

Das Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg

ergo

Alles Gute.

KVBW 

04 | 11

ergo spezial
Schwerpunktthema Ärztemangel

Gesundheitspolitik
**Versorgungsstrukturgesetz
verabschiedet**

Baden-Württemberg
Ärzte arbeiten genug

Baden-Württemberg
Symposium zum Notfalldienst

Baden-Württemberg
Substitution braucht Ärzte



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ende 2010 waren Norbert Metke und ich noch als Ärzte in unseren Praxen tätig und haben uns intensiv auf unseren Wechsel an die Spitze der Kassenärztlichen Vereinigung vorbereitet. Ein Jahr später ist es kaum zu glauben, was sich in dieser Zeit alles ereignet hat: KBV-Wahlen, FALK-Gründung, Ambulante Kodierrichtlinien, Versorgungsstrukturgesetz, Änderungen in der Honorarsystematik – um nur einige wenige Punkte zu nennen. Dies sind nur die externen Einflüsse, die zeigen, wie extrem die Veränderungen im Gesundheitswesen innerhalb kürzester Zeit sind.

Und es geht genau so weiter. Wir haben noch nicht einmal alle Auswirkungen der EBM-Reform 2009 verdaut, da steht bereits die nächste vor der Türe. Als Vorstand haben wir hier klar gesagt: Änderungen im EBM, die noch einmal solche Verwerfungen zur Folge haben, wie das 2009 der Fall war, machen wir nicht mit. Wir werden hier den Aufstand proben, wenn noch einmal ein solches Chaos durch Berlin hervorgerufen wird! Gegenstand der Reform dürfen daher allenfalls kleinere Korrekturen an den derzeitigen Regelungen sein, größere Umverteilungen zwischen und innerhalb der Arztgruppen lehnen wir kategorisch und unmissverständlich ab.

Natürlich kommt ein Vorstand mit einer Reihe von eigenen Ideen in sein Amt und kann es nicht erwarten, sie auch umzusetzen. Dies ist weniger der Ungeduld als vielmehr der Notwendigkeit geschuldet, bestimmte Themen mit Hochdruck angehen zu müssen. Dazu gehören auch die Strukturen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die in ihrer derzeitigen Form nicht zukunftsfähig sind. Wir haben uns diesem Thema intensiv angenommen. Die Krankenkassen haben zusätzliche Mittel für die Finanzierung zur Verfügung gestellt, es wurden eine Reihe von Notfallpraxen gegründet, derzeit arbeiten wir daran, die Notfalldienstbezirke neu zu ordnen.

Ein anderes Projekt ist die RegioPraxis BW, mit der wir in der Zwischenzeit auf einem guten Weg sind. Wir betreten hier Neuland, sind aber überzeugt davon, dass wir derartige Strukturen in unserem Land anbieten müssen.

Für die Mitarbeiter der KVBW, die alle diese Projekte und Gesetzesänderungen gewissermaßen zusätzlich zu ihren eigentlichen Aufgaben bewältigen müssen, bedeutet dies eine enorme Kraftanstrengung, die durchaus bis an die Grenze der Belastbarkeit geht. Wir wissen das sehr wohl und sind umso dankbarer für die Unterstützung.

Erfreulich habe ich unsere Tour durchs Land im Frühjahr und die vielen Begegnungen mit Ihnen in Erinnerung. Gerade wenn man nicht mehr jeden Tag in der Praxis steht, ist der Austausch mit der Basis besonders wichtig und daher auch eines der wichtigsten Anliegen des Vorstands. Meine Äußerung auf der Tour, dass wir 2012 wieder kommen, war denn auch nicht als Drohung, sondern als Versprechen gedacht. Norbert Metke und ich werden die Bodenhaftung nicht verlieren. Daher arbeiten wir derzeit an den Terminen und der Konzeption und werden Sie zeitnah informieren.

Unser Programm für 2012 ist nicht minder ambitioniert: EBM-Reform, Honorarverteilung, Bereitschaftsdienst und Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes stehen oben auf der Agenda. Doch vorher gilt es, noch ein wenig Kraft zu tanken. Daher Ihnen jetzt schon einmal ein frohes Weihnachtsfest und erholsame Feiertage.

Starten Sie gut ins Neue Jahr – und Danke für Ihre großartige Leistung in der Versorgung.

Ihr

DR. JOHANNES FECHNER,
STELLVERTRETENDER VORSITZENDER DES VORSTANDES DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG

ergo Spezial:

Schwerpunktthema Ärztemangel

Interview mit Biggi Bender	2
Großes Thema Ärztemangel: Brötchenservice motiviert keine Nachfolger	5
Interview mit Dr. Winfried Meyer-Hentschel: „Landsarzt zu sein ist heute irgendwie uncool“	7
Zuschuss für Famulatur/KVBW wirbt bei Facebook/KV Niederlassungsberatung/ Werbeaktion für den Ärztepool/Kontakte zu Medizinstudenten	8

Gesundheitspolitik

Versorgungsstrukturgesetz hat den Bundestag passiert	12
--	----

Baden-Württemberg intern

Ammenmärchen und große Verleumdung der Ärzteschaft: Wartezeiten	14
Vertreterversammlung der KVBW – weiter mit voller Kraft voraus	16
Interview mit Rolf Wachendorf: Selektivvertrag zu psychotherapeutischen Leistungen	17
Neuordnung des Notfalldienstes soll „Flickerteppich“ beseitigen	18
KVen tauschten Ideen und Erfahrungen zum Notfalldienst aus	20
Frühe Hilfen brauchen einen klaren gesetzlichen Auftrag	21
Erweiterte Lebensperspektive für opiatabhängige Patienten	23
Dr. Georg Scheer: „Mehr Kollegen sollten sich für die Substitutionsbehandlung erwärmen“	24
Enge Verzahnung zwischen allen Ebenen der Substitution ist vorrangig	26
Wegweiser für interessierte Ärzte: Praxis der Substitutionsbehandlung	27
„Arzt-Patienten-Forum“ wird fortgesetzt/ Vorstand on Tour 2012	28
Qualitätsbericht der KVBW wird zum Jahresende veröffentlicht	29

Aus den Bezirksdirektionen

Servicetag in Reutlingen	30
--------------------------------	----

Unternehmen Praxis

Gute BW-Bilanz der QM-Stichprobe für das Jahr 2010	32
Delegation entlastet und ermöglicht stressfreie Zusammenarbeit	34
Die sichere Datenübertragung wird immer wichtiger	35
Viele neue Fortbildungsangebote der Management Akademie	37
Diagnostik und evidenzbasierte Therapie der idiopathischen Adoleszentskoliose	38
Impressum	49

Rundschreiben 4 / 2011

mit den Abgabeterminen der Quartalsabrechnung
und den Fortbildungsveranstaltungen

Amtliche Bekanntmachungen	40
Bezirksdirektion Freiburg	45
Bezirksdirektion Karlsruhe	45
Bezirksdirektion Stuttgart	45
Fortbildungsveranstaltungen	45

Stärkere Integration der Behandlungsprozesse

„Einführung der Allgemeinmedizin als Pflichtfach im Praktischen Jahr“



Biggi Bender, geboren 1956 in Düsseldorf, Jurastudium in Köln, Genf und Freiburg. 1984 bis 1988 war Bender Justiziarin und Frauenreferentin bei den Grünen im baden-württembergischen Landtag, von 1988 bis 2001 Landtagsabgeordnete für den Stuttgarter Innenstadtwahlkreis, 1988 bis 1990 Fraktionsvorsitzende, 1992 bis 2000 Stellvertretende Fraktionsvorsitzende und 1992 bis 1996 Vorsitzende des Ausschusses für Frauen, Familie, Weiterbildung und Kunst. Seit 2002 ist sie Bundestagsabgeordnete für den Wahlkreis Stuttgart II. Bender ist Mitglied im Bundestagsausschuss für Gesundheit und Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen für Gesundheitspolitik.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion nimmt die Situation der ärztlichen Versorgung der ländlichen Bevölkerung einen besonderen Stellenwert ein. Dies ist auch das Schwerpunktthema dieser **ergo**-Ausgabe. Die Vorstellungen der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen erläutert die Sprecherin für Gesundheitspolitik, Biggi Bender, in diesem ergo-Interview.

ergo: Die Bundestagsfraktion von Bündnis90/Die Grünen hat ein Konzept „Für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung in ländlichen Regionen“ vorgestellt. Unter anderem soll die Versorgung durch „regional orientierte Versorgungsverbände“ gewährleistet werden. Was bedeutet das konkret?

Biggi Bender: Angesichts der zunehmenden Zahl chronisch und mehrfach erkrankter Patientinnen und Patienten müssen die Behandlungsprozesse künftig viel stärker integriert werden. Gesundheitsverbände sind eine von mehreren Antworten auf diese sich verändernden Behandlungsbedarfe. Darunter verstehen wir Versorgungsnetze, in denen Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Fachrichtungen, aber auch nichtärztliche Therapeutinnen und Therapeuten, Kliniken oder Pflegeeinrichtungen gemeinsam die gesamte Versorgung der Versicherten einer oder mehrerer Krankenkassen in einer Region übernehmen. In Baden-Württemberg gibt es mit dem „Gesunden Kinzigtal“ bereits ein Versorgungsmodell, das diesen Vorstellungen nahe kommt. Für die Versorgung der Zukunft werden solche regionalen integrierten Vollversorger eine große Bedeutung haben.

ergo: Wie ist das Verhältnis zwischen den Beteiligten hinsichtlich Verantwortung / Weisungsrecht, Haftung und Vergütung?

Biggi Bender: Anders als die im Zuge des „Managed Care“ entstandenen Gesundheitsunternehmen in den USA oder in der Schweiz, werden Gesundheitsverbände hierzulande eher einem – ohne eine bestimmte Rechtsform zu fa-

vorisieren - genossenschaftlichen Ansatz folgen. Das hängt nicht zuletzt mit den Versorgungstraditionen in Deutschland zusammen. In einem solchem Versorgungsnetz bleiben die beteiligten Leistungserbringer selbstständig und sind nicht Weisungen etwa einer Geschäftsführung oder eines Vorstandes unterworfen. Entscheidungen über die Weiterentwicklung des Verbundes werden von den Beteiligten gemeinsam getroffen. An den Haftungsregelungen müsste sich gegenüber dem Ist-Stand nichts Grundlegendes ändern. Die beteiligten Leistungserbringer würden auch weiterhin jeweils für ihr eigenes Handeln oder Unterlassen haften. Wie die Vergütung und ihre Verteilung im Detail aussehen sollen, wird jeweils zwischen den Verbänden, den Kassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den beteiligten Leistungserbringern zu klären sein. Für vernünftig halte ich den mit dem Versorgungsstrukturgesetz vorgesehenen Ansatz, Gesundheitsverbände auch selber zu Budgetträgern zu machen. Das erspart unnötigen Verwaltungsaufwand und gewährleistet, dass die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg möglich wird.

ergo: *Vorgesehen ist, das Aufgabenspektrum der Pflegekräfte auszuweiten und diese Tätigkeiten, die derzeit Ärzten vorbehalten sind, durchführen zu lassen. Welche Tätigkeiten sind hier gemeint, sollen beispielsweise auch Verordnungen zulässig sein?*

Biggi Bender: Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden hat vor drei Jahren errechnet, dass angesichts des demografischen Wandels bis zum Jahr 2020 rund 15.000 zusätzliche Hausärztinnen und -ärzte erforderlich sind – und zwar nur, um das heutige Versorgungsniveau zu halten, das Auffüllen von Versorgungslücken ist da noch nicht mit eingerechnet. Diesen enormen zusätzlichen Bedarf in der medizinischen Grundversorgung werden wir ohne veränderte Aufgabenschreibungen und Arbeitsteilungen zwischen den Gesundheitsberufen nicht befriedigen können. Dabei können wir einiges von Ländern wie Großbritannien, den Niederlanden, Finnland oder den USA lernen, in denen schon seit langem spezialisierte Pflegefachkräfte in die ambulante Grundversorgung einbezogen werden. Als Einsatzgebiete sind zum Beispiel denkbar: die Durchführung von Erstkonsultationen und die Betreuung chronisch Kranker auch außerhalb der Praxis sowie die Prävention. Das Ganze setzt allerdings die Schaffung eines klaren Rechtsrahmens voraus, innerhalb dessen zum Beispiel auch die Haftungsfragen geklärt sind. Die Übertragung der Verordnungskompetenz an Pflegekräfte etwa für Pfl-

gemittel oder bestimmte Medikamentengruppen können wir uns vorstellen. In Großbritannien funktioniert das gut. Allerdings muss das im Rahmen von Modellprojekten erprobt werden und soll nach unseren Vorstellungen auch nur in besonderen Versorgungsformen erfolgen.

ergo: *Die Fraktion fordert ebenfalls eine Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium. Wie soll diese Stärkung aussehen?*

„Jahrespauschalen pro Versichertem“

Biggi Bender: Der Wissenschaftsrat hat schon 1999 empfohlen, an jeder medizinischen Fakultät einen allgemeinmedizinischen Lehrbereich einzurichten. Die Professuren sollten durch die Erteilung von Lehraufträgen an praktizierende Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner ergänzt werden. Diese Vorschläge sind nach wie vor richtig und müssen umgesetzt werden. Dabei wird man auch über die Einwerbung zusätzlicher Finanzmittel über die Einrichtung von Stiftungsprofessuren für Allgemeinmedizin nachdenken müssen. Und für sehr erörterungswürdig halte ich auch die Einführung der Allgemeinmedizin als Pflichtfach in das Praktische Jahr. Ich weiß, dass ein Teil der medizinischen Fakultäten und auch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden eher skeptisch sind. Aber durch einen solchen verpflichtenden PJ-Abschnitt würden alle angehenden Ärztinnen und Ärzte mit der Allgemeinmedizin in Berührung kommen. Solch ein Blick in die Allgemeinmedizin würde auch denen nutzen, die später zwar nicht als Hausärztin oder Hausarzt arbeiten wollen, mit diesen aber zusammenarbeiten müssen. Und die Fakultäten erhielten einen Anreiz, stärker als bisher mit allgemeinmedizinischen Praxen zu kooperieren.

ergo: *Eine der Forderungen umfasst eine andere Regelung für die Vergütung der Primärversorgung. Wie soll diese aussehen?*

Biggi Bender: Wir wollen eine Aufwertung der Primärversorgung. Von ihr soll die stärkere Integration und Koordination der medizinischen Versorgung ausgehen. Dazu gehört auch, dass sie künftig zunehmend in Teams aus Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsberufen erfolgen

wird. Die damit verbundenen Team-, Kooperations- und Koordinationsleistungen müssen in den Vergütungsstrukturen aber berücksichtigt werden. Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat dazu den Vorschlag gemacht, das Vergütungssystem auf Jahrespauschalen pro Versicherten umzustellen. Auch um die Anreize für möglichst viele Arzt-Patienten-Kontakte einzudämmen. Hinzu kommen sollen qualitätsbezogene Anreize. Dieser und andere Vorschläge müssen erörtert werden.

ergo: *Sie fordern, dass die Pflegeberufe eine akademische Ausbildung erhalten sollen. Heute ist insgesamt zu beobachten, dass Akademiker, unter anderem auch Ärzte, eher in die Ballungsgebiete als in den ländlichen Raum ziehen. Befürchten Sie bei den Pflegekräften künftig eine „Überversorgung“ in den Städten und eine „Unterversorgung“ auf dem Land?*

Biggi Bender: Uns geht es eher um die Professionalisierung als um die Akademisierung der Pflege. Das heißt, dass die Pflege von einem reinen Assistenzberuf zu einer eigenständigen Profession wird. Zu einer solchen gehören selbstverständlich auch eigenständige wissenschaftliche Grundlagen. Daraus folgt nicht, dass jede Pflegekraft einen Hochschulabschluss vorweisen muss. An der Pflege Interessierte sollen sich aber mit ihr auch wissenschaftlich beschäftigen können. Und vor allem muss das Aus-, Fort-

„Die Bedeutung Medizinischer Versorgungszentren wird weiter zunehmen“

und Weiterbildungssystem so durchlässig sein, dass die Weiterqualifikation von der Pflegehilfs- über die Pflegefachkraft bis hin für Leitungspositionen oder für den akademischen Pflegebereich möglich ist. Diese Professionalisierung der Pflege ist wichtig mit Blick auf steigende Anforderungen an die Qualität von Pflegekonzepten und die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. Vor allem ist sie aber wichtig, um den Pflegeberuf auch für solche junge Menschen mit Abitur attraktiv zu machen, die Wahlmöglichkeiten und Aufstiegschancen in ihrem Beruf suchen.

ergo: *In dem Papier spricht sich Ihre Fraktion für eine Änderung der Bedarfsplanung aus. Wie soll diese aussehen und was halten Sie von den vorgesehenen Regelungen des Versorgungsstrukturgesetzes?*

Biggi Bender: Außer der vorgesehenen Flexibilisierung der Planungsbereiche hat das Versorgungsstrukturgesetz in Sachen Bedarfsplanung wenig zu bieten. Insbesondere fehlt es an der Zusammenführung von ambulanter Bedarfsplanung und Krankenhausplanung zu einer integrierten Versorgungsplanung. Diese ist aber die notwendige Voraussetzung für mehr vernetzte Versorgung. An dieser Stelle setzen wir an. Wir wollen eine übergreifende Versorgungsplanung, an der sich neben den Vertreterinnen und Vertretern von Ärzteschaft, Krankenhäusern und Krankenkassen, auch Länder, Kommunen und Patientenverbände beteiligen. Grundlage sollen gründliche Versorgungsanalysen und gemeinsam miteinander vereinbarte Gesundheitsziele sein. Bei der Aufstellung der Versorgungspläne sollen die Empfehlungen regionaler Gesundheitskonferenzen berücksichtigt werden.

ergo: *Welche Rolle sollen MVZ künftig aus Ihrer Sicht spielen?*

Biggi Bender: Ich glaube, dass die Bedeutung Medizinischer Versorgungszentren weiter zunehmen wird. Weil sie – eine entsprechende Größe vorausgesetzt – den Bedürfnissen vor allem von chronisch Kranken, aber auch von Familien mit Kindern nach umfassender medizinischer Versorgung „unter einem Dach“ entgegen kommen. Aber auch, weil sie ein gutes Angebot für jüngere Ärztinnen und Ärzte sind, die als Angestellte ohne eigenes finanzielles Risiko in den Vertragsarztbereich hinein gelangen oder als Väter oder Mütter zumindest zeitweise einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen wollen. Von dem mit dem Versorgungsstrukturgesetz verbundenen Vorhaben, den Kreis der Gründungsberechtigten und der möglichen Rechtsformen für MVZ wieder einzuschränken, halten wir deshalb gar nichts. Die Bundesregierung wird mit den vorgesehenen Beschränkungen auch verfassungsrechtlich Schiffbruch erleiden. Stattdessen setzen wir auf mehr Freiheitsspielräume. Auch Ärztenetze, Kommunen und Patientenorganisationen sollen MVZ gründen dürfen. Bei den Rechtsformen wollen wir zusätzlich eingetragene Genossenschaften ermöglichen.

ergo

Großes Thema Ärztemangel: Brötchenservice motiviert keine Nachfolger

Ein Masterplan der Gesundheitspolitik mit Rücksicht auf regionale Besonderheiten fehlt bisher

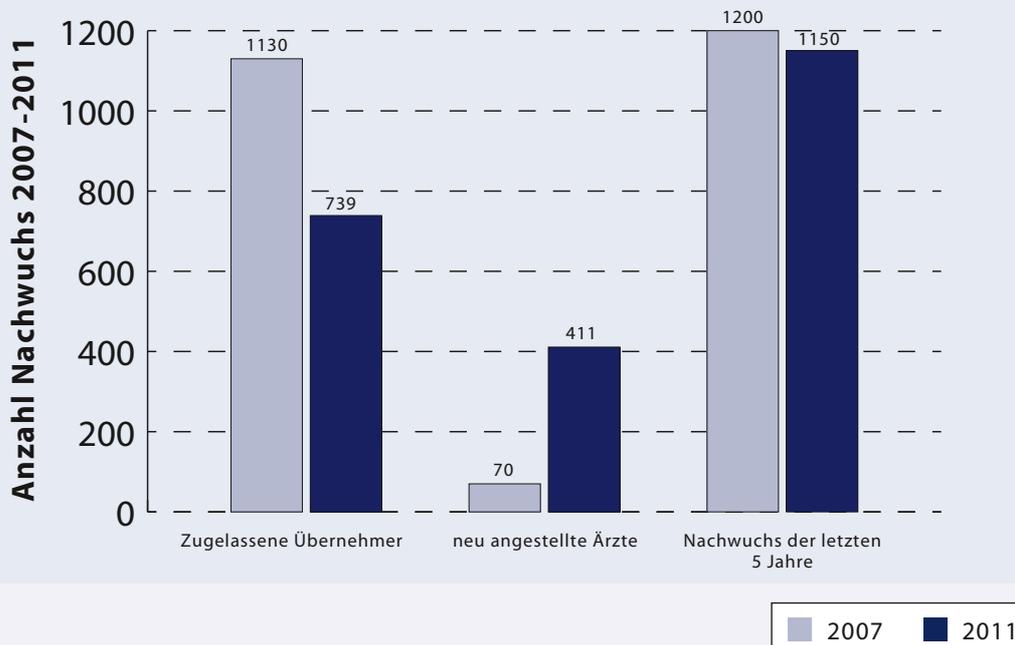
Die Gesundheitspolitik in Deutschland muss sich in den kommenden Jahren ganz besonderen Herausforderungen stellen, die durch sozio-demografische Brechungen initiiert werden. Die heutige Praxis-Wirklichkeit der niedergelassenen Ärzte ist nicht mehr deckungsgleich mit einer Realität, die zunehmend medizinische Leistungen nachfragt, die eine flächendeckende Versorgung auf höchstem Niveau einfordert und die neue und fast unerfüllbare Ansprüche stellt. Dies wird insbesondere spürbar in der aktuellen Diskussion um den sogenannten „Ärztemangel“, der in der Analyse aus einer Mischung vieler Entwicklungen resultiert.

Am Honorarientamtmisch in ländlichen Gemeinden bleiben immer mehr Plätze leer. Der Lehrer kommt nicht mehr, weil seine Schule mangels Schülern geschlossen wurde, der Herr Pfarrer fehlt entschuldigt, denn er muss parallel gleich fünf oder sechs Gemeinden betreuen – und „unser Herr Doktor“ ist im Ruhestand. Für seine Praxis konnte er keinen Nachfolger finden. Da bleibt nur noch der Bürgermeister, der versucht, mit kostengünstigem Bauland und Frühstücksbrötchen den verwaisten Arztsitz neu zu besetzen.

Die bundesdeutsche Gesellschaft propagiert veränderte Lebensschwerpunkte. Der 18-Stunden-Arbeitstag wird der Managerelite vorbehalten bleiben, die dafür ja auch entsprechend entlohnt wird und mit außerordentlichen Abfindungen verpasste Freizeitgestaltung nachholen kann. In der Mittelschicht – zu der auch die niedergelassenen Ärzte gehören – wird „privat“ und „beruflich“ im Gleichgewicht gehalten: Mit dem Verdienst wird die Freizeit finanziert. Der Anreiz fehlt, weil (un)dank restriktiver Honorarbegrenzungen in 18 Arbeitsstunden auch nicht mehr verdient werden kann als bei einem üblichen Zehnstundenpraxistag.

Dies ist die Realität: 80 Prozent der Hausarzt-Abgeber sind männlich. Der Nachwuchs im Hausarzt-Bereich ist zu 50 Prozent weiblich, wobei zwei von drei Ärztinnen angestellt arbeiten und jede Zweite nur halbtags in der Praxis sein möchte. Halbtags- und angestellt arbeiten ist in der Landarztpraxis nicht möglich. Zudem werden von diesen Ärztinnen ganz besondere Ansprüche an die Lebensqualität ihres Lebensraumes gestellt: Ein Kindergartenplatz für den eventuellen Nachwuchs wird ebenso erwartet wie

Strukturveränderung verschärft Nachwuchsproblematik



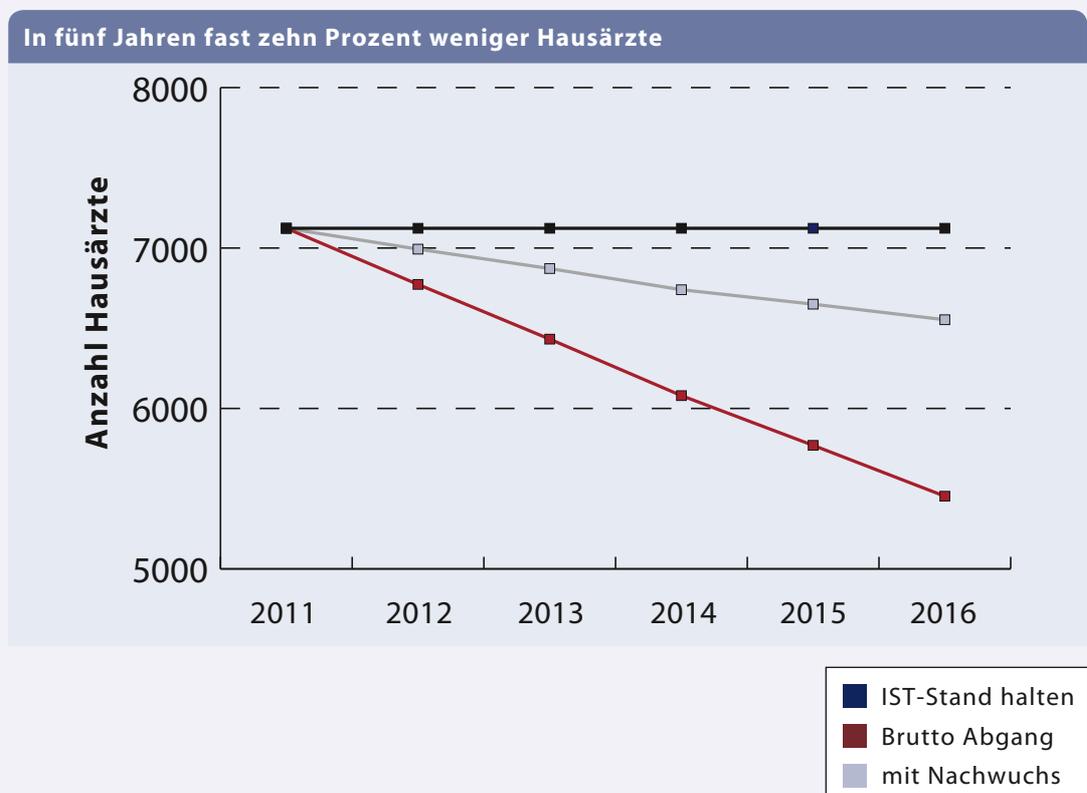
später eine Schule in der Nähe oder ein lebendiges Kulturleben. Doch da wird das Angebot (s.o.) immer dünner.

Aufgeschlüsselt auf Fachgruppen sprechen die Statistiken der KV Baden-Württemberg eine deutliche Sprache: Bei den Hausärzten – auch im städtischen Bereich wie in der Landeshauptstadt Stuttgart – gibt es weniger Bewerber als Angebote. Bei den Augen- und HNO-Ärzten ist das Verhältnis ausgeglichen, bei den übrigen Fachärzten liegen mehr Bewerbungen vor als Arztsitze zu vergeben sind – und bei den Anästhesisten und Psychotherapeuten gibt es sogar mehr als zwei Bewerber für einen Arztsitz.

Das vom Bundestag in zweiter und dritter Lesung verabschiedete Versorgungsstrukturgesetz zeigt zwar erste zaghafte Ansätze, dem Ärztemangel vor allem in ländlichen Gebieten zu begegnen. Allein dies wird nicht ausreichen. Zu unterschiedlich sind die Verhältnisse in den einzelnen Bundesländern, zu verschieden die von den einzelnen KVen verfolgten Motivationsprogramme und zu orientierungslos die Politik der Kassenärztlichen Bun-

desvereinigung. Gerade mit der Melange der Gründe, warum junge Mediziner – und insbesondere junge Medizinerinnen – sich nicht mehr für die traditionelle Rolle des Landarztes erwärmen können, stellt sich die Forderung nach einer perspektiven Planung: Wie soll die medizinische Versorgung in der Fläche im Jahr 2020 gestaltet werden, welche Maßnahmen sind schon heute zu initiieren, um dieses Ziel zu erreichen, von welchen Versprechungen muss Abschied genommen werden und wie ist die Funktion landärztlicher Tätigkeit zukunftssicher zu definieren.

ergo informiert in dieser Ausgabe in einem Sonderteil über die Problematik, befragt in einem Interview die Gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen, lässt einen Hausarzt zu Wort kommen, der einen Nachfolger sucht, und dokumentiert die vielfältigen Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Es wird nicht das letzte Mal sein, dass **ergo** über dieses Thema berichtet.



Dr. Winfried Meyer-Hentschel



„Landarzt zu sein ist heute irgendwie uncool“

Von der vergeblichen Suche nach einem Praxismachfolger

Im 11.000 Einwohner großen Laichingen im Alb-Donau-Kreis, Regierungsbezirk Tübingen, praktiziert seit 1974 der Allgemeinmediziner Dr. Winfried Meyer-Hentschel. Seit fast 40 Jahren behandelt er hier die Einwohner. Angefangen hat er dort als Assistent in einer Praxis, die er später übernahm. Damals war diese ein so genannter „dringlich zu besetzender Kassenarztsitz“ mit allen möglichen Vorteilen der Kreditgewährung. Mittlerweile betreut der Arzt 1.400 Patienten. Vor einigen Jahren, im Alter von 63 Jahren, entschloss sich der inzwischen 68-jährige Meyer-Hentschel, die Praxis altersbedingt zu verkaufen. Kein leichtes Unterfangen, wie sich im Gespräch mit **ergo** herausstellte:

Dr. Meyer-Hentschel: Ich habe mich anfänglich besonders unter meinen Weiterbildungsassistenten umgesehen und ihnen die Praxis angeboten. Zunächst hatte ich auch einen sehr guten, hoffungsvollen Kandidaten. Schnell stellte sich jedoch raus, dass er gar nicht die Absicht hatte, die Praxis zu kaufen, nein, er wollte sie allen Ernstes geschenkt haben, denn seiner Meinung nach würde ich ja sowieso keinen anderen finden, der die Praxis kaufen würde.

Dabei stellte ich schon damals keine hohen Ansprüche, sondern wollte an sich nur einen Quartalsumsatz für die Einrichtung und den ideellen Wert haben. Jedenfalls war das die Ursache, dass wir uns nicht einig geworden sind.

ergo: Was haben Sie daraufhin unternommen?

Dr. Meyer-Hentschel: Wirklich alles Mögliche: Ich habe eine Anzeige im Ärzteblatt Baden-Württemberg aufgegeben, habe die Praxis von der KV dreimal ausschreiben lassen, bin in die Liste der Praxisabgeber der KV in Reutlingen eingetragen und habe ein Schreiben an alle Kreiskrankenhäuser in der Umgebung geschickt, damit diese ihre Assistenten auf die Praxisabgabe hinweisen. Ich habe ausdrücklich nicht gesagt, „zu verkaufen“ - vom Verkauf bin ich lange abgerückt - ich habe gesagt „abzugeben“. Als nächstes folgten Schreiben an das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Ulm, den Bürgermeister, an die Kreistagsabgeordneten der Parteien und den Landrat - alles ohne Erfolg. Dann habe ich auf Mundpropaganda gesetzt und überall rumgefragt, bei meinen Kollegen und bei Pharmareferenten, die ja viel rumkommen und vielleicht einen Interessenten hätten wissen können. Ich habe

sogar einen professionellen Niederlassungsscout engagiert, also jemanden, der berufsmäßig Praxismachfolger sucht. Außerdem habe ich die Presse eingeschaltet und auf Annoncen in der Standespresse geantwortet.

Tatsächlich habe ich schließlich einen Kollegen gefunden, der hervorragend geeignet und sofort Feuer und Flamme war. Er ist Allgemeinarzt, Internist und auch Palliativ- und Notfallmediziner, was man hier in der Region dringend brauchen könnte. Es wären ihm sogar Räumlichkeiten einer ehemaligen Arztpraxis vom Alb-Donau-Kreis zu sehr günstigen Konditionen zur Verfügung gestellt worden. Leider war seine Frau anderer Meinung als er - und das war's dann.

ergo: Außer diesem einen Arzt hat sich niemand gemeldet?

Dr. Meyer-Hentschel: Nein!

ergo: Hat die KV Sie in der Zeit unterstützen können?

Dr. Meyer-Hentschel: Die KV hat sich um die Ausschreibung im Baden-Württembergischen Ärzteblatt gekümmert. Aber auch das war nicht von Erfolg gekrönt. Letzte Woche kam ein Schreiben, in dem man mir mitteilte, dass die Praxisübergabe beendet sei, da man innerhalb von sechs Monaten keinen zulassungsfähigen Bewerber gefunden habe.

ergo: Woran kann es liegen, dass so wenige Kollegen von Ihnen Interesse hatten?

Dr. Meyer-Hentschel: Ich denke - und das zeigen auch die Gespräche mit meinen Kollegen - , dass die meisten Mediziner ganz andere Vorstellungen haben, was sie nach ihrem Studium anfangen wollen. Auf's Land zu gehen ist irgendwie uncool. Wenn man schon gut ist in seinem Beruf, wenn man Medizin studiert hat, will man kein Landarzt sein, sondern sich eher beispielsweise als Internist in der Stadt niederlassen und das Landarztsein nicht auf sich nehmen. Landarzt zu sein, das hat einen eher negativen Touch.

ergo: Also müsste am Ruf des Landarztes gearbeitet werden?

Dr. Meyer-Hentschel: Genau. Das habe ich auch den Kreistagsabgeordneten in meinem Schreiben mitgeteilt.

Sie waren mit mir einer Meinung, dass man den Ruf des Landarztes aufpolieren und auch unterstützen müsse. Sie haben mich auch darüber informiert, dass es hierfür eine Initiative auf Landesebene gäbe. Das Dumme ist nur: Für mich kommt das Ganze natürlich zu spät.

ergo: Was sollte Ihrer Meinung nach von Politik oder KV unternommen werden, um die Situation zu verbessern?

Dr. Meyer-Hentschel: Der erste hoffnungsvolle Ansatz ist, dass die kleinflächige Bedarfsplanung kommt, damit nicht alle Ärzte sich in größeren Städten oder besonders attraktiven Regionen wie zum Beispiel den Bodenseekreis niederlassen. Ein guter Ansatz ist auch der Gedanke, dass die Honorierung der Ärzte auf dem Land sich verbessern muss, indem Landärzte mehr verdienen als Stadtärzte. Wenn Ärzte mehr Umsatz machen können und ein besseres Auskommen haben, gehen sie sicherlich verstärkt auf das Land.

ergo: Wie sieht für Sie persönlich die Konsequenz aus der erfolglosen Suche aus?

Dr. Meyer-Hentschel: Ich habe mich jetzt damit abgefunden, dass ich meine Praxis nicht verkaufen kann. Ich wäre aber trotzdem froh, wenn ich jemand finden würde, der meine Patienten übernehmen würde, auch wegen der Kollegen. Letztere bitten mich inniglich, so lange weiterzumachen, wie es irgend geht. Wenn sie nämlich noch meine 1.400 Patienten mitbehandeln müssten, wären sie komplett überfordert, zumal zwei von ihnen auch schon 60 Jahre alt sind. So mache ich wahrscheinlich noch zwei bis drei Jahre weiter und bemühe mich währenddessen um einen Nachfolger. Immerhin: Eine Weiterbildungsassistentin, die bei mir seit vier Jahren halbtags gearbeitet hat und auch hier in der Gegend wohnt, könnte sich vorstellen, nach Abschluss ihrer Facharztausbildung die Praxis als Gemeinschaftspraxis zu übernehmen. So lange möchte ich noch durchhalten.

ergo: Haben Sie Ihre Patienten informiert?

Dr. Meyer-Hentschel: Meine Patienten habe ich beruhigen können. Ich habe ihnen mitgeteilt, dass ich zwar aus Altersgründen in den Ruhestand gehen möchte, aber die Praxis so lange im Interesse meiner Patienten weiterführen werde, wie es geht. Immerhin bin ich jetzt - mit meiner Assistenzzeit - 40 Jahre am Ort. Da kann ich nicht einfach zumachen und sagen, das war's dann. Dafür sind mir die Leute zu sehr ans Herz gewachsen, dazu bin ich zu sehr verwurzelt. Einige Patienten habe ich bereits als Säugling betreut und jetzt kommen sie schon mit ihren Kindern zu mir. Das ist ein nettes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Es ist schön, wenn die Patienten sagen: Das ist unsere Hausarztpraxis! Aufgeben kann ich das nicht so einfach.

ergo: Wenn Sie an Ihre Kollegen appellieren, was sagen Sie?

Dr. Meyer-Hentschel: Ich übergebe eine Praxis in aktuellem Zustand, mit einem Sieben-Platz-Computersystem und hochmotivierten, gut eingearbeiteten Helferinnen. Die Praxis kann nahtlos übernommen werden - und das auch noch zu günstigen Konditionen. Eine Praxisschätzung durch die KV hatte einen Wert von 150.000 Euro ergeben, dann bin ich heruntergegangen auf 75.000 Euro, aber auch die zahlt mir hier niemand, denn Allgemeinpraxen werden heute landesweit verschenkt. Ich bin jedenfalls froh, dass ich nie darauf gesetzt habe, den Erlös als Altersvorsorge vorzusehen. Mir wäre schon geholfen, wenn ein Kollege als Partner mit mir eine Gemeinschaftspraxis gründen würde, um sie dann zu übernehmen.

Gebraucht wird ein Arzt hier dringend, denn innerhalb von einem halben Jahr haben in der Nähe gleich zwei Kollegen ohne Nachfolger die Praxis geschlossen. Landauf, landab, es ist überall das Gleiche, ich bin da kein Einzelfall.

ergo

Zuschuss für Famulatur

In der **ergo**-Ausgabe 3/11 wurde berichtet, dass der Vorstand der KVBW beschlossen hat, die Förderung der Famulatur ab dem 1. Oktober 2011 wieder einzuführen. Für alle Medizinstudenten, die ihre Famulatur in einer baden-württembergischen Arztpraxis absolvieren, wird ein Zuschuss - der als Taschengeld bestimmt ist - von 160 Euro für einen Monat und 320 Euro für zwei Monate gewährt.

Die Famulatur ist ein Praktikum, das von Medizinstudenten in der vorlesungsfreien Zeit absolviert wird. Das Praktikum dauert vier Monate. Davon wird mindestens ein Monat in einer Arztpraxis abgeleistet. Die Famulatur ist in Deutschland durch die Approbationsordnung für Ärzte vorgeschrie-

ben und findet zwischen dem ersten und zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung statt. Darüber hinaus bieten die Famulaturen für die Medizinstudenten die Möglichkeit, einen Einblick in den Praxisalltag zu erhalten.

Auf der Homepage der KVBW entsteht eine Famulaturbörse für Medizinstudenten, um die Suche nach einem freien Famulaturplatz zu erleichtern. Hierfür suchen wir Ärzte/innen, die Famulanten beschäftigen möchten. Praxen, die junge Nachwuchsmediziner beschäftigen und eine Famulaturstelle anbieten wollen, sollten bitte das Onlineformular auf der KVBW-Homepage ausfüllen. Schon jetzt Dank für die Unterstützung.

Der Wettbewerb um den medizinischen Nachwuchs ist voll entbrannt

Über Facebook spricht die KVBW Studenten und Ärzte in der Facharztausbildung an

In ihrer strategischen Ausrichtung der Kommunikation hat die KVBW sich bislang vor allem auf die Zielgruppen Mitglieder, Politik und Presse/Medien konzentriert. Vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen ist nun eine zusätzliche Zielgruppe in den Fokus gerückt: Der medizinische Nachwuchs, also die Studenten und Studentinnen sowie die Ärztinnen und Ärzte, die ihre Facharztausbildung absolvieren.

Der Hintergrund ist relativ einfach: Baden-Württemberg steuert auf einen Mangel an Ärzten insbesondere im ländlichen Bereich zu, so dass alle Anstrengungen unternommen werden müssen, um möglichst viele junge Ärzte in die Niederlassung zu bringen. Die KVBW sieht sich hier in einem Wettbewerb um medizinischen Nachwuchs vor allem mit den Krankenhäusern und mit der Industrie.

Es gibt ja nach wie vor viele Medizinstudenten, sie lassen sich nur nicht mehr in der Anzahl nieder, wie das früher der Fall war. Dabei bietet die Niederlassung, auch im Vergleich zum Krankenhaus - trotz aller schwieriger werdenden Rahmenbedingungen - unverändert attraktive Perspektiven. Die KV hat hier jedoch einen echten strategischen Nachteil gegenüber dem stationären Bereich: Das gesamte Studium und in weiten Teilen die Facharztausbildung ist klinisch geprägt. Bis ein angehender Mediziner einmal mit dem ambulanten Sektor überhaupt in Verbindung kommt, vergehen Jahre - wenn überhaupt.

Um dies zu ändern, hat die KVBW eine Initiative gestartet, um den medizinischen Nachwuchs gezielt anzusprechen und für eine Niederlassung zu interessieren und dafür eine Facebook-Seite „kvbw for students“ geschaffen. Die KVBW ist damit die erste KV in Deutschland, die Erfahrung in diesem Bereich sammelt. Warum Facebook? Facebook hat als führende Social Media-Seite inzwischen rund 800 Millionen Nutzer weltweit und besitzt vor allem eine hohe Penetrationsrate bei Studenten. Studien gehen davon aus,

dass etwa 90 Prozent der Studentinnen und Studenten ein Facebook-Profil haben. Facebook hat den weiteren Vorteil, dass es kostengünstig ist, weil keine Gebühren anfallen. Die KVBW hat sich dabei an Facebook-Auftritten großer Unternehmen wie etwa BMW orientiert, die mit großem Erfolg darüber Kontakt mit Nachwuchskräften knüpfen.

Facebook ist „nur“ ein Kommunikationsinstrument. Entscheidend wird es sein, welche Angebote den Studierenden unterbreitet werden können. Die KVBW hat damit begonnen, auf Veranstaltungen an den Hochschulen präsent zu sein und eigene Veranstaltungen in ihren Räumlichkeiten anzubieten. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass dies von den Studenten durchaus angenommen wird. Vorgesehen sind im kommenden Jahr eigene Seminare der MAK für Studenten. Gleichzeitig soll für Famulaturen geworben werden und diejenigen, die ihre Famulatur in einer Praxis absolviert haben, sollen systematisch weiter begleitet werden. Eine Vielzahl weiterer Angebote sind denkbar; dazu gehört der Kontakt zu niedergelassenen Ärzten, vor allem auch Ärztinnen, der durchaus auch in elektronischer Form, etwa im Rahmen eines Chatrooms stattfinden kann. Ziel ist es insgesamt, die Attraktivität des niedergelassenen Berufes darzustellen und für eine Niederlassung zu werben. Ziel ist es weiter, von den Studenten Anregungen für Verbesserungen zu bekommen. Entscheidend ist es daher, die Studenten auf ihrer Kommunikationsebene abzuholen.

Klar ist, dass hier nicht mit schnellen Erfolgen gerechnet werden kann. Dafür sind die Bretter, die gebohrt werden müssen, zu dick. Die Reaktion einer medizinischen Fachschaft auf ein Schreiben der KVBW, sich über Facebook zu vernetzen, zeigt dies überdeutlich: „Wir werben grundsätzlich nicht für kommerzielle Anbieter...“ Die Verantwortlichen dort hatten schlichtweg keinerlei Vorstellung, was eine Kassenärztliche Vereinigung ist oder macht. Die KVBW ist überzeugt: Der Versuch wird sich lohnen.

KV-Niederlassungsberatung hilft bei der Praxisgründung

Der ländliche Raum stellt bei der Nachfolgersuche besondere Aufgaben

Wenn es um die Frage der Selbstständigkeit geht, führt oft der erste Weg von Ärzten und Psychotherapeuten zur Niederlassungsberatung der KVBW. Die Fachberaterinnen und -berater des Sachgebiets Zulassungs- und Kooperationsmanagement im Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung bieten ein breites Beratungsspektrum an. In einem Gespräch werden fachliche und persönliche Voraussetzungen geklärt und Standortanalysen unter Beachtung der Bedarfsplanung durchgeführt.

Ob Praxisgemeinschaft, Berufsausübungsgemeinschaft, Jobsharing oder Medizinisches Versorgungszentrum: Die Praxisberater klären über die verschiedensten Formen einer Praxisführung auf. Last but not least bringen sie Praxisen und Interessenten durch die so genannten Praxisbörsen zusammen und unterstützen sie darüber hinaus durch gezielte Vermittlung.

Eine fast ebenso große Aufgabe der Niederlassungsberatung besteht darin, die Mitglieder in Phasen von Kooperationsbildungen zu betreuen. Auch ausscheidende Mitglieder, die ihre Praxistätigkeit beenden möchten und auf der Suche nach einem geeigneten Nachfolger sind, profitieren von den Beratungsgesprächen

Vor einigen Jahren war es noch so, dass es im Rahmen der Niederlassungsberatung in der Regel immer gelang, Nachfolger zu vermitteln. Zwischenzeitlich hat sich das jedoch erheblich gewandelt. Für Arztpraxen, insbesondere im ländlichen Raum, wird es immer schwieriger, Interessenten zu finden. Hier mussten die Niederlassungsberate-

rinnen und -berater ihr Aufgabengebiet erweitern und neue Strategien zur Sicherstellung entwickeln. Das bedeutet: Die Versorgungssituation muss intensiv analysiert und permanent beobachtet werden. Versorgungsdefizite müssen frühzeitig erkannt und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Neben die individuellen Beratungen tritt die Erarbeitung konkreter Lösungskonzepte gemeinsam mit den betroffenen Ärzten.

Zunehmend werden auch die Ärzteschaft und die Bürgermeister vor Ort einbezogen. Hierbei bietet das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz mit seiner flexiblen Ausgestaltung die Möglichkeit, im konkreten Fall differenzierte Lösungen umzusetzen. Insbesondere für die sich häufende Situation, dass trotz intensiver Nachfolgersuche die Nachbesetzung der Praxis fehl schlägt. Dann müssen Versorgungslücken durch Nebenbetriebsstätten oder Anstellungen – auch in Teilzeit – überbrückt werden.

All das zeigt, wie vielfältig das Aufgabengebiet der Niederlassungsberaterinnen und -berater bei der KVBW ist, wobei diesem Aufgabenbereich noch insofern eine ganz besondere Bedeutung zukommt, als dort in der Regel der Erstkontakt zu den zukünftigen Mitgliedern stattfindet. Dieser Erstkontakt ist durchaus mitentscheidend, wie gut sich das Mitglied in der KVBW aufgehoben und von ihr vertreten fühlt.

ergo

Niederlassungs- & Kooperationsberatung

Telefon: 0761/884-4206

kooperationen@kvbawue.de



Erfolgreiche Werbeaktion für den Ärztepool

Ungewöhnliche Zeiten erfordern ungewöhnliche Maßnahmen: Mit einem Flyer „Wir suchen Sie!“ warb die KVBW im August bei den rund 50.000 Medizinern in Baden-Württemberg für eine Tätigkeit als angestellte Ärztin oder Arzt, Vertreter und Pate. Das Telefon bei den Niederlassungsberatern der KVBW stand tagelang nicht mehr still. Über 300 Ärzte sind mittlerweile neu zum Pool der KVBW hinzu gekommen.

Damit ist die Rechnung des stellvertretenden Vorsitzenden der KVBW, Dr. Johannes Fechner, aufgegangen. Er wollte mit dieser Aktion vor allem die Kolleginnen und Kollegen mobilisieren, die bisher ohne ärztliche Tätigkeit sind. „Es ist uns gelungen, Ärz-

KVBW sucht Kontakt zu Medizinstudenten

Die ambulante Versorgung spielt in der Aus- und Weiterbildung der Mediziner nur eine Nebenrolle. Diese Aussage stammt von Medizinstudenten und ist für die Niederlassungsberater der KVBW ein Anlass, dies zu ändern: Seit dem Frühjahr 2011 ist die KVBW an der Universität Freiburg bei Info-Veranstaltungen zum Praktischen Jahr mit einem Info-Stand präsent.

Unter dem Slogan „Karriere in der Arztpraxis“ informiert die KVBW über Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in niedergelassenen Arztpraxen. Ein Novum, denn bisher waren in diesem Reigen nur die Krankenhäuser aus der Region vertreten.

In Freiburg kooperiert die KVBW mit dem Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin, Professor Wilhelm Niebling und dem Lehrkoordinator für Allgemeinmedizin, Klaus Böhme. Bereits zum zweiten Mal fand in den Räumen der KVBW eine Info-Veranstaltung für Medizinstudenten statt. Folgende Themen standen auf der Agenda: Besonderheiten im Wahltertial Allgemeinmedizin einschließlich der bestehenden Fördermöglichkeiten. Ebenfalls wird über die Möglichkeiten der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung sowie die Vorteile einer Tätigkeit im ambulanten Bereich nach Abschluss der Weiterbildung informiert.

Der Vorstand möchte diese Aktivität nun auf weitere Medizinische Fakultäten in Baden-Württemberg ausdehnen. Hier werden auch die Beiräte der Bezirksdirektionen eingebunden.

Alles Gute.
KVBW
for students

die Alternative für junge Mediziner

Karriere in der Arztpraxis

Unser Service für junge Mediziner:

- Famulatur- und Weiterbildungsbörse
- Arzt-Seminare
- Individuelle Karriereplanung: Teilzeit, Anstellung, Kooperation, Praxisübernahme, ...
- Investitions- und Kostenberatung

Alles Gute.
KVBW

www.kvbawue.de Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

tinnen und Ärzte für die Mitarbeit in der ambulanten Versorgung zu gewinnen – das ist ein großer Erfolg! Mancher Engpass im Notfalldienst, zu Urlaubszeiten oder bei Erkrankung kann mit Hilfe der Vertreter aufgefangen werden. Für manchen jungen Mediziner ebnet die Vertretung den Weg in die ambulante Versorgung als angestellter Arzt oder Freiberufler“, so der KV-Vize.

Gesucht wurden auch Ärztinnen und Ärzte, die sich in Arztpraxen, insbesondere in Nebenbetriebsstätten in ländlichen Regionen anstellen lassen möchten. Über diese Werbeaktion ist es gelungen, eine Ärztin im Angestelltenverhältnis in eine Arztpraxis im Schwarzwald-Baar-Kreis zu vermitteln. Dieser Landkreis zählt in Baden-Württemberg zu den Regionen mit großen Nachwuchssorgen. „Ein toller Erfolg, der uns zeigt, dass wir mit unseren Ideen auf dem richtigen Weg sind,“ so Brigitte Michels, die für die Niederlassungsberatung der KVBW verantwortlich zeichnet. Ebenfalls beachtlich ist die Resonanz zur Tätigkeit in der RegioPraxis BW: Rund 70 Ärzte haben ihr Interesse an einer Mitarbeit in einer RegioPraxis bekundet. Ein gutes Signal für das KVBW-Projekt. Auch für das im Aufbau befindliche Patenmodell konnten viele Interessenten gewonnen werden.



Versorgungsstrukturgesetz hat den Bundestag passiert

Interventionen der KVBW fanden Eingang in die Endfassung

Es ist geschafft: Das Versorgungsstrukturgesetz ist vom deutschen Bundestag in zweiter und dritter Lesung verabschiedet worden. Zwar muss sich noch der Bundesrat mit dem Entwurf befassen, doch ist nicht davon auszugehen, dass es dadurch noch Änderungen geben wird, so dass das Gesetz wohl zum 1. Januar 2012 in Kraft treten wird. Viele Regelungen werden allerdings erst 2013 wirksam werden, da sie zur Umsetzung umfangreiche Vorarbeiten zwischen den Beteiligten erfordern. Ein langer Weg ist damit zurückgelegt worden, der mit einer Ankündigung des damaligen Bundesgesundheitsministers Rösler im vergangenen Jahr begann und über eine Vielzahl an Positionspapieren, Gesetzesentwürfen und Beratungen führte.

Hintergrund des Gesetzes ist das Ziel der Bundesregierung und der Fraktionen von CDU/CSU und FDP, die Versorgungssituation angesichts des sich abzeichnenden Ärztemangels zu verbessern. Damit unterscheidet es sich deutlich von seinen Vorgängern in den vergangenen Jahren: Nicht Sparmaßnahmen, um den Beitragssatz stabil zu halten, sondern die Verbesserung der Versorgung steht im Mittelpunkt. Dementsprechend erinnerte sich die Politik wieder daran, dass es ohne niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten keine Versorgung gibt – und wie wichtig die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der Versorgung sind.

Deutliche Einflussnahme

Für die Ärzte und die Kassenärztliche Vereinigung hat dieses Gesetz große Bedeutung. Denn es wird die Rahmenbedingungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung für die nächsten Jahre bestimmen. Dementsprechend umfangreich hat die KVBW das Gesetzgebungsverfahren begleitet. In unzähligen Gesprächen, Treffen und Veranstaltungen mit den Beteiligten im Bund, Pressemitteilungen, Stellungnahmen und Argumentationspapieren haben Vorstand, Geschäftsführung und die Stabsstelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ihre Argumente, Vorschläge und Forderungen in das Verfahren eingebracht. So ist es gelungen, deutlichen Einfluss auf das Gesetz zu nehmen.

Der KVBW-Vorstand hat sich nach der Verabschiedung des Gesetzes ausgesprochen zufrieden geäußert, da viele For-

derungen, die die Ärzte schon seit Jahren erheben, Eingang in das Gesetz gefunden haben.

Abbau des Regressdrucks

Das beginnt mit dem Abbau des Regressdrucks. Künftig gilt für die Ärzte, dass die Verordnung von Heilmitteln an Chroniker erleichtert wird, indem die Patienten sich die erforderlichen Heilmittel von ihrer Krankenkasse genehmigen lassen, die dann auch nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen. Weiter wird die Höhe eines Regresses auf maximal 25.000 Euro in den ersten beiden Jahren einer Überschreitung begrenzt. Künftig wird ferner das Prinzip „Beratung vor Regress“ bei der ersten Überschreitung gelten. Positiv für die Praxen sind auch verbindliche, bundesweit einheitliche Praxisbesonderheiten, die zudem regional ergänzt werden können. Damit wird die Rechtssicherheit für die Ärzte noch einmal deutlich erhöht.

Regionalisierung in Honorarfragen

Die Zuständigkeiten in Honorarfragen wird wieder regionalisiert - auch dies eine klare Forderung der KVBW. Die KVen erhalten ein weitgehendes Gestaltungsrecht für die Systematik. So haben sie die Möglichkeit, Zuschläge auf den Orientierungspunktwert in unterversorgten Planungsbezirken zu gewähren. Zudem können die KVen künftig die Honorarverteilung selbst festlegen, es muss kein Einvernehmen mehr mit den Krankenkassen hergestellt werden. Damit können etwa Ärzte in unterversorgten Gebieten von der Mengenbegrenzung ausgenommen werden.

AKR entfallen

Die Ambulanten Kodierrichtlinien entfallen. Daran haben die Ärzte aus Baden-Württemberg einen besonderen Anteil.

Neue Bedarfsplanung

Auf eine völlig neue Grundlage wird die Bedarfsplanung gestellt. Die überholte Regelung soll komplett überarbeitet werden: Die Planungsbezirke werden neu geschnitten, es wird fachgruppenspezifische Planungsbezirke und neue Verhältniszahlen geben. Hier sollen vor allem auch

Parameter wie die Demografie und die Morbidität berücksichtigt werden. Die KVen und die Krankenkassen sind hier gefragt, die neuen Regelungen sollen bis Jahresende 2012 umgesetzt werden.

Regelung der Praxisnachfolge

Die Ärzte mussten sich einer intensiven Kampagne von Teilen der Krankenkassen zum Abbau von Überversorgung erwehren. Diese forderten eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, nachzubesetzende Praxissitze in überversorgten Regionen aufzukaufen; das Geld dafür sollte aus der Gesamtvergütung stammen.

Für die KVen hätte dies gravierende Auswirkungen gehabt. Im Augenblick sind in Baden-Württemberg über 90 Prozent aller Planungsbezirke fachgruppenübergreifend rechnerisch überversorgt. Wie das nach den Änderungen der Bedarfsplanung im Zuge des Gesetzes aussehen wird, ist derzeit noch nicht abzuschätzen. Aber klar ist: Es wird auch danach Bezirke geben, in denen eine rechnerische Überversorgung festgestellt wird. Gelingen ist es, diese Forderung wesentlich zu entschärfen.

Künftig soll der Zulassungsausschuss darüber entscheiden, ob ein Praxissitz in überversorgten Regionen, der nachbesetzt werden soll, ausgeschrieben werden darf. Dabei muss die Versorgungssituation berücksichtigt werden, außerdem ist einem Antrag auf Ausschreibung bei Stimmgleichheit im Zulassungsausschuss zu entsprechen. Dies hat dahingehend Bedeutung, da die Zulassungsausschüsse paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Ärzteschaft besetzt sind. Bei Ablehnung eines Antrages auf Ausschreibung muss die KV dem Praxisinhaber den Wert der Praxis ersetzen. Das Verfahren findet keine Anwendung, wenn der Nachfolger ein Familienangehöriger, Ehe-/ Lebenspartner oder Partner in einer Gemeinschaftspraxis ist.

Vor- und nachstationäre Behandlung für das Krankenhaus durch Vertragsärzte

Kurz vor der Verabschiedung des Gesetzes ist eine Forderung der KVBW aufgenommen worden, wonach die niedergelassenen Ärzte im Auftrag und zu Lasten des Krankenhauses in dessen Räumen oder auch in der eigenen Praxis Leistungen im Bereich der vor- und nachstationären Versorgung erbringen dürfen. Für die niedergelassenen Ärzte ergeben sich hier völlig neue Tätigkeitsfelder.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Der vielleicht am intensivsten und am heftigsten umstrittene Teil des Gesetzes betrifft die Einführung einer spezialfachärztlichen Versorgung. Hier geht es um die Behandlung besonders schwerer Verlaufsformen von Erkrankungen mit

besonderen Krankheitsverläufen, seltener Erkrankungen und hochspezialisierter Leistungen. Das Gesetz nennt hier beispielsweise Multiple Sklerose, Mukoviszidose, Hämophilie, HIV/AIDS, onkologische Erkrankungen und weitere.

Für die Behandlung dieser Krankheiten möchte der Gesetzgeber insbesondere den Krankenhäusern mehr Kompetenz in der ambulanten Behandlung einräumen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll die Krankheiten noch konkretisieren, des Weiteren soll er die Leistungsanforderungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung bestimmen. Teilnahmeberechtigt sind die Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte, die diese Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Für die schweren Erkrankungen ist ein Überweisungsvorbehalt durch den Vertragsarzt vorgesehen; bei seltenen Erkrankungen wird dies noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss geklärt werden.

Weiter kann der G-BA Empfehlungen für Kooperationen zwischen den Vertragsärzten und den Krankenhäusern abgeben, für onkologische Erkrankungen muss er dies. Das ambulante Operieren ist nicht Gegenstand der spezialfachärztlichen Versorgung. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt zunächst direkt mit den Krankenkassen, die Vertragsärzte können dies auch über die Kassenärztlichen Vereinigungen vornehmen. Die Leistungen werden von Mengenbegrenzung ausgenommen. Die konkrete Vergütung wird noch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV festgelegt.

Als weiteren wichtigen Punkt hat der Gesetzgeber die Residenzpflicht aufgehoben. Zudem ist ein klares Verbot der Zuweisung gegen Entgelt ausgesprochen worden. Erfreulich aus Sicht der KVBW ist auch die Verpflichtung der Krankenkassen, sich an einem Strukturfonds beteiligen zu müssen. Ebenso war es der KVBW wichtig, dass keine neue Verteilung der Honorare zwischen den KVen in das Gesetz aufgenommen wird, wie das von einigen KVen gefordert worden war.

Keine Ausbudgetierung der psychotherapeutischen Leistungen

Die KVBW bedauert, dass die Forderung, die psychotherapeutischen Leistungen auszubudgetieren, nicht Eingang ins Gesetz gefunden hat. Ebenso ist die Gewährleistung angemessener Wartezeiten bei den Fachärzten in den Sicherstellungsauftrag der KVen übernommen worden, was abgelehnt wird, da der Ursprung dafür in der Honorarsystematik liegt.



Ammenmärchen und große Verleumdung der Ärzteschaft: Wartezeiten

Politik und Kassen beklagen die von ihnen rationierte Situation

Die Vorwürfe sind hart und sorgen immer wieder auch für erheblichen politischen Wirbel: Die Ärzte arbeiteten zu wenig. Und vor allem aber seien die Wartezeiten, insbesondere bei den Fachärzten, zu lang – so argumentieren zumindest Teile der Politik und der Krankenkassen. Dies zeigte Wirkung: Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr wurde im September mit dem Plan zitiert, Fachärzte künftig mit Sanktionen zu belegen, falls es zu lange Wartezeiten in ihren Praxen geben sollte. Der Vorschlag wurde allerdings umgehend vom Ministerium zurückgezogen, nachdem sich eine breite Front der Entrüstung gebildet hatte.

Trotzdem bleibt das Thema auf der Tagesordnung. So ist in Paragraph 75 SGB V nun ein Passus aufgenommen worden, wonach sich der Sicherstellungsauftrag der KVen auch auf eine „angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung“ erstreckt. Was dies dann genau bedeuten würde, bleibt jedoch unklar. Insbesondere die Frage, welche Wartezeiten denn angemessen seien, wird nicht beantwortet. Wie auch immer müssten die KVen künftig Maßnahmen ergreifen, um möglichen Vorgaben zu entsprechen.

Einfach zu ignorieren wäre nicht möglich, da rechtlicher Druck ausgeübt werden könnte. In die gleiche Bresche schlägt der AOK-Bundesverband, der kürzlich eine Studie präsentiert hat, aus der hervorgehen soll, dass die Ärzte zu wenig arbeiten. Und der Vorsitzende der AOK Rheinland-Hamburg, Wilfried Jacobs, beklagt anhand von Durchschnittswerten die zu langen Wartezeiten der Patienten bei den Fachärzten und fordert die Bundesregierung auf, diesen Missstand zu beheben. Deutlich ist, dass hier ein weiterer Versuch zu beobachten ist, das Ansehen der Ärzte zu belasten.

Was ist dran an den Vorwürfen?

Wer all die Polemik, die aus den Äußerungen spricht, einmal beiseite lässt, der wird zu einem anderen, weil differenzierten Bild kommen. So darf die Studie des AOK-Bundesverbandes in Teilen durchaus als hart an der Grenze zur Unseriosität bezeichnet werden. Auf alle Fälle verdient sie die Bezeichnung „wissenschaftlich“ oder gar repräsentativ nicht, wenn sie auf einzelne Bundesländer heruntergebrochen wird. Durchgeführt wurde eine Online-Umfrage mit durchschnittlich fünf Minuten Länge. Aus Baden-Württemberg haben gerade einmal 16 Haus- und 17 Fachärzte teilgenommen. Hieraus verwertbare Ergebnisse für dieses Bundesland zu bekommen, ist schlichtweg unmöglich.

Hinzu kommt: Wer sich diese Ergebnisse einmal genauer anschaut, der kann die Kritik nicht nachvollziehen. Denn die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der niedergelassenen Ärzte liegt insgesamt bei 57 Stunden (Allgemeinmediziner) und 52 Stunden (Fachärzte). Hierin sind sämtliche Zeiten für die Behandlung der Kassen- und Privatpatienten sowie für die Erledigung der Büroarbeit enthalten. Die Streuung scheint jedoch erheblich zu sein, denn jeder zweite Allgemeinarzt und ein Drittel der Fachärzte geben an, 60 Stunden und mehr zu arbeiten. Ist das zu wenig? Das kommt auf den Maßstab an. Vielleicht ist einer zulässig: Die Kalkulation der Werte des EBM wurde auf Basis einer wöchentlichen Arbeitszeit von 51 Stunden vorgenommen.

Interessante Erkenntnis bietet auch eine andere Studie. So hat das FORSA-Institut, beauftragt vom GKV-Spitzenverband, im Frühjahr eine Untersuchung zu diesem Thema

veröffentlicht. Danach weisen die Ärzte in Bezug auf die Arbeits- und Öffnungszeiten exzellente Werte auf: Zehn Prozent der Praxen haben durchgehend für Kassenpatienten geöffnet, mehr als ein Drittel am Vor- und am Nachmittag – hier sind die Zeiten für Haus- und Heimbefuche und Operationen sowie der enorme Bürokratie-Aufwand nicht berücksichtigt.

Möglicherweise ist aber auch eine ganz andere Herangehensweise geboten: Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sind immer noch freiberuflich als selbstständige Unternehmer tätig. Es gehört unter anderem zum Wesen der Selbstständigkeit, frei über die eigene Arbeitszeit verfügen zu können – und frei über die Kriterien zu bestimmen. Kann es jemand einem Arzt ernsthaft vorwerfen, wenn er beispielsweise auch wirtschaftliche Kriterien hierfür heranzieht? Bei jedem anderen selbstständig Tätigen ist dies völlig normal. Oder ist irgendjemandem schon einmal eine Diskussion über den wöchentlichen Arbeitsumfang von Rechtsanwälten, Architekten, Wirtschaftsprüfern oder Steuerberatern bekannt geworden?

Wartezeiten sind nicht zwangsläufig problematisch

In eine ähnliche Richtung geht die Diskussion um die Wartezeiten. Wartezeiten bei Fachärzten sind vorhanden, teilweise auch über mehrere Wochen hinweg. Das ist von Fachgruppe zu Fachgruppe sicherlich verschieden, aber insgesamt unbestreitbar.

Viele Vertreter aus der Politik und seitens der Kassen werden es allerdings nicht gern hören: Auch längere Wartezeiten sind nicht zwangsläufig ein Zeichen von mangelnder Versorgung. Denn in vielen Bereichen sind vor dem Hintergrund der Versorgung Wartezeiten aus medizinischer Sicht völlig unkritisch. So ist gerade bei Fachärzten ein Großteil der Behandlungsfälle keinen akuten Beschwerden der Patienten geschuldet. Das trifft etwa auf reine Vorsorgeuntersuchungen zu. Oder ärztliche Konsultationen dienen der Beruhigung der Patienten, die keine Beschwerden haben, sondern nur wissen wollen, ob mit ihnen alles in Ordnung ist.

Hier ist es schlichtweg gleichgültig, ob diese Untersuchungen einige Wochen früher oder später stattfinden. Man könnte sogar fragen, ob es überhaupt zulässig wäre, wenn ein System so viele Ressourcen vorhalten würde, dass auch diese Fälle innerhalb weniger Tage terminiert werden könnten. Statistische Durchschnittswerte, wie sie

der AOK-Chef aus dem Rheinland vornimmt, sind daher nur Polemik und nicht aussagefähig!

Nicht vergessen werden sollte weiterhin, dass unter Ärzten auch Wettbewerb herrscht. Der führt dazu, dass einige Ärzte stärker, andere schwächer von den Patienten frequentiert werden. Ein Patient kann daher auch nicht verlangen, dass er bei dem Arzt seiner Wahl innerhalb weniger Tage einen Termin erhält.

Derartige Forderungen im Versorgungsstrukturgesetz zu verankern sind daher äußerst fragwürdig. Jeder möge sich den bürokratischen Aufwand vorstellen, der entstehen würde, zu lange Wartezeiten rechtssicher festzustellen, entsprechende, nachvollziehbare Gründe dafür auszuschließen und dann Sanktionen zu verhängen. Sie wären auch geradezu widersinnig, wenn gleichzeitig die KVen von den gleichen Akteuren aufgefordert werden, (Fach-)Arztstühle aufzukaufen und zu schließen. Zudem ist der KVBW bislang kein Fall bekannt, in dem ein Notfallpatient mit dem Hinweis auf eine Wartezeit nicht behandelt wurde. Übrigens ist auch bei den KV-Mitarbeitern, die Patientenbeschwerden bearbeiten, keine signifikante Häufung von Fällen aufgetreten, die Wartezeiten zum Gegenstand haben.

Mengenbegrenzung

Der Gesetzgeber hat ein ausgeklügeltes System an Mengenbegrenzung im ambulanten Bereich über die bekannten Mechanismen eingeführt. Das bedeutet, dass im Zuge eines planwirtschaftlichen Prozesses den Ärzten und Psychotherapeuten eine bestimmte Anzahl von Patienten beziehungsweise bestimmte Kapazitätsgrenzen für jedes Quartal zugewiesen werden. Wer hat dann das Recht, den Ärzten vorzuwerfen, wenn sie sich daran halten und beispielsweise Patienten für nicht zwingend erforderliche Behandlungen auf das nächste Quartal verweisen, sobald sie ihre „Sollquote“ erreicht haben? Hinzu kommen weitere Mengen begrenzende Maßnahmen, wie etwa die Richtgrößen für Verordnungen. Das ist sicherlich kein erfreuliches Ergebnis, aber eben Teil des Systems. Wer daher die Wartezeiten bei Fachärzten abbauen möchte, der kommt um die Frage der Mengenbegrenzung nicht herum.

Es gibt keinerlei Grund für die Ärzte und Psychotherapeuten, sich dieser Diskussion nicht offensiv und mit erhobenem Haupt zu stellen. Bedauerlich ist es nur, dass ein weiteres Mal gezielt versucht wird, die Ärzte und Psychotherapeuten in ihrem Ansehen zu schädigen.

Vertreterversammlung der KVBW – weiter mit voller Kraft voraus

Vertreterversammlung beschließt Neuordnung des organisierten Notfalldienstes

Das geplante Versorgungsstrukturgesetz stand im Mittelpunkt des Berichtes von KVBW-Chef Dr. Norbert Metke auf der 7. Vertreterversammlung. Metke betonte, dass die KVBW das Gesetz in seiner Grundstruktur begrüßt. „Wir sind froh, dass es endlich mal wieder ein Gesetz gibt, das nicht eine Schmähung des Arztberufes zum Inhalt hat, sondern die Versorgung verbessern soll.“ So seien denn auch viele Forderungen der Ärzteschaft in dem bisherigen Entwurf enthalten.

Metke berichtete über die Diskussion, eine neue Konvergenz auf Bundesebene einzuführen, wie es einige KVen gegenüber der Politik gefordert haben und erteilte derartigen Überlegungen eine klare Absage. „Ich kann es nachvollziehen, wenn einige KV-Vorstände sich darüber beklagen, dass Arztgruppen in ihren Bereichen benachteiligt sind. Aber wir sollten keine neue Umverteilung zwischen den KVen durchführen. Wir haben in den vergangenen Jahren massiv Geld verloren und sehen nicht ein, dass dies nun fortgeführt wird. Das Versorgungsstrukturgesetz gibt den Beteiligten vor Ort die Möglichkeit, auf Versorgungsschwerpunkte auch in Bezug auf das Honorar einzugehen. Vor diesem Hintergrund können Verhandlungen mit den Kassen vor Ort ein Weg sein, um Engpässen hier abzuwehren.“ Zufrieden äußerte sich Metke auch zur Entwicklung der Diskussion um die spezialärztliche Versorgung nach Paragraph 116b SGB V. „Hier sehen wir, dass die Argumente der KVen auf fruchtbaren Boden gefallen sind und es wohl einen Überweisungsvorbehalt und die Möglichkeit der Abrechnung über die KVen geben soll.“

Honorarpolitik 2012 oder endlich ein neuer EBM

Auf Bundesebene gibt es Überlegungen, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu überarbeiten. Aus Metkes Sicht darf es jedoch nur eine in Einzelpunkten korrigierende Reform geben. „Ein neues EBM-Chaos, wie wir es 2009 gehabt haben, werden wir in Baden-Württemberg nicht mitmachen.“ Geschäftsführerin Susanne Lilie erläuterte die Auswirkungen der Situation in Bezug auf die Honorarverhandlungen 2012. Obwohl das Versorgungsstrukturgesetz noch nicht endgültig verabschiedet war und ein neuer EBM angekündigt ist, laufen derzeit die Berechnungen für das Regelleistungsvolumen im ersten Quartal 2012 und die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen. Ab dem dritten Quartal 2012 sollten die

KVen gemäß neuem Gesetz dann in der Lage sein, die Honorarverteilungsmaßstäbe regional festzulegen.

Einstimmig gegen die geplante Wirkstoffverordnung

Einstimmig folgte die Vertreterversammlung einem Antrag, der die vorgesehene Wirkstoffverordnung nach dem Konzept von KBV und ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) ablehnt. Die Antragsteller sehen darin einen Angriff auf die Therapiefreiheit und -hoheit des Arztes, die Dauerüberwachung chronisch Kranker werde erschwert und der Apotheker zum Mitbehandler. Zudem gefährde die Regelung die Einsparungsmöglichkeiten über Rabattverträge.

Rettungsdienst

In vielen vor allem ländlichen Regionen in Baden-Württemberg ist der Rettungsdienst nur aufrechtzuerhalten, weil niedergelassene Ärzte auch als Notärzte zur Verfügung stehen. Mit Empörung haben die Delegierten daher darauf reagiert, dass die Krankenkassen die Vergütung der niedergelassenen Ärzte im Rettungsdienst deutlich schlechter gestalten als die der Krankenhausärzte. Der Vorstand wird nun mit den Krankenkassen Verhandlungen aufnehmen mit dem Auftrag, eine Gleichstellung zu erreichen.

Notfalldienst der Niedergelassenen Ärzte wird neu organisiert

Der Stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Johannes Fechner stellte seine Konzeption zur Neuorganisation des Notfalldienstes vor. Dieser sei in der jetzigen Form nicht mehr aufrechtzuerhalten, da vor allem in den ländlichen Regionen nicht mehr genug Ärzte vorhanden seien. Der Vorstand plant daher, die Zahl der Notfalldienstbezirke deutlich zu verringern und gleichzeitig, wenn möglich, zu versuchen, weitere zentrale Notfallpraxen an Krankenhäusern zu gründen. „Damit können wir die Dienstbelastung im Notfalldienst insgesamt deutlich reduzieren.“ Das Vorhaben sei auch die Voraussetzung dafür, dass die Finanzierung des Notfalldienstes auf eine neue Basis gestellt werden könne. Ein ausführlicher Bericht zur Neuorganisation des Notfalldienstes ist im Anschluss auf Seite 18 zu lesen.

Die Regionalreform – ein Wahlversprechen

Großen Wert legte der Vorstand auf ein Konzept zur stärkeren Einbeziehung der Bezirksbeiräte. Dies sei eines der zentralen Wahlversprechen gewesen. Die in vielen Bereichen schon spürbare Politik der offenen Türen soll nun auch auf die Bezirksbeiräte und Bezirksdirektionen ausgedehnt werden. Der Vorstand hält die ständige Rückkopplung mit den Bezirksbeiräten für unerlässlich, um bei den Mitgliedern dauerhaft hohe Akzeptanz zu erreichen. In dem Konzept ist eine Ausweitung der Zuständigkeiten der Bezirksbeiräte sowie eine Institutionalisierung der Einbeziehung in die Arbeit des Vorstandes vorgesehen. Mit der Neugestaltung von Aufgaben und Funktionen der Bezirksbeiräte soll die regionale Partizipation gestärkt werden. Ein Entwurf wird den Delegierten gewissermaßen als Hausaufgabe mit auf den Weg gegeben. Dieses Konzept solle dann zeitnah zusammen mit den Bezirksbeiräten

und dann noch einmal in der Vertreterversammlung diskutiert werden.

Alles blickt auf den Facharztvertrag der Psychiater, Psychotherapeuten und Neurologen, der kürzlich zwischen dem Medi-Verbund und der AOK Baden-Württemberg geschlossen wurde. Der Selektivvertrag nach Paragraph 73c SGB V ermögliche eine schnelle, strukturierte und flexibel auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnittene Behandlung, war vom Vorstandsbeauftragten Psychotherapie und Vorsitzenden des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie, Rolf Wachendorf, zu erfahren. Besonders hervorzuheben sei auch, dass das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen werde. Sollte der Vertrag das Sicherstellungsproblem erwartungsgemäß lösen, wäre er unter Umständen analog ins Kollektivvertragssystem zu übernehmen. Auf die erste Evaluation dürften alle gespannt sein.



Selektivvertrag zu psychotherapeutischen Leistungen



Zwischen der AOK Baden-Württemberg, der BKK Bosch und dem Medi-Verbund ist ein neuer Facharzt- / Selektivvertrag unterzeichnet worden. **ergo** befragte dazu den Vorstandsbeauftragten Psychotherapie der KV BW, Dipl.-Psychologe Rolf Wachendorf, der diesen Vertrag mit seinem Versorgungskonzept initiierte und mit ausgehandelt hat.

ergo: Warum wurde dieser Vertrag überhaupt geschlossen?

Rolf Wachendorf: Der derzeitige EBM hat Fehlsteuerungen zur Folge, die sich nachteilig auf die akute Versorgung auswirken. Auch können chronisch Kranke nicht ausreichend versorgt werden, die Patienten müssen insgesamt monatelange Wartezeiten in Kauf nehmen. Die Kommunikation mit den Ärzten ist zu gering, und die Bürokratie raubt den Psychotherapeuten viel Zeit, die für die Versorgung der Patienten fehlt. Auf der anderen Seite nimmt die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen zu. Sie wird auch weiter ansteigen, zumindest, wenn man den Prognosen aller Experten Glauben schenken möchte.

ergo: Welchen Beitrag kann der Vertrag zur Verbesserung der Situation leisten?

Rolf Wachendorf: Das Konzept setzt ganz gezielt an bestimmten Eckpunkten an: So ist die therapeutische Freiheit umfassend erweitert worden. Gleichzeitig wird die Qualität der Versorgung erhöht. Dies wird etwa erreicht durch neue Verfahren und Methoden, diagnosegestützte, leitlinienorientierte Versorgungspfade, die Einführung der akuten und der unbegrenzten niederfrequenten Langzeitversorgung oder der Förderung von Gruppen. Wir schaffen darüber hinaus positive Rahmenbedingungen wie den Wegfall sämtlicher Antrags- und Gutachterverfahren. Und vor allem bietet der Vertrag eine attraktive Vergütung: Die ersten 90 Sitzungen werden rund 90 Prozent über KV-Niveau honoriert, die ersten 25 Sitzungen deutlich über dem Satz für Privatpatienten.

ergo: Wie ist der Vertrag aus KV-Sicht zu bewerten?

Rolf Wachendorf: Klar ist, dass der Vertrag bei der KV zu weniger Einnahmen durch die Bereinigung führt. Doch kann auch das Kollektivsystem davon profitieren, indem die Versorgung dort verbessert wird. Ist der Vertrag erfolgreich, wird das Kollektivsystem wohl auch nachlegen müssen. Mit einer Vergütung von 105-Euro-plus-Zuschläge ist eine Marke gesetzt, die zeigt, wie viel psychotherapeutische Leistung wert ist. Aber auch die anderen Elemente des Vertrages werden dann dem Kollektivvertrag Wege aufzeigen, wie die Versorgung verbessert werden kann.



Neuordnung des Notfalldienstes soll „Flickerteppich“ beseitigen

Entlastung der Ärzte in den ländlichen Regionen Baden-Württembergs

Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Hessen, Bayern – vom Norden bis zum Süden haben es schon einige KVen gemeistert: Die Reform des organisierten ärztlichen Notfalldienstes. Auch in Baden-Württemberg wird der ärztliche Notfalldienst neu strukturiert werden, das hat die Vertreterversammlung mit großer Mehrheit beschlossen.

Warum eine Reform?

Die KVBW blickt mit Sorge auf den sich abzeichnenden Ärztemangel. Vor allem im Notfalldienst wirkt sich dies sehr negativ aus, denn immer weniger Ärzte müssen sich die Dienste teilen: „In fünf Jahren fehlen in Baden-Württemberg rund 500 Allgemeinärzte, das allein ist schon Grund genug, die Reform anzupacken“, so Fechner. Es gibt aber noch weitere Aspekte: „Es rückt eine neue Ärztesgeneration nach, die auf geregelte Arbeitszeiten und freie Wochenenden großen Wert legt. Dieser Entwicklung müssen wir Rechnung tragen“, erklärt Fechner. Er ist davon überzeugt, dass die Niederlassung für junge Ärztinnen und Ärzte nur dann attraktiv ist, wenn der Notfalldienst gut organisiert ist.

Ziele der Reform

Eine möglichst geringe und gleichmäßige Dienstbelastung für alle Ärztinnen und Ärzte steht im Mittelpunkt der Notfalldienst-Reform. Momentan gibt es in Baden-

Württemberg rund 400 allgemeinärztliche Notfalldienstbereiche. Dieser bunte „Flickerteppich“ (siehe Grafik) soll durch eine Zusammenlegung von Notfalldienstbereichen zu größeren Einheiten auf etwa 150 Bereiche reduziert werden. Dort wo möglich sollen Notfallpraxen an Krankenhäusern etabliert werden, denn die Erfahrungen in den über 40 Notfallpraxen an Krankenhäusern sind gut und mit Vorteilen für niedergelassene Ärzte verbunden. So werden in der Regel die Dienste nach 23.00 Uhr von den Krankenhausärzten mit übernommen, was zu einer Entlastung des diensthabenden Niedergelassenen führt.

Auch die Vergütung im Notfalldienst soll verbessert werden. Nach der Gebietsreform ist eine prozentuale Umlage für die Finanzierung eines „Notfalldienst-Soli“ vorgesehen. Der Notfalldienst-Soli ist eine Mischung aus Präsenzpauschale, Umsatzgarantie und Honorar für erbrachte Notfalldienstleistungen. „Damit wollen wir einen Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Dienstbelastungen und Umsätzen im Notfalldienst schaffen“, so Fechner.

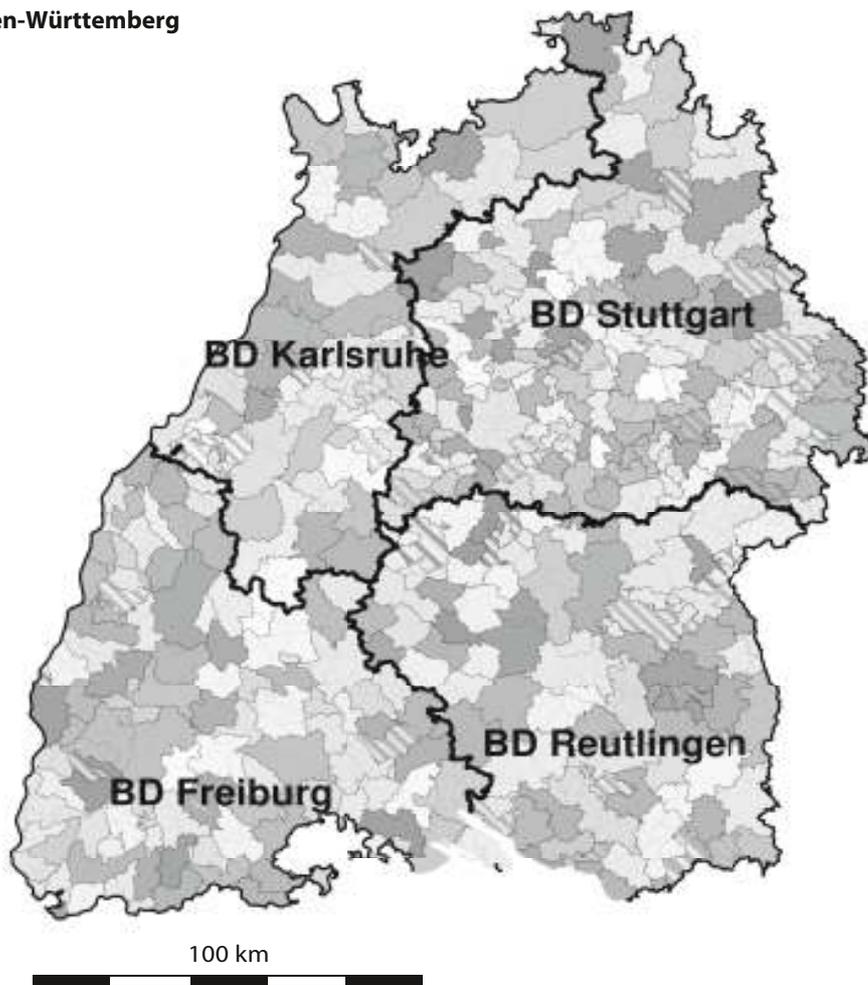
Weitere Wege für Patienten und Ärzte?

Eine Vergrößerung der Notfalldienstbezirke wird weitere Wege mit sich bringen. Zum einen müssen die Patienten zur Notfallpraxis oder zum diensthabenden Arzt weiter fahren. Zum anderen müssen die Ärzte im Fahrdienst weitere Fahrstrecken in Kauf nehmen. Es gibt jedoch schon Regionen, die größere Notfalldienstbereiche versorgen und

hier hat sich gezeigt, dass eine Ausdehnung der Fahrstrecken sowohl von Ärzten als auch Patienten akzeptiert wird. „Die weiteren Strecken im Notfalldienst sind für Patienten

zumutbar, wenn dafür weiterhin wochentags ein Hausarzt in der Nähe ist. Dies konnten wir auch den Landes- und Kommunalpolitikern vermitteln.“, erläutert Fechner.

Notfalldienstbezirke KV Baden-Württemberg



Die nächsten Schritte

Der Vorstand der KVBW ist in enger Abstimmung mit den Notfalldienstbeauftragten in den einzelnen Kreisen. Für den Zuschnitt neuer Bereiche sind Ortskenntnisse und Erfahrungen aus der Region unabdingbar. Zusammen mit den Notfalldienstbeauftragten soll bis Mitte des Jahres

2012 eine neue Aufteilung der Dienstbezirke erarbeitet werden. Bis Ende des Jahres 2012 soll die Reform abgeschlossen sein. Fechner: „Es ist eine große Herausforderung, aber wir werden diese meistern und damit einen Beitrag zur Stabilisierung der ärztlichen Versorgung leisten.“

KVen tauschten Ideen und Erfahrungen zum Notfalldienst aus

Optimierung trägt zur Zukunftssicherung von Arztpraxen bei

Aus Erfahrung wird man klug. Diese Weisheit trifft auch für die KVen zu. Rund 50 Teilnehmer aus 13 KVen folgten der Einladung von Dr. Johannes Fechner zum ersten „Symposium Notfalldienst der KVBW“. Vorstandsvorsitzende, Geschäftsführer, Notfalldienstbeauftragte und KV-Mitarbeiter tauschten ihre Erfahrungen und Ideen zum Notfalldienst aus. In drei Workshops wurde über juristische Fragestellungen, Finanzierungsmodelle und Gründung von Notfallpraxen diskutiert.

Bei der Finanzierung der Notfalldienste spielt der Solidaritätsgedanke eine große Rolle: Wie kann ein Ausgleich zwischen Stadt- und Landpraxen, hinsichtlich Dienstfrequenz und Umsatz im Dienst, geschaffen werden? Wie



Roundtable zum Notfalldienst

kann ein Ausgleich zwischen Ärzten, die viele Dienste übernehmen und Ärzten, die wenige Dienste leisten, erfolgen? Kann eine Umlage zur Finanzierung des Notfalldienstes erhoben werden? Diese Fragen stellen sich alle KVen. Die Lösungsansätze sind sehr unterschiedlich. Für

einen 24-Stunden-Dienst werden Präsenzpauschalen, Umsatzgarantien, feste Stundensätze oder Zuschläge für Fahrdienste bezahlt. Für Baden-Württemberg favorisiert der stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Dr. Johannes Fechner, künftig die Einführung einer Präsenzpauschale kombiniert mit einer Umsatzgarantie.

Juristische Fragestellungen

Welche Fahrstrecke kann den Patienten und umgekehrt den Ärzten für die Hausbesuche zugemutet werden? Diese Frage spielt bei allen KVen eine große Rolle. Bei der Versorgung im Notfalldienst muss sich der Patient nach Meinung des Expertengremiums zwar an längere Fahrwege gewöhnen, hat dafür aber zentrale Anlaufstellen. Im Gegenzug ergibt sich für die Ärzte die Herausforderung, Fahrdienste neu zu organisieren. Weitere Fragestellungen waren die Haftung des Vertreters im Notfalldienst, die Frage der Scheinselbstständigkeit und ob eine ständige Anwesenheit des Arztes in der Notfallpraxis erforderlich ist.

Notfallpraxen

GbR, Verein oder KV – wer soll Träger der Notfallpraxen sein? Diese Frage beschäftigt viele Ärzteschaften, wenn es um die Gründung von Notfallpraxen geht. Die Mitarbeiter der KVen und Notfalldienstbeauftragte waren sich einig: Notfallpraxen an Krankenhäuser haben viele Vorteile, allerdings muss im Kooperationsvertrag beispielsweise folgendes geregelt werden: Günstige Behandlungsräume, kostenfreie Nutzung des Mobiliars, unentgeltliche Nutzung der Infrastruktur (zum Beispiel EKG, Sonographiegerät), eventuell eine finanzielle Beteiligung an den nicht-ärztlichen Personalkosten, getrennte EDV-Systeme wegen dem Datenschutz und die Übernahme von Diensten in der tiefen Nacht.

Reform-KVen

Die KVen Bayern, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe haben in den vergangenen Jahren ihren Notfalldienst reformiert. In allen KVen wurden die Notfalldienstbereiche drastisch vergrößert. In Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein wurden zudem zentrale Notfallpraxen eingerichtet und eine landesweite zentrale Rufnummer für den Notfalldienst eingeführt. Aus den Erfahrungsberichten von Dr. Gerhard Nordmann, zweiter Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe, und Alexander Paquet, Leiter der Notdienstabteilung der KV Schleswig-Holstein, wurde deutlich, dass eine Reform eine große Herausforderung ist und es keine Blaupause gibt, sondern regionale Gegebenheiten ausreichend berücksichtigt werden müssen.

ergo

Fazit

Ein gelungener Erfahrungsaustausch mit der Erkenntnis, dass es Themen in Hülle und Fülle gibt, die in diesem Kreis erörtert werden können. Einig war man sich, dass der Notfalldienst ein wichtiges Element im Rahmen des Sicherstellungsauftrages darstellt. „Der Austausch unter Experten ist eine gute Möglichkeit, die eigenen Ideen voran zu bringen und kritisch zu diskutieren. Ich bin mir sicher, dass wir auch im nächsten Jahr in dieser Runde zusammenkommen“, so Fechner. Damit bietet die KVBW neben dem bereits etablierten Symposium Sicherstellung auch für den Bereich Bereitschaftsdienst eine Plattform zum bundesweiten Erfahrungsaustausch der KV-Experten.

Frühe Hilfen brauchen einen klaren gesetzlichen Auftrag

Enge Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten und Jugendhilfe

Im Mittelpunkt der Netzwerke Frühe Hilfen steht das Wohl des Kindes. Je früher Eltern, die mit der Kindererziehung persönlich oder finanziell überfordert sind, Unterstützung erhalten, desto besser kann sich der Nachwuchs körperlich und seelisch entwickeln. Defizite im familiären Umfeld sollten also frühzeitig erkannt werden. Kaum einer hat tiefere Einblicke hinter die Fassaden von Familien als Gynäkologen oder Hebammen, Kinderärzte oder Hausärzte. Allerdings belegen Untersuchungen, dass es abgesehen von Ausnahmefällen schwer ist, Jugendhilfe und Gesundheitshilfe miteinander zu vernetzen. Schuld daran sind Unterschiede in der Struktur und der Arbeitsorganisation der beiden Systeme.

Als erste Kassenärztliche Vereinigung hat sich die KVBW für die Vernetzung engagiert und das Ergebnis in einem Symposium präsentiert. „Das Ziel des Projektes ist die Prophylaxe von Kindesmisshandlungen in einer Wohlstandsgesellschaft“, sagte der Vorstandsvorsitzende der KVBW, Dr. Norbert Metke, mit klaren Worten bei der Begrüßung der 160 Teilnehmer. Auf der Gästeliste standen neben Mitgliedern der KVBW, der Berufsverbände und Kammern auch Mitarbeiter der öffentlichen und freien Jugendhilfe und namhafte Vertreter des öffentlichen Lebens: Sozialministerin Katrin Altpeter, Professor Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Vertreter des Städte- und des Landkreistags Baden-Württemberg sowie Vorstände und Vertreter zahlreicher Krankenkassen und ihrer Verbände. Alle befürworteten das Projekt.

Mit Fördermitteln des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen koordiniert die KVBW seit Herbst 2010 die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und niedergelassenen Ärzten in Qualitätszirkeln. Das baden-württembergische Modell konnte zeigen, wie sich die Lücke zwischen Niedergelas-

senen zur Jugendhilfe schließen lässt. Qualitätszirkelmoderatoren der KVBW und Mitarbeiter der Jugendhilfe werden als Moderatoren-Tandems geschult, um in Zirkeln nach festgelegter Dramaturgie anonyme Fallbesprechungen durchzuführen. In den sogenannten Familienfallkonferenzen werden kritische Fälle vom Arzt vorgestellt, gemeinsam analysiert auf den Gefährdungsgrad des Kindes und ein Betreuungsplan entwickelt. Professor Dr. Marcus Siebolds begleitete und evaluierte das Projekt wissenschaftlich.

Nun wünschen sich die engagierten ehrenamtlichen Teilnehmer der insgesamt 14 Zirkel vor allem Eines: Eine solide Basis für ihr Tun durch die Weiterentwicklung der Instrumente sowie eine Verankerung im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen und im Sozialgesetzbuch. Und damit die Möglichkeit, mit den bewährten Zirkeln in die Fläche zu gehen.

Kosten und Nutzen Früher Hilfen

Kinderschutz ist zunächst ein soziales und zutiefst emotionales Thema, wie in den Vorträgen und auch in den Workshops immer wieder deutlich wurde. Nach der Evaluation der Projekte der ersten Stunde erhalten die Moderatoren-Tandems nun Schützenhilfe aus einer ganz anderen Ecke: Ökonomen haben errechnet, dass sich Frühe Hilfe für die Gesellschaft auch wirtschaftlich lohnt. Dabei gilt die Regel: Je früher desto besser. Bei Früher Hilfe in den ersten drei Lebensjahren erhält der Staat die Investition mit einem zweistelligen Faktor zurück. Je später die Frühe Hilfe greift, umso teurer wird es, die am Kind bereits entstandenen Schäden wieder gut zu machen. Nach der Pubertät sind die Folgen von Versäumnissen in der Primärsocialisierung in der Familie durch staatliche Hilfe kaum noch einzufangen.

Die Ökonomin und Professorin Uta Meier-Gräwe hat das Ludwigshafener Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ unter dem Aspekt von Kosten und Nutzen ausgewertet. Sie betonte nachdrücklich, dass Kinder hierzulande ein kostbares und knappes Gut sind. Ein Arbeitskräftemangel zeichne sich ab und Deutschland könne sich die hohe Zahl an Jugendlichen ohne Schulabschluss schon allein vor diesem Hintergrund nicht leisten. Wenn die Gesellschaft Familien in Not bei der Erziehung ihrer Kinder unterstütze, werden psychische und physische Krankheiten vermieden, die Kognitivität rechtzeitig gefördert, so dass einem Schul- und Ausbildungsabschluss für die spätere Berufstätigkeit nichts mehr im Wege stehe. Augenzwinkernd appelliert Uta Meier-Gräwe abschließend an die baden-württembergische Sparsamkeit: „Investition in Frühe Hilfen ist auch eine Investition in den Standort, liebe Baden-Württemberger. Wir erwarten hier gewissermaßen eine doppelte Dividende für Kinder und Staat.“

Wenn schon die alarmierenden Zahlen der Zunahme von Kindestötungen und Kindesmisshandlungen sowie die Zunahme neuer Krankheiten, die im Zusammenhang damit stehen, bislang nicht ausreichen, Frühe Hilfen verbindlich zu regeln, so hätten sich die Teilnehmer des Symposiums vor diesem Hintergrund dann doch deutlichere Zugeständnisse seitens der anwesenden politischen Vertreter und der großen Kassen erwartet. Das Interesse ist vernehmlich da - und dennoch schaut alles zögernd auf die gesetzliche Verankerung des Kinderschutzes im Sozialgesetzbuch V. Umso erfreuter wurde die überraschende Meldung in die Versammlung hinein begrüßt, dass die BZgA das Projekt für 18 Monate verlängern wird. Mit den neuen Mitteln können die vorhandenen Qualitätszirkel strukturiert fortgeführt und weitere Qualitätszirkel auch auf dem Land ins Leben gerufen werden. In der Zwischenzeit werden die bereits begonnenen Gespräche mit den Krankenkassen fortgeführt. Ziel der KVBW ist es nun, die Instrumente der Frühen Hilfen, das Screening und den Austausch in Qualitätszirkeln baldmöglichst in die Regelversorgung zu bringen.

Screeningbögen helfen

Wie es den Projektteilnehmern in der Praxis ergeht, war in drei Workshops zu erfahren, die sich an die komplexen, aber packenden Vorträge anschlossen. Im Zentrum der Diskussionen stand, wie hilfebedürftige Familien mit geeigneten Screeningbögen erkannt und sie mit der gebotenen Sensibilität an die Jugendhilfe übermittelt werden können. Barbara Filsinger, Chefärztin der Geburtshilfe St. Marien und St. Annastifts Krankenhaus, berichtete aus den Erfahrungen in Ludwigshafen.



Dr. Norbert Metke, Vorsitzender der KVBW, engagiert sich persönlich in dem Projekt der Frühen Hilfen

Dort wurde das Screening - ausgehend von einem einfachen Musterbogen - zu einem aussagefähigen Beurteilungsinstrument weiterentwickelt. Screening darf nicht aus dem Bauch passieren, darf nicht von der Arbeitsbelastung abhängen und auch nicht personenabhängig sein. Denn Jugendhilfe hilft nicht nur, sie stigmatisiert auch. Das wird schon deutlich auf der Seite derjenigen, die die Bögen ausfüllen und sich umso leichter tun, seit das Farbsignal für die Gruppe der Eltern, die aufgrund des Screenings in das Programm aufgenommen werden sollen, nicht mehr rot, sondern nur noch orange ist. Rund sieben Prozent aller Eltern sind es, die in der Kategorie „Orange“ ein vertiefendes Gespräch erhalten. Worte wie Risiko, Risikofamilie oder Risikokind werden in diesem Zusammenhang sorgsam vermieden.

Das Gespräch kann sowohl vom Arzt, der Hebamme als auch von einem Mitarbeiter der Jugendhilfe geführt werden. Drei Prozent nehmen dann tatsächlich am Programm teil. Die meisten Familien schämen sich über die eigene Hilfsbedürftigkeit und müssen mit viel Einfühlungsvermögen angesprochen werden, damit sie sich dem Angebot nicht verschließen. Grundsätzlich ist die Teilnahme am Programm freiwillig. Wird das Programm aber abgelehnt, obwohl eine akute Gefahr für das Kind erkennbar ist, wird das Jugendamt informiert - notfalls ohne die Zustimmung der Eltern, aber nicht ohne ihr Wissen. Die werdenden Eltern im Einzugsgebiet der beteiligten Geburtskliniken wissen von der Teilnahme am Netzwerk und scheinen das soziale Engagement zu schätzen. Jedenfalls haben sich anfängliche Befürchtungen, Frühe Hilfen könnten als Einmischung verstanden werden, nicht bewahrheitet.

Die wichtigsten Vorträge des Symposiums stehen unter www.kvbawue.de auf einer Themenseite zum Herunterladen zur Verfügung.

Dr. Detlef Lorenzen



Erweiterte Lebensperspektive für opiatabhängige Patienten

In Baden-Württemberg nehmen zu wenige Ärzte an der Substitutionsbehandlung teil

Die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten ist in der Mehrzahl der Fälle erfolgreich. Ärzte in Baden-Württemberg, die sich dieser Aufgabe annehmen, klagen allerdings über den Mangel an Nachwuchsärzten und über eine noch immer unzureichende Honorierung dieser verantwortungsvollen und mitunter belastenden Aufgabe. Auf dieser und den folgenden Seiten gibt **ergo** deshalb einen Überblick über die aktuelle Situation in Baden-Württemberg:

Dr. Detlef Lorenzen, Allgemeinmediziner und Psychotherapeut, Vorsitzender der regionalen Qualitätssicherungskommission Substitution der Bezirksdirektion Karlsruhe und Mitglied der landesweiten Kommission, gibt einen Überblick über die Situation der Behandlung opiatabhängiger Patienten in Baden-Württemberg:

Die Substitutionsbehandlung ist die nachgewiesen erfolgreichste Behandlung für Opiatabhängige. Seit 1992 in der Bundesrepublik zugelassen, wird sie in Baden und Württemberg derzeit von etwa 9.000 Patienten in Anspruch genommen. Während sie zunächst nur als Zusatzbehandlung bei Schwangeren und Hepatitis C oder HIV-Patienten zulässig und finanziert war, ist heute die Indikation allein durch die Diagnose Opiatabhängigkeit (F11.2 ICD10) gegeben. So könnten durch diese Erweiterung der Indikation die Leiden vieler Patienten deutlich gemildert oder geheilt werden, aber es gibt zu wenig Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, diese Behandlungen durchzuführen. Außerdem liegt das Durchschnittsalter der derzeit aktiven und behandelnden Kolleginnen und Kollegen bei etwa 60 Jahren. Es ist also zu erwarten, dass in spätestens fünf Jahren ein großer Teil der jetzt substituierenden Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand sind und damit nicht mehr zur Verfügung steht.

Die Begründung für diesen Zustand liegt sicher einerseits in der Besonderheit dieser Behandlung, die deutlich stärker gesetzlichen Regelungen und Restriktionen unterliegt als andere medizinische Therapien: Geregelt durch das BtmG (Betäubungsmittelgesetz) mit der BtmVV (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) und das AMG (Arzneimittelgesetz). Aber es liegt auch daran, dass die

(tägliche) Betreuung von chronisch suchtkranken Patienten mit psychiatrischer Komorbidität ein besonderes Feingefühl und Routine erfordert.

Ärztinnen und Ärzte haben wenig darüber gelernt, wie man suchtkranke Patienten vorurteilsfrei behandelt, führt und auch kontrolliert und den täglichen Kontakt für beide Seiten aushaltbar und förderlich macht. Die Arbeit mit Opiatabhängigen ist langwierig und schwierig, aber sie macht auch viel Freude, wenn die Patienten wieder lebensfroh, beziehungs- und arbeitsfähig werden. Auch die Behandlung der Folgeschäden bei Opiatabhängigen wie Hepatitis C, HIV und die Betreuung von schwangeren Frauen ist ein wichtiger Teil der Substitutionsbehandlung und ermöglicht den Patienten eine erweiterte Lebensperspektive.

Die gesetzlich (Richtlinien der Bundesärztekammer) und kassenärztlich (NUB-Richtlinien, jetzt MvV genannt) vorgeschriebene Qualitätssicherung in der Substitution Opiatabhängiger ist eine oft gehasste, aber inzwischen auch geschätzte Institution in der Beratung der substituierenden Ärztinnen und Ärzte. Die Beratungskommissionen, insbesondere deren ärztliche, haben eine Vielzahl von Behandlungshilfen entwickelt und stehen auch in Einzelfällen zur Beratung zur Verfügung. In Fällen offensichtlicher Risiken und rechtlicher Fehleinschätzungen geben sie auch Hinweise zur Korrektur der ärztlichen Behandlungen und stellen die Honorierung der Leistungen in Frage. Dabei steht die Sicherheit der Behandlung, aber auch die Vermeidung von unter Strafe stehendem Verhalten, also die drohende Verfolgung durch die Justiz, im Zentrum der Empfehlungen. Eine Hotline für die Beratung der Ärztinnen und Ärzte wäre sinnvoll.

Ein schwieriges Thema war und ist die Vergütung der Behandlung. Schon bei ihrer Einführung 1992 war die Vergütung der aufwändigen Arbeit nicht angemessen und sie ist es bis heute nicht. Hier ist neben der Novellierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sicher einer der Ansatzpunkte, durch den Politik und GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) deutlich machen können, wie wichtig ihnen eine gute Behandlung dieser Patienten ist.



„Mehr Kollegen sollten sich für die Substitutionsbehandlung erwärmen“

Kollegiale Wochenendvertretung in Mannheim funktioniert gut

400 Patienten sind in Mannheim auf Substitution angewiesen. Sie werden betreut durch die dortige Schwerpunktpraxis, durch das Zentralinstitut für seelische Gesundheit, durch eine Praxis im Jungbusch sowie drei weitere niedergelassene Ärzte. Einer davon ist Dr. Georg Scheer, Allgemeinmediziner und Psychotherapeut mit Praxis in Mannheim-Lindenhof. 1992 begann er mit der Substitution. Damals wurden gerade Mal zehn Patienten substituiert. **ergo** sprach mit Dr. Scheer über seine Erfahrungen.

ergo: Herr Dr. Scheer, wie sind Sie eigentlich zur Substitution gekommen? Wie hat sich das entwickelt?

Dr. Scheer: 1992, als ich begann, gab es viele AIDS-Patienten, die das Doppelproblem der Versorgung mit Medikamenten und gleichzeitig mit Drogen hatten. Meine Motivation war, mich um die Patienten zu bemühen, die die Hilfe zuerst brauchen. Ich habe damals mit zehn Patienten begonnen. Mittlerweile betreue ich 50 Patienten. Mein Kollege, der mit mir in der Praxis ist, behandelt zehn.

ergo: Welche Erfahrungen mit der Substitution haben Sie in dieser Zeit gesammelt?

Dr. Scheer: Am Anfang war es schwierig, weil diese Patienten nicht ‚wartzimmertauglich‘ waren. Man sah ihnen von weitem an, dass sie drogenabhängig sind: Langhaarig, tätowiert und ähnliches. Unsere Praxis liegt zudem in einem Wohnhaus und die Patienten mussten ja auch samstags und sonntags kommen. Das hat die Anwohner natürlich misstrauisch gemacht und schnell bekamen wir Besuch von der Polizei. Die hat uns aber gut unterstützt, weil es klar war: Wenn diese Patienten hier behandelt werden, gibt es nicht mehr so viel Kriminalität auf Mannheims Straßen. Das hat den Beamten eingeleuchtet. Aber am Anfang war natürlich Verunsicherung da.

Ich habe auch einmal Patienten im Ärztlichen Notfalldienst hier in Mannheim substituiert, woraufhin es einen großen Aufstand unter den Patienten gab. Der damalige KV-Vorsitzende hat diese Situation zum Anlass genom-

men, etwas zu unternehmen. Daraufhin wurde mit KV, der Stadt und - ich glaube - auch mit dem Land und uns Kollegen eine Substitutions-Schwerpunktpraxis gegründet. Dorthin konnten wir auch am Wochenende die Patienten schicken und das tun wir noch immer. Das war und ist ein großer Vorteil, denn es gibt eine kollegiale Wochenendvertretung. Manchmal behandelt die Schwerpunktpraxis unsere Patienten mit, dann wieder ist es umgekehrt; ein festes System, dass seit 20 Jahren gut funktioniert.

ergo: Wie kann man sich denn das Substitutionsverfahren in einer normalen Praxis vorstellen?

Dr. Scheer: Nicht ‚wartzimmertaugliche‘ Patienten werden zumeist von der Schwerpunktpraxis behandelt. Vielen Drogenabhängigen sieht man ihre Abhängigkeit inzwischen aber auch nicht mehr an. Und wir haben das Glück, einen zweiten Eingang zu haben, durch den diese Patienten in die Praxis hineinkommen. So gibt es keine Überschneidungen mit dem Alltagsgeschäft. Das hat sich hier ganz gut eingespielt. Sowohl unsere ‚normalen‘ Patienten als auch die Bewohner des Hauses, in dem wir die Praxis betreiben, haben sich inzwischen an die Patienten gewöhnt. Sie kommen ja mittlerweile schon seit 20 Jahren.

ergo: Das heißt, Sie sind hier jetzt mittlerweile schon eine richtige Institution und Ihre langjährigen Patienten sind relativ stabilisiert?

Dr. Scheer: Ich habe Patientinnen und Patienten, die einen Beruf haben und nach außen hin völlig unauffällig auftreten, aber ein Methadonproblem haben. Sie sind beispielsweise in leitenden Positionen in Firmen - man glaubt es kaum, aber solche Patienten gibt es auch. Die machen ihre Substitution schon seit langen Jahren mit „take home“ und müssen nur noch ein Mal pro Woche in die Praxis kommen. Und die anderen Patienten, etwa 15, kommen täglich und auch an den Wochenenden in die Schwerpunktpraxis, weil sie nicht stabil sind.

ergo: Wie sieht es mit der Gefahr des Beigebrauchs aus?

Dr. Scheer: Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Urinabgabe unter Sicht und mit einem Markertest, mit dem man den Urin kennzeichnet. Eine Stunde nach der Einnahme muss der Patient wiederkommen und dann kann man genau bestimmen, ob es sein eigener Urin ist. Denn der Druck, unter Beobachtung Urin abzulassen, ist doch psychisch manchmal erheblich. Dadurch ist es einfacher. Wir führen auch Alkoholtests durch, je nachdem, welche Probleme beim Patienten dahinterstecken.

ergo: Würden Sie es als schwierig bezeichnen, mit Substitutions-Patienten umzugehen?

Dr. Scheer: Man benötigt einfach eine gewisse Erfahrung und man muss Grenzen setzen. Grenzziehung heißt: Ich handele mit einem Patienten ein Behandlungsziel aus, muss aber auch konsequent bleiben, und wenn die Grenzen überschritten werden, Konsequenzen ziehen. Manchmal klappt es nicht, dass der Patient ein Ziel erreicht, beispielsweise „take-home“-fähig zu werden, weil er währenddessen wieder rückfällig wurde. Dann gibt es Befunde im Urin, die nicht mit der Substitution verträglich sind. Da muss ich sagen: Es klappt nicht mit uns - und er muss sich einen anderen Kollegen suchen. Oder es folgt beispielsweise die Konsequenz einer stationären Aufnahme. Wenn der Patient das nicht möchte, bedeutet es für ihn, dass die Substitution an diesem Punkt beendet ist, denn solche Patienten kann ich nicht verantworten.

ergo: Wie würden Sie einen Substitutionspatienten beschreiben? Sie sagten vorhin, manche wären sogar Manager?

Dr. Scheer: Etwa ein zwanzigstel der Klientel gehört zu dieser Gruppe. Der Großteil hat aber eine Familiensituation erlebt, die geprägt ist durch Alkohol, Drogen, Trennung, Scheidung und Vereinsamung. Das ist oft die Basis einer Drogenkarriere.

ergo: Haben Sie auch manchmal so etwas wie Erfolgserlebnisse? Das heißt beispielsweise, wenn Sie bei Ihren Patienten nach einer Weile merken, dass es ihnen besser geht?

Dr. Scheer: Wenn etwas klappt, das heißt, man hat einen Patienten herunterdosiert und dieser schreibt in einem Brief, er sei jetzt clean und bedankt sich, dann kann ich sagen, es hat sich gelohnt. Das Ziel ist zwar letztendlich Drogenfreiheit, aber jede Behandlung ist sinnvoll, bei der der Patient vielleicht nicht drogenfrei, aber immerhin so stabil wird, dass er sein Leben durch die Substitution besser in den Griff bekommen kann und es ihm gelingt, diesen Suchtdruck abzubauen. Und vielleicht kommt dann irgendwann der Punkt, an dem er sich entscheidet, sein Drogenproblem auch wirklich anzupacken. Dann können

auch andere Dinge angedacht werden wie beispielsweise arbeiten gehen und Geld verdienen.

Man erlebt auch manchmal, dass Patienten, die vor zehn Jahren völlig durcheinander waren, schwerstkrank, und jetzt in einer „take-home“-Situation sind und Kinder haben, einen Job, einen Ehepartner. Diese Lebensqualität herzustellen ist aber schon 90 Prozent des Erfolges.

ergo: Würden Sie es Ihren Kollegen empfehlen, zu substituieren?

Dr. Scheer: Die positiven Seiten sind, dass man den Patienten helfen kann, indem man sie von den Drogen frei bekommt. Das ist nicht sofort möglich, aber auf eine lange Sicht. Jeder junge Mensch, der aufgrund seiner Drogen der Gesellschaft nicht in irgendeiner Form zur Verfügung steht, ist ein verlorener Mensch. Durch Substitution gewinnen wir wieder jemanden, der funktionsfähig wird, Familie gründet und auch wieder arbeiten kann. Zum anderen ist es sicher eine zufriedenstellende Arbeit, von der ich sagen kann, ich mache sie gern. Wenn ich etwas empfehlen würde, würde ich sagen, man sollte nicht gleich mit zehn, zwanzig Leuten anfangen, sondern mit ein, zwei Patienten. Hilfreich ist auch, dass es möglich ist, mit einer Konsiliarberatung durch einen erfahrenen Mediziner zu beginnen. Und ideal wäre es, wenn auch auf dem Land jeder Kollege zwei, drei Patienten behandeln würde, dann wäre die Suchtmedizin auch dort gut aufgestellt.

ergo: Und lohnt sich das auch in finanzieller Sicht für den Arzt?

Dr. Scheer: Der Arbeitsaufwand ist sicherlich höher als bei ‚normalen‘ Patienten. Wenn 50 Leute bei uns substituiert werden, machen wir Verwaltung für 100. Auf der anderen Seite lohnt es sich am Wochenende mehr, da gibt es eine Zusatzziffer für Wochenendarbeit.

Neulich hat ein Kollege gesagt, wenn ich 100 Substitutionspatienten habe, verdiene ich soviel, wie wenn ich 700 Psychatriepatienten behandle. Das ist in der Hausarztmedizin nicht so, weil wir ganz andere Strukturen und Vergütungen haben, aber es würde sich sicherlich lohnen, wenn so eine Wochenendvergabe geregelt wäre.

Mein großer Wunsch ist, dass mehr Kollegen substituieren. Dann wäre die Situation für die wenigen, die das tun, weniger prekär, falls man mal ausfällt durch Krankheit oder Urlaub. Ich würde mir auch eine flächendeckendere Versorgung wünschen. Für Mannheim wären beispielsweise sicher noch zwei, drei Kollegen notwendig, denn es gibt ja hier soziale Brennpunkte.

ergo

Enge Verzahnung zwischen allen Ebenen der Substitution ist vorrangig

Erfahrungsaustausch in Reutlingen zwischen substituierenden Ärzten und Medizinischem Fachpersonal

Traditionell findet bei der KVBW, Bezirksdirektion Reutlingen, in Zusammenarbeit mit der Qualitätssicherungs-Kommission Substitution jährlich ein Erfahrungsaustausch mit substituierenden Ärzten und dem Medizinischem Fachpersonal statt. Dieses Jahr stand der Erfahrungsaustausch ganz im Zeichen von 20 Jahren GKV-Substitutionsbehandlung. Aus diesem Anlass hatte die QS-Kommission Substitution zu einem interdisziplinären Austausch eingeladen. Es wurde die Substitution aus mannigfaltiger Sichtweise dargelegt: Substitution aus Sicht der Polizei, eines Suchthilfeträgers der Drogenrehabilitation und Beratung sowie eines niederschweligen Konzeptes (Kontaktladen Tübingen), der psychiatrischen Klinik sowie der Behandler. Die ausgewählten Referenten sind alle seit 20 Jahren, also seit den „Anfangszeiten“, mit der Substitution vertraut.

Zunächst gab Dr. Richard Haumann, Vorsitzender der Qualitätssicherungs-Kommission Substitution, einen Rückblick auf die Anfangszeiten der Substitutionsbehandlung, erläuterte die Richtlinien der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger und deren Abkürzungen, die zu den Anfangszeiten fast exotische Namen wie NUB, AUB, dann BUB hatten und nun aktuell „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ heißen. Die Aufgabe der Kommission ist es, die Qualität der vertragsärztlichen Substitution nach den Richtlinien zu prüfen. Die Kommission kann aber auch zu allen Problemen der qualifizierten substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger mit der Bitte um Beratung angerufen werden.

Über die Substitution aus Sicht der Polizei referierte Armin Lebherz, Erster Kriminalhauptkommissar beim Rauschgiftdezernat der Kriminalpolizei Tübingen. Nach seiner

Erfahrung stellen politoxikomane Klienten, die auch häufig gegen Gesetze verstoßen, das größte Problem dar. Die Behandler wünschen sich hier einen besseren Austausch mit der Polizei, was sich allerdings als schwierig gestaltet, da in einem laufenden Verfahren keine Auskünfte erteilt werden dürfen. Um das Spannungsfeld Polizei/Ärzte teilweise zu überwinden, wird empfohlen, dass die QZ-Moderatoren zum allgemeinen Austausch die Polizei jährlich in den Suchtqualitätszirkel einladen.

„Die Substitution aus Sicht eines Suchthilfeträgers der Drogenrehabilitation und Beratung“ war das Thema von Thomas Bader, Geschäftsführer des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation (bwlv). Eines seiner Anliegen an die Ärzte ist eine stärkere Vernetzung von psychosozialer Begleitung und Behandler, da langfristig gesehen nur jeder zweite Substitutionspatient in die PSB integriert ist. Um dies zu verbessern, müssten unter anderem auch die Schnittstellen PSB/Rehabilitation/Ärzte verbessert werden.

Dirk Seemüller, Mitarbeiter des Kontaktladens Tübingen, erläuterte das sogenannte „niederschwellige Konzept Substitution“ und stellte die Arbeit des Kontaktladens vor. Der Kontaktladen sei nicht abstinentorientiert, sondern akzeptiere die Erkrankung. Die maßgeblichen Problemfelder sind seiner Meinung nach das Spannungsfeld zwischen Regularien und Individuum sowie ein gewisser Zeitfaktor. Eine wertvolle Ergänzung erfuhr seine Darstellung durch den Auftritt eines Patienten des Kontaktladens. Der Patient stellte seine Sichtweise dem Teilnehmerkreis ausführlich vor. Er wies auf häufige Stigmatisierung hin. Damit diese Stigmatisierung aufhöre, müsse auch die Gesellschaft für diese Art von Behandlung sensibilisiert werden.

Substitution aus Sicht der Psychiatrischen Klinik – Professor Anil Batra ist Leiter der Sektion Suchtforschung und Suchttherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen. Aus der Sicht einer Psychiatrischen Klinik ergeben sich besondere Problemstellungen. Er betonte besonders die gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten. Probleme gebe es allerdings im Bereich der stationären Versorgung. So seien viele „Wiederkehrer“ bei einer Abbruchquote von etwa 40 Prozent zu verzeichnen. Auch der Anteil der Doppeldiagnosen steige weiter. Professor Batra sieht den dringenden Bedarf für den Ausbau von ambulanten Wohneinrichtungen als Schnittstelle zwischen Klinik, Tagesklinik und ambulanter Versorgung.

Zum Abschluss beleuchtete Dr. Franz Josef Bentele, Facharzt für Psychiatrie mit einer Substitutionsschwerpunktpraxis in Ulm, die Substitution aus Sicht der Behandler. Er sprach zunächst über die hohe Erwartungshaltung, wel-

che Patienten an die Substitutionsbehandlung haben. Trotz aller Unwägbarkeiten und Rückschläge überwogen jedoch die positiven Aspekte, und es würde es sich immer wieder lohnen, Substitutionsbehandlungen durchzuführen. Er sei bei dieser Behandlungsform im Besonderen ein Wegbegleiter des Patienten, für den es wichtig sei, jemanden seines Vertrauens an seiner Seite zu wissen. Man könne förmlich spüren, wie diese Patienten neuen Lebensmut fassten.

An diesem Erfahrungsaustausch in Reutlingen nahmen in diesem Jahr 40 Ärzte und das Medizinische Fachpersonal teil. Die Veranstaltung fand im fast „familiären“ Rahmen statt. Durch den jährlich stattfindenden Erfahrungsaustausch „kennt man sich“. Das Treffen wurde von den Teilnehmern insgesamt als sehr positiv gewertet. Die Diskussionen fanden in einem sehr offenen und wertschätzenden Miteinander statt – und viele der Teilnehmer verabredeten sich bereits für den nächsten Erfahrungsaustausch 2012.

ergo

Praxis der Substitutionsbehandlung

Ein Wegweiser für interessierte Ärzte

Im August dieses Jahres ist eine Textsammlung erschienen, die Wege aufzeigt, in der Substitutionstherapie innovativ, effizient und für alle Beteiligten bedarfsgerecht und befriedigend zu arbeiten. Anliegen der Autoren ist es, ein tragfähiges Konzept psychosozialer Unterstützung/Betreuung für Substituierte zu entwickeln. Das Buch zeigt anhand verschiedener Beispiele aus der Praxis, wie die Rahmenbedingungen der Behandlung zum Wohle der Patienten interpretiert und Handlungsspielräume erweitert werden können, wie etwa durch bessere Kooperation verschiedener Disziplinen, Formen der übergeordneten Organisation der Substitutionsbehandlung, praxisbezogene Modalitäten der Vergabe oder die Entwicklung von Kontroll- und Qualitätskriterien.



Zu den Autoren gehören Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Apotheker und Mitarbeiter der Qualitätssicherung in der KV, die aus ihrer täglichen Praxis berichten. Themen sind beispielsweise die Arbeit der Qualitätssicherungskommissionen, die Finanzierung der Take-home-Vergabe, die Wochenendversorgung in der Substitutionsbehandlung, das so genannte „Mannheimer Modell“, die Substitution in der Justizvollzugsanstalt oder die Erfahrungen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und niedergelassenen Psychiatern. Zudem wird auch ein Blick auf die Praxis in anderen Ländern, wie etwa Österreich oder die Schweiz, geworfen.

Herausgegeben wurde das Buch von Inge Hönekopp, der ehemaligen Leitenden Ärztin der Methadonschwerpunktpraxis in Mannheim, und ehemaligen Suchtbeauftragten der KVBW, der wir an dieser Stelle für ihre Arbeit und den Aufbau der Schwerpunktpraxis in Mannheim danken, sowie Professor Dr. Heino Stöver vom Institut für Suchtforschung der Fachhochschule für Soziale Arbeit und Gesundheit in Frankfurt am Main. Das informative Kompendium ist zu erhalten über den Lambertus-Verlag, Bestell-Nr.: 9843529, EUR 21,90.

„Arzt-Patienten-Forum“ wird fortgesetzt

Die KV Baden-Württemberg bietet die Veranstaltungsreihe „Arzt-Patienten-Forum – Gesundheit im Gespräch“ seit mehr als zehn Jahren gemeinsam mit dem Landesverband der Volkshochschulen an.

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie weitere Experten aus dem Gesundheitswesen informieren im Rahmen der Vortragsveranstaltungen allgemeinverständlich über Vorbeugung, Diagnose und Behandlung zu ausgesuchten Gesundheitsthemen. Das Themenspektrum ist vielfältig. Umfassende Informationen sind auf der Homepage unter www.kvbawue.de → Bürger → Veranstaltungskalender zu finden.

Weitere Informationen:

Corinna Pelzl, Tel. → 0721/5961-1172

Die nächsten Veranstaltungen:

Veranstalter	Termin/Uhrzeit/Thema
Arztforum Freiburg	Mittwoch, 11. Januar 2012, 19.30 Uhr Fahreignung bei Herzerkrankungen, Bluthochdruck und Diabetes mellitus
vhs Karlsruhe e.V.	Donnerstag, 12. Januar 2012, 19.30 Uhr Schlaganfall – ein Schicksalsschlag Vorboten – Folgen – Therapie
vhs Konstanz-Singen Singen	Montag, 16. Januar 2012, 19.30 Uhr Gutartige und bösartige Prostataerkrankungen
vhs Schwetzingen	Mittwoch, 18. Januar 2012, 19.00 Uhr Osteoporose
vhs Heidelberg e.V.	Mittwoch, 18. Januar 2012, 19.30 Uhr Schilddrüse – kleines Organ mit großer Wirkung?
Schwäbisch Gmünder Volkshochschule e.V.	Mittwoch, 18. Januar 2012, 19.30 Uhr Zwang – die heimliche Krankheit
vhs Öhringen	Mittwoch, 19. Januar 2012, 19.00 Uhr, Depression „Was ist nur los mit mir?“ Wenn Traurigkeit krank macht
vhs Nördlicher Breisgau Herbolzheim	Dienstag, 24. Januar 2012, 19.15 Uhr Burnout
vhs Esslingen	Mittwoch, 25. Januar 2012, 19.00 Uhr Menschen im Stress-Karussell Wie erkennen wir das Burnout-Syndrom?
vhs Göppingen Stadthalle	Mittwoch, 25. Januar 2012, 19.00 Uhr Wenn die Nacht zum Tage wird – Schlafstörungen

Vorstand on Tour 2012

Auch im zweiten Amtsjahr tourt der Vorstand durch ganz Baden-Württemberg. Geplant sind acht Stationen mit dem Schwerpunkt auf ärztlichen Themen und vier weitere Stationen exklusiv für die Psychotherapeuten. 2011 haben weit über tausend Mitglieder die Gelegenheit genutzt, den neuen Vorstand im überschaubaren Kreis persönlich kennenzulernen. Die Teilnehmer durften Dr. Norbert Metke und Dr. Johannes Fechner als basisnahen Vorstand erleben, der ihre Probleme ernst nimmt. Sobald die Termine und Orte feststehen, werden alle Mitglieder persönlich eingeladen.



Der Vorstand, die Mitarbeiter der KV BW und die Redaktion von ergo wünschen allen Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg ein ruhiges und besinnliches Weihnachtsfest und ein erfolgreiches Jahr 2012.



Qualität

„Wir haben eine Qualität, an der sich andere erst noch messen müssen“

Qualitätsbericht dokumentiert die vielfältigen Maßnahmen zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der Behandlungsqualität

Der zum Jahresende veröffentlichte Qualitätsbericht der KVBW für das Berichtsjahr 2010 gibt erneut einen detaillierten Überblick über die qualitätssichernden- und fördernden Maßnahmen. Zusammen mit ihren über 20.000 Mitgliedern gewährleistet die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) eine Patientenversorgung auf höchstem Niveau.

Gegenüber den Vorjahren wurde der aktuelle Qualitätsbericht in der Printversion aus Gründen der Übersichtlichkeit und Kosteneinsparung deutlich verschlankt. Der Printversion liegt jedoch eine CD-Rom bei, auf der auch wieder alle Daten und Fakten zu den einzelnen Qualitätssicherungsbereichen detailliert enthalten sind.

Der Qualitätsbericht 2010 macht transparent, welche Ergebnisse die von der KVBW durchgeführten Prüfungen zu den bundeseinheitlichen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien gebracht haben. Diese Qualitätssicherungsprüfungen im Rahmen der Erteilung und Aufrechterhaltung von Genehmigungen für eine Vielzahl von qualifikationsgebundenen Leistungen sichern den Patienten eine zuverlässige und gleichwertige Versorgung im ganzen Land.

Für qualifikationsgebundene Leistungen auf der Grundlage bundesrechtlicher Vereinbarungen wurden im Berichtsjahr durch die KVBW 7.851 Genehmigungsanträge bearbeitet. Dabei konnten 7.401 Qualitätssicherungs-Genehmigungen in 44 verschiedenen Leistungsbereichen erteilt werden. In 450 Fällen konnten die Antragsteller die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllen, so dass keine Genehmigung erteilt wurde. In 41 Fällen

wurden bestehende Genehmigungen widerrufen, da die Qualitätsprüfung Mängel ergab beziehungsweise Qualifikationsvoraussetzungen weggefallen sind. Die meisten Qualitätssicherungs-Genehmigungen wurden in den Bereichen Ultraschalldiagnostik (3.321), Psychotherapie (1.265) und Strahlendiagnostik/-therapie (569) erteilt.

Das aktuelle Thema „Patientensicherheit: Hygiene und Medizinprodukte“ steht im Focus des öffentlichen Interesses und gewinnt ständig an Bedeutung in den Arztpraxen. In dieser Rubrik wird über die umfangreiche Unterstützung und Beratungs- und Fortbildungsangebote bei der Umsetzung der Hygieneanforderungen und der Aufbereitung von Medizinprodukten durch die KVBW informiert. Besonders erwähnenswert ist, dass im Februar 2010 bereits die 1000. Teilnehmerin beim Sachkundekurs zur Sterilgutaufbewahrung begrüßt werden konnte.

Über die Etablierung eines Qualitätsmanagements (QM) in den Praxen wird in der Rubrik „Qualitätsförderung – Aktuelle Themen“ informiert. Die repräsentative Überprüfung des Einführungs- und Entwicklungsstandes in den Praxen im Rahmen einer Stichprobenprüfung bei 465 Mitgliedern der KVBW brachte eine hohe Rücklaufquote von über 93 Prozent. Im Einzelnen zeigte sich, dass sich nur noch zehn Prozent der Praxen in der Planungsphase befinden. 29 Prozent der Befragten waren in der Umsetzungsphase, 14 Prozent in der Überprüfungsphase und bereits 47 Prozent in der Weiterentwicklungsphase.

Mehr dazu im Internet:

www.kvbawue.de/presse/publikationen/qualitaetsbericht/



„Doctor's little helper“: Vorsorgeassistentin versorgt im Auftrag des Doktors chronisch Kranke

Servicetag in Reutlingen glänzte mit breitem Informationsangebot

„Loslassen lohnt sich“ - das war das Fazit der Vorträge zum Thema Delegation, dem Motto des 8. Servicetages der Bezirksdirektion Reutlingen der KVBW. Doch auch die klassischen Angebote kamen nicht zu kurz: Das facettenreiche Thema Abrechnung nahm nicht nur unter den Vorträgen einen breiten Raum ein, sondern erfreute sich auch in individuell vereinbarten Einzelgesprächen großer Beliebtheit und bot reichlich Diskussionsstoff in den Pausen zwischen den Vorträgen.

Dr. Michael Barczok, langjähriger Vorsitzender des Bezirksbeirats Reutlingen und Mitglied der Vertreterversammlung der KVBW, also ein südwürttembergisches „KV-Urgestein“, betreibt in Ulm mit zwei weiteren Kollegen ein viel frequentiertes Lungenzentrum. Heute gibt er ungefähr die Hälfte aller geeigneten Arbeiten - das sind hauptsächlich Dokumentation und Kurzschulungen - an eine PFA (Pneumologische Fachassistentin) ab. Die Zufriedenheit mit der delegierten Leistung wird über Evaluationen sowohl durch das Praxisteam als auch durch die Patienten regelmäßig bestätigt. „Delegation schafft Freiräume für Arztsein und Menschsein, während das Team mit den neuen Herausforderungen wächst“, fasste Dr. Barczok seinen engagierten Vortrag zusammen.

Dank VERAH® hat Hausarzt Karl Stuff aus Donaueschingen mehr Zeit für sprechende Medizin. Während der Allgemeinmediziner sich um die Patienten im Wartezimmer kümmert, unterstützt die geprüfte „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ ihn bei der zeitaufwändigen Versorgung chronisch Kranker. Mit dem VERAH®-Mobil, einem signalfarbenen Kleinwagen, macht die Medizinische Fachangestellte mit Zusatzqualifikation Hausbesuche, misst Blutdruck, nimmt Blut ab, versorgt Wunden. Das Ganze geschieht im engen Austausch mit dem Arzt.

Da werden bei Bedarf telefonisch Rücksprachen gehalten und auch mal MMS mit Wundbildern losgeschickt. Zweimal pro Quartal überzeugt sich Karl Stuff persönlich vom Zustand seiner Patienten. Anfänglicher Unmut ist schnell ins Gegenteil umgeschlagen, weil VERAH® sich für den Patienten etwas mehr Zeit nimmt als es der Arzt kann und die Patienten wissen, dass der Doktor im Hintergrund für sie da ist. Auch wenn es noch Haftungsrechtliches zu klären gibt und die pharmafokussierte Schulung zur VERAH® kritisiert wird, rät Stuff: „Delegieren Sie, was Sie nur können, es tut Ihnen gut.“

Delegation hat viele Gesichter: Qualitätsmanagement in der Praxis ist eines davon. Mitarbeiter, die viel können und viel wollen, lassen sich bestens für die Delegation verantwortungsvoller Aufgaben heranziehen, empfiehlt die QM-Trainerin Ute Wutzler. Und wer sich schon im Qualitätsmanagement übt, weiß wovon sie spricht, wenn die Rede ist von „Who's got the monkey?“ Wer nicht aufpasst, hat die Äffchen - metaphorisch für die delegierten Aufgaben - im Handumdrehen wieder auf der eigenen Schulter sitzen. So mancher der Anwesenden erkannte sich in dem vorgehaltenen Spiegel wieder. Doch Ute Wutzler machte Mut: Alles lässt sich erlernen, auch Delegation. (dazu auch Seite 34 dieser ergo-Ausgabe)

Vom motivierenden Vortrag der Diplom-Psychologin Katharina Hartig zum Thema Mitarbeiterpotenzial war Dr. Barczok so angetan, dass er sich spontan samt Mitarbeiterin für den nächsten Kurs aus dem MAK-Programm im kommenden Jahr angemeldet hat. Katharina Hartig plädiert für die Ausbildung einer berufserfahrenen Kraft zur Praxismanagerin, der das Team unterstellt ist. Nichts kann entlastender sein als eine effiziente Praxisorganisation. Hierzu gehört neben der Ablauforganisation eine gute

Terminvergabe, die eine gleichmäßige Arbeitsbelastung gewährleistet, Stoßzeiten und Wartezeiten sind dann die Ausnahme. Aus Untersuchungen wisse man, dass lange Wartezeiten lange Arztkontaktzeiten nach sich ziehen. Der Patient erwarte bewusst oder unbewusst für seine Geduld eine Entschädigung, denn das Warten solle sich ja auch gelohnt haben, wusste die Referentin zu berichten. Deshalb sind kurze Wartezeiten für Arzt und Patient gleichermaßen entlastend.

Im Rahmen eines Vortrags über Neue Medien ging Tobias Binder auf den Nutzen des Internetauftritts und des Mitgliederportals der KVBW ein. Online-Angebote können den Arzt maßgeblich entlasten, davon ist der Geschäftsbereichsleiter „Service & Beratung“ der KVBW überzeugt. Von hohem praktischem Wert sind insbesondere das Infocenter, die Arztsuche und das Mitgliederportal. Die wenigsten Teilnehmer wussten, welche Fülle an Informationen in der Arztsuche stecken und staunten, wie einfach sie mit der Suche abzurufen sind. Bei Fragen oder Problemen hilft oft schon eine E-Mail an einen Fachberater, der über ein Kontaktformular ansprechbar ist. Für 34 Prozent der Abrechnungen hat sich die Portallösung mittlerweile als kostenfreie Online-Abgabemöglichkeit bewährt. Bekannte Defizite sollen mit dem bevorstehenden Relaunch behoben sein und weitere Funktionalitäten hinzukommen, wie ein vielversprechender Ausblick auf die ab Mai 2012 verfügbare, neue Portalversion zeigte. Das Mitgliederportal 2.0 wird nur über sichere Zugangswege (KV-SafeNet / KV-Ident) erreichbar sein und schützt über eine stärkere Form der Teilnehmerauthentifizierung sensible Praxisdaten noch besser. (Dazu auch Seiten 35 und 36 dieser ergo-Ausgabe)

Natürlich kamen auch die klassischen Bereiche eines jeden Servicetages nicht zu kurz: Ein speziell auf Psychotherapeuten zugeschnittenes Angebot ist mittlerweile fester Bestandteil und wird auch entsprechend genutzt. Von Bezirksbeirat Jürgen Doebert erfuhr der vollbesetzte Saal gewissermaßen aus erster Hand, wie sich die geplanten Veränderungen im Versorgungsstrukturgesetz auf die Psychotherapie im Jahre 2012 auswirken. In der Psychotherapie sind die langen Wartezeiten auf einen Termin das beherrschende Thema. Lösungen für das Versorgungsproblem sieht der Psychotherapeut Doebert in einer längst überfälligen Überarbeitung der Bedarfsplanung sowie einer Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. Dies könnte innerhalb des Kollektivvertrags in Form einer extrabudgetären Vergütung erfolgen, wie es bereits Schleswig-Holstein erfolgreich praktiziert.

Größten Zuspruch erfuhr das durch laufende Änderungen ewig junge Thema Abrechnung und Regresse. Auch hier war Delegation ein Thema, und zwar zur Vermeidung von Regressen bei der Heilmittelverordnung. Im Zentrum der



Dr. Michael Barczok begrüßte die Gäste zum Servicetag in Reutlingen

Aussprache stand die bereits 1995 eingeführte Praxisgebühr, die auch heute immer noch genügend Diskussionsstoff bietet. Moderiert von Bezirksbeirat Dr. Michael Haen blieb keine Frage unbeantwortet. Der Vortrag „Aktuelles zum Ambulanten Operieren“ drehte sich hauptsächlich um EBM-Neuerungen, K-Katalog, sowie (Material-)Kosten und deren Abrechnung. Im Diskussionsblock bemängelten die Teilnehmer Kodiervorgaben im K-Katalog, der Liste der förderungswürdigen ambulanten Operationen. Die Dokumentationspflicht habe sich in Einzelfällen zum bürokratischen Folterinstrument verselbstständigt.

Die Rollen waren am Servicetag nicht fest verteilt. In den Pausen mischten sich die Referenten unter die Zuhörer oder Besucher und fanden sich plötzlich selber als Ratsuchende wieder. Nach dem Motto „Die beste Werbung ist die Empfehlung eines Kollegen“ kam es an den Stehtischen zum Austausch über Erfahrungen mit der Online-Abrechnung oder aber der Gretchenfrage: „Wie hältst Du’s mit der eGK?“

Mit 157 Gästen war der Servicetag der bisher bestbesuchte in der Reutlinger Tradition. Zum ersten Mal waren auch Helferinnen eingeladen und zahlreich der Einladung gefolgt. In den Vorträgen zum Thema „Delegation“ verteilten sich die Zuhörer sogar zu gleichen Teilen auf Ärzte und Helferinnen, wie die spontane Frage in die Runde ergab. Vielleicht war das schon der erste Schritt zur Delegation? Den Erfolg allein an den gezählten Gästen zu messen, wäre doch zu wenig.

Wer mit offenen Augen und Ohren dabei war, konnte den Reutlinger Servicegeist spüren, der Mitarbeiter und Teilnehmer erfasst hatte und in den Vortragsräumen, an den Informationsständen oder beim Snack an den Stehtischen selbst bei KV-kritischen Gästen für eine konstruktive Stimmung sorgte.

Gute BW-Bilanz der QM-Stichprobe für das Jahr 2010

Schwächen noch bei den Patientenbefragungen wegen zu hohem Zeitaufwand

Als im Januar 2004 die Einführung von Qualitätsmanagement für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren als gesetzliche Pflicht im Sozialgesetzbuch verankert wurde, waren Schlagzeilen zu lesen wie „Nun werden neue, mutige Schritte zur Einführung des Qualitätsmanagements unternommen!“ Zwei Jahre später verabschiedete der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Qualitätsmanagement (QM)-Richtlinie eine hierfür richtungsweisende Vorschrift. Die QM-Richtlinie definiert Ziele, die mit der Umsetzung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erreicht werden sollen und benennt dafür geeignete, nützliche Grundelemente und Instrumente. Wie gut die Umsetzung in der Praxis funktioniert, sollten jährliche Stichproben aufzeigen.

Fünf Jahre nach Inkrafttreten der QM-Richtlinie, also im Jahr 2011, wollte der G-BA eine erste Bilanz ziehen. Auf Grundlage der vorangegangenen bundesweiten Stichproben sollte geprüft werden, inwieweit die Pflicht zu QM in den Praxen umgesetzt wurde. In diese Bewertung ist der G-BA im Sommer 2011 eingestiegen. Eine Stellungnahme des G-BA ist für 2012 zu erwarten. Die Ergebnisse aller Stichproben in Baden-Württemberg - aber auch bundesweit - lassen auf eine positive Bilanz hoffen. Dafür sprechen auch die guten bis sehr guten Zahlen der Stichprobe 2010 in Baden-Württemberg:

Für das Jahr 2010 wurde bei der KVBW die bisher vierte Stichprobe zum Qualitätsmanagement durchgeführt. Wie in den Vorjahren erfolgte eine zufällige Auswahl von 2,5 Prozent aller Mitglieder, die gebeten wurden, ihren erreichten Einführungs- und Entwicklungsstand des einrichtungsinternen QM auf einem vorgefertigten Fragebogen darzulegen. In konkreten Zahlen setzte sich der Teilnehmerkreis in Baden-Württemberg wie folgt zusammen:

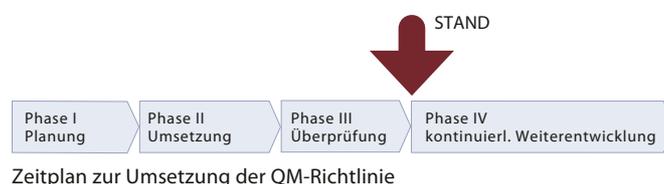
- 385 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte
- 79 Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten
- 1 Medizinisches Versorgungszentrum

Von diesen insgesamt 465 ausgewählten Teilnehmern waren 35 an einem Krankenhaus ermächtigt. Mit Ausnahme von Laborärzten, Neurochirurgen und Nuklearmedizinern waren alle Fachgebiete vertreten.

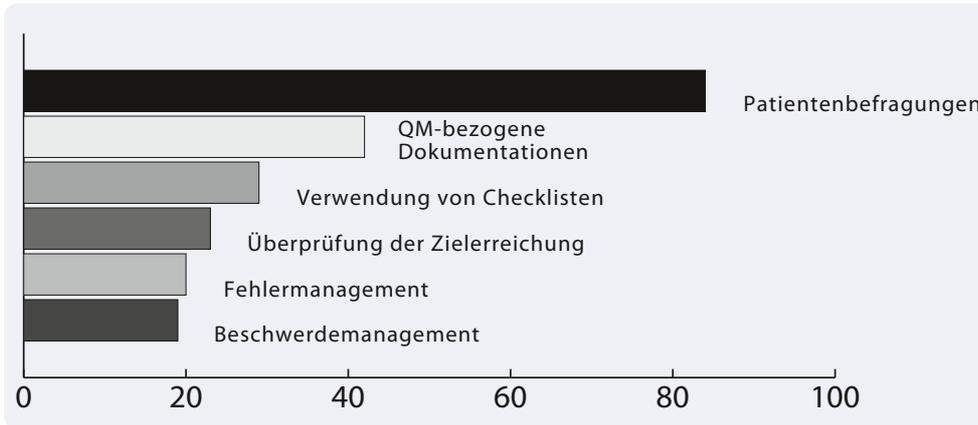
Hohe Rücklaufquote

Die Durchführung der Stichprobe erfolgte über den Zeitraum 15. Dezember 2010 (Versand der Unterlagen) bis 30. April 2011 (Stichtag zur Übermittlung der Gesamtergebnisse auf die Bundesebene). Bis zum Stichtag hatten über 93 Prozent aller Befragten geantwortet. Diese hohe Rücklaufquote ist sehr erfreulich und beweist, dass QM in den Praxen präsent ist und ernst genommen wird. Als eine der größten KVen lag Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich nur ein Prozentpunkt unter dem Bundesdurchschnitt von 94 Prozent.

Im Überprüfungsjahr 2010 sollten sich alle vor dem 1. Januar 2006 niedergelassenen Teilnehmer in Phase III - Überprüfung - befinden. Für alle, die ihre Vertragsarztstätigkeit später aufgenommen haben, begann der Einführungszyklus mit dem Tag der Niederlassung. So schreibt es der Zeitplan der Richtlinie vor.



Durch den vorgegebenen Zeitplan in vier Phasen erfolgte zunächst eine Analyse der Phasenkonformität. Von 432 Befragten waren 308 in der Phase, in der sie nach der QM-Richtlinie sein sollten. Der größte Anteil der „Nichtphasenkonformen“ war leicht im Verzug: 99 Teilnehmer, die 2010 in der Überprüfung ihres QM-Systems hätten sein sollen, befanden sich noch in der Umsetzungsphase. Diese Abweichung lässt sich wie folgt begründen: Die Umset-



Noch nicht umgesetzte QM-Instrumente nach §4 der QM-Richtlinie

zungsphase abgeschlossen zu haben, bedeutet Umsetzung der Grundelemente unter Verwendung aller in der Richtlinie genannten Instrumente. Das heißt, selbst wenn nur ein Instrument noch nicht zur Anwendung kam (zum Beispiel Patientenbefragung), galt die Umsetzungsphase als nicht abgeschlossen.

Sehr erfreulich war die hohe Anzahl der Teilnehmer in Phase IV – kontinuierliche Weiterentwicklung. Insgesamt 47 Prozent, also fast die Hälfte aller Befragten waren damit ihrem Zeitplan voraus und hatten nach eigenen Angaben ein implementiertes QM-System.

Patientenbefragungen bereiten noch Schwierigkeiten

Die Stichprobenteilnehmer erhielten neben dem Fragebogen für die Stichprobe zusätzlich noch einen Selbstbewertungsbogen. Damit konnten sie den Ist-Zustand ihrer Praxis/Einrichtung selbst bewerten und auf diese Weise einschätzen, inwieweit sie die in der QM-Richtlinie geforderten Grundelemente und Instrumente des QM bereits umgesetzt haben. Mit Hilfe der Angaben im Selbstbewertungsbogen konnte der eigentliche Fragebogen für die Stichprobe relativ schnell ausgefüllt werden. Der Selbstbewertungsbogen ist aber auch ein gutes Instrument für die regelmäßige (mindestens jährliche) Selbstbewertung des eigenen QM-Systems. Seine Rücksendung im Rahmen der Stichprobe ist freiwillig.

Im Jahr 2010 erreichten uns insgesamt 254 Selbstbewertungsbögen. Sie lieferten Antworten auf die Frage, welche QM-Instrumente wurden noch nicht umgesetzt sind. Das Ergebnis ist nicht wirklich überraschend: Den meisten Stichprobenteilnehmern bereiten die durchzuführenden Patientenbefragungen Schwierigkeiten, gefolgt von der QM-bezogenen Dokumentation. Es sind im Wesentlichen Maßnahmen, die mit einem erhöhten zeitlichen Aufwand verbunden sind.

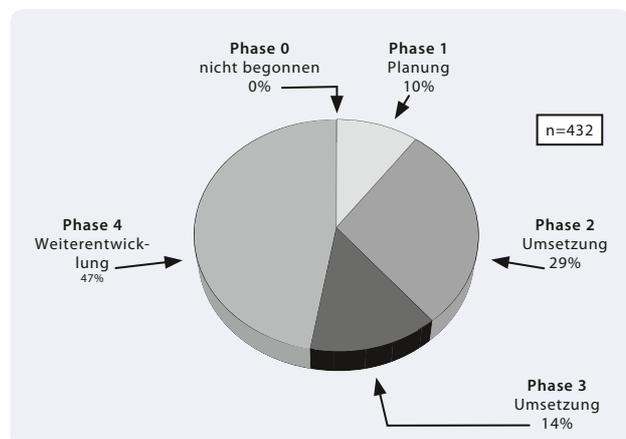


Fazit

Qualitätsmanagement ist in den Praxen von Baden-Württemberg weitgehend etabliert. Der Einführungsprozess schreitet weiter voran. Das war auch das Ergebnis der Bewertung durch die QM-Kommission, die diesen Prozess beratend und unterstützend begleitet.

Es bleibt abzuwarten, wie sich der G-BA im nächsten Jahr positioniert. Im Rahmen der Prüfung soll auch entschieden werden – so die Selbstverpflichtung in Paragraph 9 der QM-Richtlinie –, ob gegen Praxen, die die QM-Phasen nicht fristgerecht erreichen, künftig Sanktionen eingeleitet werden. Auch hat sich der G-BA vorbehalten, bestimmte QM-Systeme vorzuschreiben. Die Entwicklung der letzten Jahre und das Bekenntnis der Praxen zu QM lassen für beide Fragestellungen keine gravierenden Einschnitte erwarten.

Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder auch weiterhin mit einem umfassenden QM-Service-Angebot – von zahlreichen Fortbildungen über persönliche Beratung bis hin zu der Bereitstellung und Auswertung von Fragebögen für eine Patientenbefragung.



Stand der QM-Umsetzung in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg 2010

Delegation entlastet und ermöglicht stressfreie Zusammenarbeit

Die Kunst der Delegation ersetzt die Substitution des Arztes

Die wichtigste Ressource einer Arztpraxis sind deren Mitarbeiter. Werden diese richtig und umsichtig eingesetzt, ist der Nutzen für die Praxisleitung vielseitig und direkt spürbar. Reibungslose Abläufe und stressfreie Zusammenarbeit sind zum Beispiel solche Nutzenkomponenten. „Entlastung durch Delegation“ stellt eine weitere mögliche Nutzen-Strategie dar. Welche QM-Instrumente dabei zum Einsatz kommen beziehungsweise welche Voraussetzungen beim Thema Delegation bedacht sein müssen, zeigt der 20. Beitrag der QM-Serie auf.

Laut einer Studie aus dem Jahr 2005 verbringt ein typischer Vertragsarzt rund 14 Stunden in der Woche allein mit administrativen Aufgaben. Inhaltlich wird dabei an erster Stelle der Aufwand für die Praxisgebühr einschließlich Mahnwesen genannt. Eine Aufgabe, die ausschließlich von der Praxisleitung gemacht werden kann? Sicherlich nicht! Ebenso dürfen eine ganze Reihe von medizinischen Leistungen an nicht ärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Die Argumente, warum dieses Entlastungspotential nicht - ausreichend - genutzt wird, findet man zu Genüge: 60 Prozent der befragten Ärzte bezweifelten vor der Delegation, ob die MFA dies überhaupt kann. Und 55 Prozent waren der Ansicht, sie könnten es selbst schneller oder besser erledigen. Nach der Erprobung zweifelte niemand mehr an der Kompetenz ihrer Mitarbeiterinnen - und nur 15 Prozent waren der Meinung, die Aufgabe nach wie vor effektiver selbst zu erledigen. Kalkulierte man allerdings Stundensätze ein, würde wohl auch dieses Argument entfallen, denn effizienter wäre dies nicht.

Verschiedenste QM-Instrumente helfen von Anfang an das Thema Delegation zu meistern. Ein klares Anforderungsprofil unterstützt schon bei der Einstellung, um gut qualifizierte Helferinnen zu finden. Ein strukturierter Einarbeitungsplan führt eine neue Kollegin schnell und effektiv in praxisinterne Prozesse ein und ein abgestimmter Fort- und Weiterbildungsplan sorgt dafür, dass alle Teammitglieder die Kompetenz erlangen, die für eine optimale Praxisführung gewünscht und notwendig ist. Teambesprechungen halten alle Praxismitglieder auf einem Informationsniveau und die QMB hilft die Anforderungen des Arbeitsschutzes einzuhalten.

Klare Vorgaben zu den einzelnen Aufgaben bezüglich Art und Umfang, des Zeitaufwandes, der gewünschten Ergebnisqualität und der jeweiligen Zuständigkeiten sorgen für reibungslose Praxisabläufe und sind damit Basis für eine Delegation. Jährliche Mitarbeitergespräche und regelmäßige Überprüfungen sowie Feedback zu einzelnen Tätigkeiten helfen Mitarbeiter einzuschätzen. Je nachdem entscheidet die Praxisleitung, wie lang die berühmte „lange Leine“ sein darf. Und wer was übernehmen kann, beziehungsweise an wen was delegiert werden kann. In der Personalführung unterscheidet man Mitarbeiter nach wenig/viel Können und wenig/viel Wollen.

Der Sternchen-Mitarbeiter kann und will viel. Diesem Mitarbeiter kann man vertrauensvoll Aufgaben übertragen. Keiner möchte einen Mitarbeiter, der wenig kann und wenig will. Hier gibt es eigentlich auch nur eine Konsequenz: Mitarbeiter, die viel wollen, aber wenig können, sind zuerst mal in gewisser Weise „gefährlich“. Werden sie aber gezielt geschult und gefördert, werden sie dann zu wertvollen Teammitgliedern. Mitarbeiter, die viel Können, aber wenig Wollen, müssen motiviert werden. Vor allem sollten die Gründe für die Demotivation gefunden und beseitigt werden.

Delegation schafft Freiräume und gleichzeitig zufriedener Mitarbeiter auf Grund wachsender Verantwortungsgebiete. Wichtig ist, einmal delegierte Aufgaben nicht zurückzunehmen und neue Aufgaben – wenn nicht notwendig – erst gar nicht anzunehmen. Eine einzige kleine Frage hilft hier weiter: „Aha. Und wie lösen wir das?“ So werden die Mitarbeiter zu folgendem QM-Denken gezwungen: Problemstellungen werden schon mit Lösungsvorschlägen vorgebracht.

Die QM-Beraterinnen der KVBW stehen den Praxen kontinuierlich begleitend mit vielfältigen Serviceangeboten zur Seite. Hierzu gehören zum Beispiel Handbuchberatungen, die Unterstützung bei der verpflichtend vorgeschriebenen Patientenbefragung sowie die Bereitstellung von Mustern und Informationsunterlagen auch beispielsweise für Mitarbeitergespräche, Teambesprechungsprotokolle und vieles mehr.



Kontaktaufnahme über den Praxisservice
Tel. → 0711 / 7875-3300 oder
per E-Mail an praxisservice@kvbawue.de.

Die sichere Datenübertragung wird immer wichtiger

Das neue Mitgliederportal der KVBW ist ab Mai 2012 über das KV-SafeNet* erreichbar

E-Mails haben längst einen Großteil der Briefe abgelöst, medizinische Wissensdatenbanken sind online verfügbar und spätestens seit die Abgabe der Quartals-Abrechnung online möglich ist, hält die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen Einzug. Gleichzeitig gilt es als heikel, Praxiscomputer ans Internet anzubinden. Mit KV-SafeNet* existiert ein geschütztes Netzwerk ausschließlich für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Institute, das den hohen Anforderungen Rechnung trägt, die der Schutz von sensiblen Patienten- und Honorardaten stellt. Rund 20.000 Praxen in Deutschland verfügen bereits über einen KV-SafeNet*-Anschluss - und die Bedeutung des sicheren Netzes der Kassenärztlichen Vereinigungen wächst stetig.

Wenn im Mai 2012 die neue Version des KVBW-Mitgliederportals kommt, wird KV Baden-Württemberg über das KV-SafeNet* erreichbar sein. Gegenüber der bisherigen Anmeldung zum Portal, die allein mit Benutzername und Kennwort funktioniert, bedeutet das einen weitaus höheren Sicherheitsstandard. Gleichzeitig bietet das KVBW-Mitgliederportal eine Reihe zusätzlicher Anwendungen, die fortlaufend erweitert werden.

➔ Online-Anwendungen im neuen KVBW-Mitgliederportal:

- Onlineabrechnung (Übersicht der eingereichten Unterlagen) **neu**
- Dokumentenarchiv mit Honorarunterlagen
- Persönliches Postfach **neu**
- Arztgruppenspezifische Kommunikation **neu**
- Praxiskennzahlen

Elektronische Dokumentationen einreichen:

- eDMP **neu** (Disease Management Programme)
- eHautkrebsscreening
- eKoloskopie **neu**
- eDialyse **neu**

Das Optimum an Schutz für Daten und Praxis bietet der Zugang zum Portal über KV-SafeNet*, das sichere Netz der KVen. Alternativ wird für KV-Mitglieder, die nur sporadisch Online-Angebote nutzen und daher Investitionen scheuen, das Authentifizierungsverfahren KV-Ident als Zugangsweg zum Mitgliederportal angeboten.

➔ Rundum sicher und sorglos vernetzt: KV-SafeNet*

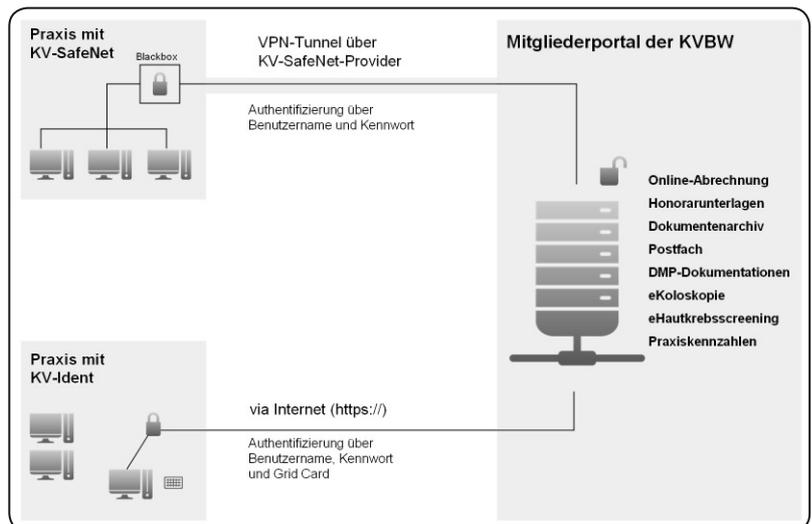
Wer einen komfortablen und sicheren Weg sucht, um mit dem Praxisrechner sicher ins Netz zu gehen, für den ist KV-SafeNet* der Königsweg. KV-SafeNet* bietet den umfassendsten Schutz vor unbefugten Datenzugriffen oder Viren, sodass derselbe PC bedenkenlos für Praxisverwaltung und Netzzugang genutzt werden kann. Das KV-SafeNet* ist ein vom regulären Internet abgeschottetes Netz, das lediglich die Technologie des Internet nutzt. Über ein Blackbox genanntes Gerät (VPN-Router/Konnektor) wird eine Art abgeschotteter „Tunnel“ aufgebaut, der eine dauerhafte, datenschutzgerechte Anbindung aller Rechner der Praxis ermöglicht.

Mit der KV-SafeNet*-Anbindung können Ärzte und Psychotherapeuten auch von Online-Angeboten profitieren, die über die Möglichkeiten des KVBW-Mitgliederportals hinausgehen und den Praxisalltag erleichtern. Zu diesen Mehrwertdiensten, die ständig erweitert werden, zählt zum Beispiel das gesicherte Surfen im Internet (nähere Informationen: www.kbv.de/23800.html).

Die Kosten für die KV-SafeNet*-Nutzung (einmalig für die Installation sowie monatliche Gebühr) sind inzwischen überschaubar. Übrigens: Konnektoren, die bereits in den Praxen installiert sind (zum Beispiel im Rahmen der Verträge der hausarztzentrierten Versorgung) können – sofern sie für den KV-Safe-Net*-Einsatz zertifiziert sind – als Router für den Zugang zum KV-SafeNet* weiterverwendet werden. Informationen dazu geben die Provider.

Der Weg ins KV-SafeNet*

- Benötigt wird ein PC mit herkömmlichem Internetanschluss (DSL oder ISDN).
- Die Blackbox (Router) wird von einem KV-SafeNet*- Provider zur Verfügung gestellt, der dafür von der KBV zertifiziert wurde. Nur der Auftrag muss erteilt werden, den Rest erledigt der Provider. Der externe Dienstleister steht auch dafür gerade, dass die Datensicherheit für die Praxis gewährleistet ist.
- Eine Liste der zertifizierten Provider inklusive einer Kostenübersicht ist zu finden unter www.kbv.de/23800.html#Provider
- Es wird empfohlen, Vergleichsangebote einzuholen. Die Preise differieren erheblich.
- Zu beachten ist, dass der Zugang zum KVBW-Mitgliederportal KV-SafeNet* in der Version 3.0 voraussetzt.
- Die Nutzung von Dienstleistungen (Support) sollte geregelt werden. Je nach vereinbartem Leistungsumfang installiert zum Beispiel der Provider die Blackbox vor Ort beziehungsweise schickt sie zur Selbstmontage zu.
- Sollten noch keine persönlichen Zugangsdaten (Benutzername und Kennwort) für das Mitgliederportal der KVBW vorliegen, können diese bei der KVBW Mitgliederportalbetreuung angefordert werden.



Mitgliederportal 2.0: Zugangswege

Kostengünstig und ortsunabhängig: KV-Ident

Auch künftig wird das KVBW-Mitgliederportal über das Internet (www.kvbawue.de) zu erreichen sein – gesichert über das KV-Ident-Verfahren. Diese schlanke Zugriffsvariante kommt ohne Investition in zusätzliche Hard- oder Software aus, sofern ein Internetzugang zur Verfügung steht. KV-Ident richtet sich vor allem an Praxen, die sich rein auf die Pflichtenangabe Online-Abrechnung beschränken. Der sichere Zugang zum Portal funktioniert bei KV-Ident mit einem Verfahren, das an das Online-Banking erinnert. Jeder Teilnehmer von KV-Ident erhält eine Plastikkarte im Scheckkartenformat (Grid Card), mit der er sich beim Einloggen in das Mitgliederportal identifiziert. Anders als bei KV-SafeNet* ist der übertragende Rechner selbst nicht automatisch vor externen Zugriffen sicher. Für Virenschutz und Firewall sind die Praxisinhaber daher selbst verantwortlich. Wer auf Nummer sicher gehen will, nutzt einen vom Praxisverwaltungssystem getrennten PC als Internet-Arbeitsplatz zum Online-Datenaustausch mit der KVBW via KV-Ident. Vorteil dieser Zugriffsvariante ist die Möglichkeit, die Online-Angebote ortsunabhängig – zum Beispiel von daheim aus – zu nutzen. Rechtzeitig vor dem Start des neuen Portals schickt die KVBW ihren Mitgliedern im ersten Quartal 2012 Informationen und Antragsunterlagen für KV-Ident zu.

Sie sollten sich für KV-SafeNet* entscheiden, wenn

- statt eines separaten Internet-PCs Ihre Praxisrechner angebunden werden sollen
- Sie sich nicht selbst um die Absicherung Ihrer Praxisrechner kümmern möchten
- das gesamte Praxisteam die Online-Angebote gleichzeitig nutzen möchte
- Sie den sichersten Weg der Online-Kommunikation wählen möchten (von Datenschützern empfohlen)
- Sie auch vom Praxisrechner aus sicher im Internet surfen möchten

Sie sollten sich für KV-Ident entscheiden, wenn

- die Online-Dienste nur gelegentlich aufgerufen werden
- ein einzelner Arbeitsplatz zur Kommunikation ausreicht
- die Dienste von verschiedenen Standorten genutzt werden (z. B. Heimarbeitsplatz)
- Sie die Kosten für Hardware, Installation, Vertrag mit einem Provider scheuen
- Sie den Schutz der Praxisrechner eigenverantwortlich übernehmen

Hinweis für D2D-Anwender: Die Online-Abrechnung ist weiterhin auch alternativ über D2D (Doctor-to-Doctor) direkt aus der Praxissoftware möglich.



Die KVBW berät, unterstützt und betreut Sie auf dem Weg in die Online-Welt. Sie wollen mehr wissen?
Mitgliederportalbetreuung
Telefon: 0711/78753777
E-Mail: mitgliederportal@kvbawue.de

* KV-SafeNet steht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in keiner unternehmerischen oder vertraglichen Verbindung.



Viele neue Fortbildungsangebote der Management Akademie

Frühbucherrabatt kann bis zum 31. Januar 2012 genutzt werden

Das neue Seminarprogramm 2012 der Management Akademie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (MAK) mit vielen (neuen) Fortbildungsangeboten liegt vor. Unter den aktuellen Rahmenbedingungen der GKV wird es für Ärzte und Praxismitarbeiter immer wichtiger, die Möglichkeiten moderner Praxisorganisation und -führung zu nutzen, sich in Abrechnungsfragen auf dem Laufenden zu halten und als kompetenter Ansprechpartner der Patienten zu gelten.

Das Fortbildungsprogramm der MAK stellt hierzu viele wertvolle Unterstützungsangebote bereit. Es ist speziell für Ärzte, Psychotherapeuten und deren Praxismitarbeiter zugeschnitten und umfasst für das Jahr 2012 über 270 attraktive Angebote aus den Bereichen Betriebswirtschaft, Praxisorganisation, Qualitätsmanagement, Informationstechnologie sowie zur Qualitätssicherung und -förderung.

Zahlreiche neue Themen ergänzen das Programm. Unter anderem werden folgende Kurse in 2012 erstmals angeboten:

- „Praxisabläufe unter der Lupe: Wie gut sind Ihre Organisation und Ihre Kommunikation?“
- „Wege zur Arztentlastung – nutzen Sie Ihr Mitarbeiterpotenzial“
- „Simply the best: Zweitätiges Treffen für Praxismanagerinnen“ oder
- „Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen“.

Aber auch kostenlose Informationsveranstaltungen zu aktuellen Themen im Gesundheitswesen - wie zum Beispiel zu den „Online-Diensten der KVBW“ oder zur „(Daten)-Sicherheit für Sie und Ihre Praxis“ - sind Bestandteil des Programms.

Besonderes Kennzeichen der Seminare der MAK ist ihr hoher Bezug zum Praxisalltag. Um dies zu gewährleisten, kommen ausschließlich qualifizierte und erfahrene Trainer aus dem Gesundheitswesen zum Einsatz. Sie garantieren, dass eine kompetente Wissensvermittlung anhand wertvoller Beispiele aus der Praxis stattfindet. Oberstes Gebot ist die hohe Qualität der Kursangebote. Im Sinne

eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses entwickelt die MAK ihre Fortbildungen daher ständig weiter – im Interesse und zur Zufriedenheit ihrer Kunden. Wie zufrieden die Kunden mit der MAK sind, zeigen aktuelle Teilnehmerumfragen. Danach wird die MAK auf einer Zufriedenheitsskala von 1 bis 5 mit der Schulnote 1,28 beurteilt.

Neben der hohen Qualität und Praxisnähe ist zudem von großem Vorteil, dass die meisten Seminare der MAK von der Landesärztekammer Baden-Württemberg auf das Fortbildungszertifikat anerkannt werden. Ärzte und Psychotherapeuten profitieren somit zusätzlich von den wertvollen Fortbildungspunkten, die sie bei der MAK erhalten.

Und noch eine gute Nachricht: Die MAK räumt schnell Entschlossenen wieder einen Frühbucherrabatt von zehn Prozent des Teilnehmerbeitrags ein. Der Frühbucherrabatt gilt für alle halb- und eintägigen Kurse des Jahres 2012 und wird für Anmeldungen gewährt, die bis zum 31. Januar 2012 schriftlich, per Telefax oder via E-Mail bei der MAK beziehungsweise der KVBW eingehen. Weiterbildungsassistenten erhalten ganzjährig auf alle halb- und eintägigen Kurse eine Ermäßigung in Höhe von zehn Prozent des Teilnehmerbeitrages. Die Ermäßigung kann allerdings nicht zusätzlich zum Frühbucherrabatt gewährt werden.

Hat die Fortbildungsreinrichtung der KV Baden-Württemberg (MAK) Interesse geweckt? Das neue Seminarprogramm 2012 liegt dieser Ausgabe von **ergo** bei. Die Broschüre sowie aktuelle Informationen zu den Seminarangeboten der MAK ist zudem auf der Website der KV Baden-Württemberg unter www.mak-bw.de zu finden.

 ergo

Noch Fragen? Das Team der MAK nimmt den Anruf unter der Rufnummer 0711/7875-3535 gern entgegen.

Die MAK wünscht ein gesegnetes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins neue Jahr 2012.

Diagnostik und evidenzbasierte Therapie der idiopathischen Adoleszentskoliose

Einmaliges Fortbildungsangebot am 7. März 2012 in Stuttgart

Sowohl im allgemeinmedizinischen und kinderärztlichen als auch im orthopädischen Alltag steht am Ende einer Untersuchung häufig die Diagnose „Skoliose“. Ihre Inzidenz wird zwischen 0,15 Prozent und 15 Prozent der Bevölkerung geschätzt. Moderne Verfahren der Diagnostik und Therapie sowie neu diskutierte Indikationen verleihen dem Thema eine besondere Bedeutung. Aber auch die zunehmende Diskussion um die Evidenz ärztlichen Handelns und die Vorteile einer Behandlung im Vergleich zum natürlichen Verlauf der Erkrankung bestimmen die aktuelle wissenschaftliche Debatte in der Medizin.

Die KVBW bietet jetzt gemeinsam mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und den Berufsverbänden eine einmalige Fortbildung zur idiopathischen Adoleszentskoliose an. Im Rahmen dieser interdisziplinären Veranstaltung wird der aktuelle Stand der medizinischen Diskussion zur Behandlung der Skoliose bei Heranwachsenden beleuchtet - angefangen bei der Diagnostik bis hin zur evidenzbasierten Therapie.

Für die Veranstaltung konnten namhafte Mediziner und Experten aus dem ambulanten und stationären Bereich gewonnen werden. Neben dem Vorstandsvorsitzenden der KVBW, Dr. Norbert Metke, gehören auch Dr. Dieter Hoffmann (Facharzt für Orthopädie, Leonberg), Dr. Micha Langendörfer (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie Olgahospital Stuttgart), Dr. Hermann Locher (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Tettang) sowie Professor Dr. Thomas Wirth (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie Olgahospital, Klinikum Stuttgart) zu den Mitwirkenden und Referenten. Sie beleuchten das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven und zeigen moderne Wege der Diagnostik und Therapie auf. Im Mittelpunkt steht dabei vor allem die Frage nach der Evidenz einzelner Behandlungsverfahren.

Die Fortbildung richtet sich an alle Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeinmedizin und Innere Medizin sowie an alle Praktischen Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung.

Hier schon einmal eine kleine Vorschau auf das Programm (Änderungen vorbehalten):

1. Eröffnung
2. Grußworte
3. Epidemiologie und Pathogenese der Skoliose
4. Klinische Diagnostik der Skoliose bei Kindern und Jugendlichen
5. Bildgebende Verfahren in der Skoliosediagnostik und ihre Evidenz
 - Radiologische Diagnostik und Verlaufskontrolle
 - Die 3D-Wirbelsäulenvermessung
6. Konservative Therapie und ihre Evidenz
 - Physiotherapie
 - Korsetttherapie
7. Operative Therapie:
 - Indikation, Spondylodese versus innovative Verfahren

 ergo

Termin:

Die Veranstaltung findet am Mittwoch, 7. März 2012 von 15.00 - 19.00 Uhr in Stuttgart statt (Kursnummer S 281). Die Teilnahme ist kostenlos, setzt jedoch eine Anmeldung voraus. Die Veranstaltung ist mit fünf Fortbildungspunkten versehen.

Anmeldung:

Bei Interesse kann eine Anmeldung mit dem beiliegenden Formular der Management Akademie (MAK) oder online auf www.kvbawue.de erfolgen. Da die Teilnahme kostenlos ist, sind Angaben zur Bezahlung nicht erforderlich.

Noch Fragen?

Das Team der MAK steht unter der Rufnummer 0711 / 7875-3535 oder per E-Mail: info@mak-bw.de, gern zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

IMPRESSUM**ergo**

Ausgabe 4/2011

Erscheinungstag:

15. Dezember 2011

Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg
mit Rundschreiben

ISSN 1862-1430

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Norbert Metke,
Vorsitzender des Vorstandes (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Johannes Fechner,
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes
Norbert Bonauer,
Vorstandsbeauftragter
Eva Frien, Redakteurin
Rolf Sievers, Journalist

Redaktion:

Eva Frien, Redakteurin
Rolf Sievers, Journalist

Anschrift der Redaktion:

Redaktion **ergo**
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Karlsruhe
Keßlerstraße 1
76185 Karlsruhe
Telefon 0721 / 5961-0
Telefax 0721 / 5961-1188
E-Mail eva.frien@kvbawue.de

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Karin Artz, Claudia Bartosch,
Werner Grode, Melanie König,
Annette Kunkel, Renate Matenaer,
Monika Mayer, Brigitte Michels,
Walter Schenk, Silvia Schlee, h,
Kai Sonntag, Martina Tröscher,
Wolfgang Wiedlin, Ute Wutzler

Fotos:

fotolia, Landesärztekammer
Baden-Württemberg

Erscheinungsweise:

vierteljährlich

Auflage:

22.900 Exemplare

Gestaltung und Produktion:

Uwe Schönthaler

Die Redaktion behält sich die Kürzung
von Leserzuschriften vor. Die in dieser
Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind
urheberrechtlich geschützt. Abdruck nur
mit Genehmigung des Herausgebers.

Anmerkung:

Die Begriffe „Arzt“ und „Psycho-
therapeut“ im Text stehen immer sowohl
für die männliche als auch für die weib-
liche Berufsbezeichnung.

ergo auch im Internet:

www.kvbawue.de → Presse →
Publikationen

Vorschau

Baden-Württemberg
**Zusammenarbeit mit
Selbsthilfegruppen**

Gesundheitspolitik
Das Phantom „TV-Landarzt“

Gesundheitspolitik
Patientenbefragung der KBV

Baden-Württemberg
Regionale Gesundheitstage

Unternehmen Praxis
Webauftritte für Recherchen