

Das Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg

ergo

Alles Gute.

KVBW 

03 | 12

GESUNDHEITSPOLITIK

Heftige Kontroverse um Honorare

BADEN-WÜRTTEMBERG

Organisation des Bereitschaftsdienstes

BADEN-WÜRTTEMBERG

DMP haben sich bewährt

BADEN-WÜRTTEMBERG

DocLineBW legt Bilanz vor

UNTERNEHMEN PRAXIS

Praxen zum Arbeitsschutz verpflichtet



**Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
sehr geehrte Damen und Herren,**

wenn Sie diese Ausgabe von **ergo** erreicht, werden die meisten von Ihnen aus den Ferien zurückgekehrt sein. Ich hoffe sehr, dass Sie eine schöne Ferienzeit hatten und für die politischen Auseinandersetzungen des Herbstes gewappnet sind. Denn der Herbst wird heiß: Sie werden die aktuellen Auseinandersetzungen um die Honorarentwicklung in den Medien verfolgt haben.

Die vom Erweiterten Bewertungsausschuss mit Stimmen der Krankenkassen und des unparteiischen Vorsitzenden vorgegebene „Honorarerhöhung“ auf Bundesebene von 0,9 Prozent für 2013 ist für die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg völlig inakzeptabel. Dies geht an der wirtschaftlichen Entwicklung, der Inflationsrate, den Tarifabschlüssen in der freien Wirtschaft und der Versorgungsrealität völlig vorbei.

Wir lehnen die kontinuierlichen Diskreditierungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Integrität und der Qualität unseres Tuns durch einzelne Vertreter der Vertragspartner auf Bundesebene endgültig ab. Wir bedauern, dass die dortigen Verhandlungen nicht mehr auf einem Niveau stattfinden, das die Patienten in den Mittelpunkt stellt und den Wert ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit anerkennt.

Wir tragen daher die Entscheidung der KBV vom 3. September in aller Konsequenz mit, die Verhandlungen auf allen Ebenen mit dem GKV-Spitzenverband zu beenden, bis im Grundsatz geklärt ist, ob die gesetzliche Krankenversicherung bereit ist, mit den Ärzten und Psychotherapeuten gemeinsam eine adäquate Patientenversorgung zu gewährleisten. Die KBV hat Klage gegen den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses eingereicht und insbesondere Gesundheitsminister Bahr als Rechtsaufsicht aufgefordert, den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zu beanstanden und damit Neuverhandlungen mit dem Ergebnis akzeptabler Bedingungen für die Ärzte und Psychotherapeuten auch in Baden-Württemberg zu erreichen. Wir hoffen sehr, dass der GKV-Spitzenverband seine Politik gegen die Kranken, Ärzte und Psychotherapeuten beendet und zur Realität der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zurückkehrt.

Doch ist dies nicht das einzige Thema, das uns in diesem Herbst begleiten wird. Kühlen Kopf bewahren müssen wir auch in der Diskussion um die extrabudgetäre Vergütung für die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Denn die Kosten dafür steigen kontinuierlich. Sie sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und können nicht durch einen Honorartransfer von Fachärzten zu Psychotherapeuten vergütet werden, wie dies derzeit durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Rechtsprechung bindend etabliert ist.

Außerdem hat die Vertreterversammlung grünes Licht für die Reform des Notfalldienstes gegeben. Ein geregelter, niederfrequenter, aber gut bezahlter Notfalldienst ist für die nachkommende Ärztegeneration Grundbedingung zur Niederlassung und damit auch für die Übernahme von Praxen ausscheidender Kollegen. Die Einzelheiten der Notfalldienstreform lesen Sie in einem ausführlichen Bericht auf den Seiten 10 und 11 dieser **ergo**-Ausgabe.

Als Vorsitzender möchte ich mich bedanken, dass Sie auch in solchen Zeiten, in denen massiv an unserem Selbstverständnis und unserer Motivation gekratzt wird, bereit sind, das zu leisten wofür wir angetreten sind, nämlich schlicht und einfach den Kranken zu helfen. Darin unterscheiden wir uns deutlich von anderen.

Mit freundlichen Grüßen

DR. NORBERT METKE,
VORSTANDSVORSITZENDER DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG

Gesundheitspolitik

Schlichterspruch: Unverschämter Angriff auf die ärztliche Integrität und Existenz	2
Neue ambulante spezialfachärztliche Versorgung startet 2013	3
Argumentationshilfen und Checklisten für IGeL-Leistungen	4
Ärzte sind überwiegend trotz hoher Arbeitsbelastung mit ihrem Beruf zufrieden	6

Baden-Württemberg intern

VV-Splitter der Sitzung vom 4. Juli 2012	7
Dr. Johannes Fechner: Vom leidenschaftlichen Hausarzt zum Dienstleister für die KVBW-Mitglieder ..	8
KVBW übernimmt komplette Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes	10
BW-Ärztetag diskutiert die Attraktivität des Arztberufes	12
IDC-10-Diagnosen bewegen Zahlungen in Milliardenhöhe	13
Das Internet erleichtert den Kontakt zu anderen Selbsthilfeaktiven	14
Zur Arbeitssituation von Ärztinnen und Psychotherapeutinnen	16
Erfolgreiche DMP-Bilanz nach zehn Jahren Erfahrung	18
Neue GOÄ wird mit Experten in Berlin verhandelt	21
Der Versorgungsbericht der KVBW ist erschienen	22
Rationelle Pharmakotherapie erschließt Einsparpotentiale	23
KV-Ärzte stolz auf die nachweislich hohe Qualität der Versorgung	24
Physiotherapeuten beklagen zu komplexe Heilmittelrichtlinien	25
KV hilft in Krisensituationen schnell und unbürokratisch	26
Pilotprojekt regiopraxis KVBW wird in Baiersbronn eröffnet	27
Das Leben auf der Straße führt zu einer Vielzahl gesundheitlicher Probleme	28

Aus den Bezirksdirektionen

Symposium zu Sicherstellungs- und Zulassungsfragen	30
vdek-Fotoausstellung „WIEDER GESUND?“ im Oktober in Stuttgart	31

Unternehmen Praxis

Praxen sind als Unternehmen zum Arbeitsschutz verpflichtet	32
Regress: Nach Vorabprüfung Anspruch auf individuelle Beratung	33
Fortbildungspunkte per Mausclick	34
KVBW-Mitglieder erfüllen umfassend ihre Fortbildungspflicht	35
Weiterbildung zur Fachkraft für Impfmanagement	36

Impressum	57
-----------------	----

Rundschreiben 3 / 2012

mit den Abgabeterminen der Quartalsabrechnung
und den Fortbildungsveranstaltungen

Amtliche Bekanntmachungen	38
Bezirksdirektion Freiburg	43
Bezirksdirektion Karlsruhe	44
Bezirksdirektion Reutlingen	44

Unverschämter Angriff auf die ärztliche Integrität und Existenz

Wut der Ärztevertreter verspricht politisch heißen Herbst

Als sich rund 700 Ärzte und Psychotherapeuten Anfang September bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu einer spontan anberaumten Sondervertreterversammlung zusammengefunden haben, hätte sich sicherlich jeder von ihnen einen schöneren Samstag vorstellen können. Doch wie sauer die Ärzte nach der Entscheidung des Bewertungsausschusses waren, die Honorare nur minimal anzuheben, kann man sich unschwer vorstellen, wenn man die Presseberichte liest. So schreibt Guido Bohmsen in der Süddeutschen Zeitung vom 3. September: „Vielleicht muss man mit Norbert Metke beginnen, um zu verstehen, was in der deutschen Ärzteschaft derzeit vor sich geht.“

Bohmsen beschreibt die Rede des KVBW-Vorsitzenden weiter: „Metke trat an diesem Samstag an das Rednerpult in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und begann ganz ruhig. Er lobte die Vordredner und obwohl schon alles gesagt, wollte er ein bis zwei Punkte hinzufügen. Keine fünf Sätze weiter hatte sich der eher kleine Stuttgarter Orthopäde mit dem schütterten Haar in Rage geredet. Mit geballter Faust hämmerte er im Stakkato seiner Sätze auf das Rednerpult, hochroter Kopf, heisere Stimmlage. Bei den Krankenkassen – bang, bang, bang – handele es sich um eine Räterepublik – bang, bang, bang – um einen unkontrollierbaren Staat im Staat – bang, bang, bang. In einem fort diffamierten deren oberste Vertreter die Ärzteschaft als Abzocker – bang, bang, bang. Permanent werde die Öffentlichkeit von „diesen dialektischen Großstadtcowboys“ belogen und betrogen – mit beiden Fäusten – bang, bang, bang – prügelte der KV-Vorsitzende von Baden-Württemberg auf den Rednertisch ein.“

Metke endete, begleitet von frenetischem Applaus des Publikums. Was war passiert? Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen hatte sich mitten im Sommerloch mit einer kalten Dusche zurückgemeldet. Sein Anliegen: Der so genannte Orientierungswert, nach dem die ärztlichen Leistungen vergütet werden, sollte abgesenkt werden – um über sieben Prozent im Jahr 2013. Was nach

einem wochenlangen Streit um Honorare zwischen Ärzten und Krankenkassen folgte, war ein Schlichterspruch unter Gesundheitsökonom Professor Dr. Jürgen Wasem. Zwar sollte das Honorar der Ärzte nun nicht mehr abgesenkt werden. Die lächerliche Erhöhung um 0,9 Prozent – also etwa 1.800 Euro pro Arzt und Jahr – lag jedoch deutlich unter den Forderungen der Ärzte von elf Prozent – etwa 3,5 Milliarden Euro. Eine schallende Ohrfeige für alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Behandlung ihrer Patienten rund um die Uhr nun auch noch bestraft würden, wettete die Freie Allianz der Länder-KVen (Falk) zu Recht in einer Pressemitteilung. Die Entscheidung sei zynisch, verantwortungslos und fahrlässig. In ihrem weiteren Vorgehen zeigten sich die Ärzte kämpferisch: Sie wollten sich nicht unterkriegen lassen. So beschlossen die Delegierten der Vertreterversammlung in Berlin als ersten Schritt, beim zuständigen Landessozialgericht Berlin/Brandenburg in Potsdam Klage einzureichen und das Gesundheitsministerium aufzufordern, einzuschreiten. Gesundheitsminister Daniel Bahr reagierte prompt und nahm die Ärzte in Schutz: Die Krankenkassen hätten die Streikdrohungen der Ärzte mit ihren überzogenen Kürzungsdrohungen provoziert, ließ er aus dem Ministerium verlauten. Einschreiten wollte oder konnte er gleichwohl nicht.

Weitere Verhandlungen im Erweiterten Bewertungsausschuss mit dem Spitzenverband der Krankenkassen sind vorerst geplatzt, die Atmosphäre vergiftet. Ein erneuter Termin steht noch aus – eventuell in der dritten Septemberwoche. Fest steht jedoch, die Ärzte und Ärztevertreter werden nicht mehr locker lassen. Fest steht außerdem, KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke wird beim Protest ganz vorne mit dabei sein. Mit lauter Stimme und natürlich mit massivem Protest. Ob es dabei zur „Anpassung der ärztlichen Leistung an das Honorar“ oder darüber hinaus zu Maßnahmen kommt, bleibt abzuwarten. Metke stellte aber auch fest: „Dieser ärztliche Protest soll nicht auf dem Rücken der Patienten, sondern auf dem der Verantwortlichen ausgetragen werden.“

Neue ambulante spezialfachärztliche Versorgung startet 2013

Wichtige Details müssen ausdiskutiert werden

Die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach Paragraph 116b SGB V ist eine der größten Änderungen, die durch das Versorgungsstrukturgesetz im Gesundheitswesen vorgenommen wurde. Mit der ASV soll der erste Schritt getan werden, um die Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich durchlässiger zu gestalten beziehungsweise sie aufzuheben – eines der wichtigsten Anliegen der Gesundheitspolitiker in Berlin.

Nach den Bestimmungen des Paragraph 116 b SGB V neu sollen künftig Patienten mit schweren Erkrankungen, deren Verläufe besonders schwerwiegend sind, oder mit seltenen Krankheitsbildern sowohl von den niedergelassenen als auch den Krankenhausärzten ambulant behandelt werden können. Relevant wird dies vor allem im onkologischen Bereich oder auch beispielsweise bei der Herzinsuffizienz. Ebenso fallen bestimmte hoch spezialisierte Leistungen unter diese Regelung, das ambulante Operieren jedoch nicht.

Wichtige Änderungen

Die KVBW hat sich zusammen mit den FALK-KVen aus Bayern, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern von Anfang an gegen diese ambulante spezialfachärztliche Versorgung ausgesprochen. Nach Falk-Überzeugung gebe es schlichtweg keine Veranlassung für eine solche Maßnahme, weil etwa über Ermächtigungen oder onkologische Schwerpunkte schon heute viel Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor in der Versorgung gelebt werde. Verhindern konnten die KVen diese Neuregelung nicht; sie konnten aber wichtige Änderungen im Gesetz durchsetzen. So ist für die Behandlung durch Krankenhausärzte ein Überweisungsvorbehalt eines niedergelassenen Facharztes erforderlich. Außerdem werden die Leistungen extrabudgetär vergütet.

Folgeregelungen

Allerdings ziehen solche Regelungen immer einen ganzen „Rattenschwanz“ an Folgeregelungen nach sich. Denn für

die Durchführung der ASV müssen neue Strukturen aufgebaut werden. So wird für die Zulassung und Qualifikationsprüfung der antragstellenden Ärzte und Krankenhäuser ein eigener – erweiterter – Landesausschuss gegründet, der auch Mitglieder der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft umfasst. Die Zulassung läuft über ein Anzeigeverfahren: Ärzte und Krankenhäuser müssen ihre Teilnahme lediglich mitteilen. Wenn der erweiterte Landesausschuss nicht innerhalb von zwei Monaten widerspricht, gilt der Teilnehmer als zugelassen. Für diese Prüfung werden ebenfalls die entsprechenden Strukturen aufgebaut.

Formelle Voraussetzungen

Bevor die ASV wirklich starten kann, müssen in Berlin noch eine Vielzahl von formellen Voraussetzungen geschaffen werden. So muss beispielsweise erst einmal festgelegt werden, welche schweren Erkrankungen durch die ASV versorgt werden sollen und welche Qualitätsvoraussetzungen für die Teilnahme bestehen. Auch wie die Abrechnung läuft – ob über die KV oder die Krankenkassen direkt – ist noch unklar. Ebenso muss geklärt werden, wie die Abgrenzung der Leistungen innerhalb des 116b erfolgt, oder auch, ob beispielsweise mit Pauschalen über mehrere Fachgruppen hinweg gearbeitet wird. Wir erwarten daher, dass die ersten Richtlinien frühestens kurz vor Jahresende vorliegen werden. Diese Richtlinien sind aber Grundlage für die Teilnahme an dieser Versorgung und somit können vorher keine Anträge von Ärzten erfolgen.

Voraussetzungen sind geschaffen

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat dennoch bereits die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, damit die ASV starten kann, sobald gültige Richtlinien vorliegen. Den teilnehmenden Ärzten wird die KVBW rechtzeitig vor dem Beginn ein attraktives Angebot für die Abrechnung durch die KVBW unterbreiten. Wir werden Sie über den weiteren Fortgang auf dem Laufenden halten.

Argumentationshilfen und Checklisten für IGeL-Leistungen



Broschüre erleichtert
die Kommunikation von
Arzt und Patient

Der Alltag in der Arztpraxis zeigt es immer wieder: Die von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten ärztlichen Leistungen sind – in Art und Menge – für viele Patienten nicht ausreichend. Ein folgerichtiges Instrument sind daher die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen), medizinisch sinnvolle Untersuchungen, die der Arzt auf Wunsch des Patienten als Selbstzahler-Leistung erbringen kann.

Dennoch ist dieses zusätzliche ärztliche Angebot in der letzten Zeit stark in die Kritik geraten. So wird in der Öffentlichkeit gerade wieder diskutiert, ob IGeL-Leistungen überhaupt nützlich sind. In der Presse war gar von „Abzocke durch den Arzt“ zu lesen, das Angebot werde von den Kassen unter die Lupe genommen. Für zusätzliche Aufregung sorgten die Schlagzeilen, dass Bundesregierung und EU IGeL-Seminare von Ärzten fördern, diese also von Steuergeldern subventioniert werden. Vor diesem Hintergrund können die zusätzlichen, nicht von der GKV gedeckten Gesundheitsangebote in der Arztpraxis zu Unverständnis bei den Patienten führen.

Doch für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist ein fairer Umgang mit Selbstzahler-Leistungen unverzichtbar. Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben daher einen IGeL-Ratgeber sowohl für Ärzte als auch Patienten herausgegeben. Denn, so die Herausgeber, die Forderungen nach einem seriösen Umgang mit IGeL betreffen beide gleichermaßen. Für Ärzte, die IGeL anbieten, soll dieser Ratgeber als Leitfaden dienen und eine Hilfe für Beratung und Aufklärung an die Hand geben, um Missverständnisse mit den Patienten zu vermeiden. Zudem informiert er über rechtliche Anforderungen.

Der Ratgeber „Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte“ ist 30 Seiten lang und enthält neben Checklisten auch Argumentationshilfen, einen Musterbehandlungsvertrag sowie weiterführende Informationen und Adressen. Die komplette Broschüre ist auf der Homepage der KBV (www.kbv.de) unter der Rubrik „Service für die Arztpraxis“ zu finden. Ein Auszug daraus findet sich auf der folgenden Seite.



Die IGeL-Checkliste für Ärztinnen und Ärzte im Überblick

Wenn Sie bei Ihren Patientinnen oder Patienten IGeL durchführen möchten, empfehlen wir Ihnen, diese Checkliste für sich zu nutzen. Wenn Sie die folgenden Fragen mit „Nein“ beantworten oder unsicher sind, sollten Sie Ihr Angebot überprüfen.

- Können Sie der Patientin / dem Patienten erklären, warum die IGeL notwendig oder empfehlenswert für ein spezielles gesundheitliches Problem ist?
- Informieren Sie die Patientin / den Patienten, ob es für den Nutzen der IGeL wissenschaftliche Belege gibt und wie verlässlich diese sind?
- Beraten Sie die Patientin / den Patienten verständlich zum Nutzen und möglichen Risiken oder Nebenwirkungen der IGeL?
- Informieren Sie sachlich und ohne anpreisende Werbung?
- Gibt es eine schriftliche Vereinbarung zwischen Ihrer Patientin / Ihrem Patienten und Ihnen zur geplanten IGeL und deren voraussichtlichen Kosten?
- Stellen Sie Ihrer Patientin / Ihrem Patienten eine Entscheidungshilfe zu IGeL zur Verfügung (zum Beispiel diese Checkliste)?
- Vermitteln Sie Ihrer Patientin / Ihrem Patienten das Gefühl, sich frei für oder gegen eine vorgeschlagene IGeL entscheiden zu können?
- Hat Ihre Patientin / Ihr Patient für diese Entscheidung eine angemessene Bedenkzeit?
- Haben Sie den Patienten / die Patientin darüber informiert, dass er / sie eine Zweitmeinung einholen kann?
- Nach der Behandlung: Stellen Sie eine nachvollziehbare Rechnung?

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat in einer Pressemitteilung zu den IGeL-Vorwürfen deutlich Stellung genommen. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Dr. Johannes Fechner, sagte dazu: „Es fällt mir schwer nachzuvollziehen, warum der GKV-Spitzenverband IGeL ablehnt und Schranken fordert. Die meisten IGeL erfolgen zum einen auf Patientenwunsch und sind zum anderen medizinisch sinnvoll. Warum sollen etwa reise- oder sportmedizinische Beratungen, die Tauglichkeitsuntersuchungen für Extremsportarten, Bescheinigungen für den Besuch des Kindergartens oder das Entfernen von Tätowierungen nicht vom Patienten selbst bezahlt werden?“

Fechner kritisierte auch die Forderung, dass IGeL erst nach einer 24-stündigen „Denkpause“ erbracht werden dürfen. „Warum soll der Arzt einen Patienten, der eine IGeL nachfragt, wieder nach Hause schicken? Die Patienten müssen einen neuen Termin vereinbaren und noch einmal den Aufwand für den Besuch auf sich nehmen, obwohl sie bereits vor dem Arzt stehen.“

Der KVBW-Vize Fechner betonte weiter, dass das Erbringen von IGeL klar gesetzlich geregelt ist. „Nach dem Gesetz und den Handlungsempfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen muss der Arzt den Patienten vor der Behandlung darüber aufklären, warum die Leistung sinnvoll ist, dass sie nicht von den Kassen bezahlt wird und einen schriftlichen Behandlungsvertrag abschließen. Der Patient muss also ausdrücklich zustimmen. Das ist sinnvoll so, aber auch ausreichend.“ Er wies darauf hin, dass Patienten, bei denen dieses Procedere nicht eingehalten wurde, keine Zahlungspflicht haben. „In unseren Handlungsempfehlungen ist auch enthalten, dass aggressives Verkaufen von IGeL nicht im Einklang mit dem ärztlichen Selbstverständnis steht.“

Fechner bot dem GKV-Spitzenverband an, bei der Verbesserung im Umgang mit IGeL zusammenzuarbeiten. „Uns als Kassenärztliche Vereinigung liegt viel daran, die wenigen Ärzte, die sich nicht an unsere IGeL-Spielregeln halten, zu identifizieren und zu sanktionieren. Sie dürfen keinen Schatten auf die große Mehrzahl der Praxen werfen, die sehr verantwortungsvoll damit umgehen.“

ergo

IGeL-Seminar für Ärzte und Psychotherapeuten

management akademie
der Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg



Die Management-Akademie Baden-Württemberg (MAK) bietet ein IGeL-Seminar an. Erlern wird, wie medizinische Zusatzleistungen patientengerecht angeboten werden können und die Patientenbindung durch ein bedarfsgerechtes Angebotsspektrum vertieft werden kann. Die Fortbildung macht fit für die IGeL-Kommunikation und zeigt praktische Beispiele auf, was bei der Planung und Umsetzung alles beachtet werden muss und wie der Erfolg medizinischer Zusatzleistungen langfristig gesichert werden kann. **Das nächste Seminar findet am Mittwoch, den 17. Oktober 2012 in Reutlingen von 9.00 Uhr bis 16.30 Uhr statt.** Weitere Informationen und Anmeldeformular im Rundschreibenteil.

Ärzte sind überwiegend trotz hoher Arbeitsbelastung mit ihrem Beruf zufrieden

Infas-Studie untersucht Arbeitssituation von Niedergelassenen

Gemeinsam mit dem NAV Virchow-Bund hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Studie zur Arbeitssituation von Ärzten in Auftrag gegeben. Die Untersuchung wurde vom renommierten Institut für angewandte Sozialwissenschaften infas in Form einer breit angelegten und repräsentativen Befragung durchgeführt. Beim so genannten Ärzte-Monitor wurden die Antworten von etwa 11.000 niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychologischen Psychotherapeuten ausgewertet.

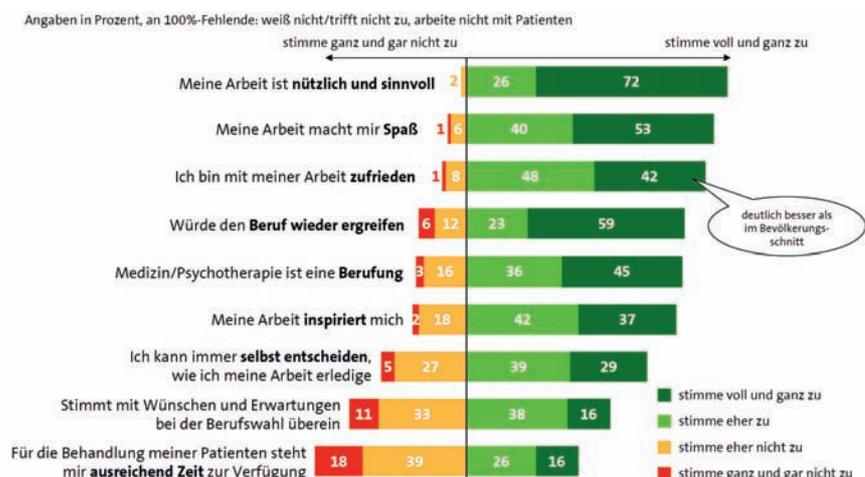
Nach der Befragung ist der überwiegende Teil der Ärzte trotz einer hohen Arbeitsbelastung von durchschnittlich 55 Stunden pro Woche mit ihren Arbeitsinhalten zufrieden. Der Aussage „Meine Arbeit macht mir Spaß“ stimmen 53 Prozent der Befragten „voll und ganz“ und 40 Prozent „eher“ zu. 72 Prozent empfanden ihre Arbeit („voll und ganz“) als sinnvoll und nützlich, 26 Prozent „eher nützlich“. 42 Prozent – deutlich mehr als der Bevölkerungsdurchschnitt – sagten aus, sie seien mit ihrer Arbeit voll und ganz zufrieden. Die höchsten Zufriedenheitswerte haben Psychotherapeuten, die niedrigsten Hausärzte. Ein Großteil – 59 Prozent – würde den Beruf wieder ergreifen (stimme voll und ganz zu), 23 Prozent stimmten eher zu.

Auch gab die Mehrheit der Befragten überraschenderweise an, mit ihrem Einkommen zufrieden zu sein. Beklagt wurde allerdings, dass den Ärzten nicht ausreichend Zeit für ihre Patienten bleibt. Von den 55 Stunden Wochenarbeitszeit entfallen bei den Hausärzten 60 Prozent auf Patientensprechstunden. Die Fachärzte können 62 Prozent direkt den Patienten widmen. Nur eingeschränkt vereinbar seien Beruf und Privatleben.

„Die Verwaltungsarbeit macht den zweitgrößten Anteil an der Gesamtarbeitszeit aus, sagte der Vorstandsvorsitzende

der KBV, Dr. Andreas Köhler, bei der Vorstellung der Ergebnisse des Ärztemonitors. „Ärzte brauchen wieder Freiräume, um für ihre Patienten da sein zu können. Das Motto muss lauten: Versorgen statt verwalten!“, forderte Köhler.

In Baden-Württemberg sind die Ergebnisse der Studie positiv angekommen. „Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass Arzt oder Psychotherapeut nicht irgendein Beruf ist, sondern als Berufung wahrgenommen werden“, sagte Vorstandsvorsitzender Dr. Norbert Metke in Stuttgart. Politiker und Krankenkassen müssten begreifen, dass die



Einschätzung zur beruflichen Tätigkeit

hohe Motivation das größte Kapital im Gesundheitswesen sei und alle Anstrengungen unternommen werden müssten, um diese zu erhalten. Dazu müssten vor allem die Rahmenbedingungen verbessert werden. „Gerade das Thema Bürokratie und Komplexität der Berufsausübung für Ärzte und Psychotherapeuten hat sich in der Zwischenzeit zu einem echten Problem ausgeweitet. Wenn 14 Prozent der Arbeitszeit für Bürokratie aufgewendet werden müssen, sind dies bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 55 Stunden nahezu acht Stunden – Zeit, die für die Versorgung der Patienten fehlt und nicht bezahlt wird. Hier muss endlich ein Umdenken stattfinden.“

VV-Splitter

der Sitzung vom 4. Juli 2012

➔ *Zehn-Punkte-Plan zur Neustrukturierung des organisierten Notfalldienstes mit großer Mehrheit beschlossen*

Künftig soll die gesamte Organisation des Bereitschaftsdienstes, also sowohl der Betrieb der Notfallpraxen als auch die Organisation des Fahrdienstes von der KVBW übernommen werden. Ziel ist es, die Dienstbelastung bei den Ärzten zu senken und gleiche Dienstbedingungen für alle Ärzte in Baden-Württemberg zu garantieren. Dadurch soll der Arztberuf attraktiver gestaltet und dem Ärztemangel auf dem Land entgegengewirkt werden. Weitere Informationen im Bericht **ergo** auf den Seiten 10/11.

➔ *Assistenten- und Vertreterrichtlinien der KV Baden-Württemberg einstimmig beschlossen*

Der Stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Johannes Fechner bezeichnet diese geplanten Liberalisierungen für die Beschäftigung von Assistenten und Vertretern als „Meilenstein“. Die Grenzen dessen, was die gesetzlichen Rahmenbedingungen zulassen, habe die KVBW genutzt, um den Mitgliedern möglichst unbürokratische und großzügige Regelungen zu ermöglichen. Die Änderungen sind nachzulesen im Rundschreiben. Auf der Seite 39 dieser **ergo**-Ausgabe. Die Richtlinien im Wortlaut liegen als Anlage bei.

➔ *K6-Programm zur rationellen Pharmakotherapie in Baden-Württemberg soll eingeführt werden*

Die Delegierten der Vertreterversammlung beauftragen den Vorstand, das K6-Konzept zur gestützten rationellen Pharmakotherapie mit den Vertragspartnern zu verhandeln. K6 setzt sich aus sechs verschiedenen Komponenten zusammen, die die Vertragsärzte darin unterstützen sollen, effektiv und evidenzbasiert zu verordnen. Darunter ist beispielsweise ein Praxisverwaltungsprogramm mit Tipps

zu rationaler Verordnung. Mit K6 sollen weitere Einsparpotenziale bei Arzneimitteln genutzt werden. Weitere Informationen dazu auf der Seite 23 dieser ergo-Ausgabe.

➔ *Der Paragraph 115 a und b soll umgesetzt werden*

Einstimmig angenommen wurde auch ein Antrag, die vertraglichen Rahmenverbindungen herzustellen, um den vom Gesetzgeber vorgegebenen Paragraphen zu prä- und poststationäre Leistungen durch die niedergelassenen Vertragsärzte zu ermöglichen.

➔ *Abrechnungsentwicklung bei ambulanter Behandlung im Krankenhaus nach Paragraph 116 b soll überprüft werden*

Ziel ist es, ein entsprechendes attraktives Dienstleistungsangebot für die Niedergelassenen zu erarbeiten. Die online-basierte Abrechnung über das Mitgliederportal der KVBW soll realisiert werden.

➔ *Der im Mai beschlossene Honorarverteilungsmaßstab wird in einigen Punkten nachjustiert*

Einige rechtliche Klarstellungen hatten sich in der Zwischenzeit als notwendig erwiesen. Außerdem mussten einige redaktionelle Änderungen vorgenommen werden.

➔ *Vergütung Haus- und Heimbesuche*

Abgelehnt wurde dagegen ein Antrag, nach dem die Haus- und Heimbesuche außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden sollen. Zu diesem Thema hatte es schon in der Vertreterversammlung vom Mai heftige Diskussionen gegeben. Die Regelung, die Hausbesuche aus den freien Leistungen herauszunehmen, lasse die RLVs ansteigen, was allgemein zu begrüßen sei.

Vom leidenschaftlichen Hausarzt zum Dienstleister für die KVBW-Mitglieder

In seinem Amt als KV-Vize setzt Dr. Johannes Fechner auf Ausgleich



Knapp 30 Jahre lang arbeitete er als Hausarzt im südbadischen Emmendingen. Zwar war Dr. Johannes Fechner dort schon immer berufspolitisch aktiv, so als Mitglied der Vertreterversammlung der KV Südbaden, Vorsitzender der ehemaligen Abrechnungsstelle Freiburg, später Sprecher des dortigen Bezirksbeirates. Als stellvertretender Vorsitzender der KV Baden-Württemberg musste Fechner jedoch nicht nur die Koffer packen und eine Zweitwohnung in Stuttgart beziehen, sondern Anfang 2011 auch seine Arbeit als Hausarzt aufgeben, um sich ganz dem KV-Geschäft zu widmen. ergo sprach mit Dr. Fechner über diesen Wechsel von der Praxis in die Verwaltung und seine Aufgaben.

Dr. Fechner: Das war ein sehr krasser Wechsel. Ich bin leidenschaftlich Hausarzt gewesen und dachte, ohne die Patienten geht das Leben nicht weiter. Ich bin hier in der KV sehr freundlich aufgenommen worden, aber dann auch sofort mit so vielen Anfragen, Besprechungen, Sitzungen überschüttet worden, dass tatsächlich kein Gedanke mehr an die alte Zeit in der Praxis aufgetaucht ist. Ich habe auch nicht mal mehr von den Patienten geträumt – das als Beweis dafür, wie schnell ich hier angekommen bin.

ergo: *Fehlt Ihnen heute die Praxis?*

Dr. Fechner: Der Umgang mit den Patienten und meinem Praxisteam war für mich erfüllend. Aber auch hier habe ich ein wirklich qualifiziertes, motiviertes Team um mich herum. Alle Mitarbeiter sind bei der Sache und ziehen am gleichen Strang. Wenn ich früher den Tag oder die Woche Revue passieren ließ, konnte ich an zufriedenen oder vielleicht sogar gesunden Patienten sehen, ob ich zufrieden sein konnte und gut gearbeitet habe. Heute erlebe ich das, wenn positive Rückmeldungen kommen von Ärzten, von Medien, von Mitarbeitern. In der Praxis war ich früher für andere da – heute bin ich weiterhin für andere da: Ich sehe mich als Dienstleister für die Ärzte.

ergo: *Sie waren schon einmal Vorstandsmitglied in der KV Südbaden, damals noch ehrenamtlich. Was ist heute anders als hauptamtlicher Vorstand?*

Dr. Fechner: Der Unterschied liegt zunächst mal in der zeitlichen Belastung. Die gesetzliche Vorgabe, wonach der Vorstand hauptamtlich tätig ist, bringt klar auch ein anderes Maß an Verantwortung mit sich. Früher gab es mehrere Vorstandsmitglieder, jetzt sind es nur noch zwei, die jeweils für riesige Ressorts zuständig sind. Ein hauptamtlicher Vorstand ist näher an der Umsetzung und damit den Problemen dran als ein Ehrenamtler, der nur zweimal in der Woche nachmittags in der KV präsent ist. Die Besprechungen mit den Mitarbeitern verlaufen in einer wesentlich anderen Intensität in Bezug auf die Qualität und die Menge.

ergo: *Sie haben mit dem Verwaltungsressort ein für einen Arzt eher ungewohntes Gebiet. Wie war die Eingewöhnung in diese Themen und die Strukturen?*

Dr. Fechner: Wenn ich jetzt für IT zuständig bin, heißt das ja nicht, dass ich Programme schreiben oder mich um Server kümmern muss. Da vertraue ich dem verantwortlichen Geschäftsbereichsleiter. Viel wichtiger ist, dass ich die Sicht des Arztes in die Anforderungen an die IT-Anwendungen mit einbringe. Dafür sind ein technisches Grundverständnis und ein Interesse an der Thematik erforderlich, was bei mir der Fall ist. In meiner Praxis habe ich mich immer um die EDV gekümmert.

ergo: *Sie wohnen in Emmendingen in Südbaden. Wie machen Sie das mit dem Dienstsitz in Stuttgart?*

Dr. Fechner: Da sprechen Sie einen ganz wunden Punkt an, der meine Familie, insbesondere meine Frau, betrifft. Meine Vorstellung anfangs, zwei Bürotage in Freiburg zu verbringen, war nicht zu realisieren. Die Musik der KV Baden-Württemberg spielt in Stuttgart mit der Nähe zur Landesregierung, zu den Vertragspartnern und zu allen wichtigen Gremien. Deswegen habe ich hier eine kleine Wohnung und bin Wochenendpendler. Es ist vor allem für meine Frau eine große Umstellung. Wir haben es jetzt damit gelöst, dass wir uns einen Hund angeschafft haben (lacht).

ergo: *Sie sind Mitglied im Hausärzteboard bei der KBV. Dr. Köhler hatte das eingerichtet, um so die Zeit zu überbrücken, nachdem Dr. Müller seine Tätigkeit aufgegeben hat. Was hatte es damit auf sich?*

Dr. Fechner: Die KBV-Vertreterversammlung hat in dieses Gremium fünf Allgemeinärzte berufen. Ich fand das von Herrn Köhler sehr weitblickend. Wir haben uns im zwei- bis drei-Wochen-Rhythmus getroffen. Es waren immer sehr gute Sitzungen, in denen die relevanten Dinge angesprochen und wir Hausärzte um unsere Meinung gefragt wurden. Wir konnten auf der anderen Seite auch hausärztliche Fragestellungen dem Facharztvorstand Dr. Köhler übermitteln. Das wird Frau Feldmann weiter fortführen. Es ist ganz wichtig für einen hauptberuflichen Vorstand, dass er sich nicht von der Basis entfernt. Ich habe selbst gemerkt, wie schwierig das ist. Neulich war ich mal wieder in meiner Praxis und habe mir das neue Verordnungsmodul angeschaut und gesehen, wie schwierig das ist. Wenn ich morgen in meiner ehemaligen Praxis Vertretung machen müsste, könnte ich ohne Hilfe kein Rezept mehr ausdrucken. Wenn ein Vorstand nicht mehr mit der Basis verdrahtet ist, fehlt ihm bei jeder neuen Verwaltungsvorschrift oder jedem neuen Formular das Verständnis für die Abläufe in der Praxis.

ergo: *Einige Ihrer Vorstandskollegen in anderen KVen sind immer noch in der Praxis tätig. Was halten Sie davon?*

Dr. Fechner: Ich halte das für sehr schwierig in einer großen KV wie der KVBW. Ich wüsste nicht, wie ich noch einen ganzen Praxistag abzweigen könnte bei all den Verpflichtungen. Ich weiß auch nicht, ob das sinnvoll wäre, da man sicherlich dauernd mit seinen Gedanken woanders wäre, E-Mails abrufen und durch Telefonate gestört wird.

ergo: *Eine politische Frage: Derzeit formieren sich überall regionale Gesundheitskonferenzen. Was halten Sie davon?*

Dr. Fechner: Die regionalen Gesundheitskonferenzen fördern den Austausch zwischen den unterschiedlichen

Beteiligten vor Ort im Gesundheitswesen und können beispielsweise unterschiedliche Präventionsangebote zusammenführen. Sie sind auch eine gute Plattform einer interessierten Öffentlichkeit einige – oftmals schwer verständliche – Regularien des Gesundheitswesens, wie etwa Richtgrößen bei Arznei- und Heilmitteln oder die Bedarfsplanung, näherzubringen. Wenn jedoch mit den Gesundheitskonferenzen die Erwartung verknüpft wird, aktiv in die Bedarfsplanung einzugreifen, um so etwa den Augenarzt in das Seitental des Schwarzwaldes zu kommandieren, dann muss man die Träger der Gesundheitskonferenzen enttäuschen.

ergo: *Sie sind zusammen mit Dr. Metke der zweite KVBW-Vorstand. Spielt aus Ihrer Sicht die Struktur der alten KVen noch eine Rolle oder ist die Fusion abgeschlossen?*

Dr. Fechner: Sie ist weitgehend abgeschlossen. Für das vorangegangene Vorstandsteam bedeutete dies eine wahre Herkulesarbeit. Da war keine Zeit, sich um andere Themen, wie etwa den Notfalldienst zu kümmern. Diesen Rückstand müssen wir jetzt aufholen. Das konnte der erste Vorstand nicht auch noch leisten. Aus der „alten“ KV-Welt sind noch die vier Bezirksdirektionen und die Regionalbüros in Mannheim und Konstanz übrig. Welche Standorte vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit und der Arbeitsabläufe in zehn Jahren noch bestehen, ist noch nicht abzusehen.

ergo: *In der Amtsperiode des letzten Vorstandes war eines der beherrschenden Themen die Auseinandersetzung um die Selektivverträge. Als Vorstandsmitglied des Hausarztverbandes, dem Sie heute immer noch angehören, waren Sie im Verhandlungsteam für die Hausarztverträge. Wie ist denn das Verhältnis heute zwischen KV und den Selektivverträgen?*

Dr. Fechner: Ich würde es als friedliche Koexistenz beschreiben. Der Vorstand bekämpft die Selektivverträge nicht mehr; wir wollen vielmehr zeigen, dass beides nebeneinander gut funktioniert. Als KV haben wir sogar ein Interesse, im Selektivsystem Dinge zu probieren, die uns kollektiv nicht möglich sind. Beispielsweise das Medikamentenverordnungsmodul, andere Honorierungsformen, andere Pauschalierungen, die stärkeren Bewertungen der Chronikerbehandlungen. Wir beobachten genau, ob sich daraus eine bessere Patientenversorgung ableiten lässt und wir einige Elemente aus den Verträgen auch in das Kollektivsystem übernehmen können. In der Bereinigung passen wir selbstverständlich peinlich genau auf, dass kein Euro mehr als erforderlich in den Selektivbereich abfließt. Das sind wir den Ärzten schuldig, die nicht am Selektivvertrag teilnehmen. Ich kann wirklich jedem Kollektivarzt zusichern, dass er den Selektivvertrag nicht mitfinanziert.

KVBW übernimmt komplette Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Wichtiges Signal für nachrückende Ärztegenerationen

Mit überwältigender Mehrheit haben die Delegierten der KVBW-Vertreterversammlung am 4. Juli 2012 den Vorstand endgültig beauftragt, den ärztlichen Bereitschaftsdienst auf neue Beine zu stellen: Künftig soll die gesamte Organisation des Bereitschaftsdienstes – Betrieb der Notfallpraxen und Organisation des Fahrdienstes – von der KVBW übernommen werden. Ziel ist, die Dienstbelastung zu senken und gleiche Dienstbedingungen für alle Ärzte in Baden-Württemberg zu garantieren. Ein mutiger Schritt, der Vorstand und Verwaltung der KVBW vor eine große Herausforderung stellt. Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVBW, dazu: „Die Reform des Bereitschaftsdienstes halte ich für äußerst wichtig und für ein gutes Signal an die nachrückende Ärztegeneration. Diese Reform ist die richtige Antwort auf den sich abzeichnenden Ärztemangel, nur so können wir die Sicherstellung weiter gewährleisten.“ Denn nur wenn der Bereitschaftsdienst besser organisiert sei, werde die Niederlassung auch für junge Mediziner wieder attraktiv.

Mit der Entscheidung, die Organisation des Bereitschaftsdienstes in die Hände der KVBW zu legen, ist das größte Projekt entstanden, das die KVBW bislang überhaupt realisiert hat. Das neue Konzept setzt sich aus vier Elementen zusammen:

1 Gebietsreform

Bereits seit Oktober 2011 sind die Beauftragten für den Notfalldienst in ihren jeweiligen Landkreisen aktiv und haben Dienstbereiche zusammengelegt oder Pläne für Fusionen und Standorte der Notfallpraxen erarbeitet. In etwa 17 der 35 Landkreise sind schon konkrete Pläne für einen neuen Zuschnitt der Dienstbereiche vorhanden. Die bisher rund 380 allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienstbereiche sollen zu etwa 70 Dienstgemeinschaften zusammengeführt werden – bislang waren 150 Bereiche anvisiert. Dies wird für die Ärzte auch eine organisatorische Entlastung bringen, da die Bereitschaftsdienstpflicht aller Vertragsärzte besser verteilt werden kann – auch mit der Hilfe von Ärzten aus dem Vertreterpool.

2 Zentrale Notfallpraxen

Die zum Teil erheblich vergrößerten Dienstbereiche erfordern eine zentrale Anlaufstelle für die Patienten. Wo im-

mer möglich, sollen diese Bereitschaftsdienstpraxen an einem Krankenhaus angesiedelt werden, um Synergien zu erzielen. Bestehende Bereitschaftsdienstpraxen, die nicht als Eigeneinrichtungen der KVBW betrieben werden, sollen in einer längeren Übergangsphase (einschließlich der Finanzierungs- und Vergütungsregelungen) in Eigeneinrichtungen der KVBW übergeführt werden. In der Endstufe werden in Baden-Württemberg etwa 100 Notfallpraxen etabliert sein, heute sind es circa 70.

3 Fahrdienst

Neben dem Arzt in der Bereitschaftsdienstpraxis wird es einen „Arzt im Fahrdienst“ geben, der die medizinisch notwendigen Hausbesuche übernimmt. Auch hier wird Neuland betreten: Der „Arzt im Fahrdienst“ soll künftig einen speziellen Fahrdienst in Anspruch nehmen können – Fahrer und Fahrzeug wird die KVBW durch entsprechende Verträge mit Externen bereitstellen. Dr. Fechner dazu: „In den neuen größeren Dienstbereichen sind weitere Wege im Fahrdienst zu bewältigen. Wir entlasten mit diesem Fahr-Service den Arzt im Fahrdienst und tragen durch die Begleitung auch ein Stück zur Sicherheit der Ärzte bei. Dies ist vor allem für die Frauen im Arztberuf wichtig.“

4 Vergütung / Finanzierung

Aktuell besteht ein völliges „Umlagewirwar“ zur Finanzierung der Bereitschaftsdienste/Bereitschaftspraxen. Ziel der Reform ist, gleiche Dienstbedingungen für alle Ärzte in Baden-Württemberg zu garantieren. Dies schließt auch die Vergütung ein. Zur Finanzierung der Kosten wird eine einheitliche Umlage von allen Ärzten erhoben, deren Feinplanung noch aussteht. Damit entfallen die bisherigen unterschiedlichen Sicherstellungsumlagen je Bezirksdirektion. Mit im Boot sollen auch die Krankenkassen sein, die bereits signalisiert haben, sich an der Finanzierung der Strukturkosten zu beteiligen.

Mit dem Arbeitsauftrag der Vertreterversammlung wird eine Projektgruppe der KVBW bis Anfang Dezember 2012 die Pläne soweit konkretisieren, dass die Delegierten weitere Entscheidungen hinsichtlich Vergütung und Finanzierung sowie weiterer Details treffen können. Bis zum 1. Januar 2014 sollen alle Landkreise in Baden-Württemberg mit der neuen Struktur im Bereitschaftsdienst arbeiten.

Hierzu der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Johannes Fechner in einem ergo- Interview:

ergo: Seit knapp einem Jahr sind Sie intensiv in Sachen Reform ärztlicher Notfalldienst unterwegs und haben dieses Projekt mit sehr großem Engagement voran getrieben. Warum liegt Ihnen das so am Herzen?

Dr. Fechner: Es geht um die nachhaltige Sicherstellung des Notfalldienstes und es geht um die nachhaltige Sicherstellung der ärztlichen Versorgung überhaupt. Es ist ja inzwischen bekannt, dass die Belastung im Notfalldienst ein wichtiger Standortfaktor für die ärztliche Niederlassung darstellt. Wir haben schon praktische Beispiele, dass Nachbesetzungen erst möglich waren, nachdem der Notfalldienst vor Ort neu geregelt wurde. Beispielsweise in Bad Schussenried. Ich bin davon überzeugt, dass wir den Kollegen mit einer Reduzierung der Dienste helfen. Das ist nicht nur eine Vision, die ich vor mir hertrage, sondern ich habe schon mehrfach erlebt, wie sehr die Neuordnung des Notfalldienstes dazu beitragen kann, langfristig die Zufriedenheit der beteiligten Ärzte zu erhöhen.

ergo: Wie waren die Reaktionen draußen?

Dr. Fechner: Unterschiedlich. 70 Prozent der Ärzte befürworten unsere Pläne und würden lieber heute als morgen mit der neuen Struktur starten, etwa 30 Prozent sind skeptisch und lehnen unsere Reform mit guten und nachvollziehbaren Argumenten ab.

ergo: Wie überzeugen Sie die Kritiker?

Dr. Fechner: Ich werbe dafür, den Plänen eine Chance zu geben. Wenn wir bisher schon Notfalldienststrukturen verändert haben, kam hinterher immer die Rückmeldung: Es ist gut so, wir wollen nichts anderes mehr haben und wir wollen das Rad nicht mehr zurückdrehen – insbesondere auch von den Ärzten, die im Vorfeld die Veränderungen abgelehnt hatten. Das gibt mir die Gewissheit auf dem richtigen Weg zu sein.

ergo: Wie weit sind Sie mit der Reform gekommen?

Dr. Fechner: Seit fast einem Jahr sind wir mit den Kreisbeauftragten unterwegs, um Notfalldienstbereiche neu zu strukturieren. 70 Prozent unserer Landkreise haben schon weitgehend fertige Pläne, 30 Prozent sind noch in der Abstimmungsphase. Auf dem Weg der Neuordnung hat sich gezeigt, dass größere Notfalldienstbereiche zentrale Anlaufpraxen erfordern. Die Patienten fahren auf der

Suche nach der Praxis des diensthabenden Arztes nicht von einer Ecke des Landkreises in die andere und möglicherweise noch am Krankenhaus vorbei. Das ist nicht realistisch und daraus erwächst zwangsläufig die Notwendigkeit einer zentralen Anlaufstelle, die idealerweise am Krankenhaus angesiedelt ist.

ergo: Jetzt wurde die Konzeption noch mal verändert. Warum?

Dr. Fechner: Die KV hat jetzt nur noch mehr Verantwortung übernommen. Die Ärzteschaften können sich zwar den Dienst in einer Notfallpraxis vorstellen, wollen aber nicht die Verantwortung für den Betrieb und vor allem nicht das wirtschaftliche Risiko übernehmen. Die Ärzteschaften und Kreisbeauftragten haben die KVBW aufgefordert, hier Verantwortung zu übernehmen. Mit großer Mehrheit hat die VV den Vorstand im Juli 2012 beauftragt, Notfallpraxen als Eigeneinrichtungen der KVBW zu installieren. In größeren Bereichen entstehen auch längere Fahrwege zu den Hausbesuchen, auch hier werden wir dem Wunsch nachkommen, flächendeckend einen Fahrdienst bereitzustellen.

ergo: Wie geht es jetzt weiter?

Dr. Fechner: Vordringlich werden jetzt folgende Fragen geklärt: Wie sieht die Übergangsphase aus? Wie werden Praxen ausgestattet, die jetzt schon am Netz sind oder ans Netz gehen wollen? Wo kommt das Geld her? Der Fahrdienst muss ausgeschrieben werden und kann ab 2014 installiert werden. Anfang des Jahres 2014 sollen dann alle Ärzte in Baden-Württemberg gleiche Bedingungen im Notfalldienst hinsichtlich Organisation, Vergütung und Finanzierung vorfinden.

ergo: Was sagt die Politik dazu?

Dr. Fechner: Die Politik erkennt an, dass hier ein Vorstand am Werk ist, der zusammen mit der Geschäftsführung seit eineinhalb Jahren geschlossen arbeitet. Die enge Abstimmung zwischen der VV und dem Vorstand wird wahrgenommen, ebenso positiv kommt an, wie dieser monolithische Block wichtige Fragen der medizinischen Versorgung in Angriff nimmt und dann auch erfolgreich löst. Diese Geschlossenheit hilft uns, wieder als Körperschaft und als wichtiger Player im Gesundheitswesen anerkannt zu werden.



„Gestalten Sie selbst Ihre Berufswirklichkeit“

BW-Ärztetag diskutierte die Attraktivität des Arztberufs

Der Baden-Württembergische Ärztetag widmete sich in diesem Jahr einem Thema, das auf vielen Podien diskutiert wird: „Ärztmangel – Die Alten gehen, die Jungen flüchten“. Die Veranstaltung am 21. Juli in Stuttgart beschäftigte sich jedoch weniger mit den harten Fakten – etwa der Verbesserung der ärztlichen Honorierung – als vielmehr mit den sogenannten „soft skills“, die es als Rahmenbedingungen zu verbessern gilt.

„Es ist der schönste Beruf der Welt“ waren sich Podium und Publikum einig. „Aber er ist auch schwer“, ergänzte eine der Teilnehmerinnen. Das allerdings liege nicht an der medizinischen Tätigkeit. Es seien – und auch hier stimmten alle zu – vielmehr die äußeren Bedingungen, die ihn schwierig machten: mangelnde Beziehungen zwischen Arzt und Patient, zwischen Medizinern und Kassen, zwischen jungen und alten Kollegen, Kollegen verschiedener Fachrichtung. Es liege an zu viel Bürokratie und an einer – sehr deutschen – Misstrauenskultur. Ein Teilnehmer brachte es auf den Punkt: „Wir kommunizieren nur noch über Erlasse und Bescheide. Dabei geht jede Beziehung verloren, die eigentlich in einer gut funktionierenden Versorgungsstruktur wichtig wäre.“

Über 200 Teilnehmer diskutierten während der Veranstaltung über sogenannte „soft skills“, die es dringend zu verbessern gelte, damit wieder mehr Medizin-Absolventen den Schritt in die medizinische Versorgung gehen. Dabei war es äußerst anregend für die Diskussion, dass die Landesärztekammer bereits in ihrer Wahl der Referenten eine Richtung vorgegeben hatte, die weniger zum Jammern über die Zustände führte als zu einer analytischen Betrachtung der Situation und dem Aufzeigen positiver Alternativen.

Dr. Thomas Zeltner, früherer Leiter des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit und Honorarprofessor in Harvard, eröffnete den Reigen der Referenten mit einem Blick auf die Bedingungen in der Schweiz. Er versuchte eine Antwort auf die Frage, warum so viele deutsche Ärzte in der Schweiz arbeiten. Eine Umfrage im letzten Jahr unter Schweizer Ärzten hatte eine Traumquote ergeben: 90 Prozent aller Ärzte sind zufrieden bis sehr zufrieden in ihrem Job. „Für uns ist das schon fast ein Wunder“, kommentierte Zeltner. Antworten auf die Frage, welche Faktoren dabei eine wesentliche Rolle spielen, umfassen die Wertschätzung, die die Ärzte in der Schweiz erfahren. Die gute, kollegiale Zusammenarbeit der Ärzte untereinander und die flachen Hierarchien, die bereits die Studierenden in die Kollegenschaft mit einbeziehen, gehören zu den weiteren Gründen. An dritter Stelle nannten die befragten Ärzte die finanzielle Honorierung ihrer Tätigkeit. Das erstaunt, denn die Schweizer Ärzte verdienen im europäischen Vergleich schlecht. Forscht man an dieser Stelle genauer nach, so trifft man schnell auf die Tatsache, dass wesentlich mehr Schweizer Ärzte in Teilzeitmodellen arbeiten als die Ärzte in Deutschland. Dies ermöglicht den Ärzten eine wesentlich bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie – ein entscheidendes Kriterium für ihre Zufriedenheit. Und vor diesem Hintergrund stimmt auch das Geld: Die Schweizer Ärzte erhalten die zweithöchste Honorierung pro Konsultation weltweit.

Im Anschluss warf Dr. Harald Kamps, Allgemeinarzt aus Berlin, einen etwas persönlicheren Blick auf die Thematik. Kamps war nach seiner Ausbildung – gescheitert in Deutschland an Hierarchie, Bürokratie und der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf – nach Norwegen gegangen, wo er 20 Jahre als Hausarzt tätig war. Dort hat er ge-

lernt, wie gut es sein kann, in flachen Hierarchien kollegial miteinander zu arbeiten. Hohe Wertschätzung von Allgemeinärzten, gute Kommunikation zwischen Ärzten und Krankenkassen, deutlich weniger bürokratischer Aufwand – Kamps weiß das Positive am norwegischen Gesundheitssystem zu schätzen. Zurückgekommen aus privaten Gründen musste er dann vor gut zehn Jahren feststellen, dass sich in Deutschland nicht viel geändert hatte.

Den Einwand aus dem Auditorium, dass sich das Gesundheitssystem eines so kleinen Landes wie Norwegen schlecht mit dem der Bundesrepublik vergleichen lässt, ließ Kamps zwar gelten – soweit es um die Strukturen innerhalb der verschiedenen Gesundheitssysteme geht. Doch betonte er ausdrücklich die Möglichkeiten jedes Einzelnen, die „weichen“ Faktoren selbst zu gestalten.

Um das eigene Handeln ging es auch im letzten Vortrag des Tages. Dr. Martina Wenker, Oberärztin an einer Lungen-Fachklinik, berichtete von ihrem Glück, das sie mit einem kooperativen Chef hatte. Gemeinsam mit den anderen Oberärzten der Klinik schuf sie sich ein Arbeitsumfeld, das es ihr ermöglichte, neben ihrem Beruf als Oberärztin Familie zu haben und Kinder groß zu ziehen. Inzwischen nutzt sie die gute Organisation der Klinik und das kollegiale Miteinander, um sich neben ihrer medizinischen Tätigkeit berufspolitisch zu engagieren: Im letzten Jahr wurde sie für eine zweite Amtsperiode als Präsidentin der Landesärztekammer Niedersachsen wieder gewählt.

Ihre klare Botschaft an den Nachwuchs: „Seien Sie wählerisch – seien Sie flexibel.“ Wenn ein Job nicht passe, solle

man sich nicht scheuen, eine Alternative zu suchen. Oder es selbst in die Hand zu nehmen: „Gestalten Sie selbst.“ Als Berufspolitikerin stellte sie allerdings auch klar, dass Selbstverwaltung und Kammern noch viel tun können und müssen, um die Ärzte darin zu unterstützen.

Den drei Referaten folgte eine engagierte und lebhaft Diskussionsrunde, in der dezidiert die Bedingungen genannt wurden, die verbessert werden müssen, um wieder mehr Nachwuchs generieren zu können. An erster Stelle: Die Wertschätzung gegenüber den Ärzten muss besser werden – von den Beteiligten im Gesundheitswesen, von Patienten, aber auch untereinander im Kollegenkreis. Der Beruf muss familienfreundlicher werden, ganz unabhängig davon, ob mehr Frauen oder mehr Männer Medizin studieren.

Dr. Ulrich Clever, Landesärztekammerpräsident, schließlich fasste weitere Punkte zusammen: „Verlässlichkeit und Planbarkeit für Ärzte, Vertrauen und Kooperation der Gesundheitsberufe untereinander, Respekt und Achtung aller Beteiligten.“ Aber, und das stellte Clever klar, die Zeit des Jammerns müsse jetzt vorbei sein. Selbst gestalten – politisch und im eigenen Umfeld vor Ort – heiße die Devise. Mit einer guten Kommunikation untereinander: „Nicht das übereinander Sprechen, sondern der gemeinsame Dialog sind dabei essenziell“, ist Clever überzeugt.

Ein selbstkritisches Fazit erlaubte sich Clever ganz zum Schluss: „Wir haben zu viel geklagt. Wir haben jahrelang erzählt, dass der Beruf des Arztes nicht mehr attraktiv ist. Da dürfen wir uns nun auch nicht wundern, wenn keine Jungen mehr hinterher kommen.“

ergo

Achtung: Es geht ums Geld!

ICD-10-Diagnosen bewegen Zahlungen in Milliardenhöhe.

Es geht um das Geld der Krankenkassen in Baden-Württemberg und damit auch indirekt um die Honorare der Ärzte und Psychotherapeuten: Denn wie viel Geld die Kassen im Land aus dem zentralen Gesundheitsfonds erhalten, hängt auch von der Häufigkeit und Schwere bestimmter Erkrankungen ab. Diese wiederum werden durch die ICD-Kodierung dokumentiert. Einen Überblick über die Diagnosestruktur der einzelnen Praxis (zum Beispiel Auswertungen über die im Gesundheitsfonds besonders berücksichtigten ICD in der Abrechnung) geben ab Oktober 2012 weitere Praxiskennzahlen im Mitgliederportal der KVBW. Postfachnutzer werden rechtzeitig per E-Mail informiert. Also:

Je besser Morbidität nach ICD-10 dargestellt wird, desto mehr Geld bleibt in Baden-Württemberg!



www.selbsthilfe-interaktiv.de

Das Internet erleichtert den Kontakt zu anderen Selbsthilfeaktiven



Neue Plattform bietet seriöses Angebot für Selbsthilfe im World Wide Web

Wer unter einer Krankheit leidet, findet Austausch und Verständnis oft im Rahmen einer Selbsthilfegruppe. Doch ist der Betroffene auf der Suche nach Gleichgesinnten virtuell unterwegs, kann es schwierig werden beim Versuch, andere Selbsthilfeaktive zu finden und sich auszutauschen. Denn oft fehlt der Überblick im unüberschaubaren Angebot im Netz und es stellt sich die Frage, welches Angebot geeignet und vor allem, welches seriös ist. Als bundesweite Netzwerkeinrichtung im Feld der Selbsthilfe hat daher die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen NAKOS gemeinsam mit dem Verein Selbsthilfekontaktstellen Bayern und seiner Geschäftsstelle Selbsthilfekoordination Bayern (SeKo Bayern) bundesweit die erste interaktive Plattform für gemeinschaftliche Selbsthilfe im Web 2.0 auf den Weg gebracht.

www.selbsthilfe-interaktiv.de heißt die Homepage. Gegliedert ist sie auf den ersten Blick in drei Bereiche, die farblich unterschiedlich gekennzeichnet sind:

Orange: Hier kann man sich im Netz orientieren. Es finden sich Hinweise auf Internet-Selbsthilfeforen anderer Anbieter. Aufgelistet sind dort zum Beispiel die ADHS-Chaoten, das Psoriasis-Netz oder das Forum Sucht und Selbsthilfe e.V.

Grün: „Hier mitdiskutieren“ ist ein Forum, in dem die Betroffenen Fragen stellen oder Erfahrungen teilen können. Hier kann der Surfer über alles rund um Selbsthilfe in Gruppen und Selbsthilfe im Internet diskutieren. „Hallo zusammen“, fragt da beispielsweise ein Mitglied der HIV-/Aids-Selbsthilfegruppe über den Rechtshintergrund bei einer Flyererstellung. „Was muss ich bei der Erstellung eines Flyers beachten? Muss ein Name und eine Adresse zwingend genannt werden? Da es eine anonyme Gruppe ist, bekennt sich keiner als Verantwortlicher...“

Türkis: Der dritte Bereich schließlich heißt „vor Ort andere finden“ mit Ansprechpartnern anderer Selbsthilfegruppen. Die Datenbanken der NAKOS und der SeKo Bayern listen an dieser Stelle Selbsthilfegruppenthemen, landesweite Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen sowie selbsthilfeunterstützende Beratungsangebote auf.

Mittlerweile ist selbsthilfe-interaktiv ein halbes Jahr am Start. Angemeldet sind auf der Plattform derzeit 374 registrierte Benutzer; insgesamt wurden im Juli 2012 1.655 Besucher gezählt, die die Seite 2.345 Mal besuchten. Die Zahl der Zugriffe lag bei 72.001.

Den Machern ist die Seriosität des Angebots ein wichtiges Anliegen. So werden nur die themenspezifischen Selbsthilfe-Internetforen vermittelt, die ein Aufnahmeverfahren durchlaufen haben und nach bestimmten Qualitätskriterien von der NAKOS geprüft wurden. Zentrale Voraussetzung für eine Aufnahme ist, dass das Forum von Betroffenen zum Zweck des Erfahrungsaustausches mit anderen Betroffenen gegründet wurde und betrieben wird. Verlangt wird ein Höchstmaß an Transparenz über Motive und Ziele des Angebots.

Die Anbieter müssen ihre Ziele nachvollziehbar und verständlich machen, über ihre Finanzierung informieren und nachweisen, dass sie keine kommerziellen Interessen verfolgen, unabhängig sind und möglichst ohne Werbung auskommen. Auch müssen sie den Schutz persönlicher Daten gewährleisten, ebenso wie das Forum. Es soll einen seriösen Ort für den Erfahrungsaustausch rund um gemeinschaftliche Selbsthilfe bieten, bei dem hohe Anforderungen an den Schutz persönlicher Daten gewahrt werden. Überdies wird das Forum von geschulten Moderatoren auf die Einhaltung der so genannten „Netiquette“ überprüft. Beiträge mit fragwürdigem Inhalt können umgehend gemeldet werden. Das Angebot von selbsthilfe-

interaktiv soll mit der Zeit ausgebaut werden. Angedacht ist etwa, in Zukunft virtuelle Gruppentreffen zu organisieren. Menschen mit seltenen Erkrankungen oder speziellen Problemen können sich hier im geschützten Rahmen austauschen. Sie bestimmen dabei selbst, wer ihren Gruppenraum betreten darf. Man könnte sich das sozusagen als „Selbsthilfe-Facebook“ vorstellen.

Die NAKOS hat sich in den letzten Jahren intensiv mit der Bedeutung des Internets für die Selbsthilfe auseinandergesetzt und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die emotionale Ebene im Internet nicht die Qualität hat, wie sie in einer herkömmlichen Gruppe erlebt wird, zum Beispiel weil non-verbale Kommunikationsinhalte entfallen. Dies begründet eine NAKOS-Publikation: „Ein Rückzug oder eine emotionale Verstimmung Einzelner wird im vir-

tuellen Raum unter Umständen weniger (schnell) wahrgenommen; die relative Anonymität des Mediums kann dazu führen, dass Leute unter falscher Identität oder respektloser miteinander kommunizieren, als sie es Situationen von Angesicht zu Angesicht tun würden.“ Selbsthilfefaktivitäten im Internet seien daher kein Ersatz für Selbsthilfegruppen, sondern eine Ergänzung und Erweiterung zu diesen und hätten als diese durchaus Existenzberechtigung: „Die von Betroffenen getragenen Austauschmöglichkeiten im Internet sind ein wichtiges nicht-kommerzielles Gegengewicht zu den unzähligen Informationsangeboten im Internet mit Profit- und Marketinginteressen. Anders als professionelle Austauschportale von mächtigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittelunternehmen bieten Selbsthilfe-Internetforen Betroffenenkompetenz und Glaubwürdigkeit.“



NAKOS und KOSA: Aktive Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Die **NAKOS** ist seit 1984 die bundesweite Aufklärungs-, Service- und Netzwerkeinrichtung im Feld der Selbsthilfe. Sie leistet generelle Aufklärungsarbeit über Möglichkeiten der Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige und vermittelt diese an Selbsthilfevereinigungen und -kontaktstellen. Basiswissen zur Selbsthilfe im Internet, Informationen über die gängigsten Austauschmöglichkeiten und über Anforderungen, die an den Austausch im Sinne der Selbsthilfe gestellt werden müssen, werden im 5. Band der NAKOS-Reihe Konzepte und Praxis „Internetbasierte Selbsthilfe“ zur Verfügung gestellt.

Weitere Informationen auf www.nakos.de und www.schon-mal-an-selbsthilfegruppen-gedacht.de

Kontakt: Tel.: 030/31018960



www.nakos.de

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat sich in den vergangenen Jahren intensiv mit der Selbsthilfe beschäftigt. Sie führte landesweit Fachtagungen zur Kooperation von Ärzteschaft und Selbsthilfegruppen durch. Auf Initiative der **Kooperationsberatung für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen (KOSA)** der KVBW entstand ein Kooperations-Leitfaden für Selbsthilfegruppen. (ergo 1/12, S. 12 ff. berichtete). Er bietet praktische Hilfestellungen für die Zusammenarbeit von ärztlichen Qualitätszirkeln und Selbsthilfegruppen, zeigt die Vorteile auf, die beide Seiten von kooperativen Arbeitsformen haben und gibt hilfreiche Tipps, wie Ärzte und Selbsthilfe in Kontakt kommen und wie Selbsthilfegruppen in die ärztliche Qualitätszirkelarbeit integriert werden können. Diese Form der Kooperation dient dazu, die Ärzte und Psychotherapeuten in ihrem Praxisalltag bei der Versorgung ihrer Patienten zu unterstützen. Selbsthilfegruppen finden Interessierte auf der Homepage der KVBW unter Praxisalltag → Qualitätssicherung → Qualitätszirkel → QZ und Selbsthilfegruppen

Kontakt KOSA: Daniela Fuchs, Tel.: 07121/5961-2396



www.kvbawue.de: Praxisalltag → Qualitätssicherung → Qualitätszirkel → QZ und Selbsthilfegruppen



„Man muss vielleicht manchmal mehr seinen Charme sprühen lassen“

Zur Arbeitssituation von Ärztinnen und Psychotherapeutinnen

„Ich bin niedergelassene Ärztin oder Psychotherapeutin“ – das können in Baden-Württemberg mehr als 8.000 Frauen sagen und beschreiben damit die deutschlandweite Situation. 36 Prozent der Ärzte sind weiblich, Tendenz steigend. 80 Prozent dieser Medizinerinnen, das zeigt eine Studie, die Dr. Astrid Bühren, niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gemeinsam mit dem Thieme-Verlag veröffentlicht hat, würden ihren Beruf wieder wählen. Doch es sind auch über ein Drittel der in Deutschland tätigen Ärztinnen unzufrieden mit der Bezahlung, den Mitbestimmungsmöglichkeiten und ihren Entwicklungschancen am Arbeitsplatz. Wie sich die Situation der Ärztinnen in Baden-Württemberg darstellt und wie es ist, wenn Frauen Führungspositionen anstreben und in ihnen arbeiten, zum Beispiel in der ärztlichen Selbstverwaltung, ist Thema dieser kleinen ergo-Serie.

Birgitt Lackus-Reitter ist psychologische Psychotherapeutin und seit 1987 niedergelassen in Heidelberg. Seit der neuen Legislaturperiode vertritt sie als eine der fünf Bezirksbeiräte der Bezirksdirektion Karlsruhe die Interessen der Niedergelassenen. Sie engagiert sich umfassend berufspolitisch, ist beispielsweise Vorstandsmitglied im Verband der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden, war Mitglied des Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Baden-Württemberg und vertrat schon die ehemalige KV Nordbaden als Delegierte der Vertreterversammlung. Die Erkenntnisse der Studie von Astrid Bühren kann sie so nicht teilen. So habe nach dieser Untersuchung fast jede dritte der 1.200 befragten Ärztinnen den Eindruck, sie könne aufgrund der Situation bei ihrem Arbeitgeber

beruflich nicht so erfolgreich sein, wie sie es gerne möchte. Knapp 80 Prozent beklagten, ihre Leistung sei nicht so anerkannt wie die ihrer männlichen Kollegen.

Eines zeigen Studie und Gespräche mit Ärztinnen immer wieder: Statistische Aussagen lassen sich nicht verallgemeinern. Entscheidend sind immer die individuelle Situation und der persönliche Anspruch. So antwortet Birgitt Lackus-Reiter auf die Frage, ob sie sich gleichberechtigt fühle, ohne Wenn und Aber: „Ja. Ja, das würde ich sagen, auf jeden Fall. Ich hatte bisher keine Nachteile und sehe keinen Unterschied zu meinen männlichen Kollegen. Ich weiß zwar, dass es Benachteiligungen gibt und habe das früher immer sehr kritisch registriert, aber ich habe es selbst nie erlebt.“

Allerdings, so schränkt die verheiratete Mutter zweier erwachsener Töchter ein, hänge dies vermutlich auch mit ihrem Alter zusammen: „Ich denke, dass Frauen eher benachteiligt werden, wenn sie jünger sind, weil die Möglichkeit besteht, dass sie Kinder bekommen.“ Sie selbst habe erst jetzt, mit 55 Jahren, da ihre Kinder erwachsen und aus dem Haus sind, genug Zeit für ihre politischen Ämter. Als junge Psychotherapeutin mit zwei kleinen Kindern sei die Situation viel schwieriger gewesen. Glück war für sie damals die Niederlassung, die es ihr auch ermöglichte, nur stundenweise zu arbeiten. Als besonderes Privileg empfindet sie es auch, dass ihr Mann, selbst niedergelassener ärztlicher Psychotherapeut, auf eine halbe Stelle gegangen ist, um ihr bei der Betreuung der Kinder zu helfen. Dies war vor 25 Jahren, als das Rollenverständnis noch ein anderes war, eher ungewöhnlich und eine ziemlich mutige Entscheidung ihres Mannes und si-

cherlich nicht unbedingt vereinbar mit jedem männlichen Selbstwertgefühl, aber ein klares Plus für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. „Wenn mein Mann zum Beispiel Manager gewesen wäre mit einer 60-Stunden-Woche, dann wäre das so nicht gegangen.“

In ihrer Arbeit als Psychotherapeutin sieht sie sich eher gefragt als ein männlicher Kollege: „Ich glaube, viele Frauen können eher eine Vertrauensbasis herstellen als Männer. Ihnen wird unterstellt, dass sie sich nicht so sehr selbst darstellen wollen oder nicht so machtbewusst sind wie Männer. Zudem gibt es als Patientinnen mehr Frauen als Männer und die wollen häufig lieber von Frauen behandelt werden, besonders, wenn es sich um Missbrauchsoffer handelt.“ Überdies seien ältere Psychotherapeutinnen noch gefragter als jüngere, ganz anders als in anderen Berufen. Die Niederlassung war für Lackus-Reitter auch insofern logische Konsequenz, als Psychologen in der Klinik keine rechte Möglichkeit hätten, sich weiterzuentwickeln oder Führungspositionen zu erlangen.



Birgitt Lackus-Reitter, psychologische Psychotherapeutin

In die Berufspolitik ist Lackus-Reitter gegangen, um sich für die Rechte ihrer Berufsgenossen einzusetzen. Dramatisch fand sie, wie schon Anfang der 1990er Jahre die Honorierung der Psychotherapeuten zurückgegangen ist. „Wir haben uns damals zusammengetan und gesagt, das geht nicht, wir können das nicht so durchgehen lassen. Wir haben dann einen Verband gegründet, bei dem ich Gründungsmitglied bin. Das war sozusagen das Motiv, dass wir gesagt haben, wir sorgen jetzt selbst dafür, dass wir wieder besser bezahlt werden.“

Auf die Frage, woran es liege, dass zwar ein Drittel der Niedergelassenen Frauen sind, dies sich aber nicht in der

Selbstverwaltung widerspiegeln – deutschlandweit sind in den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt nur fünf Frauen auf Vorstandsposten – antwortet sie: „Männer haben noch immer ihre Verbindungen, ihre Lobby. Sie gehen zum Beispiel mal nach einer Sitzung gemeinsam etwas trinken, die haben eine andere Art, Kontakte zu knüpfen, während die Frauen dann vielleicht eher nach Hause gehen und sich um die Kinder kümmern, zumindest so lange die klein sind. Frauen können sich sicher nicht so gut vernetzen wie die Männer, die von ihren Frauen den Rücken freigehalten bekommen. Ich sehe das schon so, dass ich meine berufspolitische Arbeit nur machen können, weil mein Mann bereit dazu war. Als Frau ist man extrem abhängig, ob der Partner da mitspielt.“ Ein weiterer Grund, warum mehr Männer als Frauen in der Selbstverwaltung tätig sind, sei möglicherweise, dass ein Mann in einer politischen Aufgabe eher seine Selbstverwirklichung sehe, eine Frau dagegen sich andere Ziele setze.

In der politischen Arbeit fühlt sie sich heute vollkommen akzeptiert: „Erst war ich einfaches Verbandsmitglied, dann stand die Wahl zur Vertreterversammlung an und der Verband fragte mich, ob ich Interesse hätte, die Sache der Psychotherapeuten zu vertreten. Als ich dann gesagt habe, okay, das mache ich, da habe ich erlebt, dass wir Frauen ungewöhnlich viele Stimmen bekommen haben. Das habe ich als großen Zuspruch erlebt.“

Das sei vor Jahren noch ganz anders gewesen: „Da erlebe ich eine Veränderung zu der Zeit, als ich 20 war, da gab es eine größere Skepsis gegenüber Frauen. Ich hatte damals das Gefühl, eine Frau müsse doppelt so viel leisten, um das gleiche zu erreichen wie ein Mann. Jetzt habe ich aber den Eindruck, dass die Gesellschaft mehr schätzt, was Frauen mitbringen können.“ Zwar müsse man als Frau insgesamt noch etwas kommunikativer und noch verbindlicher sein, muss vielleicht auch mehr Charme sprühen lassen, führt Lackus-Reitter aus, doch immerhin, als sie sich niedergelassen habe, gab es eine einzige ärztliche Psychotherapeutin in der VV, „jetzt gibt es ja viel mehr, sowohl ärztliche als auch psychologische Psychotherapeutinnen in den KV-Gremien.“

Die Zukunft ihrer beiden Töchter, einer angehenden Politologin und einer angehenden Juristin, beurteilt sie zuversichtlich. „Die beiden fühlen sich gleichberechtigt. Wie das in der Realität aussieht, weiß ich nicht, auch gerade für junge Frauen, aber ich erlebe es so, das in der Gesellschaft weiblichen Werte wie Beständigkeit oder Verbindlichkeit einen höheren Stellenwert bekommen haben.“

Erfolgreiche DMP-Bilanz nach zehn Jahren Erfahrung

Bürokratischer Aufwand ist noch immer ein Kritikpunkt

Die hitzigen Diskussionen um die Einführung von Disease Management Programmen (DMP) in Baden-Württemberg im Jahr 2002 sind heute Geschichte. Die damalige Sorge einiger Ärzte, ihre Behandlungsfreiheit werde durch die Einführung der DMP zu sehr eingeschränkt, sind längst vergessen. Zehn Jahre Erfahrung mit DMP zeigen, dass die Idee, chronisch kranke Menschen in speziellen Programmen zu versorgen, sehr erfolgreich ist.

Strukturierte Behandlungsprogramme – festgelegt anhand der Leitlinien des G-BA – sind die Grundlage für Arzt und Patient zur optimalen Versorgung. Sie geben die erforderlichen Untersuchungen und Behandlungsintervalle vor – quasi als Erinnerungsfunktion für Arzt und Patient. Inzwischen sind es 731.417 Patienten in Baden-Württemberg, die sich in eines oder mehrere der sechs DMP eingeschrieben haben: DMP Diabetes mellitus Typ 1 sowie Typ 2, DMP Koronare Herzkrankheit, DMP Asthma, DMP COPD und DMP Brustkrebs. 8.008 Ärzte haben bisher von der KVBW eine Genehmigung zur Teilnahme erhalten.

Die Befürchtung vieler Ärzte vor zehn Jahren, der bürokratische Aufwand sei zu hoch und zu fehleranfällig, hat sich inzwischen relativiert. Das Erfassen der Daten durch die Datenstellen und die Auswertung durch die Gemeinsame Einrichtung (GE) funktioniert reibungslos. Jeder Arzt erhält zweimal im Jahr einen indikationsspezifischen Bericht, der ihm in seinem persönlichen Bereich des Mitgliederportals der KVBW zur Verfügung gestellt wird. Er hat so einen regelmäßigen Überblick, ob und wie er seine individuellen Qualitätsziele erreicht. Außerdem kann er seine Ergebnisse mit den Resultaten der Gesamtheit der teilnehmenden Ärzte vergleichen und damit sein Behandlungs- und Ordnungsverhalten stetig verbessern. Viele teilnehmende Ärzte diskutieren darüber hinaus ihre Er-

gebnisse in den regionalen Qualitätszirkeln und können damit vom fachlichen Austausch profitieren.

Doch der bürokratische Aufwand bleibt ein Thema. Die KVBW arbeitet daher derzeit gemeinsam mit den Kassenverbänden an der Möglichkeit, das Mitgliederportal der KVBW besser zu nutzen. In Kürze werden die Ärzte ihre Patienten-Dokumentationen anonymisiert über das Mitgliederportal direkt an die Datenstellen senden können.

Ein weiterer Kritikpunkt der Ärzte ist die Dokumentation. Ohne sie wäre eine Evaluation und damit eine Weiterentwicklung der DMP-Programme nicht möglich. Die Inhalte der Dokumentation führen in den Praxen jedoch immer wieder zu Missverständnissen und lassen einen Spielraum zu, der zu unbeabsichtigten Dokumentationsfehlern führen kann. Die KVBW arbeitet gemeinsam mit den zuständigen Stellen mit Hochdruck daran, die Dokumentation zu vereinfachen und für die Arztpraxen transparenter zu gestalten.

Fachlich zeigen die bisherigen Ergebnisse, dass die Versorgung chronisch kranker Menschen verbessert wird. Nimmt man beispielsweise die Ergebnisse des DMP Diabetes mellitus Typ 2, so lässt sich feststellen, dass 2011 von den zwölf vereinbarten Qualitätszielen sieben erreicht wurden. Dazu zählen die individuelle Einhaltung des HbA1c-Wertes oder der Anteil der Patienten mit einem HbA1c-Wert unter 8,5 Prozent. Ein Beispiel dafür, dass in den DMP meist zweierlei Arten von Zielen vereinbart werden: individuell auf den Patienten zugeschnittene Ziele und Ziele, die für die Gesamtheit der DMP-Patienten erreicht werden sollen.

Alle Beteiligten aber sind sich einig: Ein DMP mit umfassender Datenerfassung liefert wertvolle Daten und Er-

kenntnisse für die Versorgung chronisch Kranker. Die Zahl der stationären Einweisungen und somit der extremen Ereignisse wird durch die DMP reduziert – Kostenersparnis inklusive. Auch der individuelle Umgang der Patienten mit ihrer Krankheit wird deutlich besser: Sie werden sensibilisiert und lernen frühzeitig, ihren Lebensstil anzupassen.

Vor dem Hintergrund dieser positiven Erfahrungen der ersten zehn Jahre wird immer wieder die Einführung weiterer DMP-Indikationen gefordert. Der neue Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat jüngst in einem Interview geäußert, dass er die Aufnahme wei-

terer DMP-Programme für sinnvoll erachte. So wird im G-BA darüber nachgedacht, mittelfristig ein DMP für Psychosomatische Erkrankungen und ein DMP Demenz neu einzuführen. Auch die Ausgestaltung der bestehenden Programme wird beständig weiter angepasst. So wäre es wünschenswert, wenn in diesem Bereich künftig präventive Maßnahmen mehr Berücksichtigung finden würden. Sie könnten in die DMP-Verträge aufgenommen und den Programmen vorgeschaltet werden. Denkbar wären beispielsweise verbindliche Präventionsschulungen für alle Bürger – aber das ist derzeit noch Zukunftsmusik.

Interview zu DMP mit Dr. Marcus Öchslen

In einem Gespräch mit ergo referierte Dr. Marcus Öchslen, Mitglied der Diabetes-Kommission der KVBW, über seine zehnjährige Erfahrung mit den DMP.



ergo: Welches Resümee ziehen Sie nach zehn Jahren DMP?

Dr. Öchslen: Die Einführung der DMP hatte zum Ziel, Fehlversorgungen, Über- und Unterversorgungen bei der Behandlung chronisch kranker Menschen zu minimieren. In der Anfangsphase wurden die Programme von den meisten ärztlichen Kollegen als reines Steuerungsinstrument wahrgenommen, um grundlegende Kennzeichen des freien Berufs, wie Therapiehoheit und Therapiefreiheit zu reglementieren. Inzwischen sind die DMP zu integralen Bestandteilen der Versorgung im ambulanten Sektor geworden, wenngleich der Nutzen der Programme immer noch kontrovers diskutiert wird, vor allem in Bezug auf die Steigerung der Versorgungsqualität chronisch kranker Menschen. Insbesondere im Sektor der Diabetologie wird die Notwendigkeit der Programme offensichtlich, weil die diabetologische Betreuung nur über die DMP zu finanzieren ist.

Vor der Einführung der DMP war die spezialisierte Diabetologische Betreuung ein Randgebiet, obwohl von hoher Inzidenz und Prävalenz der Erkrankung gekennzeichnet. Nach Einführung der DMP wurde es in Baden-Württemberg erstmals möglich, eine flächendeckende strukturierte Betreuung der im „Ländle“ lebenden Diabetiker auch vergütet zu bekommen. Mit dieser finanziellen Aufwertung ist auch ein spürbarer Prestigeerfolg für das Fach verbun-

den, der sich direkt in einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen niederschlug.

Durch die DMP werden Zielbereiche definiert, Schnittstellen zwischen Hausärzten und spezialisierten Einrichtungen beschrieben. Vor dem Hintergrund der finanziellen Anreize und der im Rahmen der Programme geschaffenen Strukturen zeigt sich erstmals eine Verbesserung der Diabetikerversorgung in Baden-Württemberg, die, um es nochmals explizit hervorzuheben, annähernd flächendeckend ist.

Vertretern der reinen Lehre in der Diabetologie gehen zentrale Zielvereinbarungen und Qualitätsindikatoren nicht weit genug oder sind die vorgeschlagenen Behandlungspfade oft nicht aktuell genug. Eine Anpassung der genannten Punkte ist der zweite Schritt. Die Diabetes-Kommission Baden-Württemberg, als beratendes Gremium des Vorstandes der KVBW, für die ich hier spreche, arbeitet kontinuierlich daran, durch konstruktive Kritik und Aufzeigen von Lösungswegen auch den fachlichen Standard der DMP Vereinbarungen zu heben. Die Struktur der Entscheidungsgremien bietet allerdings wenig Flexibilität, sodass die sicher erforderlichen Veränderungen und Anpassungen erst mittelfristig erreicht werden können.

Ein weiterer zentraler Kritikpunkt seitens der ärztlichen Kollegen war der immense bürokratische Aufwand der erforderlichen Dokumentationen, mit dem die Verbesserung der Versorgungsstruktur erkaufte wurde. Auch in diesem Be-

reich konnte durch die Arbeit der Diabeteskommission eine gewisse Erleichterung durch die Möglichkeit der bevorstehenden elektronischen Dokumentation über das Mitgliederportal der KVBW erzielt werden. In anderen Bereichen bemüht sich die Diabetes-Kommission ebenfalls um Änderung. Unscharfe oder missverständliche Formulierungen in den Dokumentationsbögen, die die Datenqualität signifikant vermindern, konnten in diesem Zusammenhang ebenfalls entschärft werden, so dass die Dokumentation für die Ärzte transparenter und verständlicher gestaltet werden konnte, um damit den Verwaltungsaufwand in den Praxen zu reduzieren. Weitere Korrekturen bei der Dokumentation werden aktuell in den zuständigen Gremien in Baden-Württemberg mit der Bundesebene diskutiert.

Zusammenfassend konnten trotz aller oben angeführten Widrigkeiten die meisten der geforderten Qualitätsindikatoren erreicht werden, was eine spürbare Verbesserung der Ergebnisqualität auf dem Boden einer deutlichen Verbesserung der Strukturqualität bedeutet.

ergo: *Wie hoch schätzen Sie die Vorteile für die Patienten in den DMP ein?*

Dr. Öchslen: Die Vorteile für die Patienten können nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sicher gibt es hier und da Verwerfungen, die allerdings im Rahmen der Qualitätsberichte, die den Kollegen in regelmäßigen Abständen vorliegen, direkt angegangen und eliminiert werden können. Die Einrichtung eines funktionierenden Recallsystems ist vor dem Hintergrund der zeitlich streng strukturierten Abfolge bestimmter Untersuchungen keine komplizierte Aufgabe für eine durchschnittliche Praxis. Gerade diese oben angesprochene Regelmäßigkeit ist für den Diabetiker von elementarer Bedeutung, um Folgeschäden frühzeitig zu erkennen und einer spezialisierten Behandlung zuführen zu können.

In diesem Zusammenhang kommt dem Patienten auch die Definition von Schnittstellen zwischen hausärztlicher und spezialisierter Versorgungsstufe zugute, obwohl hier sicher noch Verbesserungsbedarf besteht; dies insbesondere in der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms, bei dem wie in keinem Gebiet der Inneren Medizin fächerübergreifendes Handeln gefragt ist.

ergo: *Wo liegen die Vorteile für den Arzt?*

Dr. Öchslen: Die Vorteile für die ärztlichen Kollegen liegen einerseits in der Struktur fest vorgegebener Untersuchungszyklen und Zielvereinbarungen, die eine gewisse

Sicherheit bieten. Sie sind jedoch auch im Bereich der extrabudgetären Vergütung ihrer Leistungen zu sehen.

ergo: *Läuft aus Ihrer Sicht die Kommunikation zwischen Hausärzten und Fachärzten innerhalb der DMP besser als außerhalb der DMP?*

Dr. Öchslen: Die Kommunikation zwischen fachärztlichen und hausärztlichen Kollegen ist immer ausbaufähig, wobei hier die Kommunikationskultur unter Ärzten im Allgemeinen verbesserungswürdig ist. Bezogen auf die DMP Diabetes besteht oft das Problem, dass dringend benötigte Befunde nicht zu den betreuenden Ärzten vordringen. Dies verkompliziert die ohnehin oft schon als aufwendig empfundene Dokumentation und führt zu einer spürbaren Verzerrung der Datenlage, was die Ergebnisqualität anbelangt.

ergo: *Wo sehen Sie als Arzt noch Verbesserungsbedarf bei den DMP?*

Dr. Öchslen: Ich sehe einen erheblichen Nachholbedarf bei den Patientenschulungen, insbesondere im Bereich der Diabetologie. Ich schließe mich hier gerne den Forderungen vieler Kolleginnen und Kollegen an, wenn sie sagen, dass wir dringend neue und aktualisierte Patientenschulungsprogramme in den DMP benötigen. Es gibt Schulungsprogramme, die inzwischen obsolet sind. Dennoch haben sie in den DMP-Vereinbarungen einen festen, meines Erachtens aber nicht gerechtfertigten Platz und deshalb werden von den ärztlichen Kollegen immer noch abgerechnet, wodurch der Eindruck entsteht, die Programme seien noch im Gebrauch und hätten hierdurch eine Existenzberechtigung.

Dies wirkt umso grotesker, weil die meisten schulenden Einrichtungen sich bereits ihre eigenen Schulungsprogramme „gestrickt“ haben, um sie althergebrachten, aktuellen pädagogischen Bedürfnissen anzupassen.

Dem Wunsch der Schulenden nach möglichst hoher Schulungsqualität und nachhaltiger Wissensvermittlung steht allerdings gegenüber, dass diese modifizierten Curricula nicht validiert sind. Dies führt zu einer völlig uneinheitlichen Schulungslandschaft, in der eine strukturierte Ausbildung unserer Patienten nicht mehr gewährleistet ist. Es resultieren massive Unterschiede im Schulungsgrad und damit im Wissensstand der Patienten, was um so schwerer wiegt, da der zentrale Behandlungsansatz, vor allem in der Behandlung des Typ 2 Diabetes eine Lebensstilmodifikation durch einen hohen Grad an Selbstmanagement der

Patienten ist. Dies kann nur durch einheitliche, den individuellen Lerngewohnheiten angepasste Curricula erzielt werden.

In den DMP-Verträgen fehlt das Angebot von Einzelschulungen für unsere Patienten. Unbestritten ist die Gruppenschulung, das Basissetting der Diabetikerschulung. Einzelschulungen müssen in zunehmendem Maße durchgeführt werden, weil die Therapien immer komplizierter und die Patienten immer älter werden. Es müssen damit besondere Anforderungen an das Schulungskonzept gestellt werden, um der veränderten Lernweise einzelner Patientengruppen Rechnung zu tragen.

Ein zentrales Thema im Bereich der Diabetologie stellt die Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms dar. Der finanzielle Aufwand für die diabetologischen Schwerpunktpraxen zur Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms ist erheblich. Die aktuelle Vergütungssituation gefährdet die spezialisierte Versorgung unserer Patienten. Die Diabetes Kommission schließt sich uneingeschränkt der Einschätzung unserer Kollegen an, die hierin den Grund sehen, warum unser Qualitätsziel einer spürbaren Senkung der Amputationsrate nicht erreicht werden kann.

ergo

Neue GOÄ wird mit Experten in Berlin verhandelt

Private Krankenversicherungen wollen Honorare reduzieren

Interview zur GOÄ-Reform mit Dr. Dieter Haack

Eine Reform der GOÄ ist überfällig. In der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU/CSU und FDP steht denn auch lapidar: „Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen.“ Wie weit ist das Vorhaben gediehen? ergo führte hierzu ein Gespräch mit Dr. Dieter Haack, Chirurg aus Stuttgart und Mitglied der Vertreterversammlung. Er ist in Berlin an den Verhandlungen beteiligt.



ergo: Herr Dr. Haack, wie lange gibt es die GOÄ in ihrer jetzigen Fassung?

Dr. Haack: Die heutige GOÄ wurde Anfang der 90er Jahre geschaffen, hat sich seitdem aber

nicht wesentlich verändert. 1996 wurden die Beiträge einmal um 3,6 Prozent angehoben. Noch immer ist aber ein Geburtsfehler nicht behoben: Die Sätze sind nicht betriebswirtschaftlich kalkuliert, sondern sind damals nur über den Daumen gepeilt worden.

ergo: Das bedeutet: Unsere Mitglieder rechnen heute die privaten Leistungen auf Basis einer GOÄ-Systematik ab, die etwa 22 Jahre alt ist und zu Beträgen, die etwa 16 Jahre alt sind?

Dr. Haack: Genau so ist es, deshalb fordern wir seit Jahren eine Überarbeitung der GOÄ. Man muss zudem berücksichtigen, dass viele heutige Leistungen in der GOÄ gar nicht aufgeführt sind, weil es die damals noch nicht gab, beispielsweise die ganzen endoskopischen Leistungen im operativen Kapitel, oder Kernspintomografie.

ergo: Die Überarbeitung der GOÄ ist Bestandteil der Koalitionsvereinbarung in Berlin....

Dr. Haack: Die Überarbeitung der GOÄ läuft schon seit Jahren. Das Problem ist, dass das ein ungeheuer aufwändiges Arbeitsprogramm darstellt. 1996 gab es etwa knapp über 2000 GOÄ-Leistungen. Zur Überarbeitung wurden die Berufsverbände gebeten, ihr Leistungsspektrum darzustellen. Das war extrem zeitaufwändig. Das Ergebnis ist, dass wir deutlich über 4.000 Leistungen haben. Bei jeder einzelnen Leistung muss nun der ärztliche Anteil bestimmt und eine technische Leistung definiert werden.

Ein Institut aus der Schweiz, das auch den EBM mit entwickelt hat, stellt derzeit die Berechnungen an und erhebt die Zeiten, die für eine bestimmte Leistung erforderlich sind, die Infrastruktur und das Personal.

ergo: *Wer verhandelt aktuell in Berlin?*

Dr. Haack: Zuständig ist die Bundesärztekammer, die jedoch personell völlig unterbesetzt ist. Experten aus den Fachgruppen werden hinzugezogen

ergo: *Wie ist der aktuelle Stand?*

Dr. Haack: Wir haben die 4.300 Gebührenordnungspositionen im Augenblick definiert. Die privaten Krankenversicherungen wollen allerdings nicht mehr bezahlen und dafür den Punktwert für die Leistungen um zehn Prozent absenken, um so Kostensteigerungen in den kommenden Jahren aufzufangen. Das tragen wir natürlich nicht mit. Wir fordern einen Zuschlag im zweistelligen Prozentbereich. Ansonsten lehnen wir eine neue GOÄ ab.

ergo: *Habe ich Sie gerade richtig verstanden, dass die privaten Krankenversicherungen fordern, dass die Ärzte in der neuen GOÄ weniger bekommen sollen für Leistungen, als es heute der Fall ist?*

Dr. Haack: Ja, so ist es, das ist eine ganz klare Verweigerungshaltung. Ich kann nicht meinen Kollegen sagen, wir haben eine neue GOÄ, aber ihr bekommt jetzt weniger Geld als in der Vergangenheit. Das wäre absurd. Es gibt noch andere Knackpunkte: Die PKV möchte beispielsweise Einzelverträge mit Ärzten abschließen, was wir ablehnen, weil dann einzelne Ärzte oder Gruppen gegeneinander ausgespielt werden. Bei allen Differenzen mit den Privaten Krankenkassen sehe ich aber schon die Möglichkeit auf eine Einigung, so dass wir dann eine GOÄ mit betriebswirtschaftlich kalkulierten Sätzen hätten. Es gibt noch einige „Spielfelder“ in Bezug auf den Punktwert, aber auch die Multiplikatorsätze. Mal sehen, was dabei rauskommt, aber wir werden ohne eine deutliche Erhöhung keine GOÄ unterschreiben.

ergo: *Wie ist der weitere Weg?*

Dr. Haack: Wir könnten unsere Arbeit in der Legislaturperiode noch abschließen und einen Konsens mit den privaten Krankenversicherungen herstellen. Dann würde es einen Entwurf geben, der dem Bundesgesundheitsministerium vorgelegt wird. Allerdings glaube ich nicht, dass er vor der Bundestagswahl noch verabschiedet wird. Der Bundesgesundheitsminister forciert das zwar, aber dann müssen erst noch der Bundestag und der Bundesrat zustimmen.

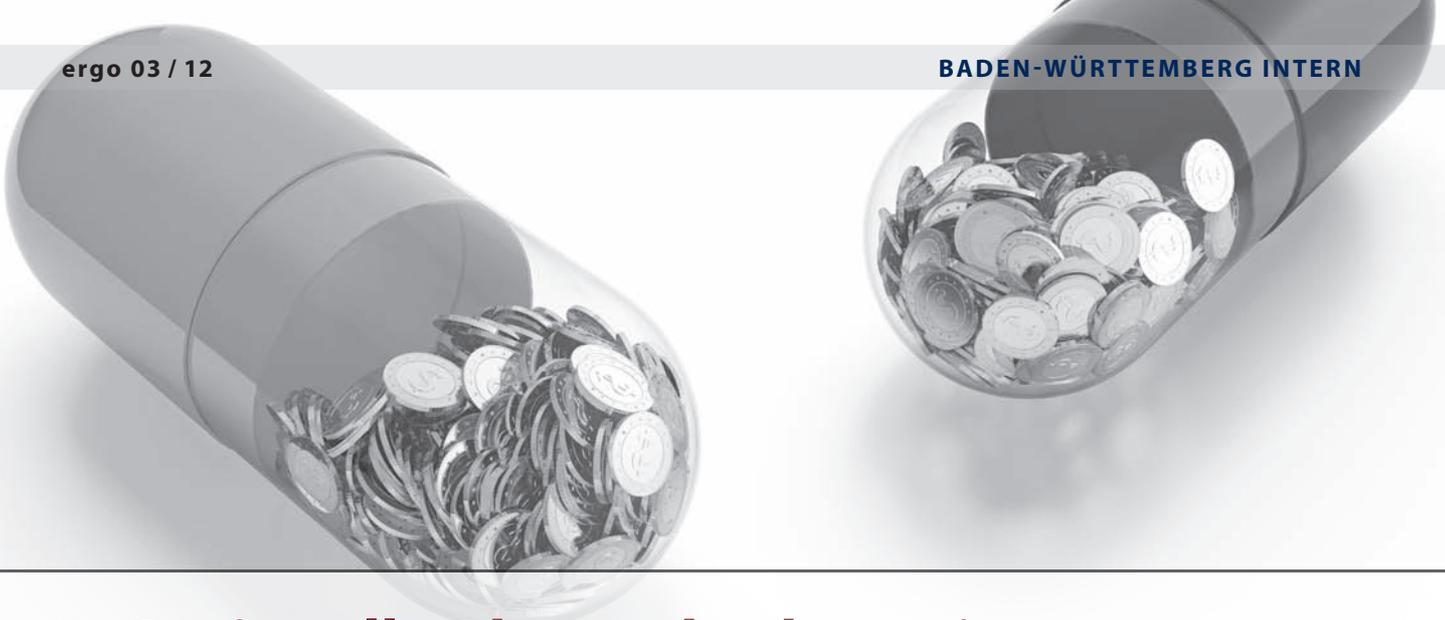
ergo

Der Versorgungsbericht der KV Baden-Württemberg ist erschienen

Bereits zum fünften Mal gewährt der Versorgungsbericht einen Überblick über die Situation der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung und beschäftigt sich mit der Zukunftssicherung. Beleuchtet wird dabei auch die Statistik mit einem umfangreichen Datenteil, der als Anhang bereitsteht.

Besonderes Augenmerk legt der Versorgungsbericht in diesem Jahr auf die Nachwuchsgewinnung. Hintergrund ist der Ärztemangel, vor dem die Ärzteschaft schon seit Jahren warnt. Von den 20.187 Ärzten im Land – das zeigt die Untersuchung der Altersstruktur – sind bereits 28 Prozent über 60 Jahre alt. Sieht man sich beispielsweise die Fachgruppe der Hausärzte an, so zeigt sich, dass gut 2.000 Ärzte zwischen 40 und 49 Jahren sind, 1.300 bis 1.400 zwischen 50 und 64, aber nur 312 im Alter von 28 bis 39 Jahren. Nimmt man die Psychotherapeuten, zeigt sich ein ähnliches Bild – wie übrigens auch bei allen anderen Fachgruppen. Hier sind 531 Ärzte zwischen 50 und 59, aber nur 92 zwischen 28 und 39 Jahre alt. Dies bereitet dem KVBW-Vorstand besondere Sorge. „Für die KVBW ist die Sicherstellung der Versorgung Verpflichtung, mit kreativen Ideen dem drohenden Mangel an Ärzten in der Region entgegenzutreten“ heißt es im Editorial des Vorstands der KVBW und der Vertreterversammlung. Skizziert werden daher im Versorgungsbericht die vielfältigen Projekte und Konzepte zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung wie etwa das Projekt regiopraxis KVBW. In von der KV geförderten Ärztezentren haben die Ärzte die Möglichkeit, in einem Ärztezentrum im Team oder in Teilzeit zu arbeiten. Die Arbeit der KVBW stützt sich außerdem schwerpunktmäßig auf die Neustrukturierung des Bereitschaftsdienstes. Mit einer niedrigeren Dienstfrequenz und einer angemessenen Vergütung soll der Arztberuf für jüngere Ärzte attraktiver gestaltet werden. Der Versorgungsbericht ist im Internet unter www.kvbawue.de → Presse → Publikationen → Versorgungsbericht herunterzuladen.





Rationelle Pharmakotherapie erschließt Einsparpotentiale

K6-Programm unterstützt bei effektiver und evidenzbasierter Verordnung

Am Anfang stand ein Wahlversprechen: Dr. Norbert Metke kündigte in seiner Rede zur Wahl des neuen Vorstands Ende 2011 unter anderem ein Konzept für eine evidenzbasierte, rationelle Pharmakotherapie an. Der Hintergrund waren Überlegungen, dass es auch in der kollektiven Versorgung ein Einsparpotenzial im Arzneimittelbereich gibt, das es für die Vertragsärzte im Land zu nutzen gilt.

Inzwischen ist aus dem Versprechen ein Programm geworden: das K6-Programm zur rationellen Pharmakotherapie. Nach einem Beschluss auf der letzten Vertreterversammlung im Juli arbeiten Vorstand und Verwaltung derzeit an der konkreten Ausgestaltung des Programms. K6 setzt sich zusammen aus sechs verschiedenen Komponenten, die die Vertragsärzte darin unterstützen sollen, effektiv und evidenzbasiert zu verordnen. Kern des Programms ist die ARV-Schnittstelle, die sogenannte Arzneimittelvereinbarungsschnittstelle der KBV. Hier kann die KVBW alle relevanten Informationen einspeisen, die über die Praxissoftware dem Arzt in der täglichen Praxis zur Verfügung stehen. Angedacht sind derzeit Informationen über die Leitsubstanz, mögliche Rabattverträge und die Zielerreichungsquote. Natürlich bleibt es letztlich in jedem Einzelfall dem Kollegen und seinen fachlichen Überlegungen überlassen, ob er die neuen Strukturen nutzen möchte.

Ergänzt werden die Informationen in der Praxissoftware durch die schon bekannten und bewährten Kommunikationsmedien Mitgliederportal, Verordnungsforum und Frühinformation Arzneimittel. Sie sollen besser verzahnt und attraktiver in Wahl und Aufbereitung der Themen werden. Angedacht sind thematische Schwerpunkte, die von einem Arzneimittel-Board in regelmäßigen Sitzungen bestimmt werden. Auch in den persönlichen Beratungs-

angeboten und über die Qualitätszirkel werden diese strukturierten Informationen dem Arzt künftig zur Verfügung gestellt.

Insgesamt unterstützen diese Pläne eine bessere Steuerung des Ordnungsverhaltens. Der Arzt erhält für jede Erkrankung einen einfachen, im Prinzip immer wieder gleichen Algorithmus: Die Diagnose zu Beginn führt über die Substanz zur Leitsubstanz bis hin zur Zielerreichungsquote. Dies hätte Einsparungen zur Folge, die rückgeführt werden könnten in das ärztliche Honorar.

Wie das konkret aussehen kann, welcher Anteil an die Ärzte zurückfließt, welche Fachgruppen wie profitieren, ob es Boni pro Patient oder pro Verordnung gibt – dies und mehr gilt es derzeit zu prüfen. Vorstand und Fachabteilungen der KVBW sind damit beschäftigt, Modelle auszuarbeiten, wie diejenigen Ärzte oder Fachgruppen begünstigt werden können, die durch ihr Ordnungsverhalten zur Einsparung beigetragen haben. Damit wird der Vorstand im Herbst in die konkreten Verhandlungen mit den Krankenkassen gehen. Diese haben bereits Gesprächsbereitschaft signalisiert, doch stehen sicher noch aufwändige Verhandlungen ins Haus, bis wirklich eine Einigung erzielt wird.

Sollte diese am Ende des Jahres erreicht sein, hätte der Vorstand der KVBW dreierlei erreicht: eine verbesserte Versorgung der Versicherten, verminderte Regressgefahr für die verordnenden Vertragsärzte sowie deutliche Einsparungen im Arzneimittelbereich in der kollektiven Versorgung. Neben dem finanziellen Anreiz schafft der Vorstand damit eine erneute Verbesserung der Bedingungen für die Vertragsärzte im Land, die so nicht nur ein Wahlversprechen bleibt.

KV-Ärzte stolz auf die nachweislich hohe Qualität der Versorgung

Qualitätsbericht erfüllt den Anspruch auf Transparenz der Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung

Der in diesem Jahr bereits zum Sommerende publizierte Qualitätsbericht der KVBW für das Berichtsjahr 2011 belegt erneut, dass sich die Patienten auf eine hohe Qualität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verlassen können. Darauf können die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg zu Recht stolz sein. Die wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung durch Niedergelassene ist eine der wichtigsten Leistungen unseres Gesundheitssystems, die es langfristig zu sichern gilt.

Wie bereits im Vorjahr wurde der aktuelle Qualitätsbericht in der Druckversion aus Gründen der Übersichtlichkeit und Kostenersparnis deutlich verschlankt. Außerdem wurde die Auflagenhöhe der Druckversion, die als Beilage eine CD-Rom mit dem Gesamtbericht einschließlich Datenteil zu den einzelnen Qualitätssicherungsbereichen enthält, reduziert. Die Auflagenhöhe der CD-Rom wurde beibehalten, so dass die Mitglieder der Qualitätssicherungs-Kommissionen und die Qualitätszirkel-Moderatoren den Qualitätsbericht künftig zunächst nur als CD-Rom erhalten. Bei dieser Umstellung ist die KVBW davon ausgegangen, dass dieser Empfängerkreis in der Regel die CD-Version des Qualitätsberichts nutzt.

Im redaktionellen Teil des Qualitätsbericht 2011 wird über aktuelle Themen berichtet. Hier wird unter anderem über die ersten Evaluationsergebnisse zum Mammographie-Screening informiert. Zusammenfassend ist der Trend erkennbar, dass vermehrt Brustkarzinome im Anfangstadium entdeckt werden. Bei der Präsentation der Stichprobenergebnisse zur Einführung des Qualitätsmanagements in den Praxen hat sich erneut bestätigt, dass die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg in diesem Bereich bestens aufgestellt sind.

Als weiterer Schwerpunkt wird über die Qualitätselemente bei den Disease Management Program-

men (DMP) informiert. Exemplarisch wird die Erreichung der vertraglich vereinbarten Qualitätsziele im DMP Diabetes mellitus Typ 2 dargestellt und differenziert betrachtet. In verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass die Patienten bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz von den strukturierten Behandlungsprogrammen profitieren.

Der Datenteil auf der CD-Rom macht transparent, welche Ergebnisse die von der KVBW mit ihren Qualitätssicherungs-Kommissionen durchgeführten Prüfungen gebracht haben. Diese Qualitätsprüfungen im Rahmen der Erteilung und Aufrechterhaltung von Genehmigungen für qualifikationsgebundene Leistungen sichern den Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung. Hierzu nachstehend einige Zahlen:

Für qualifikationsgebundene Leistungen auf der Grundlage bundesrechtlicher Vereinbarungen wurden im Jahr 2011 durch die KVBW 8.841 Genehmigungsanträge bearbeitet. Dabei konnten 8.353 Qualitätssicherungs-Genehmigungen in 45 verschiedenen Leistungsbereichen erteilt werden. In 488 Fällen konnten die Antragsteller die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllen, so dass eine Genehmigung nicht erteilt wurde. In 52 Fällen wurden bestehende Genehmigungen widerrufen, da die Qualitätsprüfung Mängel ergab beziehungsweise Qualifikationsvoraussetzungen weggefallen sind.

Die meisten Qualitätssicherungs-Genehmigungen wurden in den Bereichen Ultraschalldiagnostik (3.767), Psychotherapie (2.116) und Strahlendiagnostik/-therapie (531) erteilt.

ergo

Informationen im Internet

www.kvbawue.de → Presse → Publikationen → Qualitätsbericht

Physiotherapeuten beklagen zu komplexe Heilmittelrichtlinien

Formfehler in ärztlichen Verordnungen führen zu Abrechnungsproblemen

Für die Physiotherapeuten in Baden-Württemberg bestehen Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit mit den Ärzten. In Gesprächen mit KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke klagte der Vorsitzende des Deutschen Verbandes für Physiotherapie, Michael N. Preibsch, dass die Krankenkassen immer rigider bei Formfehlern in Verordnungen vorgehen. Insbesondere ungenaue oder unvollständige Angaben der Diagnose auf vertragsärztlichen Verordnungen für Heilmittel führen dazu, dass die Krankenkassen die Verordnungen absetzen und die Behandlungen nicht bezahlen. Dann bleiben die ausführenden Physiotherapeuten auf ihren Kosten sitzen und müssen sich mit den Krankenkassen herumstreiten, so Preibsch.

Die Physiotherapeuten warnen vor den Konsequenzen aus diesen Schwierigkeiten mit den Krankenkassen, so Michael Preibsch: „Eigentlich müssten die Physiotherapeuten die Patienten zum Arzt zurück schicken, um die Formfehler auf dem Rezept korrigieren zu lassen. Das aber kann weder im Sinn der Therapeuten noch der Ärzte oder der Patienten sein.“

Einig ist sich die KVBW mit den Physiotherapeutenverbänden darüber, dass die aktuelle Heilmittelrichtlinie inklusive Heilmittelkatalog einer dringenden Überarbeitung und Entbürokratisierung bedürfen. Metke bemängelt vor allem den komplexen Regelungscharakter und den damit verbundenen hohen bürokratischen Aufwand für die Ärzte. „Eine Folge daraus ist das fehlerhafte Ausstellen der Heilmittelverordnung, was leider immer wieder vorkommt.“ Der ärztliche Praxisalltag ließe es einfach nicht zu, alle detaillierten Vorschriften aus dem Heilmittelkatalog im Blick zu haben und kontinuierlich umzusetzen. Hinzu kommt, dass auch die EDV nicht immer mitspielt: „Oft wird von der Praxis-Software einfach der Text des Heilmittelkatalogs übernommen, der allerdings für eine genaue Diagnose nicht ausreicht. Das zeigt, wie dringend notwendig eine Korrektur des Heilmittelkataloges ist“, betont der KVBW-Chef.

Die Leidtragenden sind, auch da sind sich KVBW und Physiotherapeutenverbände einig, Patienten, die eine dringend

notwendige Behandlung nur verzögert erhalten, und Physiotherapeuten, die trotz unvollständiger Diagnose auf der Verordnung behandeln und dann den Ärger mit den Krankenkassen haben. Für Metke stellt dies „eine überaus unerfreuliche Entwicklung für die Physiotherapeuten“ dar. Er sieht daher die Notwendigkeit, die Ärzte für diese Problematik zu sensibilisieren, insbesondere über den Heilmittelkatalog zu informieren.

Ein weiteres Problem erkennt der KV-Vorsitzende darin, dass viele Ärzte einen Regress befürchten und deswegen bei Verordnungen für physiotherapeutische Behandlungen zurückhaltend agieren. Preibsch möchte dem entgegenwirken und appelliert an die Ärzte: „Wir Physiotherapeuten wünschen uns einen offenen Austausch mit den verordnenden Ärzten, um gemeinsam von Fall zu Fall zu entscheiden, welches Heilmittel medizinisch sinnvoll und notwendig sein könnte.“ Eine kollegiale Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Physiotherapeuten auf Augenhöhe ließe das zu. Und Preibsch geht noch ein Stück weiter: „Wir wünschen uns, dass unsere Kompetenz anerkannt wird, und dass der Direktzugang – also das Behandeln des Patienten ohne Rezept – möglich wird. Denn der Direktzugang erhöht die Qualität in der Versorgung der Patienten und senkt gleichzeitig die Kosten.“

Dies lehnt Metke kategorisch ab. „Die Befundung und die Diagnosestellung sind eindeutig Aufgaben des Arztes und gehören zu den klassischen ärztlichen Tätigkeiten. Ein sogenannter, ganzheitlicher Ansatz ist aufgrund seines Wissens und seiner zwölfjährigen Ausbildung nur dem Arzt möglich. Das diskutieren wir nicht. Trotzdem wissen wir natürlich von der hohen Qualifikation vieler Physiotherapeuten und schätzen die gute Zusammenarbeit.“ Der Vorstand der KVBW arbeitet daher weiter an der Beseitigung des eigentlichen Problems: Auf Bundesebene gibt es Versuche, auf eine grundsätzliche Änderung der Heilmittelrichtlinie und des Heilmittelkatalogs hinzuwirken und eine komplette Änderung des Gesamtkomplexes Heilmittel einschließlich der Richtgrößenprüfung in die Wege zu leiten.



KV hilft in Krisensituationen schnell und unbürokratisch

DocLineBW zieht Bilanz nach einem Jahr erfolgreicher Arbeit

Unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist jede ärztliche und psychotherapeutische Praxis ein Kleinunternehmen. Wirtschaftliche oder persönliche Umstände können schnell eine Krise auslösen. Dann ist schnelle und unbürokratische Hilfe gefragt. Aus dem Solidaritätsgedanken heraus – die Niedergelassenen in Baden-Württemberg sitzen schließlich in einem Boot – hat die KVBW vor einem Jahr eine Hotline eingerichtet: DocLineBW heißt der Service, der seine Bewährungsprobe bereits mit Erfolg bestanden hat.

Die Mitarbeiter des „Praxisservice im Notfall“ bilanzierten in den vergangenen zwölf Monaten insgesamt 134 Einsätze. Dabei ist jeder Fall individuell zu betrachten, denn zu verschieden sind die Ursachen der aktuellen Problemstellung und die zur Hilfe notwendigen Maßnahmen. Aktive Unterstützung kann dieser Praxisservice nur leisten, weil eine enge Verzahnung aller KV-Abteilungen organisiert wurde.

Dafür steht das Beispiel eines Arztes, das hier aus Gründen der unabdingbaren Vertraulichkeit nur in groben Zügen dargestellt werden kann: In einer Praxis wuchsen die Ausgaben, aber die Einnahmen konnten dies nicht auffangen. Diese schleichende Entwicklung mündete zwangsläufig in der wirtschaftlichen Krise. Für den Praxisinhaber ergab sich eine – scheinbar – ausweglose Situation, für die auch externe Berater wie zum Beispiel die Steuerberatung keine Lösung anbieten konnten. Die Mitarbeiter von DocLineBW begannen ihre Arbeit mit einer umfassenden Analyse der Ausgaben- und Einnahmensituation, um die Schwachstellen zu benennen.

Es folgte ein persönliches Beratungsgespräch, um das Optimierungspotential zu konkretisieren. Der emotionale Druck, dem sich der Praxisinhaber in dieser Krise ausgesetzt sah, schloss die Gefahr seines persönlichen Ausfalls

ein. Erste Maßnahmen waren in diesem Fall eine Optimierung der Praxisorganisation, eine Änderung der Praxisstruktur mit modifizierten Sprechzeiten sowie Unterstützungsangebote wie umfassende Praxisanalysen. Mittelfristig schien eine Kooperation angeraten zu sein.

Die Zusammenarbeit der Spezialisten in der KVBW führte zu weiteren Lösungsschritten. Die Abrechnungsberater konnten gemeinsam mit den Niederlassungs- und Kooperationsberatern die Möglichkeiten kooperativer Berufsausübung mit ihren Auswirkungen auf die Honorarsituation darstellen, die BWL- und Praxisberater berechneten die finanziellen Auswirkungen der geplanten strukturellen Änderungen in der Praxisführung und zeigten zusätzliche Liquiditätspotentiale auf. Und die QM-Berater schließlich leisteten Hilfestellung bei der Terminorganisation, um kurzfristig auch das Praxispersonal in die notwendige Entlastung des Arztes verstärkt einzubeziehen. Der Zugriff auf die Gerätebörse der KVBW bot die Möglichkeit, die durch das gestraffte Leistungsangebot nicht mehr erforderlichen Medizingeräte und Einrichtungsgegenstände anderen Kollegen anzubieten, bevor ein zu großer Wertverlust eintrat. Die Praxisbörse hilft jetzt bei der Suche nach einem geeigneten Kooperationspartner. Die Niederlassungs- und Kooperationsberater unterstützen diesen Auswahlprozess. Das Ergebnis aller Bemühungen: Die Praxis hat nun eine sichere Zukunft.

An diesem exemplarischen Beispiel wird deutlich, wie viele spezielle Aufgaben von kompetenten Spezialisten zu bearbeiten sind. Wie die Räder eines gut funktionierenden Uhrwerks müssen die Maßnahmen ineinander greifen, aufeinander aufbauen und sich ergänzen. Krisen in ärztlichen Praxen haben in der Regel nicht nur eine Ursache, sondern sind multikausal. Damit zeigt sich der betroffene Niedergelassene überfordert, zumal ja die Behandlung der Patienten auch weiterhin den ganzen Einsatz fordert.

DocLineBW ist der Anlaufpunkt für die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg, die einer Krisensituation planlos und damit ratlos gegenüber stehen. Sei es die zu hoch kalkulierte Abschlagszahlung oder die zu niedrig ausgefallene Schlusszahlung, Krankheit oder Tod des Praxisinhabers ohne Vertretungsmöglichkeit, unvorhergesehene finanzielle Belastungen – wenn die Praxis nicht mehr zahlungsfähig ist, droht die Insolvenz. Diese Probleme sind nicht alltäglich, aber in immerhin 134 Fällen waren sie im vergangenen Jahr Gründe für die Kontaktaufnahme mit der Hotline. Als der KVBW-Vorstand bei seinem Amtsantritt das Versprechen gab, für alle Niedergelassenen auch in schwierigen Situationen einzustehen, konnte die Inanspruchnahme eines neuen Servicemodells nur geschätzt werden. Die nach einem Jahr DocLineBW vorgelegte Bilanz belegt plausibel, wie notwendig diese Initiative war. Zudem belegt sie den Erfolg sensibler, kompetenter und eng verzahnter Beratung und Unterstützung.

Für die Mitarbeiter der KVBW resultiert aus der Bearbeitung der verschiedenen – und sehr unterschiedlichen –

Einsätze auch ein Lernprozess. Sie bekommen Einblick in die Problemstellungen und können mit diesem Erfahrungsspektrum in anderen Fällen noch besser Lösungsansätze aufzeigen. Und nicht zuletzt sind diese Informationen auch für den Vorstand von großer Bedeutung, um im politischen Umfeld Veränderungen aktueller Situationen und Bestimmungen begründet zu reklamieren.

DocLineBW: Ihre KV mit Vorstand und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, insbesondere das DocLineBW-Team aus dem Praxisservice.



Kontaktinformationen Praxisservice im Notfall

Ihre Ansprechpartner der DocLineBW erreichen Sie über:

Telefon → 0711/7875 – 3300

Fax → 0711/7875 – 483300

E-Mail → DocLineBW.Praxisservice@kvbawue.de

Pilotprojekt regiopraxis KVBW wird in Baiersbronn eröffnet

Mitte September öffnet ein neues Gesundheitszentrum im Ortskern der 15.000 Seelen-Gemeinde im Schwarzwald. Wesentlicher Teil ist die regiopraxis KVBW, in der zwei Fachärzte für Allgemeinmedizin und ein hausärztlicher Internist arbeiten. Sie bilden die Praxisgemeinschaft „Hausärzte am Spritzenhaus“. Außerdem lässt sich ein Arzt für Orthopädie nieder und es gibt eine physiotherapeutische Praxis. Zudem haben ein Sanitätshaus, ein AOK-Kundencenter sowie eine Apotheke eröffnet.

Die regiopraxis KVBW ist ein Konzept der KV Baden-Württemberg, um dem drohenden Ärztemangel besonders auf dem Land entgegenzuwirken. Beim Projekt regiopraxis sollen Ärzte dahingehend unterstützt werden, dass sie eine Vertragsarztpraxis gründen oder dauerhaft fortführen. Die Ärzte, die sich in der regiopraxis KVBW niedergelassen haben, arbeiten autonom im Rahmen ihrer freiberuflichen Tätigkeit, können aber von der KV Baden-Württemberg gefördert werden, beispielsweise mit einer Förderpauschale für die Gründung von 25.000 Euro pro zugewand-

assenem Hausarzt mit vollem Versorgungsauftrag und einer Strukturpauschale von 3.000 Euro pro Quartal bis zu zwei Jahre lang. Auch die Einrichtung als Nebenbetriebsstätte ist förderwürdig – mit maximal 20.000 Euro je Projekt als Praxisausstattung.

Insgesamt werden in einer Projektphase vier regiopraxen an den Start gehen. Es ist ein Wunsch der KV, Kommunen und das Land Baden-Württemberg als Förderpartner mit ins Boot zu nehmen. Projektmanager für die regiopraxis KVBW ist Vorstandsbeauftragter Norbert Bonauer. Er freut sich besonders über das Engagement der Niedergelassenen: „In Baiersbronn ist es durch die Altersstruktur der Ärzte absehbar, dass wir in Zukunft frei werdende Arztsitze nicht mehr nachbesetzen können. Daher wollten wir Strukturen schaffen, um Ärzte gewinnen zu können. Glücklicherweise haben dort ansässige Ärzte ein Praxiskonzept ausgearbeitet, das genau mit unserem Modell regiopraxis übereinstimmt.“

Einen ausführlichen Bericht zur ersten regiopraxis in Baden-Württemberg lesen Sie in ergo 4/2012. 



Das Leben auf der Straße führt zu einer Vielzahl gesundheitlicher Probleme

Medizinische Versorgung von obdachlosen Menschen

Die gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen ist mit zahlreichen Problemen behaftet. 60 Prozent der wohnungslosen Menschen gehen einer Studie des Instituts für angewandte Sozialwissenschaften zufolge nur selten oder überhaupt nicht zum Arzt. Krankheiten bleiben dadurch lange Zeit unbehandelt. Wenn Menschen ohne Obdach tatsächlich behandelt werden, tragen nicht selten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durch ihr ehrenamtliches Engagement dazu bei. In einer kleinen ergo-Serie soll über dieses Ehrenamt berichtet werden. Im 1. Teil gibt es zudem einen Überblick über die statistischen Randdaten von wohnungslosen Menschen, die Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung und die gesundheitlichen Versorgungsangebote für wohnungslose Menschen.

Amtliche Zahlen über die Anzahl der Wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen existieren in Deutschland nicht, denn es gibt keine gesetzlichen Statistiken, so das statistische Landesamt. Wie viele Menschen in Deutschland betroffen sind, kann daher nur geschätzt werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. in Bielefeld geht von circa 248.000 im Jahr 2010 aus, eine Steigerung zum Vorjahr, denn 2009 sollen es etwa 237.000 gewesen sein. Die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg hat in ihrer 21. Liga-Stichtagserhebung 2011 erhoben, wie viele Menschen sich in Wohnungsnot befunden haben. Sie zählt 10.190 Personen, die in 317 Diensten und Einrichtungen der traditionellen Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe Baden-Württembergs Hilfe gesucht haben – ein Anstieg von 1,2 Prozent gegenüber 2010. Darunter sind auch viele Frauen: In Baden-Württemberg 23,7 Prozent – viele von ihnen sind unter 25 Jahre alt.

Etwa gleich viele Menschen suchten zum Stichtag 2011 in den Landkreisen (50,7) und in den Stadtkreisen (49,3 Prozent) Hilfe bei einer der Einrichtungen der Liga der freien Wohlfahrtspflege. Unter den Hilfesuchenden sind auch immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund – der Anteil liegt in den deutschen Großstädten mittlerweile bei 25 bis 30 Prozent. Bei den niederschweligen Diensten wie etwa der Bahnhofmission liegt die Quote noch darüber.

Die gesundheitliche Verfassung von wohnungslosen Menschen ist insgesamt sehr schlecht – das sagen alle internationalen und auch deutschen Studien. Die Grunderkrankungen sind dabei zwar nicht grundsätzlich andere als bei der Bevölkerung mit einem Dach über dem Kopf, es sind dennoch bestimmte Krankheiten gehäuft festzustellen. Dazu gehören Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane, des Herz- und Kreislaufsystems, Hautkrankheiten und Erkrankungen des Skelettsystems. Dazu kommen ein sanierungsbedürftiger Zahnstatus und psychiatrische Erkrankungen sowie Folgeerkrankungen des Alkoholkonsums. Als gesundheitliche Risiken sind das Übernachten im Freien anzusehen, mangelnde Hygiene, eine schlechte Ernährung, erhöhter Konsum psychotroper Substanzen (vor allem von Alkohol) und psychische oder physische Gewalterfahrungen. Frauen leiden dabei häufiger als Männer an Verhaltensauffälligkeiten, Gewalt und psychischen Problemen. 20 bis 40 Prozent der wohnungslosen Frauen sind laut Ifas-Studie psychisch erkrankt.

Als Folge davon sind wohnungslose Menschen häufiger von Multimorbidität betroffen. Durchschnittlich liegt das Sterbealter bei 44,5 Jahren. 90 Prozent der Betroffenen benötigt dringend einen Arzt; tatsächlich aber haben 60 Prozent der Wohnungslosen keinen Zugang zur medizinischen Versorgung. Dabei hat laut SGB der Einzelne ein

Recht auf Leistungen der sozialen Sicherung. Das würde neben den Grundbedürfnissen wie Ernährung, Kleidung und Unterkunft auch die medizinische Versorgung von Obdachlosen beinhalten. Praktisch gesehen gibt es jedoch zahlreiche Zugangsschwellen: Praxisgebühr, Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln oder die auf der Straße häufig fehlende Chipkarte senken die ohnehin geringe Behandlungsbereitschaft Obdachloser.

Um das „Recht auf medizinische Behandlung“ durchzusetzen, müssen zudem Anträge ausgefüllt werden, beispielsweise für eine Zuzahlungsbefreiung oder um die eigene Bedürftigkeit nachzuweisen. Ifas zitiert dazu Professor Harald Ansen von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg: „Der Umgang mit dem umfassend verrechtlichten Gesundheitssystem erfordert sozialadministrative Fähigkeiten, die schon den `Normalbürger` teilweise überfordern, umso mehr noch Menschen in prekären Lebenslagen. Die erschwerten Zugangsbedingungen bilden Hürden, die viele Wohnungslose nicht überspringen können. Sie werden dann partiell oder vollständig von Elementen der Regelversorgung abgeschnitten.“ Hinzu kommen frühere schlechtere Erfahrungen mit medizinischen Versorgungseinrichtungen oder Scham



Christian Schmitthener behandelt im Freiburger Ferdinand-Weiß-Haus Obdachlose

aufgrund der mangelnden Körperhygiene oder Alkoholkonsum. Gesundheitliche Beschwerden werden darüber hinaus offenbar auch als weniger schwer wahrgenommen als bei Menschen mit Wohnsitz, Schmerzen mit Alkohol betäubt.

Auch Ärzte stellt die Behandlung von wohnungslosen Menschen vor besondere Herausforderungen. Viele dieser Patienten sind weniger bereit an ihrer Gesundheit aktiv mitzuwirken. Zudem fürchten Ärzte, dass sich die „Normalpatienten“ an der schwierigen Klientel stören könnten.

Und die Behandlung von Patienten ohne Chipkarte – also sozusagen nur für ein Dankeschön – kann sich nicht jede Arztpraxis leisten. Dr. Johannes Fechner, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Baden-Württemberg, setzt sich daher auch dafür ein, dass für Ärzte, die Obdachlose behandeln, akzeptable Arbeitsbedingungen geschaffen werden, sie also angemessen honoriert werden. Das kann zum Beispiel geschehen, indem Ärzte dazu ermächtigt werden, den Personenkreis der Obdachlosen zu behandeln. Die Vergütung erfolgt dann außerhalb der RLV's; außerdem können die Ärzte durch Direktzugang tätig werden – im Gegensatz zu anderen Ermächtigten, die eine Überweisung benötigen.

Ehrenamtliches Engagement vieler Ärzte und Ärztinnen in Baden-Württemberg bewirkt, dass viele Obdachlose überhaupt medizinische Versorgung erhalten. Oft stoßen sie dabei auf bürokratische oder gesetzliche Hindernisse wie etwa das Dispensierverbot oder das Verbot der Abgabe von Medikamenten als Spenden. Auch bei der Behandlung von Illegalen agieren sie in einer rechtlichen Grauzone. Menschen ohne Aufenthaltsstatus sind zwar nach dem Asylbewerbergesetz über das Sozialamt krankenversichert, aber weil dieses verpflichtet ist, illegale Menschen zu melden, droht dann die Abschiebung. Arztpraxen müssen die illegalen Patienten zwar nicht angeben, aber wollen sie ihre Arbeit bezahlt bekommen, müssen sie wiederum das Sozialamt verständigen. 2010 forderten daher die Delegierten des Deutschen Ärztetags einen anonymen Krankenschein.

Meist findet die Behandlung Obdachloser außerhalb der Praxen der Niedergelassenen statt, wohnungslose Menschen befinden sich sozusagen unter sich und müssen sich wegen ihrer Situation nicht schämen. Dies ist beispielsweise im Hotel Anker in Karlsruhe der Fall, einer von der AWO getragenen Einrichtung in Karlsruhe, dem MedMobil in Stuttgart, ein Ambulanzbus, der die Betroffenen aufsucht oder im Freiburger Ferdinand-Weiß-Haus, der Pflasterstube sowie der Aufbaugilde in Heilbronn. ergo portraitiert einige dieser Einrichtungen und die in ihnen arbeitenden Ärzte in den nächsten Ausgaben.

ergo

Die sozialwissenschaftliche Evaluationsstudie „Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg“ ist im Auftrag des Sozialministeriums vom Institut für angewandte Sozialwissenschaften (Ifas) im Dezember 2011 erstellt worden.



Symposium zu Sicherstellungs- und Zulassungsfragen

Experten diskutierten über Medizinische Versorgungszentren und Berufsausübungsgemeinschaften

Beim diesjährigen 6. Symposium der KVBW zu Sicherstellungs- und Zulassungsfragen beschäftigten sich Fachleute aus ganz Deutschland mit Fragen der Vertragsgestaltung bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Inwieweit hat die Motivation zur Gründung einer BAG oder eines MVZ Einfluss auf die rechtliche Gestaltung der Gesellschaftsverträge? Lassen sich derartige Gesellschaftsverträge nach der Motivation bereits typologisieren? Diese Fragen diskutierten die rund 40 Juristen und Wirtschaftswissenschaftler aus zehn KVen auf der Fachtagung in Freiburg, die von Geschäftsbereichsleiter Zulassung/Sicherstellung Dr. Peter Hinz und Sachgebietsleiter Zulassung Peter Ramolla geleitet wurde.

Thematisiert wurden auch die unterschiedlichsten Rechtsformen von BAG und MVZ. Erstmals wurde auch der steuerrechtliche Aspekt der gesellschaftsvertraglichen Gestaltung untersucht und im Rahmen des Workshops dargestellt und diskutiert. Einen weiteren breiten Raum nahm die Abgrenzung zwischen dem Arzt als freiem Beruf in einer Kooperation sowie dem Arzt als selbstständig Tätigem zu. Hier wurden anhand der Ausarbeitung von Andrea Latus, Juristin im Sachgebiet Zulassung, neben der (Muster-)Berufsordnung-Ärzte auch die Bezüge zur Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg hergestellt. Gegenstand war hier insbesondere die BAG in Rechtsform der GmbH. Bei der Abgrenzung wurden weiter die Fragen nach der Ärztegesellschaft nach Paragraph 23a (Muster-) Berufsordnung-Ärzte diskutiert, wie auch die Abgrenzung zwischen der Heilkunde-GmbH und der Ärztegesellschaft. Spannend war auch der Einfluss von Beherrschungs- und Gewinnabführungsverträgen auf die Zulassungsfähigkeit von MVZ.

Nach dem anspruchsvollen gesellschaftsrechtlichen Teil und dessen steuerrechtlichen Auswirkungen wurde dann die Frage diskutiert, wo bei der zunehmenden Bildung von Gesellschaften unterschiedlicher Art in der vertragserztlichen Versorgung die KV mit ihren Beratungseinheiten und ihrer Beratungskompetenz anzusiedeln ist. Kann die KV Mediator, Ideengeber oder sogar Rechtsberater sein? Dieser Exkurs zum Rechtsdienstleistungsgesetz zeigte den Bereich der Servicemöglichkeiten einer KV auf. Sodann wurde die umfangreiche Rechtsprechung zur Prüfung von Gesellschaftsverträgen und deren Inhalten von den Beteiligten rege diskutiert. Zeitweise verfolgten auch der stellvertretende Vorsitzende der KVBW, Dr. Johannes Fechner, und der Sprecher des Bezirksbeirats der BD Freiburg, Dr. Johannes Probst, interessiert den Meinungsaustausch der KV-Experten.

Das Rahmenprogramm mit einer gut einstündigen Führung durch Freiburg wurde von den Teilnehmern des Symposiums begeistert angenommen. Unter fachkundiger Leitung von Jan Ulrich Schuster, Niederlassungsberater der KVBW in Karlsruhe, der in Freiburg Jura und Geschichte studiert hatte, lernten die KV-Kollegen die Schwarzwald-Metropole kennen.

Nach der zweitägigen Workshopveranstaltung verließen die Teilnehmer, zufrieden über einen fachlich höchst ansprechenden Austausch, die Bezirksdirektion Freiburg. Die KVBW prägt mit dem Symposium auch weiter das KV-Geschehen bei komplexen Problemen aus der Zulassung und Sicherstellung. „Unsere Mitglieder profitieren in den Beratungsgesprächen wieder durch die in diesem Expertenaustausch gewonnenen Erkenntnisse“, so der Geschäftsbereichsleiter, Dr. Peter Hinz.

vdek-Fotoausstellung „WIEDER GESUND?“ im Oktober in Stuttgart

Gesundheit, Fürsorge und
Solidarität stehen im Mittelpunkt

Wie wichtig Gesundheit ist, merkt man häufig erst, wenn man selbst oder ein Angehöriger krank wird. Dann wird Hilfe und Beistand von den Angehörigen, medizinische Unterstützung, aber auch finanzielle Absicherung und Beratung nötig. Zu diesem Themenspektrum hat der Verband der Ersatzkassen (vdek) anlässlich seines 100-jährigen Jubiläums einen bundesweiten Fotowettbewerb „WIEDER GESUND?“ und daraus eine Fotoausstellung konzipiert. Die bundesweite Wanderausstellung zeigt, wie junge Fotodesigner mit den Themen Solidarität, Gesundheit und Fürsorge umgehen.

Die Fotowanderausstellung wird in Baden-Württemberg vom 16. bis 30. Oktober 2012 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in Stuttgart zu sehen sein. Der Auftakt begann im Frühjahr im Verlagsgebäude „Der Tagesspiegel“ in Berlin. Danach folgten unter anderem Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen,

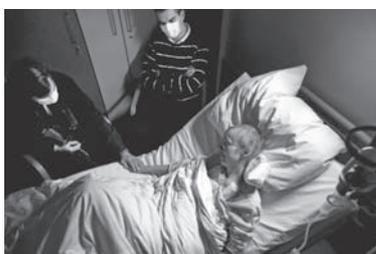
Bayern, Bremen und Hessen. Den Abschluss bilden Sachsen, Hamburg, Brandenburg und Rheinland-Pfalz.

Frank Winkler vom Verband der Ersatzkassen: „Die eingereichten Fotos der jungen Fotodesignerinnen und Designer sind ausdrucksstark, berührend und provokant. Gezeigt werden unter anderem Fotos, die sich mit dem Umgang mit der eigenen Erkrankung oder der eines Familienangehörigen auseinandersetzen. Aber auch die Lebensfreude trotz einer Erkrankung oder nach einer Genesung wird thematisiert, wie auch der richtige Umgang mit Medikamenten oder die Bedeutung gesunder Ernährung für Kinder.“

Am 20. Mai 1912 wurde in Eisenach der „Verband Kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ gegründet. Er hatte 120.000 Mitglieder. Heute sind sechs Ersatzkassen Mitglied im Verband. 25,7 Millionen Menschen sind bei den Ersatzkassen versichert. Alleine in Baden-Württemberg sind es mehr als 2,8 Millionen Versicherte.

ergo

Weitere Informationen zu Ausstellung unter: www.vdek.com



Praxen sind als Unternehmen zum Arbeitsschutz verpflichtet

Checkliste der QM-Beratung listet die Einzelheiten auf

Mit der Niederlassung werden aus Arzt und Psychotherapeut auch Unternehmer, die bereits mit der Einstellung eines einzigen Mitarbeiters auch zum Arbeitgeber werden. Neben der reinen medizinischen Tätigkeit kommen nun eine Reihe neuer Managementaufgaben hinzu. Welche sich beim Thema Arbeitsschutz dahinter verbergen, ist Inhalt des 22. Beitrags der QM-Serie.

In seiner Funktion als Arbeitgeber ist jeder Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut von Anfang an verpflichtet, alle arbeitsschutzrelevanten Vorgaben in den Praxisalltag einzubeziehen und betriebsärztliches und sicherheitstechnisches Know-how hinzuziehen. Ziel und Zweck dieser gesetzlichen Regelung ist Beschäftigte am Arbeitsplatz vor Gesundheitsgefahren zu schützen. Zuständig für die Organisation und Überwachung sind dabei die Arbeitsschutzbehörden Baden-Württemberg sowie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, für den medizinischen Bereich die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Die BGW als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist für über sieben Millionen Versicherte zuständig, darunter auch für alle Praxismitarbeiter.

Nach der verpflichtenden Anmeldung einer Praxis mit Mitarbeitern bei der BGW (eine freiwillige Versicherung für Einzelunternehmer ist möglich) empfiehlt sich eine Standortbestimmung der Praxis. Unterstützung bietet hierbei die Checkliste „Erstcheck Arbeitsschutz“. Je nach Praxisgröße kann die Praxisleitung dann entscheiden, mit welcher Betreuungsform sie den Anforderungen zu Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit nachkommt. Zur Auswahl stehen die Regelbetreuung oder die alternative bedarfsorientierte Betreuung durch einen Dienstleister. Bei Letztgenanntem übernimmt die Praxisleitung nach entsprechender Schulung selbst große Teile der Arbeitsschutzaufgaben. Die gewählte Betreuungsform muss der BGW gemeldet werden.

Eine Gefährdungsbeurteilung der Praxis über alle Bereiche und Arbeitsplätze hilft der Praxisleitung potentielle Gefahren für die Beschäftigten vorab zu erkennen, not-

wendige Vorkehrungen zur Vermeidung festzulegen und entsprechend die Arbeitsabläufe zu gestalten. Gefahren lauern bei allen Themen rund um den Infektionsschutz und Brandschutz, beim Umgang mit Gefahrstoffen, bei elektrischen Geräten und Anlagen sowie Medizinprodukten. Die Aufforderung zu Schutzmaßnahmen und auch deren Wertigkeit spiegelt sich in zahlreichen Gesetzen wider (zum Beispiel Jugendarbeitsschutzgesetz, Mutterschutzgesetz), die daher auch aushangspflichtig sind. Mit dieser Vorgabe will der Gesetzgeber sicherstellen, dass jeder Arbeitnehmer Zugriff zu diesen wichtigen Informationen erhält. Im Zeitalter des Internets kann diese Aushangspflicht heute durch einfaches und kostenloses Downloaden der Gesetze erfüllt werden, wenn jeder Beschäftigte auf diese Dateien Zugriff hat (www.gesetze-im-internet.de).

Um alle Beschäftigten gegenüber Gefahren und Risiken im Arbeitsalltag zu sensibilisieren und zu schützen, sind regelmäßige Unterweisungen zum Thema Arbeitsschutz für die Praxisleitung Pflicht. Mindestens einmal jährlich (in Ausnahmefällen halbjährlich) sind dafür notwendige Praxisstimmungen zu terminieren und zum Nachweis zu dokumentieren – einschließlich der Unterschriften der Teilnehmer.

Zur Unterstützung bei der Umsetzung des Arbeitsschutzes hat die QM-Beratung der KVBW einen Leitfaden zum Thema erstellt. Dieser wird durch eine ganze Reihe von Informationsmaterialien (Checklisten, Merkblätter, Flyer und weiteres) ergänzt. Dieses Servicepaket kann auf CD aber auch gerne in elektronischer Form per Mail angefordert werden.

Die QM-Beraterinnen der KVBW stehen den Praxen in allen Phasen – vom Start an mit QM, bei der Umsetzung der Anforderungen der QM-Richtlinie, bei einzelnen QM-Instrumenten (beispielsweise eine Patientenbefragung, Erstellung des QM-Handbuchs) oder schon auf dem Weg zur Zertifizierung – unterstützend zur Seite.

ergo

Kontaktaufnahme über den Praxisservice

Telefon → 0711 / 7875-3300 oder

E-Mail → praxisservice@kvbawue.de

Nach Vorabprüfung Anspruch auf individuelle Beratung

Regress kann dann nur für den folgenden Prüfzeitraum festgesetzt werden

Der Bundestag hat am 28. Juni 2012 entschieden, dass die so genannte „Beratungsvorrangsregelung“ auch für Verfahren der Richtgrößenprüfung gelten soll, die am 31. Dezember 2011 noch nicht abgeschlossen waren. Der Bundesrat muss der Entscheidung allerdings noch zustimmen.

Der Gesetzgeber bestimmt im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSTG), dass bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent kein Regress festgesetzt werden soll, bevor den betroffenen Vertragsärztinnen und -ärzten nicht zumindest eine einmalige Beratung angeboten wurde (Paragraph 106 Abs. 5e SGB V). Diese Regelung betrifft also ausschließlich die so genannten Richtgrößenprüfungen. Beachten Sie, dass trotz der Beratungsvorrangsregelung die Richtgrößenprüfungen auch weiterhin stattfinden.

Sofern eine Arztpraxis im Ergebnis der Vorabprüfung durch die gemeinsame Prüfungsstelle für Baden-Württemberg ihr Jahres-Richtgrößenvolumen für Arznei- und verbandmittel oder Heilmittel erstmalig um mehr als 25 Prozent überschreitet, hat die betroffene Arztpraxis den grundsätzlichen gesetzlichen Anspruch auf eine individuelle Beratung anstelle eines Regresses. Ein Regress kann dann erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden und somit nicht – wie in der Vergangenheit – auch für zurückliegende Zeiträume.

Durch die aktuelle Klarstellung gilt der Grundsatz „Beratung vor Regress“ auch für Richtgrößen-Prüfungsverfahren, die am 31. Dezember 2011 noch nicht abgeschlossen waren. „Nicht abgeschlossen“ bedeutet, dass eine Wider-

spruchsverhandlung vor der zuständigen Kammer des Beschwerdeausschusses noch nicht stattfand.

Sofern Sie in der Vergangenheit von einem Regress aus einer Richtgrößenprüfung betroffen waren und Fragen zu den Auswirkungen der „Beratungsvorrangsregelung“ haben, nehmen Sie bitte direkt Kontakt mit dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung / Ordnungsmanagement auf.

Ansprechpartner:

Andreas Hoffmann
 Telefon → 0721/5961-1154
 E-Mail → Andreas.Hoffmann@kvbwue.de

Klaas Wegmann
 Telefon → 0721/5961-1210
 E-Mail → Klaas.Wegmann@kvbwue.de



Beachten Sie bitte, dass

- Arzneimittel
- Heilmittel- und
- Sprechstundenbedarfsregresse

aus Einzelfall-, Durchschnittswert- oder sonstigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen, insbesondere aber aus sachlich-rechnerischen Berichtigungen des Sprechstundenbedarfs auf Antrag der AOK Baden-Württemberg von der gesetzlichen Neuregelung nicht betroffen sind.

Es gelten hier die allgemeinen verfahrensrechtlichen Grundsätze.

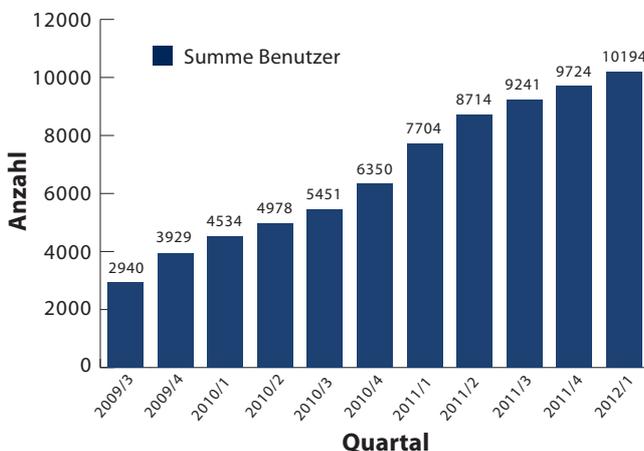
Fortbildungspunkte per Mausklick

KVBW-Mitgliederportal bietet Online-Prüfung zum Ultraschallscreening



Für Ärzte und Psychotherapeuten kann das Mitgliederportal eine echte Hilfe im Praxisalltag sein. Die geschützte Web-Plattform der Kassenärztlichen Vereinigung lässt sich nicht nur für die Übertragung der Online-Abrechnung einsetzen. Das Portal bringt auch einen Zeitvorsprung. Im Dokumentenarchiv steht zum Beispiel der eigene Honorarbescheid immer aktuell und zeitnah zur Verfügung – zum Teil deutlich früher als per Postversand. Wer ein KVBW-Postfach beantragt hat, kann sich per E-Mail benachrichtigen lassen, sobald neue Unterlagen abrufbar sind. Die neue Online-Fortbildungsplattform Cura Campus® bringt nun einen weiteren Mehrwert: die Möglichkeit, sich online fortzubilden.

Gynäkologen können den Befähigungsnachweis, den sie gemäß der neuen der zum 1. Juni novellierten Ultraschallvereinbarung für die erweiterte Ultraschalluntersuchung im zweiten Schwangerschaftsdrittel benötigen, voraussichtlich ab Ende September über das Mitgliederportal erbringen (ePrüfung Ultraschall). Später wird das Spektrum web-basierter Fortbildungen um weitere Themengebiete erweitert.



Registrierte Benutzer bis 31. März 2012

Cura Campus® ist eine Internet-Plattform für Training und Prüfung von medizinischem Wissen. Das heißt, statt eine Veranstaltung zu besuchen, beantworten die Absolventen die Fragen am heimischen Computer. Sie durchlaufen die jeweilige Fortbildung Aufgabe für Aufgabe. Nachdem der Teilnehmer alle Aufgaben beantwortet hat, bekommt er Rückmeldung über sein Ergebnis. Werden für eine Fortbildung Punkte vergeben, so werden diese an die zuständige Kammer übermittelt.

Wissenswertes zur ePrüfung Ultraschall

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Online-Prüfung gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband – und unterstützt von Gynäkologen und Pränatalmedizinerinnen aus den Berufsverbänden und Fachgesellschaften – entwickelt. Sie bezieht sich auf die neuen Regelungen der geänderten Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) für das erweiterte Ultraschallscreening im zweiten Trimenon und die dort definierten Organbereiche. Die neuen MU-RL treten frühestens zum 4. Quartal 2012 in Kraft. Mit Hilfe von Ultraschallbildern und Videos wird nach Auffälligkeiten bestimmter Organe sowie nach biometrischen Maßzahlen (beispielsweise Kopf- und Bauchumfang) des werdenden Kindes gefragt. Die Prüfung dauert maximal eine Stunde, in der 30 Fragen mit „Ja“, „Nein“ oder „Weiß ich nicht“ zu beantworten sind.

Ohne geht es nicht: Mit KV-Ident oder KV-SafeNet* ins Portal

Um die verschiedenen Online-Dienste im KVBW-Mitgliederportal in Anspruch zu nehmen, braucht man seit Mai zusätzlich zu den Zugangsdaten entweder eine KV-Ident-Karte oder einen KV-SafeNet*-Zugang (Version 3.0). Die weitaus meisten Portalnutzer haben sich für KV-Ident entschieden; täglich gehen neue Anträge ein. Da bei KV-Ident

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

statt zusätzlicher Hard- und Software nur eine kleine mit Buchstaben und Zahlen bedruckte Plastikkarte gebraucht wird, kostet das Plus an Sicherheit umgerechnet gerade mal 83 Cent pro Monat (einmalig 40 Euro für vier Jahre). Der Weg über einen KV-SafeNet*-Router ist vor allem für diejenigen interessant, die maximale Sicherheit wollen, um mit ihren Praxisrechnern online zu gehen.

Sie haben noch keine Zugangsdaten oder Fragen zu unseren Online-Diensten?



Mitgliederportalbetreuung

Telefon → 0711 / 7875-3777

E-Mail → mitgliederportal@kvbawue.de

Informationen im Internet

www.kvbawue.de → Praxisalltag → Mitgliederportal

KVBW-Mitglieder erfüllen umfassend ihre Fortbildungspflicht

Positive Zwischenbilanz nach drei Jahren

Neben den Berufsordnungen verpflichtet auch das Fünfte Sozialgesetzbuch alle Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu einer kontinuierlichen Fortbildung, gleichgültig sie ob in der Klinik oder in der ambulanten Versorgung tätig sind.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass sie in diesem Zeitraum mindestens 250 Fortbildungspunkte erworben haben. Dies gilt für alle, unabhängig davon, ob der oder die Betreffende niedergelassen, ermächtigt oder angestellt ist.

Als Nachweis gilt das Zertifikat der zuständigen Ärzte- beziehungsweise Psychotherapeutenkammer. Fünfzig Punkte werden grundsätzlich für das Literaturstudium anerkannt. Der Rest kann sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden.

Am 30. Juni 2009 endete für alle, die am 30. Juni 2004 in der ambulanten vertragsärztlichen und –psychotherapeutischen Versorgung tätig waren, der erste Nachweiszeitraum. Dies betraf allein für diesen Stichtag rund 15.000 Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Seither waren insgesamt rund 17.000

Ärzte und Psychotherapeuten aufgefordert, ihr Zertifikat vorzulegen. Mehr als 97 Prozent der Betroffenen konnten ihr Zertifikat auf Anhieb vorlegen. Ein grandioses Ergebnis!

Damit alles reibungslos klappt, haben die Landesärztekammer, die Landespsychotherapeutenkammer und die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg ihre Zusammenarbeit intensiviert: Stimmt der Arzt oder Psychotherapeut der elektronischen Weiterleitung seines Zertifikats an die KV zu, erhält diese automatisch eine Mitteilung über die Ausstellung eines Zertifikats mit dem entsprechenden Ausstellungsdatum.

Die KVBW schreibt alle betroffenen Mitglieder mindestens drei Monate vor dem Ende der Fünfjahresfrist an. Diese errechnet sich aus dem individuellen Niederlassungs- beziehungsweise Anstellungsdatum. Ein Ruhen der Zulassung verlängert die Nachweisfrist automatisch. Konnte jemand seine Tätigkeit mindestens drei Monate lang nicht ausüben, besteht auch die Möglichkeit, einen Antrag auf Verlängerung der Fortbildungsfrist zu stellen.

Abschließend kann man feststellen: Für die Mitglieder der KVBW ist die Fortbildung kein Problem; auch der Nachweis nicht. Das damit verbundene Verfahren in der Verwaltung läuft „rund“, um Ärzte und Psychotherapeuten so wenig wie möglich zu belasten. Insofern sieht der zuständige Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement auch gelassen dem 30. Juni 2014 entgegen. An diesem Tag endet die zweite Nachweisfrist für abermals rund 15.000 Mitglieder.



Weiterbildung zur Fachkraft für Impfmanagement

Gemeinsame Fortbildungswege von Kammer, KV und Berufsverband

Erstmals schließen sich Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der Verband medizinischer Fachberufe e. V. zusammen, um gemeinsam eine neue Weiterbildung zur Fachkraft für Impfmanagement auf den Weg zu bringen. Die Ausbildungsreihe startet im kommenden Jahr, richtet sich an alle nichtärztlichen Mitarbeiter in der Praxis und wird zunächst in Stuttgart und Karlsruhe angeboten. In Karlsruhe wird auch die Bezirksärztekammer Nordbaden als Kooperationspartner mit dabei sein.

„Schutzimpfungen gehören zu den effektivsten Präventionsmaßnahmen in der Medizin. Für einen ausreichenden Impfschutz zu sorgen ist daher eine bedeutsame Aufgabe des Arztes. Mit der Einrichtung eines gemeinsamen Fortbildungsangebotes machen wir deutlich, dass die Förderung des Impfmanagements sowohl für die Kammer als auch für die KV in Baden-Württemberg ein zentrales Anliegen ist“, so Dr. Klaus Baier, Präsident der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVBW ergänzt: „Viele Tätigkeiten, die im Rahmen der Erbringung von Impfleistungen anfallen, kann der Arzt an qualifizierte Praxismitarbeiter delegieren. Neben der zeitlichen Entlastung kann es für ihn auch wirtschaftlich attraktiv sein, das Impfmanagement in der Praxis zu unterstützen. Unsere Fortbildung setzt daher bei den Mitarbeitern an und hat zum Ziel, sie für diese Aufgaben umfassend zu qualifizieren.“



Von links nach rechts: Dr. Klaus Baier, Stefanie Teifel und Dr. Johannes Fechner

„Vom ersten Blick ins Impfbuch am Empfang über die gesamte Organisation bis hin zur späteren Abrechnung der Impfleistung – die Fachkraft für Impfmanagement hat ein interessantes, verantwortungsvolles und abwechslungsreiches Aufgabenfeld“, so Stefanie Teifel, Vorsitzende des Landesverband Süd des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. „Daher war es dem Verband medizinischer Fachberufe wichtig, das Kooperationsvorhaben mit zu unterstützen.“

Neben der beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung bietet die neue Fortbildungsreihe noch einen weiteren Vorteil: Es ist geplant, dass die Fachkraft für Impfmanagement mit 40 Stunden als Wahlteil auf die Weiterbildung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung angerechnet werden kann. Damit lohnt sich der Besuch für Medizinische Fachangestellte gleich doppelt!

Die Ausbildung zur Fachkraft für Impfmanagement umfasst drei Präsenzveranstaltungen, eine Selbstlernphase sowie eine Hausarbeit mit Präsentation. Sie schließt mit einer Prüfung (multiple-choice) ab.

ergo

Termine:

Mittwoch, 10. April 2013,
Mittwoch, 24. April 2013 und
Mittwoch, 15. Mai 2013 **in Stuttgart**

Donnerstag, 24. Oktober 2013,
Donnerstag, 7. November 2013 und
Donnerstag 28. November 2013 **in Karlsruhe**,
jeweils 9.00 – 17.00 Uhr

Preis: 195,- Euro
(inklusive Unterlagen, Verpflegung, Getränke)

Die Anmeldung erfolgt über die Management Akademie der KVBW:

Telefon → 0711/7875-3535, Fax → 0711/7875-48-3888,
E-Mail → info@mak-bw.de

Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

IMPRESSUM**ergo**

Ausgabe 3/2012

Erscheinungstag:

15. September 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

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Susanne Flohr, Nils Franke,
Melanie König, Marian Kupferschmid,
Monika Mayer, Roland Müller,
Kai Sonntag, Martina Tröscher,
Wolfgang Wiedlin, Frank Winkler,
Ute Wutzler

Fotos:

fotolia, kbv

Erscheinungsweise:

vierteljährlich

Auflage:

22.900 Exemplare

Gestaltung und Produktion:

KVBW

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 → Presse →
Publikationen

Vorschau

BADEN-WÜRTTEMBERG
Erste regiopraxis KVBW eröffnet

BADEN-WÜRTTEMBERG
Neue Abrechnungsunterlagen

GESUNDHEITSPOLITIK
Honorarverhandlungen

GESUNDHEITSPOLITIK
Patientenrechtegesetz