

Das Mitteilungsblatt der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Baden-Württemberg

# ergo

Alles Gute,

**KVBW** 

02 | 12

Gesundheitspolitik  
**Politischer Ärztetag in Nürnberg**

Baden-Württemberg  
**Neuer HVM beschlossen**

Baden-Württemberg  
**Vorstand gastiert in Reutlingen**

Baden-Württemberg  
**Info-Veranstaltung zu eHealth**

Unternehmen Praxis  
**Hygiene muss geplant werden**



## Der neue Honorarverteilungsmaßstab der KVBW

**Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,**

seit acht Jahren konnten wir die Honorarverteilung in weiten Bereichen nicht selbst gestalten, sondern mussten sie mit den Krankenkassen vereinbaren und zentralistischen Vorgaben aus Berlin folgen. Nun können wir es. Insbesondere im Zuge der letzten Honorarreform 2009 waren die Auswirkungen katastrophal für Baden-Württemberg: 70 Prozent aller Praxen in Baden-Württemberg haben Honorar verloren, 20 Prozent aller Praxen zwischen zehn und 30 Prozent.

Dies wollen wir in Baden-Württemberg nicht wieder erleben.

Die Vertreterversammlung (VV) der KVBW hat am 9. Mai 2012 den ersten regionalen eigenen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KVBW verabschiedet, **der zum 1. Juli 2012 in Kraft tritt**. Die Delegierten sind damit dem Ergebnis intensiver Beratungen mit den Beratenden Fachausschüssen und allen Berufsverbänden gefolgt. Wir haben großen Wert darauf gelegt, die Haltung der Basis und der Vertreter der Fachgruppen mit einzubeziehen. Der HVM folgt der Devise „**Kalkulierbarkeit und Planungssicherheit durch Leistungsbegrenzung und Reduktion der Umverteilung zwischen und in den Fachgruppen**“ und führt damit zu einer Stabilisierung der RLV- und QZV-Werte. Dies war uns besonders wichtig, da der überwiegende Teil der Praxen den wesentlichen Teil ihrer Umsätze eben aus diesen Honorarkomponenten erzielt. Die bisherigen so genannten Einzelleistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (zum Beispiel Prävention, Substitution, ambulantes Operieren) sind von der Neureglung nicht betroffen. Ab Seite 12 dieser **ergo**-Ausgabe stellen wir Ihnen die Details des HVM vor.

Es war nicht mehr zu akzeptieren, dass trotz einem einmaligen Honorarplus von vier Prozent in 2011 die RLV abgesunken sind. Ursächlich dafür waren die Mechanismen der Mengensteuerung und Umverteilung.

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, **durch einen Honorarverteilungsmaßstab erhöht sich die Gesamtvergütung nicht**. Der HVM ist nur eine Vorgabe zur Aufteilung des Gesamthonorars, zur Verwaltung des Mangels. Begrenztes Geld bedeutet begrenzte Leistung. Uns zustehende deutliche Honorarzuwächse, eine Stabilisierung der Praxisumsätze und damit Kalkulationssicherheit durch die genannten Mechanismen, weitere Verträge zur Ausbudgetierung von Leistungen, wie wir sie Ihnen in letzter Zeit vorlegen konnten, werden auch weiterhin die zentralen Punkte der Honorarpolitik dieses Vorstands sein. Der Anfang lässt sich sehen, wir werden leidenschaftlich an seiner Weiterentwicklung arbeiten, die Rahmenbedingungen für die Ärzte und psychotherapeutisch tätigen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten und damit für die von uns versorgten Patienten zu verbessern.

DR. NORBERT METKE,  
VORSTANDSVORSITZENDER DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG

## Gesundheitspolitik

KBV-Vertreterversammlung: Politik und Krankenkassen sollen Arztberuf wertschätzen .....	2
Ärztetag in Nürnberg mit gesundheitspolitischem Schwerpunkt .....	4
ZI-Untersuchung: Schlechte Honorierung für glänzende Ärzteleistungen .....	6
Politik fördert Arztbesuche und beklagt dann deren Häufigkeit .....	8

## Baden-Württemberg intern

Fallsammlungsprüfung Mammographie wird vorbereitet .....	9
Vertreterversammlung kritisiert Umsatzsteuerpflicht .....	10
Wartezimmer-Plakataktion zur Praxisgebühr .....	11
Neuer HVM beendet Honorarverschiebungen .....	12
Ein ganz normaler Arbeitstag des KVBW-Vorstandsvorsitzenden .....	14
Neues Vorstandsmitglied der BÄK .....	17
Bereitschaftsdienst-Reform muss noch viele Hindernisse überwinden .....	18
Notdienstportal der Landesapothekerkammer BW .....	19
Rolle der NS-Ärzteschaft auf der Tagesordnung .....	20
Nürnberger Erklärung des Ärztetages .....	21
Notfall-Lexikon als App verfügbar .....	22
Das neue KVBW-Mitgliederportal .....	23

## Aus den Bezirksdirektionen

eHealth-Forum in Freiburg .....	25
„Vorstand on Tour“ startete in Reutlingen .....	27

## Unternehmen Praxis

Qualitätsmanagement: Herausforderungen spornen Mitarbeiter an .....	29
Hygiene: Praxisbegehungen gut vorbereiten .....	31
Hygieneplan ist verbindliche Arbeitsanweisung .....	32
Impressum .....	53

## Rundschreiben 2 / 2012

mit den Abgabeterminen der Quartalsabrechnung  
und den Fortbildungsveranstaltungen

Amtliche Bekanntmachungen .....	34
Bezirksdirektion Freiburg .....	41
Bezirksdirektion Karlsruhe .....	42
Bezirksdirektion Stuttgart .....	42



## Politik und Krankenkassen sollen Arztberuf wertschätzen

KBV-Vertreterversammlung wählt neuen hausärztlichen Vorstand

**Nachwahlen zum hausärztlichen Vorstand standen im Mittelpunkt der Vertreterversammlung der KBV im Vorfeld des Deutschen Ärztetages in Nürnberg. Notwendig sind sie geworden, nachdem KBV-Vize Dr. Carl-Heinz Müller sein Amt Ende des vergangenen Jahres aufgegeben hatte. In der Stichwahl setzte sich die Allgemeinmedizinerin Dr. Regina Feldmann, KV-Vorsitzende aus Thüringen, gegen Dr. Stephan Hofmeister, Vizevorsitzender der Vertreterversammlung, aus Hamburg, durch. Der KBV-Vorstand ist nun wieder komplett. Überlegungen zu einem dritten Vorstandsmitglied, die im Vorfeld aufgekommen waren, wurden nicht weiter verfolgt.**

Bemerkenswerte Ansätze präsentierte KBV-Vorstand Dr. Andreas Köhler in seiner Rede. Köhler wies zunächst auf das hohe Ansehen des Arztes in der Bevölkerung hin. „Seit 1966, als das Institut für Demoskopie Allensbach die meistgeachteten Berufe in der Bevölkerung ermittelte, steht der Arzt an der Spitze. Vertrauen und Kompetenzzuschreibung für die Ärzte und Psychotherapeuten sind bis heute ungebrochen.“

Aus seiner Sicht ist das durchaus bemerkenswert, stehen dem doch negative Schlagzeilen und Verunglimpfungen durch die Krankenkassen gegenüber, die die Berichterstattung über Ärzte dominieren. „Abzocker in Weiß“, „Pfuscher am Patienten“ oder ähnliche Schlagworte prägen heute viele Kommentare, mit denen versucht wird, den Arztberuf schlecht zu reden. Das hat durchaus System, wird doch versucht, damit Politik zu machen und sich ein größeres Stück aus dem GKV-Kuchen zu sichern oder die eigene Profession zu Lasten der Ärzte und Psychotherapeuten (stärker) ins Spiel zu bringen. Delegation ärztlicher

Leistungen ist hier das Stichwort. Umso mehr freue er sich, sagte Köhler, dass die Menschen aus ihrer Erfahrung im Umgang mit den Ärzten und Psychotherapeuten bei ihrer unverändert positiven Sicht geblieben sind. „Sie erleben Zuwendung, jemanden, der versucht, sich trotz widriger Rahmenbedingungen Zeit zu nehmen und zuzuhören. Nahezu jeder hat eine, oft über Jahre hinweg gewachsene, persönliche Beziehung zu einem Arzt. Keine Telemedizin, kein Outsourcing und keine Delegation helfen hier.“

### *Krankenkassen sollen gute Versorgung ermöglichen*

Köhler machte klar, dass er diese Wertschätzung auch von der Politik und den Krankenkassen erwarte. Er beklagte in diesem Zusammenhang eine Verweigerungshaltung seitens der Kassen. Geradezu empört stellte er fest, dass „... jedweder Vorschlag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung sofort plattgemacht wird mit dem Argument: Das brauchen wir nicht, davon profitieren nur die Ärzte.“

Als Beispiel nannte er die Präventionsinitiative der Bundesregierung. Kopfschüttelnd berichtete er, dass das Konzept des BMG als „ärztelastig“ kritisiert wurde und Vorschläge nach einer zusätzlichen Honorierung dafür, dass Ärzte sich gesondert um die Beratung zu und Vermittlung von Präventionsangeboten kümmern, sofort abgelehnt wurden. „Wer als der Arzt soll denn sonst Prävention durchführen?“ Der KBV-Vorsitzende forderte daher eine andere Haltung der Kassen. „Ihre Aufgabe ist es nicht, gegen Ärzte vorzugehen, ihre Aufgabe ist es, den Menschen in diesem Land eine gute Versorgung zu ermöglichen! Um es klar zu sagen: Das Gesundheitswesen ist nicht für die Ärzte da. Aber ohne Ärzte gäbe es kein Gesundheitswesen.“

## Kassennavigator

Köhler kündigte denn auch an, hier den Kampagnen der Kassen stärker gegenzuhalten. „Mit einem Krankenkassen-Navigator wollen wir ein Gegengewicht zu den Arztbewertungsportalen der Kassen setzen und in umgekehrter Richtung für Transparenz sorgen.“ Damit soll Ärzten und Psychotherapeuten die Möglichkeit gegeben werden, ihre persönlichen Erfahrungen mit Krankenkassen zu schildern und zu benoten, etwa in Bezug auf Service, Therapiefreiheit, Regresse, Bürokratie oder ähnlichem. Im vierten Quartal 2012 soll der Navigator starten.

## Arbeitsbedingungen

Aufgabe von KBV und KVen sei es, so Köhler, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Ärzte und Psychotherapeuten ihre Leistung auch weiterhin erbringen können. „Dazu gehört ohne Zweifel eine angemessene Vergütung, für die wir kämpfen. Aber das ist es nicht alleine. Was wir brauchen, sind Verlässlichkeit und Stabilität und den Freiraum, wirklich ärztlich beziehungsweise therapeutisch tätig zu sein. Das heißt vor allem: Abbau von Bürokratie.“

Köhler präsentierte erste Ergebnisse des Arztmonitors, einer repräsentativen Umfrage unter 11.000 niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten, die im Auftrag der KBV und des NAV-Virchow-Bundes vom Institut für angewandte Sozialwissenschaften (infas) durchgeführt wurde. Danach herrscht insgesamt eine hohe Arbeitszufriedenheit. „Mehr als neun von zehn Ärzten und Psychotherapeuten sagen, dass ihnen die Arbeit Spaß macht und sie sie als sinnvoll empfinden. Mehr als acht von zehn würden den Beruf wieder ergreifen. Auch mit der wirtschaftlichen Situation ist die Mehrheit der Befragten zufrieden.“

Gleichwohl zeigte die Befragung, dass die Arbeitsbelastung der Ärzte insgesamt hoch ist und die Zeit für die Versorgung der Patienten nicht ausreicht. „Im Schnitt arbeiten Haus- und Fachärzte über 55 Stunden pro Woche. Allerdings gehen dabei zwölf Prozent bei den Hausärzten, 14 Prozent bei den Fachärzten und 18 Prozent bei den Psychotherapeuten für Verwaltungsarbeit verloren. Das ist ein unhaltbarer Zustand, der für viel Frust sorgt, weil die Ärzte und Psychotherapeuten die Zeit viel lieber den Patienten widmen würden.“ Köhler rechnete vor, dass alleine die 14 Prozent Arbeitszeit, die von den Fachärzten erbracht werden müssen, Kosten von etwa 3,2 Milliarden Euro pro Jahr verursachen. „Das Motto muss sein: Versorgen statt verwalten.“



Regina Feldmann (rechts) ist zum neuen Vorstandsmitglied der KBV gewählt worden. Von links: Hans-Jochen Weidhaas (Vors. der VV) und seine Stellvertreter Dr. Stefan Windau und Dr. Andreas Gassen

## Kampagne

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kündigte Köhler eine Kampagne der KBV an, die im Herbst dieses Jahres starten soll. „Wir müssen damit aufhören, den Arztberuf schlecht zu reden. Daher wollen wir der Öffentlichkeit zeigen, dass der Arztberuf ein besonderer ist und attraktiv bleiben muss, und gegen das von den Krankenkassen immer wieder gemalte Bild vom raffgierigen Arzt vorgehen. Wir wollen ein deutliches Signal setzen: Der Arzt ist nicht ersetzbar.“ Die Initiative für diese Kampagne kam aus Baden-Württemberg.

## Honorarsteigerung

Scharf griff Köhler die Krankenkassen an wegen ihrer Weigerung, die vom Gesetzgeber festgeschriebenen Rechte der Niedergelassenen zu respektieren. „Der Gesetzgeber hat das Morbiditätsrisiko der Versicherten von den Schultern der Vertragsärzte genommen und auf die Krankenkassen verlagert. Da die Gesamtvergütung sich an der Morbidität orientiert, versuchen die Kassen, mit immer drakonischeren Mitteln das Krankheitsgeschehen so zu vergrößern, dass die Veränderung der Morbidität von einem Jahr auf das andere immer geringer ausfällt. Das kann nicht sein!“

## Gute Atmosphäre

Die Arbeit in der Vertreterversammlung wurde von dem KBV-Vorsitzenden ausdrücklich gelobt. Nach dem etwas turbulenten Start im vergangenen Jahr habe sich ein frischer Wind gezeigt, den Köhler begrüßte. Ausdrücklich bezeugte er FALK, der Kooperation der KVen aus Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern eine konstruktive Mitarbeit. „Ich finde das sehr positiv und glaube, dass wir alle davon nur profitieren können, wenn wir diesen Weg weitergehen.“

# Ärztetag in Nürnberg mit deutlich gesundheitspolitischem Schwerpunkt

Gesundheitsminister Bahr fordert Abschaffung der Praxisgebühr

**Politischer sollte er werden, der 115. Deutsche Ärztetag in Nürnberg, der erste Ärztetag unter dem Vorsitz von Dr. Frank Ulrich Montgomery. Politischer wurde er. Schon alleine das Programm mit Diskussionen mit den Gesundheitspolitikern Jens Spahn (CDU) und Karl Lauterbach (SPD), zeigte dies deutlich. Aber auch das Thema des Ärztetages, der sich mit der Finanzierung des Gesundheitssystems befassen sollte, setzte hier eine entsprechende Marke.**

Die Politik war auf der Eröffnung prominent vertreten. Zwar ließ sich Bayerns Ministerpräsident Horst Seehofer durch seinen Gesundheitsminister Dr. Marcel Huber vertreten, da Seehofer an diesem Tag eine Kabinettsitzung leiten musste (oder lieber wollte?). Allerdings ließ es sich Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr nicht nehmen, den Delegierten und Gästen die Grundzüge der Gesundheitspolitik der Bundesregierung darzulegen.

Bahr stellte den hohen Stellenwert von Gesundheit und damit auch von Gesundheitsversorgung dar. „Gesundheit ist wie Freiheit. Sie ist selbstverständlich, wenn man sie hat, fällt aber dann besonders auf, wenn sie fehlt.“ Zu einem Gesundheitssystem gehören für den Minister Eigenverantwortung und Solidarität. „Beide Begriffe gehören für mich zusammen, denn Solidarität kann es ohne Eigenverantwortung nicht geben.“



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr:  
Keine Praxisgebühr, aber Eigenbeteiligung.

## *Abschaffung der Praxisgebühr*

In diesem Zusammenhang forderte Bahr die Abschaffung der Praxisgebühr. „Die Praxisgebühr hat eindeutig ihre Ziele nicht erreicht und ihren Zweck nicht erfüllt. Sie gehört daher abgeschafft.“ Keinen Zweifel ließ der Minister aber daran, dass er hinter der Forderung nach einer Eigenbeteiligung steht. „Eigenbeteiligung ist für mich ein Kernelement unserer Gesundheitspolitik“. Für beide Forderungen erhielt Bahr großen Applaus aus dem Auditorium.

## *Finanzierung*

Bahr wies es als einen Erfolg der christlich-liberalen Gesundheitspolitik aus, dass das Gesundheitssystem derzeit finanziell stabil sei. „Wir haben mit dem GKV-Finanzierungsgesetz und im Arzneimittelbereich wichtige Weichen für eine solide Finanzierung gestellt“, sagte der Minister. „Wir haben damit viel Geld gespart und beispielsweise dafür gesorgt, dass sich das Verhältnis der Ausgaben für Arzneimittel und die ambulante Versorgung umgekehrt hat. Früher wurde mehr Geld für Arzneimittel als für ambulante Leistungen ausgegeben, heute ist das endlich wieder umgekehrt.“ Bahr forderte die Krankenkassen auf, ihre Überschüsse zumindest teilweise an die Versicherten als Prämien auszubezahlen. Im Übrigen: „Es war bislang immer so, dass der Gesundheitsminister etwas vom Finanzminister wollte. Derzeit ist dies andersherum. Ich würde diesen Zustand gerne noch ein wenig beibehalten.“

## *Versorgungsstrukturgesetz*

Der Gesundheitsminister legte dar, dass es ein Kernpunkt seiner Politik sei, gegen den Ärztemangel vorzugehen. „Der Ärztemangel wurde jahrelang geleugnet. Die Bundesregierung nimmt ihn sehr ernst.“ Bahr lobte hierbei das Versorgungsstrukturgesetz, das im vergangenen Jahr verabschiedet wurde und in diesem Jahr in Kraft getreten ist. „Wir haben hier beispielsweise eine Neuregelung der

Bedarfsplanung vorgenommen. Die Bedarfsplanung war bislang keine Planung des Bedarfs, sondern nur die Fortschreibung eines Versorgungsstandes aus den 90er Jahren. Wir haben nun eine Flexibilisierung beschlossen und geben den Regionen die Möglichkeit, auf die Verhältnisse vor Ort gezielt einzugehen.“

In seiner Rede ging Bahr auch auf die anstehende Reform der GOÄ ein. „Wir warten hier auf Ergebnisse der Verhandlungen zwischen der Ärzteschaft und den Privaten Krankenkassen. Wenn wir hier etwas Vernünftiges vorliegen haben, werden wir versuchen, das so schnell als möglich umzusetzen, möglicherweise sogar noch in dieser Legislaturperiode.“

### *Luxusproblem Überschüsse*

Kammerpräsident Dr. Frank Ulrich Montgomery gab in seiner Rede Empfehlungen, wie mit dem „Luxusproblem Überschüsse in der GKV“ umzugehen sei: „Zuallererst sollte man die Überschüsse in der GKV belassen - als bewusst angelegter Puffer für die nächste Krise, denn die kommt bestimmt. Wenn die Politik dann aber doch Begehrlichkeiten im Wahlkampf entwickelt und meint, dem Bürger etwas zurückgeben zu müssen, dann sollte man das Geld nicht durch kaum merkbare Beitragsrückerstattungen oder noch schlimmer durch Beitragssenkungen verpulvern, sondern die Praxisgebühr abschaffen. Sie bringt keinen messbaren Effekt, sie kostet nur Bürokratie und belastet das Arzt-Patienten-Verhältnis.“

### *Keine Amtsträger der Krankenkassen*

Entschieden wandte sich Montgomery dagegen, dass Ärzte als Amtsträger der Krankenkassen gesehen werden und bezog sich dabei auf ein derzeit anstehendes Urteil des Bundesgerichtshofes, das in der kommenden Zeit erwartet wird. „Wir üben unseren Beruf als freien Beruf aus. Die Freiheit ärztlicher Entscheidungen in medizinischen Fragen ist zugleich eine Grundfreiheit der Patienten. Brandgefährlich ist es daher, Ärztinnen und Ärzte zu Erfüllungsgehilfen oder Beauftragte der Krankenkassen zu machen, weil sie dann in allen kostenwirksamen Entscheidungen in den Konflikt zwischen den Interessen des Patienten und der Kasse gezwungen wären und der Arzt zwischen den Interessen des Patienten und denen der Krankenkasse abwägen müsste. Das lehnen wir ab, das wäre der Tod jeder freien Medizin!“

### *Verhältnis PKV-GKV*

Das Verhältnis zwischen PKV und GKV stand denn auch im Mittelpunkt der Diskussion mit den Bundestagsabgeordneten Jens Spahn (CDU) und Karl Lauterbach (SPD). Lauterbach beschrieb die von seiner Partei propagierte Bürgerversicherung, wonach es eine einheitliche Versicherung



BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery: Überschüsse als Puffer für die nächste Krise zurückhalten.

für alle geben und der Unterschied zwischen PKV und GKV damit aufgehoben werden soll. Nach seiner Berechnung können die GKV und die PKV in der derzeitigen Form nicht weiter finanziert werden und würden in zehn Jahren vor dem Ende stehen. Er begründete dies mit der immer geringeren Zahl an Beitragszahlern, denen immer mehr Leistungsempfänger gegenüberstehen.

Montgomery nannte die Bürgerversicherung „einen Turbolader der Zwei-Klassen-Medizin: „Es ist doch naiv zu glauben, dass man in einer freiheitlich organisierten Gesellschaft verhindern könnte, dass Ärzte, Patienten und Versicherungen sofort Modelle einer besseren Versorgung für diejenigen aufbauten, die es sich materiell leisten könnten.“ Auch Spahn bestritt nicht, dass die GKV künftig finanziell auf eine andere Basis gestellt werden müsste. „Wir haben daher den ersten Schritt zu einer Kopfpauschale beschritten, um die Finanzierung stärker unabhängig von den Lohnneinkommen zu machen. Kostensteigerungen sollen daher über einen lohnunabhängigen Zusatzbeitrag finanziert werden mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich. Gleichzeitig sollen auch Miet-, Kapital- und sonstige Einkommen in die Berechnung des Beitrages mit einbezogen werden.“

Die Diskussion um die PKV bezeichnete er als „linke Neiddebatte“. Spahn: „Da wird der Eindruck erweckt, dass in der Privatversicherung die Besserverdienenden seien, die sich durch höhere Beiträge eine bessere Versorgung sichern. Die Probleme der GKV könnten gelöst werden, indem diese Beitragszahler in die GKV integriert werden. Das ist deutlich zu kurz gesprungen. Zum einen ist bei weitem nicht jeder Beamte oder Selbstständige ein Besserverdiener. Zum anderen ist etwa der Krankheitsausfall bei den Beamten deutlich höher als bei den GKV-Patienten.“

In Bezug auf die Praxisgebühr vertrat Spahn eine klare Haltung. „Wer die ersatzlose Abschaffung der Praxisgebühr fordert, der verzichtet auf Jahre hinaus auf jedwede Form von Eigenbeteiligung. Ich erwarte daher auch von der Ärzteschaft Alternativen. Eine ersatzlose Streichung der Praxisgebühr wird es daher mit der CDU nicht geben.“



## Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland: Glänzende Leistung – schlechte, nicht leistungsadäquate Vergütung

ZI-Untersuchung stützt Forderung nach Honorarsteigerung

**Die Vergütung der Vertragsärzte und niedergelassenen Psychotherapeuten ist seit Jahren Gegenstand permanenter politischer Auseinandersetzungen. Mit unterschiedlichsten Zahlen wird operiert, die entsprechend politisch ausgenutzt werden, an Fragwürdigkeit häufig jedoch nicht zu überbieten sind. Da werden mal Ertrag und Umsatz oft absichtlich demagogisch „verwechselt“, Umsatz pro Praxis nicht vom Umsatz pro Arzt unterschieden und auch zwischen einzelnen Facharztgruppen unzulässige Vergleiche durchgeführt, weil Kosten nicht berücksichtigt werden.**

Klar ist, dass es abschließende Aussagen über die Vergütung eines Arztes nie geben kann, da es diesen einzigen Arzt nicht gibt. Zu unterschiedlich sind die Strukturen zwischen den Praxen. Das beginnt nicht nur bei den Unterschieden zwischen den Fachgruppen. Wer sich vor Augen hält, dass ein Arzt mit einer seit vielen Jahren eingeführten Praxis andere Kostenstrukturen hat im Vergleich zu einem Arzt, der eine Praxis neu eröffnet, der wird schnell Unterschiede begreifen, beispielsweise bezüglich der Öffnungszeiten, der Praxisschwerpunkte und des Konkurrenzdrucks. Alle Zahlen, egal wer sie erhebt, sind damit immer einem erheblichen Interpretationsspielraum unterworfen.

### *Aufwändiges Vorhaben*

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) hat sich auf den Weg begeben, Zahlen zu erheben, mit denen die Qualität der Aussagen über die

Vergütung des Arztberufes gesteigert werden kann. Das Vorhaben ist aufwändig. Denn dafür wurde eine Erhebung unter rund 4.600 Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten aller Fachrichtungen durchgeführt, die erstmals alle Vergütungselemente des Arztes mit einbeziehen sollen, also auch die Einnahmen aus privater Abrechnung. Dazu wurde den Teilnehmern ein umfassender Fragebogen vorgelegt, den sie mit Hilfe ihres Steuerberaters ausfüllen sollten. Das Panel wurde 2010 begonnen und 2011 beendet und basiert daher auf den Zahlen aus dem Jahr 2008.

Hier könnte gleich der erste Einwand kommen: Das Jahr 2008 lag vor der Honorarreform, die vor allem in Baden-Württemberg zu großen Verwerfungen in den einzelnen Fachgruppen geführt hat. Der Einwand ist richtig, aber es sind eben die neuesten Zahlen, die vorliegen. Um die Erkenntnisse zu aktualisieren, führt das ZI die Erhebung übrigens nun jedes Jahr durch, so dass die Zahlen künftig auch in aktuellerer Form vorliegen werden.

### *Einnahmen gestiegen*

Das Ergebnis des aktuellen ZI-Panels könnte man leicht in wenigen Sätzen zusammenfassen: Die Gesamteinnahmen der Praxen sind im Schnitt zwischen 2006 und 2008 um 19.000 Euro von 235.000 Euro auf 254.000 Euro gestiegen. Die Gesamtaufwendungen haben sich ebenfalls erhöht, aber weniger stark, von 127.000 Euro auf 131.000 Euro. Damit haben die Praxen 2008 einen Überschuss vor Steuern in Höhe von rund 123.000 Euro erwirtschaftet, was

etwa 15.000 Euro mehr als 2006 betrug. Die Experten des ZI errechnen daraus nach Abzug von Einkommenssteuer, Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Altersvorsorge ein monatliches Nettoeinkommen von 5.000 Euro. Bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 52 Stunden würde das einem Stundenlohn von 26 Euro entsprechen – auf der Basis des Gesamtüberschusses. Betrachtet man dagegen ausschließlich die Einnahmen aus der GKV, so ergibt sich ein Überschuss von nur noch 91.000 Euro. Ein Betrag, der deutlich unter dem Betrag von 105.000 Euro liegt, der für 2008 vom Bewertungsausschuss als angemessene Vergütungshöhe für die ärztlichen Leistungen festgelegt wurde. Die Daten des ZI-Panels machen sehr deutlich, dass es noch deutlichen Nachholbedarf für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gibt.

Deutlich zeigt sich, dass Gemeinschaftspraxen einen höheren Überschuss als Einzelpraxen erzielen; im Schnitt liegt der Jahresüberschuss dort bei 138.000 Euro. Erhebliche Unterschiede gibt es zwischen den Fachgruppen: Deutlich unterdurchschnittlich lagen die Neurologen, die Psychiater und Psychotherapeuten, die Hausärzte ebenfalls etwa 10.000 Euro unterhalb des Durchschnitts. Am höchsten über dem Durchschnitt waren vor allem die Orthopäden, die Onkologen und Hämatologen, die Gastroenterologen, die Pneumologen und die Radiologen. Aber noch einmal: Das sind Zahlen aus dem Jahr 2008 vor der Honorarreform.

Der Anteil aus GKV-Einnahmen stellt nach wie vor den weitaus größten Teil des Umsatzes dar, ist jedoch von 77,8 Prozent 2006 auf 77,3 Prozent im Jahr 2008 leicht gesunken. Absolut sind die Einnahmen aus GKV-Tätigkeit jedoch um 14.000 Euro je Praxisinhaber gestiegen.

### Interessante Details

Wer sich den Bericht des ZI genauer anschaut, der wird einige interessante Details finden: So sind beispielsweise die Betriebskosten wie Abschreibungen im Zeitraum von 2006 bis 2008 nur gering gestiegen; am stärksten schlugen Steigerungen bei den Personalkosten mit 7,1 Prozent zu Buche. Dagegen waren die Praxen mit Investitionen und Abschreibungen äußerst zurückhaltend. Das ZI spricht hier von einem Investitionsstau. Nach Angaben des ZI haben die teilnehmenden Praxen den offenen Investitionsbedarf bis 2010 auf

etwa 21.000 Euro pro Praxis geschätzt. „Hochgerechnet über alle Praxen entspricht dies einer Investitionslücke in der vertragsärztlichen Versorgung von rund zwei Milliarden Euro im Jahr 2010“, heißt es in dem Bericht.

### Angemessen und ausreichend?

Ist die Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten nun angemessen und ausreichend? Um diese Frage zu beantworten, müssen Kriterien herangezogen werden. Diese gibt es. Der Bewertungsausschuss, das Gremium auf Bundesebene, in dem die KBV und die Krankenkassen vertreten sind und das unter anderem die Bewertung von Leistungen im EBM vornimmt, hat im Zuge der EBM-Reform 2008 das durchschnittliche Einkommen des Arztes auf 105.572 Euro aus GKV-Einnahmen festgelegt. Dies entspricht dem Gehalt eines Oberarztes in einem Krankenhaus. Man mag lange darüber diskutieren, ob sich die niedergelassenen Ärzte mit ihrem höheren Risiko, Hausbesuchen und weiteren Leistungen mit einem Oberarzt im Krankenhaus vergleichen lassen sollen. Aber selbst dieser Wert wird nicht erreicht. Denn dieser Vergütungshöhe wird eine deutlich niedrigere Arbeitszeit entgegengesetzt als von den Ärzten tatsächlich erbracht. Mit der vom Bewertungsausschuss als Berechnungsgröße herangezogenen Arbeitszeit hätten die Ärzte lediglich 92.000 Euro aus GKV-Tätigkeit verdient und damit 13 Prozent weniger als ursprünglich (auch von den Krankenkassen) angesetzt! Vor diesem Hintergrund bekommen die Forderungen von KBV-Chef Andreas Köhler nach zehn Prozent mehr Vergütung 2013 einen nachvollziehbaren und plausiblen Hintergrund.

ergo



## Zu viele Arztkontakte? That's the question!

Politik fördert Arztbesuche – und beklagt dann deren Häufigkeit

**Zahlen spielen im Gesundheitswesen immer eine besondere Rolle. Sie geben einen Anschein von Objektivität und lassen sich daher politisch wunderbar benutzen. Dazu gehört auch die 18. Dies ist, basierend auf einer Veröffentlichung der Barmer GEK, die durchschnittliche Zahl an Arztkontakten (alle Arztgruppen) pro Jahr bei den Versicherten in Deutschland - mehr als irgendwo sonst auf der Welt, so dass die Deutschen den zweifelhaften Titel „Weltmeister im Zum-Arzt-Gehen“ haben. Nicht nur von der Politik, auch in der Ärzteschaft selbst wird diese Zahl verwendet. Jeder niedergelassene Arzt könnte Patienten benennen, bei denen der Arztbesuch nicht zwingend notwendig gewesen wäre, aber das System mit der „KVK-Flatrate“ sicherlich dazu auch einlädt.**

Trotzdem lohnt es sich, etwas genauer hinzuschauen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) hat dies getan und diese Zahl in einer Studie anhand der Arztkontakte 2007 untersucht. Im Ergebnis kommt es auf 17. Entscheidend ist jedoch die Schlussfolgerung der Untersuchung: „Eine isolierte Betrachtung des Mittelwertes führt ... zu einer Fehlinterpretation des Versorgungsgeschehens.“ Anderes ausgedrückt: Glaube keiner Statistik...

Zu Fehlinterpretationen - und damit auch daraus abgeleiteten politischen Forderungen - führt der Durchschnitt, da er wenig aussagekräftig ist. Das ZI zeigt, dass eine starke Ungleichverteilung vorliegt: So hat die Hälfte der GKV-Versicherten weniger als elf Arztkontakte. 16 Prozent nehmen aber 50 Prozent aller Arztkontakte in Anspruch. „Die hohe Zahl der mittleren Arztkontakte .. wird .. in erster Linie durch

einen geringen Anteil an Hoch-Inanspruchnehmern gekennzeichnet“, heißt es dort. Darunter fallen vor allem Chroniker und multimorbide Patienten. Eigentlich wenig überraschend: Wer sich Methadon-Patienten oder Dialyse-Patienten vorstellt, der kommt schnell auf eine hohe Zahl an Arzt-Kontakten, die nur aus diesen Krankheiten resultieren. Interessant ist, dass es auch deutliche regionale Unterschiede gibt (Ost weniger als West, Stadtstaaten mehr als Flächenstaaten) und sozioökonomische Faktoren wie Haushaltseinkommen, Beschäftigungsquote oder andere Faktoren wie Geschlecht (Frauen häufiger als Männer) oder auch die Frage die Anzahl der Singlehaushalte (mehr Arztkontakte) statistisch eine Rolle spielen.

Bei allen Erklärungen bleibt immer noch die Zahl, vor allem auch im internationalen Vergleich. Auch hier wird schnell klar, dass Vergleiche schwierig sind, weil die Gesundheitssysteme in den Staaten sich zu stark unterscheiden. Wohl kaum ein Land auf der Welt hat einen so stark ausgeprägten ambulanten Sektor wie Deutschland. Für viele Therapien müssen die Menschen in anderen Ländern ins Krankenhaus, während sie in Deutschland ambulant behandelt werden. Ist eigentlich prima, spart dem Gesundheitswesen Geld und ist für die Patienten viel angenehmer, geht aber auch auf das „Konto“ der Arztbesuche. Auch die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln ist in anderen Ländern anders geregelt.

Mehr als ärgerlich ist es daher, wenn die Zahl der Arztkontakte politisch instrumentalisiert wird, zumal die Politik gleichzeitig viele Maßnahmen unternimmt, die das Ziel verfolgen, dass die Versicherten zum Arzt gehen: Nationale Präventionsstrategie, Aktionsplan gegen Sucht, Impfkampagnen und nicht zuletzt: „Bei Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.“ Das passt alles nicht zusammen.

Dazu Dr. Norbert Metke: „Wenn die Politik will, dass es weniger Arztbesuche geben soll, muss sie exakt definieren, was wegfallen muss und hierfür eine gesellschaftliche Akzeptanz bekommen. Wir Ärzte sollten uns diesen Schuh nicht anziehen.“

ergo





## Vorbereitung auf die Fallsammlungsprüfung Mammographie

Fortbildungsveranstaltung der KVBW in Stuttgart

**Am 8. und 9. März 2012 verzichteten sechsdreißig Ärztinnen und Ärzte auf traumhaftes Frühlingswetter. Sie waren zu einer besonderen Fortbildungsveranstaltung nach Stuttgart gekommen, die dazu führte, dass sie den größten Teil der beiden Tage in fast komplett abgedunkelten Räumen saßen.**

Nach zehnjähriger Abstinenz gab es eine Neuauflage einer Vorbereitungsveranstaltung auf die Fallsammlungsprüfung Mammographie. Sie wurde auf vielfachen Wunsch von Ärztinnen und Ärzten organisiert, die diese Prüfung alle zwei Jahre ablegen müssen.

Schon der Organisationsaufwand im Vorfeld war beträchtlich: Es musste nicht nur eine ausreichende Anzahl an geeigneten Lichtkästen nach Stuttgart gebracht werden, darüber hinaus wurden zwei digitale Bildbetrachtungseinheiten organisiert, geliefert und installiert.

Die notwendigen konventionellen und digitalen Mammographiebilder lieferte die Gynäkologische Radiologie der Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Universität Tübingen. Von dort kam auch das Referententeam mit insgesamt sechs Referentinnen unter der bewährten Leitung von PD. Dr. Katja Siegmann. Sie hatte bereits die ersten Kurse vor zehn Jahren begleitet.

An den beiden Tagen gab es dann eine komprimierte Zusammenfassung der Fallen und Probleme in der Mammographie: Angefangen bei Problemen der Einstelltechnik, über die systematische Bildanalyse, Verschattungen, Verkalkungen bis hin zu den „Pitfalls“ der Mammographie.

Der Abschlussvortrag schließlich brachte einen Ausblick auf die nahe Zukunft: Er zeigte die Möglichkeiten der Tomosynthese.



Bei der Betrachtung von Mammographien können kleinste Tumoren entdeckt werden. (Quelle: Kooperationsgemeinschaft Mammographie)

So weit die Theorie. Die Praxis kam nicht zu kurz. Zwischen den Vorträgen gab es ausreichend Möglichkeiten, die mitgebrachten Mammographiebilder in Kleingruppen zu befunden und kollegial, auch unter Beteiligung der Referentinnen, zu diskutieren.

Das Echo auf die Veranstaltung war durchweg positiv. Ob es im kommenden Jahr eine Neuauflage geben wird, hängt vor allem davon ab, ob es gelingen wird, eine ausreichende Anzahl digitaler Bildbetrachtungsgeräte zu organisieren. Denn von den Lichtkästen möchte man sich endgültig verabschieden.

## Staatshaushalt soll nicht auf dem Rücken der Ärzte saniert werden

Vertreterversammlung kritisiert Umsatzsteuerpflicht

**In der Sitzung am 9. Mai 2012 wies der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Frank-Dieter Braun, auf das Problem der Umsatzsteuerpflicht für ehrenamtlich Tätige hin. Das Bundesfinanzministerium hat nach den Ausführungen Brauns die Regelungen hier nun schärfer gefasst. Danach unterliegt die Tätigkeit in Gremien der KV als Körperschaft weiterhin nicht der Umsatzsteuerpflicht. Beschlossen ist jedoch, dass ab 1. Januar 2013 jede ehrenamtliche Tätigkeit außerhalb Körperschaften des öffentlichen Rechts ab sehr niedrigen Grenzbeträgen gänzlich der Umsatzsteuerpflicht unterliegt.**

Das wird zum Beispiel für Berufsverbände zu deutlichen Haushaltsbelastungen führen. „Die Selbstverwaltung lebt vom Engagement der ehrenamtlich tätigen Mitglieder. Ohne deren Arbeit könnte die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung nicht aufrechterhalten werden. Wenn nun versucht wird, den Staatshaushalt auf deren Rücken zu sanieren, dann ist das ein Angriff, den wir entschieden zurückweisen“, sagte Braun unter großer Zustimmung der Delegierten. Die Vertreter fällten außerdem eine Reihe weiterer wichtiger Beschlüsse:

### ➔ Neuer HVM für Baden-Württemberg

Im Mittelpunkt der Sitzung stand der neue Honorarverteilungsmaßstab (HVM), der zum 1. Juli 2012 in Kraft treten wird. Vorstand und Geschäftsführung haben in unzähligen Sitzungen mit den beratenden Fachausschüssen und allen Berufsverbänden den neuen HVM vorbereitet und den Delegierten zur Entscheidung vorgelegt. Mit großer Mehrheit folgten die Delegierten dem Konzept, das Stabilität, Kalkulationssicherheit und Planbarkeit in die Honorare bringen soll. Einen ausführlichen Bericht zum HVM auf den Seiten 12 und 13 dieser ergo-Ausgabe.

### ➔ Inakzeptable Unterbezahlung ärztlicher Leistung muss ein Ende haben

In einem Antrag beschlossen die Delegierten einstimmig, dass sich die Honorarsteigerung für das Jahr 2012 an der wirtschaftlichen Entwicklung und den Tarifabschlüssen orientieren soll. „Eine Steigerung von 1,25 Prozent für das Jahr 2012 entspricht bei einer Inflationsrate von zwei Prozent einer erneuten Abkoppelung der Ärzteschaft von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und damit einem Honorarverlust“, heißt es in dem Beschluss der Delegierten. Nach den aktuellen Zahlen des Zentralinstituts für die Vertragsärztliche Versorgung (ZI) haben die Vertragsärzte 2008 gerade einmal einen Stundenlohn von 26 Euro netto erwirtschaftet. „Dies liegt etwa 13 Prozent unter den Vorgaben, die gemeinsam mit den Krankenkassen für die niedergelassene ärztliche Tätigkeit berechnet wurden. Im Jahr 2013 muss dies daher ausgeglichen werden.“



Vorstellung des neuen HVM:  
Dr. Norbert Metke referiert vor der VV.

### ➤ *Kein Abgleich von Versichertendaten*

Eine klare Absage erteilten die Ärzte und Psychotherapeuten einer Forderung der Politik, dass die Praxen das Management der Versichertenstammdaten übernehmen sollten. Diese, unmittelbar mit der elektronischen Gesundheitskarte verbundene Anwendung, beinhaltet die Pflicht der Arztpraxis, die Stammdaten eines Versicherten bei einem Praxisbesuch zu überprüfen. „Es ist den Praxen nicht zuzumuten, pro Quartal etwa 150.000 Stammdaten zu überprüfen, bei denen nur etwa bei zwei Prozent mit einem Änderungspotenzial gerechnet wird“, heißt es in dem Beschluss.

### ➤ *Strukturfonds soll gebildet werden*

Nach Meinung der Vertreterversammlung soll zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein Strukturfonds für Fördermaßnahmen in unterversorgten Gebieten gebildet werden, sofern Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach Paragraph 100 Abs. 1 und 3 SGB V getroffen wurden. Der Fonds soll 0,1 Prozent der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung betragen. Rechtliche Grundlage ist Paragraph 105 Abs. 1a SGB V.

### ➤ *Aufhebung Sperrvermerk zum Haushaltstitel Telematik*

Angenommen wurde ein Antrag des Vorstands, wonach der Sperrvermerk zur Ausgabenposition KV-Telematik-ARGE (Telematik-Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen) aufgehoben werden soll. In der Begründung heißt es, dass die Gesellschafter der KV-Telematik-Arbeitsgemeinschaft (ARGE) beschlossen haben, die geplante Standardschnittstelle für Selektivverträge nicht mehr mit der Gesundheit – Versorgung – Kommunikation (gevko) weiter zu entwickeln. Damit entfällt der Grund für den Sperrvermerk. Die Gevko war für IT-Lösungen bei Selektivverträgen zuständig.

### ➤ *Ausschuss nach Paragraph 69 und 72 des Landespersonalgesetzes beschlossen*

Die Vertreterversammlung hat die Errichtung eines Ausschusses im Sinne des Landespersonalgesetzes beschlossen. Dieser Ausschuss kann von der Vertreterversammlung bestellt werden, wenn zwischen Dienststelle und Personalrat keine Einigung erzielt werden kann. Vorsitzender ist Dr. Frank Dieter Braun, Stellvertretende Vorsitzende Dr. Anne Gräfin Vitzthum, weiteres Mitglied Professor Dr. Albrecht Hettenbach. Ersatzmitglieder sind Dr. Hans Kraus, Dr. Dieter Haack und Dr. Dipl. Psych. Alessandro Cavicchioli.

ergo



### Wartezimmer-Plakataktion zur Praxisgebühr

Mit dem Überschuss der gesetzlichen Krankenkassen ist es wieder Thema geworden: die Abschaffung der Praxisgebühr. Schon seit ihrer Einführung ärgern sich Patienten und Ärzten gleichermaßen über die Praxisgebühr. Die Patienten wegen der zusätzlichen finanziellen Belastung, die Ärzte, weil sie zu den „Geldeintreibern“ der Krankenkassen werden. Der zusätzliche bürokratische Aufwand, mit dem die Praxen zu kämpfen haben, ist enorm.

Eine Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) greift nun dieses Problem auf. Mit großer Zustimmung seitens der anderen KVn und auch der KBV lief Ende Mai eine Kampagne zur Abschaffung der Praxisgebühr an. Mit Plakaten und Informationsmaterial werden die Patienten aufgerufen, sich in eine Unterschriftenliste zur Abschaffung der Praxisgebühr einzutragen.

Die KVBW unterstützt diese Initiative durch die Einrichtung eines Internet-Portals, auf dem man sich direkt – online – in eine virtuelle Unterschriftenliste eintragen kann. Unterstützen Sie diese Initiative und informieren Sie Ihre Patienten.



## Neuer HVM nach langen und intensiven Gesprächen verabschiedet

Das Ende des Honorarverschiebebahnhoofs in Baden-Württemberg

**Es ist geschafft! Die Vertreterversammlung hat am 9. Mai 2012 den Entwurf des neuen Honorarverteilungsmaßstabes (HVM), den der Vorstand vorgelegt hat, verabschiedet. Der neue HVM kann damit nun wie geplant zum 1. Juli 2012 in Kraft treten.**

Das Versorgungsstrukturgesetz hat es möglich gemacht: Die Zuständigkeit für die Honorarverteilung wurde in weiten Teilen wieder in die Hände der KVen gelegt. Eine Forderung, für die sich der KVBW-Vorstand intensiv eingesetzt hat, ist damit erfüllt worden. Seit der Winterpause hat es wohl kein Thema gegeben, das Vorstand und Geschäftsführung derart intensiv beschäftigt hat. Intensive Gespräche, in denen primär die Vertreterversammlung und ihre Gremien, dann aber auch alle Berufsverbände und die Beratenden Fachausschüsse einbezogen wurden, haben Geschäftsführerin Susanne Lilie, der Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung, Cornel-Andreas Güss, sowie Dr. Norbert Metke geführt, die unzähligen internen Abstimmungsrunden und Vorbereitungsgespräche nicht mit eingerechnet.

### Zielrichtung

Von Anfang an hatte der Vorstand keinen Zweifel über die Zielrichtung aufkommen lassen: „Wir wollen keine neue Umverteilung“, hatte Dr. Metke in der Vertreterversammlung im Februar gesagt, als die Grundzüge des neuen HVM vorgestellt wurden. „Ziel einer neuen Honorarverteilung muss Planungssicherheit und Kalkulierbarkeit der Vergütung sein.“ Da sich durch die Honorarverteilung an der Höhe der Gesamtvergütung nichts ändert, könnte eine Steigerung des Honorars für einzelne Fachgruppen nur zu Lasten einer anderen gehen. „Das hatten wir in der

Vergangenheit genug, zuletzt bei der Honorarreform 2009 mit katastrophalen Auswirkungen auf Baden-Württemberg. Von einem Tag auf den anderen haben viele Praxen Umsatzeinbußen im zweistelligen Prozentbereich verkraften müssen, nur bedingt durch eine Änderung der Systematik! Die Folge war, dass eine Reihe von Praxen in ihrer Existenz bedroht wurden, die KVBW daher eine Konvergenz einführen musste, die wiederum dazu führte, dass die Honorarsystematik neben anderen Imponderabilien noch einmal komplizierter wurde. Damit muss endlich Schluss sein!“



### Festhalten an bisheriger Systematik

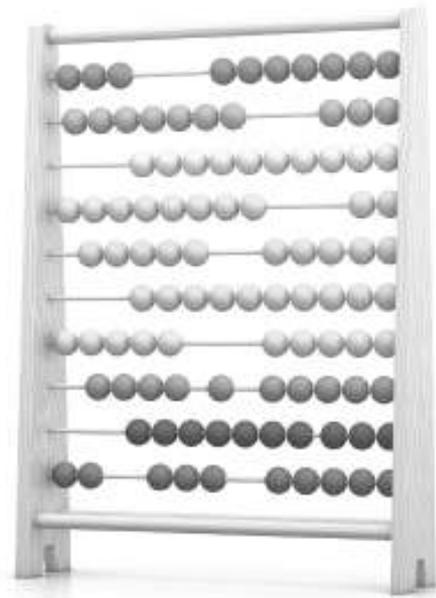
Dies sei auch der Grund, warum der Vorstand an der bisherigen Systematik mit RLV, QZV und freien Leistungen festgehalten habe. „Wir wissen sehr wohl um die Probleme, die es mit dieser Systematik gibt und sind daher keineswegs ein Anhänger davon“, erläutert Geschäftsführerin Susanne Lilie. „Aber vor dem Hintergrund einer ge-

deckelten Gesamtvergütung hätte eine andere Systematik nur die Folge, dass die begrenzten Mittel nach anderen Kriterien verteilt werden, also der eine etwas mehr bekommt, das einem anderen genommen werden muss. Wir würden damit nur neue Ungerechtigkeiten schaffen und müssen irgendwann aus diesem Rad raus, ein Loch zu stopfen und dafür ein neues aufzureißen. Außerdem kennen die Ärzte und Psychotherapeuten die bisherige Systematik, können mit ihr umgehen und haben auch ihre Prozesse darauf abgestimmt. Daher haben wir im großen Konsens mit den Berufsverbänden die bisherige Struktur der Vergütung beibehalten, sie sogar noch etwas verstärkt.“ Was sie damit meint, erklärt sie so: „Kalkulierbare und stabile Honorare bei gedeckelter Vergütung bei strikter Mengenbegrenzung.“

### *Mengenbegrenzung*

Erhalten bleibt zunächst die strikte Trennung nach Versorgungsbereichen, sprich: Haus- und Fachärzten. In dem jeweiligen Versorgungsbereich wird dann auf Basis der im 1. Halbjahr 2011 abgerechneten Leistungen pro Arztgruppe (zum Beispiel Orthopäden, Chirurgen) ein Topf gebildet, aus dem künftig alle Leistungen der Praxen in dieser Gruppe vergütet werden.

Damit die Kalkulationssicherheit auch weiterhin vor dem Quartalsbeginn erhalten bleibt, teilt die KVBW wenige Tage vorher jedem Arzt sein individuelles Volumen aus RLV und QZV mit. Alle über dieses Volumen hinausgehend abgerechneten Leistungen werden abgestaffelt. Dafür werden vorab zwei Prozent des Vergütungsvolumens der Arztgruppe reserviert und mit der Leistungsanforderung zu einer Quote errechnet. RLV und QZV bleiben gegenseitig deckungsfähig, wenn eines nicht ausgeschöpft wird, kann es dem anderen zugeschlagen werden. „Damit erreichen wir die maximal mögliche Transparenz und Stabilität innerhalb dieses Systems“, erläutert Susanne Lilie. Ab dem 3. Quartal 2013 wird dann eine strikte Fallzahlzuwachsbegrenzung eingeführt. Alle zusätzlichen Behandlungsfälle, die mehr als drei Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal übersteigen, werden dann nicht mehr zur Berechnung von RLV und QZV herangezogen. Ergibt sich der Fallzahlzuwachs aus Praxisbesonderheiten oder etwa der Übernahme von Patienten einer Praxis, die geschlossen hat, werden RLV und QZV der Praxis auf Antrag erhöht. Ausnahmen von der Fallzahlbegrenzung sind auch bei Praxen in unterversorgten Gebieten möglich. „Die Vergütung der Einzelleistungen wie Prävention und Substitution, die außerhalb der Gesamtvergütung bezahlt werden, sowie der Haus- und Facharztverträge und ihre Bereinigung wird durch den neuen HVM nicht berührt.“



### *Bereitschaftsdienst*

Im Bereitschaftsdienst wird für das Jahr 2012 weiter eine Stützung von 7,50 Euro pro Behandlungsfall über die EBM-Vergütung hinaus bezahlt. Damit werden nicht nur die Bereitschaftsdienstpraxen an den Krankenhäusern, deren Förderung im vergangenen Jahr mit den Krankenkassen vereinbart wurde, unterstützt, sondern der Bereitschaftsdienst insgesamt.

### *Psychotherapeutische Leistungen*

Für die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde werden die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen wie bisher zu 100 Prozent vergütet. Die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen unterliegen einer Mengenbegrenzung und werden daher abgestaffelt vergütet. Die Quote muss mindestens 75 Prozent betragen.

Der neue HVM liegt dieser **ergo**-Ausgabe bei. Aus rechtlichen Gründen ist eine Veröffentlichung nur über das Mitgliederportal im Internet leider nicht möglich. Mit der Mitteilung über die RLV- und QZV-Werte verschickt die KVBW eine Broschüre, in der die genaue Systematik mit den Quartalswerten für jede Arztgruppe, sowie alle Änderungen dargestellt sind.

Ab sofort ist im Mitgliederportal ein Forum zu Fragen zum neuen HVM freigeschaltet, in dem Fragen und die Antworten der KVBW zu diesem Thema veröffentlicht werden. Alle Fragen werden anonym eingestellt. Wer eine Frage hat, möge sie bitte per Mail unter [hvm@kvbawue.de](mailto:hvm@kvbawue.de) an die KVBW richten.

## Ein ganz normaler Arbeitstag im Leben des Vorstandsvorsitzenden

ergo hat Dr. Norbert Metke einen Tag lang begleitet

**Montag früh, kurz nach 7 Uhr. Gut gelaunt kommt Dr. Norbert Metke in sein Vorzimmer und begrüßt seine beiden Vorzimmerdamen. Die Tür zu seinem Büro ist offen, sein Schreibtisch ist leer. Nur auf dem großen Besprechungstisch liegen ein paar Vorgänge in Klarsichthüllen, Munition für die späteren Besprechungen. Des einen Freud, des anderen Leid: Stolz erklärt er seinen beiden Sekretärinnen, dass er den ganzen Sonntagnachmittag im Büro war und alle Vorgänge auf seinem Schreibtisch abgearbeitet hat. Die liegen nun auf den Tischen der Sekretärinnen zur Weiterbearbeitung. Vieles davon in Klarsichthüllen mit einer kleinen Diktatkassette drin – das Diktiergerät ist eine der wichtigsten Waffen des Vorstandsvorsitzenden.**

Eine seiner beiden Mitarbeiterinnen sitzt schon mit den Kopfhörern im Ohr und schreibt konzentriert die Kassetten: Briefe, Mails, korrigierte Texte für Publikationen oder Hausnotizen. Seine andere Sekretärin ist bereits dabei, eine Power-Point-Folie anzupassen, die von ihm handschriftlich abgeändert wurde. Ihr gehören auch die ersten Minuten des Arbeitstages. Der Tagesablauf wird kurz durchgesprochen, eventuelle Änderungen abgeklärt und Gesprächswünsche durchgesprochen. Zu diesem Zeitpunkt haben bereits zwei Delegierte aus der Vertreterversammlung angerufen, die mit ihm sprechen wollen und drei Mitglieder, die Anliegen loswerden wollen. Die Delegierten stellen eine wichtige Verbindung zur Basis dar und werden daher häufig von Mitgliedern angesprochen. Da geht es um einen Kollegen, der durch eine Kürzung der Abschlagszahlungen in wirtschaftliche Schwierigkeiten gekommen ist oder ein anderes Mitglied, das eine abgerechnete Leistung nicht anerkannt bekommen hat. Bei mehr als 20.000 Mitgliedern kommen jeden Tag eine gan-

ze Reihe von Schreiben oder Telefonaten in seinem Vorzimmer an. Metke selbst hat ebenfalls einige Anrufwünsche, die im Laufe des Tages erledigt werden müssen.

*„Ich vermisse nichts“*

Seit gut einem Jahr ist er nun Vorstandsvorsitzender der KVBW. Vermisst er seine Praxis nicht? Im Intranet der KVBW, einem Forum für die Mitarbeiter, in dem unter anderem Fragen an den Vorstand gerichtet werden können, hat er erst vor kurzen auf diese Frage wie folgt geantwortet: „So überraschend es klingen mag: Ich vermisse meine Praxis nicht, sicherlich aber den einen oder anderen Patienten. Dies hat seinen Grund: Nach meiner Wahl zum Vorstandsvorsitzenden musste ich mich schnell in die komplexe Arbeitswelt der KVBW einfinden. Ich durfte in früheren Jahren bereits die Standespolitik erleben, und war an einem Ärztealltag angelangt, an dem ich mal wie-



Claudia Schmidbauer und Andrea Winkler (v. l.) unterstützen Dr. Metke bei seiner Arbeit.

der viele, viele Wünsche hatte. Auch Forderungen gegenüber der Gesellschaft. Und diese kann ich hier besser umsetzen als im Alltag als Vertragsarzt. Und jetzt – nach über einem Jahr – bin ich beruflich so eingespannt, dass ich über meine zurückliegende Arbeit in der Praxis nicht nachdenken kann. Bei einer Wochenarbeitszeit von oft achtzig Stunden ist hierzu keine Zeit. Die Arbeit macht riesigen Spaß, sie erfüllt mich voll. Keine Frage: Ich bin und war Arzt mit Leib und Seele und mit viel Freude an meiner Tätigkeit – damals, aber auch heute. Durch eine Änderung der Rahmenbedingungen will ich dazu beitragen, dass das Arztsein wieder Spaß macht.“



Inspiration aus der Welt des Comic:

Dagobert Duck und Micky Maus begrüßen die Besucher in Dr. Metkes Büro.

### *Enges Vertrauensverhältnis*

Mit einer Tasse Kaffee in der Hand geht er zu seiner ersten Besprechung des Tages: zu Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstandsvorsitzender und mit Metke ins Amt gekommen. Die beiden verbindet ein enges Vertrauensverhältnis. Beide sagen übereinstimmend, bestätigt von den Mitarbeitern, dass sie sehr gut miteinander harmonieren und es keine Differenzen zwischen ihnen gibt. Im KV-System dürfte das eher eine Ausnahme sein, ist in seiner Bedeutung aber kaum zu unterschätzen. Gerade für eine Organisation in einem Umfeld, in dem sich die KVBW bewegt, ist ein geschlossenes Auftreten gegenüber den Mitgliedern und der Politik elementar. Daher stimmen die beiden ihre Positionen ab, informieren sich über Neuigkeiten und beraten die Vorgehensweise für anstehende Fragen.

Sie werden sich erst am Mittwochabend in Berlin wieder sehen, da Fechner sofort auf den Flughafen muss. Berlin war-

tet. Er ist als einer der fünf Mitglieder der KBV-Verteterversammlung gewählt worden, die den Vorstandsvorsitzenden Dr. Köhler in Fragen der hausärztlichen Versorgung beraten, solange die Position des hausärztlichen KBV-Vorstands nicht nachbesetzt ist. Sitzungen im Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses folgen. Am Donnerstag ist der Arbeitskreis der KV-Vorstände (AK KV), eine Art Ausschuss, dem alle KV-Vorstände und der KBV-Vorstand angehören und in dem zwischen den Vertreterversammlungen die wichtigsten Fragen geklärt werden. Am Vorabend des AK KV treffen sich regelmäßig die Vorstände von FALK (Freie Allianz der Länder-KVen) aus der Kooperation zwischen den KVen Bayerns, Baden-Württembergs, Hessens und aus Mecklenburg-Vorpommern zu Beratungen in Berlin. Die moderne Technik macht es möglich, dass Fechner trotzdem den engen Kontakt mit seinem Büro und seinen Mitarbeitern halten kann.



Das Diktiergerät ist das wichtigste Instrument des KVBW-Vorsitzenden.

### *Rücksprache*

9.30 Uhr, pünktlich steht der Pressesprecher der KVBW, Kai Sonntag, zur Rücksprache bereit. Vorher konnte Metke noch ein paar Telefonate erledigen. Gleichwohl ist die Telefonliste dadurch nicht kürzer geworden. Denn das Gespräch mit seinem Vorstandskollegen hat wieder die Notwendigkeit neuer Telefonate nach sich gezogen. Regelmäßig zwei Mal in der Woche gibt es einen festen Rücksprachetermin zwischen Metke und Sonntag, ansonsten zwischendurch je nach Bedarf. Sonntag hat einen Stapel Vorgänge mit dabei, den Entwurf einer Pressemitteilung, zwei Interviewanfragen und einen Brief an einen Bundestagsabgeordneten. Außerdem muss noch ein Text für die nächste Ausgabe von **ergo** freigegeben werden.

Heute geht die Rücksprache relativ schnell, es stehen keine schwierigen Entscheidungen an, die Interviewanfragen sind unproblematisch.

Die Rücksprachen können durchaus aber auch länger dauern, wenn es darum geht, die Position zu aktuellen (gesundheits-)politischen Fragen abzuklären oder eine Kommunikationsstrategie in einer relevanten Frage gegenüber den Mitgliedern abzuklären. Zwischendurch kommt seine Sekretärin rein und fragt, ob sie einen Anruf durchstellen könne. KBV-Chef Dr. Andreas Köhler wolle ihn dringend sprechen wegen der nächsten EBM-Reform.

### *Beratungsoffen*

Bis zum Mittag ist Metke nicht mehr zu sprechen. Zusammen mit Geschäftsführerin Susanne Lilie, später dann noch mit dem Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung, Cornel-Andreas Güss, müssen Fragen zum neuen Honorarverteilungsmaßstab geklärt werden – neben einer Reihe von anderen Fragen, die Metke mit Susanne Lilie bespricht. Auch hier gilt im Haus das Verhältnis als vertrauensvoll und gut, man ist ein geschlossenes Team. Metke wird von den Mitarbeitern als jemand beschrieben, der durchaus beratungsoffen ist, aber auch klare Vorstellungen zu einzelnen Fragen hat.

Das Mittagessen ist spartanisch. Der Vorstandsvorsitzende geht außer Haus – in eine Bäckerei, wo er zwei belegte Brötchen isst, dort aber die Möglichkeit hat, mal kurz abzuschalten.

Als er zurückkommt, warten bereits die nächsten Besucher: zwei Mitarbeiter aus dem Haus aus dem Geschäftsbereich Verordnungsmanagement. Metke vertritt die Ärzte in einem Ausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses, wo es um Heilmittel-Fragen geht. Da ist am Freitag ein Treffen in Berlin, auf dem Positionen zur Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes besprochen werden sollen. Der Gesetzgeber hat hier festgeschrieben, dass eine verbindliche Liste von Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln erstellt werden soll, die dann nicht mehr unter die Wirtschaftlichkeitsprüfung fallen. Metke hatte bereits vor Jahren in einem Ausschuss des G-BA mitgearbeitet, in dem damals der Heilmittelkatalog erstellt wurde. Das Thema liegt ihm am Herzen. Und er habe da so eine Idee, wie die neue gesetzliche Bestimmung umgesetzt werden könnte. Er ruft dann später noch einmal Kai Sonntag dazu und bittet ihn, dazu noch ein paar Power-Point-Folien anzufertigen. Großen Wert legt er auf plakative Überschrif-



Susanne Lilie, Geschäftsführerin der KVBW, bespricht aktuelle Fragen.

ten „DKG – Mit drei Klicks zum Glück!“ (das ist seine Idee zur Umsetzung in Form einer PC-gestützten Anwendung) und: Micky Maus / Dagobert Duck. Wer sein Zimmer sieht, dem fällt sofort sein Hang zu den beiden Comic-Figuren auf, die sich durchaus auch in Power-Point-Präsentationen wiederfinden.

### *Hohe fachliche Kompetenz*

Susanne Lilie kommt noch einmal rein. Am späteren Nachmittag werden noch Mitglieder zweier Berufsverbände zur Besprechung über den neuen HVM erwartet. Und da sei im Vorfeld noch eine Frage aufgetaucht und ob er mit der vorgeschlagenen Handhabung so einverstanden sei? Metke schaut sich die Sache kurz an und nickt. Er lässt keine Gelegenheit aus, um die hohe fachliche Kompetenz der Mitarbeiter der KVBW zu loben.

Wieder zieht er sich zurück. Die Stapel auf den Schreibtischen in seinem Vorzimmer von heute Morgen sind inzwischen abgearbeitet, aber vieles landet wieder auf dem Schreibtisch des Vorstands. Da müssen die Texte noch einmal korrigiert werden, einiges muss unterschrieben werden – einiges konnten seine Vorzimmerdamen aber auch bei allen Kenntnissen in der Kunst der Entschlüsselung nicht lesen. Seine Handschrift ist durchaus gewöhnungsbedürftig – so, dass er selbst hin und wieder ratlos davorsteht.

Die Post des Tages liegt in einer Mappe auf seinem Schreibtisch, das Diktiergerät wird wieder mobilisiert. Während der Vorstand in der letzten Amtsperiode noch

eine Vorstandsassistentin hatte, hat dieser Vorstand auf diese Position verzichtet. Das hat einige Vorteile in Bezug auf Kosten und Abstimmungsprozesse, führt aber auch dazu, dass mehr Vorgänge auf den Vorstandsschreibischen landen. Zwischendurch wartet immer noch die Telefonliste, die partout nicht kleiner werden will. Das Büro eines Mitglieds des Bundestags meldet sich, ob Herr Metke kurz Zeit hätte. Das Gespräch treibt ihm die Zornesröte ins Gesicht. Die Geriatrischen Institutsambulanzen werden derzeit intensiv diskutiert und da gebe es nun einen neuen Vorschlag. Wenn beide über ein Bildtelefon miteinander diskutieren könnten, würde die Ablehnung von Metke noch eindeutiger übermittelt werden, aber auch Tonfall und Wortwahl lassen keinen Zweifel zu, wie wenig er davon hält. „Die machen alles nur noch komplizierter.“ Etwas kopfschüttelnd und leicht resigniert legt er den Hörer auf, ihm schwant, dass da etwas im Entstehen ist, was für die Ärzte nicht positiv wäre. „Schauen Sie doch mal, ob ich am Freitag früh in Berlin mit unseren Abgeordneten frühstücken kann“, fragt er seine Sekretärin.

In seiner Amtszeit hat der KVBW-Vorstand gute Beziehungen zu einigen Bundestagsabgeordneten aus dem Gesundheitsbereich aufgebaut, mit denen ein regelmä-

ßiger Austausch stattfindet. Nach einem kurzen Telefonat mit Dr. Fechner, in dem er ihn über die neueste Entwicklung informiert, hat sich die Stirn bereits wieder geglättet – insbesondere, als seine Sekretärin kurze Zeit später meldet, dass das Frühstück am Freitag zustande kommt.

### Produktivste Zeit

Inzwischen hat bereits der Abend begonnen. „Jetzt kommt meine produktivste Zeit“, sagt Metke. Denn jetzt gibt es keine Besprechungen mehr und das Telefon bleibt stumm. Das Diktiergerät und der PC kommen nun wieder zum Einsatz, der Vortrag für den morgigen Abend bei einer Kreisärzteschaft muss noch vorbereitet werden, außerdem liest er die Unterlagen für den AK KV durch und bearbeitet die Vorlagen für die nächste Vorstandssitzung. Lilie und Güss kommen nach dem Gespräch mit dem Berufsverband zum HVM noch vorbei, inzwischen ist es deutlich nach 20 Uhr, und berichten über den Verlauf. Es sei gut gelaufen, sagen beide übereinstimmend, die am Vormittag besprochene Strategie habe sich bewährt. Die Stimmung ist locker und gelöst. 21.15 Uhr ist dann Schluss – ein ganz normaler Arbeitstag.



## Baden-Württemberger wird neues Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer



**Dr. Christoph von Ascheraden** ist beim Deutschen Ärztetag in Nürnberg Ende Mai zum neuen „weiteren“ Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer gewählt worden. Von Ascheraden ist Allgemeinmediziner in Baden-Württemberg. Der 63-jährige praktiziert in St. Blasien im Südschwarzwald und engagiert sich seit langem berufspolitisch. Er ist Präsident der Bezirksärztekammer Südbaden und stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer sowie des Ausschusses „Suchtmedizin“ der Landesärztekammer. Suchtmedizin und Palliativmedizin sind auch Schwerpunkte seiner langjährigen hausärztlichen Tätigkeit. Sie liegen ihm besonders am Herzen. In seiner Antrittsrede bezeichnete er sich selbst als „Arzt mit Leib und Seele“. Seine Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis sollen auch in die zukünftige Arbeit des Vorstands der Bundesärztekammer eingehen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer besteht aus den Präsidenten der Ärztekammern in Deutschland (Baden-Württemberg vertritt Dr. Ulrich Clever, Gynäkologe aus Freiburg) sowie aus zwei so genannten weiteren Vorstandsmitgliedern. Rudolf Henke, bisher „weiteres Vorstandsmitglied“ war zum Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein gewählt worden. Daher war die Wahl eines neuen weiteren Vorstandsmitgliedes notwendig geworden.

# Der Fleckerlteppich soll grün werden

Die Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes muss noch viele Hindernisse überwinden

**Die Ärzteschaft in Baden-Württemberg bewegt sich: Der Reformzug „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ hat Fahrt aufgenommen. Wichtige Stationen auf dem Weg zu größeren Notfalldienstbereichen und zu zentralen Notfallpraxen sind angesteuert. Der Vorstand stellt in enger Abstimmung mit den Kreisbeauftragten damit die Weichen für zukunftsfähige Strukturen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst.**

## Die vier Kernelemente der Reform

- ➔ **1. Fusion der Notfalldienstbereiche:** Um die Dienstbelastung zu senken, ist eine Fusion von Notfalldienstbereichen erforderlich. In vielen Regionen sind tragfähige Konzepte, wie die neuen Gebietszuschnitte aussehen könnten, erarbeitet. In den zukünftigen Notfalldienstbereichen sollen mindestens 70 Ärzte zusammengefasst sein. Die Umsetzung wird bis Anfang 2013 abgeschlossen sein.
- ➔ **2. Zentrale Notfallpraxen:** Wo immer möglich werden die Notfallpraxen an Krankenhäuser angesiedelt. Die Mitnutzung von Räumen sowie der technischen Infrastruktur wie Röntgen, Labor oder Ultraschall bringen Synergieeffekte. An den Start gegangen sind zuletzt die Notfallpraxen in Ravensburg und Oberndorf.
- ➔ **3. Fahrdienst:** Die Ärztinnen und Ärzte haben den Wunsch, nicht mehr allein und mit dem eigenen Fahrzeug im Bereitschaftsdienst unterwegs zu sein. Der Vorstand der KVBW sucht hier nach Kooperationsmöglichkeiten mit beispielsweise dem DRK, den Maltesern oder auch Taxiunternehmen.
- ➔ **4. Notfall-Soli:** Die Honorierung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst soll mit der Einführung eines „Notfall-Soli“ – eine Mischung aus Präsenzpauschale und Umsatzgarantie – attraktiver werden. Ein Honorierungsmodell kann allerdings erst gerechnet werden, wenn die Zahl der Notfalldienstbereiche absehbar ist. Die Einführung ist für das erste Halbjahr 2013 geplant.

**Fleckerlteppich  
Notfalldienstbezirke  
in Baden-Württemberg**

## Dienstplanungs-Software

Die KVBW wird für die Planung und Erstellung von Dienstplänen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst künftig den Notfalldienstbeauftragten eine Software zur Verfügung stellen. Von der Dienstplanung über die Tauschbörse bis zur Weiterleitung von Rufnummern an Callcenter/Leitstellen organisiert dieses Tool den gesamten Ablauf des Bereitschaftsdienstes. Dieses Programm wird vollständig als Webanwendung zur Verfügung stehen und benötigt keine Installation beim Anwender. Ein unerlässlicher Schritt, denn mit Einführung der bundesweiten Rufnummer 116 117 müssen Dienstpläne automatisiert und aktuell hinterlegt werden können.

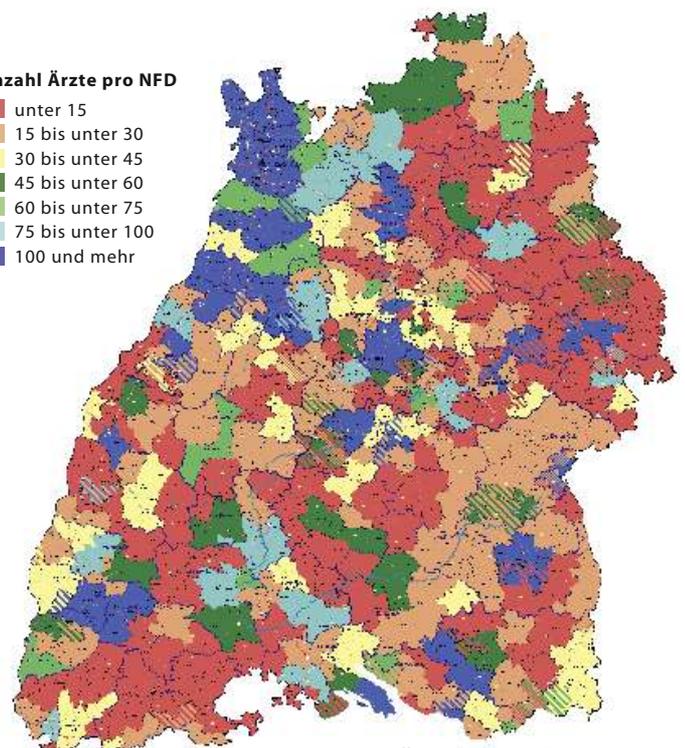
## Zeitschiene

Die Pläne sind ehrgeizig. Das Grundgerüst der neuen Bezirke und Standorte der Notfallpraxen soll bis Mitte des Jahres 2012 stehen, die Gebietsreform in der zweiten Jahreshälfte umgesetzt und die Notfallpraxen sukzessive eröffnet werden. Dr. Johannes Fechner ist optimistisch: „Ich bin mir bewusst, dass diese Reform enorm viele Hindernisse zu überwinden hat, aber wir werden diese Herausforderung meistern.“

ergo

### Anzahl Ärzte pro NFD

unter 15
15 bis unter 30
30 bis unter 45
45 bis unter 60
60 bis unter 75
75 bis unter 100
100 und mehr



Kartengrundlage: © Lutum+Tappert



## Notdienstportal der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg

Aktuelle Informationen über die Verfügbarkeit von Medikamenten in den Notdienst-Apotheken

**Das Notdienstportal der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg (LAK) bietet Ärzten, Patienten und der Presse auf komfortable Weise tagesaktuelle Informationen über Apotheken-Notdienste und ermöglicht die flexible Gestaltung von Kundenservice auch in der Arztpraxis**

Die über 110 Apotheken-Notdienstkreise werden größtenteils von den Apothekerinnen und Apothekern vor Ort abgestimmt und dann schriftlich an die LAK zur Genehmigung weitergeleitet. Alle Apothekennotdienstpläne in Baden-Württemberg werden zentral erfasst und unter [www.lak-bw.notdienst-portal.de](http://www.lak-bw.notdienst-portal.de) im Notdienstportal der LAK der Öffentlichkeit und den Ärzten zur Verfügung gestellt.

Jede nicht notdienstbereite Apotheke verweist durch Aushang auf eine oder mehrere zum Notdienst eingeteilte Apotheken in der Umgebung.

Im Notdienstportal der Landesapothekerkammer wird nach Eingabe von Ort oder Postleitzahl und dem gewünschten Datum eine Liste der notdiensthabenden Apotheken samt Anschrift, Telefonnummer und Link zu einem Landkartenausschnitt erstellt. Je nach Bedarf kann auch der Notdienstplan für eine Woche, einen Monat oder ein Quartal ausgedruckt werden. Auch die Kombination mehrerer Notdienstkreise in einem Plan ist möglich.

Ein aktueller Ausdruck in einer Notdienst-Praxis gibt dem Arzt die Möglichkeit, in kürzester Zeit zu klären, ob ein bestimmtes Medikament in der Notdienstapotheke zur Verfügung steht und der Patient erfährt sofort, welche Apotheken in der Region zum Notdienst eingeteilt sind.

So lassen sich tagesaktuelle Informationsblätter über die Notdienste der Apotheken erstellen:

- [www.lak-bw.notdienst-portal.de](http://www.lak-bw.notdienst-portal.de) (oder über einen Link auf [www.lak-bw.de](http://www.lak-bw.de))
- Turnuskalender
- Turnus auswählen, gegebenenfalls mehrere kombinieren
- Zeitraum festlegen
- Ausdrucken

Über die Rufnummern 0800 00 22 8 33 (kostenfrei vom Festnetz) und 22 8 33 über alle deutschen Mobilfunknetze (maximal 69 Cent / Min.) sind telefonische Abfragen möglich. Hier kann sogar nach einer „Tagsüber-Apotheke“ in der Nähe oder einer zum Notdienst eingeteilten Apotheke in einem beliebigen Postleitzahlenbereich gefragt werden.

**ergo**

Fragen und Anregungen richten Sie bitte direkt an die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg unter: [info@lak-bw.de](mailto:info@lak-bw.de)

## Die Rolle der Ärzte im NS-Regime wird wieder auf die Tagesordnung gestellt

Tätigkeitsschwerpunkt des neuen LÄK-Präsidenten

**Vortragsveranstaltungen mit historischen Themen sind zumeist spärlich besucht. Umso überraschter waren die Organisatoren im Haus der Geschichte in Stuttgart, als die Veranstaltung „Ärzte im Nationalsozialismus“ im März 2012 mit über 200 Teilnehmern den sonst üblichen Rahmen deutlich sprengte. Ärzte, Journalisten und Bürger verfolgten mit großem Interesse die Vorträge und die anschließende Podiumsdiskussion, die zwei wesentliche Aspekte des Themas aufgriffen: Ärzte als Opfer des Regimes am Beispiel verfolgter jüdischer Ärzte in Stuttgart und Ärzte als Täter in der NS-Euthanasieeinrichtung Grafeneck.**

Die Veranstaltung war zustande gekommen durch die gemeinsame Initiative dreier Organisationen: Das Haus der Geschichte, der Verein „Gegen Vergessen – für Demokratie e.V.“ und die Landesärztekammer Baden-Württemberg hatten gemeinsam eingeladen. Und so sprach Dr. Ulrich Clever erstmals in seiner Funktion als im vergangenen Jahr neu gewählter Präsident der Kammer in seinem Grußwort öffentlich über ein Thema, das er ganz oben auf die Agenda seiner Amtszeit gesetzt hat.



Neuer LÄK-Präsident : Dr. Ulrich Clever.

Denn für Dr. Clever ist die Beschäftigung mit der Geschichte des Nationalsozialismus ein ganz persönliches Anliegen. Schon als Jugendlicher besuchte er mit der Freiwilligendienst-Organisation „Aktion Sühnezeichen“ die Orte der nationalsozialistischen Verbrechen. Er war in Auschwitz und hat in Stutthof bei Danzig gemeinsam mit anderen Jugendlichen geholfen, die Ruinen des Konzentrationslagers zur Gedenkstätte umzubauen. Eindrückliche Erlebnisse für Dr. Clever: „Wenn man in Auschwitz war, vergisst man nicht.“

Den nächsten Impuls zum Thema „geschönte Vergangenheitsbewältigung“ setzte für Dr. Clever – wie für viele Ärzte seiner Generation – der Gesundheitstag 1980 in Berlin, der von 15.000 Menschen besucht wurde. Unter dem Titel „Tabuisierte Vergangenheit – ungebrochene Tradition“ diskutierten Ärzte, Medizinstudenten, Historiker und Journalisten in einer Parallelveranstaltung zum offiziellen Ärztetag die Rolle der Ärzte und ihrer Standesorganisation im NS-Regime. Vor allem die Absicht, die oftmals ungebrochenen Kontinuitäten von Karrieren und Funktionen offenzulegen, war das zentrale Anliegen der Veranstaltung. Die Folge war ein Paradigmenwechsel in der historischen Bewertung: Die bis dahin gängige Einzeltäter-These, es seien nur einzelne fanatische Ärzte gewesen, die sich schuldig gemacht hätten, wurde in den Bereich der historischen Fabel verwiesen. NS-Verbrechen – in diesem Fall die der Ärzte – wurden zum Problem der gesamten Gesellschaft, dessen Auswirkungen auch auf die gegenwärtige Medizin untersucht und diskutiert werden musste.

Danach konzentrierte sich Dr. Clever zunächst auf seine medizinische Laufbahn. Erst in den 1990er Jahre kam er auf das Thema Nationalsozialismus zurück. Damals gab die südbadische Ärztekammer, in deren Vertreterversammlung Dr. Clever inzwischen saß, eine Dissertation in Auftrag zum Thema: „Gleichschaltung der Ärzteschaft im Badischen“. Die Ergebnisse wurden mehrfach auf der Ver-

treterversammlung der Kammer vorgestellt. Dr. Clever dazu: „Ich hatte großen Respekt davor. Denn das war noch eine Zeit, in der es nach wie vor großen Widerstand in der Funktionärsgruppe gab.“ Dr. Clever weiß: „In unserer Elterngeneration wurde zum Teil vehement verleugnet, dass hier etwas aufzuarbeiten und zu tun sei. Man wollte – vielleicht verständlich - nun mal schlicht in Ruhe gelassen werden.“

Das ist so gar nicht die Einstellung von Dr. Clever. Gerade jetzt in seiner neuen Funktion als Kammerpräsident strebt er eine öffentliche Beschäftigung mit dem Thema an. Er hält es für notwendig, die damalige schuldige Verstrickung der Ärzteschaft zu benennen und keinesfalls zu verneinen. Und er sieht sich und die LÄK in der Verantwortung, dazu beizutragen. Zwar gab und gibt es Initiativen und Projekte verschiedener Ärztegruppen und der Bezirksärztekammern, die bereits viel zur historischen Aufarbeitung beigetragen haben. Doch für die Landesärztekammer ist es das erste Mal, dass sie sich als Institution dem Thema widmet.

Was treibt Dr. Clever an? Sicher ist es einerseits sein als persönliche Verantwortung empfundenes historisches Verständnis, dem Vergessen zu begegnen. Andererseits ist für ihn die historische Dimension wichtig für das heutige Handeln: „Wir leben jetzt, also stehen wir jetzt in der Verantwortung. Wir müssen jetzt etwas dazu sagen, was wir heute denken.“ Gerade deswegen möchte er Themen

wie die Präimplantationsdiagnostik, die Sterbehilfe oder auch die Patientenautonomie immer auch vor dem Hintergrund der historischen Ereignisse betrachtet wissen. Nur so könnten die Deutschen ihrer besonderen Verantwortung gerecht werden. Und dass das gelingt, davon ist Dr. Clever überzeugt: „Wir stehen in Sachen Patientenrechte und Patientenautonomie in Deutschland an vorderster Front. Auch unser Umgang mit behinderten Menschen und ihrer Integration ist im internationalen Vergleich vorbildlich, wiewohl nicht ausreichend.“

Eine besondere Verantwortung der Ärzte in diesen Fragen möchte Dr. Clever seinen Kollegen nur bedingt zusprechen: „Wir sind thematisch näher dran. Und darum finde ich es gut, wenn sich Ärztetage mit der Sterbehilfe so feinfühlig beschäftigen wie im letzten Jahr.“ Trotzdem bleiben aus seiner Sicht diese Themen eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Und so möchte er auch sein Engagement verstanden wissen. Konkret plant er für die LÄK weitere Veranstaltungen zum Themenkomplex – möglicherweise auch mit und innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung.

Den Widerständen, denen er dabei möglicherweise begegnet, sieht er gelassen entgegen. Er lässt sich eher von der Frage antreiben, die ihm ein Journalist während der Veranstaltung im Haus der Geschichte stellte: „Warum beschäftigt sich die Landesärztekammer erst jetzt damit?“ – „Weil wir jetzt in der Verantwortung stehen!“



## Nürnberger Erklärung: Deutscher Ärztetag bittet Opfer der NS-Medizin um Verzeihung

Nürnberg ist ein geschichtsträchtiger Ort. Vor 65 Jahren fanden hier die Nürnberger Prozesse gegen die NS-Verbrecher statt, bei denen auch 20 Ärzte wegen medizinischer Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt waren.

Der 115. Deutsche Ärztetag, der in diesem Jahr in Nürnberg stattfand, hat dies zum Anlass genommen, eine Erklärung abzugeben, in dem er die Opfer der NS-Medizin um Verzeihung bittet: „Wir bekunden unser tiefstes Bedauern darüber, dass Ärzte sich entgegen ihrem Heilauftrag durch vielfache Menschenrechtsverletzungen schuldig gemacht haben, gedenken der noch lebenden und der bereits verstorbenen Opfer sowie ihrer Nachkommen und bitten um Verzeihung.“

Die Delegierten benennen ausdrücklich die Schuld der verfassten Ärzteschaft und distanzieren sich von der These, dass die Verbrechen nur die Taten einzelner Ärzte waren. „Im Gegensatz zu den noch immer weit verbreiteten Annahmen ging die Initiative gerade für diese gravierendsten Menschenrechtsverletzungen nicht von politischen Instanzen, sondern von den Ärzten selbst aus“, heißt es weiter.

Mit der Nürnberger Erklärung übernimmt die Ärzteschaft nun historische Verantwortung: „Wir erkennen die wesentliche Mitverantwortung von Ärzten an den Unrechts-taten der NS-Medizin an und betrachten das Geschehene als Mahnung für die Gegenwart und die Zukunft.“ Zukünftig wird der Deutsche Ärztetag sich dafür einsetzen, weitere historische Forschung zu fördern – finanziell und institutionell.

Die gesamte Nürnberger Erklärung findet sich auf [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)



## Notfall-Lexikon als App für Smartphones und Tablets verfügbar

Schnelle Informationen auch für Krisensituationen im Notfalldienst

**Fast jeder kennt die kleinen Programme, die man sich auf das iPhone oder Smartphone runterladen kann und die das Leben in fast allen Bereichen irgendwie erleichtern: die Apps. Der Neckargemünder Internist Dr. Sönke Müller hat zusammen mit seinem Sohn Torben, der zur Zeit seine Facharztweiterbildung zum Anästhesisten absolviert, aktuell eine App speziell für Ärzte entwickelt. Sie soll in Notfallsituationen auf einen Blick die richtige Behandlungsweise gewährleisten.**

Am Anfang stand das Kitteltaschenhandbuch. Dr. Sönke Müller, ein erfahrener Arzt im Notfalldienst, ist seit 20 Jahren sowohl im ärztlichen Notfalldienst als auch im Rettungsdienst tätig. In dieser Zeit sah er sich immer wieder mit Situationen und mit Krankheitsbildern konfrontiert, die nicht alltäglich in der Praxis sind. Ein Grund für ihn, bereits vor Jahren handliche Literatur in Form von Kitteltaschenbüchern für den Arzt im Notfall zu entwickeln. Die logische Folgerung dieser Kitteltaschenbücher ist für Müller heutzutage das Medium iPhone beziehungsweise Smartphone, da es noch einfacher und schneller zu bedienen und selbst in der Dunkelheit gut zu lesen ist. Geballtes Wissen kann der Arzt so in kleinster Form ständig mit sich führen.

Um eine Notfalldienst-App zu entwickeln, überlegten sich die Müllers, welche Notfallbilder häufig vorkommen, recherchierten in der Literatur und fassten alles appgerecht zusammen: kurz, knapp, stichwortartig und schnell nachverfolgbar. Von A bis Z sind in der App etwa 200 Notfälle aufgelistet und mit den notwendigen Maßnahmen verlinkt. Auf einen Blick kann der Arzt auch sehen, welche Medikation in welcher Dosierung notwendig ist. Wichtig ist das besonders bei der Behandlung von seltenen oder auch zunächst unspezifischen Krankheitsbildern. Hier kann sich der Arzt von den Symptomen zu therapeutischen Maßnahmen weiterleiten lassen. Die App beschreibt einerseits ganz einfache Maßnahmen wie richtiges Lagern, andererseits aber auch ganz konkrete Dosierungen von vielleicht auch besonderen Medikamenten.

Informationen, die in der Praxis selbst für sehr erfahrene Ärzte sinnvoll sein können, so Sönke Müller: „Grundsätz-

lich wird der Arzt diese Informationen zwar im Kopf haben, doch die App sollte gewissermaßen als Sicherheitsgurt wirken, denn es gibt gerade auch in der Notfallmedizin immer wieder Situationen, mit denen man in seiner Berufsgruppe fachspezifisch wenig zu tun hat. Ich selbst schaue, zum Beispiel bei Muskelrelaxantien, mit denen ich nicht täglich zu tun habe, zur Sicherheit mit Hilfe der App nach, wie die Dosierung ist. Das gilt auch für seltene Krankheitsbilder, insbesondere Intoxikationen, auf die man nicht täglich trifft.“ Ganz konkret sei dies neu- lich bei einer Kokainvergiftung der Fall gewesen.

Ein Dreivierteljahr lang haben Sönke und Torben Müller an ihrer App getüftelt und zusammen mit einem Softwarespezialisten eine praxistaugliche Version erstellt. Zu kaufen ist die Notfall-Medizin App über den App Store für die iPhones/ ipads und über den Google Play Store für die übrigen Smartphones für 9,99 Euro. Dies sei für Apps zwar ein vergleichsweise hoher Preis, so die Entwickler, aber Qualität sei schließlich nicht umsonst zu haben. Kaum auf dem Markt, stürmte die App die Download-Charts, war wochenlang auf Platz eins und zwei. Für Sönke Müller der Beweis, dass er eine Marktlücke gefüllt hat. Gekauft wird die App nicht nur von Deutschen, sondern auch von Österreichern und Schweizern, denn in Österreich wird wie in Deutschland nach den ERC Guidelines gearbeitet. Die Schweiz arbeitet zwar (noch) nach den Standards der American Health Association, die den europäischen aber sehr ähnlich sind, so Müller.

Müller und Sohn arbeiten mittlerweile schon an der nächsten App – für Kindernotfälle. Auf die Frage, ob die Zeit im Notfalldienst nicht manchmal etwas knapp ist, um mit der App zu recherchieren, zeigt sich Müller überzeugt: „Im ärztlichen Bereitschaftsdienst hat man normalerweise sowieso die Zeit, nachzuschauen, weil der Patient in aller Regel ja nicht mit lebensbedrohlichen Erkrankungen kommt. Doch auch im Rettungsdienst gilt: Im Zweifelsfall ist es besser, zehn oder 20 Sekunden zu verwenden, um etwas nachzuschauen und dann alles richtig zu machen, als sofort gehandelt und unter Umständen etwas falsch gemacht zu haben.“

## Service für Sie: Das neue KVBW- Mitgliederportal

Zusätzliche Sicherheit mit  
KV-SafeNet\* oder KV-Ident-Karte



Am 7. Mai ist die neue Version des geschützten Mitgliederportals der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg erfolgreich gestartet. Damit können Ärzte und Psychotherapeuten auf zeitgemäße Sicherheitsstandards vertrauen, wenn sie online Daten mit der KV austauschen. Mehr als 10.000 KVBW-Mitglieder tun dies schon heute. Ab sofort lassen sich auch die Dokumentationen für Dialyse und Koloskopie per Knopfdruck übertragen und weiterhin natürlich die Honorarabrechnung und die Dokumentation für das Hautkrebscreening. In Kürze kommt noch die DMP-Dokumentation hinzu. Neu ist auch die Möglichkeit, sich ein elektronisches Postfach einzurichten. Bewährte Web-Dienste wie das Dokumentenarchiv, das die Honorarunterlagen deutlich vor dem Postversand online verfügbar macht, gibt es weiterhin.

Um zum Ende des zweiten Quartals 2012 die Abrechnung online über das Mitgliederportal einreichen zu können, ist zusätzlich zum bereits bekannten Benutzernamen und Kennwort eine zweite Authentifizierung erforderlich. Für alle, die keinen KV-SafeNet\*-Router einsetzen, ist der Zugriff auf das Mitgliederportal erst dann wieder möglich, wenn sie ihre persönliche KV-Ident-Karte beantragt und erhalten haben.

KV-Ident ist der schlanke und preiswerte Zugriffsweg. Diese Lösung benötigt keine neue Hardware und Software, also auch kein Kartenlesegerät. Ausreichend ist die individuelle KV-Ident-Karte aus Plastik, die mit einer kleinen Tabelle aus Zahlen und Buchstaben bedruckt ist. Bei jeder Anmeldung am Mitgliederportal wird nach einer neuen zufällig erzeugten Zahlen-Buchstaben-Kombination gefragt (vergleichbar mit der TAN beim Homebanking), die einfach aus dem Koordinatensystem der persönlichen KV-Ident-Karte abgelesen und eingetippt wird.

### Was ist zu tun, um eine KV-Ident-Karte zu erhalten?

Der elektronische Teilnahmeantrag findet sich unter: [www.portal.kvbawue.de](http://www.portal.kvbawue.de). Über die Eingabe der Benutzerkennung für das KVBW-Mitgliederportal gelangt man dort zur personalisierten Anmeldemaske für KV-Ident. Einfach den Teilnahmeantrag ausfüllen und an uns senden. Die KV-Ident-Karte kostet einmalig 40 Euro für vier Jahre und wird etwa drei Wochen nach Rücksendung des vollständig ausgefüllten Antragsformulars per Einschreiben an die Praxisadresse zugestellt.



**Einfach und kostengünstig:**  
Die KV-Ident-Karte ist eine Plastikkarte im Scheckkartenformat, auf die ein mit Buchstaben und Zahlen befülltes Koordinatensystem aufgedruckt ist.

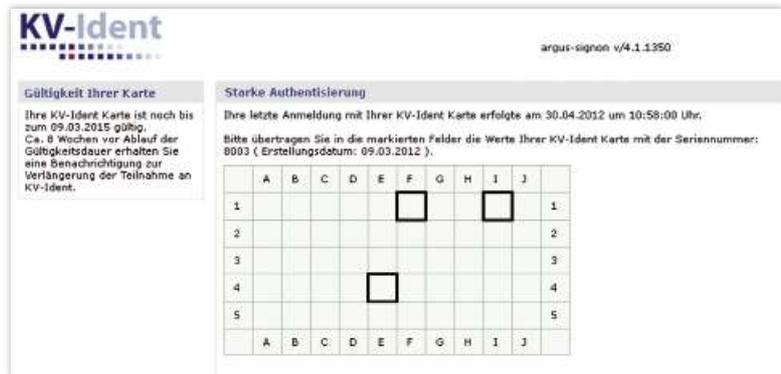
### Was ist zu tun, um einen KV-SafeNet\*-Zugang zu erhalten?

Die Blackbox (Router), die die Verbindung zum sicheren Netz der KVen aufbaut, bekommen KV-SafeNet\*-Kunden nicht bei ihrer KV, sondern bei zertifizierten Drittanbietern. Eine Aufstellung von Providern und deren Kosten bietet die Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: [www.kbv.de/23800.html#Provider](http://www.kbv.de/23800.html#Provider)

Wer zum Ende der Abrechnungsfrist (9. Juli 2012) noch nicht über einen KV-SafeNet\*-Zugang oder eine KV-Ident-Karte verfügt, für den bleibt die Abrechnung per Datenträger (CD oder Diskette) möglich.

**KV-Ident-Maske:**

Sicherheitsabfrage: Wer sich mit KV-Ident-Karte anmeldet, identifiziert sich ein zweites Mal, indem er einen per Zufallsgenerator ermittelten Code (im Beispiel die Zeichen in den Feldern E4, F1, I1) seiner persönlichen KV-Ident-Karte eingibt.



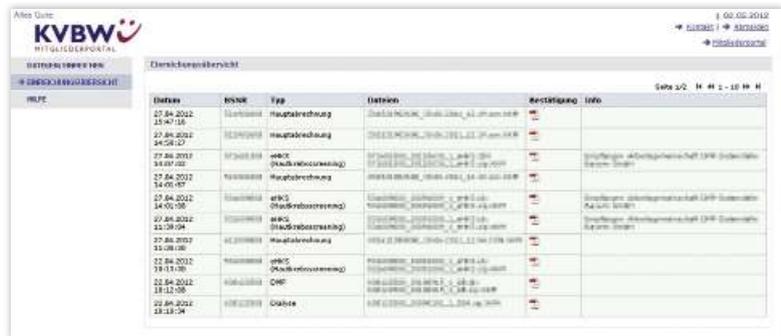
**Dateieinreichung:**

Hauptanwendung ist die sichere Datenübertragung an die KV: Neben der Abrechnung können auch Dokumentationen für Dialyse, Hautkrebscreening und Koloskopie über das Portal abgegeben werden.



**Einreichungsübersicht:**

Hat die Übertragung funktioniert? Die neue Einreichungsübersicht verschafft Überblick über alle erfolgreich versendeten Dateien.



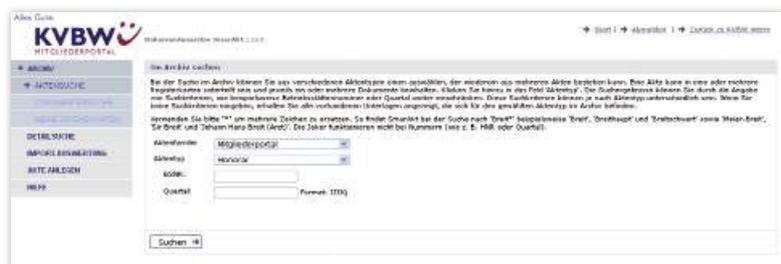
**Postfach:**

Blick ins elektronische Postfach: Mitteilungen der KV lassen sich hier sicher, bequem und papierlos empfangen. Auf Wunsch informieren wir per E-Mail, wenn das KVBW-Postfach neue Nachrichten erhält.



**Dokumentenarchiv:**

Persönliche Abrechnungs- und Honorarunterlagen des aktuellen Quartals und der zurückliegenden Quartale sind im Dokumentenarchiv zu finden.



**Fragen zu Zugangsdaten oder zum neuen Portal?**

**Benutzerbetreuung Mitgliederportal**  
 Telefon → 0711/7875-3777  
 E-Mail → mitgliederportal@kvbwawue.de

Ein Video auf der KVBW-Homepage gibt einen ersten Einblick ins neue Mitgliederportal. Dort sind außerdem detaillierte Informationen zu den beiden Zugangsmöglichkeiten KV-SafeNet\* und KV-Ident zu finden, unter anderem eine nützliche FAQ-Liste, die dabei hilft, sich für den passenden Anbindungsweg zu entscheiden:

**www.kvbwawue.de → Praxisalltag → Mitgliederportal**



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



## „Dr. Watson“ zu Besuch beim eHealth-Forum in Freiburg

Besucher begeistert von Innovationen der Telemedizin

**KVBW, Siemens, IBM, AOK, Fachhochschule Furtwangen, Hochschule Lörrach, Universitätsklinik Freiburg – was haben diese Unternehmen gemeinsam? Alle waren sie beim eHealth-Forum Freiburg vertreten. Rund 220 Besucher nutzten die Möglichkeit, sich im Haus der Ärzte in Freiburg über moderne Lösungen zur Verbesserung von Qualität und Effizienz in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu informieren. Die Referenten aus Deutschland sowie aus der Schweiz und Frankreich stellten innovative Projekte aus der Telemedizin vor. „Das hohe Interesse von Seiten der Ärzteschaft, der Industrie und unterschiedlichster Netzwerke zeigt, dass die Idee, eine Kommunikationsplattform zum Thema eHealth zu etablieren, richtig ist“, so Stefan Leutzbach, Mitglied des Bezirksbeirats Freiburg der KVBW, der das zweite eHealth Forum Freiburg federführend mitorganisiert hat.**

Immer wieder interessant ist der Blick hinüber zu unseren Nachbarn. In Frankreich ist sie schon im Einsatz – die elektronische Patientenakte. Die französische Regierung hat die Einführung einer elektronischen Patientenakte beschlossen. Sie enthält medizinische Informationen eines Patienten, die zur Koordinierung seiner Behandlungen notwendig sind. Zugriff auf diese Daten haben ausschließlich der Patient und die behandelnden Ärzte – wobei der Patient die Zugriffsrechte vergibt. In der Modellregion Elsass gibt es bereits 20.000 Patientenakten und 300 freiberufliche Ärzte, die am Datenaustausch teilnehmen. Damit dieses System funktioniert, sind drei Voraussetzungen zu erfüllen: Die Verwendung des elektronischen Heilberufsausweises, die „INS - französische Patientenkeznziffer im Gesundheitswesen“ und eine spezielle Zulassung für Hosting-Firmen von Gesundheitsdaten mit persönlichem Charakter. Die Regierung verspricht sich durch das Teilen von medizinischen Informationen eine Steigerung der Effizienz in der Patientenversorgung.

### *Betreutes Wohnen*

Angesichts des demographischen Wandels und des immer gravierender werdenden Fachkräftemangels steht die pflegerische Versorgung vor enormen Herausforderungen. Über technische Unterstützungssysteme, in der Fachwelt unter dem Begriff „Ambient Assisted Living (AAL)“ zusammengefasst, berichtete Professor Dr. Christophe Kunze von der Fachhochschule Furtwangen. Das Spektrum reicht hierbei von direkter Unterstützung der Selbstständigkeit für Pflegebedürftige über Organisationshilfen für Pfleger (beispielsweise im Bereich der Pflegedokumentation) bis hin zu IT-Systemen für integrierte pflegerische Versorgungsformen und häusliche Alarmsysteme. Kunze legte Wert auf die Feststellung: Eines soll die Technik jedoch nicht ersetzen, die menschliche Zuwendung.

### *Apps für Mediziner*

Der Markt für Apps boomt. Die kleinen Programme für Smartphones sind in aller Munde – nicht nur für Spiele oder Navigationsdienste, sondern auch in der Medizin. Die Anwendungen ermöglichen den Patienten, ihre Gesundheit zu verbessern, indem wichtige Echtzeit-Informationen über ihre Vitalfunktionen gesammelt und an Ärzte geliefert werden. „Gesundheits-Apps eignen sich hervorragend zur Übertragung individueller Messwerte und vor allem chronisch Kranke können künftig von diesem neuen Medium profitieren“, so Dr. Michael Lauk von der Firma healthapps. Er demonstrierte am Beispiel des Krankheitsbildes „Tremor“ wie eine App zur regelmäßigen Messung bei Tremor-Patienten eingesetzt werden kann. Das Smartphone ist in der Lage, das Handzittern zu messen und die Werte an den behandelnden Arzt zu übermitteln. Der Arzt kann über eine Internetseite Meldungen an seinen Patienten oder Patientengruppen senden. Dieses Beispiel zeigt, welches Potenzial in der Überwachung von Messwerten via Smartphone steckt.

### Supercomputer Dr. Watson

Ein Highlight im Programm war die Präsentation des Supercomputers „Dr. Watson“ durch IBM-Vertreterin Manuela Müller-Gerndt. „Dr. Watson“, der 2011 in der US-amerikanischen Quizshow „Jeopardy“ gegen zwei Großmeister des Spiels haushoch gewonnen hat, soll künftig auch im Gesundheitswesen eingesetzt werden. Der Rechner ist in der Lage, gewaltige medizinische Datenmassen sinnvoll zu verarbeiten und erstellt in Echtzeit Diagnosen und Behandlungspläne. Damit könnten Krankenhäuser und Ärzte schnelleren Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen erhalten. „Wissen, diagnostische Möglichkeiten und Therapieverfahren in der Medizin entwickeln sich so rasant, dass ein einzelner Arzt kaum noch in der Lage sein wird, jederzeit umfassend auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu sein. ‚Watson‘ wird nicht den Arzt ersetzen, aber eine computergestützte Zweitmeinung ermöglichen. Allerdings wird hier auch die Frage nach dem Stellenwert des Arztes und wie wir mit persönlichen Gesundheitsdaten umgehen, eine große Rolle spielen“, kommentierte Bezirksbeirat Stefan Leutzbach.

### Fazit

Nicht nur die Referenten und Veranstalter waren mit der Veranstaltung zufrieden, auch die Teilnehmer waren begeistert: „Die Veranstaltung war hervorragend organisiert und mit ausgezeichneten Referenten besetzt. Die Ausstellung war sehr informativ und in der Mittagspause ergaben sich sehr interessante Gespräche. Die Veranstaltung war äußerst gelungen!“, so das Feedback von Dr. med. Ulrike Pankow, Fachärztin für Allgemeinmedizin in Freiburg.



eHealth-Forum bietet Ärzten Dialog und Austausch über Informationstechnologie im Gesundheitswesen.



Bezirksbeirat Dr. Stefan Leutzbach: „Dr. Watson hilft bei der medizinischen Diagnostik, kann den Arzt aber nicht ersetzen.“

### Stimmen zum eHealth-Forum

#### Stefan Leutzbach, Bezirksbeirat Freiburg

„Als programmverantwortlicher Arzt habe ich mich über die sehr gute Teilnehmerzahl und das breite Themenspektrum sehr gefreut. Gerade auch das hohe Interesse von Seiten der Industrie und unterschiedlicher Netzwerke zeigt, dass die Idee, eine Kommunikationsplattform zum Thema eHealth zu etablieren, richtig ist. Mein herzlicher Dank gilt dem Programmbeirat sowie den Mitarbeitern des Medienforum Freiburg und der KV-Bezirksdirektion Freiburg, die mit viel Einsatz den reibungslosen, professionellen Ablauf der Veranstaltung ermöglicht haben. Ich freue mich auf ein 3. eHealth-Forum Freiburg 2013.“

#### Hans-Günter Hohmann, bwcon e.V.:

„In Freiburg ist es gelungen, die Möglichkeiten und Chancen der Informationstechnologie im Gesundheitswesen im direkten Dialog mit der Ärzteschaft darzustellen. Informative Vorträge und rege Diskussionen zeigten das Potenzial, das moderne Lösungen zur Verbesserung von Qualität und Effizienz in der medizinischen und pflegerischen Versorgung haben. Das eHealth-Forum Freiburg ist eine Veranstaltung, die man besuchen muss, um sich über die neuesten Trends zu informieren. Ich freue mich schon auf die Fortsetzung ...“

#### Günter Gartner, Bundesverband KH-IT e.V.:

„Die Vorträge waren tagesaktuell und gut positioniert. Die Zusammenstellung der Agenda und das Format des eHealth-Forems haben mir sehr gut gefallen. An dieser Stelle auch großes Lob an den Programmbeirat, der eine glückliche Hand hatte. Ich denke, die gute Mischung von praxisnahem Erfahrungsaustausch, eHealth-Weiterentwicklungen in Forschung und Lehre und nicht zuletzt die Herausforderungen des demografischen Wandels haben dem Forum die richtige Position und den Erfolg gegeben. Die Referenten wurden sehr gut ausgewählt. Das eHealth-Forum ist aus den Kinderschuhen heraus und läuft schon stramm! Im Moment wüsste ich nicht, was Sie hätten besser machen können. Der Tag verging wie im Flug und ich habe so viel Neues und Interessantes mit nach Hause genommen. Danke dafür.“

## Lebhafter Auftakt zu „Vorstand on Tour“ in Reutlingen

Breiter Themenbogen vom HVM bis zur Notfalldienst-Reform

**Das Tourmotto „Raus aus dem Hamsterrad“, eng verknüpft mit dem neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM), war erst wenige Tage zuvor durch die mehrheitliche Verabschiedung des HVM auf eine solide Basis gestellt worden, bildete aber den Mittelpunkt zum Auftakt von „Vorstand on Tour 2012“. Der Saal in der BD Reutlingen war gut gefüllt. Die Mitglieder, darunter auch die regionalen Vertreter Dr. Michael Haen, Dr. Manfred Eissler, Dipl. Psychologe Jürgen Doeberl sowie Dr. Susanne Blessing, die der Einladung gefolgt waren, verband wohl die latente Hoffnung, wenn auch nicht gleich mit Patentrezept, so doch in homöopathischen Dosen „dem Hamsterrad“ oder dem täglichen Leistungsstress in Arztpraxen zu entkommen.**

Schon bei der Begrüßung durch den Sprecher des Bezirksbeirates Reutlingen, Mitglied der Vertreterversammlung und Moderator Dr. Michael Barczok, wurde deutlich, dass das Verhältnis von Vorstand, Ärztevertretern und Basis geprägt ist von positiver Grundstimmung und einem tragfähigen Konsens. Wer hätte es bis vor kurzem gewagt, vor Versammlungen von „unserer“ KV zu reden? Barczok selbst stand noch ganz unter dem Eindruck der ersten XXL-Vertreterversammlung in seiner Laufbahn als Delegierter, in der die Delegierten einen ganzen Tag lang den neuen HVM diskutiert hatten. Wieder einmal habe es der Vorstand meisterhaft verstanden, trotz eigener Linie alle Beteiligten mitzunehmen.

Die Antwort auf das Erfolgsrezept gab Vorstandsvorsitzender Metke selbst während eines bunten Spazierganges durch das erste Amtsjahr. Dabei musste er die Gegenüberstellung von Plan und Wirklichkeit nicht scheuen. Es sei geglückt, die KVBW durch einen kleinen Vorstand und eine Geschäftsführungsebene zu stabilisieren. Die KVBW präsentiere sich heute geschlossen und entscheidungsstark. Für Ärzte in Not leistete Doeline seit dem Start im

Juli 2011 in rund hundert Fällen schnelle Hilfe. Durch Umsetzung des sogenannten Baumgärtner-Urteils konnten über 40.000 bisher ruhende Widersprüche abgearbeitet werden. Die ureigenste Aufgabe der KVBW, der Sicherstellungsauftrag, kann durch die Neuordnung des Notfalldienstes und neuer Versorgungsmodelle, wie der Regio-PraxisBW, gewahrt werden. Mit Bad Schussenried und Baiersbronn werden derzeit Verhandlungen geführt als mögliche Standorte.

### *Honorarsteigerung*

Metke berichtete von den Maßnahmen zur Stabilisierung des Honorars der Ärzte. 2011 lag der Honorarzuwachs in Baden-Württemberg deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Hinzu kamen extrabudgetär vergütete Leistungen wie Ambulantes Operieren und eine Reihe von Leistungen, die mit den Krankenkassen vereinbart wurden. Dazu gehören Add-On-Verträge, wie beispielsweise der Pflegeheimvertrag oder der kürzlich geschlossene Patientenbegleitungsvertrag oder auch die Stützung des Notfalldienstes. Heute existieren Kollektiv- und Selektivverträge geordnet miteinander, ohne dass eine Vertragsform auf Kosten der anderen gehe.

### *Neuer HVM*

Der ab 1. Juli gültige Honorarverteilungsmaßstab ist das Regelwerk für die wieder erstarkte regionale Zuständigkeit in der Honorarverteilung. Er regelt die Verteilung zwischen den Fachgruppen unter Berücksichtigung der bundesweiten Vorgaben – hierzu gehören getrennte Töpfe für Fach- und Hausärzte. Der HVM ist gemeinsam entstanden mit den Berufsverbänden und der Vertreterversammlung. Mehrheitlich wurde beschlossen, die vertrauten Module RLV und QZV fortzuführen.

„Die KVBW sah den größten Handlungsbedarf in der Umverteilungsmaschinerie, die durch Einzelleistungen, Praxis Kooperationen und Praxisbesonderheiten losgetreten worden war und teilweise groteske Formen angenommen hat“, sagte Metke. Der KV-Vorsitzende weckte Verständnis für die Eindämmung des BAG-Zuschlages und beschrieb die neue Fallzahlbegrenzungsregelung als Instrument der Planungs- und Kalkulationssicherheit. Metke abschließend: „Sterne können wir leider nicht vom Himmel holen. Aber wir hoffen, dass es uns gelingt, die Wettkampfschere durch Leistungsdeckelung zu durchbrechen.“

### Regresse

Ein Dauerthema sind die Regresse im Verordnungsbereich. Unter stärkerer Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei Verordnungen von Arzneimitteln und Heilmitteln wurde die Anzahl der Regresse um ein Prozent gesenkt. Zukünftig setzt Metke große Hoffnungen auf ein bonus-gestütztes Programm zur rationellen Pharmakotherapie. Das Programm unter der Bezeichnung K6 sei für den Arzt mit geringem Aufwand und bereits vorhandener IT-Ausstattung zu realisieren. An der Kostenersparnis der Krankenkassen wolle die KV partizipieren.

### Reform des EBM

Eine Reform des EBM hält Metke grundsätzlich für notwendig: „Der Arzt ist nachweislich unterbezahlt, eine EBM-Reform im Jahr 2014 nach Ausgabenneutralität ist jedoch schlichtweg Unsinn. Was wir brauchen, ist keine erneute Umverteilung, sondern Honorarzuwachs. Das haben nicht nur unsere Ärzte und Psychotherapeuten verdient, sondern erst recht die Patienten. Dafür werden wir uns in Berlin stark machen.“ Das Patientenrechtegesetz wiederum hält Metke für eine publikumswirksame Aktion zu Lasten der Ärzte, die zu noch mehr Dokumentations- und Aufklärungsaufwand führe und damit auch dem Patienten letztendlich schade.



Persönliche Gespräche kommen auch bei „Vorstand on Tour“ nicht zu kurz.

### Wer sind wir eigentlich?

Spontanen Applaus gab es für die bundesweite Imagekampagne der Kassenärztlichen Vereinigungen. „Gesundheitsberufe wie Hebammen, Pflegekräfte oder Physiotherapeuten versuchen sich ein Stück vom Kuchen der ärztlichen Leistungen abzuschneiden. Als Konsequenz beklagen die deutschen Ärzte den Verlust von Honorar – und genauso schmerzlich – den Verlust von Ansehen. Die Kampagne soll dem Arztberuf auch vor dem Hintergrund des Nachwuchsmangels neuen Glanz verleihen, verloren gegangene Reputation und Attraktivität zurückgeben.“

### Reform Notfalldienst

In Sachen Reform des Notfalldienstes hat sich viel getan, konnte Vorstand Fechner stolz berichten. Etliche Bezirke haben sich schon zu zentralen Notfalldienstpraxen zusammengeschlossen und profitieren bereits von den Synergieeffekten. Geradezu modellhaft sei die bevorstehende Umsetzung der Reform im Landkreis Reutlingen. Dort habe die Ärzteschaft ein solidarisches System beschlossen, in dem der Notfalldienst an drei Standorten in Notfallpraxen an Krankenhäusern geleistet werde. Um die Belastung zwischen der Region in der Ebene und auf der Schwäbischen Alb zu verteilen, übernehmen die Ärzte auf der Alb dort den Fahrdienst, während die aus Reutlingen dann für den Notfalldienst auf die Alb pendeln.

Fechner stellte noch einmal die Notwendigkeit der Reform dar. Unter Applaus erläuterte er, dass eine gleichmäßige Dienstbelastung zwischen Stadt und Land den Arztberuf attraktiver mache und damit ein wichtiger Baustein für die Nachwuchssicherung sei. „Die Reform ist aber auch Voraussetzung für die Umsetzung der seit April bundesweit eingeführten einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer 116 117. In Baden-Württemberg wird sie deshalb erst später an den Start gehen.“ Fechner warb in seinem Vortrag weiter für das neue Mitgliederportal der KVBW, das den Mitgliedern eine Reihe von wichtigen Angeboten und Serviceleistungen biete.

In der abschließenden Diskussionsrunde stellte Metke selbst eine Frage: „Wann gibt es endlich verständliche Honorarbescheide?“ Die Beantwortung machte ihm größte Freude: „2013 soll es so weit sein. Derzeit wird am Entwurf gearbeitet, der nach einer vorausgehenden Testphase eingeführt werden soll.“ Die offene „Sprechstunde“ mit Delegierten und Bezirksbeiräten im Anschluss an die Veranstaltung wurde genau wie die Beratungsangebote der KV gerne angenommen. Diesen Eindruck bestätigten auch die positiv bewerteten Feedbackbögen, die schon eingegangen sind.



## Qualität hat ihren Preis

Anspruchsvolle Herausforderungen spornen die Mitarbeiter an

Gelebtes Qualitätsmanagement ist die Umsetzung des berühmten Deming-Zyklus „plan – do – check – act“. Dass die Planung immer an erster Stelle stehen sollte, beruht auf langer menschlicher Erfahrung. Denn der Erfolg eines jeden Vorhabens steht und fällt mit der Planung. Schon die Höhlenmenschen haben die Jagd auf das Mammut gut vorbereitet. Planung bedeutet aber im ersten Schritt, sich klar zu machen, was man genau erreichen will. Welche Zielgröße angestrebt wird und mit welchen Maßnahmen man vorhat, diese Ziele zu erreichen. Der 21. Beitrag der ergo-QM-Serie befasst sich mit allen Aspekten rund um das Thema „Ziele“.

**Provokant ist die folgende Aussage: „Solange Planung das ist, was passiert wenn sonst nichts los ist, steuert irgendetwas Ihre Praxis, aber sicher nicht Sie!“ (Zitat aus [www.auw.de](http://www.auw.de), 3. Dezember 2011) Werden Praxen durch klar vereinbarte Ziele gesteuert? Wie viele Probleme und Konflikte weniger gäbe es, wenn nicht das berühmte Laissez-faire-Verhalten im Einsatz wäre? Die Strategie der Vernunft heißt also „plan – do – check – act“. Und das bedeutet nichts anderes als: Alle anstehenden Aufgaben und Veränderungen sollten**

- hinreichend geplant sein (**Plan**),
- ordentlich ausgeführt werden (**Do**),
- wo immer sinnvoll und möglich überprüft werden (**Check**) und
- wenn nötig, nachgebessert werden (**Act**).

Zur Planung gehören zwei wichtige Komponenten. Die Ist-Analyse zeigt die vorhandene Situation auf (wo stehen wir heute?) und ist damit Ausgangspunkt für die Festlegung der Qualitätsziele. Diese Ziele selbst sind die Sollgrößen für die Zukunft (wo wollen wir hin?) und sollten sehr gut formuliert werden. Es gilt hier eine Regel einzuhalten - Ziele sollten „**SMART**“ sein. Die Bezeichnung steht für

- S** – Spezifisch (präzise, handlungsorientiert, unmissverständlich aber lösungsneutral!)
- M** – Messbar (qualitativ und quantitativ - Indikatoren für die Zielkontrolle festlegen!)
- A** – Anspruchsvoll (nur Herausforderungen spornen an!)
- R** – Realistisch (herausfordernd, aber umsetzbar und erreichbar!)
- T** – Terminiert (Termine und Meilensteine festlegen!)



Zum Beispiel würde das Ziel ‚Kurze Wartezeiten‘ diese Kriterien nicht erfüllen. Denn was bedeutet hierbei ‚kurz‘? Würde man drei Personen fragen, erhielte man drei verschiedene Antworten. Wann wäre dieses Ziel erfüllt? Mit 15, 20 oder 30 Minuten Wartezeit? Mit der SMART-Regel

könnte das gleiche Ziel korrekt so lauten: In 90 Prozent der Fälle warten Patienten mit Termin in unserer Praxis weniger als 30 Minuten (Stichprobe hierzu im Oktober 2012). Diese Daten sollte eine Praxissoftware auf Knopfdruck liefern.

### Dokumentation der Qualitätsziele einschließlich Umsetzungsmaßnahmen und Kontrolle

Qualitätsziel einschließlich Verantwortlichkeit	Zeitraumen	Kriterien zur Überprüfung der Zielerreichung	Umsetzungsmaßnahmen	Überprüfung der Zielerreichung	Datum erledigt
<b>Durchführung einer Patientenbefragung</b>  Verantwortlich: Frau Muster	10/2012	Patientenbefragung durchgeführt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviceangebot der KVBW anfordern</li> <li>• Vorbereitungsworkshop mit dem ganzen Team in einer praxisinternen Teambesprechung</li> <li>• Utensilien besorgen: Einwurfbox, 3 Klemmbretter, Lesebrille</li> <li>• Durchführung der Patientenbefragung</li> <li>• Besprechung der Auswertung in der Teambesprechung</li> <li>• ...</li> </ul>	10. - 21.10.2012 Durchführung Patientenbefragung  25.10.2012 Besprechung der Ergebnisse im Rahmen der Teambesprechung (siehe Protokoll)	21.10.2012  25.10.2012 Erledigt
<b>Mitarbeiterfortbildung</b>  Verantwortlich: Frau Max	2012	Fortbildungsquote: 2 Tage / MA im Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitarbeiter-Jahresgespräche</li> <li>• Fortbildungsplanung pro Mitarbeiter</li> <li>• Fortbildungsplan für die Praxis</li> <li>• Ablage der Fortbildungsnachweise</li> <li>• ...</li> </ul>	Januar 2013 Vergleich der erreichten Fortbildungsquote mit der geplanten Zielgröße	15.1.2013

Einmal pro Jahr empfiehlt es sich prinzipiell, die Ziele für das jeweilige Kalenderjahr festzulegen und bei Bedarf zu aktualisieren. Die Initiative sollte von der Praxisleitung ausgehen, die sich auch erste Gedanken dazu macht. Ziele festlegen und vereinbaren erfolgt dann aber in einer Teambesprechung. Nur so können alle an einem Strang ziehen und zum Erfolg der Praxis beitragen. Was nutzt das beste Ziel, wenn es keiner der Mitarbeiter kennt?

Wie wichtig dieser Denkansatz ist, zeigt der Stellenwert der Qualitätsziele in der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. In den Paragraphen 2, 4 a) und j) wird die Festlegung von Zielen, deren Umsetzung und die dazu gehörige Dokumentation explizit eingefordert. Wo bei die Qualitätsziele einer Praxis die logische Ableitung aus deren Praxispolitik und Kultur sind und immer nur im Zusammenhang zu sehen sind.

Zur Unterstützung bei der Umsetzung hat die QM-Beratung der KVBW ein Merkblatt zum Thema erstellt sowie eine Mustervorlage mit Beispielen zur Dokumentation der Qualitätsziele. Die Vorlage kann auch gerne als Datei zum direkten Ausfüllen und individuellen Anpassen an die jeweilige Praxis angefordert werden. Mitglieder, die die Postfachfunktion im Mitgliederportal frei geschaltet haben, werden in den nächsten Tagen diese Unterlagen dort automatisch vorfinden.

Die QM-Beraterinnen der KVBW stehen den Praxen kontinuierlich unterstützend auch mit vielfältigen anderen Serviceangeboten zur Seite.



**Kontaktaufnahme über den Praxisservice**

Telefon → 0711/7875-3300 oder

E-Mail → [praxisservice@kvbawue.de](mailto:praxisservice@kvbawue.de)

# Vorsicht Falle – das müssen Sie wissen

Praxisbegehungen schaffen Unruhe und Frust – gut vorbereitet sein ist die Lösung

**Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg unterstützt ihre Mitglieder bei der Umsetzung aller relevanten Hygiene-Bestimmungen und Vorschriften aus dem Medizinproduktegesetz (zum Beispiel Infektionsschutz-Gesetz, Medizinprodukte-Gesetz, Medizinprodukte-Betreiberverordnung). Im Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement stehen kompetente Ansprechpartner zur Verfügung, die sowohl im Vorfeld einer Begehung beraten und unterstützen als auch im Nachgang bei der Erfüllung möglicher Auflagen Hilfestellung leisten. Beispielsweise bei Praxisbegehungen durch das Regierungspräsidium, Gesundheitsamt und Eichamt. Sie sind in Baden-Württemberg mittlerweile kein Einzelfall mehr.**

Seit einigen Jahren werden Arztpraxen immer häufiger mit Überwachungen und Begehungen durch staatliche Behörden konfrontiert. Sie prüfen einerseits die Einhaltung der Vorschriften im Bereich Hygiene und andererseits die Vorgaben nach dem Medizinproduktegesetz durch die Praxen. Ziel und Zweck der Überwachung ist die Abwehr von Gefahren für Patienten und Beschäftigte der Praxis durch Infektionen oder andere Gefahrenquellen in der Praxis.

Zahlreiche Gesetze und Verordnungen bilden die Grundlage dieser Überwachungen. Auch gelten die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention vom Robert-Koch-Institut nicht nur für Krankenhäuser, sondern auch für Arztpraxen und werden in deren Umsetzung überwacht.

Für viele Arztpraxen ist die Praxisorganisation und die Regelung von Prozessen nach Maßgabe der Hygienevorschriften eine Selbstverständlichkeit. Trotzdem werden Praxisbegehungen als unangenehm und wegen möglichen Sanktionen zurecht auch als bedrohlich empfunden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden sind befugt, die infektionshygienischen Aspekte, wie zum Beispiel Personalhygiene, Flächenreinigung und -desinfektion, Umgang mit Medikamenten, aber auch bauliche Gegebenheiten der Arztpraxis zu kontrollieren und die Ablauforganisation der Aufbereitung von Medizinprodukten zu überprüfen. Werden Mängel festgestellt, kann dies zu Konsequenzen für die Praxis führen. Das Spektrum der Maßnahmen reicht von der Anordnung von Auflagen, die bis zu einer bestimmten Frist erfüllt werden müssen, über ein Verbot, Medizinprodukte weiter betreiben und anwenden zu dürfen, bis hin zur Verhängung von Ordnungsgeldern bei festgestellten Ord-

nungswidrigkeiten. Auch über die Schließung des Betriebs oder der Einrichtung kann entschieden werden (Paragraph 28 Medizinproduktegesetz), wenn Gefahr für die öffentliche Gesundheit, Sicherheit oder Ordnung droht.

Die Begehung einer Praxis kann anlassbezogen, beispielsweise wenn sich ein Patient über Hygienemängel beschwert oder im Rahmen einer Routineüberwachung nach Maßgabe einer Rechtsvorschrift erfolgen. Im Fokus der Routineüberwachung stehen primär ambulant operierende Einrichtungen, jetzt aber alle Praxen insgesamt. Die Begehungen werden in der Regel mit einem zeitlich angemessenen Vorlauf angekündigt. Üblicherweise wird ein Termin außerhalb der üblichen Sprechzeiten vereinbart.

Damit die Praxisbegehungen für die Mitglieder nicht zur unangenehmen Überraschung werden, plant die KV Baden-Württemberg folgende Maßnahmen zur Unterstützung ihrer Mitglieder:

- Ein Merkblatt mit Informationen zu den Befugnissen der Aufsichtsbehörden im Rahmen von Praxisbegehungen, die zu erfüllenden Anforderungen und die Ansprechpartner der KV zur Unterstützung ist auf die Homepage der KVBW gestellt worden und unter der Rubrik Hygiene/Medizinprodukte herunterladbar. Es wird mit einem der nächsten Rundschreiben verschickt werden. Außerdem erhalten Neuantragsteller für zum Beispiel Koloskopie und Ambulantes Operieren dieses Merkblatt automatisch.
- Als nächster Schritt wird ein spezieller Hygieneleitfaden zur Endoskopie erarbeitet. Er enthält wichtige Tipps für die entsprechend tätigen Fachgruppen.
- Die nächste Stufe ist die Erarbeitung eines Hygieneplans, der als Mustergrundlage für alle Praxen verwendet werden kann. Er soll ebenfalls über die Homepage herunterzuladen sein.
- Weitere Broschüren mit unterschiedlichen hygienebezogenen Informationsinhalten sind in der Planung.

**ergo**

**Zum Thema „Hygiene und Medizinprodukte“ bietet die Homepage der KVBW zahlreiche Informationen:**

[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxisalltag → Qualitätssicherung → Hygiene/Medizinprodukte

#### Weitere Informationen:

Nicole Nahlinger-Strohm, Telefon → 07121/917-2365  
Jasmin Niebergall, Telefon → 07121/917-2380

# Der Hygieneplan ist eine verbindliche Arbeitsanweisung

## Schutz vor übertragbaren Krankheiten und Schadstoffen

**Die Erfahrungen aus Hygieneschulungen und der telefonischen Beratung zeigen, dass weitläufig die Ansicht vertreten wird, ein Desinfektionsplan sei einem Hygieneplan gleichzusetzen. Aber ein Desinfektionsplan ist lediglich ein Teilbereich aus dem Hygieneplan und somit nur einer von diversen Unterpunkten. Was aber beinhaltet ein Hygieneplan genau und warum muss ihn eine Praxis vorhalten können?**

Um Patienten, Personal und Dritte vor übertragbaren Krankheiten und Schadstoffen zu schützen, muss in jeder Arztpraxis ein Hygieneplan vorhanden sein. Dies fordert sowohl das Infektionsschutzgesetz (Paragraph 23 Abs. 5 IfSG) als auch die Berufsgenossenschaft in der TRBA 250.

Durch die im Hygieneplan festgelegten innerbetrieblichen Verfahrensweisen stellt der Praxisinhaber sicher, dass alle nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden und die Arbeitssicherheit für die Mitarbeiter zu gewährleisten.

Der Hygieneplan ist eine schriftlich fixierte, verbindliche Arbeitsanweisung des Praxisinhabers und beschreibt den

Ist-Zustand der Praxis. Er ist nach Kapiteln geordnet und muss stets aktuell sein. Es werden alle relevanten Tätigkeiten, Entscheidungsprozesse, Kontrollverfahren und Qualitätsstandards beschrieben.

Damit besteht Handlungssicherheit für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis; diese bestätigen die Kenntnisnahme des Hygieneplanes durch ihre Unterschrift.

Im Hygieneplan sind innerbetriebliche Arbeitsanweisungen zu allen hygienerelevanten Tätigkeiten und Verfahren aufgeführt, beispielsweise zu:

- Personalhygiene und Personalschutz,
- Hygienischem Verhalten bei Tätigkeiten am Patienten
- Händehygiene
- Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen
- Medizinproduktaufbereitung
- Erfassung/Meldung übertragbarer Krankheiten
- Umgang mit Medikamenten
- Abfallentsorgung

Da es sich bei Arbeitsanweisungen um kurze und prägnante Darstellungen zu einzelnen Themen aus dem Hygieneplan handelt, können diese zur Erhöhung der Compliance an entsprechenden Stellen in der Praxis ausgehängt werden.



### Weitere Unterstützung im Bereich Hygiene und Medizinprodukte erhalten Sie durch:

Nicole Nahlinger-Strohm

Telefon → 07121/917-2365

E-Mail → Nicole.Nahlinger-Strohm@kvbawue.de

Jasmin Niebergall

Telefon → 07121/917-2380

E-Mail → Jasmin.Niebergall@kvbawue.de



**IMPRESSUM****ergo**

Ausgabe 2/2012

**Erscheinungstag:**

13. Juni 2012

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  
Kai Sonntag, Leiter Stabsstelle ÖA  
Eva Frien, Redakteurin  
Swantje Middeldorff, Redakteurin  
Rolf Sievers, Journalist

**Redaktion:**

Eva Frien, Redakteurin  
Swantje Middeldorff, 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](mailto:eva.frien@kvbawue.de)

**Mitarbeiter dieser Ausgabe:**

Karin Artz, Susanne Flohr,  
Melanie König, Renate Matenaer,  
Stefan Möbius, Roland Müller,  
Nicole Nahlinger-Strohm,  
Jasmin Niebergall, Kai Sonntag,  
Martina Tröscher, Ute Wutzler

**Fotos:**

Dr. Oliver Erens,  
Landesärztekammer Baden-Württemberg  
(Deutscher Ärztetag),  
Lena Juppe, KBV  
(KBV Vertreterversammlung)  
fotolia, medien forum freiburg

**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 „Psychotherapeut“  
im Text stehen immer sowohl für die  
männliche als auch für die  
weibliche Berufsbezeichnung.

**ergo** auch im Internet:

[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Presse →  
Publikationen

# Vorschau

Baden-Württemberg  
**Abrechnung: Mitgliederbefragung**

Gesundheitspolitik  
**Patientenrechtegesetz**

Gesundheitspolitik  
**VSG wird umgesetzt**

Baden-Württemberg  
**Vorstand beendet Tour**