

ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Frühlingsfrisch und aufgeräumt: Das neue ergo bietet mehr Struktur und Service.

ergo in neuem Gewand

Relaunch der Mitgliederzeitschrift vom Magazin zur Zeitung ist Teil eines neuen Informationskonzepts

Am Anfang stand ein Wunsch: „Wir brauchen eine Überarbeitung der Inhalte und der Gestaltung aller unserer Publikationen sowie eine Änderung des redaktionellen Profils, das sich ausschließlich an den Bedürfnissen der Niedergelassenen orientiert“, verlangte KVBW-Vorstandsvorsitzender Dr. Norbert Metke. Die Idee einer Metamorphose von ergo und weiteren Publikationen war geboren.

Jetzt hat das Mitglieder magazin der KV Baden-Württemberg sein Gesicht geändert und ist vom Magazin zur Zeitung geworden. Dieses Format macht ergo einerseits einmalig unter den Publikationen der KVen in Deutschland, andererseits wollten die Macher auch eine neue zeitgemäße Optik und klarere Strukturen entwickeln. Größtmögliche Leserfreundlichkeit und deutlich mehr Service für die Mitglieder war das Ziel.

Die Veränderung des Mitglieder magazins ergo steht im Zusammenhang mit einem Markenrelaunch und einer konsequenten Weiterentwicklung des Informationskonzeptes der KVBW.

Doch was hat eine Zeitung, was ein Magazin nicht hat? Für die Entscheidung für eine Zeitung sprachen zum einen technische Gründe: Während ein Magazin gebunden ist und das Papier eine glatte, feinere Oberfläche hat, wer-

den bei Zeitungen Blätter im DIN A3 Format lose ineinander gelegt.

Der Vorteil: Die Produktion ist preiswerter und schneller. Zum anderen kann man auch inhaltlich punkten: Durch das neue, größere Format lassen sich viel mehr unterschiedliche journalistische Darstellungsformen finden, um ein Thema zu beleuchten. Und Platz für mehr Servicethemen entsteht außerdem. Wie ergo in Zukunft aussehen wird, steht auf Seite 2.

Uni Hohenheim lobt KVBW-Praxisbewertung

Die KVBW hat mit der Praxisbewertungsmethode eine Orientierungshilfe zur Praxisbewertung weiterentwickelt, die Ärzten und Psychotherapeuten eine Hilfe an die Hand gibt, wenn eine Praxis veräußert beziehungsweise erworben werden soll. In einer gutachterlichen Stellungnahme wird die modifizierte Ertragswertmethode für ärztliche und psychotherapeutische Praxen als wissenschaftlich fundiert und methodisch schlüssig bezeichnet. Laut Universitäts-Gutachten eignet sie sich zu einer verlässlichen und „entscheidungslogischen Praxisbewertung“.

Grundsätzliches Charakteristikum sei eine vollständige Zukunftsorientierung. Bewertet werden unter anderem die Einrichtung, die gerätetechnische Ausstattung sowie die Praxis in ihrem Umfeld wie etwa die Beziehungen zu Patienten, zuweisenden Ärzten und Mitbewerbern. Nicht zuletzt wird die Leistungsfähigkeit der Praxis betrachtet.

➔ Weitere Informationen
Praxiservice: 0711 7875-3300,
praxiservice@kvbawue.de

Vorstand on Tour 2013

Am Anfang seiner Amtsperiode hat sich der Vorstand der KV Baden-Württemberg zum Ziel gesetzt, eine transparente, von den Mitgliedern nachvollziehbarere Politik zu machen. Auf die Reise durch Land gehen und sich vor Ort von den Ärzten auf den Zahn fühlen lassen, war die Devise.

Das Konzept kam so gut an, dass sich der Vorstand auch im dritten Amtsjahr wieder reiselustig zeigt. Im Januar und Februar gingen Dr. Norbert Metke und Dr. Johannes Fechner bereits mit aktuellen Themen im Gepäck auf Tour. Weitere Veranstaltungen ab Juni sind in Stuttgart, Heilbronn, Karlsruhe, Mannheim, Freiburg, Tuttlingen, Ravensburg und Ulm in Planung. Dieser ergo-Ausgabe liegt eine persönliche Einladung mit Terminübersicht bei. Nähere Informationen gibt's im Internet und im nächsten Rundschreiben. Um Anmeldung wird gebeten. Fortbildungspunkte sind beantragt.

Albtraum für Hausärzte

EBM-Reform

Es droht mal wieder eine EBM-Reform. Ist das eine gute oder eine schlechte Nachricht? EBM-Reformen führten in der Vergangenheit zu massiven Umverteilungen und Verwerfungen in Baden-Württemberg. Vor allem für Hausärzte wird sich in Zukunft einiges ändern.

(Weiter auf Seite 5)

§ 116 b umstritten

Umsetzung unklar

Die spezialfachärztliche Versorgung war ein Herzenswunsch der Regierung. Mit ihr sollte die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufgehoben werden. Doch die Umsetzung zeigt sich problematisch. Vieles ist noch unklar, wie etwa die Vergütung.

(Weiter auf Seite 4)

Nervende Praxisbesuche

Der Amtmann klingelt leise

Das Wartezimmer ist voll, der Terminkalender platzt aus allen Nähten und akute Patienten stehen Schlange. Wenn dann noch unangekündigter Besuch in der Praxis auftaucht, ist guter Rat teuer. Wen man abwimmeln kann und wen man besser reinlässt, darüber lesen Sie mehr auf Seite 10.

Positive Wahrheit...

....über Ärzte und Psychos

Mit einem TV-Spot beginnt die Imagekampagne der KBV und der KVen. Sie soll die Leistungsfähigkeit von Ärzten und Psychotherapeuten darstellen und die Attraktivität des Berufsbilds der Niedergelassenen erhöhen. Motto: „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“.

(Weiter auf Seite 2)

Adieu Praxisgebühr – Bonjour Betreuungsgeld

Die Praxisgebühr ist weg; es kommt das Betreuungsgeld. Doch wie kann man mit Zuzahlungen oder Kostenbeteiligung eine Steuerung der Patientenströme bewerkstelligen? Vielleicht geht das ja mit Bonuszahlungen á la Betreuungsgeld. Das Betreuungsgeld erhält man ja dafür, dass man sein Kind zu Hause lässt und nicht in die Kindertagesstätte bringt. Vielleicht sollten Krankenkassen dazu analog eine Betthütungsprämie zahlen:

Geld, das man dafür bekommt, wenn man krank im Bett bleibt und nicht zum Arzt geht. Dadurch sinkt dann auch die Ansteckungsgefahr für alle anderen im Wartezimmer, die auf die Betthütungsprämie verzichten und die neue Freiheit der Arztbesuche ohne Praxisgebühr nutzen. Es gibt noch viele neue Denkansätze. Mal schauen, was der Politik noch so Spannendes einfällt ... und sicher ist, Karneval findet auch 2014 statt.

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns sehr, Ihnen unser ergo im neuen, vielleicht noch etwas ungewohntem Outfit vorstellen zu können. Ein Ziel, das wir uns mit dieser Ausgabe gesetzt haben, war, Sie genau nach Ihren Bedürfnissen informieren zu können. Das bedeutet, Ihnen mit ergo unter anderem die Hilfen an die Hand zu geben, die Sie für Ihre tägliche Arbeit in der Praxis brauchen. Ihre Anregungen und Fragestellungen wollen wir aufgreifen und im Heft kurz und prägnant beantworten. Verwaltungssprache, Textwüsten und Bandwurmsätze verabschieden wir und werden bunter, verständlicher und unterhaltsamer, so unser Ziel.

Ebenso arbeitsreich wie 2012 endete, begann auch 2013: Wir konnten mit einer Steigerung von 4,5 Prozent mehr Honorar aus den Verhandlungen mit den Krankenkassen gehen, das wir asymmetrisch an Sie weitergeben.

EBM-Reformen lösen erfahrungsgemäß Panikattacken aus, sie bringen häufig Kalkulationsunsicherheit für die Praxen mit sich. Die Beschlüsse zum neuen Hausärzte-EBM, der wohl zum 1. Oktober oder früher kommen soll, sind jedoch ein „Albtraum“ für Hausärzte und KV-Mitarbeiter und werden daher von uns aufs heftigste kritisiert.

Viel Unwägbares liegt auch im Bereich spezialfachärztlicher Versorgung vor uns und die neue Bedarfsplanung beschert uns neue Sitze für Hausärzte, obwohl wir schon heute nicht wissen, wie wir die noch offenen Sitze besetzen sollen. Hier tüfteln wir an neuen Strategien. Eine davon, die Notfalldienstreform, haben wir auf den Weg gebracht. Wir konnten die Rahmenbedingungen festmachen und weitere Notfallpraxen eröffnen. Auch unsere regiopraxen, das KVBW-Patentrezept gegen Ärztemangel, gewinnen an Profil.

Das sind nur einige der Dinge, die wir 2013 anpacken wollen. Was wir noch alles auf der Agenda haben, möchten wir Ihnen persönlich mitteilen – bei unserer Veranstaltungsreihe "Vorstand on Tour". Wir freuen uns schon auf Sie.



Dr. Norbert Metke
Vorstandsvorsitzender
der KV Baden-Württemberg

N. Metke

Dr. Johannes Fechner
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Baden-Württemberg

J. Fechner

ergo mit Plus an Informationen

Service und Infotainment für die Mitglieder stehen im Vordergrund

Das Mitgliedermagazin ergo der KV Baden-Württemberg hat sein Gesicht geändert und ist zur Zeitung geworden. Gründe dafür waren nicht nur der Markenrelaunch der KVBW, sondern auch die veränderten Lesegewohnheiten. Sie erfordern, wichtige Informationen schnell aufnehmen zu können. Denn Zeit ist besonders knapp – besonders für Ärzte und Psychotherapeuten.

Das neue Zeitungsformat ermöglicht mehr journalistische Darstellungsformen wie etwa Reportagen, Kommentare, Umfragen, Berichte und vieles mehr. Eine größere Variation von Artikellängen schafft Abwechslung beim Lesen – Schwerpunktthemen erhalten die ihnen angemessene Länge und kleinere Artikel bieten Gelegen-

heit, kurz und knapp informieren zu können.

Schwierige Themen einfach darstellen – und damit den Lesefluss verbessern – auch das stand auf der Agenda der Redaktion. Zwar eignen sich Themen wie EBM, GOÄ & ASV nicht immer zur "leichten" Unterhaltung, doch gehören sie nun mal leider zum Arbeitsalltag der KVBW-Mitglieder und müssen als Informationen bereitgestellt werden. Ebenso wie Tipps und Informationen aus den Bereichen Abrechnung, Verordnung, Betriebswirtschaft, Qualitätsmanagement und vieles mehr. Die Redaktion wird dazu jeweils die drängenden Fragen, die die Ärzte und Psychotherapeuten den KVBW-Beratern im direkten Gespräch stellen, aufgreifen und beantworten.

Und so wird ergo ab heute aussehen: Auf der ersten Seite ist Platz für das Titelthema. Zusätzlich werden hier die interessantesten Themen des Heftes kurz angerissen. Das soll Lust machen auf das Weiterlesen der Artikel im Inneren der Zeitung.

Einen festen Platz nimmt die Glosse von Dr. Michael Viapiano, Leiter des Geschäftsbereichs Qualitätssicherung und Verordnungsmanagement ein. Ebenfalls einen persönlichen Blick auf aktuelle Themen wird KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke auf der zweiten Seite werfen.

Reportagen zu aktuellen Themen, Gesundheitspolitisches und Aktuelles aus der KVBW-Welt folgen auf den nächsten Seiten. Die Rubriken „Unternehmen Praxis“ und „Arzt und Therapeut“ gehören

den Servicethemen. Das Programm der Management-Akademie erhält eine eigene Seite – kurz in Tabellenform. Das Bunte kommt bekanntlich zum Schluss: Hier gibt's das Panorama und etwas zum Schmuzzeln.

Das Rundschreiben mit den aktuellen Bekanntmachungen wird in Zukunft als Anlage zu ergo mitgeliefert – separat zum praktischen Abheften.

Ausnahmsweise ist es diesmal bereits vorab in die Praxen geschickt worden – um diese neue ergo-Ausgabe anzukündigen.

→ Tipps und Anregungen nimmt die ergo-Redaktion jederzeit gern entgegen – Telefon siehe Impressum. Jetzt wünschen wir viel Spaß beim Lesen!



Arzt-Image aufpolieren

Engagement und Einsatz der Niedergelassenen in die Öffentlichkeit bringen

Mit einem TV-Spot kurz vor der „tagesschau“ beginnt die Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie hat zum Ziel, die Attraktivität des Berufsbilds der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu erhöhen.

In den Minuten vor der „tagesschau“ um 20 Uhr im Ersten sitzen Millionen Bundesbürger vor ihren Fernsehgeräten und warten auf eine Zusammenfassung der aktuellen Geschehnisse. Am 26. April wird der erste Spot der gemeinsamen Kampagne von KBV und KVen im ersten Programm ausgestrahlt. Diese Maßnahme bildet den Auftakt zu einer auf fünf Jahre angelegten Kampagne. Doch was ist die Zielsetzung?

„Wir wollen das Bild der ärztlichen Arbeit in der breiten Öffentlichkeit positiv formen“, erklärt Dr. Norbert Metke, Vorstandsvorsit-

zender der KV Baden-Württemberg. Denn der Arztberuf gehört zu den beliebtesten und anerkanntesten in Deutschland. Doch Teile von Politik und Krankenkassen zeichnen ein verzerrtes, anderes Bild, nämlich dasjenige des korrupten, betrügerisch agierenden Mediziners. Dieses Zerrbild stößt bei großen Teilen der ärztlichen und psychotherapeutischen Basis auf Entsetzen, wie jüngst Befragungen unter Medizinern gezeigt haben. Die klare Aufforderung: „Stellt uns einmal so dar, wie wir wirklich sind.“

Dr. Norbert Metke meint weiter: „Dass wir vor einem Ärztemangel stehen, ist in unserer Gesellschaft mittlerweile angekommen. Wer heute Medizin studiert, kann sich aussuchen, was er beruflich machen will – sowohl in Deutschland als auch im Ausland. Deshalb müssen wir alles dafür tun, dass es der Ärztenachwuchs als attraktiv empfindet, sich nie-

derzulassen. Auch diesem Zweck dient die Kampagne.“

Das Engagement der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, ihr Einsatz für die Patienten, ihr Herzblut, die Überstunden, die Liebe zum Beruf – all das wird gezeigt werden, ebenso wie Bedingungen, die die ärztliche Tätigkeit behindern, zum Beispiel das Übermaß an Bürokratie. Es geht also nicht um eine Fiktion nach dem Motto „der fröhliche Landarzt“, sondern um ehrliche Aussagen. Das Motto: „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“

In einem ersten Schritt werden neben den TV-Spots auch Plakate ab Mitte des Jahres flächendeckend in so gut wie allen mittelgroßen und großen Städten sichtbar sein.

Vor der Kamera für Foto- und Filmaufnahmen standen übrigens keine Models oder Schauspieler, sondern 70 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten.

Themen

DIE DRITTE SEITE
Innovationen
Die Entscheidung über neue Therapien und Medikamente liegt beim G-BA. 3

GESUNDHEITSPOLITIK
§ 116b
Spezialfachärztliche Versorgung sorgt für aufwendige Verhandlungen in Berlin. 4

GESUNDHEITSPOLITIK
Bedarfsplanung
Flexiblere Planung für haus- und fachärztliche Versorgung schafft mehr Hausarzt-Sitze. 4

KVBW-WELT
Notfallpraxen
Neue Strukturen für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst stehen. Bereitschaftsdienstpraxen lassen sich jetzt auch von ferne gut ausspähen – durch das neue Logo-Orange. 8

KVBW-WELT
Vertreterversammlung
Der HVM wird zum Januar angepasst und Abrechnungsrichtlinie wird liberalisiert. 9

UNTERNEHMEN PRAXIS
Praxisbesuche
Nicht alle ungebetenen Besucher kann man abweisen. 10

ARZT & THERAPEUT
Praxisstutz aufteilen
Ein gemeinsamer Praxisstutz könnte die "Work-Life-Balance" wieder ins Lot bringen. Doch sind die Praxisumsätze eines Praxisstutzes ausreichend für zwei Ärzte? Antworten geben die KV-Berater. 10

Innovationen in der Medizin

Die Entscheidung über Nutzen, Notwendigkeit und Einführung neuer Therapien und Medikamente liegt beim G-BA – zum Glück!?

Die Reihe der medizinischen Innovationen der letzten 150 Jahre ist lang. Immer wieder neue Entdeckungen, Medikamente und Methoden prägen unser Medizinverständnis und verändern die Gesundheitsversorgung fast täglich. Hygienevorkehrungen und Schutzimpfungen, Antibiotika, moderne Narkose- und Operationsverfahren, bildgebende Verfahren, monoklonale Antikörper in der Krebstherapie – die Liste der wichtigsten Innovationen lässt sich beliebig verlängern.

Sie stellen Meilensteine in der Entwicklung von Lebensqualität in der heutigen Gesellschaft dar. Wie aber finden die Innovationen ihren Weg zum Patienten? Welches Gremium entscheidet über Wirksamkeit und Notwendigkeit neuer Therapien und Medikamente? In Deutschland ist daran – neben einer Vielzahl gesetzlicher Vorschriften – seit knapp zehn Jahren maßgeblich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beteiligt. Die Reglementierung medizinischer Innovation im heutigen Gesundheitssystem ist pragmatisch – und so gut wie nie zuvor.

Dies zeigen Beispiele wirkungsloser, nicht evidenzbasierter Therapien oder Techniken, denen – nachdem sie jahrelang mit akzeptierten Nebenwirkungen angewandt wurden – im besten Fall fehlender Nutzen nachgewiesen wurde. Oder schlimmer: durch die Menschen zu Schaden gekommen sind. Wie wichtig institutionelle Kontrolle ist, zeigt eines der prominentesten Beispiele aus der Vergangenheit: der Conterganskandal in der Bundesrepublik der späten 1950er Jahre.

Contergan mit dem Wirkstoff Thalidomid wurde von dem Unternehmen Chemie Grünenthal als Mittel gegen Morgenübelkeit bei Schwangeren und als leichtes Schlaf- und Beruhigungsmittel vermarktet. Es galt als gut verträgliches und ungefährliches Schlafmittel ohne Nebenwirkungen. Seit 1957 auf dem Markt und frei verkäuflich, stand es jedoch schnell unter dem Verdacht, zu starken Missbildungen bei ungeborenen Kindern zu führen.

Am 27. November 1961 zog es die Herstellerfirma Grünenthal schließlich aus dem Handel. Rund 5.000 Kinder wurden in Deutschland mit durch Thalidomid verursachten Missbildungen geboren. Der nachfolgende Prozess, den Betroffene angestrengt hatten, endete mit einem Vergleich, in dem Grünenthal 100 Millionen Mark in eine Stiftung zahlte, die bis heute behinderte Menschen unterstützt.

Wie konnte es so weit kommen? Das wirtschaftliche Interesse der Herstellerfirma war sicher die treibende Kraft – doch war sie auch die eigentliche Ursache?

Bis dato existierte in Deutschland ein Arzneimittelrecht, das lediglich den Nachweis pharmazeu-



Zur Einweihung des Denkmals für die Contergan-Opfer im Jahr 2012 in Stolberg entschuldigte sich das Unternehmen Grünenthal erstmals bei den Geschädigten.

tischer Herstellungsqualität und der Unbedenklichkeit forderte. Die Hersteller waren nicht verpflichtet, Wirksamkeit und Sicherheit neuer Medikamente zu prüfen. Eine behördliche Aufsicht, die anhand wissenschaftlicher Studien die Unbedenklichkeit eines neuen Arzneimittels prüfte, existierte nicht.

Hinzu kam die historische Verantwortung der jungen Bundesrepublik. Ärzte und Öffentlichkeit hatten sich im Nachkriegsdeutschland erfolgreich gegen die zentrale Erfassung von Fehlbildungen bei Neugeborenen gewehrt – die Erinnerung an die Nazizeit und die Ausmerze behinderter Menschen war noch zu frisch. Dadurch war es aber im Fall von Contergan zunächst schwierig, ähnliche Fälle zu erfassen und damit einen Zusammenhang von Fehlbildungen und Thalidomid nachzuweisen.

Nicht zuletzt trug die Voreingenommenheit und „Betonmentalität“ beteiligter Wissenschaftler zur Verschleppung bei. Atomwaffentests, Fehlverhalten der Mütter oder genetische Defekte – viele Ursachen wurden für die beobachteten Missbildungen diskutiert. Immerhin führte eine Parlamentsanfrage bezüglich der Atomwaffentests zur systematischen Auswertung der gemeldeten Schäden. Es war schließlich Widukind Lenz, ein Hamburger Humangenetiker,

der die Zusammenhänge richtig interpretierte und Grünenthal am 15. November 1961 dazu aufforderte, Contergan vom Markt zu nehmen.

Medizinische Innovationen brauchen – damit sie erfolgreich und zum Wohl der Patienten in die Praxis eingesetzt werden können – mehr Evidenz, verantwortungsbewusste und aufmerksame Anwender und Ärzte sowie einen gesetzlichen Rahmen und Kontrolle. Nach dem Conterganskandal wurde in Deutschland 1976 ein Arzneimittelrecht eingeführt, das den Nachweis für die therapeutische Wirksamkeit eines Wirkstoffes forderte – in geeigneten, kontrollierten Studien. Auch die Produkthaftung und die unternehmerische Verantwortung wurden in der Folge gesetzlich verschärft, die Möglichkeiten politischer Einflussnahme gestärkt.

In neuester Zeit stellt die Installation des G-BA einen weiteren Schritt auf dem Weg einer regulierten Einführung von medizinischen Innovationen dar. Mit dem „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG) von 2004 wurde das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen ins Leben gerufen. Der

G-BA ist für den Leistungsinhalt der Gesundheitsversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig und eine seiner Aufgaben ist die „... Überprüfung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens sowie deren medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse...“.

Das bedeutet einerseits, dass der G-BA über die Frage entscheidet, ob ein neues Medikament oder

„
Überprüfung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens...“

eine neue Methode eine wissenschaftliche Innovation darstellt – und einen Zusatznutzen bringt, der evidenzbasiert nachgewiesen ist. Für diese Entscheidung stützt sich der G-BA auf Gutachten und die wissenschaftliche Expertise von Sachverständigen aus Wissenschaft und Praxis, von Fachgesellschaften und wissenschaftlichen Institutionen. Auch Patientenvertreter und die Hersteller medizinischer Produkte und Geräte werden befragt. Unterstützt wird der G-BA in der wissenschaftlichen Beurteilung vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Das IQWiG untersucht „Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patienten.“ Es informiert darüber, „welche Vor- und Nachteile verschiedene Therapien und Diagnoseverfahren haben können“. Und Orientierung ist dringend notwendig: Medizinisches Wissen erneuert sich innerhalb von fünf Jahren um die Hälfte. Über 10.000 neue medizinische Studien gibt es pro Jahr, zurzeit laufen rund 40.000 klinische Stu-

dien, die für den einzelnen Arzt nicht mehr zu überblicken sind. Der G-BA beschäftigt sich aktuell beispielsweise mit dem Nutzen der Kapselendoskopie des Dünndarms, der Protonentherapie bei bestimmten Krebserkrankungen oder der Knochendichtemessung zur Früherkennung.

Auf der anderen Seite sind die Entscheidungen des G-BA deutlich geprägt von den unterschiedlichen Interessenslagen der beteiligten Gruppen. Paritätisch besetzt muss der G-BA in jedem einzelnen Fall zu einer Entscheidung kommen, die dem Fortschritt nutzt, aber die Explosion der Kosten bremst. Die unterschiedlichen – wirtschaftlichen – Interessen der ambulanten Ärzte, Krankenhäuser, Patienten, Krankenkassen und der Industrie beeinflussen diese Entscheidung, die gegebenenfalls vom unparteiischen Vorsitzenden getroffen werden muss.

Hinzu kommt eine gesetzlich festgeschriebene Differenzierung von ambulantem und klinischem Bereich. Für den Krankenhausbereich gilt eine generelle Erlaubnis für die Einführung von Innovationen mit Verbotsvorbehalt. Das heißt, die Einführung in Krankenhäusern ist erlaubt, es sei denn der G-BA hat den Nutzen einer Innovation ausdrücklich verneint. Anders im ambulanten Bereich: Hier können Innovationen nur eingeführt werden, wenn der G-BA den Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit ausdrücklich anerkannt hat. Für den ambulanten Bereich gilt ein generelles Verbot mit Erlaubnisvorbehalt.

Wenn der G-BA eine grundsätzliche Anerkennung einer neuer Therapie oder Methode ausspricht, dann darf diese ambulant und stationär eingeführt werden. Lehnt er eine Innovation ab, dann darf sie in keinem Fall eingesetzt werden.

Wird die Entscheidung jedoch aus irgendeinem Grund ausgesetzt oder ist das Verfahren noch nicht abgeschlossen, dann darf die Neuerung ambulant nicht eingesetzt werden, stationär dagegen schon. Ein unbestreitbarer Vorteil für die Krankenhäuser – im ambulanten Bereich entsteht dadurch allzu oft ein Innovationsstau.

Die Entscheidung darüber, ob eine medizinische Innovation wirklich ihren Weg zum Patienten findet, ist von vielen Faktoren abhängig. Manches Mal fragwürdig ist die enge Verknüpfung der Bewertung des wissenschaftlichen Nutzens und der wirtschaftlichen Beurteilung durch den G-BA. Und vermutlich lassen sich Fehldeutungen und Fehlentscheidungen bezüglich der Wirksamkeit einer neuen Methode oder eines neuen Medikamentes auch in Zukunft nicht zu 100 Prozent vermeiden.

Und doch ist der G-BA das Gremium, das eine neuerliche Katastrophe in der Größenordnung des Contergan-Skandals verhindern kann.



Offene Sitze?

Neue Regeln für die Bedarfsplanung der haus- und fachärztlichen Versorgung

Bereits zu Beginn des Jahres 2012 war mit dem neuen Versorgungsstrukturgesetz vom Gesetzgeber eine flexiblere Bedarfsplanung für die haus- und fachärztliche Versorgung gefordert worden. Dieser Forderung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Dezember letzten Jahres nachgekommen: mit der Richtlinie zur neuen Bedarfsplanung, die seit dem 1. Januar 2013 gilt.

Wesentliche Neuerung in der Richtlinie ist die Definition verschiedener Planungsbereiche. Galten bislang für alle Arztgruppen, die der Bedarfsplanung unterlagen, die Stadt- und Landkreise gleichermaßen, wird zukünftig differenziert.

Entscheidend für die hausärztliche Versorgung wird die kleinste Einheit sein: der Mittelbereich. Dieser definiert sich als Einzugsbereich, in dem sich Menschen mit gehobenen Gütern und Dienstleistungen versorgen. Die nächste Einheit ist der Landkreis, der weiterhin für die allgemeine fachärztliche Versorgung relevant ist. Die spezialisierte fachärztliche Versorgung schließlich wird in zwölf Regionen beziehungsweise im gesamten KV-Gebiet berechnet.

In Baden-Württemberg werden Hausarzt-Sitze voraussichtlich in 102 Planungsbereichen geplant, dabei soll jeder Landkreis in zwei bis drei Mittelbereiche aufgeteilt werden. Aus heute 250 freien Hausarztsitzen werden dann rund 400 freie Sitze. Dies lässt sich am Beispiel Rems-Murr-Kreis erläutern:

Der Landkreis galt bisher als ausreichend versorgt. Doch nun wird er nach den alten „Oberamts“-Grenzen aufgeteilt: Backnang, Waiblingen, Schorndorf. Und damit ergibt sich ein neues Bild. Der Mittelbereich Schorndorf bleibt für weitere Hausärzte geschlossen, hier gibt es genug Hausärzte. Backnang und Waiblingen dagegen bekommen gemeinsam 30 – neue – offene Hausarztsitze.

So entstehen neue Hausarztsitze, obwohl die Versorgung über der liegt, die nun mit der neuen Bedarfsplanung bundeseinheitlich ist. Danach muss ein Hausarzt 1.671 Einwohner versorgen. Der Ist-Stand in Baden-Württemberg liegt derzeit bei 1.516.

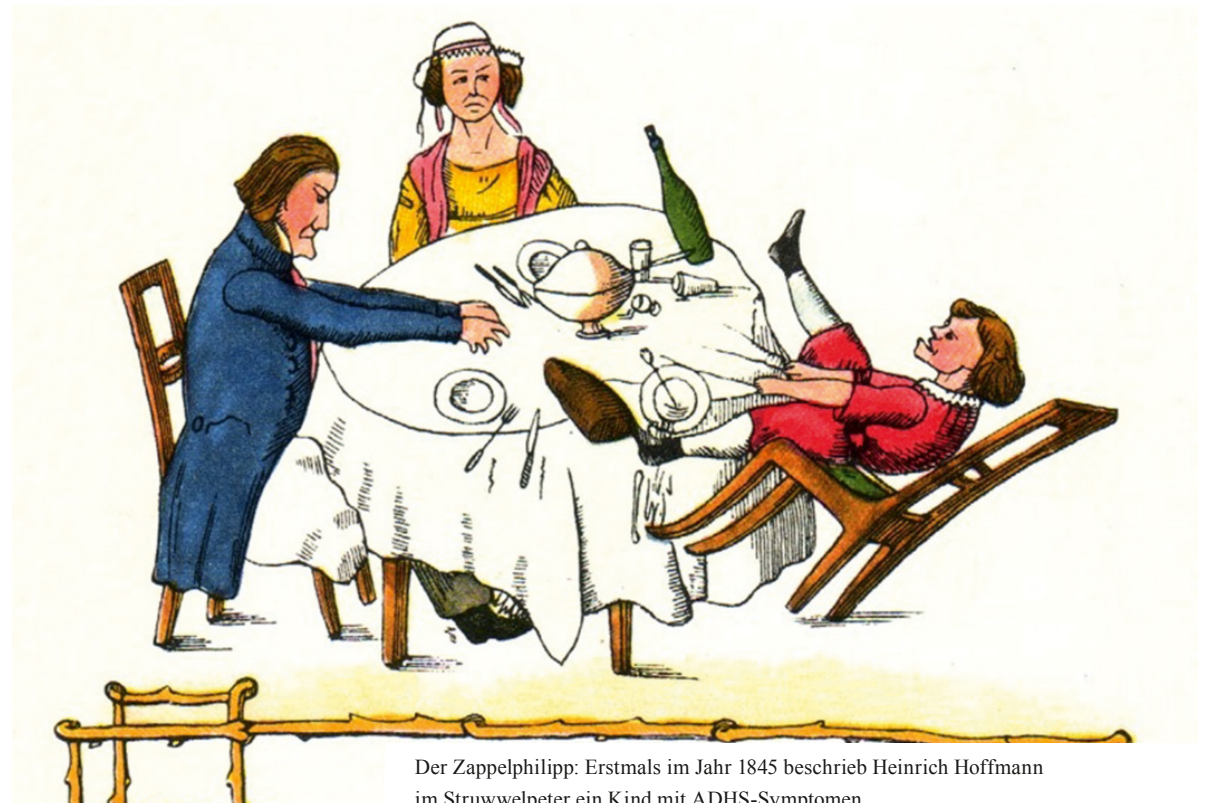
Mit der Reform der Planungsbezirke und mit der einheitlichen Verhältniszahl wird die Differenzierung zwischen über- und unterversorgten, städtischen und ländlichen Regionen einfacher und gerechter.

Bei den Fachärzten wird es zu weniger deutlichen Veränderungen kommen, einzige Ausnahme: die Psychotherapeuten. Sie profitieren von einer nach oben korrigierten Verhältniszahl. Die Schätzungen liegen derzeit bei rund 112 neuen offenen Sitzen in Baden-Württemberg.

Doch letztlich bleiben dies alles Zahlenspiele. Denn mit den offenen Stellen finden sich nicht automatisch mehr Ärzte oder Psychotherapeuten, die bereit sind, ihre Praxis in ländlicheren Gebieten zu eröffnen. Oder die bestehenden Praxen zu übernehmen, die aus Altersgründen geschlossen werden.

Zappelphilipp wird vier

Interdisziplinäre Versorgung von Kindern mit ADHS



Der Zappelphilipp: Erstmals im Jahr 1845 beschrieb Heinrich Hoffmann im Struwwelpeter ein Kind mit ADHS-Symptomen.

Im April 2009 ist das Konzept zur „qualitätsgesicherten Versorgung von Patienten mit Aufmerksamkeits-Defizitsyndrom oder -Hyperaktivitätssyndrom (AD/H)S“ in Baden-Württemberg umgesetzt worden. Vier Jahre danach ziehen die Beteiligten eine positive Bilanz.

Die Philipps-Universität Marburg hat den Vertrag unter 228 AD(H)S-Patienten in Baden-Württemberg von Oktober 2010 bis Februar 2013 ausgewertet. In einer Kontrollgruppe wurden Patienten derselben Arztpraxen untersucht, die sich in der Regelversorgung befanden. Die Symptome aller Teilnehmer des AD(H)S-Vertrages haben sich laut Studie im Verlauf der Therapie verbessert. Auch die am-

bulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten beurteilen den Vertrag positiv. Er trage entscheidend zu einer Veränderung der Patientenversorgung bei; die verbesserte Kooperation untereinander und die Einführung und Finanzierung von Elterntrainings sei zu begrüßen. Die Medikamentierung sei vermindert worden.

KVBW-Geschäftsführerin Susanne Lilie war an der Vertragsgestaltung maßgeblich beteiligt: „Das Konzept hat uns von Anfang an überzeugt. Die Krankheit sollte schneller erkannt, Wartezeiten auf Therapieplätze minimiert, Doppeluntersuchungen und stationäre Einweisungen vermieden werden. Wir freuen uns, dass alle Beteiligten den Vertrag so gut angenommen haben. Heute arbeiten insgesamt

212 Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendärzte sowie Psychotherapeuten in 45 Teams zusammen.“

In einem Team tauschen sich ein Kinder- und Jugendarzt, ein Kinder- und Jugendlichenpsychiater und ein Psychotherapeut fachlich aus, auch Eltern und Schulen und Kindergärten werden in die Behandlung eingebunden.

Die KVBW war die erste, die das KBV-Versorgungsmodell für hyperaktive Kinder umsetzte. Vertragspartner sind die KBV, die regionalen Betriebskrankenkassen und die DAK Gesundheit.

Rund 2.180 Kinder und Jugendliche sind mittlerweile in dem Vertrag eingeschrieben. Das Versorgungskonzept gilt als wegweisend und seiner Zeit voraus.

Holpriger Start ins Ungewisse

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung wird in diesem Jahr eingeführt

Die KVBW hat wie immer ihre Hausaufgaben gemacht und als eine der ersten KV den erweiterten Landesausschuss eingerichtet, der vom Gesetz vorgeschrieben ist. Der Ausschuss ist das Gremium, welches darüber entscheiden muss, ob ein Arzt oder ein Krankenhaus an der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) teilnehmen darf. Doch ist das erst der Anfang. Die Umsetzung der neuen ASV gestaltet sich schwieriger als anfangs gedacht.

Zur Erinnerung: Die ASV war ein Herzenswunsch der Regierungskoalition, den sie im neuen Versorgungsstrukturgesetz vom Januar 2012 realisiert hat. Damit wollte sie einen ersten Schritt unternehmen, um die Abgrenzung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung aufzuheben. Die ASV ist nun festgeschrieben im überarbeiteten Paragraphen 116b

SGB V, in dem viele Argumente der Ärzteschaft, die von der KVBW vertreten wurden, Berücksichtigung gefunden haben.

Davon profitieren werden Patienten mit besonders schweren Verläufen besonders schwerer und seltener Erkrankungen. Ebenso fallen besonders spezialisierte Leistungen unter die ASV. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte sollen „gleichwertig“ die Patienten behandeln können. Für die Teilnahme ist nach den gesetzlichen Bestimmungen nur eine Anzeige des Arztes oder des Krankenhauses beim erweiterten Landesausschuss, kein Antrag erforderlich. Ein wichtiger Unterschied: Denn bei einer Anzeige gilt der Arzt automatisch als zugelassen, wenn der Ausschuss nicht innerhalb von zwei Monaten widersprochen hat.

Die Politik hat das Gesetz gemacht. Aber wer von den Beteiligten hatte wirklich eine Vorstellung davon, welcher Aufwand für die

Umsetzung betrieben werden muss? Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nun begonnen für die einzelnen Krankheiten Richtlinien zu erlassen. Die Krankheiten sind im Gesetz zwar genannt, die Definition eines „besonders schweren Verlaufs“ dagegen nicht. Auch die in Frage kommenden Leistungen sind nicht definiert.

Ebenso unklar ist die Vergütung. Von Seiten des Gesetzgebers ist vorgesehen, eigene Gebührenordnungspositionen in Euro für die Leistungen der ASV zu entwickeln. Das ist aufwändig und langwierig – das kann jeder ermesen, der die Diskussionen um einzelne GOPs im EBM kennt.

Ende März hat der G-BA nun die allgemeinen Regeln für die ASV beschlossen und in diesem Zusammenhang auch drei Phasen für die Vergütungsentwicklung definiert: In der ersten Phase, die direkt nach dem Richtlinienbe-

schluss des G-BA wirksam wird, wird der bestehende EBM zur Anwendung kommen.

Sechs Monate nach dem Richtlinienbeschluss wird es in Phase zwei einen ergänzten EBM, gegebenenfalls mit Vergütungszuschlägen, geben. Es soll ein eigenes Kapitel für die ASV-Leistungen – analog dem Belegarztkapitel 36 im EBM – formuliert werden.

In der dritten Phase schließlich wird eine Pauschale als Zielvergütung angestrebt, die analog zu den DRG (diagnosebezogenen Fallgruppen) berechnet wird. Mit dem endgültigen Start der ASV wird frühestens Ende 2013 gerechnet.

Auf die Arbeit auf Landesebene hat dies Auswirkungen: Bevor die Richtlinien vom G-BA nicht veröffentlicht sind, kann der erweiterte Landesausschuss keine Anzeigen über die Teilnahme an der ASV beraten. Interessierte Ärzte sollten daher aktuell mit ihrer Anzeige noch warten.

Im Gesetz ist auch vorgesehen, dass die KVEn die Abrechnung der Leistungen übernehmen können. Die KVBW hat sich dieser Aufgabe schon sehr früh gewidmet und hausintern die Voraussetzungen dafür geschaffen.

Allerdings gibt es auch hier noch eine ganze Reihe von ungeklärten Fragen, die auf Bundesebene beantwortet werden müssen. So muss beispielsweise noch abgestimmt werden, wie der Datenfluss und – vor allem – mit welchen Informationen er erfolgen muss. Erst dann können auch die Leistungen abgerechnet werden.

Die KVBW wird sich auf Bundesebene dafür einsetzen, dass die Abrechnungsmodalitäten für die Vertragsärzte so einfach wie möglich gestaltet werden. Und sie wird alle Ärzte, die in Baden-Württemberg an der ASV teilnehmen möchten, rechtzeitig informieren, und ihnen ein Angebot machen.

EBM-Reform ist Albtraum für Ärzte und KV-Mitarbeiter

Dokumentation, Plausibilitätsprüfungen und mehr Bürokratie

Ist die Ankündigung einer EBM-Reform eine gute oder eine schlechte Nachricht? Schließlich haben die letzten EBM-Reformen zu massiven Umverteilungen und Verwerfungen in Baden-Württemberg geführt. Für diejenigen, die hierin eine schlechte Nachricht sehen, wird sie noch schlechter: Es kommen mehrere Reformen.

Die erste ist für dieses Jahr vorgesehen und resultiert aus der Honorareinigung mit den Krankenkassen auf Bundesebene im Herbst 2012. Dort wurde neben der Erhöhung des Orientierungswertes auch ein zusätzlicher Betrag von 250 Millionen Euro für die Weiterentwicklung des EBM vereinbart. Dieser Betrag soll zur Sicherung der Grundversorgung durch Hausärzte in Form neuer GOPs für die Versorgung geriatrischer und palliativer Patienten sowie chronisch kranker Kinder und bei den Fach-

ärzten durch die Implementierung einer Pauschale „fachärztliche Grundversorgung“ (PFG) verwendet werden.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist zunächst zum 1. Juli 2013 vorgesehen. Zum 1. Juli 2014 soll dann eine Neukalkulation aller Gebührenordnungspositionen des EBM erfolgen.

Da bei den Fachärzten keine Einigung darüber erzielt werden konnte, wer ein Grundversorger ist und wer nicht, ist der Kreis der Anspruchsberechtigten groß und die zu erwartenden Höhe der PFG wird keines der Probleme derjenigen Fachgruppen lösen, die zu den großen Verlierern der Vergangenheit gehörten.

Absurd zeigt sich die Situation in Bezug auf die Weiterentwicklung des hausärztlichen EBMs: Für „ein paar Dollar mehr“ (17 Millionen Euro für die Hausärzte bei einer Gesamtvergütung der KVBW von vier Milliarden Euro) soll ein

Komplettumbau des hausärztlichen EBM erfolgen.

Dazu zählt etwa die Aufteilung in „typische“ und „atypische“ Hausärzte. Nur „typische“ Hausärzte sollen zukünftig die versorgungsbe-reicherspezifische Grundpauschale abrechnen können – „atypische“ nicht. Weiter sollen die Versichertenpauschalen abgesenkt und dafür die technischen Leistungen als Einzelleistungen vergütet werden. Bei den technischen Leistungen werden Vorhaltekosten berücksichtigt, doch deren Höhe hängt davon ab, wie viele technische Leistungen in einem Quartal erbracht werden. Und die Schaffung zusätzlicher GOPs ist mit hohem bürokratischem Aufwand in der Abrechnung verbunden.

Die Delegierten der KVBW haben, basierend auf einem einstimmigen Beschluss der Vertreterversammlung, gegen diesen Beschluss massiven Widerstand in der KBV-VV geleistet. Der Vorstand sieht in dieser EBM-Änderung einen Alb-

traum für (Haus-)Ärzte und KV-Mitarbeiter, der mehr Dokumentation, Plausibilitätsprüfungen und mehr Bürokratie für die Arztpraxen nach sich zieht. „Die Ärzte werden weiter ins Hamsterrad getrieben und verlieren noch mehr an Transparenz über ihre Abrechnung. Es ist unverständlich, warum die Mehrheit der Delegierten in der KBV-VV Gefallen daran findet, die begrenzt vorhandenen Mittel permanent nach anderen Kriterien neu zu verteilen“, so der KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke.

Der KBV-Vorstand wird nun in Verhandlungen mit den Krankenkassen treten und auf der nächsten Vertretersammlung darüber berichten. „Die KVBW wird weiterhin mit allen Mitteln versuchen, diesen Unsinn zu verhindern, denn er würde die grotesk niedrig budgetierte Honorierung unserer hausärztlichen Leistungen erneut auf Jahre hinaus zementieren“, ist sich Metke sicher.

KBV-Umfrage zur Sicherstellung

Ärzte nur für Sicherstellung, wenn sich Rahmenbedingungen ändern

Einzelverträge der Ärzte mit jeder Krankenkasse – in der Anfangsphase der Krankenversicherung waren die Verhandlungen mit den Krankenkassen für jeden einzelnen Arzt eine Herausforderung. Seit der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung gehört dies glücklicherweise nicht mehr zum Alltag niedergelassener Mediziner.

Mit der KV als erster gesetzlich verankerter Interessenvertretung übernahmen die Vertragsärzte aber auch Pflichten: Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung ist eine von ihnen. Ob dies allerdings noch mit den aktuellen politischen Entwicklungen im Land kompatibel ist oder ob die Ärzteschaft den Sicherstellungsauftrag lieber abgeben sollte, war Inhalt einer von der KBV in Auftrag gegebenen Umfrage.

Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Deutschland sind sich einig. Sie gaben ein eindeutiges Votum für den Erhalt des Sicherstellungsauftrags ab – aber nur, wenn sich die Rahmenbedingungen zur Erfüllung dieses Auftrages grundlegend ändern, sonst nicht! Das zeigt das Ergebnis der repräsentativen Umfrage unter den knapp 150.000 Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland, die vom Meinungsforschungsinstitut infas durchgeführt wurde und sich über den Zeitraum von Ende November 2012 bis Anfang Januar 2013 erstreckte.

Eindeutig sind die Forderungen der Befragten: Feste kalkulierbare

Preise und mehr Therapiefreiheit stehen ganz oben auf der Liste der Niedergelassenen. Der Wunsch nach mehr Selbstbestimmung in der ärztlichen Tätigkeit oder die Abschaffung von Regressen gehören zu den häufigsten Nennungen. Insgesamt sehen die Teilnehmer die ambulante medizinische Versorgung in den Händen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten und nicht bei den Krankenhäusern.

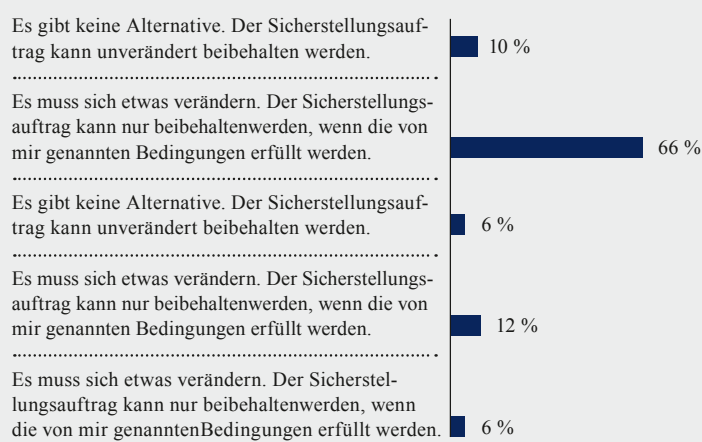
Vor allem das Freitextfeld der Umfrage nutzten die Teilnehmer, um Vorschläge zu formulieren, wie die Versorgung verbessert werden könnte. Ein Teilnehmer bringt es auf den Punkt: „Die ärztliche Arbeit ist wunderbar. Katastrophal sind die ausufernde Bürokratie sowie die Angst vor Regressen.“

Letztendlich unterstreicht die Umfrage die Forderungen, die die Vertragsärzte schon jahrelang gegenüber der Politik kommunizieren. „Diese Umfrage beweist: Die Ärzte und Psychotherapeuten stehen zu der Verantwortung, die sie mit ihrem Beruf übernommen haben“, kommentiert Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, die Ergebnisse der Befragung. „Damit sie auch weiterhin dieser Verantwortung gerecht werden können, müssen sich die Rahmenbedingungen ändern. Und mit diesem klaren Auftrag gehen wir als KBV und KVen in das Jahr 2013, das schließlich auch ein Bundestagswahljahr ist.“

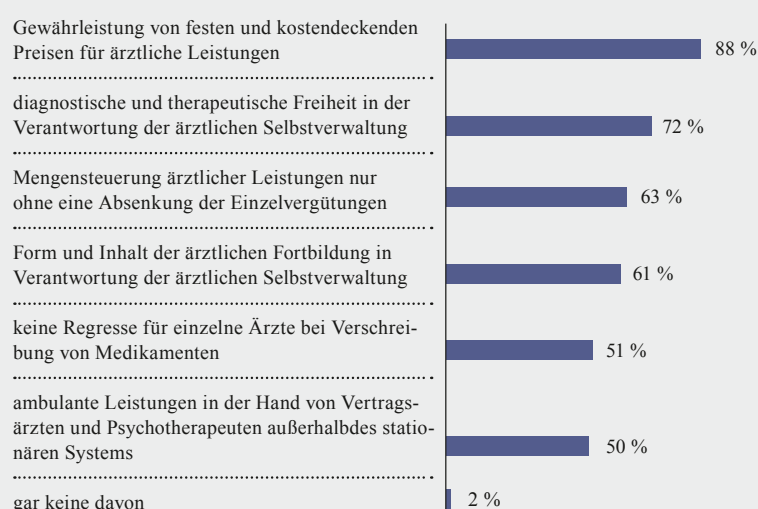
➔ Alle Ergebnisse der Umfrage finden Sie unter www.kbv.de/befragung.html

Ergebnisse der Befragung

Frage: Wie ist Ihre Meinung zum Sicherstellungsauftrag der ärztlichen Selbstverwaltung?



Frage: Vielleicht sind Ihnen einige der Aussagen besonders wichtig und andere weniger. Kreuzen Sie bitte die Bedingungen an, die Sie für unverzichtbar halten, wenn das bisherige selbst verwaltete Versorgungssystem im Rahmen des Sicherstellungsauftrags erhalten bleiben soll. (Mehrfachnennungen möglich)



Prävention von Schlaganfall

Das Thema Schlaganfall steht im Fokus der Gesundheitsinitiative „Baden-Württemberg gegen den Schlaganfall“, die im Mai unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsident Winfried Kretschmann startet.

Ziel ist es, möglichst viele Menschen umfassend über die Symptome und Folgen eines Schlaganfalls zu informieren und das Thema mehr in das Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken. Im ganzen Land gibt es Veranstaltungen zum Thema Notfallbehandlung, Diagnostik und vieles mehr. Von Mannheim über Karlsruhe und Offenburg bis an den Bodensee fährt zudem ein so genannter Schlaganfall-Bus durchs Landle, in dem Patienten Schlag-



anfall-Risiko-Checks machen können und ärztliche Beratung stattfindet.

Die KV Baden-Württemberg unterstützt die Initiative und ist an einigen Aktionstagen mit einem Informationsstand und einem Angebot orientierender Gesundheitschecks, wie Messung von Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck sowie Bestimmung des Körperfettanteils und BMI vertreten:

So am Sonntag, den 5. Mai 2013 anlässlich der badischen Meile – einer Volkslaufveranstaltung – in Karlsruhe, am 6. Mai in Stuttgart, am 8. Mai in Mannheim und am 23. Mai in Reutlingen.

➔ Den Veranstaltungskalender mit allen Informationen finden Sie demnächst unter www.bw-schlaganfall.de

Förderprogramm palliative Praxis

Die Robert-Bosch-Stiftung fördert im Programm "Palliative Praxis-Projekte für alte Menschen" innovative Praxisprojekte. Diese sollen Wege und Qualitätsmaßstäbe aufzeigen, wie palliative Praxis in Altenpflegeeinrichtungen, in der häuslichen Pflege oder in Akutkrankenhäusern umgesetzt und zum festen Bestandteil in der Betreuung alter Menschen werden kann. Ziel des Programms ist es, durch die Förderung von innovativen Praxisprojekten die Situation alter Menschen in der letzten Lebensphase zu verbessern. Das Programm richtet sich an Arztpraxen, Träger von ambulanten Diensten und Altenhilfeeinrichtungen sowie einzelne Einrichtungen, Krankenhäuser, Hospize, Kommunen und Landkreise. Bis 2014 stellt die Stiftung dafür insgesamt bis zu 720.000 Euro zur Verfügung.

➔ Weitere Informationen: Julia Hoeter oder Tobias Nerl 0711 46084-133/132 julia.hoeter@bosch-stiftung.de tobias.nerl@bosch-stiftung.de

„Kein Raum für Missbrauch“

Kampagne soll auch Ärzte und Psychotherapeuten sensibilisieren

Noch bis Mitte des Jahres läuft die bundesweite Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“. Die Aktion des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs Johannes-Wilhelm Rörig soll die Gesellschaft für das Thema sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sensibilisieren.

Ziel der Initiatoren ist es, das Thema über Information und Aufklärung aus der Tabuzone zu holen und Verantwortungsbewusstsein in der Öffentlichkeit zu bilden. Angesprochen werden sollen neben Eltern und Fachkräften besonders Ärzte wie Kinderärzte, Gynäkologen und Hausärzte sowie Psychotherapeuten, die in ihren Praxen mit dem Thema konfrontiert werden.

„Missbrauch findet nicht zufällig oder aus Versehen statt, Täter und Täterinnen handeln mit hoher krimineller Energie, ausgefeilten Strategien und oftmals im Schatten weit verbreiteter Ahnungslosigkeit“, sagte der Unabhängige Beauftragte bei der Kampagnenvorstellung. Eltern und alle, die beruflich und in ihrer Freizeit mit Kindern arbeiten, sollen durch die Kampagne ermutigt werden, in

Einrichtungen und Institutionen das Thema offen anzusprechen und Schutzkonzepte einzufordern.

„Missbrauch findet insbesondere dort statt, wo darüber geschwiegen wird. Schutzkonzepte schränken die Spielräume der Täter und Täterinnen ein und müssen ein wichtiges Qualitätsmerkmal für alle Einrichtungen werden“, so Rörig. „Wo Schutzkonzepte konsequent angewendet werden, können auch Mädchen und Jungen, die Missbrauch in der Familie oder im sozialen Umfeld erfahren, kompetente Vertrauenspersonen und Hilfen finden.“

Der Kampagnenbeauftragte hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung gebeten, die Kampagne zu unterstützen. Dabei gehe es vor allem darum, dass die Ärzte und Psychotherapeuten informiert werden und in ihren Praxen mit Plakaten und anderen Informationsmaterialien auf das Thema hinweisen sowie die Eltern sensibilisieren.



Das starke Plakat der Kampagne erregt Aufmerksamkeit.

Auf der Kampagnen-Homepage www.kein-raum-fuer-missbrauch.de können Plakatmotive, Flyer und Anstecker heruntergeladen werden.

Wie viele Kinder in Deutschland sexuell missbraucht werden, ist schwer zu sagen, da es eine

hohe Dunkelziffer gibt. Beratungsstellen sprechen davon, dass jedes zweite bis fünfte Kind sexuell missbraucht wird. Nach der Kampagne „Wer das Schweigen bricht, bricht die Macht der Täter“ hatten 20.000 Betroffene über ihren Missbrauch berichtet.

Auch die KVBW engagiert sich mit dem Projekt „Frühe Hilfen“ gegen Missbrauch. Primäres Ziel ist es, die Zusammenarbeit zwischen Kinder-, Haus- und Fachärzten sowie Mitarbeitern der Öffentlichen Jugendhilfe und anderen Unterstützungsanbietern zu verbessern.

Kampagne unterstützen

Psychotherapeutin Birgitt Lackus-Reitter, Heidelberg:

„Wir PsychotherapeutInnen werden in unseren Praxen häufig mit den gravierenden, oft irreversiblen psychischen Schäden konfrontiert, die Kindesmissbrauch verursacht. Diese führen bedauerlicherweise bis ins hohe Alter zu erheblichen, meist emotionalen Einschränkungen für die Betroffenen. Ich möchte Sie daher bitten, diese Aktion in Ihren Praxen zu unterstützen.“



➔ Telefonische Anlaufstelle: 0800 22 55 530 (kostenfrei und anonym) Sprechzeiten: Mo: 8 bis 14 Uhr; Di, Mi, Fr: 16 bis 22 Uhr; So: 14 bis 20 Uhr www.beauftragter-missbrauch.de

Deutscher Ärztetag

Der 116. Deutsche Ärztetag findet vom 28. bis 31. Mai 2013 in Hannover statt. Die Veranstaltung wird am Dienstag, den 28. Mai 2013 um 10.00 Uhr unter Anwesenheit des Präsidenten der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, der Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Martina Wenker und des Gesundheitsministers Daniel Bahr eröffnet.

Auf der Tagesordnung stehen unter anderem Referate aus der Gesundheits-, Sozial- und ärztlichen Berufspolitik: „Anforderungen an eine Krankenversicherung der Zukunft“, „Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und „Wie viel Markt verträgt die Medizin?“ Im Anschluss an die Eröffnungsveranstaltung findet ein Empfang statt. Zutritt zur Eröffnungsveranstaltung haben alle Ärztinnen und Ärzte, so lange die Platzverhältnisse es gestatten. Sie müssen eine Eintrittskarte vorweisen können.

Der Deutsche Ärztetag ist das „Parlament der Ärzteschaft und findet seit 1873 einmal jährlich an wechselnden Orten statt.

➔ Weitere Informationen: Organisationsbüro Bundesärztekammer Dr. Cathrin Becker, 030 400456-405 cathrin.becker@baek.de Katrin Queitzsch, 030 400456-406 katrin.queitzsch@baek.de

Tag der Niedergelassenen

2013 stehen Kooperationen und Netze im Mittelpunkt

Wenn sich im Juni die gesundheitspolitische Szene zum Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin trifft, dürfen Vertreter der ambulanten Versorgung nicht fehlen: Zum Tag der Niedergelassenen, dem 5. Juni 2013, laden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten an die Spree ein.

Bereits zum fünften Mal findet der Tag der Niedergelassenen im

Rahmen des Hauptstadtkongresses im Berliner ICC statt. Er bietet allen Vertragsärzten und -psychotherapeuten ein Forum zur Weiter-

Tag der Niedergelassenen

bildung, zur Diskussion und zum Austausch. Der Schwerpunkt liegt in diesem Jahr auf dem Themenbereich Kooperationen und Netze.

Wissenswertes für den Praxis-Alltag bieten sechs Info-Veranstal-

tungen. Ein Überblick über mögliche Kooperationsformen steht dabei genauso auf dem Programm wie Tipps zum Vermeiden der Regressgefahr. Unter dem Titel „Welchen Wert hat meine Praxis?“ erklären Experten, nach welchen Kriterien ärztliche und psychotherapeutische Praxen bewertet werden. Die Präsentation einer multiprofessionellen Patientenschulung für morbid-adi-pöse Menschen bietet ein Beispiel guter Versorgung aus dem Bereich der Psychotherapie.

Um 14 Uhr widmet sich eine politische Diskussionsrunde aus

der Reihe KBV kontrovers den gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland: „Eine Frage an die Gesellschaft – Wie viel Gesundheit wollen wir uns künftig leisten?“. Vertreter aus der Wirtschaft, den Gewerkschaften und der Kirche debattieren mit dem Vorstand der KBV.

Über alle drei Tage des Hauptstadtkongresses (5. bis 7. Juni) informiert ein Stand im Hauptfoyer des ICC über das Serviceangebot der KVen: Von A wie Abrechnung bis Z wie Zulassung. Kooperationspartner ist auch in diesem Jahr wieder die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer. Am gemeinsamen Info-Stand erwartet die Besucher auch täglich ein rhetorischer Schlagabtausch: In der Speakers' Corner debattieren Experten zu aktuellen gesundheitspolitischen Fragestellungen.

Alle Vertragsärzte, -psychotherapeuten und deren Praxisteam können nach vorheriger Anmeldung kostenlos am Tag der Niedergelassenen teilnehmen. Auch Medizinstudierende und PJ-ler sind herzlich willkommen.



Tag der Niedergelassenen 2012: Speakers' Corner bietet ein Podium für Experten.

➔ Die Anmeldung und weitere Informationen finden Sie unter www.tag-der-niedergelassenen.de. Hier können Sie sich direkt online registrieren.

Mobile Medizin für obdachlose Menschen

Ärzte für medizinische Regelversorgung gesucht

Donnerstagabend am Stuttgarter Hauptbahnhof: Schneeregen und Kälte treiben die meisten Menschen schnell nach Hause. Menschen ohne Obdach suchen Schutz in der Unterführung zum Park. Hier steht – wie jede Woche um diese Zeit – das MedMobil, der Ambulanzbus der Ambulanten Hilfe und „Ärzte der Welt“. Darin bieten ehrenamtliche Ärzte und Pflegepersonal wohnungslosen, ausgegrenzten Menschen medizinische Hilfe an.

An diesem Abend ist der erste Patient ein 19-jähriger Punk: karierte Hose, bunter Irokesenschnitt, geflicktes Sweatshirt, Piercings in Nase, Lippen und Ohren. Schnittnarben an seinen Armen deuten auf Selbstverletzungen. Seine Haut ist rot und aufgesprungen. F.S. ist höflich, bescheiden und zurückhaltend. Er kommt das erste Mal zum MedMobil, weil er ein Problem mit seiner Haut hat: eine lang bekannte Neurodermitis, die gerade wieder „aufblüht“. Eigentlich weiß er, was er dagegen tun kann – doch fehlen ihm die Mittel. Nach einer kurzen Anamnese durch Dr. Walther Kren, Allgemein Chirurg im Ruhestand, und einer Untersuchung der betroffenen Hautstellen, gibt er ihm eine cortisonhaltige Salbe. Außerdem füllt er ihm noch eine kleine Menge einer desinfizierenden Salbe für die entzündenden Hautstellen ab.

Ganz nebenbei erfragt Dr. Kren den Status von F.S.: Wo er

Wichtig ist, dass bei unseren Einsätzen immer eine Sozialarbeiterin dabei ist.“ An diesem Abend ist es Stefanie Uphoff, die im Anschluss mit dem jungen Punk noch ein Gespräch führt. „Durch das MedMobil erreichen wir die Menschen dort, wo sie leben. Und haben hier die Chance, direkte Hilfe zu leisten“, sagt sie.

Die Menschen auf der Straße erreichen und medizinische Hilfe ohne bürokratische Hürde anbieten, das war von Anfang an die Idee des MedMobil. Im Jahr 2007 hatte das Ärzteteam Dres. Max und Hedwig Finckh, Orthopäden in Stuttgart, der Stadt einen Teil seines Vermögens hinterlassen, verbunden mit dem Auftrag, das Geld für die Wohnungslosenhilfe zu verwenden. Die Freien Träger der Wohnungsnotfallhilfe und die Stadt entschieden gemeinsam, dass die bestehenden Hilfsangebote am besten durch eine mobile medizinische Tagesstätte ergänzt werden sollten. Seitdem fährt das MedMobil unter der Trägerschaft der Stadt Stuttgart, den freien Trägern und der internationalen Hilfsorganisation „Ärzte der Welt“.

An drei Tagen steht das MedMobil an verschiedenen Orten in der Stadt, außerdem machen die ehrenamtlichen Ärzte Sprechstunden im „Café 72“ und im „Schlupfwinkel“, der Tagesstätte für Straßenkinder. Seit Beginn der Arbeit hat das MedMobil rund 1.200 Menschen medizinisch versorgt. Die Patienten kommen mit Husten, Schnupfen, Heiserkeit. Die Be-



Das MedMobil steht jeden Donnerstagabend am Stuttgarter Hauptbahnhof.

nicht vorhandene Gefühl für den eigenen Körper. Viele können Krankheit gar nicht wahrnehmen. Da hilft nur Reden und Vertrauen aufbauen.“ Medizinisch kann er nicht viel mehr tun. Der Medizinkoffer des Busses enthält Paracetamol, Halspastillen, Nasensprays, ein paar Salben – durchweg Medikamente, die es rezeptfrei in der Apotheke gibt.

„*Es ist wichtig, die Menschen dort zu erreichen, wo sie leben.*“

„Das niederschwellige Angebot hilft“, sind die Mitarbeiterinnen der Ambulanten Hilfe und von „Ärzte der Welt“ überzeugt. Das MedMobil unterstützt dabei, die hilfeschuchenden Menschen wieder an die medizinische Regelversorgung heranzuführen. „Wenn der Patient nach einem Besuch im MedMobil zu einem Arzt in einer Praxis geht und sich regelmäßig behandeln lässt, haben wir unser Ziel erreicht“, sagt Uphoff.

Das medizinische Personal des MedMobil besteht durchweg aus Ehrenamtlichen, rund 20 Medizinerinnen und Pflegepersonal. „Unser Netzwerk der ehrenamtlichen Helfer funktioniert im Moment sehr gut.“ sagt Uphoff. „Was wir allerdings dringend brauchen, sind Haus- und Facharztpraxen, möglichst im Stuttgarter Innenstadtbereich, die mit uns kooperieren.“ Denn es sei ein bekanntes Problem in der Obdachlosenhilfe, dass die ausgegrenzten Menschen nur ungern eine Praxis aufsuchen – aus Scham und Angst vor Abweisung. „Wir brauchen Praxen, wo wir die Menschen, die zu ins MedMobil kommen, direkt hinschicken können. Dann ist die Hemmschwelle nicht so hoch und unsere Klienten sitzen nicht länger als nötig im Wartezimmer.“

Die Finanzierung durch das Erbe läuft zum Ende des Jahres 2013 aus. Die Stadt Stuttgart hat inzwischen signalisiert, dass sie

das MedMobil weiter finanzieren wird. Doch wird sie dabei auf Hilfe angewiesen sein. Sozialbürgermeisterin Isabel Fezer hat daher inzwischen Gespräche mit den Krankenkassen aufgenommen und plant weitere Gespräche auch mit der KV, um hier einen Beitrag zur Finanzierung zu erreichen. Vorbild dafür ist ein Projekt aus Nordrhein-Westfalen, in dem Krankenkassen, KVen und verschiedene staatliche Behörden gemeinsam die Mobilen Dienste für die medizinische Versorgung obdachloser Menschen unterstützen.

Und am Bahnhof? Nach dem Punk taucht noch ein junger Mann auf: gerade 18 geworden, zu Hause rausgeflogen, kein Job, kein Einkommen. Jetzt schläft er mal bei Bekannten, mal in besetzten Häusern. Behandeln lassen will er seine Nase, nach dem er sich geprügelt hat. Wie F.S. macht auch er den Eindruck, als ob das Leben auf

der Straße für ihn nur eine Zwischenstation ist. Aber schafft er wirklich den Weg zurück in die „Bürgerlichkeit“? Vielleicht mit der Hilfe der Menschen vom MedMobil.

➔ Kontakt:

Wenn Sie mehr über die Arbeit des MedMobils erfahren möchten oder die Behandlung der hilfeschuchenden Menschen in Ihrer Stuttgarter Praxis anbieten möchten, dann wenden Sie sich an: Ambulante Hilfe Stuttgart e.V. oder Ärzte der Welt e.V.

www.ambulantehilfestuttgart.de
www.aerztederwelt.org »
Projekte Inland » MedMobil

MedMobil
Kreuznacherstraße 41a
70372 Stuttgart
0711 5204545-25
medmobil@ambulantehilfestuttgart.de



Dr. Kren mit seinem Patienten F.S.

untergekommen ist, ob er Geld verdient, ob er eine Krankenversicherung hat. Im Plauderton versucht er mehr über die Situation und die Perspektive des jungen Mannes zu erfahren. Er hört ganz unaufgeregt zu, fragt vorsichtig nach, gibt Tipps, ohne den Patienten zu bedrängen. „Medizinische Grundversorgung, das können wir im MedMobil erreichen“, erklärt er später. „Ein kurzes Gespräch, zuhören, eine Empfehlung aussprechen.

handlung von Durchfall, Atemwegserkrankungen und Asthma sowie die Versorgung von kleinen Verletzungen und offenen Wunden gehören ebenso zum Standardrepertoire. Dr. Hansmartin Killguss, der regelmäßig im MedMobil mitfährt, beschreibt die drängenden Probleme: „Viele Patienten haben Schmerzen und Schäden am Bewegungsapparat, Folgen des Straßenlebens. Am schlimmsten aber ist die psychische Not, das

Barrieren in Praxen abbauen

Ideen für die Praxis

Knapp zehn Millionen Menschen leben in Deutschland mit einer Behinderung. Sie stoßen bei Arztbesuchen häufig auf Probleme.

In einer neuen Broschüre für Ärzte und Psychotherapeuten zeigt daher die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, wie man bereits mit einfachen Mitteln Barrieren abbauen kann. Und das, ohne in die Praxis hohe Geldbeträge investieren zu müssen. Dazu gehören beispielsweise große, schnörkellose Schriften auf Türen, ein Bodenleitsystem, das die Orientierung in der Praxis erleichtern kann, mehr Sitzmöglichkeiten vor Behandlungszimmern oder das Entfernen von Stolperfallen. Die Broschüre „Barrieren abbauen“ bietet Praxisbeispiele, Checklisten und erklärende Texte für gehbehinderte, blinde, gehörlose oder geistig behinderte Patienten. In einem

Serviceteil finden sich außerdem die wichtigsten Adressen zum Thema „Barrierefreiheit“ sowie die Ansprechpartner der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen.

➔ Die KBV stellt die Broschüre kostenlos zu Verfügung. Sie kann über versand@kbv.de bestellt oder als pdf heruntergeladen werden unter www.kbv.de/barrieren-abbauen.html



Eröffnung Reutlingen

Reibungsloser Start am Klinikum Steinenberg

Samstag, 2. Februar, kurz vor 8 Uhr: Die Notfallpraxis Reutlingen, im Klinikum Steinenberg, öffnet als erste der drei Notfallpraxen, die ab sofort im Landkreis Reutlingen am Wochenende für die Patienten geöffnet sind. Dienst hat der Initiator und Kreisbeauftragte Dr. Udo Frank Gundel persönlich. Einem Arzt, der sich für den Dienst in der Notfallpraxis interessiert, zeigt er noch schnell die Praxisräume, dann legt er mit der Behandlung der ersten Patienten los. Zwei Kinder sind nach einer

schlaflosen Nacht mit ihren Eltern unter den Wartenden. Nadja hat Ohrschmerzen, Tim tut es beim Schlucken weh. Überhaupt sind grippale Infekte die häufigste Diagnose an diesem Morgen. Der Wartebereich füllt sich zusehends. Um 10 Uhr kommt ein weiterer Arzt zum Dienst in die Notfallpraxis Reutlingen. Seit 9 Uhr sind auch die Notfallpraxen in Münsingen und Bad Urach geöffnet. In allen drei Notfallpraxen klappt der Start und der Betrieb am ersten Wochenende läuft reibungslos.



In guten Händen beim kompetenten Praxisteam



Die Reutlinger Notfallpraxis funktioniert reibungslos.

Das Paket ist geschnürt

Neue Strukturen für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst stehen

Einheitliche Organisation, Vergütung und Finanzierung im Bereitschaftsdienst – das ist keine Vision mehr, sondern in Baden-Württemberg ab 1. Januar 2014 Realität. Die Vertreterversammlung hat am 6. Februar die neue Struktur für den Bereitschaftsdienst festgelegt und auch über die landesweite Umlage entschieden.

„Wir haben jetzt zwei Jahre diskutiert und unzählige Anregungen eingearbeitet, es ist jetzt an der Zeit umzusetzen“, so Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVBW. Bis Anfang 2014 wird die KVBW ein flächendeckendes Netz von Notfallpraxen etablieren. Dazu werden rund 25 zusätzliche Notfallpraxen in Kooperation mit den Kreisbeauftragten an den Start gebracht.

Der Betrieb der neuen Notfallpraxen wird in der Regel von der KV Baden-Württemberg übernommen. Damit organisiert und verantwortet die KV den gesamten administrativen Ablauf in den Notfallpraxen. Ziel ist es, die Arbeit für alle Beteiligten so einfach wie möglich zu gestalten. Anfang Februar sind bereits Notfallpraxen in Reutlingen, Bad Urach und Münsingen eröffnet worden. Am 2. März startete die Notfallpraxis in Freudenstadt und dann folgen die Landkreise Sigmaringen, Bodensee, und Ortenau

Sitzdienst und flexiblerer Fahrdienst

Am Wochenende und an Feiertagen erfolgt der Sitzdienst – an den zentralen Notfallpraxen - von acht bis 22 Uhr. Der Fahrdienst ist am Wochenende und an Feiertagen von acht bis zum Folgetag acht Uhr und an den Werktagen von 19 bis zum Folgetag acht Uhr unterwegs.

Die größeren Bereitschaftsdienstbereiche erfordern eine Neuorganisation des Fahrdienstes,

denn es sind weitere Wege und je Dienst mehr Patienten zu bewältigen. In einem ersten Schritt hat der Vorstand in den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen eine Erhöhung des Wegegeldes erreicht. Für das Jahr 2013 gilt: Bei Fahrtstrecken über zehn km kann die EBM-Wegepauschale je ange-

„**Notfalldienst soll sich wieder lohnen – auch in ländlichen Regionen.**“

fangene zehn km bis zu dreimal pro Besuch abgerechnet werden. Das ursprüngliche Konzept, einen Fahrdienst – also Fahrzeug mit Fahrer – in allen Bereichen bereit zu stellen, wurde von vielen Ärzten abgelehnt. Hier hat der Vorstand reagiert und das Reformkonzept so modifiziert, dass jeder Dienstbereich zwischen Fahrer und Benutzung des eigenen Fahrzeugs entscheiden kann. Selbstfahrer erhalten zusätzlich zur Mindestumsatzgarantie und dem Wegegeld eine umsatzunabhängige Fahrpauschale in Höhe von 300 Euro an Wochenenden und 150 Euro an Feiertagen

Sichere Vergütung durch Umsatzgarantien

Der Bereitschaftsdienst soll sich künftig – auch in ländlichen Regionen - wieder lohnen. An Wochenenden und Feiertagen erhält der Arzt eine Mindestumsatzgarantie im Sitz- und Fahrdienst von 50 Euro je Stunde. An Werktagen erhält der Fahrdienst eine Mindestumsatzgarantie von 300 Euro je Dienst. Die bisherigen regional unterschiedlichen Sicherstellungs-

umlagen werden durch eine einheitliche landesweite Sicherstellungsumlage abgelöst. Als Kompromiss hat die Vertreterversammlung eine Kombination aus Kopfpauschale und prozentualer Umlage beschlossen. Die Kopfpauschale beträgt 161,40 Euro im Quartal und die umsatzabhängige Umlage 0,3556 Prozent. Bei einem Quartalsumsatz von beispielsweise 50.000 Euro würde dieser Mix einer Gesamtsumme von 339,20 Euro oder einer Gesamtumlage von 0,68 Prozent entsprechen.

Substantielle Beteiligung der Krankenkassen

Eine wesentliche Forderung der Vertreterversammlung – die finanzielle Beteiligung der Krankenkassen – konnte vom Vorstand in den Vertragsverhandlungen erreicht werden: Für die strukturelle Förderung der Notfallpraxen sowie für die Erhöhung des Wegegeldes stellen die Krankenkassen 6,3 Mio. Euro für das Jahr 2013 zur Verfügung. Der Vorstand ist davon überzeugt, diesen Betrag im Jahr 2014 noch steigern zu können.

Starttermine für die Notfallpraxen

Die Planungen für die Eröffnung der nächsten Notfallpraxen laufen auf Hochtouren. In den Startlöchern stehen Sigmaringen mit dem 4. Mai 2013, die Ortenau (Lahr, Wolfach) am 1. Juli 2013, und Herrenberg am 1. September 2013.

Ebenfalls für den Herbst 2013 ist auch die Eröffnung folgender Notfallpraxen geplant: Rottweil, Tuttlingen, Bodensee – dazu gehören Friedrichshafen, Überlingen und Tettnang – sowie Aalen, Bad Mergentheim, Wertheim, Schwäbisch Hall und Winnenden.

Im Notfall sichtbar durch orange

Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird zur Marke

Die Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist nun auch nach außen hin sichtbar. Die KVBW hat ein eigenes Logo entwickelt. Es soll den Notfallpraxen ein besonderes und unverwechselbares Gesicht geben. Es ist die notwendige Grundlage für die Etablierung einer eigenen Marke.

Die Marke soll genutzt werden, um die Leistung der niedergelassenen Ärzte sichtbar zu machen. Grund genug dafür gibt es: Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst, Notarzt, Notfallambulanz – für die Bevölkerung sind die Begrifflichkeiten kaum auseinander zu halten. Umso wichtiger

ist es der KVBW, sich von den Diensten der anderen abzugrenzen und der eigenen Leistung ein Gesicht zu geben.

Das Logo verbindet das Kreuz als Notfallsymbol mit dem Smiley, das ein wesentlicher Bestandteil des Corporate Designs der KVBW ist. Es schafft damit eine grafische Verbindung zur KVBW. Auffällig ist vor allem die Farbe: Die Wahl fiel auf ein leuchtendes Orange. Es ist im Markenauftritt der KVBW ausschließlich für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst vorgesehen. Da der Bereitschaftsdienst künftig



überall im Land in zentralen Notfallpraxen durchgeführt werden soll, werden diese auch einen einheitlichen Auftritt haben. Das orangefarbene Logo soll überall dort eingesetzt werden, wo der Bereitschaftsdienst öffentlich wird: Es prangt auf der Dienstkleidung der Ärzte und des Personals. Die Hinweisschilder vor und in den Krankenhäusern, in denen

die Notfallpraxen angesiedelt sind, werden entsprechend gestaltet. Möglicherweise werden sogar die Formulare im Bereitschaftsdienst mit dem Logo ausgestattet.

Auch die Plakate, die auf den neuen Bereitschaftsdienst im Landkreis hinweisen, sind im neuen Design. Sie werden allen Praxen im Land zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wird es Info-Flyer für die Patienten geben.

Und nicht zuletzt werden die Fahrzeuge, die künftig im Fahrdienst unterwegs sind, einheitlich mit dem orangefarbenen Logo und dem Schriftzug ausgestattet – als fahrende Markenbotschafter.

Alles in allem geht mit dem auffälligen Logo und der einheitlichen Gestaltung der Notfallpraxen die Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in eine entscheidende Phase: Die Arbeit der vergangenen Monate wird öffentlich sichtbar.



Der KVBW-Vorstand folgt mit Interesse den Ausführungen der VV-Delegierten.

Kritik an Hausarzt-EBM

...oder wie man hausärztliche Leistungsbereitschaft der Absurdität zuführt.

Die Kritik an dem KBV-Vorschlag zur Reform des hausärztlichen EBMs war nur ein Thema auf der VV. Was sonst noch wichtig war, lesen Sie hier.

Rahmenbedingungen zu Notfalldienstreform beschlossen

Der Antrag des Vorstandes zu Rahmenbedingungen und Umlageerhebung bezüglich der Neustrukturierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Baden-Württemberg wurde mehrheitlich angenommen. Neu geregelt wurden unter anderem die Strukturen des Sitz- und Fahrdienstes, die Abrechnungsmodalitäten sowie eine sichere Vergütung durch Umsatzgarantien im Sitz- und Fahrdienst. Ab 2014 löst eine landesweit einheitliche Umlage die bisher regional unterschiedlichen Umlagen ab. Die Delegierten haben ein Kompromissmodell verabschiedet, um diese Umlage möglichst gerecht zu gestalten. Zur Finanzierung werden je zur Hälfte eine Kopfpauschale und eine prozentuale Umlage herangezogen, die sich am GKV-Umsatz des jeweiligen KV-Mitglieds bemisst. Damit kommen auf eine

Praxis mit einem GKV-Quartalsumsatz von 50.000 Euro rund 340 Euro Umlage pro Quartal zu.

Hausarzt-EBM wird abgelehnt

Der KBV-Vorschlag zur Reform des hausärztlichen EBMs im April 2013 wurde von der VV abgelehnt. Befürchtet wird vor allem eine Aufblähung der Abrechnungsbürokratie und ein Leistungshamsterrad. Auch zementiere der vorgelegte Entwurf die viel zu niedrig honorierten hausärztlichen Leistungen. Laut Beschlussvorlage solle das hausärztliche Kapitel zeitgleich mit dem fachärztlichen 2014 reformiert und bis dahin in einigen Bereichen nachgebessert werden.

Der HVM wird mit Wirkung zum 1. Januar 2013 angepasst

Mit großer Mehrheit nahmen die Delegierten einen Antrag an, wonach eine neue Regelung in § 7 HVM aufgenommen werden soll. Dies betrifft die strukturelle Förderung von Leistungen. Zusätzlich zur vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zahlen die Krankenkassen demnach im Jahr 2013 weitere Gelder

für die strukturelle Förderung bestimmter Leistungen. Dies betrifft Leistungen im Bereich Notfallpraxen, hausärztlich-geriatrisches Basisassessment, die onkologische und/oder immunologische Betreuung, die subkutane Immuntherapie sowie Besuche in Pflegeheimen.

Abrechnungsrichtlinie wird liberalisiert und entbürokratisiert

Die Vertreterversammlung beschließt einstimmig die Liberalisierung der Abrechnungsrichtlinie mit Wirkung zum 1. April 2013. Wenn der Einreichungstermin der Abrechnung um bis zu zwei Wochen überzogen wird, ist dies künftig folgenlos möglich, ohne dass dafür eine gesonderte Meldung des Vertragsarztes nötig ist.

Mehr Stimmen für BaWü

Der Vorstand soll rechtliche Schritte gegen die ungleiche Verteilung der Vertreter in der KBV-VV unternehmen. Als ungerecht wird empfunden, dass beispielsweise das kleine Bremen mit 500 Ärzten zwei Vertreter entsenden darf, Baden-Württemberg mit über 15.000 Ärzten jedoch nur fünf.

Pro Gesundheit

Arzt-Patienten-Forum sehr beliebt

Sie sind längst schon Tradition und erfreuen sich großer Beliebtheit: Die Arzt-Patienten-Foren, die die KV Baden-Württemberg im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Gesundheit im Gespräch“ organisiert. In Kooperation mit den ansässigen Volkshochschulen beziehungsweise Arztforen und den jeweiligen Ärzteschaften in Baden-Württemberg wurden im Jahr 2012 über 100 Veranstaltungen durchgeführt – die durchschnittliche Besucherzahl lag bei circa 80 Bürgern.

Im Rahmen der Kooperation unterstützt die KVBW die Volkshochschulen, indem sie niedergelassene oder ermächtigte ortsansässige Ärzte als Referenten sucht. Zudem wird durch gezielte Marketingmaßnahmen auf die Veranstaltungen aufmerksam gemacht, wie Versand von Plakaten, Handzetteln, Programmübersichten an die Praxen. Durch den Versand von Veranstaltungshinweisen an die Presse kann ein großes Publikum erreicht werden.

Die Veranstaltungen sind sehr beliebt. Insbesondere die Volkshochschulen Göppingen, Sinsheim,

Balingen, Öhringen und das Arztforum Freiburg konnten großes Interesse verzeichnen. Durch Evaluationen der Veranstaltungen sollen die Organisation durch die KVBW, der Verlauf der Veranstaltung insgesamt und die fachliche und methodische Kompetenz der Referenten bewertet werden. Dadurch ist eine Erfolgskontrolle möglich, die der KVBW eine gute Übersicht zum Verlauf der Veranstaltungsreihe liefert.

Das Engagement des Ärzteschaftsvorsitzenden in Göppingen, Dr. Hans-Joachim Dietrich, sowie die hier bestehende Kooperation mit der Neuen Württembergischen Zeitung führt zu immer konstant hohen, nie unter 200 liegenden, Besucherzahlen. Für das Sommersemester 2013 sind derzeit bereits 65 Veranstaltungen mit den regionalen Volkshochschulen geplant.

➔ Weitere Informationen unter www.kvbawue.de

Kontakt:
Corinna Pelzl
0711 7875-3538
corinna.pelzl@kvbawue.de

TOP-TEN der Veranstaltungsthemen im Jahr 2012 (mit Evaluationsergebnissen in Schulnoten)

Vortragsthema	Ort	Besucher	Gesamtbewertung	Weitereempfehlung
Wenn die Sehkraft schwindet	Göppingen	200	1,60	90,36%
Durchblutungsstörungen des Herzens	Sinsheim	190	1,11	100%
Depression „Was ist nur los mit mir?“	Öhringen	100	2,10	77,27%
Rheuma und Arthrose	Backnang	95	1,27	100%
Schwindel	Hockenheim	92	1,27	100%
Koronare Herzerkrankung	Leutkirch	85	1,07	100%
Arthrose – gibt es Heilung?	Karlsruhe	80	1,14	96,43%
Arthrose	Ludwigsburg	80	1,59	88,24%
Koronare Herzerkrankung	Hechingen	79	1,55	95,83%
Koronare Herzerkrankung	Lörrach	75	1,33	92,86%

Sechs Jahre Mammographiescreening

Erfolgreiche Arbeit zeigt: Frühe Brustkrebs-Erkennung führt zu günstigen Prognosen

Seit Dezember 2006 können Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren am Mammographie-Screening in Baden-Württemberg teilnehmen. Damals eröffnete die erste Screening-Einheit in Stuttgart, eine Flächendeckung war Ende 2008 erreicht.

Seit Einführung des Screenings haben in Baden-Württemberg mehr als 1,5 Millionen Frauen am Früherkennungsprogramm teilgenommen. Die Teilnehmerzahl liegt mit 54 Prozent im Bundesdurchschnitt. Erstmals gibt es nun auch Ergebnisse aus den „Folgerunden“, also von den Frauen, die bereits wiederholt (im Zwei-Jah-

res-Intervall) in Baden-Württemberg am Screening teilgenommen haben. Gemäß der vorläufigen Evaluation des Referenzzentrums

in Marburg wurde für das Jahr 2011 bei 0,52 Prozent der Teilnehmerinnen ein Brustkrebs entdeckt. Die durchschnittliche Wiederein-

bestellungsrate betrug in den Folgerunden rund 2,4 Prozent. Erfreulich ist, dass viele Erkrankungen in einem frühen Stadium diagnostiziert werden konnten. Unter den invasiven Karzinomen lag der durchschnittliche Anteil der Karzinome, die mit einer Größe unter 15 mm Durchmesser entdeckt wurden, bei über 52 Prozent. Bei fast 79 Prozent der im Screening entdeckten Karzinome lag kein Lymphknotenbefall vor – eine besonders günstige Prognose.

Diese Ergebnisse sind für das Mammographie-Screening sehr erfreulich und sprechen für die Effektivität des Programms. Schon heute lässt sich nachweisen, dass

sich durch die häufigere Entdeckung kleiner Tumoren eingreifende therapeutische Maßnahmen vermeiden lassen. Lediglich in Bezug auf die Teilnehmerzahl wird die Zielvorgabe der EU-Leitlinie von über 70 Prozent noch nicht erreicht. Durch ein gutes Zusammenwirken zwischen den im Screening tätigen Ärzten und den Frauen- und Hausärzten besteht die begründete Hoffnung, dass die Teilnehmerzahl in Zukunft gesteigert werden kann.

➔ Weitere Informationen zum Thema Mammographie-Screening: www.mammascreeen-bw.de www.gut-informiert.de www.mammo-programm.de



Screening entdeckt Karzinome frühzeitig.

Wenn der Amtmann zweimal klingelt...

Wie der Arzt mit angekündigten und unangekündigten Besuchen in der Praxis umgehen kann

Jeder Arzt kennt das: Das Wartezimmer ist voll. Zu den auf Termin bestellten Patienten kommen noch die Patienten mit akuten Beschwerden hinzu. Der Terminplan ist sowieso schon im Verzug. Und dann kommt auch noch unangekündigter Besuch in die Praxis: Den Pharmavertreter kennt man schon, der ist geduldig. Aber was will der Krankenkassen-Mitarbeiter, der sich partout nicht abwimmeln lässt?

Das mussten sich schon einige Praxisinhaber fragen, die von großen Krankenkassen unerwarteten Besuch erhalten haben. Grund der Besuche: Die Kassen-Mitarbeiter wollten den Ärzten beibringen, wie sie „bessere“ ICD 10-Codes vergeben können.

Dr. Gerald Böhme, niedergelassener Augenarzt in Backnang beschreibt seine Erfahrungen mit den unangekündigten Besuchen: „Mich hat dieses Vorgehen [...] sehr an Direktmarketing erinnert.“ Und er habe jedenfalls deutlich seinen Unmut darüber geäußert, dass er wegen des bürokratischen Aufwands an der Versorgung kranker Menschen gehindert werde. Das Begehren einer anderen Krankenkasse, die für ihre Vertre-



Nicht immer einfach zu entscheiden: Wer darf die Praxis betreten, wer nicht?

ter wenigstens einen Termin vereinbaren wollte, beantwortete Böhme mit der Aufforderung, „mir zehn Patienten zu benennen, deren Termin ich absagen sollte, um für das gewünschte Gespräch Zeit zu haben.“ Denn verpflichtet ist der Arzt nicht, einer solchen Aufforderung Folge zu leisten. Besuche solcher Art können Praxisinhaber gestrost abwimmeln. Die Kassen haben keinerlei Recht oder An-

spruch darauf, Zeit für solche Gespräche zu beanspruchen. Unangekündigte Besucher können daher hinauskomplimentiert werden – höflich aber bestimmt.

Nicht so bei Vertretern staatlicher Behörden. Das sind in Baden-Württemberg mehrere Institutionen, deren Mitarbeiter Arztpraxen in regelmäßigen Abständen besuchen müssen. Die Regierungspräsidien überwachen Einrichtungen,

die Medizinprodukte betreiben, anwenden oder aufbereiten. Dafür sind innerhalb des Regierungspräsidiums zwei Referate zuständig: So melden sich zum einen Sachverständige an, die den Umgang mit aktiven (energetisch betriebenen) Medizinprodukten kontrollieren. Zum anderen kommen Mitarbeiter des Regierungspräsidiums in Praxen, die ihre medizinischen Instrumente selbst aufbereiten,

und kontrollieren den Aufbereitungsprozess. Als dritte Instanz, die dem Regierungspräsidium unterstellt ist, kündigen sich die Eichämter an. Ihre Vertreter überprüfen die Medizinprodukte mit Messfunktion: vom Blutdruckmessgerät bis zum Ergometer. Daneben sind es vor allem die Gesundheitsämter, die sich anmelden können, um den hygienischen Zustand einer Praxis zu prüfen.

All diesen Ämtern müssen die niedergelassenen Ärzte ihre Praxis öffnen. Doch melden sich die Vertreter der Behörden in der Regel vor dem Besuch an. Entscheidend war hier die Einigung im letzten Jahr, die auf Initiative der KVBW zustande kam: Auch die Eichämter kündigen sich inzwischen an.

Den vorgeschlagenen Termin, der oft auch außerhalb der Praxis-sprechzeiten liegt, sollten die Ärzte wahrnehmen. Mit einer guten Begründung lässt sich aber auch ein Ersatztermin vereinbaren.

Das Fazit für Praxisinhaber lautet daher: Unangekündigte Besuche von Krankenkassenvertretern können freundlich abgewiesen werden. Mitarbeiter staatlicher Behörden hingegen haben jederzeit das Recht, die Praxis zu betreten. Schauen Sie also zweimal hin, wenn der „Amtmann“ klingelt!

„Super motivierend“

Das Fazit der Teilnehmer des 2. KVBW-Hygienetags war durchweg positiv

„Hygiene in der Arztpraxis“ lautete der Titel des zweiten Hygienetags der KVBW, zu dem rund 300 Teilnehmer Ende Februar in die Filderhalle nahe Stuttgart gekommen waren. Medizinische Fachangestellte und Ärzte informierten sich einen Tag lang über gesetzliche Vorschriften und praktische Beispiele rund um die Hygiene.

Kopfschüttelnd hören wir heute die Geschichte von Ignaz Semmelweis, der im Wien der 1840er Jahre seine ärztlichen Kollegen davon überzeugen wollte, sich vor Eingriffen und Untersuchungen die Hände zu desinfizieren – zu seinen Lebzeiten leider wenig erfolgreich. Wir fühlen uns mit unserem um-

fangreichen Wissen über Erreger und Krankheiten gefeit gegen Infektionen, die durch mangelnde Hygiene verursacht werden. Und doch starben in den USA im Jahr 2005 rund 10.000 Menschen an MRSA-Infektionen. Und in Deutschland sieht es nicht besser aus: Es gibt Schätzungen, dass 20 Prozent aller Wundinfektionen durch MRSA verursacht sind. Ein massives Problem, das inzwischen auch in den ärztlichen Praxen angekommen ist.

Den niedergelassenen Ärzten hier Aufklärung und Unterstützung zu bieten, ist eine der wichtigsten Aufgaben der KVBW. Und so machte es der Vorstandsvorsitzende Dr. Norbert Metke zur Chefsache, den Hygienetag zu eröffnen.

Er appellierte an die Praxen, Hygienevorschriften einzuhalten und verwies auf die Unterstützung durch das KVBW-Hygieneteam.

Dr. Doris Reick, Referatsleiterin im Landesgesundheitsamt, stellte die neue Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO) vor, die 2012 als Ergänzung zum Infektionsschutzgesetz erlassen worden war.

Babette Hartung vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen, das bei der KVBW angesiedelt ist, berichtete über die Änderungen der RKI-BfArM-Empfehlung zur hygienischen Aufbereitung von Medizinprodukten und empfahl sie als Orientierung für die Praxis-Arbeit.

Dr. Udo Beimert, HNO-Arzt aus München, erzählte aus seiner eigenen Praxis vom effektiven Aufbereitungsprozess der Medizinprodukte. Er gab den Tipp: „Alles ist machbar. Auch in kleineren oder älteren Praxen lässt sich das Wesentliche realisieren.“ Und an die Angestellten: „Nehmen Sie Ihren Chef in die Pflicht.“

Die Vorträge beendete Dr. Brigitte Meßmer-Kiefer mit einem Bericht über die Praxis-Überwachung durch das Regierungspräsidium.

Am Nachmittag hatten die Teilnehmer schließlich die Gelegenheit in drei Workshops das am Vormittag Gehörte zu vertiefen.



Angeregte Diskussionen beim Hygienetag

Zukunftsfähig durch geschulte Fachkräfte

Tag der MFA im Rahmen der „Medizin 2013“

Einer guten Tradition folgend veranstalteten die KVBW und der Verband der Medizinischen Fachangestellten auch in diesem Jahr wieder gemeinsam den Tag der Medizinischen Fachangestellten auf der Messe „Medizin“ – mit dem Schwerpunktthema „Alter“.

Der Einführungsvortrag von Ute Kappes veranschaulichte die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die ärztliche Praxis und das Berufsbild der MFA: Wer es heute versäumt, Fach- und Führungskräfte an die eigene Praxis zu binden, wird die Herausforderung, ein immer älter werdendes, multimorbides Patientenkontinuum zu versorgen, nicht meistern können. Die Teilnehmerinnen erhielten wertvolle und praktische Tipps, wie sie ihre Praxen einem Demographie-Check unterziehen können. Konkrete Maßnahmen im Bereich der Qualifizierung und Kompetenzentwicklung sowie in den Bereichen Arbeitsorganisation/Arbeitsgestaltung beziehungsweise betriebliche

Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz machen fit für den demographischen Wandel.

Am Nachmittag gab Dr. Udo Schuss Antworten auf Fragen, die in jungen Jahren nicht gerne gestellt werden – im Alter und im Falle schwerer Erkrankung oder eingeschränkter Handlungsvollmacht allerdings von entscheidender Bedeutung sein können (Patientenvollmacht/Patientenverfügung). Abgerundet wurde der Fortbildungstag mit praxisrelevanten Tipps, wie ältere Patienten aus medizinisch-geriatrischer Sicht in der niedergelassenen Praxis betreut und wie MFA diese altersgerecht versorgen können.



Tobias Binder von der KVBW beim MFA-Tag



Ausgelagerte Praxisräumlichkeiten

Welche Leistungen der Arzt außerhalb der Hauptpraxis durchführen darf

Manchmal können spezielle Leistungen in der Hauptpraxis nicht angeboten werden, etwa weil am Sitz die erforderliche Ausstattung fehlt – wie häufig im Bereich der ambulanten Operationen.

Nicht weit entfernt bietet sich aber die Möglichkeit, an einem weiteren Standort Leistungen in ausgelagerten Praxisräumlichkeiten zu erbringen. Dies muss das Mitglied zwar nicht genehmigen lassen, trotzdem gilt es, der KVBW Ort, Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme sowie das Leistungsspektrum anzuzeigen und gewisse Voraussetzungen zu bedenken.

Zunächst einmal muss der ausgelagerte Praxissitz nahe am Hauptsitz liegen – in der Regel nicht mehr als 30 Minuten ent-

fernt. Der Patient muss zur Sprechstunde zwingend zuerst in die Hauptpraxis kommen und wird dann in die ausgelagerten Praxisräume einbestellt.

In diesen durch ein eigenes Praxisschild ausgewiesenen Räumen erfolgt keine Sprechstunde. Hier dürfen nur spezielle, genehmigte Leistungen angeboten werden, die sich deutlich vom sonstigen Leistungsspektrum abgrenzen, also am Hauptsitz nicht angeboten werden. Dies gilt sowohl für ärztliche als auch für psychotherapeutische Leistungen. Diese werden persönlich vom Arzt oder einem vom Zulassungsausschuss genehmigten angestellten Arzt erbracht.

Es muss eine klare räumliche, personelle und organisatorische Abgrenzung zur Umgebung vorliegen. Für die Ausstattung muss eine standort- oder apparatebezo-

gene Genehmigung für die ausgelagerten Praxisräume eingeholt werden. Hierfür ist bei der KV Baden-Württemberg die Qualitätssicherung zuständig. Entsprechende Formulare finden Sie auf der Homepage unter www.kvbawue.de » Selbständigkeit » Ausgelagerte Praxisräume.

➔ Falls Sie sonst noch Fragen zum Thema haben, die Berater der KV Baden-Württemberg helfen gerne.

BD Freiburg und Karlsruhe
Sibylle Braun
0761 884-4244

BD Reutlingen und Stuttgart
Sarah Sällinger
0761 884-4242

Oder per E-Mail an:
kooperationen@kvbawue.de

Bezirksdirektion Konstanz wird zum Ende des Jahres geschlossen

Die KVBW schließt ihren Standort in Konstanz zum 31. Dezember 2013. Diese Entscheidung stand an, nachdem der Deutsche Bundestag im Dezember beschlossen hatte, die Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 abzuschaffen.

Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstand der KVBW, erklärt: „Die Beschäftigten in Konstanz haben in der Hauptsache das Mahnwesen für die Praxisgebühr abgewickelt. Das war das Alleinstellungsmerkmal von Konstanz.

Daher haben wir bisher an Konstanz festgehalten, obwohl das Regionalbüro aus unternehmerischer Sicht immer zu klein war.“

39 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind von der Schließung betroffen. Die Auflösung des Standortes wird möglichst sozialverträglich ablaufen. Jedem Mitarbeiter wird ein Arbeitsplatz an einem der anderen Standorte der KVBW angeboten werden. Dr. Fechner betont: „Für mich und meinen Vorstandskollegen Dr. Metke war das die schwierigste Entscheidung unserer bisherigen Amtszeit.“

Korrektes Kodieren bei Krebs

Im Jahr 2006 starben laut Robert-Koch-Institut rund 200.000 Menschen in Deutschland an Krebserkrankungen, etwa 400.000 erkrankten neu. In einer durchschnittlichen Praxis muss ein Arzt jedes Quartal einmal die Diagnose Krebs diagnostizieren. Für ihn ist es wichtig, diese Diagnosen immer richtig zu kodieren, auch wenn er die Erkrankung nicht therapiert.

Der Grund: In sehr vielen Fällen beeinflusst die eigene Therapie die für andere Erkrankungen! Daher sollten alle Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal vertragsärztliche diagnostische oder therapeutische Leistungen erbracht wurden, verschlüsselt werden.

Und wenn wegen einer bösartigen Erkrankung ein bestimmtes Medikament verordnet wurde? Diese Entscheidung entspricht einer therapeutischen Leistung für die Grunderkrankung „Krebs“.

Die KVBW wird im nächsten Rundschreiben konkrete Beispiele zur Kodierung von Malignomen veröffentlichen. Nur soviel vorab: Krebsdiagnosen werden so lange als gesichert mit ‚G‘ kodiert, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist. Das ist der Fall, wenn keine weiteren therapeutischen Maßnahmen in Bezug auf das Malignom durchgeführt werden oder geplant sind.

Für die Kodierung der Tumornachuntersuchung kann zusätzlich eine Schlüsselnummer aus Z08.-, Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung, kodiert werden. Für die Lokalisationen von Metastasen sind eigenständige Codes vorhanden. So werden Lymphknotenmetastasen mit C77.- kodiert; die vierte Stelle bezeichnet die Lokalisation.

➔ Weitere Informationen:
0711 7875-3397
abrechnungsberatung@kvbawue.de

Online-Abrechnung ab Quartal 1/2013 verpflichtend

KVBW bietet verschiedene Möglichkeiten der elektronischen Abgabe

Anfang April werden viele Praxen ihre Abrechnung erstmals online einreichen. Für Mitglieder der KV Baden-Württemberg wird das mit dem aktuellen Quartal Pflicht. Wer sich noch nicht für einen Weg der technischen Anbindung entschieden hat, findet hier die wichtigsten Informationen.

Um verschiedenen Praxiskonstellationen gerecht zu werden, bietet die KVBW unterschiedliche Möglichkeiten für die Online-Abrechnung an. Ein Großteil der Mitglieder, die ohne Aufwand von CDs oder Disketten auf die Online-Einreichung umsteigen möchten, entscheidet sich für das geschützte Webportal. Hier lässt sich die gespeicherte Abrechnungsdatei einfach per Datei-Upload hochladen. Das KVBW-Mitgliederpor-

tal ist über zwei Wege erreichbar: im sicheren Netz der KVen (www.portal.kvbw.kv-safenet.de mit KV-SafeNet*) oder per Internet (www.portal.kvbawue.de, Sicherheitsabfrage mit KV-Ident-Karte).

Alle Mitglieder, die noch nicht im aktuellen Mitgliederportal angemeldet waren, haben im Februar ihre Benutzerkennung für das Portal per Post erhalten. Mit diesen Zugangsdaten erreichen sie online den Teilnahmeantrag für KV-Ident. Die KV-Ident-Karte bietet sich als kostengünstiges Authentifizierungsverfahren für diejenigen an, die außer der Abrechnung keine Online-Anwendungen nutzen und daher nicht in einen KV-SafeNet*-Anschluss investieren möchten. KV-Ident ermöglicht es, die Abrechnungsdatei von jedem Internetrechner aus zu versenden (zum Beispiel von einem Heim-PC mit

aktuellem Virenschoner und Firewall).

Sendet oder empfängt eine Praxis viele Dateien pro Tag und möchte daher einen sicheren Onlinezugang, der von jedem Rechner der Praxis aus verfügbar ist, ist der Einsatz einer VPN-Verbindung mit KV-SafeNet* sinnvoll. Der Service durch den Provider, der die Einhaltung der Sicherheitsstandards gewährleistet, ist mit monatlichen Kosten verbunden.

Derzeit besteht noch nicht die Möglichkeit, die Sammelerklärung elektronisch signiert einzureichen. Die unterschriebene Sammelerklärung und die Scheine sonstiger Kostenträger werden weiterhin in Papierform an die zuständige Bezirksdirektion geschickt beziehungsweise dort abgegeben.

Wer bereits mit D2D (Doctor-to-Doctor) arbeitet, beispielsweise

für den Datenaustausch mit der gesetzlichen Unfallversicherung (DALE-UV), kann das Softwaremodul auch einsetzen, um die Online-Abrechnung direkt aus dem Praxisverwaltungssystem an die KV zu übermitteln. Mit dem Kommunikationsdienst KV-Connect ist eine weitere Variante der Online-Abrechnung über KV-SafeNet* aus der Praxisverwaltungssoftware heraus gerade im Aufbau.

Die Entscheidung für eine der technischen Varianten muss jede Praxis individuell treffen.

➔ Entscheidungshilfen gibt es im Internet. Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Thema haben wir für Sie zusammengestellt unter:
www.kvbawue.de » Praxisalltag » Mitgliederportal » FAQ zum Mitgliederportal

Vor-Ort-Service

Auf Initiative von Dr. Susanne Blessing hat die Vertreterversammlung beschlossen, an allen KV-Standorten PCs bereitzustellen, an denen Mitglieder zu den üblichen Öffnungszeiten ihre Online-Abrechnung einreichen können. Neben der verschlüsselten Abrechnungsdatei auf einem Datenträger wird die Benutzerkennung für das KVBW-Mitgliederportal für die Einreichung vor Ort benötigt. Bei Bedarf oder bei Problemen steht eine KV-Mitarbeiterin zur Verfügung. Die Gebühr von 100 Euro, die für die Einsendung von Disketten, CDs, und USB-Sticks erhoben wird, fällt bei der Online-Einreichung mit den eigenen Zugangsdaten in der KV nicht an. Bei hohem Andrang kann es allerdings zu Wartezeiten kommen.

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

Marketing in Arztpraxen

Eine erfolgreiche Arztpraxis muss unverwechselbar sein – sachliche Werbung ist erlaubt

Im Wartezimmer ist kein einziger Platz mehr frei, der Terminkalender randvoll, die Qualität der Arztpraxis hat sich schon längst so herumgesprochen, dass man eigentlich gar keine neuen Patienten mehr annehmen kann. Wozu sollte man dann noch für die Praxis werben?

Ute Wutzler, QM-Profi in der KV, gibt unter anderem Marketing-Seminare und berät Mitglieder. Sie meint, man soll nicht nur Gutes tun, sondern auch darüber reden. Um sich als Unternehmen Praxis langfristig auf dem Markt zu positionieren, ist strategisches Marketing wichtig, insbesondere für Praxis-Einsteiger.

Wutzler: Der Kurs „Praxismarketing“ ist vor allem an junge Ärzte gerichtet, die sich gerade erst niederlassen. Sie müssen ihre Patienten gewinnen oder die des Vorgängers halten. Hier stellt sich wie jedem Unternehmer die Frage, woher wissen die Patienten, dass es mich gibt und wie kann ich die Informationen an die Kooperationspartner streuen und mich bekannt machen mit meinem speziellen Leistungsspektrum. Auch bei altingesessenen Arztpraxen kann die wirtschaftliche Situation Marketing notwendig machen. Die wichtigste Botschaft ist hier, dass Werbung mit Spielregeln erlaubt ist.

Was ist denn überhaupt erlaubt?

Man darf sogar Fernseh- oder Radiospots schalten. Es gibt auch Ärzte, die sich wirklich originelle Marketingideen einfallen lassen.

die Werbung muss sachlich angemessen und informativ sein, die Informationen müssen objektiv und nachprüfbar sein. Nicht erlaubt ist eine vergleichende, anpreisende, irreführende Werbung.

anstalten. Einfach zu realisieren ist auch ein Praxisflyer, aus dem das Leistungsspektrum hervorgeht, sowie Sprechzeiten, Rezepttelefonnummer et cetera. Was jede Praxis bräuhete, ist aber ein internes Mar-

wird tatsächlich 70 Prozent der Zufriedenheit an den Medizinischen Fachangestellten festgemacht. Es spielt eine große Rolle, wie der Patient empfangen wird und ob er sich in der Praxis wohlfühlt. Wenn das ganze Team gut zusammen arbeitet, spürt das auch der Patient. Man nennt das Corporate Behaviour. Eine Praxis sollte sich unverwechselbar machen.

Und wie?

Durch das Gesamtbild, mit dem sie auftritt. Wobei das Gesamtbild aus vielen kleinen Puzzleteilen entsteht. Hier kann schon mit einfachen und kostengünstigen Mitteln viel erreicht werden – wie eine einheitliche Farbgestaltung für die Kleidung, Namensschilder oder Telefontraining für die Mitarbeiterinnen. Das Thema Marketing gehört ins Beratungsspektrum der QM-Berater sowie der BWL- und Praxisberater der KVBW, die Tipps und Umsetzungsvorschläge gerne weitergeben: Und die MAK hat eigens einen Kurs dafür im Programm.



Im Zweifelsfall können die Berater der KVBW Tipps zur Werbung in Arztpraxen geben.

Zum Beispiel gibt es tatsächlich einen Bus, der mit Werbung für eine Arztpraxis durch die Stadt fährt. Manche Ärzte stellen Praxisschilder mit einer Größe von 1m mal 10m auf. Auch das ist okay. Die Spielregeln einzuhalten bedeutet,

Nun können oder wollen die Wenigsten Fernsehspots schalten oder meterhohe Schilder aufstellen. Was können Sie sonst noch empfehlen?

Zum Beispiel einen Tag der offenen Tür zur Niederlassung ver-

keting. Dazu gehören eine gute Personalpolitik und Aus- und Weiterbildung für die Mitarbeiter. Ein gutes Betriebsklima und ein gut eingespieltes Praxisteam sind die beste Visitenkarte der Praxis nach außen. Laut Umfrageergebnissen

➔ Management Akademie der KV Baden-Württemberg
Marketing in Arztpraxen,
Freitag, 27. September 2013, Stuttgart
Referentin: Annika Muras
Anmeldung über www.mak-bw.de

Arzt fragt, KV antwortet

Abrechnungstipps für die Arztpraxis

Welche GOP kann ich abrechnen? Was hat sich gesetzlich verändert? Gibt es wichtige Neuerungen? Die Kolleginnen von der KVBW-Abrechnungshotline bekommen jeden Tag hautnah mit, welche Fragen in den Arztpraxen auflaufen. An dieser Stelle werden die aktuellsten Probleme aufgegriffen und beantwortet. Schwerpunkt der Fragen ist diesmal das Thema Überweisung.

Frage: Immer wieder wird in diesen Tagen gefragt, wie das Überweisungsverfahren nach dem Wegfall der Praxisgebühr gehandhabt wird? Hier sind viele Patienten verunsichert. Sie glauben, dass sie nun überhaupt keine Überweisung mehr benötigen.

Patienten betrachteten die Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt häufig als „Quittung“ dafür, dass sie die Praxisgebühr für das jeweilige Quartal bezahlt haben. Diese Überzeugung hält sich auch nach Abschaffung der Praxisgebühr. Sinn und Zweck einer Überweisung ist jedoch, Mehrfachbehandlungen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Alle beteiligten Ärzte sollen damit die Informationen über Behandlung

und Medikation eines Patienten bekommen, damit es zum Beispiel nicht zu unerwünschten Arzneimittelinteraktionen kommt. Gesetzliche Grundlage ist der Bundesmantelvertrag-Ärzte (Paragraph 24 BMV-Ä). Sinngemäß gilt, dass Ärzte ihre Patienten an einen anderen Arzt überweisen können, um notwendige diagnostische und therapeutische Leistungen zu veranlassen, welche in der eigenen Praxis nicht oder nicht zweckmäßig erbracht werden, oder um eine notwendige Weiterbehandlung bei einem anderen Arzt zu initiieren.



Frage: Dürfen zugelassene Fachärzte vom Patienten ohne Überweisung direkt in Anspruch genommen werden?

Ja, zugelassene Fachärzte (außer den in §13 Abs. 4 BMV-Ä erwähnten Ärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusi-

onsmedizin) können ohne Überweisung tätig werden, wenn der Patient direkt mit der Versicherungskarte erscheint. Genauso sind sie allerdings verpflichtet, bei einem Patienten, der mit einer Überweisung durch den Hausarzt zur Untersuchung/Behandlung kommt, diese anzunehmen und die Überweisungsdaten in die Praxis-EDV zu übernehmen. Die Berichtspflicht gemäß Bundesmantelvertrag Ärzte und EBM gilt ebenfalls. Die erhobenen Befunde müssen an den Hausarzt übermittelt werden, es sei denn der Patient wünscht dies explizit nicht.

Frage: Hat sich bei einem im Selektivvertrag eingeschriebenen Patienten hinsichtlich der Überweisungspflicht etwas geändert?

Nein, daran hat sich nichts geändert. Die vertraglichen Bestimmungen gelten für teilnehmende Ärzte und eingeschriebene Versicherte grundsätzlich weiter. Die Bedingungen können dem entsprechenden Hausarzt-beziehungsweise Facharztvertrag entnommen werden. Die KVBW ist nicht Vertragspartner und kann daher keine weitergehenden verbindlichen Aussagen zu den einzelnen Verträgen treffen.

Praxis-Kooperationsformen: Jobsharing oder „Sitzteilung“

Eine bessere „Work-Life-Balance“ ist ein oft formuliertes Ziel, das einen starken gesellschaftlichen Trend beschreibt. Auch viele Ärzte und Psychotherapeuten fragen sich immer häufiger, wie sie Praxis und Privates besser unter einen Hut bekommen. Eine Lösung könnte die gemeinsame Übernahme einer Praxis mit einem Kollegen oder die „Sitzteilung“ sein. Kann durch eine flexible Teilzeittätigkeit einerseits der selbständigen, unternehmerischen Arbeit in der Praxis und andererseits der Familie genug Aufmerksamkeit geschenkt werden?

Aus dieser Frage resultieren aus betriebswirtschaftlicher Sicht schnell weitere Fragen: Wie wirkt sich die Aufteilung eines Praxissitzes in zwei hälftige Versorgungsaufträge monetär aus? Sind die bisherigen Praxisumsätze eines Praxissitzes ausreichend für zwei Ärzte oder Psychotherapeuten? Ist die gewählte Kooperationsform wirtschaftlich tragfähig? Um hier Antworten zu erhalten, sollten Ärzte, die über einen solchen Schritt nachdenken, zunächst die in der gewählten Kooperationsform künftig zu erzielenden Einnahmen und Ausgaben betrachten. Unter Berücksichtigung eines Gewinnverteilungsmodells ergibt sich da-

raus der für den jeweiligen Partner zu erwartende Gewinn. Erst dann lässt sich eine Einschätzung zur wirtschaftlichen Tragfähigkeit ableiten. Um die Entwicklung der Liquidität kalkulieren zu können, müssen unter anderem steuerliche Effekte, die Finanzierung sowie die Ausgaben für die Altersvorsorge mit berücksichtigt werden.

Auf jeden Fall sollten verschiedene Alternativen geprüft werden:



Ist es möglich, den Praxissitz in zwei hälftige Versorgungsaufträge aufzuteilen? Oder ist die Zusammenarbeit als Jobsharing-Partner die bessere Variante? Diese und andere Fragen beantworten Ihnen gern die BWL- und Praxisberater der KVBW.

➔ Bitte wenden Sie sich zur individuellen Terminabsprache an den Praxisservice: 0711 7875-3300
praxisservice@kvbwue.de

Erfolgreiche QM-Arbeit braucht Zeit

Spielregeln für ein gelungenes Praxis-Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement ist kein vorgegebenes Regelwerk, sondern eine Führungsmethode. Eine Methode, um eine Praxis zu steuern und Probleme zu lösen. In der Anwendung werden alle praxisrelevanten Themen einbezogen, Spielregeln für die Zusammenarbeit definiert und gemeinsam festgelegt. Eine ganze Reihe von Instrumenten steht zur Implementierung zur Verfügung und die damit verbundene Dokumentation sichert die Praxis unter den verschiedensten Gesichtspunkten ab. Eigentlich eine Erfolgsgeschichte, wenn da nicht auch ein paar Stolpersteine wären. Der 23. Beitrag der QM-Serie zeigt, auf welche Aspekte unbedingt bei der QM-Umsetzung geachtet werden sollte.

Es sind oft die gleichen Gründe, die die Einführung eines QM-Systems in einer Praxis scheitern lassen. Diese Praxen starten immer wieder vorn oder das System scheitert ganz. Bei der Analyse zeigt sich, dass diese – durchaus menschlichen Gründe – meist relativ einfach zu vermeiden gewesen wären. Folgende allgemeine Regeln sollten beachtet werden.

Die Praxisleitung ist immer ein Vorbild!

Qualitätsmanagement ist eine Führungsmethode. Im Umkehrschluss geht es nicht ohne Führung – die Führung muss Vorbild sein. Die Praxisleitung sollte von Anfang an klar und deutlich zeigen, dass QM gewollt ist. Die interne

Marketingstrategie muss das Ziel verfolgen, die Vorteile und den Nutzen von QM allen Teammitgliedern aufzuzeigen, QM vorzuleben und aktiv zu gestalten.

Regeln gelten für alle!

Es gibt nichts Schlimmeres als Ausnahmen zuzulassen. Der ideale Mitarbeiter ist fachlich qualifiziert, arbeitet gut und hält sich an Regeln. Jede Ausnahme stört das Arbeitsklima und darf nicht akzeptiert werden. Beginnt ein Mitarbeiter damit, Regeln zu ignorieren, sind die Folgen vergleichbar eines sich ausbreitenden Grippevirus. Irgendwann hält sich keiner mehr an die vereinbarten Regeln oder Standards. Oder noch schlimmer: Gute und „regeleinhaltende“ Mitarbeiter verlassen frustriert die Praxis. Selbstverständlich gelten diese Regeln auch für die Praxisleitung.

Alle Teammitglieder beim QM einbeziehen!

Es funktioniert nicht, dass einige im Team QM machen und einige nicht. QM ist auch eine Lebens- und Arbeitseinstellung. „Möchten wir alle drei Monate das Gleiche erzählen oder alle zehn Fehler immer wieder machen oder uns schon wieder über dasselbe Problem ärgern?“ Nur wenn alle Mitarbeiter am gleichen Strang ziehen, funktioniert die Praxis. Jeder sollte verstanden haben, wozu es beim QM geht. Ein QM-Handbuch, das von nur einer Praxismitarbeiterin gepflegt wird, während der Rest des Teams die

sem keine Beachtung schenkt, ist kein QM.

Der QM-Aufbau braucht Zeit!

Regeln müssen gemeinsam erarbeitet werden. Jeder ist beteiligt, alle beraten sich gegenseitig. Schritt für Schritt werden Prozesse definiert, Dokumente erstellt, idealerweise in der Teambesprechung abgestimmt, kontrolliert und freigegeben. Um Verbesserungen umzusetzen, werden Maßnahmen vereinbart und realisiert. Das alles braucht Zeit. Wird ein QM-System zu schnell aufgebaut, kommt es nicht bei den Mitarbeitern an.

QM wird gelebt!

QM ist nicht nur ein QM-Handbuch im Bücherregal. Vielmehr muss jeder mitdenken, seinen Teil einbringen. Die Praxis funktioniert, wenn – wie in einem Uhrwerk – alle Rädchen gut ineinander greifen. QM ist auch ein gutes Gefühl für alle Beteiligten, das alles so ist, wie es sein soll.

Die QM-Beraterinnen der KVBW stehen den Praxen in allen Phasen unterstützend zur Seite – bei der Auswahl und dem Start in ein QM, der Umsetzung der Anforderungen aus der QM-Richtlinie, bei einzelnen QM-Instrumenten (zum Beispiel der Durchführung einer Patientenbefragung und der Erstellung des QM-Handbuches) oder auf dem Weg zur Zertifizierung.

➔ Kontaktaufnahme über den Praxisservice: 0711 7875-3300 praxisservice@kvbawue.de.



Sind Sonntagsprechstunden erlaubt?

Das baden-württembergische Gesetz über die Sonntage und Feiertage in der Fassung vom 8. Mai 1995 bezweckt, die gesetzlichen Feiertage und Sonntage als „Tage der Arbeitsruhe und seelischer Erhebung“ zu schützen. Daher sind an den Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen öffentlich bemerkbare Arbeiten verboten, die die Ruhe des Tages beeinträchtigen. Das Arbeitsverbot des baden-württembergischen Feiertagsgesetzes gilt nicht für Arbeiten, deren Ausübung nach Bundes- und Landesrecht besonders zugelassen ist. Auch gilt das Arbeitsverbot nicht für unaufschiebbare Arbeiten, die zur Abwendung eines Schadens an Gesundheit und Eigentum erforderlich sind.

Klar ist damit, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst vom Sonntagsarbeitsverbot ausgenommen ist. Unter das Verbot fällt jedoch nach Ansicht der Landesärztekammer Baden-Württemberg die sonstige ambulante Tätigkeit – ausgenommen ärztliche Tätigkeiten zur Abwehrung

eines gesundheitlichen Schadens. Demnach wäre eine Sonntagsprechstunde nicht zulässig, die die Diagnostik und Behandlung ausführlicher Patientenprobleme – außerhalb typischer Notfallindikationen oder unaufschiebbarer Tätigkeiten wie Verbandswechsler oder Gipskontrolle – umfasst.



➔ Näheres ist nachzulesen unter Punkt XII im Merkblatt zur Aufnahme und Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in der Praxis der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Februar 2011. www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/10merkblaetter/aufnahme-ausuebung.pdf.

Aktuelle Fragen aus dem Verordnungsmanagement

Dürfen Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen verordnet werden?

Bisher sah der Punkt 18 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie einen Verordnungsausschluss solcher Kombinationen vor. Dieser Ausschluss ist nun in Ausnahmefällen aufgehoben worden.

Seit dem 25. Dezember 2012 dürfen fixe Kombinationen aus einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAR) mit einem Proto-

nenpumpenhemmer (PPI) bei Patienten mit hohem gastroduodenalen Risiko ausnahmsweise verordnet werden. Dies ist dann der Fall, wenn bei ihnen die Behandlung mit niedrigeren Dosen des NSAR und/oder PPI nicht ausreichend ist.

Anlass für die Ausnahmeregelung war die erstmalige Zulassung einer fixen Kombination eines nichtsteroidalen Antiphlogistikums mit einem PPI (Wirkstoffe Naproxen und Esomeprazol).

Für die ebenfalls zugelassene und in Verkehr befindliche fixe Kombination von Diclofenac und Misoprostol gilt dagegen eine Ausnahmeregelung aufgrund einer schlechteren Verträglichkeit von Misoprostol gegenüber PPIs als nicht gerechtfertigt.

➔ Weitere Informationen finden Sie im nächsten Verordnungsforum 26, das im Mai erscheint.

Das Bild zeigt den Screenshot des Mitgliederportals der KVBW. Oben ist der Name 'Tiana Hoffmann' und die Funktion 'Praxis KVBW' zu sehen. Die Hauptansicht ist ein 'Tabellekalender' für den Monat März 2013. Die Spaltenüberschriften sind 'Sitzdienst', 'Fahrdienst', 'Hintergrunddienst' und 'Vordergrunddienst'. Die Zeilen zeigen die Termine für verschiedene Ärzte wie Emmertmann, Marina; Schmidt, Joshua; Weiss, Julia; Noddienst, Koordinator; Wagner, Mona; Mueller, Janin; Bräun, Oliver; Bräun, Hans-Joachim; Mueller, Marvin; Hartmann, Janis; Keller, Luz; Heier, Julia; Keller, Constantin; Warner, Sienna; Schmitz, Janin; Warner, Dario; und Huber, Nadine. Eine Legende unten erklärt die Symbole für verschiedene Dienstleistungen wie 'Spezial', 'Eng gefahren', 'Dienstblock', 'getauscht', 'abgen.', 'manuell', 'ursprüngl.', 'zu tauschen', 'abzugeben', 'Angebote' und 'Uhrzeit'. Ein Text unter dem Kalender besagt: 'Eine komfortable Benutzeroberfläche erleichtert die Notfalldienstplanung.'

Notfalldienstpläne erstellen im Mitgliederportal

Mit der Reform des Bereitschaftsdienstes wird die Organisation der Diensterteilung anspruchsvoller.

Notfalldienstkoordinatoren und Bereitschaftsdienstteilnehmer bekommen deshalb Hilfestellung. Seit 1. April 2013 steht das Planungstool BD-online im KVBW-Mitgliederportal bereit und wird nun nach und nach den am Notfalldienst teilnehmenden Ärzten zugänglich gemacht.

Ärzte, die Zugang zum Mitgliederportal haben, können ihre

Präferenzen für Dienstage und Urlaubszeiten in einen Kalender im Mitgliederportal eintragen.

Aus diesen Angaben erstellt das Programm später einen optimalen Dienstplan. Das System bietet auch einen Gewichtungsschlüssel, der Wochenenddienste oder Dienste an hohen Feiertagen anders bewertet und so für eine faire Verteilung sorgt. Außerdem gehören eine Tausch- und eine Vertreterbörse zum Angebot.

Die Notfalldienstbeauftragten in den Dienstbereichen vor Ort er-

halten über ein Rollenkonzept erweiterte Berechtigungen für BD-online. Mit der Einführung des Programms werden diese Hauptbenutzer persönlich im Umgang mit der neuen Software geschult.

➔ Die übrigen Anwender finden eine ausführliche Anleitung direkt im Mitgliederportal, das auf www.kvbawue.de » Praxisalltag » Mitgliederportal zu finden ist.

Seminare der Management-Akademie (mak)

mak-Seminar	Zielgruppe	Gebühr in Euro	FB- Punkte	Datum	Uhrzeit	Ort	Seminar-Nr.
ABRECHNUNG/VERORDNUNG							
EBM-Workshop	Hausärzte Praxismitarbeiter	85,-	7	26.06.2013	15.00 Uhr bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	K 12
GOÄ für Einsteiger	Ärzte Praxismitarbeiter	85,-	5	05.06.2013	15.00 Uhr bis 19.00 Uhr	Tagungshaus Weingarten bei Ravensburg	R 21
BETRIEBSWIRTSCHAFT / ZULASSUNG							
Die erfolgreiche Praxisabgabe	Ärzte Psychotherapeuten	45,-	4	04.05.2013	10.00 Uhr bis 13.00 Uhr	BD Karlsruhe	K 57
Die erfolgreiche Praxisabgabe	Ärzte Psychotherapeuten	45,-	4	05.06.2013	15.00 Uhr bis 18.00 Uhr	BD Reutlingen	R 58
KOMMUNIKATION							
Therapietreue Patienten – so überzeugen Sie in der Kommunikation	Ärzte Praxismitarbeiter	98,-	8	12.06.2013	15.00 Uhr bis 20.00 Uhr	BD Stuttgart	S 73
Auftreten – reden – wirken: Ein Rhetorik- und Kommunikationstraining	Ärzte Psychotherapeuten	98,-	8	14.06.2013	15.00 Uhr bis 20.00 Uhr	BD Stuttgart	S 75
Das Telefon – die Visitenkarte der Praxis	Praxismitarbeiter	85,-	0	12.06.2013	15.00 Uhr bis 20.00 Uhr	Regionalbüro Konstanz	F 97
PRAXISMANAGEMENT							
Fit im Notfalldienst	Teilnehmer am ärztlichen Notfalldienst	150,-	8	03.07.2013	14.00 Uhr bis 19.00 Uhr	Tagungshaus Weingarten bei Ravensburg	R 283
SELBSTMANAGEMENT							
Fitness und Yoga am Arbeitsplatz – Erfolgsfaktor gesunde Mitarbeiter	Praxismitarbeiter	85,-	0	19.06.2013	15.00 Uhr bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	K 174
QUALITÄTSSICHERUNG UND –FÖRDERUNG							
Onkologisches Praxispersonal: Jahresfortbildung	Praxismitarbeiter	40,-	0	05.06.2013	15.00 Uhr bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	K 231
DiSko-Schulungsprogramm: Wie Diabetiker zum Sport kommen	Ärzte Praxismitarbeiter	89,- 65,- (je Schulungsordner)	8	15.05.2013	14.00 Uhr bis 19.30 Uhr	BD Stuttgart	S 252
Disease-Management-Programme (DMP)-weiterführende Fortbildungen	Hausärzte (Teilnehmer an der DMP-Vereinbarung zu den Programmen) Praxismitarbeiter	70,-	6	26.06.2013	14.30 Uhr bis 20.00 Uhr	BD Freiburg	F 257
VERANSTALTUNGEN ZU AKTUELLEN THEMEN							
(Daten-)Sicherheit für Sie und Ihre Praxis	Praxisinhaber/-mitarbeiter Auszubildende	Kostenlos (Anmeldung erforderlich)	3	07.06.2013	15.00 Uhr bis 17.30 Uhr	BD Stuttgart	S 271

mak

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**.

Ein Anliegen in eigener Sache:
Sagen Sie uns Ihre Meinung!

Gestalten Sie Ihr persönliches MAK-Programm mit! Unser Ziel ist es, Ihnen ein Mehr an persönlicher, fachlicher und methodischer Kompetenz zu vermitteln, die Sie unmittelbar im Arbeitsalltag umsetzen können. Wie gut uns dies gelingt, möchten wir von Ihnen erfahren. Im Internet unter **www.kvbawue.de » Fortbildungen » Management-Akademie » Seminarübersicht » pdf Meinungsfrage** haben Sie die Möglichkeit, das Programm der Management Akademie zu bewerten. Auf einem speziellen Meinungsbogen können Sie angeben, an welchen Tagen für Sie die Fortbildungen am Günstigsten sind, welche Themenschwerpunkte Sie bevorzugen und welche Verbesserungsvorschläge Sie für uns haben. Einfach ausfüllen und Online abschicken!

IMPRESSUM

ergo
Ausgabe 1/2013
Erscheinungstag:
2. April 2013
Zeitung der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg
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,
Eva Frien, Swantje Middendorff
Redaktion:
Eva Frien, Swantje Middendorff
Anschrift der Redaktion:
Redaktion ergo
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Karlsruhe
Keßlerstraße 176185 Karlsruhe
Telefon 0721 5961-0
Telefax 0721 5961-1188
E-Mail eva.frien@kvbwue.de
Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Karin Artz, Tobias Binder, Dr. Michael Dierich,
Stefanie Eble, Melisa Hamzic, Gernot Haug, Tanja
Hinzmann, Melanie König, Marian Kupferschmid,
Saskia Leisinger, Renate Matenaer, Nadine Martin,
Corinna Pelzl, Dr. Roland Stahl, Kai Sonntag,
Dr. Reinhold Trapp, Martina Tröscher,
Dr. Michael Viapiano, Ute Wutzler
Fotos und Illustrationen:
Svea Pietschmann, KVB, fotolia, ddp images,
Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit,
Frank Speth
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

KVBW unterstützte im Jahr 2012 viele Gesundheitstage

KV-interne Veranstaltungsorganisation stellt Mitarbeiterteam, Equipment und Know-how zur Verfügung

Die Gesundheitstage regionaler Ärzteschaften, ärztlicher Kreisvereine sowie anderer Mitglieder standen auch im vergangenen Jahr wieder im Mittelpunkt der bürger- und patientenorientierten Aktivitäten der KVBW. Die KVBW möchte durch ihr Engagement und die Kooperation an diesen Veranstaltungen die Patienten verstärkt auf die Kompetenz der Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten im Land hinweisen und deren Position stärken. Gespräche mit den anwesenden Ärzten und Blutdruck- oder Blutzuckermessungen sollen dabei das Gesundheitsbewusstsein der Bürger schärfen. Die KVBW bietet allen Interessierten aktive Unterstützung bei der Planung und Veranstaltung von Gesundheitstagen an. Dazu gehört auch gezieltes Marketing, um die Aktionen in der Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Die KVBW stellt für die Veranstaltungen Cholesterin- und

Blutzuckermessgeräte inklusive Teststreifen, Blutdruckmessgeräte und Geräte zur Bestimmung des Körperfettanteils und BMIs bereit. Patienteninformationen zu zahlreichen Krankheiten wie etwa



Ein kleiner Pick-up beim Gesundheitstag

Bluthochdruck, Alzheimer sowie Flyer zum Thema Vorsorge können bestellt werden. Die KVBW ist vor Ort präsent und unterstützt

Ärzte und Therapeuten bei allen Aktivitäten wie etwa Dienstplanerstellung, Anlieferung der Materialien, Einweisung in die Geräte, Auf- und Abbau des Equipments wie etwa Pavillons, Tische und

Stühle, das übrigens auch zur Verfügung gestellt wird. Abschließend kann die Veranstaltung auf Wunsch evaluiert werden

Im vergangenen Jahr waren die KVBW-Mitarbeiter an mehr als einem Dutzend Gesundheitstagen im ganzen Land vor Ort. Das Gesundheitstag-Unterstützungsangebot der KVBW erfreut sich auch in diesem Jahr wieder größter Beliebtheit – es liegen bereits zahlreiche Anfragen von Ärzteschaften und Praxen vor.

Gesundheitstage finden im Jahr 2013 zum Beispiel am 15./16. Juni in Lörrach („Gesunde Zeiten“) sowie am 15. Juni beim Allgäuer Gesundheitsforum Leutkirch statt. Also: Schnell anmelden und sich die aktive Hilfe der KVBW sichern!

➔ Sachgebietsleiterin Corinna Pelzl stellt interessierten Mitgliedern das Angebot und die Möglichkeiten der Unterstützung gern vor.
0711 7875-3538,
gesundheitsbildung@kvbwue.de.
Bei großer Nachfrage oder Terminüberschneidungen behält sich die KVBW vor, eine Auswahl zu treffen.



PANORAMA

Sportweltspiele der Medizin

Die 34. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit finden vom 29. Juni bis 6. Juli 2013 in Zagreb statt.

Die Sportweltspiele sind international: Seit mehr als 30 Jahren haben Sportler aus über 50 Ländern und fünf Kontinenten an den Spielen teilgenommen. Jedes Mal finden die Spiele an einem anderen Ort statt. In diesem Jahr werden über 2.000 sportbegeisterte Ärzte und Kollegen aus den gesundheitlichen und pflegenden Berufen mit Freunden und Familien erwartet.

Teilnehmen können Medizinerinnen und Mediziner sowie Personen, die eine Fachausbildung im Gesundheitsbereich abgeschlossen haben, wie Beschäftigte aus medizinischen und pflegenden Berufen sowie Studenten und Auszubildende aus den Fachbereichen.

Voraussetzung für die Teilnahme ist ein gesundheitliches Attest und der Spaß am Leistungssport. Die akkreditierten Freizeitsportler

starten in Einzel- und Mannschaftsdisziplinen; die meisten davon sind in Altersklassen eingeteilt. In über 20 Disziplinen können sich die Sportler miteinander messen, darunter Badminton, Basketball, Beach-Volleyball, Fechten, Fußball, Geländelauf, Gewehrschießen, Gewichtheben, Golf, Halbmarathon, Judo, Leichtathletik, Mountainbike, Pistolschießen, Radfahren, Schach, Schwimmen, Squash, Tennis, Tischtennis, Tontaubenschießen, Triathlon und Volleyball.

Die Weltspiele werden mit einem Empfang feierlich eröffnet. Angeboten wird auch ein Rahmenprogramm, wie etwa ein medizinischer Erfahrungsaustausch sowie ein Symposium zur Sportmedizin.

Die Kosten variieren je nach in Anspruch genommener Sportart.

➔ Weitere Informationen und Anmeldung online unter www.sportweltspiele.de

BUCHTIPP

Medicus seziert Karotte

"Versuchsküche" mit Rezepten für Rheumakranke

Dass Ärzte/Rheumatologen und Köche einiges gemeinsam haben, ist eine Erkenntnis, auf die man ja nicht sofort kommt. Vielleicht könnte man die Sache aber so auf einen Nenner bringen: Wenn beide ihre Sache gut machen, kommt etwas Gutes für die Gesundheit dabei heraus. Und man kann darüber hinaus außerdem ein gutes Werk tun.

So oder so ähnlich dachte sich das wohl Dr. Constanze Richter, Vorsitzende des Baden-Württembergischen Landesverbandes der Rheumatologen, als sie für das Buch „Besser leben, genussvoll

Rheumastiftung zugute kommen. Was dabei herauskam, sind 40 teils einfache und wohlbekannte (Karottensüppchen mit Ingwer), teils recht anspruchsvolle Rezepte (Champagner-Trüffel mit Quitten-Lavendelsud), die den ärztlichen Köchen nicht nur Grundkenntnisse in der Sezierung von Quitten oder Karotten, sondern auch fortgeschrittene Multitasking-Fähigkeiten in der modernen Spitzenkochkunst abverlangten. Ergebnis: eine Sammlung appetitlicher und gesunder Rezepte, die die Ärzte allesamt selbst zubereitet haben. Darüber hinaus erhält das Buch Ernährungstipps für Rheumatiker.

Das Projekt scheint allen Beteiligten großen Spaß gemacht zu haben. Etwaige Gemeinsamkeiten von Ärzten und Köchen formuliert Koch Benjamin Breitenbach so: "Sie sind beide wichtig für das körperliche Wohlbefinden." Und die Karlsruher Fachärztin für Rheumatologie Dr. Ursula Mauß-Etzler resümiert: „Als Saarländerin fällt mir spontan der Spruch ‚Hauptsach‘, gudd gess‘ ein“.

➔ Besser leben – genussvoll kochen – Ärzte und Spitzenköche gemeinsam am Herd, gebundene Ausgabe, Dr. Constanze Richter (Hrsg.), Nikros Verlag, Ludwigsburg 2012, 19,90 Euro



kochen“ Ärzte und Spitzenköche gemeinsam an den Tisch beziehungsweise den Herd brachte. Ziel war es, Rezepte mit grundlegenden Ernährungsempfehlungen für Rheumakranke zu entwickeln – ein Teil des Erlöses soll der Kinder-

Personalnachrichten

Ärzte und Kammer trauern um Dr. Ital



Der Facharzt für Innere Medizin Dr. Heino Ital ist am 30. Januar gestorben. Ital wurde 1928 in Bad Wildungen geboren und war viele Jahre lang berufspolitisch auf regionaler und auf Bundesebene aktiv. So war er Vorsitzender des damaligen Landesverbandes Nordbaden des Marburger Bundes (MB) und gehörte auch dem Vorstand des Bundesverbandes an. 1959 wurde Ital zum Mitglied des Vorstandes der Bezirksärztekammer Nordbaden in Karlsruhe gewählt. Von 1975 bis 1994 war er deren Präsident und danach Ehrenpräsident der Kammer.

Ital war Träger der Albert-Schweitzer-Medaille, der Ernst-von-Bergmann-Plakette und des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse. Die Bezirksärztekammer Nordbaden trauert um Dr. Heino Ital als eine herausragende Persönlichkeit, die über viele Jahrzehnte hinweg die ärztliche Selbstverwaltung auf Bezirks-, Landes- und Bundesebene prägte.

Birgit Clever macht Schluss

Birgit Clever möchte sich mehr ihrem Privatleben widmen und sich "den Luxus gönnen, sich selbst die Zeit zu geben, um das zu tun, was man tun will". Der KVBW-Vorstand, Dr. Norbert Metke und Dr. Johannes Fechner dankten für ihre Arbeit. Nach über 20 Jahren kandidiert Dr. Birgit Clever nicht mehr für den Vorsitz des Bundesverbandes der Psychotherapeuten.

Die in Freiburg niedergelassene Ärztin für psychosomatische Medizin/Psychoanalyse engagierte sich jahrelang auf Bundes- und Landesebene für die Interessen der Psychotherapeuten. Maßgeblich



war sie am Zustandekommen des BSG-Urteils von 1999 über die feste Vergütung psychotherapeutischer Leistungen beteiligt.

Clever war darüber hinaus mit leidenschaftlichem Engagement im Zeitraum von 2005 bis 2010 als Vorsitzende der Vertreterversammlung der KVBW tätig, deren Delegierte sie heute noch ist.

Sicherlich sind ihr die Ärzte und Psychotherapeuten für ihre Aktivität und für die Vertretung grundlegender standespolitischer Interessen – kraftvoll auch nach außen hin – deutlich verpflichtet.

Ehrennadel der BÄK für Inge Hönekopp

Die Mannheimer Ärztin Inge Hönekopp hat die Ehrennadel der Bezirksärztekammer Nordbaden bekommen. Mit dieser Auszeichnung würdigte der Vorstand das besondere Engagement Hönekopps in der Suchtmedizin und der Suchtpolitik.

Sie sei als Leiterin der KV-Schwerpunktpraxis in Mannheim, Suchtbeauftragte und Mitglied in verschiedenen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung auf Bezirks- und Landesebene über viele Jahre hinweg eine herausragende Persönlichkeit in der Suchtmedizin gewesen, heißt es in einem Bericht des baden-württembergischen Ärzteblatts (1/2013).

Als Mitglied der Bezirksvertreterversammlung Nordbaden, der Landesvertreterversammlung Baden-Württemberg sowie des Vorstandes der Ärzteschaft Mannheim habe Hönekopp auf berufspolitische Entscheidungen maßgeblichen Einfluss genommen.

Fragen der Suchtmedizin seien durch sie stärker in den Blickpunkt gerückt worden. Sie hätten jetzt in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ihren festen Platz.

Inge Hönekopp hat seit 1996 bis zur ihrer Freistellungsphase 2011 bei der KV Baden-Württemberg gearbeitet und in dieser Zeit die Methadonsubstitutions-Schwerpunktpraxis in Mannheim aufgebaut.

