

## AUS DEM VORSTAND

ICD-Kodierung

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde die Verteilung der Gelder für die Krankenkassen neu strukturiert und vermeintlich 80 besonders kostenintensive Erkrankungen festgelegt, für die etwa 4.000 ICD-Codes zutreffen...

## AUS DEM VORSTAND

„Stoppt den Unsinn“

Mit der erfolgreich abgeschlossenen Kampagne konnten rund 500.000 Unterschriften gesammelt werden, die als Basis für einen Offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler dienen...

## BADEN-WÜRTTEMBERG

Ärztlemangel auf dem Land

Mit dem Ärztemangel in ländlichen Gebieten beschäftigte sich nicht nur die Vertreterversammlung, sondern auch ein „Runder Tisch“ im Ostalbkreis sowie der aktuelle Versorgungsbericht der KV Baden-Württemberg...

## BADEN-WÜRTTEMBERG

Vernetzung intensivieren

Im Rahmen der MEDIZIN 2010 wurde über die Vernetzung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten diskutiert und eine bessere Honorierung für die verstärkte Zusammenarbeit angemahnt...

## BADEN-WÜRTTEMBERG

Arzneimittel-Infoservice

Im Internet stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung aktuelle Informationen zum Arzneimittelbereich zur Verfügung, die unter anderem auf Arzneimittelrisiken hinweisen oder die Ausgabenentwicklung beobachten...



## *Liebe Kolleginnen und Kollegen,*

wahrscheinlich waren viele von Ihnen mit dem Wahlergebnis zum Deutschen Bundestag mehr als nur einverstanden und haben zu diesem Resultat mit beigetragen. Das zeigt, wie stark die Unzufriedenheit mit der Gesundheitspolitik der letzten Bundesregierung gewesen ist. Umso wichtiger finde ich, dass die neue Bundesregierung ihren Wahlkampfversprechen Taten folgen lässt und gerade den berechtigten Forderungen der KVBW und ihrer Mitglieder Rechnung tragen muss – schließlich hat die ungerechte Gesundheitspolitik der bisherigen Regierung unser Land besonders hart getroffen.

Die neue Regierung muss dabei erkennen, dass die KVBW und ihre Mitglieder mit ihrem Protest nicht allein sind. An unserer Kampagne „Stoppt den Unsinn“ haben sich innerhalb eines Jahres fast 500.000 Landsleute beteiligt – ein Riesenerfolg! Diese Zahlen sind keine Kleinigkeit und zeigen, dass die Sorge um die Aufrechterhaltung unseres wohnortnahen

Versorgungsstandards inzwischen von weiten Teilen der Bevölkerung mit getragen und insbesondere gefordert wird, diesen aufrecht zu erhalten. Dank von meiner Seite aus an alle Kolleginnen und Kollegen, die sich in ihren Praxen an dieser Aktion beteiligt haben! Ich habe dies Bundesminister Dr. Rösler in einem Schreiben entsprechend mitgeteilt, das auch in dieser **ergo**-Ausgabe abgedruckt ist.

Vor diesem Hintergrund empfinde ich die Äußerungen der KBV-Spitze zur Honorarreform als besonders ärgerlich. Herr Kollege Köhler spricht von der erfolgreichsten Honorarreform, die er je begleitet hat. Fast fünf Milliarden Euro seien zusätzlich in die Honorierung der Ärzte geflossen – nur hinsichtlich der Verteilung auf die Bundesländer spricht er von „wenigen Verlierern“. Das kann ich nicht nachvollziehen. Ein ganzes Bundesland wie Baden-Württemberg gehört zu den Verlierern. Es stellt rund ein Siebtel der Kassenärzte in Deutschland – und das ist eine bedeutende Größe, zu deren Lasten diese Politik betrieben wird. Aber auch unabhängig davon: Welches Bild wird damit von den Ärzten in der Öffentlichkeit gezeichnet? Wir haben daher auch sofort auf diese Äußerung reagiert und in einer Pressemitteilung die Haltung der KVBW und ihrer Mitglieder verdeutlicht.

Man kann sich sicherlich fragen, was Herrn Köhler zu dieser Äußerung bewogen hat. Nachvollziehbar wäre es nur als Versuch, im Rahmen der KBV-Pressekampagne zum Ärztemangel den Arztberuf in den allermeisten Bundesländern als – auch finanziell – interessant darzustellen. Doch das gilt eben leider nicht für Baden-Württemberg. Und genau diese mangelhafte Verteilung unter den Bundesländern – unter der besonders Baden-Württemberg leidet – ist für uns Ausdruck für das angeprangerte Scheitern der Vergütungsreform. Darüber hinaus hat Andreas Köhler unsere Glaubwürdigkeit gegenüber unseren Patienten auch durch solche Äußerungen in Misskredit gebracht.

In allen Gremien der KBV haben wir vehement darauf hingewiesen, dass wir als Baden-Württemberger wesentlich dazu beigetragen haben, dass der Orientierungspunktwert überhaupt diese „Höhe“ erreicht hat. Immerhin ein Wert, der in vielen KVn als Erfolg dargestellt wird. Wenn darüber hinaus das Institut des Bewertungsausschusses zu dem Schluss kommt, dass Mieten und andere Kosten sich zwischen den einzelnen KV-Regionen nicht unterscheiden, kann dieses möglicherweise erst durch die jetzt gestartete Befragungsaktion zu den praxisrelevanten Kosten des Zentralinstituts verifiziert werden. Damit Ihre Patientinnen und Patienten die tatsächliche Situation in Baden-Württemberg objektiv dargestellt nochmals vor Augen geführt bekommen, können Sie die Pressemitteilung kopieren, die dieser **ergo**-Ausgabe beiliegt. Sie in den Wartezimmern auszulegen und den Patienten in die Hand zu geben ist sicherlich eine Möglichkeit, das Bild des gut verdienenden Arztes in der baden-württembergischen Öffentlichkeit wieder ins rechte Licht zu rücken.

Ihr

DR. ACHIM HOFFMANN-GOLDMAYER  
VORSTANDSVORSITZENDER

## AUS DEM VORSTAND

02 | 04 Die richtige ICD-Kodierung entscheidet über die Vergütung

- 05 Erfolgreicher Abschluss der KV-Kampagne „Stoppt den Unsinn“
- 06 Offener Brief des KVBW-Vorstands an Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler

## GESUNDHEITSPOLITIK

07 | 08 Widerstand gegen die Kopfpauschale – Krankenkassen erheben Zusatzprämien  
 09 | 10 Diskussion in Ulm: Verfehlte Gesundheitspolitik mindert Ärztehonorare

## BADEN-WÜRTTEMBERG INTERN

- 11 Versorgungsbericht 2009: Praxen übernehmen Primärversorgung älterer Patienten
- 12 | 13 Vertreterversammlung der KVBW diskutiert Bereinigung und Ärztemangel auf dem Land
- 14 | 15 Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen wird in Tagungen forciert  
 15 Präventionskampagne KV Mobil im Sommer 2010
- 16 | 17 Bessere Vernetzung zwischen Praxen und Krankenhäusern ist auch eine Frage der Honorierung  
 17 Workshops für medizinische Fachangestellte auf der Medizin 2010
- 18 | 19 „Runder Tisch“ im Ostalbkreis diskutiert die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum  
 19 Ärztemangeldebatte der KBV beruht auf alten Zahlen  
 20 In Kooperation veranstalten KBV und KVBW Infoveranstaltung zur Investitionsförderung  
 21 Bereits 1.000 Teilnehmer beim Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung  
 21 Neue Praxisservice-CD erschienen  
 22 Arzneimittel-Infoservice bietet ein breites Spektrum aktueller Informationen

## UNTERNEMEN PRAXIS

- 23 MAK richtet Ausbildungslehrgang zur Präventionsassistentin ein
- 24 **ergo**-Serie Qualitätsmanagement: Werbung für die Praxis muss nicht teuer sein
- 45 Impressum

## RUNDSCHREIBEN 1 / 2010

mit den Abgabeterminen der Quartalsabrechnung und den Fortbildungsveranstaltungen der MAK

- 25 Amtliche Bekanntmachungen
- 31 Bezirksdirektion Freiburg
- 31 Bezirksdirektion Karlsruhe





## Die richtige ICD-Kodierung entscheidet über die Vergütung

*Dr. Hoffmann-Goldmayer nimmt Stellung zu den ambulanten Kodierrichtlinien*

Ambulante Kodierrichtlinien sind ein heißes Eisen. Und eigentlich wäre alles ganz einfach: Man könnte Morbidität nach Alter und Geschlecht messen. Also weiter so wie bisher. In diesem Sinne hatte sich auch die Vertreterversammlung der KVBW ausgesprochen. Und zweifelsfrei werden viele unserer Mitglieder einen solchen Beschluss mittragen, wenn da eben nicht der gesetzliche Auftrag wäre. In Paragraph 295 SGB V Abs. 3 wird ausgeführt, dass zum 30. Juni 2009 Kodierrichtlinien nach ICD 10 GM für den vertragsärztlichen Bereich zu erstellen waren. Der Gesetzgeber wollte damit eine Gleichschaltung der DRG's im Krankenhaus auch im ambulanten Bereich sicherstellen.

Schon sehr früh hat deshalb die KBV interessierte Kolleginnen und Kollegen auch aus Baden-Württemberg aufgerufen, in verschiedenen Arbeitsgruppen nach Fachthemen konstituiert beim Zentralinstitut mitzuwirken, um hier eine geeignete Lösung zu er-

zielen. Oberstes Gebot war eine praxisgerechte Anwendung und Umsetzung.

**Warum dies alles?** Schon im GMG aus dem Jahr 2003 wurde hierfür der Grundstein gelegt. Das alte System der Globalbudgets sollte abgelöst werden, ersetzt werden durch ein für die vertragsärztliche Versorgung geeignetes Klassifikationsverfahren, um der von allen Ärzten gewünschten Verlagerung der Verantwortung für die Morbidität von den Medizinern zur Krankenkasse gerecht zu werden.

**Mit der Einführung** des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wurde die Verteilung der Gelder für die Krankenkassen neu strukturiert. 80 vermeintlich besonders kostenintensive Erkrankungen wurden nach Auffassung nicht weniger Experten willkürlich festgelegt, von denen etwa 4.000 ICD-Codes für die Verteilung des Geldes nach dem Morbiditätsrisikostrukturausgleich zutreffen. So entstehen Risikoklassen, für die je nach

Aufwand die entsprechenden Kosten festgesetzt worden sind. Und daran genau orientieren sich die Rückflüsse einerseits an die Krankenkassen, andererseits aber auch die jährliche Steigerungsrate des ambulanten Budgets. Das waren die vom GKV-WSG gewollten Ergebnisse.

Diesen Umstand wohl wissend haben die Krankenkassen teilweise Kampagnen gefahren, die man in einigen Fällen nur unter wohlwollender Betrachtung näherungsweise mit dem Begriff „right-coding“ umschreiben kann. Einige sprachen auch von „up-coding“. Um diese Diskussion zu beenden, hat der Gesetzgeber das Institut des Bewertungsausschusses (In-Ba) beauftragt, Regeln für ein „right-coding“ zu erstellen. Allerdings anders als bei der Einführung der DRG's im Krankenhaus wird es im ambulanten Bereich bei Kodierfehlern keine Sanktionierungen geben. Wir haben also ausreichend Zeit, uns entsprechend umzustellen. Da alle davon

überzeugt sind, dass von einer richtigen Kodierung die zukünftige Vergütungshöhe abhängen wird, ist es müßig, darüber zu diskutieren, ob man sich diesem Prozess nicht besser verschließen sollte. Zumal diese Kodierrichtlinien nicht nur für den Kollektivvertrag sondern auch für alle Selektivverträge gelten.

**Viele Kolleginnen und Kollegen** werden zunächst einmal diese neuen Kodierrichtlinien mit Argwohn betrachten. Viele glauben auch nicht mehr daran, dass hierin tatsächlich die Chance eröffnet wird, die Vergütung zu verändern. Und es gibt auch eine Reihe von Totschlagargumenten gegen dieses Vorgehen.

Denken wir daran zurück, als die Einführung des ICD 10 vorgenommen wurde. Damals gab es ernst zu nehmende Kräfte, die vor einer spezifizierten ICD-Kodierung gewarnt haben und mit einfachsten ICD 10-Umsetzungen auszukommen glaubten. Dies holt uns jetzt zu einem gewissen Punkt ein. Die Praxen, bei denen immer schon Genauigkeit bei der ICD 10-Kodierung im Vordergrund gestanden hat, sind jetzt allerdings die Gewinner.

Wer immer noch glaubt, dass es zielführende Argumente gegen eine korrekte Verschlüsselung von Diagnosen gebe, sei folgendes Beispiel entgegengehalten; dass es nicht nur theoretischer Natur ist, haben wir in der KVBW selbst erfahren: Die Verschlüsselung nach Z 99.2 bedeutet die langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz. Für diese Diagnoseverschlüsselung erhalten die Krankenkassen monatlich 4.080,55 Euro vom Fonds. Wird der gleiche Patient mit der gleichen Erkrankung allerdings nach N 18.0 verschlüsselt, beträgt die monatliche Zuweisung für die so erfasste terminale Niereninsuffizienz lediglich 189,48 Euro. Unter dem Strich eine Differenz von monatlich 3.891,07 Euro oder pro Jahr 46.692,84 Euro. Geldmittel, welche den Krankenkassen für eine gewünschte Vergütung im Rahmen von gesonderten Vereinbarungen in Baden-Württemberg für die Versorgung niereninsuffizienter Patienten nicht zur Verfügung stehen.

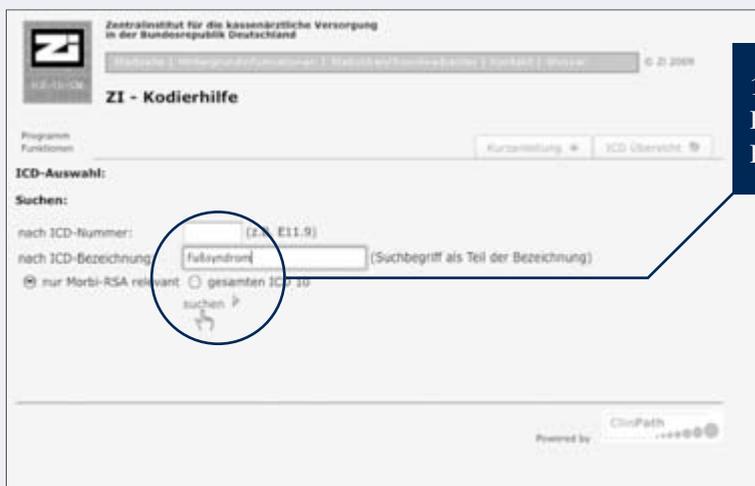
Ich glaube, dieses Beispiel weist eindringlich nach, wie wichtig die richtige Kodierung ist. Der hohe Stellenwert dieser Aussage muss ferner unterstrichen werden, wenn es darum geht, die uns attestierte bessere Mor-

bidität im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zu widerlegen.

Derzeit erarbeiten wir in der KVBW ein Konzept, wie wir Sie bei der richtigen Kodierung unterstützen können. Wer sich vorab bereits hierüber informieren möchte, kann die medizinische Klassifikation schon heute auf der Website des ZI unter [www.zi-berlin.de](http://www.zi-berlin.de) betrachten.

Noch ist etwas Zeit. Aber es macht sicherlich Sinn, schon jetzt Ihre Dauerdiagnosen zu überprüfen. Und sind wir doch einmal ehrlich: Wie häufig haben wir insbesondere in der langjährigen Betreuung unserer Patienten eine einmal vorgenommene Diagnoseverschlüsselung als Dauerdiagnose von Quartal zu Quartal ungeprüft übernommen. Unsere Arztpraxissysteme bieten hier auch wenig Hilfe. Dass aus dem einstmals erkannten E 11.9 nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ 2 Diabetes ohne Komplikationen) sich Komplikationen hinzu geschlichen haben, ist nicht ganz selten.

Auf der folgenden Seite können Sie sich schon einmal mit den Kodierhilfen des ZI beschäftigen. ✓



<http://www.spirem.de/codestone/code/start.php>

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

ZI - Kodierhilfe

Suchen:

nach ICD-Bezeichnung: Fußsyndrom (Suchbegriff als Teil der Bezeichnung)

ICD-Bezeichnung

E11.74 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit diabetischem Fußsyndrom. Nicht als entgleist bezeichnet.

2. Schritt:  
 Cursor über das Tool führen, um die konsentierten Kriterien zu erhalten.  
 Anklicken des Tools, woraufhin entsprechend einer Checkliste die Kriterien für die sachgerechte Vergabe des ICD 10-Codes erscheinen.

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland

ZI - Kodierhilfe

Praxis - Checkliste:

E11.74 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit diabetischem Fußsyndrom: Nicht als entgleist bezeichnet.

Kategorie	Gruppe	Kriterium	Infos	Email	Status
<input type="checkbox"/>	Diagnostik	paVK und / oder Neuropathie (Hinweis: alleiniges Vorliegen reicht nicht zur Kodierung aus, Läsion muss vorliegen oder vorgelegen haben)		kommentar	
<input type="checkbox"/>	Diagnostik	Schwellen, Hämatom, Druckstellen oder abgeheilte Läsionen unter-/oberhalb des oberen Sprunggelenkes mit / ohne entzündliche Symptomatik, sofern spezifischer Behandlungsbedarf besteht.		kommentar	

3. Schritt:  
 Nach Anklicken des Tools besteht die Möglichkeit eines Kommentars per E-Mail.

Sie möchten mit uns in Kontakt treten:

Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

Email: info "at" codestone.de  
Kontaktformular:

Anrede  Email

Vorname  Name

Firma  Abteilung

Straße  PLZ, Ort

Fon  Fax

Anfrage

Anfrage zu ICD: E1174, KriteriumID: 3379 Kommentar zu einem Kriterium

Die mit \* versehenen Felder müssen ausgefüllt werden.

Mit der Absendung des Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Email-Adresse und meine persönlichen Daten elektronisch gespeichert werden. Die gespeicherten Daten werden vertraulich behandelt und Dritten nicht zugänglich gemacht.

4. Schritt (fakultativ):  
 Kommentar per E-Mail an die Verantwortlichen des ZI.

## Abschluss einer erfolgreichen Kampagne

Vor einem Jahr ging die KVBW im Auftrag der Vertreterversammlung mit der Aufforderung „Stoppt den Unsinn!“ (dieser Honorarreform) an die Öffentlichkeit. In fast allen Tageszeitungen Baden-Württembergs schalteten wir Anzeigen. Viele von Ihnen haben die Plakate und Informationsmaterialien in Ihren Praxen angebracht und vor allem beharrlich Unterschriften gesammelt. Manche haben auch mit Hilfe der Kampagnenvorlagen politische Arbeit geleistet und sich vor dem Hintergrund des Wahlkampfs im letzten Jahr aktiv in die öffentliche Diskussion eingeschaltet.

**Danke dafür an Sie,** Ihre Praxismitarbeiter und natürlich an Ihre Patientinnen und Patienten, die sich auf den Unterschriftslisten eingetragen haben. Es hat sich gelohnt: Insgesamt fast 500.000 Unterschriften haben wir seitdem gezählt. Das ist keine Kleinigkeit, sondern das sind eine halbe Million Bürgerinnen und Bürger in Baden-Württemberg, die sich für den Erhalt ihrer hervorragenden, wohnortnahen und flächendeckenden ambulanten Versorgung und damit für den Erhalt Ihrer Praxen ausgesprochen haben. Die große Resonanz zeigt, dass die KVBW und ihre Mitglieder mit ihrem Protest gegen die ungerechten Folgen der verfehlten Gesundheitspolitik nicht alleine sind.

**Dieses Ergebnis** haben wir nun dem neuen Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler zur Kenntnis gebracht, verbunden mit dem Appell, uns die regionalen Gestaltungsspielräume

wieder zu ermöglichen, die Webfehler der letzten Honorarreform zu beseitigen und die Benachteiligung der baden-württembergischen Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ihrer Patienten zu beenden. Seine Vorgängerin hatte noch im August 2009 in einer Presseinformation mitgeteilt, „die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erhalten nun ein kalkulierbares, gerechteres und auch transparenteres Honorarsystem.“

**Wir alle wissen, dass es nicht so ist!**

Besonders die großen Verwerfungen zwischen und innerhalb der Fachgruppen sind das Ergebnis echter Systemfehler, die die KVBW nun auch nicht mehr ausgleichen kann, da die Honorarverteilung gesetzlich vorgeschrieben ist.

**Die KVBW setzt sich weiterhin** mit aller Macht in Land und Bund, bei Politik und KBV, dafür ein, diese für Baden-Württemberg so nachteilige RLV-Systematik, die mit der Honorarreform über uns hereingebrochen ist, aufzuheben. ✓



**STOPPT DEN  
Unsinn!**

## Offener Brief an Gesundheitsminister Philipp Rösler

Alles Gute.

**KVBW** 

Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg

Der Vorstand

Postfach 80 06 33  
D-70506 Stuttgart  
Albstedtweg 11  
D-70567 Stuttgart  
Telefon 07 11 / 78 75-0  
www.kvbawue.de  
dr.hoffmann-goldmayer@kvbawue.de

KVBW · Postfach 80 06 33 · D-70506 Stuttgart

Bundesministerium für Gesundheit  
Bundesgesundheitsminister  
Herrn Dr. Philipp Rösler  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

Ihre Nachricht

Ihr Zeichen

Unser Zeichen  
Dr.HG/So

Durchwahl  
Tel: -3213  
Fax: -3330

Datum  
23. Februar 2010

*Siles vockste eme Räucher,  
sich gärlche Herr Wolke Rösler,*

der Gesundheitsfonds und die aktuelle Honorarreform haben in Baden-Württemberg nicht nur bei den Ärzten und Psychotherapeuten, sondern auch bei den Patienten zu massivem Unmut geführt.

Dies zeigt die überwältigende Resonanz auf eine Informationskampagne, die die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg zusammen mit ihren Mitgliedern und unseren Patienten in den vergangenen zwölf Monaten durchgeführt hat: Eine halbe Million Patientinnen und Patienten haben durch ihre Unterschrift deutlich gemacht, dass sie die ungerechte Verteilung der Honorare zu Lasten der Ärzte in Baden-Württemberg ablehnen. 500.000 Unterschriften zeigen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und die Ärzte sowie weite Teile des Landtags von Baden-Württemberg mit ihrem Protest nicht alleine sind. Sie zeigen, wie wichtig den Patienten die wohnortnahe und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ist, die unser Land bislang ausgezeichnet hat. Und 500.000 Unterschriften sind deutlicher Ausdruck dafür, dass die Honorarreform Ihrer Vorgängerin gescheitert ist.

500.000 Patienten sind keine Kleinigkeit und sollten Sie bewegen, wie von Ihnen ja auch angekündigt, über die Auswirkungen der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre nachzudenken. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und ihre Mitglieder hegen große Hoffnung, dass Sie in der Gesundheitspolitik eine Kehrtwende vornehmen und den Unsinn der alten Bundesregierung stoppen.

Wir fordern Sie daher auf:

Schaffen Sie den unsinnigen Gesundheitsfonds ab!

Stoppen Sie die zentralistische Honorarreform und geben Sie den Länder-KVen ihre über Jahre hinweg bewährt regionale Verantwortung wieder

Stehen Sie zum Wort der Bundeskanzlerin, dass in keiner KV-Region für 2009 Honorarverluste auftreten dürfen!

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg unterstützt Sie gerne bei der Erarbeitung entsprechender Konzepte, die den hohen Versorgungsstandard in unserem Land auch in Zukunft sichern.

Mit freundlichem kollegialen Gruß nach Berlin

*Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer*

Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer  
Vorstandsvorsitzender



## Widerstand von CDU und CSU gegen die Kopfpauschale nimmt zu

*Krankenkassen sehen sich zu Zusatzprämien gezwungen*

Noch nie, darin sind sich die gesundheitspolitischen Experten in der Bundeshauptstadt einig, war Gesundheitspolitik so politisch wie in dieser immer noch neuen Koalitionsregierung. Denn es geht nur noch am Rande um die Sache, sondern vorrangig um das Bemühen, die Machtverhältnisse in der Regierung darzustellen und für die kommenden Jahre zu zementieren. Beispielhaft sind die Kontroversen um den Hartz-IV-Komplex, den Afghanistan-Einsatz der Bundeswehr oder die Debatte um die Laufzeiten der Atomkraftwerke. Am Rande dieses Trichters des Schnitzelwerks gegenteiliger Ansichten und Absichten liegen nunmehr auch die Pläne zu einer Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Dies sind die aktuellen Fakten: Nach dem historischen Stimmengewinn der FDP bei der letzten Bundestagswahl befindet sich die Partei im Vorfeld der Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen in einem Stimmungstief und muss dort um ihre Regierungsbeteiligung fürchten. Dies hat Auswirkungen auch auf die Bundespolitik. Denn offensichtlich nutzen CDU und CSU die Schwäche des Koalitionspartners, um ungeliebte politische Vorstellungen der FDP aus dem Gesamtkonzept des Koalitionsvertrages streichen zu können. Dies gilt insbe-

sondere auch für das Modell der Kopfpauschale, mit dem das System der GKV gänzlich neu gestaltet werden soll.

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hält sich in dieser Situation bemerkenswert bedeckt. Er verweist auf seine Absicht, im März erst einmal eine Kommission einzuberufen, um die Eckpunkte der geplanten Reform zu erarbeiten. Vorher, so der Minister, sei nicht mehr zu sagen, als dass er mit der Realisierung der Gesundheitsprämie auch seine ministerielle Zukunft verbinde.

So wohltuend die ungewohnt leisen Töne auch wirken mögen, so hart und so schnell hat den Minister die Realität eingeholt. Die gesetzlichen Krankenversicherungen errechneten zu Jahresbeginn wieder einmal ein kräftiges Minus in ihren Bilanzen. Als Konsequenz nutzten sie das im Gesetz vorgesehene Instrument der Zusatzbeiträge, die von den Versicherten allein zu zahlen sind. Zu Wort in dieser Causa – und dies ist wiederum bemerkenswert – meldeten sich Bundeskanzlerin Angela Merkel und Verbraucherschutzministerin Ilse Aigner (CSU), aber nicht der Bundesgesundheitsminister. Die Kanzlerin hatte für den Aufschlag kein Verständnis, Ilse Aigner vermutete gar

„Rechtswidrigkeit“. Zurzeit prüft das Bundeskartellamt den Vorgang. Philipp Rösler beschränkte sich auf den Hinweis, wer den Zuschlag nicht zahlen wolle oder könne, der möge zu einer Krankenkasse wechseln, die diesen Zuschlag nicht erhebe.

**Den Angriffen begegnen** die Krankenkassen mit deutlichen Begründungen: Die Ausgabensteigerungen insbesondere im Pharmabereich begründeten das Defizit. Als Ausweg boten sie dem Gesundheitsminister an, doch einmal über die Senkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel nachzudenken, oder die Hersteller zu einer Preissenkung insbesondere für neue innovative Medikamente zu bewegen. Doch die Senkung der Mehrwertsteuer war für die FDP – und wohl auch für die gesamte Koalition – nach den Erfahrungen mit der Hotellerie völlig ausgeschlossen. Blieben nur Gespräche mit der pharmazeutischen Industrie. Bereits im Vorfeld höhnten Gesundheitspolitiker, die über Erfahrungen mit derartigen Gesprächsrunden verfügen, dies gleiche dem Eingipsen eines Holzbeins.

**So lohnt es sich**, die Presseerklärung des Gesundheitsministeriums nach den ersten Gesprächen vom 18. Fe-

bruar 2010 wörtlich zu zitieren: „Die Beiträge der Versicherten müssen effizient eingesetzt und mögliche Einsparpotentiale im Arzneimittelbereich gehoben werden. Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme, in dem der Zugang zu neuen innovativen Arzneimitteln für GKV-Versicherte gesichert ist. In Deutschland sind allerdings auch die Preise von innovativen Arzneimitteln besonders hoch. Hier wollen wir ran. Wir wollen, dass den Patientinnen und Patienten in Deutschland auch künftig innovative Arzneimittel zur Verfügung stehen. Aber es muss bezahlbar bleiben.“ Also: Keine Ergebnisse.

Auch auf seinem ureigensten Gebiet, der Realisierung der Kopfpauschale, hat der Minister die ersten Schlachten verloren. Es war zwar die närrische Zeit mit Konfetti und Luftschlangen, aber auf einen Tusch für eine besonders gelungene politische Pointe hatte es Bundesfinanzminister Schäuble sicher nicht abgesehen, als er die Berechnungen seiner Beamten für das Kopfpauschalenmodell präsentierte. Wollte man die Kosten dieser Reform über die Einkommenssteuer ausgleichen, müssten zwischen 20 und 35 Milliarden Euro – nach unterschiedlichen Berechnungen – auf-

gebracht werden. Allein um den unteren Wert zusätzlich einzunehmen, müsste der Spitzensatz der Einkommenssteuer auf 73 Prozent steigen und ab einem Einkommen von 120.664 Euro gelten. Und wolle man gar 33 Milliarden Euro zusätzlich einnehmen, müsste der Spitzensteuersatz ab 179.664 Euro bei 100 Prozent liegen.

Aus dem Bundesgesundheitsministerium gab es Versprechen statt Berechnungen. Rösler: „Alle Zahlen, die bisher genannt wurden, sind nicht einmal im Ansatz richtig“. Er versprach, bei seinen Plänen werde der Sozialausgleich deutlich unter zehn Milliarden Euro liegen. Und: „Die christlich-liberale Koalition wird ihre Gesundheitsreform ohne Steuererhöhungen vornehmen.“

Behält diese letztzitierte Aussage ihre Gültigkeit, ist die Kopfpauschale schon heute vom Tisch. Denn das Modell bezieht ja gerade seine Innovation aus dem Ausgleich aus Steuermitteln. Wird für jeden GKV-Versicherten ein einheitlicher Beitrag berechnet, so werden Geringverdiener und einkommensschwache Bürger Anträge auf Zuschüsse stellen. Diese wiederum sollen aus Steuermitteln finanziert werden. Abgesehen vom bürokratischen Monsterapparat, der dann mehr als die Hälfte der gesetzlich Krankenversicherten zu betreuen hätte, gibt die aktuelle Steuersituation Zusatzbelastungen nicht her.

Nun gibt es sicherlich kein GKV-Finanzierungssystem, das ohne individuelle Ungerechtigkeiten der Gesundheitsversorgung eine auch für zukünftig zu erwartende Ausgabensteigerungen sichere und dichte Decke webt. Doch gegen das Vorhaben, die noch einigermaßen funktionierende Finanzierung gegen die unsichere Hoffnung auf eine bessere Zukunft einzutauschen, wehren sich vehement die CDU und die CSU. Der CSU-Generalsekretär Dobrindt erklärte: „Herr Rösler sollte weniger Tagträu-

mereien über Kopfpauschalen nachhängen, sondern engagiert die heute anstehenden Hausaufgaben machen. Er sollte möglichst schnell Maßnahmen zur Kostendämpfung ergreifen, damit eine Flut von Zusatzbeiträgen noch verhindert werden kann.“ Und: „Die Kopfpauschale ist nicht Teil des Koalitionsvertrages – und der Hinweis auf mehr Realismus ist auch hier nicht angebracht.“ CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn legte nach: „Die Haushaltslage macht einen völligen Umstieg auf die Gesundheitsprämie zumindest in dieser Legislaturperiode sicherlich nicht mehr möglich.“ Auch bei Bundeskanzlerin Angela Merkel findet Rösler keine Unterstützung. Es habe keinen Sinn, immer wieder mit Vorschlägen für die Einführung einer Kopfpauschale voranzupreschen, habe sie – so Teilnehmer – bei einer Fraktionssitzung erklärt. Unter Verweis auf die ab 2011 geltende Schuldenbremse habe sie gesagt: „Dann soll Herr Rösler mal schauen, wie er das haushaltsneutral hinkommt.“

**Die Gesundheitspolitik ist** in der politischen Großwetterlage angekommen. Auch wenn sich Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler noch immer so verhält, als sei es nur ein Schäfchenwölkchen, wächst sie sich zunehmend zu einer Gewitterwolke aus. Die von Philipp Rösler eingesetzte Kommission wird ein Papier erarbeiten, dessen Bedeutung sich erst noch herausstellen muss. Zu groß sind die Widerstände, zu groß auch die Widersprüche des gesamten Projektes. Der Gesundheitsminister wird sich angesichts der aktuellen Entwicklung im Gesundheitswesen sehr schnell erklären müssen – spätestens beim diesjährigen Deutschen Ärztetag zwei Tage nach der Wahl in Nordrhein-Westfalen. Philipp Rösler ist dennoch Standhaftigkeit und Durchsetzungsvermögen zu wünschen. Sein Scheitern wäre insbesondere für die Ärzteschaft als erster Minister mit ärztlicher Profession sicher verhängnisvoll. ✓





## Verfehlte Gesundheitspolitik mindert die Ärztgehonorare in Baden-Württemberg

*Diskussionsrunde fordert neue Finanzierungsbasis der GKV*

„Hat unser Gesundheitssystem noch eine Zukunft?“ Mit diesem Thema befasste sich am 5. Februar 2010 der 7. Ulmer „Wortwechsel“, eine Veranstaltung der Wirtschaftsjuvenen Ulm. Wie aktuell diese Frage ist, zeigte sich an den vielen Zuhörern, die ins „Stadthaus“ nach Ulm gekommen waren. Wie umstritten die Lösungsansätze für diese Frage sind, wurde aus den unterschiedlichen Positionen der einzelnen Teilnehmer aus dem Podium deutlich.

Großen Beifall bekam KVBW-Vorstandsvorsitzender Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, als er vor den drohenden Versorgungslücken in Baden-Württemberg warnte, falls die Politik die Rahmenbedingungen für die Ärzte nicht verbessere: „Wir haben heute bereits teilweise erhebliche Schwierigkeiten, freiwerdende Arztpraxen nachzubetzen, weil das Risiko für die jungen Ärzte in keinem Verhältnis mehr zum zu erwartenden Ertrag steht“. Dies sei Ergebnis der Politik der letzten Bundesregierung, die vor allem zu Lasten Baden-Württembergs gegangen sei und hier zu

teilweise erheblichen Honorarverlusten bei den Ärzten geführt habe, ergänzte er.

Die SPD-Bundestagsabgeordnete Hilde Mattheis sah hingegen keine Probleme bei der Honorierung der Ärzte. „Sicherlich gibt es im ländlichen Raum immer wieder mal Schwierigkeiten mit der Besetzung von Arztpraxen, aber das hat nichts damit zu tun, dass Ärzte zu wenig verdienen. Es gibt keinen Grund für die Ärzte zu klagen.“ Dieser Argumentation widersprechen jedoch die von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg vorgelegten konkreten Zahlen. Und das Auditorium sah dies genauso.

**Um die Attraktivität des Arztberufes** zu steigern, stellte der KV-Vorsitzende neben der Verbesserung der Honorarsituation weitere Forderungen auf: „Wir müssen auch an das Risiko für die Ärzte denken, etwa an das Regressrisiko, das enorm ist. Hier muss es unbedingt eine Änderung geben, da das für die Ärzte nicht länger tragbar ist.“ Zudem warb er dafür, mehr Studienplätze für Mediziner anzubieten

und gleichzeitig das Auswahlverfahren neu zu gestalten. Hoffmann-Goldmayer betonte in diesem Zusammenhang auch die wichtige infrastrukturelle Komponente, die den Ärzten vor allem im ländlichen Raum zukomme und verwies darauf, dass unabhängig von den Bemühungen der Politik und der KVen auch die einzelnen Gemeinden einiges an Möglichkeiten hätten, ihre Attraktivität für einen Arztsitz zu verbessern.

Für Andreas Beivers, Diplom-Volkswirt beim IfG Institut für Gesundheitsökonomik, liegt ein Schlüssel in der künftigen Finanzierung des Gesundheitssystems in der Ausnutzung von Effizienzreserven im System. „Wir können hier zu deutlichen Einsparungen kommen“, sagte er, unterstützt von Charalabos Markos Dinstsios vom IQWIG. Der sieht wiederum einiges an Verbesserungsmöglichkeiten bei der Verordnung von Arzneimitteln, in dem Deutschland aus seiner Sicht noch verhältnismäßig hohe Summen ausgibt. Er kritisierte dabei die Praxis

der Pharmaunternehmen, die bisherige Medikamente durch marginale Änderungen in der Zusammensetzung zu einem neuen Produkt kreieren und dieses dann zu wesentlich höheren Preisen auf den Markt bringen.

Dr. Jane Lahl, Mitglied der Geschäftsführung von Roche Pharma AG, sah

## „ERWEITERUNG DER FINANZIELLEN GKV-BASIS“

dies naturgemäß völlig anders. Sie sieht in der Innovationskraft der Pharmaunternehmen neue Möglichkeiten, zu Verbesserungen im Gesundheitswesen zu kommen. Sie verteidigte zudem die hohen Preise der Pharmaprodukte mit dem großen Forschungsaufwand, den die Unternehmen betreiben müssten, um neue und wirksamere Medikamente entwickeln zu können.

**Einigkeit gab es** zwischen den Podiumsteilnehmern, dass die finanzielle Basis zur Finanzierung des Gesundheitswesens erweitert werden muss und nicht mehr nur auf das Lohn Einkommen bezogen werden darf. Gleichwohl waren auch hier die Konzepte unterschiedlich. Hilde Mattheis (MdB SPD) warb für das Modell der Bürgerversicherung, wonach das System der Privaten Krankenkassen abgelöst wird und jeder Bundesbürger Mitglied der GKV werden muss, also auch alle Selbstständigen und Beamte. Hoffmann-Goldmayer sprach sich hingegen dafür aus, in die Finanzierung nicht nur das Arbeitseinkommen, sondern weitere Einkommensarten mit einzubeziehen.

**Neben einer breiteren Basis** für die Finanzierung müssten aus Sicht der KVBW aber noch eine Reihe weiterer Fragen für die Zukunft des Gesundheitssystems beantwortet werden. „Wir werden nicht um die Frage herumkommen zu bestimmen, welche Leistungen künftig von der Solidargemeinschaft getragen werden und

was in die private Verantwortung jedes Einzelnen gegeben werden muss. Dies ist allerdings eine originäre Aufgabe der Politik, den Menschen hier reinen Wein einzuschenken und für Klarheit zu sorgen.“ Wenn er nur daran denke, was wohl in naher Zukunft medizinisch alles möglich sei, etwa individualisierte Medikamente, dann sei für ihn völlig unklar, wie dies von der Solidargemeinschaft bezahlt werden soll. Gleichwohl warnte er davor, die Höhe der Gesundheitsbeiträge von der persönlichen Lebenssituation jedes Einzelnen abhängig zu machen. „Immer wieder kommt beispielsweise die Forderung auf, bestimmte Risikosportarten mit einem höheren Beitrag zur Krankenversicherung zu versehen. Das ist ein gefährlicher Weg, denn die Sportart, bei der die Kosten durch Verletzungen und Folgeschäden am höchsten ist, ist Fußball, und zwar im Amateurbereich.“ Gleichwohl gelte es, die Eigenverantwortung der Patienten zu stärken.

In der sich anschließenden Diskussion wurde deutlich, wie aktuell die Thematik des Abends ist. Ein Zuschauer beklagte sich bitter darüber, dass die Ärzte jeden Tag in ihren Praxen die verfehlte Politik zu erklären und zu verteidigen hätten. „Wir sind diejenigen, die den unmittelbaren Kontakt zu den Patienten haben. Und jeden Tag haben wir den Ärger, weil wir erklären müssen, dass diese und jene Leistung nicht mehr bezahlt wird, dass wir nur noch das Medikament aufschreiben dürfen und nicht mehr ein anderes. Aber das ist nicht unsere Aufgabe, das ist Sache der Politik und der Krankenkassen.“ Eine andere

Teilnehmerin zeigte als Patientin Verständnis für den Ärger der Ärzte. „Wir haben bei uns im Dorf noch einen Hausarzt, der jedoch schon älter als 60 Jahre ist und in absehbarer Zeit aufhören wird. Wir hoffen alle sehr, dass die Praxis nachbesetzt wird, was für uns ansonsten ein echter Verlust von Infrastruktur ist.“

Auch von Seiten der Patienten wurde Kritik an der Gesundheitspolitik geübt. „Für uns Patienten wird das immer verwirrender und weniger transparent. Warum bekommen wir auch als Kassenpatienten nicht nach jeder Behandlung eine Rechnung, damit wir selbst einen Überblick haben, was an Leistungen abgerechnet wird und was das gekostet hat.“ Einer der Teilnehmer wies die Patientin darauf hin, dass ihr Arzt verpflichtet sei, eine Rechnung auszustellen, wenn sie dies fordere. ✓



Dr. Hoffmann-Goldmayer : „Änderungen muss es auch bei den Regressbestimmungen geben. Das Risiko für die Ärzte ist enorm.“

# Versorgungsbericht 2009: Menschen versorgen Menschen

*Arztpraxen wichtige Orte der Primärversorgung älterer Patienten*

Zum dritten Mal erscheint der Versorgungsbericht der KVBW. Er gewährt einen präzisen und raschen Überblick zum aktuellen Stand der ambulanten medizinischen Versorgung in Baden-Württemberg und skizziert die Versorgung der Zukunft. Gleichzeitig öffnet er einen Blick hinter die Kulissen. Dies machen die Beiträge zahlreicher Gastautoren möglich: Ärzte, Psychotherapeuten und Vertragspartner kommen zu Wort.

Dr. Gisela Dahl, Mitglied des Vorstands der KVBW, umreißt im Editorial die zentralen Fragen: Der demografische Wandel schlägt immer deutlicher auf das Gesundheitswesen durch. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl älterer Menschen in der Gesellschaft macht er die Allgemeinarztpraxen zu den „wichtigsten Orten der Primärversorgung Älterer.“ Auch altersbedingte Erkrankungen werden zunehmen. „Dies ist bei der jüngsten Gesetzgebung oder den Reformen im Gesundheitswesen stets ignoriert worden“, kritisiert Dr. Dahl. Um Versorgungsengpässe zu verhindern, fordert sie, die bisherige Bedarfsplanung durch eine an der Realität angepasste Versorgungsplanung zu ersetzen und einen „demografischen Faktor“ einzuführen. Dieser soll als Korrektiv der Bedarfszahlermittlung dienen.

**Eine besondere Herausforderung** stellt nach wie vor die Versorgung im ländlichen Raum dar, der besonders für nicht mobile Patienten mitunter zu „Problemzonen“ mutiert. Denn noch steht die Frage im Raum, wie die in absehbarer Zeit altershalber ausscheidenden Ärzte ersetzt werden können. Dezentrale Lösungen wie

Kooperationspraxen und Landarzt-räume müssen geschaffen werden. Hier sieht Gisela Dahl auch die Kommunen in der Pflicht, Niederlassungsanreize für junge Mediziner zu setzen, die sich unter anderem in einer guten, familienfreundlichen Infrastruktur zeigen.

**Dem Hausarzt** kommt eine zentrale Stellung innerhalb der Primärversorgung zu, der Facharzt ist wichtigstes Bindeglied zwischen Hausarzt und Krankenhaus. Vernetzung und Kooperation zwischen diesen Beteiligten „wird hier ein Weg sein, um bei gleichwertiger Versorgungsqualität und verringerten Kosten sich den Aufgaben stellen zu können. Mehr Kooperation und mehr Delegation auch an nicht ärztliche Berufsgruppen sind weitere Möglichkeiten. Allerdings bleibt ärztliche Verantwortung nie delegierbar“, stellt Dr. Dahl fest.

**Wichtige Instrumente** zur Flexibilisierung des Arztberufes sind in den vergangenen Jahren installiert worden – Stichwort Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) – die sich künftig als adäquate Instrumente beweisen müssen, um dem Arztmangel im ländlichen Raum entgegenzuwirken. So eröffnet die Möglichkeit, Nebenbetriebsstätten zuzulassen, wichtige Optionen auf diesem Feld.

Breiten Raum lässt der Versorgungsbericht auch in diesem Jahr wieder den individuellen Sichtweisen von Ärzten und Vertragspartnern der KVBW. Wie sich eine Landarztpraxis in der Vergangenheit und in der Gegen-

wart gestaltet, wird für die breite Öffentlichkeit ebenso interessant sein wie die Einblicke in die Praxis eines Flughafenarztes oder einer Traumatherapeutin. Ein Schwerpunkt des „Versorgungsbericht 2009“ liegt auf dem Thema Prävention. Vier Vertragsärzte beleuchten dieses Feld von unterschiedlichen Seiten.

**Umfangreiches Zahlenmaterial**, optisch ansprechend aufbereitet, rundet den Versorgungsbericht ab und macht ihn wieder zu einem idealen Nachschlagewerk sowohl für Insider als auch für die interessierte Öffentlichkeit. Der gesamte Bericht steht – auch optisch – unter dem Motto „Menschen versorgen Menschen“, ein Aspekt, der in der aktuellen Diskussion oft zu kurz kommt. ✓

Der Bericht erscheint in kleiner Auflage und geht an Multiplikatoren in der Öffentlichkeit wie Medienvertreter und Politiker. Allgemein zugänglich ist er über die Homepage der KVBW.

 Mehr dazu im Internet

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



# Vertreterversammlung diskutiert weiter über Bereinigung

*Delegierte sehen Ärztemangel auf dem Land mit Sorge*

Für Empörung unter den Delegierten der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg am 3. Februar sorgte ein Statement des KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler gegenüber der Presse, wonach die Ärzte mit 3,4 Milliarden Euro Honorarzuwachs im vergangenen Jahr noch mehr Honorar bekommen hätten als die ursprünglich angenommenen 2,5 Milliarden Euro. Der Vorstandsvorsitzende Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer bezeichnete dies als eine verbale Ohrfeige gegenüber den Ärzten.

Er stellte daher eingangs der Vertreterversammlung und in einer entsprechenden Erklärung gegenüber der Presse klar: „Das deutliche Honorarplus, das die niedergelassenen Ärzte 2009 bundesweit erhalten haben, ist in Baden-Württemberg eindeutig nicht angekommen. Ganz im Gegenteil: Zustande gekommen ist dieses Ergebnis teilweise durch eine Umverteilung zu Lasten der KVBW. Rund zwei Drittel unserer Mitglieder mussten im vergangenen Jahr deutliche Umsatzrückgänge hinnehmen.“

Dies bestätigte auch der Stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Herz. Er stellte die jüngsten Abrechnungsergebnisse des Quartals 3/2009 vor. Demnach sind im Quartal 3/2009 zu 3/2008 im Gesamthonorar nach der Konvergenzphase (Rettungsschirm für von Verlusten betroffene Fachgruppen) insgesamt minus 0,59 Prozent zu verzeichnen. Davon entfallen minus 0,71 Prozent auf die

Fachärzte und minus 0,30 Prozent auf die Hausärzte. Im Vergleich zu 2008 ergebe sich dadurch zwar kein besonderes Minus, allerdings seien einige Gruppen im Facharztbereich nur durch die Konvergenzphase vor zweistelligen Honorarverlusten bewahrt worden.

**Die Konvergenzphase**, so Herz, werde für die ersten beiden Quartale 2010 weitergeführt. Als Bezugsjahr gelte dabei das Jahr 2009. Dies bedeutet, dass die Ärzte mit zehn Prozent Honorarverlusten im Vergleich zu 2008 rechnen müssen.

**Während sich in der Bundespolitik** Politiker und der neue Gesundheitsminister 100 Tage nach der Bundestagswahl fragen lassen mussten, was politisch inzwischen alles auf den Weg gebracht worden ist, herrschte für die Vertreter der KV Baden-Württemberg kurz vor dem KV-Wahlkampf so etwas wie die Ruhe vor dem Sturm. Es war Zeit, um zurückzublicken, was gewesen ist und Bilanz zu ziehen und Zeit, nach vorne zu schauen, was alles noch sein kann. Nachdem im Dezem-

ber der Beschluss des Bewertungsausschusses die Auseinandersetzung bezüglich der Bereinigung beim Hausarztvertrag zwischen Vertretern und Vorstand mit einem Kompromiss gelöst hatte, konnte in der Februar-Vertreterversammlung etwas ruhiger diskutiert werden, wie etwa bei einem Schwerpunktthema, der Bereinigung der individuell zugeteilten Regelleistungsvolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich infolge des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung. Hier hatten im vergangenen Jahr die Delegierten einen Antrag gestellt, nach dem die gesamte Berechnung der praxisrelevanten Regelleistungsvolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich neu ermittelt werden soll.

**Der Beschluss** des Bewertungsausschusses vom 16. Dezember letzten Jahres sah nun vor, dass als Folge der Bereinigung der Fallwert des Regelleistungsvolumens (RLV) der jeweiligen Arztgruppe nur um maximal 2,5 Prozent steigen oder sinken darf. Wenn dieser Schwellenwert überschritten wird, dann soll der darüber hinausgehende Mehrbetrag ausschließlich von den Ärzten getragen werden, die an den Selektivverträgen teilnehmen. Bezüglich des Jahres 2009 gilt nun, dass das 1. und 2.



Quartal 2009 in der von der KVBW angewandten Regelleistungsvolumen-Bereinigungssystematik durchgeführt wird. Hier soll es allerdings eine Härtefallregelung geben. Das bedeutet, dass die betroffenen Praxen einen Fallwert in Höhe von mindestens 80 Prozent des fachgruppenspezifischen RLV-Fallwertes bekommen. Die Quartale 3 und 4/2009 werden dagegen rückwirkend nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom Dezember berechnet. Dr. Hoffmann-Goldmayer sagte, dieses Ergebnis sei nicht das, was sich die KVBW gewünscht hätte, aber das einzige, was in der Verhandlung zu erreichen gewesen sei.

Ein Verfahren, das von einigen Delegierten als Kompromiss bezeichnet wurde, der nicht optimal sei und bei dem allein die Ärzte den „Schwarzen Peter“ hätten. „Das System ist definitiv an die Wand geknallt“, so einer der Vertreter, die Härtefallregelung sei ein „Zwangsrabatt der Kassen“. Verlierer sei immer der, der ganz normale Medizin mache. Solange die politischen Rahmenbedingungen nicht geändert würden, resümierte ein Delegierter, sei der Arztberuf für junge Menschen nicht mehr attraktiv. Die ärztliche Versorgung sei gefährdet – nicht nur im ländlichen Raum. Helfen könnten hier nicht nur Finanzspritzen wie günstige Kredite und Weiterbildungskonzepte, not-

wendig seien auch Hilfen wie Kinderbetreuung (zum Thema Investitionsförderung für Arztpraxen siehe Seite 20 und Veranstaltung der KVBW Seite 44). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass immer mehr Frauen den Arztberuf anstreben.

**Für Verärgerung bei den Vertretern** sorgte in diesem Zusammenhang die Forderung der KBV, Ärzte in überversorgten und unterversorgten Gebieten unterschiedlich zu vergüten, also Ärzte in überversorgten Gebieten schlechter zu bezahlen. Solch ein Unfug muss vergessen werden, sagte KVBW-Chef Dr. Hoffmann-Goldmayer: „Niederlassungsanreize sind nicht im Rahmen einer Umverteilung, sondern ausschließlich durch zusätzliche Geldströme beziehungsweise andere finanzwirksame Anreize zu fordern.“ Als gutes Beispiel sei eine Gemeinde im Bodenseekreis anzusehen, die die Praxis eines abgehenden Arztes aufgekauft habe. Realität sei aber auch, dass die Infrastruktur einer Gemeinde wie etwa die Ausstattung mit Kindergärten, Schulen und Freizeitangeboten wesentlich die Nachbesetzung eines Arztsitzes beeinflusse.

Vorstandsmitglied Dr. Jan Geldmacher stellte die Arzneimittel- und Heilmittelbudgetvereinbarung 2010 sowie die Richtgrößen für Arznei-

und Heilmittel vor (sie sind im letzten Rundschreiben an die Praxen gegangen). Die Arzneimittelausgaben in Baden-Württemberg sind im Jahr 2010 im Vergleich zum Vorjahr um

## „SPARSAME VERORDNUNGSWEISE“

3,65 Prozent gestiegen. Baden-Württemberg liege damit an zweiter Stelle der Rangliste der niedrigsten Arzneimittelverordnungen in Deutschland. Dies belege die sparsame Verordnungsweise der baden-württembergischen Ärzte, so Geldmacher. Bundesweit liegt die Steigerungsrate bei 5,88 Prozent.

Die Vorsitzende der Vertreterversammlung Dr. Birgit Clever stellte die geplante Neustrukturierung des Personalrats der KV Baden-Württemberg vor. Im Rahmen der Organisationsentwicklung der KVBW soll der Personalrat verschlankt und damit die örtlichen Personalräte zugunsten eines Gesamtpersonalrates abgeschafft werden. Dr. Clever bat das zuständige Vorstandsmitglied Dr. Thomas Zalewski, die geplante Weiterentwicklung der Organisation der KV Baden-Württemberg in der nächsten Vertreterversammlung im April vorzustellen. ✓

## WEITERE BESCHLÜSSE DER VERTRETERVERSAMMLUNG UND PERSONALIA

Angenommen wurde ein Beschluss der Vertreterversammlung, nach dem der Vorstand beauftragt wird, zeitnah eine Mitgliederbefragung an ein externes Unternehmen zu geben. Damit soll die Akzeptanz der KV bei ihren Mitgliedern überprüft werden.

Redaktionell geändert werden soll nach einem Beschluss auch ein Passus der Notfalldienstordnung. Der genaue Wortlaut ist im Rundschreibenteil auf Seite 28 abgedruckt.

Ebenfalls angenommen wurde ein Antrag betreffend Abschlagszahlungen 2010. Der Vorstand solle Sorge tragen, dass der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Bereinigung der Regelleistungsvolumen auch bezüglich der Abschlagszahlungen Anwendung findet.

Dr. Horst Baumann löst den ausgeschiedenen Dr. Richard Barabasch ab. Baumann ist Allgemeinmediziner aus Neudorf. Er war Vorstandsmitglied der ehemaligen KV Nordbaden.



## Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Selbsthilfegruppen

*KV Baden-Württemberg forciert in Tagungen die Kooperation*

Chronische Krankheiten, Behinderungen, psychische Störungen und Suchterkrankungen sind die wichtigsten Themenfelder der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Durch den direkten Austausch zwischen Betroffenen wird eine gegenseitige Hilfe geleistet, die die Unterstützung von Ärzten und Psychotherapeuten und deren Mitarbeitern ergänzen können. Selbsthilfegruppen erfreuen sich immer größerer Beliebtheit bei chronisch Kranken und Menschen mit Behinderungen. Auch die Einstellung der Ärzte zu den Selbsthilfegruppen hat sich zunehmend hin zu einem kooperativen Miteinander gewandelt. Zudem nehmen sie gesundheitspolitisch einen immer größeren Stellenwert ein.

Der Gesetzgeber hat die Förderung der Selbsthilfe vorangetrieben und die Beteiligung von Patientenorganisationen in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung verankert. Die Zusammenarbeit von Ärzten und Medizinischen Fachangestellten mit Selbsthilfegruppen war Thema der vierten Fachtagung Selbsthilfe der KVBW. In Zusammenarbeit mit der LAG Selbsthilfe und der Selbsthilfekontaktstelle KISS Stuttgart fand diese Tagung am 23. Januar 2010 in Stuttgart statt.

**Die Zusammenarbeit gelingt** am besten, wenn Arzt und Betroffener sich kennen. Umso erfreulicher war es, dass 25 Ärzte und 86 Mitglieder verschiedener Selbsthilfegruppen die Gelegenheit nutzten, sich – besser –

kennen zu lernen und neue Kontakte zu knüpfen. Sie waren sich einig, dass sowohl die Profis, also die Ärzte und Psychotherapeuten und ihre Mitarbeiterinnen, als auch die ehrenamtlichen Helfer einen wichtigen Beitrag zur Versorgung und Betreuung des Patienten beitragen. So werden die Patienten von den Selbsthilfegruppen insbesondere auch psychisch aufgefangen, sie können dort neue Kraft schöpfen und haben vor allem auch die Möglichkeit, die verschiedenen Aspekte ihrer Erkrankung in einem Kreis von Menschen, die selbst betroffen sind, breiter und individueller besprechen zu können. Eine gute Zusammenarbeit hilft daher nicht nur dem Patienten, sondern entlastet auch den Arzt, zumal die Selbsthilfeorganisationen oftmals weitere wich-

tige Funktionen übernehmen. So haben die Patienten etwa die Möglichkeit, in den Selbsthilfegruppen vieles an Informationen über ihre Erkrankung zu erfahren. Die anwesenden Ärzte berichteten hierbei in der Tagung aus ihren Erfahrungen, dass ein Patient, der bereits über einen guten Informationsstand über seine Krankheit verfügt, wesentlich besser in die Diagnostik und verschiedenen Therapiemöglichkeiten einbezogen werden kann. Selbsthilfegruppen verfügen darüber hinaus nicht nur über Erfahrungswissen, sie arbeiten auch mit bei medizinischen Studien, Zertifizierungen, Fortbildungskongressen und in Forschungsnetzwerken.

**Einem besonderen Thema** widmeten sich die 20 Teilnehmer des Workshops „Umgang mit medizinischen Informationen in den Medien“. Hier wurde eine eigene Problematik erkennbar, mit der viele Patienten und Selbsthilfegruppen umgehen müssen: Informationen über das Internet über Krankheiten, Diagnose und Therapiemöglichkeiten. So vielfältig die Informationen auch sind, so schwierig ist für die Patienten, diese Informa-



Gespräche am Infostand: Sabine Gärtling, Selbsthilfekontaktstelle KISS in Stuttgart, und Dr. Thomas Ledig, Allgemeinarzt aus Ditzingen (v.l.).



Aufmerksame Zuhörer: Auch das Podium verfolgte interessiert die Ausführungen von Dr. Bruno Kugel, Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.

tionen zu bewerten. Was ist seriös, wie kann ich erkennen, welche Informationen wissenschaftlich und fachlich fundiert sind, und was ist auf meinen konkreten Fall anzuwenden?

**Die Einbeziehung der Medizinischen Fachangestellten** in die Kooperation mit Selbsthilfegruppen war Thema eines weiteren Workshops. Voraussetzung dafür ist natürlich das Einverständnis des Chefs der Praxis. Die oft noch brach liegenden Synergieeffekte sollten viel mehr genutzt werden. Wünschenswert wäre, dass es in jeder Praxis eine Medizinische Fachangestellte als Ansprechpartnerin für Selbsthilfegruppen gibt. Und dass diese die Selbsthilfegruppen für die Erkrankungen, die in der Arztpraxis häufig behandelt werden, auch persönlich kennt. Die Selbsthilfegruppen sollten also aktiv auf die Praxen zugehen. Großer Wert wurde auf Auf-

nahme der Selbsthilfe in die Lehrpläne für Medizinischen Fachangestellten gelegt. Für die bereits tätigen Medizinischen Fachangestellten sollten Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden. Da die dafür aufzuwendende Arbeitszeit der Medizinischen Fachangestellten zu vergüten ist, muss dafür Geld von anderer Stelle zur Verfügung gestellt werden.

Insgesamt haben die Teilnehmer der Fachtagung ein gemeinsames Verständnis für die aktuellen Probleme im Gesundheitswesen entwickelt. Sie äußerten Verständnis für den Leistungs- und Zeit- und Honorardruck, unter dem besonders die Ärzte stehen. Ärzte und Patienten müssen kooperieren, um innerhalb der bestehenden restriktiven Rahmenbedingungen ein Gegengewicht zur Politik und zu den Kassen zu bilden. ✓

## VORTEILE FÜR ÄRZTE UND THERAPEUTEN

- Selbsthilfe: „Gelebte Kompetenz“ oder „Experte in eigener Sache“
- Selbsthilfe bietet Patienten Hilfestellung an, ihre Leistungsansprüche gegenüber den Kostenträgern durchzusetzen; damit entlastet sie letztlich den Arzt
- Selbsthilfe bereitet (krankheitsbezogen) Informationen auf, macht Therapieoptionen bekannt und hilft, die Forschung voranzubringen.

## PRÄVENTIONSKAMPAGNE KV MOBIL

Auch in diesem Jahr startet das „KV Mobil“ seine Tour durch Baden-Württemberg. Das Team aus Ärzten und Mitarbeitern der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) informiert interessierte Bürger zum Thema Prävention.

Vorgesehene Termine und Standorte in diesem Jahr sind:

- Dienstag, 22. Juni 2010, Tübingen
  - Mittwoch, 23. Juni 2010, Baden-Baden, Augustaplatz
  - Freitag, 25. Juni 2010, Radolfzell
  - Mittwoch, 30. Juni 2010, Göppingen, Marktplatz
  - Donnerstag, 1. Juli 2010, Leonberg, Marktplatz
  - Freitag, 2. Juli 2010, Schorndorf, Marktplatz
- jeweils von 10.00 Uhr bis 18.00 Uhr.

Die Präventionskampagne ist eine Gesundheitsaktion der KVBW und regionaler Kooperationspartner. Ziel der Gesundheitsaktion ist es, die Bürger für die Wichtigkeit von Präventionsuntersuchungen zu sensibilisieren und aufzuklären.

Ärzte vor Ort bieten kostenlose Gesundheitstests, wie beispielsweise Blutdruck-, Blutzucker- und Cholesterintests sowie Lungenfunktionsprüfungen an. Zudem wird ein Fitnessstest in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Tischtennisbund angeboten.

Bei Interesse an der Teilnahme:  
Corinna Pelzl, Tel. → 0721/596-1172,  
E-Mail: corinna.pelzl@kvbawue.de



## Bessere Vernetzung setzt Klärung der Honorierung voraus

*Hausärzte erwarten substantielle Informationen über Krankenhausbehandlungen*

Die bessere Vernetzung zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Brückenschwestern war Thema eines Workshops unter dem Titel „Umsetzung eines regionalen Versorgungsmanagements zur Sicherstellung einer lückenlosen Patientenversorgung“ im Rahmen der MEDIZIN 2010. Eingeladen hatten die Kreiskliniken Esslingen. Hier diskutierten Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer (Vorstandsvorsitzender der KVBW), Dorothy Mehnert (KBV-Referat Krankenhaus), Liane Köritz-Strauß (Bosch BKK) unter Moderation von Dr. Ernst Bühler (Klinikum Esslingen) mit den Teilnehmern.

wendiger wirtschaftlicher Grundlagen bedürfe, die nicht gesichert sind: „Ich würde es sehr begrüßen, wenn die niedergelassenen Ärzte beispielsweise verstärkt an gemeinsamen Abschlussvisiten im Krankenhaus teilnehmen. Das geht aber nur, wenn die Ärzte dafür eine entsprechende Honorierung erhalten.“

Aus seiner Sicht wäre eine verbesserte Vernetzung mit einer zusätzlichen Honorierung auch für die Krankenkassen attraktiv, da dadurch erhebliche Einsparungen erzielt werden können. Dorothy Mehnert von der KBV stellte heraus, dass die KBV zur Verbesserung der Zusammenarbeit Verträge mit einzelnen Krankenhausträgern vorbereitet und in Baden-Württemberg modellhaft umgesetzt habe. Hinsichtlich der technischen Umsetzung verwies Hoffmann-Goldmayer darauf, dass mit KV-SafeNet eine IT-gestützte Plattform entwickelt wurde, die eine exzellente Basis für eine bessere Vernetzung biete.

**In der Diskussion forderten** niedergelassene Hausärzte nachdrücklich bei der Krankenhausentlassung der Patienten vor allem zeitnahe Informationen über die stationäre Behand-

lung, aber auch gegebenenfalls über die Organisation der Pflege zu Hause sowie über die medikamentöse Einstellung der Patienten. „Wenn ich als Hausarzt die Verantwortung zu tragen habe, muss ich ein Mitsprache- und Gestaltungsrecht bei der Betreuung und Pflege meiner Patienten haben“, forderte ein Mediziner. Beklagt wurde auch, dass die Krankenhäuser häufig die Patienten auf teure Medikamente einstellen und dabei nicht berücksichtigen, dass die niedergelassenen Ärzte für die Verordnung von Medikamenten Arzneimittelrichtgrößen einzuhalten haben und damit in das Regressrisiko kommen.

**Aus der Praxis berichteten** auch Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Ärztenetze in Baden-Württemberg und Bayern, wie sie auf lokaler und regionaler Basis mit der Fragestellung der besseren Vernetzung umgingen. Die Konzepte, die hier angesprochen werden, sind äußerst vielfältig und reichen von eigens gegründeten Organisationen über eher lockere Netzwerke bis hin zu Qualitätszirkeln, die unter anderem dafür verwendet werden. Allerdings fehle ein Gesamtkonzept.

„MODELLHAFT EINGESATZT  
IN BADEN-WÜRTTEMBERG“

Dr. Hoffmann-Goldmayer unterstrich in seinem Eingangsstatement, das Thema Vernetzung sei zwar auch eine (IT-) technische Frage, aber in erster Linie seien die erforderlichen Strukturen dafür zu schaffen. Er warb für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Krankenhäusern, wies aber nachdrücklich darauf hin, dass dies not-

**Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer** sagte zu, seine Organisation wolle das Thema weiter vorantreiben und es daher in die Arbeitskreise des Gesundheitsforums Baden-Württemberg einbringen. Das Gesundheitsforum ist ein von der Landesregierung gegründetes Netzwerk, in dem alle Akteure im Gesundheitswesen des Landes vertreten sind. „Im Gesundheitsforum haben wir alle Beteiligten an einem Tisch und können so gemeinsam überlegen, wie wir eine Vernetzung am effektivsten umsetzen können“, so Hoffmann-Goldmayer.

Voraussetzung für eine bessere Vernetzung sei jedoch, dass auf der einen Seite die Ärzte beispielsweise bei der Entlassung eines Patienten in die wei-

tere Therapie, vor allem die Medikation, einbezogen werden und auf der anderen Seite eine Koordination mit den weiteren Leistungserbringern der Nachsorge und Pflege wie etwa Physiotherapeuten stattfindet.

Ein Patentrezept für die bessere Vernetzung vom ambulanten und stationären Bereich konnte am Ende beim

Workshop zwar noch nicht gefunden werden, der Erfolg, so zeigte sich jedoch, ist ein Erfolg der kleinen Schritte, wie es KBV-Referentin Dorothy Mehnert treffend zusammenfasste: „Erfolg lässt sich nur schwer bemessen. Es ist schon ein Erfolg, dass wir miteinander reden“.



Engagierte Beteiligung der Zuhörer: Die Vernetzungsprobleme sind in ganz Baden-Württemberg ein wichtiges Thema.



## TAG DER MEDIZINISCHEN FACHANGESTELLTEN AUF DER MEDIZIN 2010

Am 30. Januar 2010 veranstaltete der Verband medizinischer Fachberufe e.V. (VmF) in Kooperation mit der KVBW den alljährlichen „Tag der Medizinischen Fachangestellten“ im Rahmen der Messe Medizin. Rund 150 Medizinische Fachangestellte (MFA) folgten der Einladung und besuchten die Vorträge im Internationalen Kongresszentrum der Stuttgarter Messe.

Stefanie Teifel und Ingrid Gerlach vom VmF eröffneten die Veranstaltung. Tobias Binder, KVBW, leitete den Vortrag von Andreas Schaupp, den Hauptreferenten des Vormittags, ein. Unter dem Titel „Wie sag ich’s meinem Chef?“ gab er Tipps zur erfolgreichen Kommunikation im Praxisalltag. Alle Teilnehmerinnen waren engagiert bei der Sache und lernten neben den Grundlagen der Kommunikationstheorie auch alltagstaugliche Methoden der Gesprächsführung, die es ihnen zukünftig ermöglichen, Gespräche mit ihren Praxischefs strukturiert vorzubereiten und durchzuführen.

Nach der Begrüßung durch Dr. med. Klaus Baier, Präsident der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, übernahm Theresia Wölker in der zweiten Runde am Nachmittag ihren Part „Selbstpflege für Gesundheits-Profis“. Leitfragen ihres interaktiven Vortrages mit vielen praktischen Entspannungsübungen waren: Wie bewältigt man in einer Zeit voller Hektik und Stress seinen Praxisalltag? Wie wird man den vielfältigen Anforderungen im Berufs- und Privatleben gerecht und findet dabei eine Balance auf körperlicher und emotionaler Ebene? Theresia Wölker hatte viele anschauliche Hinweise bereit und begeisterte die Medizinischen Fachangestellten mit praktischen Tipps für ein aktives Stressmanagement.



## Im Ostalbkreis diskutierte ein „Runder Tisch“ die ärztliche Versorgung

*Kindergartenplätze und Investitionsförderung gegen den Ärztemangel*

In vielen Gemeinden und Kreisen macht man sich aktiv Gedanken um den zukünftigen Erhalt der guten ärztlichen Versorgung. Stärker als in Großstädten ist der ländliche Raum betroffen, wo bereits jetzt in einigen Gemeinden vergeblich Praxisnachfolger gesucht und die Wege zum Arzt dadurch weiter und die Wartezeiten länger werden. Die betroffenen Gemeinden befürchten nun, in absehbarer Zukunft dem vielfach beschworenen Gespenst des Ärztemangels tatsächlich gegenüber zu stehen. Den vielfältigen Ursachen des drohenden Ärztemangels wird man nur mit einem Bündel an sinnvollen Maßnahmen begegnen können.

Im Ostalbkreis ist daher eine Initiative „Ärztliche Versorgung“ gegründet worden. Landrat Klaus Pavel, Vertreter der Ärzteschaft und der Kliniken haben die Problematik und deren Hintergründe im Detail analysiert und Handlungsoptionen erarbeitet. Eingeladen zu einem Runden Tisch wurden auch Dr. jur. Peter Hinz, Leiter des Geschäftsbereichs Zulassung und Sicherstellung und Walter Schenk aus dem Sachgebiet Versorgungsforschung und Versorgungsplanung der KV Baden-Würt-

temberg. Gemeinsam wurde intensiv über die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, dem Ärztemangel entgegenzuwirken, diskutiert. „Wir müssen und wollen selbst die Initiative ergreifen!“ brachte es der Landrat auf den Punkt. Die Arbeitsgruppe hat bereits ein Positionspapier entwickelt.

Die Doctores Rainer M. Gräter und Erhard Bode, Vorsitzende der Ärzte in Aalen und Schwäbisch Gmünd, haben an diesem maßgeblich mitgewirkt, ebenso wie die Chefärzte der drei Kliniken im Kreis. Unter anderem sieht dieses Papier ein integriertes Konzept zur Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin vor. Ein Förderprogramm der regionalen Banken zu Investitionsförderung und Sicherung der Arztpraxen ist eine zukunftsweisende Maßnahme. Die Möglichkeiten einer kleinräumigeren Bedarfsplanung müssen miteinbezogen werden. Durch den Kreis garantierte Kinderbetreuungsangebote für die im Ostalbkreis tätigen Ärztinnen und Ärzte sind sicher ebenso ein Teil des integrierten Konzeptes.

**Einen Blick auf den aktuellen Stand** gab Dr. Peter Hinz. Zwar herrsche weder im Kreis noch innerhalb seiner

„Ballungsgebiete“ Unterversorgung, doch sei auch hier die zunehmende Alterung der Gesellschaft wie auch der Ärzteschaft erkennbar. Derzeit sind 26 Prozent der Hausärzte und 17 Prozent der Fachärzte älter als 60 Jahre. Ziel der KV: Stabilisierung der ärztlichen Versorgung auf dem gegenwärtigen Stand. Hier müssen Gemeinden ihre Interessen miteinander abstimmen und gemeinsame Planungen für die haus- und fachärztliche Versorgung in Abstimmung vornehmen. Damit kann im Hinblick auf die wirtschaftliche Situation den Ärzten eine gewisse Planungssicherheit geboten und günstige Voraussetzungen für die Nachfolgeregelungen an einem Standort geschaffen werden. Dr. Hinz legte dar, wie die KV bereits heute die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als Mittel gegen Nachwuchsmangel aktiv einsetzt. In ihrer Niederlassungsberatung lege die KVBW großen Wert darauf, zielgerecht und situationsangepasst zu beraten. Mit ihrer Praxisbörse, aber auch durch die Ausschöpfung aller rechtlichen Möglichkeiten wolle die KVBW auch weiterhin nah an den lokalen Erfordernissen bleiben.

Deutlich machten die beiden KV-Vertreter aber auch die Notwendigkeit sich ändernder Rahmenbedingungen: Sinnvoll sei eine Entlastung der Vertragsärzte bei den Kosten, Steuern und Abgaben. Eine Beendigung der Richtgrößenprüfung würde jungen niederlassungswilligen Ärzten die Angst vor dem Regress nehmen, ebenso muss die Vergütungssituation verbessert werden. Auch die Gemein-

den könnten viel tun, um ein niederlassungsfreundliches Klima zu schaffen. Die Infrastruktur kann oft auch mit kleinen Maßnahmen verbessert werden; Investitionsförderungen und Mietzuschüsse zu den Praxisräumen sind ebenfalls kleine Anreize.

**Das gemeinsame Ziel** von KV, Ärzteschaften und Kreis ist es, die bestehende gute Versorgung zu sichern.

Der Ansatz der Initiative richtet sich nicht ausschließlich auf die Stärkung der hausärztlichen Versorgung. So erklärte Dr. Hinz, dass es das Bekenntnis der Initiative sei, ebenso die ambulante fachärztliche Medizin zu stärken. Weitere Gespräche sind vorgesehen, um gemeinsam die Wege in die Zukunft zu gestalten. ✓

## ALTE ZAHLEN LÖSEN NEUE DEBATTE UM DEN ÄRZTEMANGEL AUS

### *Nachwuchsproblem ist in der Realität angekommen*

„Deutschland fehlen 3.600 Ärzte“. Diese alarmierende Nachricht weckte unter Berufung auf eine neue KBV-Statistik in den ersten Tagen dieses Jahres das mediale Interesse. Allerdings wurde insbesondere in den Printmedien mit diesem Aufmacher eine etwas irritierende Botschaft verknüpft, und zwar in Gestalt einer auszugswise veröffentlichten TOP-10-Liste über die KVen mit den „meisten unbesetzten Arztsitzen“. Die KV Baden-Württemberg landete dabei auf Platz 6 mit insgesamt 282 vermeintlich verwaisten Arztsitzen. Danach drängten viele Lokalredaktionen darauf, umgehend die „leer stehenden Praxen“ im Verteilungsgebiet in Erfahrung zu bringen.

Dabei handelte es sich bei den durch die KBV veröffentlichten Zahlen um die bereits vor einem Jahr bei den KVen erhobenen Daten über „Zulassungsmöglichkeiten für Ärzte Anfang 2009“, also nur um die noch vorhandenen Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Überversorgungsgrenze (110 Prozent Versorgungsgrad = Zulassungssperre). Lange Aufklärungsgespräche über die Systematik und Wirkungsweise der Bedarfsplanung waren die Folge.

Denn von den für Baden-Württemberg so ausgewiesenen insgesamt 282 Arztsitzen entfielen alleine 121 auf

die Psychotherapeuten unter Berücksichtigung der inzwischen überholten Mindestversorgungsquoten. Die Auflistung der Zahlen hatte nach allem keinen direkten Bezug zu den tatsächlich fehlenden Ärzten beziehungsweise Psychotherapeuten im Sinne von nicht wieder besetzbaren Arztsitzen.

Ungeachtet dieser etwas irre geleiteten statistischen Zahlenspiele ist das Nachwuchsproblem jedoch längst in der Versorgungsrealität angekommen und kann – da ursächlich breit aufgestellt – als eine der schwergewichtigen Aufgaben für die nächsten Jahre nur gemeinsam gestemmt werden, wie von Dr. Andreas Köhler (KBV) zutreffend formuliert: „Wir müssen den drohenden Ärztemangel als gesellschaftliche Herausforderung begreifen“. Die beispielhaft für diese Entwicklung stehenden Fakten und Zahlen aus Baden-Württemberg werden im neuen Versorgungsbericht aufgegriffen und thematisiert. So ist fast ein Viertel aller Hausärzte über 60 Jahre alt, während die Arztszahl der neu zugelassenen Hausärzte kontinuierlich abnimmt.

Vor dem Hintergrund dieser – den Sicherstellungsauftrag berührenden – Gemengelage herrscht in Baden-Württemberg zwischenzeitlich auch im politischen Raum insoweit Auf-

bruchstimmung, als die bereits partiell spürbaren Auswirkungen mit Sorge verfolgt und Maßnahmen zur Gegensteuerung angestoßen werden. Dies äußert sich zum Beispiel auf Kreis- und kommunaler Ebene durch die Verständigung auf gemeinsame Positionspapiere oder durch die Errichtung von „Runden Tischen“.

Vor diesem Hintergrund hat die KVBW mit dem Gemeindetag Baden-Württemberg, dem Sozialministerium und dem Ministerium für den ländlichen Raum eine Gesprächsrunde initiiert. Ziel ist es zum einen Verständnis für die gegenseitigen Positionen zu wecken, zum anderen, gemeinsam nach Möglichkeiten zu suchen, wie der Herausforderung begegnet werden kann. Neben den Aktivitäten der KVBW haben auch die Gemeinden, etwa durch eine interkommunale Zusammenarbeit die Möglichkeit, auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung Einfluss zu nehmen.

**Der demographische Wandel** mit seinen Auswirkungen (einschließlich Bevölkerungsdaten) wird derzeit von der KV Baden-Württemberg in einem planungsbereichs- und arztgruppenbezogenen „Weißbuch“ abgebildet. Gemeinsam mit dem Versorgungsbericht ergibt das einen demographischen Gesamtbefund der aktuellen Situation. ✓



## Initiative Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen

*Veranstaltungen in allen KVen angelaufen*

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die KfW Bankengruppe haben eine gemeinsame bundesweite Informationskampagne gestartet, um den rund 150.000 niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland betriebswirtschaftliches Wissen zu vermitteln und ihnen Finanzierungsmöglichkeiten und -hilfen aufzuzeigen. Die Initiative heißt „Niederlassung, Nachfolge, Neuanschaffung – Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen“. Mit ihrem Know-how stehen Spezialisten in ganz Deutschland vor Ort bei Informationsveranstaltungen zur Verfügung, um über Finanzierungsmöglichkeiten bei einer Erstniederlassung oder bei anstehenden Modernisierungsvorhaben zu informieren.

Ärzte, die eine Praxis gründen wollen, stehen vor wachsenden betriebs-

wirtschaftlichen Anforderungen gerade im Bereich der Investitionsförderung. Moderne Geräte müssen angeschafft, Business-, Finanz- und Investitionspläne erstellt werden und nicht zuletzt stellt sich die Frage, welche Fördermöglichkeiten von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden können. Diese Fragestellungen sind aber auch für bereits niedergelassene Ärzte von Bedeutung, die einen „Investitionsstau“ in ihren Praxen beklagen oder über kooperative Formen der Berufsausübungen mit entsprechendem Investitionsbedarf nachdenken.

**Eine Infoveranstaltung am 30. Juni** in Karlsruhe soll Antworten auf diese Fragen geben. Ein Experte der KfW Bankengruppe wird den interessierten Ärzten und Psychotherapeuten Möglichkeiten der Investitionsförderung in Arztpraxen vorstellen. Da die

Fördermittel der KfW ausschließlich über die Hausbanken vergeben werden, wird auch die Apobank vor Ort ihr Expertenwissen zur Finanzierung von Praxisinvestitionen einbringen. Über die steuerlichen Rahmenbedingungen referiert ein Steuerberater. KV-Mitarbeiter stehen mit einem Informationsstand zur Verfügung, um die Praxis- und Beratungsangebote der KV vorzustellen sowie direkt vor Ort Beratungsgespräche zu führen. Flankiert werden die Veranstaltungen von Anzeigen in den Fachmedien.

Die Veranstaltung ist kostenfrei, aus organisatorischen Gründen wird aber um Anmeldung gebeten. Ein entsprechendes Anmeldeformular sowie das genaue Programm befindet sich in diesem **ergo** auf Seite 44. ✓

## 1.000. TEILNEHMERIN BEIM SACHKUNDEKURS STERILGUTAUFBEREITUNG

„**Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung**“ – ein trockener Titel, aber trotzdem eine besondere Erfolgsgeschichte: Im Februar 2010 konnte in Mannheim bei dem über die KVBW organisierten Sachkundekurs zur Sterilgutaufbereitung die 1.000. Teilnehmerin begrüßt werden. Norbert Bonauer, der zuständige Geschäftsbereichsleiter, überbrachte die Grüße der KVBW und als Präsent ein Fachbuch zum Themenbereich Hygiene. Zusätzlich gab es einen Blumengruß zum Start in den Kurs.

**Seit März 2007 bietet die KV Baden-Württemberg** in Kooperation mit dem Brandenburgischen Bildungswerk für Medizin und Soziales e.V. und der Akademie für Infektionsprävention, Tübingen, einen Sachkundekurs zum Erwerb der Sachkenntnis nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung an. Unter Berücksichtigung der Richtlinien des Robert Koch-Instituts und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte werden Kenntnisse zur Aufbereitung, das heißt Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten wie Instrumenten und Geräten, vermittelt. Die praxisnahe Fortbildung berücksichtigt insbesondere die spezielle Arbeitssituation in den Arztpraxen. Die Kurse umfassen 40 Unterrichtsstunden und schließen mit einer Prüfung ab. Die erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen erhalten das begehrte Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V..

## DRITTE AUSGABE DER PRAXISSERVICE CD FÜR MITGLIEDER DER KVBW

**Alle niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten** in Baden-Württemberg erhalten mit diesem Rundschreiben die dritte CD-Rom mit allen wichtigen Informationen, Richtlinien und Verträgen rund um das Unternehmen Praxis. Auf dieser CD befindet sich auch ein aktuelles Mitgliederadressverzeichnis für Vertragsärzte und -psychotherapeuten der KVBW, welches über den Startbildschirm gestartet oder auf dem Rechner installiert werden kann.

**Über die Auswahl AKTUELLES IHRER KVBW** wird nach dem Motto „WAS GIBT ES NEUES?“ eine zielsichere Recherche nach Dokumenten ermöglicht. Hier finden sich ausschließlich Dokumente, die im Vergleich zur letzten Ausgabe der Praxisservice CD aktualisiert oder neu aufgenommen wurden. Eine vollständige Sammlung aller Dokumente kann über den Button „Gesetze/Richtlinien/Verträge“ aufgerufen werden.

**Die Inhalte der Praxisservice CD** werden aktuell zusammengestellt und fortlaufend um weitere Informationen ergänzt. Mit der jetzt eingebauten Volltextsuche können gewünschte Inhalte durch Eingabe eines Suchbegriffes schnell gefunden werden. Die CD wird vom Praxisservice des Geschäftsbereichs Service und Beratung der KVBW herausgegeben, der auch Fragen, Ideen oder Verbesserungsvorschläge gerne entgegen nimmt.

**Der Praxisservice** kann erreicht werden unter:

Tel. → 0711/7875-3300

Fax → 0711/7875-483300

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





## Arzneimittel-Infoservice bietet ein breites Spektrum aktueller Informationen

*Im Internet und als Newsletter werden auch gezielte Fragen beantwortet*

Mit dem neuen Arzneimittel-Infoservice (AIS) im Internet gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung wichtige Hinweise zur Verordnung von Arzneimitteln. Das Informationsangebot wird periodisch aktuell ergänzt und erweitert.

Das Informationsangebot ist breit angelegt. So gehören zu den Themen der Ausgabe 7/10 des AIS der durchschnittliche Ausgabenanstieg 2009 bei den GKV-Arzneimitteln – er lag bei 5,9 Prozent – aktuelle Informationen zum Wirkstoff Rivaroxaban, die neuen Arzneimittel Cimzia, Javior, Onngylza und Simponi oder die Rahmenvorgaben 2010, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen vereinbart haben.

### „AUSGABENVERANTWORTUNG BEI DEN ÄRZTEN“

Dieser Service ist ein hilfreiches Angebot, da in den vergangenen Jahren durch ein wachsendes Regelwerk zunehmend die Verantwortung für die Ausgaben auch auf die Ärzte übertragen wurde.

Der Arzneimittel-Infoservice erlaubt

- zertifizierte Online-Fortbildung. Im angeschlossenen AIS-Fortbildungsportal können unabhängige und zertifizierte Internet-Fortbildungen zu Arzneimittelthemen absolviert werden.
- aktuelle Information. In die Rubrik „Arzneimittel Aktuell“ werden in jeder Woche relevante Nachrichten aus dem Bereich Arzneimittel eingestellt. Hier kann auch Arzneimittel Aktuell als Newsletter bestellt werden.
- den Zugriff auf alle Ausgaben von Wirkstoff Aktuell. In diesem Bereich werden wirkstoffbezogene Empfehlungen zu therapeutischen Nutzen und Hinweise zu Preisen zugelassener Arzneimittel gegeben.
- Informationen über neue Arzneimittel. Gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft werden Informationen über in der Europäischen Union neu zugelassene und in Deutschland auf dem Markt eingeführte Arzneimittel gegeben.
- mehr über die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu erfahren. In dieser Rubrik werden auch Informationen zur Neufassung der Arzneimittel-Richtlinien sowie eine Schnellübersicht und ein Fragen-Antwort-Katalog eingestellt.
- Informationen zum Thema Versorgungssteuerung. Zahlreiche Regulierungen des Gesetzgebers in den vergangenen Jahren haben die Verantwortung für die Arzneimittelausgaben immer mehr auf die Akteure im Gesundheitswesen übertragen. Um sich in diesem komplexen Regelwerk zurechtzufinden, werden hier die wichtigsten Steuerungselemente – von A wie Aut idem bis Z wie Zuzahlungsregelungen – erläutert.
- die Therapiesicherheit zu erhöhen. Wichtige Links weisen auf Informationen zu Arzneimittelrisiken hin.
- die Ausgabenentwicklung auf dem Arzneimittelmarkt zu beobachten. Im besonderen Fokus stehen hier beispielsweise Präparate mit starker Ausgabendynamik.
- Informationen über die Versorgungssituation. Im Jahr 2007 wurden rund 582 Millionen Arzneimittelpackungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet. In dieser Rubrik wird analysiert, wie sich das Verordnungsspektrum bei häufigen Krankheiten wie Hypertonie oder Asthma zusammensetzt.

 Mehr dazu im Internet

[www.kbv.de/vl/vl.html](http://www.kbv.de/vl/vl.html)

# MAK richtet Ausbildungslehrgang zur Präventionsassistentin ein

*Präventive Leistungen werden außerhalb des Budgets honoriert*

Noch nie zuvor hatten die Bürger der EU eine so hohe Lebenserwartung wie heute. Allein in Deutschland steigt die Lebenserwartung pro Jahrzehnt um etwas mehr als ein Jahr. Aufgrund sich verändernder Lebensbedingungen nimmt jedoch gleichzeitig die Zahl chronischer Erkrankungen zu. Neben den persönlichen und sozialen Einschränkungen, die eine Krankheit mit sich bringt, sind auch die wirtschaftlichen Folgen enorm. Sie ziehen Kosten in Milliardenhöhe nach sich. Durch Prävention und gezielte Gesundheitsförderung können diese Ausgaben gesenkt werden. Prävention funktioniert aber nicht unter Zwang und leider wird das Potenzial solcher Maßnahmen in der Bevölkerung immer noch nicht und vor allem von allen hinreichend erkannt.

Daher hat die Management Akademie der KV Baden-Württemberg (MAK) jetzt einen neuen Lehrgang eingerichtet: Die Ausbildung zur Präventionsassistentin. Sie zielt darauf ab, über eine fachliche Professionalisierung und praxisnahe Qualifizierung von Praxismitarbeitern Schlüsselkompetenzen in einem gesellschaftlich bedeutsamen Berufsfeld aufzubauen.

**Im Rahmen der Ausbildung** werden sowohl gesundheitspolitische und gesundheitspraktische als auch betriebswirtschaftliche Kenntnisse vermittelt, um Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention erfolgreich zu konzipieren. Es wird gezeigt, wie Vorsorgekonzepte für die Praxis sinnvoll aufgebaut und mit Hilfe von Instrumenten des Projektmanagements eingeführt werden können. Dabei wird dezidiert auf die einzelnen

Bereiche der Gesundheitsvorsorge eingegangen und deren Umsetzung für die Praxis diskutiert. Darüber hinaus werden Kompetenzen in angrenzenden Bereichen des Marketings, der Kommunikation und der Schulung gestärkt. Auf diese Weise erlernen die Teilnehmer, wie sie Leistungen der Gesundheitsvorsorge wirksam nach außen darstellen und Schulungsprogramme erfolgreich für die Praxis organisieren und etablieren können.

**Die Ausbildung** zur Präventionsassistentin geht über drei Module zu zwei Tagen und umfasst 48 Unterrichtsstunden sowie eine Projektarbeit. Sie schließt mit einem Kolloquium ab, wobei zum Kolloquium nur zugelassen werden kann, wer alle drei Module besucht hat. Nach bestandener Prüfung erhalten die Teilnehmerinnen eine Bescheinigung über die erfolgreiche Ausbildung zur Präventionsassistentin.

**Die Ausbildung richtet sich** an alle Führungskräfte und Mitarbeiter in der Praxis, die ihre Kompetenzen in der Wachstumsbranche „Prävention und Gesundheitsförderung“ stärken möchten.

Die Kombination aus fachlichen Inhalten und praktischen Übungen vermittelt ein Kompetenzprofil, das perfekt auf leitende und selbstständige Funktionen in Arztpraxen abgestimmt ist. Auf der Basis theoretischer Grundlagen, die der Vielfalt präventiver Maßnahmen gerecht wird, führen die Teilnehmer ein Gesundheitsförderungsprojekt durch. Dabei werden sie umfassend begleitet und können so ihre Erfahrungen optimal für ihre spätere Tätigkeit nutzen. Investitionen in die Weiterbildung qualifizierter Mitarbeiter zahlen sich aber auch für Praxisinhaber aus. Die Vergütung präventiver Leistungen erfolgt außerhalb des Budgets. Der gezielte Auf- und Ausbau dieses Bereichs schafft daher einen finanziellen Mehrwert und trägt damit zur Existenzsicherung der Praxis bei. ✓

## DIE ECKDATEN

Die dreiteilige Ausbildung findet erstmals im Herbst 2010 in Stuttgart zu folgenden Terminen statt:

- Modul 1: Donnerstag 23. September, Freitag 24. September 2010
  - Modul 2: Donnerstag 21. Oktober, Freitag 22. Oktober 2010
  - Modul 3: Donnerstag 2. Dezember, Freitag 3. Dezember 2010
- jeweils von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr

Teilnehmerbeitrag: 730,- Euro (inklusive Unterlagen, Verpflegung, Getränke)

Die Anmeldung erfolgt über die MAK:

Tel. → 0711/7875-3535

Fax → 0711/7875-48-3888

E-Mail: info@mak-bw.de

# Werbung für die Praxis ist erlaubt und muss nicht teuer sein

*Ziele sind die Bindung der Patienten und die Ansprache von Kooperationspartnern*

Um das Unternehmen Arztpraxis langfristig und erfolgreich auf dem Markt „Gesundheit“ positionieren zu können, empfiehlt sich der Einsatz von Marketinginstrumenten. Vieles von dem, was in der gängigen Literatur unter Marketing verstanden wird, hat in den Unternehmen „Arztpraxis“ bereits Einzug gehalten und wird oft in Verbindung mit dem praxisinternen Qualitätsmanagementsystem umgesetzt. Was ist möglich, was sinnvoll? Der 14. Teil der **ergo**-QM-Serie gibt einen Überblick zum umfangreichen Thema Praxismarketing.

Ärzte dürfen Werbung betreiben. Das Bundesverfassungsgericht hat das lang umstrittene Werbeverbot für Angehörige freier Berufe deutlich gelockert. Eine Veröffentlichung von sachlichen und korrekten Informationen über die Praxis und ihr individuelles Leistungsangebot ist nun möglich. Dabei sollten die präsentierten Informationen den Patienten verständlich dargestellt und im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit vermittelt werden. Nach wie vor nicht erlaubt sind alle Informationen, welche anpreisend, irreführend oder vergleichend sind.

Allerdings ist Werbung nur eines von den vier bekannten Marketinginstrumenten. Auf die richtige Mischung dieser Instrumente – den Marketing-Mix – kommt es an. Basis für das eingesetzte Marketingkonzept einer Praxis sind die individuellen Unternehmensziele. Diese werden regelmäßig neu aufgestellt. Dabei richten sich die strategischen Ziele in der Regel auf die langfristige Existenzsicherung des Unternehmens aus. Je nach Zieldefinition können dann praxisindividuelle Maßnahmen zur Zielerreichung eingesetzt werden.

**Unter dem Motto** „Bedürfnisse kennen und Bedürfnisse wecken“ unterscheidet man zwischen externem und

internem Marketing. Beim Marketing nach „außen“ ist zum einen das Wohl der (vorhandenen) Patienten zu beachten und gleichzeitig zu versuchen, den Kreis potenzieller Kunden/Patienten anzusprechen. Darüber hinaus gilt es, mögliche zuweisende Ärzte oder sonstige Kooperationspartner (Apotheken, Reha-Kliniken) für die Praxis zu gewinnen. Unter internem Marketing versteht man vor allem eine gute Personalpolitik. Aus- und Weiterbildung schafft Motivationspotential für künftige Vorhaben. Zudem kann eine Überprüfung der Arbeitsbedingungen sowie Führungsleitlinien das interne Praxisklima verbessern. Ein gut aufeinander eingespieltes Praxisteam ist die erste und beste Visitenkarte einer Praxis und dient als Multiplikator für eine positive Gesamtdarstellung des Unternehmens „Arztpraxis“.

**Die Etablierung** einer Marketingstrategie ist nicht zwangsläufig mit Kosten oder gar der Einbindung von Werbeagenturen verbunden. Durch den Einsatz von einfachen und vor allem überwiegend kostenneutralen Mitteln kann bereits kurzfristig ein Praxismarketing etabliert werden. Möglichkeiten dazu sind Patientenbefragungen, Internetauftritt, Praxisbroschüre/Praxisflyer und zum Beispiel ein Tag der Offenen Tür.

Besondere Serviceleistungen zählen zu den wesentlichen Marketinginstrumenten einer Praxis und können zu deren Einzigartigkeit beitragen. Recall- und Memory-Anrufe, Kindertoiletten, Regenschirm- oder Bücherverleih, Patientenschulungen sind hier möglich. Die berühmte Corporate Identity (Firmenidentität) schlägt sich auch in einheitlicher Kleidung, einheitlich gestalteten Informationsmaterialien, einer ansprechenden Raumgestaltung mit besonderem Augenmerk auf den Wartebereich und natürlich der gelebten Unternehmenskultur nieder.

**Wichtig ist beim Praxismarketing** systematisch vorzugehen. Zu Beginn sollte ein Marketingkonzept gemeinsam mit dem Team erarbeitet werden, denn nur ein Angebot, das auf die jeweilige Zielgruppe passt, kann auf Dauer erfolgreich sein. Hat eine Praxis zum Beispiel viele junge Patienten, stehen andere Aspekte im Vordergrund (hier wäre visionär eine Homepage mit Online-Terminvergabe zu sehen) als bei einer Praxis mit langen Wartezeiten, die sich primär mit ihrem Terminsystem oder der Ausstattung des Wartezimmers befassen sollte.

**Weitere Informationen** rund ums Thema Praxismarketing erhalten interessierte Praxen bei den Beraterinnen und Beratern des Sachgebiets Praxisservice. Zum Service gehören neben der persönlichen und telefonischen Beratung auch die Bereitstellung von Mustern und Informationsunterlagen. Kontaktaufnahme über den Praxisservice Tel. → 0711/7875-3300 oder per E-Mail an [praxisservice@kvbawue.de](mailto:praxisservice@kvbawue.de). 

## Tag der Niedergelassenen



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum **Tag der Niedergelassenen am 7. Mai 2010 in Berlin**. Besuchen Sie das Forum der Vertragsärzte und -psychotherapeuten beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit.

Seien Sie dabei, wenn um 11 Uhr der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler mit Politikern und Ärzte-Vertretern die Frage debattiert: „Der Arzt im Wandel: Beruf statt Berufung?“

An allen drei Tagen des Hauptstadtkongresses (5. bis 7. Mai 2010) präsentieren wir Ihnen beim Info-Markt der KVen unsere Service-Angebote für Ihre Praxis.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.tag-der-niedergelassenen.de](http://www.tag-der-niedergelassenen.de)

### Politische Diskussion + Info-Markt der KVen + Speaker's Corner + Info-Veranstaltungen

#### Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Jä, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl:

9.00—10.30 Uhr:	Rahmenbedingungen für Medizinische Versorgungszentren	<input type="checkbox"/>	.....
9.00—10.30 Uhr:	Der Hygieneplan in der Praxis	<input type="checkbox"/>	.....
9.00—10.30 Uhr:	Qualitätsorientierte Vergütung	<input type="checkbox"/>	.....
14.00—15.45 Uhr:	Medizinprodukte hygienisch richtig aufbereiten	<input type="checkbox"/>	.....
14.00—15.45 Uhr:	Stichprobenprüfungen durch KVen: Qual oder Qualitätsbeleg?	<input type="checkbox"/>	.....
16.15—18.00 Uhr:	Die neuen Kodierrichtlinien	<input type="checkbox"/>	.....
16.15—18.00 Uhr:	Qualitätsmanagement; aktuelle Entwicklungen und Neuerungen	<input type="checkbox"/>	.....

**Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal. Melden Sie sich bis zum 30. April 2010 hier an:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Praxis-Nummer: \_\_\_\_\_

Praxisort: \_\_\_\_\_

KV-Zugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Begleitendes Praxispersonal Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Begleitendes Praxispersonal Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Begleitendes Praxispersonal Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Faxanmeldung an 030/498550-30  
oder online über [www.hauptstadtkongress.de/tdn](http://www.hauptstadtkongress.de/tdn)

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

**6** Fortbildungspunkte für die Teilnahme am Tag der Niedergelassenen  
7. Mai 2010, ICC Berlin



**Hauptstadtkongress 2010**  
Medizin und Gesundheit

5. bis 7. Mai 2010  
im ICC Berlin



Alles Gute.



Veranstaltung am  
Mittwoch, 30. Juni 2010,  
18.30 Uhr bis ca. 21.30 Uhr  
in der Bezirksdirektion Karlsruhe  
der KV Baden-Württemberg,  
Karl-Wilhelm-Maurer-Saal,  
Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe

**Niederlassung,  
Nachfolge,  
Neuanschaffung:**

## Praxis – Investition in die Zukunft

**Teilnahme ist kostenlos**



*Unternehmerisches Denken  
gehört immer mehr in jede Arztpraxis,  
um die eigene Existenz zu sichern.*

*Welche Fördermöglichkeiten stehen  
mir als Arzt oder Psychotherapeut zu?*

*Wie finde ich einen geeigneten Nachfolger  
für meine Praxis? Bekomme ich auch Geld  
für neue medizinische Geräte?*

Über diese Fragen informiert die KV Baden-Württemberg im Rahmen der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KfW initiierten Kampagne „Niederlassung, Nachfolge, Neuanschaffung: Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen“.

Heutzutage ist neben dem Qualitätsmanagement auch Finanzmanagement gefragt. Businesspläne, Finanzpläne und Investitionspläne gehören in Zukunft zu jeder niedergelassenen Arztpraxis und den medizinischen Versorgungszentren.

Breites Expertenwissen zu allen diesen Punkten soll an dieser Informationsveranstaltung gebündelt an die Ärzte und Psychotherapeuten weitergegeben werden.



### Programm

- ▶ ab 18.30 Uhr  
**Get together und Begrüßung**  
Vorstand KV Baden-Württemberg
- ▶ Impulsreferate  
**„Impulse für Erfolg –  
Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen“**  
KfW Bankengruppe
- „Finanzierungsmöglichkeiten für Ärzte“**  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
- „Investitionsverhalten unter steuerlichen Aspekten“**  
KMZ MediCon Steuerberatungsgesellschaft mbH

**Alle Experten stehen Ihnen gerne  
für Ihre Fragen zur Verfügung!**

### Anmeldung

Vor- und Zuname

LANR (wenn vorhanden)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefax, E-Mail

Ich bin bereits niedergelassen  Ich plane eine Niederlassung

**Bitte bis zum 23. Juni 2010 an:**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Praxisservice, Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe  
Telefon: 0721 5961-3300, Telefax: 0721 5961-483300  
Praxisservice@kvbwue.de

**IMPRESSUM****ergo**

Ausgabe 1/2010

**Erscheinungstag:**

15. März 2010

Mitteilungsblatt der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Baden-Württemberg  
mit Rundschreiben

ISSN 1862-1430

**Herausgeber:**

Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg  
Albstadweg 11  
70567 Stuttgart

**Redaktionsbeirat:**

Dr. med. Achim Hoffmann-  
Goldmayer, Vorsitzender des  
Vorstandes (V.i.S.d.P.);  
Dr. med. Wolfgang Herz,  
Stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes;  
Dr. rer. pol. Thomas Zalewski,  
Mitglied des Vorstandes;  
Norbert Bonauer, Leiter der  
Bezirksdirektion Karlsruhe;  
Eva Frien, Pressereferentin;  
Rolf Sievers, Journalist

**Redaktion:**

Eva Frien, Pressereferentin  
BD Karlsruhe  
Rolf Sievers, Journalist

**Anschrift der Redaktion:**

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

**Mitarbeiter dieser Ausgabe:**

Tobias Binder, Ilona Block,  
Stefanie Eble, Susanne Flohr,  
Marian Kupferschmid,  
Monika Mayer, Corinna Pelzl,  
Dr. Hans Säurle, Kai Sonntag,  
Dina Stahn, Isabelle Wahl,  
Ernst-Otto Weber, Ute Wutzler

**Erscheinungsweise:**

vierteljährlich

**Auflage:**

22.000 Exemplare

**Gestaltung und Produktion:**

C hoch 3  
Emerholzweg 35  
70439 Stuttgart

Die Redaktion behält sich die  
Kürzung von Leserschriften vor.  
Die in dieser Zeitschrift veröffentli-  
chten Beiträge sind urheberrechtlich  
geschützt. Abdruck nur mit Geneh-  
migung des Herausgebers.

**ergo**  **im Internet**

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

# vorschau

**GESUNDHEITSPOLITIK**  
Ärztetag in Dresden

**GESUNDHEITSPOLITIK**  
Tag der Niedergelassenen

**BADEN-WÜRTTEMBERG**  
KV-Wahlen

**BADEN-WÜRTTEMBERG**  
Investitionsförderung