

Das Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg

ergo

Alles Gute.

KVBW 

04 | 12

Gesundheitspolitik
Patientenrechtegesetz

Gesundheitspolitik
Imagekampagne für Arztberuf

Baden-Württemberg
**Grünes Licht für
Bereitschaftsdienst**

Baden-Württemberg
Starterpaket für Praxiseinsteiger

Unternehmen Praxis
Kodieren wichtig für Honorar



*Wir wünschen Ihnen ein frohes Fest
und einen kontemplativen Jahreswechsel.
Seien Sie stolz auf sich,
Sie haben es durch Ihre Leistung verdient.*

Mit freundlichen Grüßen

N. Metke

Dr. Norbert Metke

J. Fechner

Dr. Johannes Fechner

Gesundheitspolitik

Bürokratisierung verhindert: Das Patientenrechtegesetz hat den Bundestag passiert	2
Krankenkassen-Einheitsbrei? Die PKV wird hinterfragt	3
Wertschätzung des Arztberufes verbessern – KBV startet Imagekampagne	4
Und tschüss! KBV bietet Infomaterial zur Abschaffung der Praxisgebühr	5

Baden-Württemberg intern

VV-Splitter – Beschlüsse der Vertreterversammlung der KVBW	6
Erfolg für Kooperationsprojekt: Erste regiopraxisKVBW geht an den Start	7
Grünes Licht für neue Bereitschaftsdienststrukturen	8
Neues Online-Tool vereinfacht Dienstplanung im Bereitschaftsdienst	10
Kleinkind-Sprachförderprogramm soll Logopädie-Verordnungen minimieren	11
Die etwas andere Sprechstunde: Versorgung von Obdachlosen verlangt Ärzten viel ab	12
Klinik und Kinder, Praxis und Politik – Doppelbelastung bei Ärztinnen	14
Starterpaket hilft bei Einstieg in den Praxisalltag	16
Ein Traum wird wahr – Neues Layout der Abrechnungsunterlagen	17

Aus den Bezirksdirektionen

Arzt gewinnt 16mal Edelmetall bei Paralympics	19
Ehrenamtliche Richter am Sozialgericht verschaffen den Kollegen Gehör	20
Karlsruher BD-Leiter Norbert Bonauer geht in den Ruhestand	22
Weissacher Künstlerin Friederike Strauß stellt in Stuttgart aus	22

Unternehmen Praxis

Pflegeheimvertrag mit der Barmer GEK mit positiver Bilanz	23
Optimale Versorgung beim Projekt Individuelle Patientenbegleitung	23
Qualitätszirkel expandieren – KVBW-Förderangebote weitgehend unbekannt	24
Delegation statt Frust: Praxismanagerinnen können Ärzte entlasten	26
Therapietreue braucht Vertrauen und bessere Kommunikation	28
eHealth Forum Freiburg – unbedingt Termin vormerken	29
Praxisservice-CD für Mitglieder	30
Erfolgsgeschichte Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung	30
Neuer Auftritt des Anzeigenmarkts auf www.kvabwue.de	31
Kodierqualität entscheidet über Honorarzuschläge	32
IGeL – Born to be wild and legal	33
Stichprobenprüfung Qualitätsmanagement	34
QM-Abzocke – ein leidenschaftliches Plädoyer gegen neue ISO-Norm	35
Impressum	53

Rundschreiben 4 / 2012

mit den Abgabeterminen der Quartalsabrechnung
und den Fortbildungsveranstaltungen

Amtliche Bekanntmachungen	38
Bezirksdirektion Freiburg	45
Bezirksdirektion Karlsruhe	45
Fortbildungsveranstaltungen	46

Gesundheitspolitik

Bürokratisierung verhindert: Das Patientenrechtegesetz hat den Bundestag passiert	2
Krankenkassen-Einheitsbrei? Die PKV wird hinterfragt	3
Wertschätzung des Arztberufes verbessern – KBV startet Imagekampagne	4
Und tschüss! KBV bietet Infomaterial zur Abschaffung der Praxisgebühr	5

Baden-Württemberg intern

VV-Splitter – Beschlüsse der Vertreterversammlung der KVBW	6
Erfolg für Kooperationsprojekt: Erste regiopraxisKVBW geht an den Start	7
Grünes Licht für neue Bereitschaftsdienststrukturen	8
Neues Online-Tool vereinfacht Dienstplanung im Bereitschaftsdienst	10
Kleinkind-Sprachförderprogramm soll Logopädie-Verordnungen minimieren	11
Die etwas andere Sprechstunde: Versorgung von Obdachlosen verlangt Ärzten viel ab	12
Klinik und Kinder, Praxis und Politik – Doppelbelastung bei Ärztinnen	14
Starterpaket hilft bei Einstieg in den Praxisalltag	16
Ein Traum wird wahr – Neues Layout der Abrechnungsunterlagen	17

Aus den Bezirksdirektionen

Arzt gewinnt 16mal Edelmetall bei Paralympics	19
Ehrenamtliche Richter am Sozialgericht verschaffen den Kollegen Gehör	20
Karlsruher BD-Leiter Norbert Bonauer geht in den Ruhestand	22
Weissacher Künstlerin Friederike Strauß stellt in Stuttgart aus	22

Unternehmen Praxis

Pflegeheimvertrag mit der Barmer GEK mit positiver Bilanz	23
Optimale Versorgung beim Projekt Individuelle Patientenbegleitung	23
Qualitätszirkel expandieren – KVBW-Förderangebote weitgehend unbekannt	24
Delegation statt Frust: Praxismanagerinnen können Ärzte entlasten	26
Therapietreue braucht Vertrauen und bessere Kommunikation	28
eHealth Forum Freiburg – unbedingt Termin vormerken	29
Praxisservice-CD für Mitglieder	30
Erfolgsgeschichte Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung	30
Neuer Auftritt des Anzeigenmarkts auf www.kvabwue.de	31
Kodierqualität entscheidet über Honorarzuschläge	32
IGeL – Born to be wild and legal	33
Stichprobenprüfung Qualitätsmanagement	34
QM-Abzocke – ein leidenschaftliches Plädoyer gegen neue ISO-Norm	35
Impressum	53

Rundschreiben 4 / 2012

mit den Abgabeterminen der Quartalsabrechnung
und den Fortbildungsveranstaltungen

Amtliche Bekanntmachungen	38
Bezirksdirektion Freiburg	45
Bezirksdirektion Karlsruhe	45
Fortbildungsveranstaltungen	46



Bürokratisierung verhindert

Das Patientenrechtegesetz hat den Bundestag passiert

Wahrscheinlich ist es das letzte größere Gesetzesvorhaben im Gesundheitsbereich in dieser Legislaturperiode: Das Patientenrechtegesetz ist Ende November verabschiedet worden und soll 2013 in Kraft treten. In einem neuen Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches wurden die Dokumentations-, Aufklärungs- und Informationspflichten in allen Phasen des Patientenkontakts festgeschrieben. In ihrer Koalitionsvereinbarung hatten die Regierungsparteien es bereits angekündigt: Sie stellen die Patienten in den Mittelpunkt ihrer Gesundheitspolitik. Ein solches Vorhaben lädt gerade dazu ein, sich als Anwalt der Patienten auf Kosten der Ärzte zu profilieren.

Doch die Bundesregierung hat der Versuchung widerstanden. Sie hat erkannt, dass sie in ein sehr sensibles Feld eingreift: Das Arzt-Patienten-Verhältnis findet auf einer persönlichen Ebene statt und kann schwer in Rechtsnormen gegossen werden.

Die Rechte des Patienten waren bislang in den unterschiedlichsten Gesetzen festgeschrieben und ergeben sich zudem aus zahlreichen Gerichtsurteilen. Daher wurde als Ziel des Referentenentwurfes, der zu Jahresbeginn vorlag, das Vorhaben formuliert, die einzelnen Normen in einem Gesetz zusammenzufassen. Die Bundesregierung wollte nicht die Rechte des Patienten neu bestimmen, sondern lediglich mehr Transparenz herstellen. Dies stieß auf viel Kritik. Die Opposition forderte, die Rechtsposition des Patienten deutlich zu stärken.

Von Anfang an hat die KVBW das Vorhaben intensiv begleitet. In den ersten Entwürfen des Gesetzes gingen die formulierten Pflichten des Arztes über die bisherigen Bestimmungen hinaus. Insbesondere für den ambulanten Bereich hätte dies zu deutlich mehr Bürokratie geführt, weil grundsätzlich an Information, Aufklärung und Dokumentation bei einer Bagatellbehandlung die gleichen Maßstäbe wie

bei einer Therapie mit schweren Eingriffen gelegt wurden. In den meisten Fällen hätte damit die Bürokratie mehr Zeit in Anspruch genommen als die eigentliche Behandlung. Gerade dies kann nicht akzeptabel sein.

Vehement hat sich der KVBW-Vorstand daher gegen die Forderungen der Opposition gewehrt. Danach hätte der Arzt beispielsweise nach jeder Behandlung einen Arztbrief „in für den Patienten verständlicher Sprache“ ausfertigen müssen, in dem Symptome, Diagnose, Therapie, Alternativen, Risiken, Folgebehandlungen aufgeführt sein sollten. Das hätte angesichts von rund 560 Millionen Behandlungsfällen pro Jahr im ambulanten Bereich die Arztpraxen lahmgelegt.

Sinnvoll ist eine Abstufung nach der Schwere der Behandlung. Dies ist nun in die Begründung des Gesetzes aufgenommen, so dass sich in Bezug auf Dokumentation, Aufklärung und Information für den niedergelassenen Arzt und Psychotherapeuten nichts ändert. Eine Dokumentation des gesamten Behandlungsverlaufs ist selbstverständlich. Je schwerer der Eingriff, desto umfangreicher müssen die Patienten über die Behandlung, die Risiken und mögliche Alternativen aufgeklärt werden.

Unverändert geblieben ist auch der Umgang mit Behandlungsfehlern. Insbesondere die Frage der Beweislastumkehr hat zu umfangreichen Diskussionen geführt. Es ist bei der aktuellen Bestimmung geblieben, wonach eine Beweislastumkehr nur bei groben Verstößen stattfindet. Bei leichteren Fällen liegt die Beweislast nach wie vor beim Patienten. Auch hier wollte die Opposition eine erweiterte Regelung. Gescheitert ist die Opposition auch damit, verschärfte Regelungen in Bezug auf die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) in das Gesetz mit aufzunehmen.

Alles in allem können die Ärzte und Psychotherapeuten gut mit dem Gesetz leben.

Einheitsbrei? PKV wird hinterfragt

Falk-KVen diskutieren Auswirkungen der Bürgerversicherung auf Arztpraxen

Es wird sicherlich eine der spannenden Fragen der Gesundheitspolitik in den kommenden Jahren werden: Wie wird das Verhältnis zwischen GKV und PKV gestaltet? So gibt es erhebliche Zweifel daran, ob das Modell der PKV zukunftssicher ist. Sie wird von außen und auch von innen von ihren Mitgliedern aufgrund der Beitragsentwicklung hinterfragt. Für eine Reihe von Experten hat ihr Totenglöcklein bereits zu läuten begonnen. Im kommenden Jahr ist Bundestagswahl und die Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik werden wieder einmal neu ausgerichtet. Doch wohin der Weg auch geht, für viele Ärzte stellt sich dann nur die Frage, wie die Auswirkungen welcher Reform auch immer ganz praktisch aussehen werden, zum Beispiel in ihren Praxen und – und noch viel wichtiger – wie sich die Honorierung ihrer Arbeit in Zukunft gestaltet, denn die Umsatzanteile der PKV sind unverzichtbar für das Überleben der Praxen.

Ein Polit-Talk der FALK-KVen, einer Kooperation der KVen Bayerns, Baden-Württembergs, Hessens und Mecklenburg-Vorpommerns mit Gesundheitspolitikern aus allen Parteien erörterte in Berlin die aktuellsten Fragen der Gesundheitspolitik. Sehr vereinfacht ausgedrückt, stellt sich laut Diskussion die „Gefechtslage“ wie folgt dar: CSU und FDP wollen am bisherigen System festhalten. Die CDU auch, aber mit der Einschränkung, dass neben dem Arbeitslohn auch weitere Einkunftsarten für die Berechnung des Krankenkassenbeitrages herangezogen werden sollen. Teilweise wird die Forderung erhoben, dass die Beamten in die GKV aufgenommen werden sollen. SPD, Grüne und Linke wollen dagegen die Trennung zwischen PKV und GKV aufheben und stattdessen eine Bürgerversicherung einführen, eine Pflichtversicherung, in die alle Bürger einbezahlen müssen und daraus einheitliche Leistungen erhalten. Die PKV wäre dann auf Zusatzversicherungen beschränkt. Die Hoffnung: Die Einnahmen würden so stabilisiert. Vor allem möchte die Politik an die Altersrückstellungen der PKV heran, die dort in Milliardenhöhe gebildet wurden. Gleichzeitig ist den Befürwortern der Bürgerversicherung das „Zweiklassensystem“ ein Dorn im Auge.

KVBW-Vorstandsvorsitzender Dr. Norbert Metke vertrat beim Berliner Polit-Talk die Seite der Ärzte. Er wollte von den Politikern wissen: „Bisher wird immer nur darüber dis-

kutiert, wie die Einnahmenbasis in der GKV erhöht werden soll. Aber welches sind denn die Auswirkungen auf der Ausgabenseite, auf die Vergütung in den Praxen, wenn die Einnahmen aus Privatbehandlungen wegfallen?“ Hier geht es um die Frage, ob und wie die Mittel aus der PKV in die GKV einfließen sollen. Diese Frage und sonst nichts ist existenziell für uns.

Die Aussagen der Parteien dazu waren bislang wenig konkret: Es solle eine einheitliche Vergütung geben, also wahrscheinlich irgendeine neue Gebührenordnung, die irgendwo zwischen EBM und GOÄ liegen würde. Ärzte, die heute einen eher hohen Anteil an Privatversicherten haben, würden damit deutlich Honorar verlieren. Diejenigen, die nur wenige Einnahmen aus der PKV erzielen, würden hingegen Zuwächse verzeichnen können. Gleichzeitig würde diese Entwicklung aber auch zu einer Verschiebung der Mittel zwischen den Bundesländern führen. Da Baden-Württemberg als Bundesland einen verhältnismäßig hohen Anteil an PKV-Versicherten hat, würde Baden-Württemberg insgesamt mal wieder verlieren. Nicht berücksichtigt, weil völlig unklar, sind weitere Verschiebungen im Rahmen der neuen Gebührenordnung in Bezug auf die Honorierung der Leistungen.

Unklar und schwammig waren die Antworten. Da müsse man noch Einzelheiten diskutieren, hieß es lapidar oder es müsste dann gegebenenfalls über Ausgleichsmechanismen nachgedacht werden. Die Vorzüge der Bürgerversicherung für die Patienten wurden dagegen ausführlich erläutert. Auch der Einwand von Dr. Metke, dass die Privateinnahmen in vielen Praxen unverzichtbar wären und viele Praxisinhaber ihre Kalkulation unter anderem auf einen bestimmten Anteil an Privateinnahmen basiert hätten, löste nur Schulterzucken aus. Es sei natürlich nicht gewollt, dass Ärzte dann in finanzielle Schwierigkeiten geraten, so die Argumentation. Doch ob gewollt oder ungewollt, die Gefahr könnte bestehen. Zur nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens müssen den Worten Taten folgen, die allgemeinen Floskeln letztendlich zu konkreten Lösungen führen. Viel Arbeit für die Falk-KVen und die KV Baden-Württemberg, aber eine, die es sich lohnt anzugehen, im Interesse der KV-Mitglieder.



Image verbessern – Wertschätzung erhöhen

Professionelle Kampagne startet im neuen Jahr

Sind die Ärzte zum Freiwild im deutschen Blätterwald geworden? Nein, sind sie nicht. Noch nicht. Aber die Luft ist deutlich bleihaltiger geworden – um im Bild zu bleiben. Es muss die Ärzte und ihre Organisationen beunruhigen, wenn sie immer häufiger mit Negativschlagzeilen bedacht werden. Da werden sie als Abzocker bezeichnet, als korrupt und faul diffamiert. Der Aufwand für die KVBW, dagegenzuhalten und Schaden vom Image der Ärzte abzuwenden, hat erheblich zugenommen. Dabei müssen wir uns wohl von einer Illusion verabschieden: Es wird nicht besser werden. Zumindest nicht von alleine.

In diesen Zusammenhang passt auch die seit einiger Zeit virulente, politische Diskussion, die vor der Bundestagswahl noch einmal deutlich zunehmen wird. Immer offener fordern Politiker nahezu aller Parteien, das Primat des Arztes für die Erbringung ärztlicher Leistungen aufzuweichen, sprich: auch andere Berufsgruppen dafür zuzulassen. Gruppen, wie Pflegekräfte oder Physiotherapeuten, wittern Morgenluft und erhoffen sich ihren Anteil vom Kuchen der ambulanten Versorgung. Vor allem aber möchten diese Gruppen in ihrer Bedeutung zu den Ärzten aufschließen und als gleichwertige Beteiligte in der Versorgung anerkannt werden. Dies ist eine Neid getriggerte politische Übung. Denn Fakt ist, dass Substitution keine Kosten spart.

Gefährliche Diskussion

Eine solche Diskussion ist für die Ärzte äußerst gefährlich, weil damit ein Alleinstellungsmerkmal des Arztberufes verloren geht. Die Folgen wären zum einen finanzieller Natur: die Bereinigung der Vergütung. Zum anderen – und das ist viel bedeutsamer – sinkt der Wert der ärztlichen Leistung, wenn auch andere sie erbringen können. Damit würde es für die Ärzte deutlich schwerer werden, ihre politischen Forderungen anzubringen und eigene Vorschläge durchzusetzen.

Für die Politik hingegen ist es eine Steilvorlage: Sie kann die einzelnen Gruppen gegeneinander ausspielen und die Diskussion in ihrem Sinne – als Spielball im Wahlkampf – nutzen. Zumal es keinen Gegenwind gibt. Die Wertschätzung für den Arzt ist in der Bevölkerung zwar insgesamt noch hoch. Aber sie wird nicht zum Ausdruck gebracht. Und von den statistisch hohen Zustimmungsraten zum ärztlichen Beruf sollte man sich auch nicht täuschen lassen: Zwischen den Altersgruppen gibt es deutliche Unterschiede. Das Risiko für die Politik, eine solche Diskussion zu führen, ist derzeit also eher gering und wird nicht auf breiten Widerstand stoßen.

Imagekampagne

Eine Konsequenz aus dieser Analyse ist die Idee, eine breit angelegte Imagekampagne auf Bundesebene durchzuführen. Der KVBW-Vorstand hatte diesen Vorschlag in die KBV-Vertreterversammlung eingebracht, der auf breite Zustimmung stieß.

Ziel der Kampagne ist die Steigerung der Wertschätzung der ärztlichen Tätigkeit in der Bevölkerung. Die Leistung der Ärzte, ihre lange Ausbildungszeit, ihr umfassendes Wissen und damit ihre Unersetzlichkeit sollen im Vordergrund stehen. Damit soll zum einen die Hürde für die Politik erhöht werden, über die Substitution ärztlicher Leistung nachzudenken. Gleichzeitig strebt die Kampagne an, eine Basis in der Bevölkerung zu schaffen, auf der künftige Aktionen der Ärzteschaft wirkungsvoll aufsetzen können.

Geplant ist die Kampagne über einen Zeitraum von fünf Jahren. Start ist vermutlich zu Beginn des kommenden Jahres. Vorgesehen sind unter anderem Fernsehspots, Anzeigen in Zeitungen, Plakate sowie eine Unterstützung über das Internet. Sobald die ausgewählte Agentur die konkreten Pläne vorgelegt hat, wird ergo Sie weiter darüber informieren.

Und tschüss...

KBV bietet Infomaterial zur Abschaffung der Praxisgebühr

Die Praxisgebühr wird zum 1. Januar 2013 abgeschafft. Für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entfällt damit das aufwändige Einziehen der Zuzahlung. Die Patienten müssen für eine ambulante Behandlung keine zehn Euro mehr zahlen – egal, ob sie gesetzlich oder bei einem Sonstigen Kostenträger krankenversichert sind. Dies gilt sowohl für den Besuch einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis als auch bei Inanspruchnahme des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Für Ärzte und Psychotherapeuten ergeben sich dadurch in der Praxis einige Änderungen. Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dazu sind auf der KVBW-Homepage herunterzuladen. Die Änderungen betreffen zum Beispiel die Praxissoftware.

Mit dem Wegfall der Praxisgebühr entfällt zum 1. Januar 2013 für Ärzte und Psychotherapeuten jegliche Kennzeichnung in der Abrechnung wegen der Praxisgebühr. Auch Quittungen über die Zahlung der zehn Euro müssen nicht mehr ausgestellt werden. Deshalb wird die Praxissoftware

zum 1. Januar 2013 angepasst. Die Softwarehäuser müssen daher die Funktionen zur Angabe der Pseudoziffern und zum Ausdrucken einer Quittung aus der Software herausnehmen. Die Pseudoziffern verlieren zum 31. Dezember 2012 ihre Gültigkeit. Behandlungsfälle aus dem Jahr 2012 können in Einzelfällen auch 2013 abgerechnet werden. Die Pseudoziffern für die Praxisgebühr können dann allerdings nur noch per Hand eingegeben werden.

Bisher wurde die Praxisgebühr von der monatlichen Abschlagszahlung abgezogen, damit die Weiterleitung der Praxisgebühr an die Krankenkassen nicht von den Ärzten und Psychotherapeuten durchgeführt werden musste. Nun werden die Abschlagszahlungen wieder entsprechend erhöht.

Die Praxisgebühr muss auf jeden Fall noch bis zum Jahresende erhoben und in der Abrechnung dokumentiert werden. Patienten, die trotz Zahlungsaufforderung nicht zahlen, haben wie bisher mit einem Mahnverfahren zu rechnen.

ergo



Krankenkassen-Navigator

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat den Krankenkassen-Navigator an den Start gebracht. Analog zu den Ärztenavigatoren mehrerer Krankenkassen können Ärzte und Psychotherapeuten jetzt auf einer Internetplattform Krankenkassen nach verschiedenen Kriterien bewerten: Regresse, Therapiefreiheit, Selektivverträge, Bürokratie sowie Service & Information. Gleichzeitig wird über die Internetplattform regelmäßig eine aktuelle Umfrage zu einem aktuellen Thema durchgeführt. Vorgehen ist, dass der Krankenkassen-Navigator auch für Patienten geöffnet wird. Weitere Informationen finden Sie auf www.kbv.de



VV-Splitter der Sitzung vom 17. Oktober 2012

➤ *Ergebnis der Honorarverhandlungen 2013: Nun muss auf Landesebene nachgebessert werden*

Die Delegierten der Vertreterversammlung akzeptierten die Rahmenempfehlung der Bundesebene zum Honorar 2013 nicht, die ausschließlich eine Erhöhung des Orientierungspunktwertes um 0,9 Prozent und eine Ausbudgetierung der Psychotherapie vorsah. Sie forderten den Vorstand auf, ein für Baden-Württemberg akzeptables Ergebnis in den regionalen Verhandlungen zu erreichen.

➤ *Schutzimpfungsvereinbarungen sollen neu verhandelt werden*

Die neuen Impfvereinbarungen zum 1. September 2012 haben zu erheblichen Irritationen an der Basis geführt. Da sich die gesetzlichen Vorgaben zu den Rabatten geändert haben, hatte die Pharmaindustrie Druck auf die Kassen ausgeübt und Rabatte auf Satzungsleistungen verweigert. Aufgrund der drohenden Kündigung der Impfvereinbarungen durch die Kassen hatte sich der Vorstand der KVBW entschieden, neue Impfvereinbarungen abzuschließen. Die Delegierten der Vertreterversammlung waren sich dennoch einig, dass die Vereinbarung nachverhandelt werden sollte. Daher stimmte die Vertreterversammlung für eine Nachverhandlung über die Impfvereinbarungen und, sofern die Kassen hierzu nicht bereit sind, eine Kündigung zu überprüfen.

➤ *Weitere Eckpfeiler für die Reform des ärztlichen Notfalldienstes abgestimmt*

Die Neustrukturierung des ärztlichen Notfalldienstes nimmt weiter konkrete Formen an. So wurden mehrheitlich weitere Bausteine für das Projekt verabschiedet: Der diensthabende Arzt in der Notfallpraxis soll zukünftig seinen Sitzdienst an den Wochenenden von 8 bis 22 Uhr erbringen. Zudem wird es einen Arzt im Fahrdienst rund um die Uhr geben. Werktags wird es, mit Ausnahmen, keinen Sitzdienst geben, sondern nur einen Fahrdienst von 19 bis 8 Uhr morgens. Grundvoraussetzung für diese Variante ist allerdings, dass sich die Krankenkassen substanziell an der Finanzierung beteiligen. Weiterhin gaben die Delegierten die Einrichtung von Notfallpraxen für den Bodenseekreis und Reutlingen frei. Einen ausführlichen Bericht zur Reform des Notfalldienstes lesen Sie auf Seite 8 und 9 dieser ergo-Ausgabe.

➤ *Konzept für neue Mitglieder vorgestellt*

Vorgestellt wurde den Delegierten das neue Konzept zur Begrüßung neu zugelassener Ärzte. Eigens für neue Mitglieder wurde ein sogenanntes Starterpaket entwickelt, in dem sich alles befindet, was ein frisch zugelassener Arzt benötigt. Von Abrechnungsinformationen und Formularen bis hin zu Adressen von Ansprechpartnern in der KVBW befindet sich alles in diesem Paket. Zudem wird es künftig für jedes neue Mitglied einen festen „Paten“ geben, der den Arzt ein Jahr lang durch den KV-Dschungel begleitet. Mehr hierzu erfahren Sie auf der Seite 16 und 17 in dieser Ausgabe.



Erfolg für Kooperationsprojekt

Die erste regiopraxis KVBW geht an den Start

Um langfristig weiße Flecken in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu verhindern, hat der KV-Vorstand in den vergangenen Jahren das Konzept der Regiopraxis entworfen. So sollen hausärztliche Gemeinschaftspraxen, die durch regelmäßige Dienste verschiedener Fachärzte ergänzt werden, die hochwertige Versorgungssicherheit zukünftig auch unter erschwerten Bedingungen erhalten. Am 14. September 2012 war es soweit: Die erste regiopraxis KVBW wurde in Baiersbronn offiziell eröffnet. Vertreter aus Gesundheitswesen und Politik kamen in die Schwarzwaldgemeinde, um vor Ort einen eigenen Eindruck von dem Pilotprojekt zu gewinnen.

regiopraxis KVBW – das ist das alte Spritzenhaus im Ortskern der Gemeinde. Im Rahmen des Umbaus wurde es generalsaniert und erhielt eine moderne Fassade. In den Innenräumen herrscht durch große Fensterfronten und zeitgemäße Ausstattung eine lebhafte und einladende Atmosphäre. Mit dem neuen Ärztehaus deckten sich mehrere Interessen: die Vision der KVBW mit dem Plan eines engagierten Kreises aus Ärzten und einem Investor, die sich in Baiersbronn für ein modernes Gesundheitshaus engagierten. Nach mehrjähriger Planungs- und Bauzeit entstand



Ärzte, KV-Vertreter und Politik freuen sich über die Eröffnung der ersten regiopraxisKVBW.

schließlich die erste regiopraxis KVBW. Heute bietet das Zentrum einen weitreichenden medizinischen Service. Neben der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis finden sich dort ein Orthopäde, eine Naturheil- und Physiotherapiepraxis, ein AOK-Kunden-Center, ein Sanitätshaus und eine Apotheke. So soll die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und weiteren örtlichen Dienstleistern im Gesundheitsbereich erleichtert und vertieft werden.

Bei dem offiziellen Festakt beleuchtete der stellvertretende KVBW-Vorsitzende Dr. Johannes Fechner in seiner Rede den Mehrwert, den die regiopraxis KVBW für die niedergelassenen Ärzte bietet: „Junge Ärzte sind aus ihrer Zeit im Krankenhaus das Arbeiten im Team gewohnt und möchten dies gerne in der Ambulanz fortsetzen. Ganz wesentlich sind dabei flexible Arbeitszeitmodelle, die in einer Kooperation ermöglicht werden. So gelingt es uns, auch auf dem Land attraktive Anreize zu schaffen“.

Um die Praxis auch finanziell attraktiv zu gestalten, unterstützt die Kassenärztliche Vereinigung das Projekt durch eine Anschubfinanzierung und regelmäßige Betriebskostenzuschüsse in den ersten drei Jahren. Das unternehmerische Risiko, welches besonders junge Ärzte vor einer Niederlassung auf dem Land abschreckt, wird dadurch deutlich gesenkt.

Zwei Tage nach der offiziellen Eröffnung kam eine Vielzahl von Gästen aus Baiersbronn, Freudenstadt und der ganzen Region zum alten Spritzenhaus, um das Gesundheitszentrum bei einem Tag der offenen Tür zu besichtigen. Für Ernst Klumpp, den Initiator des Projekts, war der gelungene Tag ein erfreuliches Zeichen. „Der große Andrang zeigt, dass wir die Bedürfnisse der Menschen erkannt haben und mit dem Gesundheitszentrum eine angemessene Lösung präsentieren können“, freute sich der Hausarzt nach Abschluss der Feierlichkeiten.



Vertreterversammlung gibt grünes Licht für neue Strukturen im Bereitschaftsdienst

Geringe Dienstbelastung und bessere Honorierung stehen im Fokus

Ein erster Meilenstein bei der Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist erreicht: Die rund 380 Dienstbereiche wurden in enger Abstimmung mit den Notfalldienstbeauftragten aus jeder Region zu rund 70 Dienstbereichen zusammengefasst. Bei der Vertreterversammlung im Oktober konnte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Johannes Fechner den Delegierten die neu zugeschnittenen Dienstbereiche und die geplanten Standorte für die neuen Notfallpraxen präsentieren. Mit der Reduzierung der Dienstbereiche stehen künftig deutlich mehr Ärzte je Bereich für die Einteilung zum Bereitschaftsdienst zur Verfügung als in den kleinen Einheiten heute. Dadurch sinkt die Dienstfrequenz für Ärzte vor allem in ländlichen Regionen und erreicht in ganz Baden-Württemberg ein einheitliches Niveau.

Rund 40 Prozent der Patienten in Baden-Württemberg gehen im Notfall direkt in eine Krankenhausambulanz. Das neue Konzept der KVBW setzt deshalb auf zentrale Notfallpraxen am Krankenhaus: Ein Netz von landesweit 95 Notfalldienstpraxen dient künftig als Anlaufstelle für die Patienten. Um Synergieeffekte zu nutzen, befinden sich die Notfallpraxen in der Regel am Krankenhaus. Das Konzept hat sich bei den bereits bestehenden KVBW-Notfallpraxen am Krankenhaus bewährt. Zu den 70 bestehenden Notfallpraxen werden bis Anfang 2014 rund 25 neue Notfallpraxen hinzukommen. Für die Errichtung und den Betrieb der Notfallpraxen ist die KVBW verantwortlich. Die Dienstbereiche und Standorte der Notfallpraxen wurden nach folgenden Kriterien festgelegt:

- **Jeder Dienstbereich hat mindestens eine zentrale Notfallpraxis – möglichst an einem Krankenhaus.**
- **Jeder Bürger in Baden-Württemberg soll grundsätzlich eine Notfallpraxis innerhalb von 30 Fahrminuten mit dem PKW erreichen können.**
- **Der Dienstbereich soll mindestens 70 Ärzte umfassen.**

Die Zuordnung zu Dienstbereichen gilt ausschließlich für die niedergelassenen Ärzte. Die Bürgerinnen und Bürger können frei wählen, welche Notfallpraxis sie in ihrer Umgebung in Anspruch nehmen wollen.

Der überwiegende Teil der Bevölkerung erreicht eine Notfallpraxis der niedergelassenen Ärzte in einer Fahrzeit, die unter 20 Minuten liegt. Von vielen Gemeinden in Baden-Württemberg sind sogar verschiedene Notfallpraxen in diesem Zeitfenster zu erreichen. Zusätzlich zum Dienst habenden Arzt in der Notfallpraxis wird es auch weiterhin einen Arzt im Fahrdienst geben, der die medizinisch notwendigen Hausbesuche ableistet.

Die KVBW hat die Städte und Gemeinden sowie die Landtagsabgeordneten über das neue Konzept für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst informiert. Nach Bewertung der Stellungnahmen der Kommunen werden Vorstand und Notfalldienstkommissionen Beschlüsse zu den neuen Strukturen fassen. Im Jahr 2013 werden dann sukzessive die neuen Notfallpraxen an den Start gehen. Im ersten Quartal 2013 sollen beispielsweise die Notfallpraxen im Landkreis Reutlingen, im Kreis Bodensee und in Freudenstadt eröffnet werden.

Honorierung und Infrastruktur

In Bezug auf Honorierung und Infrastruktur stellte der Vorstand der Vertreterversammlung drei verschiedene Umsetzungsvarianten (A/B/C) zur Wahl. Die Delegierten entschlossen sich nach intensiver Diskussion für die goldene Mitte und gaben dem Vorstand grünes Licht zur Umsetzung der Variante B, die folgende Elemente beinhaltet:

➤ *Vergütung*

Jeder Arzt im Bereitschaftsdienst erhält künftig am Wochenende und an Feiertagen eine Umsatzgarantie von 50 Euro je Stunde. Die Umsatzgarantie an Werktagen ist dem Rotstift zum Opfer gefallen, allerdings wird an Werktagen der Arzt im Fahrdienst eine Antrittspauschale von 100 Euro als Ausgleich für weitere und aktuell im EBM nicht abgebildete Wegestrecken erhalten.

➤ *Fahrservice*

Die Organisation des Fahrdienstes ist eine problematische Aufgabe, da hier die Wünsche und Vorstellungen aus den Regionen sehr unterschiedlich sind. Während die einen Dienstbereiche vehement einen Fahrservice (Fahrzeug mit

Fahrer) fordern, lehnen andere diese Dienstleistung genauso strikt ab und möchten weiterhin mit eigenem Fahrzeug selbst fahren. Hier gilt es, einen Kompromiss zu finden, der wie folgt aussehen könnte: An den Wochenenden und an Feiertagen wird der Fahrdienst finanziell so ausgestattet (zum Beispiel Aufstockung KM-Geld oder Antrittspauschale), dass es möglich ist, einen Fahrservice in Anspruch zu nehmen. Hierzu wird der Vorstand noch verschiedene Umsetzungsvarianten vorlegen.

➤ **Finanzierung**

Die Kosten für die Umsatzgarantie und die Infrastruktur (Betrieb der Notfallpraxen) im Bereitschaftsdienst werden aus drei Blöcken finanziert:

- Praxiskosten-Abgabe von 30 Prozent auf vergütete EBM-Honorare, die über der Umsatzgarantie liegen.
- Monatliche Kopfpauschale oder eine prozentuale Umlage von allen Mitgliedern der KVBW oder eine Kombination aus Kopfpauschale und Umlage.
- Finanzieller Beitrag der Krankenkassen.

Die Ausgestaltung der Umlage wird bei einer Vertreterversammlung im Frühjahr 2013 entschieden. Ab 1. Januar 2014 wird es dann in ganz Baden-Württemberg eine einheitliche Umlage für den Bereitschaftsdienst geben. In der Übergangsphase im Jahr 2013 werden für jeden Dienstbereich regionale Umlagen erhoben.



Baden-Württemberg

Allgemeiner ärztlicher Notfalldienst (Stand 25.10.2012)

- NFP in Betrieb am KH
- NFP in Betrieb nicht am KH
- NFP geplant am KH
- Veränderungen sind zu erwarten
- Notfalldienst-Bereiche
- noch nicht zugeordnet
- Landkreise

0 12,5 25 50 75 Kilometer



Erstelldatum: 02.11.2012

© WIGeoGIS, München; TomTom Global Content B.V., Eindhoven

FAZIT

Die Delegierten haben erhebliche Finanzmittel frei gegeben, aber ebenso substantielle Beteiligung der Krankenkassen eingefordert, um die Vergütung im Bereitschaftsdienst attraktiver zu gestalten. „Mit dieser mutigen Reform setzen wir die knapper werdende Ressource Arzt so ein, dass auch in Zukunft die Versorgung gesichert ist und die Belastung für alle erträglich bleibt“, erinnert Vorstandsvize Dr. Johannes Fechner an die Hintergründe der Reform. Unser Signal nach außen muss sein: **„Wir können Notfalldienst!“ Und dies bestens.**

Fair Play im Notfalldienst

Online-Tool vereinfacht die Dienstplanung für den ärztlichen Bereitschaftsdienst

Die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes soll so einfach wie möglich sein. Wenn ein Arzt einen zugeordneten Dienst nicht übernehmen kann oder will, muss er möglichst unkompliziert einen Kollegen finden, der für ihn einspringt. Im Rahmen der Neustrukturierung des ärztlichen Notfalldienstes wird den Ärztinnen und Ärzten daher eine elektronische Bereitschaftsdienstplanung zur Verfügung gestellt, die demnächst im Online-Mitgliederportal der KVBW über die bekannten Zugangsmöglichkeiten (KV-SafeNet* und KV-Ident) erreichbar sein wird. Dieses Online-Tool mit Vertretungs- und Termintauschbörse ermöglicht künftig allen Ärzten, die am vertragsärztlichen Notfalldienst in Baden-Württemberg teilnehmen, ihre Dienste weitgehend selbstbestimmt zu organisieren. Ein intelligenter Algorithmus sorgt dafür, dass es bei der Diensterteilung gerecht zugeht und entlastet die Koordinatoren.

Selbstverständlich erfolgt die Einteilung der Dienste wie bisher auch durch die jeweiligen Notfalldienstbeauftragten in den Dienstbereichen vor Ort in Eigenregie. Durch das bereitgestellte Programm will die Kassenärztliche Vereinigung jedoch in Zukunft die Organisation des Notfalldienstes für ihre Mitglieder erleichtern. Die Urlaubswünsche und Dienstvorlieben von vielen Tausend Ärzten zu erfassen und in den Dienstplänen zu berücksichtigen, bedeutet einen immensen Aufwand. Die KV-Mitarbeiter arbeiten nun intensiv daran, die notwendigen Voraussetzungen für ein Online-Werkzeug zur Erstellung der Dienstpläne zu schaffen. Ziel ist, den Ärzten, die am Notfalldienst teilnehmen, ab Frühjahr kommenden Jahres ein funktionierendes elektronisches Planungssystem anzubieten, mit dem sie rund um die Uhr ihre Dienste im ärztlichen Bereitschaftsdienst selbst organisieren können.

Die Software wurde speziell für die ärztliche Bereitschaftsdienst- und Rettungsdienstorganisation entwickelt und ist bereits bei sechs KVen erfolgreich im Einsatz. Das webbasierte System erfordert deshalb keinerlei Installation am eigenen PC. Erforderlich ist ein Zugang zum Online-Mitgliederportal (KV-SafeNet* und KV-Ident). Alle verpflichteten Ärzte können ihre Präferenzen für Dienstage und Urlaubszeiten lange Zeit im Voraus in einen Kalender eintragen.

Aus den Angaben der Teilnehmer erstellt das Programm später auf Kopfdruck einen optimalen, möglichst fairen Dienstplan. Ein Algorithmus sichert ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Sitz- und Fahrdiensten wie auch zwischen Diensten an Wochentagen gegenüber solchen an Wochen-

enden oder Feiertagen. Damit es an großen Festen wie Ostern, Weihnachten und Sylvester gerecht zugeht, erfolgt die Einteilung auf Basis einer Fairnessberechnung, die mehrere Jahre einbezieht.

Die Dienstpläne werden je nach Wunsch per Fax oder Mail versandt. Optional gibt es in einer geplanten Ausbaustufe des Systems auch einen Erinnerungsservice per SMS. „Die elektronische Benachrichtigung ist ein echter Vorteil für die diensttuenden Ärzte“, sagt KV-Projektleiter Tobias Binder, „eine optimierte Anwendung für mobile Endgeräte ist bereits geplant.“ Noch komfortabler wird die Notfalldienstplanung mit einer weiteren Softwareerweiterung, an der die Entwickler gerade arbeiten. Dieses Zusatzmodul ermöglicht für die Koordinatoren vor Ort die Personaleinsatzplanung des nichtärztlichen Praxispersonals mit vergleichbaren Funktionalitäten (Diensttausch, Benachrichtigung etc.) und bietet zudem eine Schnittstelle zum administrativen Personalmanagement (Lohn- und Gehaltsabrechnung) in der KVBW.

Die Angabe von Urlaubswünschen ist ein Serviceangebot, um den Aufwand des Diensttauschens möglichst gering zu halten. Für den Fall der Fälle ermöglicht eine Tauschbörse, Dienste zum Tausch oder zur Abgabe anzubieten. Wer daran interessiert ist, Dienste von Kollegen zu übernehmen, hat über die Plattform Zugriff auf eine große Auswahl möglicher Termine. Gleichzeitig findet sich im umgekehrten Fall selbst für bald beginnende Dienste leichter als bisher ein Interessent. Das erspart viele erfolglose Telefonate, um denjenigen Kollegen zu finden, der zeitlich noch flexibel ist.

Der Online-Dienstplan berücksichtigt:

- Terminwünsche
- Präferenzen für einzelne Wochentage und Dienstarten
- Urlaube und Abwesenheiten
- Karenzzeiten zwischen den Diensten
- Bevorzugung/Vermeidung von bestimmten Arztkonstellationen
- Feiertagssonderregelungen
- Gewichtungen von MVZ und Gemeinschaftspraxen
- Anrechnung von geleisteten Diensten aus Vorplänen
- Stellengewichtungen & Zeiträume
- maximale Urlaubstage

Weitere Informationen zu unserem Mitgliederportal und alles, was Sie über die beiden Zugangsvarianten KV-SafeNet* und KV-Ident wissen müssen, finden Sie unter:

www.kvbawue.de → Praxisalltag → Mitgliederportal



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

Treffer für unsere geliebten Kids



Kleinkind-Sprachförderprogramm soll Logopädie-Verordnungen minimieren

„Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt“ – der österreichische Philosoph Ludwig Wittgenstein brachte es bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf den Punkt: ohne Sprache keine Bildung. Spätestens seit der ersten Pisastudie im Jahr 2000 weiß es auch die deutsche Bildungspolitik. Mangelnde Sprachkompetenz schließt Kinder von Bildung aus. Hier Abhilfe zu schaffen hatte sich auch die baden-württembergische Regierung in den Koalitionsvertrag von 2011 geschrieben.

Nun ist es soweit: Mit dem Kindergartenjahr 2012/13 kommt ein neues Sprachförderprogramm zum Einsatz. SPATZ – SP Sprachförderung in Allen Tageseinrichtungen für Kinder mit Zusatzbedarf – fasst alle bisherigen frühkindlichen Lern- und Sprachförderprogramme zusammen. SPATZ greift dabei auf viel Bewährtes zurück, reagiert aber vor allem auf die bisher sehr begrenzten Fördermöglichkeiten vieler Tageseinrichtungen. Bisher waren wesentliche Förderwege vom Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung im letzten Kindergartenjahr abhängig. Insbesondere für zweisprachige Kinder kam dies viel zu spät.

Zukünftig können Erzieherinnen bereits im ersten Kindergartenjahr darüber entscheiden, ob Sprachförderbedarf besteht. Die Fördermittel wurden mit 11 Millionen Euro deutlich erhöht, so dass nun jede Kindertageseinrichtung Unterstützung für zusätzliche Sprachförderprogramme beantragen kann.

Noch in der Entwicklungsphase des Programms nutzten die beiden Kinder- und Jugendärzte Dr. Klaus Rodens und Thomas Jansen sowie der Vorsitzende der KVBW, Dr. Norbert Metke die Gunst der Stunde, um im Sozial- und Kultusministerium auf das Problem der fehlenden Sprachförderung aufmerksam zu machen. Denn die gestiegene Sensibilität von Eltern und Erziehern für sprachliche Auffäl-

igkeiten ihrer Kinder führte in den letzten Jahren zu einem deutlich gestiegenen Bedarf an Logopädie. 2010/2011 waren es 35 Prozent mehr Verordnungen für logopädische Therapien. Dies belastet das Heilmittelbudget der Kinderarztpraxen enorm – für das Jahr 2011 wurde der Richtwert für Heilmittel um 41 Prozent überschritten. Die betroffenen Kinder- und Jugendärzte fürchten Prüfverfahren und – selbst nach Herausrechnung der vereinbarten Praxisbesonderheiten – Regresse. Jansen dazu: „Glücklicherweise gilt seit 2012 das Prinzip „Beratung vor Regress“, so dass es für die meisten Praxen im laufenden und im nächsten Jahr wohl noch nicht zum Schlimmsten kommt.“

Jansen, Dr. Rodens und Dr. Metke wiesen im Januar auch in einem Gespräch im Kultusministerium auf die Problematik hin. Sie stellten dar, dass die veränderten gesellschaftlichen Anforderungen für die Kinder- und Jugendärzte durch die drohenden Heilmittelregresse zu einer massiven Belastung werden. Sie betonten die Notwendigkeit einer früheren und intensiveren Sprachförderung und wiederholten die Forderungen, logopädische Therapien bei Kindern grundsätzlich aus den Richtgrößen herauszunehmen.

SPATZ ist nun ein erster Erfolg auf diesem Weg. Zwar wird wohl die Intensivierung der Sprachförderung seit diesem Jahr naturgemäß erst in zwei Jahren zu einer Verbesserung bei den bisher vorwiegend therapierten fünf- bis sechsjährigen Kindern führen. „Dennoch sind wir guter Dinge für die weitere Entwicklung“, sagte Jansen. Er bittet seine Kollegen bis dahin um sorgfältige Indikationsstellung und Dokumentation jeder Logopädieverordnung. Die Verordnungen sollten genau den Heilmittelrichtlinien entsprechen. „Bei jeder Folgeverordnung sollten sie die Indikation überprüfen und dokumentieren. Und eine sorgfältige Begründung schreiben, warum eine Therapie außerhalb des Regelfalls erforderlich ist“, empfiehlt er seinen Kollegen. „So können wir das Regressrisiko deutlich verringern“, hofft Jansen.

Wer mehr über SPATZ wissen möchte, findet auf www.kultusportal-bw.de alle Informationen



Die etwas andere Sprechstunde

Medizinische Versorgung von Obdachlosen verlangt Ärzten viel ab

Wie viele Menschen in Deutschland von Wohnungslosigkeit betroffen sind, lässt sich nur schätzen – die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. in Bielefeld geht von circa 248.000 im Jahr 2010 aus. Fest steht jedoch: Die gesundheitliche Versorgung dieser Menschen ist mit zahlreichen Problemen behaftet. 60 Prozent der Wohnungslosen gehen nur selten oder überhaupt nicht zum Arzt. Krankheiten bleiben dadurch lange Zeit unbehandelt. Menschen ohne Obdach sterben früh. Wenn sie tatsächlich behandelt werden, dann häufig von engagierten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durch ihr Ehrenamt. In einer kleinen ergo-Serie soll über dieses Engagement berichtet werden. Im 2. Teil geht es um die Arbeit eines Freiburger Mediziners.

Es ist ein Sommertag im Freiburger Stadtteil Stühlinger. Strahlender Sonnenschein, vor dem Haus lagern einige Gestalten mit Hunden, rauchen, unterhalten sich. In dem holzverkleideten Gebäude des Ferdinand-Weiß-Hauses, das von außen durch die psychedelisch wirkende Bemalung der Türen auffällt, befindet sich eine Anlaufstelle für obdachlose Menschen. Hier können sie Kaffee trinken, es gibt eine kleine Bibliothek, eine Sozialarbeiterin mit Dreadlocks sitzt in einem Nebenraum und hilft den Betroffenen in allen Lebenslagen. In der Einrichtung der Diakonie können die Betroffenen auch duschen, frühstücken und haben Schließfächer, in denen sie ihre Habseligkeiten aufbewahren können. Rechts an der Seite der Eingangstür hat sich eine kleine Schlange gebildet. Diejenigen, die hier stehen, warten auf Christian Schmitthener, „ihren“ Arzt.

Sein Arbeitsbereich ist ein kleiner Allzweckraum, der dreimal in der Woche zwei Medizinern als Arztpraxis dient. Ein kleiner Holztisch, drei Stühle, eine Liege, ein Medikamentschrank, ein selbst mitgebrachter Arztkoffer, mehr gibt es nicht für Christian Schmitthener, um seine Patienten zu

behandeln. Montag und Donnerstag kommt der schlanke, grauhaarige Mediziner in die Einrichtung, um Menschen zu betreuen, die sich nicht in eine normale Arztpraxis trauen. Eine Arbeit, die ihm am Herzen liegt: „Ich habe in Berlin studiert und im Krankenhaus in Moabit, einem sozialen Problemviertel, gearbeitet und dort ist es mir sehr klar geworden, mit welchem Elend die Leute konfrontiert sind. Es war damals ungemein schwierig für Obdachlose, die ambulante Medizin zu konsultieren und da habe ich gedacht, wenn ich mal niedergelassener Allgemeinmediziner sein werde, will ich das anders machen.“ Seit 1994 tut er das auch, im Ferdinand-Weiß-Haus der Diakonie und der Freiburger Pflasterstub´ der Caritas.

Einer von Schmitthenners Patienten ist ein bärtiger Mann von 63 Jahren, der seinen Namen mit Karlheinz angibt. Dass er auf der Straße lebt, sieht man ihm an: Seine Haut ist wattergegerbt, seine Haare sind lang. Seit 1988 ist er ohne Wohnung, in der letzten Zeit lebt er in einem ausrangierten Wohnwagen auf einem Gelände, das von der Stadt zur Verfügung gestellt worden ist. Gut geht es ihm gesundheitlich nicht, sagt er, denn er hat vor einigen Jahren einen Herzinfarkt gehabt. Obwohl Christian Schmitthenners Möglichkeiten in der provisorischen Arztpraxis beschränkt sind,



Christian Schmitthener
im Gespräch mit einem Patienten.

lässt sich Karlheinz gerne behandeln: „Wenn ich hierher komme zu unserem Arzt, ist es für mich wesentlich einfacher, als wenn ich in eine Praxis gehe und mich ins Wartezimmer setzen muss. Ich fühl mich einfach diesen herabwürdigenden Blicken ausgesetzt, ich hab wahrscheinlich dreckige Fingernägel, bin nicht so angezogen wie die Allgemeinheit, und das spürt man einfach und das erträgt man nicht.“

Karlheinz ist krankenversichert und hat eine Versichertenkarte, da geht es ihm schätzungsweise wie zwei Drittel derjenigen, die ohne Wohnung sind. Er lebt von Hartz IV, seine jährliche Zuzahlung beträgt etwa 45 Euro pro Jahr. Für ihn ist das ein großer Betrag, vor allem, da er durch seine Herzkrankungen auf eine ständige Tabletteneinnahme angewiesen ist. Er hat Schulden deswegen, sagt er und auch, dass ihm letztes wieder eine Zahlungsaufforderung in den Wohnwagen geflattert sei. Christian Schmitthener hat viele säumige Zahler. Er behandelt sie mit oder ohne Praxisgebühr, mit oder ohne Krankenversichertenkarte.

Seine Patienten plagen viele chronische Erkrankungen, wie Lungenkrankheiten oder schlecht heilende Wunden. Vielen gemeinsam ist ihre Alkoholabhängigkeit. In der kleinen Praxis kann er nicht immer viel ausrichten, denn es fehlen medizinische Geräte. Daher bestellt er, wenn es nötig ist, seine Patienten in seine Arztpraxis in der Tennenbacherstraße, wo Ultraschall Doppler und EKG gemacht werden können. Die meisten Wohnsitzlosen kommen gerne in seine Praxis, doch fällt es ihnen schwer, Termine einzuhalten. Außerdem, sagt Schmitthener: „Ich kann von diesen Patienten nicht immer Behandlungseinsicht verlangen oder dass sie meinen Therapieempfehlungen folgen. Manchmal kommt ein Patient und ich sehe ihn danach nicht wieder. Es kann sein, dass einer zur Wund-, Blutdruck- oder Blutzuckerkontrolle kommt, es kann aber auch sein, dass er wegbleibt. Das ist nicht unbedingt Unzuverlässigkeit, sondern liegt auch an den Lebensverhältnissen. Bei Wundverbänden gibt man dann etwas mit zum Wechseln oder man vermeidet Salben oder Verbände, die zur Grundlage von Sekundärproblemen werden, wenn man sie länger als ein, zwei Tage draufließe.“ Wenn jemand eine ernstere Erkrankung hat, sorgt Schmitthener dafür, dass er in die Klinik kommt.

Dass sich viele Mediziner aber scheuen, Obdachlose in ihrer Praxis zu behandeln, ist nachvollziehbar. Christian Schmitthener würde sich dennoch wünschen, dass mehr Kollegen sich dazu bereit erklären. Denn grundsätzlich findet er, dass eine tragende Hausarzt-Patientenbeziehung wichtig ist. Er ermuntert seine Patienten, doch einmal nachzufra-



Das Ferdinand-Weiß-Haus in Freiburg

gen, ob sie nicht doch bei ihrem Hausarzt bleiben können, auch wenn sie sich nicht trauen hinzugehen, weil sie kein Geld haben, nicht versichert sind oder schäbig auszusehen meinen.

Auch ihm selbst, sagt Schmitthener, bringe die Behandlung etwas: „Immer wieder es fängt an mit dem Vertrauen, das mir die Leute entgegenbringen. Da gibt es Momente, wo ich mitweinen könnte über Dinge, die sie im Leben erlebt und nicht verarbeitet haben. Das fängt bei einer schwierigen Kindheit an, geht über Heimunterbringung, Gewalt und Missbrauch, hin zu Drogen und Alkohol.“ Und noch etwas: Menschen, die auf der Straße leben, sterben viel früher, oft mit 40 bis 50 Jahren.

Er selbst sieht sich als politischen Arzt, der Menschen helfen möchte, die auf der anderen Seite der Gesellschaft leben. Bei einer so weit auseinanderklaffenden sozialen Schere wie wir sie in Deutschland haben, sei es recht und billig, sich um diese Leute zu kümmern, man könne das auch einen christlichen Auftrag nennen, aber einen, der auch an der eigenen Seele nicht spurlos vorbeigehe: „Unterm Strich gehe ich abends nach Hause mit vollem Kopf, vollem Herzen, voller Seele. Da muss man schauen, dass man selbst nicht auf der Strecke bleibt, aber dafür gibt es die Balintgruppe, da gibt es die eigene Familie. Nötigenfalls muss sich der Arzt auch selbst mal Hilfe holen.“



Klinik und Kinder, Praxis und Politik

Verhindert Doppelbelastung weibliches Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung?

Nur sieben Frauen sitzen im wichtigsten Gremium der KVBW, der Vertreterversammlung. Das entspricht einem Anteil von 14 Prozent. Vor dem Hintergrund von 38 Prozent weiblicher Vertragsärzte mit steigender Tendenz sind damit Frauen in der ärztlichen Selbstverwaltung deutlich unterrepräsentiert. Eine der prominentesten weiblichen Vertreterinnen ist Dr. Anne Gräfin Vitzthum, stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung. Sie hat sich nie von widrigen Umständen abhalten lassen, sich politisch zu engagieren.

„Nein“ – die Antwort von Gräfin Vitzthum kommt schnell und direkt. Es ist die Antwort auf die Frage, ob die geschlechterspezifische Frage eine für sie relevante ist. „Ich fühlte mich immer gleichberechtigt. Und ich mag keine Quotenfrauen. Ich setze mich lieber durch.“ Sicher eine Konsequenz aus der eigenen Erfahrung. Denn Gräfin Vitzthum lebte schon in ihren frühen Jahren als Ärztin eine Frauenbiografie, die typisch ist. Typisch für eine ehrgeizige Frau, die beruflich Karriere machen, aber nicht auf Familie verzichten möchte – die Doppelbelastung war vorprogrammiert. Bis heute sagt Gräfin Vitzthum: „Ich bin immer die letzte, die ins Bett geht.“ Früher war es notwendig, weil sie Klinik und Kinder organisieren musste, heute weil sie Praxis und Politik unter einen Hut bringen möchte.

Doch für Gräfin Vitzthum ist das kein Grund zum Klagen. Im Gegenteil. Sie sagt: „Mir war und ist das Ziel wichtig. Das war am Beginn meines Studiums so und gilt jetzt für die politische Arbeit ebenso.“ Damals wie heute nutzt sie ihre Motivation und Energie für eine 50 (und mehr)-Stunden-Woche – in der Praxis und der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie engagiert sich als Bezirksbeirätin Nord-Württemberg, stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung, Delegierte der Landesärztekammer, Mitglied im Vorstand des MEDI Verbundes Baden-Württemberg und im Vorstand des Landesverbandes freier Berufe.

Begonnen hat alles in den 1970er Jahren in Köln, wo sie ihr Studium aufnahm. 1976 schloss sie mit dem Staatsexamen ab. Es folgten jeweils ein halbes Jahr Medizinalassistentin in der Inneren Medizin und in der Chirurgie. Normale Ausbildungsschritte, die Gräfin Vitzthum unter besonderen Umständen absolvierte: Zeitgleich kamen Sohn und Tochter im Abstand von einem Jahr auf die Welt.

Für andere Frauen wäre dies möglicherweise ein Grund, sich zunächst für einige Jahre aus dem Berufsleben zurückzuziehen. Für Gräfin Vitzthum nicht. Sie folgte ihrem Mann, der aus beruflichen Gründen nach München musste, und schrieb dort an der TU ihre Doktorarbeit in der experimentellen Chirurgie. Ihren Alltag organisierte sie mit Kinderfrau, einem guten Netzwerk und konnte – was vermutlich das Wichtigste war – auf einen verständnisvollen, vorurteilsfreien Chef setzen. Der ermöglichte es ihr, dass sie bis in die Nacht hinein im Labor arbeiten konnte. Denn ihm war klar, dass er die gute Arbeit von Gräfin Vitzthum nur nutzen konnte, wenn er ihr die entsprechenden Rahmenbedingungen schuf. „Er versprach sogar, mir eine MFA als kurzfristigen Babysitter zu schicken, wenn es mit der Kinderfrau mal nicht klappen sollte. Aber soweit musste ich zum Glück nie gehen“, berichtet Gräfin Vitzthum.

Glücklicherweise blieb dies nicht der einzige verständnisvolle Chef, dem sie in den folgenden Jahren auf ihren verschiedenen Stationen in Kliniken in München und Stuttgart begegnete. „Ich hatte fast überall angenehme Chefs, die



mich gefördert haben. Ich bin all diesen Mentoren sehr dankbar. Nur einmal stieß ich in einem Vorstellungsgespräch auf einen Vorgesetzten, der offen zugab, dass er einen Mann – selbst mit schlechten Zeugnissen – einer Frau mit Kindern vorziehen würde.“

Gräfin Vitzthum hat nie den – möglicherweise frauentypischen – Fehler gemacht, mit ihrer Situation hinterm Berg zu halten. Bei Vorstellungsgesprächen und im beruflichen Alltag hat sie ihre familiäre Verpflichtung immer offen gelegt. Jedem Vorgesetzten und Kollegen war klar, dass sie neben ihren beruflichen Pflichten ihre beiden kleinen Kinder versorgen musste. „Ich bin mit meiner Offenheit auf Verständnis gestoßen. Viele wollten mich über die Assistenzzeit hinaus behalten. Aber mir war schnell klar, dass ich für eine Karriere an der Klinik nicht taugte. Ich wäre zu oft mit der Verwaltung aneinander geraten“, so Gräfin Vitzthum. Sie revanchierte sich mit einer perfekten Organisation und guter fachlicher Arbeit, die es ihren Vorgesetzten leicht machte, ihr mit Teilzeitstellen und bei der Einteilung der Dienste entgegen zu kommen. Eine bittere Pille allerdings musste sie schlucken: Ihr Nettogehalt floss vollständig in die Finanzierung der Kinderbetreuung.

Fachlich kristallisierte sich bei ihr schließlich das Interesse an der Allgemeinmedizin heraus – mit einer Zusatzqualifikation in der Allergologie. Damit ließ sich Gräfin Vitzthum 1990 schließlich in eigener Praxis in Weinstadt nieder. Zwar waren die Kinder nun größer, doch auch jetzt nutzte sie funktionierende Netzwerke. „Nachbarn, Freunde und wiederum eine gute Kinderfrau haben mir den Aufbau der Praxis möglich gemacht. Und natürlich mein Mann, der alles mitgemacht hat. Ohne seine Unterstützung, sein Verständnis wäre vieles nicht gegangen.“

Unterstützung hat Gräfin Vitzthum nicht nur vom eigenen Ehemann erfahren. Sie kann auf eine Vielzahl von männlichen Mentoren und Netzwerken zurückblicken. Diese sind absolut notwendig für eine berufliche und standespolitische Karriere. So war es ihr letzter Chef, der Hausarzt Dr. Michael Oertel, der sie motivierte, sich in der Standespolitik zu engagieren. Gräfin Vitzthum wurde Delegierte in der Landesärztekammer und saß dort jahrelang im Vorstand. Im Jahr 1990 gehörte sie von Beginn an zu den aktiven Mitgliedern des MEDI-Verbundes in Baden-Württemberg. „Ich habe nicht darüber nachgedacht, ob das ausschließlich Männer waren. Die Akzeptanz war da und noch heute sind wir ein vertrauensvolles, gutes Team.“ Möglichen Konkurrenzkampf sieht sie allein auf die politische Auseinandersetzung beschränkt.

Man glaubt es Dr. Anne Gräfin Vitzthum sofort, wenn sie sagt, dass sie keine persönlichen Hemmnisse in ihrer Karriere erlebt hat. Dafür ist sie – als Urkölnlerin – zu direkt und aufgrund ihrer familiären Sozialisation zu sehr an Erfolg durch Arbeit gewöhnt. Sensibilität für weibliche Lebens-



Dr. Anne Gräfin Vitzthum: „Mir war und ist das Ziel wichtig.“

entwürfe und die typisch weiblichen Rollen der Doppelbelastung hat sie aufgrund ihrer Erfahrung dennoch: In ihrer Praxis beschäftigt sie drei Mitarbeiterinnen, die alle auch Mütter sind. Und es war für Gräfin Vitzthum keine Frage, dass ihre Mitarbeiterinnen nach kurzen Auszeiten schnell wieder in den Job zurückkehren können. Sie bietet ihren „Damen“ in ihrer Praxis nun das, was ihr ihre männlichen Förderer vor 20 Jahren ermöglicht haben: Familie und Beruf unter einen Hut zu bekommen.

Dieser Herausforderung steht auch der ärztliche, speziell weibliche Nachwuchs gegenüber. „Die jungen Frauen haben heute eine andere Lebensplanung. Sie sind nicht bereit, so zeitintensiv zu arbeiten. Und sie möchten mehr Freiraum für ihre Familien haben“, sagt Gräfin Vitzthum. Und auf die Frage, warum so wenig Frauen politische Verantwortung in der ärztlichen Selbstverwaltung übernehmen wollen, äußert sie die Vermutung: „Es liegt an den Frauen selbst. Viele wollen beruflich auf eigenen Füßen stehen, bevor sie Kinder bekommen. Das aber ist die Zeit, in der man in die Berufspolitik einsteigen sollte. Doch die Dreifachbelastung schaffen nur wenige. Auch ich habe erst mit der Politik angefangen, als meine Kinder schon älter waren. Letztlich mangelt es an den richtigen Rahmenbedingungen wie beispielsweise einer vernünftigen Kinderbetreuung und einer Entlohnung, die diese Betreuung finanzierbar macht.“

Am Schluss bringt Gräfin Vitzthum das aus ihrer Sicht dringendste Problem auf den Punkt: „Letztlich haben wir alle die gleiche Aufgabe: Wir müssen die jungen Kollegen erreichen. In der nächsten Legislaturperiode der KV-Vertreterversammlung wird es einen Generationenwechsel geben. Und dann brauchen wir junge, engagierte Ärzte mit dem Willen, die Rahmenbedingungen in Klinik und Praxis zu verändern – egal ob Mann oder Frau.“

Aller Anfang ist schwer



Starterpaket der KV Baden-Württemberg hilft bei Einstieg in den Praxisalltag

Wer sich frisch niederlassen will, ist mit einer Reihe von Problemen konfrontiert: Wie gelingt die Abrechnung? Wie ist das mit der ICD 10-Kodierung? Wie funktionieren die Abschlagszahlungen und wie erhält man sie bei Zulassungsbeginn? Gibt es bei der KV Personen, die sich speziell mit meinen Problemen auseinandersetzen und wenn ja, wer ist es und wie kann ich sie erreichen? Schnelle Hilfe und sofortige Unterstützung bei den drängendsten Fragen zur Niederlassung und der Tätigkeit als Arzt bietet ein neues Rundum-Sorglos-Paket der KV Baden-Württemberg.

Auf Initiative des Vorstands der KVBW wird ab Januar jeder frisch Niedergelassene das so genannte Starterpaket erhalten. Es handelt sich dabei um einen Karton mit verschiedenen Informationsmaterialien zur Planung des Praxisalltags. Neben einem süßen Gruß des Vorstands in Form von Gummibärchen, die man am besten nebst einer Tasse Kaffee beim Studium der Informationen zu sich nimmt, gibt es im Paket eine Praxisservice-CD, einen USB-Stick und für Notizen einen Kugelschreiber samt Post-Its. Ein Schreiben des Vorstands vervollständigt das Päckchen und heißt die neuen Kolleginnen und Kollegen herzlich willkommen. Dann muss man nur noch eine kleine Fünf-Schritte Anleitung lesen und schon kann's losgehen. Zum Beispiel mit der Praxisservice-CD.

Sie wird denjenigen, die schon länger niedergelassen sind, bereits bekannt sein: Sie enthält beispielsweise die Kontaktdaten der Kollegen, sämtliche Beratungsangebote der KV von A wie Abrechnung bis Z wie Zulassung. Dazu gehören die Niederlassungsberatung, betriebswirtschaftliche Beratung, Beratung zur Qualitätssicherung oder IT in der Praxis, Ordnungsmanagement sowie Informationen zu aktuellen Verträgen und vieles mehr. Zusätzlich finden sich hier die wichtigsten Publikationen der KV: Rundschreiben, Versorgungsbericht, Ordnungsforum, Qualitätsbericht oder das Mitteilungsblatt ergo. Auch die wichtigsten Hin-

weise und Bestellformulare zu Kassenvordrucken sind auf der Praxisservice-CD zu finden.

Weitere Servicepakete zum Praxisstart bietet der USB-Stick zum Nachlesen oder Downloaden. Darunter sind beispielsweise ein umfangreiches Dokumentenarchiv, Informationen zur Honorarzahlung, Wissenwertes der Landesärzte- und Psychotherapeutenkammer, des KV-Bürgerservices und vielen anderen Abteilungen. Eine Checkliste „Unternehmen Praxis“ zum Herunterladen hilft, Wichtiges nicht zu vergessen.

Doch das Starterpaket ist nur ein Baustein auf dem Weg in den Praxisalltag. Ein weiterer neuer Service, um den Berufsstart zu erleichtern, ist das **ProNeo**-Betreuungsprogramm der KVBW für Neumitglieder. Im ersten Niederlassungsjahr bekommt jeder Interessierte einen persönlichen Ansprechpartner in der KVBW, der beispielsweise für sämtliche Anliegen und Fragen zum Thema Abrechnung und Honorar zur Verfügung steht. Dieser Abrechnungsmentor erinnert an wichtige Termine (wie etwa die Abrechnungsabgabe), vermittelt Beratungen zum Thema Abrechnung, hat ein Auge auf die Abschlagszahlungen, prüft die ersten Abrechnungen auf Vollständigkeit und auf grundsätzliche Probleme, macht auf Neuerungen aufmerksam oder hilft bei der Suche nach Ansprechpartnern zu anderen Themen.

Und so funktioniert die Teilnahme: Jedes neue Mitglied wird von der KVBW angeschrieben und über das neue Serviceangebot informiert mittels eines Flyers, einer entsprechenden Information und einem Formular zur Teilnahmeerklärung, das er mit der Einladung zur Erstberatung erhält. Sendet der Arzt oder Psychotherapeut die Teilnahmeerklärung zurück, erhält er kurze Zeit später ein Schreiben, in dem sein persönlicher Mentor sich ihm vorstellt und den weiteren Ablauf erklärt. Mit dieser persönlichen Unterstützung soll jedem Anfänger eine praktische Hilfe an die Hand gegeben werden, um eine Orientierung im Dschungel der

vielfältigen Abrechnungsbestimmungen und Honorarregelungen zu erhalten.

Auch die Management-Akademie der KV Baden-Württemberg hat **Seminarangebote zur Praxisgründung** entwickelt. In Starterseminaren in ganz Baden-Württemberg werden Themen wie Einführung in die Abrechnung, Codierung, Abschlagszahlungen, Genehmigungspflichtige Leistungen oder weitere Angebote der KVBW angesprochen. Hier besteht zudem Gelegenheit, die regionalen Berater der KV kennenzulernen. Das nächste Starterseminar ist am 2. März 2013 in Reutlingen geplant. Weitere Seminare finden am 15. Mai in Freiburg, am 19. Juli in Karlsruhe, am 13. November in Reutlingen und, speziell für Psychotherapeuten, am 20. November in Stuttgart statt.

Mit diesem ganzen Maßnahmenpaket möchte die KVBW den Einstieg in das Berufsleben für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten so angenehm und reibungslos wie möglich gestalten. Sollten noch Fragen auftauchen,

steht der Praxiservice jederzeit für Neuniedergelassene und natürlich auch „alte Hasen“ unter der Nummer: 0711/7875-3300 beziehungsweise der E-Mail-Adresse: praxiservice@kvbawue.de für Sie zur Verfügung.

Ihre kompetenten Ansprechpartner der Abrechnungsberatung erreichen Sie außerdem telefonisch, auch zur Vereinbarung eines persönlichen Beratungstermins:

BD Karlsruhe	Tel. → 0721/5961-1397
BD Stuttgart	Tel. → 0711/7875-3397
BD Reutlingen	Tel. → 07121/917-2397
BD Freiburg	Tel. → 0761/884-4397
E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de	

Management Akademie der KV Baden-Württemberg

Tel. → 0711/7875-3535
 Fax → 0711/7875-3888
info@mak-bw.de



Ein Traum wird wahr

KVBW präsentiert neues Layout der Abrechnungsunterlagen

Es ist ein Wahlversprechen des Vorstands, eines der größten Anliegen der Mitglieder und selbst die Spezialisten unter den KV-Mitarbeitern wünschen sich nichts sehnlicher: Die Unterlagen der Quartalsabrechnung sollen tatsächlich verständlicher werden. Nicht ohne Grund stand dieses Ziel an oberster Stelle der To-do-Liste des Vorstands der KVBW. Umso stolzer hat er das neue Layout der Abrechnungsunterlagen nun bei der Vertreterversammlung am 17. Oktober 2012 präsentiert.

Es war ein klarer Auftrag an Vorstand und Geschäftsführung: Die Mitglieder der KVBW klagten über die Komplexität der Abrechnungsunterlagen, die jedes Quartal auf nahezu 800.000 Seiten an die Ärzte verschickt werden. Wie viele Patienten wurden behandelt, welche Leistung wurde erbracht, aber nicht honoriert? Und wie hoch ist schlussendlich das Gesamthonorar der Praxis? Mit diesen Fragen wird

nicht nur die Abrechnungsberatung täglich konfrontiert. Bei den Ärzten in der Praxis wirft der Honorarbescheid oft mehr Fragen als Antworten auf. Grund genug für den Vorstand der KVBW, dieses Problem aufzugreifen und nach einer Lösung zu suchen. Doch wo und vor allem wie fängt man so eine umfassende Reform an?

Cornel-Andreas Güss, Leiter des Geschäftsbereiches Abrechnung, wollte zunächst einmal genau wissen, wo der Schuh drückt. Hierzu wurde eine repräsentative Umfrage bei circa 4.000 Mitgliedern gestartet rund um das Thema Abrechnungsunterlagen. Das Ergebnis war eindeutig. Bei der Frage, welche Quartalszahlen sie auf einen Blick der neuen Honorarinformation entnehmen möchten, antworteten nahezu 100 Prozent, dass ihnen das Gesamthonorar am wichtigsten sei. Darauf folgten an zweiter Stelle die Höhe der Schlusszahlung und die Gesamthöhe der Abschlagszahlungen.

Mit diesen wichtigen Informationen ausgestattet, machte sich die Projektgruppe an die Arbeit, um ein neues Konzept für die Honorarunterlagen zu entwickeln. Die Komplexität zu verringern und das Wesentliche auf einen Blick erkennbar zu machen, aber auch das Erscheinungsbild grundlegend zu verändern, war die Zielstellung. Um Sicherheit zu haben, ob Konzeption und Umsetzung den Wünschen und Anforderungen der Mitglieder entsprechen, pflegte die Projektgruppe einen ständigen Austausch mit Mitgliedern, den Beratenden Fachausschüssen und den Bezirksbeiräten. Das Ergebnis ist ein grafisch modern aufbereitetes Layout, das sich sehen lassen kann: Bereits die erste Abrechnung 2013 soll im neuen Kleid erscheinen.

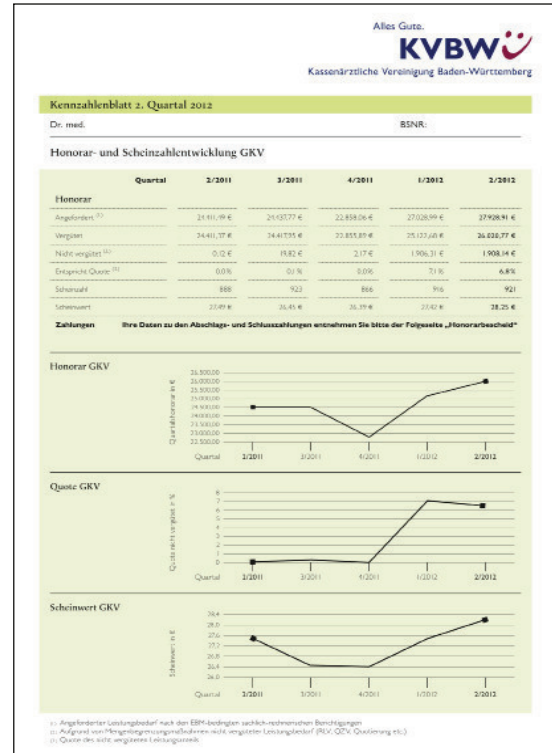
Kennzahlenblatt und Anlagenverzeichnis

Das Deckblatt und zugleich wichtigste Neuerung ist das sogenannte Kennzahlenblatt. Ein farbig und grafisch aufbereiteter „Honorarbescheid“, der auf den ersten Blick die relevanten Informationen erkennen lässt: Vergütetes und nicht vergütetes Honorar, Scheinzahl und Scheinwert – und alles im Vergleich zu den letzten Quartalen. Zur besseren Übersicht werden diese Werte zudem in einem Flussdiagramm grafisch dargestellt, um den Trend von Quartal zu Quartal optisch erkennbar zu machen. Der eigentliche Honorarbescheid folgt auf der nächsten Seite. Hier werden als wesentliche Information die Schluss- und Abschlagszahlungen aus dem Schriftbild hervorgehoben.

Des Weiteren wird es ein Anlagenverzeichnis geben, das übersichtlich und spezifisch für die jeweilige Praxis auflistet, welche Unterlagen im Ausdruck folgen: Berechnung und Abrechnungsnachweis der RLV, Richtigstellungsbescheid oder die Berechnung zum Wirtschaftlichkeitsbonus. Sämtliche Anlagen wurden im Erscheinungsbild angeglichen und durchnummeriert. Insgesamt wurde darauf geachtet, das Gesamtpaket im Ausdruck auf das rechtlich Notwendige zu beschränken.

Reform noch nicht abgeschlossen

Das große Ziel „Transparenz der Abrechnungsunterlagen“ ist mit diesen Schritten noch nicht erreicht. Zukünftig möchte die KVBW weiterhin auf moderne Kommunikationswege setzen. Weniger Drucken und Versenden ist die Zielsetzung, um noch mehr der Forderung nach Vereinfachung gerecht zu werden. Hierzu soll der Arzt langfristig alle Abrechnungsunterlagen und weitere wertvolle Daten



Das neue Kennzahlenblatt: Wichtigste Praxisdaten im Überblick

zur Steuerung seines Unternehmens „Arztpraxis“ im Mitgliederportal finden. Ziel ist es, zukünftig lediglich das Kennzahlenblatt, den Honorarbescheid und das Anlagenverzeichnis auf dem Postweg den Arztpraxen zukommen zu lassen. Dieses Vorhaben wird auch durch das Ergebnis der Mitgliederumfrage unterstützt: Informationsunterlagen wie beispielsweise die Gebührennummernübersicht GKV/SKT oder die Leistungsübersicht möchten die Befragten lieber über das Mitgliederportal abrufen.

Bis es jedoch soweit sein wird, sind noch einige Voraussetzungen zu schaffen. Rechtliche, technische und organisatorische Gegebenheiten müssen geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Daher muss an verschiedenen Schrauben gedreht werden, angefangen von der Einreichung der Abrechnung über einen Zentralen Abrechnungseingang bis hin zur Widerspruchseinreichung und -bearbeitung.

Positives Feedback

Die Delegierten der Vertreterversammlung begrüßten einstimmig die Vorgehensweise von Vorstand und Geschäftsführung. Die neue Gestaltung des Layouts und die Vereinfachung der Darstellung wurden sehr positiv aufgenommen. Das war ein wichtiges Zeichen für die KVBW, dass sie hier auf dem richtigen Weg ist, den Mitgliedern mit dieser Reform den Arbeitsalltag zu erleichtern und so dem Dienstleistungsversprechen gerecht zu werden.

„Man braucht als Arzt eine Möglichkeit, Adrenalin abzubauen“

16mal Edelmetall bei den Paralympics für Karlsruher Dermatologen

Es ist die letzte Runde im Stadion, Halbfinale, 100 m vor dem Ziel: Der Rollstuhlfahrer hat den Sieg schon vor Augen, greift in die Räder, gibt alles, da passiert es: Er stürzt bei voller Fahrt, es gibt einen Crash, andere Fahrer rasen in ihn rein, eine Weiterfahrt ist unmöglich. Der Traum ist aus – ausgerechnet bei seiner Paradedisziplin über 1500 Meter Rollstuhl. Es ist der Ort seines größten Sieges und jetzt auch der seiner größten Niederlage. Sommer 2004 in Athen: Paralympics. Dr. Robert Figl, heute 45, ist Hautarzt, Rollstuhlfahrer, ehemaliger Leistungssportler.

Der Dermatologe aus Karlsruhe hat in seinem Sportlerleben fünfmal an den Paralympics teilgenommen, in Seoul, Barcelona, Atlanta, Sydney und Athen. Begonnen hat er mit dem Sport bereits als Teenager. Sport hatte für ihn, der als dreijähriger Junge durch einen Unfall querschnittgelähmt wurde, schon von frühester Jugend an eine besondere Bedeutung: „Am Anfang war für mich natürlich hauptsächlich der Wettkampf sehr wichtig. Dann war für mich als Rollstuhlfahrer das Reisen ganz elementar und natürlich mittlerweile auch die Freundschaften mit anderen Sportlern, die man dadurch geknüpft hat. Das war für mich der Reiz.“



Dr. Robert Figl auf Erfolgspur 2004 in Athen

Große sportliche Erfolge erfordern aber auch viele Opfer. Ein bis zweimal Training täglich, mit Einheiten von bis zu drei Stunden. Auf die Frage, wie man neben einem Pensum von sechs Stunden Sport am Tag auch noch ein Studium beziehungsweise eine Facharztausbildung hinbekommt, sagt Figl, außerhalb des Leistungssports eher ein Mann der leisen Töne: „Zum einen hat man ein längeres Studium, muss Urlaubssemester vor den ganz wichtigen

Wettkämpfen einlegen. Und was die Arbeit betrifft, habe ich geschaut, dass ich unbezahlten Urlaub bekam.“

Über 22 Jahre lang – bis zum Jahr 2007 – gehörte Figl der deutschen Nationalmannschaft an. Gleichzeitig arbeitete er in der Hautklinik des Klinikums Mannheim und beim Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg. Seit 2007 ist er mit seiner Frau Adina, mit der er zwei Kinder hat, in der Karlsruher Innenstadt als Hautarzt niedergelassen. Seine sportlichen Erfolge sind beachtlich: siebenmal Gold im Rollstuhllernen, viermal Silber und fünfmal Bronze. Doch ein besonderes Erlebnis waren für ihn die Paralympics aus einem anderen Grund: „Es ist ein Riesenunterschied zu den nationalen Meisterschaften, wenn man dann plötzlich die Nationalhymne hört, beim Einmarsch in das große Stadion dabei ist oder die imponierenden Zuschauererzählungen sieht. Und wenn man dann noch den Adler auf der Brust hat, ist es auch beeindruckender als wenn man „nur“ das heimische Vereinstrikot trägt.“

Sein größter Erfolg war die Goldmedaille bei einem Demonstrationsrennen über 1500 m Rollstuhl bei den Olympischen Spielen 2004 in Athen, als er vor 80 000 Zuschauern gewann, an der gleichen Stelle, an der ihn ein paar Wochen später sein Rollstuhl so schmachlich im Stich lassen sollte. Mittlerweile hat Figl den Leistungssport aufgegeben, doch wenn er bei den Paralympics zuschaut, tut er es mit gemischten Gefühlen: „Sicherlich reizt es einen, noch mal mitzumachen, andererseits kann ich mich auch noch ganz genau dran erinnern, dass ich mich manchmal gefragt habe, was mache ich denn eigentlich hier, zum Beispiel beim Trainingslager auf Lanzarote oder Teneriffa, wo man auf den Bahnen im Stadion 30 km immer nur im Kreis gefahren ist. Durch das Intervalltraining kommen Sie dann auch noch körperlich ganz stark an Ihre Grenzen. Dann denkt man schon manchmal, he, bin ich eigentlich verrückt.“

Mittlerweile kann er sich entspannt zurücklehnen, die anderen machen lassen und nur noch Freizeitsport genießen: „Ich denke, man braucht als Arzt einen gewissen Ausgleich, muss mal an was anderes denken. Für mich ist es einfach praktisch, das Adrenalin abzubauen und das konnte ich über den Sport immer am besten.“



„Ich versuche immer, dem Kollegen Gehör zu verschaffen“

Vertragsärzte entscheiden als ehrenamtliche Richter am Sozialgericht mit

Wenn vor dem Sozialgericht Verhandlungen geführt werden, sitzen neben dem Berufsrichter immer zwei ehrenamtliche Richter. Diese müssen „aufgrund eigener Betroffenheit oder ihrer beruflichen Tätigkeit über Erfahrungen“ im Fachgebiet verfügen, so steht es im Sozialgerichtsgesetz. Sind es Fälle aus dem Vertragsarztrecht, sind die beiden Laienrichter meist selbst niedergelassene Ärzte. Dr. Wolfgang Miller, niedergelassener Chirurg und ehrenamtlicher Richter am Landessozialgericht, berichtet über seine Erfahrungen mit dem Ehrenamt.

ergo: Herr Miller, Sie sind seit einem halben Jahr ehrenamtlicher Richter am Landessozialgericht. Davor waren Sie über neun Jahre am Sozialgericht in Stuttgart. Wie sind Sie dazu gekommen?

Ich wurde vor elf Jahre von einem Vorstandsmitglied der KV Nordwürttemberg angesprochen. Zunächst hatte ich Bedenken wegen meiner mangelnden Erfahrung. Denn ich war gerade erst seit drei Jahren niedergelassen und noch keine 40 Jahre alt. Der Kollege beruhigte mich damit, dass immer mehr Kollegen vorgeschlagen werden als gebraucht werden. Er versicherte mir, dass das Gericht schon die rechte Wahl treffen würde.

ergo: Ihr Einstieg war also nicht ganz freiwillig. Inzwischen aber sind Sie voller Überzeugung Laienrichter. Warum ist Ihnen dieses Engagement so wichtig?

Ich bin quasi zeitgleich in mein Leben als Vertragsarzt mit eigener Praxis und als Laienrichter am Sozialgericht hineingewachsen. Man hört viel von den Kollegen und jeder macht so seine eigenen Erfahrungen. Jeder kennt die „sachlich-rechnerische Richtigstellung“, den „Leistungsinhalt“, die „Plausibilitätsprüfung“. Aber wer weiß schon so genau, was dahinter steckt.

Fast jeder Kollege kennt das Gefühl, nicht gerecht behandelt zu werden. Meist ist es in der ersten Instanz ja der Vertragsarzt, der gegen die KV klagt. Wenn es im sogenannten Verwaltungsverfahren keine Einigung gab, geht es eben vor Gericht. Und in diesen Fällen sind die Fronten meist verhärtet. Dann muss es das Sozialgericht richten.

Im Labyrinth von Paragraphen, Ausführungsbestimmungen und früheren Urteilen hilft manchmal der gesunde Menschenverstand, den die Laienrichter mitbringen. Vieles ist so komplex, dass selbst erfahrene Richter am Sozialgericht den Widerspruch zwischen Versorgungsrealität und Abrechnung der Leistungen im Einzelfall nicht überblicken. Dann können es die Ehrenamtlichen aus Arztsicht erklären. Ich versuche immer, dem Kollegen und seinem Anliegen Gehör zu verschaffen. Manchmal gelingt es uns, gefühltes Unrecht zu mildern. Und meistens liegt – wie im richtigen Leben – die Wahrheit in der Mitte. Fälle, in denen die Klage ganz unverständlich wäre, gibt es kaum.

ergo: Sie sagten, dass der Vorstand der KVBW die Kandidaten vorschlägt. Wie geht es danach weiter?

Das Sozialgericht wählt aus der Liste. Wenn man dann berufen wird, muss man zunächst eine ganze Menge Bestimmungen „zur Kenntnis nehmen“. Ich wurde offiziell über meine Pflichten aufgeklärt und schließlich feierlich verpflichtet.

Ehrenamtliche Richter am Sozialgericht

Wenn auch Sie Interesse an der Tätigkeit eines ehrenamtlichen Richters am Sozialgericht haben, wenden Sie sich bitte an:

Roswitha Jungbauer, KVBW Rechtsbereich

Tel. → 0711 / 7875-3195

E-Mail → roswitha.jungbauer@kvbawue.de



Kurzbiografie Dr. Wolfgang Miller

Jahrgang 1962. Medizinstudium in Ulm 1982 bis 1988. Weiterbildung in Ulm, Biberach und Stuttgart. Seit 1998 niedergelassen als Chirurg in Leinfelden-Echterdingen. Aktiv in der Kreisärzteschaft Esslingen, Mitglied im Vorstand der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Delegierter der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Mitglied des erweiterten Vorstands MEDI Baden-Württemberg, aktiv in der Notfallpraxis Filder. Seit 2002 beim Sozialgericht Stuttgart, seit 2012 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg als ehrenamtlicher Richter.

ergo: *Wie groß ist der zeitliche Aufwand? Können Sie Einfluss auf die Terminplanung nehmen?*

Beim Sozialgericht war ich ein- bis zweimal im Jahr dran. Beim Landessozialgericht bisher einmal in vier Monaten. Die Terminierung erfolgt meist zwei bis drei Monate im Voraus. Wenn ich keine Zeit habe, wird der nächste gefragt.

ergo: *Gibt es eine Aufwandsentschädigung?*

Die Kandidaten müssen Bereitschaft mitbringen, Zeit und Kraft zu investieren. Und sie müssen auf Umsatz in der Praxis verzichten. Man wird sicher nicht belohnt durch die gesetzlich festgelegte Entschädigung, sondern durch Erfahrungen, die man sonst nirgends machen kann.

Grundsätzlich gibt es eine relativ geringe Aufwandsentschädigung von 5 Euro bis maximal 20 Euro pro Stunde, nach nachgewiesenem Verdienstausschlag. Relativ kulant ist die Regelung bei Niedergelassenen in eigener Praxis: Hier werden statt der Aufwandsentschädigung die tatsächlichen Aufwendungen für den Praxisvertreter erstattet.

ergo: *Werden Sie ausschließlich bei den Verhandlungen eingesetzt, die etwas mit dem Vertragsarztrecht zu tun haben? Oder nehmen Sie auch in anderen Rechtsbereichen, die das Sozialgericht verhandelt, teil?*

Sozialgerichtsbarkeit ist ja viel mehr als die Streiterei ums SGB V. Aber im Schwerbehindertenrecht oder Rentenrecht kann ich aus eigener Erfahrung nichts beisteuern. Ich bin also nur dabei, wenn es ums Vertragsarztrecht geht. Das gilt auch andersherum: Was sollte ein „normaler“ Bürger, etwa ein Rentner, der im Bereich der Rentenversicherung als ehrenamtlicher Richter eingesetzt ist, zu den Wirren und Fallstricken des EBM sagen? Er würde schlicht nicht verstehen, worum es geht. Wir verstehen es ja selbst oft kaum.

ergo: *Gibt es den „typischen“ Fall im Vertragsarztrecht?*

Nein, die Fälle sind so vielfältig wie der Kassenarztalltag. Mal geht es um Rezepte für den Sprechstundenbedarf, die regressiert wurden, mal um die zeitliche Zuordnung von erbrachten Leistungen. Manchmal geht es um hundert Euro – das ist für den Kollegen oder die KV dann wohl eher

eine Sache des Prinzips. Manchmal geht es aber auch um ein paar hunderttausend Euro. Und alles muss gleich ernst genommen und korrekt entschieden werden.

ergo: *Ist Ihnen noch ein besonderer Fall im Gedächtnis?*

Ein Kollege war der KV aufgefallen, weil er öfter als der Durchschnitt die „alte“ Ziffer 5 – „unvorhergesehene Inanspruchnahme bei Notfällen“ abgerechnet hatte. Die KV war da im Vorfeld wohl nicht kompromissbereit. In der mündlichen Verhandlung hat der Kollege, der selber gekommen war, uns die Situation seiner großen Allgemeinpraxis auf dem Land erklärt: Sprechstundenzeiten und Einzelheiten im Tagesablauf. Er hat schließlich Recht bekommen. Das hat mich persönlich gefreut. Denn oft genug schwingt ja die Unterstellung mit, die Kollegen würden zu großzügig abrechnen und das Honorar der anderen Kollegen damit schmälern.

ergo: *Sie haben den „Aufstieg“ zum Landessozialgericht geschafft. Unterscheiden sich die Prozesse am Landessozialgericht von denen vor dem Sozialgericht?*

Am Sozialgericht stehen zwei ehrenamtliche Richter dem vorsitzenden Richter zur Seite. Der ist der Profi, kennt die Rechtssprechung, kann aber theoretisch von den beiden Ehrenamtlern überstimmt werden. Und möglicherweise kommt dabei ein Urteil heraus, das gegen die Rechtssprechung steht. Das Risiko ist hoch, dass solch ein Urteil in der Revision wieder kassiert wird.

Am LSG sieht es daher anders aus: Der Senat ist mit drei hauptamtlichen und zwei ehrenamtlichen Richtern besetzt. Wenn sich also die drei Juristen einig sind, ist das Urteil eigentlich schon durch, auch wenn die beiden Ehrenamtler es anders sehen. Natürlich tauscht man sich aus, und die Juristen sind dankbar für jeden Hinweis aus der Kassenarztpraxis. Die Beratungen insgesamt verlaufen sehr respektvoll. Allerdings gibt es beim LSG wohl kein Urteil, das sich von vornherein gegen die Rechtssprechung stellt. Trotzdem ist es gut, dass man auch hier die ärztlichen Kollegen zumindest hört und nicht nur nach dem Buchstaben des Gesetzes entscheidet.

Vielen Dank für das Gespräch.

Ruhestand verdient

Norbert Bonauer verlässt die KV Baden-Württemberg



Der langjährige Leiter der Bezirksdirektion Karlsruhe, **Norbert Bonauer**, ist zum 1. November in Altersteilzeit gegangen. Der Diplom-Kaufmann ist direkt nach dem Studium an der Universität Mannheim am 1. Juni 1974 als Direktionsassistent bei der damaligen KV Nordbaden, Abrechnungsstelle Karlsruhe, eingetreten. 1982 bestellte der

Vorstand Bonauer zum stellvertretenden Geschäftsführer. Ab 1994 leitete er als Hauptgeschäftsführer mit der Dienstbezeichnung Direktor die Geschicke der KV Nordbaden. Ab 1. Januar 2005 nach der Fusion zur KV Baden-Württemberg übernahm er die Leitung der Bezirksdirektion Karlsruhe. Seit dem Jahr 2010 leitete er zusätzlich zum Geschäftsbereich Qualitätssicherung auch den Geschäftsbereich Verordnungsmanagement und entwickelte eine Konzeption zur Weiterentwicklung und Strukturierung dieser Geschäftsbereiche. Ab Januar 2011 beriet Bonauer den Vorstand der KV Baden-Württemberg als neuer Vorstandsbeauftragter. Neben seiner Tätigkeit bei der KV engagierte sich Bonauer an der Akademie für Weiterbildung an den Universitäten Heidelberg und Mannheim und beim Studiengang „Gesundheitsökonomie im Praxisverbund“ der Hochschule Ludwigschafen.

Nachfolger von Bonauer ist **Dr. med. Michael Viapiano**. Nach seinem Medizinstudium in Bonn arbeitete er fünf Jahre lang als angestellter Arzt in dermatologischen Praxen im rheinland-pfälzischen Trier und im oberpfälzischen Neumarkt. Seit 1. Mai 1999 ist er KV-Mitarbeiter, zunächst als Ärztlicher Referent der Hauptgeschäftsführung, nach der Fusion 2005 als Sachgebietsleiter „Beratung, Genehmigung und Prüfung“ des Geschäftsbereichs Qualitätssicherung. Zum 1. Januar 2011 übernahm Viapiano zunächst kommissarisch, ab dem 1. Juli 2011 dann vollständig die Leitung des inzwischen fusionierten Geschäftsbereichs Qualitätssicherung und Verordnungsmanagement. Seit November dieses Jahres ist er zusätzlich Leiter der Bezirksdirektion Karlsruhe, eine Tätigkeit, der er vorher schon als Abwesenheitsvertreter von Norbert Bonauer nachging. Dr. Michael Viapiano freut sich sehr auf seine zukünftigen Aufgaben. In den bisher über 13 Jahren seines KV-Engagements waren stets Qualitätssicherung und Verordnungsweise seine Arbeitsschwerpunkte.



Die KV Baden-Württemberg dankt Norbert Bonauer für 38 Jahre Engagement in der KV. Er ging seinen Aufgaben stets mit Sorgfalt und Hingabe sowie mit großer Sachkunde, Einfühlungsvermögen und Verantwortungsbewusstsein nach.

Weissacher Künstlerin Friederike Strauß stellt in der KV in Stuttgart aus

Insgesamt 16 Gemälde und Graphiken sind noch bis zum 18. Januar auf der Fläche vor dem Casino zu sehen. Strauß ist in Gleiwitz (Oberschlesien) geboren, aufgewachsen in Hessen und Baden-Württemberg und ausgebildete Pädagogin. Sie nahm Mal- und Zeichenunterricht bei zahlreichen Künstlern in Österreich, Schweiz, Frankreich und Italien. Bei ihren Arbeiten bevorzugt sie Aquarell-, Acryl- und Gouachefarben sowie Tusche, Pastellkreiden, Mischungen aus Leim, Erde, Asche, Sand und Gesteinsmehlen. Besonders die Natur, also Strukturen auf Holz, Stein, Erde und Sand, fasziniert die Künstlerin dabei. Die Werke sind in der Regel 60 mal 80 cm groß und kosten um die 500 Euro. Die Ausstellung ist während der KV-Öffnungszeiten zu besichtigen.

Weitere Informationen:
www.friederike-strauss.de



„Begegnung“
von Friederike Strauß

Erste erfolgreiche Bilanz für den Pflegeheimvertrag zwischen KVBW und Barmer GEK

Menschen, die im Pflegeheim leben, brauchen eine besondere medizinische Betreuung. Oft genug ist dies allerdings für den behandelnden Arzt schwierig in den Praxis-Alltag zu integrieren. Um hier mehr Anreiz zu schaffen, haben KVBW und die Barmer GEK zum 1. April 2012 einen Vertrag zur verbesserten Versorgung von Bewohnern in Pflegeheimen in Baden-Württemberg abgeschlossen.

Seitdem können sich Hausärzte direkt und unbürokratisch einschreiben und Pflegeheim-Patienten der Barmer GEK im Rahmen des Vertrages behandeln. Ziel des Vertrages ist eine engere Verknüpfung der Arztpraxen mit den Pflegeheimen. Die Hausärzte verpflichten sich, die Patienten mindestens einmal pro Quartal zu besuchen und erhalten dafür eine zusätzliche – extrabudgetäre – Vergütung von 25 Euro. Dadurch erhöht sich die Besucherfrequenz deutlich, die Versorgung der Patienten verbessert sich.

Weiterer wichtiger Bestandteil des Vertrages ist die Einbeziehung der Fachärzte – speziell für Urologie und Dermatologie. Koordiniert von der Hausarztpraxis können Urologen und Dermatologen direkt zu der Behandlung hinzugezogen werden. Auch sie erhalten zusätzlich zu den Behandlungskosten eine

Vergütung, ohne sich in den Vertrag einschreiben zu müssen. Die Zusammenarbeit mit den Fachärzten hat den besonderen Vorteil, dass beispielsweise Eingriffe wie das Legen eines suprapubischen Katheters vor Ort im Pflegeheim vorgenommen werden können. Dadurch reduzieren sich die Krankenhauseinweisungen. Die Patienten bleiben in ihrer gewohnten Umgebung, die Kosten sind überschaubar.

Seit dem Start des Vertrages haben sich 131 Hausarztpraxen mit 495 Einschreibungen beteiligt. Hinzu kommen 15 Einschreibungen von urologischen Praxen und 13 Einschreibungen von Dermatologen. Das ist ein guter Anfang – im Interesse der verbesserten Versorgung pflegebedürftiger Menschen sollten es aber noch mehr teilnehmende Ärzte werden.

Genauere Informationen zum Vertrag finden Sie auf unserer Website: www.kvbawue.de → Praxisalltag → Nachrichten zum Praxisalltag → „KVBW und Barmer GEK wollen medizinische Versorgung in Pflegeheimen verbessern“

Weitere Informationen darüber, wie Sie sich in den Vertrag einschreiben können, erhalten Sie bei unserer Abrechnungsberatung: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Projekt Individuelle Patientenbegleitung sorgt für optimale Versorgung und weniger Bürokratie

Die Versorgung chronisch kranker Menschen nimmt in den Praxen oft viel Zeit in Anspruch. Und das nicht nur aufgrund der umfangreichen Behandlungen und Gespräche mit den Patienten, sondern oft genug auch durch die Koordination behandlungsbegleitender Maßnahmen und den damit verbundenen administrativen Tätigkeiten. Um hier die Ärzte zu entlasten und gleichzeitig die Versorgung der Patienten zu optimieren, entwickelte die KVBW gemeinsam mit drei Betriebskrankenkassen in einem Pilotprojekt das Konzept der „Individuellen Patientenbegleitung“.

Bisher beteiligt sind die BKK MAHLE, WMF BKK und BKK Scheufelen, die mit der KVBW einen Vertrag zur Durchführung der Versorgungssteuerung und Patientenbegleitung in Baden-Württemberg abgeschlossen haben. Aufgrund des positiven Echos bei Ärzten und Versicherten der drei Pilotkassen wurde das Projekt bereits seit 1. Juli 2012 von der Pilotphase in den Regelbetrieb überführt. Weitere Krankenkassen haben bereits Interesse angemeldet.

Die Idee der Vereinbarung ist denkbar einfach: Nicht die Ärzte oder ihre Praxismitarbeiter, sondern Krankenkassen-Mitarbeiter

kümmern sich um die Koordination einer optimalen Versorgung der Patienten. Sie organisieren ergänzende Behandlungstermine bei anderen Ärzten oder begleitende therapeutische Maßnahmen. Sie koordinieren das Zusammenwirken der verschiedenen Behandler und kümmern sich um die notwendigen Hilfs- und Heilmittel. Auch im Bereich der Pflegeversorgung leisten sie Unterstützung. Der behandelnde Arzt muss lediglich über einen Steuerungsbogen die nichtärztlichen Leistungen delegieren. Aufwändige Dokumentationen entfallen, zusätzlicher EDV-Einsatz ist nicht notwendig. Der Beitritt erfolgt ganz unbürokratisch durch das Ausfüllen einer Beitrittserklärung. Beitreten können grundsätzlich alle Haus- und Fachärzte. Der Arzt erhält eine Einzelleistungsvergütung im Rahmen der Quartalsabrechnung von einmalig 25,00 Euro im Einschreibequartal (GOP 98675) und 12,50 Euro für die Folgequartale (GOP 98676).

Sollten Sie Interesse am Beitritt haben, nehmen Sie bitte Kontakt zur Individuellen Patientenbegleitung auf. Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr Tel. → 07154/1316-700 E-Mail → patientenbegleitung@bkk-bw.de

Qualitätszirkel

We are the Champions: Qualitätszirkel expandieren

KVBW-Förderangebote trotzdem noch weitgehend unbekannt

Ärztliche Qualitätszirkel (QZ) sind aus der vertragsärztlichen Versorgung nicht mehr wegzudenken. Das vor zwanzig Jahren eingeführte Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung hat sich nach anfänglicher Skepsis etabliert und genießt mittlerweile hohe Anerkennung. Was viele nicht wissen: Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder durch Fördermaßnahmen.

Der Patient kann sich sicher sein: Die vom niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten erbrachten Leistungen sind qualitätsgeprüft. Weit gefehlt, wer bei Qualitätssicherung nur an die stichprobenartige Überprüfung von ärztlicher Dokumentation oder Apparaten denkt. Zu den Instrumenten gehören auch Fortbildungen und nicht zuletzt der moderierte Austausch in Qualitätszirkeln.

Qualitätszirkel sind ein Verfahren zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität innerhalb eines selbstlernenden Systems, das auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basiert. Genau hierin liegt das Erfolgsgeheimnis. Mindestens viermal pro Jahr kommen die Teilnehmer anerkannter Qualitätszirkel, unterstützt von einem QZ-Moderator, zusammen, um sich zu selbst gewählten Themen auszutauschen. Diese freiwillige Evaluation der Arbeit am Patienten gehört mit zu den aussichtsreichsten Methoden der Qualitätssicherung. Umso erfreulicher ist es, dass das Interesse daran Jahr für Jahr zunimmt. So sind aktuell knapp 900 Qualitätszirkel aktiv. Ungefähr jedes dritte Mitglied der KVBW nimmt bereits an einem Qualitätszirkel teil. Qualitätszirkel sind als Fortbildungsmaßnahme anerkannt. Bis zu vier Punkte gehen auf das Fortbildungskonto abhängig von der protokollierten Dauer der Zusammenkunft.

Mindestens fünf und maximal zwanzig Köpfe einschließlich Moderator zählt die Gruppe, wenn sich Ärzte und Psychotherapeuten zu strukturierten anonymen Fallbesprechungen treffen. Teilweise wird auch das Praxispersonal eingebunden. Am häufigsten bleiben die Fachgruppen dabei unter sich. Interdisziplinäre Zirkel, mit Teilnehmern aus unterschiedlichen Fachrichtungen, sind mit knapp fünf Prozent in der Minderzahl.

Qualitätszirkel der „besonderen Art“ gibt es seit 2011 innerhalb des Projekts „Frühe Hilfen“. Für die baden-württembergische Vernetzung zum Schutz von Kindern bis zu drei Jahren sind sektorenübergreifende Zirkel ein zentrales Instrument. Niedergelassene Kinderärzte, Hausärzte, Psychotherapeuten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jugendämtern bearbeiten in ihren Qualitätszirkel-Sitzungen Fälle von möglicher Kindesgefährdung. Gemeinsam wird überlegt, wie den betroffenen Familien geholfen werden kann. Die Moderatoren hierfür wurden speziell geschult. In mittlerweile 29 Städten und Landkreisen in Baden-Württemberg kommen die sogenannten Moderatoren-Tandems, die aus jeweils einem Arzt beziehungsweise Psychotherapeuten und einem Mitarbeiter der Jugendhilfe bestehen, zum Einsatz. Auf die Evaluation des Projekts darf man gespannt sein.

In Baden-Württemberg haben im vergangenen Jahr 869 moderierte ärztliche Qualitätszirkel in regelmäßigen Abständen Fragen aus dem Praxisalltag diskutiert. Die Anzahl der Qualitätszirkel konnte sich wie schon in den Vorjahren steigern. 50 Qualitätszirkel haben sich 2011 neu gefunden. Das entspricht einer Steigerungsrate von sechs Prozent. Die

gesamte Teilnehmerzahl hingegen blieb annähernd konstant. Das bedeutet, dass die durchschnittliche Zirkelgröße auf knapp neun Personen zurückgegangen ist. Eine Gruppengröße von neun gilt als ideal. Zu berücksichtigen ist auch, dass einige Ärzte und Psychotherapeuten an mehr als einem Qualitätszirkel teilnehmen. Der Norden Baden-Württembergs hat noch den größten Nachholbedarf, um an den Bundesdurchschnitt aufzuschließen. Folgerichtig war in den Bezirksdirektionen Karlsruhe und Stuttgart 2011 auch der größte Zuwachs zu verzeichnen.

Wen wundert es, dass die Hausärzte, dicht gefolgt von den Psychotherapeuten, die meisten Qualitätszirkel bestreiten? Gemessen an der Grundgesamtheit sind die Psychotherapeuten sogar unangefochtener Spitzenreiter. Auf 1.000 Psychotherapeuten kommen doppelt so viele Qualitätszirkel wie auf 1.000 Ärzte. Bei Hausärzten und Psychotherapeuten steht die sprechende Medizin im Mittelpunkt. Mit dem Anteil an sprechender Medizin scheint auch das Bedürfnis nach und der Nutzen von kollegialem Wissensaustausch zu wach-

sen. Aber auch ein breites Spektrum von Fachärzten profitiert von Qualitätszirkeln. Auffallend ist die Tendenz, sich in spezialisierten Zirkeln zu ausgefallenen Themen wie anthroposophischer Medizin oder ADHS auszutauschen.

Die KVBW misst der Qualitätszirkel-Arbeit eine hohe Bedeutung bei und unterstützt ihre Mitglieder durch Fördermaßnahmen. Die Kosten für die Aufwandsentschädigungen für die QZ-Moderatoren beliefen sich 2011 auf rund 360.000 Euro. Eine Umfrage unter Moderatoren von Qualitätszirkeln brachte jedoch zu Tage, dass viel zu wenige über die Unterstützungsangebote und Fördermaßnahmen der KVBW Bescheid wissen.

Gefördert werden die Moderatoren eines anerkannten Qualitätszirkels für die Übernahme von Organisations- und Durchführungsaufgaben mit 75 Euro pro Sitzung, für bis zu sechs Sitzungen im Jahr. Für die Anerkennung als Moderator wiederum ist der Nachweis einer Qualifizierung erforderlich. Moderatorentrainings gehören zum ständigen Repertoire der Management Akademie. Gegen einen geringfügigen Unkostenbeitrag werden Ärzte und Psychotherapeuten an zwei Tagen zum Moderator ausgebildet. 92 Moderatoren sind im vergangenen Jahr neu dazu gekommen.



Die KVBW unterstützt die Moderatoren in der QZ-Arbeit und ihrer Funktion als Multiplikator zusätzlich durch ein spezielles Fortbildungsangebot. Neue Themen, inhaltlich, methodisch und didaktisch aufbereitet, liefern Impulse für die stetige Entwicklung der Qualitätszirkel. 2011 haben insgesamt 54 Moderatoren davon Gebrauch gemacht.



Weitere Informationen zum Thema Qualitätszirkel

Neugierig geworden? Wollen Sie einen Qualitätszirkel gründen oder moderieren? Die QZ-Leitlinie, das Antragsformular für neue Qualitätszirkel, Mustervorlagen für Protokolle und Teilnehmerlisten sowie Ansprechpartner finden Sie im Internet:

www.kvbawue.de → Praxisalltag → Qualitätssicherung → Qualitätszirkel





Delegation statt Frust und mehr Zeit für den Patienten

Geschulte Praxismanagerinnen können
Ärzte in der täglichen Arbeit entlasten

Ob Dokumentation, Abrechnung, Einkauf oder Plausibilitätsrechnung – die Bürokratie hat einen maßgeblichen Teil des ärztlichen Alltags eingenommen. Immer mehr Ärzte beklagen den enormen Zeitaufwand, der benötigt wird, um den vielen Vorschriften und Anordnungen zu folgen. Für sie wird der „eigentliche Beruf Arzt“ immer mehr zur Nebentätigkeit. Dass dies nicht zwangsläufig der Fall sein muss, zeigt sich im Lungenzentrum Ulm. Dort unterstützen mehrere Pneumologische Fachassistentinnen (PFA) die Ärzte bei Patienten mit bürokratieintensiven, chronischen Erkrankungen. Zusätzlich ist eine Praxismanagerin für die Strukturierung der Praxis verantwortlich.

„Wir müssen uns fragen, was eine geschulte Mitarbeiterin tun und übernehmen kann, damit dem Arzt der Kopf für Diagnose und Behandlung der Patienten frei bleibt“, betont Dr. Michael Barczok, Mitgründer der Gemeinschaftspraxis, die mit drei Vertrags- und zwei Assistenzärzten, einer Nebenbetriebsstätte und insgesamt rund 40 Mitarbeitern zu den größeren ihrer Art gehört.

In seiner Praxis ist jeder Arzt parallel für zwei Zimmer verantwortlich. Dabei hat er ständig eine PFA an seiner Seite, mit der sich eine klare Aufgabenteilung etabliert hat: Zunächst führt die PFA eine strukturierte Befragung anhand

einer Anamnese und eine Medikamentenanalyse durch. Anschließend trägt sie bestehende Befunde zusammen und leitet den Patienten nach Rücksprache mit dem Arzt einem entsprechenden Diagnostikpfad, wie beispielsweise Röntgen oder einer Lungenfunktionsprüfung, zu. Wenn der Patient anschließend vom Arzt übernommen wird, hat dieser bereits einen weitreichenden Überblick über die vorliegende Sachlage mit klaren Verlaufsinformationen. Zusätzlich erhält er weitergehende Diagnostik- und Behandlungsoptionen.

Der Arzt ergänzt gezielt die bisherige Anamnese und klinische Befunderhebung, veranlasst weiterführende Diagnostik, stellt die Diagnose und bespricht das weitere Vorgehen mit dem Patienten. Anschließend beantwortet die Pneumologische Fachangestellte eventuelle Rückfragen zu Wirkung und Nebenwirkungen der ärztlich verordneten Medikamente und erklärt deren korrekte Anwendung. Der Arzt steht bei Unklarheiten selbstverständlich zur Verfügung. Abschließend dokumentiert die Mitarbeiterin den Fall im Praxisverwaltungssystem, beispielsweise im Rahmen der DMP-Dokumentation.

Erfahrungen zeigen, dass diese Aufgabenteilung eine klassische Win-Win-Situation darstellt: „Wir nutzen seit vielen Jahren das Instrument eines eigenen Qualitätsmanage-

Sommerakademie: Intensivkurs Praxismanagerin

Termine

Der Kurs geht über fünf Tage (Montag bis Freitag)

Karlsruhe

K 149 Montag, 15. April 2013, 11.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Dienstag bis Donnerstag, 16. bis 18. April 2013, 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Freitag, 19. April 2013, 9.00 Uhr bis 14.00 Uhr

Stuttgart

S 150 Montag, 19. August 2013, 11.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Dienstag bis Donnerstag, 20. bis 22. August 2013, 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Freitag, 23. August 2013, 9.00 Uhr – 14.00 Uhr

Reutlingen

R 151 Montag, 26. August 2013, 11.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Dienstag bis Donnerstag, 27. bis 29. August 2013, 9.00 bis 17.00 Uhr
Freitag, 30. August 2013, 9.00 Uhr bis 14.00 Uhr

Freiburg

F 152 Mo, 2. September 2013, 11.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Dienstag bis Donnerstag, 3. bis 5. September 2013, 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr
Freitag, 6. September 2013, 9.00 Uhr bis 14.00 Uhr

Preis: 650,- Euro (inklusive Unterlagen, Verpflegung, Getränke)



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**.

ments in unserer Praxis, um unsere Struktur am Patienteninteresse auszurichten“, so Barczok. „Dabei bekommen die PFAs erstklassige Bewertungen, da ihnen gegenüber beispielsweise die Hemmschwelle für Fragen viel niedriger und die Kommunikation häufig unkomplizierter als mit einem Arzt möglich ist. Wir können also den ärztlichen Aufwand reduzieren und gleichzeitig den medizinischen Mehrwert erhöhen. Mein Mehrwert im System besteht darin, schnell eine Situation zu erfassen, eine richtige Diagnose zu stellen und die Weichen in der Therapie nachhaltig zu stellen. Alles davor und danach muss ich nicht machen und wird ganz klar von einer geschulten Mitarbeiterin in besserer Qualität geleistet als es mir möglich wäre“

Die Pneumologischen Fachassistentinnen werden durch den Berufsverband der Pneumologen ausgebildet. Ähnliche Konzepte sind aber auch schon in anderen Gruppen denkbar und teilweise bereits umgesetzt. „Es handelt sich um hochqualifiziertes Praxispersonal, das auf Grund seiner weitreichenden Ausbildung nicht auf einzelne Erkrankungen beschränkt ist. Viel mehr sind diese Fachangestellten überall dort sinnvoll, wo ein hoher Dokumentationszwang herrscht und die Krankheiten bereits klar strukturiert sind. So haben beispielsweise Diabetologen enorm von ähnlichen Konzepten profitieren“, betont Barczok. Für ihn stellt der Einsatz von PFAs keine Alternative zur ärztlichen Leistung dar, sondern ergänzt diese: „Wir delegieren nicht, sondern arbeiten im Team. Die bei Routinebehandlungen gewonnene Zeit gibt uns anschließend den nötigen Freiraum, um auch vermeintlich ‚unwirtschaftliche Patienten‘ umfassend behandeln zu können“.

Barczok hält die Anstellung von PFAs umso lohnenswerter, je kleiner eine Praxis ist. „Ein einzelner Arzt hat keine Chance, seine Arbeitsbelastung auf mehrere Schultern zu vertei-

len wie das in einer Gemeinschaftspraxis möglich ist. Gerade für ihn ist eine solche Mitarbeiterin an seiner Seite besonders wertvoll.“

Eine weitere Erleichterung erfährt die Praxis durch den Einsatz einer Praxismanagerin, die die Praxis kaufmännisch organisiert. Dabei kümmert sie sich um den Einkauf von Praxisbedarf, die Abrechnung, dokumentiert erbrachte Leistungen und plant den Einsatz des Personals. Zusätzlich führt sie die Plausibilitätsrechnung durch und analysiert Abrechnungsreaktionen der KVBW. So werden die Ärzte weitestgehend von der Praxisverwaltung befreit, die für sie sonst eine fachfremde Belastung darstellen würde.

Kollegen, die ebenfalls ihren Bürokratieaufwand reduzieren wollen, rät Barczok einen Blick ins eigene Team: „In jeder Praxis gibt es fähige Mitarbeiterinnen. Durch Personalgespräche kann schnell herausgefunden werden, wer sich für eine Weiterbildung zur Praxismanagerin eignet. Während der Arbeitsaufwand in großen Praxen schnell eine Vollzeitstelle füllen kann, arbeitet in kleinen Praxen oft die Ehefrau der Ärzte in der Praxis mit und kann eine Entlastung bewirken.“

Die Management Akademie der KVBW bietet regelmäßig Intensivkurse zur Praxismanagerin an. Diese dauern fünf Tage und ermöglichen es der Angestellten nach erfolgreichem Abschluss, eigenständig Führungsaufgaben im Praxispersonal zu übernehmen. Die Termine zu den Kursen finden Sie im Kasten auf dieser Seite.

Mitarbeiter, die den Intensivkurs bereits abgeschlossen haben, können zusätzlich noch einen dreitägigen Aufbaukurs belegen. Dieser vermittelt betriebswirtschaftliche und kalkulatorische Grundlagen und ermöglicht es dem jeweiligen Praxisinhaber, weitere Aufgaben ins Team abzugeben.



Vertrauen und Verständnis für die richtige Therapie

Kommunikation verbessert mangelnde Therapietreue von Patienten

Eigentlich ist es doch ganz einfach: Wenn man krank ist, hält man sich an die Empfehlungen des Arztes und nimmt die Medikamente, die er verschreibt. Und das in der richtigen Menge und zur richtigen Zeit. So denken es sich vermutlich die meisten gesunden Menschen. Werden sie dann selbst krank, ist es schon nicht mehr so einfach. Denn Inkonsequenz und Skepsis sind ganz menschliche Reaktionen.

Jeder Arzt kennt es aus der eigenen Praxis. Die Zahl der Patienten, die sich nicht oder nur in Teilen an die Therapieempfehlungen halten, ist hoch. Die WHO schätzt, dass nur knapp 50 Prozent der Patienten eine gute Compliance haben. Andere Untersuchungen gehen davon aus, dass es sogar nur ein Drittel der Patienten ist. Sicher ist, dass Therapietreue – in Deutschland – nur wenig abhängig ist von Faktoren wie Geschlecht, Alter, sozialem Hintergrund oder Bildungsniveau. Es gibt den 20jährigen Dialysepatienten, der seine Phosphatbinder regelmäßig vergisst. Daneben aber auch die 80jährige Patientin, die ihre vielen verschiedenen Medikamente immer pünktlich und in der richtigen Dosierung zu sich nimmt.

Ein Drittel der therapieuntreuen Patienten werden durch praktische Barrieren aufgehalten. Ihre Fähigkeiten oder Ressourcen verhindern eine korrekte Therapie. Bei den übrigen Patienten sind es psychologische Barrieren: Ihnen mangelt es an Glaube und Motivation. Sie haben andere Präferenzen und verfolgen abweichende (Laien)-Theorien über ihre Krankheit.

Wie aber soll der Arzt damit umgehen? Die strukturellen Probleme – zu wenig Zeit für ein ausführliches Gespräch,

ständig wechselnde Arzneimittel durch immer neue Rabattverträge – sind nicht wegzudiskutieren. Trotzdem gibt es Stellschrauben, an denen jeder Arzt drehen kann, um die Therapietreue seiner Patienten zu verbessern.

Seit einigen Jahren wird der Begriff der Compliance von dem der Adhärenz abgelöst. Denn Compliance definiert sich vor allem über die Bereitschaft des Patienten, den Anweisungen des Arztes zu folgen. Es ist eine einseitige, möglicherweise autoritäre Sichtweise. Die Schuld wird schnell dem Patienten zugeschoben. Adhärenz dagegen wird als Therapiebündnis verstanden, in dem Patient, Arzt und auch das Umfeld des Patienten gemeinsam an der Einhaltung des Therapiezieles arbeiten.

Kern eines solchen Therapiebündnisses ist eine gute Kommunikation. Wie erhält der Patient die notwendigen Informationen? Was davon versteht er? Wie viel setzt er um? Dabei sind es meist die schon fast trivialen Wahrheiten, die hier weiterhelfen: Kommunikation läuft nicht nur verbal. Erfahrungsberichte zeigen, dass bei einem Erstgespräch mit dem Patienten der sachliche Inhalt lediglich rund 10 Prozent Anteil an der Überzeugungskraft hat. Wesentlich wichtiger für die Botschaft sind Modulation und Intonation der Stimme mit 40 Prozent und Körpersprache mit 50 Prozent.

Hinzu kommt, dass es nicht immer einfach ist, die richtige Balance zwischen medizinisch korrekten und allgemein verständlichen Aussagen zu halten. Und doch ist es notwendig, die komplexen Sachverhalte in einer einfachen Sprache zu vermitteln. Oft helfen sprachliche Bilder oder Erklärungen nach dem „Sendung mit der Maus“-Prinzip.

Eine der schwierigsten Aufgaben ist sicher die positive Formulierung der Nachrichten über Krankheit, Medikation und Therapie. Ein einfaches Beispiel dafür ist die Verordnung eines neuen Medikaments. Die Formulierung, „Das Medikament hat kaum Nebenwirkungen“, sollte besser vermieden werden. Positiver ist die Botschaft: „Dieses Medikament werden Sie gut vertragen.“

Viele Bausteine helfen auf dem Weg zu einer verbesserten Adhärenz. Ein Ziel haben sie alle: Nur wenn das Wissen, der Glaube und das Verständnis um die Notwendigkeit der Therapie beim Patienten nicht widerlegt werden von den Ängsten, Sorgen und Bedenken gegenüber der Therapie, dann steigt die Überzeugung des Patienten und damit seine Therapietreue.

ergo

MAK-Seminar „Therapietreue Patienten – so überzeugen Sie in der Kommunikation“

Wenn Sie mehr über Ihre Möglichkeiten erfahren möchten, die Adhärenz von Patienten zu verbessern, dann besuchen Sie unser MAK-Seminar.

Stuttgart: Mittwoch 12. Juni 2013, 15.00 bis 20.00 Uhr

Karlsruhe: Mittwoch 23. Oktober 2013, 15.00 bis 20.00 Uhr

Weitere Informationen finden Sie in der MAK-Broschüre oder auf www.mak-bw.de

eHealth Forum Freiburg geht in eine neue Runde

Unbedingt Termin vormerken

Am Samstag, den 4. Mai 2013 wird es von 9.30 Uhr bis 16.30 Uhr die mittlerweile dritte Veranstaltung über Neuerungen in der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen und der Medizintechnik im Freiburger Ärztehaus in der Sundgauallee 27 geben. Gesundheitswesen, Medizintechnik und Informations- und Kommunikationstechnologie sind heute unzertrennbar. Das „eHealth Forum Freiburg“ bietet der ITK- und MedTech-Branche, Kliniken und der Ärzteschaft eine Plattform für Diskussionen, Information und Meinungsaustausch. Experten stellen kreative und innovative Ideen und Produkte sowie best-practice-Beispiele vor. Ziel des Kongresses ist, den Meinungs- und Informationsaustausch zwischen Ärzteschaft und Kliniken mit MedTech und ITK zu fördern, um auf diese Weise Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens durch innovative Produkte und effektive Prozesse nachhaltig zu verbessern. Mit der nächsten Publikation der KVBW wird es weitere Informationen zum E-Health-Forum geben. Die Veranstaltung ist kostenlos. Verpflegung und Tagungsunterlagen werden bereitgestellt. Das eHealth-Forum ist eine Veranstaltung des bwcon regionalbüro südwest in Kooperation mit der KV Baden-Württemberg. Weitere Informationen gibt es im Internet unter: www.ehealth-forum-freiburg.de.



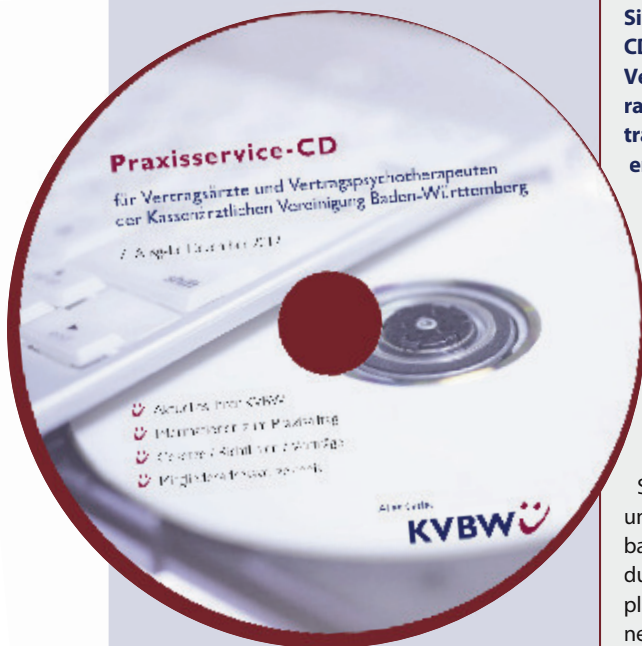
Kontakt

bwcon regionalbüro südwest
Kaiser-Joseph-Str. 284
79098 Freiburg
Tel. → 0761 /21 80 86 00
Fax → 0761 /21 80 86 02

Ansprechpartner:

Katja Schwab, Mona Djabbarpour

Praxisservice-CD für Mitglieder der KVBW



Sicher haben Sie sich schon gefragt, wann die nächste Praxisservice-CD mit vielen aktuellen Informationen rund um die vertragsärztliche Versorgung und dem aktuellen Mitgliederadressverzeichnis neu herausgegeben wird. Nun ist es soweit. Alle niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Baden-Württemberg erhalten mit diesem Rundschreiben die neueste Ausgabe der Praxisservice-CD mit Richtlinien, Verträgen und allen wichtigen Informationen rund um das Unternehmen Praxis. Die CD enthält außerdem eine komfortable Arztsuche als Offline-Version für die Praxis.

Im Zuge der Weiterentwicklung wurden die Inhalte der Praxisservice-CD auf eine zeitgemäße und optisch ansprechende Oberfläche umgestellt. Nach dem Einlegen der CD kann diese direkt über den Startbildschirm gestartet oder auf dem Rechner installiert werden. Hierzu werden einfach die entsprechenden Optionen auf dem Startbildschirm ausgewählt. Menüpunkte, die analog der Struktur auf unserer Homepage aufgebaut sind, der übersichtliche Dokumentenbaum sowie eine integrierte Volltextsuche erleichtern das Navigieren durch das umfassende Dokumentenarchiv. So ist es an jedem Arbeitsplatz auch ohne Internetanschluss verfügbar und wird regelmäßig mit neuen Versionen auf den aktuellen Stand gebracht. Die integrierte Arztsuche ermöglicht umfangreiche Recherchen und zielgerichtete Ergebnisse. Die CD wird vom Praxisservice des Geschäftsbereichs Service und Beratung der KVBW herausgegeben, der auch für Fragen, Ideen oder Verbesserungsvorschläge zur Verfügung steht. Ihre Ansprechpartner des Praxisservice zum Thema Praxisservice-CD erreichen Sie über:

Tel. → 0711/7875-3300

Fax → 0711/7875-483300

E-Mail → Praxisservice@kvbawue.de

Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung: eine besondere Erfolgsgeschichte

„Er läuft und läuft und läuft...“ Der Werbeslogan für ein bekanntes kugeliges Auto eines ebenso bekannten niedersächsischen Autoherstellers lässt sich auch auf eine Fortbildungsveranstaltung der KVBW übertragen: Knapp zweieinhalb Jahre nach der 1000. Teilnehmerin konnte im Oktober dieses Jahres die 2000. Teilnehmerin eines Sachkundekurses Sterilgutaufbereitung begrüßt werden. Roland Müller als zuständiger Sachgebietsleiter überbrachte die Grüße der KVBW und übergab ein Fachbuch über Hygiene und einen Blumenstrauß.

Seit März 2007 bietet die KV Baden-Württemberg in Kooperation mit dem Brandenburgischen Bildungswerk für Medizin und Soziales e.V. (BBW) und der Akademie für Infektionsprävention (AFIP-WIT), Tübingen, Sachkundekurse zum Erwerb der Sachkenntnis gemäß Paragraph 4 Abs. 3 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen

Praxis an. Die Sachkenntnis nach MPBetreibV wird als Qualifikation unter anderem für die Aufbereitung von Medizinprodukten in der Praxis vorausgesetzt. Der Gesetzgeber hat eine ordnungsgemäße Ausführung des Aufbereitungsprozesses an diese Zusatzqualifikation geknüpft. Demzufolge richtet sich der Sachkundekurs an alle Praxen, die ihre Instrumente selbst aufbereiten und eine entsprechende Qualifikation noch nicht nachweisen können.

Unter Berücksichtigung der Richtlinien des Robert-Koch-Instituts und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte werden in den Kursen Kenntnisse zur Aufbereitung, das heißt Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten vermittelt. Die Kurse umfassen 40 Unterrichtsstunden und schließen mit einer Prüfung ab. Die erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen erhalten das begehrte Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V.

**PRAXISBÖRSE**

Sie suchen eine Praxis?
Sie suchen einen Praxisnachfolger?

Praxis suchen »

Nachfolger suchen »

**KOOPERATIONSBÖRSE**

Sie suchen eine Praxiskooperation (PG/BAG)?
Sie suchen einen Kollegen, der in eine
Kooperation beitreten möchte?

Kooperation suchen »

Kollegen suchen »

**JOBBÖRSE**

Sie suchen eine Anstellung?
Sie suchen einen Angestellten?

Job suchen »

Angestellte suchen »

Suchen und finden auf www.kvbawue.de

Sie suchen einen Arzt in Weiterbildung?

Sie suchen einen Mieter?

**GERÄTEBÖRSE**

Sie suchen ein Gerät?
Sie suchen einen Käufer für ein Gerät?



Neuer Auftritt des Anzeigenmarkts

Sie suchen einen Nachfolger oder Kooperationspartner für Ihre Praxis? Vielleicht haben Sie eine Stelle für einen Weiterbildungsassistenten zu besetzen oder ein Ultraschallgerät zu verkaufen. In jedem Fall sind Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg richtig. Seit fast fünf Jahren hat sich die Online-Börse der KVBW als nützlicher Hilfesteller bei der Praxissuche und Praxisabgabe bewährt. Inzwischen ist die Anzeigenplattform für Ärzte und Psychotherapeuten vielfältiger geworden. Angebote und Gesuche sind für Praxen, Kooperationen, Jobs, Weiterbildungsstellen, Geräte oder Räumlichkeiten möglich. Eine Familienbörse kommt demnächst noch dazu. Mehrere Hundert Inserate sind derzeit unter www.kvbawue.de/boersen verfügbar. Seit Kurzem präsentiert sich der Auftritt mit neuem Erscheinungsbild und neuen Funktionalitäten.

Der Nachwuchs wird knapp. Die Suche nach einem Praxisnachfolger gestaltet sich gerade auf dem Land schwierig. Ärzte, die aus Altersgründen ihre Praxis abgeben wollen, suchen oft mühsam nach Käufern. Die Praxisübergabe rechtzeitig aktiv anzugehen, wird damit immer wichtiger. Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder mit der Möglichkeit, kostenlos online zu inserieren. In der Praxisbörse lassen sich geplante Praxisabgaben bereits langfristig im Vorfeld des Abgabetermins einstellen. Praxisinhaber und Suchende können sich so über das Internet finden und einen gleitenden Praxisübergang beispielsweise mit einem Jobsharing-Verhältnis organisieren. Die Börse ersetzt zwar nicht das offizielle Ausschreibungsverfahren in zulassungsbeschränkten Gebieten, ermöglicht jedoch frühzeitig Kontakt zu geeigneten Nachfolgern, die dem Zulassungsausschuss dann vorgeschlagen werden können. In den Anzeigen lassen sich Webseiten mit weiterführenden Informationen verlinken. Gibt es beispielsweise in der betreffenden Gemeinde spezielle Angebote zur Förderung der Ansiedlung junger Ärzte, kann ein Link zur Homepage der Kommune zusätzliche Anreize für eine Niederlassung bieten.

Interessierte Ärzte und Psychotherapeuten können in den Börsen auf www.kvbawue.de bequem zu jeder Tageszeit nach passenden Anzeigen suchen oder selbst annonciieren. Seit dem Relaunch haben interessierte Nutzer die Option, ihre Angebote oder Gesuche direkt am PC selbst in die jeweilige Börse einzutragen. Dabei steht es den Inserenten frei, Detailinformationen rund um die Praxis wie Übernahmepreis, Mietkosten oder Personalstand zu veröffentlichen. Nach Wunsch werden die Angebote entweder mit vollem Namen oder chiffriert ins Netz gestellt. Bei Chiffreanzeigen stellt die KVBW den Kontakt zwischen Anbietern und Interessenten her. Gesuche nach Praxen, Jobs oder Kooperationen werden grundsätzlich chiffriert veröffentlicht. Ein übersichtliches Design und einfache Handhabung waren die wichtigsten Ziele der jüngsten Neugestaltung. Sowohl dem Suchenden als auch dem Inserenten wird der Umgang mit der Online-Börse so leicht wie möglich gemacht. Dank logischer Benutzerführung finden sich auch weniger Internetversierte leicht zurecht. Über komfortable Suchfunktionen können Interessenten sich das komplette Angebot nach Fachgruppen, Region und Praxistypen effektiv filtern. Neu ist eine interaktive Landkarte, auf der sich die in Frage kommenden Landkreise einfach anklicken lassen, um eine Auswahl zu treffen. Da kooperative Formen der Berufsausübung immer mehr an Bedeutung gewinnen, lassen sich Partner für Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) nun in einer eigenständigen Kooperationsbörse suchen. Schauen Sie doch mal vorbei: www.kvbawue.de → **Börsen**

ergo

Haben Sie Fragen zu unseren Börsen?

Praxis, Job, und Kooperationsbörse:

E-Mail → praxisboerse@kvbawue.de

Raum- und Gerätebörse:

E-Mail → praxiservice@kvbawue.de

Weiterbildungsbörse:

E-Mail → koordinierungsstelle.allgemeinmedizin@kvbawue.de



Von nichts kommt nichts

Kodierqualität entscheidet über Zahlungen an die Ärzte in Milliardenhöhe

Wie viel Geld die Krankenkassen in Baden-Württemberg aus dem zentralen Gesundheitsfonds erhalten, hängt auch von der Häufigkeit und Schwere bestimmter Erkrankungen ab. Um diese zu erfassen, gibt es die ICD-10 Kodierungen, deren Qualität über die Höhe der Gelder entscheidet. Denn die ICD-10 Kodierungen haben direkten Einfluss auf die Gesamtvergütung der KVBW – ungefähr ein Viertel des Honorarzuschlags ist abhängig von einer umfassenden Kodierung. Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder, die Kodierqualität zu erhöhen, durch Berichte zu Diagnosen der eigenen Praxis. Die Ärzte und Psychotherapeuten erhalten ihre Berichte über das Dokumentenarchiv des Mitgliederportals „KVBW intern“.

Zum 1. Januar 2009 wurde durch die Einführung des Gesundheitsfonds auch das vertragsärztliche Vergütungssystem komplett umgestellt. Den Kern bildet die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, deren Höhe sich nach dem Behandlungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse richtet. Der Behandlungsbedarf, beziehungsweise das Morbiditätsprofil der Versicherten einer Krankenkasse, ergibt sich neben den Faktoren Alter und Geschlecht auch aus 80 für den Risikostrukturausgleich relevanten Erkrankungen, denen wiederum ungefähr 4.000 unterschiedliche ICD-10 Codes entsprechen. Für Versicherte, bei denen eine dieser Erkrankungen vorliegt, erhalten die Krankenkassen mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds als vor der Reform, als nur die demographischen Faktoren ausschlaggebend waren. Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind gesetzlich verpflichtet, im Rahmen der Quartalsabrechnung die für die Behandlung maßgeblichen ICD-10-Diagnosen zu übermitteln.

Seitdem steuern diese für die Behandlung maßgeblichen ICD-10-Diagnosen – **die im ambulanten Sektor als ‚gesichert‘ (Zusatzkennzeichen G) erfasst werden** – Zahlungsflüsse in Milliardenhöhe. Die Kodierung der Behandlungsdiagnosen entscheidet daher **maßgeblich über die Höhe der Zahlungen vom Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen**. Damit bestimmt die Qualität der Kodierung auch die Höhe des vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Honorars. Oder anders gesagt: Je höher die Kodierqualität, desto mehr Geld der Versicherten bleibt in Baden-Württemberg.

Um hier Unterstützung zu leisten, stellt die KVBW individuelle Auswertungen der Behandlungsdiagnosen **im Dokumentenarchiv des Mitgliederportals** für jede einzelne Praxis bereit. Die Auswertungen werden mit Hilfe der eingereichten Abrechnungsdaten vorgenommen und teilweise mit den der KVBW zur Verfügung stehenden Durchschnittswerten auf Fachgruppenebene verglichen. Insgesamt erhält jedes Mitglied pro Quartal fünf relevante Auswertungen:

- **ICD-10 Bericht 1** („Diagnosequalität unter Versorgungsaspekten“) stellt die Diagnosequalität unter verschiedenen Gesichtspunkten im Vergleich zur Fachgruppe dar. Daraus kann der Arzt beispielsweise herauslesen, wie hoch der Anteil gesicherter Diagnosen an der Gesamtzahl in seiner Praxis und im Vergleich zur Fachgruppe ist. Ebenfalls dargestellt wird der Anteil ungesicherter und unspezifischer ICD-10 Kodierungen.

- **ICD-10 Bericht 2** („Diagnosegruppen (gesicherte Diagnosen) im Vergleich zur Fachgruppe“) zeigt die Top 40 der sogenannten „Dreisteller“ (ICD-Kategorie, z.B. M54 – Rückenschmerzen). Neben der Anzahl in der eigenen Praxis werden auch die Anzahl der Vergleichsgruppe und die prozentuale Abweichung ausgewiesen. Diese Auswertung zeigt dem Arzt die spezifische Morbidität seiner Patientengruppe im Vergleich zur Fachgruppe.
- **ICD-10 Bericht 3** („Diagnosegruppen (alle Diagnosesicherheiten) im Vergleich zur Prüfgruppe“) zeigt eine Gesamtübersicht sämtlicher Kodierungen von Behandlungsdiagnosen nach ICD-10 – unabhängig davon, ob diese gesichert, ungesichert oder unspezifisch sind. Auch hier kann der Arzt wiederum die spezifische Morbidität der Patienten seiner Praxis erkennen – dieses Mal im Vergleich zur Prüfgruppe.
- **ICD-10 Bericht 4** („Alle Diagnosen (Zusatzkennzeichen A, G, V, Z) meiner Praxis“) beinhaltet detailliert die jeweilige Anzahl sämtlicher in der Praxis erfasster Behandlungsdiagnosen in einer Ranglistendarstellung.
- **ICD-10 Bericht 5** („Alle ungesicherten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichrelevanten Diagnosen – Top 40“) führt sämtliche nicht gesicherte Kodierungen vergütungsrelevanter Behandlungsdiagnosen nach ICD-10 als Anteil an den Gesamtdiagnosen in der Praxis in absoluten Zahlen auf. Hieraus können Ärzte abschätzen, ob beispielsweise eine mit "Z" verschlüsselte ICD im Behandlungsquartal krankheitsspezifisch therapiert wurde und gegebenenfalls doch mit "G" hätte verschlüsselt werden können.

Alle Berichte dienen dem einen Zweck: Der Arzt oder Psychotherapeut erhält einen umfassenden Überblick über seine Kodierungen in jedem Quartal und kann daraus möglicherweise Verbesserungspotential für das nächste Quartal ziehen. Denn das ist das Ziel, das die KVBW gemeinsam mit ihren Mitgliedern verfolgt: Korrekt kodieren, damit das Geld bei den Ärzten und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg bleibt.

ergo

Der IGeL – Born to be wild and legal

Bundesärztekammer und KBV legen überarbeiteten IGeL-Ratgeber vor

Der Umgang mit den sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) war schon Thema im letzten ergo (3/2012). Hintergrund: Die mit zunehmender Schärfe geführte öffentliche Diskussion, die auch in den letzten Monaten nicht abgerissen ist. Dies haben die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im November zum Anlass genommen, den IGeL-Ratgeber „Selbst zahlen?“ zu überarbeiten, um die Diskussion zu versachlichen und ausgewogen über Selbstzahlerleistungen zu informieren. Der Ratgeber wurde gemeinsam mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin entwickelt. Denn IGeL sind nichts anderes als Leistungen, die die gesetzliche Krankenkasse in Art und Menge nicht übernimmt. Sie sind vom Patienten gewünscht und legal.

„Solange Krankenkassen nicht alles bezahlen, was im Einzelfall medizinisch sinnvoll ist und es darüber hinaus Leistungen wie Reisemedizin gibt, die die Kassen noch nie bezahlt haben, kann man Individuellen Gesundheitsleis-



tungen (IGeL) nicht per se die Existenzberechtigung absprechen“, erläuterte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery bei der Vorstellung des Ratgebers. „Wichtig ist, dass wir Ärzten und Patienten seriöse Informationen zum richtigen Umgang mit IGeL an die Hand geben. Und wichtig ist auch, dass Ärztinnen und Ärzte verantwortungsvoll mit diesen Selbstzahlerleistungen umgehen.“

Im Ratgeber erfahren Bürger, was IGeL sind, warum gesetzlich Versicherte dafür zahlen müssen und worauf jeder achten sollte, der

von seiner Ärztin oder seinem Arzt eine solche Leistung angeboten bekommt oder sie von sich aus wünscht. Für Ärztinnen und Ärzte, die IGeL anbieten, kann dieser Ratgeber als Leitfaden dienen und helfen, bei Beratung und Aufklärung Missverständnisse zu vermeiden. Erklärtes Ziel des Ratgebers ist es, das offene Gespräch zwischen Arzt und Patient zu fördern.

Die Broschüre kann unter www.kbv.de direkt über die Startseite heruntergeladen werden.

ergo



Stichprobe Qualitätsmanagement 2011

Sehr gute Ergebnisse setzen sich fort

71 Prozent der baden-württembergischen Ärzte und Psychotherapeuten erfüllen die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an das praxisinterne Qualitätsmanagement (QM). Das ergab die Auswertung der von der KVBW durchgeführten Stichprobe für 2011. Damit setzt sich das positive Ergebnis der vier vorangegangenen Stichprobenerhebungen fort und beweist, dass die Umsetzung von QM in den Praxen ein Erfolgsmodell geworden ist.

Seit Anfang 2004 sind Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren gesetzlich zur Einführung und Weiterentwicklung von QM verpflichtet. Die konkreten Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM hat der G-BA in der „QM-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ festgelegt. Die zum 1. Januar 2006 in Kraft getretene QM-Richtlinie definiert Grundelemente, die umgesetzt werden müssen und nennt bestimmte Instrumente, die dafür genutzt werden sollen.

Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder bei der Umsetzung der Vorgabe, beispielsweise durch Beratungen und Einführungskurse, verzichtet aber auf Sanktionen. „Unabhängig von der gesetzlichen Verpflichtung gilt QM in Arztpraxen heute als Chance, die Praxis wettbewerbsfähig zu halten und wirtschaftlich zu stabilisieren. Gleichzeitig konnte sich QM als anerkanntes Instrument zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit von Praxischef und Mitarbeitern durchsetzen“, berichtet Dr. Johannes Fechner, Vorstand der KVBW.

Für die vollständige Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ist ein Zeitraum von fünf Jahren vorgesehen: Die ersten zwei Jahre sind für die Planung (Phase 1), in der alle Bereiche der Praxis, wie „Patientenversorgung“, „Praxisführung“, „Mitarbeiter“, „Organisation“,

einer näheren Analyse unterzogen werden. 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. Weitere zwei Jahre sind für die konkrete Realisierung (Phase 2) vorgesehen und ein fünftes Jahr für die Überprüfung (Phase 3) des QM. Danach schließt sich die Phase der Weiterentwicklung des einrichtungsinternen QM an.

Um einen Überblick über den erreichten Einführungsstand von QM in den Praxen zu bekommen, werden nach Vorgabe des Gesetzgebers jährlich 2,5 Prozent aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten zufällig ausgewählt und zu ihrem praxisinternen QM befragt. Für das Jahr 2011 erfolgte die bisher fünfte Stichprobenerhebung durch die KVBW.

Hoher Rücklauf mit guten Ergebnissen

Für das Jahr 2011 wurden 387 Vertragsärzte aller Fachrichtungen, 74 Vertragspsychotherapeuten und drei Medizinische Versorgungszentren zu den Fortschritten bei der Einführung von QM angefragt. 31 davon waren Ermächtigte an einem Krankenhaus. Sehr erfreulich war die hohe Rücklaufquote: Nach zwei Erinnerungsrunden haben von den 464 angefragten Stichprobenteilnehmern 438 geantwortet. Das entspricht einer Rücklaufquote von 94,4 Prozent.

Durch den vorgegebenen Zeitplan in vier Phasen erfolgte in der Auswertung eine Analyse der Phasenkonformität. Phasenkonformität ist dann gegeben, wenn sich der Stichprobenteilnehmer in der Phase befindet, in der er laut Richtlinie sein soll. Diese Fragestellung ergab folgende Ergebnisse: Rund 71 Prozent der befragten Ärzte und Psychotherapeuten sind phasenkonform und erfüllen damit die Anforderungen der QM-Richtlinie.

Ein Kommentar von
Dr. Michael Barczok

QM-Abzocke



Baden-Württemberg lehnt neue ISO-Norm ab!

Mancher Kollege mag sich in den letzten Tagen verwundert die Augen gerieben haben. Die Ärztezeitung kam am 13. November mit der Schlagzeile heraus, dass Arztpraxen demnächst mit einer neuen DIN EN Norm speziell für das Gesundheitswesen konfrontiert seien. Diese solle zum Standard für Praxen ausgebaut werden. Bereits Mitte Dezember werde die eigens für das Gesundheitswesen entwickelte DIN 15224 das Licht der Öffentlichkeit erblicken. Die Signale aus Berlin seien eindeutig, vor allem die Krankenkassen seien an einem einheitlichen System für das Gesundheitswesen interessiert.

Warum gerade die Kassen daran interessiert sind, wird schnell klar, wenn die 11 Kriterien der DIN EN 15224 in Kurzform dargestellt werden. Neben Punkten wie einer angemessenen Versorgung, einer hinreichenden Wirksamkeit (Tätigkeiten innerhalb der Gesundheitsversorgung sorgen in relativ kurzer Zeit zu einem erwarteten positiven Ergebnis) sowie der Einbeziehung des Patienten und der Patientensicherheit werden gesundheitspolitische Positionen in die DIN-Norm integriert. Dazu zählen beispielsweise das Kriterium Verfügbarkeit (Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung sind für den Patienten erreichbar und möglich), Effizienz (das für den Patienten erwartete Ergebnis wird unter Einsatz eines Minimums an Ressourcen erzielt), Gleichheit (für Patienten mit gleichartigen Erfordernissen wird die gleiche Versorgung erbracht) und Rechtzeitigkeit (Patient ist in der Lage, die Dienstleistung Gesundheitsversorgung ohne unzumutbare Wartezeiten zu erhalten).

In dem Beitrag der Ärztezeitung wird weiter ausgeführt, dass die Forderungen der neuen DIN die der alten ISO 9001 erheblich erweitern: der Aufwand liege etwa 15 bis 20 Pro-

zent höher und die finanzielle Belastung für eine Zertifizierung für eine durchschnittliche Praxis mit einem Arzt und mehreren Fachangestellten liege bei 2.000 bis 2.500 Euro. Somit sind die Belastungen höher als die bisherigen für Zertifizierungen nach ISO 9000 oder nach QEP, das deutlich preisgünstiger zertifiziert werden kann. Und damit stecken wir mitten in der Problematik.

Bislang sind Zertifizierungen des Qualitätsmanagements in einer Arztpraxis nicht verpflichtend erforderlich und so soll es unserer Meinung nach auch bleiben. Qualitätsmanagement gehört zu den absoluten Grundanforderungen einer jeden ärztlichen Praxis, nicht nur weil wir für Gesundheit und Leben unserer Patienten einstehen und verantwortlich sind, sondern auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen. Ohne ein ordentliches Qualitätsmanagement ist ein mittelständischer Betrieb wie eine Arztpraxis nur schwer zu führen. Die Ärzte in Baden-Württemberg haben dies schon lange verstanden.

Die aktuelle Stichprobenerhebung der KVBW zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der baden-württembergischen Ärzte und Psychotherapeuten QM erfolgreich entsprechend der QM-Richtlinie im Praxisablauf integriert hat, davon 71 Prozent in Bezug auf die gesetzliche Regelung phasenkonform. Nur ein halbes Prozent der Befragten hatte sich noch nicht mit QM beschäftigt. Auch in anderen Bundesländern waren die Zahlen ähnlich gut, so dass der gemeinsame Bundesausschuss auch weiterhin darauf verzichtet hat, ein bestimmtes Qualitätsmanagement als verpflichtend festzulegen und darüber hinaus auch hinsichtlich einer Zertifizierung weiterhin keinen Druck ausübt. Und das ist gut so!



Allerdings bedeutet das für viele Zertifizierungsunternehmen, die davon leben, QM einzuführen und regelmäßige Audits in Betrieben durchzuführen, dass eine wichtige Einnahmequelle für sie nicht im erhofften Umfang aktivierbar ist. Der Versuch – unterstützt von den Krankenkassen – jetzt eine verpflichtende neue teure Norm im Gesundheitswesen zu etablieren, soll das wohl ändern. Aus unserer Sicht ist das die reine Abzocke, denn es gibt bereits jetzt ausreichende und absolut praxistaugliche Möglichkeiten, Qualitätsmanagement in der Praxis einzuführen und nach Wunsch auch zu zertifizieren.

Viele Praxen in Baden-Württemberg sind nach DIN ISO 9000 zertifiziert, einer weltweit gültigen ISO-Norm, die den Vorteil hat, dass sie strukturübergreifend für ein klares Level an Qualitätsmanagement steht. Auf dem Boden der ISO 9000 entstand dann vor Jahren QEP, ein spezialisiertes Praxis-QM, das von der KBV unter Einbeziehung von ISO 9000 und anderen QM-Programmen entwickelt wurde und den Bedürfnissen einer Arztpraxis wie deren Patienten besonders gut Rechnung trägt. Zu Recht setzt sich QEP immer mehr in Deutschland durch. QEP ist optimal auf das deutsche Gesundheitswesen angepasst und deutlich preisgünstiger als die ISO-Norm – ein Umstand, der wohl das deutsche DIN EN-Zertifizierer-Monopol dazu veranlasst hat, jetzt mit einer eigenen neuen, aufwendigen Norm für das Gesundheitswesen auf den Markt zu kommen.

Baden-Württemberg wird sich mit aller Macht gegen die geplante Abzocke im QM-Bereich wehren. Wir lehnen die neue DIN als verpflichtende Norm für unsere psychotherapeutischen und ärztlichen Praxen ab. Wir brauchen keine

verpflichtende Zertifizierung als kostenträchtige Bestätigung unserer erfolgreichen QM-Praxen. Wir stellen fest, dass die DIN EN 15224 weitgehend identisch wie die DIN EN ISO 9001 aufgebaut ist, lediglich sprachlich an die Begrifflichkeiten des Gesundheitswesens angepasst wird und somit nichts Neues bringt.

Praxen, die ihr Qualitätsmanagement mit QEP konsequent aufgebaut, weiterentwickelt und auch zertifiziert haben, erfüllen schon jetzt alle Anforderungen der DIN EN 15224. Es gibt inhaltlich keinen einzigen Aspekt, der nicht im QEP-Katalog und im QEP-Manual aufgegriffen wird. Im Übrigen sind wir der Meinung, dass Forderungen wie die, dass der Patient in der Lage sein müsse, die Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung ohne unzumutbare Wartezeiten zu erhalten, nicht am Qualitätsmanagement scheitern, sondern an der chronischen Unterfinanzierung der Praxen. Jeder Arzt ist daran interessiert, seine Patienten mit der höchst möglichen Qualität und so schnell wie möglich zu versorgen. Er muss dafür aber auch die nötigen Ressourcen erhalten. Wir brauchen keine neue DIN-Norm, die uns 30 Prozent mehr Bürokratie und zusätzliche Kosten aufbürdet.

Wir brauchen für unser engagiertes und flächendeckend umgesetztes Qualitätsmanagement die nötigen Mittel um den hohen Level der Versorgung in Baden-Württemberg aufrechterhalten zu können.

Dr. Michael Barczok

Facharzt für Innere Medizin
Delegierter der KVBW-Vertreterversammlung
Bezirksbeirat Süd-Württemberg

IMPRESSUM**ergo**

Ausgabe 4/2012

Erscheinungstag:

10. Dezember 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
Kai Sonntag, Leiter Stabsstelle
Öffentlichkeitsarbeit
Eva Frien, Redakteurin
Swantje Middeldorff, Redakteurin

Redaktion:

Eva Frien, Redakteurin
Swantje Middeldorff, Redakteurin

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, Dr. Michael Barczok,
Stefanie Eble, Suzana Dimitriou,
Fabian Dubiel, Susanne Flohr,
Jobst Kamal, Melanie König,
Marian Kupferschmid, Renate Matenaer,
Kai Sonntag, Carmen Steinbach,
Martina Tröscher

Fotos:

fotolia, privat

Erscheinungsweise:

vierteljährlich

Auflage:

22.900 Exemplare

Gestaltung und Produktion:

Uwe Schönthaler

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

Anmerkung:

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

ergo auch im Internet:

www.kvbawue.de → Presse →
Publikationen

Vorschau

Gesundheitspolitik
Honorarverhandlungen

Gesundheitspolitik
Umfrage zur Sicherstellung

Baden-Württemberg
Notfallpraxen eröffnet

Unternehmen Praxis
**Erfolgreiches
Qualitätsmanagement**