

Das Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg

ergo

Alles Gute.

KVBW 

01 | 12

Gesundheitspolitik
**Versorgungsstrukturgesetz stellt
neue Aufgaben**

Baden-Württemberg
Raus aus dem Hamsterrad

Baden-Württemberg
Neuordnung des Notfalldienstes

Baden-Württemberg
Vorstand on Tour

Unternehmen Praxis
Online-Dienste der KVBW

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein arbeits- und vor allen Dingen entscheidungsreiches Jahr 2012 liegt vor uns. Die Schwerpunkte unserer Arbeit werden sein:

- Neuer Honorarverteilungsmaßstab der KVBW ab 1. Juli 2012
- Umsetzung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes
- Neuordnung der Notfalldienststrukturen und der NFD-Vergütung
- Beeinflussung der Gesetzgebung zum sogenannten Patientenrechtegesetz
- Neuregelung der Pflegeversicherung

Durch das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz haben wir die Möglichkeit, ab 1. Juli 2012 eine neue Honorarverteilung in Baden-Württemberg einzuführen. Honorarverteilungsmaßstäbe bringen keinen Anstieg der Gesamtvergütung; sie regeln die Verteilung des ausbezahlten Honorars innerhalb und zwischen den Fachgruppen.

Kalkulier- und Planbarkeit, festes Honorar durch Leistungsbegrenzung und das Ende der Umverteilung in und zwischen den Fachgruppen werden die Honorarverteilungspolitik des Vorstandes und der Vertreterversammlung im Jahr 2012 bestimmen. Bei budgetierter Gesamtvergütung kann Leistung nur endlich sein; Mehrleistung der einen kann nicht durch Mindervergütung der anderen bezahlt werden.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz muss umgesetzt werden: Neue Bedarfsplanung, Möglichkeit der Zuschlagspunkt- werte, Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich, Strukturfonds der Krankenkassen sind nur einige Aufgaben, die es im laufenden Jahr anzugehen gilt.

Die auf den Weg gebrachte, von vielen Diskussionen und Sorgen begleitete Notfalldienstreform zeigt jeden Tag mehr, wie notwendig sie ist. Knapp die Hälfte der Notfälle wird mittlerweile durch das Krankenhaus erbracht, Millionenhonorarforderungen gegen die KVBW seitens der Krankenhäuser sind gerichtlich hierfür durchgesetzt. Den Ärzten geht Honorar verloren, ungleiche Belastung der einzelnen Kollegen in Frequenz und Intensität der Notfalldienstbelastung und die Weigerung der jungen Ärztegeneration Praxen zu übernehmen, wenn der Notfalldienst nicht geregelt ist, sind nur einige Gründe, die zeigen, dass eine Reform des Notfalldienstes dringend erforderlich ist. Wir werden dies mit Ihnen in den Regionen regeln.

Der Entwurf zu einem neuen Patientenrechtegesetz bedroht die Ärzte mit erneuter Überbürokratie! Der Begriff von Patientenpflichten ist in Vergessenheit geraten. Das in Vorbereitung befindliche Änderungsgesetz zur Pflegeversicherung bietet dafür eventuell die Chance nach einer besseren Vergütung der Versorgung von Pflegebedürftigen. Wir werden hier im politischen Spiel intensiv die Interessen der Ärzte und Psychotherapeuten aus Baden-Württemberg vertreten.

Die Ziele sind hoch, gemeinsam werden wir sie aber erreichen. Nach dem bundesweit höchsten Honorarplus im vergangenen Jahr werden wir eine stabile Basis ärztlicher Honorierung auch im Jahr 2012 gemeinsam auf dem Boden zusätzlich extrabudgetärer Leistung durch Add-on-Verträge erhalten können und werden unter den Hauptgesichtspunkten „Kalkulations- und Planungssicherheit“ die Rahmenbedingungen für uns niedergelassene Ärzte und psychologische Psychotherapeuten als Vorstand und Vertreterversammlung geschlossen weiter entwickeln.

Schon heute freuen wir uns, im Mai und Juni wieder in den Regionen bei unserer Veranstaltungsreihe „Vorstand on Tour 2012“ Ihnen persönlich Rede und Antwort stehen zu dürfen.

Bis dahin mit besten Grüßen



N. Metke

DR. NORBERT METKE,
VORSTANDSVORSITZENDER
DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG



J. Fechner

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

Gesundheitspolitik

Versorgungsstrukturgesetz schafft neue Rahmenbedingungen	2
ergo-Gespräch mit Kassenvertretern zum Versorgungsstrukturgesetz	3
KVBW-Vorstand: Patientenrechtgesetz darf nicht weiter verschärft werden	6
KBV-Versichertenbefragung: Lotsenfunktion der Ärzte bleibt erhalten	7

Baden-Württemberg intern

Neuorganisation des Notfalldienstes schreitet voran	8
KVBW-Vorstand auf Tour 2012	9
Vertreterversammlung verabschiedet RegioPraxis BW- Richtlinie	10
Neue Honorarverteilung ab 1. Juli 2012	11
Leitfaden zur Kooperation von Ärzteschaft und Selbsthilfegruppen	12
Online-Gerätebörse der KVBW	13
KVBW unterstützt Gesundheitstage	14
Bundekinderschutzgesetz in Kraft getreten	15
Meldepflicht-Großbaustelle bei Krebserkrankungen	16

Aus den Bezirksdirektionen

Heilbronner Ärzteinitiative gegen Ärztemangel	18
eHealth-Forum in Freiburg	19

Unternehmen Praxis

Umstrittene Internetpraxis behandelt am Computer	20
Das QEP-System der KV bietet Hilfen	22
MAK-Erfolge im Jahr 2011	24
MAK erfolgreich zertifiziert	25
Tag der Medizinischen Fachangestellten	26
Online-Dienste auf neuem Mitgliederportal	27
Einfache Literatur-Recherche im Internet	29
Arztpraxen als Einbruchsoffer	30
Qualitätsmanagement ist ein Erfolgsmodell	31
Leserbrief	32
Impressum	53

Rundschreiben 1 / 2012

mit den Abgabeterminen der Quartalsabrechnung
und den Fortbildungsveranstaltungen

Amtliche Bekanntmachungen	34
Bezirksdirektion Freiburg	39
Bezirksdirektion Karlsruhe	39
Fortbildungsveranstaltungen	40

2012

Es gibt viel zu tun – packen wir's an: Versorgungsstrukturgesetz schafft neue Rahmenbedingungen

Zeitplan für die Umsetzung auf Bundesebene und in der KVBW

Das Versorgungsstrukturgesetz bestimmt die Rahmenbedingungen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in wichtigen Bereichen neu. Natürlich schaffen neue Gesetze keine neuen Ärzte und können nur begrenzten Einfluss auf Bürokratie, Bezahlung und Regressdruck nehmen. Trotzdem gibt es doch eine Reihe von Verbesserungen für die Ärzte. Nachdem im vergangenen Jahr die gesamte Aufmerksamkeit darauf lag, die Interessen der KVBW-Mitglieder im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zu vertreten, gilt es nun, die Regelungen des Gesetzes umzusetzen. Im Folgenden soll ein Überblick über die Zeithorizonte der wichtigsten Bestimmungen gegeben werden.

● *Bedarfsplanung*

Weitgehende Änderungen gibt es bei der Bedarfsplanung. Diese wird komplett neu erstellt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll Vorgaben für die Bedarfsplanung erstellen, von denen die Beteiligten auf Landesebene jedoch abweichen können. Vorgesehen sind unterschiedliche Planungsbezirke für einzelne Fachgruppen; auch die Verhältniszahlen, die über Über- / Unterversorgung entscheiden, können angepasst werden. Die neuen Richtlinien des G-BA müssen bis Ende 2012 vorliegen, danach kann die Umsetzung auf Landesebene erfolgen. Dafür werden KVBW und Krankenkassen einen neuen Bedarfsplan für das Land erarbeiten; das Sozialministerium hat hier jedoch ein Beanstandungsrecht.

● *Honorar*

Die Regionalisierung der Honorarverteilung hat zur Folge, dass die KVBW wieder eigenständig einen Honorarverteilungsmaßstab erarbeiten darf. Ausführliche Informationen sind auf S. 11 dieser **ergo**-Ausgabe enthalten.

Darüber hinaus können die KVen einen Strukturfonds bilden, aus dem Maßnahmen für Ärzte in unterversorgten Gebieten finanziert werden sollen. Dieser Fonds umfasst 0,1 Prozent der Gesamtvergütung und wird zu gleichen Teilen von der KVBW und den Kassen getragen. Die KVBW wird einen solchen Strukturfonds bilden, der 2013, wenn die neue Bedarfsplanung feststeht, zur Verfügung stehen soll.

Zusätzlich ist die Möglichkeit gegeben, Ärzte in unterversorgten Gebieten zu fördern, etwa indem sie von der Mengengrenzung ausgenommen werden. Auch dies wird erst 2013 wirksam werden.

● *Ambulante spezialfachärztliche Versorgung*

Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wird eine neue Versorgungsebene für Patienten mit besonders schweren oder seltenen Erkrankungen geschaffen. Teilnahmeberechtigt sind sowohl die niedergelassenen Fachärzte als auch die Krankenhäuser, wenn sie spezifische fachliche und qualitative Voraussetzungen erfüllen. Über die Zulassung entscheidet der um Vertreter der Krankenhäuser erweiterte Landesausschuss. Bei schweren Erkrankungen gilt ein Überweisungsvorbehalt durch die Vertragsärzte. Die KVen sollen entsprechende Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenhäusern abschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss zunächst die entsprechenden Rahmenbedingungen, insbesondere die Qualitätsstandards vorgeben. Dies soll bis Jahresende 2012 erfolgt sein. Für die Vergütung ist grundsätzlich geregelt, dass diese extrabudgetär und damit mengenunbegrenzt ausfallen soll. Hierzu wird es 2013 eine Übergangszeit bis Mitte des Jahres geben. Dann soll der EBM um ein eigenes Kapitel erweitert werden.

● *Vor- und nachstationäre Behandlung*

Auf Drängen der KVBW dürfen die niedergelassenen Ärzte künftig im Auftrag und zu Lasten des Krankenhauses vor- und nachstationäre Leistungen in ihren Praxen erbringen. Hierzu erarbeitet die KBV derzeit Rahmenbedingungen, so dass die KVBW dann die entsprechenden Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenhausträgern schließen kann. Auch dies soll bis Jahresende 2012 umgesetzt sein.

Die KVBW wird die Mitglieder jeweils rechtzeitig über die konkreten neuen Bestimmungen informieren. Die genauen Gesetzesformulierungen und eine Erläuterung stellt die KVBW in Form einer Synopse auf der Homepage zur Verfügung.

„Bisheriger Demografiefaktor ist für Baden-Württemberg ungeeignet“

Konsens im ergo-Gespräch: Versorgungsstrukturgesetz stellt nicht die geeigneten Steuerungsinstrumente zur Verfügung

Das Versorgungsstrukturgesetz bestimmt die Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung neu. Zur Haltung der Krankenkassen zu einzelnen Punkten des Gesetzes führte ergo ein Gespräch mit dem Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, und Walter Scheller, dem Leiter der Landesvertretung Baden-Württemberg des Verbandes der Ersatzkassen (vdek).

ergo: Die KBV hat einen Plan über die künftige Struktur der Bedarfsplanung vorgestellt. Danach soll vor allem bei der hausärztlichen Versorgung wesentlich kleinräumiger geplant werden, für die Fachärzte hingegen andere Planungsbezirke gelten. Was halten Sie davon?

Christopher Hermann: Zunächst ist festzuhalten, dass die Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen wird. Grundsätzlich ist es vernünftig, die Planungsbereiche je nach Versorgungsebene, Spezialisierungsgrad oder Nachfrage unterschiedlich zuzuschneiden. Dieses Prinzip sollte übrigens auch konsequent auf den Bereich der Krankenhausplanung übertragen werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies natürlich unterschiedlich lange Wege zu den verschiedenen Versorgungsebenen. Insofern ist die Grundstruktur des KBV-Vorschlags nicht falsch, auch wenn damit zwei Probleme verbunden sind:

Erstens zielt der Vorschlag im Detail auf eine künstliche Ausweisung von Unterversorgung mit Blick auf entsprechende durch das Versorgungsstrukturgesetz geschaffene Honorarmaßnahmen. Zum anderen besteht die Gefahr - und das scheint noch gravierender -, dass heute gesperrte Bereiche zumindest in Teilbereichen geöffnet beziehungsweise sogar zu neuen „unterversorgten“ Regionen werden. Das hätte die fatale Folge, dass dort, wo absehbar tatsächliche Versorgungslücken entstehen, noch schwieriger niederlassungswillige Ärzte gefunden werden könnten.

Walter Scheller: Ich stimme Ihnen hier zu. Aus unserer Sicht muss es die neue Bedarfsplanung ermöglichen, Überkapazitäten in einigen Gebieten abzubauen und in Richtung der von Unterversorgung bedrohten Räume umzulenken. Es besteht im Land die Aufgabe und Herausforderung, die Verteilung der Ärzte gemeinsam versor-

gungspolitisch intelligent zu lösen. Wir haben immer gesagt: Eine kleinräumigere Planung ist in Ordnung, wenn dadurch die Versorgungssituation tatsächlich verbessert wird und sich Versorgungsunterschiede nicht noch weiter verfestigen. Sie darf nicht dazu führen, dass zusätzliche Arztsitze in die ohnehin bereits attraktiven Regionen ausgewiesen und dort auch besetzt werden, wenn gleichzeitig in den schlechter versorgten Regionen die bereits heute jedoch in Baden-Württemberg nur vereinzelt vorhandenen Arztsitze nicht besetzt werden können.

ergo: Wie stehen Sie zur Einbeziehung anderer Parameter in die Berechnung der Verhältniszahlen wie die Morbidität, die Demografie oder sozio-ökonomische Faktoren?

Walter Scheller: Parameter wie Morbidität und Demografie einzubeziehen stehen wir grundsätzlich positiv gegenüber, allerdings ist hinsichtlich möglicher Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Operationalisierung eine gewisse Skepsis durchaus angebracht...

Christopher Hermann: ...Das ist auch der Grund dafür, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Baden-Württemberg wiederholt beschlossen hat, die Umsetzung des Demografiefaktors auszusetzen.

Walter Scheller: Genau! Aber was bedeuten diese abstrakten Begriffe in der konkreten Umsetzung? Die Selbstverwaltung ist hier gefordert, einheitliche Kriterien und Definitionen zu entwickeln. Allerdings gilt auch hier, dass die Versorgungsunterschiede nicht verschärft werden dürfen, sondern vielmehr abgebaut werden müssen. Und wir müssen die Instrumente evaluieren: So hat sich gezeigt, dass der 2010 im Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Demografiefaktor in der heutigen Form für Baden-Württemberg ungeeignet ist und die von den Ersatzkassen bereits vor der Einführung befürchtete Verschärfung des Problems tatsächlich eintreten würde. In den schlechter versorgten Regionen waren bereits zuvor unbesetzte Arztsitze vorhanden; durch die Ausweisung weiterer Arztsitze in diesen Regionen, die nicht besetzt werden können, wurde lediglich die Versorgungssituation rein statistisch verschlechtert, ohne dass sich an der tatsächlichen Versorgungssituation etwas verändert hätte.



Dr. Christopher Hermann, geboren 1955, ist Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Er studierte Geschichte-, Politik- und Rechtswissenschaften in Marburg und Berlin und promovierte „summa cum laude“. Im Sozialministerium in Nordrhein-Westfalen war er von 1990 bis 2000 als Referatsleiter und später Gruppenleiter für die Bereiche Krankenversicherung, Heilberufe, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Arzneimittelsicherheit und Umweltmedizin zuständig. In den Jahren 2000 bis 2003 war Christopher Hermann Mitglied des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, verantwortete insbesondere die Bereiche Versicherung, Versorgung, Vertrags- und Einnahmenmanagement. 2003 bis 2011 war er Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, im Oktober 2011 wurde er Nachfolger von Dr. Rolf Hoberg.

erung, Heilberufe, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Arzneimittelsicherheit und Umweltmedizin zuständig. In den Jahren 2000 bis 2003 war Christopher Hermann Mitglied des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, verantwortete insbesondere die Bereiche Versicherung, Versorgung, Vertrags- und Einnahmenmanagement. 2003 bis 2011 war er Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, im Oktober 2011 wurde er Nachfolger von Dr. Rolf Hoberg.

Dies hat strukturpolitische Hintergründe wie eine fehlende Infrastruktur etwa in den Bereichen Verkehr, Bildung, Kultur – kurzum fehlende Familienfreundlichkeit. Dies ist eine gesamtgesellschaftlich-politische Aufgabe. Bei dem nicht einfachen Unterfangen sollten wir Probe-rechnungen durchführen, um den tatsächlichen Bedarf zu ermitteln.

ergo: *Wie sehen Sie die künftige Rolle des Landesbeirates im Verhältnis zum Landesausschuss?*

Walter Scheller: Das Sozialgesetzbuch spricht hier vom gemeinsamen Landesgremium nach Paragraph 90a SGB V. Ein solches gemeinsames Landesgremium hat sich in Baden-Württemberg bereits konstituiert und die Arbeit aufgenommen. Eine erste Empfehlung hinsichtlich einer Neustrukturierung und Organisation des Notfalldienstes existiert bereits. Dieses Gremium kann Empfehlungen zur sektorübergreifenden Versorgung abgeben. Es handelt sich also im Gegensatz zum Landesausschuss als Entscheidungsorgan, der Beschlüsse zur Bedarfsplanung fasst, um ein ausschließlich beratendes Gremium. Gleichwohl sehen wir es positiv, wenn alle verantwortlichen Akteure ihre Expertise einbringen können. Wir hoffen allerdings auch, dass die Akteure nicht nur allein ihre Partikularinteressen vertreten.

Christopher Hermann: Ich gehe davon aus, dass die eigentlichen Kompetenzen der letztlich für die Finanzierung und Sicherstellung verantwortlichen Akteure KV und Krankenkassen im Kern durch den Landesbeirat nicht tangiert werden. Etwas anders sieht es mit der Mitwirkung des Landes unmittelbar aus – hier wird abzuwarten sein,

ob und wie das Land über die neuen Instrumente des Genehmigungsvorbehalts und gegebenenfalls der Ersatzvornahme auf die Kompetenzen der KV und der Krankenkassen zugreifen möchte.

ergo: *Was müsste gegebenenfalls Ihrer Ansicht nach zusätzlich in der Bedarfsplanung geändert werden?*

Christopher Hermann: Baden-Württemberg ist aktuell (noch) in weit höherem Maße von Über- denn von Unterversorgung geprägt. Wenn man in absehbarer Zeit ernsthaft Unterversorgung vermeiden beziehungsweise zumindest eine homogenere Verteilung auf die Planungsbereiche erreichen möchte, muss man auch konsequent etwas gegen weitere Überversorgung unternehmen. Da die Nachwuchsärzte absehbar nicht ausreichen, kann nicht Überversorgung prolongiert und demnächst gleichzeitig Unterversorgung beseitigt werden. Deshalb hätte man die im Gesetzgebungsverfahren breit diskutierte Forderung nach einer obligatorischen Wiederbesetzungssperre in überversorgten Gebieten zielführend umsetzen sollen.

Walter Scheller: Der Verband der Ersatzkassen stellt fest, dass das Versorgungsstrukturgesetz insgesamt nicht die geeigneten Steuerungsinstrumente zur Verfügung stellt, um Überkapazitäten abzubauen.

ergo: *Sind Änderungen in der Bedarfsplanung aus Ihrer Sicht geeignet, die Versorgung zu verbessern?*

Christopher Hermann: So wie der Zug nun aufs Gleis gesetzt wurde, verspreche ich mir aus der geänderten Bedarfsplanung kaum Potentiale für eine Versorgungsverbesserung für Baden-Württemberg. Grundsätzlich ist die Bedarfsplanung immer nur ein Verteilungsmechanismus, tatsächliche Versorgungsverbesserungen resultieren aus einer optimierten Strukturierung und Zusammenarbeit sowie attraktiven Vertrags- und Vergütungsoptionen wie wir sie als AOK im dafür prädestinierten Rechtsrahmen der Selektivverträge seit Jahren mit unseren Partnern auf der Ärzteseite etablieren.

Walter Scheller: Ich meine auch, dass die Erwartungen gedämpft werden sollten. Wir müssen hier ganz neu denken und sollten unsere Aktivitäten nicht darauf beschränken, mehr Ärzte für das Landleben zu interessieren. Auch die Ausbildung sollte stärker am Bedarf ausgerichtet sein: Jahr für Jahr nehmen über 10.000 Studenten deutschlandweit ein Medizinstudium auf, davon schließen zwei Drittel erfolgreich ab. Diese Ärzte kommen auch in die Praxis – leider konzentriert sich die Ausbildung aber zu wenig den Indikationsbereich der Allgemeinmedizin.

ergo: *Künftig können die Zulassungsausschüsse einen Antrag auf Weiterführung einer Praxis ablehnen, wenn die Praxis in einem überversorgten Bereich liegt und Gründe der Versorgung dem nicht entgegenstehen. Wie werden die Krankenkassen damit umgehen?*

Walter Scheller: Die Krankenkassen werden damit verantwortungsbewusst umgehen. Eine solche Maßnahme ist jedoch nur folgerichtig und sollte konsequent umgesetzt werden. Ziel ist eine gleichmäßige und gute flächendeckende Versorgung. Hierzu gehört selbstverständlich auch der Abbau der Überversorgung.

Christopher Hermann: Ich habe Zweifel, dass dieses Instrument faktisch große Bedeutung erlangen wird.

ergo: *Die Zulassungsbestimmungen für Medizinische Versorgungszentren sind strenger gefasst worden. Halten Sie das für sinnvoll?*

Christopher Hermann: Die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Baden-Württemberg beträgt derzeit 128. Mir erschließt sich nicht, warum man hier Einschränkungen vorgenommen hat. MVZ können unabhängig von der Trägerrechtsform einen sinnvollen Beitrag für eine gut strukturierte effiziente ambulante und sektorübergreifende Versorgung leisten. Natürlich muss man darauf achten, dass sie nicht missbräuchlich als Krankenhaus-Außendienst arbeiten – aber hier setzen die Gesetzesänderungen ja gar nicht an. Vielmehr halte ich es für sehr wünschenswert, dass ein MVZ auch fächergleich, also zum Beispiel rein hausärztlich betrieben werden kann, um hier mit einer weiteren Flexibilisierung auch attraktive Arbeitsmodelle für jüngere Ärztinnen und Ärzte oder solche, die nach der Familienphase wieder in den Beruf streben, zu schaffen. Das wäre ein zielführender Beitrag zum heraufziehenden Hausärztemangel im ländlichen Raum gewesen.

Walter Scheller: Wir halten dies für sinnvoll. Aktiengesellschaften und Apotheken dürfen aus vielerlei Gründen keine Trägerschaft bei medizinischen Versorgungszentren erhalten.

ergo: *Ein völlig neuer Versorgungsbereich soll mit der spezialfachärztlichen ambulanten Versorgung geschaffen werden. Wie stehen die Krankenkassen dazu?*

Christopher Hermann: Das Ergebnis ist absolut unbefriedigend. Es wurde die Chance vertan, für einen Teilbereich der Versorgung eine vernünftige Strukturierung und Effizienzmechanismen zu etablieren. Stattdessen gilt „wer

Walter Scheller, Jahrgang 1957, ist seit 1983 im System der GKV als Sozialversicherungsfachmann tätig. Seit 1. Juni 2005 ist Walter Scheller Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg und seit dem 1. Januar 2009 außerdem alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg.



kann, der darf“ – für eine hoch spezialisierte Versorgung mutet dies doch geradezu anachronistisch an. Das Ergebnis wird sein: Viel Bürokratie ohne großen Nutzen, relativ hohe Preise und Streit. Ob der Preisabschlag für Krankenhäuser von fünf Prozent diese wirklich schmerzt oder gar zum massiven Wettbewerbsvorteil mutiert, scheint mir zumindest offen.

Walter Scheller: Das Ziel, für die ambulante Versorgung am Krankenhaus gleiche Rahmenbedingungen wie in der Niederlassung zu schaffen ist vom Grundgedanken zu befürworten. Für problematisch halten wir aber die im Gesetz geschaffenen Rahmenbedingungen, etwa keine Bedarfsprüfung, keine Vereinbarung von Leistungsmengen, keine Abrechnungsbeschränkungen.

ergo: *Vorgesehen ist die Möglichkeit einer Abrechnung über die KV. Unterstützen Sie diese Forderung?*

Walter Scheller: Ja, wir unterstützen diese Forderung, weil dadurch Doppelabrechnungen ausgeschlossen werden können. Es bestünde sonst das Risiko, dass Leistungen sowohl als spezialärztliche Leistungen direkt mit den Krankenkassen als auch als vertragsärztliche Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet würden.

Christopher Hermann: Für einen hoch spezialisierten Bereich hätte ich mir auch eine obligatorische Direktabrechnung mit den Krankenkassen vorstellen können, wie sie etwa von Tausenden „Kleinbetrieben“ wie zum Beispiel Physiotherapeuten, Optikern oder Sanitätshäuser praktiziert wird. Realistisch wird es wohl zu einem Nebeneinander unterschiedlicher Abrechnungsformen kommen, da die Entscheidung über den Abrechnungsweg beim jeweiligen Leistungserbringer liegt. Das hat ja auch etwas mit den entstehenden Kosten zu tun. In diesem Rahmen ist für uns selbstverständlich auch eine Abrechnung über die KV in Ordnung.



KVBW-Vorstand: Patientenrechtegesetz nicht weiter verschärfen

Informations- und Dokumentationspflichten schreiben geltende Rechtslage fest

Die Bundesregierung hat gemäß der Koalitionsvereinbarung den ersten Entwurf für ein Patientenrechtegesetz vorgelegt. Die Bundesregierung möchte nun die Patientenrechte, die derzeit noch in zahlreichen Gesetzen geregelt sind und sich vornehmlich aus der Rechtsprechung ergeben, ins Bürgerliche Gesetzbuch aufnehmen. Geregelt sollen vor allem die Aufklärungs-, Beratungs-, Informations- und Dokumentationspflichten des Arztes sowie das Vorgehen im Falle eines Behandlungsfehlers. Konkret bedeutet das zusammengefasst:

➔ Schritt 1

Zu Beginn der Behandlung hat der Arzt den Patienten umfassend über „sämtliche, für die Behandlung wesentlichen Umstände“, insbesondere die Diagnose zu informieren.

➔ Schritt 2

Der Arzt soll verpflichtend den Patienten über die Behandlung aufklären, über Art und Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen, spezifische Risiken, Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung der Behandlung sowie über Behandlungsalternativen, Risiken und Erfolgsaussichten.

➔ Schritt 3

Der Patient hat in die Behandlung einzuwilligen.

➔ Schritt 4

Der Arzt führt die Behandlung durch und muss danach auch über die zu ergreifenden Maßnahmen nach der Therapie informieren. Jeder Schritt ist zu dokumentieren. Erfolgt die Dokumentation nicht, wird das im Streitfall negativ für den Arzt gewertet. Jeder dieser Schritte ist bei allen „Eingriffen in den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, die sexuelle Selbstbestimmung oder in ein sonstiges Recht des Patienten“ erforderlich. Dies bedeutet konkret: Immer, auch bei Bagatellmaßnahmen! Für Behandlungsfehler orientiert sich der Gesetzgeber an der geltenden Rechtslage, wonach grundsätzlich der Patient dem Arzt einen Fehler und seine Ursache für aktuelle Beschwerden oder Schäden beweisen muss. Allerdings kehrt sich bei einem „groben Behandlungsfehler“ die Beweislast um.

Bei den Ärzten im Land müssen andererseits bei einem solchen Vorhaben die Alarmglocken klingeln, weil das Arzt-Patientenverhältnis problematisiert wird. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist heute von einem Höchstmaß an Vertrauen geprägt. Wohl kaum eine andere Berufsgruppe bekommt derart hohe Vertrauenswerte aus der Bevölkerung zugesprochen wie die niedergelassenen Ärzte. Behandlungsfehler kommen erfreulicherweise verhältnismäßig selten vor. Es gibt daher keinen Grund, gesetzliche Maßnahmen zu ergreifen.

Kann es ein Interesse geben, das Arzt-Patientenverhältnis zu verrechtlichen? Eigentlich sollte sich der Arzt darauf konzentrieren, korrekte Diagnosen und wirksame Therapien vorzunehmen und nicht, Formalia und Überdokumentation zu genügen. Die Ärzte in Baden-Württemberg versorgen pro Jahr rund 70 Millionen Behandlungsfälle und arbeiten an der Belastungsgrenze. Der Ärztemangel, verbunden mit einer steigenden Inanspruchnahme durch die Patienten und dem demografischen Wandel, wird diese Situation noch weiter zuspitzen. Kann es Ziel sein, hier weitere Zeit und Ressourcen für Dokumentation abzuziehen? Und schließlich darf auch nicht vergessen werden, dass Krankenkassen inzwischen Zusatzversicherungen zum Patientenschutz für ihre Versicherten anbieten, in denen diese nicht nur bei Fehldiagnosen und Behandlungsfehlern, sondern auch bei Aufklärungs- und Beratungsfehlern versichert sind. Es kann im Interesse von niemandem sein (außer von Anwälten), wenn die medizinische Behandlung immer häufiger Gegenstand von Gerichtsverfahren wird. Eine Folge wird jedenfalls darin bestehen, dass die Beiträge zur Haftpflichtversicherung für die Ärzte steigen.

Die KVBW prüft derzeit die genauen Auswirkungen der einzelnen Regelungen auf die Ärzteschaft. Sicherlich ist der geltenden Rechtslage zu entsprechen; trotzdem wird die KVBW anstreben, zu sinnvollen und praktikablen Lösungen zu kommen. Heftigen Widerstand gibt es, wenn die bisherigen Regelungen noch verschärft werden sollten. Auch hier gibt es im politischen Raum zahlreiche Forderungen.

Der Hausarzt bleibt im Zusammenspiel mit den Fachärzten der Lotse im Gesundheitswesen



Umfrage der KBV widerlegt den Vorwurf langer Wartezeiten

Gute Noten für Ärzte und Psychotherapeuten – die Ergebnisse einer erneuten repräsentativen Versichertenbefragung der KBV machen das hohe Niveau der ambulanten medizinischen Versorgung deutlich.

Bereits in den Jahren 2006, 2008 und 2009 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Versichertenbefragungen zur Zufriedenheit der Versicherten mit der ambulanten ärztlichen Versorgung beauftragt. In der aktuellen von der Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen im Zeitraum vom 26. bis 29. September 2011 durchgeführten Umfrage beantworteten die zufällig ausgewählten 2.048 Teilnehmer Fragen unter anderem zur Häufigkeit ihrer Arztbesuche, zur Bewertung ihres Arztes, zu Wartezeiten und zur Barrierefreiheit von Arztpraxen.

Das Wichtigste zuerst: 91 Prozent aller Befragten waren mit ihrem Arzt äußerst zufrieden. Sowohl die fachliche Kompetenz als auch das Vertrauensverhältnis zum Arzt als Wurzel einer stabilen und intakten Arzt-Patienten-Beziehung wurden hoch geschätzt - bei den Haus- wie bei den Fachärzten. Auch wenn die Rückmeldung der Patienten ein wenig zurückhaltender als in der Vorjahresbefragung ausgefallen ist (2010 sprachen 92 Prozent von einem sehr guten beziehungsweise guten Vertrauensverhältnis zu dem Arzt, den sie in den letzten zwölf Monaten zuletzt besucht hatten), ist echte Unzufriedenheit weiter die ganz große Ausnahme: Unverändert beklagt nur jeweils einer von hundert Patienten, dass die Arzt-Patienten-Beziehung beziehungsweise das medizinische Know-how des Arztes „überhaupt nicht gut“ ist.

83 Prozent aller Befragungsteilnehmer waren in den vergangenen zwölf Monaten in der Praxis eines niedergelassenen Arztes oder Therapeuten, um sich behandeln oder beraten zu lassen. Die Umfrage zeigt, dass der Hausarzt für die große Mehrheit der Befragten der Lotse im Gesundheitswesen ist. 94 Prozent der Befragten haben einen Hausarzt, den sie im Krankheitsfall oder in sonstigen medizinischen Angelegenheiten gewöhnlich konsultieren. Lediglich sechs Prozent verzichten darauf.

Bemerkenswert sind die Ergebnisse auch im Hinblick auf die Wartezeiten: Nach eigenen Angaben haben 48 Pro-

zent aller Befragten, die in den vergangenen zwölf Monaten beim Arzt waren, sofort einen Termin bekommen oder sind ohne vorherige Terminabsprache in die Praxen gekommen. Bei 19 Prozent betrug die Wartezeit bis zu drei Tagen, zwölf Prozent hatten eine Wartezeit von bis zu einer Woche, zehn Prozent terminieren dieses Zeitfenster auf „bis zu drei Wochen“ und bei weiteren zehn Prozent der Versicherten hat es mehr als drei Wochen gedauert, bis sie einen Termin bekommen haben.

Dabei gibt es aber grundsätzlich große Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten: Zum einen gehen wesentlich mehr Befragte ohne vorheriger Terminabsprache direkt zum Hausarzt. Und zum anderen hat dort knapp die Hälfte innerhalb eines Tages einen Termin. Beim Facharzt warten dagegen – ganz ähnlich wie in den Vorjahresbefragungen - 40 Prozent der Befragten bis zu drei Wochen und länger. Erfreulich ist, dass die Mehrheit der Befragten bei akuten Problemen sofort beziehungsweise innerhalb eines Tages einen Termin beim Arzt ihres Vertrauens erhalten. Man kann aus diesen Zahlen erkennen, dass die niedergelassenen Ärzte insgesamt mit großem Verantwortungsbewusstsein und Engagement die Versorgung ihrer Patienten sicherstellen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass ein hoher Anteil der Behandlungen auf Vorsorgeuntersuchungen beziehungsweise Impfungen entfällt, bei denen Wartezeiten aus medizinischer Sicht unproblematisch sind.

Erfreulich ist auch: Nach Einschätzung der Bürgerinnen und Bürger sind die meisten deutschen Arztpraxen barrierefrei erreichbar: 69 Prozent aller Befragten, die in den vergangenen zwölf Monaten beim Arzt waren, sagen, dass in die jeweils letztbesuchte Praxis auch solche Patienten problemlos gelangen können, die nicht so gut zu Fuß sind oder eine Behinderung haben.

Die niedergelassenen Ärzte können stolz auf die Ergebnisse sein!

Die vollständigen Ergebnisse der repräsentativen KBV-Versichertenbefragung 2011 finden Sie im Internet unter www.kbv.de.

„Neuordnung Notfalldienst“ schreitet voran

Organisierter Notfalldienst an Werktagen wird realisiert

Auf geregelte Arbeitszeiten und freie Wochenenden legt die nachrückende Ärztegeneration großen Wert. Diese Tatsache und der Fakt, dass in fünf Jahren bis zu 500 Hausärzte in Baden-Württemberg fehlen, sind Grund genug für den Vorstand der KVBW, sich im Jahr 2012 einer großen Herausforderung zu stellen: Der Reform des ärztlichen Notfalldienstes. Der stellvertretende Vorsitzende, Dr. Johannes Fechner, informierte bei der Vertreterversammlung im Februar 2012 über die laufenden Aktivitäten: „Wir sind in engem Kontakt mit den Notfalldienstbeauftragten in den Regionen. Die Vorbereitungen für die neuen Gebietszuschnitte laufen auf Hochtouren und in der Verwaltung arbeitet eine Projektgruppe intensiv an der Umsetzung der neuen Struktur.“

VV beschließt Änderungen der Notfalldienstordnung

Die geplanten Änderungen im Notfalldienst erfordern eine Anpassung der Notfalldienstordnung, weshalb die Vertreterversammlung (VV) folgende Änderungen beschloss: Analog der bundesweiten Sprachregelung kann auch in Baden-Württemberg statt „Notfalldienst“ der Begriff „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ verwendet werden. Künftig wird der Vorstand der KVBW auf Vorschlag der Bezirksbeiräte sowie der im Stadt- oder Landkreis vertretenen Ärzteschaften die Kreisbeauftragten für den Bereitschaftsdienst benennen.

Die Delegierten räumten dem Vorstand und der Notfalldienstkommission ein, die Bildung von zentralen Notfallpraxen zu initiieren. Grünes Licht gaben die Delegierten nach intensiver Diskussion auch zur Einführung eines organisierten Notfalldienstes an Werktagen von 19 Uhr bis 8 Uhr.

Die Vorteile des organisierten Notfalldienstes liegen für Fechner auf der Hand: Möglichkeit der fachgruppenfremden Vertretung, Abrechnung außerhalb des Regelleistungsvolumens, Strukturpauschale von 7,50 Euro, Reduktion der Dienstbelastung sowie die einfache Umsetzung der Rufnummer 116 117.

Struktur der künftigen Notfalldienstbereiche

Am Anfang der Reform steht die Aufgabe, durch Zusammenschluss von mehreren kleinen Notfalldienstbereichen größere Einheiten mit mindestens 50 bis 70 Ärzten zu bilden. Nur dadurch kann das Reformziel – die Dienstfrequenz auf fünf bis sieben Dienste pro Jahr zu reduzieren – erreicht werden. Ziel ist es auch, in jedem Landkreis mindestens eine zentrale Notfallpraxis am Krankenhaus mit werktäglicher Dienstbereitschaft einzurichten.

Die Kreisbeauftragten wünschen sich bei Neugründungen von Notfallpraxen die Unterstützung der KVBW. Die VV hat den Vorstand deshalb beauftragt, eine Richtlinie zur Gründung von Notfallpraxen in Trägerschaft der KVBW zu erarbeiten. Auch für den Fahrdienst gibt es neue Ideen: Fechner kündigte an, ein Konzept für die Organisation eines Fahrdienstes – vor allem nachts – vorzulegen. Hier werde geprüft, ob eine Rahmenvereinbarung mit DRK, Malteser oder Taxiunternehmen geschlossen werden kann, um dem Wunsch der ärztlichen Basis, nachts nicht mehr ohne Begleitung und mit dem eigenen Fahrzeug unterwegs zu sein, entgegenzukommen.

Zeitplan

Bis Mitte des Jahres 2012 sollen die neuen Bereitschaftsdienstbereiche stehen und sukzessive bis zum Jahresende an den Start gehen. Danach erfolgt der zweite Schritt der Reform: Die Einführung eines „Notfalldienst-Soli“ – eine Mischung aus Präsenzpauschale und Umsatzgarantie. Diese neue Form der Honorierung im ärztlichen Bereitschaftsdienst soll zum 2. Quartal 2013 eingeführt werden.

116 117 startet in Baden-Württemberg später

Ab Frühjahr 2012 wird es deutschlandweit eine einheitliche Telefonnummer für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst geben: die 116 117. Ein Patient, der außerhalb der

Sprechzeiten dringend medizinische Hilfe benötigt, wählt künftig die 116 117 – in Berlin ebenso wie in Stuttgart, auf Rügen ebenso wie im Schwarzwald. Langes Suchen nach der richtigen Nummer bleibt ihm erspart. Die Rufnummer ist für den Anrufer kostenlos. Der Anruf wird an den jeweils zuständigen Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen weitergeleitet – je nach Organisation des Dienstes direkt zu einem diensthabenden Arzt oder einer regionalen Leitstelle/Notfallpraxis. Dieses Weiterleiten der Patienten erfordert klare Strukturen im Bereitschaftsdienst. In Baden-Württemberg fällt die Neustruktur-

rierung des Bereitschaftsdienstes mit der Einführung von 116 117 zusammen.

Der Vorstand der KVBW hat mit dem Vorstand der KBV vereinbart, dass die bundesweite Rufnummer 116 117 für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst erst dann in Baden-Württemberg geschaltet wird, wenn die Gebietsreform abgeschlossen ist. Die bisherigen Rufnummern gelten daher mindestens noch das Jahr 2012 über weiter. Die Patienten werden in Baden-Württemberg deshalb weiterhin auf die gewohnten Notfalldienst-Nummern verwiesen.

ergo

Planungs- und Kalkulationssicherheit durch Leistungsbegrenzungen, Reduktion der Umverteilung innerhalb und zwischen den Fachgruppen

Raus aus dem Hamsterrad – Vorstand on Tour

Nach der positiven Resonanz von „Vorstand on Tour“ im vergangenen Jahr freuen sich die Vorstände, Dr. Norbert Metke und Dr. Johannes Fechner, sich mit den Vertragsärzten erneut im Jahr 2012 austauschen zu dürfen. Von Mai bis Juli 2012 sind acht Stationen für die ärztlichen Mitglieder der KVBW geplant. Der vorgesehene neue Honorarverteilungsmaßstab ab dem 1. Juli 2012 nach den Grundsätzen der Leistungsbegrenzung sowie Inhalt und Struktur der neuen Bereitschaftsdienstordnung werden die Hauptthemen der Abende und der Diskussionen mit Ihnen sein.

Unmittelbar nach den Sommerferien sind vier zusätzliche Abende für die psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen vorgesehen. Merken Sie sich Ihren Wunschtermin am besten gleich vor. Persönliche Einladungen mit näheren Informationen folgen.

Tourdaten

Datum für Vorstand on Tour für Ärzte	Ort
15. Mai 2012	Reutlingen
11. Juni 2012	Sigmaringen
12. Juni 2012	Heidelberg
20. Juni 2012	Karlsruhe
25. Juni 2012	Freiburg
26. Juni 2012	Donaueschingen
02. Juli 2012	Schwäbisch Hall
09. Juli 2012	Stuttgart

Datum für Vorstand on Tour für Psychotherapeuten	Ort
11. September 2012	Stuttgart
13. September 2012	Karlsruhe
20. September 2012	Freiburg
16. Oktober 2012	Reutlingen





Vertreterversammlung verabschiedet Richtlinie der KVBW zur RegioPraxis BW

Fördergelder zur hausärztlichen Versorgung sind gut angelegt

Die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung ist die zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sicherstellung kann auch Förderung bedeuten: Dort, wo die Versorgung nicht mehr dem Bedarf entspricht und droht, in einen Ärztemangel abzugleiten. Auf die ersten Anzeichen einer beginnenden Unterversorgung im ländlichen Raum hat die KV Baden-Württemberg mit dem innovativen Konzept RegioPraxis BW reagiert. Ein Jahr danach ist mit der Verabschiedung der Förderrichtlinie die letzte Hürde genommen. Den ersten Verträgen steht nun nichts mehr im Wege.

In der Vertreterversammlung der KVBW vom 8. Februar wurde die „Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zur Förderung des Modellprojekts RegioPraxis BW“ einstimmig verabschiedet. Zu überzeugend das Konzept, zu groß die Sorge um die Praxisnachfolge, als dass sich ein Delegierter dem zukunftssträchtigen Modell hätte verweigern wollen. Mit einem Gesamtbudget von 500.000 Euro soll primär die hausärztliche Versorgung gefördert werden. Die ab dem 1. April wirksame Richtlinie erlaubt aber auch die Ausdehnung auf den fachärztlichen Bereich, falls dies erforderlich werden sollte.

Grundsätzliche Voraussetzung für die Förderung ist die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung im Zuständigkeitsbereich der KVBW. Am geplanten Standort muss eine Unterversorgung gegeben oder mittelfristig – natürlich unter Berücksichtigung der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur im Versorgungsbereich - zu erwarten sein. Das Förderpaket setzt sich aus mehreren Modulen zusammen. Es gibt zum einen Gründungspauschalen von 25.000 Euro pro Hausarzt mit vollem Versorgungsauftrag. Mit der Gründungspauschale werden Unkosten wie Restmiete, Praxisausstattung und Umzug subventioniert. Jedoch werden pro RegioPraxis maximal vier Ärzte mit bis zu 100.000 Euro gefördert. Auch die Einrichtung einer RegioPraxis als Nebenbetriebsstätte ist

förderungswürdig. Hier erhalten bis zu vier Ärzte jeweils maximal 20.000 Euro für die Praxisausstattung. Mit bis zu 20.000 Euro wird auch die Ausstattung einer zu einer RegioPraxis gehörenden Nebenbetriebsstätte unterstützt.

Darüber hinaus können zum anderen für RegioPraxen die Fallzahl-Zuwachsbegrenzungen ausgesetzt und die Abstufungsgrenzen angehoben werden, wenn mehr Patienten versorgt werden müssen. Eine Strukturpauschale schließlich kompensiert die Kosten, die entstehen, weil der Kodex der RegioPraxis BW eine definierte Qualität vorschreibt. Kosten für entsprechende Leistungsangebote, medizinische Geräte und besonders qualifiziertes Personal, das vorgehalten werden muss, fördert die KVBW mit einer Pauschale von 3.000 Euro im Quartal. Die Strukturpauschale ist befristet auf drei Jahre.

Dasselbe gilt für eine Strukturpauschale, die auf einen angestellten Arzt bewilligt wird. Auch hier fließen bei einer vollen Stelle, befristet auf drei Jahre, pauschal 3.000 Euro pro Quartal. Bei Teilzeitangestellten wiederum reduziert sich der Betrag entsprechend anteilig. Sind die grundsätzlichen Voraussetzungen gegeben und die Formalien den Richtlinien entsprechend erfüllt, wird der Antrag der Kooperationspartner auf Förderung geprüft. Der Finanzausschuss gibt schließlich die Mittel für das einzelne Projekt frei.

Insgesamt sollen in der Projektphase nicht mehr als vier RegioPraxen BW an den Start gehen, davon maximal die Hälfte im Jahr 2012. Zurückhaltend ist man immer noch bei der Benennung der Pilotpraxen. Im Gespräch sind Bad Schussenried im Landkreis Biberach und Baiersbronn im nördlichen Schwarzwald. Die Förderungspauschalen für das befristete Projekt werden aus einem Strukturfonds der KVBW finanziert. Nach der Evaluation ist es das erklärte Ziel des Vorstandes, Kommunen und Land mit dem Modell zu überzeugen und über Zuschüsse einzubinden.



Kalkulation und Planungssicherheit durch Leistungsreduktion und Ende der Umverteilung innerhalb und zwischen den Fachgruppen

Raus aus dem Hamsterrad - neue Honorarverteilung ab 1. Juli 2012

Das Versorgungsstrukturgesetz hat den KVen wieder die Zuständigkeit für die Honorarverteilung gegeben, eine der wichtigsten Forderungen seitens der Ärzteschaft in Baden-Württemberg im Rahmen des zurückliegenden GKV-VSt-Gesetzesverfahren. Die Regelung der Vergangenheit, in der zentrale Vorgaben durch die Berliner Ebene entscheidend für die Honorarverteilung gewesen sind, hatte für die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg verheerende Auswirkungen: Honorareinbußen in vielen Praxen bis hin zur Existenzbedrohung, verursacht vor allem durch eine massive Umverteilung innerhalb und zwischen den Arztgruppen.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz erlaubt der KVBW, eine landesspezifische Honorarverteilung zu erstellen. Der neue Honorarverteilungsmaßstab soll ab dem III. Quartal 2012 gelten. Die Möglichkeit zur Honorarverteilung bedingt aber nicht mehr Honorar. Wenige Rahmenvorgaben der Bundesebene gelten weiterhin, so die Bestimmung der Trennungsfaktoren für den haus- und fachärztlichen Topf, Psychotherapeutenvergütung und weitere. Grundsätzlich wird aber die Regulierung der Menge, sowie die Verteilung des Honorars innerhalb und zwischen den Fachgruppen durch die KVBW zu regeln sein.

Die Höhe der Gesamtvergütung ist in diesem Jahr um plus 1,25 Prozent durch den Gesetzgeber festgelegt; hinzu kommen ausschließlich noch extrabudgetäre Vergütungen aus ausbudgetierten Leistungen, wie zum Beispiel der Prävention und dem ambulanten Operieren. Insbesondere spielen hier Add-on-Verträge zur budgetierten Gesamtvergütung wie der Pflegeheimvertrag mit der Barmer GEK, die Patientenbegleitprogramme mit einigen BKK, der ADHS-Vertrag mit der DAK Gesundheit und einigen BKK und natürlich die Selektivverträge mit der AOK

und vielen weiteren eine Rolle. Aus diesem Zusatzhonorar wird über die gesetzlich vorgegebene Marke von 1,25 Prozent eine Honorarsteigerung zu erzielen sein.

Vor diesem Hintergrund sieht der Vorstand es als sein wichtigstes Ziel an, endlich wieder Stabilität, Planungssicherheit und Kalkulierbarkeit in das Honorargefüge zu bekommen. Unter dem Motto „Kalkulations- und Planungssicherheit durch Leistungsbegrenzung und Reduktion der Umverteilung innerhalb und zwischen den Fachgruppen“ wird, nach grundsätzlicher Zustimmung durch die Vertreterversammlung vom 8. Februar 2012, nunmehr die Honorarverteilung für das Jahr 2012 und folgende ausgestaltet werden. Die Vergütungsanteile der Fachgruppen an der Gesamtvergütung orientieren sich an der Vergütung 2011.

Stabilität im Honorar bedeutet auch, dass die grundsätzliche Mengenregelungssystematik der Honorarabrechnung mit RLV, QZV und freien Leistungen sowie extrabudgetären Leistungen beibehalten wird. Eine Änderung der Mengenbegrenzungsinstrumentarien würde nur wieder zur erneuten Verunsicherung führen.

Nach Zustimmung durch die Vertreterversammlung ist die erste wichtige Hürde genommen. Die aus der Grundrichtung sich ergebenden Einzelfragen werden in den nächsten Wochen intensiv mit den Berufsverbänden sowie den Gremien der Vertreterversammlung diskutiert, um am 9. Mai 2012 ein geschlossenes Konzept vorzulegen.

Die KVBW hat einen Maßnahmenplan erarbeitet, um die Mitglieder über die neuen Regelungen zu informieren und somit eine möglichst reibungslose Einführung zu gewährleisten. So wird der neue HVM etwa auf der diesjährigen Veranstaltungsreihe „Vorstand on Tour“ (siehe Seite 9 dieser ergo-Ausgabe) einen Schwerpunkt bilden.

Leitfaden zur Kooperation von Ärzteschaft und Selbsthilfegruppen

Unterstützung bei der Kontaktaufnahme und der Einbeziehung von Qualitätszirkeln

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat in den vergangenen Jahren landesweit Fachtagungen zur Kooperation von Ärzteschaft und Selbsthilfegruppen durchgeführt. Aus dem großen Interesse der teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Vertretern von Selbsthilfegruppen entstand die Initiative der KOSA (Kooperationsberatung für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen) der KVBW, eine interdisziplinäre Projektgruppe zu gründen, um einen Kooperations-Leitfaden zu entwickeln. Im Gespräch mit ergo erläuterte Dr. Johannes Probst, Mitglied und Moderator eines hausärztlichen Qualitätszirkels, die Intentionen dieser Publikation.

Dr. Johannes Probst: „Der Leitfaden bietet praktische Hilfestellungen für die Zusammenarbeit von ärztlichen Qualitätszirkeln und Selbsthilfegruppen und zeigt insbesondere die Vorteile auf, die beide Seiten von kooperativen Arbeitsformen haben. Er gibt hilfreiche Tipps, wie Ärzte und Selbsthilfe in Kontakt kommen und wie Selbsthilfegruppen in die ärztliche Qualitätszirkelarbeit integriert werden können.“



Dr. Johannes Probst: Selbsthilfegruppen einbeziehen

Diese Form der Kooperation dient dazu, die Ärzte und Psychotherapeuten in ihrem Praxisalltag bei der Versorgung ihrer Patienten zu unterstützen. Sprechstunden zu psychosozialen Problemen und Beratungen zu geeigneten Hilfsmitteln und deren Anwendung erweisen sich im Praxisalltag häufig als aufwendig und zeitintensiv. Denn für die Arzt-Patientenbeziehung lohnende Gespräche und Diskussionen sind unter dem Zeitdruck der Sprechstunden kaum möglich. Wer von uns Vertragsärzten wünscht sich deshalb in diesem Bereich nicht eine Entlastung? Unterstützung in genau diesen Bereichen bieten den Ärzten und ihren Patienten die gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen an, die es heute schon zu fast allen Erkrankungen und in allen Regionen Baden-Württembergs gibt.

Doch warum haben es viele von uns in den letzten Jahren versäumt, diese therapiebegleitenden Hilfestellungen für unsere Patienten zu nützen? Wo es die Selbsthilfebewegung doch geschafft hat zu wachsen und sich zu professionalisieren?

Ist es vielleicht die Problematik des Umgangs mit dem informierten Patienten, die Sorge, in der Budgetierungsnot noch weiter in die Enge getrieben zu werden, oder einfach die Skepsis vor dem Unbekannten? Sicherlich von allem ein wenig.

Die Idee, die Zusammenarbeit von ärztlichen Qualitätszirkeln und Selbsthilfegruppen stärker zu vernetzen, zog sich wie ein roter Faden durch die patientenorientierten Veranstaltungen der vergangenen Jahre. In Workshops diskutierten Ärzte, Psychotherapeuten und Vertreter von Selbsthilfegruppen darüber, wie man die Kooperation intensivieren könnte. Beide Seiten ließen eine hohe Bereitschaft erken-

nen, sich dieser Form der Zusammenarbeit zu öffnen. Die gegenseitige Unkenntnis der bestehenden Strukturen auf beiden Seiten kristallisierte sich jedoch als Hemmnis für eine Kontaktaufnahme heraus. Das Ergebnis verschiedener Workshops zur Lösung dieser und weiterer Probleme für eine erfolgreiche Zusammenarbeit war die Entwicklung eines Leitfadens zur Kooperation von Ärzten, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen in Qualitätszirkeln.

Als Mitglied wie auch als Moderator eines hausärztlichen Qualitätszirkels habe ich durch die punktuelle Beteiligung verschiedener Selbsthilfegruppen viele positive Erfahrungen gemacht. Diese veranlassten mich am Leitfaden mitzuarbeiten. Als Koautor möchte ich alle Ärzte und Psychotherapeuten motivieren, von unserem Leitfaden Gebrauch zu machen und Sie ermutigen, Ihre Qualitätszirkel für Vertreter von Selbsthilfegruppen zu öffnen! Damit werden sowohl Sie als auch Ihre Patienten von den im Leitfaden beschriebenen Vorteilen profitieren.“

Den Leitfaden für die Zusammenarbeit von ärztlichen Qualitätszirkeln und Selbsthilfegruppen finden Interessierte auf der Homepage der KVBW unter www.kvbawue.de/praxisalltag/qualitaetssicherung/qualitaetszirkel. Eine gedruckte Version des Leitfadens kann gern bei der KOSA angefordert werden.

Informationen und Unterstützung für kooperative Arbeitsformen im Qualitätszirkel erteilt Daniela Fuchs, Kooperationsberaterin für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen. Sie ist Ansprechpartnerin für alle Fragen zu diesem Thema und hilft Kontakte zu vermitteln.

Telefon → 07121 / 917-2396
erreichbar Montag bis Freitag
9.00 Uhr bis 12.30 Uhr
kosa@kvbawue.de

Online-Gerätebörse für Mitglieder der KVBW

Sie suchen eine Untersuchungsliege oder möchten ein Ultraschallgerät verkaufen? So finden Sie auf unserer Homepage www.kvbawue.de unter der Rubrik „Börsen“ unsere **Geräte- und Einrichtungsbörse**. Hier können medizinische Geräte und Praxiseinrichtungsgegenstände, die sich noch in einem guten Zustand befinden, zum Verkauf angeboten werden.

Und so einfach geht's:

Wenn Sie auf der Seite der Gerätebörse den Begriff „Produktdetails“ anklicken, wird automatisch ein Formular in Form einer Eingabemaske angezeigt. Hier beschreiben Sie kurz, welches Gerät oder Inventar Sie verkaufen möchten oder vielleicht auch suchen. Um dem Verkaufsgegenstand auch ein Gesicht zu geben, können bis zu fünf Bilder im jpg oder jpeg-Format eingestellt werden.

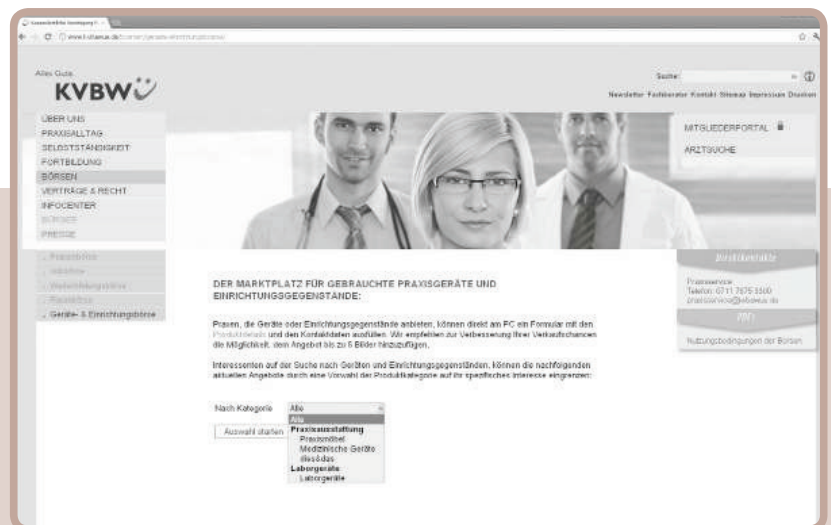
Damit ein Interessent sich mit Ihnen auch in Verbindung setzen kann, geben Sie am Schluss noch Ihre Kontaktdaten ein. Und dann können Sie Ihr Angebot mit einem Klick abschicken. Schon am nächsten Tag haben wir Ihr Inserat auf dem Tisch liegen, welches wir nach einer kleinen Stichprobe sofort frei schalten werden. Möchten Sie

ein Verkaufsangebot einreichen, aber nicht die Online-Eingabemaske verwenden, so können Sie das Angebot auch per Mail oder per Fax beim Praxisservice einreichen.

Nutzen Sie unsere kostenlose Online-Gerätebörse. Die Verwaltung der Geräte- und Einrichtungsbörse erfolgt durch den Praxisservice des Geschäftsbereichs Service und Beratung. Fragen, Ideen oder Verbesserungsvorschläge nehmen wir gerne entgegen.

Der Praxisservice kann erreicht werden unter:

Telefon → 0711/7875-3300
Fax → 0711/7875-483300
E-Mail: Praxisservice@kvbawue.de



Regionale Gesundheitstage werden von der KVBW unterstützt

„KV vor Ort“ bietet umfangreiches Serviceangebot

Bereits in der ergo-Ausgabe 3/11 wurde darüber informiert, dass der Vorstand der KVBW sich für eine neue strategische Ausrichtung der bürgerorientierten Aktivitäten ausgesprochen hat. Im Fokus stehen verstärkt die von regionalen Ärzteschaften und ärztlichen Kreisvereinen organisierten und vielerorts etablierten regionalen Gesundheitstage.

Ziel des KV-Engagements ist einerseits, die unverzichtbare qualitätsgesicherte Kompetenz der Haus- und Fachärzte sowie der Psychotherapeuten in das Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken und die Position der Haus- und Fachärzte vor Ort zu stärken. Andererseits soll das Gesundheitsbewusstsein der Bürger geschärft und diese zur Gesundheitsvorsorge ermuntert werden.

Im Rahmen der Initiative „KV vor Ort“ bietet die KVBW daher an, regionale Gesundheitstage kostenfrei mit folgendem Angebot zu unterstützen:

- Bereitstellung von Geräten zur Cholesterin- und Blutzuckermessung inklusive Teststreifen und sonstige Verbrauchsmaterialien (Desinfektionsspray, Pflaster und Tupfer)

- Bereitstellung von Blutdruckmessgeräten, Geräten zur Bestimmung des Körperfettanteils und des BMI
- Auslage von Patienteninformatoren zu verschiedenen Themenbereichen (wie zum Beispiel Bluthochdruck, Alzheimer, Impfen, Vorsorgeleistungen der GKV)
- Unterstützung durch bis zu zwei KV-Mitarbeiter vor Ort (unter anderem Anlieferung der Materialien, Einweisung in die Geräte, Auf- und Abbau)
- Veranstaltungsevaluation (Besucherbefragung) mit Rückmeldung an die Veranstalter
- Unterstützung bei der Erstellung von Dienstplänen zur Sicherstellung einer durchgängigen Standpräsenz
- Bei Veranstaltungen im Freien können Pavillons bereitgestellt werden.

Die gemessenen Werte werden den Besuchern schriftlich ausgehändigt. Es sollten daher möglichst ein bis zwei Ärzte der Ärzteschaft anwesend sein, um die Werte zu interpretieren und um die Besucher entsprechend zu beraten. Zur Durchführung der Cholesterin-, Blutzucker- und Blutdruckmessungen werden zudem zwei bis drei Medizinische Fachangestellte benötigt.

ergo



Die KVBW unterstützt...



...regionale Gesundheitstage

Marketingmaßnahmen

Die KVBW unterstützt nicht nur logistisch, sondern auch mit gezielten Marketingmaßnahmen: Der Gesundheitstag wird im Veranstaltungskalender unter www.kvbawue.de angekündigt und über die Stabsstelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der KVBW durch Veranstaltungshinweise an die regionale Presse publik gemacht.

Dabei unterstützt die KVBW sowohl bereits etablierte regionale Gesundheitstage als auch solche, die erstmalig in Planung sind. Selbstverständlich wird dieses Unterstützungsangebot auf Anfrage auch anderen interessierten Mitgliedern der KVBW zur Verfügung gestellt. Die KVBW behält sich bei großer Nachfrage oder Terminüberschneidungen vor, eine Auswahl zu treffen.

Im Oktober und November 2011 engagierte sich die KVBW bereits beim Tag der Männergesundheit in Friedrichshafen, dem Gesundheitstag in Mannheim, der Leistungsschau in Freiburg Kappel, dem Tag der Offenen Tür des MVZ am Klinikum Friedrichshafen und einem Gesundheitstag im Enzkreis.

2012 finden sich folgende Gesundheitstage in Vorbereitung:

24./25.03.2012	2. Kornwestheimer Gesundheitstag
28.03.2012	Gesundheitstag Ermstallklinik Bad Urach
04.04.2012	Gesundheitstag Albklinik Münsingen
18.04.2012	Gesundheitstag Klinikum Reutlingen
16./17.06.2012	Gesundheitstag Lörrach
22.09.2012	Herztag Klinikum Ulm

Kontakt:

Corinna Pelzl
Telefon: 0711/7875-3538
E-Mail: corinna.pelzl@kvbawue.de

Die Einzelheiten zu den Aktionstagen werden gezielt mit den Veranstaltern besprochen und abgestimmt, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten und eine qualitativ gute Außenwirkung der Ärzteschaften / Veranstalter zu erzielen.



Das neue Bundeskinderschutzgesetz ist in Kraft getreten

Auch gegen den Elternwillen kann das Jugendamt informiert werden

Zum 1. Januar 2012 ist ein neues Bundeskinderschutzgesetz (BKischG) in Kraft getreten. Das Gesetz ist als Reaktion zu sehen auf die Ergebnisse der Runden Tische „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ und „Sexueller Kindesmissbrauch“. Kinder und Jugendliche sollen besser und zu einem möglichst frühen Zeitpunkt vor Vernachlässigung und Gewalt geschützt werden.

In das neue Bundeskinderschutzgesetz sind ferner Erkenntnisse aus dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen“ und seinen vielfältigen Projekten eingeflossen, welche die Nachhaltigkeit der in diesem Bereich bereits unternommenen Anstrengungen sichern soll. Für die Vertragsärzte und die -psychotherapeuten sind insbesondere folgende gesetzlichen Regelungen von Bedeutung:

- Es gibt einen gesetzlichen Auftrag an die Jugendämter, regionale Netzwerke im Kinderschutz aufzubauen. Es sollen alle Berufsgruppen einbezogen werden, die mit Kindern, Jugendlichen sowie Schwangeren zu tun haben. Dazu gehören auch Angehörige der Heilberufe.

Ziel ist, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären, sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.

- Ärzte und Psychotherapeuten sollen im Fall einer Kindeswohlgefährdung mit den betreffenden Kindern oder Jugendlichen die Situation erörtern. Sie sollen versuchen, die Eltern zur Annahme von Hilfe zu motivieren - es sei denn das Wohl des Kindes, des/der Jugendlichen würde dadurch gefährdet.

- Gelingt dies nicht, sind Ärzte und Psychotherapeuten befugt, das Jugendamt über die Kindeswohlgefährdung zu informieren, und zwar auch gegen den Willen der Eltern. Über die Information an das Jugendamt sind die Eltern zu informieren, es sei denn, dass dadurch das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen gefährdet ist.
- Angehörige der Heilberufe haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung Anspruch auf Beratung durch eine „insofern erfahrene Fachkraft“ (Paragraph 8a SGB VIII) gegenüber dem Jugendamt. Sie sind befugt, dieser Person dazu anonymisierte Daten zu übermitteln. Den Kontakt zu diesen besonders qualifizierten Fachkräften vermittelt im Bedarfsfall das örtliche Jugendamt.

Das Kinderschutzgesetz des Landes Baden-Württemberg, das bezüglich des Datenschutzes bereits Regelungen enthält, muss im Hinblick auf die weitergehenden Vorschriften des Bundeskinderschutzgesetzes noch entsprechend angepasst werden.

Die Zusammenarbeit im Hinblick auf einen wirksamen Kinderschutz über Professionsgrenzen hinweg ist ein fachliches „Muss“. Leider ist es auf politischer Ebene nicht gelungen, das Bundesgesundheitsministerium in die Neufassung des Kinderschutzgesetzes in größerem Umfang einzubinden. Dies bedeutet, dass sich die Kooperationsverpflichtung des Gesundheitswesens mit der Jugendhilfe nicht im SGB V niederschlägt. Woher Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten die Zeit für diese Kooperation nehmen und wer ihnen diesen Aufwand honoriert, bleibt somit ungeklärt.

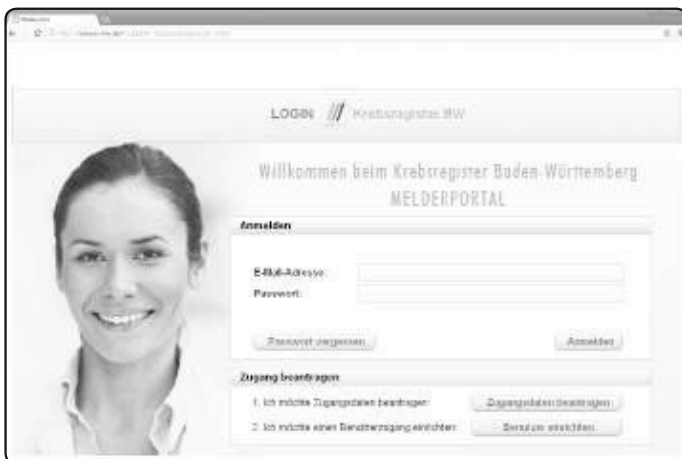
Die KVBW hat diese Unverhältnismäßigkeit seit langem realisiert. Im Rahmen ihres Projekts „Frühe Hilfen“ haben mittlerweile erste zukunftsweisende Kontakte mit den Krankenkassen stattgefunden.

Krebserkrankungen: Meldepflicht gilt für alle Ärzte

Ärzte sehen sich bürokratischer Großbaustelle ausgesetzt, die sie nicht akzeptieren wollen

Seit Oktober vergangenen Jahres müssen alle Ärzte in Baden-Württemberg neu diagnostizierte und diagnostisch gesicherte Krebserkrankungen an das Krebsregister Baden-Württemberg melden. Ziel ist es, aussagekräftige Daten über Krebserkrankungen zu erhalten, um einen besseren Überblick über die Epidemiologie zu bekommen und letztendlich Patienten besser behandeln zu können. Allerdings: Ausschließlich über das Internet sollen neue Krebsfälle, Verläufe und Therapieformen gemeldet werden. Und genau das erregt den Zorn der niedergelassenen Ärzte.

Wer Krebsfälle in seiner Praxis an das Krebsregister zu melden hat, muss sich zunächst einmal im Internet registrieren. Er hat die Zugangsdaten zu beantragen und bekommt dann eine Melder-ID per Post, per Mail einen einmaligen Authentifizierungscode und eine klr-Pin. Erst dann kann der Arzt mit der Anmeldung fortfahren. Ein Verfahren, das manche Doctores fast zur Verzweiflung bringt. Zu lang, zu kompliziert, ein Riesenaufwand in der Praxis und der abschließende Datentransfer dauere auch viel zu lang, so die Klagen.



Meldeportal Krebsregister Baden-Württemberg

Ansprechpartner bei solchen Beschwerden sind die verschiedenen Registerteile des Krebsregisters Baden-Württemberg: Die Vertrauensstelle Klinische Landesregisterstelle und das Epidemiologische Krebsregister. Anne Fleischhacker, medizinische Dokumentarin, erklärt das komplizierte Anmeldeverfahren mit dem Datenschutz: Empfindliche Daten der Patienten und einer Arztpraxis müssten geschützt werden

und an Kinderkrankheiten des Systems werde derzeit noch gefeilt: „Es ist so, dass ab und zu Fehlermeldungen auftreten, zum Beispiel, weil die technische Ausstattung der Arztpraxis nicht den Anforderungen entsprochen hat. Dann erhalten wir Anrufe von den Ärzten und geben Hilfestellungen. Wir hatten auch Rückmeldungen, dass es insgesamt zu kompliziert läuft und sind jetzt gerade dabei, die anstehenden Softwareprobleme anzugehen und zu beheben.“

Eine Anfangshürde, die auch Dr. Franz Mosthaf kennt. Er führt mit drei Kolleginnen eine onkologische Praxis in Karlsruhe und meldet wöchentlich Patienten. Wichtig sei es dabei, in einem Synergieeffekt immer nur dann zu melden, wenn man die Patientenakten sowieso zur Hand nehmen muss: „Vom Ablauf haben wir das so geregelt, dass wir die Registrierung im Krebsregister mit dem Schreiben des Arztbriefs an unsere Zuweiser verbinden, den wir einmal im Quartal verschicken müssen. Die Daten werden dann eingegeben von den Medizinischen Fachangestellten, die allerdings alle als onkologische Fachkraft qualifiziert sind und deswegen auch inhaltlich einen guten Zugang zur Thematik haben.“

Die Registrierung sei zwar etwas mühevoll, aber die Folgemeldung sei dann innerhalb von ein bis zwei Minuten abgehakt, sagt die zuständige Medizinische Fachangestellte Simone Schiffer-Braun. Überdies könne man sich jederzeit Rat bei den zuständigen Stellen holen und werde dort freundlich beraten (Telefonnummern s. Kasten).

Bemängelt wird zudem die technische Umsetzung über die Meldung per Abrechnungsdatei. Hier sollten idealerweise die Diagnosen automatisch nach Krebsfällen durchsucht werden. In der Praxis jedoch gibt es Fehler. Das ist ein Problem, bei dem die Ansprechpartner beim Krebsregister nicht immer weiterhelfen können. Dann sollten sich Ärzte an ihre Softwarelieferanten wenden.

Einer der wichtigsten Kritikpunkte an der Meldung sei jedoch die Aufwandsentschädigung. Bei zwei Euro für die Grundmeldung und einem Euro Qualitätsbonus, die aus dem Landeshaushalt des Sozialministeriums für die Meldung bezahlt würden, sei dies alles andere als kostendeckend. „Die Höhe der Honorierung einer Leistung ist immer auch ein Ausdruck dafür, für wie wichtig und wertvoll etwas erachtet wird.“

Grundsätzlich hält Dr. Mosthaf die Meldung an das Krebsregister für wichtig und richtig, um die Behandlung von Tumorpatienten, gerade was die Epidemiologie und die Ergebnisqualität betrifft, transparent darzustellen. „Wir haben in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern relativ wenig Daten über Inzidenzen und Prävalenzen von Tumorerkrankungen. Es wäre sinnvoll, wenn wir wüssten, wie oft welche Tumoren tatsächlich in Deutschland auftreten und auch den Verlauf beobachten könnten. Zweitens ist das Krebsregister sinnvoll, um die Realität der onkologischen Versorgung in Deutschland darzustellen, denn es können heutzutage circa 80 bis 90 Prozent aller Patienten mit Tumoren ambulant behandelt werden. Dies geschieht vorwiegend im niedergelassenen Bereich oder in Krankenhausambulanzen. Wir würden uns freuen, wenn dieser Eindruck auch statistisch verifiziert werden könnte.“



Weitere Infos

Für alle Fragen zur Meldepflicht können folgende Stellen kontaktiert werden:

Bei organisatorischen Problemen:

Vertrauensstelle des Krebsregisters:

Tel.: 0721/825-79000, E-Mail: vs@drv-bw.de

Medizinische Inhalte:

Klinische Landesregisterstelle:

Tel.: 0711/25777-70, E-Mail: info@klr-krbw.de

Epidemiologisches Krebsregister:

Tel.: 06221/424220, E-Mail: ekr-bw@dkfz.de

Auf der Homepage des Krebsregisters ist eine ausführliche Präsentation zu sehen, in der das Verfahren der Anmeldung erklärt wird:

www.krebsregister-bw.de/Anleitungen-zum-Melderportal.899.0.htm

Krebsregister

Meldepflicht für Krebserkrankungen

Seit dem 1. Oktober 2011 ist gemäß dem Landeskrebsregistergesetz jeder Arzt verpflichtet, alle neu diagnostizierten und diagnostisch gesicherten Krebserkrankungen einschließlich ihrer Frühstadien an das Krebsregister Baden-Württemberg zu melden. Diese Meldung kann nur auf elektronischem Weg auf der Homepage des Krebsregisters erfolgen. Die Meldepflicht gilt sowohl für gesetzlich als auch für privatärztlich Versicherte. Weitere Informationen, beispielsweise in Bezug auf die zu meldenden Erkrankungen (ICD-10 Codes), finden sich auf **www.krebsregister-bw.de/Meldepflicht**.

Patienteninformation

Bevor die Meldung an das Krebsregister erfolgen kann, muss der Patient zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch Aushändigung eines Patienteninformationsblattes über die Meldung an das Krebsregister und auch über die Möglichkeit des Patientenwiderspruchs unterrichtet werden. Die Patienteninformation und das Widerspruchsformular können bei **www.krebsregister-bw.de** herunter geladen werden. Die Patienteninformation kann an nicht-ärztliche Mitarbeiter delegiert werden, wenn der meldende Arzt sicherstellen kann, dass die Vorschriften des Landeskrebsregistergesetzes bei dieser Patienteninformation beachtet werden.

Generierung einer eindeutigen Patienten-Identifikationsnummer

Für jeden beim Krebsregister gemeldeten Patienten wird eine eindeutige, pseudonymisierte Identifikationsnummer generiert. So wird sichergestellt, dass auch bei Meldung von mehreren Ärzten zum selben Patienten (beispielsweise aus dem Krankenhaus, vom Pathologen oder vom behandelnden Arzt) die Meldungen eindeutig zugeordnet werden können. Nur so kann die Diagnose und der Therapieverlauf vollständig abgebildet werden. Die Meldung des Pathologen an das Krebsregister entbindet daher den behandelnden Arzt nicht von seiner Meldepflicht.

Aufwandsentschädigung

Jede plausible und vollständige Meldung an das Krebsregister wird mit einer Aufwandsentschädigung entgolten. Die Höhe der Aufwandsentschädigung ist abhängig von der Meldergruppe, Meldungsart und der Meldungsqualität. Für eine Diagnosemeldung beträgt sie 2,- Euro, für eine Therapie-, Verlaufs- oder Abschlussmeldung jeweils 1,- Euro. Die Honorierung erfolgt quartalsweise und wird von der Vertrauensstelle auf Basis der gemeldeten Fälle vorgenommen.

Heilbronner Ärzte machen sich gegen Ärztemangel stark



Verbundweiterbildung findet in der Region statt



Arzt Karriere in Baden-Württemberg

Niedrigere Berge, bessere Perspektiven

Sie haben einige Jahre als Arzt oder Ärztin in der Schweiz gearbeitet. Nun planen Sie den nächsten Karriereschritt.

Wir bieten Ihnen eine Karriere als niedergelassener Arzt in Baden-Württemberg. Sie haben die Wahl: Anstellung in einer Praxis, Teilzeitarbeit, Kooperation oder die Übernahme einer eigenen Arztpraxis. Bei uns gibt es viele Möglichkeiten, als Arzt zu praktizieren. Mit Sicherheit, auch eine, die ganz genau zu Ihnen passt.

Wenn Sie mehr über Ihre Perspektiven als Arzt oder Ärztin in Baden-Württemberg wissen wollen, rufen Sie uns an. Sie erreichen Ihren Berater der KV Baden-Württemberg unter Telefon 0049 761 884-4220

Alles Gute.

Bei uns sind Sie herzlich willkommen!

www.kvbawue.de

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Mit dieser Anzeige hat die KVBW in der Schweizer Ärztezeitung Flagge gezeigt und für die Niederlassung in Baden-Württemberg geworben. Die Niederlassungsbedingungen in Baden-Württemberg haben sich verbessert, also warum nicht auch in der Schweiz darauf hinweisen? Die ersten Interessenten haben sich bereits gemeldet!

In Heilbronn haben die Bezirksärztekammer, die Stadt-Landkreiskliniken (SLK) und über 30 niedergelassene Ärzte die so genannte Verbundweiterbildung gegründet. Mit diesem Konzept möchten sie dem Ärztemangel auf Land entgegenwirken.

Durch den Verbund soll die Weiterbildung zwischen stationärem und ambulantem Bereich im Fachgebiet Allgemeinmedizin enger verzahnt werden. Das neue Curriculum sieht vor, dass der stationäre Teil der Weiterbildung teils in internistischen Schwerpunktabteilungen, in der Chirurgie und auch in Wahlbereichen wie der Kinder- und Jugendmedizin an den SLK-Klinikern absolviert wird. Der ambulante Teil findet in den hausärztlichen Praxen statt und wird von den beteiligten Ärzten betreut. Vorteil dieser Ausbildung ist für die angehenden Allgemeinmediziner, dass alle Teile der Weiterbildung in einer Region stattfinden und die aufwändige Suche nach einer Stelle wegfällt. Dadurch, dass der gesamte Teil der Ausbildung in der gleichen Region stattfindet, erhoffen sich die Beteiligten, dass sich die Allgemeinmediziner nach der Ausbildung dann auch vor Ort niederlassen.

In Nordwürttemberg sind, nach Angaben der Kreisärzteschaft Heilbronn, 1200 Hausärzte niedergelassen, die über 55 Jahre alt sind. Derzeit legen aber nur 50 Ärzte jährlich die Facharztprüfung ab. Man rechnet damit, dass in den nächsten zehn Jahren rund 20 bis 30 Prozent weniger Hausärzte die Patienten betreuen werden.

Dr. Stephan Roder, Vizepräsident der Bezirksärztekammer, befürchtet: „Es ist nicht etwa fünf vor zwölf, sondern die Uhr hat schon geschlagen. Künftig wird die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum nicht mehr gewährleistet werden können. Ausgeschriebene Vertragssitze im hausärztlichen Bereich sind derzeit seitens der Zulassungsstellen nicht mehr an Ärzte zu vermitteln. Der Markt ist leergefegt.“

Dies bestätigt auch der Stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Baden-Württemberg, Dr. Johannes Fechner: „Es ist wichtig, dass hier etwas geschieht. Wir sehen große Probleme in der Nachbesetzung vieler Hausarztpraxen, die für die Versorgung der Bevölkerung unerlässlich sind.“

Mit zahlreichen Aktionen will die KV Baden-Württemberg dem Ärztemangel insbesondere auf dem Land entgegenwirken. Dazu gehören die neu geschaffenen RegioPraxen (siehe Seite 12), der Vertreterpool für Ärzte, die Kampagne „KVBW for students“, bei der Mediziner schon an der Uni geworben werden sollen oder die Neukonzeption der Notfalldienste (siehe Seiten 8/9 dieser ergo-Ausgabe)

eHealth-Forum in Freiburg demonstriert Informationstechnik im Gesundheitswesen

Body Area Network erleichtert Versorgung chronisch Kranker

Kostensenkung, Qualitätssicherung, Arbeitserleichterung - Informationstechnik wird heute in vielen Bereichen im Gesundheitswesen eingesetzt. Die Möglichkeiten sind vielfältig und ständig kommen neue hinzu. Schwierig, den Überblick über die Neuerungen von Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen und der Medizintechnik zu behalten. Das eHealth-Forum Freiburg bietet Ärzten eine Plattform, um sich über die neuesten Entwicklungen zu informieren. Im vergangenen Jahr war es eine Premiere, der zahlreiche Zuspruch sorgt für eine Neuauflage: Am Samstag, den 5. Mai 2012, gibt es im Haus der Ärzte in Freiburg zahlreiche Referate und Vorträge zum Thema.

Ein Vortrag über Tumorkonferenz und Mobile Visite zeigt zum Beispiel die Möglichkeiten einer Online-Videokonferenz. Bei einer Tumorkonferenz können sich die Beteiligten dort nicht nur verbal austauschen, sondern die Ärzte können auch mit dem System Einladungen an die Kollegen verschicken oder vorab Befunde oder Röntgenbilder vergleichen.

eHealth im Versorgungsmanagement wird anhand von Praxisbeispielen vorgestellt, wie etwa Body Area Network (BAN). Dies ist eine drahtlose Übertragungstechnologie,

die der Patient am Körper trägt. Mit dieser können die medizinischen Sensoren Daten über das Internet zum medizinischen Fachpersonal übertragen. Erleichtert wird dadurch vor allem die Versorgung von chronisch Kranken.

Postoperative Qualitätskontrollen nach Kataraktoperationen können durch eine Vernetzung von Ärzten über ein internetbasiertes Qualitätssicherungsverfahren erreicht werden.

Über die Impulsvorträge hinaus gibt es beim eHealth-Forum Freiburg die Möglichkeit zur Diskussion, Information und Meinungsaustausch. Der Besuch der Veranstaltung ist kostenlos und wird vom Medienforum Freiburg angeboten sowie von der KV Baden-Württemberg und der Bezirksärztekammer unterstützt.

**eHealth-Forum Freiburg
5. Mai 2012, 9.30 Uhr bis 15.30 Uhr
Ärztehaus Freiburg, Sundgaullee 27**

Das genaue Programm liegt als Anlage dieser **ergo**-Ausgabe bei. Weitere Informationen und Anmeldung im Internet unter **www.ehealth-forum-freiburg.de** oder per Fax an 0761 / 21808602



Praxisservice CD für Mitglieder der KVBW - Ankündigung

Alle niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Baden-Württemberg erhalten halbjährlich mit dem Rundschreiben die neueste Ausgabe der Praxisservice CD mit allen wichtigen Informationen, Richtlinien und Verträgen rund um das Unternehmen Praxis.

Die nächste Ausgabe der Praxisservice CD mit einem aktuellen Mitgliederadressverzeichnis für Vertragsärzte und -psychotherapeuten der KVBW wird Mitte des Jahres 2012 versendet. Die CD wird vom Praxisservice des Geschäftsbereichs Service und Beratung der KVBW herausgeben, 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@kvbwue.de





Internet-Praxis behandelt Patienten am heimischen Computer

Heftige Kritik an Ferndiagnosen von Ärzten in Großbritannien

Schon lange kann im Internet von Automobilersatzteilen bis zu Zuckerzangen alles bestellt werden – und seit November vergangenen Jahres auch ärztliche Zuwendung. Mit einer neuen Geschäftsidee versucht sich eine Internetpraxis im Markt der Gesundheit zu profilieren und europaweit Patienten online zu behandeln. Und das ist durchaus ernst gemeint: Ein Fragebogen ist auszufüllen, dann wird eine Diagnose erstellt und gleich das passende Rezept geliefert. Dies alles, ohne den Patienten gesprochen, geschweige denn gesehen zu haben. Das Angebot aus Großbritannien tangiert, darin sind sich Mediziner und Medien einig, die Grundregeln medizinischer Ethik.

Das Spektrum der behandelten Krankheiten von DrEd ist überschaubar: Männergesundheit, Frauengesundheit, Bluthochdruck, Asthma, Reisemedizin – das sind im Wesentlichen die Krankheiten, die vom virtuellen Doc behandelt werden. Wer Interesse daran hat, kann einfach die Seite www.DrEd.com aufrufen, die entsprechende Sprechstunde anklicken und beantwortet dann einen umfangreichen Fragebogen.

Frauen, die sich beispielsweise die Pille verschreiben lassen möchten, müssen Angaben zu Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, Übergewicht, Thromboseneigung und ähnlichem machen. Bei Asthma, hohem Blutdruck oder erhöhtem Cholesterinspiegel funktioniert es ebenso. Diese Behandlung ist laut DrEd aber nur geeignet für Patienten, die bereits seit einiger Zeit – zum Beispiel drei Monate – ein Medikament einnehmen und lediglich ein Folgerezept benötigen. Der Patient kann auch ein Foto seiner Hauterkrankung schicken oder Urin zur Untersuchung im Labor. Entscheidet sich der Patient für eine Be-

handlung, beantwortet er weitere Fragen und bezahlt die Behandlung - privatärztlich. Die Kosten betragen zwischen neun und 29 Euro. Die Erstattung, so kann man auf der Homepage lesen, ist grundsätzlich möglich, man solle sich an die zuständige Kasse wenden. Der Mediziner schickt das Rezept an eine Versandapotheke oder direkt an den Patienten. Seinen Arzt sieht der Patient nicht.

Dass DrEd im Internet praktizieren kann, macht eine EU-Richtlinie möglich, die erlaubt, dass Großbritannien Sitz, Zulassung und Aufsicht der Arztpraxis übernimmt, auch wenn diese ihre Leistungen EU-weit anbieten kann. Hinter dem virtuellen Arzt stehen vier Ansprechpartner, zwei davon sind deutsche Ärzte, einer davon Allgemeinmediziner, einer Gynäkologe. Beide sind in England registriert und durch die englische Ärztekammer zugelassen. Ein wissenschaftlicher Beirat besteht aus Professoren der Unikliniken Essen, Hamburg und Köln.

Medizinische Betreuung per Internet - ein Angebot, was in den Augen einiger Patienten durchaus attraktiv sein kann, so etwa bei Menschen, die nicht das Haus verlassen können oder sich aus Scham nicht in eine Arztpraxis wagen (Impotenz, Kahlköpfigkeit).

Doch DrEd erregt seit seiner Einführung im letzten November sehr viel Kritik, auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorsitzender: „Wir raten dringend davon ab, derartige Angebote wahrzunehmen. Gesundheitsberatung ist Vertrauenssache. Bei der Inanspruchnahme von Internetpraxen beispielsweise weiß der Patient nicht, wer die Leistung überhaupt erbringt. Darüber hinaus ist es äußerst fragwürdig, Ferndiagnosen aufgrund von Fra-

gebögen vorzunehmen, ohne ein einziges Mal den Patienten zu sehen. Klar ist auch, dass die Gesetzliche Krankenversicherung in diesen Fällen keinerlei Kosten übernimmt, weder für die Behandlung noch bei den Medikamenten.“ Fechner ergänzt, dass derartige Praxen im Ausland auch keinerlei Qualitäts- und Fortbildungsbestimmungen unterliegen, wie sie heute für Praxen in Deutschland gelten – von allen Fragen der Haftung und Dokumentation einmal abgesehen.

Viel Kritik ist in der Folge deshalb auch in der Presse zu lesen. Haupteinwand – das schreibt die Bild-Zeitung im November 2011 - ist, dass reine Online-Kommunikation zwischen Arzt und Patient, also eine Ferndiagnose, in Deutschland verboten ist. Das Blatt zitiert auch die Bundesärztekammer: „Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient – die Grundlage jeder Behandlung – kann nur aufgrund eines persönlichen Kontakts geschaffen werden (...) Telemedizinische Verfahren können ärztliches Handeln unterstützen, sie sind aber kein Instrument, um ärztliche Kompetenz zu ersetzen.“

DrEd bezeichnet sich selbst als telemedizinisches Angebot. Da sei es aber, so berichtet die „Welt“ vom 2. Dezember letzten Jahres gerade nicht und zitiert die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin, nach der der Deutsche Ärztetag Leitlinien verabschiedet habe. Danach solle diese Technik ärztliches Handeln unterstützen, aber nicht ersetzen.

Das Verbraucherportal www.gesund-magazin.de befürchtet gar Lifestyle-Medizin, die sich nur Patienten mit hohem Verdienst leisten könnten und zitiert den NAV-Virchowbund, der eine Online-Befragung als Vermutung bezeichnet, nicht als Diagnose. Corinna Schäfer vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin hält die Verordnung von Medikamenten aufgrund einer Online-Diagnose gar für gefährlich. Ein Patient transportiere allein durch sein Aussehen und durch die Untersuchung viele Informationen für den Arzt, die absolut unerlässlich seien. Befürchtet wird in den Publikationen letztlich auch, dass der Datenschutz nicht gewährleistet ist und sich vertrauliche Patientendaten auf einem Rechner in England befinden. Ungelöst ist möglicherweise zudem das Problem der Patienten bei Behandlungsfehlern. Das Portal DrEd selbst weist darauf hin, dass Patienten in jeder Patientenakte auch Beschwerden über Behandlungsfehler übermitteln können, die innerhalb von fünf Tagen gelöst werden sollen. Sollte der Patient mit dem Ergebnis nicht zufrieden sein, könne er sich bei der britischen Regulierungsbehörde Care Quality Commission beschweren – falls er Englisch spricht.



Homepage der englischen Internet-Arztpraxis

Der Spiegel schließlich titelt „Ferndiagnose von der Insel“ in seinem Artikel vom 28. November letzten Jahres. Dort wird die Befürchtung vieler Ärzte formuliert, dass manche Diagnosen schlicht „fahrlässig“ sein könnten, da manchmal nur das Symptom behandelt werde statt der ursächlichen Erkrankung – beispielsweise bei Erektionsstörungen, die durch Diabetes verursacht sein können.

Für Patienten kann die Online-Arztpraxis sicherlich eine schnelle Hilfe sein, wenn sie beispielsweise ein Folgeercept bei einer von ihrem Hausarzt bereits diagnostizierten Erkrankung benötigen und nicht die Möglichkeit haben, zu einer Arztpraxis zu kommen. Oder weil sie sich einfach schämen, zum Arzt zu gehen. Doch über die Vor- und Nachteile muss sich jeder selbst im Klaren sein. Und den Hausarzt des Vertrauens wird DrEd nie ersetzen können, zumal der sich sowieso meist in nächster Nähe befindet und im Notfall Hausbesuche macht.

Dr. Johannes Fechner, der viele Jahre lang als Hausarzt praktiziert hat, ist sich jedenfalls sicher, dass die eigene Gesundheit nur jemandem anvertraut werden sollte, zu dem ein Vertrauensverhältnis besteht. „Deutschland hat heute das beste Gesundheitssystem der Welt, weil es unter anderem ein flächendeckendes ambulantes Netz an hochqualifizierten Ärzten gebildet hat, welches weltweit einzigartig ist. Patienten sollten dieses Netz für die Behandlung und Diagnose von Krankheiten sowie zur Beratung in Sachen Gesundheit nutzen.“

BERATUNG

KOMPETENZ

QUALITÄT

SERVICE

Das QEP-System der KV bietet viele wertvolle Hilfen

Im ergo-Gespräch begründet Dr. Michael Barczok seinen Wechsel

Seit 1. Januar 2006 ist die Einführung und Umsetzung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auch im ambulanten Bereich gesetzlich vorgeschrieben. Die Grundlage und Festlegung, was dies bedeutet, stellt die QM-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses klar. Darin gefordert sind bestimmte QM-Elemente und Instrumente, nicht aber ein bestimmtes QM-System oder gar eine Zertifizierung. Dr. Barczok ist Pneumologe in einer BAG in Ulm und unter anderem Vorsitzender der QM-Kommission in Baden-Württemberg. Diese Kommission ist auf Grundlage der QM-Richtlinie verpflichtet, einmal jährlich per Stichprobe die Umsetzung der QM-Verpflichtung zu prüfen. Der 21. Beitrag der QM-Serie befasst sich - in Interviewform - mit der QM-Entwicklung seiner Praxis.



Ute Wutzler, Gruppenleiterin Service & Beratung, im Gespräch mit Dr. Michael Barczok

ergo: Dr. Barczok, Sie gehören zu den Pionieren des QM in Deutschland. Lange vor der gesetzlichen Verpflichtung für Praxen haben Sie mit Qualitätsmanagement in Ihrer Praxis begonnen. Was waren damals Ihre Beweggründe?

Dr. Barczok: Im Wesentlichen war es schlicht und ergreifend Faulheit. Mir war wichtig, dass die wichtigsten Abläufe in der Praxis auch in meiner Abwesenheit und ohne, dass ich mich dauernd darum kümmern muss, glatt laufen und zu reproduzierbaren Ergebnissen führen. Qualitätsmanagement schien mir der sicherste Weg dafür.

ergo: Das erste Zertifikat für Ihr QM-System haben Sie 1996 erhalten. Eine Zertifizierung bedeutet zusätzlich zur QM-Einführung und Umsetzung einen weiteren Aufwand und Kosten und ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Warum sind Sie trotzdem diesen Weg gegangen?

Dr. Barczok: Erstens will man ein Zertifikat, wenn man sich gemeinsam mit dem Team die Mühe gemacht hat, ein QM-System einzuführen und einen Knopf daran machen möchte. Zweitens bin ich der Meinung, dass nur regelmäßige, und zwar möglichst jährliche Updates das System wirklich am Laufen halten. Der Mensch ist nun mal so gestrickt, dass er nur dann etwas tut, wenn er es tun muss, weil beispielsweise das nächste Audit vor der Tür steht. Je länger die Zwischenräume zwischen den entsprechenden Updates sind, desto schwerer kommt man in die Gänge.

ergo: In den Anfängen des QM im Gesundheitswesen haben sich die ersten im niedergelassenen Bereich zertifizierten Praxen für die DIN EN ISO 9001 entschieden – auch Ihre. Dies lag natürlich in den damaligen begrenzten Auswahlmöglichkeiten. Heute steht eine ganze Reihe von zertifizierungsfähigen QM-Systemen zur Auswahl. 2011 haben Sie nun das Qualitätsmanagementsystem „QEP“ aus dem KV-System in Ihrer Praxis eingesetzt und auch die Zertifizierung nach QEP im selben Jahr bereits erfolgreich abgeschlossen. Was gab den Ausschlag?

Dr. Barczok: Viele Facharztpraxen haben in der Tat eine Zertifizierung nach ISO 9000 erworben und auch die Erfahrung gemacht, dass diese Zertifizierung gegenüber Patienten und Kostenträgern eine klare, bekannte Größe darstellt, mit der jeder etwas anfangen kann.

Mittlerweile haben sich die Zeiten geändert. QEP bietet gerade für ein teamgestütztes Qualitätsmanagement viele wertvolle Hilfen und ist für Arztpraxen weiterentwickelt. Es wird auch mit großem intellektuellem Aufwand seitens der KBV gepflegt. Das hat mich veranlasst, jetzt auf QEP umzusteigen, wobei ich so lange noch die ISO-Zertifizierung parallel mitführen möchte, solange das mit einem einigermaßen vernünftigen Mehraufwand möglich ist.

ergo: Was ist das Besondere an QEP? Wie beurteilen Sie die Praxistauglichkeit? Und welche Unterstützungsangebote standen Ihnen zur Verfügung?

Dr. Barczok: Wie gesagt, QEP ist ja aus einem Extrakt aller wichtigen QM-Systeme am Markt entstanden und hat sich seither in stetiger Auseinandersetzung mit ambulanten ärztlichen Strukturen weiterentwickelt. Beispielsweise gibt es den Mitarbeiterinnen einer Praxis ganz konkrete Checklisten in die Hand, mit denen sie den Stand des Qualitätsmanagements in ihrer Praxis wunderbar erfassen und notwendige Maßnahmen einleiten können. Damit ist es gerade für QM-Neueinsteiger ein tolles Angebot, das stetig ausgebaut und auch von KBV und KVen hervorragend unterstützt wird.

ergo: Inzwischen haben wir nun gehört, dass Sie sogar Ihr ISO-Zertifikat verlängert haben, das heißt, Sie fahren inzwischen sogar zweigleisig. Das überrascht uns etwas.

Dr. Barczok: Wir versuchen die Vorteile beider Systeme zu vereinen, das heißt die etwas stringendere Arbeitsweise der ISO mit jährlichen Überwachungsaudits einerseits mit der sehr konkreten praxisnahen Abarbeitung von Qualitätsmanagement, wie sie in QEP übersichtlich und gut ge-



Dr. Michael Barczok

lenkt möglich ist. Solange das mit einem vernünftigen Aufwand parallel geht, werden wir das beibehalten.

ergo: Was würden Sie Kollegen zum Thema QM mit auf den Weg geben?

Dr. Barczok: Je mehr Sie sich über Bürokratie, Dokumentationspflichten und Reiberein in den Abläufen ihrer Praxis ärgern, umso klarer sollten Sie sich für die rasche Einführung von Elementen des Qualitätsmanagements entscheiden. Wenn es Ihnen gelingt, wenigstens einen Teil der Probleme an ein gut strukturiertes Team mit klaren Abläufen und Verfahrensvorgaben zu delegieren, desto besser wird es Ihnen bald gehen. Was die konkrete Umsetzung angeht, hat mir im Übrigen die QM-Beratung unserer KV mit umfangreichen Beispielen, Checklisten und Vorlagen sowie einer stets freundlichen und hilfsbereiten Hotline immens geholfen.

ergo: Die KVBW gratuliert Ihnen zu diesem Doppelerfolg. Und die QM-Beratung bedankt sich für das entgegengebrachte Vertrauen.

Ganz egal, bei welchem Schritt die Mitglieder der KVBW Unterstützung brauchen – beim Start mit QM, bei der Umsetzung der Anforderungen der QM-Richtlinie, bei einzelnen QM-Instrumenten (zum Beispiel eine Patientenbefragung, Erstellung des QM-Handbuches) oder schon auf dem Weg zur Zertifizierung – das Team der QM-Beratung steht mit vielen Vorlagen, Mustern und Servicepaketen in persönlichen Gesprächen und über die Hotline mit Rat und Tat zur Seite.

ergo

Sie erreichen die QM-Beratung über den Praxisservice

Telefon: 0711/7875-3300 oder
praxisservice@kvbawue.de




MAK-Erfolge 2011: Hohe Teilnehmerzahlen und tolle Kundenresonanzen

Zufrieden blickt die MAK auf ihr Geschäftsjahr 2011 zurück: Mit insgesamt 6.471 Kursbesuchern konnte die renommierte Fortbildungseinrichtung der KVBW wieder einmal Rekordbesucherzahlen verzeichnen. Von den angebotenen 284 Fortbildungsveranstaltungen waren die meisten restlos ausgebucht und um die große Nachfrage zu decken, mussten 19 zusätzliche Kurse eingeschoben werden.

Zu über 70 Fortbildungsthemen aus den Bereichen Praxisorganisation und -führung, Betriebswirtschaft, EDV, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung / -förderung konnten sich niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und deren Praxismitarbeiter im vergangenen Jahr schulen lassen. Für dieses Schulungsangebot haben sie der MAK Bestnoten verliehen. Auf einer Bewertungsskala von 1 bis maximal 5 Punkte vergaben sie im Schnitt 4,72 Punkte für die Kursorganisation; die Teilnehmerzufriedenheit liegt durchschnittlich bei 4,65 Punkten. 98 Prozent aller Kunden würden die MAK weiterempfehlen, 99 Prozent würden ein weiteres Seminar besuchen. Mit diesen Traumergebnissen gelang es sogar, die guten Resultate des Vorjahres noch zu übertreffen. Auch die Bewer-

tungen der Trainer fielen mit durchschnittlich 4,73 Punkten wieder herausragend gut aus. Die positiven Kundenresonanzen verdeutlichen das hohe Qualifikationsniveau der eingesetzten Referenten und deren Wertschätzung durch die Teilnehmer.

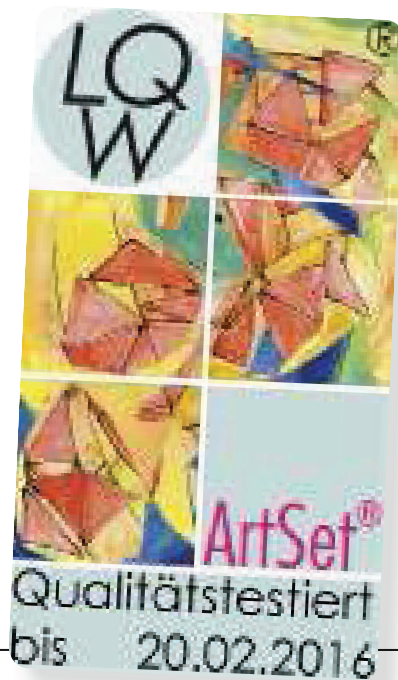
Regelmäßige Meinungsumfragen zeigen, dass die MAK bei den Praxen einen hohen Bekanntheitsgrad genießt. Gut 81 Prozent der Befragten kennen die Fortbildungseinrichtung der KVBW, nahezu jede zweite Praxis in Baden-Württemberg hat dort schon einmal ein Seminar besucht. Von 99 Prozent der Befragten wurde das Seminarprogramm als „interessant“ eingestuft; ebenso viele beurteilen es als „praxisrelevant“. Ein wirklich tolles Ergebnis, für das die MAK ganz herzlich „Danke“ sagt.

Für Fragen steht das Team der MAK unter der Rufnummer 0711 / 7875-3535 gern zur Verfügung. Aktuelle Informationen zu den Seminarangeboten der MAK finden Sie zudem auf der Website der KV Baden-Württemberg unter www.mak-bw.de.

MAK- Gutschein im Wert von 40 Euro gewinnen

Ihr hohes Fortbildungsniveau will die MAK auch in Zukunft halten. Damit sie ihr Programm weiterhin bedarfsgerecht an den Belangen der Praxen ausrichten kann, ist jetzt Ihre Meinung gefragt. Beteiligen Sie sich an unserer Umfrage (S. 51 dieser **ergo**-Ausgabe) und sagen Sie uns, was Ihnen bei der Seminarplanung wichtig ist und mit welchen Themen Sie die MAK im Praxisalltag unterstützen kann. Denn Ihre erfolgreiche Fortbildung ist unser Ziel.

Den ausgefüllten Bogen faxen Sie bitte **bis zum 30. April 2012** an die Nummer **0711/7875-48-3888** zurück. Unter den eingehenden Antworten verlosen wir drei Gutscheine der MAK im Wert von 40 Euro. Mitmachen lohnt sich!



Erfolgreiche Rezertifizierung

Gutachter bescheinigen der MAK herausragende Arbeit

Die Note „eins mit zwei Sternchen“ verlieh der Gutachter Heiko Bennewitz der Management Akademie der KV Baden-Württemberg (MAK) im Rahmen seiner Visitation am 9. Februar 2012 in Stuttgart. „Das war der beste Selbstreport, den ich in meiner bisherigen Gutachtertätigkeit lesen durfte“, so der erfahrene Visitor, der schon seit 2008 für die ArtSet® Testierungsstelle jährlich zahlreiche Fortbildungseinrichtungen auf Herz und Nieren prüft.

Den Selbstreport der MAK, der fester Bestandteil des Zertifizierungsverfahrens ist, hatte Heiko Bennewitz gemeinsam mit dem Zweitgutachter Ulrich Schumann beurteilt – mit einem durchaus bemerkenswerten Ergebnis: „Zum ersten Mal in meiner Gutachterlaufbahn habe ich keinerlei Auflagen erteilt“, so Heiko Bennewitz, „- und das soll schon etwas heißen.“ Dementsprechend positiv fällt die Rückmeldung an die MAK aus: „Wir erkennen durchgängig ein hohes Niveau der Qualitätsarbeit...“, so Heiko Bennewitz und Ulrich Schumann in ihrer schriftlichen Beurteilung. Und weiter heißt es in deren Gutachten: „Die selbstkritische und offene Auseinandersetzung mit den eigenen Strukturen, Prozessen und Qualitätsmaßnahmen birgt nach unserer Auffassung ein hohes Entwicklungspotenzial, das von der Management Akademie in jedem Qualitätsbereich ... in vorbildlicher Weise genutzt wird.“

Den guten Eindruck aus dem Selbstreport konnte die MAK bei der Visitation vor Ort bestätigen und unterstreichen.

„Ich bin wirklich beeindruckt von der Qualitätsarbeit, die hier geleistet wird“, so der Unternehmens- und Organisationsberater Heiko Bennewitz. „Die MAK lebt ihr Qualitätsmanagement-System – das ist absolut spürbar!“

Bereits seit Anfang 2008 trägt die Fortbildungseinrichtung der KVBW das Signet „LQW - Lernerorientierte Qualitätstestierung in der Weiterbildung“. Was hier zunächst ein wenig fremd klingt, ist eine begehrte Auszeichnung für Bildungseinrichtungen – weit über die Grenzen Deutschlands hinaus. LQW wurde speziell für die Weiterbildung entwickelt und rückt den Lernenden in den Mittelpunkt der Qualitätsarbeit. Das Zertifikat LQW wird von der ArtSet® Qualitätstestierungs GmbH in Hannover vergeben, die hohe Ansprüche an die testierten Einrichtungen stellt. Insgesamt 57 Anforderungen, aufgeteilt in elf Qualitätsbereiche, müssen erfüllt und in einem schriftlichen Selbstreport nachgewiesen werden.

Die Begutachtung reicht von der Bedarfsplanung, der Kursorganisation und -evaluation über die Referentenqualifikation bis hin zur Kundenkommunikation. Nur wenn all diese und viele weitere Faktoren positiv bewertet werden und auch die Visitation vor Ort erfolgreich verläuft, wird das Qualitätstestat vergeben. Die MAK hat es nun bereits zum zweiten Mal geschafft, die Gutachter von ihrer qualitätsorientierten Arbeit zu überzeugen. Ihr LQW-Zertifikat verlängert sich damit um weitere vier Jahre bis zum 20. Februar 2016.

Tag der Medizinischen Fachangestellten während der Medizin 2012

Informationen und praktische Übungen zum Umgang mit Rückenleiden

Im Rahmen der Fachmesse Medizin veranstaltete der Verband medizinischer Fachberufe e.V. (VmF) in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) am 28. Januar 2012 den alljährlichen „Tag der Medizinischen Fachangestellten (MFA)“. Rund 120 MFA folgten der Einladung und besuchten die Vorträge im Internationalen Kongresszentrum der Stuttgarter Messe. Stefanie Teifel, 1. Vorsitzende des Landesverbandes Süd des VmF, und Ingrid Gerlach, 2. Vorsitzende des VmF-Bundesverbands, eröffneten die Veranstaltung. Dr. med. Klaus Baier, Präsident der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, sprach über das Berufsbild der MFA und die Weiterbildungsmöglichkeiten.

Unter dem Motto „Rücken fit – bei der Arbeit ein Hit“ wurde der Seminartag aus medizinischer Sicht begonnen. Dr. med. Farzam Vazifehdan, Chefarzt des Wirbelsäulenzentrums am Diakonieklinikum Stuttgart, erläuterte Anatomie, Physiologie und Pathologie der Wirbelsäule - nicht nur unter dem Blickwinkel der Medizinischen Fachangestellten in Bezug auf den täglichen Umgang mit Patienten, sondern in besonderer Weise auch für den Umgang mit eigenen Rückenproblemen. Sein Rezept: Bewegung - am besten in der frischen Luft und nicht im stickigen Fitnessstudio.

Nach einem Besuch der Fachaussstellung wurden am Nachmittag alle Teilnehmerinnen mit in den aktiven Teil des Tages einbezogen. Constantinos Leridis, Physiotherapeut aus Sindelfingen, hatte viele Übungen für einen fitten Rücken im Programm, und motivierte die Medizinischen Fachangestellten zur aktiven Teilnahme. Er demonstrierte eine Vielzahl von Übungen, die ohne Aufwand auch am täglichen Arbeitsplatz durchgeführt werden können.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin, Bernhard Vollmer, ist bei der KVBW im Geschäftsbereich Qualitätssicherung und Ordnungsmanagement für alle Fragen rund um das Thema wirtschaftliche Verordnungen und rationale Pharmakotherapie verantwortlich. Er gestaltete den dritten Part des Tages: Quer durch den Formularschlingen – Heil- und Hilfsmittel „für den Rücken“. Anhand von Verordnungsvordrucken erläuterte er, auf was beim Ausfüllen geachtet werden muss und wie die MFA ihren Chef beim Ordnungsmanagement unterstützen kann.

Auch dieses Jahr war es ein Tag ganz im Sinne der Medizinischen Fachangestellten, die viele nützliche Tipps rund um das Wohlergehen des Rückens - sowohl dem der Patienten als auch dem eigenen - mit nach Hause nehmen konnten. Der MFA-Tag in Zusammenarbeit mit der KVBW hat mittlerweile Tradition - ein weiterer kooperativer Erfahrungsaustausch ist bereits in Planung:

Der 9. Baden-Württembergische Tag für Medizinische Fachangestellte findet am Samstag, 7. Juli 2011, von 10 Uhr bis 17 Uhr in der KVBW in Stuttgart statt. Themen werden unter anderem sein: Qualitätszirkel für MFAs, Aufbereitung von Medizinprodukten in der Praxis und Erfolgreiches Praxismanagement.

Weitere Informationen sowie ein Anmeldeformular liegen dieser ergo-Ausgabe im Rundschreiben für die Medizinische Fachangestellte bei.

ergo

Mehr dazu im Internet:

www.mak-bw.de
www.vmf.de

Online-Dienste der KVBW auf dem neuen Mitgliederportal

Sichere Übermittlung von Quartalsabrechnungen oder Qualitätssicherungsdaten

Weniger Papierkram, mehr Service, mehr Zeit: Das neue Mitgliederportal der KVBW bietet Online-Dienste, die die Arbeit in der Praxis erheblich erleichtern. Jeder zweite niedergelassene Arzt und Psychotherapeut in Baden-Württemberg nutzt bereits das KVBW-Mitgliederportal, um seine Dokumentationsdaten per Knopfdruck zu versenden oder bequem online abzurechnen. Tendenz steigend.

Ab 7. Mai 2012 präsentiert sich das geschützte Online-Portal mit aktuellem Layout und erweitertem Funktionsumfang. So baut die KVBW die schnelle und zielgerichtete Kommunikation mit ihren Mitgliedern aus, ohne die Papierflut in den Praxen anwachsen zu lassen. Neu sind beispielsweise Übersichtsseiten mit praxisnahen Informationen, die individuell auf Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten zugeschnitten werden können. Gleichzeitig setzt die neue Portallösung auf eine stärkere Authentisierung und macht so den Austausch von hochsensiblen Patienten- oder Honorardaten noch sicherer.

Die Quartalsabrechnung oder Qualitätssicherungsdaten lassen sich über das Mitgliederportal mit wenigen Mausklicks an die KV übertragen. An der Erstellung der Dateien im Praxiscomputer ändert sich dabei nichts. Doch statt die Daten auf eine altertümliche Diskette zu kopieren und diese dann per Post oder gar persönlich auf den Weg zu bringen, lassen sich die Daten sicher online übermitteln. Das geht so einfach und schnell wie eine Überweisung per Online-Banking. Die Praxis erhält umgehend Rückmeldung, ob die Dateien vollständig angekommen sind. Das bequeme Online-Verfahren gibt es mit dem Start des neuen KVBW-Portals nicht nur für die Abrechnung und die Dokumentation der Hautkrebsvorsorge (eHKS), sondern auch für Koloskopie und Dialyse. Auch die Übermittlung von DMP-Dokumentationen ist geplant – die Verhandlungen mit den Kassen laufen.

Schon vor dem offiziellen Versand per Post lassen sich Honorar- und RLV-Bescheide im Mitgliederportal online abrufen. Für Postfachnutzer ist es künftig sogar möglich, sich per E-Mail benachrichtigen zu lassen, sobald die aktuellen Honorarunterlagen im Portal verfügbar sind. Außerdem

bietet das Dokumentenarchiv Zugriff auf vergangene Bescheide und ermöglicht so Entwicklungen im Blick zu behalten. Dank der betriebswirtschaftlichen Praxiskennzahlen, die ebenfalls im Portal zu finden sind, lassen sich die praxisindividuellen Kennzahlen sogar in Relation zu vergleichbaren Kollegengruppen (Benchmark) setzen. So können Abweichungen frühzeitig erkannt und gegebenenfalls gegensteuernde Maßnahmen eingeleitet werden, damit die Praxis langfristig wirtschaftlich erfolgreich arbeiten kann.

Sichere Anbindung

Damit Ärzte und Psychotherapeuten all diese Dienste sicher nutzen können, bietet die KVBW zwei verschiedene Portal-Zugangswege an: Einer davon ist KV-SafeNet* - das Rundum-sorglos-Paket für die sichere Online-Verbindung -, der zweite ist die Identitätsprüfung über das Grid-Card-Verfahren KV-Ident. Aufgrund des erhöhten Sicherheitsstandards ist zusätzlich zum bekannten Benutzernamen und Kennwort künftig eine dieser beiden Varianten notwendig, um sich am Portal anzumelden. Eine Entscheidungshilfe bietet die Tabelle, die die beiden Zugangsvarianten gegenüberstellt.

Bestehende Portalnutzer erhalten die Informations- und Antragsunterlagen für KV-Ident und das neue KVBW-Postfach Mitte März automatisch per Post. Benutzername und Kennwort des alten Portals gelten auch im neuen Portal weiter. Neuinteressenten finden die Formulare ab 7. Mai online, indem sie den Link zum Mitgliederportal auf unserer Homepage www.kvbawue.de anklicken.

Die KVBW unterstützt Sie auf dem Weg in die Online-Welt.

Mitgliederportalbetreuung

Telefon → 0711 / 7875-3777

mitgliederportal@kvbawue.de

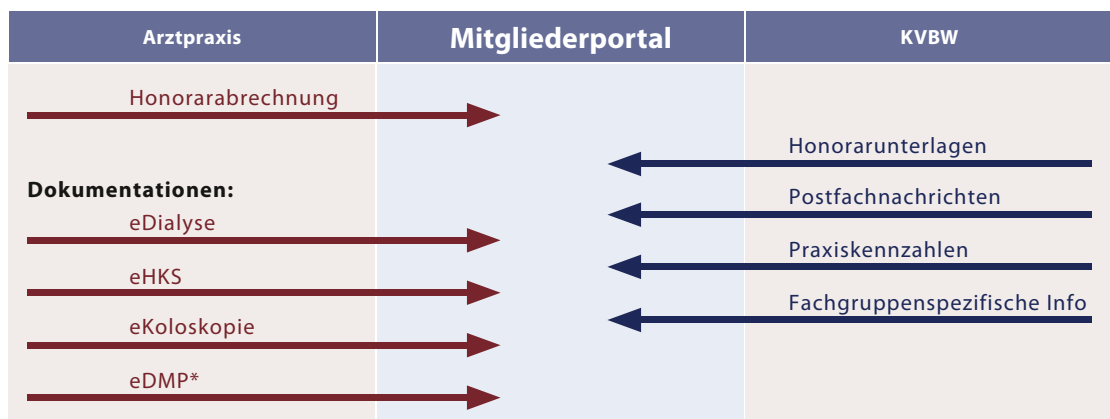
Weitere Informationen im Internet:

www.kvbawue.de/praxisalltag/mitgliederportal/

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

Zwei alternative Zugangswege zum KVBW-Mitgliederportal

	KV-SafeNet*	KV-Ident
Funktionsweise	Anbindung an das sichere Netz der KVen über ein virtuelles privates Netzwerk (VPN)	Anbindung über Internet, zusätzliche Authentisierung mit KV-Ident-Karte (Grid Card)
Technische Voraussetzungen	DSL- oder ISDN-Anbindung mit zertifiziertem Router („Black Box“)	Internetzugang
Hauptvorteile	- Optimum an Datensicherheit - Alle Praxisrechner sind sicher angebunden	- Ortsunabhängig einsetzbar - Kostengünstig
Kosten	Für Anbindung und Router (Anschluss und laufende Kosten)	Einmalig 40 Euro für vier Jahre für die KV-Ident-Karte
Was ist zu beachten?	Der KV-SafeNet*-Provider steht für die Datensicherheit der Praxis gerade.	Praxis ist für den Schutz des Rechners vor Fremdzugriffen selbst verantwortlich.
Was muss ich tun?	Auftrag an KV-SafeNet*-Provider erteilen, siehe: www.kbv.de/23800.html#Provider	KV-Ident-Antrag ausfüllen, unterschreiben, abschicken



BU Portalgrafik

*Anwendung geplant in Verhandlung mit den Krankenkassen

KVBW postfach

Ab 7. Mai bietet die KVBW allen Mitgliedern die Möglichkeit, Nachrichten schnell und übersichtlich über das individuelle Postfach im KVBW-Mitgliederportal zu empfangen.

Ihre Vorteile auf einen Blick

- Komfort: Mitteilungen Ihrer KVBW bequem, zentral und papierlos empfangen
- Datenschutz und -sicherheit
 - Anbindung über KV-SafeNet oder KV-Ident: Online-Übermittlung der Nachrichten genügt höchsten Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit
 - Zusätzliche Sicherheit beim Abruf vertraulicher Nachrichten durch zusätzliche Kennwortabfrage (optional)
- E-Mail Benachrichtigung: Falls gewünscht, können Sie sich per E-Mail an eine frei wählbare E-Mail-Adresse informieren lassen, wenn Ihr KVBW-Postfach neue Nachrichten erhält. Diesen optionalen Service können Sie

auch von unterwegs nutzen, vorausgesetzt Sie verfügen über einen mobilen Mailzugriff via Smartphone.

- Benachrichtigung zu Ihrer Abrechnung: Sie erhalten über Ihr KVBW-Postfach eine Mitteilung, wenn Ihre Abrechnungsunterlagen zum Download bereitstehen.
- Bescheidversand: Über das KVBW-Postfach übermittelt die KVBW Ihnen arztbezogene Bescheide ohne Schriftformerfordernis.

Teilnahmevoraussetzungen für KVBW-Mitglieder

- Internet-Anschluss
- Anbindung an das KVBW-Mitgliederportal über KV-SafeNet* oder KV-Ident
- Aktueller Internetbrowser
- Aktueller PDF-Reader
- Einreichung des Eröffnungsantrags



Literatur-Recherche im Internet mit nur einem Klick: www.medpilot.de

Indexbasierte Suchmaschine mit
spezieller Suchtechnologie

Medizinische Datenbanken und Online-Literaturrecherchen sind mittlerweile für viele Ärzte die bevorzugten Instrumente, um fachlich auf dem neuesten Stand zu bleiben. Dabei wissen es viele Nutzer zu schätzen, wenn sie nicht verschiedene Datenbanken und Zeitschriften einzeln aufrufen müssen, sondern übergreifend suchen können. Eine solche Möglichkeit bietet www.medpilot.de – das Suchportal für medizinische Fachliteratur. Das Besondere an diesem Portal sind die umfangreichen Datenquellen, die der Nutzer per Stichwort-Suche gleichzeitig durchsuchen kann.

Die Deutsche Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln haben 2003 mit der Website MEDPILOT ein einzigartiges Fachinformationsportal realisiert. Finanziert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde mit MEDPILOT eine umfassende, virtuelle Fachbibliothek für Medizin und Gesundheit geschaffen. Wissenschaftlich relevante Informationen auf dem Gebiet der Medizin und angrenzenden Wissenschaften sind gebündelt und werden unter einer einheitlichen Oberfläche zur kostenlosen Recherche zur Verfügung gestellt. MEDPILOT enthält eine vollständige PubMed-Recherche (der US-amerikanischen Nationalbibliothek für Medizin) sowie eine breite Auswahl deutschsprachiger Medizinliteratur.

MEDPILOT nutzt eine indexbasierte Suchmaschine mit speziell entwickelter Suchtechnologie. Mit nur einer Suchanfrage kann der Nutzer eine Vielzahl an Datenbanken und Bestandskatalogen simultan durchsuchen lassen. Die Datenquellen umfassen sowohl konventionelle Printmaterialien als auch online zugängliche Volltexte. Jede einzelne Recherche bildet den aktuellen Forschungsstand möglichst umfassend ab.

Als Ergebnis seiner Recherche erhält der Nutzer eine nach Relevanz geordnete Trefferliste. Diese Treffer lassen sich weiter spezifizieren über Abstracts oder Inhaltsangaben. Die nachgewiesenen Medien lassen sich in vielen Fällen direkt online abrufen oder über den Dokumentlieferdienst der ZB MED bestellen. Erst dann fallen Gebühren an.



www.medpilot.de



www.zbmed.de



www.pubmed.de

Mit My MEDPILOT kann man sich darüber hinaus gebührenfrei registrieren lassen und damit sein persönliches Portal einrichten. Hier kann der Nutzer eine persönliche Merkliste führen, einen Literaturagenten arbeiten lassen und direkt online bestellen – Kopien oder Bücher zur Ausleihe. Um das Ganze noch komfortabler zu machen, bietet MEDPILOT eine direkte Verlinkung an. So kann sich jeder, der eine Website besitzt, das Sucheingabefeld von MEDPILOT direkt auf der eigenen Homepage einrichten.

ergo

Mehr dazu im Internet:

www.medpilot.de

www.zbmed.de

www.pubmed.de

Arztpraxen werden immer wieder Opfer von Einbrüchen

Sicherheitsbewusstes Verhalten vermindert die größten Schäden

„Sachschaden von mehreren hundert Euro bei Einbruchversuch in Arztpraxis“ – „In der Nacht zum Sonntag versuchte ein bislang Unbekannter in die Räume einer Arztpraxis einzusteigen.“ Solche und ähnliche Überschriften lesen die Bewohner in Villingen-Schwenningen in den letzten Wochen häufiger in der Zeitung. Mit besonders gemischten Gefühlen kommen solche Nachrichten bei der betroffenen Berufsgruppe selbst an. Es stellt sich die Frage, auf was die Täter es abgesehen haben: Auf medizinische Geräte, Rezepte, Arzneimittel, vor allem Betäubungsmittel - und seit der Einführung der Praxisgebühr eventuell auch auf Bargeld. Und vor allem stellt sich die Frage, wie man sich am besten schützen kann.

Dr. Silke Regge betreibt mit ihrem Ehemann Alexander eine Allgemeinarztpraxis in Villingen-Schwenningen und ist selbst Opfer eines Einbruchs geworden. „Es ist schon schockierend, fast jede Woche von zwei bis drei Arztpraxen in der Zeitung zu lesen, in denen eingebrochen wurde. Frustrierend ist vor allem, das Gefühl zu haben, nichts dagegen tun zu können, denn wer es sich in den Kopf setzt, steigt hier in unserer Praxis ein. Wir sind jetzt einfach sensibilisiert.“ Silke Regge hat Glück gehabt. In dem älteren Haus, in dem sich die Praxis befindet, ist die Tür erneuert worden – eine Sicherheitstür. Pech für den Täter. Bei dem Versuch, sie aufzubrechen, ist er daran gescheitert und gab auf.

Arztpraxen sind immer wieder das Ziel von Einbruchdelikten. Das kann Reinhold Seene, Sprecher der Landespolizeidirektion Karlsruhe, bestätigen. Mehr Bargeld seit Einführung der Praxisgebühr könnte durchaus die Ursache sein: „Offensichtlich ist, dass die Zahl der Einbrüche im Regierungsbezirk Karlsruhe gestiegen ist von circa zehn bis 20 jährlich in den Jahren 2002 und 2003 über nahezu 60 im Jahr 2006 auf über 150 Delikte im Jahr 2007. Dieser Trend hat bis 2011 angehalten.“

Auch die Polizei von Villingen-Schwenningen verzeichnet im Schwarzwald-Baar-Kreis momentan einen Anstieg von

Einbrüchen in Arztpraxen. Harry Hurtz, Sprecher der dortigen Polizei, „In der Regel sind die Täter auf Geld aus. Dies sind aber oft nur Kleingeldbeträge im zweistelligen, höchstens im dreistelligen Bereich.“ Darüber hinaus lässt sich in ganz Baden-Württemberg laut Landeskriminalamt ein leichter Anstieg von Diebstählen in Arztpraxen ausmachen. Deshalb empfiehlt die Polizei, sich mit Maßnahmen des Einbruchsschutzes zu sichern, denn immer wieder gäbe es Fälle, in denen der Täter aufgab, weil beispielsweise die Tür entsprechend ausgerüstet war.

Wie bei Dr. Silke Regge: „Wir tun alles, um uns gegen etwaige Einbrüche zu sichern und sozusagen kein Sicherheitsrisiko darzustellen. Wir lassen zum Beispiel keine BTM-Rezepte frei herumliegen, wir überprüfen regelmäßig, ob alle Türen und Fenster richtig verschlossen sind und haben auch nie größere Geldbeträge in der Praxis. Geringere Summen werden in einen Tresor eingeschlossen. Nur ein klein wenig Wechselgeld haben wir griffbereit.“

Genau dieses Vorgehen empfiehlt auch die Polizei. Sinnvoll sei es, Geräte und Wertgegenstände zu kennzeichnen, damit sie später eindeutig dem Besitzer zugeordnet werden können – denn immerhin werden etwa 50 Prozent aller Einbruchsdiebstähle aufgeklärt und das Diebesgut gefunden. In diesem Fall kann auch eine Wertsachenliste den Tatnachweis erleichtern. Hilfreich ist es zudem, guten Kontakt zu anderen Hausbewohnern zu haben, die im Notfall ein Auge auf die Praxis haben und den Einbruch sofort melden können. Die Polizeidirektionen/-präsidien in Baden-Württemberg bieten allen Betroffenen eine kostenlose Beratung an. Dazu müssen sie sich nur an die zuständige Zentrale vor Ort wenden.

Empfehlenswert ist darüber hinaus eine Beratungshomepage unter www.polizei-beratung.de, wo man sich über Einbruchschutz informieren kann. Hier findet sich auch ein Faltblatt zur Kriminalprävention.



Das Qualitätsmanagement ist ein Erfolgsmodell

Der Verbesserungsprozess muss kontinuierlich verfolgt werden

Qualitätsmanagement (QM) ist in den Praxen von Vertragsärzten und –psychotherapeuten längst angekommen. Das belegen die bundesweiten Stichproben der vergangenen Jahre, die von den einzelnen KVen durchgeführt wurden. Die auf der Basis einer Selbstauskunft ermittelten Ergebnisse waren durchweg gut bis sehr gut. Aus der letzten, für das Jahr 2010 erfolgten Berichterstattung der KVen und der KBV an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geht hervor, dass rund 80 Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten ein QM-System etabliert und damit ihre QM-Pflicht erfüllt haben.

Nur 0,7 Prozent aller Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Stichprobe ausgewählt wurden, haben sich mit QM noch nicht beschäftigt. Die Hälfte der beteiligten Praxen ist mit der Einführung und Weiterentwicklung des praxisinternen QM sogar weiter, als es der offizielle Zeitplan vorsieht. Die guten Ergebnisse sind über alle Fachgebiete hinweg festzustellen. Sehr positiv aufgenommen hat der G-BA auch die hohe Rücklaufquote: 94 Prozent der in 2010 angeschriebenen Praxen hatten ihren QM-Stand dargelegt.

Gerade in diesem Stadium gilt es nun, mit dem eingeführten QM-System am Ball zu bleiben. Qualitätsmanagement ist kein starrer Prozess. Jedes einrichtungsinterne Qualitätsmanagement hat einen Anfang, aber kein Ende. QM wird getragen von der Idee des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Das heißt: Die Qualität der eigenen Arbeit soll immer wieder aufs Neue unter die Lupe genommen werden, mit dem Ziel, die eigene Leistungsqualität zu sichern und zu verbessern.

Nach Vorgabe der QM-Richtlinie des G-BA soll die Einführung von QM in den Praxen in vier Phasen erfolgen. Am Anfang stehen zwei Jahre der Planung, gefolgt von zwei Jahren der Umsetzung. Im fünften Jahr wird das QM überprüft und ab dem sechsten Jahr in der vierten und letzten Phase kontinuierlich weiterentwickelt. Dieser Zeitplan begann mit Inkrafttreten der QM-Richtlinie am 1. Januar 2006. Für diejenigen, die später ihre Praxis gegründet haben oder noch gründen, laufen die Fristen erst ab dem

Zeitpunkt der Niederlassung. Im siebten Jahr der QM-Verpflichtung befindet sich demzufolge eine große Mehrheit der Praxen in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung.

In der Einführungsphase von QM werden alle Bereiche der Praxis, wie „Patientenversorgung“, „Praxisführung“, „Mitarbeiter“, „Organisation“ einer näheren Analyse unterzogen. Es werden Praxisroutinen hinterfragt, Rückschlüsse gezogen und Arbeitsabläufe neu organisiert. Weil das nur schrittweise erfolgen kann, formuliert man eine überschaubare Anzahl von Zielen, mit einem realistischen Zeithorizont, und geht in der Zielerreichung strukturiert (PDCA-Zyklus, s. u.) vor. Die QM-Richtlinie nennt für diese systematische Vorgehensweise nicht nur die Grundelemente, die für ein einrichtungsinternes QM relevant sind (Paragraph 3), sondern auch beispielhaft bewährte QM-Instrumente (Paragraph 4).

Jedes erreichte Ziel stellt für die Praxis einen Erfolg dar. Spätestens in Phase 4 - der fortlaufenden Weiterentwicklung - werden die Ergebnisse und Erfolge der geleisteten Arbeit sichtbar. Die verschiedenen Instrumente, wie regelmäßige Teambesprechungen, Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement und weiteres sind etabliert, es liegen erste Erkenntnisse über den praktischen Nutzen vor. In der Weiterentwicklungsphase geht es darum, das „Verbesserungsprogramm“ fortzusetzen und die Wirksamkeit eingesetzter Instrumente zu messen.

Zum Beispiel:

- Wie viele Verbesserungen konnten im Anschluss an eine Patientenbefragung umgesetzt werden?
- Wie viele Maßnahmen konnten aus Mitarbeiterbefragungen umgesetzt werden?
- Welche nachweisbaren Auswirkungen hat ein eingeführtes Beschwerdemanagement in der Praxis?
- Wie viele telefonische Rückfragen waren auf Grund unzureichender Patienteninformationen zu verzeichnen? und so weiter.

Unerlässlich ist auch in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung eine mindestens jährliche Selbstbewertung der Praxis. Sie bestimmt die QM-Strategie der Praxis. Daraus lassen sich jedes Mal aufs Neue konkrete Ziele ableiten, die in einem professionellen QM nach dem gleichen Zyklus umgesetzt werden:

- Festlegen konkreter Qualitätsziele (P=plan)
- strukturiertes und planmäßiges Umsetzen (D=do)
- effizientes Überprüfen (C=Check)
- kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungsqualität (A=act)

Der PDCA-Zyklus als „Herzstück“ jedes QM-Systems ist Bedingung und Voraussetzung für ein fortlaufendes und gelingendes QM in der Praxis. Seine Relevanz wird auch in der QM-Richtlinie verdeutlicht, „PDCA“ ist das erst genannte QM-Instrument in Paragraph 4.

Unabhängig von der gesetzlichen Verpflichtung ist heute unstrittig, dass in dieser Weise ausgeführtes QM eine große Chance bietet für:

- Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung
- Wettbewerbsfähigkeit der Praxis
- Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und der Mitarbeiter.

Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder in jeder Phase der QM-Einführung und -Weiterentwicklung. Fragen zur Auslegung der QM-Richtlinie beantwortet Karin Artz, Tel. 07121 917-2376. Zu QM-Service- und Beratungsangeboten erfolgt die Kontaktaufnahme über Praxiservice, Telefon 0711/7875-3300 oder per E-Mail: praxiservice@kvbwawue.de.



Falsche Berechnung

In einem Leserbrief zum Interview mit Dr. Georg Scheer (**ergo** 4/11, Seiten 24/25) zum Thema „Substitutionsbehandlung“ nimmt Dr. Rolf Uebe, Bruchsal, Stellung.



Kollege Scheer zitiert:

„...wenn ich 100 Substitutionspatienten habe, verdiene ich so viel, wie wenn ich 700 Psychiatriepatienten behandle“. Als Nervenarzt (fast zu 100 Prozent psychiatrisch tätig) erwirtschaftete ich in 2/11 pro Fall 64,39 Euro. Ich substituiere seit über zehn Jahren seit langem rund 30 wechselnde Patienten, die ich einmal pro Woche sehe. Die Vergabe erfolgt wochentags über Apotheken, am Wochenende gegebenenfalls über Wochenend-take-home.

Das ergibt: Grundpauschale = 750 Punkte GOP 01950 mal 13 = 1360-Punkte GOP 01950 mal 4 = 1430 Punkte. Zusammen: 145,31 Euro - oder etwas mehr als das Doppelte gegenüber dem Fallwert eines Psychiatriepatienten. Dies ist vom siebenfachen weit, weit entfernt!

Natürlich: Wer am Wochenende arbeitet, kann zusätzliches Geld verdienen (GOP 01951 = 235 Punkte zusätzlich) - und wer seine Patienten oft sieht, verdient auch in der Substitution mehr - allerdings nur 110 Punkte pro Kontakt.

Der emotionale Aufwand, der Ärger, die Frustrationen, das Wechselbad (zum Beispiel selbst von langjährigen Patienten noch bei Urinkontrollen gelinkt zu werden, denen es danach leid tut und die wieder erwachsene, zivilisierte Beziehung wollen) das ist ein Stress, den ich sonst nur von akut dekompensierten Psychotikern oder Borderline-Patienten kenne. Wenn ich dafür das siebenfache des durchschnittlichen Psychiatriepatienten bekäme, das wäre toll. So aber ist nur obige Aussage toll.

Übrigens: Substitution „lohnt“ sich. Hier kann man enorme Verbesserungen gegenüber der Ausgangssituation erleben, Verbesserungen, die größer sind als bei vielen anderen Interventionen in der Medizin. Und die Patienten danken es - bis zum nächsten Ausrutscher“

IMPRESSUM**ergo**

Ausgabe 1/2012

Erscheinungstag:

13. März 2012

Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg
mit Rundschreiben

ISSN 1862-1430

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Redaktionsbeirat:

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

Redaktion:

Eva Frien, Redakteurin
Rolf Sievers, Journalist

Anschrift der Redaktion:

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

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Karin Artz, Tobias Binder,
Ilona Block, Dr. Michael Dierich,
Daniela Fuchs, Sigrun Häußermann,
Melanie König, Marian Kupferschmid,
Renate Matenaer, Monika Mayer,
Swantje Middeldorff, Corinna Pelzl,
Bettina Pfau, Kai Sonntag,
Carmen Steinbach, Martina Tröscher,
Ute Wutzler

Fotos:

fotolia

Erscheinungsweise:

vierteljährlich

Auflage:

22.900 Exemplare

Gestaltung und Produktion:

Uwe Schönthaler

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

Anmerkung:

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

ergo auch im Internet:

www.kvbawue.de → Presse →
Publikationen

Vorschau

Gesundheitspolitik
Ärztetag in Nürnberg

Baden-Württemberg
Tour de Ländle

Baden-Württemberg
Vorstand on Tour

Baden-Württemberg
eHealth-Forum Freiburg