



**DOXS**

DOXS eG

Magazin 02/2010

§ 116b: Wettbewerb  
mit ungleichen Waffen

Das Leben in seiner ganzen Vielfalt  
– Pädiatrie: ein Fach mit vielen Besonderheiten

Landkreis Kassel  
setzt auf saubere Energie

Editorial	3
DOXS-Datenmanagement – Kooperation mit medmedias GmbH	4
§ 116b: Wettbewerb mit ungleichen Waffen	5
Opfer der Umstrukturierung: Psychotherapie-Schwerpunkte	8
Pädiater und hausarztzentrierte Versorgung	12
Nachgefragt?	13
Pädiatrie – Ein komplexes Fachgebiet mit „Nachwuchssorgen“	14
Das Leben in seiner ganzen Vielfalt – Pädiatrie: ein Fach mit vielen Besonderheiten	15
„Willkommen von Anfang an“ – Stadt Kassel verteilt Informationsmappen für Schwangere	18
Genossenschaft der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte organisiert ärztlichen Bereitschaftsdienst	18
Arzneimittel für Kinder und Jugendliche	19
Schulunfähigkeitsbescheinigung – Wer darf sie verlangen?	20
Kreis Kassel setzt auf saubere Energie	22
Die Zukunft liegt in Kooperationsmodellen	25
Debatte: „Gesundheitspolitische Positionen, die nicht unkommentiert bleiben sollten“	27
Agomelatin schließt Lücken im Depressionsmanagement	30
Mr. DocStop sorgt für kranke Brummifahrer	32
Kurzmeldungen	34

## IMPRESSUM

Herausgeber: DOXS eG  
Schenkendorfstr. 6-8, 34119 Kassel  
Tel.: (0561) 766 207-12, Fax: (0561) 766 207-20  
info@doxs.de, www.doxs.de  
Vorstand: Priv. Doz. Dr. Erhard Lang, Dr. Stefan Pollmächer  
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Detlef Sommer  
Redaktion: Gundula Zeitz, info@gundulazeitz.de  
Redaktionsteam: Michael Frölich, Dr. Stefan Pollmächer  
Autoren dieser Ausgabe: Irene Graefe, Dr. Ingo Niemetz, Ralf Pasch, Dr. Stefan Pollmächer, Dr. Uwe Popert, Martin Wortmann, Gundula Zeitz  
Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder.

Gestaltung: Reinhold Weber, e-bildwerke  
Titelbild: Windpark Trendelburg-Eberschütz „Schönhagener Kirchhof“, Landkreis Kassel, Foto: hessenENERGIE GmbH

Druck: Grafische Werkstatt GmbH

Anzeigen: DOXS eG Geschäftsstelle, Tel. (0561) 766 207-12

Erscheinungsweise: 4-mal pro Jahr / Druckauflage: 1.500 Stück

Herausgeber und Redaktion haften nicht für Druck- und Satzfehler, nicht für verspätete Auslieferung durch die Druckerei und nicht für unverlangt eingesandte Bilder und Manuskripte. Termin- und Adressangaben sind ohne Gewähr. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

# Editorial

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die neuen EBM-Regularien bedeuten das Aus für die ärztliche Psychotherapie, wenn sie von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen ohne Korrektur umgesetzt würden. Das muss man sich einmal vorstellen: Psychologische Psychotherapeuten, Psychiater und Ärzte, die mehr als 90 Prozent ihrer Leistungen als Psychotherapeuten erbringen, bekommen ihre Leistungen zum festen Honorarsatz vergütet. Fach- und Hausärzte mit psychotherapeutischer Qualifikation, die seit Jahren diese Leistungen im Rahmen der genehmigungspflichtigen Psychotherapie erbringen, sollen jetzt wie auch immer geartete „Qualitätsgebundene Zusatzvolumina“ (QZV) erhalten.

Wie diese aussehen sollen, ist auch vier Wochen vor Quartalsbeginn noch nicht klar. Klar soll aber sein, dass die QZV eingeführt werden sollen. Damit wird die Existenz vieler Praxen in Kassel und Umgebung aufs Spiel gesetzt. Hat man hier nicht zu Ende gedacht? Warum setzt man eine gewachsene Struktur so leichtfertig aufs Spiel – wo doch alle Politiker davon reden, wie wichtig die psychotherapeutische Versorgung und die sprechende Medizin sind? Patienten kontaktieren bis zu 30 Psychotherapeuten, um dann am Ende immer noch ohne einen Therapieplatz dazustehen. Wir wissen, dass die psychischen Erkrankungen bei der Arbeitsunfähigkeit mittlerweile nach den Erkrankungen des Rückens auf Platz 2 liegen.

Dem Vorstand der DOXS ist es in der Woche vor der Vertreterversammlung (VV) am 29. Mai gemeinsam mit unserem Mitglied Dr. Uwe Popert gelungen, die VV der KV für dieses Thema zu sensibilisieren; man versprach für das 4. Quartal eine Lösung zu finden, für das 3. Quartal sei es leider zu spät ... Wir fordern, an der alten Abrechnungssystematik festzuhalten und nicht die gewachsene Struktur durch einen Reformschnellschuss zu vernichten!

Wenn wir dann die Problematik des § 116b für uns Niedergelassene betrachten, erkennen wir, dass wir auf allen Seiten wachsam sein müssen. Wir werden uns gegen das Eindringen der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich wehren. Wir haben nichts gegen Konkurrenz, aber dann bitte mit gleichen Möglichkeiten und nicht so.

Im Gesundheitswesen muss gespart werden! Warum entledigt man sich dann nicht des E-card-Projektes, welches keinerlei medizinischen Nutzen hat und bei dem nur die IT-Industrie profitiert und Überwachungsstrukturen aufgebaut werden. Mehr als zehn Milliarden Euro ständen dann für die medizinische Versorgung zur Verfügung.

Manchmal hat man den Eindruck, dass die KV – die von uns bezahlt wird und auch unsere Interessen vertreten soll – Projekte verfolgt, deren Nutzen nicht zu ersehen, deren Kontrollfunktion aber offensichtlich ist. So sehe ich die geplante online-Abrechnung. Wieder kommen Kosten auf uns zu, für Hardware, Software etc. Wenn wir Monate auf unsere Abrechnung warten müssen, dann müssen die Daten nicht online bei der KV vorliegen. Dann brenne ich sie lieber auf CD, der Postweg verzögert die Abrechnung jedenfalls nicht.

Dies sind einige der Themen, die wir in diesem Magazin behandeln. Wir werden Sie weiter informieren – auch in Veranstaltungen zu diesen Themen. Übrigens: Mit Blick darauf, dass die KV-Bezirksstelle in Kassel geschlossen wird, sodass für viele ärztliche Fortbildungsveranstaltungen keine Räume mehr zur Verfügung stehen werden, haben wir beschlossen, dass die Fortbildungsräumlichkeiten der Genossenschaft für alle Ärzte zur Verfügung stehen und genutzt werden können. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle.

**Ihr Stefan Pollmächer**



**Dr. Stefan Pollmächer (50),** niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie in Kassel, DOXS-Vorstands- und Gründungsmitglied.



Die DOXS eG will in diesem Jahr verstärkt auf die Krankenkassen zugehen, um IV-Verträge auszuhandeln. „Leichter werden die Verhandlungen für uns, wenn wir dabei auf anonymisierte Versorgungsdaten aus unserer Genossenschaft zurückgreifen können“, so die DOXS-Vorstände PD Dr. Erhard Lang und Dr. Stefan Pollmächer.

# DOXS- Datenmanagement

## Kooperation mit medmedias GmbH

Welche Altersstruktur haben die Patienten, bei welchen Krankenkassen sind sie versichert? Gibt es Krankheiten, die eine besonders große Rolle spielen? Wie gut funktioniert in Nordhessen zum Beispiel die medizinische Versorgung chronisch Kranker, welchen Einfluss haben gesundheitspolitische Entwicklungen darauf? Versorgungsforschung heißt das Stichwort: Fundierte Aussagen etwa über die Qualität des deutschen Gesundheitswesens lassen sich nur auf der Basis wissenschaftlicher Untersuchungen des Versorgungsgeschehens treffen. Das Ziel: Die Qualität und Sicherheit der Medizin zu verbessern und Innovationen auf Nutzen und Wirksamkeit zu überprüfen. „Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Verordnungs- und Behandlungsdaten möglichst vieler unserer Mitglieder messen und analysieren zu können“, erklären Lang und Pollmächer.

Bei diesem Datenmanagement kann die DOXS eG nunmehr auf die Dienstleistungen der medmedias GmbH zurückgreifen, die interessierten Mitgliedern ab sofort angeboten werden. Dazu gehört unter anderem ein Datenservice durch Ankauf der nach gültiger Gesetzeslage möglichen Nutzungsrechte von anonymisierten Verordnungsdaten aus der Arztsoftware. Die Daten werden zum Beispiel für begleitende Langzeit-Therapie-Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen (LTWW-Studien) weiterverarbeitet.

Der Nutzen für die DOXS eG besteht unter anderem darin, dass die Genossenschaft eine Analyse der Verordnungsdaten innerhalb der DOXS eG erhält, relevante Behandlungsdaten innerhalb der DOXS ausgewertet werden können und anhand der Daten Rationalisierungspotenziale bezüglich des Verordnungs- und Behandlungsverhaltens aufgezeigt und erschlossen werden können. Außerdem können die einzelnen Ärzte in der DOXS eG Unterstützung bekommen bei der Abwehr von Regressforderungen: Anhand der Datensammlungen können individuelle Regressanalysen erstellt werden.

Wer sich am DOXS-Datenmanagement beteiligen möchte, muss nicht in neue Technik investieren. Denn das medmedias-IT-System ermöglicht die Sammlung und Zusammenführung der anonymisierten Verordnungs- und Behandlungsdaten aus den Praxissoftwaresystemen heraus – ohne zusätzlichen Zeitaufwand. Durch einen aufwendigen Anonymisierungsvorgang wird dafür Sorge getragen, dass sämtliche relevanten Datenschutzbestimmungen eingehalten werden. Anschließend werden die Daten über eine personalisierte und sichere Verbindung (VPN Tunnelung) übertragen und weiterverarbeitet.

„Wir appellieren an unsere Mitglieder, sich am DOXS-Datenmanagement zu beteiligen, denn so erhalten wir eine solide Datenbasis für Verhandlungen mit den Kostenträgern“, so Lang und Pollmächer. Interessierten bietet die Geschäftsstelle bei Bedarf kostenlose Unterstützung bei der Installation des erforderlichen Moduls durch den IT-Beauftragten der DOXS eG an. *guz*

**Bitte wenden Sie sich an die DOXS-Geschäftsstelle**  
Tel.: 0561-766 207-12 oder per E-Mail: [info@doxs.de](mailto:info@doxs.de)

## Paragraph 116b

# Wettbewerb mit ungleichen Waffen

Eine bessere Versorgung der Patienten soll sie bringen, zudem mehr Wettbewerb in der ambulanten Versorgung. Im ersten Punkt war die Runderneuerung des Paragraphen 116b Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) 2007 zumindest teilweise erfolgreich. Der Wettbewerb dagegen steht eher auf tönernen Füßen. Auch die DOXS eG fürchtet, dass Kliniken nahezu risikolos im Revier der Fachärzte wildern.



### Von Martin Wortmann

Während Paragraph 116 im SGB V Teile der ambulanten Versorgung für einzelne Krankenhausärzte öffnet, öffnet Paragraph 116b die ambulante Versorgung für die Krankenhäuser selbst. Dies gilt laut Gesetz für „hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“. Wichtigste Gruppe sind die onkologischen Erkrankungen, aber auch Aids, schwere Herzinsuffizienz, Mukoviszidose, Multiple Sklerose sowie schwere rheumatische Erkrankungen gehören dazu. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll die Liste erweitern.

Seit 2004 können die Krankenkassen mit Krankenhäusern entsprechende Verträge schließen. Doch die Gesetzesvorschrift dümpelte über Jahre nahezu ungenutzt vor sich hin. Grund waren zwei Probleme der Krankenkassen: Sie mussten fürchten, dass sie mit solchen Angeboten Mitgliederwerbung ausgerechnet für kranke und damit teure Patienten betreiben.

Zudem gab es keine Möglichkeit für die Kassen, die unbegrenzten Abrechnungsmöglichkeiten nach Paragraph 116b zu refinanzieren. Krankenhäuser mit ausgereiztem Budget könnten Leistungen verschieben. Vor allem aber haben die Kassen aus ihrer Sicht Leistungen niedergelassener Vertragsärzte, die nun von Krankenhäusern erbracht werden, schon mit der an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Gesamtvergütung bezahlt.

### Zulassung liegt bei den Planungsbehörden der Länder

„Das ist unser großes Problem, das wir damit haben“, betont Ann Marini, Sprecherin beim GKV-Spitzenverband in Berlin – und zwar bis heute. Und darin, verbunden mit einer Änderung des Paragraphen im Jahr 2007, liegt auch die Sprengkraft des Themas. Durch die Änderung können die Krankenkassen 116b-Behandlungen nicht mehr blockieren. Die Zulassung liegt nun bei den Planungsbehörden der Länder, der Vertrag mit den Kassen ist dann nur noch Formsache. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sprach schon 2009 von über 2.000 Anträgen bundesweit. Über 800 wurden inzwischen bewilligt, davon rund 150 in Hessen.

In der laufenden Diskussion bringen sich alle Beteiligten in Position und blicken nach Berlin. Denn dort haben Union und FDP im Koalitionsvertrag vereinbart, den umstrittenen Paragraphen neu zu überdenken. Dabei wird erwartet, dass die Koalition dem Wunsch der Kassen nachkommt und die „Doppelfinanzierung“ beendet. „Dort, wo die Leistung erbracht wird, soll das Geld hinfließen“, sagt Marini.

Was freilich für die Krankenkassen dem natürlichen Gang der Dinge entspricht, löst bei den Leistungserbringern Verteilungskämpfe aus. Die Krankenhäuser wittern „eine neue Chance“, die Vertragsärzte fürchten um ihr Gesamtbudget. So warnte auch der Deutsche Ärztetag in Dresden vor einer „breiten und undifferenzierten Öffnung der Krankenhäuser“. Diplomatisch, aber deutlich heißt es in einer Resolution zum Paragraphen 116b weiter: „Allen Versuchen, an dieser Stelle die Ärzteschaft durch einen ungeordneten Wettbewerb aufzuspalten, wird eine klare Absage erteilt.“ Über Fragen des 116b müssten Klinik- und Ärztevertreter im GBA „im Konsens“ entscheiden.





## Ärztetag: „Ungeordneter Wettbewerb“

Dabei fasste der Ärztetag mit dem „ungeordneten Wettbewerb“ den Kern der Kritik niedergelassener Ärzte in zwei Worten zusammen. „Man weiß nicht, welche Verträge es gibt, wie die Wege sind und wie abgerechnet wird“, kritisiert Erhard Lang, DOXS-Vorstand und Facharzt für Neurochirurgie in Kassel. „Wer macht zum Beispiel die Hausbesuche?“, fragt konkret der Kasseler Allgemeinmediziner und DOXS-Vorstandskollege Stefan Pollmächer.

„Da ist alles im Dunkeln“, beschreibt der Freiburger Medizinrechtler Holger Barth die Situation. Zwei Lösungen werden diskutiert: Krankenhäuser könnten niedergelassene Ärzte mit der Nachsorge für „ihre“ 116b-Patienten beauftragen. Um die von den Kassen kritisierte Doppelvergütung

zu vermeiden, müssten sie das dann allerdings aus ihrem Budget bezahlen. Barth geht noch weiter und schlägt vor, dass die Krankenhäuser niedergelassenen Ärzten eine Anstellung mit geringem Umfang anbieten. Bis zu 13 Wochenstunden seien erlaubt.

„Hessenmed“ will so weit nicht gehen. Der Verband der hessischen Ärztenetze kam in seiner Sitzung Ende Mai zu der Überzeugung, dass die Ärzte sich das Doppelrechnungsproblem der Kassen nicht zu eigen machen sollten. Wenn ein Patient eine Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt wünsche, solle der das auch ganz normal über die KV abrechnen, berichtet der Kasseler Allgemeinmediziner und Hessenmed-Vorstandsmitglied Uwe Popert (siehe auch gesonderten Kasten).

## Blick nach Fulda



Wie schnell es zu Konflikten und großer Verwirrung à la 116b kommen kann, zeigt ein Blick nach Osthessen. Dort hatte das Klinikum Fulda eine herkömmliche Ermächtigung für Radiologie verloren. Seit Februar schickte es onkologische Patientinnen kurzerhand zu ihrem Hausarzt, um für die erforderliche Strahlentherapie eine Überweisung nach Paragraph 116b beizubringen. Reguläre Überweisungen der Gynäkologen wurden nicht mehr anerkannt, erzählt Eberhard Blümm, Gynäkologe in Fulda und Aufsichtsratsvorsitzender in der Ärztegenossenschaft „Gesundheitsnetz Osthessen“ (GNO).

Doch nach der Klinikbehandlung kamen die Patientinnen wieder. Blümm: „Das ist ein Problem für uns. Die Gefahr ist, dass wir Behandlungen abrechnen, die wir später als Doppelabrechnung vorgehalten bekommen.“

Hintergrund ist die Bindung der 116b-Patienten an ihre Klinik. Diese umfasst „die gesamte Diagnostik und Versorgung“, wie die KV Hessen in einem Brief an besorgte Fuldaer Ärzte betont. Doch weder sei die Klinik mangels Ermächtigung nun zu einer Versorgung nach 116b verpflichtet, noch könne sie wiederum niedergelassene Ärzte verpflichten, sich an der Behandlung ihrer 116b-Patienten zu beteiligen. Eine entsprechende Abrechnung über die KV würde „eine selbstverständlich unzulässige Doppelabrechnung darstellen“.

Als Ausweg rät die KV in ihrem Brief: „Selbstverständlich können Sie jedoch mit dem Krankenhaus einen Vertrag schließen, aufgrund dessen Sie von dem Krankenhaus für Leistungen, welche Sie (im Rahmen eines Auftrags) für das Krankenhaus erbringen, eine Vergütung nach GOÄ erhalten.“ Blümm hält davon wenig. „Das ist ein riesiger bürokratischer Aufwand.“

Inzwischen sitzen immerhin Klinik und niedergelassene Urologen sowie Gynäkologen an einem Tisch. „Wir wollen eine saubere Regelung“, betont Blümm. „Es ist ja nicht so, dass wir Dinge an uns binden wollen, die wir nicht beherrschen.“ Für Gynäkologische Onkologie sei angedacht, dass die Klinik Operationen, Bestrahlung und Chemotherapie übernimmt „und wir übernehmen die Nachsorge“. Weil das freilich nicht zur Bindung der Patienten passt, müsse die KV mit ins Boot – „damit das Abrechnungsproblem geklärt wird“.

Doch trotz mittlerweile guten Willens auf beiden Seiten ist eine rechtlich wasserdichte Lösung auch in Fulda noch nicht in Sicht. Das Gesetz, bedauert Blümm, sei eben letztlich „nur eine Hülle“.

### Fehlende Transparenz, unklare Abgrenzung, ungleiche Startbedingungen

Neben der fehlenden Transparenz und unklarer Abgrenzung sind es vor allem ungleiche Startbedingungen, die aus Sicht der niedergelassenen Ärzte zu einem „ungeordneten Wettbewerb“ führen. Das DOXS-Land in der Mitte Deutschlands gehöre zwar nicht zu den Vorreitern in Sachen 116b; doch nach einem Blick in das benachbarte Fulda (siehe Kasten) herrsche auch hier in so mancher spezialisierten Facharztpraxis schlicht Angst, weiß Pollmächer.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) tut das Ihre dazu: Sie beschränkt sich nicht darauf, im Interesse ihrer Mitglieder „eine offensive Zulassung“ der Kliniken zu 116b-Behandlungen zu fordern. „Kliniken müssen künftig zu gleichen Konditionen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen dürfen“, schickte DKG-Geschäftsführer Georg Baum gerade erst im Mai hinterher. Eine „Ausweitung der gescheiterten ärztlichen Bedarfsplanung auf die Krankenhäuser“, lehnte er gleichzeitig aber ab. Und wo die Kliniken wachsen wollen, sollen andere Platz machen. Baum: „Unterstützend ist es richtig, die doppelte Facharztschiene zurückzufahren.“

Offener lässt sich eine Kampfansage kaum formulieren. Pollmächer hofft, dass sich dagegen nicht nur die Fachärzte, sondern auch seine kaum betroffenen Allgemeinarzt-Kollegen stellen: „Ich wehre mich nicht gegen Konkurrenz. Ich wehre mich dagegen, dass hier ein Verdrängungswettbewerb stattfindet.“ Denn ausdrücklich sieht das Gesetz keine Bedarfs-, sondern nur eine Eignungsprüfung für die Krankenhäuser vor. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz spricht daher von einem „Kampf mit ungleichen Waffen“: „Während niedergelassene Fachärzte mit Budgets und Leistungsbegrenzungen auskommen müssen, können Krankenhäuser nahezu aus dem Vollen schöpfen.“ Zudem könnten sie „auf die duale Finanzierung von Träger und Land zurückgreifen“.

Längst beschäftigt der Paragraph 116b auch die Gerichte. Im Februar ließ das Bundessozialgericht die KBV abblitzen, die schärfere Grenzen für die ambulante Krankenhausbehandlung onkologischer Erkrankungen sowie von Tuberkulose und Multipler Sklerose erstreiten wollte. Doch zum Inhaltlichen kamen die Kasseler Bundesrichter gar nicht. Sie wiesen die gegen den GBA gerichtete Klage als unzulässig ab, weil die KBV nicht selbst in ihren Rechten beeinträchtigt sei.

Klagen können demnach allenfalls unmittelbar betroffene Ärzte. Juristen sprechen von einer „Drittanfechtung“ gegen die Zulassung eines Krankenhauses zur 116b-Behandlung durch die Landesbehörde. Dabei hat das Bundesverfassungsgericht bereits 2008 klargestellt, dass eine solche Drittanfechtung durch Ärzte nur zulässig sein kann, wenn das antragstellende Krankenhaus „im Planungs- oder zumindest im Einzugsbereich der Praxis“ liegt.

Als erstes Gericht hat im September 2009 und dann nochmals im Mai 2010 das Sozialgericht Dresden zwei im Bereich der Onkologie tätigen Ärzten im vorläufigen Rechtsschutz das Recht zur Drittanfechtung bestätigt. Es ergebe sich „aus einer verfassungsrechtlichen Würdigung der Wettbewerbsbedingungen im staatlich regulierten Gesundheitsmarkt“. Damit greift das Sozialgericht das Argument der ungleichen Waffen auf: Das Krankenhaus trage bei den 116b-Behandlungen kein unternehmerisches Risiko und könne auf die ohnehin vorhandene Ausstattung mit Räumen, Geräten und Personal zurückgreifen und habe nach Diagnostik und Operation zudem eine Art „Erstzugriff“ auf die Patienten. Wegen der „hohen Erfolgsaussichten“ des Arztes stellten die Dresdener Richter in beiden Fällen auch die aufschiebende Wirkung der Klage her. Das heißt: Die angegriffene „Bestimmung“ der Klinik zur 116b-Behandlung soll zumindest so lange auf Eis liegen, bis der Streit im Hauptverfahren entschieden ist. Erst nach Redaktionsschluss wollte hierzu auch das Sächsische Landessozialgericht seine Entscheidung bekanntgeben.

Bei allem Streit um Geld und Marktanteile darf nicht vergessen werden, dass klinische Behandlungszentren nach Paragraph 116b für Patienten mit seltenen Erkrankungen wirklich ein Segen sein können. „Das ist ja ins Leben gerufen worden, weil ein Bedarf besteht“, betont auch DOXS-Vorstand Lang. Nach Einschätzung Pollmächers ist die Sache bei Krankheitsbildern sinnvoll, „von denen in einer spezialisierten Facharztpraxis weniger als fünf bis zehn Patienten pro Quartal behandelt werden“. Die Deutsche Rheuma-Liga sieht einen Bedarf zudem auch dann, wenn „eine koordinierte, multidisziplinäre Versorgung“ erforderlich ist.

Beides trifft sicher auf das Marfan-Syndrom zu. Dank Paragraph 116b entstand unter anderem in Berlin ein Therapiezentrum für die seltene, genetisch bedingte Bindegewebsschwäche. Seine alle zwei Jahre notwendigen Kontrolluntersuchungen seien dort nach nur sieben Stunden abgeschlossen gewesen, freut sich ein Betroffener auf [marfansyndrom.blogspot.com](http://marfansyndrom.blogspot.com). „Bevor es das Marfanzentrum gab, habe ich für diese Untersuchungen meist Wochen benötigt.“

## Behandeln und dokumentieren



Hessenmed, Verbund der hessischen Ärzte-Netze, kritisierte in seiner Sitzung am 26. Mai, dass das hessische Sozialministerium 116b-Anträge ohne Einspruchsrecht der KV genehmigt. „Anders als in anderen Bundesländern muss dafür keine besondere Behandlungsqualität nachgewiesen werden“, kritisierte Vorstandsmitglied Uwe Popert. Vor diesem Hintergrund einigten sich die Vertreter der in Hessenmed verbundenen Netze auf „folgendes gemeinsames Vorgehen“:

- „Patienten werden mit allen (!) Krankheiten weiter ambulant betreut, wenn der Patient dies möchte. Abrechnung per EBM/KV; wegen Bereinigungsverfahren besonders sorgfältige Dokumentation der Behandlungsdiagnosen. (Keine GOÄ-Sonderverträge mit Krankenhäusern, weil dies langfristig die Vertrags-Macht bei Krankenhäusern zementiert.)
- Vermeidung von § 116b-Überweisungen; Patienten werden auf üblicherweise mindestens gleichwertige (qualitätsgesicherte!) ambulante Alternativen hingewiesen – oder auf die ja weiter bestehenden Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von Ermächtigungen.
- Wenn Ambulanzen sich gegenseitig 116b-Patienten zuweisen, werden auch diese Ambulanzen in Zukunft nicht mehr empfohlen (und die entsprechenden Ermächtigten und Krankenhausleitungen über diesen Schritt informiert; verbunden mit der Bitte, noch mal darüber nachzudenken.)
- Hessenmed stellt eine Datenbank über hessische §116b-Zulassungen ins Internet.“

([www.hessenmed.de](http://www.hessenmed.de))

# Opfer der Umstrukturierung: Psychotherapie- Schwerpunkte

## KVH-Gnadenfrist vor der Vernichtung einer gewachsenen psychosomatischen Versorgung?

Von Dr. med. Uwe Popert

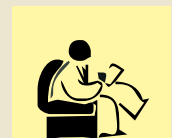


Die KBV-Abrechnungsregeln, die ab 1.7.2010 gelten werden, bedrohen die wirtschaftliche Existenz von Haus- und Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Hier einige Hintergründe:

Bis vor einigen Jahren galt die Regel: Der Psychotherapeut, der die entsprechenden Qualifikationen nachweisen konnte und dessen Antrag auf Kostenübernahme durch Kassen bewilligt wurde, dessen Honorar wurde bis zur Grenze der bewilligten Stundenzahl von den Kassen erstattet.

**Es gab eine Punktwertgarantie:** Nach der Einbeziehung auch der psychologischen Psychotherapeuten in die budgetierten Bereiche der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wurden gerichtlich statt der floatenden dann feste Punktwerte festgelegt, weil Psychotherapeuten wegen der vorgeschriebenen 50 Minuten Dauer einer Therapiestunde und einer maximalen Wochenarbeitszeit eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze haben.

Damit wurden die KV-Mitglieder honorartechnisch grob in drei Gruppen eingeteilt: hausärztliche Versorgungsebene, Spezialisten und Psychotherapeuten.



**Ausnahme bei Regelleistungsvolumina:** Nach Einführung der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung und weitgehend stabiler Punktwerte hat der Gesetzgeber bei fast allen Ärztegruppen eine neuartige Mengenbegrenzung durch Regelleistungsvolumina eingeführt. Damit werden KV-Einnahmen bis auf geringe Steigerungsmöglichkeiten auf die Leistungen im gleichen Quartal des Vorjahres beschränkt. Weil jetzt die bisherige Punktwertgarantie für kassengängige Psychotherapien nicht mehr ausreichte, wurden die meisten Psychotherapie-Anbieter mit dem § 87b SGB V von den Regelleistungsvolumina befreit (s. u.).

**SGB V § 87b Vergütung der Ärzte (arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina)**  
(2) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. ... Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sind außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

**Ausnahme von der Ausnahme:** Die Befreiung gilt allerdings nicht für alle – wer weniger als 90 % seiner Kassenleistungen mit Psychotherapie erbringt, unterliegt weiterhin wie alle anderen Niedergelassenen einer Budgetierung durch Regelleistungsvolumina. Das gilt insbesondere für Hausärzte und Fachärzte mit der Zusatzqualifikation „Psychotherapie“ und auch für die antragsbedingte Psychotherapie nach EBM-Kapitel 35.2. Das war noch einigermaßen zu verkraften, denn diese Praxen wurden damit nur auf ihrem bisherigen Niveau gedeckelt.

**Qualitätsgebundene Zusatzvolumina:** Zum 1.7.2010 führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine neue Systematik ein: die qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV). Statt des Bezugs auf eigene alte Honorarabrechnungen wird hierbei durch unterschiedliche Zusatz-Qualifikationen eines Arztes pro Patient ein kleines Abrechnungspotenzial freigegeben. Je mehr unterschiedliche Zusatzqualifikationen, desto mehr Abrechnungspotenzial. Ob der einzelne Arzt dann Ultraschall, Proktoskopie, Langzeit-EKG, Spirometrie, Chirotherapie ... oder eben Psychotherapie abrechnet, ist seine Sache – er kommt aber über den „Deckel“ nicht hinaus. Was dann im Einzelfall abgerechnet wird, ist dem jeweiligen Arzt überlassen.

Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010:

#### ... 2.4 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

... Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumens und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen ...

**QZV-Ausnahme:** Wer nur wenige Patienten behandelt, der hat keinen Spielraum für die pro Kopf relativ teuren psychotherapeutischen Leistungen – deswegen sind die „P“-Therapeuten nach § 87 SGB wie zuvor bei den Regelleistungen auch von den QZV befreit.

**Der Todesstoß?** Allerdings erwischt das QZV jetzt diejenigen, die nur zwischen 10 und 90 % ihres Umsatzes mit Psychotherapie machen – denn diese sind weder von Regelleistungen noch von den QZV befreit!



**Der Rettungsring:** Glücklicherweise haben regionale KVen bis zu einem gewissen Grade noch Korrekturmöglichkeiten. Zur **Absicherung der Antrags-Psychotherapie durch Haus-/Fachärzte** wurden am 29. Mai 2010 auf der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nach langen und intensiven Diskussionen mit großen Mehrheiten folgende Regelungen getroffen:

- 1) Der KVH-Vorstand wird beauftragt, die ursächlichen QZV-Regelungen der KBV zu monieren und zu ändern.
- 2) Für das Quartal 3/2010 ist keine andere Regelung als die QZV-Vorgabe der KBV möglich, da mindestens vier Wochen Vorankündigung und Genehmigung durch die Kassen erforderlich sind. Allerdings wurde zugesagt, dass man sich um individuelle Auffangregelungen für diejenigen bemühen wird, die mehr als 5 % Honorarverluste erleiden.
- 3) Für die Quartale 4/2010 bis 4/ 2011 wurde mit großer Mehrheit folgende Übergangsregelung beschlossen: Die Fachgruppen beraten und machen Vorschläge; die Sonder-VV am 16. Juni beschließt über fachgruppeninterne Regelungen. Diese bestehen alternativ zu ab dem 1. Juli vorgesehenen QZV in der Möglichkeit, ab dem 1. Oktober dann über die Wahl des „Sicherstellungsindex 100 %“ (SI-100) für bestimmte QZV-Leistungen alternativ das Regelleistungsvolumen zu wählen, also die Begrenzung auf das Honorar-Volumen des jeweiligen Vorjahresquartals. Für das problematische Quartal 3/2011 ist relativ einfach ein anderes Bezugsquartal wählbar – dieses wird auch für andere Fachgruppen notwendig und wird deswegen wohl zuverlässig umgesetzt werden.



Dr. med. Uwe Popert ist seit 20 Jahren als Arzt für Allgemeinmedizin in Kassel niedergelassen. Er ist Gründungsmitglied der Ärzte- und Psychotherapeutengenosenschaft DOXS eG, 1. Vorsitzender des „Gesundheitsnetz Nordhessen e. V.“ und Lehrbeauftragter an der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Göttingen.

4) Ab 1/2012 ist die Lage dann unklar. Möglich sind:

a) neue Regelung durch KBV oder Politik

b) individuelle Entscheidung zur Zulassungsänderung in 100 % Psychotherapie

c) die bisher gewohnte Kombination ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit wird wohl allenfalls über ein Stellensplitting möglich sein – wenn das so juristisch etabliert wird. Das allerdings dürfte wegen der Nähe zu der politisch gewünschten Flexibilität der Stellen durchaus wahrscheinlich sein. Aufspaltung der Niederlassung z. B. in 50 % Hausarzt oder Facharzt und 50 % Psychotherapie.

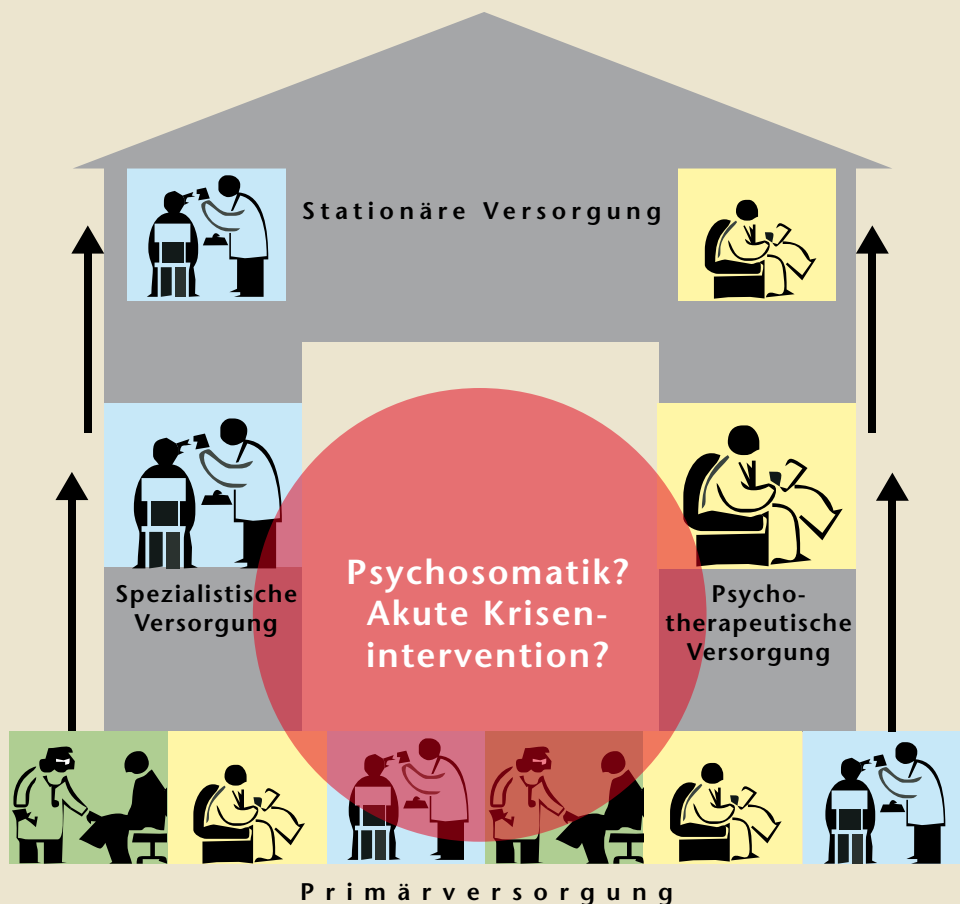
Es ist zu hoffen, dass hiermit zumindest mittelfristig erst einmal Sicherheit für die betroffenen Kolleginnen und Kollegen besteht.

Langfristig steht allerdings eine deutliche Trennung in drei bzw. fünf Versorgungssektoren an (Hausärzte und Spezialisten/Psychotherapeuten jeweils mit und ohne stationäre Anbindung). Jeder wird sich innerhalb der nächsten zwei Jahre wohl sein Plätzchen innerhalb der neuen Sortierung suchen müssen.

**Ausblick: Versorgungsebenen werden etabliert – Hausärzte werden immer mehr zu Primärversorgern, Spezialisten immer mehr zu ambulant/stationär übergreifenden Sekundär- und Tertiärversorgern und Teilzeit-Psychotherapeuten zu Vollzeit-Psychotherapeuten.**

**Allerdings: Wo sollen Patienten mit psychosomatischen Problemen oder akuten psychischen Krisen in Zukunft versorgt werden?**

Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation füllen ein wichtiges Segment in der ambulanten Versorgung. Institutsambulanzen sind damit strukturell und inhaltlich hoffnungslos überfordert. Warum ohne Not eine gut funktionierende gewachsene Struktur zerstören?



# KOMPETENZ IM MEDIZINRECHT

Als interdisziplinäre Wirtschaftskanzlei haben wir uns unter anderem auf Medizinrecht spezialisiert. Zu unseren Mandanten zählen Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen und Ärzte, die wir bei der Durchsetzung von Honoraransprüchen vertreten und bei der Übergabe von Praxen beratend begleiten.

Einen Fokus setzen wir dabei auf Vertragsarztrecht, ärztliches Berufsrecht, Haftungsrecht sowie Plausibilitätsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und insbesondere Arzneimittelregressverfahren, aber auch auf Arbeits- und Gesellschaftsrecht. Die spezifischen Problemstellungen von Ärzten kennen wir.

Lassen Sie uns darüber sprechen!



**DITHMAR WESTHELLE ASSENMACHER ZWINGMANN & PARTNER**

WIRTSCHAFTSPRÜFER STEUERBERATER RECHTSANWÄLTE NOTAR

# Pädiater und hausarztzentrierte Versorgung

Zwist zwischen Haus- und Kinderärzten?  
Die DOXS stehen in Nordhessen für einen kooperativen Kurs

Von Irene Graefe



Foto: AOK

Sie sind für über 90 Prozent der Kinder zwischen Geburt und 6. Geburtstag die wichtigsten medizinischen Partner. Selbst die Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr gehen zur Vorsorge zu ihnen: Dennoch sorgen sich viele der rund 5.700 niedergelassenen Kinder- und Jugendmediziner (rund 350 in Hessen) derzeit um ihre Zukunft. Denn mit der Einführung der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in § 73b, Sozialgesetzbuch V fürchten sie, mit ihren Patienten ins Hintertreffen zu geraten. Eigene Versorgungsverträge für Patienten bis 18 Jahren sind bislang nicht vorgesehen.

Bundesweit unterscheiden sich die Regelungen: In Baden-Württemberg hat die AOK mit dem Deutschen Hausärzteverband und Medi einen HZV-Vertrag ohne Altersgrenzen abgeschlossen. Diesem Vertrag sind kaum Kinderärzte beigetreten. Anders in Bayern, wo 2009 beispielsweise die AOK je einen Vertrag mit dem Hausärzteverband und mit dem Kinderärzteverband geschlossen hat: Hier liegt die Altersgrenze bei 18 Jahren. Ebenso in Bremen: Hier wurde die AOK in einem Schiedsspruch dazu verpflichtet, eine Altersgrenze von 18 Jahren einzuführen. In Niedersachsen und Braunschweig schlossen AOK, Hausärzteverbände und kassenärztliche Verbände einen Add-on-Vertrag. Jugendliche können sich ab 16 Jahren in einen Hausarztvertrag einschreiben.

So uneinheitlich die Lage ist, für Gerhard Bleckmann, Kinderarzt in Baunatal und DOXS-Mitglied, geht es nicht um Konfrontation zwischen den beiden Ärztegropen. „Ohne Hausärzte geht es gar nicht, alle Kinder zu versorgen – vor allen im ländlichen Bereich.“ Zu bedenken sei aber, dass die Weiterbildungsordnung für Allgemeinmediziner bislang keine Kinderheilkunde beinhalte: „Kinder bestmöglich ohne entsprechende Weiterbildung zu behandeln ist in diesem komplexen Fachgebiet ein Unding“, so Bleckmann.

Ähnlich äußerte sich auch der Vorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (bvkj), Dr. Wolfram Hartmann. Er fordert, dass Hausärzte, die auch Kinder behandeln, Mindestweiterbildungszeiten sowie eine kontinuierliche Fortbildung auf dem Gebiet der Pädiatrie vorweisen. Bislang gibt es das nicht. Gleichzeitig setzt sich der bvkj ganz eindeutig für eigene HZV-Verträge für die Altersgruppe 0 bis 18 ein, denn „vom Säugling bis zum Jugendlichen haben wir es in den jeweiligen Altersstufen mit völlig unterschiedlichen gesundheitlichen und psychosozialen Problemen zu tun. Kinder- und Jugendärzte sind in ihrer speziellen, mindestens fünfjährigen Weiterbildung für diese Aufgaben ausgebildet und trainiert.“

Eine andere Position bezieht die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), die „ein gemischtes System der gemeinsamen ambulanten Grundversorgung

von Kindern und Jugendlichen durch Allgemeinärzte und Pädiater befürwortet, wobei eine erweiterte ambulante Versorgung für schwere Krankheitsverläufe durch Pädiater erfolgen sollte“. Sie betont die Qualifikation der Hausärzte als Familienärzte. Auf diese Argumentation verweist der Deutsche Hausärzteverband, der die baden-württembergische HZV-Lösung favorisiert. „Der Hausarzt ist von jeher die erste Anlaufstelle für die Familie – gerade in strukturschwachen Gebieten ohne umfassende fachärztliche Abdeckung. Zudem werden über 80 Prozent der pädiatrischen Notfälle, die überwiegende Zahl der Hausbesuche und etwa die Hälfte der Gesamtkontakte im Grundschulalter von Hausärzten geleistet“, sagte im Februar 2010 der Vorstandsvorsitzende des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg, Dr. Bertold Dietsche.

In Nordhessen stehen die Mitglieder der DOXS für einen kooperativen Kurs: „Da wir eine fachübergreifende Genossenschaft sind, bieten wir ein gutes Podium für Verständigung untereinander“, sagt DOXS-Vorstand Dr. Stefan Pollmächer. Sollten sich zunächst keine landeseinheitlichen Lösungen finden, „streben wir hier in kollegialer Zusammenarbeit als vorrangiges Ziel eine regionale Lösung an“.

*DOXS-Magazin: Dürfen Hausärzte Kinder behandeln?*

**Pollmächer:** Grundsätzlich ist es richtig: Kinder gehören zum Pädiater. Nur lässt sich das nicht immer umsetzen: Zum einen haben einige Kinder- und Jugendmedizinpraxen keine Kapazitäten für neue Patienten. Zum anderen ist die Versorgung auf dem Land nicht dicht genug und Kinder müssen „notgedrungen“ dem Allgemeinmediziner vorgestellt werden. Abgesehen davon sagen manche Eltern: Wenn ich zum Hausarzt gehe und der die Familie schon kennt, warum soll mein Kind dann woanders hin? Bei komplexeren kinderfachärztlichen Fragestellungen kommen die jungen Patienten aber in der Regel sowieso zum Pädiater.

*DOXS-Magazin: Auf dem Feld der hausarztzentrierten Versorgung sieht es nach einem handfesten Zwist zwischen Hausärzten und Kinderärzten aus. Wie ist der einzuschätzen?*

**Pollmächer:** Beide Seiten haben recht: Die Hausärzte sagen, sie versorgen die Patienten schon seit Jahren, und fragen, warum sie dann die Früherkennungsuntersuchungen, die U's, nicht machen sollen. Die Kinderärzte kritisieren, die Hausärzte würden ihnen die schwierigen Fälle überlassen und die einfachen selbst übernehmen. Dadurch gehe ihnen die ausbalancierte Mischung zwischen gesunden und kranken Kindern und Jugendlichen verloren. Der gesunde Mittelweg muss erst noch gefunden werden.

*DOXS-Magazin: Wo liegt eine Lösung?*

**Pollmächer:** Die bayerische Lösung mit einem hausarzt- und einem pädiatriezentrierten Versorgungsvertrag bietet einen guten Ansatz. Die Verträge sollten nun das halten, was sie versprechen, betriebswirtschaftlich gut durchgerechnet sein und für eine adäquate Honorierung sorgen. Noch ist es zu früh, abschließend über diese Lösung zu urteilen. Es fehlt die verlässliche Erfahrung dafür.

Dr. Stefan Pollmächer (50) ist DOXS-Vorstands- und Gründungsmitglied. Er ist niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie in Kassel. *ig*

## Nachgefragt!

Wie ist die Konkurrenz um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zwischen Hausärzten und Pädiatern zu beurteilen? Drei Fragen an den DOXS-Vorstand Dr. Stefan Pollmächer.

# Pädiatrie

## Ein komplexes Fachgebiet mit „Nachwuchssorgen“



Foto: Zeitz-Reischauer

Ähnlich wie die Hausärzte haben auch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in Deutschland „Nachwuchssorgen“. Besonders in ländlichen Gebieten gibt es nicht genug in eigener Praxis tätige Pädiater, um die ambulante Versorgung der Kinder und Jugendlichen in vollem Umfang zu gewährleisten. Gleiches gilt in den Städten für Viertel mit sozialen Brennpunkten – und kürzlich hat sogar in Kassel eine alteingesessene Kinderarztpraxis vergeblich einen übernahmewilligen Pädiater gesucht. Dass sich in dem hochkomplexen Fachgebiet die Nachfolge schwierig gestaltet, liegt zum einen an der unzureichenden Honorierung pädiatrischer Leistungen im GKV-System, wie der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj) und andere kritisieren. Zum anderen erlaubt die Weiterbildungsordnung eine Schwerpunktbildung in vier Gebieten (Kinderhämatologie, Kinderkardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie) sowie sechs Zusatzbezeichnungen (Kinderendokrinologie, -gastroenterologie, -orthopädie, -pneumologie, -rheumatologie), sodass die jüngeren Kollegen sich eher weiter spezialisieren und teilweise an Kliniken arbeiten, als denn niedergelassene Allgemeinpädiater zu praktizieren.

Gleichzeitig ist es für niedergelassene Kinder- und Jugendärzte nicht einfach, Weiterbildungsassistenten zu beschäftigen. Denn deren Gehälter liegen auf Klinikniveau. Der weiterbildungsermächtigte Pädiater bekommt von der Landesärztekammer Hessen aber

nur dann einen Zuschuss, wenn der Assistent vorher Vollzeit zwei Jahre in der inneren Medizin gearbeitet hat. In der insgesamt fünf Jahre langen Weiterbildungszeit kann ein Jahr bei einem Niedergelassenen abgeleistet werden. Erfahrungsgemäß bleiben die meisten Ärzte, die diesen Weg beschreiten, später aber in der inneren Medizin für erwachsene Patienten.

In einem Ländervergleich der Monatsschrift „Kinderheilkunde“ (April 2010) wird Deutschland ein grundsätzlich gut funktionierendes Gesundheitssystem im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin attestiert. Ein bedeutender Vorteil des kinderärztlichen Primärarzt-systems sei die Nähe zum Patienten und der Status der niedergelassenen Pädiater als Haus- und Fachärzte, die ohne Überweisung eines Allgemeinarztes aufgesucht werden dürfen. Eine der Schwächen sei es hingegen, dass die Behandlung gesetzlich versicherter Jugendlicher ab 18 Jahren durch einen Kinder- und Jugendmediziner keine Kassenleistung sei. Das könne zu Schwierigkeiten in der Betreuung chronisch Kranker führen. Chronisch kranke Jugendliche, die das Erwachsenenalter erreichen, treffen zum Beispiel als junge Erwachsene auf Ärzte, denen die komplexen Probleme dieser jungen Leute zunächst noch nicht vertraut genug sind.

Ein Baustein im Verhältnis zwischen Patienten und Pädiatern sind die gleich nach der Geburt einsetzenden Früherkennungsuntersuchungen, die sogenannten „U's“, in denen regelmäßig die Entwicklung des Kindes überprüft wird – dabei geht es um die körperliche, geistige und später auch soziale Entwicklung des Kindes: U1 bis U9 (von der Geburt bis 5 Jahre, 4 Monate); für die älteren J1 (12. bis 15. Lebensjahr). In Hessen sind seit 2008 U4 bis U9 verpflichtend. Somit sehen die Mediziner die Kinder in den ersten fünf Lebensjahren regelmäßig. Die Pädiater kritisieren, dass zwischen U9 und J1 bisher eine große Lücke klafft, die gefüllt werden müsse. In den meisten Selektivverträgen sind inzwischen die U10 (7. bis 8. Lebensjahr), U11 (9. bis 11. Lebensjahr) und die J2 (16. bis 17. Lebensjahr) als qualifizierte Zusatzleistungen enthalten. Neben Infektionskrankheiten und Stoffwechsel-Erkrankungen haben es die Kinder- und Jugendärzte zunehmend mit weiteren Krankheitsbildern und Phänomenen zu tun. 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zeigen psychische Auffälligkeiten, wobei etwa zehn Prozent als beratungs- und therapiebedürftig eingeschätzt werden (Bella-Studie 2007 innerhalb der KIGGS-Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert-Koch-Instituts). Am häufigsten treten Störungen im Sozialverhalten (10 Prozent), Ängste (7,6 Prozent) und Depressionen (5,6 Prozent) auf. Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom spielt mit zwei Prozent eine Rolle. All diese Probleme erfordern eine Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (mehr darüber im nächsten DOXS-Magazin). Irene Graefe



Foto: photocase.de

# Das Leben in seiner ganzen Vielfalt

Pädiatrie: ein Fach mit  
vielen Besonderheiten

Er redet mit Händen und Füßen. Dabei funkeln seine Augen durch seine blaue Brille. Für seinen Beruf als Kinder- und Jugendmediziner gibt er alles. DOXS-Mitglied Gerhard Bleckmann engagiert sich für seinen Berufsstand und vor allem für seine jungen Patienten. Mit dem DOXS-Magazin sprach er über Berufspolitik, klinische Studien zum Wohle der Jüngsten und den trubeligen Alltag in seiner Kinderarztpraxis in Baunatal.

*DOXS-Magazin: Sie sind mit Leib und Seele Kinder- und Jugendarzt. Was macht Ihnen daran auch noch 19 Jahren als Niedergerlassener noch Freude?*

**Gerhard Bleckmann:** Es macht Spaß! Die Kinder machen Spaß. Und die Erwachsenen auch! Ich komme morgens nicht in die Praxis und denke: Oje! Schon wieder so ein anstrengender Tag! Abends gehe ich zwar oft todmüde nach Hause, aber mit dem Gefühl, dass es okay war. Jeder Tag bringt etwas Neues, neue Kleinigkeiten, neue Großartigkeiten, aber auch sehr Ernsthaftes.

Jeder Mediziner hat sich natürlich ständig geänderten Verwaltungsvorgaben anzupassen. Man hat sich dem steten Wechselspiel von Zeitgeist und Modeerscheinungen zu stellen. Zum Beispiel der Frage: Ist Fluorid nun schädlich oder gut? Helfen Kügelchen?

Dann trifft man das eine Kind und denkt: Das kann doch gar nichts haben, geht der Sache aber doch nach und am Ende steht eine erbliche Muskelkrankheit mit einer erheblich eingeschränkten Prognose. Das Leben scheint in der Kinderarztpraxis besonders vielfältig auf.

*DOXS: Sie haben es in Ihrer Praxis immer mit dem jungen Patienten und den Eltern zu tun: Ist das nicht manchmal schwierig?*

**Bleckmann:** Manchmal kostet es Kraft, wenn es im Gespräch nicht gelingt herauszubekommen, was mein Gegenüber eigentlich will, was ihn umtreibt – entweder weil er es versteckt oder weil er es nicht benennen kann. Und das ist immer dann schwierig, wenn man selber nicht die richtigen Türen offen hat. Im Vergleich zu den Anfangsjahren denke ich heute, es liegt mehr an einem selber als am Gegenüber.

*DOXS: Im Internet holen sich Eltern Wissen über die seltensten Krankheiten und wollen sie für ihr Kind ausschließen. Aber mit den*

*„banalen“ Krankheiten – Husten, Infekte – kommen sie nicht klar. Ist das nicht ein Widerspruch?*

**Bleckmann:** Das ist nicht unbedingt ein Widerspruch: Weil Eltern, die in dem Moment die Verantwortung für ihr Kind haben, ja nicht wissen, welcher Husten nun besorgniserregend ist. Die Menschen sind unsicherer geworden, weil sie nicht mehr auf die Erfahrung in der Großfamilie zurückgreifen können.

Zum Internet: Die Leute holen sich dort nicht Wissen, sondern eine Informationsflut. Sie erfahren eine ganze Menge – auch Widersprüchliches – und sind, weil sie die Hintergründe und Zusammenhänge nicht kennen, nicht in der Lage, das einzuordnen. Ich sortiere die Information dann mit den Eltern gemeinsam.

*DOXS: Masern, Mumps oder Röteln sind dank Impfungen selten geworden: Welche Krankheitsbilder prägen heute die Arbeit in Ihrer Praxis?*

**Bleckmann:** Ja, Masern, Mumps und Röteln sind Raritäten geworden, aber insgesamt spielen Infektionskrankheiten weiterhin eine große Rolle. In den letzten zehn, 15 Jahren ist es sicherlich so, dass die Allergien zunehmen, aber auch häufiger diagnostiziert werden. Es gibt etwa aus den frühen Nachkriegsjahren gar keine validen Daten, die man zum Vergleich heranziehen kann. Sicher ist auch, dass der eingeschlagene Weg, Kinder von allem Möglichen fernhalten zu wollen, um zu einer Reduktion der Allergien zu kommen, nicht zielführend war.

*DOXS: In der Öffentlichkeit wird viel über Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Stress bei Kindern gesprochen. Gibt es sie wirklich häufiger als früher?*

**Bleckmann:** Stress ist ein schwieriger Begriff, er ist heute anders. Früher gab's auch Stress, etwa wenn Eltern zu streng waren. Es ist ja immer das Schwierigste, ob man wirklich an alles gedacht hat, um die Situation zu beurteilen. ADHS hat es auch schon immer gegeben. Heute ist oft ein Medikament nötig, damit die für diese Menschen so wichtigen Strukturen sich überhaupt entwickeln können. Es gab früher sicherlich oft zu enge Strukturen, heute fehlen sie. Das ist für ADHSler ganz schlimm. Man muss den Eltern klar machen, dass – egal, ob sie für die Entwicklung des ADHS mit verantwortlich sind oder ob es etwas genuin im Nervensystem Begründetes ist – mit einem ADHSler anders umzugehen ist. Man muss einfach anerkennen, dass er auf dem normalen Lebensweg scheitert, wenn die für ihn angemessene Beschilderung fehlt.

Mit dem Medikament kann man erst mal den Druck von dem Kind nehmen. Natürlich erleichtert es die Entwicklung nur. Die Reaktion auf Methylphenidat ist ein Teil der Diagnose. Nur wer darauf mit Ruhe reagiert, ist von ADHS betroffen.

Nicht zu vergessen: Viele Kinder sind Symptomträger von schwierigen familiären Situationen im weitesten Sinne.

*DOXS: Kein anderes medizinisches Fach hat es so intensiv mit Off-Label-Use von Medikamenten zu tun, weil die meisten Medikamente nicht für den Gebrauch von Kindern und Jugendlichen getestet sind. Birgt das nicht enorme Risiken in der täglichen Praxis?*

**Bleckmann:** Zum einen hat man sich daran gewöhnt, dass man juristisch gesehen auf problematischen Gebieten arbeiten muss. Und wenn man unsicher ist, lässt man das Medikament eben von einem Kollegen verordnen, der über eine spezielle Qualifikation verfügt.

Zum anderen gibt es diese Herausforderung: Wie kann man die Wirksamkeitsstudien an Kindern für existierende Arzneimittel nachliefern? Das hat ja auch rechtliche Aspekte: Wie soll die Rechtsprechung mit etwas umgehen, wenn es keine Daten, keine Leitlinien gibt? Immerhin haben sich ja jetzt die Zulassungsverfahren geändert.

*DOXS: Sie beteiligen sich an klinischen Studien mit Kindern: Auf welchen Feldern? Und wie überzeugen Sie die Eltern?*

**Bleckmann:** Es geht um Impfstoffe und es geht um Allergiebehandlung. Grundsätzlich sind



Gerhard Bleckmann (57) ist seit 25 Jahren Pädiater, seit 19 Jahren in Großenritte (Baunatal) niedergelassen, verheiratet mit einer Psychotherapeutin. Die Begeisterung des Vaters für die Medizin scheint abgefärbt zu haben. Zwei Töchter sind Ärztinnen, eine ist Pharmazeutin. Foto: Blafield

den Eltern die Studiendesigns einfacher zu erklären, wenn es sich um eingeführte Medikamente handelt. Wenn es sich zum Beispiel um Hyposensibilisierungslösungen handelt, dann wird es schwieriger, weil es sich oft um Doppel-Blind-Studien handelt. Wenn so eine Studie auf fünf Jahre angelegt ist und man den Eltern erklärt, dass es sein kann, dass das Kind die ersten eineinhalb Jahre nur ein Placebo schluckt ... Die Kinder werden natürlich gut betreut, selbst wenn sie das Placebo bekommen. Für so etwas müssen wir Eltern und Kinder finden, die solche langen Wege mitgehen.

Die Wirksamkeitsstudie, an der ich zuletzt mitgewirkt habe, war ein Test für Impfstoffe gegen Meningokokken B. Es war bisher nicht gelungen, einen Impfstoff herzustellen. Jetzt hat man einen neuen Ansatz gefunden. Nun ging es darum zu beweisen, dass der Impfstoff nicht nur gut vertragen, sondern dass der gewünschte Schutz auch aufgebaut wird. In so einem Fall muss ich so gut argumentieren, dass klar wird: Die Ansteckung ist eine Bedrohung. Und die zu testenden Impfstoffe sind schon so gut untersucht, dass ich das jetzt guten Gewissens anbieten kann. Es ist oft nicht leicht, Laien die komplizierten Zusammenhänge gut zu erklären. So ungefähr jeder Zehnte von denen, die ich anspreche, geht mit.

*DOXS: Wer müsste noch mit ins Boot, um das Bewusstsein zu schärfen, dass es noch an Engagement für pädiatrische Studien fehlt?*

**Bleckmann:** Schön wäre es, wenn das Thema Medikation für Kinder in all den Informationen rund ums Kind – zum Beispiel im Internet – auftauchen würde. Wenn es Fortschritt geben soll, dann ist auch die Mitarbeit von Eltern und Kindern notwendig. Man kann ihnen zusichern, dass es sehr strenge Regeln gibt. Die Ethikkommissionen gucken da sehr genau drauf, dass nichts Unlauteres geschieht.

*DOXS: Gerade wird über eigene Hausarztverträge der Kinder- und Jugendärzte für Patienten bis 18 Jahren gestritten: Sind diese notwendig?*

**Bleckmann:** Das ist berufspolitisch aktuell eins der wichtigsten Themen. In Bayern und Baden-Württemberg gibt es unterschiedliche Wege. In Baden-Württemberg war es Medi gelungen, zusammen mit der AOK diesen Hausarztvertrag hinzukriegen, nach dem sich nur die Hausärzte einschreiben können. Die Kinderärzte hätten mitmachen dürfen, haben sich aber dagegengestellt und gesagt: Wir können nicht zulassen, dass wir in der Behandlung von Kindern mit den Hausärzten auf ein Niveau gestellt werden. Allerdings geht dort nun kein Kind weniger zum Pädiater als vorher.

In Bayern ist es ein zusätzlicher pädiatriezentrierter Vertrag (PZV) geworden. Die Teilnehmer am PZV müssen eine bestimmte apparative Ausstattung haben, die Allgemeinmediziner so nicht haben: Dazu gehört unter anderem ein Pulsoxymeter. Sie müssen eine Lungenfunktionsprüfung machen können.

Daneben tobt der Kampf zwischen den mitgliederstarken Hausärzteverbänden und den Pädiatern. Hausärzte sagen, wir müssen die Kohlen für Euch aus dem Feuer holen, Kinderärzte arbeiten ja nicht nachts. Das stimmt teilweise. Hier in Kassel aber nicht, denn wir haben den kinderärztlichen Bereitschaftsdienst seit 2007 in Eigenverantwortung im Kinder- und jugendärztlichen Notdienst in unserer Ambulanz am Kinderkrankenhaus Park Schönfeld organisiert.

*DOXS: Sollen Hausärzte generell keine Kinder behandeln dürfen?*

**Bleckmann:** Das eigentliche Problem ist das, dass die bestehenden Kinder- und Jugendarztpraxen gar nicht alle Kinder versorgen können. Auf dem Land haben Hausärzte immer schon auch Kinder behandelt, aber wegen inzwischen fehlender Kinderarztpraxen müssen es die Allge-

meinmediziner vermehrt tun. Allerdings kann man von diesen erwarten, dass sie zumindest eine solide pädiatrische Basis haben. Bislang gibt es jedoch keine pädiatrische Zusatzausbildung. Die Pädiatrie ist in der allgemeinärztlichen Weiterbildung bislang nicht verankert.

*DOXS: Die Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 sind in Hessen Pflicht und dürfen auch von Hausärzten vorgenommen werden. Ist das Konkurrenz für die Pädiater?*

**Bleckmann:** Die meisten Eltern kommen dafür mit ihren Kindern zu uns. Die andere Frage ist die nach der Qualität der Vorsorge, da ist auf Seiten der Pädiater eben mehr Erfahrung.

*DOXS: Nicht nur die Hausärzte haben Nachwuchssorgen, auch die Pädiater: Woran liegt's?*

**Bleckmann:** Ja, dafür gibt's viele Gründe. Manche sind einfach nicht bis zum Studienende dabeigeblichen oder sind an den Kliniken geblieben. Viele, die es könnten, trauen sich nicht, sich niederzulassen, oder wollen es auch nicht – besonders dort, wo sie an Bereitschaftsdiensten teilnehmen müssten. Dafür ist man immer weniger qualifiziert und es ist eine Zusatzbelastung.

Es besteht im Augenblick auch die nicht zu beantwortende Frage: Was wird denn aus dem Allgemeinpädiater? Gibt es in der Zukunft nur noch Kindergastroenterologen, Kinderkardiologen, Kinderrheumatologen und so weiter? Je spezialisierter die Kollegen dann sind, desto weniger sind sie allgemein qualifiziert. Es wird ähnlich wie bei den Hausärzten dazu kommen, dass die Allgemeinpädiater eine Lotsenfunktion übernehmen. Unsere Kinder sind unsere Zukunft, sie brauchen eine gute allgemeine und spezialisierte Versorgung.

*DOXS: Haben Sie im Jahr 20 Ihrer Tätigkeit als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt eine Vision?*

**Bleckmann:** Durchaus, und da schließt sich ein Kreis zu den vorhin genannten Früherkennungsuntersuchungen. Der Vorsorgegedanke sollte über die bisher existierenden U's hinaus ins junge und weitere Erwachsenenleben getragen werden. Es sollte zur Selbstverständlichkeit werden, lebenslang an Früherkennungsuntersuchungen teilzunehmen – und das durchaus auf eigene Kosten.

*Das Interview führte Irene Graefe*

#### KONTAKT

Gerhard Bleckmann

Kinder- und Jugendarzt

Poststraße 10, 34221 Baunatal

Tel: 0561-97780, [www.kinderarzt-bleckmann.de](http://www.kinderarzt-bleckmann.de)



Foto: Blafeld

# „Willkommen von Anfang an“

## Stadt Kassel verteilt Informationsmappen für Schwangere

„Willkommen von Anfang an“ heißt ein Präventions- und Hilfskonzept der Stadt Kassel für junge Familien. Vor einem Jahr fiel der Startschuss für das Projekt, das das Gesundheitsamt Region Kassel und das Kasseler Jugendamt in Kooperation auf die Beine stellten. Seitdem bekommen alle Frauenärzte und -ärztinnen im Stadtgebiet Kassel Informationsmappen für Schwangere, die sie an die werdenden Mütter weitergeben. Alle Eltern neugeborener Kinder erhalten als Willkommensgruß von Oberbürgermeister Bertram Hilgen und Jugenddezernentin Anne Janz einen Brief und einen Ordner mit Informationen und Adressen. Familien mit einem Erstgeborenen wird der Besuch einer Jugendamtsmitarbeiterin angeboten, die unter anderem die dicke Mappe mit den Informationen für junge Eltern mitbringt.

Seit September 2009 haben Sonja Grziwa (Kinderkrankenschwester) und Barbara Muoneke (Hebamme, Familienhebamme) über 300 Familien mit Erstgeborenen besucht. „Am Anfang waren manche noch skeptisch, weil das Angebot nicht so bekannt war. Jetzt heißt es schon: Kommen Sie rein, bei meiner Freundin waren Sie ja auch schon“, freut sich Dr.

Gabriele Oefner, Leiterin der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit im Gesundheitsamt. Über 80 Prozent der Familien hätten sie auf diese Weise schon besucht. „Es sind sehr gute Gespräche, und die Akzeptanz ist in allen Stadtteilen gleich hoch“, hat die Projektleiterin beobachtet. Lediglich in der Nordstadt besucht das kafa (Kasseler Familienberatungszentrum) die Familien im Rahmen des EU-geförderten Projektes „hallo baby“. Die Schwangerenmappen vom Gynäkologen gibt es auch dort von der Stadt Kassel.



Die werbefreien Informationsordner sind bewusst lesefreundlich und mit vielen Bildern gestaltet worden. Die Texte basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. „Wir wollen Eltern frühzeitig kompetent machen, für die Gesundheit ihrer Kinder zu sorgen“, erläutert Dr. Oefner. DOXS-Mitglieder, die sich einen Einblick in die Mappen verschaffen oder mehr über „Willkommen von Anfang an“ wissen wollen, um es an ihre Patientinnen weiterzugeben, schauen im Internet nach unter:

[www.gesundheitsamt.stadt-kassel.de/miniwebs/gesund/13417/](http://www.gesundheitsamt.stadt-kassel.de/miniwebs/gesund/13417/) ig

## Genossenschaft der Kinder- & Jugendärzte eG



### Genossenschaft der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte organisiert ärztlichen Bereitschaftsdienst

Die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte aus Kassel und Umgebung haben Anfang 2007 eine Genossenschaft gegründet, um den kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst für die Stadt Kassel, den Landkreis und die Region Nordhessen zu organisieren. Die Räume für den kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst sind in einer speziell ausgebauten Abteilung des Kinderkrankenhauses Park Schönfeld (Träger: Gesundheit Nordhessen Holding), Frankfurter Straße 167 in Kassel untergebracht. Dort können

alle akuten Erkrankungen, Verletzungen und Unfälle qualifiziert an einem Ort behandelt werden. Eltern aus Kassel und dem Umland finden hier an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 22 Uhr sowie nach Dienstschluss der Praxen von 19 bis 22 Uhr sowie mittwochs und freitags von 15 bis 22 Uhr einen niedergelassenen Facharzt für Kinder und Jugendliche. Die Behandlung im kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst übernehmen die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte aus Kassel, Baunatal, Kaufungen, Vellmar, Fulda, Immenhausen und Lohfelden. Auch einige Kollegen, die ihre Praxis schon abgegeben haben, arbeiten im kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst mit. Jeder diensthabende Arzt wird von einer Kinderazthelferin aus den beteiligten Praxen unterstützt.

Die Genossenschaft will aber nicht nur den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Kinder und Jugendliche optimieren, sondern auch den Zusammenhalt der Kinder- und Jugendmedizin fördern. So besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. ig

**Information über den Kinder- und Jugendbereitschaftsdienst sowie die Genossenschaft der Kinder- und Jugendärzte eG. „Gesund von 0 bis 18“:**  
[www.kindernotdienst-kassel.de](http://www.kindernotdienst-kassel.de)

# Arzneimittel für Kinder und Jugendliche

Kinder- und Jugendmediziner stehen vor einer Herausforderung, die andere Fachrichtungen in dieser Häufigkeit nicht kennen: Sie verschreiben ihren Patienten Medikamente, die speziell für sie nicht getestet sind. Laut Europäischer Kommission sind etwa die Hälfte der Arzneimittel, die Kindern und Jugendlichen in Europa verabreicht werden, nicht für diese zugelassen. Nach einer Studie des Pharmakologen Prof. Dr. Bernd Mühlbauer ist gut ein Drittel der Arzneimittel, die 12- bis 16-Jährige im Jahr 2002 in Deutschland verschrieben bekamen, nicht für sie zugelassen. Es zählen also in der Regel die eigene Erfahrung, Tipps von Kollegen und Fallbeispiele.

Je jünger die Kinder sind, desto häufiger müssen Ärzte im Off-Label-Use Medikamente einsetzen – auf Intensivstationen für Früh- und Neugeborene bis zu 90 Prozent. Unerwünschte Nebenwirkungen bis hin zu lebensbedrohlichen Folgen treten beim Einsatz nicht zugelassener Medikamente etwa doppelt so häufig auf wie bei zugelassenen. Da Kinder in ihren verschiedenen Entwicklungsphasen ganz unterschiedliche Stoffwechselabläufe und Organfunktionen haben, können die Dosierungen für Erwachsenenmedikamente nicht einfach auf ihre Körpergröße umgerechnet werden.

Die Situation sollte sich ab Januar 2007 mit der europäischen Verordnung zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und -versorgung von Kindern und Jugendlichen grundlegend verändern. Sie verpflichtet Pharmaunternehmen zu Tests über die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen (eingeteilt in fünf Altersklassen vom Frühgeborenen bis zu 18-Jährigen), wenn sie neue Wirkstoffe zulassen oder die Indikation bereits existierender Medikamente erweitern wollen. Den Unternehmen wird eine um sechs Monate verlängerte Patentsicherung gewährleistet. Ausgenommen von der Regelung sind für Kinder und Jugendliche irrelevante Mittel etwa gegen Brustkrebs, Alzheimer oder Potenzstörungen.

Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA: European Medicines Agency), bei deren Pädiatrieausschuss die Studien angemeldet, zugelassen und die Ergebnisse eingereicht werden müssen, verzeichnete vor allem dort Anträge auf die Zulassung pädiatrischer Studien, wo die marktwirtschaftlichen Erfolge des neuen Medikaments besonders hoch erscheinen. Zu zwei Dritteln gab es für die Arzneimittel auch noch keine Erwachsenenzulassung – es ging zum Beispiel um Medikamente gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma oder Infektionen. „Alle Krankheitsbilder, die nur Kinder betreffen oder auch für Erwachsene nicht primär interessieren, bleiben unberücksichtigt“, kritisiert Prof. Dr. Joachim Boos aus der Kommission für Arzneimittelsicherheit im Kindesalter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in der Monatsschrift für Kinderheilkunde (April 2010). Medikamente speziell für Kinder in ihren verschiedenen Entwicklungsphasen zu entwickeln bleibe der freiwilligen Entscheidung der Pharmaindustrie überlassen. Allerdings sieht Boos hier auch eine Chance für die Kinder- und Jugendärzte – „ein weites Feld für eigene Studien, Heilversuche und Off-Label-Einsätze“.

Mit dem Instrumentarium der EU-Kinderarzneimittelverordnung könne es auf längere Sicht Fortschritte geben. In drei bis fünf Jahren, so schätzt DGKJ-Präsident Prof. Dr. Fred Zepp, werde der Off-Label-Use bei Patienten unter 18 Jahren immer mehr zur Ausnahme. Beobachtungen aus den USA, wo es seit 1997 den Best Pharmaceuticals for Children's Act mit ähnlichen Vorgaben wie in der EU-Verordnung gibt, zeigen eine Verdoppelung der Anzahl von Medikamenten mit pädiatrischer Zulassung.

Für die Studien mit Kindern gelten besonders strenge Regeln nach den europaweit bindenden Vorgaben der Good Clinical Practice. Die Zustimmung einer Ethikkommission und beider Erziehungsberechtigter ist Voraussetzung zur Teilnahme. Wie bei den Erwachsenen sind die Studien überwiegend randomisiert, doppelblind und placebokontrolliert. Im Idealfall beteiligen sich mehrere Hundert Kinder. Um das zu erreichen, bedarf es meist mehrerer Studienstandorte und einer intensiven öffentlichen Aufklärung über pädiatrische Studien allgemein und der Eltern insbesondere. Ihnen müsse man vor allem „verdeutlichen, wie gut ihre Kinder im Rahmen der Studie geschützt und betreut sind“, sagt Siegfried Throm, Geschäftsführer Forschung, Entwicklung und Innovation beim Verband forschender Arzneimittelhersteller (VFA). *Irene Graefe*

# Schulunfähigkeitsbescheinigung



Foto: DAK / Wigger

DOXS-Aufsichtsrat  
Dr. Klaus-Günther Meyer:  
„Unnötige Arzt-Patienten-  
Kontakte verringern“

## Wer darf sie verlangen?

Eine Mutter ruft früh morgens in der Arztpraxis an, ihr schulpflichtiger Sohn sei krank und benötige eine Entschuldigung. Kurz vor den Sommerferien häufen sich die Bitten um Atteste, damit die ganze Familie früher und damit zu einem günstigeren Saisonpreis in den Urlaub aufbrechen kann: Ärztinnen und Ärzte stehen im Zusammenhang mit sogenannten Schulunfähigkeitsbescheinigungen vor mehreren Fragen: Muss ich solche Bescheinigungen ausstellen? Wer übernimmt die Kosten? Was sollen sie beinhalten?

„Es gibt da vor allem Unsicherheit unter den Kollegen, wann so eine Entschuldigung verlangt werden kann und wer die Kosten trägt“, bestätigt auch DOXS-Aufsichtsratsmitglied Dr. Klaus-Günther Meyer aus Kassel. Tatsächlich ist die Suche nach gesetzlichen Regelungen zu Schulent-schuldigungen an mehreren Stellen notwendig. Der stellvertretende Sprecher beim Hessischen Kultusministerium, Dr. Alexander Hirt, verweist auf § 69, Absatz 4 des Hessischen Schulgesetzes, das die Schülerinnen und Schüler zur Teilnahme am Unterricht verpflichtet. Sei ihnen diese nicht möglich, hätten die Eltern oder die Volljährigen selbst eine Entschuldigung vorzulegen. Sofern die Schule im konkreten Fall „begründete Zweifel“ an den Erklärungen zum krankheitsbedingtem Fernbleiben vom Unterricht habe, könne sie von Schülern oder Eltern für zukünftige Versäumnisse eine ärztliche Bestätigung verlangen, so Hirt.

„Wird man als Arzt vor diesem Hintergrund von den Erziehungsberechtigten um die Ausstellung einer Schulunfähigkeitsbescheinigung gebeten, ist man aus dem Gesichtspunkt der Erfüllung einer Nebenpflicht aus dem mit dem Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die Erkrankung des Schülers auszustellen“, schreibt Bertram F. Koch, Justiziar der Ärztekammer Westfalen-Lippe, im Westfälischen Ärzteblatt. Selbstverständlich müsse die Art der Erkrankung im Attest nicht angegeben werden.

Katja Möhrle, Leiterin der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Landesärztekammer Hessen, ordnet die Schulunfähigkeitsbescheinigungen berufsrechtlich ein: § 25, Satz 1 der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte. Danach hat der Arzt bei der Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen eine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Ausgehend von dieser von Möhrle hervorgehobenen Formulierung wird deutlich: Das Ausstellen einer Schulunfähigkeitsbescheinigung ohne gründliche Untersuchung verbietet sich von selbst.

Wer dennoch aus Gefälligkeit ein falsches Attest erstellt, verstößt nicht nur gegen die Berufsordnung, sondern macht sich nach § 278 Strafgesetzbuch, Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse, strafbar. Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen (zum Beispiel Heilpraktiker, Hebammen, Logopäden oder Masseur), die laut Gesetzestext ein „unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen“ aushändigen, werden mit einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder einer Geldstrafe belegt.

Stellt der Arzt in berechtigten Fällen eine Schulunfähigkeitsbescheinigung aus, „tragen die Eltern beziehungsweise die Betroffenen die Kosten für ein ärztliches Attest selbst“, stellt Alexander Hirt im Hessischen Kultusministerium klar. Dies gelte auch, falls Eltern oder Schüler von sich aus eine ärztliche Bescheinigung vorlegten. „Schulentschuldigungen, Sportschulentschuldigungen oder aber Unbedenklichkeitsbescheinigungen für Kindergärten sind ärztliche Leistungen, die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen sind“, heißt es bei der Landesärztekammer Hessen. Die Gebührenziffer 70 über eine „kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“ sieht dafür einen Rahmen von 2,33 Euro (Einfachsatz) bis 8,16 Euro (Höchstgebühr) vor. „Bei Ansatz des Begründungsschwellenwertes ergibt sich ein Betrag von 5,36 Euro. Dieser dürfte den Regelfall abbilden“, so Pressereferentin Möhrle.

Beim Landeselternbeirat Hessen (LEB) lägen bezüglich Schulunfähigkeitsbescheinigungen keine Anfragen vor, erklärt LEB-Geschäftsstellenleiterin Tanja Lindenlaub. Aus ihrer persönlichen Erfahrung könne sie nur sagen, „dass ärztliche Schulunfähigkeitsbescheinigungen problemlos und bisher immer ohne Kosten ausgestellt wurden“. „Es ist aber laut Berufsordnung nicht erlaubt, medizinische Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung kostenfrei zu erbringen“, kommentiert DOXS-Aufsichtsratsmitglied Meyer. Er verweist auf den Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) § 3, Absatz 2.1, der sinngemäß besagt, dass „sonstige Bescheinigungen“, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst nicht für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder Arbeitnehmer für die Lohnfortzahlung benötigen, von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind.

Meyer sieht in der Diskussion über das Ausstellen von Schulunfähigkeitsbescheinigungen aber noch einen ganz anderen Aspekt: „Die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland übertrifft die Zahl im internationalen Vergleich. Zu den unnötigen Arztkontakten gehören die Untersuchungen, die alleine mit der Bitte um eine Schulunfähigkeitsbescheinigung von Patienten nachgefragt werden.“

*Irene Graefe*

#### **Informationen:**

##### **Hessisches Schulgesetz**

[www.kultusministerium.hessen.de/irj/HKM\\_Internet?cid=c1f7ee3ac049d51fa14df6f30a1b156a](http://www.kultusministerium.hessen.de/irj/HKM_Internet?cid=c1f7ee3ac049d51fa14df6f30a1b156a)

##### **Westfälisches Ärzteblatt 01/08, S.17-18**

[www.aekwl.de/fileadmin/rechtsabteilung/doc/schulunfaehigkeitsbescheinigung.pdf](http://www.aekwl.de/fileadmin/rechtsabteilung/doc/schulunfaehigkeitsbescheinigung.pdf)

##### **Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(30): A 1506-8**

[www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=Schulunf%E4higkeit&id=65460](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=Schulunf%E4higkeit&id=65460)

# Kreis Kassel setzt au

Foto: hessenENERGIE GmbH

Die wohnortnahe ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in Nordhessen aktiv mitzugestalten ist eines der zentralen Ziele der Ärzte- und Psychotherapeutengenossenschaft DOXS eG. Ein weiteres Ziel: Die Genossenschaft will die freiberufliche und wirtschaftliche Existenz niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten stärken – und sich dabei konsequent an den Interessen der Patienten orientieren. Beides hatten sich die Initiatoren der DOXS eG von Anfang an auf die Fahnen geschrieben. Es waren Vertreter 14 verschiedener, bis dahin teilweise auch konkurrierender lokaler Ärztenetze aus allen Teilen Nordhessens, die die DOXS-Gründung im November 2007 vorbereitet hatten. Bis heute stammen die aktuell 474 Mitglieder aus der gesamten Region. Grund genug für das DOXS-Magazin, einen Blick über den Tellerrand zu werfen: Wir stellen die Landkreise, in denen die DOXS-Mitglieder praktizieren, nach und nach vor – und das nicht nur mit Blick auf die Gesundheitspolitik.

Teil 3: Der Landkreis Kassel.

Von Ralf Pasch

„Wir haben nur eine Welt!“, sagt der Landrat des Kreises Kassel, Uwe Schmidt (SPD). Neue Besen kehren gut, heißt es, doch als der frühere Erste Beigeordnete vor knapp einem Jahr die Nachfolge von Udo Schlitzberger antrat, wollte er eines keinesfalls ändern: Das im Vergleich zu anderen Landkreisen ungewöhnlich starke Engagement für die umweltfreundliche Energieerzeugung. Schon seit über 20 Jahren gibt es im Kreis diverse Initiativen, um Strom und Wärme aus Sonnenlicht oder Holz zu gewinnen. Für Schmidt ein Weg, um etwas gegen Klimawandel und Umweltzerstörung zu tun. Doch er kehrt auch vor der eigenen Haustür: „Wir leben in einer Region, die auf ihre natürlichen Ressourcen angewiesen ist, und für deren Schutz müssen wir etwas tun.“ Fast 40 Prozent der Kreisfläche bestehen aus Wald.

Mitte der 90er-Jahre leistete sich der Kreis Kassel als einer der ersten in Hessen einen „kommunalen Energiebeauftragten“. Der kümmerte sich nicht nur darum, dass die Heizungen in den kreiseigenen Gebäuden optimal funktionierten und dort möglichst wenig Strom verbraucht wurde, sondern knüpfte er auch Kontakte zu den Handwerkern. Einige erkannten schnell, dass die Installation von Anlagen, die aus Sonne oder Holz Energie gewinnen, ein Standbein werden könnte. Die Kreisverwaltung führte vor, wie das praktisch aussehen könnte: Sie ließ Solaranlagen auf der Jugendburg Sensenstein und dem Jugendseeheim Sylt installieren. Inzwischen gibt es solche Mini-Kraftwerke auf rund 40 Schulen im Kreis, die „größte Solaranlage in Hessen“, verkündet die Kreisverwaltung stolz, ist auf der neuen Heinrich-Blankertz-Berufsschule in Wolfhagen entstanden. Einige Schulen sind zudem mit Holzhackschnitzelheizungen ausgestattet worden.

## Energieagentur berät kommunale und private Bauherren

1998 gründete der Kreis eine eigene Energieagentur, die von einem Verein getragen wird. Mitglieder sind außer dem Kreis selbst heute fast alle Kommunen, aber auch Handwerker und Energieversorger. Die Agentur berät kommunale wie private Bauherren bei Neubauten oder bei Sanierungen. „Zunächst geht es darum, den Verbrauch zu reduzieren, der Rest sollte dann möglichst durch regenerative Energie gedeckt werden“, beschreibt Agentur-Leiter Manfred Schaub den Idealzustand. Dass sich eine solche Agentur außer um das Energiemanagement in den Immobilien des Kreises auch um die Beratung der Bürger kümmert, ist laut Schaub „noch selten“. Zur Philosophie seines Hauses gehört es seit der Gründung, über den Tellerrand zu schauen und von den Erfahrungen anderer Regionen zu profitieren. Deshalb gibt es einen regen Kontakt zum österreichischen Waldviertel, das ebenfalls auf regenerative Energie setzt – nicht nur der Umwelt, sondern auch der regionalen Wertschöpfung zuliebe. Inzwischen zeigt sich auch in Hessens nördlichstem Landkreis, „dass kleine und mittlere Betriebe davon profitieren“, wie Landrat Schmidt bei den Touren durch seinen Beritt feststellt.

# auf saubere Energie

## Eine Erfolgsgeschichte: SMA in Niestetal

Das Paradebeispiel ist die Solartechnikfirma SMA in Niestetal. Anfang der 80er-Jahre war das Unternehmen als Ingenieurbüro entstanden. Schon kurz darauf wurde daraus die SMA Regelsysteme GmbH, die heute eine Aktiengesellschaft ist. SMA baut vor allem Wechselrichter, die den Gleichstrom aus der Solaranlage in den Wechselstrom umwandeln, der im Netz gebraucht wird. Das Unternehmen bezeichnet sich selbstbewusst als „Weltmarktführer“, sein Marktanteil liegt nach eigenen Angaben bei über 40 Prozent. Außer in Deutschland ist SMA inzwischen in 12 Ländern auf vier Kontinenten vertreten. Fast jährlich wächst die Zahl der Mitarbeiter, inzwischen sind es rund 4 000. Im vergangenen Jahr stieg der Umsatz um beachtliche 37 Prozent. Ein Ende der Erfolgsgeschichte ist derzeit nicht absehbar: In den nächsten zwei Jahren, so kündigt das Unternehmen an, sollen Millionen in eine Erweiterung des Standorts in Niestetal gesteckt werden.

Als „kleines“ oder „mittleres“ Unternehmen kann SMA längst nicht mehr bezeichnet werden. Doch es gibt auch weniger spektakuläre Beispiele, die ebenfalls auf Erfolgskurs sind. Vor zwei Jahren entstand auf dem Gelände der ehemaligen Bundeswehrkaserne in Wolfhagen das Unternehmen Energy Glas, das energiesparende Gläser für Fenster und Fassaden herstellt. Hans Franke, einer der vier Gesellschafter, nennt eine Mitarbeiterzahl von 65, Tendenz steigend. „In zwei Jahren ist der nächste Schritt zur Erweiterung geplant“, kündigt er an. Das Klima im Kreis sei für Unternehmen wie das seine durchaus günstig, sagt Franke, „wir können uns nicht beschweren“. Nicht nur die Mitarbeiterzahl soll steigen, Energy Glas verspricht auch Neuentwicklungen von Produkten: Eventuell geht im nächsten Jahr eine Fensterscheibe in Serie, die mit einer eingebauten Solaranlage Strom produziert.

## Klima- und energieeffiziente Wohngebiete

Auch Kommunen im Kreis Kassel setzen inzwischen auf Alternativen zu herkömmlichen Energiequellen. So wies Vellmar „Auf dem Osterberg“ ein Baugebiet aus, bei dem sich die Bauherren dazu verpflichten müssen, eine Solaranlage zu installieren und auf ihrem Grundstück Regenwasser für den Garten oder die Toilette zu sammeln. Für die Einhaltung der strengen Auflagen gibt es jedoch auch Gegenleistungen: Die Kommune zahlt eine Energieberatung, bei der

unter anderem die richtige Dimension der Solaranlage errechnet wird. Außerdem gibt es einen Baukostenzuschuss für die Regenwasseranlage. Wer allerdings die Auflagen nicht erfüllt, zahlt eine Strafbüße. Das schreckt Bauherren nicht ab. Inzwischen sind nach den Angaben der Stadt etwa 90 Prozent des Gebietes bebaut und nur noch wenige Grundstücke zu vergeben.

Das Vellmarer Beispiel macht Schule, auch Baunatal wies ein Wohngebiet aus, das „klima- und energieeffizient“ sein soll. Anders als Vellmar setzt die VW-Stadt allerdings nicht auf strikte Vorgaben, sondern auf eine intensive Beratung der Bewohner, die den Klimaschutz nicht nur beim Bau ihres Hauses, sondern später auch im Alltag berücksichtigen sollen. Wolfhagen peilt einen Sieg im „Bundeswettbewerb energieeffiziente Stadt“ an, bei dem es einige Millionen Euro Fördergelder zu gewinnen gibt. Ihr hehres Ziel lautet, irgendwann den kompletten Energiebedarf aus umweltfreundlichen Quellen zu decken. Wolfhagen ist inzwischen eines von drei Modellbeispielen für eine langfristige kommunale Klimapolitik im Regierungsbezirk Kassel.

## Museum in der Landschaft

Über mehrere Quadratkilometer erstrecken sich die beiden eco-Museen Habichtswald und Reinhardswald. Solche ungewöhnlichen „Ausstellungen“, die in Deutschland noch selten sind, zeigen, wie der Mensch die Landschaft verändert. Exponate in einem solchen Museum sind Kirchen, Burgen oder Ausgrabungsstätten. Ein Ausstellungsobjekt im eco-Museum Habichtswald ist zum Beispiel der Dörnberg, der schon im dritten Jahrtausend vor Christus besiedelt gewesen sein soll und auf dem ein Ringwall erhalten blieb. In beiden eco-Museen gibt es ein umfangreiches Programm an Führungen, Vorträgen und anderen Veranstaltungen. Weitere Informationen beim Verein Region Kassel-Land im Internet unter:

[www.kassel-land.nordhessen.de/de/ecomuseen](http://www.kassel-land.nordhessen.de/de/ecomuseen)



## LANDKREIS KASSEL

Rund 240 000 Einwohner leben in den 29 Kommunen im Kreis Kassel. Nach den Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen arbeiten im Landkreis gegenwärtig 324 niedergelassene Ärzte. Zum Vergleich: Vor fünf Jahren waren es nur geringfügig mehr, nämlich 327.

Im Jahre 2005 fusionierten die drei bis dahin selbstständigen Kreis-Kliniken in Bad Karlshafen-Helmarshausen, Hofgeismar und Wolfhagen mit dem Kasseler städtischen Klinikum. Als Kreiskliniken Kassel GmbH arbeiten sie nun unter dem Dach der Gesundheit Nordhessen Holding (GNH), zu der insgesamt sechs Häuser gehören. Die GNH bietet rund 1 700 Betten, 300 davon befinden sich in den Kreiskliniken.

Daneben gibt es weitere größere Kliniken, die sich auf bestimmte Bereiche spezialisiert haben, zum Beispiel die Lungenfachklinik in Immenhausen, die Dr. Ebel Fachklinik für Orthopädie, Neurologie, Geriatrie und Rehabilitation in Bad Karlshafen und die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Merxhausen.



### „Nicht vom Diktat der leeren Kassen Zukunftsideen verbauen lassen!“

In Zeiten leerer Kassen droht so manche Vision zu verkümmern. Landrat Schmidt allerdings gibt sich kämpferisch: „Ich bin nicht bereit, weniger Geld für Zukunftsideen auszugeben.“ Und so soll der Rötstift dann auch nicht bei solchen Projekten wie der Energieagentur angesetzt werden. Schmidt will sich „nicht vom Diktat der leeren Kassen Zukunftsideen

verbauen lassen“. Freilich müsse vieles gebündelt und besser vernetzt werden. Er sieht deshalb eine Chance darin, dass Kommunen in Nordhessen ihre Stromnetze in eigener Regie betreiben wollen, statt sie weiter in der Hand von großen Energieversorgern zu belassen. Ein Schritt, den zum Beispiel Wolfhagen bereits gegangen ist. Die so entstehenden neuen Re-



Academic dictionaries and encyclopedias

### Spaziergang im Urwald

Das „bekannteste Waldstück Deutschlands“ ist der Urwald Sababurg. Das älteste hessische Naturschutzgebiet, das schon 1907 unter Schutz gestellt wurde, ist ein ehemaliger Hutewald, in den seit dem Mittelalter das Vieh getrieben wurde, damit es sich an Eicheln oder Bucheckern satt fraß. So entwickelten sich an vielen Stellen freistehende Baumriesen, manche bis zu 600 Jahre alt. Absterbendes Holz wird im Urwald nicht beseitigt, stattdessen laben sich Pilze und Insekten daran. Das führt zu einer Artenvielfalt, die ihresgleichen sucht. Ein Leitsystem mit Informationstafeln und Laufstegen sorgt dafür, dass Besucher der Natur möglichst nahe kommen, ohne ihr zu schaden. Weitere Informationen beim Verein Region Kassel-Land: [www.region-kassel-land.de](http://www.region-kassel-land.de)

gionalversorger, meint Landrat Schmidt, könnten sich dann auch stärker um die regenerative Energie kümmern. In Wolfhagen sind dann auch die Stadtwerke das Zugpferd bei den Bemühungen um die „energieeffiziente Stadt“.

Einen Schub für das Thema erneuerbare Energie erhofft sich Schmidt aus der aktuellen Debatte über das Elektroauto. Eventuell wird das VW-Werk in Baunatal in Kooperation mit SMA den Antrieb für Elektroautos herstellen. Solche Fahrzeuge müssten dann mit Strom aus regenerativen Quellen getankt werden, meint Schmidt, „es wäre absurd, diese Autos mit Atomstrom fahren zu lassen“. Und so wurde die Idee geboren, ein Netz umweltfreundlicher Stromtankstellen aufzubauen, für die der Kreis die Grundstücke zur Verfügung stellen würde. Ob und wann dieser Plan in die Realität umgesetzt werden kann, ist ungewiss, konkreter und schneller realisierbar ist das Vorhaben, Ausleihstationen für Fahrräder mit Elektromotor aufzubauen, auf denen Touristen den Kreis klimafreundlich erkunden können.



### Ein Hafen für Glaubensflüchtlinge

In Bad Karlshafen, das Landgraf Karl einst eigens für die aus Frankreich geflüchteten Hugenotten hatte anlegen lassen, gibt es ein Museum, in dem Besucher etwas über das Leben der Minderheit im katholischen Frankreich, ihre Verfolgung, den Weg in die Fremde und ihre Integration im Ausland erfahren. Allerdings ist auch die Stadt selbst einen Spaziergang wert, sie hat unter anderem ein historisches Rathaus und einen Hafen zu bieten, von dem aus allerdings nie ein Schiff in See stach, weil diese landgräflichen Pläne lediglich Visionen blieben. Das Museum ist von Mitte März bis Dezember täglich außer montags von 10 bis 17 Uhr geöffnet. Informationen unter 0 56 72/14 10, Internet: [www.hugenottenmuseum.de](http://www.hugenottenmuseum.de)  
Weiter Informationen bei der Stadt Bad Karlshafen unter 056 72/99 99-0, Internet: [www.bad-karlshafen.de](http://www.bad-karlshafen.de)

## Die Zukunft liegt in Kooperationsmodellen

Während der prognostizierte Mangel an Landärzten in einigen Regionen bereits spürbar ist, blieb der Kreis Kassel bisher weitgehend verschont. Die Rückgänge bei der Zahl der niedergelassenen Ärzte halten sich in Grenzen. Doch auch dort kann man die Augen nicht davor verschließen, dass es künftig schwieriger werden wird, die ambulante medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten. Wie sehen die Ärzte im Landkreis ihre Zukunft, was gedenkt die Kommunalpolitik zu tun?

Der Kreis Kassel hatte vor drei Jahren einen „Arbeitskreis Demografie“ gegründet. Wie andersorts auch, zeichnet sich ab, dass die Bevölkerungszahl zurückgehen und der Anteil älterer Menschen zunehmen wird. Der Arbeitskreis kümmert sich vor allem um den ländlich strukturierten Raum im Norden und im Westen des Landkreises, dabei geht es auch um die medizinische Versorgung. Für Landrat Uwe Schmidt ist freilich klar, dass „wir das als Landkreis nur mittelbar beeinflussen können“. Immerhin kündigt er an: „Wir beabsichtigen, zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den DOXS eine Struktur für den Erhalt und den Wiederaufbau von Hausarztangeboten zu erarbeiten.“

Eine bessere Patientenversorgung war für Dr. Christine Frankman, die gemeinsam mit einem Kollegen eine Hausarzt-Praxis in Fuldabrück betreibt, der Grund, weshalb sie die DOXS-Genossenschaft mitgegründet hatte. Die Vernetzung zwischen den Ärzten der Region verbessert ihrer Meinung nach einerseits die Qualität der Behandlung, andererseits spare sie Zeit, Energie



Dr. Christine Frankman, Ärztin und Mitgründerin der DOXS eG

und letztlich auch Geld. Etwa dann, wenn die von der Genossenschaft diskutierten „Behandlungspfade“ realisiert werden. So könne erreicht werden, dass die verschiedenen Ärzte, die einen Patienten betreuen, Informationen über die Krankheit sehr schnell und außerdem umfassend austauschen und ihn nach einheitlichen Standards behandeln.

Das Dasein als Einzelkämpferin lehnt Dr. Christine Frankman seit jeher ab, das war ein Grund, weshalb sie 1996 in die Gemeinschaftspraxis einstieg, in der sie heute arbeitet. Allerdings sei es nicht einfach gewesen, einen Nachfolger für den Gründer der 1976 entstandenen Praxis zu finden. Glücklicherweise kam 2008 ihr jetziger Kollege Dr. Jörg Riekhof.



Dr. Christian Achler betreibt eine internistische Praxis in Baunatal

Dass Kooperation das Leben erleichtert, zeigt sich auch bei den Bereitschaftsdiensten. Seit Anfang dieses Jahres werden die auch im südlichen Landkreis über die Arztnotrufzentrale in Kassel koordiniert. Die positiven Folgen sind für Dr. Christine Frankman deutlich spürbar: „Früher hatte ich drei Mal im Monat Bereitschaft, heute sieben Mal im Jahr.“ Die neue Zentrale erleichtert nicht nur die Arbeit, „sie sichert auch den Standort“. Bei der Entscheidung, ob ein junger Arzt eine Praxis auf dem Land übernimmt, ist ein wichtiges Kriterium, wie oft er Bereitschaftsdienste leisten muss.

Für Dr. Christian Achler war es 1997 zwar auch die Familientradition, die ihn bewog, die Praxis seines Vaters in Baunatal zu übernehmen, doch dieser Schritt bot ihm damals auch mehr Perspektiven als sein Job an der Marburger Uniklinik. Bis heute hat er es nicht bereut: „Für eine Familie mit Kindern ist das Leben hier ideal, würde ich an einer Uni-Klinik arbeiten, könnte ich nicht jeden Tag zu Hause zu Mittag essen, wie ich das jetzt tue.“ Dr. Achler betreibt eine hausärztliche internistische Praxis, die technisch so gut ausgerüstet ist, dass sie etwa auch Ultraschall oder kleine Endoskopie übernehmen kann. Er ist sich dessen bewusst, dass dies „ein aussterbendes Modell“ ist, weil es sich betriebswirtschaftlich nicht rechnet. „Die Zukunft wird in Kooperationsmodellen liegen.“ Für ihn steht fest, dass er seine Praxis weiter allein führt, gleichwohl bezeichnet er sich als „begeisterten Anhänger von Kollektivmodellen“. Das war ein Grund, weshalb er den DOXS beitrug. Etwa bei der Kooperation in Sachen Medizintechnik zeige sich, dass der Genossenschaftsgedanke „vernünftig ist“.



Wolfgang A. Dort, Arzt für Allgemeinmedizin in Bad Emstal

Als Wolfgang A. Dort 1982 seine allgemeinärztliche Praxis in Bad Emstal eröffnete, versorgten die Hausärzte ihre Patienten noch rund um die Uhr. Ein geregelter Wochenend- und Nachtdienst existierte zu dieser Zeit noch nicht, eine notärztliche Versorgung, wie sie in den Städten schon lange üblich war, ebenfalls nicht. Deshalb gründete Dort in enger Zusammenarbeit mit dem damaligen Arbeiter-Samariter-Bund Balhorn (heute ASB Bad Emstal) das noch immer bestehende „Notarzteinsatzfahrzeug-System Wolfhager Land“ (NEF-System).

Da seine Praxis auch als diabetologische Schwerpunktpraxis tätig ist, legt Dort im hausärztlichen Bereich besonderen Wert auf die Früherkennung, die ernährungs- und sportmedizinischen Bereiche wurden intensiviert. Die Praxis bietet alle zurzeit in Hessen möglichen Patientenschulungen bei Diabetes an: ohne und mit Insulin, ICT, Pumpenschulung, Gestationsdiabetes, Einzelgespräche, Hypertonie, Blutgerinnung, Asthma und COPD. Der Schulungsbereich wird von zwei erfahrenen Schulungskräften und einer Diabetesberaterin (DDG) versehen. Das Team wird unterstützt durch eine Wundexpertin. Besonders stolz ist Wolfgang Dort mit seinem Praxisteam auf die erst kürzlich erfolgte Re-Zertifizierung unter engagierter Mitarbeit der praxiseigenen QM-Beauftragten.

Der zunehmend schwierigen Suche nach einem Praxisnachfolger sieht Dort noch gelassen entgegen: einerseits bestehe noch kein akuter Bedarf, andererseits sei die Praxis „fortschrittlich und zukunftsorientiert“ aufgestellt.

*Ralf Pasch*

# Debatte

## „Gesundheitspolitische Positionen, die nicht unkommentiert bleiben sollten“

Die „gesundheitspolitischen Diskussionen der näheren Zukunft zu unterstützen und zu bereichern“ ist das Ziel der „Gesundheitspolitischen Positionen“, die die Hamburgische Krankenhausgesellschaft (HKG) im Februar dieses Jahres herausgegeben hat. „Damit Krankenhäuser weiterhin ihren Patientinnen und Patienten zuverlässig Spitzenmedizin anbieten können, benötigen sie Rahmenbedingungen, mit denen sie schnell und flexibel auf medizinische und technische Entwicklungen reagieren können“, heißt es in dem Papier des Dachverbandes der Krankenhausträger in Hamburg, der 35 öffentliche, freigemeinnützige und private Kliniken vertritt. Krankenhäuser, so die HKG, „brauchen unternehmerische Freiheit. Auf der anderen Seite muss als Grundlage ein planungssicherer Rahmen für die Spielregeln bestehen“.

Planungssicherheit, um Arbeitsplätze zu sichern und die Patientenversorgung zu gewährleisten, brauchen auch Arztpraxen, meint DOXS-Aufsichtsrat Dr. Ingo Niemetz: „Dies geht nicht mit alljährlichen „Jahrhundertreformen“ und fünf unterschiedlichen Verträgen für jede der 160 Krankenkassen“, schreibt der Internist und Hausarzt in seinem Beitrag für die Rubrik „Debatte“ des DOXS-Magazins. Sein Fazit: „Wohl dem, der eine starke Interessenvertretung hat. Die Zukunft der ambulanten Medizin können nur Haus- und Fachärzte gemeinsam gestalten und sichern.“

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft fordert in ihren „Gesundheitspolitischen Positionen – Innovationen, Wettbewerb, Patientenorientierung, Planungssicherheit“ für die Krankenhäuser

- einen schnelleren Zugang zu Innovationen
- Gesetze, die zur technologischen Entwicklung passen
- Qualitätswettbewerb für Ärzte und Krankenhäuser
- mehr ambulante Leistungsangebote im Krankenhaus
- eine ärztliche Weiterbildung in der Verantwortung der Krankenhausträger
- eine schnellere und differenziertere Pflegeaus- und weiterbildung
- eine Offensive für attraktive neue Berufsbilder im Krankenhaus
- Planungssicherheit
- Wachstum für die Gesundheitswirtschaft
- Entbürokratisierung

**Hierfür stellt sie einige Bedingungen, die nicht unkommentiert bleiben sollten.**

„Krankenhäuser brauchen innovationsfreundliche Rahmenbedingungen: Weniger Bürokratie – mehr Freiraum.“

Dies trifft auch Arztpraxen zu!

„Der gesetzliche Rahmen für Krankenhäuser auf Bundes- und Landesebene muss mit den technologischen Entwicklungen Schritt halten. Besonders wichtig ist dies für den Datenschutz und die elektronischen Medien.“

Dies trifft ebenfalls auch für Arztpraxen zu!

„Die Prüfung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren einschließlich neuer Arzneimittel im Krankenhaus durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist innovationsfeindlich und bürokratisch und soll entfallen.“

Die Bedingungen für den stationären Bereich sind sicherlich besser als die für den ambulanten Bereich (IQWiG). Auf jeden Fall sollten die Voraussetzungen für beide Sektoren identisch und möglichst unbürokratisch sein.

„Spitzenmedizin auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand erfordert finanzstarke Krankenhäuser. Für eine Stärkung der Innovationen kommt eine separate Innovationsfinanzierung oder alternativ eine ungekürzte Vergütung aller Krankenhausleistungen infrage. 5 % des Erlösbudgets können zusätzlich als pauschales Innovationsbudget – auch für investive Anteile und interne Prozessinnovationen – vereinbart werden. Die zweckentsprechende Verwendung weist das Krankenhaus nach. Als Alternative zu einem pauschalen Innovationsbudget können die Mehr- und Mindererlösausgleiche entfallen, da die Krankenhäuser Gewinne aus Mehrerlösen benötigen, um in Innovationen zu investieren.“

Wir reden hier – im Gegensatz zu eigenfinanzierten Arztpraxen – von staatlich subventionierten Krankenhäusern, die sich jetzt beklagen und noch mehr Subventionen verlangen. Eigentlich wären doch jetzt erst einmal die Arztpraxen mit einer „Innovationsfinanzierung“ an der Reihe!



## MEDIZINISCHE INFORMATIONSSYSTEME



- ▶ SCHNELL, EINFACH UND SICHER  
ELEKTRONISCHE ARZTBRIEFE VERSENDEN
- ▶ BEREITS IN VIELEN DEUTSCHEN  
ARZTPRAXEN IM EINSATZ

**comdoXX – UMFASSENDE KOMMUNIKATIONS-  
LÖSUNGEN FÜR ÄRZTENETZE UND WEITERE  
VERSORGUNGSFORMEN**

„Qualitätswettbewerb rückt automatisch den Patienten in den Mittelpunkt.“

Ist hier ein Wettbewerb um den Patienten oder zugunsten des Patienten gemeint?

„Die in Teilen bereits erfolgreiche ambulante Öffnung der Krankenhäuser muss weitergehen, um den Patienten die volle Wahlfreiheit zu geben. Sektorenübergreifende Versorgungsmodelle schaffen Qualitätsvorteile für die Patienten und sind wirtschaftlicher. Sie sollen weiter gestärkt werden.“

Einverstanden. Die Krankenhäuser sollten sich endlich für die ambulant tätigen Kollegen öffnen (siehe Consultant-System im angelsächsischen Bereich), damit wir unsere ambulant diagnostizierten Patienten stationär weiterbehandeln können – selbstverständlich zur gleichen DRG-Vergütung wie die Krankenhäuser!

„Jede Leistung muss voll vergütet werden. Budgetierungen und Ausgleichs sollen entfallen. Einheitlicher Preis soll ein Bundesbasisfallwert sein. Ambulante Medizin muss beim Arzt und im Krankenhaus vergleichbar und leistungsbezogen bezahlt werden. Die Investitionsfinanzierung soll leistungsbezogen zur freien Verfügung erfolgen. Die Krankenhausplanung soll nur den Rahmen für die Versorgung setzen.“

Gleiches Geld für gleiche Leistung, wie schon ewig gefordert. Dann muss die ambulante Koloskopie genauso honoriert werden wie die prästationäre oder stationäre Koloskopie im Krankenhaus. Und die prä- und poststationäre ambulante Diagnostik entsprechend den prä- und poststationären DRG-Pauschalen. Und die ambulante Behandlung zu den gleichen Konditionen wie die Behandlung in Institutsambulanzen. Und die einmalige konsiliarische Beratung (prästationär?) eben auch mit € 150,-!

„Medizinische Versorgungszentren müssen weiter auch in Krankenhausträgerschaft bleiben.“

Auf keinen Fall!!! – Wir ambulant tätigen Ärzte sind freiberuflich und nur unseren Patienten verpflichtet tätig. Wir achten dabei nicht auf shareholder value oder Gewinnmaximierung zulasten der Patienten!

„Die ärztliche Weiterbildung muss in die Verantwortung der Krankenhausträger übergehen. Sie muss professionalisiert, durchgeplant, standardisiert und qualitätsgesichert werden. Dafür muss es eine zusätzliche Finanzierung in Form von Weiterbildungszuschlägen geben.“

Genau! – Der (fachfremde) Verwaltungsleiter bestimmt die Weiterbildungsinhalte, die Preise und die Sanktionen bei Nichterfüllen und möchte dafür auch noch zusätzliches Geld bekommen. Andersherum wird ein Schuh daraus. Der Klinikträger ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Vorgaben der Ärztekammern zur Weiterbildung zur Zufriedenheit der Ärzte eingehalten werden, ansonsten werden die Krankenhausträger sanktioniert.

„Die Pflegeaus- und -weiterbildung soll generalisiert und modular sein. Eine verkürzte und differenzierte Aus- und Weiterbildung führt zu einer erhöhten Attraktivität des Berufes und zu spezialisierten Berufsabsolventen für den klinischen Einsatz.“

Eine verkürzte Ausbildung schafft abhängige und schlechter ausgebildete Absolventen, die eher bereit sind, zu Dumpinglöhnen zu arbeiten.

„Wir brauchen eine Offensive für attraktive neue Berufe im Gesundheitswesen. Es soll attraktiver werden, in neuer Arbeitsteilung mit neuen Aufgaben zusammen mit Ärzten und Pflegekräften im Krankenhaus zu arbeiten. Die Entwicklung von neuen Berufsbildern im Krankenhaus muss schnell vereinheitlicht werden und zu einer staatlichen Anerkennung der neuen Berufsgruppen führen. Die Finanzierung der neuen Ausbildungen muss gesichert werden.“

Erste Schritte wären die Entlastung der Ärzte von arztfremden Tätigkeiten, die Einführung einer Arbeitszeitdokumentation von Ärzten und die Erfassung und Bezahlung aller geleisteten Überstunden – aber das müsste man ja gar nicht fordern, sondern man müsste eigentlich nur mit gutem Beispiel vorangehen und dies umsetzen. Doch solange die unbezahlte Überstunde eines Krankenhausarztes billiger ist als ein 1-Euro-Job, wird sich hieran nichts ändern.

„Erfolgreiche Unternehmen benötigen Gewinne für gesundes Wachstum, Weiterentwicklung und Innovationen.“

Eben! – Erfolgreiche Arztpraxen brauchen Gewinne, um Betriebskosten zu bezahlen und neue Investitionen zu tätigen.

„Krankenhäuser brauchen Planungssicherheit für unternehmerische Entscheidungen.“

Arztpraxen brauchen Planungssicherheit, um Arbeitsplätze zu sichern und die Patientenversorgung zu gewährleisten. Dies geht eben nicht mit alljährlichen „Jahrhundertreformen“ und fünf unterschiedlichen Verträgen für jede der 160 Krankenkassen. Da kann man nur sagen, wohl dem, der eine starke Interessenvertretung hat. Die Zukunft der ambulanten Medizin können nur Haus- und Fachärzte gemeinsam gestalten und sichern!

**Dr. med. Ingo Niemetz** ist hausärztlicher Internist mit diabetologischer Schwerpunktpraxis in einer Praxisgemeinschaft in Kassel. Er ist Aufsichtsrat der DOXS eG und engagiert sich im Vorstand des Gesundheitsnetzes Nordhessen e. V. (GNN) und des Hartmannbundes Landesverband Hessen.



# Agomelatin schließt Lücken im Depressionsmanagement

## Synergie von MT1/MT2-Agonismus und 5HT2c-Antagonismus zur Resynchronisation zirkadianer Rhythmen

„Unsere antidepressive Therapie ist bei Weitem nicht so gut, wie wir sie gern hätten“, beschrieb Professor Michael Gitlin, Los Angeles/USA beim Clinical Experience Meeting „Agomelatin“ am 23. Januar 2010 in Dresden das Dilemma der Nervenärzte und Psychiater. Nehme man die Remission als Maßstab, könne gerade einmal jedem zweiten bis dritten Patienten geholfen werden. Ebenfalls Wünsche offen ließen die Geschwindigkeit des Wirkbeginns und die Breite des Wirkspektrums. Auch an der Verträglichkeit hapere es häufig, was sich dann in mangelnder Adhärenz niederschlägt. Was man nach Gitlins Überzeugung braucht, sind innovative Wirkprinzipien. Diesbezüglich tritt die psychopharmakologische Forschung jedoch seit etwa fünfzig Jahren auf der Stelle, weil sie sich nahezu ausschließlich auf das pathophysiologische Konzept der Monoamindysfunktion konzentriert hat. Das erste Antidepressivum, das diese eingefahrenen Bahnen verlässt, ist Agomelatin (Valdoxan®). Maßgeblich für die Entwicklung von Agomelatin war das – bisher weitgehend in den Hintergrund gedrängte – Konzept, die Depression als eine Störung des zirkadianen Rhythmus zu verstehen. „Die Biologie muss stimmen – wir funktionieren am besten, wenn unsere innere Uhr stabil synchronisiert ist und wenn wir genug erholsamen Schlaf bekommen“, akzentuierte Professor Anna Wirz-Justice, Basel/Schweiz, die therapeutische Stoßrichtung.

Untermuert wird das modifizierte pathophysiologische Modell der Depression durch klinische Beobachtungen und Befunde. Augenfällig ist die enge Assoziation von Depression und irregulärem Schlaf-/Wach-Rhythmus – bis zu 95 % der Patienten sind betroffen. Als charakteristisch gelten Störungen der Schlafkontinuität, Minderung und Desorganisation des Tiefschlafs sowie eine Desinhibition des REM-Schlafs, präziserte Privatdozent Stefan Cohrs, Berlin. Die Insomnie sei jedoch nicht nur ein Kernsymptom der Depression, sondern auch ein Prädiktor für Therapieresponse und Rezidivrisiko. Was nachgewiesenerweise im Umkehrschluss bedeute, dass sich die Verbesserung des Schlafs positiv auf das „Outcome“ auswirke. Ebenfalls bei depressiven Patienten aus dem Takt sind andere zirkadian ablaufende physiologische Prozesse wie beispielsweise der Verlauf der Körpertemperatur oder die Aktivität der HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse) und ihres Indikatorhormons Cortisol sowie – als vielleicht wichtigstes Indiz – die Sekretion von Melatonin, das eine Schlüsselfunktion bei der Synchronisation chronobiologischer Vorgänge einnimmt. Hier setzt das innovative Wirkprinzip von Agomelatin an: Das Antidepressivum wirkt als Agonist an den melatonergen MT1- und MT2-Rezeptoren, was zur Resynchronisation der zirkadianen Rhythmen führt und als Antagonist spezifisch am 5HT2C-Rezeptor, was mit positiven Effekten auf Stimmung, Antrieb, Angst und Tiefschlaf einhergeht. Diese Bindungsstellen werden in Abhängigkeit von der Tageszeit vorrangig im Nucleus suprachiasmaticus, Hippokampus und präfrontalem Kortex exprimiert – die unter anderem als „Schaltstellen“ der Regulation zirkadianer Rhythmen und affektiver Funktionen anzusehen sind.

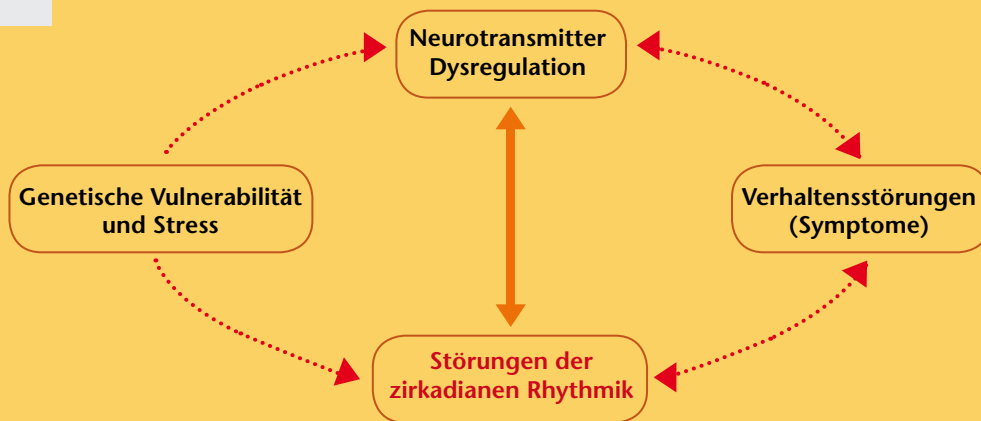
Für den antidepressiven Effekt von Agomelatin bedürfe es der Synergie beider pharmakodynamischen Komponenten, fasste Professor Eberhard Fuchs, Göttingen, die präklinischen Daten zusammen. Der 5HT2C-Antagonismus stimuliere ausschließlich die Freisetzung von Dopamin und Noradrenalin, der Serotoninspiegel bleibt unbeeinflusst. Für ebenfalls relevant, vor allem im Hinblick auf die Verträglichkeit und Sicherheit der antidepressiven Therapie mit Agomelatin hält Fuchs die hohe Spezifität des Rezeptorprofils. Bei den ca. 80 getesteten Bindungsstellen hat sich nur zu den MT1/MT2- und 5HT2C-Rezeptoren eine hohe Affinität gezeigt, zu anderen Rezeptoren waren die Affinitäten vernachlässigbar.

Sein therapeutisches Potenzial hat Agomelatin in zahlreichen doppelblinden Studien mit etwa 6.000 Patienten nicht nur versus Placebo, sondern auch versus etablierten Antidepressiva aus der Gruppe der SSRI (= selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und SNRI (= Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) SNRI unter Beweis gestellt. Dabei zeigte sich nach Angaben von Prof. Göran Hajak, Regensburg, sehr konsistent eine

- robuste Wirksamkeit über alle Schweregrade der Depression,
- frühe Verbesserung der Symptomatik (bereits ab Woche 1),
- Wirksamkeit auch bei adjuvanten Symptomen wie Schlafstörungen und Angst,
- anhaltende Wirksamkeit im Sinne einer Rückfallprophylaxe.

Wie sich Agomelatin unter „Real-Life“-Bedingungen bewährt, wird zurzeit in der VIVALDI-Studie (= Valdoxan Improves Depressive Symptoms and Normalizes Circadian Rhythms) geprüft. Professor Hans-Jürgen Grabe, Stralsund, stellte die Ergebnisse einer ersten Interimsanalyse (n = 606) vor. Wie bei einer solchen nicht-interventionellen Untersuchung zu erwarten, ist das Patientenkollektiv sehr heterogen mit einem hohen Anteil an neuropsychiatrischer Komorbidität (67 %). Mit der Ersteinstellung oder Umstellung der Medikation auf Agomelatin wurde ein steter Rückgang des durchschnittlichen HAMD-Scores (HAMD = Hamilton Depression Rating Scale) von initial 30 auf 14 Punkte nach zwölf Wochen erreicht. Die Responder- und Remitterraten Ende des Beobachtungszeitraums betragen 61 bzw. 52 %.

### Mögliche kausale Beziehung zwischen Depression und gestörtem zirkadianen Rhythmus



Modifiziert nach Hamon M, Bourgois S, 2006, Eur Neuropsychopharmacol 16: 625–632

Eine Bereicherung des therapeutischen Arsenal ist Agomelatin nicht nur aufgrund seines innovativen Wirkprinzips, sondern auch wegen seiner guten Verträglichkeit. Das Nebenwirkungsrisiko liege im Placebobereich, fasste Professor Gerd Laux, Wasserburg am Inn, den gegenwärtigen Erkenntnisstand zusammen. Ein wichtiges Indiz für das günstige Nutzen-/Risikoprofil ist auch die in den Vergleichen mit SSRI/SNRI dokumentierte signifikant niedrigere Rate an Therapieabbrüchen in den Agomelatin-Armen. Aufgrund der fehlenden serotonergen Wirkkomponente sind keine Störungen der Sexualfunktionen zu erwarten. Außerdem sediere Agomelatin nicht, mache also tagsüber nicht müde, betonte Laux. Denn der melatonerg vermittelte schlafregulierende Effekt komme nur am Abend zum Tragen.

Ein weiterer Pluspunkt von Agomelatin ist die Gewichtsneutralität. Das unterstützt nicht nur die Adhärenz, sondern kommt auch der Gesundheit zugute. Bereits ein relativ geringer Anstieg des Körpergewichts kann ausreichen, um einen Diabetes mellitus zu induzieren und damit das kardiovaskuläre Risiko exponentiell zu erhöhen. Das sei um so bedeutsamer, da ohnehin eine enge – bidirektionale – Assoziation zwischen Depression und Typ-2-Diabetes bestehe, verdeutlichte Professor Dan Ziegler, Düsseldorf, die Zusammenhänge.

Erleichtert wird das therapeutische Management auch durch die überschaubare Pharmakokinetik. Agomelatin wird – unabhängig von der Nahrungsaufnahme – schnell und umfassend resorbiert und zu 80 % über die Niere ausgeschieden. Die Biotransformation erfolgt zu 90 % über CYP450-1A2. Da mit diesem Isoenzym nur wenige andere Pharmaka interagieren, ist nach Angaben von Professor Julia Kirchheiner das Potenzial für Wechselwirkungen überschaubar.

Nach einer Pressemitteilung der SERVIER Deutschland GmbH vom 23. Januar 2010.

# Mr. DocStop sorgt für kranke Brummifahrer

Von Irene Graefe



„Grüner Kittel und Lkw-Fahrer: Das passt nicht zusammen. Die sind doch wie Hund und Katz!“ Rainer Bernickel musste sich einiges anhören, als der Poizeihauptkommissar der Autobahnpolizei Münster im Juni 2000 zum ersten Mal zum Fernfahrerstammtisch einlud. Aber es passte doch, die Trucker kamen zu den grün Uniformierten. Mittlerweile gibt es allein in Deutschland 34 solcher Stammtische, weitere in ganz Europa. In einer bundesweiten Umfrage bei diesen Treffen kam heraus: 85 Prozent der Berufskraftfahrerinnen und -fahrer fühlen sich am Arbeitsplatz medizinisch unterversorgt. Bernickel, seit Ende 2006 im Ruhestand, zog daraus die Konsequenz. Gemeinsam mit dem Vizepräsidenten des Verkehrsausschusses im Europäischen Parlament, Dieter Koch, gründete er 2007 den Verein „DocStop für Europäer“. Rund 300 Ärzte und Krankenhäuser entlang von Autobahnen und Fernstraßen bieten Truckerrinnen und Truckern inzwischen an, ohne lange Wartezeiten einen Termin zu bekommen.

„Sie haben zu Hause Stress, weil sie so selten da sind. Sie haben in der Firma Zeitdruck. Beim Be- und Entladen muss alles funktionieren“, beschreibt Bernickel den Brummifahrer-Alltag. Und dann Zahnschmerzen, Rückenbeschwerden, Magen-Darm-Infektion? „Mit einem 40-Tonner fährt man nicht mal eben in eine fremde Stadt und sucht nach einem Arzt. Die meisten halten es mit der Devise ‚Augen zu und durch‘“, weiß der Ex-Polizist. Doch Selbstmedikation führe im schlimmsten Fall zu Fahruntüchtigkeit, weil dem kranken Trucker die Nebenwirkungen nicht bekannt sind. Unterdrückter Schmerz oder Unwohlsein bringe Konzentrationschwäche mit sich. Unfälle seien programmiert.

Die Alternative: Der Brummifahrer kann sich sicher sein, schnell einen Arzt zu finden. Unter der DocStop-Hotline 01805-112024, die vom ADAC TruckService in fast allen europäischen Sprachen 365 Tage im Jahr rund um die Uhr besetzt ist, erfährt der Hilfesuchende Adresse und Telefonnummer des nicht weiter als vier Kilometer vom nächsten Lkw-Parkplatz entfernten Arztes oder Zahnarztes. Dort meldet er sich an – und kann möglichst als nächster Patient bei dem Mediziner vorsprechen. „Sowie diese Leute länger warten müssen, verzichten sie auf den Arztbesuch“, begründet Bernickel die bevorzugte Behandlung. Und was ist, wenn der Doc „Stopp!“ sagt? „Dann gilt das Wort des Arztes, der eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellt. Das akzeptieren die Arbeitgeber, deren Verbände uns unterstützen“, versichert Bernickel.

Rund 100 Anrufe pro Monat registrierte DocStop, seit die Hotline im Sommer 2008 in Betrieb ging. „Das zeigt uns, dass wir nicht ganz falsch liegen“, meint Bernickel, der auch schon mal „Mr. DocStop“ genannt wird. Aus den Gesprächen an Fernfahrerstammtischen, aus Fachzeitschriften und Spezialseiten im Internet erfahren die Berufskraftfahrerinnen und -fahrer von dem Angebot. An Autohöfen und Rastplätzen, die das blaugrüne DocStop-Logo zeigen, finden sie ebenfalls Unterstützung, um schnellstmöglich zum Arzt zu kommen.

Der Mann im Unruhestand denkt natürlich schon weiter. Die Homepage von DocStop wird demnächst in zehn Sprachen über das Hilfsangebot informieren. Für 2010 peilt Bernickel an, DocStop in europäischen Nachbarstaaten einzurichten. Schließlich geht es um ein Grundrecht auf medizinische Versorgung „und das steht auch allen Lkw-Fahrerinnen und -Fahrern zu“, sagt Mr. DocStop.

## DOCSTOP für Europäer e.V.

„Früher nannte man sie Könige der Landstraße, heute sind sie moderne Sklaven unserer Zeit“, beschreibt Rainer Bernickel, Polizeihauptkommissar a. D., den Imagewandel, den die rund 860.000 Berufskraftfahrer- und fahrerinnen zu spüren bekommen. Damit die meist unter hohem Termindruck stehenden Brummfahrer bei gesundheitlichem Problemen im Alltag rasche Unterstützung finden, gründete er das Netzwerk DocStop für Europäer. Über die DocStop-Hotline erfährt der Betroffene, wo die nächstgelegene DocStop-Praxis liegt. Rund 300 Ärzte sowie Krankenhäuser haben sich inzwischen ehrenamtlich bereit erklärt, DocStop-Patienten zeitlich bevorzugt zu versorgen. Die Abrechnung der ärztlichen Leistung erfolgt über die deutsche oder die europäische Krankenversicherungskarte oder gegen Barzahlung.

Um das Netz noch enger zu spannen, lädt der Verkehrssicherheitsexperte Ärztinnen und Ärzte zur Mitarbeit bei der Unterwegsversorgung für Berufskraftfahrer ein. Die Praxis sollte nicht weiter als vier Kilometer von einer Autobahnausfahrt, einem Rasthof oder Autohof entfernt sein, wo der Lkw abgestellt werden kann.

Auf der Homepage von DocStop ist die Liste der teilnehmenden Arztpraxen und Krankenhäuser hinterlegt. Wer sich dem Netzwerk zur Verfügung stellt, kann das DocStop-Logo auf seine Internetseite stellen. „Die Mediziner, die sich uns anschließen, wissen um den schlechten Gesundheitszustand und den Druck, unter dem diese Berufsgruppe steht. Sie wollen zur Schaffung eines humanen Arbeitsplatzes beitragen“, erläutert Bernickel.

Wer sich dem DocStop anschließen möchte oder Informationen darüber sucht, geht im Internet auf [www.docstoponline.eu](http://www.docstoponline.eu) oder schickt eine E-Mail an Rainer Bernickel: [rbernickel@t-online.de](mailto:rbernickel@t-online.de). *ig*

Anzeige

Kredite & Finanzierung

## Der Erfolg kommt schnell.

Gezielte Investitionen für neue Geräte.

Es ist unser erklärtes Ziel, die Heilberufsangehörigen wirtschaftlich zu fördern. Darum sind wir Ihr bester Ansprechpartner und kompetenter Kreditgeber. Vor allem, wenn es um die vernünftige Finanzierung dringend erforderlicher medizinischer Geräte geht.

Mit unserem betriebswirtschaftlichen Know-how ermöglichen wir Ihnen neue Investitionen, die den Erfolg Ihrer Praxis langfristig sicherstellen.

Weitere Informationen erhalten Sie in Ihrer Filiale oder unter [www.apobank.de](http://www.apobank.de)

Filiale Kassel  
Mauerstraße 13  
34117 Kassel  
Tel.: 0561 700070

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-  
und ärztebank

# kurz & bündig

## „DOXS eG ist wertvoller Ansprechpartner“

„Für uns ist eine Ärzte- und Psychotherapeutengenossenschaft mit mehr als 470 Mitgliedern ein wertvoller Ansprechpartner“, sagte die Leiterin des Gesundheitsamtes Region Kassel, Dr. Karin Müller, in ihrer Rede anlässlich der Eröffnung der neuen Geschäftsstelle. Zahlreiche DOXS-Mitglieder und Gäste, darunter auch Journalisten und Redakteure von der HNA und der Ärztezeitung, waren der Einladung von Vorstand, Geschäftsführung und Aufsichtsrat der DOXS am 28. April in die Schenkendorfstraße 6-8 in Kassel gefolgt. Dr. Karin Müller hob die Bedeutung einer freien niedergelassenen Ärzteschaft hervor, die „Garant für eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung“ sei. Die Leiterin des Gesundheitsamtes sprach sich gegen die zunehmende Bürokratisierung im Arztberuf aus und kritisierte die „massive Tendenz zur Kommerzialisierung, Merkantilisierung und Amerikanisierung des Gesundheitswesens“, die es für den ärztlichen Nachwuchs immer schwieriger mache, sich niederzulassen. Gegen die Lücken in der ambulanten medizinischen Versorgung könnten die Kommunen wenig tun: „Städte und Gemeinden haben nur begrenzte Möglichkeiten, das Arztsein attraktiver zu machen“, so Dr. Müller. Falsch sei es, gerade die Ärzteschaft als Kostentreiber im Gesundheitswesen zu werten, wie es vielfach geschehe.



## Räume für Mitglieder kostenlos

In den neuen Räumen kann die DOXS eG nun auch Fortbildungsveranstaltungen anbieten – die ersten haben bereits stattgefunden. Für Mitglieder stehen ein Veranstaltungsraum für etwa 50 Personen sowie ein Seminarraum für rund 14 Personen kostenlos zur Verfügung. Auch Qualitätszirkel können die Räume nach Rücksprache mit der Geschäftsstelle nutzen.

Tel.: 0561-766 207-13 oder [info@doxs.de](mailto:info@doxs.de)

## DOXS-Akademie boomt: Veranstaltungen sind gut besucht

„Kompetent, komprimiert, kostengünstig: Fortbildungen, die man wirklich braucht“, unter diesem Motto startet die DOXS-Akademie nun noch einmal richtig durch. „Wir werden noch mehr betriebswirtschaftlich sinnvolle Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, Psychotherapeuten und medizinisches Fachpersonal anbieten – und das nicht nur in Kassel, sondern auch in den anderen nordhessischen Landkreisen, aus denen unsere Mitglieder stammen“, sagt Christoph Claus. Der 42-jährige Aufsichtsrat der DOXS, der gemeinsam mit seinem Bruder eine Facharztpraxis für Allgemeinmedizin in Grebenstein führt, ist seit April ärztlicher Leiter der DOXS-Akademie. „Auch über ein umfassendes und nutzbringendes Fortbildungsangebot wollen wir unseren Mitgliedern den Mehrwert der Mitgliedschaft in der DOXS eG klarmachen“, sagt Claus. Die Akademie bietet zum Beispiel Veranstaltungen zu Themen wie Arbeitserleichterung und Zeitersparnis, Grundlagen für IV-Verträge, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Behandlungspfade an. Für Mitglieder sind die Veranstaltungen überwiegend kostenlos.

## Strahlenschutzkurs in der DOXS-Geschäftsstelle

Mit 9 Punkten zertifiziert ist ein Strahlenschutzkurs, den die DOXS-Akademie am 30. Oktober 2010 in der Geschäftsstelle der Genossenschaft in der Schenkendorfstraße 6-8 in Kassel anbietet. In der auch für Praxispersonal mit Röntgenschein geeigneten Veranstaltung mit dem Titel „Aktualisierung im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung Fachkunde-RL Anlage 6“ werden Referenten der Werner-Wicker-Klinik referieren. Die Themen unter anderem: Anforderungen an die rechtfertigende Indikation, Praktische Anwendungen bzw. Neuerungen in der Radiologie, Neuerungen aus den Regelwerken, Stand der radiologischen Technik, Leitlinien der Bundesärztekammer, Verbindlichkeiten von Leit- und Richtlinien. Der Kurs endet mit einer Erfolgskontrolle. Für Mitglieder der DOXS eG ist diese Fortbildung kostenfrei; von Nicht-Mitgliedern wird eine Teilnahmegebühr von 110 EUR erhoben.



## Lauterbach ist für Kostenerstattung!

Mit unerwarteten Informationen kamen Vorstand Dr. med. Stefan Pollmächer und Aufsichtsrat Dr. med. Ingo Niemetz von der Veranstaltung „Was wird aus unserem Gesundheitssystem?“ aus Göttingen zurück. Prof. Dr. Karl Lauterbach, einer der Teilnehmer der Podiumsdiskussion, zu der das interdisziplinäre diagnostische Kompetenznetz MVZ wagnerstippe am 2. Juni in die Göttinger Stadthalle eingeladen hatte, befürwortete hier eine „Art Kostenerstattung“ in Anlehnung an die GOÄ mit anschließender Abrechnung durch die Krankenkasse. Er forderte weiterhin eine Honorierung in Euro und nicht in Punkten. Schließlich sprach er sich auch noch gegen die Pauschalierung der Honorare aus, denn dies würde „nur den schlechten oder faulen Ärzten“ nützen.



Prof. Dr. Karl Lauterbach

## Vorstand und Aufsichtsrat entlastet

Einstimmig hat die Generalversammlung der DOXS eG am 5. Mai Vorstand und Aufsichtsrat der Genossenschaft entlastet. Aufsichtsratsvorsitzender Dr. Detlef Sommer dankte den Mitgliedern, die der Einladung zur zweiten ordentlichen Generalversammlung der DOXS eG seit ihrer Gründung in den Südflügel des Kasseler Kulturbahnhofes gefolgt waren. „Ihr eindeutiges Votum ist Ansporn für Vorstand und Aufsichtsrat, dass wir engagiert weiterarbeiten, um die Genossenschaft voranzubringen.“ Nicht zuletzt, so fügte der Internist aus Melsungen hinzu, „machen wir das alles ja auch deshalb, weil wir für unsere Patienten eine optimale Versorgung erreichen wollen.“ Zuvor hatten Vorstand und Aufsichtsrat den Mitgliedern über das Geschäftsjahr sowie den Jahresabschluss 2009 berichtet. Die entscheidende Botschaft: Die Genossenschaftsanteile sind im Wert gestiegen.

## Generalversammlung wählt neue Aufsichtsräte

Ein Drittel der Aufsichtsratsmitglieder muss jedes Jahr durch die Generalversammlung neu gewählt werden; wer ausscheidet, kann allerdings erneut kandidieren, das sieht der § 24 der Satzung der DOXS eG vor. Der Aufsichtsrat hatte zuvor im Losverfahren ermittelt, dass Michael Frölich (Allgemeinmediziner, Baunatal) und Dr. Gerd Rauch (Orthopäde, Kassel) ausscheiden sollten – beide kandidierten erneut und wurden mit großer Mehrheit wiedergewählt. Auf eigenen Wunsch schieden Dr. Frederick Sternberg und Dr. Christine Frankman aus dem Aufsichtsrat aus. Vorstand und Aufsichtsrat nahmen dies mit Bedauern zur Kenntnis und dankten Dr. Sternberg und Dr. Frankman für ihren Einsatz für die DOXS eG. Neu in den Aufsichtsrat wählten die Mitglieder Dr. Uwe Nießner, Mitglied einer hausärztlich/fachärztlichen Gemeinschaftspraxis in Lohfelden, Dr. Heinz Kaune, Allgemeinmediziner in Lohfelden, und Dr. Lutz Fischer, Facharzt für Innere Medizin in Kassel. Im kommenden DOXS-Magazin werden wir die drei „Neuen“ vorstellen.

## Herstellung von Arzneimitteln in der Praxis muss gemeldet werden

Auch Ärzte fertigen Arzneimittel für Patienten – in der naturheilkundlichen Therapie ein gängiges Verfahren. Was manche nicht wissen: Dieser Dienst muss seit der 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG), die am 23. Juli 2009 in Kraft trat, bei der zuständigen Bezirksregierung gemeldet werden. „Nur mit Kopfschütteln können wir zur Kenntnis nehmen, dass hier wieder einmal die Bürokratie erweitert wird, ohne dass das einen erkennbaren Nutzen für die Patienten mit sich bringt“, so Dr. Stefan Pollmächer, Vorstand der DOXS eG. Der Gesetzgeber hat betroffenen Mediziner, die ihre Tätigkeit schon vor dem 23. Juli ausgeübt haben, eine Übergangsfrist bis 1. Februar dieses Jahres eingeräumt. Herstellung von Arzneimitteln ist in diesem Sinne beispielsweise die Mischung zweier Arzneimittel zu einer Mischspritze, die Beigabe von Arzneimitteln, z. B. Antibiotika zu Infusionen, die Herstellung von Desensibilisierungslösungen und von Testlösungen für eine Allergietestung (Prick-Test), Behandlung mit Eigenblut, Mischung von Salben, Herstellung von radioaktiven Arzneimitteln und Verwendung von menschlichem Gewebe zu Arzneimittelzubereitungen. „Allerdings muss nicht jede einzelne Herstellung einer Desensibilisierungslösung gemeldet werden“, so Dr. Pollmächer, „die Meldungen müssen für jede Art von Herstellung lediglich einmal an das Regierungspräsidium gegeben werden und nicht jedes Mal für jeden Patienten getrennt.“ Wer von dieser Regelung betroffen sei, solle sich bei Unklarheiten mit der zuständigen Meldestelle beim Regierungspräsidium Darmstadt in Verbindung setzen, rät der DOXS-Vorstand.



Copyright ALK

# DOXS

MEDIZINTECHNIK GMBH

von Ärzten  
für Ärzte



## Gerinnungsmanagement in der Arztpraxis

Profitieren Sie von den geänderten Abrechnungsmöglichkeiten  
gem. EBM .GOP 32026 ( TPZ ) € 4,70 abrechenbar!

Verbesserte Patientenversorgung mit gleichzeitiger Effizienzsteigerung

### Mit dem Inratio2

Einfacher Testablauf! Ein Tropfen Blut, gewonnen aus der Fingerbeere reicht aus, um in nur einer Minute sichere und schnelle Resultate zu erzielen.

- Besonders einfaches Handling
- Ein Tropfen Blut aus der Fingerbeere liefert in nur einer Minute sichere und schnelle Ergebnisse
- Zwei integrierte quantitative Qualitätskontrollen (RiliBÄKkonform)
- Keine Einsendung der Proben ins Labor
- Direkte Besprechung mit dem Patienten
- Große LCD-Anzeige zum leichteren Ablesen der Ergebnisse
- Hohe Batterie-Lebensdauer – bis zu 200 Messungen
- Breite Teststreifenfläche für einfaches Aufbringen der Blutprobe
- Automatisches Einschalten beim Einlegen des Teststreifens
- Teststreifen bis zu 12 Monate haltbar

Lieferung inkl.

- INRatio2 Tasche
- Anwender-Handbuch mit CDRom
- Kurzanleitung (Symbole)
- INRatio2 Trainings-DVD
- 10 Unistik2 Einmal-Lanzetten
- 10 MicroSafePipetten
- Netzteil

Best.-Nr. 29188  
**€ 550,00**

Alle Preise verstehen sich zuzügl. 19 % Mehrwertsteuer.



### Inratio2 Teststreifen

Sparpackung mit 48 Teststreifen

**SONDERPREIS!**

Best.-Nr. 29189

**€ 129,00**

### Safe Press

Sicherheitslanzetten, 21 G  
x 2,2 mm, orange 100 St.



Best.-Nr. 140102

**€ 6,90**

Best.-Nr.  
140103

**€ 6,90**

**Micro Safe  
Pipetten**

100 St.

**DOXS**

MEDIZINTECHNIK GMBH

Schillerstraße 39, 34117 Kassel  
Tel: 0561-50049430

info@doxs-medizintechnik.de  
www.doxs-medizintechnik.de