

AUS DEM VORSTAND

Wahlen im Juli 2010

Bei den Wahlen zur Vertreterversammlung, die Mitte des kommenden Jahres stattfinden, werden erstmals auch die Bezirksbeiräte gewählt...

GESUNDHEITSPOLITIK

Warten auf die Reform

Nach der Wahl übernimmt ein neuer Bundesgesundheitsminister die schwere Aufgabe, mit einer langfristig wirksamen Gesundheitsreform Erwartungen zu erfüllen und Planungssicherheit zu gewährleisten...

BADEN-WÜRTTEMBERG

H1N1-Impfung

Der Großversuch, welche Maßnahmen die Gesundheitspolitik im Fall einer lebensbedrohenden Pandemie zum Schutz der Bevölkerung ergreifen muss, wurde am Beispiel der Schweinegrippe erprobt...

BADEN-WÜRTTEMBERG

Erhalt regionaler Strukturen

Die beiden Vertreterversammlungen der KV Baden-Württemberg gaben ein klares Plazet für die Erhaltung des föderalen Systems und diskutierten die Selektivverträge...

BADEN-WÜRTTEMBERG

Arzneimittel-Einsparungen

Beim 8. Haigerlocher Forum wurden die Möglichkeiten besprochen, ob und wie sich durch Einsparungen im Arzneimittelbereich Zusatzhonorare für die Ärzte generieren lassen...



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Schwein gehabt: Diese häufig gebrauchte Redensart hat ihren Ursprung vermutlich im Mittelalter. Damals gab es das Augsburger Schießfest, ein Sportfest, bei dem der Verlierer als „Trostpreis“ ein Schwein erhielt. Der Verlierer hatte also Glück und jetzt zusätzlich auch noch ein Schwein. Und das alles trotz Niederlage.

Wenn wir heute an diesen Vierbeiner denken, ist damit bei Bürgerinnen und Bürgern wie Ärztinnen und Ärzten der Gedanke an die Neue Grippe sofort präsent und mit der Impfung direkt verbunden. Der Begriff „Adjuvantien“ wurde dabei zum Unwort und zum Inbegriff von schweren Nebenwirkungen. Die Massenimpfung gegen die Neue Grippe startete schleppend. Doch die Stimmung ist umgeschlagen. Vielerorts stehen die Impfwilligen Schlange. Fakt bleibt: Die WHO hat die höchste Pandemiestufe ausgerufen. Der Staat muss reagieren.

Wir haben als KVBW von Beginn an unserem Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg signalisiert, dass wir als Vertragsärzte die Impfkation freiwillig unterstützen. Ich meine, wir Niedergelassenen sollten auch hier zeigen: Patienten zu impfen ist und bleibt Aufgabe der niedergelassenen Ärzte. Die Vergütung dieser Impfung hat allerdings zu Diskussionen geführt. Ich habe Verständnis, wenn ein Arzt wegen dieser niedrigen Honorierung nicht impfen will. Allerdings haben wir doch eine sehr unbürokratische Abwicklung nach langem Ringen mit dem Ministerium vereinbaren können. Die Impfung läuft ohne Einlesen der Krankenversicherungskarte, ohne Inanspruchnahme der Praxis-EDV und ohne Eintrag in den Impfausweis.

Schwein gehabt: Das haben bei der Honorarreform fast alle KVen, doch bei uns in Baden-Württemberg reicht es nicht einmal zu einem Trostpreis. Unsere Forderungen waren eindeutig und klar, die Antworten von der Bundesebene äußerst schleppend. Fakt ist, dass mehr als die Hälfte unserer Mitglieder trotz der nach vielen Verhandlungen erreichten Konvergenzregelung Umsatzverluste haben erleiden müssen. Wenn jetzt auch noch bekannt gegeben wird, dass die Krankenkassen in unserem Land weniger Geld aus dem Gesundheitsfonds erhalten als bisher angenommen, muss unsere schon lange an die Politik gestellte Forderung erfüllt werden: Gesundheitsfonds – und ich füge an: Honorarreform – so nicht! Wenn jetzt nicht schnell gehandelt wird, ist die hervorragende ambulante ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg nicht mehr aufrecht zu erhalten. Noch weniger Honorar ist uns Ärzten nicht mehr zuzumuten! Hier werden von uns klare und eindeutige Signale nach Berlin und ins Staatsministerium in Stuttgart gesendet: Musterlände ade, Versorgung futsch!

Und das alles bei einer hervorragenden Qualität. Wir sind weit weg von „pay for performance“. Warum? Wir liefern die Qualität – wie unser jüngster Qualitätsbericht bescheinigt –, erhalten aber nicht das angemessene Honorar dafür. Wenn hochqualifizierte ärztliche Leistungen nicht angemessen bezahlt werden, ist das hohe Niveau der Patientenversorgung nicht mehr zu halten. Das ist kein Gejammer, sondern bitterer Ernst. Gemeinsam mit unseren Patientinnen und Patienten werden wir gegen diese miserablen Bedingungen kämpfen.

Zum Thema Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen bei den Selektivverträgen bin ich in der Ärztezeitung zunächst falsch zitiert worden. Ich halte aber an meiner danach richtigstellenden und veröffentlichten Aussage fest, dass wir eine für alle Beteiligten gerechte Lösung finden müssen. Ich hoffe, der Beschluss des Bewertungsausschusses im Dezember wird genau dazu führen.

Ich wünsche Ihnen, Ihren Familien und Ihren Mitarbeiterinnen, dass Sie trotz aller Sorgen „gut geimpft“ erholsame Feiertage erleben und einen guten Rutsch ins neue Jahr haben werden. Es wird sicherlich nicht einfacher. Doch gemeinsam sollten wir auch diese Schwierigkeiten überwinden. Sicherlich aber nur dann, wenn alle ärztlichen wie psychotherapeutischen Mitglieder zusammen stehen, um für bessere Rahmenbedingungen zu kämpfen.

Ihr

DR. ACHIM HOFFMANN-GOLDMAYER
VORSTANDSVORSITZENDER

AUS DEM VORSTAND

- 02 | 05 Die Honorarergebnisse des 1. Quartals 2009
- 06 | 09 Wahlen zur Vertreterversammlung der KVBW im Juli 2010

GESUNDHEITSPOLITIK

- 10 | 12 Eine neue Gesundheitsreform kommt – Wann und wie ist weiterhin offen
- 12 | 13 Podiumsdiskussion auf der Suche nach den konkreten Reformabsichten

BADEN-WÜRTTEMBERG INTERN

- 14 Praxen in Baden-Württemberg beklagen schlechte Organisation der H1N1-Impfung
- 15 | 16 Arzt-Patienten-Forum fördert den Dialog mit dem „Gesundheitsberater Arzt“
- 17 | 18 Vertreterversammlung der KVBW stimmt für den Erhalt regionaler Strukturen
- 18 | 19 Kassenärztetag spricht sich gegen Zentralismus in der Gesundheitspolitik aus
- 20 | 21 Diskussion über Selektivverträge in der Vertreterversammlung
- 22 Qualitätsbericht dokumentiert die Leistungsfähigkeit der Praxen in BW
- 23 MEDIZIN 2010 präsentiert erweitertes Rahmenprogramm
- 24 KBV und KVen installieren Web-TV
- 25 | 26 Europäischer Gesundheitskongress stellt Mängel in der Bedarfsplanung fest
- 26 Qualitätsförderpreis „Gesundheit Baden-Württemberg“ ausgeschrieben

AUS DEN BEZIRKSDIREKTIONEN

- 27 | 28 Arzneimittel-Einsparungen können Zusatzhonorar generieren
- 29 Kommunen bemühen sich verstärkt um ärztlichen Nachwuchs
- 30 | 31 Präventionsberatung und Gesundheitschecks während Offerta und Baden-Messe
- 31 „Tag der Männergesundheit“ im Klinikum Friedrichshafen

UNTERNEHMEN PRAXIS

- 32 | 33 „Immer mehr Frauen erobern den Arztberuf“ – Dr. Astrid Bühren kommentiert

LESERBRIEFE

- 34
- 45 Impressum

RUNDSCHREIBEN 4 / 2009

mit den Abgabeterminen der Quartalsabrechnung und den Fortbildungsveranstaltungen der MAK

- 35 | 38 Amtliche Bekanntmachungen
- 38 Bezirksdirektion Karlsruhe
- 39 Bezirksdirektion Freiburg
- 39 | 40 Bezirksdirektion Stuttgart
- 41 | 42 Fortbildungsangebote





Die Honorarergebnisse des 1. Quartals 2009

Dr. Wolfgang Herz berichtet aus seinem Ressort

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) erhält ab dem Jahr 2009 eine von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung geleistete Gesamtvergütung, strukturell gemäß den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses gegliedert in eine so genannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und in Leistungen außerhalb dieser morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (aMGV). Während die MGV sich auf Basis der Vergangenheit grundsätzlich im Voraus ermitteln lässt, liegen die Ergebnisse aMGV erst nach Quartalsabschluss vor. Sie sind dabei abhängig von der Leistungsanforderung der Versicherten.

In der Vertreterversammlung vom 31. Januar 2009 wurde für das Abrechnungsquartal 1/2009 auf Basis der RLV-Berechnungen ein Honorarrückgang für Haus- und Fachärzte (ohne Psychotherapeuten) von minus 2,09 Prozent prognostiziert.

Dabei wurden für Leistungen der MGV unterschiedliche Auswirkungen für Haus- und Fachärzte erwartet, da der Trennungsfaktor im 1. Quartal 2009

eine Honorarverschiebung zu Lasten der Hausärzte bedingte. Für Fachärzte wurde nur ein leichtes Minus von 0,67 Prozent, für Hausärzte dagegen ein stärkerer Rückgang von minus 3,57 Prozent im Bereich der Leistungen der MGV vorhergesagt.

Für Leistungen außerhalb der MGV (aMGV, vorher: Einzelleistungen) wurde aufgrund der schlechteren Bewertung tendenziell eher keine Honorarsteigerung unterstellt. Die Ist-Abrechnung des 1. Quartals zeigt aber, dass es auch im Einzelleistungsbereich zu geringen Honorarsteigerungen gekommen ist.

Gesamthonorar 1/2009

Die Abrechnung des 1. Quartals 2009 ergibt ein (ausgezähltes) Gesamthonorar (nach Konvergenz) von 986,5 Millionen Euro. Demgegenüber betrug das Gesamthonorar im 1. Quartal 2008 noch 993,6 Millionen Euro (analog bereinigt um den Abzug infolge HzV für MGV-Leistungen von 10,4 Millionen Euro), was einen leichten Rückgang um 7,1 Millionen Euro oder ein Minus von 0,7 Prozent

bedeutet. In der Gesamthonorarschau ergibt sich damit im Quartalsvergleich eine schwarze Null.

Honorarergebnisse

In den folgenden Tabellen sind die Abrechnungsergebnisse nun detailliert dargestellt. Tabelle 1 zeigt die Veränderungen der Fallzahlen und Tabelle 2 die Auswirkungen des RLV.

Es ist zu erkennen, dass im Durchschnitt über alle Fachgruppen die RLV um circa 20 Prozent überschritten wurden. Die dritte Abbildung zeigt den Vergleich des ausgeschütteten Gesamthonorars der jeweiligen Fachgruppen. In Tabelle 4 sieht man eine Aufstellung, wie sich innerhalb der Hauptfachgruppen Umsatzzuwächse und -minderungen verteilen. In Zehn-Prozent-Schritten ist jeweils die Zahl der Praxen aufgeführt, die den entsprechenden Honoraranstieg beziehungsweise Honorarrückgang realisiert haben. 57,61 Prozent der Praxen in Baden-Württemberg müssen Umsatzrückgänge hinnehmen, nur 42,39 Prozent aller Praxen können Zuwächse verzeichnen.

VERÄNDERUNG DER FALLZAHL 1/2008 ZU 1/2009

	Fallzahl 1/2008	Fallzahl 1/2009	Veränderung in %
Alle Hausärzte	6.626.642	6.544.270	-1,24
Fachärzte	6.572.528	6.551.865	-0,31
Psychotherapeuten	114.142	118.464	3,79
Gesamt	13.313.312	13.214.599	-0,74

Tabelle 1/Es handelt sich um die RLV-relevanten Fallzahlen

AUSWIRKUNGEN DES RLV 1. QUARTAL 2009 (NACH KONVERGENZ)

Arztgruppe	Leistungsbedarf innerhalb der RLV	Überschreitender Leistungsbedarf	Anteil Überschreitung in %
Hausärzte	203.201.227,41€	51.062.136,12€	20,08
Kinderärzte	29.690.219,13€	4.683.371,20€	13,62
Anästhesisten	2.257.839,22€	846.261,90€	27,26
Augenärzte	20.522.479,51€	5.099.008,17€	19,90
Chirurgen, Neurochirurgen	13.668.134,16€	3.485.606,62€	20,32
Frauenärzte	20.653.193,20€	4.467.401,84€	17,78
HNO-Ärzte, Phoniater und Pädaudiologen	16.664.102,23€	3.889.396,17€	18,92
Hautärzte	12.998.691,76€	2.809.910,45€	17,77
Fachärztliche Internisten o. SP	2.245.560,56€	676.772,31€	23,16
Fachärztliche Internisten mit sonst. SP	4.142.525,21€	1.377.234,37€	24,95
FÄ Internisten Gastroenterologie	3.838.074,26€	1.051.744,77€	21,51
FÄ Internisten Kardiologie	10.831.240,30€	3.101.363,01€	22,26
FÄ Internisten Kardiologie invasiv	1.602.609,72€	305.665,37€	16,02
FÄ Internisten Pneumologie	5.478.174,81€	1.483.444,27€	21,31
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- u. Jugendpsych.	27.101.129,18€	6.857.059,77€	20,19
Orthopäden, FÄ für Phys. und Rehab. Medizin	21.475.907,47€	4.881.045,08€	18,52
Radiologen, Nuklearmediziner	33.966.120,07€	6.028.599,97€	15,07
Urologen	7.464.706,27€	2.291.302,54€	23,49

Tabelle 2

Wenn es keine Konvergenzphase gegeben hätte, wäre die Spreizung sehr viel deutlicher. Die Extreme (mehr als 30 Prozent Gewinn oder

Verlust) ergeben sich dadurch, dass diese Praxen im Vergleich jeweils entweder viel weniger oder auch viel mehr als im Vorjahr gearbeitet

haben, bedingt beispielsweise durch Erkrankung in einem der Vergleichs- quartale.

Ausblick

Für die nächsten Abrechnungsquartale ist eine Stabilisierung im Hausarztbereich zu erwarten. Unsere Vorusberechnungen zeigen, dass die Hausärzte im 2. Quartal kaum noch Verluste haben werden und in den Folgequartalen dann leicht ins Plus gegenüber dem Vorjahr kommen. Bei den Fachärzten wird im Gegenzug die Situation eher umgekehrt sein.

Für das 1. Quartal des Jahres 2010 wird sich an der Systematik der Honorarverteilung nichts ändern, so dass wir auch für das 1. Quartal 2010 Abfederungen von Verlusten brauchen werden. Ab dem 2. Quartal 2010 soll die Berechnungsmethode der RLV so umgestellt werden, dass die Fallwerte sich in allen Fachgruppen erhöhen und somit zur Stabilisierung der RLV beitragen. Dies wird allerdings zu Lasten der Zusatzqualifi-

kationsbudgets und auch der sonstigen Rückstellungen (zum Beispiel Akupunktur) gehen. Die Beschlüsse dahingehend sind aber noch nicht gefasst. Wir werden Sie zeitnah unterrichten.

VERGLEICH GESAMTHONORAR 1/2008 ZU 1/2009 (NACH KONVERGENZ, UNTER BERÜCKSICHTIGUNG VON HZV-BEREINIGUNG UND LABORREFORM)

Arztgruppe	Gesamthonorar je Fachgruppe		Abweichung in %
	Quartal 1/2008	Quartal 1/2009	
Hausärzte	333.659.167,67€	325.380.043,17€	-2,48
Kinderärzte	45.601.181,10€	45.222.843,35€	-0,83
Anästhesisten	16.196.217,43€	15.454.275,58€	-4,58
Augenärzte	46.617.467,19€	42.981.234,21€	-7,80
Chirurgen, Neurochirurgen	35.733.126,89€	36.039.983,11€	0,86
Frauenärzte	64.841.638,61€	64.522.526,98€	-0,49
HNO-Ärzte, Phoniater und Pädaudiologen	22.478.506,34€	21.395.777,74€	-4,82
Hautärzte	24.660.924,77€	23.791.660,35€	-3,52
Fachärztliche Internisten o. SP	8.579.715,89€	8.212.767,35€	-4,28
Fachärztliche Internisten mit sonst. SP	12.101.652,85€	11.872.336,90€	-1,89
FÄ Internisten Gastroenterologie	14.499.910,38€	15.295.748,80€	5,49
FÄ Internisten Kardiologie	16.523.158,65€	17.266.980,95€	4,50
FÄ Internisten Kardiologie invasiv	3.448.205,19€	3.444.081,53€	-0,12
FÄ Internisten Pneumologie	8.658.433,04€	9.066.556,55€	4,71
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- u. Jugendpsych.	34.144.560,98€	35.189.071,30€	3,06
Orthopäden, FÄ für Phys. und Rehab. Medizin	44.901.684,64€	40.450.868,23€	-9,91
Psychotherapeuten	43.721.348,57€	48.600.406,37€	11,16
Radiologen, Nuklearmediziner	38.837.719,18€	41.251.948,63€	6,22
Urologen	17.171.320,05€	16.833.377,63€	-1,97

Tabelle 3/Fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften werden gesamthaft gemäß ANR-Schlüssel zugeordnet

VERGLEICH DES UMSATZES JE PRAXIS 1/2009 ZU 1/2008 NACH KONVERGENZ

	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	FÄ Internist o. SP und Rest	FÄ Internist Gastro	FÄ Internist Kardio	FÄ Internist Pneumo	Nervenärzte	Orthopäden	alle Psychotherapeuten	Radiologen, Nuklearmediziner	Urologen	alle Hausärzte	Kinderärzte	Alle Arztgruppen
mehr als -50 %	6	3	2	6	1	0	3	0	1	0	1	7	24	4	1	20	1	80
-50 % bis -40 %	9	0	5	2	1	1	1	1	0	1	2	4	11	1	0	15	2	56
-40 % bis -30 %	7	1	8	4	1	3	1	0	1	0	9	12	28	1	1	18	2	97
-30 % bis -20 %	19	22	11	17	5	12	5	1	2	0	16	41	56	0	4	73	12	296
-20 % bis -10 %	33	141	42	67	44	45	26	5	8	5	47	131	112	7	18	491	42	1.264
-10 % bis 0 %	57	228	125	375	229	118	90	43	37	38	222	258	263	33	95	3.100	314	5.625
0 % bis 10 %	60	23	74	418	49	83	46	39	78	26	207	40	810	76	78	1.151	199	3.457
10 % bis 20 %	15	12	24	61	18	36	7	11	8	1	29	5	426	5	13	227	18	916
20 % bis 30 %	7	8	7	12	3	7	4	4	8	2	17	4	254	1	2	64	5	409
30 % bis 40 %	4	1	3	5	2	2	3	0	1	2	7	3	171	0	3	28	1	236
40 % bis 50 %	1	3	1	0	0	0	0	1	1	2	8	0	107	0	0	12	0	136
mehr als 50 %	7	3	8	11	2	3	1	2	2	0	9	10	213	4	1	28	1	305
Gesamt	225	445	310	978	355	310	187	107	147	77	574	515	2.475	132	216	5.227	597	12.877
Anteil Verlierer	58,22%	88,76%	62,26%	48,16%	79,15%	57,74%	67,38%	46,73%	33,33%	57,14%	51,74%	87,96%	19,96%	34,85%	55,09%	71,11%	62,48%	57,61%
Anteil Gewinner	41,78%	11,24%	37,74%	51,84%	20,85%	42,26%	32,62%	53,27%	66,67%	42,86%	48,26%	12,04%	80,04%	65,15%	44,91%	28,89%	37,52%	42,39%
Anzahl Verlierer	131	395	193	471	281	179	126	50	49	44	297	453	494	46	119	3.717	373	7.418
Anzahl Gewinner	94	50	117	507	74	131	61	57	98	33	277	62	1.981	86	97	1.510	224	5.459

Nur Praxen, die in beiden Quartalen unter der selben Abrechnungsnummer abgerechnet haben

Verlierer: 7.418 Praxen 57,61%

Gewinner: 5.459 Praxen 42,39%

Tabelle 4/Stand: 9.10.2009

*Der Vorstand, die Mitarbeiter der KVBW
und die Redaktion von ergo wünschen
allen Mitgliedern der Kassenärztlichen
Vereinigung Baden-Württemberg ein
ruhiges und besinnliches Weihnachtsfest
und ein erfolgreiches Jahr 2010.*



Wir danken für Ihre Unterstützung und Aufmerksamkeit.

Wahlen zur Vertreterversammlung der KVBW im Juli 2010



Auch die Bezirksbeiräte werden für sechs Jahre direkt gewählt

Am 31. Dezember 2010 endet die Amtsperiode der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Daher wird im Jahr 2010 für die Amtsperiode 2011 bis 2016 eine neue Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gewählt. Zeitgleich mit der Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg finden im Jahr 2010 erstmals die Wahlen der Bezirksbeiräte für die jeweiligen Bezirksdirektionen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg statt. Damit entfällt das bisherige Verfahren der Wahl der Bezirksbeiräte durch die Vertreterversammlung. Die Amtsperiode der Bezirksbeiräte dauert gleichfalls von 2011 bis 2016.

Wahl zur Vertreterversammlung

Die Wahl zur Vertreterversammlung wird durch den Landeswahlausschuss für das ganze Land Baden-Württemberg (Wahlgebiet) durchgeführt. Die Vertreterversammlung wird für die Dauer von sechs Jahren gewählt, sie

besteht aus 50 Mitgliedern (Vertretern). Den Psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stehen davon bis zu fünf Sitze in dieser Vertreterversammlung zu. Grundlage der Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg ist die Wahlordnung vom 11. Februar 2009.

Wahlgebiet und Wahlbezirke

Das Wahlgebiet ist das Land Baden-Württemberg und gliedert sich in den (landesweiten) Wahlbezirk für die ärztlichen Mitglieder und in den (landesweiten) Wahlbezirk für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Wahlort für beide Wahlbezirke ist Stuttgart.

Wahlberechtigung und Wählbarkeit

Wahlberechtigt und wählbar sind ausschließlich die zugelassenen oder an den Krankenhäusern ermächtigten Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie angestellte Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten, die in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren tätig oder bei Vertragsärzten angestellt sind. Die Beschäftigung muss entsprechend der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mehr als zehn Wochenstunden betragen. Die Wahlberechtigten müssen in einer Wählerliste zum 31. März 2010 eingetragen sein.

Nicht wahlberechtigt und nicht wählbar sind zum Beispiel Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten soweit sie:

- freipraktizierend ermächtigt oder
- an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ermächtigt oder
- im Arztregister eingetragen sind, jedoch an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht teilnehmen.

Wählerlisten

Die Wählerlisten liegen zur Einsichtnahme innerhalb der Auflegungsfristen vom 14. bis zum 27. April 2010 am Wahlort Stuttgart am Sitz der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg aus.

Mitglieder, für welche die Möglichkeit einer Mehrfacheintragung in die Wählerliste besteht, müssen bis zum 31. März 2010 gegenüber dem Wahlausschuss erklären, unter welcher Anschrift sie in die Wählerliste aufgenommen werden sollen. Fehlt diese Erklärung, so entscheidet der Landeswahlausschuss durch Los.

Wahlvorschläge und Wahlunterlagen

Es wird nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechts auf Grund von Einzel- und Listenwahlvorschlägen in Form einer Briefwahl gewählt. Die Frist zur Einreichung von Wahlvorschlägen beginnt am 17. Mai 2010 und endet am 31. Mai 2010. Wahlvorschläge müssen von mindestens 15 anderen Wahlberechtigten unterstützt werden. Jeder Wahlberechtigte kann mehrere Wahlvorschläge unterstützen.

Wahlvorschläge müssen den Vor- und Familiennamen, den akademischen Grad, die Facharzt-/Berufsbezeichnung, den Teilnahmestatus (Zulassung, Ermächtigung, Anstellung bei einem Vertragsarzt oder an einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum) und die Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl,

Ort) der Praxis, des Krankenhauses beziehungsweise des Medizinischen Versorgungszentrums enthalten. Wahlvorschläge sollen mit einem Kennwort eingereicht werden. Bei Listenwahlvorschlägen ist ein Verantwortlicher anzugeben.

Jeder Wahlbewerber muss schriftlich erklären, dass er der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmt. Ein Wahlbewerber darf nur auf einem Wahlvorschlag stehen. Wahlbewerber für einen Listenwahlvorschlag dürfen nur gemeinsam auf einem solchen eingereicht werden, da die Reihenfolge der Bewerber auf dem späteren Stimmzettel(block) nicht verändert werden darf.

Alle zugelassenen Einzel- und Listenwahlvorschläge werden auf dem Stimmzettel(block) zusammengefasst. Die Reihenfolge der zugelassenen Wahlvorschläge auf dem Stimmzettel(block) bestimmt sich nach dem zeitlichen Eingang bei dem Landeswahlausschuss.

Der Stimmzettel(block) und die weiteren Wahlunterlagen werden den Wahlberechtigten vom Landeswahlausschuss Anfang Juli 2010 zur Verfügung gestellt.

Ermittlung und Bekanntgabe des Wahlergebnisses

Die vom Landeswahlausschuss festzulegende Wahlfrist, in der gewählt werden kann, beträgt mindestens zwei Wochen und endet am letzten Tag der Frist, dem Wahltag, um 18.00 Uhr. Wahltag ist Montag, der 26. Juli 2010. An dem darauf folgenden Werktag beginnt der Landeswahlausschuss mit der Auszählung. Die Sitze werden nach dem Hare-Niemeyer-Verfahren auf die zugelassenen Listen- beziehungsweise Einzelwahlvorschläge verteilt.

Nach Abschluss der Auszählung voraussichtlich Anfang August 2010 gibt der Landeswahlausschuss das amtliche Ergebnis der Wahl durch Wahlrundschriften bekannt und benachrichtigt die gewählten Vertreter, die innerhalb einer Woche eine Erklärung über die Annahme der Wahl gegenüber dem Landeswahlausschuss abgeben müssen.

Wahl der Bezirksbeiräte

Die Wahl wird durch den Wahlausschuss Bezirksbeirat für alle vier Bezirksdirektionen in Baden-Württemberg durchgeführt. Die Bezirksbeiräte werden gesondert für die Bezirksdirektionen Freiburg, Karlsruhe, Reutlingen und Stuttgart gewählt (Wahlbezirke). Wahlort ist für alle Wahlbezirke Stuttgart.

Die Bezirksbeiräte bestehen aus fünf Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg aus dem Bereich der jeweiligen Bezirksdirektion. Ein Mitglied ist aus dem Kreis der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu wählen, zwei Mitglieder aus dem Kreis der Ärzte gehören der hausärztlichen Versorgung an, zwei Mitglieder der Ärzte der fachärztlichen Versorgung.



Wahlberechtigung und Wählbarkeit folgen der Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Stichtag ist der 31. März 2010. Die Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung ist im Vergleich zu früheren Wahlen nicht erforderlich.

Wählerlisten

Der Wahl der Bezirksbeiräte wird die Wählerliste zur Wahl der Vertreterversammlung in ihrer aktuellen Fassung zu Grunde gelegt. Die Wählerlisten für die jeweiligen Bezirksdirektionen werden am Wahlort Stuttgart am Sitz der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg vom 14. bis 27. April 2010 aufgelegt.

Wahlvorschläge und Wahlunterlagen

Wahlvorschläge können vom 17. bis 31. Mai 2010 eingereicht werden. Es können mehr Bewerber vorgeschlagen werden als Mitglieder aus dem Bezirk zu wählen sind. Der Wahlvorschlag muss von mindestens

zehn anderen Wahlberechtigten unterstützt werden. Dabei sind Namen und Anschriften anzugeben. Bei Listen ist ein Verantwortlicher für die Liste zu benennen.

Ein Wahlbewerber darf nur auf einem Wahlvorschlag stehen. Jeder Wahlbewerber muss schriftlich erklären, dass er der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmt. Wahlbewerber für einen Listenvorschlag dürfen nur gemeinsam auf einem solchen eingereicht werden, da die Reihenfolge der Bewerber auf dem späteren Stimmzettel nicht verändert werden darf.

Alle zugelassenen Wahlvorschläge werden in einem Stimmzettel zusammengefasst. Die Reihenfolge auf dem Stimmzettel bestimmt sich nach dem zeitlichen Eingang der Vorschläge beim Wahlausschuss des Bezirksbeirats.

Der Wahlausschuss Bezirksbeirat stellt den Wahlberechtigten für ihre Bezirksdirektion die Stimmzettel und die weiteren Wahlunterlagen zur Verfügung.

Wird in einem Wahlbezirk kein Wahlvorschlag eingereicht oder keiner der eingereichten Wahlvorschläge zugelassen, so findet in diesem Wahlbezirk eine Wahl nicht statt. In diesem Falle müsste der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg für die Dauer der Wahlperiode die Mitglieder des Bezirksbeirats bestellen und dies durch die Vertreterversammlung bestätigen lassen.

Ermittlung und Bekanntgabe des Wahlergebnisses

Die Wahlfrist beträgt mindestens zwei Wochen und endet am Wahltag, dem 26. Juli 2010 um 18.00 Uhr. Die Auszählung erfolgt durch den Wahlausschuss Bezirksbeirat getrennt für die einzelnen Bezirksdirektionen und beginnt am 27. Juli 2010. Für jede Bezirksdirektion gilt: Aus dem Kreis der Ärzte, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, sind die beiden Bewerber gewählt, welche die meisten Stimmen erhalten haben. Ebenso sind aus dem Kreis der Ärzte, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, die beiden



Bewerber gewählt, die die meisten Stimmen erhalten haben. Aus dem Kreis der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist der Bewerber mit den meisten Stimmen gewählt. Die übrigen Bewerber sind in ihrer Gruppe in der Reihenfolge ihrer Stimmzahl Ersatzpersonen.

Der Wahlleiter des Wahlausschusses Bezirksbeirat teilt das Ergebnis der Wahl dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mit, der das Ergebnis seinerseits bekannt gibt.

Der Wahlleiter benachrichtigt die Gewählten von ihrer Wahl und fordert sie auf, sich binnen sieben Tagen über die Annahme der Wahl schriftlich zu erklären.

Wichtige Termine der Wahlen 2010

31. März 2010	Stichtag Aufstellung der Wählerlisten
14. April 2010 bis 27. April 2010	Auflegung der Wählerlisten am Wahlort Stuttgart -10 Werktage -
30. April 2010 (24.00 Uhr)	Ende Einspruchsfrist
17. Mai 2010 bis 31. Mai 2010	Frist für die Einreichung von Wahlvorschlägen
9. Juni 2010 (18.00 Uhr)	Fristende für die Einreichung der Mängelbehebung
6. Juli 2010	Rundschreiben des Landeswahlausschusses und Rundschreiben des Wahlausschusses Bezirksbeirat 1. Bekanntgabe der zugelassenen Wahlvorschläge 2. Versenden der amtlichen Wahlunterlagen 3. Aufforderung zur Stimmabgabe 4. Bekanntgabe des Wahltages (Ende der Wahlfrist) - Wahlfrist zwei Wochen -
6. Juli 2010 bis 26. Juli 2010	Wahlfrist – Aufforderung zur Stimmabgabe
26. Juli 2010 (18.00 Uhr)	Wahltag / Wahlort Stuttgart (Ende der Wahlfrist)
27. Juli 2010	Sitzung des Landeswahlausschusses und Sitzung des Wahlausschusses Bezirksbeirat <i>Beginn der Auszählung und Ermittlung des Wahlergebnisses</i>
Anfang August 2010	Sitzung des Landeswahlausschusses und Sitzung des Wahlausschusses Bezirksbeirat <i>Feststellung Wahlergebnisse</i>
Mitte August 2010	Benachrichtigung der Gewählten der Vertreterversammlung durch den Landeswahlausschuss und Benachrichtigung der Gewählten der Bezirksbeiräte durch den Wahlausschuss Bezirksbeirat <i>Annahme der Wahl innerhalb einer Frist von einer Woche</i>
Mitte August 2010	Bekanntgabe des vorläufigen Wahlergebnisses der Vertreterversammlung per Rundschreiben durch den Landeswahlausschuss, <i>zusätzlich Veröffentlichung im Ärzteblatt Baden-Württemberg</i> Bekanntgabe des Ergebnisses der Wahl des Beirates durch den Vorstand der KVBW



Eine Gesundheitsreform kommt – wie und wann ist offen

Der neue Minister steht vor schwierigen Aufgaben

Ein Arzt an der Spitze des Bundesministeriums für Gesundheit – das ist verheißungsvoll. Neben die gute Botschaft tritt die weniger erfreuliche Erkenntnis, dass der Koalitionsvertrag – wahrscheinlich auf Druck der CSU – äußerst nebulös formuliert wurde. Jetzt warten alle Akteure im Gesundheitswesen gespannt auf die Aktionen und Reaktionen des neuen Ministers Philipp Rösler. Ein klares „Ja!“ zum KV-System und zum Kollektivvertrag wäre dabei ein richtungweisendes Signal. Der im Koalitionsvertrag ausgewiesene „Zählappell“ in Bezug auf Verträge nach Paragraph 73b (Hausarztverträge) bedarf dringend einer Präzisierung.

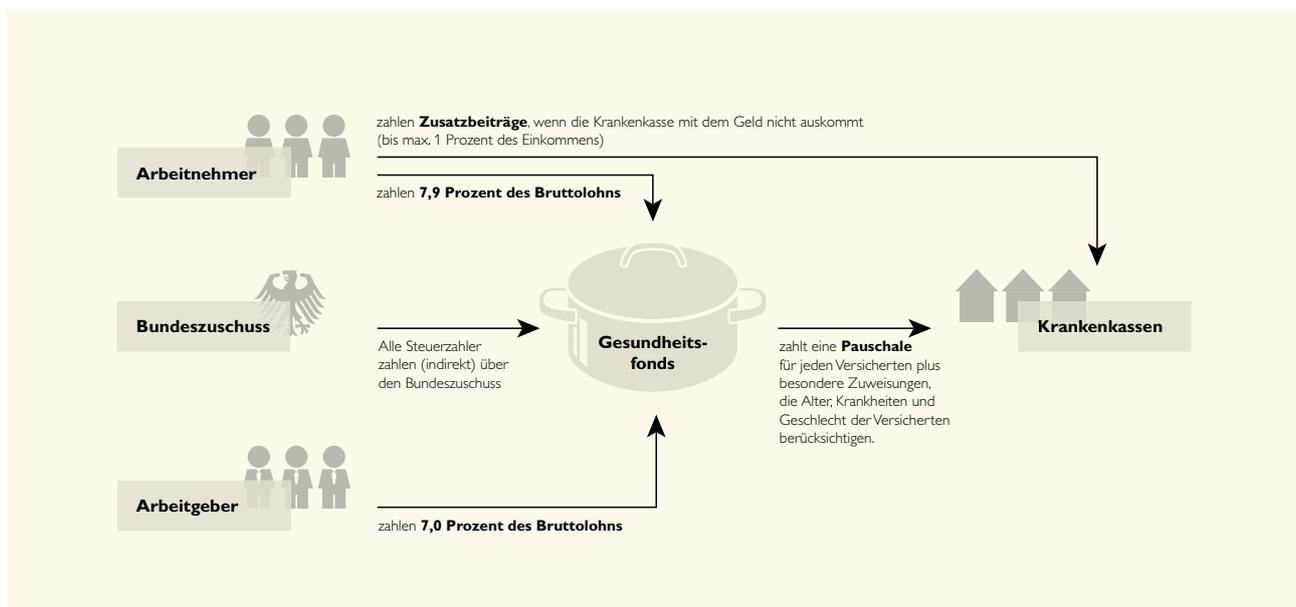
Auf die neue Bundesregierung in Koalition von CDU/CSU und FDP wartet ein umfangreiches Arbeitsprogramm. Die Auswirkungen der Finanzkrise fordern eine aktuelle Programmatik, um ein Wirtschaftswachstum zu generieren, mit dem

neue Beschäftigungsverhältnisse geschaffen werden sollen. Fast ebenso problematisch stellt sich die Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung dar. Nach der Einführung des Gesundheitsfonds prognostizieren die gesetzlichen Krankenkassen bereits für das nächste Jahr ein erhebliches Defizit. Der neue Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler steht vor schwierigen Aufgaben.

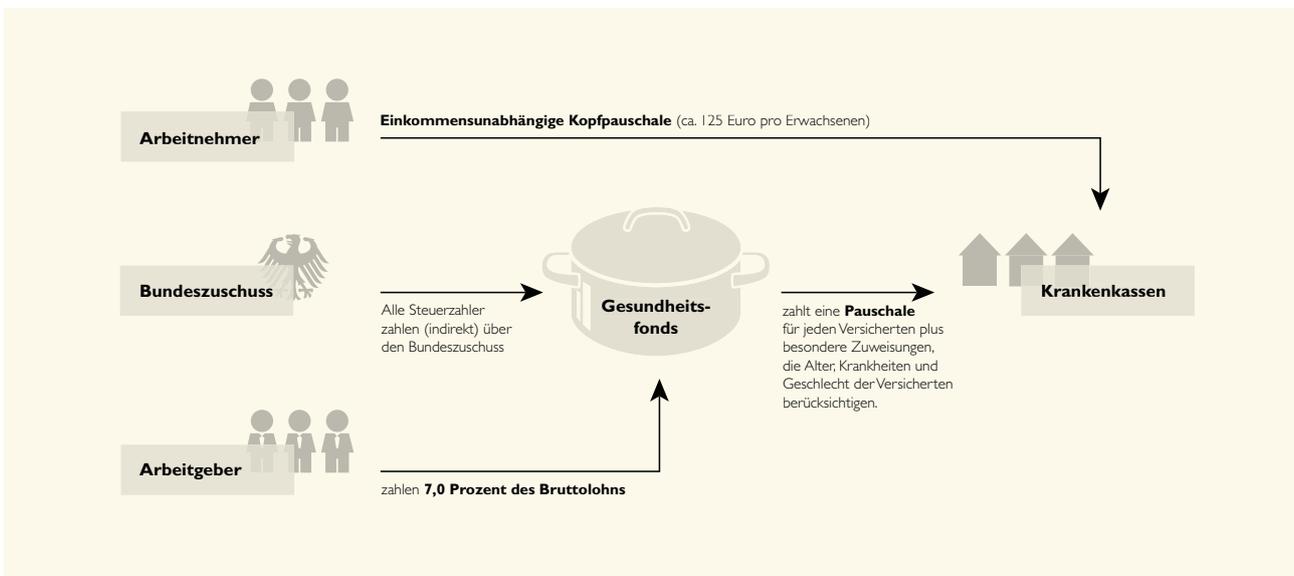
Hatte seine Vorgängerin Ulla Schmidt noch versprochen, die Bundesregierung werde einspringen und aus Steuermitteln die Finanzlücke schließen, wird sich dies wohl nur zum Teil realisieren lassen. Zu erwarten ist, dass die Krankenkassen auf die Möglichkeit zurückgreifen werden, von den Versicherten Zusatzbeiträge zu erheben. Damit tritt der neue Bundesgesundheitsminister bereits in den ersten Monaten seiner Amtszeit das schwere Erbe der alten Regierungskoalition an.

Eine neue Gesundheitsreform wird kommen, doch soll sie gut vorbereitet werden. Die Lehren der Vergangenheit aus den Amtsjahren der schon fast vergessenen Gesundheitsministerin Andrea Fischer und ihre gleichfalls im Ergebnis glücklosen Nachfolgerin Ulla Schmidt zeigen, dass Schnellschüsse allenfalls eine temporäre Wirkung entfalten. In den Freisetzungsvorhaben offenbarten sich sehr schnell die Mängel übereilten Handelns und verlangten Nachbesserungen. Diese „Aktionismusfälle“ will Philipp Rösler offensichtlich vermeiden. So zeigte er sich in der Präsentation seines Ressorts vor dem Deutschen Bundestag auch sehr zurückhaltend mit Versprechungen und beschränkte sich in den knappen neun Minuten seiner Rede auf eine Darstellung seiner Programmatik.

In der Koalitionsvereinbarung der neuen Regierung heißt es einleitend: „Wir werden das deutsche Gesund-



So finanziert sich der Gesundheitsfonds aktuell



So könnte der Gesundheitsfonds künftig ausgestaltet werden

heitswesen innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demographiefest gestalten. Wir benötigen eine zukunftsfeste Finanzierung, Planbarkeit und Verlässlichkeit sowie Solidarität und Eigenverantwortung. Wir brauchen eine Kultur des Vertrauens anstelle überzogener bürokratischer Vorschriften“. Das ist nicht gerade wenig, was sich der Bundesgesundheitsminister da vorgenommen hat. Denn es ist eine offene Frage, wie viele und dann auch noch konträre Reformen die Akteure im Gesundheitswesen verkraften können. Nicht zuletzt liegen hier die Ursachen für die überbordende und überfordernde bürokratische Belastung der niedergelassenen Ärzte und für ein Misstrauen, das zu Kontrollzwängen führte.

Vorsichtig konkret ist die Regierungsvereinbarung zwischen CDU/CSU und FDP, wenn es ums Geld geht. Allerdings auch deutlich widersprüchlicher. Einerseits wird der Weg in eine Einheits(kranken)kasse und ein staatlich zentralistisches Gesundheitssystem als falsch bewertet, andererseits sollen einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge eingeführt werden, die sozial auszugleichen sind. In der Konsequenz bedeutet dies nichts anderes als die Einführung einer Kopfpauschale, deren Höhe dann vom Gesundheitsministerium festgelegt werden muss. Übersteigt dies die – noch zu definie-

rende – wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten, leistet der Staat individuelle Zuschüsse aus Steuermitteln. Spannend wird die Antwort auf die Frage sein, ob alle über ein Einkommen verfügenden Bundesbürger diese Kopfpauschale zu leisten haben oder ob sie nur auf die GKV-Pflichtversicherten beschränkt werden wird. Auf jeden Fall wird die Umsetzung schwierig und bürokratisch sein.

Klärungsbedarf besteht auch bei einem weiteren Passus des Koalitionsvertrages. Um „dem in den nächsten Jahren drohenden Ärztemangel“ zu begegnen, ist neben dem Abbau von Bürokratie, der gezielten Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudenten sowie Mobilitätshilfen bei der Niederlassung in unterversorgten Gebieten die „Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten ärztlicher und anderer Tätigkeiten zur Entlastung von Ärz-

innen und Ärzten“ vorgesehen. Doch unter der Hauptüberschrift „Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ kann dies in der Konsequenz nur bedeuten, dass unter Kostenaspekten zunehmend auch ärztliche Leistungen auf Hilfskräfte übertragen werden. Auch hier muss eine Konkretisierung und Abgrenzung vorgenommen werden.

Eine Gesundheitsreform ohne eingebautes Verfallsdatum – das ist mehr als nur ein Weihnachtswunsch. Deshalb wurde auch eine Kommission eingerichtet, die zielgerichtet die Konzeption erarbeitet. Mit ersten Ergebnissen, so ist aus Berlin zu hören, wird Mitte des kommenden Jahres zu rechnen sein. Doch schon im Vorfeld trifft der Minister auf Widerstand: Bayerns Regierungschef Horst Seehofer entwickelt als ehemaliger Bundesgesundheitsminister ein eigenes Reforminteresse und lässt



unter der Leitung seines Gesundheitsministers Markus Söder ein Reformkonzept erarbeiten. Und Saarlands Ministerpräsident Peter Müller (CDU):

„KEINE HÖHEREN VERSICHERTENBEITRÄGE“

„Wir haben schon große Probleme bei der Frage, wie wir eine große Steuerreform besonders mit Blick auf das Jahr 2011 finanzieren sollen. Diese Milliardenbeträge kämen ja noch mal on top“, erklärte er gegenüber dem Handelsblatt. Ex-Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sprach vom „verminten Gelände“, auf dem sie sich in ihrem Amt bewegen müs-

sen. Für Philipp Rösler bietet sich hier eher die Bezeichnung „friendly fire“ an.

In einem Interview mit dem Hamburger Abendblatt nahm der Bundesgesundheitsminister gleich nach seiner Vereidigung Stellung zu der geplanten Reform und erläuterte seine Maxime: „Gerechtigkeit heißt: Der Starke hilft dem Schwachen, der Gesunde hilft dem Kranken. Der Ausgleich zwischen Arm und Reich muss im Steuersystem erfolgen. Das ist viel gerechter, weil jeder nach Leistungsfähigkeit besteuert wird. Bisher erfolgt dieser Ausgleich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, der viele Bürger gar nicht angehören“. Und weiter: „Wir beschreiben den Weg in ein robustes Gesundheitssystem,

das nicht mehr alle zwei bis drei Jahre reformiert werden muss. Das System wird besser, ohne teurer zu werden. Wir gehen davon aus, dass die Versicherten keine höheren Beiträge zahlen werden, als das heute der Fall ist“.

Ein neuer Minister und eine alte Aufgabe: Im Vergleich hat sich die Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahrzehnten so verhalten, als ob das Bundesverkehrsministerium alljährlich die Vorfahrtsregeln geändert hätte. Mal links vor rechts, mal rechts vor links. Die Unfallhäufigkeit im GKV-System hat zugenommen. Es besteht eine Chance, dauerhaft einigermaßen solide Verhältnisse zu schaffen. Und es ist für dieses System vielleicht die letzte. ✓



Auf der Suche nach den konkreten Reformabsichten

Podiumsdiskussion rotierte um den Gesundheitsfonds

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung enthält in Bezug auf die Gesundheitspolitik wenig Konkretes, mussten sogar deren baden-württembergische Vertreter anlässlich einer Diskussionsveranstaltung in der Stuttgarter Liederhalle im November zugeben. Nun müsse „Fleisch an das Knochengestell des Vertrages“, und zwar unter Beteiligung aller Betroffenen, also Ärzte, Kassen und anderen, versprach Dr. Ulrich Noll, MdL FDP. Dabei sei die Devise: „Evolution statt Revolution“. Nicht alles Gute wolle man abschaffen, vielmehr Bewährtes sinnvoll und dem demografischen Wandel entsprechend weiterentwickeln, beruhigten Dr. Noll und seine Koalitionspartnerin Karin Maag, MdB CDU. Eingeladen zum Thema „Gesundheitspolitik nach der Wahl“ hatten der BKK Landesverband Baden-Württemberg, der Verband der Ersatzkassen (vdek) und die IKK Baden-Württemberg und Hessen.

Deren Vertretern hätten die vorsichtigen Töne eigentlich gefallen müssen, hatten sie doch zuvor an die Politik eindringlich appelliert, bisher gut funktionierende regionale Strukturen nicht einfach zu zerstören. Sie warben für das bestehende solidarische und paritätisch finanzierte Gesundheitssystem, hoben dessen hohen Qualitätsstandard und Versorgungsgrad hervor und beklagten die seit 2009 unter den Bedingungen

des Gesundheitsfonds über sie hereingebrochenen Unwägbarkeiten und Finanzierungsnöte.

Allein, die von den Regierungsvertretern geäußerten Bestrebungen bezogen auch den Gesundheitsfonds ein. Sein Weiterbestehen stünde außer Frage, allerdings werde er anders, nämlich besser ausgestaltet. Spott gab es dafür von den Oppositionsvertretern. Biggi Bender, MdB von den Grünen, wunderte sich, wohin die vehemente Ablehnung, welche die FDP im Wahlkampf gegen den Gesundheitsfonds entwickelt habe, denn so urplötzlich verschwunden sei.

„Für mich ist der Gesundheitsfonds de facto weg“, erklärte Dr. Ulrich Noll kühn und erntete ungläubiges Gelächter. Er verwies auf Passagen im Koalitionsvertrag, die den Leistungserbringern regionale Gestaltungsspielräume versprechen und auf die darin enthaltene Absage der neuen Regierung an ein staatliches, zentralistisches Gesundheitssystem. Dies widerspräche dem ursprünglichen Gesundheitsfonds im Kern, somit hieße dieser zwar noch so, sei aber nicht mehr das Unheil bringende Bürokratiemonster, welches die FDP im Wahlkampf bekämpft hatte. Hier musste die Vertreterin der CDU, Karin Maag, MdB, allerdings anmerken, die CDU wolle den Gesundheitsfonds mitnichten abschaffen, vielmehr müsse er sorgfältig weiterentwickelt werden.

Dass der Fonds jedoch, egal unter welchem Namen, echte Nachteile für Baden-Württemberg mit sich bringe, konnten die Kassenvertreter aktuell berichten. Konrad Ehing (BKK), Anton Hauptenthal (Knappschaft), Walter Scheller (Verband der Ersatzkassen) und Hugo Schüle (IKK Baden-Württemberg und Hessen) beklagten die immer dünner werdenden Finanzströme, die aus dem Fonds nach Baden-Württemberg zurückfließen. Dazu Konrad Ehing: „Unser Auftrag ist, die Versorgung unserer

Versicherten zu sichern. Aber der Fonds zieht einfach hier benötigtes und erwirtschaftetes Geld aus Baden-Württemberg ab. Er ist nicht komplett ausfinanziert, er greift die Betriebsmittel der Krankenkassen an.“



In der Diskussionsrunde kreißte der Berg um den Gesundheitsfonds, gebar aber nur eine Maus: Biggi Bender, MdB Die Grünen und der Moderator Dr. Florian Staeck (Ärztezeitung).

Hugo Schüle erklärte ergänzend, dass unter diesen Bedingungen von Planbarkeit und Sicherheit für die Kassen nicht die Rede sein könne, zumal die vereinbarte Konvergenzregelung für Baden-Württemberg dramatisch weniger Geld im Land halte als ursprünglich angenommen.

Zum Thema Hausarztverträge waren sich die Kassenvertreter einig. Grundsätzlich könne man dazu „Ja“ sagen. Jedoch: Zwang verhindert Wettbewerb, so äußerten sie sich einmütig in Bezug auf den bestehenden Paragraphen 73b und die Verpflichtung aller Kassen, nun Verträge abschließen zu müssen, ohne sich den Vertragspartner wirklich aussuchen zu können.

Hier stimmten ihnen die Politiker in Mehrheit zu. Etwas halbherzig bewertete Biggi Bender die im Koalitionsvertrag festgelegte Lösung, einfach drei Jahre zu warten, um dann

neu entscheiden zu können, als nicht optimalen Weg. Das Quasi-Monopol der KVen im Kollektivvertrag nun durch ein echtes Monopol der Hausarztverbände im Selektivvertrag zu ersetzen, sei das Gegenteil von Wett-

bewerb. Ulla Haussmann, MdL SPD, sprach von einer wünschenswerten Vielfalt an Verträgen und daraus hoffentlich resultierenden Qualitätsverbesserungen. Karin Binder, MdB Die Linke, bezeichnete Hausarztverträge zwar als grundsätzlich sinnvoll, die Konditionen müssten jedoch verbessert werden.

Fazit: Von einem konkreten Plan zur Ausgestaltung der zukünftigen Koexistenz von Selektiv- und Kollektivverträgen waren die anwesenden Politiker in ihren Aussagen ähnlich weit entfernt wie der Koalitionsvertrag. ✓

H1N1-Impfstoff steht nicht in ausreichender Menge zur Verfügung

Praxen in Baden-Württemberg beklagen schlechte Vorbereitung und Organisation des Sozialministeriums

Die Nation schwankt zwischen Hysterie und konsequenter Ablehnung: Der H1N1-Virus hat Deutschland erreicht. Während sich die Medien gegenseitig überbieten mit Horrorzahlen zu erwartender Todesfälle, können sich Experten nicht einigen, ob denn eine Impfung wirklich zu empfehlen sei.

In Baden-Württemberg, so eine Sprecherin des Gesundheitsministeriums, nimmt die Impfbereitschaft innerhalb der Bevölkerung zu. Doch es gibt auch in diesem Bundesland zu wenig Impfstoff. Im Ministerium will man noch keine endgültige Aussage treffen, wann alle Praxen im notwendigen Ausmaß versorgt werden können. So werde – vor allem in den Großstädten – in einigen Praxen sofort ein Impftermin vereinbart, während andere eine Warteliste führten und Risikogruppen bevorzugten.

Das Land hat 6,35 Millionen Dosen angefordert, davon aber erst 520.000 (Stand: 13. 11. 2009) erhalten. Die Strategie, mit der das baden-württembergische Gesundheitsministerium dem Engpass begegnen will, besteht in einer Verteilung proportional zur Bevölkerungsdichte. Um Enttäuschung in den Praxen zu vermeiden, sei es angeraten, sich einen Termin im Januar 2010 geben

zu lassen. Dann werde ausreichend Impfstoff zur Verfügung stehen.

In der Esslinger Zeitung berichtete Rainer Graneis, Hausarzt in Ostfildern und Vorsitzender der Kreisärzteschaft Esslingen, über seine leidvollen Erfahrungen: „Bei uns klingelt ununterbrochen das Telefon. Meine Patienten wollen wissen, wann sie sich gegen die Schweinegrippe impfen lassen können. Aber ich habe kein Serum.“ Und obwohl er den Impfstoff bereits vor Wochen bestellt habe, sei ihm keine einzige Dosis geliefert worden.

Wenn schon wenig sinnvoll, so räumten Experten in Podiumsdiskussionen ein, sei dies doch ein Praxistest für das Notfallszenario einer das Leben vieler Bundesbürger bedrohenden Pandemie. Wie in den anderen Bundesländern muss auch für Baden-Württemberg das ernüchternde Fazit gelten: Gescheitert! Die Pannen summierten sich und hätten im Ernstfall zur Katastrophe geführt.

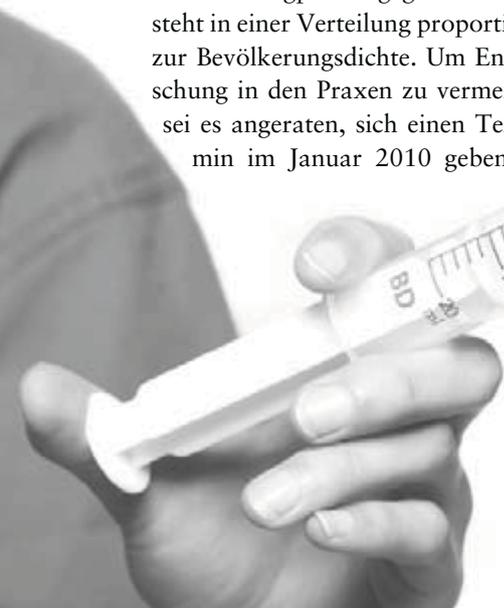
Nach den nachdrücklich wiederholten Aufforderungen, sich zu Impfungen in den Praxen einzufinden, musste das

Bundesministerium zurückzurudern. Die Pharmaindustrie habe den Impfstoff – immerhin dramatisch „Pandemrix“ getauft – nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stellen können und werde dies wohl erst im Januar und Februar kommenden Jahres leisten. Den Vorwurf mochten die Hersteller

nicht auf sich sitzen lassen. Zu spät und in zu geringem Umfang seien die Bestellungen eingegangen, denn der Herstellungsprozess benötige einen gewissen Zeitraum.

Organisationsmängel in den Sozialministerien der Bundesländer kommen noch hinzu. Auch in Baden-Württemberg wurden die Informationspakete an die Ärzte zu spät ausgeliefert, die Apotheken sahen sich ungeordneten und unübersichtlichen Distributionskanälen ausgesetzt und um die Honorierung der Ärzte wurde – und wird noch immer – geschachert. Trotz aller Bemühungen – und Erfolge – der KV Baden-Württemberg war es für Impfwillige ein regelrechtes Glücksspiel, einen Termin bei ihrem Arzt vereinbaren zu können.

Allerdings ist die Impfbereitschaft auch bundesweit sehr wechselhaft. Wann immer die Medien einen neuen Todesfall vermelden, nimmt die Nachfrage zu, verebbt aber bereits wenig später. In der aktuellsten Umfrage von Mitte November hält nur jeder vierte Bundesbürger eine Schutzimpfung gegen die Schweinegrippe für nötig. Lediglich elf Prozent sind schon geimpft oder würden sich auf jeden Fall impfen lassen. 14 Prozent gaben an, dass sie sich wahrscheinlich immunisieren lassen werden. 28 Prozent der Befragten aber wollen sich wahrscheinlich nicht, 43 Prozent sogar auf keinen Fall impfen lassen. Die restlichen vier Prozent machten keine Angaben. Im Vergleich zum Oktober ist damit der Anteil der Impfunwilligen von 66 Prozent auf 71 Prozent gestiegen (Quelle: Infratest dimap).





Lärm im Ohr – Verlust der Stille



Arzt-Patienten-Forum schafft den Dialog mit dem „Gesundheitsberater Arzt“

An einem Montagabend informieren sich mehr als 50 Besucher zum Thema Tinnitus

„Es ist schon überraschend, wie groß das Interesse an dieser Veranstaltung ist“, stellt Hendrik Asmussen erstaunt fest, als an diesem Novemberabend in Bruchsal noch Stühle in den Saal gestellt werden müssen, weil die vorgesehenen Plätze nicht ausreichen. Eng gedrängt sitzen die Menschen im Seminarraum der Volkshochschule Bruchsal. Es ist stickig und warm, und im Raum ist es seltsam still, obwohl all diese Besucher eines gemeinsam haben: Sie leiden unter einem nervenden Ohrgeräusch, das, weil Tag und Nacht wahrgenommen, viele von ihnen schier in den Wahnsinn treibt. Gespannt lauschen sie den Ausführungen von Hals-Nasen-Ohrenarzt Hendrik Asmussen, niedergelassen in Bruchsal. Er wird über Tinnitus sprechen, über Ursachen, über Möglichkeiten und Grenzen der Therapie, und er wird sich den Fragen der Besucher stellen.

„Arzt-Patienten-Forum“ heißt diese Veranstaltungsreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in Kooperation mit den Volkshochschulen. Seit vier Jahren stellen sich niedergelassene Ärzte zur Verfügung, um verlässliche Informationen

zum Themenbereich Gesundheit zu vermitteln. So auch an diesem Montag. Während sich im Nachbarraum VHS-Besucher mit einem Italienischkurs auf die nächste Urlaubreise vorbereiten, geht es hier um für die Betroffenen existenzielle Probleme. Jeder vierte Bundesbürger leidet mittlerweile unter mehr oder minder starken Ohrgeräuschen.

Doch es sitzen nicht nur Betroffene auf den Stühlen in diesem Saal. Viele haben Angehörige, Freunde oder Bekannte mitgebracht. Bei dieser Veranstaltung erhalten sie einen Eindruck, was es bedeutet, mit Tinnitus Tag und Nacht leben zu müssen.

Auch darin sieht Hendrik Asmussen den besonderen Charakter dieses Abends. In seiner Sprechstunde stehe immer nur der konkrete Krankheitsfall im Mittelpunkt. Hier jedoch werde ein Rahmen geschaffen, der einen engen Kontakt zwischen Rednern und Zuhörern schafft. Diese Möglichkeit des Erfahrungsaustausches unter der kompetenten Regie eines Arztes prägt dann auch die anschließende Fragerunde.

Welche Therapien helfen können, wie man zu einer stationären Therapie komme oder welche Leistungen von den Krankenkassen bezahlt werden, das sind nur einige der zahlreichen Fragen. Seien es Brustkrebs, das Burnout-Syndrom, Schlaganfall oder Schmerzen – das Arzt-Patienten-Forum deckt Themen aus allen medi-



Leben mit einem chronischen Ohrgeräusch: Besucher erhoffen sich kompetente ärztliche Beratung beim Arzt-Patienten-Forum

zinischen Fachbereichen ab. Die Nachfrage beim Publikum ist groß. So verzeichnen die meisten Veranstaltungen circa 70 bis 80 Interessierte.

Unter den mehr als 50 Besuchern

ist auch Klaus Dörffel, der Leiter der Selbsthilfegruppe Tinnitus in Bruchsal. Er leidet seit elf Jahren unter einem Pfeifton im Ohr und ist mittlerweile schwerhörig. Hendrik Asmussen ist sein behandelnder Arzt. Elf Jahre Patient – und dennoch hat er in der Diskussion vieles erfahren, was er bisher nicht wusste. Er wird diesen Abend in einem Bericht zusammenfassen und diesen dann in seiner Selbsthilfegruppe vortragen. Der Referent fasst das als Kompliment auf. Gern, so sagt er, wird er sich nochmals an einer derartigen Veranstaltung beteiligen.

Dr. Sirun Karagözyan, Vertreter der Ärzteschaft Karlsruhe, hat als Moderator des Arzt-Patienten-Forums Erfahrung. Er war bereits bei sechs Veranstaltungen dabei und konnte sich jedes Mal über die engagierte Beteili-

gung von Referent und Publikum freuen. Den nächsten Veranstaltungen sieht er deshalb mit Vergnügen entgegen. Viele Themen seien noch in der Schublade. Die Resonanz zeige ein großes Interesse an Themen aus dem Bereich Gesundheit und an dieser Art der Informationsvermittlung, für die man gern einen Abend opfere.

Die direkte Aussprache zwischen Patienten und niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ist eines der Ziele des Arzt-Patienten-Forums. Aber auch die Ärzte sollen hier Gelegenheit bekommen, sich als kompetente Ansprechpartner für Gesundheitsfragen zu positionieren und die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung zu verdeutlichen. Die Volkshochschulen sind von der KV bewusst mit ins Boot geholt worden, denn sie sind der ideale Partner, um für den hohen gesellschaftlichen Stellenwert einer flächendeckenden, wohnortnahen und qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psy-

chotherapeuten in freier Praxis zu werben. Zudem verzeichnen sie seit Jahren eine steigende Nachfrage nach umfassenden Informationen im Gesundheitsbereich.

Die Kooperation zwischen KV, Volkshochschulen und auch Ärzteschaften geht ins vierte Jahr und basiert auf dem erfolgreichen Arzt-Patienten-Forum, das bereits von der KV Nordwürttemberg durchgeführt wurde. Seit dieser Zeit wird die Aktion auch von engagierten KV-Mitgliedern unterstützt.

Das Arzt-Patienten-Forum weitet sich kontinuierlich aus. Im Wintersemester 2009/2010 kooperieren 29 Volkshochschulen mit 49 Veranstaltungen. Gesucht werden dabei immer wieder Ärzte und Psychotherapeuten, die Interesse haben, zu Gesundheitsthemen zu referieren.

Weitere Informationen:

Corinna Pelzl Tel. → 0721/5961-1172

WEITERE TERMINE:

NAME - VHS	DATUM	VERANSTALTUNGSTHEMA
VHS Nördlicher Breisgau Herbolzheim	Mittwoch 13.01.2010	Hautkrebs
Schiller-VHS Kreis Ludwigsburg Marbach	Dienstag 19.01.2010	Burnout und Depression
VHS Biberach	Mittwoch 20.01.2010	Herz/Kreislauf
VHS Gomaringen	Mittwoch 20.01.2010	Es lebe die Bewegung oder was tun bei Arthrose
VHS Pforzheim-Enzkreis GmbH Neuenbürg	Mittwoch 20.01.2010	Wechseljahre
VHS Esslingen	Freitag 22.01.2010	Osteoporose
VHS Gerlingen	Mittwoch 27.01.2010	Schwindel – Wenn die Welt sich dreht
VHS Bruchsal	Donnerstag 28.01.2010	Männergesundheit – Erkrankungen der Prostata
VHS Göppingen	Donnerstag 28.01.2010	Wenn Gelenk und Rücken schmerzen – Rheuma und Arthrose
VHS Schwäbisch Hall e.V.	Mittwoch 10.02.2010	Hautkrebs
VHS Stuttgart	Donnerstag 11.02.2010	Wechseljahre – Gibt es die noch?



Diskussion zur Abrechnung der hausarztzentrierten Versorgung

Vertreterversammlung stimmt für Erhalt regionaler Strukturen

Mit viel Spannung war in der 34. Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg am 16. Oktober der Bericht des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Dr. Wolfgang Herz zur Bereinigung der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung sowie der praxisindividuell zugeteilten Regelleistungsvolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich infolge des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung erwartet worden. Alle Hausärzte, die am HzV-Vertrag teilnehmen, erhalten ihr Honorar für die eingeschriebenen HzV-Patienten direkt von der Kasse. Im Gegenzug reduziert die AOK Baden-Württemberg die Gesamtvergütung, weshalb das zur Verfügung stehende Honorar im hausärztlichen Versorgungsbereich sich reduziert.

Dr. Herz stellte klar, dass es derzeit keinen rechtswirksamen Beschluss der Bundesebene für die Bereinigung der Gesamtvergütung bei Selektivverträgen gibt. Er wandte sich vehement gegen die harschen Vorwürfe von Hausärzteverbandeschef Dr. Berthold Dietsche und Medivorstand Dr. Werner Baumgärtner, die HzV-Ärzte seien benachteiligt worden, die Abrechnung sei ein Chaos und noch dazu rechtswidrig. Falsch, so Herz, sei eindeutig, dass die HzV-Ärzte doppelt bestraft worden seien, die Bereinigung erfolge nur in Höhe der Kürzung der AOK. Ärzte, die nicht am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnahmen, seien nicht betroffen. Angenommen wurde dennoch ein Antrag

der Delegierten, nach dem die gesamte Berechnung der praxisrelevanten Regelleistungsvolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich neu ermittelt werden soll. Man geht jetzt davon aus, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss am 1. Dezember einen entsprechenden Beschluss fasst, der möglicherweise auch rückwirkend für 2009 Gültigkeit haben könnte.

Dr. Wolfgang Herz konnte auch die Abrechnungsergebnisse des 1. Quartals 2009 präsentieren. Demnach kommt es in der Gesamtvergütung zu einem Verlust von -0,71 Prozent, das sind in absoluten Zahlen etwa 7,1 Millionen Euro. Nach Anwendung der Konvergenz erhalten 59 Prozent

WEITERE BESCHLÜSSE DER VERTRETERVERSAMMLUNG

Die VV stimmte über zahlreiche Anträge ab. Angenommen wurde unter anderem die Satzung der KVBW, die zum 1. Januar in Kraft treten soll. Sie liegt dieser ergo-Ausgabe als Anlage bei. Ebenso akzeptiert wurden Änderungen der Notfalldienstordnung. (Näheres zu Satzung und Notfalldienstordnung im Rundschreibenteil unter den Amtlichen Bekanntmachungen auf Seite 36.)

Ein Antrag bezüglich der Schweinegrippeimpfung wurde an den Vorstand überwiesen. Die Vertreter forderten den Vorstand darin auf, keine endgültige Vereinbarung mit dem Sozialministerium zu treffen, solange Details nicht geklärt sind, wie etwa die Diskussion über die Unbedenklichkeit der Impfung oder die Verquickung der STIKO mit der Pharmaindustrie.

Bezüglich der Ausnahmeindikation Heilmittelverordnung wurde beschlossen, dass der Vorstand innerhalb von vier Wochen mit den Krankenkassenvertretern in Neuverhandlungen bezüglich der Umsetzbarkeit der Codierung treten soll.

An den Vorstand überwiesen wurde die Resolution zum Qualitätsindikatorenkonzept der KBV. Das Konzept soll die Qualität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung messen. Es wird von der VV sehr kritisch gesehen, weil die Qualitätsindikatoren, so wie sie aktuell konzipiert sind, die Qualität der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht zutreffend abbilden können und obendrein auch noch honorarsteuernd eingesetzt werden sollen. Indiskutabel sei insbesondere, die Zuschläge für „gute“ Qualität per Umverteilung dem ohnehin knappen Gesamthonorar, das für die Regelversorgung zur Verfügung steht, zu entziehen. Weiter forderte die VV, den Beschluss des Bewertungsausschusses zu Zu- und Abschlägen bei Über- und Unterversorgung rückgängig zu machen, da dieser Beschluss zum einen praktisch nicht umsetzbar sei und zum anderen zu Fehlsteuerungen führe.

Die VV beschloss ferner, die Regelung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Unterstützung förderungswürdiger Leistungen zur Verhinderung ungewollter Honorarverluste in Baden-Württemberg umzusetzen.

der Ärzte im Vergleich zum Honorar im 1. Quartal 2008 eine geringere Vergütung. Die genaue Aufschlüsselung nach Arztgruppen kann dem Beitrag auf den Seiten 2 bis 5 entnommen werden.

Kern des Vortrages der Vorsitzenden der Vertreterversammlung Dr. Birgit Clever war die Forderung nach mehr

Regionalisierung statt Zentralismus. Sie sprach sich resolut gegen die Bestrebungen der KBV aus, KBV und KVen neuerlich umzustrukturieren und dabei den Landes-KVen ihre Selbstständigkeit zu nehmen. Angedacht sei, die Vertreterversammlungen der Länder abzuschaffen und die Landes-KVen zu Verwaltungsstellen der KBV zu degradieren. „Ich

selbst bin eine entschiedene Gegnerin dieser Ideen und hoffe, dass auch Sie der Auffassung sind, dass das föderale Prinzip erhalten bleiben soll“, unterstrich Clever. Eine entsprechende Resolution zum Erhalt der regionalen Strukturen wurde von der Vertreterversammlung einstimmig angenommen. ✓

Kassenärztetag spricht sich gegen Zentralismus in der Gesundheitspolitik aus



Regionalforum mit Beratungsangeboten und Vorträgen zu aktuellen Themen

Einmal im Jahr zieht die KV Baden-Württemberg in die Regionen des Landes, um den Ärzten ein bewährtes Fortbildungsprogramm anzubieten. Im Oktober gastierte das so genannte Regionalforum in Leinfelden-Echterdingen. Auf dem Programm standen die Schwerpunktthemen „Vergütung 2010“ und „Qualitätsmanagement“. Erstmals beim Regionalforum mit dabei war die politische Podiumsdiskussion der Kassenärztlichen Vereinigung, der traditionelle „Kassenärztetag“, der ehemals auf der Messe Medizin stattfand und zukünftig mit dem Regionalforum in Baden-Württemberg auf die Reise geht. Zum Thema „Das Gesundheitswesen nach der Wahl – wie geht es weiter“ diskutierten namhafte Politiker. Auch der baden-württembergische Ministerpräsident Günther Oettinger war zu dieser Veranstaltung gekommen.

In seiner Ansprache unterstützte er die Forderung der Ärzteschaft, dem Zentralismus im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Eine entsprechende Resolution hatten die Vertreter schon

einen Tag zuvor auf ihrer Vertreterversammlung verabschiedet. Oettinger unterstrich: „Gerade im Gesundheitswesen haben sich föderale und regionale Lösungen bewährt. Sie werden den gewachsenen Strukturen in den Regionen eher gerecht als zentrale Vorgaben aus Berlin.“ Darüber hinaus stellte er fest: „Die Honorarreform war zwar mit großen Erwartungen angekündigt, doch sie ist definitiv gescheitert und genügt dem Grundsatz der Gerechtigkeit und des Leistungsprinzips in keiner Weise.“ Das Versprechen der Politik, ein eventuelles Defizit in der ärztlichen Gesamtvergütung für das Jahr 2009 auszugleichen, bestätigte Oettinger: „Wir haben die Zusage der Bundeskanzlerin, dass die Abrechnung im Jahr 2009 in keinem Land eine Verschlechterung gegenüber den Ergebnissen von 2008 bedeuten kann.“

Mit der Situation des Gesundheitswesens nach der Wahl beschäftigte sich die Politikerrunde beim Kassenärztetag. Dr. Ulrich Noll (FDP MdL), Biggi Bender (Bündnis 90/Die Grünen

MdB), Andreas Hoffmann (CDU MdL) und Peter Friedrich (SPD MdL). Während Günther Oettinger dem Gesundheitsfonds noch bescheinigt hatte, er sei weder so gut wie von seinen Erfindern plakatiert, noch so schlecht, wie mancherorts behauptet, sondern mittelmäßig, sprach das Podium deutlichere Worte gegenüber dem Gesundheitsfonds aus. Der Fonds sei eine „Geldabsaugmaschine“, er sei „nicht nur mittelmäßig, sondern grottenschlecht“ (Noll), „sein Wesen sei Vereinheitlichung“ (Bender), er sei „nicht nur Kapitalsammelstelle, sondern Zuteilungsinstrument“ (Noll), man müsse „ihn dringend grundlegend umbauen“ (Hoffmann). „Der Gesundheitsfonds muss weg“ forderte auch der Vorstandsvorsitzende der KV Baden-Württemberg, Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer. „Der Verlust der regionalen Beitragssouveränität der Kassen war ein schlimmer Fehler und hat letztendlich auch zu den dramatischen Verwerfungen der Ärztehonorare in Baden-Württemberg beigetragen.“

Bei der Diskussion darüber, wie man in Zukunft das Dilemma der Finanzierung der Kosten im Gesundheitswesen lösen sollte, kristallisierte sich heraus, dass die Eigenverantwortung der Patienten gestärkt werden sollte, indem man gewisse Leistungen aus der Regelversorgung herausnimmt oder den Zusatzbeitrag von derzeit geplanten ein Prozent erhöht.

Das Podium sprach sich auch klar für die Erhaltung einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung aus. Unverzichtbare Voraussetzung hierfür sei der Kollektivvertrag. Diesen könnten Selektivverträge unter den Bedingungen eines freien Wettbewerbs ergänzen.

Ein Votum für den Erhalt der KVen sprach Biggi Bender aus. Sie bescheinigte den KVen, dass es dazu keine Alternativen gäbe: „Diejenigen, die sie weg haben wollen, haben nicht gesagt, wie die flächendeckende Versorgung ohne KV aussehen soll.“

Fazit der Diskussion war einmal mehr: In der Gesundheitspolitik gibt es mehr Probleme als Lösungsansätze. Was die neue Regierung daraus machen wird, bleibt abzuwarten.

Während bei der Podiumsdiskussion über die Zukunft der Gesundheitspolitik diskutiert wurde, kümmerten

sich KV-Mitarbeiter im Foyer der Filderhalle um die konkreten Probleme ihrer Mitglieder. An Ständen boten sie ein Beratungsangebot zu den Themenschwerpunkten Qualitätssicherung und -Förderung, Zulassung und Sicherstellung, hier besonders die Niederlassungsberatung. Weiter wurde über Verträge der KVBW informiert, wie etwa über neue Versorgungsformen und Vertragsmodelle. Gefragte Themen waren auch die elektronische Gesundheitskarte, Telematik oder Fortbildung. Das Verordnungsmanagement informierte zur rationalen Pharmakotherapie und wirtschaftlichen Verordnungsweise.

Ein umfassendes Serviceangebot rund um die Arztpraxis gab es auch bei den Fachvorträgen des Regionalforums. Nach der Begrüßung referierte Dr. Michael Viapiano als Mitglied der QM-Kommission über erste Erfahrungen in der Praxis nach fünf Jahren Qualitätsmanagement. Erste Ergebnisse hierüber erzielte die QM-Kommission mit einer Stichprobenprüfung im vergangenen Jahr. Nach der Erhebung wurden knapp 450 Vertragsärzte stichprobenartig nach dem Stand der Umsetzung von QM befragt. Danach ist die Mehrheit der baden-württembergischen Ärzte in der Durchführung von QM bereits weit fortgeschritten. Dabei orientierten sie sich überwiegend an etablierten QM-Systemen wie etwa DIN ISO (41 Prozent), 35 Prozent setzen auf QEP, weitere elf Prozent nutzen das Modell des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten q@bvvp.de Viapiano sprach auch über konkrete Umsetzungsmöglichkeiten von QM. Eine verlässliche Selbstbewertung, Klärung von Verantwortlichkeiten, konkrete

Zielsetzungen und vor allem ein Fehler- und Beschwerdemanagement seien hier wichtige Stichworte.

„DATENSCHUTZ AM PRAXISEMPFANG“

Wenn Patienten am Empfang mit den Helferinnen über ihre Krankheiten sprechen, ist dies datenschutzrechtlich bereits bedenklich, weil andere Patienten das Gespräch mitverfolgen könnten. Ebenso kritisch ist es, wenn das Praxispersonal Arztpost dort bearbeitet, wo andere Einblick haben oder Fremde eventuell in der Praxis das Faxgerät einsehen können. Darüber informierte QEP-Trainerin Ute Wutzler in einem Fachvortrag zum Thema „QM und Datenschutz in der Praxis“. Wutzler gab einen Überblick darüber, was die ärztliche Schweigepflicht umfasst und wie lange sie währt. So sind Ärzte beispielsweise auch nach dem Tod des Patienten zur Schweigepflicht verpflichtet, auch gegenüber anderen Ärzten oder Familienangehörigen.

Über Qualität und Hygiene in der Arztpraxis und rechtliche Rahmenbedingungen referierte Babett Hartung. Ein Schwerpunkt war dabei die Frage: Wie kann ich Qualitätsmanagement im Bereich der Hygiene und gesetzliche Rahmenbedingungen umsetzen? Sie stellte zudem Möglichkeiten vor, QM in der Hygiene systematisch und praxisrelevant umzusetzen, beispielsweise mit einem Hygieneplan. Häufig gestellte Nachfragen aus der Ärzteschaft kamen dabei zu den Themen „Sachkundekurs zur Aufbereitung von Medizinprodukten“ und „Risikobewertung von Medizinprodukten“.

Der Stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Herz referierte wie schon in der Vertreterversammlung über die Situation der vertragsärztlichen Vergütung.



Von links nach rechts: Andreas Hoffmann (CDU MdL), Biggi Bender, (Bündnis 90/Die Grünen MdB), Peter Friedrich (SPD MdB), Dr. Ulrich Noll (FDP MdL). In der Mitte: Moderator Andreas Mihm





Streit um Systematik der Bereinigung geht weiter

Konvergenzregelung wird in einer Sonder-VV weiter diskutiert

Heute ist ein schlechter Tag – so eröffnete Dr. Birgit Clever am 2. Dezember die Vertreterversammlung (VV) der KVBW in Stuttgart. Die VV-Vorsitzende bezog sich damit auf den nach wie vor fehlenden Beschluss des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses (E-BA) zur Bereinigung der Selektivverträge. Am 1. Dezember war das Gremium zusammengekommen, vertagte sich jedoch ein weiteres Mal auf den 9. Dezember. Die Delegierten befassten sich deshalb erneut mit der Frage: Wie soll in Baden-Württemberg die Bereinigung im HzV-Vertrag durchgeführt werden?

Am 1. Dezember hatte eine Expertenanhörung durch Vertreter der KV Baden-Württemberg und Bayerns sowie der AOK Baden-Württemberg im Bewertungsausschuss stattgefunden. „Die Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Krankenkassen waren jedoch zu weit auseinander, sodass kein Beschluss gefasst werden konnte. Daher die Vertagung auf den 9. Dezember“, erklärte Vorstandsmitglied Dr. Thomas Zalewski, der auch Mitglied im Bewertungsausschuss ist.

Aus seiner Sicht gibt es keine eindeutig richtige oder eindeutig falsche Lösung: „Da treffen zwei völlig un-

terschiedliche Systeme aufeinander, die nicht so einfach kompatibel sind. Es gibt einen logischen Bruch in der Betrachtungsweise: Einerseits die Orientierung an der Morbidität (also eine Versicherten-bezogene Betrachtungsweise), andererseits die Durchschnittsbetrachtung (also die mathematische Division bei der Berechnung der Regelleistungsvolumen). Eine der Schwierigkeiten besteht hierbei vor allem darin, die versichertenbezogene Bereinigung der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) durch die AOK BW in Einklang zu bringen mit der behandlungsfallbezogenen Ermittlung der RLV im Kollektivvertrag.

Alle Hausärzte, die am HzV-Vertrag teilnehmen, erhalten ihr Honorar für die eingeschriebenen HzV-Patienten von der AOK Baden-Württemberg über die hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG). Diese Patienten werden nicht über die KV abgerechnet. Im Gegenzug reduziert die AOK die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung der KV Baden-Württemberg – im 1. Quartal 2009 betrug die Bereinigungssumme zehn Millionen Euro. Die KVBW muss diesen Betrag nach Trennung der Gesamtvergütung bei der Bildung der RLV im hausärztlichen Bereich bereinigen.

Nach welcher Systematik dies geschehen soll, darüber gibt es unterschiedliche Auffassungen.

Es folgte eine intensive und teilweise emotionale Diskussion. Der Glaubenskrieg entzündet sich an der Frage: Wie viel Beteiligung ist Benachteiligung? Kann man als am HzV-Vertrag nicht teilnehmender Arzt zwar von der Bereinigung betroffen, aber nicht durch sie benachteiligt sein? Ist es „gerecht“ eine Bereinigung über alle eingeschriebenen HzV-Versicherte bei eingeschriebenen Ärzten durchzuführen oder nur über diejenigen, die auch Behandlungsfälle im Quartal geworden sind?

Die Dres. Baumgärtner und Dietsche beantragten daher, den Beschluss aus der vorherigen Sitzung, der eine Neuberechnung (rückwirkend bis auf das Quartal 1/09) der praxisindividuellen RLV im hausärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Bereinigung auf Grund von Selektivverträgen beinhaltet, nun umzusetzen. Dieser Antrag wurde mehrheitlich angenommen.

In der Sitzung im Oktober hatte die VV den Beschluss gefasst, der eine Neuberechnung der RLV im haus-

ärztlichen Versorgungsbereich forderte und einen entsprechenden Algorithmus zur Bereinigung enthielt. Die Delegierten kritisierten, dass dieser Beschluss bis jetzt nicht umgesetzt worden sei. Dr. Hoffmann-Goldmayer erläuterte die Gründe: Eine Umsetzung des Beschlusses der Vertreterversammlung beinhaltet eine Veränderung der Regelleistungsvolumen für alle Hausärzte und dies müsste nach eindeutiger Vorgabe des Sozialministeriums Baden-Württemberg und nach einem Rechtsgutachten einer namhaften Kanzlei gemeinsam mit allen Krankenkassen im Land einvernehmlich vereinbart werden. Es hatte sich jedoch frühzeitig in Verhandlungen mit den Vorständen der Krankenkassen abgezeichnet, dass eine solche Einigung nicht herbeizuführen sei. Wenn eine derartige Vereinbarung im Land nicht einvernehmlich und gemeinsam erzielt werden kann, ist der Beschluss der Bundesebene verpflichtend.

Dazu Dr. Hoffmann-Goldmayer weiter: „Wir sind nach wie vor der Auffassung, dass der erwartete neue Beschluss des EBA zur Bereinigung, wie er dann am 9. Dezember von der Bundesebene endgültig gefasst wird, eben genau diese Rechtssicherheit endlich schafft und dieser dann auch eine rückwirkende Umsetzung für das Jahr 2009 rechtskräftig und abschließend vorgibt. An einen derartigen Beschluss müssen sich, wenn keine abweichende regionale Vereinbarung erzielt werden kann, alle halten und diesen umsetzen. Dazu hat sich der Vorstand der KVBW bereits klar bekannt.“

Mit großer Mehrheit verabschiedete die Vertreterversammlung eine Resolution, die den Vorstand auffordert, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass durch entsprechende Bereinigungsverfahren und Änderungen der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung auch künftig diejenigen Ärzte, die nicht an den Selektivverträgen teilnehmen, nicht belastet werden dürfen. Diese Forderung der

Vertreterversammlung war auch bisher stets von den Vertretern der KVBW in den jeweiligen Gremien nachhaltig vertreten worden.

Gegen den Vorwurf, er schüre bei den Fachärzten Ängste gegen die Selektivverträge, verwahrte sich Dr. Wolfgang Herz: „Ich habe im beratenden Fachausschuss darauf hingewiesen, dass die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung von Jahr zu Jahr durch den Abzug der Bereinigungssumme geschmälert wird. Davon sind in Zukunft auch die Fachärzte betroffen, wenn nicht der Trennungsfaktor angepasst wird und ich sehe darin eine große Gefahr.“ Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende kündigte an, die KVBW werde auf der Bundesebene genau darauf achten, dass dieser Effekt nicht eintritt.

Sonder-VV

Zu vorgerückter Stunde einigte man sich auf eine Fortführung der Diskussion im Rahmen einer Sonder-Vertreterversammlung. Diese wurde auf den 18. Dezember 2009 festge-

setzt. Wichtigstes Thema wird dann die Fortführung der Konvergenzregelung („Rettungsschirmregelung“) in Baden-Württemberg sein. Dann liegt auch der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Bereinigung vor und es wird zu diesem Thema mehr Klarheit geschaffen worden sein.

Haushalt 2010

Im nichtöffentlichen Teil der Vertreterversammlung berieten die Delegierten den Haushaltsplan für das Jahr 2010. Der Haushalt der KVBW wurde verabschiedet.

Personalien

Aus der VV scheidet Dr. Richard Barabasch als Mitglied aus und wurde verabschiedet. Sein Nachfolger im Bezirksbeirat der Bezirksdirektion Karlsruhe wird Dr. Christoph Kaltenmaier. Die Nachfolge als stellvertretendes Mitglied im Finanzausschuss tritt Dr. Udo Schulte an. Als Stellvertreter in den beratenden Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung wurde Dr. Christoph Venedey aus Konstanz gewählt. ✓



Dr. Wolfgang Herz: „Der Trennungsfaktor muss angepasst werden.“

Die Anzahl der Qualitätszirkel in Baden-Württemberg nimmt weiter zu

Qualitätsbericht dokumentiert Erfolge in der Qualitätssicherung

Der aktuelle Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg für das Berichtsjahr 2008 belegt erneut eindrucksvoll das qualitativ hervorragende Versorgungsniveau in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg. Dieses wird von der KVBW gemeinsam mit ihren rund 19.000 Mitgliedern sichergestellt, so Dr. Wolfgang Herz, stellvertretender Vorsitzender der KVBW in seinem Vorwort zum Qualitätsbericht.

Auf 148 Seiten wird über aktuelle und zukünftige Themen der Qualitätsförderung sowie über die vielfältigen Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung informiert. Interviews mit den Vorsitzenden von drei beispielhaft ausgewählten Qualitätssicherungs-Kommissionen geben in diesem Jahr einen Einblick in die Selbstverwaltungsgremien. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind übrigens gesetzlich dazu verpflichtet, die Ziele und Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.

Inzwischen unterliegen mehr als zwei Drittel der vertragsärztlichen Leistungen einer besonderen Qualitätssicherung. Allein auf Grund von bundesrechtlichen Qualitätssicherungsvereinbarungen wurden im Jahr 2008 vom Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVBW 11.371 (2007: 7.917) Genehmigungsanträge in 42 (2007: 41) verschiedenen Leistungsbereichen bearbeitet. Davon konnten 11.229 (2007: 7.783) Genehmigungen erteilt werden,

während 142 (2007: 91) Anträge abgelehnt werden mussten. 14 (2007: 72) Genehmigungen mussten im Berichtsjahr wegen Nichterfüllen der Qualitätsanforderungen widerrufen werden. Im Berichtszeitraum stieg somit die Anzahl der bearbeiteten Genehmigungsanträge exorbitant um 3.454 Anträge, also über 43 Prozent Zuwachs gegenüber dem Vorjahr.

Die meisten Genehmigungen wurden in den Bereichen des Hautkrebs-Screenings (4.991), im Ultraschall (2.251) und der Psychotherapie (919) erteilt. Insgesamt bestanden zum Stichtag 31. Dezember 2008 allein auf der Grundlage bundesrechtlicher Qualitätssicherungs-Vereinbarungen 58.797 Genehmigungen.

Ein weiteres Element der Qualitätssicherung sind die Qualitätszirkel. Die Anzahl der aktiven, von der KVBW anerkannten und geförderten Zirkel lag im Jahr 2008 bei 686 (Vorjahr 682). Die KVBW unterstützt die Qualitätszirkel mit einer Aufwandspauschale sowie speziellen Fortbildungsangeboten für die Moderatoren.

Als besonderen Service bietet die KVBW ihren Mitgliedern und deren Praxispersonal ein umfangreiches Qualifizierungs- und Fortbildungsangebot an. Zum Thema Qualitätssicherung und -förderung wurden 362 Fortbildungsveranstaltungen mit 8.957 Teilnehmern durchgeführt. Alleine im Rahmen des zum 1. Juli 2008 neu eingeführten Früherkennungsprogramms zum Hautkrebs-

Screening wurden im Zeitraum August bis Dezember 82 zentrale und dezentrale Qualifizierungskurse mit 3.529 Hausärzten veranstaltet.

Ein weiteres aktuelles Kursangebot betrifft den Bereich Hygiene und Medizinprodukte. Hier wurden auf Grund der großen Nachfrage elf Sachkundekurse mit 279 Teilnehmern durchgeführt.

Großer Beliebtheit erfreuen sich auch die Kursangebote der Management-Akademie (MAK) der KVBW. Zum Spektrum gehören beispielsweise betriebswirtschaftliche Seminare, Qualitätsmanagement und EDV-Kurse.

Der Qualitätsbericht informiert auch über den bei der KVBW bestehenden Patientenservice in Form eines Patiententelefon („Medcall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“) sowie der Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen. ✓

 Mehr dazu im Internet

www.kvbawue.de → Zugang für Mitglieder → Publikationen → Qualitätsbericht



MEDIZIN 2010 mit erweitertem Rahmenprogramm

Stuttgarter Fachmesse für Ärzte und medizinisches Fachpersonal



Foto Messe Stuttgart

Vom 29. bis 31. Januar findet auf der Neuen Messe in Stuttgart die MEDIZIN 2010 statt. Veranstalter sind die Messe Stuttgart und die Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Neben Produktneuheiten an den Messeständen und Fortbildungsmöglichkeiten im Kongress wird ein Rahmenprogramm geboten, um Ärzten, Praxispersonal und Psychotherapeuten im Südwesten wichtige Themen aus dem Gesundheitswesen zu vermitteln. Eine neue Attraktion der MEDIZIN 2010 ist ein begehrtes Modell des menschlichen Darms. Die Kunstausstellung „by heart – Dein Herz entscheidet“ soll zur Organspende motivieren. Beim Vortrag „Zukunftsmarkt Gesundheit“ werden Thesen zu den Themen Selbstverantwortung, Individualisierung und Effektivität aufgestellt und diskutiert.

Der 45. Kongress der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg bietet vielfältige Möglichkeiten zum fachlichen Austausch auf hohem Niveau sowie berufliche Fortbildung. Die Bandbreite der Vorträge und praktischen Übungen reicht von Medizinischer Prävention über Notfallmedizin bis hin zu Updates für Fachdisziplinen, Qualitätssicherung in der Praxis und Abrechnung mit den Kassen.

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg veranstaltet am Samstag, den 30. Januar erstmals einen „Tag der Qualität“. Schwerpunkte dieser Tagung sind Qualitätssicherungsmaßnahmen zu den Themen Bronchialkarzinom, Hämotherapie, Röntgen und Präklinische Notfallrettung. Zielgruppen der Veranstaltung sind sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzte. Weitere Informationen und Anmeldung: www.aerztekammer-bw.de

Zum zweiten Mal wird auf der MEDIZIN 2010 der Themenpark „Präventionsmedizin“ präsentiert. In dem Beratungsparcours rund um individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) können sich die Ärzte über diagnostische sowie therapeutische Leistungen im Bereich der Prävention informieren. Das Angebot reicht von Diagnostik, Pharma- und Medizintechnik bis zu Dienstleistungen. Trends und Produktneuheiten von den Messeständen werden in Vorträgen wieder aufgegriffen.

Weitere Bausteine im Rahmenprogramm der MEDIZIN 2010 sind die Seminare des Hartmannbunds für Medizinstudenten sowie angestellte Ärzte, das MTA-Forum des Deutschen Verbands der technischen Assistentinnen/Assistenten in der Medizin e.V. sowie das Netzwerktreffen, das von den Kreiskliniken Esslingen initiiert wurde und im Januar bereits zum zweiten Mal stattfindet.

Am Samstag, den 30. Januar 2010 findet von 10.00 Uhr bis 17.30 Uhr der alljährliche Tag der medizinischen Fachangestellten/Arzthelferin statt. Bei der Veranstaltung besteht

die Möglichkeit, Vorträge zu verschiedenen Themen zu besuchen wie etwa zum Thema „Wie sag ich’s meinem Chef?“, mit Tipps und Hinweisen für eine gute Kommunikation zwischen der Praxisleitung und den Mitarbeiterinnen in der Praxis oder den sicheren Umgang mit Konfliktgesprächen.

Den Helferinnen wird am Nachmittag ein besonderes Angebot gemacht, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. Wie Stress vermieden werden kann, demonstriert beispielsweise der Workshop „Selbstpflege für Gesundheits-Profis“. Hierzu erläutert die Referentin praxisnahe Entspannungs- und Verwöhnübungen, die die Besucher aktiv durch Yogaübungen ausprobieren können.

Während des gesamten Tages besteht zudem die Möglichkeit, die Informationsstände der KVBW sowie des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. zu besuchen und Fragen an die Mitarbeiterinnen zu stellen.

Veranstaltungsort:
Messe MEDIZIN 2010
Landesmesse Stuttgart GmbH
Messeplatz 1, 70629 Stuttgart
www.messe-stuttgart.de/medizin

Ein Programm zur MEDIZIN 2010 liegt dieser Ausgabe von **ergo** als Anlage bei. Weitere Informationen zum Tag der Medizinischen Fachangestellten und zur Anmeldung ebenfalls in der Anlage in der „Beilage für die Medizinische Fachangestellte.“

Die MEDIZIN 2010 ist ausgewiesen mit bis zu 22 Fortbildungspunkten.



Web-TV der KBV und der KVen geht auf der Homepage auf Sendung

Schnelle Informationen durch audiovisuelle Aufbereitung

Das Internet als ständig sprudelnde Quelle für schnelle Informationen ist aus der Arbeitswelt nicht mehr wegzudenken. Podcast heißt hier das neue Zauberwort für alle, die die Informationen audiovisuell aufbereitet bevorzugen. Die KBV und die KVen haben sich jetzt zusammengetan, um die Produktion solcher Mediendateien auf den Weg zu bringen. Gemeinsam wollen sie ein Web-TV der KVen produzieren.

Leitidee hierbei war, Informationen möglichst schnell, kostengünstig und einfach zu den Ärzten und Psychotherapeuten zu bringen. KV-Mitglieder könnten damit zielgerichtet angesprochen werden, auch diejenigen, die eher im Internet surfen, als sich den Printmedien zu widmen. Der Vorteil: Ein Filmbeitrag dauert nur ein paar Minuten, die gewünschte Information ist für den User also besonders schnell abrufbar, während das Lesen eines Artikels wesentlich mehr Zeit in Anspruch nimmt. Das Web-TV soll dabei die Printmedien der KVen nicht ersetzen, sondern sinnvoll ergänzen. Die Themenvielfalt ist groß. Denkbar ist es beispielsweise, politische Statements der KVen und der KBV ins Netz zu stellen, Serviceangebote der KVen anzubieten oder Informations- und Lehrfilme aus dem Bereich Fort- und Weiterbildung zu produzieren. Kurz und prägnant könnten praktische Fragen beantwortet werden wie „Wie installiere ich mein Lesegerät?“ oder „Wie kodiere ich richtig?“. Vermittelt werden könnte auch Hintergrundwissen zum Thema Gesundheitswesen. Politische Diskussionsveranstaltungen lassen sich bequem

zu Hause am Rechner anschauen, Animationen und Graphiken veranschaulichen dabei schwierige Zusammenhänge.

KVon – so heißt das gemeinsame Web-Fernsehen der KBV und der KVen im Arbeitstitel – wurde zwischenzeitlich der KBV-Vertreterversammlung vorgestellt. Das Konzept gefiel; insbesondere sei die Möglichkeit sinnvoll, Ärzte und Psychotherapeuten im Internet direkt anzusprechen, da die Informationsdichte in den Arzt- und Psychotherapeutenpraxen sehr hoch sei.

Bei der Verwirklichung von KVon könnte die größte Herausforderung eines gemeinsamen aktuellen Web-Programms darin bestehen, Themen zu finden, die sowohl für die KBV als auch für die KVen, also bundesweit und regional interessant sind. Möglich wird dies durch eine „Modulbauweise“, in der die KBV und die KVen ihre Berichte zukünftig zusammenbauen wollen. Das heißt, die KBV filmt einen Bericht zu einem gesundheitspolitischen oder berufsspezifischen Thema, beispielsweise über den Deutschen Ärztetag, der für alle KVen relevant ist. Hinzu kommen regionale Module als O-Töne (Originaltöne von den Interviewten), die auf jede KV und ihre individuelle Situation passgenau zugeschnitten sind. Denkbar sind hier beispielsweise O-Töne von Vorstandsvorsitzenden oder KV-Experten. Die KBV will in Zukunft etwa 30 solcher Filmbeiträge im Jahr produzieren, die KVen ergänzen mit regionalen Inhalten. Es besteht langfristig auch die Möglichkeit, dass eine KV einen Beitrag komplett selbst produziert



und ihn den anderen KVen beziehungsweise der KBV zur Verfügung stellt.

Um die praktische Umsetzung hat sich zunächst einmal die KBV gekümmert und im Herbst einen Testlauf – die Berichterstattung über „KBV Kontrovers“ – produziert. Schnell und praktisch wurde dieser erste Bericht über E-Mail in die KVen geschickt, es folgte eine erste Manöverkritik.

In der Startphase übernimmt eine externe TV-Firma die technische Realisation der Filmproduktion für die KBV und die KVen. Geplant ist aber, die TV-Beiträge mittelfristig eigenständig herzustellen. In einer Mediathek sollen die Filme der KVen gesammelt werden, um sie bei Bedarf parat zu haben. In ständigen Redaktionskonferenzen werden die Themen für das Web-TV festgelegt – die erste wird in diesem Dezember stattfinden. Im Jahr 2010 schließlich soll das Web-TV an den Start gehen. ✓

 **Mehr dazu im Internet**

Der Bericht zu „KBV Kontrovers“ kann unter www.kbv.de/13119.html angesehen werden.



Sektorenübergreifende Bedarfsplanung fehlt auch in anderen Ländern

Europäischer Gesundheitskongress in München wirft Blick über die Grenzen

Unter dem Motto „Weichenstellung für das Gesundheitssystem“ fand im Oktober der 8. Europäische Gesundheitskongress statt. Mehr als 700 Teilnehmer trafen sich in München, um über die aktuellen Chancen und Risiken im Gesundheitswesen zu debattieren, internationale Vergleiche zu ziehen und der Politik auf den Zahn zu fühlen.

„Patientenmobilität“ und „Patientensteuerung“, „integrierte Versorgungsplanung“, „neue Kooperationsformen der Leistungserbringer“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“ sind nur einige der Stichworte, zu denen intensiv diskutiert wurde. Neben zahlreichen Fachvorträgen und Podiumsdiskussionen gab es in Workshops die Gelegenheit, Themen vertieft zu bearbeiten.

„Medizinische Versorgung: Brauchen wir eine integrierte Versorgungsplanung ambulant, stationär, poststationär?“ war die Frage, der KVBW-Vorstandsvorsitzender Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer sich zu stellen hatte. Er war als Podiumsteilnehmer eingeladen worden und bestritt unter anderem mit Dr. Axel Munte, KV-Vorstandsvorsitzender in Bayern, die Diskussion unter Moderation von Professor Günter Neubauer, dem wissenschaftlichen Leiter des Kongresses.

Zuvor hatten Referenten aus der Schweiz, Südtirol und Österreich ihr Gesundheitssystem unter besonderer Berücksichtigung der dortigen Bedarfs-

und Versorgungsplanung vorgestellt. Dr. Richard Theimer, Landesrat für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen - Südtirol, erläuterte die Südtiroler „Sprengelplanung“. Hierbei kam deutlich heraus, dass auch ein staatlich kontrolliertes Gesundheitswesen seine Probleme in der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und insbesondere außerhalb der Krankenhäuser hat.

Dr. Carlo Conti, Regierungsrat im Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, sprach über die Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Er stellte diese Problematik in Hinblick auf die in der Schweiz ebenfalls eingeführten DRG-Regelungen (Diagnosebezogene Fallgruppen) dar. Er zeigte aber auch auf, dass es eben in der Schweiz keine Einschränkungen der Öffnung von Krankenhausambulanzen im Wettbewerb zum niedergelassenen Arzt gibt. Insofern würden die Krankenhäuser unter DRG-Bedingungen zunehmend mehr in den ambulanten Bereich eingreifen.

Aus Österreich referierte zum Thema „Gut geplant = Gut versorgt?“ Hofrat Professor Dr. Josef Kandlhofer, Generaldirektor beim Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, über „Neue Strukturen im Gesundheitswesen und die Versorgungssicherung der Zukunft“. Für Verwirrung und auch Heiterkeit bei vielen Zuhörern sorgten die Begriffe „intramural“ und „extramu-

ral“. In Österreich bezeichnet man mit „intramural“ den Bereich der Krankenhäuser im Gegensatz zum „extramural“ als dem Bereich der niedergelassenen Versorgung.

Alle Redner legten konkret dar, wie sie sich innovative Gesundheitspolitik künftig vorstellen. Dieser Blick über den Tellerrand und die Vergleiche der verschiedenen Gesundheitssysteme gab dann auch Impulse in der sich anschließenden Diskussion. Diese fand statt unter dem thematischen Dreiklang „Kassenärztliche Vereinigungen – Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – Krankenhausplanung“ und der provokanten Frage: „Mehr Freiheit = Mehr Koordinierungsbedarf?“ Hier diskutierten Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der KV Bayerns, Dr. Gerhard Knorr aus dem bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit und Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer.

„SCHWIERIGKEITEN
AUCH BEI DER
QUALITÄTSSICHERUNG“

Für Dr. Hoffmann-Goldmayer zeigte sich aus den Vorträgen und Vergleichen ganz klar, dass beim Thema „Integrationsversorgung“ in den Nachbarländern dieselben Probleme bestehen wie auch in Deutschland: „Die sektorale Trennung ist nirgends

überwunden.“ Er legte in seinem Vortrag die Schwierigkeiten dar, die derzeit einer solchen Überwindung im Wege stehen: So gibt es keine sektorenübergreifende Bedarfsplanung. Das gleiche gilt aber auch für die Qualitätssicherung. Solange diese beiden Institutionen nicht sektorübergreifend geregelt sind, wird diese Trennung noch lange Bestand haben. Am Beispiel der Belegärzte zeigte er auf, dass es allerdings auch heute schon eine sehr gute und im Interesse der Versorgung liegende Kooperation zwischen dem Krankenhaus und den niedergelassenen Belegärzten gibt. Lediglich die schlechte Vergütung stünde einer weiteren Entwicklung derzeit im Weg.

Für den KV-Vorstand war es mit seiner Teilnahme an der Veranstaltung besonders wichtig, als Vertreter der Niedergelassenen Präsenz zu zeigen und dem traditionell auf solchen Kongressen stark vertretenen stationären Sektor nicht das Diskussionsfeld zu überlassen. Erstmals wurde in diesem Jahr auch ein spezieller Teil des Kongresses der Thematik „Bayern trifft Baden-Württemberg“ gewidmet. Durch die Präsenz der Repräsentanten der beiden Landesministerien und zahlreicher Referenten aus Bayern und Baden-Württemberg zu den Themen Reha, Prävention und auch Heilbäder waren die beiden Länder gut vertreten.

Intensiv wurden während des gesamten Kongresses besonders inoffiziell Meinungen, Mutmaßungen und

Gerüchte über die zukünftige Gesundheitspolitik der neuen Regierung ausgetauscht. Auch wenn der Koalitionsvertrag der neuen Regierung zu diesem Zeitpunkt noch nicht verabschiedet war, gab es doch die unterschiedlichsten Meinungen über dessen Inhalt und Auswirkungen auf die künftige Gesundheitspolitik. So kurz nach der Bundestagswahl war es vielen Interessenvertretern ein besonderes Anliegen, die eigene Position bei den anwesenden Politikern zu Gehör zu bringen.

Fazit der beiden Tage: Viele interessante und neue Impulse, viele Fragen, die beantwortet wurden, aber auch viele, die sich neu stellten. Der nächste Europäische Gesundheitskongress findet vom 30. September bis 1. Oktober 2010 in München statt. ✓

QUALITÄTSFÖRDERPREIS „GESUNDHEIT BADEN-WÜRTTEMBERG“ 2010 AUSGELOBT

Das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg und die im Gesundheitsforum Baden-Württemberg beteiligten Institutionen loben für das Jahr 2010 zum neunten Mal den mit insgesamt 15.000 Euro dotierten Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg aus. Die Robert Bosch Stiftung stellt hierfür das Preisgeld zur Verfügung.

Gefördert werden aktuelle, weitgehend realisierte Qualitätsprojekte im Bereich des Gesundheitswesens,

- die einen unmittelbaren Bezug zu Baden-Württemberg haben, das heißt hier entwickelt wurden und zur Anwendung kommen,
- die innovativen Charakter haben, das heißt, neue Ansätze der Qualitätsverbesserung aufzeigen, die noch nicht allgemein etabliert sind,
- die einen messbaren Beitrag zur Qualitätsverbesserung leisten (möglichst belegt durch einen Vorher-/Nachher-Vergleich),

- die sowohl einen Praxis- als auch einen konkreten Patientenbezug haben,
- bei denen der Nutzen den Aufwand überwiegt und
- die auf andere Einrichtungen übertragen werden können.

Die Ausschreibung richtet sich auch an niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer kann sich pro Ausschreibung mit einem Projekt bewerben. Qualitätsprojekte, die als solche bereits anderweitig prämiert wurden, sind von der Teilnahme ausgeschlossen.

Die diesjährigen Preisträger waren zu gleichen Teilen

- das Projekt „Heidelberger hausarztbasiertes Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz (HICMan)“ des Universitätsklinikums Heidelberg
- und

- das Projekt ‚Sektorübergreifende multidisziplinäre Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden‘ des Städtischen Klinikums Karlsruhe in Kooperation mit dem SRH-Klinikum Karlsbad-Langensteinbach.

Weitere Informationen über den Qualitätsförderpreis Gesundheit, einzureichende Unterlagen und das Teilnahmeformular können beim Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Abteilung 5, zu Händen Rosemarie Spengler, Postfach 10 34 43, 70029 Stuttgart (E-Mail: rosemarie.spengler@sm.bwl.de, Fax → 0711/123-3997) angefordert werden. Einsendeschluss für den Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg 2010 ist der 15. März 2010. ✓

 Mehr dazu im Internet

www.gesundheitsforum-bw.de



Arzneimittel-Einsparungen können Zusatzhonorar generieren

Konsequenzen von Arzneimittelrabattverträgen für Ärzte

Der jährlichen Einladung des Pharmapolitischen Arbeitskreises Süd und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) folgend, traf sich ein interessierter Kreis von Experten am 16. September zum 8. Haigerlocher Forum. Thematisiert wurden die Rabattverträge nach Paragraph 130a SGB V und deren Konsequenzen für den niedergelassenen Arzt.

Durch das Beitragssicherungsgesetz wurde bereits 2003 die Möglichkeit geschaffen, Rabattverträge zu vereinbaren. Doch erst vier Jahre später schuf der Gesetzgeber durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung die nötigen Anreize zur tatsächlichen Umsetzung.

Dr. Hoffmann-Goldmayer, Vorsitzender des Vorstandes der KVBW, wies darauf hin, dass die KVBW diese Entwicklung bereits von Anfang an konstruktiv begleitet habe, zum Beispiel durch den Abschluss der Kooperationsvereinbarung zur Förderung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung mit der AOK Baden-Württemberg (AOK BW). Ziel dieser Bemühungen und auch Hoff-

nung für die Zukunft sei es, durch Einsparungen im Arzneimittelbereich zusätzliches Honorar zu generieren. Unter diesem Aspekt sei der Abschluss von Rabattverträgen ein sinnvolles Instrument, auch wenn viele Fragen wie beispielsweise „Wer haftet bei Substitution in der Apotheke“, „Austauschbarkeit von Präparaten mit unterschiedlichen Indikationsgebieten“, „Compliance-Probleme“ und die Transparenz der Rabatte in Wirtschaftlichkeitsprüfungen offen seien.

Silke Baumann, Referentin des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), betonte, dass zwar die Erwartungen des BMG zu Umfang und Ausgestaltung der Rabattverträge noch nicht vollständig erfüllt seien, aber von keiner Fraktion die Abschaffung der gesetzlichen Regelung beabsichtigt werde. Dies auch, nachdem die Rabattverträge durch Anknüpfung an die Aut idem-Regelung und die Möglichkeit, rabattierte Arzneimittel von der Zuzahlung zu befreien, einen kräftigen Schub erfahren hätten. Insbesondere durch entsprechende Verträge im Original- beziehungsweise patentgeschützten Bereich ließen sich weitere Potenziale erschließen. Aktuelle

Probleme wie die Frage der Austauschbarkeit von Präparaten mit unterschiedlichen Indikationsbereichen seien noch einer Lösung zuzuführen.

Kritisiert wurde die Überregulierung durch die Politik und daraus resultierende Probleme durch den Geschäftsführer Marktordnung/Gesundheitswesen des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller, Dr. Ulrich Vorderwülbecke. Die Mischung staatlicher Regulierungsmechanismen mit wettbewerblichen Elementen sei konzeptionell nicht zielführend. Sein Verband erhoffe sich vom Gesetzgeber ein deregulierendes Signal wie beispielsweise die Abschaffung der Erstattungshöchstbeträge. Außerdem sei der Spielraum der Selbstverwaltung zur Schaffung flexibler Regelungen auf vertraglicher Basis zu erweitern.

Einen ausführlichen Abriss über die Gründe des Gesetzgebers zur Einführung der Rabattverträge gab der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der AOK BW, Dr. Christopher Hermann. Er betonte, dass die erste Ausschreibung der AOK BW eine „Aufdröselung des

verkrusteten Marktes“ bewirkt habe. Durch die Ausdehnung der Rabattverträge auf den patentgeschützten Bereich sei mit der Verlagerung der Preisverantwortung vom Arzt auf die Krankenkasse aus seiner Sicht ein wesentliches Ziel für den Arzt erreicht.

Schwierigkeiten durch häufigen Wechsel der Präparate, auftretende Unverträglichkeiten und fehlende Akzeptanz beim Patienten kritisierte Dr. Peter Grube, niedergelassener Allgemeinarzt aus Rottenacker. Der zusätzliche Beratungsbedarf führe zu einem enorm erhöhten Zeitaufwand in der Praxis des niedergelassenen Arztes. Lösungsansätze sah er bei bestehenden begrenzten Ressourcen weniger in überbordenden Regulierungsmechanismen, sondern vielmehr in der Betonung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten.

Der Vorsitzende des Bundesverbandes niedergelassener Kardiologen, Dr. Norbert Smetak, versprach sich im Bereich der patentgeschützten Präparate eine Entlastung durch Rabattverträge. Allerdings sei eine Beteiligung der Ärzte im Sinne einer leitlinienorientierten Auswahl von Rabattarzneimitteln wünschenswert. Im generischen Arzneimittelbereich sähen sich die Fachärzte mit ähnlichen Problemen konfrontiert wie die Hausärzte; hier bestehe noch Nachbesserungsbedarf.



Von links: Dr. Peter Grube, niedergelassener Arzt in Rottenacker, und Dr. Norbert Smetak, Vorsitzender des Bundesverbandes niedergelassener Kardiologen, kritisierten den erhöhten Beratungsbedarf bei den Patienten.

Von Dr. Michael B. Vetter, Vorstandsmitglied des Landesapothekerverbandes Baden-Württemberg, wurden eindrücklich die Probleme in der Umsetzung der Rabattverträge geschildert. Die Apotheken sähen sich zunehmend mit höheren Kosten für EDV-Aufrüstung und zusätzlichem Personal- und Schulungsbedarf infolge des zunehmenden Beratungsaufwandes konfrontiert. Neue Probleme seien durch Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zu erwarten, die in der Regel einen Substitutionsausschluss vom Arzt verlangen. Vehement kritisierte Dr. Vetter die Praxis einiger Krankenkassen, den Apotheken Verordnungen vollständig zu retaxieren, wenn diese ein anderes Arzneimittel als das rabattierte abgegeben haben.

Die Diskussion im Anschluss stellte die kritischen Punkte der Rabattverträge erneut anschaulich dar, insbesondere den ausufernden Beratungsaufwand verunsicherter Patienten bei niedergelassenen Ärzten ebenso wie bei Apotheken. Dr. Christopher Hermann betonte, dass die Gesamtkonzeption der Rabattverträge mit allen Beteiligten diskutiert und konsentiert worden sei, räumte jedoch ein, dass die in Einzelfällen bestehenden Probleme weiter analysiert und behoben werden müssten.

Für diese Veranstaltung werden erstmals Fortbildungspunkte vergeben. ✓



Dr. Michael B. Vetter, Vorstandsmitglied des Landesapothekerverbandes Baden-Württemberg, und Dr. Ulrich Vorderwülbecke, Verband forschender Arzneimittelhersteller.



Pharmapolitische Podiumsdiskussion mit Tradition: 8. Forum Haigerloch mit interessierten Zuhörern

Kommunen bemühen sich verstärkt um den ärztlichen Nachwuchs

Schlechte Rahmenbedingungen schrecken von Praxisübernahmen ab

Ärzte sind begehrt – jedenfalls haben die Gemeinden großes Interesse daran, an ihrem Ort eine gute ärztliche Versorgung zu haben. Das wurde auf der Informationsveranstaltung des ärztlichen Beirats der Bezirksdirektion Freiburg deutlich. Am 5. Oktober 2009 folgten rund 50 Bürgermeister, Kreisräte und Vertreter der Ärzteschaften aus den umliegenden Landkreisen der Einladung der KVBW und diskutierten im Landratsamt Lörrach über die Zukunft der ärztlichen Versorgung auf dem Land.

Auch für das landschaftlich schöne Südbaden zeichnet sich ab, dass viele Arztpraxen keine Nachfolger finden, insbesondere bei den Hausärzten. Aufgrund der schlechten Rahmenbedingungen wandert der Medizinnachwuchs zunehmend ins Ausland ab, ältere Ärztinnen und Ärzte resignieren und gehen schnellstmöglich in den Ruhestand oder reduzieren den Umfang ihrer ärztlichen Tätigkeit.

Soll die flächendeckende ambulante Versorgung erhalten bleiben, muss schnellstmöglich ein Umdenken in der Politik erfolgen, erklärte der Sprecher des ärztlichen Beirats, Dr. Johannes Fechner. Er stellte die komplizierten Abrechnungsmodalitäten, die vielen Richtlinien und bürokratischen Vorgaben dar, die den Arztberuf so unattraktiv machen. Er ließ keinen Zweifel daran, dass die Vergütung der niedergelassenen Ärzte insgesamt leistungsgerechter und transparenter werden muss, damit junge Mediziner wieder Interesse an einer Niederlassung zeigen.



Podium: Dr. Peter Hinz, Geschäftsbereichsleiter Zulassung/Sicherstellung, Dr. Gisela Dahl, Vorstandsmitglied der KVBW, Dr. Johannes Fechner, und Dr. Gerhard Dieter, beide Bezirksdirektion Freiburg (von links).

Auch KVBW-Vorstandsmitglied Dr. Gisela Dahl forderte ein Umdenken: „Die Politik muss umsteuern und Anreize setzen, damit der niedergelassene Arztberuf für die junge Ärztin und den jungen Arzt wieder attraktiv wird.“ Es könne in Zukunft schwer werden, in jeder Gemeinde den gewünschten Arzt vorhalten zu können. Deshalb werde die Zukunft eher im Bereich der Kooperationen zu finden sein, so Dr. Dahl weiter. Mit dem neuen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gäbe es eine Reihe von Möglichkeiten, um die Versorgung auf dem Land neu zu gestalten. Die Kooperation der Gemeinden untereinander in der Verteilung der einzelnen Ärzte verschiedener Fachrichtungen könne hier auch ausgebaut werden.

Viele Fragen von Bürgermeistern oder Landräten drehten sich um die Zulassungen von Haus- oder Fachärzten, die von der Bevölkerung gewünscht werden. Dr. Peter Hinz erläuterte deshalb die Bedarfsplanungsrichtlinien und die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die bei der Zulassung eine Rolle spielen. Er stellte heraus, dass der Zulassungsausschuss

– Gremium von KVBW und Krankenkassen – genaue Vorgaben habe, wo eine Zulassung möglich ist und wo nicht.

Einen Überblick über die wichtige Aufgabe der KVBW im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung gab Dr. Gerhard Dieter. Waren vor zehn Jahren noch 24 Bereiche qualitätsgesichert, so hat sich diese Zahl im Jahr 2009 schon fast verdoppelt. Die KVBW prüft die so genannte Strukturqualität – fachliche Qualifikation des Arztes, apparative Voraussetzungen und organisatorische Voraussetzungen – in den Arztpraxen und trägt somit erheblich zur Qualitätssicherung der medizinischen Leistungen bei.

Es bestehe die Gefahr, so Dieter, dass die Qualität der ärztlichen Leistungserbringung aufgrund der Unterfinanzierung abnehmen werde. „Ärzte müssen sparen und investieren nicht in neue und moderne Medizintechnik, das geht langfristig mit einem Qualitätsverlust einher“, so der Internist aus Wehr.



Ärzte informieren Messebesucher und geben den Medien Interviews

Gesundheitschecks und intensive Gespräche in ungewohnter Messeatmosphäre



Die Präsenz der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Verbrauchermessen ist ein immer wieder kontrovers diskutiertes Thema. Macht es wirklich Sinn, zwischen Gurkenhobeln und Schnellkochtöpfen den Blutzucker zu bestimmen oder das Lungenvolumen der Besucher zu messen – oder ist dies gerade eine Möglichkeit, sich außerhalb als Vertretung der niedergelassenen Ärzte zu präsentieren, eine Gelegenheit auch, gesundheitspolitische Entwicklungen zu diskutieren und über die Möglichkeiten sinnvoller Prävention zu informieren?

Ohne Zweifel ist die Atmosphäre eine so ganz andere als in den Praxen, in denen bei akuten Problemen ärztlicher Rat und medizinische Hilfe gesucht werden. Hier haben die Ärzte Zeit für ein ausführliches Gespräch über den Anlass einer akuten Erkrankung hinaus. Zudem werden mit den angebotenen Gesundheitschecks auch Menschen erreicht, die hierfür keine Praxis aufsuchen würden.

Das Thema der Offerta in Karlsruhe und der Baden-Messe in Freiburg war erwartungsgemäß die Schweinegrippe. Verunsichert durch widersprüchliche Empfehlungen der Experten und in Sorge versetzt durch alarmierende Schlagzeilen und Sonder-sendungen in den Medien wurde vertrauenswürdiger Rat gesucht. „Wie kann ich mich vor der neuen Influenza schützen?“ und „Soll ich mich impfen lassen?“ – Diese Fragen standen im Mittelpunkt der Gespräche mit den Besuchern des Standes der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf der Karlsruher Verbrauchermesse Offerta vom 24. Oktober bis 1. November 2009. Dabei traten Informationen zur Prävention etwas in den Hintergrund.

Großes Medieninteresse bestand an kompetenten Informationen und Empfehlungen der niedergelassenen Ärzte an den beiden KV-Ständen zu aktuellen Fragen. Tobias Binder, Leiter des Geschäftsbereichs Service und Beratung, gab Zeitungs- und Radio-

interviews zum Thema Gesundheitschecks in den Praxen, bei denen Erkrankungen bereits im Ansatz erkannt werden oder sinnvolle Verhaltensänderungen und Präventionsmaßnahmen empfohlen werden können. Ein niedergelassener Arzt war gefragter Gesprächspartner zum H1N1-Virus.

Auf der Offerta konnten die Besucher ihren Blutzucker- und Cholesterinwert testen lassen und anschließend die Ergebnisse mit einem Arzt persönlich besprechen. Besonders gefragt war in diesem Jahr wieder der Lungenfunktionstest, für den die Besucher auch längere Wartezeiten in Kauf nahmen.

Dr. med. Richard Barabasch, Allgemeinmediziner aus Muggensturm, beschreibt seine Erfahrungen als beratender Arzt: „Auf der Offerta sehen wir jedes Jahr bestimmte Patienten wieder. Das ist schon ein richtiges Praxisgefühl. Oft lassen die Besucher ihre aktuellen Werte mit denen vom letzten Jahr vergleichen. Die Diagnosen, die gestellt werden, sind voll aus dem Leben. Fünf Diabetiker und zehn Patienten habe ich aufgrund der gemessenen Werte geraten, ihren Hausarzt aufzusuchen.“ Der Allgemeinmediziner fährt fort: „Viele Patienten, die zum KV-Stand kommen, wollen oftmals eine zweite Meinung oder eine erweiterte Beratung zu mitgebrachten Befunden einholen.“ Sein Fazit: Der KV-Stand auf der Offerta ist für alle eine Bereiche-



rung, für die Arzhelferinnen, die KV-Mitarbeiter, aber auch für uns Ärzte. Vor allem wird deutlich, dass man am Stand rund um das Thema Krankheit und Gesundheit einiges bewegen kann.

Auf der Baden-Messe in Freiburg war ebenfalls das vielfältige Angebot des KVBW-Stands rund um das Thema Prävention und der kostenlosen Gesundheitschecks immer wieder für Besucher ein Anlass, den Messe-rundgang zu unterbrechen und das Angebot zu nutzen.

Wie groß das Interesse an diesen Veranstaltungen war, beweist die Beteiligung: Mehr als 1.000 Besucher ließen einen Gesundheitscheck von ausgebildeten Arzhelferinnen vornehmen. Gemessen wurden auch hier

Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker. Die Bürgerinnen und Bürger konnten sich mit einem Pieks in den Finger von den Arzhelferinnen über ihren gesundheitlichen Zustand informieren und das Ergebnis anschließend mit einem Arzt persönlich besprechen. Bei fast 40 Prozent der Besucher waren die Blutdruck- und Cholesterinwerte auffällig, bei knapp acht Prozent die Blutzuckerwerte. Aber auch den Body Mass Index (BMI) und Körperfettanteil konnten sich die Besucher bestimmen lassen. Gerade bei jüngeren Menschen ergibt sich hier, dass auch durchaus schlanke Menschen einen sehr hohen Fettgehalt haben können. Bei solchen Messergebnissen einer zufälligen Population zeigt sich immer wieder, wie wichtig eine sinnvolle Mischung aus Sport und gesunder Ernährung für

die Erhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit ist.

Überraschende Zahlen brachte eine Besucherbefragung zur Kassenärztlichen Vereinigung allgemein, zur hausärztlichen Versorgung und zur Gesundheitspolitik. Demnach gaben über 64 Prozent der Befragten an zu wissen, was eine KV ist. Knapp 90 Prozent sprachen sich für den Erhalt der wohnortnahen Versorgung durch Haus- und Fachärzte aus und circa 75 Prozent befürworteten, dass die KVBW die Interessen der Bürger in der Gesundheitspolitik immer mehr unterstützt, und 99 Prozent der Besucher wollen den Stand der KVBW im nächsten Jahr wieder besuchen. ✓

„Tag der Männergesundheit“ im Klinikum Friedrichshafen

Gemischte Gefühle vor begehbarem Modell einer Prostata

Am Samstag, 10. Oktober 2009, nahm das Klinikum Friedrichshafen zum zweiten Mal den „Tag der Männergesundheit“ zum Anlass, gezielt Männer anzusprechen und sie für Vorsorgeuntersuchungen zu interessieren. Das Klinikum hatte die KVBW gebeten, an dieser Veranstaltung teilzunehmen und durch ein entsprechendes medizinisches Angebot zu unterstützen.

Fünf KV-Mitarbeiterinnen meldeten sich zu diesem ungewöhnlichen Dienst und konnten sich in den Stunden der Veranstaltung nicht über Arbeitsmangel beklagen. Obwohl Männer sonst eher als „Vorsorge-muffel“ gelten, ließen sich rund 120 Besucher ihre Cholesterin- und Blut-

zuckerwerte bestimmen und Blutdruckmessungen vornehmen. Daneben bot die KVBW Lungenfunktionstests sowie Fitnesstests mit einer Trainerin des Deutschen Tischtennisbundes an.

Neben einigen Informationsständen von Selbsthilfegruppen aus dem Bodenseekreis sorgte ganz besonders das weltgrößte begehbare Modell einer Prostata für Aufsehen. Der Veranstalter hatte das Exponat vor dem Haupteingang augenfällig und publikumsgefällig positioniert. So ganz geheuer war den Besuchern dieser Blick in ihr mitunter leidgeplagtes Innenleben dann doch nicht. Eher interessierten sie sich für die Serviceangebote des Klinikums Friedrichshafen, der urologischen Gemein-



schaftspraxis, der niedergelassenen Ärzte und der KVBW.

Besonders großen Zuspruch fanden die Vorträge zu verschiedenen männer-spezifischen Krankheitsbildern mit kompetenten Informationen zu Behandlung und Prävention. Insgesamt nahmen rund 300 Besucher an der Veranstaltung teil. Die Veranstalter werten dies als Beweis, dass das Interesse von Männern an ihrer Gesundheit sowie das Bedürfnis an Information und Beratung steigt. Deshalb soll es auch im kommenden Jahr zum „Tag der Männergesundheit“ eine besondere Veranstaltung geben. ✓



Die Männerdomäne Medizin verändert sich

Immer mehr Frauen erobern den Arztberuf

Mit der baden-württembergischen Sozialministerin Dr. Monika Stolz diskutierten Landespolitikerinnen, Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft und der Selbstverwaltung, der Wissenschaft und aus dem Krankenhausbereich über Ursachen und Auswirkungen, Chancen und Risiken der Feminisierung in der Medizin. Den wissenschaftlichen Input gab unter anderem Dr. Astrid Bühren, Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Murnau/Oberbayern sowie Vorstandsmitglied des Hartmannbundes. Dies nahm **ergo** zum Anlass, Dr. Astrid Bühren um einen Gastkommentar zu bitten.

„Die Normalisierung der ärztlichen Berufsausübung – weg von einer männlich dominierten Medizin hin zu einer gemeinsam praktizierten Heilkunde – schreitet voran. Mindestens sechs von zehn Studienanfängern im Fach Humanmedizin sind Frauen. Damit liegt Deutschland im internationalen Trend – auch beim Berufseinstieg: Noch nie waren die Perspekti-

ven für Medizinstudentinnen so gut, direkt nach der Approbation eine Stelle zu bekommen. Allerdings sind die Arbeitsbedingungen in Kliniken und Praxen oft weder besonders familien- noch frauenfreundlich. Ich setze mich deshalb seit langem für gleichberechtigte Aufstiegschancen und für familienfreundliche Konzepte ein, die es Frauen erleichtern, in ihrem akademischen Wunschberuf auch mit Familie ihre individuellen Karriereziele zu erreichen. Leider orientieren sich die Rahmenbedingungen des Arztberufes häufig noch an überholten Familienmodellen: So fehlt es Müttern und Vätern in Vollzeit an Serviceangeboten zur Bewältigung von Kinderbetreuung und privater Haushaltsführung, aber eben auch an attraktiven Teilzeitstellen.

Einsatz für sprechende Medizin

Dabei macht eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien deutlich, worauf unsere Gesellschaft verzichtet, wenn sie junge Medizinerinnen behindert. Es ist empirisch belegt, dass Ärztinnen mit Patientinnen und Pati-

enten anders umgehen als ihre männlichen Kollegen. Sie sind zugewandter, fürsorglicher und empathischer. Und sie bereichern die Medizin, indem sie leitliniengerechter therapieren, mehr sprechende Medizin anbieten und die erforschten biologischen und soziokulturellen Geschlechtsunterschiede stärker berücksichtigen. Die Vereinbarkeit des Kinderwunsches mit Studium oder Beruf musste bisher überwiegend von den Frauen individuell gemeistert werden. Das ist eine Kompetenz- und Ressourcenverschwendung, denn sie werden dringend in der ambulanten und stationären Patientenversorgung benötigt.

Work-Life-Balance stärker berücksichtigen

Ärztliche Selbstverwaltung, Medizinische Fakultäten, Politik und Kommunen sind dazu aufgerufen, die Rahmenbedingungen des Berufsbildes „Arzt/Ärztin“ entsprechend den modernen Ansprüchen an die so genannte „Work-Life-Balance“ anzupassen und familien- und freizeitfreundlicher zu gestalten. Nur so kann ein immer größer werdender

Ärzte- und Ärztinnenmangel langfristig vermieden werden. Die DÄB-Checklisten „Das familienfreundliche Krankenhaus“, „Die familienfreundliche Niederlassung“ und „Medizin studieren mit Kind“ geben hierzu umfassende Anregungen. Familienfreundlichkeit sollte stärker im Leitbild von Medizinischen Fakultäten und Krankenhäusern verankert und zügig umgesetzt werden. Beim ärztlichen Nachwuchs hat die späte ambulante Berufstätigkeit eine gute Ausgangsposition: Laut einer Internet-Befragung des Deutschen Ärzteblatts und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. sehen 74 Prozent die Praxis als die beste Möglichkeit zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf an. Nur 14 Prozent sehen dies am Arbeitsplatz Krankenhaus gewährleistet. Durch die auch staatlich geförderte Einbindung in „Lokale Bedürfnisse für Familie“ können Krankenhäuser und Praxen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusätzlich eine familienfreundlichere Arbeits- und Lebenswelt fördern.

„Mutterschutz ja, Berufsverbot nein!“

Nicht zuletzt muss der Mutterschutz von der Politik endlich realitätsgerecht geregelt werden. Seit Jahren bemüht sich der Deutsche Ärztinnenbund auch unter Einbeziehung der früheren Ärztinnengremien der Bundesärztekammer intensiv um eine Aktualisierung der Mutterschutzrichtlinienverordnungen (Motto: „Mutterschutz ja, Berufsverbot nein!“). In der Klinik werden schwangere Studentinnen und Ärztinnen seitens der staatlichen Gewerbeaufsicht von vielen Tätigkeiten wie Operationen oder Narkosen pauschal ausgeschlossen, obwohl dank technischer Neuerungen einige Risiken nicht mehr existent sind. Dadurch können der (zeitrechte) Abschluss des Studiums und der Weiterbildung gefährdet werden. Für die niedergelassene Freiberuflerin und ihr Kind dagegen ist bisher kein

entsprechender „Mutterschutz“ vorgesehen, so dass es für sie finanziell riskant ist, ihren Kinderwunsch zu realisieren.

Frauen nur selten oben auf der Karriereleiter

Es ist auch wichtig, dass mehr Ärztinnen in leitenden Positionen im Gesundheitssystem mitwirken. Die Zahlen des statistischen Bundesamtes sprechen hierzu immer noch eine – im negativen Sinne – eindeutige Sprache. So nimmt der Frauenanteil an den Krankenhausärzten mit steigender Hierarchiestufe deutlich ab. Zwar wurde im Jahr 2007 jede zweite Assistenzarztstelle von einer Frau besetzt, bei den Oberärzten war es jedoch nur jede vierte Stelle. Bei den Leitenden liegt der Frauenanteil bei lediglich acht Prozent und hat sich im Vergleich zu 1991 (damals sieben Prozent) nur unwesentlich erhöht. Laut einer Studie des Kompetenzzentrums Frauen in Wissenschaft und Forschung ist es nicht allein die Unvereinbarkeit von Karriere- und Familienplanung, die zu dieser Entwicklung führt. Sonst könnten die mehr als ein Drittel kinderlosen Ärztinnen alle eine klassische Karriere machen. Karrierehemmnis sind die speziell an vielen Universitätskliniken vorherrschenden hierarchischen Strukturen, (un-)bewusste Vorurteile und die Fixierung auf klassische männliche Biographien und Rollenschilderungen.

Natürlich müssen zukünftig auch in den standespolitischen Organisationen wie Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufsverbänden und Fachgesellschaften mehr Frauen eine aktive Rolle spielen. An dieser Stelle möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass einige KVen sich inzwischen in einem Prozess des Umdenkens befinden und nachhaltige kreative Förderungsinstrumente zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie entwickeln.

Zukünftige Entwicklungschancen für ärztlichen Nachwuchs

Im Interesse einer zielgruppenorientierten guten Medizin ist es notwendig, dass in ausgeglichenem Maße Ärztinnen und Ärzte mit ihrer medizinischen Kompetenz und ihrer individuellen Persönlichkeit, Lebenserfahrung und Empathie die Patientinnen und Patienten behandeln. Wenn sich also Frauen stärker und vor allem gleichberechtigt im Arztberuf engagieren, dann wird die Medizin um mütterliche und die Kindererziehung um väterliche Aspekte bereichert.

Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung war bereits die Einführung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Es lässt die Wahl zwischen vielen Berufsausübungsmöglichkeiten, einschließlich der Verzahnung von ambulanter und stationärer Tätigkeit. Nicht zuletzt ist mit der Gesetzeseinführung auch die erweiterte Möglichkeit gegeben, sich in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren anstellen zu lassen.

Zum Schluss möchte ich an die ärztliche Selbstverwaltung, aber auch an die Arbeitgeber appellieren, intensiver als bisher Mentoring und Präventionsangebote bereitzustellen, damit sich Ärztinnen und Ärzte physisch und psychisch für ein langes Berufsleben motiviert und gesund erhalten können.“



Dr. Astrid Bühren stand zwölf Jahre lang an der Spitze des Deutschen Ärztinnenbundes. Auch als dessen Ehrenpräsidentin setzt sie sich weiterhin für die Belange des ärztlichen Nachwuchses ein.



„Ich kann bei der Abrechnung der KV nicht trauen“

Offener Brief an Dr. Wolfgang Herz

Sehr geehrter Herr Kollege Herz,

was mich zu diesem Brief veranlasst, ist meine tief gefühlte Hilflosigkeit, ja geradezu Ohnmacht im Zusammenhang mit der Berufspolitik im Allgemeinen und der KV-Abrechnung im Besonderen.

Merken Sie, verehrter Kollege Herz, eigentlich, wie weit Sie sich vom „normalen“ niedergelassenen Arzt entfernt haben? Sie sprechen über meine Abrechnung in einer eigenen Sprache, Sie legen mir sogar ganz unverfroren ein Wörterbuch in Form eines Glossars bei, um das Vokabular zu beherrschen, dass Sie sich ausgedacht und über die Jahre ständig erweitert haben. Ich verstehe aber trotzdem nichts.

Die Konsequenz aus dem Gesagten ist, dass ich meine Abrechnung seit Jahren nicht mehr lese (obwohl ich mich bereits zweimal bei bemühten und kompetenten KV-Angestellten stundenlang

diesbezüglich habe beraten lassen). Ich vergleiche höchstens noch die Gesamtsumme mit dem Vergleichsquartal des Vorjahres, um zu prüfen, ob der Betrag annäherungsweise stimmt. Dann erhebe ich Widerspruch und warte darauf, dass ein paar findige Kollegen und Abrechnungsfüchse mir in den Wochen, Monaten oder Jahren danach sagen, warum.

Denn dass an der Abrechnung was faul ist, ist klar. Und dass ich der KV auf keinen Fall trauen kann, ist auch klar, habe ich über das letzte Jahrzehnt als Kassenarzt schmerzlich erfahren.

Ich will ein einfaches Abrechnungssystem und meine, der Moloch KV – mindestens in seiner jetzigen Form – gehört abgeschafft. Die Alternativen sind allerdings auch nicht berauschend. Wenn ich heute in den neuen Hausarztvertrag der AOK einsteigen will (wollte ich eigentlich), muss ich

irgendwelche Connectoren erwerben, die längst überflüssig sind, dafür monatlich noch eine Gebühr bezahlen und einen unkündbaren Vertrag über fünf Jahre unterschreiben, der Hausarztvertrag läuft aber nur noch vier Jahre. (Da kauf ich doch besser eine Heizdecke auf einer Butterfahrt.) Insofern ist es doch bereits der beste Weg zur Neu-KV, es vergeht mir doch jetzt schon die Lust, zu neuen Ufern aufzubrechen.

Und da ich auch in Zukunft keinen Ehrgeiz (und keine Zeit) entwickeln kann, Expertisen auf dem Gebiet der KV-Abrechnung zu erlangen, werde ich wohl ein Spielball des KV-Systems bleiben. Aber es geht mir bereits viel besser, Kollege Herz, wenn ich Ihnen und Ihrer KV mal sagen kann, dass das, was Sie machen, in meinen Augen nicht taugt.

**Dr. med. Stefan Pieper
Hausarzt in Konstanz**

Sehr geehrter Herr Kollege Pieper,

zunächst möchte ich voranstellen, dass ich mich persönlich hier nicht angesprochen fühle, mein Name steht hier stellvertretend für die Körperschaft des öffentlichen Rechts, also die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ich kann sehr gut verstehen, dass jeder Niedergelassene kapitulieren muss, wenn er seine Abrechnungsunterlagen sieht. Von Jahr zu Jahr wird alles komplizierter, die Reglementierungen, Mengengrenzungsregelungen und auch Prüfungsmechanismen werden für jemanden, der sich nicht dauernd damit beschäftigt, undurchschaubar.

Die Juristen tragen ihr Übriges dazu bei, dass alles bis ins Detail nach außen bekannt gegeben werden muss, damit man möglichst nicht angreifbar wird. Dies alles ist übrigens Folge unter anderem auch der Gesetzgebung. Die verschiedenen Gesundheitsreformen haben inzwischen zu einem Gesetzeswerk geführt, welches viele Seiten füllt. Früher passte das einmal auf eine einzige Seite im Gesetzesblatt.

Auch ich plädiere dafür, die Abrechnungssystematik zu vereinfachen und damit für jeden wieder durchschaubarer zu machen. Auch der Patient sollte übrigens wissen, was seine Behandlung, die er mit der inzwischen

üblichen Vollkasko mentalität einfordert, kostet. Ich bin der festen Überzeugung, dass die jetzige Abrechnungs- und Honorarverteilungssystematik keinen Bestand haben wird.

Ich habe immer noch Hoffnung, dass wir schlussendlich eine Kostenerstattungssystematik bekommen mit Rechnungslegung gegenüber den Patienten und einer sozial abgedeckten Eigenbeteiligung im Behandlungsfall.

**Dr. med. Wolfgang Herz
Stellvertretender Vorsitzender des
KVBW-Vorstandes**

