurf war der Nationale Krebsplan, der 2008 gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren initiiert wurde. In den Zielen des Nationalen Krebsplans ist festgelegt, dass eine Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nicht verpflichtend sein können, weil diese mit Schäden und Nebenwirkungen verbunden sein könnten. Vielmehr sei es „das Ziel, den Bürger zu befähigen, eine individuelle Entscheidung unter Berücksichtigung aller Vor- und Nachteile und seiner persönlichen Präferenzen zu fällen“ (Nationaler Krebsplan: Ziele-Papier 1, Handlungsfeld 1, Nr. 2.1 a, Informierte Inanspruchnahme, Stand: 21.07.2010).

## Zusatzhonorar für teilnehmende Ärzte

Wie gelingt so eine informierte Entscheidung? Diese Frage stellen

sich KVB und TK im Rahmen ihres Projekts „Einladungsverfahren zur Darmkrebsfrüherkennung“, das seit 1. Juni 2013 läuft. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet durch das Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) und finanziell gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Gesund. Leben. Bayern.“ Während der drei Jahre schreibt die TK ihre 50- und 55-jährigen Versicherten an und fördert die sprechende Medizin, indem die teilnehmenden Ärzte ein zusätzliches Honorar für ihre Beratungsleistung zur Darmkrebsfrüherkennung bei diesen Anspruchsberechtigten erhalten.

## Online-Schulungsprogramm

Das Projekt wird in zwei Stufen durchgeführt. In der ersten Projektstufe, die etwa ein Jahr dauert, wird durch Fragebögen und den Versand von unterschiedlichen Informationspaketen untersucht, ob unterschiedliche Ansprachen und Broschüren einen Einfluss auf eine informierte Entscheidung und die Inanspruchnahme der ärztlichen Beratung beziehungsweise der Früherkennungsmaßnahmen haben. Für die zweite Projektstufe entwickelt ein Expertengremium aktuell



ein Online-Schulungsangebot für bayerische Ärzte, in dem die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Darmkrebsfrüherkennung und informierte Entscheidung verarbeitet werden. In einer der nächsten Ausgaben von KVB FORUM stellen wir Ihnen das Schulungsangebot genauer vor.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auf den Internetseiten der KVB im geschützten Mitgliederbereich unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Zusatzvereinbarungen/Einladungsverfahren Darmkrebsfrüherkennung*.

Ursula Chmiela (KVB)

# DIE MOBILE WEBSITE DER KVB

Mit der Mobilen Website stellt die KVB ihren Mitgliedern und deren Patienten ausgewählte Informationen übersichtlich strukturiert und leicht bedienbar für ihr Smartphone bereit und reagiert damit auf die stetig steigende Zahl mobiler Internetnutzer. Nach dem Motto „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“ liegt der Fokus darauf, sich auf wichtige Inhalte für unterwegs zu beschränken, um die Website nicht auf Kosten von Benutzerfreundlichkeit und Ladezeit unnötig zu belasten.

## Die Vorteile der Mobilen Website

### 1. Optimierte Darstellung

Klassische Websites sind für die großen Bildschirme von Desktop-Computern und Notebooks entwickelt. Auf den kleineren Smartphone-Bildschirmen sind sie oft unleserlich und somit nur eingeschränkt nutzbar. Die neue Mobile Website ist dagegen ideal auf die Bildschirmgrößen von Smartphones angepasst.

Ausgewählte Informationen der KVB-Website sind in großen Schaltflächen gut erkennbar angeordnet. Sobald auf eine Schaltfläche getippt wird, klappen die gewünschten Detailseiten nach unten auf.

### 2. Bessere Bedienbarkeit

Für die PC-Nutzung konfigurierte Websites sind für die Bedienung mit der Maus ausgelegt, das Navigieren per Touchscreen fällt daher schwer. Die Mobile Website hingegen ist speziell für eine Navigation mit den Fingern entwickelt. Durch die Konzentration auf weniger Inhalte ergeben sich zudem kürzere Ladezeiten und ein geringerer Datenverbrauch.



### 3. Keine Installation nötig

Im Gegensatz zu einer App bietet eine Mobile Website schnelle und unkomplizierte Erreichbarkeit ohne eine vorherige Installation. Sie ist außerdem mit allen mobilen Endgeräten kompatibel. Wer die Homepage [www.kvb.de](http://www.kvb.de) mit seinem Smartphone besucht, wird automatisch auf die Mobile Website [m.kvb.de](http://m.kvb.de) weitergeleitet.

#### Zurück in die klassische Ansicht

Mit einem Klick auf den Link „[www.kvb.de](http://www.kvb.de)“ in der Fußzeile der Mobilen Website (unten rechts) wechselt man zurück in die klassi-

sche Desktop-Ansicht. Alle Seiten von [www.kvb.de](http://www.kvb.de), die nicht auf [m.kvb.de](http://m.kvb.de) vorkommen, sind auf diesem Weg wie gewohnt aufrufbar. Auch mobil sind somit alle Informationen der KVB-Website verfügbar.

**Tipp:** Klicken Sie sich auf Ihrem Smartphone durch die Mobile Website und machen Sie sich mit Navigation und Handhabung vertraut. Wir hoffen, Sie können von dem neuen Angebot profitieren und laden Sie ein, uns Feedback zu geben.

Per E-Mail erreichen Sie uns unter [online-redaktion@kvb.de](mailto:online-redaktion@kvb.de).

*Sarah Young (KVB)*

**Die Website der KVB vor und nach der mobilen Optimierung.**

# ASSISTENZSYSTEME FÜR ZUHAUSE

## – HYPE ODER HILFE?

Der Siegeszug der Elektronik macht keinen Halt vor der privaten Wohnungstüre. Je mehr die Grenzen zwischen Lifestyle und Gesundheitsversorgung verwischen, desto mehr wird die damit verbundene Trivialisierung zur Herausforderung für die diagnostische und therapeutische Medizin.

**W**oher kommt dieser neue Trend? Ist er bedeutsam für die Medizin? Elektronische Sensoren und Informationstechnologie werden immer kleiner, leistungsfähiger und billiger, sodass das sogenannte „Ambient Assisted Living“ (AAL) seine Funktionen und Dienste immer mehr auf älter werdende Menschen mit Handicaps oder Erkrankungen ausrichten kann. Intuitiv funktionierende Komponenten (wie zum Beispiel Waagen, Bewegungsmelder oder Schalter und Alarmer) sind dabei unaufdringlich in das gewohnte Lebensumfeld integriert und auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtet. Damit können Menschen viel länger ein selbstbestimmtes, sicheres Leben in gewohnter Umgebung führen, denn sie wissen, dass Hilfe in kürzester Zeit geleistet werden kann.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist es nicht ausgeblieben, dass die Industrie diese Methoden als signifikanten Wirtschaftszweig entdeckt hat und sich davon enorme Wachstumsraten erwartet. Die Politik ihrerseits verspricht sich von den neuen Systemen direkte und indirekte Kosteneinsparungen in der Gesundheitsversorgung, gepaart mit direkt verbesserten Pflegeangeboten. Die Bedeutung wird inzwischen so hoch bemessen, dass die Entwicklung, Förderung und der Einsatz sogenannter eCare-Systeme in einer Smart-Home-Umgebung

für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen sogar in den Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung aufgenommen wurden.

Solche altersgerechten Assistenzsysteme gewinnen also auch im medizinischen Kontext Bedeutung. Eingebettete Sensoren und Mikroprozessoren in Geräten, Möbeln, Fußböden oder sogar Kleidung können bei der Überwachung von Krankheitszuständen oder Erkennung von Risikomustern helfen. Solche Messwerte erlauben eine bessere Erfassung klinisch relevanter Zustandsänderungen, ermöglichen Assistenzsysteme für den Notfall und können erhöhten Betreuungsbedarf absichern. Unter diesem Aspekt bietet AAL erkennbare Hilfe und Mehrwert.

Es gibt aber auch systembedingte Herausforderungen bei AAL und verständliche Widerstände. Diese Technologie erfordert einerseits die aktive Mitarbeit und Schulung von Patienten, da ansonsten die Gefahr besteht, dass Messwerte aufgrund fehlerhafter Handhabung verfälscht werden. Andererseits müssen Angebote und Umsetzungen immer wieder neu auf die ganz speziellen Bedürfnisse individueller Patienten ausgerichtet werden. Dies wird kompliziert durch bislang mangelnde Normung der Schnittstellen und fehlende klinische Qualitätssicherung der Sensoren.

Im Ergebnis kreuzen sich bei Ambient Assisted Living die Interessen der Wirtschaft mit den Problemen der Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig begegnen sich dabei aber auch die Wünsche der Patienten und die noch sparsamen Angebote der Heilberufe. Damit erhebt sich die Frage, wie am besten langfristig sichergestellt werden kann, dass wichtige persönliche Betreuung und Zuwendung durch diese Technologie ergänzt und nicht zurückgedrängt wird.

*Dr. Christoph Goetz,  
Leiter Gesundheitstelematik (KVB)*

### Beispiele für „Ambient Assisted Living“:

- **Mobilität:** Kontrolle und Öffnung von Türen aus dem Sitz, Sturzerkennung, intelligente Notrufsysteme
- **Alter/Demenz:** Sicherheitsfunktionen für Hausgeräte wie zum Beispiel (halb-) automatische Abschalter für Bügeleisen, Herd oder Wasserzulauf
- **Herzinsuffizienz:** Vernetzte Waagen oder EKG-Geräte
- **Diabetes:** Vernetzte Blutzuckermessgeräte oder Insulinpumpen

# GRUNDLAGEN DER DELEGATION



Persönliche Leistungserbringung, Delegation, Substitution – Begrifflichkeiten, die regelmäßig in der Fachpresse zu lesen sind und die einen Arzt sein ganzes Berufsleben lang begleiten. Welche Personen darf ein Vertragsarzt zu seiner Unterstützung in seiner Praxis und auch außerhalb einsetzen und welche Überwachungspflichten hat er dabei? Die wichtigsten Grundregeln und speziell die Vorgaben der Partner des Bundesmantelvertrags zur Delegation sollen hier erläutert werden.

## Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung

Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung ist seit jeher Grundlage des ärztlichen Handelns. Sie ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit und kennzeichnet das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Maßgeblich für die vertragsärztliche Tätigkeit und ihrer Vergütung ist: *„Eine Gebührenposition ist nur berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gem. §§ 14a, 15 und 25 BMV-Ä persönlich erbringt.“* (Allgemeine Bestimmungen des EBM)

Was heißt aber konkret „persönliche Leistungserbringung“? Eine Definition findet sich im Gesetz nicht.

Eine erste Hilfestellung gaben Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit ihren Empfehlungen zur persönlichen Leistungserbringung vom August 1988, aktuell gültig in der

Fassung vom August 2008. Kernaussage: Ärztliche Leistungen, die vom Arzt höchstpersönlich erbracht werden müssen (sogenannter „Arztvorbehalt“), dürfen nicht delegiert werden. Hierzu zählen insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Stellen der Diagnose, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidung über die Therapie, Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe. Die übrigen Leistungen können an qualifiziertes Personal delegiert werden. Die Verantwortung für die ordnungsgemäße Leistungserbringung liegt aber weiterhin beim Arzt.

## Delegation

Delegation bedeutet die Übertragung ärztlicher Tätigkeit auf einen Dritten mit Überwachungspflicht des behandelnden Arztes.

Die stärkere Einbeziehung gut qualifizierter und erfahrener nichtärztlicher Mitarbeiter durch die Delegation ärztlich verantworteter Leis-

tungen ist gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, des steigenden Behandlungsbedarfs und des sich abzeichnenden Nachwuchsmangels im Arztberuf eine sinnvolle und unverzichtbare Maßnahme zur Aufrechterhaltung einer guten ärztlichen Versorgung nicht nur in Praxen, sondern auch in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Zugleich kann sich der Arzt durch Delegation von Verwaltungstätigkeit und Bürokratie entlasten und sich so stärker seinen Patienten widmen.

Art und Umfang der Anleitung und Überwachung des nichtärztlichen Personals hängen maßgeblich von der Qualifikation und der Berufserfahrung des Mitarbeiters ab. Grundsätzlich gilt: „Leistungen, die der Arzt wegen ihrer Art oder der mit ihnen verbundenen besonderen Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Umstände ihrer Erbringung, insbesondere wegen der Schwere des Krankheitsfalls, nicht höchstpersönlich erbringen muss, darf er an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren.“ [1]

Zu den Voraussetzungen der Delegation haben der GKV-Spitzenverband und die KBV zum 1. Oktober 2013 eine **Delegationsvereinbarung als Anlage 24 BMV-Ä** geschlossen und damit Rechtssicherheit für die Vertragsärzte geschaffen.

#### Wesentliche Inhalte:

- Zwischen Arzt und nichtärztlichem Mitarbeiter muss ein dienstvertragliches Verhältnis bestehen.
- Der Arzt hat die Eignung des Mitarbeiters anhand beruflicher Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnissen zu beurteilen (Auswahlpflicht), den Mitarbeiter zur selbstständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) und den nicht-ärztlichen Mitarbeiter regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht).
- Der Beispielskatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen entspricht im Wesentlichen den Grundsätzen der BÄK/KBV zur persönlichen Leistungserbringung und enthält daneben Angaben zu typischen Mindestqualifikationen der nichtärztlichen Mitarbeiter (zum Beispiel Medizinische Fachangestellte oder Nachweis einer vergleichbaren medizinischen/heilberuflichen Ausbildung).

Neben der neuen Delegationsvereinbarung, die für alle Vertragsärzte gleich welcher Fachgruppe gilt, gilt für Hausärzte (ohne Kinderärzte) zusätzlich die bereits 2009 in Kraft getretene Anlage 8 BMV-Ä, die als reine Sicherstellungsmaßnahme in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen konzipiert wurde.

**Hinweis:** In Bayern ist derzeit für Hausärzte für den Planungsbereich Haßfurt und die Mittelbereiche Selb, Viechtach, Bogen, Vilsbiburg und Moosburg drohende Unterversorgung ausgewiesen.

#### Wesentliche Inhalte:

- Die Regelung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit der die Qualität bei der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- und Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durch nichtärztliche Praxisassistentinnen gesichert werden soll.
- Sie dient der Betreuung älterer Patienten mit schwerwiegender chronischer Erkrankung oder einer Erkrankung, die einer dauerhaften intensiven ärztlichen Betreuung bedarf oder von Patienten mit akuter schwerwiegender Erkrankung, die intensiver ärztlicher Betreuung bedarf (gesonderte Begründung für Hilfeleistung erforderlich) und der Patient die Arztpraxis nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen aufsuchen kann.
- Die nichtärztliche Praxisassistentin muss in der Arztpraxis angestellt sein und bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen (abhängig von der Dauer der Berufstätigkeit) erfüllen.
- Der Vertragsarzt hat auch hier eine Anleitungs- und Überwachungspflicht.
- Wichtig: Vor Anordnung der Hilfeleistungen muss der Arzt den Patienten selbst besucht oder in seiner Praxis gesehen und eingehend untersucht haben!

- Die Ausführung angeordneter Hilfeleistungen nach Anlage 8 ist genehmigungspflichtig (Qualifikationsnachweise der nicht-ärztlichen Praxisassistentin dürfen nicht älter als fünf Jahre sein).

#### Abgrenzung zur Substitution – Ausblick

Im Gegensatz zur Delegation sieht das Gesetz an einigen Stellen auch die Übertragung ärztlicher Tätigkeit auf Dritte zur **selbstständigen**, eigenverantwortlichen Ausführung vor (sogenannte **Substitution**), zum Beispiel § 63 Abs. 3b und 3c SGB V (Modellvorhaben), § 4 Hebammengesetz (Geburtshilfe) und § 4 Notfallsanitätärgesetz (erforderliche Versorgung des Patienten bis zum Eintreffen des Notarztes).

Ankündigungen der Großen Koalition zur Ausweitung von Substitutionsmöglichkeiten ist kritisch zu begegnen, denn es ist zu befürchten, dass eine weitere Übertragung ärztlicher Leistungen und Verantwortlichkeiten auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe im Sinne einer Substitution das Recht des Patienten auf eine Behandlung nach fachärztlichem Standard unterlaufen und zu einem Qualitätsabfall und einer Unwirtschaftlichkeit in der Versorgung führen würde. Eine weitere Fragmentierung unseres Gesundheitssystems sollte deshalb zwingend vermieden werden. [2]

*Helga Trieb  
(Rechtsabteilung der KVB)*

[1] Empfehlungen der BÄK/KBV zur Persönlichen Leistungserbringung, DÄ 2008, A 2173, 2174

[2] So bereits die Resolution der ärztlichen Spitzenverbände zur Delegation am 23. Februar 2012

# GUT VERSORGT BEI HERZINSUFFIZIENZ?

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Berlin widmet sich schwerpunktmäßig der Durchführung und Förderung der Versorgungsforschung in der vertragsärztlichen Versorgung. In einer aktuellen Studie analysieren die Autoren Dr. Burgi Riens, Dr. Dominik Graf von Stillfried und Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum die vorliegenden Daten für den Freistaat Bayern zur leitliniengerechten Therapie bei Linksherzinsuffizienz.

Die Herzinsuffizienz gehört in Deutschland zu den häufigsten Diagnosen stationär behandelter Patienten und zu den häufigsten Todesursachen. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass eine Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien die Krankenhausaufnahmen sowie die Mortalität der Patienten senken und die

Lebensqualität verbessern kann. Wie sich die Versorgungssituation in der Praxis darstellt, kann anhand von Abrechnungsdaten untersucht werden. Die vorliegende Auswertung des ZI zur Versorgung der Herzinsuffizienzpatienten in Bayern zeigt Unterschiede in der leitliniengerechten Therapie in Bezug auf Geschlecht und Alter der Patienten.

Die Ergebnisse werfen Fragen auf, inwieweit und durch welche Maßnahmen die Versorgung verbessert werden kann.

## Steigende Anzahl von Patienten

Die Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten internistischen Krankheiten und rangiert bei den statio-

### Anteil Patienten mit der Verdachtsdiagnose Linksherzinsuffizienz mit echokardiografischer Absicherung

Anteil Patienten mit Verdachtsdiagnose Linksherzinsuffizienz oder nicht näher spezifizierter Herzinsuffizienz und mit echokardiografischer Absicherung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2009 in Bayern

■ Männer ■ Frauen

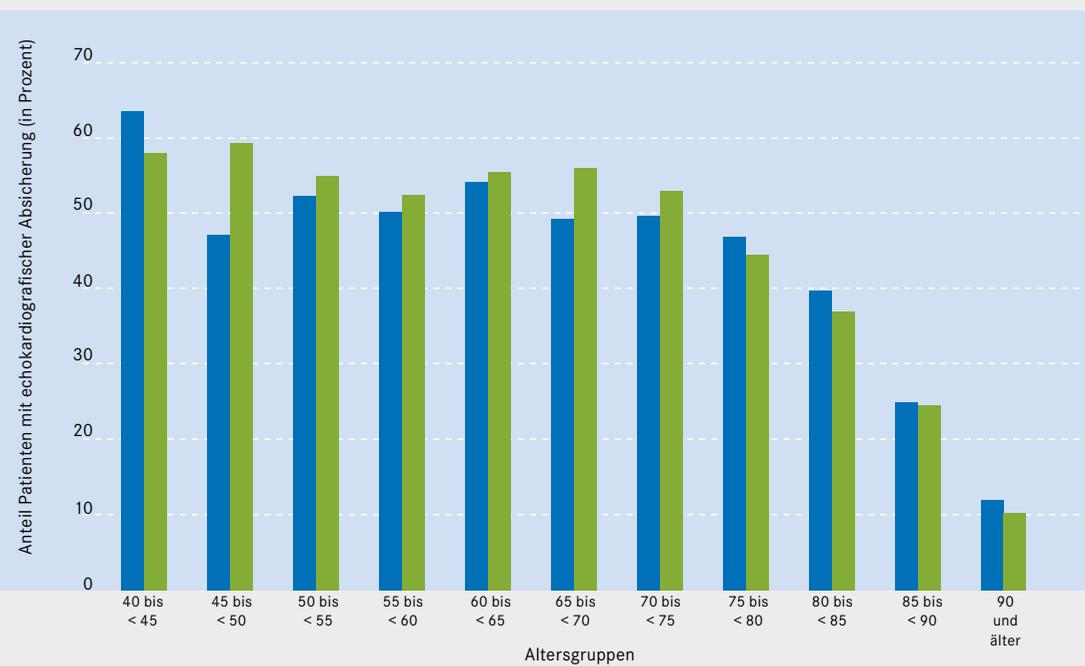


Abbildung 1

Quelle: ZI

Das Fußnotenverzeichnis zu diesem Artikel sowie eine Grafik zur Verteilung der Patienten nach ICD-10-Code finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Presse/Publicationen/KVB FORUM/Literaturverzeichnis*.

nären Behandlungsanlässen an zweiter Stelle. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung und die verbesserten Überlebenschancen von Personen mit Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen und anderen kardialen Erkrankungen, die zu Herzinsuffizienz führen können, lässt erwarten, dass die Zahl der Patienten mit Herzinsuffizienz in den nächsten Jahrzehnten weiter ansteigt. Damit werden Diagnose und Therapie dieser Krankheit auch in Zukunft eine zentrale Bedeutung in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung einnehmen.

Die häufigsten Ursachen für eine Herzinsuffizienz sind die koronare Herzkrankheit (KHK), die arterielle Hypertonie und das Vorhofflimmern. Darüber hinaus werden verschiedene Komorbiditäten wie zum Beispiel Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, Angina Pectoris und Depression beobachtet [1].

Typische Symptome einer Herzinsuffizienz sind Dyspnoe, Müdigkeit, reduzierte physische Belastbarkeit und/oder Flüssigkeitsretention. Da diese Beschwerden unspezifisch sind, muss einem Verdacht durch gründliche Anamnese, körperliche Untersuchung und weiterführende Diagnostik nachgegangen werden. Der Echokardiographie kommt dabei nach den Empfehlungen verschiedener Leitlinien wie der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) [1] oder der ESC-Leitlinie 2012 [2] besondere Bedeutung zu.

Eine Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien kann zur Symptomreduktion und Prognoseverbesserung führen [3] und die Hospitalisierungsrate reduzieren [5]. In Deutschland sind in den vergangenen Jahren verschiedene, zum Teil inhaltlich divergierende Leitlinien zur Behandlung von Menschen mit Herzinsuffizienz publiziert worden. Seit 2009 bestehen mit der Nationalen



**Dr. Burgi Riens** ist Diplom-Biologin und bearbeitet seit 2010 für das ZI unterschiedliche Themen der Versorgungsforschung. Fragen zur Studie beantwortet sie gerne unter E-Mail: [briens@zi.de](mailto:briens@zi.de)

Versorgungsleitlinie „Chronische Herzinsuffizienz“ evidenzbasierte Empfehlungen, die von den mit der Behandlung dieser Erkrankung befassten medizinischen Fachgesellschaften konsentiert wurden [1].

Die verschiedenen Leitlinien stimmen in ihren Empfehlungen bezüglich

**Arzneimitteltherapie bei Linksherzinsuffizienzpatienten nach Geschlecht und Altersgruppen**

Anteil der Patienten mit Linksherzinsuffizienz mit leitliniengerechter Arzneimitteltherapie nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2009 in Bayern. — — — Männer — — — Frauen  
 ■ Betablocker ■ ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten ■ ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten und Betablocker

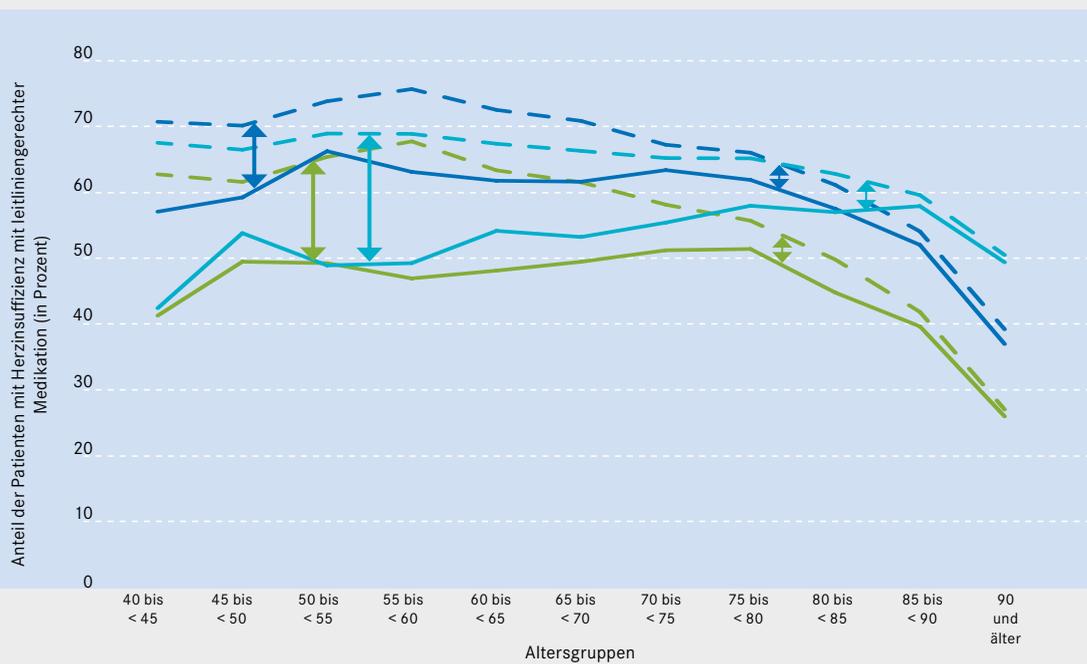


Abbildung 2

Quelle: ZI

lich der Pharmakotherapie weitgehend überein.

Demnach sollen

- alle symptomatischen und asymptomatischen Patienten mit systolischer Dysfunktion bei fehlenden Kontraindikationen ACE-Hemmer erhalten beziehungsweise bei ACE-Hemmer-Unverträglichkeit Angiotensin-II-Antagonisten (AT1-Rezeptorblocker); sowie
- alle symptomatischen Patienten mit nachgewiesener Herzinsuffizienz bei Fehlen von Kontraindikationen Beta-Rezeptorenblocker erhalten.

Zu diesen Empfehlungen können anhand von Arzneiverordnungsdaten Auswertungen vorgenommen werden. Weitere Empfehlungen zur Pharmakotherapie betreffen höhere Schweregrade sowie spezielle Komplikationen der Krankheit. Diese können aufgrund nicht vollständig vorliegender Angaben zum Schweregrad der Herzinsuffizienz mit Abrechnungsdaten nicht untersucht werden.

### Definition der Studienpopulationen

Den dargestellten Analysen liegt die Kodierung der Herzinsuffizienz gemäß der ICD-10-Klassifikation zugrunde. Unterschieden werden I50.0- (Rechtsherzinsuffizienz), I50.1- (Linksherzinsuffizienz) und I50.9 (Herzinsuffizienz nicht näher spezifiziert). Insgesamt wurde in Bayern im Jahr 2009 bei 384.000 gesetzlich versicherten Patienten in der ambulanten Versorgung eine Herzinsuffizienz nach I50.- dokumentiert, für zirka 40.000 Patienten davon wurden mehrere Formen der Herzinsuffizienz kodiert. Bei zirka 72 Prozent der Patienten ist die nicht näher bezeichnete Herzinsuffizienz (I50.9) dokumentiert, bei knapp 19 Prozent die Links-

herzinsuffizienz (I50.1-) und bei zirka neun Prozent die Rechtsherzinsuffizienz (I50.0-).

Die Untersuchungen zur Häufigkeit der Echokardiografie basieren auf Patienten ab 40 Jahren mit Wohnsitz in Bayern, für die in 2009 ein Verdacht auf Linksherzinsuffizienz (I50.1-V) oder auf nicht näher spezifizierter Herzinsuffizienz (I50.9V) dokumentiert wurde, in 2008 jedoch keine Diagnose nach I50.- bestand (N = 8.840). Es wird geprüft, ob für diese Patienten im Jahr 2009 oder im ersten Quartal 2010 gemäß Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung eine Echokardiografie durchgeführt wurde.

Basis der pharmakologischen und fachgruppenspezifischen Analysen sind Patienten mit Wohnsitz in Bayern, bei denen in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2009 die gesicherte Diagnose Linksherzinsuffizienz (I50.1-G) dokumentiert ist (M2Q-Prinzip). Dies betrifft 45.432 Patienten.

### Diagnostik

Der Anteil der echokardiografisch untersuchten Patienten bleibt bis zu der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen mit zirka 55 Prozent nahezu konstant (Abbildung 1). In den höheren Altersgruppen kommt es zu einer deutlichen und kontinuierlichen Abnahme dieser Untersuchungsmethode. Dabei sind geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten. Für 46,8 Prozent der männlichen Patienten ab 40 Jahre und 44,8 Prozent der weiblichen Patienten ab 40 Jahre ist eine Echokardiografie dokumentiert. Nicht alle Patienten mit der Verdachtsdiagnose Herzinsuffizienz werden demnach ambulant echokardiografisch untersucht. Allerdings liegen keine Angaben vor, welcher Anteil gegebenenfalls im Rahmen eines stationären Aufenthalts

eine Echokardiografie erhalten hat.

### Pharmakologische Therapie

Abbildung 2 stellt den Anteil der Patienten mit Linksherzinsuffizienz dar, der mit a) ACE-Hemmern und/oder AT1-Antagonisten, b) mit Betablockern oder c) mit einer Kombinationstherapie aus ACE-Hemmern/AT1-Antagonisten und Betablockern behandelt wird, stratifiziert nach Altersgruppen und Geschlecht. Bei allen untersuchten Therapieformen zeigen sich auffällige geschlechts- und altersspezifische Abweichungen von den Leitlinienempfehlungen. In den jüngeren Altersgruppen erhält ein deutlich geringerer Anteil der Frauen eine spezifische Medikation. Während in den Altersgruppen der 45- bis unter 65-Jährigen 65 Prozent der Männer mit der Kombinationstherapie ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten und Betablocker therapiert wurden, erhielten nur 49 Prozent der Frauen diese Medikamentenkombination. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden mit zunehmendem Alter der Patienten geringer.

Gründe für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der medikamentösen Behandlung könnten darin liegen, dass bei Frauen häufiger eine diastolische Herzinsuffizienz besteht, die eine Behandlung mit anderen Arzneimitteln erfordert und für die bisher keine Leitlinie vorliegt. Häufigere und anders ausgeprägte Arzneimittelnebenwirkungen bei Frauen [6] könnten dazu führen, dass Frauen bei gleicher Diagnose, Risikokonstellation und Alter pharmakologisch anders therapiert werden als Männer.

### Behandlung durch Haus- und Fachärzte

Im Jahr 2009 wurden in Bayern 64 Prozent der Linksherzinsuffizienz-

patienten in Bezug auf diese Erkrankung ausschließlich vom Hausarzt betreut, vier Prozent wurden sowohl vom Hausarzt als auch vom Kardiologen betreut. Der Anteil der Patienten, die ausschließlich vom Kardiologen behandelt wurden, betrug ebenfalls vier Prozent. Bei 28 Prozent der Herzinsuffizienzpatienten fand die Behandlung in Gemeinschaftspraxen (Fachgruppenbezeichnungen sind in diesen Daten nicht verfügbar) oder bei Ärzten anderer Fachgruppen statt.

Eine Kombinationstherapie aus ACE-Hemmern beziehungsweise AT1-Antagonisten und Betablockern erhielten in Bayern 47 Prozent der rein hausärztlich betreuten Linksherzinsuffizienzpatienten (Abbildung 3). Bei kardiologischer Mitbehandlung erhöht sich der Anteil um 26 Prozentpunkte auf rund 73

Prozent. Auch auf Bundesebene führt die kardiologische Mitbehandlung zu einem höheren Anteil von Patienten mit Kombinationstherapie. Ein Vergleich der neuen und alten Bundesländer zeigt zudem eine um sechs Prozentpunkte höhere leitlinienentsprechende Medikamentenverordnung bei der hausärztlichen Versorgung der neuen Bundesländer.

Der Hausarzt spielt bei der Versorgung der Herzinsuffizienzpatienten eine entscheidende Rolle. Der überwiegende Teil der Patienten konsultiert bei den typischen Symptomen einer Herzinsuffizienz zuerst den Hausarzt. Kenntnis von und Zustimmung zu Leitlinien sind nach Studienlage allgemein sehr hoch, in der Praxis bestehen aber Unterschiede bei der Anwendung der Empfehlungen. Hausärzte sind

besonders mit dem Problem der Polymedikation bei Multimorbidität konfrontiert und müssen zum Wohl ihrer Patienten oft Abwägungen treffen, die Abweichungen von einzelnen Versorgungsleitlinien beinhalten. Hierfür sind von der im Jahr 2013 erschienenen Leitlinie „Multimedikation“ neue Hilfestellungen zu erwarten [7]. Leitlinien dienen einer fundierten Unterstützung für ärztliche Entscheidungen. Sie sind kein Instrumentarium für einen Praxisvergleich. Dennoch werfen die anhand der Routinedaten sichtbaren alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Versorgungsrealität die Frage auf, ob und wie die Versorgung von Herzinsuffizienzpatienten in Bayern weiter verbessert werden kann.

*Dr. Burgi Riens*

**Arzneimitteltherapie bei Linksherzinsuffizienzpatienten nach Fachgruppen**

Dargestellt ist der Anteil der Linksherzinsuffizienzpatienten mit Kombinationstherapie (ACE-Hemmer beziehungsweise AT1-Antagonisten und Betablockern) an allen Linksherzinsuffizienzpatienten der jeweiligen Fachgruppe im Jahr 2009, stratifiziert nach West, Ost und Bayern.

■ Bayern ■ West (ohne Hamburg) ■ Ost (ohne Thüringen)

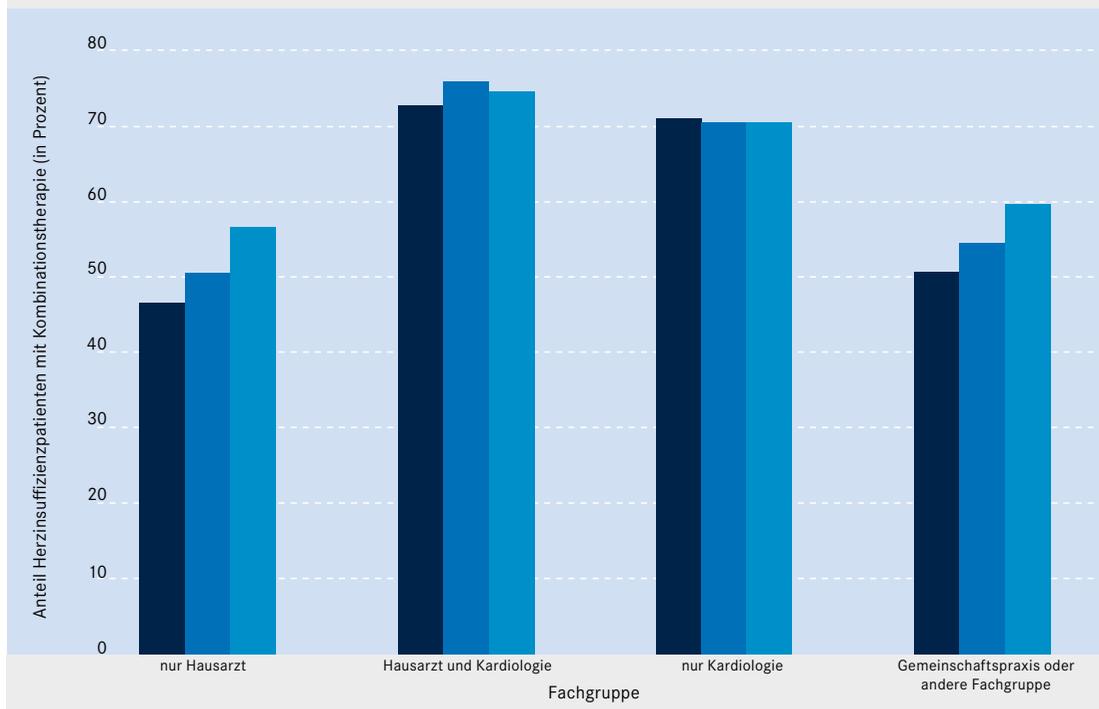


Abbildung 3

Quelle: ZI, Datengrundlage 2009, N = 45.432 Patienten, I50.1 M2Q



## TOURETTE-SYNDROM: ISOLATION DURCHBRECHEN

Das Tourette-Syndrom ist in den letzten Jahren durch Fernsehbeiträge, Bücher und Filme einer breiten Öffentlichkeit bekannt geworden. Einen realistischen und unvoreingenommenen Blick auf die Krankheit zu ermöglichen und vor allem eine kompetente Anlaufstelle für Erkrankte und deren Angehörige zu sein, ist das Ziel der Selbsthilfegruppe in Dillingen an der Donau, die ein Einzugsgebiet von Ulm bis Augsburg abdeckt. KVB FORUM hat sich mit der Leiterin, Anni Hörmann, unterhalten.

**G**anze fünf Jahre dauerte für Anni Hörmann und ihre Tochter die Odyssee durch

die Familie immer weiter zum Rückzug aus ihrer dörflichen Gemeinschaft veranlasst. Dass die Tochter außerdem eine Mehrfachbehinderung hat und damals in ihrem Ausdrucksvermögen stark eingeschränkt war, verschärfte die Situation deutlich. Hörmann wandte sich vertrauensvoll an die Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V. und musste leider erfahren, dass in ihrer Region weit und breit keine Selbsthilfegruppe vorhanden war. Grund genug für die energiegeladene gelernte Bürokauffrau selbst zur Tat zu schreiten. „Der Hauptgrund für die Gründung war für mich, dass ich von anderen Betroffenen wissen wollte, was in meiner Tochter vorgeht. Sie selbst konnte aufgrund ihrer Behinderung mit mir ja nicht direkt sprechen. Ich wollte auch mehr erfahren über die Wir-

kung und vor allem die Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente.“

Das ist nun alles schon elf Jahre her. Mittlerweile hat sich – auch durch die Unterstützung der Tourette-Gesellschaft – die Gruppe gut etabliert und ihre Mitglieder treffen sich zirka alle sechs Wochen in einer Gaststätte, in der sie sich ungezwungen austauschen können.

### Selbstbewusstsein stärken

Neben dem erklärten Ziel, das eigene Selbstbewusstsein zu stärken, soll durch regionale Medienarbeit die Öffentlichkeit für die Belange und Probleme der „Tourettis“ – so die Eigenbezeichnung – und deren Angehörigen sensibilisiert werden. Darüber hinaus verteilt die Gruppe



**Anni Hörmann gründete vor elf Jahren in Dillingen eine Tourette-Selbsthilfegruppe.**

verschiedene medizinische Einrichtungen, bis für die damals Zwölfjährige die Diagnose „Tourette“ feststand. Trotz des Befundes war es für die Familie in gewisser Weise eine Erleichterung. Die verbalen Tics hatten die Tochter und mit ihr



Flyer, unter anderem an Arzt- und Psychotherapeutenpraxen, und organisiert Fachvorträge, wie beispielsweise bei den „Selbsthilfe Info- und Aktivwochen“ in Dillingen. Doch auch das gesellige Element darf natürlich nicht zu kurz kommen, wie etwa bei der Zehnjahresfeier mit Tanz und Musik oder bei den alljährlichen Sommer- und Faschingsfesten.

**Verständnis ohne viele Erklärungen**

Die Gruppe besteht hauptsächlich aus Eltern und deren Kindern, hat aber über die Jahre auch immer wieder Zuwachs von jungen erwachsenen Tourette-Erkrankten. Damit ist auch ein Generationen übergreifender Austausch gewährleistet, was insbesondere für Betroffene in der Adoleszenz sehr wichtig ist. Dies bestätigen auch Nico und Markus, die seit etwa eineinhalb Jahren in der Gruppe aktiv sind. Markus ist 24 Jahre alt und arbeitet als Industriemechaniker im Ries, Nico befindet sich noch in der Schulausbildung und will nach der Mittleren Reife eventuell auch eine Ausbildung als Industriemechaniker oder Landschaftsgärtner machen. Beiden gemeinsam ist, dass sie über ihre Eltern in die Gruppe gekommen sind und dort mittlerweile auch als Ansprechpartner für andere Jugendliche zur Verfügung stehen. „Hier muss niemand erklären, wie es ist, wenn sich ein



**Wenn Markus und Nico konzertiert musizieren, sind alle Tics verschwunden.**

Tic ankündigt. Alle wissen das aus eigener Erfahrung. Das macht es einfacher, über bestimmte Themen zu sprechen, zum Beispiel über das Umleiten von Tics oder Ähnliches“, erklärt Markus. Nico bestätigt, dass es im Alltag wegen der Symptome der Krankheit manchmal schwer ist, Verständnis zu finden. Seine Mitschüler hingegen akzeptieren ihn wie er ist. Ein starkes Selbstbewusstsein aufzubauen, sei für einen Touretti aber eine wichtige Sache. Bei Nico und Markus funktioniert das auch über ihre Begeisterung für die Musik: Beide spielen Gitarre, Markus nimmt seit einem Jahr zudem Gesangsstunden. Dass sich ihre Leistungen hören lassen können, belegen sie unter anderem eindrucksvoll bei der musikalischen Umrahmung von Gruppenveranstaltungen.

Anni Hörmann macht das glücklich, wird sie doch so bestätigt in ihrem Anliegen, unkonventionell Netzwerke zu bilden und auch den Austausch zwischen den Gruppentreffen am Laufen zu halten. Und wenn da die Musik eine Rolle spielt, umso besser: Als ehemalige Tanzleiterin für orientalischen Tanz ist sie da ganz in ihrem Element.

*Markus Kreikle (KVB)*

**Kontakt**

Selbsthilfegruppe Tourette Ulm/Augsburg

Anni Hörmann  
 Weilerstraße 16  
 89353 Glött  
 Telefon 0 90 75 / 10 19  
 E-Mail [selbsthilfe.ulm@tourette.de](mailto:selbsthilfe.ulm@tourette.de)

## HIER IST PLATZ FÜR IHRE MEINUNG

Auf dieser Seite kommen unsere Leser zu Wort. Wir freuen uns über Ihre Anregungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge.



### Arzneimittelversorgung an der Schnittstelle zwischen ambu- lant und stationär

KVB FORUM 11/2013, Seite 20



In KVB FORUM 11/2013 fand ich den Artikel „Arzneimittelversorgung an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär“ sehr interessant. Einen Aspekt habe ich jedoch vermisst: Den Off-Label-Use von Medikamenten – und zwar in zweierlei Hinsicht. Zum einen in Bezug auf die Pflicht der Klinikärzte, über den Off-Label-Use aufzuklären und dies im Arztbrief zu vermerken. Und zum anderen in Bezug auf die Frage: Wer muss den Off-Label-Use bei der Krankenkasse zur Übernahme der Kosten beantragen? Ich bin mir sicher, dass zu diesen beiden Aspekten viel zu sagen wäre. Vielleicht ein weiteres Thema in Ihrer Zeitschrift?

**Andreas Speth**  
Goldbach

Sehr geehrter Herr Speth,

die Frage der Off-Label-Use-Verordnung bei der Krankenhausentlassung ist in der Tat ein wichtiger Aspekt. Dies hätte jedoch den Rahmen der Veröffentlichung zur Krankenhausentlassmedikation gesprengt. Wie bereits angemerkt, werden an die Aufklärung der Patienten bei beabsichtigter Anwendung eines Arzneimittels außerhalb der Zulassung besondere Anforderungen gestellt. Dies gilt für die Anwendung in der Klinik ebenso wie für den ambulanten Bereich. Das Besondere bei der Verordnung außerhalb der Zulassung im ambulanten Bereich ist jedoch, dass hier ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) zum Off-Label-Use aus dem Jahr 2002 vorliegt. In einem Grundsatzurteil vom 19. März 2002 (B 1 KR 37/00 R) wurden die Kriterien für eine Erstattung von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation (Off-Label-Use) durch die Gesetzliche Krankenversicherung festgelegt: Es muss sich

1. um die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung handeln, für die
2. keine andere Therapie verfügbar ist und
3. aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht.

Mit Urteil vom 4. April 2006 (B 1 KR 7/05 R) hat das BSG die Kriterien für den Off-Label-Use

weiter verfeinert. Die Konsequenz bei Nichteinhalten dieser Kriterien: Die Krankenkassen können diese Verordnungen regressieren. Dies ist der Unterschied zum stationären Bereich, in dem diese Sanktionen keine Gültigkeit haben. Bei Weiterverordnen eines Off-Label-Medikaments im ambulanten Bereich haftet immer der Vertragsarzt. Er kann sich nicht auf die Anordnung durch die Klinik berufen. Er kann jedoch darauf drängen, dass die Entlassmedikation dem Paragrafen 115c SGB V genügt. Demnach muss eine Therapiealternative angegeben werden.

Johann Fischaleck  
(Referat Vertragspolitik  
und Arzneimittel)

### Mythos Prävention

KVB FORUM 1-2/2014



Schon immer stand (und steht weiterhin) in den Garantiebedingungen meiner Autos, dass ich meinen Garantieanspruch verliere, wenn ich nicht regelmäßig Wartungsar-

beiten durchführen lasse (manchmal wird auch eine Fachwerkstatt gefordert). Ich war aber noch nie der Meinung (und wohl auch noch kein anderer), dass die Kosten dafür von der Werkstatt oder dem Hersteller übernommen werden.

Wie kann man nur auf die Idee kommen, Prävention sei Sache der Krankenkassen und der Versicherer? Wenn schon immer von Eigenverantwortung gesprochen wird, dann ist hier doch wohl der richtige Platz. Wieso soll die Krankenkasse zahlen, wenn ein Gesunder etwas für seine Gesundheit tut? Wenn er dazu in der Lage ist (Ausnahmen sind natürlich zu machen, Belastungsgrenzen etc.) und es nicht tut, gehört er zur Verantwortung gezogen (mit Selbstbeteiligung im Krankheitsfall) – so wird ein Schuh draus. Dann ist auch wieder Geld für Krankenkasse da und die Prävention bleibt trotzdem nicht auf der Strecke.

**Ralph Götz**  
Traunstein

### **Gewaltbetroffene dürfen nicht vor verschlossenen Türen stehen**

**KVB FORUM 12/2013, Seite 22**



Der Beitrag ist zwar zum Tag der Gewalt gegen Frauen verfasst worden, indes fehlt dabei dennoch eine erforderliche Objektivität. Das Interview suggeriert ausschließlich Gewalt durch Ehe- und andere Männer gegen (auch suggeriert: „harmlose“) Frauen. Was denn nun

aber mit Gewalt tatsächlich gemeint ist, wird auch nur suggeriert, aber nicht explizit benannt. Dies als Bemerkung zur Korrektheit bei der Behandlung der fraglos heiklen Thematik. Jedoch gerade die Problematik „Gewalt“ erfordert eine distinktiert hinführende journalistische Aufmerksamkeit. Auch deswegen, weil „Gewalt gegen Männer“ (in Beziehungen zwischen Mann und Frau, um die es ja in dem Artikel ausnahmslos geht) nicht einmal andeutungsweise angesprochen wurde. Doch die gibt es auch! Nach neueren ernsthaften Untersuchungen sogar deutlich häufiger als es bislang heruntergespielt wurde. „Heruntergespielt“ durchaus auch – oder gerade! – von den betroffenen Männern. Denn ein Männerhaus gibt es nicht (beobachten Sie einmal ehrlich Ihre innere Welt beim Lesen dieses Satzes) und ein Mann, der auf eine Polizeistelle geht – so er sich den überhaupt traut, dorthin zu gehen – wird dort nicht als Betroffener in seiner Situation angenommen. Fünf Kasuistiken, die ich vertrauensvoll geschildert bekam (und denen ich akribisch zu objektivieren im vollumfänglichen Konfliktpotenzial der problematischen Partnerschaft nachging), bewegen mich zu diesem Leserbrief, um auch „der anderen Seite“ der glänzenden „Medaille Gewalt gegen Frauen“ eine Stimme zu geben. Denn die Wahrheit ist nie einseitig!

**Dr. Richard Barabasch**  
Pommersfelden

### **Nachwuchs – wo bist Du?**

**KVB FORUM 12/2013, Seite 6**



Die Finanzierung der Allgemeinmedizinerausbildung ist keine Aufgabe der Selbstverwaltung. Die in dem Artikel dargestellte paritätische Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen sowie des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin an der TU München stellt eine Veruntreuung der Zwangsbeiträge der Ärzteschaft und der Versicherten dar. Es handelt sich hierbei um Staatsaufgaben, für die Ärzte und Versicherte bereits über ihre Steuerzahlungen aufkommen, sodass eine derartige Mittelverwendung auf eine völlig ungerechtfertigte, zweckgebundene Sondersteuer für diese Bevölkerungsgruppen hinausläuft. Die KVB und die Krankenkassen sollten die entsprechenden Gelder lieber ihrem Auftrag gemäß für eine Aufbesserung der inzwischen völlig indiskutablen Bezahlung der allgemeinmedizinischen Leistungen einsetzen. Bei der jetzigen Kombination von massiver Unterbezahlung und detaillierter Gängelung der ambulanten ärztlichen Grundversorgung der Bevölkerung werden alle durch diese Missstände überhaupt erst notwendig werdenden, systemwidrigen Subventionen im Ausbildungs- und Niederlassungsbereich nicht den gewünschten Erfolg zeitigen.

**Dr. Michael Murrer**  
Deggendorf

## UMFRAGE ZU PRAKTIKALKOSTEN LÄUFT BIS ENDE MÄRZ

Was geben Ärzte für ihre berufliche Haftpflichtversicherung und Praxissoftware aus und wie haben sich diese Kosten entwickelt? Das



möchte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) seit Mitte Februar in einer Online-Befragung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten wissen. Durch die Teilnahme an der repräsentativen Umfrage sollen die steigenden Ausgaben für Berufshaftpflichtversicherungen und Praxissoftware transparenter werden. Dies ist erforderlich, um Kostensteigerungen in diesen Bereichen bei den Honorarverhandlungen besser berücksichtigen zu können. Die Befragung findet im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) statt.

Das ZI hat Mitte Februar bundesweit rund 30.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit der Bitte angeschrieben, bis zum 31. März an der Umfrage teilzunehmen. Die Auskünfte können unkompliziert über ein Online-Portal erteilt werden ([www.zi-pp.de](http://www.zi-pp.de)). Der Zeitaufwand wird auf etwa 45 Minuten geschätzt. Die Teilnehmer erhalten eine Aufwandspauschale in Höhe von 50 Euro. Für Rückfragen gibt es eine Service-Hotline unter 0 30 / 40 05 - 24 44.

### Ziel: Mehr Transparenz

Viele Ärzte betrachten die Kostenentwicklung bei Berufshaftpflichtversicherungen mit Sorge. Die Versicherer haben die Beiträge aufgrund steigender Schadenssummen in den vergangenen Jahren erheblich angehoben, teils verdoppelt. Auch die Preise für Praxissoftware entwickeln sich dynamisch. Informationen zu den tatsächlichen Kosten liegen allerdings kaum vor. Die Preislisten der Anbieter bieten wenig Transparenz. Mithilfe der repräsentativen Befragung des ZI soll für alle Fachgruppen die nötige Klarheit geschaffen werden. Ziel ist es, insbesondere in Honorarverhandlungen die Belastung der niedergelassenen Ärzte durch die steigenden Ausgaben zu thematisieren.

*Redaktion*

## LANDARZT: STIPENDIEN FÜR STUDENTEN

Die Bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml hat Ende Januar die ersten Förderbescheide für Stipendien an bayerische Medizinstudenten überreicht, die nach ihrem Studium im ländlichen Raum tätig werden wollen – egal ob im Krankenhaus oder in einer Haus- oder Facharztpraxis. „Wir haben bereits 52 künftige Landärzte für Bayern gewonnen. Diesen erfolgreichen Weg werden wir weiter beschreiten und unser Stipendienprogramm noch bekannter machen“, betonte Huml, die selbst Ärztin ist. Derzeit erhalten die Studenten ein Stipendium in Höhe von monatlich 300 Euro für maximal vier Jahre. Sie haben sich dafür bereit erklärt, ihre Facharztweiterbildung im ländlichen Raum zu absolvieren und auch

anschließend für mindestens fünf Jahre auf dem Land tätig zu sein.

Das Stipendium ist eine von drei Säulen des Förderprogramms des Bayerischen Gesundheitsministeriums mit einem Gesamtvolumen von 15,5 Millionen Euro. Gefördert werden außerdem Hausärzte, die sich in Regionen niederlassen, die nicht überversorgt sind, und zwar mit einer Anschubfinanzierung von bis zu 60.000 Euro. Zudem werden auch innovative Versorgungskonzepte unterstützt, etwa neue Formen der Zusammenarbeit in und zwischen Arztpraxen. Ziel ist es laut Huml, die wohnortnahe, medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau auch in Zukunft zu erhalten: „Mit unserem Förderprogramm nehmen wir bundesweit eine Spitzenposition ein. Das ist für uns Anspruch und Herausforderung zugleich. Wir werden auch weiterhin nach Wegen suchen, um gemeinsam mit den Verbänden,



Universitäten und Kommunen die medizinische Versorgung im Freistaat stetig zu verbessern.“ Die Abwicklung der Förderprogramme erfolgt durch die Bayerische Gesundheitsagentur am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Weitere Informationen sowie die Antragsformulare und Förderrichtlinien finden Sie im Internet unter <http://q.bayern.de/stipendium>.

*Redaktion*

## ERMÄCHTIGUNG ZUM NOTARZTDIENST

Aufgrund eines Urteils des Bayerischen Landessozialgerichts muss das bisherige Berechtigungsverfahren für Notärzte in Bayern zum 1. April 2014 auf ein kostenpflichtiges Ermächtigungsverfahren umgestellt werden. Dies hatte im Vorfeld für großen Unmut bei Notärzten gesorgt, die aufgrund dieser Vorgabe Kosten in Höhe von 520 Euro hätten tragen müssen – neben der Antragsgebühr von 120 Euro wären weitere 400 Euro Verwaltungsgebühren zu zahlen gewesen. Nun gibt der Vorstand der KVB Entwarnung: Zum Ausgleich dieser Gebühren gewährt die KVB mit finanzieller Unterstützung der Krankenkassen eine Sicherstellungsprämie für die notärztliche Versorgung in Höhe von 520 Euro pro Notarzt. Dadurch entsteht den Ärzten, die bereits am Notarzdienst mitwirken, in Bayern kein finanzieller Aufwand für die Umstellung der bisherigen Berechtigung auf die rechtskonforme Ermächtigung. Dies betrifft insbesondere Notärzte, die ausschließlich als Notärzte oder neben der Anstellung im Krankenhaus auch notärztlich tätig sind. Vertragsärzte – also niedergelassene sowie in Praxen angestellte Ärzte – sind von den Änderungen der Teilnahmevoraussetzungen nicht betroffen. Die Ermächtigung zum Notarzdienst wird jeweils für fünf Jahre erteilt. Prinzipiell hält der Vorstand der KVB das Ermächtigungsverfahren über einen extra einzurichtenden Zulassungsausschuss nach wie vor für bürokratisch extrem aufwendig und an sich sachlich nicht notwendig. Er will sich daher mit Unterstützung der Bayerischen Staatsregierung weiterhin auf Bundesebene für Änderungen der entsprechenden gesetzlichen Vorgaben einsetzen.

*Redaktion*

### Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

KVB FORUM ist das Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit den offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen (KVB INFOS). Es erscheint zehnmal im Jahr.

#### **Herausgeber (V. i. S. d. P.):**

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:  
Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Pedro Schmelz, Dr. Ilka Enger

#### **Redaktion:**

Martin Eulitz (Ltd. Redakteur)  
Text: Markus Kreikle, Marion Munke  
Grafik: Gabriele Hennig, Iris Kleinhenz

#### **Anschrift der Redaktion:**

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 21 92  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 21 95  
E-Mail [KVBFORUM@kvb.de](mailto:KVBFORUM@kvb.de)  
Internet [www.kvb.de](http://www.kvb.de)

#### **Satz und Layout:**

KVB Stabsstelle Kommunikation

#### **Druck:**

BluePrint AG, München.  
Gedruckt auf FSC-zertifiziertem Papier.

#### **Bildnachweis:**

ACHSE e. V. (Rückseite), Geschäftsstelle des Patienten- und Pflegebeauftragten der Bayerischen Staatsregierung (Rückseite), iStockphoto.com (Titelseite, Seite 2, 4, 5, 6, 9, 13, 17, 19, 36, 37, 40, 43, Rückseite), Laurence Chaperon (Seite 16), Privat (Seite 8, 11, 14, 33), KVB (alle weiteren)

Mit Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder übernehmen wir keine Haftung. Die hier veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, ein Abdruck ist nur mit unserer schriftlichen Genehmigung möglich. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.

KVB FORUM erhalten alle bayerischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVB. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

**Beratung**

Wir helfen Ihnen gerne telefonisch zu folgenden Zeiten und Themen:

**Montag bis Donnerstag:**

7.30 bis 17.30 Uhr

**Freitag:**

7.30 bis 14.00 Uhr

**Abrechnung**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)**Verordnung**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)**Praxisführung**

Telefonnummern siehe rechte Seite

E-Mail [Praxisfuehrungsberatung@kvb.de](mailto:Praxisfuehrungsberatung@kvb.de)**IT in der Praxis**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51

E-Mail [IT-Beratung@kvb.de](mailto:IT-Beratung@kvb.de)

■ KV-SafeNet\* und KV-Ident

■ Doctor-to-Doctor (D2D), PVS

**Online-Dienste**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41

E-Mail [Online-Dienste@kvb.de](mailto:Online-Dienste@kvb.de)

■ Mitgliederportal, KVB-Postfach, Editor

■ Online-Einreichungen und eDoku

**Zugangsdaten**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 60

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 61

E-Mail [Benutzerkennung@kvb.de](mailto:Benutzerkennung@kvb.de)

■ KVB-Benutzerkennung und PIN

■ Bearbeitungsstand KV-Ident Karte

**KVB-Seminare**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

E-Mail [Seminargerberatung@kvb.de](mailto:Seminargerberatung@kvb.de)

■ Fragen zur Anmeldung

■ Vermittlung freier Seminarplätze

**emDoc (Abrechnung Notarztdienst)**

Montag bis Freitag: 9.00 bis 15.00 Uhr

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25

E-Mail [emdDoc@kvb.de](mailto:emdDoc@kvb.de)

\*Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

**Persönliche Beratung zur Abrechnung**

Mittelfranken	Monika Gibanica-Maier	09 11 / 9 46 67 – 4 47	<a href="mailto:Monika.Gibanica-Maier@kvb.de">Monika.Gibanica-Maier@kvb.de</a>
	Doris Saalwirth	09 11 / 9 46 67 – 4 42	<a href="mailto:Doris.Saalwirth@kvb.de">Doris.Saalwirth@kvb.de</a>
München	Stefan Ehle	0 89 / 5 70 93 – 44 50	<a href="mailto:Stefan.Ehle@kvb.de">Stefan.Ehle@kvb.de</a>
	Martina Huber	0 89 / 5 70 93 – 44 74	<a href="mailto:Martina.Huber@kvb.de">Martina.Huber@kvb.de</a>
	Eva Weber	0 89 / 5 70 93 – 44 75	<a href="mailto:Eva.Weber@kvb.de">Eva.Weber@kvb.de</a>
Niederbayern	Sonja Weidinger	0 89 / 5 70 93 – 42 22	<a href="mailto:Sonja.Weidinger@kvb.de">Sonja.Weidinger@kvb.de</a>
	Dagmar Wiedemann	0 94 21 / 80 09 – 4 84	<a href="mailto:Dagmar.Wiedemann@kvb.de">Dagmar.Wiedemann@kvb.de</a>
	Nathalie Willmerdinger	0 94 21 / 80 09 – 3 07	<a href="mailto:Nathalie.Willmerdinger@kvb.de">Nathalie.Willmerdinger@kvb.de</a>
Oberbayern	Severin Baum	0 89 / 5 70 93 – 44 20	<a href="mailto:Severin.Baum@kvb.de">Severin.Baum@kvb.de</a>
	Verena Meinecke	0 89 / 5 70 93 – 44 35	<a href="mailto:Verena.Meinecke@kvb.de">Verena.Meinecke@kvb.de</a>
	Denise Stiglmeier	0 89 / 5 70 93 – 35 39	<a href="mailto:Denise.Stiglmeier@kvb.de">Denise.Stiglmeier@kvb.de</a>
	Claudia Schweizer	0 89 / 5 70 93 – 44 32	<a href="mailto:Claudia.Schweizer@kvb.de">Claudia.Schweizer@kvb.de</a>
Oberfranken	Christa Hammer	09 21 / 2 92 – 2 26	<a href="mailto:Christa.Hammer@kvb.de">Christa.Hammer@kvb.de</a>
	Jürgen Opel	09 21 / 2 92 – 2 28	<a href="mailto:Juergen.Opel@kvb.de">Juergen.Opel@kvb.de</a>
Oberpfalz	Birgit Reichinger	09 41 / 39 63 – 3 90	<a href="mailto:Birgit.Reichinger@kvb.de">Birgit.Reichinger@kvb.de</a>
	Mario Winklmeier	09 41 / 39 63 – 1 90	<a href="mailto:Mario.Winklmeier@kvb.de">Mario.Winklmeier@kvb.de</a>
Schwaben	Ute Schneider	08 21 / 32 56 – 2 41	<a href="mailto:Ute.Schneider@kvb.de">Ute.Schneider@kvb.de</a>
	Monika Vachenauer	08 21 / 32 56 – 2 42	<a href="mailto:Monika.Vachenauer@kvb.de">Monika.Vachenauer@kvb.de</a>
	Silke Würflingsdobler	08 21 / 32 56 – 2 39	<a href="mailto:Silke.Wuerflingsdobler@kvb.de">Silke.Wuerflingsdobler@kvb.de</a>
Unterfranken	Uwe Maiberger	09 31 / 3 07 – 4 09	<a href="mailto:Uwe.Maiberger@kvb.de">Uwe.Maiberger@kvb.de</a>
	Elisabeth Matuszynski	09 31 / 3 07 – 4 10	<a href="mailto:Elisabeth.Matuszynski@kvb.de">Elisabeth.Matuszynski@kvb.de</a>

**Persönliche Beratung zu Verordnungen**

Mittelfranken	Dr. Elfriede Buker	09 11 / 9 46 67 – 6 71	<a href="mailto:Elfriede.Buker@kvb.de">Elfriede.Buker@kvb.de</a>
	Dr. Claudia Fischer	09 11 / 9 46 67 – 6 75	<a href="mailto:Claudia.Fischer@kvb.de">Claudia.Fischer@kvb.de</a>
	Sonja Hofmann	09 11 / 9 46 67 – 6 73	<a href="mailto:Sonja.Hofmann@kvb.de">Sonja.Hofmann@kvb.de</a>
	Angela Krath	09 11 / 9 46 67 – 7 69	<a href="mailto:Angela.Krath@kvb.de">Angela.Krath@kvb.de</a>
München	Detlev Bartmus	0 89 / 5 70 93 – 28 79	<a href="mailto:Detlev.Bartmus@kvb.de">Detlev.Bartmus@kvb.de</a>
	Julia Eckert	0 89 / 5 70 93 – 21 58	<a href="mailto:Julia.Eckert@kvb.de">Julia.Eckert@kvb.de</a>
Niederbayern	Ulrich Störzer	0 94 21 / 80 09 – 4 46	<a href="mailto:Ulrich.Stoerzer@kvb.de">Ulrich.Stoerzer@kvb.de</a>
Oberbayern	Marion Holzner	0 89 / 5 70 93 – 45 16	<a href="mailto:Marion.Holzner@kvb.de">Marion.Holzner@kvb.de</a>
	Barbara Krell-Jäger	0 89 / 5 70 93 – 34 12	<a href="mailto:Barbara.Krell-Jaeger@kvb.de">Barbara.Krell-Jaeger@kvb.de</a>
Oberfranken	Sascha Schneider	09 21 / 2 92 – 3 44	<a href="mailto:Sascha.Schneider@kvb.de">Sascha.Schneider@kvb.de</a>
Oberpfalz	Peter Neubauer	09 41 / 39 63 – 3 92	<a href="mailto:Peter.Neubauer@kvb.de">Peter.Neubauer@kvb.de</a>
	Birgit Schneider	09 41 / 39 63 – 1 70	<a href="mailto:Birgit.Schneider@kvb.de">Birgit.Schneider@kvb.de</a>
Schwaben	Daniela Bluhm	08 21 / 32 56 – 1 43	<a href="mailto:Daniela.Bluhm@kvb.de">Daniela.Bluhm@kvb.de</a>
	Beate Selge	08 21 / 32 56 – 1 41	<a href="mailto:Beate.Selge@kvb.de">Beate.Selge@kvb.de</a>
Unterfranken	Annegret Ritzer	09 31 / 3 07 – 5 19	<a href="mailto:Annegret.Ritzer@kvb.de">Annegret.Ritzer@kvb.de</a>

**Meldungen über Dienstplanänderungen (Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)**

Oberbayern, Niederbayern und Schwaben		Unter-, Mittel- und Oberfranken und Oberpfalz	
Telefon	0 89 / 57 95 70 – 8 50 10	Telefon	09 21 / 78 51 75 – 6 50 10
Fax	0 89 / 57 95 70 – 8 50 11	Fax	09 21 / 78 51 75 – 6 50 11
E-Mail	<a href="mailto:dienstaenderung.vbzm@kvb.de">dienstaenderung.vbzm@kvb.de</a>	E-Mail	<a href="mailto:dienstaenderung.vbzn@kvb.de">dienstaenderung.vbzn@kvb.de</a>

## Persönliche Beratung zur Praxisführung

Mittelfranken	Frank Eckart	09 11 / 9 46 67 – 4 21	Frank.Eckart@kvb.de
	Hans-Dieter Moritz	09 11 / 9 46 67 – 3 50	Hans-Dieter.Moritz@kvb.de
	Joachim Streb	09 11 / 9 46 67 – 3 71	Joachim.Streb@kvb.de
München	Miriam Radtke	0 89 / 5 70 93 – 34 57	Miriam.Radtke@kvb.de
	Ruth Stefan	0 89 / 5 70 93 – 35 67	Ruth.Stefan@kvb.de
	Anneliese Zacher	0 89 / 5 70 93 – 43 30	Anneliese.Zacher@kvb.de
Niederbayern	Anton Altschäffl	0 94 21 / 80 09 – 3 01	Anton.Altshaeffl@kvb.de
	Heidi Holzleitner	0 94 21 / 80 09 – 3 05	Heidi.Holzleitner@kvb.de
	Martin Pöschl	0 94 21 / 80 09 – 3 13	Martin.Poeschl@kvb.de
Oberbayern	Stephanie Elling	0 89 / 5 70 93 – 35 68	Stephanie.Elling@kvb.de
	Peter Fiedler	0 89 / 5 70 93 – 43 01	Peter.Fiedler@kvb.de
	Katharina Fränkel	0 89 / 5 70 93 – 32 15	Katharina.Fraenkel@kvb.de
	Lisa Huschke	0 89 / 5 70 93 – 43 52	Lisa.Huschke@kvb.de
Oberfranken	Michaela Hofmann	09 21 / 2 92 – 2 29	Hofmann.Michaela@kvb.de
	Iris Püttmann	09 21 / 2 92 – 2 70	Iris.Puettmann@kvb.de
	Beate Wolf	09 21 / 2 92 – 2 17	Beate.Wolf@kvb.de
Oberpfalz	Franz Ferstl	09 41 / 39 63 – 2 33	Franz.Ferstl@kvb.de
	Siegfried Lippl	09 41 / 39 63 – 1 51	Siegfried.Lippl@kvb.de
Schwaben	Siegfried Forster	08 21 / 32 56 – 2 23	Siegfried.Forster@kvb.de
	Michael Geltz	08 21 / 32 56 – 1 05	Michael.Geltz@kvb.de
	Sylvia Goldschmitt	08 21 / 32 56 – 2 37	Sylvia.Goldschmitt@kvb.de
	Manuel Holder	08 21 / 32 56 – 2 40	Manuel.Holder@kvb.de
	Anja Rößle	08 21 / 32 56 – 2 32	Anja.Roessle@kvb.de
	Dieter Walter	08 21 / 32 56 – 2 31	Dieter.Walter@kvb.de
Unterfranken	Michael Heiligenthal	09 31 / 3 07 – 3 02	Michael.Heiligenthal@kvb.de
	Christine Moka	09 31 / 3 07 – 3 03	Christine.Moka@kvb.de
	Peter Schäfer	09 31 / 3 07 – 3 01	Peter.Schaefer@kvb.de

## Persönliche Beratung zu Qualitätsmanagement, Qualitätszirkeln und Hygiene in der Praxis

Nutzen Sie unsere Beratungskompetenz:

- Wir beraten Sie zu allen Bereichen des Qualitätsmanagements von A wie Arbeitsanweisung bis Z wie Zertifizierung.
- Wir unterstützen Sie bei der Ausbildung zum Qualitätszirkel-Moderator, der Planung und Initiierung eines Qualitätszirkels und der Dokumentation Ihrer Sitzungen.
- Wir beraten Sie bei der Umsetzung und dem Aufbau eines Hygienemanagements in der Praxis und bei allen Fragen rund um das Thema Hygiene.

Marion Roth	09 11 / 9 46 67 – 3 23	Marion.Roth@kvb.de
Michael Sachse	09 11 / 9 46 67 – 2 21	Michael.Sachse@kvb.de
Anke Weber	09 11 / 9 46 67 – 3 22	Anke.Weber@kvb.de



## VORSCHAU



### **BERATUNGSANGEBOT FÜR PRAXEN**

Wie funktioniert die ambulante spezialfachärztliche Versorgung?



### **BAYERNS PATIENTEN- BEAUFTRAGTER**

Hermann Imhof erläutert im Interview seine Vorstellungen und Pläne



### **TAG DER SELTENEN ERKRANKUNGEN**

In München treffen sich Selbsthilfegruppen und Experten



### **VERSORGUNGS- KONFERENZEN**

Welche Orientierung bietet die neue Bedarfsplanung?