

# ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute.

**KVBW**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Kritik am EBM: Das Interview mit Geschäftsführerin Susanne Lilie und KVBW-Vorstandsvize Dr. Johannes Fechner auf Seite 6.

## Ärztebefragung zu Extremwetter

Das Umweltbundesamt hat eine Online-Befragung gestartet, in der Ärzte zu Extremwetter und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit befragt werden. In dem Projekt sollen die Effektivität von Informationssystemen wie Hitzewarnsysteme oder Pollenflug- und Ozonvorhersage untersucht werden. Ziel ist es, die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen für alte und kranke Bürgerinnen und Bürger zu analysieren und Strategien zu entwickeln, wie bei extremen Wetterereignissen wie Hitze, Stürmen und Überschwemmungen die Versorgung sichergestellt werden kann.

→ [www.capellaro.de/umweltbundesamt-befragung-aerzte](http://www.capellaro.de/umweltbundesamt-befragung-aerzte)

## IGeL-Kodex

Zurzeit verlassen die ersten IGeL-Plakate die KV-Baden-Württemberg in Richtung Arztpraxen. Die Plakate bescheinigen interessierten Ärzten, dass sie sich zum verantwortlichen IGeLn verpflichten. Das bedeutet, dass sie sich an zehn Grundsätzen für faires IGeLn orientieren, die von KBV, Bundesärztekammer und dem Deutschen Zentrum für evidenzbasierte Medizin e.V. festgelegt wurden.

Der Kodex ist eine freiwillige Auskunft der teilnehmenden Praxen gegenüber ihren Patienten. Um ein einheitliches und starkes Signal an Patienten, Politik und Kassen auszusenden, sollten sich möglichst alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg am sogenannten „IGeL-Kodex“ beteiligen.

Das geht schnell und einfach – mit wenigen Klicks auf der Homepage unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de). Dort unter der Rubrik „Praxisalltag“ auf einer Unterseite zum Thema „IGeL“ ein Formular angeboten. In diesem können sie online ihre Zustimmung zu den geforderten Qualitätsmerkmalen beim „IGeLn“ erklären und bekommen anschließend ohne weiteren Aufwand das Plakat zum Aufhängen in der Praxis sowie Flyer für die Patienten zugesandt.

Außerdem besteht die Möglichkeit, den Kodex unter 0711 7875-3397 zu beantragen. Der IGeL-Kodex der KVBW wird in der Öffentlichkeit begrüßt – die Techniker-Krankenkasse bezeichnete die Aktion als „Schritt in die richtige Richtung.“

## Ärzte im Ländle sind die Besten

*Vertrauensverhältnis ist die Basis einer intakten Arzt-Patienten-Beziehung*

**Gute Noten für baden-württembergische Ärzte und Psychotherapeuten – die Ergebnisse einer erneuten repräsentativen Versichertenbefragung der KBV machen das hohe Niveau der ambulanten medizinischen Versorgung im Ländle deutlich!**

Bereits seit 2006 führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) alle ein bis zwei Jahre Befragungen zur Zufriedenheit der

Versicherten mit der ambulanten ärztlichen Versorgung durch. In der aktuellen von der Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen vom 15. April bis 16. Mai 2013 durchgeführten Umfrage beantworteten die zufällig ausgewählten 6.093 Teilnehmer Fragen unter anderem zur Häufigkeit ihrer Arztbesuche, zur Bewertung ihres Arztes und zu Wartezeiten auf Termine.

Das wichtigste zuerst: 92 Prozent aller Befragten waren mit dem Arzt, den sie zuletzt besucht hatten, äußerst zufrieden. Sowohl die fachliche Kompetenz als auch das Vertrauensverhältnis zum Arzt als Wurzel einer stabilen und intakten Arzt-Patienten-Beziehung wurden hoch geschätzt – bei den Haus- wie bei den Fachärzten. Echte Unzufriedenheit ist weiter die ganz große Ausnahme: Nur jeweils einer von

hundert Patienten beklagt, dass die Arzt-Patienten-Beziehung beziehungsweise das medizinische Know-how des Arztes „überhaupt nicht gut“ sei.

Gute Noten gab es für den Südkosten: Die baden-württembergischen Ärzte und Psychotherapeuten sind im Hinblick auf die Einschätzung ihrer Fachkompetenz bundesweit führend.

(Mehr darüber auf Seite 2)

### 670 neue Arztsitze

*Bedarfsplanung*

Seit 1. Juli wird die neue Bedarfsplanungsrichtlinie umgesetzt. Durch eine flexiblere Planung sollen die Weichen für den Erhalt der ambulanten medizinischen Versorgung gestellt werden.

(Weiter auf Seite 2)

### Neue Regeln für Praxisabgabe...

*...mit Veranstaltungstipp*

Das Nachbesetzungsverfahren für Arzt- und Psychotherapeutesitze ist seit Januar 2013 neu geregelt. Was dabei zu beachten ist, Tipps für den reibungslosen Übergang und ein Beispiel für ein Leben nach der Praxisabgabe auf Seite 9.

### Honorare sorgen für heftige Diskussionen im Sommerloch

*Neiddebatte über Ärztehonorare erneut entbrannt*

Eine Untersuchung des Statistischen Bundesamtes für das Berichtsjahr 2011 bescheinigt niedergelassenen Ärzten ein Plus von 21 Prozent pro Praxis (17 Prozent je Praxisinhaber) im Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2007. Dies sind

483.000 Euro, beziehungsweise ein Reinertrag von 234.000 Euro. Diese Summe entspricht jedoch nicht dem betriebswirtschaftlichen Gewinn einer Arztpraxis, das hat eine Rechnung der KVBW ergeben. (Weiter auf Seite 5)

### Einsparpotenziale

Immer wieder wird von den Politikern und Vertretern der Kostenträger gefordert, dass Ärzte die Einsparpotenziale im Gesundheitswesen nutzen sollten, etwa bei der Verordnung von Arzneimitteln. Nun hat das Online-Vergleichsportal ASFRO noch weitere erstaunliche Einsparpotenziale herausgefunden: Wer auf den täglichen Cappuccino to go verzichtet und sich den Kaffee zu Hause zubereitet, spart in 20 Jahren so viel Geld, dass er

sich einen Golf kaufen kann. Der Verzicht auf die wöchentliche Pizza beim Italiener bringt auf lange Sicht eine Weltreise. Das selbstgemachte Wurstbrot als Ersatz fürs Kantinenessen erwirtschaftet ein Plus von 20 Euro pro Woche. Und aus langjährigen Erfahrungswerten von Ehemännern weiß man, dass beim Rückblick auf 20 Jahre Ehe Essen auf Rädern günstiger gewesen wäre. Es gibt also auch außerhalb des Gesundheitswesens viel zu sparen!

## Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es war ein warmer Sommer, ein heißer Herbst wird folgen – zumindest, was unsere Arbeit als Vorstand der KVBW betrifft. Mit den in die Hundstage platzte die Nachricht, dass sich die Ärzte über ein dickes Extraplus beim Praxis-Reinertrag freuen können – der Beginn einer beispiellosen Neiddebatte! Und noch dazu eine Milchmädchenrechnung, denn zieht man von der „opulenten“ Vergütung – dem sogenannten „Reinerlös“ – Steuern, Altersvorsorge, Kranken- und Pflegeversicherung und Kosten für Investitionen ab, bleiben gerade einmal magere 5.000 Euro – bei einer Wochenarbeitszeit von 52 bis 58 Stunden. Dies mussten wir gerade rücken; natürlich will es keiner hören!

Es gab aber auch erfreuliche Nachrichten. Zum Beispiel, dass eine Gruppe von Menschen mit den Ärzten höchst zufrieden sind: unsere Patienten. 92 Prozent aller Befragten waren laut einer Studie mit dem Arzt, den sie in den letzten zwölf Monaten zuletzt besucht hatten, äußerst zufrieden. Das haben wir uns verdient! Denn wir arbeiten für unser und das Leben der Patienten gern – das ist übrigens auch der Slogan der Imagekampagne für Ärzte, die jetzt in die zweite Runde geht und so erfolgreich ist, dass mittlerweile jeder Siebte die Aktion kennt.

Nun kommt der heiße Herbst. Wir rüsten uns für weitere Auseinandersetzungen, zum Beispiel, was die prä- und poststationären Leistungen betrifft, die niedergelassene Ärzte im Auftrag und zu Lasten des Krankenhauses durchführen können. Wir streben eine vertragliche Einigung mit den Krankenkassen an, damit der niedergelassene Arzt Leistungen für das Krankenhaus nicht in einer rechtlichen Grauzone erbringen muss.

Und nicht zuletzt beschäftigt uns immer noch oder schon wieder die vieldiskutierte EBM-Reform. Wenn sie schon nicht zu umgehen ist, setzten wir alles daran, Ihnen die bestmögliche Hilfestellung für die Umsetzung zu geben. In diesem Sinne können wir Baden-Württemberger bekanntlich alles! Außer Hochdeutsch natürlich.

Ihnen einen schönen Herbst



Dr. Norbert Metke  
Vorstandsvorsitzender  
der KV Baden-Württemberg

N. Metke

# Sehr gute Noten für Ärzte und Psychotherapeuten bescheinigt

Versichertenbefragung der KBV macht hohes Niveau der ambulanten medizinischen Versorgung deutlich

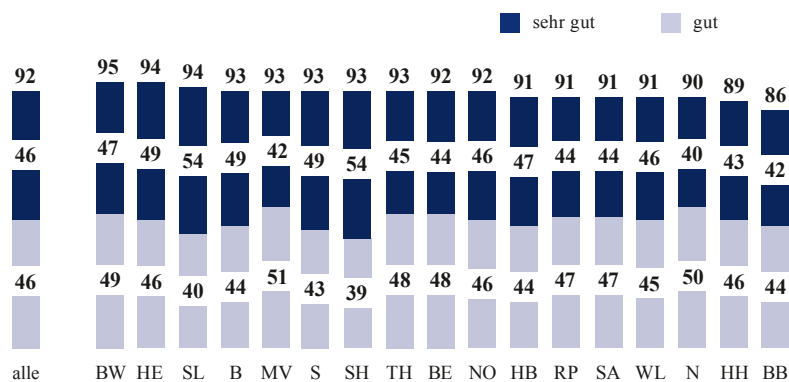
Laut einer aktuellen repräsentativen Umfrage der Kassenzentralen der Bundesärztl. Vereinigung waren 92 Prozent aller Befragten mit dem Arzt, den sie in den letzten zwölf Monaten zuletzt besucht hatten, äußerst zufrieden. Unzufriedenheit war eine echte Ausnahme.

85 Prozent aller Befragungsteilnehmer waren in den letzten zwölf Monaten in der Praxis eines niedergelassenen Arztes oder Therapeuten, um sich behandeln oder beraten zu lassen. In Baden-Württemberg gaben 52 Prozent der Befragten an, allein beim Hausarzt gewesen zu sein, 13 Prozent ausschließlich beim Facharzt und 35 Prozent sowohl beim Haus- als auch beim Facharzt.

Bemerkenswert sind die Ergebnisse auch bezüglich der Wartezeiten: Nach eigenen Angaben haben 48 Prozent aller Befragten für ihren letzten Arztbesuch entweder „sofort“ (32 Prozent) einen Termin bekommen, sind „ohne Terminvereinbarung“ (14 Prozent) zum Arzt gegangen oder waren in einer „Praxis, die keine Termine vergibt“ (zwei Prozent). Bei 18 Prozent betrug die Wartezeit bis zu drei Tagen, elf Prozent hatten eine Warte-

## Fachkompetenz des Arztes

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Arztbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05/2013 (n=5.186); Summenabweichung rundungsbedingt.

zeit von bis zu einer Woche, weitere elf Prozent nennen ein Zeitfenster von „bis zu drei Wochen“ und bei zehn Prozent der Versicherten hat es mehr als drei Wochen gedauert, bis sie einen Termin bekommen haben.

Dabei gibt es grundsätzlich große Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten: Zum einen gehen wesentlich mehr Befragte ohne vorherige Terminabsprache direkt zum Hausarzt. Und zum anderen bekommt dort knapp die Hälfte innerhalb eines Tages einen Termin. Beim Facharzt warten dagegen 40 Prozent der Befragten

bis zu drei Wochen und länger. Erfreulich ist, dass die überwiegende Mehrheit bei akuten Problemen sofort beziehungsweise innerhalb eines Tages einen Termin beim Arzt ihres Vertrauens erhalten. So gab es auch kaum Patienten, die selbst eine Wartezeit als problematisch angesehen haben.

Man kann aus diesen Zahlen erkennen, dass die niedergelassenen Ärzte insgesamt mit großem Verantwortungsbewusstsein und Engagement die Versorgung ihrer Patienten sicherstellen. Dies gilt insbesondere vor dem Hinter-

grund, dass ein hoher Anteil der Behandlungen aus Vorsorgeuntersuchungen beziehungsweise Impfungen bestehen, bei denen Wartezeiten aus medizinischer Sicht unproblematisch sind. Gleichzeitig sind diese Ergebnisse auch eine passende Antwort auf die vielen ungerechtfertigten Vorwürfe, die gegen Ärzte in Bezug auf die Wartezeiten immer wieder vorgebracht werden.

Auch die Versorgung in der Fläche war in den letzten Jahren permanent Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Hier liefert die Befragung erstaunliche Ergebnisse, etwa zur Erreichbarkeit des Arztes: Wenn über 20 Prozent der Patienten ihren Arzt zu Fuß erreichen können und nur fünf Prozent mehr als 30 Minuten zu ihrem Arzt benötigen – und hierbei handelt es sich meist um Spezialisten – dann zeigt das, wie flächendeckend die ärztliche Versorgung in unserem Land ist.

➔ Die vollständigen Ergebnisse der repräsentativen KBV-Versichertenbefragung 2013 finden Sie im Internet unter [www.kbv.de/versichertenbefragung2013.html](http://www.kbv.de/versichertenbefragung2013.html)

## 670 neue Arztsitze bleiben ein Planspiel...

...oder: Planwirtschaft schafft keine neuen Ärzte und Psychotherapeuten

Seit Jahresbeginn gilt bundesweit eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie, die von der KVBW gemeinsam mit den Landesverbänden der Kassenärztlichen Vereinigungen zum 1. Juli regional umgesetzt wurde.

War die Bedarfsplanung 1993 eingeführt worden, um einen Ärzteeinfluss zu regulieren, so machte aktuell der beginnende Ärztemangel eine Überarbeitung des Instruments erforderlich. Die neuen Richtlinien sollen durch eine differenziertere, kleinstmögliche und flexiblere Planung die Weichen für den Erhalt der ambulanten medizinischen Versorgung stellen. Dies ist ein erster wichtiger Schritt, auch wenn diese „Planstellen“ keine neuen Ärzte und Psychotherapeuten bringen.

Erstmals unterliegen alle Arztgruppen einschließlich der Psychotherapeuten der Bedarfsplanung. Für die Fachärzte der Grundversorgung bleibt die Kreisebene der Planungsbereich, während für die Hausärzte nun über 100 Mittelzentren maßgeblich sind. Bundesweit einheitlich gilt eine Verhältniszahl von 1.671 Einwohner pro Hausarzt.

Unter dem Strich bescherte die neue Systematik Baden-Württemberg 440 freie Hausarztsitze. Ein Demografiefaktor ermöglicht zudem, dass sich in Gegenden mit überdurchschnittlich vielen über 65-Jährigen mehr Ärzte der Fachgruppen, die von älteren Patienten häufiger in Anspruch genommen werden, niederlassen können.

Künftig wird der Bedarf an „spezialisierten fachärztlichen Versorgung“ in zwölf Raumordnungsregionen geplant. Darunter fallen beispielsweise Radiologen und Fachinternisten. KV-Vize Dr. Johannes Fechner sieht dies skeptisch: „Teil der großflächigen Planung sind auch die fachärztlichen Internisten. Hier sollten mittelfristig die verschiedenen Spezialisierungen mitberücksichtigt werden.“ Für die gesonderte fachärztliche Versorgung ist die KV-Region Bemessungsgrundlage. Insgesamt sind landesweit 142 Arztsitze verteilt auf 23 Fachgruppen neu zu vergeben. Auf die Psychotherapeuten kommen 90 neue Sitze.

Die KVBW sieht die gewonnenen Arztsitze verhalten optimistisch: Die kleinstmögliche Planung

schränke Praxisverlegungen zur Bildung von wirtschaftlich motivierten Zusammenschlüssen zu hausärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften stärker ein als bisher. Dabei geht der Trend klar zu Kooperationen in allen Formen – auch zu überörtlichen.

„Die neue Ärzte-Generation traut sich medizinisch in die ambulante Versorgung, scheut aber das wirtschaftliche Risiko einer Einzelpraxis und will weniger Arztzeit leisten“, beschreibt Fechner die Situation. So wird das Problem des fehlenden Nachwuchses möglicherweise durch die neue Bedarfsplanung noch verschärft.

Zwar hat sich die Anzahl der offenen Arztsitze verdoppelt. Doch wenn es nicht gelingt, Berufsbild und Standort attraktiver zu gestalten, bleiben die neuen Arztsitze allein auf dem Papier. Die KVBW hat die Zeichen erkannt. Sie reformiert den Notfalldienst, baut die Serviceleistungen rund um die Niederlassung aus, wirbt an den Universitäten und setzt auf die Imagekampagne. Alles, um engagierte, junge Ärzte für die Niederlassung zu gewinnen.

## Themen

DIE DRITTE SEITE  
**Im Notfall präsent**  
Ein Tag im Fahrdienst: eine Reportage aus Offenburg 3

GESUNDHEITSPOLITIK  
**Wünsche bleiben offen**  
Rückschau auf vier Jahre schwarz-gelbe Gesundheitspolitik 4

KVBW-WELT  
**Versorgungsqualität**  
Qualitäts- und Versorgungsbericht erschienen 7

KVBW-WELT  
**DonauDocs auf Nachwuchssuche**  
Ärzte in Tuttlingen mit außergewöhnlicher Aktion 8

UNTERNEHMEN PRAXIS  
**Dokumentationen für DMP...**  
...jetzt online möglich 10

UNTERNEHMEN PRAXIS  
**1-Click-Abrechnung**  
Online-Abrechnung leicht gemacht 10

ARZT UND THERAPEUT  
**Arzt fragt – KV antwortet**  
Überweisung ist oft Gegenstand von Fragen 13

# Mit Arzt und Malteser durch die Ortenau

Zwischen Rhein und Schwarzwald ist der ärztliche Bereitschaftsdienst nun zentral organisiert: mit Notfallpraxen und Fahrdienst

**Der Ortenaukreis hat seit 1. Juli eine neue Notfalldienststruktur – mit zentralen Notfalldienstpraxen und einem Fahrdienst, der vom Malteserorden bedient wird. Unser Redaktionsmitglied Swantje Middeldorff wollte genauer wissen, wie das funktioniert und ist für ein paar Stunden mitgefahren.**

Mittwochnachmittag am Ortenau Klinikum in Offenburg: Ich treffe mich mit Dr. Doris Reinhardt, niedergelassene Allgemeinärztin in Friesenheim, und Frank Vogt vom Malteser Hilfsdienst. Ich begleite die beiden, die an diesem Nachmittag eines der Autos im ärztlichen Bereitschaftsdienst im Ortenaukreis fahren. Es ist kurz nach zwei, als uns der erste Anruf aus der Leitstelle erreicht: ältere Patientin, Diabetikerin, liegt mit Schwindel im Bett, Blutzucker nicht messbar. Die Mitarbeiterin in der Leitstelle des Deutschen Roten Kreuzes hat die Angehörigen der Patientin genau befragt und entschieden, dass sie nicht in die Notfallpraxis kommen kann und deshalb einen Hausbesuch braucht. Sie kann dies einschätzen, da sie zu dem medizinisch geschulten Personal in der Leitstelle gehört, das ausschließlich für die Nummer des Bereitschaftsdienstes zuständig ist.

## Hausbesuch mit Dolmetschern

In der Wohnung werden wir von einer großen Familie empfangen: Eltern, Kinder, Enkel. Im Hinterzimmer liegt die Patientin, die so gut wie kein Deutsch spricht. Zwei ihrer (fast erwachsenen) Kinder dolmetschen und erklären, dass ihre Mutter wegen ihres Diabetes schon länger in Behandlung sei. Leider sei aber der zu hohe Blutzuckerspiegel ein immer wiederkehrendes Problem. Schnell ist klar, dass er auch dieses Mal viel zu hoch ist. Reinhardt spritzt zusätzlich Insulin, nachdem sie die vom Pflegedienst gut geführte Patientenmappe gelesen hat.

Es folgt ein kurzes Gespräch über den Allgemeinzustand der Mutter und mögliche Stressfaktoren. Die Kinder erklären, dass die Familie – vor 15 Jahren aus dem Kosovo geflüchtet – bis heute nur eine Duldung in Deutschland hat und ständig von der Abschiebung bedroht ist.

Wir verabschieden uns mit der Aufforderung, den Blutzuckerspiegel bei der Mutter in zwei Stunden noch einmal zu messen, Reinhardt will später wieder anrufen.

## Neue Organisation

Die Fahrt zum nächsten Einsatz bietet die Gelegenheit, etwas mehr über die neue Organisation des Bereitschaftsdienstes in der Ortenau zu erfahren. Seit 1. Juli gibt es die neue Struktur, die Reinhardt, gemeinsam mit ihrem Kollegen Dr. Bernhard Büchler, als Kreisbeauftragte federführend auf



Dr. Doris Reinhardt hat viel für die zentralen Notfallpraxen im Ortenaukreis getan.

den Weg gebracht hat. Beide haben sich für eine größere Einheit – den gesamten Ortenau-Kreis – eingesetzt. Sie wollten zentrale Notfallpraxen und einen zentralen Fahrdienst mit dem Malteser Hilfsdienst.

„**Echte Widerstände gab es kaum – aber überzeugen muss man schon**“

Und sie beide waren es schließlich, die die wesentliche Überzeugungsarbeit bei ihren Kollegen im Kreis geleistet haben. „Wir hatten keine echten Widerstände zu überwinden, aber die Kollegen überzeugen mussten wir schon. Man muss die Leute mitnehmen. Wir haben mit vielen Kollegen immer wieder über die konkrete Ausgestaltung des neuen Bereitschaftsdienstes gesprochen. Erst dadurch ist die Struktur gewachsen, wie sie jetzt besteht“, erzählt Reinhardt.

Nun gibt es vier Notfallpraxen: Offenburg, Achern, Lahr und Wol-

fach. Offenburg hat werktags Sprechstunde von 19 bis 22 Uhr, am Mittwoch schon ab 16 Uhr. Am Wochenende und an den Feiertagen kommen die anderen drei Praxen dazu. Der Fahrdienst startet an allen Tagen zentral in Offenburg und bekommt seine Einsätze dort von der Leitstelle des DRK übermittelt. So kann es sein, dass der diensthabende Arzt im Auto die ganze Nacht durch Offenburg fährt. Oder über die Dörfer in die hintersten Ecken des Landkreises. Doch allein ist er nie: Der Fahrer von den Maltesern ist immer bei ihm.

## Bedürfnisse der Ärzte stehen an erster Stelle

Die Vorteile der zentralen Struktur liegen auf der Hand: Früher hatten an einem ganz normalen Mittwochnachmittag rund 20 Ärzte Bereitschaftsdienst im Ortenaukreis. Heute sind es drei: einer macht Sprechstunde in der Notfallpraxis, zwei sind im Fahrdienst unterwegs. Ab 17.00 Uhr kommt noch ein weiterer Fahrdienstarzt hinzu, in der Nacht sind es dann wieder zwei Kollegen, die den Fahrdienst übernehmen.

Wie aber garantieren Reinhardt und Büchler eine einigermaßen ge-

rechte Verteilung der Dienste unter den rund 170 aktiven Kollegen? „Mein Kollege Büchler hatte da eine sehr kreative Idee. Wir haben ein Punktesystem, mit dem die verschiedenen Dienste, Fahr- und Praxisdienst, bewertet werden – je nach Attraktivität. Außerdem vergibt Büchler, der die Koordination macht, immer erst die Nachtfahrdienste. Wir haben Kollegen, die wollen nur Fahrdienste machen, gern auch nachts. Andere möchten lieber tagsüber, wieder andere machen am liebsten Dienst in der Notfallpraxis. So verteilt es sich ganz gut“, erklärt Reinhardt.

„Die Dienstdauer variiert von drei bis 13 Stunden. Wir wollten keine 24-Stunden-Dienste, das war den Kollegen in der Ortenau sehr wichtig. Früher gab es am Wochenende oft 72-Stunden-Bereitschaftsdienste. Das ist zum Glück vorbei.“

## Fahrdienst bringt Sicherheit für die Ärzte

Die beste Neuerung für Reinhardt ist der Fahrdienst der Malteser: „Ich finde es sehr angenehm, wenn jemand bei mir ist. Im Auto kann ich mich auf den Fahrten zwischen den Patienten kurz entspannen, vielleicht auch mal etwas aufschreiben oder telefonieren. Das ist vor allem nachts gut. Und auch bei den Patienten bin ich nicht allein. Der Fahrer kann die Schreiberarbeit übernehmen, während ich mich voll und ganz auf den Patienten konzentrieren kann.“

Auf mich machen die beiden bei den Hausbesuchen den Eindruck eines sehr gut eingespielten Teams. „Die Chemie stimmt einfach“, bestätigt Frank Vogt. Davon kann ich mich schließlich auch während unseres dritten Hausbesuches an diesem Nachmittag überzeugen. Eine alte Dame hatte wegen eines viel zu hohen Blutzuckers und Druckgefühls in Kopf und auf der Brust angerufen. Nach einigen Untersuchungen entscheidet Reinhardt, dass die Frau in eine Klinik eingewiesen werden sollte, um einen Herzinfarkt auszuschließen. Während Reinhardt mit verschiedenen Ambulanzen telefo-

niert, bereitet Vogt den Einweisungsschein vor, versucht eine Nachbarin zu erreichen und beruhigt ganz nebenher die aufgeregte Patientin. Am Schluss helfen die beiden der Patientin noch, Bademantel, Hausschuhe und persönliche Gegenstände in eine Tasche zu packen.

Inzwischen ist es 18.00 Uhr: Zeit für den lange avisierten Kaffee. Vogt erzählt, dass er für diese Aufgabe seinen vorherigen Job gekündigt hat. Lange Zeit als Ehrenamtler bei den Maltesern tätig, fand er die Idee mit dem Fahrdienst für den ärztlichen Bereitschaftsdienst so gut, dass er ins Hauptamt gewechselt und den Posten des Koordinators übernommen hat: „Ich finde es sehr attraktiv, so etwas neu aufzubauen. Das ist zwar anstrengend, aber es macht sehr viel Spaß.“

## Neue Strukturen brauchen Zeit und Akzeptanz

Auf der ganzen Linie also nur Gewinner? „Nein, natürlich nicht“, weiß auch Reinhardt. „Patienten, die im äußersten Winkel des Kreises wohnen, und nachts auf dem Weg in eine der Notfallpraxen an einem kleineren Krankenhaus vorbeikommen, nehmen möglicherweise die Abkürzung und gehen gleich in die Notfallambulanz.“ Und auch manchem Arzt sei es anfangs etwas unwohl mit dem großen Gebiet gewesen, das er im Fahrdienst nun bedient. Der Kollege,

„**Ich finde es sehr angenehm, wenn jemand bei mir im Auto sitzt**“

der an diesem Mittwochnachmittag die Schicht ab 17.00 Uhr übernimmt, fährt heute zum ersten Mal: „Ich komme aus Schenkenzell und habe hier in der Gegend noch nie Bereitschaftsdienst gemacht. Ich muss mich erst einmal mit der Infrastruktur vertraut machen.“ Aber auch hier hat Reinhardt mitgedacht und in jedes Diensthandy, das die fahrenden Ärzte dabei haben, alle relevanten Telefonnummern eingespeichert: Krankenhäuser, verschiedene Ambulanzen, Kinder-Notfallpraxen. Inzwischen sind die Rückmeldungen der zunächst kritischen Kollegen – gerade den Fahrservice betreffend – sehr positiv.

## Epilog

Nach diesem aufregenden Tag verabschiede ich mich. Reinhardt und Vogt haben noch ein paar Stunden Dienst vor sich, der sie auch noch in die äußersten Ecken der Ortenau führt: nach Kehl und ins Kinzigtal.



Die diensthabende Ärztin Dr. Ulrike Welle und Frank Vogt erhalten ihren nächsten Einsatzort.



Rösler und Merkel sind sich einig: Gesundheitspolitik muss Versorgung sichern.

## Wünsche bleiben offen

Bilanz von vier Jahren schwarz-gelber Gesundheitspolitik

„Als Gesundheitsminister bekommt man sowieso immer Gegenwind, egal, was man macht. Das schafft eine gewisse Form von Freiheit.“ Dieser Satz von Ex-Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler bringt den Arbeitsalltag des Amtes auf den Punkt. Die gravierenden Interessensgegensätze der Beteiligten im Gesundheitswesen verlangen dem Gesundheitsminister ein hohes Maß an Diplomatie und Leidenschaft ab. Dies wird auch seinem Nachfolger so gehen, der im Herbst sein Amt antritt.

Wie der neue Minister das Amt gestalten wird, darüber kann man nur spekulieren, zumal zur ergo-Drucklegung der Wahlkampf noch nicht beendet war. So bleibt nur der Rückblick auf vier Jahre schwarz-gelbe Gesundheitspolitik mit zwei liberalen Gesundheitsministern.

Nach 15 Jahren rot-grüner Hoheit über das Gesundheitsressort und neun Jahren Ulla Schmidt gab es 2009 eine echte Zäsur. Die Erwartungen waren hoch, als ein Liberaler neuer Bundesgesundheitsminister wurde. Rösler war in der Gesundheitspolitik bis dahin wenig in Erscheinung getreten – seine Partei dagegen wirbelte mächtig im Wahlkampf: Kostenerstattung, weniger Bürokratie, mehr Wettbewerb waren die Schlagworte. Kein Wunder, dass auch viele Ärzte ihren Beitrag zum liberalen Traumergebnis von 14,6 Prozent beitrugen. Vom Alltag der Realpolitik wurde die FDP jedoch schnell eingeholt. Wenig Konkretes blieb aus der Wahlkampfrhetorik übrig. Rösler selbst dagegen bot ein positives Bild. Jung, unverbraucht und sympathisch war er ein wohlthuender Kontrast zum allzu eingefahrenen Berliner Politikbetrieb. Sein erster gesundheitspolitischer Paukenschlag erfolgte knapp ein Jahr nach Amtsantritt.

### GKV-Finanzierungsgesetz

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz reagierte der Minister auf die finanzielle Schieflage der Kassen. Der Beitragssatz wurde auf das Vor-Finanzkrisenniveau angehoben und der Anteil der Arbeitgeber eingefroren. Gleichzeitig wurden die Regelungen für die Hausarztverträge geändert. Hier galt nun die Wirtschaftlichkeitsklausel, wonach die Vergütung nur dann das Kollektivniveau übersteigen darf, wenn Einsparungen zur Gegenfinanzierung bereits in den Verträgen fixiert wurden. In Baden-Württemberg führte das zu nachvollziehbarer Kritik und wütenden Protesten. Bis heute gehört die Forderung nach Abschaffung dieser Klausel zu den wichtigsten Forderungen von Hausärzterverband und MEDI Verbund.

### Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG)

Mit einem anderen Gesetz wirbelte Rösler die Pharmaindustrie auf. Das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) sollte wirksame Einsparungen bei den Arzneimitteln bringen. Durch die frühe Nutzenbewertung dürfen seitdem höhere Preise nur bei einem nachgewiesenen höheren Nutzen verlangt werden. Zudem wurde der Herstellerrabatt auf 16 Prozent erhöht. Für die Ärzte wurde der Grundsatz „Beratung vor Regress“ verankert, der den Regressdruck deutlich verringert hat. Das AMNOG brachte für die Ärzte eine deutliche Erleichterung. Denn die Überschreitung der Arzneimittelkosten führt nicht mehr automatisch zu Forderungen und zur Absenkung der Vergütung.

### Versorgungsstrukturgesetz

Auch diese Koalition brauchte eine „Gesundheitsreform“. Inzwi-

schon hatte Daniel Bahr das Amt übernommen und brachte das Versorgungsstrukturgesetz auf den Weg. Bemerkenswert: Zum ersten Mal seit vielen Jahren gab es eine Gesundheitsreform, die nicht nur Kostenersparnis bringen, sondern auch die Versorgung verbessern sollte.

Die Aufhebung der Residenzpflicht, die Re-Regionalisierung der Verantwortung für die Honorarverteilung auf die KVen, eine geänderte Bedarfsplanung und Erleichterungen bei der Regressgefahr sind die Kernelemente für Ärzte und Psychotherapeuten. Außerdem wurde die Spezialfachärztliche Versorgung für die Behandlung von Patienten mit schweren oder seltenen Erkrankungen eingeführt. Hier sollen Niedergelassene und Krankenhausärzte zukünftig unter gleichen Bedingungen handeln können.

Die letzte gesundheitspolitische Maßnahme vollzog sich im Patientenrechtegesetz, das Anfang 2013 in Kraft trat. Die Bundesregierung hat hier wohlthuend sensibel auf die Belange der Ärzte reagiert und sie in Teilen vor einer Überbürokratisierung bewahrt.

### Wie geht es weiter?

Für die Politiker dieser Legislaturperiode ist die Arbeit erledigt. Für die KVen noch nicht. Es wird Jahre dauern, bis die Regelungen des Versorgungsstrukturgesetzes umgesetzt sind – von einer merklichen Veränderung ganz zu schweigen. Und doch sind auch in den kommenden vier Jahren weitere gesundheitspolitische Entscheidungen erforderlich. Unabhängig davon, wer regiert, wird es Maßnahmen zur Krankenhausfinanzierung, ein Präventionsgesetz, Aussagen zum – eventuell neu definierten – Verhältnis von GKV und PKV sowie Regelungen für die Zukunft der Selektivverträge geben.

## Erwartungen der Niedergelassenen an die Politik



**Dr. Christoph Kaltenmaier**, Allgemeinmediziner aus Aglasterhausen, ist berufspolitisch schon lange engagiert, unter anderem bei der nordbadischen Ärzteinitiative, Medi, Kammer und KV, jetzt als Sprecher der nordbadischen Bezirksbeiräte. Er findet, für politische Arbeit braucht man einen langen Atem:

„Ich wünsche mir schon seit 18 Jahren, dass wir endlich weniger Bürokratie bekommen. Ich gehöre ja der aussterbenden Spezies „Landsarzt mit großer Praxis“ an und hoffe als solcher, dass ir-

gendwann mal ein Politiker die Gängelungsmaßnahmen wie Regressandrohungen, die ständigen Überprüfungen und Formalismen beendet. Das wäre meine Hoffnung und mein Wunsch an die kommende Regierung. Allerdings bin ich da ein wenig skeptisch, weil alle Parteien ja schon in der Verantwortung waren, seit ich niedergelassen bin. Keine Regierung hat eine vernünftige Gesundheitsreform durchgeführt, die für uns Landärzte wirklich Erleichterung gebracht hätte. Leider bekommen wir eher mehr zusätzliche Regularien als weniger, die uns von unserer eigentlichen Arbeit abhalten. Und die Konsequenz sehen wir jetzt: Wir bekommen keine Nachfolger mehr. Es gibt immer weniger Ärzte, die sich niederlassen wollen. Wenn da nicht grundlegend etwas geändert wird, wird das Problem nicht behoben.“



**Dr. Ulrich Clever**, niedergelassener Gynäkologe in Freiburg, Präsident der Ärztekammer Baden-Württemberg und Delegierter der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg, wagt eine Prognose für die nächsten vier Jahre:

„Ich persönlich bin der Meinung, dass Daniel Bahr auch in Zukunft Gesundheitsminister bleiben wird.“

Wenn wir mal davon ausgehen, dass schwarz-gelb bleibt, so werden wir so oder so weiterhin im Gesundheitswesen die allergrößten Probleme haben, die ih-

ren Zenit möglicherweise in der kommenden Legislaturperiode erreichen werden.

Wir werden weiterhin mit Ärztemangel zu kämpfen haben, uns wird die ambulante Weiterbildungsthematik beschäftigen, die Finanzierung derselben sowie die völlig ungeklärte Krankenhausfinanzierung. Um diese Themen kann ein Hauen und Stechen losgehen, wie wir das schon vom Honorarstreit in den KVen her kennen.

Hier ist es wichtig, dass die beteiligten Personen wenigstens miteinander reden können, das war ja nicht immer der Fall. Ich meine, dass es für die ärztlichen Körperschaften und Verbände, beispielsweise Kammer und KV, aber auch Hausärzterverband und fachärztliche Verbände mehr denn je heißt, einigermaßen eine Abstimmung untereinander, wenn nicht Einigkeit zu erreichen.“



**Dr. Peter Baumgartner**, Psychotherapeut aus Offenburg und KVBW-Bezirksbeirat in Freiburg: „In der Psychotherapie ist das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient essenziell für das Gelingen der Behandlung. Der Patient muss eine auf seine spezifischen Probleme abgestimmte Therapie erhalten. Was wir mit Sorge betrachten, ist, dass Ökonomisierung und Rationierung Einzug halten und dass teil-

weise von den Kassen versucht wird, Einfluss auf die Behandlung zu nehmen und an Patientendaten zu kommen. Wir wünschen uns, dass die Politik diesen Bestrebungen Einhalt gebietet. In der neuen Legislatur muss die Ausbildungsreform für die Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgeschlossen werden. Die Eingangsvoraussetzungen müssen neu geregelt und es muss darauf geachtet werden, dass die wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren Eingang finden, Praxiskompetenz vermittelt und die Vergütung in der praktischen Ausbildung geregelt wird. Was uns Psychotherapeuten auch bewegt, ist die Honorargerechtigkeit. Hier sind wir auf die Unterstützung durch die Politik und Gesetzgebung angewiesen.“

# Neiddebatte erneut entbrannt

Honorare der Ärzte laut Statistik angeblich um 21 Prozent gestiegen

**Eine Untersuchung des Statistischen Bundesamtes für das Berichtsjahr 2011 bescheinigt Arztpraxen insgesamt ein sattes Plus von 21 Prozent pro Praxis im Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2007. Dies sind im Schnitt 483.000 Euro Umsatz im Jahr beziehungsweise ein Reinertrag von 234.000 Euro. Der Reinertrag je Praxisinhaber stieg um 17 Prozent auf 166.000 Euro, also 13.833 Euro monatlich.**

Dass diese Summe nicht dem betriebswirtschaftlichen Gewinn einer Arztpraxis entspricht, gibt dabei selbst das Statistische Bundesamt zu. Denn von dieser

ten von über 50 Stunden pro Woche, erläutert der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Johannes Fechner: „Dies führt zu einem hausärztlichen Nettoeinkommen von etwa 5.000 Euro im Monat. Ein Nettoeinkommen in dieser Höhe spiegelt die Belastung und Verantwortung hausärztlicher Tätigkeit nicht wider. Wenn man die Arbeitszeiten berücksichtigt, entspricht es eher einer Assistentenvergütung.“ Der Vorstandsvorsitzende der KV Baden-Württemberg, Dr. Norbert Metke, führt weiter aus: „Von den etwa 13.833 Euro gehen monatlich 40 Prozent Einkommenssteuer ab. Für Altersvorsorge, Kranken- und Pflegeversi-

die finanzielle Belastung der Wiedervereinigung nicht zu Lasten der Beitragszahler und der Ärzte gehen, sondern muss von der Gesellschaft getragen werden – durch Angleichung der Gesundheitssysteme und einer deutlichen Verbesserung der Versorgung in den neuen Bundesländern.“

In Baden-Württemberg lag der Vergütungsanstieg von 2008 bis 2012 bei 9,09 Prozent. Das entspricht einem Jahresdurchschnitt von 1,81 Prozent – leider wird dieser Prozentsatz von der Inflationsrate komplett neutralisiert. Parallel dazu sind die Arbeitsleistungen der Ärzte gestiegen, da circa sechs Prozent mehr Behandlungsfälle zu



Meine Milch – Deine Eier. Die Neiddebatte über ärztliche Vergütung ist fehl am Platz.

Summe noch nicht abgezogen sind die Steuern und die Ausgaben für Altersvorsorge, Krankenversicherung, Risikoabsicherung und Investitionen. Die KVBW hat sich die Mühe gemacht, diese Kosten für den Arzt einmal zusammenzurechnen und ist zu einem ganz anderen Ergebnis gekommen: Im hausärztlichen Bereich beispielsweise beträgt der durchschnittliche Reinertrag etwa 180.000 Euro und das bei unregelmäßigen Versorgerzei-

cherung müssen noch einmal 2.000 Euro abgezogen werden – bleiben circa 5.000 Euro, von denen er außerdem die Berufsunfähigkeitsversicherung und Kosten für Kredite und Investitionen abzwickeln muss.

Zudem ergibt sich das errechnete Plus weitgehend aus einer Erhöhung der ärztlichen Honorare in den neuen Bundesländern in 2008 um circa zehn Prozent als ‚West-Ost-Ausgleich‘. Damit sollte

versorgen waren. Insgesamt begrüßt Metke die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes aber nachdrücklich als objektiv und nachvollziehbar.

„Sie zeigen deutlich den Nachholbedarf im Hochleistungs-Gesundheitssystem des Landes, denn nur ein Teil der Ärzte wird für ihre Arbeit adäquat vergütet. Der Durchschnitt der Kollegen wird immer noch nicht leistungsgerecht bezahlt.“

## KVBW und Barmer ziehen positive Bilanz nach einem Jahr Pflegeheimvertrag

**Der zum 1. April 2012 von der KV Baden-Württemberg und der BARMER GEK geschlossene Vertrag konnte sich mittlerweile etablieren.**

Eine Evaluation der ersten vier Quartale ergab, dass immer mehr Praxen und Ärzte sich in den Vertrag einschreiben. Die Zahl der teilnehmenden Praxen ist am Ende des ersten Vertragsjahres um 16 Prozent gestiegen, die der eingeschriebenen Versicherten um 22 Prozent. Rund 700 Heimbewohner profitierten im ersten Quartal 2013 von der verbesserten Betreuung durch die niedergelassenen Hausärzte, Urologen und Dermatologen. „Zur schnellen Akzeptanz des Ver-

trags hat die bewusst einfach und unbürokratisch gehaltene Einschreibemöglichkeit beigetragen“, freut sich der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVBW, Dr. Johannes Fechner.

Kern des Pflegeheimvertrags ist die enge Vernetzung der Arztpraxen mit den Pflegeheimen. Diese Leistung wird den Ärzten extra vergütet. „Die Vertragspartner sind auf einem guten Weg, den demografischen Herausforderungen der Zukunft zu begegnen“, so Fechner weiter. In den Vertrag wurden von Anfang an auch Urologen und Dermatologen mit einbezogen. Zukunftsweisend ist besonders die vertraglich geregelte Entlastung des Arztes durch Delegation.

„Bei der ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern bestand Handlungsbedarf“, so Harald Müller, Landesgeschäftsführer der BARMER GEK Baden-Württemberg. „Pflegeheimbewohner sind auf eine gute medizinische Versorgung angewiesen. Doch gerade für diese Menschen ist der Arztbesuch eine enorme Strapaze. Es darf nicht sein, dass Pflegeheimbewohner unter Budgetierung oder einer geringeren Arztdichte in ländlichen Gebieten leiden. Mit der Vereinbarung schaffen wir für die Ärzte einen Anreiz, sich noch intensiver um die rund 88.000 Patienten im Heim zu kümmern und verbessern und sichern dadurch die medizinische Versorgung.“



Dr. Rainer Hess erläutert das neue Transplantationsregister.

## Südwest-Ärztetag für mehr Vertrauen in Organspende

Transplantationswesen muss restrukturiert werden

**Die Fakten sind schnell berichtet: Im Jahr 2012 hat die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland den niedrigsten Stand seit 2002 erreicht. 1.046 Menschen haben 3.511 Organe gespendet. Im Jahr davor waren es noch 1.200 Spender und 3.917 Organe. Am deutlichsten war der Rückgang in der zweiten Jahreshälfte, nach Bekanntwerden der Manipulationen in einigen Transplantationszentren. Am wenigsten spenden Menschen im Südwesten: Baden-Württemberg ist Schlusslicht bei der Organspende.**

Dabei warten 12.000 Patienten in Deutschland auf ein Organ. 850.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland, davon kommen – theoretisch – nur knapp 5.000 für eine Organspende in Frage. Das heißt, selbst wenn es eine Zustimmung von 50 Prozent gäbe (die noch nicht einmal Länder wie Spanien erreichen, in denen das Widerspruchsrecht gilt), gäbe es weiterhin zu wenig Organe. Und das heißt, dass es weiterhin nur um die Verwaltung des Mangels gehen kann.

Wie groß letztlich der Mangel, also das Defizit an Organen ist, hängt vom Vertrauen der Bevölkerung in die Prozesse ab. Nach Aufdeckung der Unregelmäßigkeiten bei der Verteilung von Organen und der unrühmlichen Rolle, die manch Transplantationszentrum gespielt hat, gilt es, die Strukturen des Vergabesystems transparenter und sicherer zu machen. So ging auch der baden-württembergische Ärztetag im Juli der Frage nach: „Organspende – wie gewinnen wir das Vertrauen zurück?“

Prominente Vertreter aus Politik und Ärzteschaft versuchten eine Antwort zu finden und stellten sich der Diskussion. Thematischer Dreh- und Angelpunkt war die Neuordnung des Systems und die Einführung eines neuen Transplantationsregisters. Dies liegt im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Stiftung Organspende (DSO) mit ihrem hauptamtlichen Vorstand Dr. Rainer Hess. Als Jurist ist Dr. Hess eine ungewöhnliche Wahl an dieser Stelle, doch der langjährige Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ganz bewusst vom Stiftungsrat für ein Jahr in das

Amt berufen worden. Mit seiner Expertise hat Dr. Hess die Aufgabe übernommen, das deutsche Transplantationswesen zu restrukturieren.

Einig sind sich die Experten darüber, dass mehr Transparenz über die Vergabe von Organen geschaffen werden muss. Dies soll mit der Einführung des neuen Transplantationsregisters geschehen. Darin enthalten: Alle Daten der DSO über den Spender und das Organ. Die Transportdaten inklusive Zeitmanagement, die Daten des Empfängers, die Wartelistendaten von Eurotransplant und deren Entscheidung über die Vergabe und nicht zuletzt Qualitätssicherungsdaten. Dies alles soll Manipulationen der Warteliste, wie sie in der Vergangenheit vorgekommen sind, unmöglich machen.

Des Weiteren ist eine klare Definition der verschiedenen Player im System notwendig. Die Bundesärztekammer legt die medizinischen Kriterien fest. Insbesondere werden derzeit die Fakten zum Hirntod – als Voraussetzung für eine Organspende – nochmals geprüft und gegebenenfalls angepasst. Die Transplantationszentren melden die Daten ihrer Empfängerpatienten und die Dringlichkeit für eine Transplantation. Liegt ein Organ vor, entscheidet Eurotransplant – anhand der Warteliste und unabhängig von der Kenntnis der Person – über die Organvergabe. Die DSO bleibt die Koordinierungsstelle für Organspende in Deutschland und Ansprechpartner für alle Beteiligten.

Auch der baden-württembergische Ärztetag hatte letztlich keine Antwort auf die selbst gestellte Frage. Einige gute Ansätze aber sind vorhanden. Vor allem die Beförderung des gesamtgesellschaftlichen Dialogs, angestoßen zum Beispiel durch die Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Kunden zu informieren, wird zu mehr Transparenz und – hoffentlich – mehr Spendenbereitschaft führen.

➔ Sie möchten mehr wissen zum Thema Organspende?

Dann schauen Sie auf die Seite der DSO: [www.dso.de](http://www.dso.de). Dort finden Sie auch einen Organspendeausweis zum Ausdrucken.

# Neuer Hausarzt-EBM auf dem Weg

Susanne Lilie und Dr. Johannes Fechner im Interview über Sinn oder Unsinn des neuen Bewertungsmaßstabs

**Fluch oder Segen, könnte man sich fragen, wenn es um den neuen Hausarzt-EBM geht, der im Oktober eingeführt wird. Eine bessere Bezahlung für Hausärzte verspricht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Mehr Bürokratie, mehr Arbeit und einen Verlust an Kalkulationssicherheit befürchten der Vorstandsvize der KVBW, Dr. Johannes Fechner, und Geschäftsführerin Susanne Lilie im Gespräch mit Pressesprecher Kai Sonntag.**

**Was ändert sich durch den neuen EBM für die Ärzte?**

Fechner: Erstens wird die Versichertenpauschale reduziert um die Bereiche versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale, die die hausarzttypischen Leistungen abbilden soll. Zweitens wird eine Gesprächsleistung aus der Versichertenpauschale herausgebrochen, die für zehn Minuten gegeben werden soll. Und drittens werden neue Leistungen eingeführt und zwar für die Geriatrie,

Palliativmedizin und Sozialpädiatrie. Hierfür werden keine weiteren Fortbildungsveranstaltungen benötigt, um diese Leistungen abzurechnen, zudem ist auch neues Geld von den Krankenkassen gezahlt worden. Außerdem wurde die Chronikerpauschale neu strukturiert.

**Warum lehnt die KV Baden-Württemberg den EBM ab?**

Lilie: Es ist ein strategisch falscher Weg, einen komplett neuen EBM zu machen – dafür dass die Krankenkassen lediglich für die Leistungen Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie neues Geld zahlen. Alle Dinge werden neu strukturiert, es werden Leistungen aus der Pauschale rausgebrochen, Einzelleistungen, die die Hausärzte wieder selbst zahlen müssen. Alles ändert sich in der Abrechnung und das ist einfach falsch.

**Welche Auswirkungen hat der EBM auf die Arztpraxen?**

Fechner: Nach Berechnungen der KBV ist die Auswirkung marginal und bewegt sich im Ein-Prozent-Bereich. Wir in Baden-Württemberg sind im Moment noch nicht in der Lage, Veränderungen ganz praxisindividuell zu berechnen. Wir gehen aber davon aus, dass die Auswirkungen marginal sind und sich im Ein-bis-zwei-Prozent-Bereich bewegen. Das ist aber noch nicht abschätzbar.

## Vorstand informiert

Der Vorstand informiert detailliert über die Änderungen im EBM auf seiner Tour durch's Land. Die nächsten Termine sind am 30. September in Freiburg (Ärzte und Psychotherapeuten) und 1. Oktober in Mannheim und Stuttgart (Ärzte und Psychotherapeuten).

## KVBW produziert eigene Videos

Klick für Klick schnell informiert im Internet



Infos für Ärzte: KV-Videos auf youtube und Homepage

Mit Videos auf der Homepage will die KV Baden-Württemberg das Informationsangebot für ihre Mitglieder ergänzen und sprichwörtlich lebendiger gestalten. Die Filme berichten kurz und prägnant über wichtige gesundheitspolitische Themen sowie über aktuelle Neuerungen, die die Arbeit von Ärzten und Therapeuten betreffen. Interviews mit dem Vorstand oder den Geschäftsbereichsleitern runden das Angebot ab.

Ob EBM-Reform, die Neuerungen durch die Umstrukturierung des Notfalldienstes, das Portrait eines Landarztes oder die Serviceleistungen der KVBW für die Niedergelassenen – die unter-

schiedlichsten Themen sind geplant oder bereits umgesetzt. Mit den aktuellen Videos werden die Angebote der Print- und Onlinemedien wie ergo, Rundschreiben, Schnellinfo oder Newsletter ergänzt.

Das KVBW-Web-TV ist auf der Homepage unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Infocenter » Videoarchiv zu finden oder bei youtube unter [www.youtube.com/user/kvbawue](http://www.youtube.com/user/kvbawue).

Die Redaktion ist gespannt auf Themenvorschläge aus dem Kreis der Mitglieder.

➔ Weitere Informationen:  
Eva Frien, 0721 5961-1209  
[Eva.Frien@kvbawue.de](mailto:Eva.Frien@kvbawue.de)



Fechner und Lilie warnen vor mehr Arbeit und Bürokratie durch den neuen EBM.

## Eine KV für alle Ärzte?

Janusköpfigkeit der KV als Vertreter angestellter und freiberuflicher Ärzte

**Ein Trend in der Struktur der Ärzteschaft zeichnet sich klar ab: Junge Mediziner, die im ambulanten Bereich tätig werden möchten, streben verstärkt in ein Angestelltenverhältnis. Dies betrifft nicht nur die Frauen. Die Zahl der angestellten Ärzte in Baden-Württemberg ist zwischen 2007 und 2012 von 582 auf 1942 gestiegen. Ein sicheres Einkommen, geregelte Arbeitszeiten, Urlaubsansprüche, Altersversorgung und kein finanzielles Risiko sind die wesentlichen Gründe dafür.**

Dies hat gravierende Auswirkungen, vor allem auf die ärztliche Selbstverwaltung, denn die gesamte Struktur ist auf freiberufliche Ärzte ausgelegt. Mit mehr angestellten Ärzten stellen sich daher eine ganze Reihe von Fragen: Wie ändert sich das Verhältnis in einer Vertreterversammlung, wenn dort gleichzeitig Arbeitgeber und Arbeitnehmer sitzen? Wie entwickelt sich das Verhältnis in den Gremien, falls es irgendwann einmal mehr angestellte als freiberuflich tätige niedergelassene Ärzte geben sollte? Für die Ärzteschaft würde es wenigstens eine erhebliche Schwächung ihrer Schlagkraft gegenüber der Politik, den Kassen und der Öffentlichkeit bedeuten, wenn sich hier eine Konfliktlinie entwickeln würde.

Auch die Frage nach der Ausgestaltung der arbeitsrechtlichen Rollenverteilung zwischen Freiberuflern und Angestellten stellt sich: Wird es bald gewerkschaftliche Verhältnisse mit Tarifverhandlungen und Arbeitskämpfen in der Ärzteschaft geben?

Die Frage der Vertretung der angestellten Ärzte war daher auch

Thema auf dem Deutschen Ärztetag in Hannover. Begleitet von massiven Auseinandersetzungen mit dem Marburger Bund wurde eine Resolution verabschiedet, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gründung eines Arbeitgeberverbandes für die angestellten Ärzte prüfen sollen. Mit einer solchen Interessensvertretung soll verhindert werden, dass der Marburger Bund Einfluss auf den ambulanten Sektor nehmen kann. Dies wäre durchaus problematisch, vertritt doch der Marburger Bund vor allem die Interessen der Krankenhausärzte.

Nicht jedoch für den Marburger Bund. Der hatte versucht, sich mit allen Mitteln dagegen zu wehren und lenkte erst ein, als die niedergelassenen Ärzte drohten, die Weiterbildungsordnung selbst in die Hand zu nehmen. Das Ergebnis ist bekannt, ergo hat in der letzten Ausgabe darüber berichtet: Künftig soll es bestimmte Weiterbildungsinhalte geben, bei denen sich die jungen Mediziner aussuchen können, ob sie diese im Krankenhaus oder in einer Praxis erwerben.

War die Auseinandersetzung mit dem Marburger Bund nur ein Vorgeschmack auf künftige Konfliktlinien? Für den Vorstand der KVBW durchaus denkbar. Es bedarf nicht viel Phantasie, um sich die künftigen Verteilungskämpfe im System zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor vorzustellen. Käme ein weiterer Konflikt zwischen freiberuflichen und angestellten Niedergelassenen hinzu, würde das für weiteren Zündstoff sorgen.

Was also ist zu tun? Einen Arbeitgeberverband werden die KV'en wohl nicht gründen. Das wäre schon aus rechtlichen Gründen nicht möglich, denn die freiberuflich tätigen Ärzte haben in der KV ihre Vertretung. Die KV'en könnten daher bei einer Konfrontation zwischen den freiberuflichen und den angestellten Ärzten keine Stellung beziehen. Auch aus politischer Sicht wäre es nicht gut. Ärzte und Psychotherapeuten müssen möglichst einheitlich nach außen auftreten. Divergierende Forderungen schaden nur.

Es muss daher nach Alternativen gesucht werden. In der KVBW und in den freien Verbänden wird intensiv überlegt, wie mit dieser Frage umzugehen ist. ergo wird weiter berichten.



Two-headed Janus.

# Neuer EBM könnte Sicherstellung gefährden

Delegierte der Vertreterversammlung fordern am 3. Juli rechtliche Prüfung

## EBM-Reform: Kritik an Berlin – Rechtsprüfung beschlossen

Die in Berlin beschlossene Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), die ab Oktober 2013 in Kraft treten wird, stößt bei Vorstand und Delegierten der KV Baden-Württemberg vor allem bezüglich des Hausarzt-EBMs auf heftigste Kritik. Die Vertreterversammlung will deshalb rechtlich klären lassen, ob das neue Vergü-

Metke. Nennenswert mehr Geld bringt der neue EBM nicht; gleichzeitig steigt die Gefahr von Hamsterrad-Effekten und Plausibilitätsauffälligkeiten.

Große Versorgerpraxen seien die Reformverlierer. Positiver wertet Metke den neuen Facharzt-EBM. Die Idee der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) ist gut, greift aber mangels dafür verfügbarer Mittel noch zu kurz.

für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

Die Vertreterversammlung stimmte den Anpassungen des HVM einstimmig zu. Eine signifikante Honorarrelevanz ist durch die Änderungen nicht zu erwarten. Ausführliche Informationen dazu finden sich in den Rundschreiben.

## Kooperation mit Pflegeberufen – Delegation statt Substitution

Kontrovers diskutierten die Delegierten die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten. Da die Ressource Arztzeit immer knapper werde, dürfe man sich der verstärkten Kooperation mit Pflegeberufen nicht verschließen, so der stellvertretende KVBW-Vorstandsvorsitzende Dr. Johannes Fechner. Ziel müsse es sein, Delegationsmodelle selbst zu gestalten, die den Arzt nicht substituieren. Zudem müssten Kostensteigerungen durch mögliche neue Schnittstellen vermieden werden.

## Beschluss gegen die Bürgerversicherung

Nein zur Bürgerversicherung heißt es in einem wichtigen Beschluss, mit dem sich die Vertreterversammlung der KVBW einer Resolution des Deutschen Ärztetages anschließt.

## Elektronische Gesundheitskarte – Datenabgleich abgelehnt

Entsprechend der Beschlüsse von Ärztetag und KBV lehnen die Vertreter der KV Baden-Württemberg das Sammeln jeglicher medizinischer Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte und deren Online-Weitergabe ebenfalls ab.



Vorstand und Geschäftsführung stellen sich der Diskussion.

tungssystem selbst dann umgesetzt werden muss, wenn es die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg gefährdet.

Tenor der Kritik am neuen EBM: Die Versichertenpauschale schrumpft zugunsten neuer Einzelleistungen. Damit finanzieren Ärzte diese aus eigener Tasche. „Ein schwerer, schlimmer, strategischer Fehler“, so der KVBW-Vorstandsvorsitzende Dr. Norbert

## Änderungen der Honorarverteilung zum 1. Oktober 2013

Neue Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) schlagen sich im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KVBW nieder. Die Neuerungen betreffen vor allem den Trennungsfaktor (Aufteilung der Gesamtvergütung zwischen Haus- und Fachärzten), die Laborleistungen, das humangenetische Labor sowie die Pauschale

terzuentwickeln. Dabei ist die KVBW stets bestrebt, die Rahmenbedingungen für ihre Mitglieder zu verbessern, damit diese – trotz aller bürokratischen Fesseln – ausreichend Zeit für ihre Kernaufgabe, die Behandlung von Patienten, haben.

Erste Erfolge beim Bürokratieabbau sind bereits zu verzeichnen, indem in Leistungsbereichen mit nachweislich exzellenter Qualität Stichprobenprüfungen ausgesetzt beziehungsweise Prüfintervalle verlängert wurden.

Ein Schwerpunktthema in diesem Jahr ist die Abnahme- und Konstanzprüfung im Ultraschall. Die Prüfergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter der Ultraschallgeräte und der Anzahl der Beanstandungen. Dies ist vor dem Hintergrund eines Investitionsstaus im Niedergelassenenbereich aufgrund der Vergütungssituation zu sehen.

Im Kapitel „Qualitätsförderung“ wird unter anderem über neue Vereinbarungen und Verträge zur Verbesserung der Versorgungsqualität berichtet. Außerdem wird beispielsweise auf die unterstützenden Maßnahmen der KVBW zur Steigerung der Inanspruchnahme bei Früherkennungsuntersuchungen von Darmkrebs eingegangen.



## Versorgungsbericht bestätigt exzellente Versorgung im Land

Mit dem Flyer „Fakten 2013“ informierte die KVBW vor einigen Wochen über die ambulante medizinische Versorgung im Land durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Die dazu gehörende breite Datenbasis ist im Versorgungsbericht 2012 zu finden. Neben einer Reihe bewährter Zahlen sind Hintergrundberichte und Statements zu aktuellen Handlungsfeldern der KVBW enthalten.

Bei Ärzten und Psychotherapeuten herrscht eine hohe Zufriedenheit – ihr Beruf macht ihnen Spaß. Mit diesen erfreulichen Ergebnissen einer Umfrage startet die Themenauswahl des Versorgungsberichts. Beklagt wird dagegen die hohe Arbeitsbelastung und die fehlende Zeit für die Patienten, die oft mit der vom Gesetzgeber verursachten Bürokratie begründet wird. Die Nachwuchsgewinnung wird dadurch nicht erleichtert, aber das Bemühen am Beispiel der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin sichtbar gemacht.

Der insbesondere bei den Hausärzten festzustellende Wandel vom niedergelassenen Selbstständigen zum Angestellten ist auch mit der Doppelbelastung von Patientenversorgung und Unternehmensführung verbunden. Wie die KVBW hier hilft und was ein Bankchef dazu sagt, ist ebenso Thema wie der dazu passende Be-

richt über die Eröffnung der regio-Praxis in Baiersbronn.

Besondere Versorgungsbedürfnisse bei Patienten mit Migrationshintergrund sind ebenso Thema wie der demografische Wandel und die Neuordnung des Bereitschaftsdienstes. Als kleiner „Höhepunkt“ ist eine von der KVBW im Schwei-



zer Ärzteblatt geschaltete Anzeige abgedruckt: Niedrigere Berge – bessere Perspektiven mit einer Arztkarriere in Baden-Württemberg. Im Anhang zum Versorgungsbericht sind alle Orte im Land nach Kreisen sortiert mit ihren Ärzten und Psychotherapeuten zu finden.

➔ Nachzulesen ist der Versorgungsbericht auf unserer Homepage [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Presse » Publikationen » Versorgungsbericht

## Anmeldung KV-Newsletter

Beziehen Sie schon den Newsletter der KV Baden-Württemberg? Für den Vorstand hat der Austausch mit den Mitgliedern eine große Bedeutung. Aus Kostengründen und der Umwelt zuliebe wollen wir künftig die papierlosen Informationswege noch besser nutzen. E-Kommunikation ist schnell und aktuell. Machen Sie es wie viele an-

dere Kollegen schon heute: Teilen Sie uns Ihre E-Mail-Adresse und Arztnummer mit für den Erhalt der elektronischen Informationen des Vorstands.

➔ Anmeldung an [pressereferat@kvbawue.de](mailto:pressereferat@kvbawue.de) oder über [www.kvbawue.de/kvbw-newsletter](http://www.kvbawue.de/kvbw-newsletter)

# „Qualität: We are the champions“

Zu diesem Resümee kommt der Vorstandsvorsitzende Dr. Metke in seinem Vorwort zum Qualitätsbericht der KVBW

Nachdem sämtliche Daten und Fakten der Qualitätssicherungsmaßnahmen im vertragsärztlichen Versorgungsbereich zusammengefasst im Qualitätsbericht der KVBW 2012 vorlagen, ließ sich Dr. Metke spontan zu dieser Aussage hinreißen. In der Tat ist es der KVBW gemeinsam mit ihren Vertragsärzten und -psychotherapeuten erneut gelungen, die hohe Qualität in der Patientenversorgung nicht nur zu sichern, sondern auch wei-

terzuentwickeln. Dabei ist die KVBW stets bestrebt, die Rahmenbedingungen für ihre Mitglieder zu verbessern, damit diese – trotz aller bürokratischen Fesseln – ausreichend Zeit für ihre Kernaufgabe, die Behandlung von Patienten, haben.

Erste Erfolge beim Bürokratieabbau sind bereits zu verzeichnen, indem in Leistungsbereichen mit nachweislich exzellenter Qualität Stichprobenprüfungen ausgesetzt beziehungsweise Prüfintervalle verlängert wurden.

Ein Schwerpunktthema in diesem Jahr ist die Abnahme- und Konstanzprüfung im Ultraschall. Die Prüfergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter der Ultraschallgeräte und der Anzahl der Beanstandungen. Dies ist vor dem Hintergrund eines Investitionsstaus im Niedergelassenenbereich aufgrund der Vergütungssituation zu sehen.

Im Kapitel „Qualitätsförderung“ wird unter anderem über neue Vereinbarungen und Verträge zur Verbesserung der Versorgungsqualität berichtet. Außerdem wird beispielsweise auf die unterstützenden Maßnahmen der KVBW zur Steigerung der Inanspruchnahme bei Früherkennungsuntersuchungen von Darmkrebs eingegangen.

Im Anhang zum Qualitätsbericht befindet sich auch in diesem Jahr wieder eine CD mit dem Datenteil, in dem über alle Qualitätssicherungsbereiche von A bis Z ausführlich informiert wird. Dort

sind auch die Ergebnisse der von den Qualitätssicherungs-Kommissionen durchgeführten Qualitätsprüfungen dokumentiert. Im Folgenden listen wir hierzu einige Daten auf.

Die KVBW hat 8.085 Genehmigungsanträge auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vereinbarungen beschieden. Davon wurden 7.593 Genehmigungen erteilt, 517 ablehnende Bescheide erstellt und 20 Abrechnungsgenehmigungen widerrufen.

Dazu kommen noch Genehmigungen auf der Grundlage von regionalen Vereinbarungen.

➔ Mehr dazu im Internet: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Presse » Publikationen » Qualitätsbericht



# Nachwuchsärzte auf Praxis-Schnuppertour

Tuttlinger Ärztenetzwerk wirbt für Niederlassung im ländlichen Bereich

**Fünf junge niedergelassene Ärzte in Tuttlingen machen Werbung. Werbung für die Niederlassung, Werbung für ihre Stadt und den Landkreis. Mit ihrer Initiative „DonauDoc – Tuttlingen trifft junge Mediziner“, die von Stadt und Landkreis Tuttlingen unterstützt wird, möchten sie Öffentlichkeit schaffen und Interesse bei den Kollegen wecken, die am Ende ihrer Ausbildung über eine Niederlassung nachdenken.**

Tuttlingen – landschaftlich schön gelegen zwischen Schwarzwald und Bodensee – hat das gleiche Problem wie viele ländliche Regionen: In naher Zukunft wer-

Sie beteiligen sich aktiv an der Suche nach neuen, jungen Kollegen für ihren Landkreis.

„Wir sind ein Team junger niedergelassener Kollegen, die im Landkreis Tuttlingen gut und gerne leben und arbeiten, die jeden Tag gut gelaunt in ihre Praxen gehen – und abends genauso gut gelaunt und pünktlich nach Hause kommen“, werben sie in einem Flyer. Sie möchten mit ihrer Initiative jetzt schon dafür sorgen, dass sie auch zukünftig ein gut funktionierendes Netzwerk und engagierte Kollegen haben.

Eine erste erfolgreiche Veranstaltung gab es im Juli. Für zwei Tage luden die DonauDocs Kollegen in der fortgeschrittenen Wei-

Begegnung – auf privater wie fachlicher Ebene. Das Besondere an dem Konzept war die selbstverständliche Integration der Familien. Nicht nur die ärztlichen Kollegen waren eingeladen, auch ihre Partner und Familien waren herzlich willkommen. Denn was ist für einen jungen Arzt bei der Frage, ob und wo er sich niederlässt, wichtiger als das Votum der Familie?

„Das Gesamtpaket muss stimmen“, bestätigt auch Dr. Johannes Fechner, Vorstandsvize der KVBW, der am ersten Tag der Veranstaltung in seinem Vortrag über die rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekte der Niederlassung informiert hat. „Wir unterstützen solche Initiativen sehr gerne, denn nichts funktioniert so gut wie die persönliche Ansprache von Kollege zu Kollege.“

So war dann auch das Highlight der Veranstaltung die Hospitation in den Praxen der DonauDocs am zweiten Vormittag. Jeder junge Kollege hatte die Möglichkeit, einen der Niedergelassenen in seinem ganz „normalen“ Praxistag zu begleiten und die Abläufe in einer Praxis kennenzulernen. Für jeden war etwas dabei: von der modernen, hoch technisierten, bis ins kleinste Detail geplanten Kardiologie-Praxis von Sabine Jumpertz und ihren Kollegen im neuen Tuttlinger Ärztezentrum bis zur Landarztpraxis im kleinen Mühlheim im Donautal, die Dr. Alexander Lux mit Partner im ehemaligen, restaurierten Schulhaus betreibt. „Wir haben hier jeden Tag gut gelaunte Patienten, die uns sehr viel Wertschätzung entgegen bringen. Die wissen, dass sie hier beruhigt alt werden dürfen“, antwortet Dr. Lux auf die Frage, was er an seinem



Ländliche Idylle kann für Jungärzte sehr reizvoll sein.



Fit für die Praxis: Die DonauDocs beim Volkslauf durch Tuttlingen

den Ärzte fehlen. Zwar ist die ambulante ärztliche Versorgung derzeit noch sichergestellt. Doch lässt sich jetzt schon absehen, wie viele Kollegen in den nächsten fünf bis zehn Jahren ihre Praxis schließen. Und dann möglicherweise nur schwer einen Nachfolger für ihre Praxis finden. Diesem Problem wollen die DonauDocs begegnen.

terbildung nach Tuttlingen ein und boten gemeinsam mit den Verantwortlichen von Stadt und Landkreis Tuttlingen ein attraktives Komplettprogramm für die knapp 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer: Diskussionsrunden, harte Fakten zum Thema Niederlassung, Attraktionen in und um Tuttlingen und nicht zuletzt die persönliche

Landarztleben schätzt. Und: „Ich habe hier meine Praxis, meine Familie und Freunde, meinen Verein.“ Die DonauDocs zeigen erfolgreich mit ihrer Veranstaltung, „dass man entgegen aller Medienberichte hochqualitative Medizin, Wirtschaftlichkeit und Lebensfreude als niedergelassener Arzt im ländlichen Raum wunderbar vereinbaren kann.“

Und die jungen Ärzte? Stephanie Mutschler, Assistenzärztin aus Singen, fand die Veranstaltung „... sehr informativ. Wir haben viel gehört von der KV über die rechtlichen Aspekte und was die Kosten angeht.“ Nach freiwilligen Praktika ist die Niederlassung für sie

inzwischen „total attraktiv“. Und auch für Thomas Bannwarth, der bereits sein Wahltertial in der Allgemeinmedizin absolviert hat, ist klar: „Ich will auf lange Sicht aus der Klinik raus.“

Für alle Beteiligten – die jungen wie die „alten“ Ärzte – war es eine erfolgreiche Veranstaltung, die eines sehr deutlich gezeigt hat: Die persönliche Ansprache und Kontaktpflege ist das A und O auf dem hart umkämpften Markt um die niederlassungswilligen Ärzte.

➔ Den Film zur Veranstaltung finden Sie auf [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) im Videoarchiv. Oder Sie informieren sich direkt auf [www.donau-docs.de](http://www.donau-docs.de)

## Servicetag in Reutlingen

Bereits zum 10. Mal veranstaltet die Bezirksdirektion Reutlingen ihren Servicetag für die Niedergelassenen am 5. Oktober 2013 von 9.30 Uhr bis 13.00 Uhr. Es wird ein vielfältiges Vortragsprogramm für Ärzte und Praxismitarbeiter angeboten. In Vorträgen werden zum Beispiel die neue Hausarzt-EBM, die Hygiene in Arztpraxen, medizinische Leitlinien oder die Online-Angebote der KVBW vorgestellt. Vorstandsvorsitzender Dr. Norbert Metke wird einen Kommentar zur Bundestagswahl geben und Aktuelles zur Standespolitik verraten. Daneben gibt es einen Informationsmarkt und auch Gelegenheit zu persönlichen Beratungsgesprächen.

➔ Das komplette Programm wurde bereits Mitte August verschickt. Weitere Infos unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)

## And the winner is... Student Florian Malhofer

Eigentlich wollte er am Stand der KV vorbeigehen. „Schon wieder so ein Gewinnspiel, bei dem nur Deine Daten missbraucht werden“, dachte der Ulmer Medizinstudent Florian Malhofer. Doch der



Ein iPad für Florian

Preis lockte und ein Kommilitone redete ihm zu. Florian machte mit und siehe da, er gewann ein iPad 4, den Hauptpreis der Nachwuchs-

kampagne „KVBW for students“. Im Rahmen dieser Aktion wirbt die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg mit Informationsständen an den PJ-Tagen der Universitäten für die Niederlassung.

„Die Studenten erfahren, wer die KV ist, was sie tut und dass die vertragsärztliche Tätigkeit mittlerweile um vielfältige Ausübungsformen erweitert wurde: Neben der Niederlassung in der Einzelpraxis gibt es Anstellungen, Assistententätigkeit, Vertretertätigkeit und Kooperationsmöglichkeiten“, erläutert Sibylle König, Sachgebietsleiterin im Geschäftsbereich Zulassung und Sicherstellung.

Was Florian Malhofer betrifft, hat der Preis den Richtigen getroffen. Er hat tatsächlich vor, sich später als Arzt niederzulassen.

## Die Kommilitonen für die Niederlassung „anfixen“

Arne Ruder, 25 Jahre, studiert an der Universität Heidelberg Medizin und möchte später Orthopäde oder Unfallchirurg werden. Er findet die Aktion der DonauDocs nachahmenswert: „Viele meiner Kommilitonen haben bei der Fächerwahl die Niederlassung im Hinterkopf, wollen aber später in einer großen Stadt bleiben, weil das Land nicht so ansprechend ist. Sie sind abgeschreckt durch lange Fahrten, Patientenbesuche und so weiter. Andererseits kann auch der Freizeitwert auf dem Land groß sein. Es müssten finanzielle Anreize hinsichtlich der Arbeitsbedingungen geschaffen werden, aber auch flexiblere Arbeitsmodelle, die das Arbeiten mit Familie besser vereinbar ma-

chen. Im Gespräch mit Kommilitonen hat sich gezeigt, dass die Einzelpraxis nicht mehr so attraktiv ist. Eine Gemeinschaftspraxis scheint immer populärer zu werden. Um die Studenten in Richtung Niederlassung „anzufixen“, glaube ich, dass im Praktischen Jahr ein Quartal oder Tertial in einer allgemeinmedizinischen Praxis etwas bringen würde. Augenblicklich machen das nur ganz wenige, die meisten gehen in die Notaufnahme eines Krankenhauses\*.“

\*Nach einem Beschluss beim Ärztetag in Hannover sollen die in der ambulanten Versorgung vermittelbaren Kompetenzen ambulant, in der stationären Versorgung vermittelbaren Inhalte stationär vermittelt werden. (Anm. d. Red.)



Arne Ruder



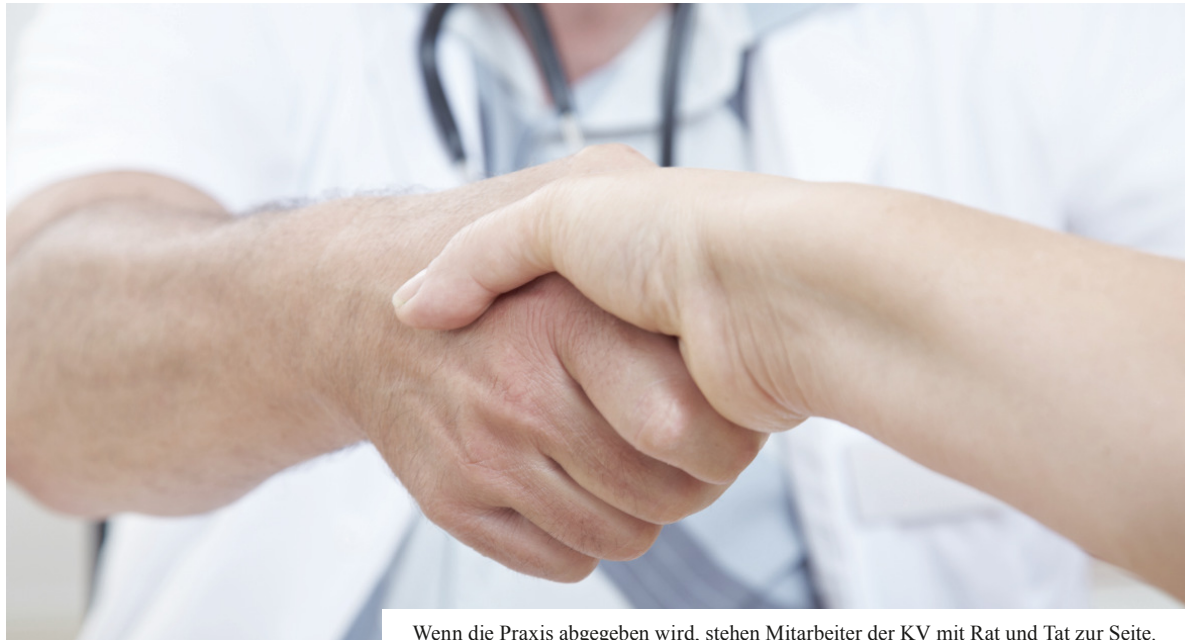
# Praxis nach neuen Regeln übergeben

Nach einem neuen Verfahren prüft nicht mehr die KVBW, sondern der Zulassungsausschuss den Antrag auf Nachbesetzung einer Praxis

**Will ein Arzt oder ein Psychotherapeut sich zur Ruhe setzen, sucht er sich einen Nachfolger, der seine Praxis, sein Personal und seine Patienten übernimmt. Das ist angesichts des Nachwuchsmangels nicht immer einfach. Doch in manchen Fällen können weitere Schwierigkeiten hinzukommen. Nämlich dann, wenn die Praxis in einem Planungsbereich liegt, der von Zulassungsbeschränkungen betroffen ist.**

Das Nachbesetzungsverfahren für Arzt- und Psychotherapeuten hat der Gesetzgeber zum 1. Januar 2013 neu geregelt. Im Zuge der Neuregelung wurde aus dem zweistufigen ein dreistufiges Verfahren. Neu ist, dass der Arzt, der seine Praxis durch einen Nachfolger fortführen lassen möchte, die Ausschreibung seines Vertragssitzes nicht mehr bei der KVBW unmittelbar beantragen kann. Vielmehr muss er den Antrag zur Nachbesetzung nun beim Zulassungsausschuss für Ärzte (ZA) stellen, der mit Vertretern der Krankenkassen und der Ärzte besetzt ist.

Der Zulassungsausschuss prüft dann, ob die Fortführung der Praxis aus Versorgungsgründen erfor-



Wenn die Praxis abgegeben wird, stehen Mitarbeiter der KV mit Rat und Tat zur Seite.

derlich ist. Hierbei spielen verschiedene Aspekte eine Rolle: Besteht überhaupt noch eine fortführungsfähige Praxis? Können Praxisräume, medizinisch-technische Geräte und möglicherweise auch das Praxispersonal übernommen werden? Möchte der Nachfolger überhaupt die Praxis und die damit zusammenhängende Patientenbehandlung – wenn nicht auf Dauer, so zumindest übergangsweise – fortführen? Fehlt es an diesem Fortführungswillen, scheidet eine Praxisfortführung bereits dem

Grunde nach aus. Weiterhin betrachtet der Zulassungsausschuss die Altersstruktur, die räumliche Verteilung und die Praxisauslastung der Gebietskollegen des abgebenden Arztes oder Psychotherapeuten. Am Schluss entscheidet der ZA, ob die KVBW den Sitz ausschreiben darf.

Eine Ausnahme gibt es: Die oben beschriebene Prüfung entfällt, wenn eine der folgenden Personen die Nachfolge antreten möchte: der Ehegatte oder Lebenspartner, ein Kind, ein dauer-

haft angestellter gebietsgleicher Arzt oder der Praxispartner mit Leistungsbegrenzung aus einer Berufsausübungsgemeinschaft. Man spricht hier von einem privilegierten Bewerber.

Wenn der Zulassungsausschuss die Versorgungsrelevanz des Vertragsarztsitzes festgestellt hat oder es einen privilegierten Bewerber um die Nachfolge gibt, muss die KVBW die Praxis auf ihrer Internetseite – mit einer angemessenen Bewerbungsfrist – ausschreiben. Sie hat kein eigenes Prüfungsrecht.

Nach Ablauf der Frist entscheidet dann der ZA nach mündlicher Verhandlung über einen Nachfolger. Er wendet dabei die bereits seit dem 1. Januar 2012 ergänzten Auswahlkriterien an.

Wird dagegen die Versorgungsrelevanz des zur Nachfolge anstehenden Vertragssitzes vom ZA nicht festgestellt, darf die KVBW den Sitz nicht ausschreiben. Sie muss dann, soweit noch ein Praxissubstrat besteht, den abgabewilligen Arzt oder Psychotherapeuten in Höhe des Verkehrswertes seiner Praxis entschädigen. Neu ist, dass gegen diese speziellen Entscheidungen des ZA im Nachbesetzungsverfahren nicht der Widerspruch zum Berufungsausschuss vorgesehen ist, sondern unmittelbar die Klage zum Sozialgericht.

Den abgabewilligen Ärzten und Psychotherapeuten empfiehlt die KVBW, sich etwa ein Jahr vor der geplanten Praxisabgabe an die Zulassungs- und Kooperationsberater der KVBW zu wenden. Sie stehen in jeder Bezirksdirektion auch zu persönlichen Gesprächen zur Verfügung.

➔ Die Ansprechpartner finden Sie auf der Website [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) unter „Fachberater“.

## „On the road again“ und ab ins neue Leben

Rastatter Allgemeinmediziner fährt nach Praxisabgabe Taxi

Endlich ausschlafen, auf Reisen gehen, Golf spielen, sich mit Freunden treffen – die meisten Menschen würden wohl so oder so ähnlich antworten, wenn sie gefragt würden, wie sie sich den Ruhestand vorstellen. Bei Dr. Jörg Engelhardt ist das anders. Den Allgemeinmediziner, langjährigen Kreisvorsitzenden der Ärzteschaft Rastatt und früheren SPD-Stadtrat führte der Weg in den Ruhestand

nicht an den Strand, sondern „on the road again“. Und das passierte so: Als Chef der Rastatter Notfalldienstpraxis suchte Engelhardt vor einem Jahr ein Taxiunternehmen als Kooperation für den Fahrdienst. Gesucht – gefunden hatte der Arzt schließlich eine Kooperationspartnerin – für den Fahrdienst und fürs Leben. Denn die schöne Taxichefin, 39, war ein „Volltreffer“, wie der 66-Jährige schmunzelnd

erzählt. Seit 37 Jahren Arzt und gesundheitlich nicht mehr so fit, machte er Nägel mit Köpfen: Die Praxis wurde in jüngere Hände gegeben, ein Taxischein gemacht. Auf der Straße unterwegs ist er seither stundenweise, wenn er Zeit und Lust hat oder jemanden vertritt. Für den Notfalldienst fährt er dann manchmal auch jüngere Arztkollegen und ist dabei Taxler und Arzt in einer Person. Die sind

ganz dankbar, wenn sie einen erfahrenen Kollegen dabei haben. Unterwegs gibt's nämlich Tipps vom „alten Hasen“. „Alles in allem ist das viel weniger stressig als früher in der Praxis, denn da fing ich morgens um sieben Uhr an und hörte auf, wenn ich eben fertig war.“ Den Ruhestand hat Engelhardt sich zwar auch anders vorgestellt, doch gelohnt hat sich seine Entscheidung allemal. Alte Hasen im Ruhestand sollten öfter mal ungewöhnliche Wege gehen, dann klappt's auch mit der Taxifahrerin. Denn die trifft man schließlich nicht so häufig auf dem Golfplatz oder am Strand.



Dr. Jörg Engelhardt ist nach der Praxisabgabe nicht tatenlos.

## Erfolgreiche Praxisabgabe

Den reibungslosen Übergang kann man lernen

**Wer kurz- oder mittelfristig seine Praxis abgeben möchte, dem steht eine wichtige Planungszeit bevor, damit die Weichen für eine reibungslose Praxisnachfolge richtig gestellt werden. Vom optimalen Abgabzeitpunkt über die Wahl des Nachfolgers bis hin zur Gestaltung der Praxisübertragung gibt es viel zu regeln. Die KVBW kann hier behilflich sein.**

Im Seminar „Die erfolgreiche Praxisabgabe“ briefen Mitarbeiter der entsprechenden Fachabteilungen der KV Baden-Württemberg interessierte Ärzte. Sie zeigen auf, wie zukünftige Praxisabgeber ihre berechtigten Interessen als Unternehmer wahren können und was man beachten muss, um zulasungs- und privatrechtlich ein reibungsloses Übergabeverfahren abwickeln zu können. Unsicherheit unter Niedergelassenen herrscht oft beispielsweise darüber, für welchen Preis man seine Praxis verkaufen kann. Dabei hilft eine Bewertungsmethode, die „Orientierungshilfe zum Praxiswert“. Hier erfährt man, wie der ideelle und materielle Wert einer Praxis oder des Anteils einer Berufsausübungsgemeinschaft ermittelt wird.

Den Seminarteilnehmer erwartet ein praxisnahes Programm mit vielen Fallbeispielen. Schwerpunkte sind die Praxisabgabe in offenen und gesperrten Gebieten, Ausschreibungs- und Auswahlver-

fahren, Modalitäten der Praxisübergabe, Vorbereitung, Zeitplan und praktische Tipps. Das Seminar richtet sich an alle Ärzte und Psychotherapeuten, die die Übergabe ihrer Praxis oder des Anteils ihrer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) planen. Es bietet aber auch für Ärzte und Psychotherapeuten interessante Inhalte, die sich mit dem Gedanken beschäftigen, eine Praxis zu übernehmen oder in eine bestehende BAG einzusteigen.



Veranstalter ist die Management-Akademie der KVBW gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank.

➔ Die nächsten Seminare finden Februar/Mai 2014 statt. Termine im Rundschreiben auf Seite 16. Anmeldung über das Anmeldeformular der Management Akademie (MAK)

# DMP-Dokumentationen: Diskette ade

DMP-Bögen lassen sich ab Oktober per KVBW-Mitgliederportal übertragen

**„Datenträger nicht lesbar!“ Die meisten der derzeit rund 8.000 Ärzte in Baden-Württemberg, die an Disease-Management-Programmen (DMP) teilnehmen, kennen das Problem. Kaum sind Disketten oder CDs mit DMP-Dokumentationsdaten versendet, folgt oftmals die Bitte der Datenannahmestelle, die Dateien noch einmal einzuschicken. Bei jeder zehnten Diskette gibt es inzwischen Probleme mit der Lesbarkeit. Höchste Zeit für eine zeitgemäße Methode der Datenübermittlung.**

Die KVBW hat dafür mit den Krankenkassen folgende Regelung vereinbart: Ab 1. Oktober 2013 können Ärzte (mit Ausnahme des DMP Brustkrebs) ihre DMP-Dokumentationen, die über eine Praxisverwaltungs-Software (PVS) erstellt

sich eher für Praxen, die regelmäßig nur wenige DMP-Dokumentationen bei den Datenannahmestellen einreichen). Die Einsendung per Datenträger (CD/Disketten) wird damit zum Auslaufmodell. Datenträger können zu den oben genannten Konditionen längstens noch bis zum 31. März 2014 eingereicht werden. Danach besteht diese Möglichkeit nicht mehr. Für Mitglieder, die nicht online abgeben können oder wollen, gibt es an den KVBW-Standorten Service-PCs, um die DMP-Dokumentationen zu übertragen. Dazu werden die DMP-Dateien sowie die persönlichen Zugangsdaten für das KVBW-Mitgliederportal benötigt.

Die Erstellung der Dokumentationsdateien bleibt wie gehabt: Sie werden mit der PVS erstellt, die ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifiziertes DMP-Modul haben muss. Die Soft-

mitgliederportal der KVBW. Wenn Sie die KV-Ident-Karte nutzen, dann müssen Sie die Dateien vom Praxisrechner zu einem Rechner mit Internetzugang kopieren. Geben Sie dort im Browser [www.portal.kvbawue.de](http://www.portal.kvbawue.de) ein, um zur Anmeldemaske für das Mitgliederportal zu gelangen. Nach Eingabe Ihrer Benutzerkennung und der KV-Ident-Sicherheitsabfrage sind Sie drin!

Wählen Sie den Menüpunkt „Datenübertragung zur KV“ und klicken Sie auf „Datei(en) einreichen“. Wählen Sie den Einreichungstyp „DMP“ aus. Der Button „Durchsuchen“ führt Sie zu dem Ordner, in dem Sie zuvor die Dokumentationsdateien abgespeichert haben. Im Dateinamen steht eine Abkürzung der Indikation: DM1 = Diabetes mellitus Typ 1, DM2 = Diabetes mellitus Typ 2, KHK = Koronare Herzkrankheit, AB = Asthma bronchiale, COPD = COPD. Markieren Sie zunächst die Begleitdatei (Endung .idx) und klicken Sie auf „Datei hochladen“. Danach wiederholen Sie dies für die Datendatei (mit der Dateierweiterung .zip.xkm).

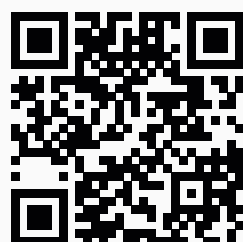
Nach dem Hochladen aller Dateien klicken Sie auf „Weiter“. Kontrollieren Sie, ob alle relevanten Dateien vollständig hochgeladen wurden. Mit einem Klick auf den Button „Abschicken“ gehen die Dateien an die KVBW. Die KVBW leitet Ihre DMP-Dokumentationsdaten täglich und datengeschützt an die zuständigen DMP-Datenstellen weiter!

Für eventuelle Rückfragen sollten Sie die Eingangsbestätigung herunterladen und ausdrucken. Im Menüpunkt „Einreichungsübersicht“ können Sie jederzeit selbst nachvollziehen, welche Dateien Sie erfolgreich eingereicht haben. Wir empfehlen nach gelungenem Versenden, die Dateien aus dem Ordner zu entfernen – oder für jeden weiteren Versand neue Ordner anzulegen.

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

→ IT-Beratung unter: 0711 7875-3555  
[mitgliederportal@kvbawue.de](mailto:mitgliederportal@kvbawue.de)  
[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxisalltag » Mitgliederportal

→ Eine Liste der PVS-Anbieter mit zertifiziertem DMP-Modul im Internet unter: [www.kbv.de](http://www.kbv.de) » Service » ...für die Arztpraxis » Praxis-EDV



[www.kbv.de/ital/25389.html](http://www.kbv.de/ital/25389.html)



wurden, über das KVBW-Mitgliederportal an die DMP-Datenstellen einreichen. An der Erstellung der Dateien im Praxiscomputer ändert sich nichts. Doch statt die Daten auf einen altertümlichen Datenträger zu kopieren, genügen wenige Schritte, um die Dokumentation sicher online zu versenden. Das bequeme Upload-Verfahren ist bereits seit Längerem für die Honorarabrechnung und Qualitätssicherungsdaten im Einsatz. Sobald dieses Verfahren auch für das DMP Brustkrebs zur Verfügung steht, erfolgt eine gesonderte Information.

So stehen den Ärzten nun verschiedene sichere Übertragungswege an die DMP-Datenstellen zur Verfügung: D2D (wie bisher), das KVBW-Mitgliederportal mit den bekannten Zugangswegen KV-SafeNet\* und KV-Ident oder über die Server der Datenannahmestellen „INTER-FORUM“ und „Swiss Post Solutions“ (dieses Verfahren eignet

ware prüft, ob die Eingaben vollständig und plausibel sind. Die fertige Dokumentation wird als Datensatz gespeichert und verschlüsselt. Für jede DMP-Indikation werden zwei Dateien erzeugt. Die entscheidende verschlüsselte Dokumentationsdatei hat die Endung zip.xkm. Die zweite Datei ist eine Begleitdatei, die auf .idx endet. Über die Versandoption der DMP-Software lassen sich die Dateien abspeichern, um sie später für den Versand auswählen zu können.

Wenn die Dateien erstellt sind, müssen sie übertragen werden. Dies funktioniert sehr komfortabel im KVBW-Mitgliederportal: Die Anmeldung zum Mitgliederportal kann über zwei Wege erfolgen. Wenn Ihr Praxisrechner mit KV-SafeNet\* verbunden ist, öffnen Sie den Browser und geben die Adresse [www.portal.kvbw.kv-safenet.de](http://www.portal.kvbw.kv-safenet.de) ein. Nach Eingabe Ihrer Benutzerkennung befinden Sie sich direkt im

## 1-Click-Abrechnung

Online abrechnen direkt aus der Praxissoftware

**Mit dem Service der 1-Click-Abrechnung über KV-Connect können Niedergelassene ihre Quartalsabrechnung elektronisch direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) einreichen.**

Jens Sommer, Sachgebietsleiter E-Service aus dem Geschäftsbereich Service und Beratung, erklärt die Vorteile der 1-Click-Abrechnung und die Voraussetzungen für die Arztpraxen.



**Warum heißt es 1-Click-Abrechnung?**

Ganz einfach, weil mit dieser Softwarelösung die Abrechnung wirklich mit nur einem Mausklick direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) heraus zur KV übertragen werden kann. Es ist nicht nötig, die Abrechnungsdatei erst auf einen Datenträger zu speichern oder die Datei im Mitgliederportal hochzuladen. Der Nutzer muss also nicht mehr nach der Abrechnungsdatei suchen und Verwechslungen beim Hochladen sind ausgeschlossen. Das ist eine enorm bequeme Sache.

**Wie muss man sich das konkret vorstellen?**

Hinter der 1-Click-Abrechnung verbirgt sich verfahrenstechnisch die Übertragung über den Kommunikationsdienst KV-Connect. Das ist eine Software, die von der KV-Telematik-Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt wurde und im PVS integriert werden kann. KV-Connect übernimmt den sicheren Transport und verschlüsselt die versendeten Daten.

Wie die 1-Click-Abrechnung umgesetzt wird, hängt vom jeweiligen PVS-Hersteller ab, genauso wie die Kosten. In jedem Fall benötigt die Praxis einen KV-SafeNet\*-Anschluss, um die 1-Click-Abrechnung nutzen zu können. Über diesen Zugang ins sichere Netz der KVen wird die

Abrechnung aus den PVS heraus direkt zur KV übertragen.

**Was benötigt der Arzt außer dem KV-SafeNet\*-Anschluss?**

Vorneweg ein PVS, das die 1-Click-Abrechnung unterstützt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verpflichtet alle PVS-Hersteller, die neue Technologie spätestens bis Jahresende bereitzustellen. Interessierten Kunden empfehle ich, sich direkt beim eigenen Softwarehaus über die Umsetzung und die Kosten zu informieren.

Weitere Voraussetzung ist ein personenbezogener Zugang für KV-Connect, den die KV anlegt. Anträge dazu findet man auf der Homepage der KVBW. Unsere KV-Connect-Benutzerbetreuung bearbeitet die Anträge und steht unseren Mitgliedern bei Fragen Rede und Antwort.

**Was kostet die Ausstattung mit einem KV-SafeNet\*-Anschluss?**

Der Anschluss kostet je nach Anbieter für die Erstinstallation zwischen 170 und 300 Euro, die monatlichen Folgekosten liegen bei zehn bis 25 Euro. Hinzu kommen individuelle Kosten der PVS-Hersteller.

**Und was mache ich, wenn ich nicht über KV-SafeNet\* übertragen möchte?**

Den Praxen steht frei, für die Online-Abrechnung weiterhin D2D oder unser Mitgliederportal zu nutzen. Es gibt Ärzte und Psychotherapeuten, die kein PVS-System oder keinen KV-SafeNet\*-Zugang haben. Für diese Mitglieder bieten wir derzeit als Übergangslösung unser KV-Ident-Verfahren an, das allerdings nach aktueller Beschlusslage auf Bundesebene Mitte des Jahres 2015 auslaufen wird. Mit anderen Worten: Alle bisher von der KVBW angebotenen Verfahren zur Einreichung der Online-Abrechnung können vorerst weiterhin eingesetzt werden.

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

→ KV-Connect Benutzerbetreuung: 0711 7875-3570  
[kv-connect@kvbawue.de](mailto:kv-connect@kvbawue.de)

→ Teilnahmeantrag und Nutzungsbedingungen zu KV-Connect: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxisalltag » IT in der Praxis » Online-Abrechnung

# Patientenbefragung hilft bei Einordnung

Serviceangebot der KV unterstützt bei Durchführung und Auswertung

Einmal im Jahr steht in der Praxis der Kinderärzte Dr. Thomas Kirchner und Dr. Thomas Backhaus eine hübsche kleine Box auf dem Tresen der Rezeption, liebevoll in Geschenkpapier eingepackt. Hier haben die Eltern der kleinen Patienten die Möglichkeit, einen Fragebogen einzuwerfen mit ihrer Meinung zur Praxis Kirchner/Backhaus.

Die Patientenbefragung ist eine kostenlose Serviceleistung der KV Baden-Württemberg, die für interessierte Niedergelassene ein Instrument des praxisinternen Qualitätsmanagements sein kann. Das Serviceangebot enthält ein Rundum-Sorglos-Paket für die Durchführung einer Patientenbefragung. Zunächst werden der Praxis 100 Fragebögen zugeschickt, in denen die Sprechzeiten, Erreichbarkeit und Wartezeiten in der Praxis abgefragt werden, die Freundlichkeit des Praxisteams oder die Patientenbetreuung durch den Arzt. Danach wertet die KV die Befragung aus, führt einen Vergleich mit anderen Praxen durch (Benchmarking) und hilft auf Wunsch bei der Analyse der Ergebnisse sowie bei Verbesserungsmaßnahmen. Auch ein Vorbereitungsworkshop fürs Praxisteam wird angeboten.

Dr. Thomas Kirchner hat im Rahmen einer QM-Veranstaltung vor Jahren und durch einen ergo-Bericht vom Servicepaket gehört

und nimmt mit seiner Praxis jetzt schon zum vierten Mal an der Patientenbefragung teil. Seine anfängliche Befürchtung, dass der Aufwand zu groß sei, hat sich zerstreut: „Wir machen die Befragung einmal jährlich, und das läuft ganz unkompliziert. Ich muss nur bei der KV anrufen und erhalte dann die Fragebögen per Post. Jeder Patient, der reinkommt, bekommt bei der Anmeldung das Blatt ausgehändigt. Innerhalb von einer Woche sind wir dann mit den 100 Fragebögen durch.“ Abschließend schickt das Praxisteam die Fragebögen an die Mitarbeiter des „Praxisservice“ der KV Baden-Württemberg zurück, die sich um die Auswertung kümmern. „Eigentlich wollten wir die Befragung alle zwei Jahre machen, aber der Aufwand ist so gering und der Nutzen so groß, dass wir die Befragung jährlich machen.“

Einige Zeit später gibt's dann Post von der KV – die Ergebnisse der Praxisbefragung in Form eines gebundenen Heftes. Das ganze Praxisteam ist dann schon sehr gespannt. Zwar schaut der Arzt direkt nach der Befragung in die Bögen, um einen ersten Eindruck zu bekommen. Das wirklich Spannende aber, so sagt er, sei das Benchmarking, also der Vergleich mit den anderen teilnehmenden Praxen: „Wir haben das Glück, dass wir in fast allen Bereichen überdurchschnittlich liegen, so

dass wir uns jedes Jahr über eine gute Bewertung freuen können. Interessant ist, ob die Praxis überall einen guten Schnitt hat oder in einem Punkt unterdurchschnittlich ist. Wenn man immer die Note 1,5 hat, ist das zwar toll, aber wenn man sieht, dass der Durchschnitt bei 1,3 ist, ist auch die 1,5 keine gute Note.“

Dr. Kirchner macht die Befragung ganz bewusst. Besser machen, so sagt er, könne man die Dinge immer, auch wenn man sie bereits gut mache. Die Patientenbefragung hat gezeigt, dass die Struktur der Terminvergabe verbessert werden kann und auch die Sprechzeiten ein Thema sind. In der letztjährigen Befragung kam zudem heraus, dass sich die Patienten mehr Broschüren in der Praxis wünschen. In Teamsitzungen haben sich Kirchner und seine Mitarbeiter mit den Problemen befasst und Lösungen gefunden. Ein Prozess, der allen Beteiligten nutzt: „Es fordert Kraft und Aufwand, etwas zu ändern, aber letztendlich hat es sich immer auch gelohnt, weil wir selbst zufriedener sind und natürlich hoch erfreut und motiviert, wenn wir gute Bewertungen bekommen.“

An die Kollegen appelliert er, das Serviceangebot der KV in Anspruch zu nehmen. Die Fragen seien zwar von der KV vorgegeben, so könne man spezielle Dinge nicht abfragen. Aber nur bei ein-



Hübsch beklebt wird die Box zum Blickfang in der Praxis.

heitlichen Fragen könne man sich auch mit den anderen Praxen vergleichen. Und von Kollegen, die sich die Mühe gemacht hätten, eigene Fragen zu entwickeln – sogar in mehreren Sprachen – wisse er, mit welchem Aufwand das verbunden sei.

Auch für die Patienten, sagt der Kinderarzt, sei die Befragung eine Bereicherung. Sie fühlen sich ernst genommen und freuen sich, dass sie nach ihrer Meinung gefragt werden. Übrigens sind auch sie je-

des Jahr ebenso gespannt wie das Praxisteam auf die Ergebnisse. Diese können sie dann an der Wand im Wartezimmer lesen, zusammen mit dem Dank der Praxisteams für die gute Bewertung.

➔ Nähere Informationen: Ilona Block, 0711 7875-3438 oder im Internet unter Praxisalltag » Qualitätsmanagement » QM-Dienstleistungen » Patientenbefragung

# Im Kampf gegen das Bürokratiemonster

Gesamtkonzept Sprechstundenbedarf soll helfen Regresse zu vermeiden

Auch wenn es durch das Versorgungsstrukturgesetz viel besser geworden ist: Regresse fürchten Ärzte noch immer. Dies gilt insbesondere für den Sprechstundenbedarf. Um hier Abhilfe zu schaffen, hat sich der Vorstand der KVBW ein neues Konzept ausgedacht. Monica Sørum-Kleffmann, Fachfrau im Bereich Sprechstundenbedarf der KVBW, erklärt im ergo-Gespräch, wieso.

Wir brauchten einfach ein neues Konzept, um Regresse zu vermeiden. Nachdem die „alte“ Sprechstundenbedarfsvereinbarung von Seiten der Kostenträger 2008 gekündigt wurde, hat die KVBW mit den Krankenkassen eine neue abgeschlossen.

Was als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig ist und was nicht, führten wir vorher in einer detaillierten Liste aller Wirkstoffe, Verbandstoffe und medizinisch-technischer Mittel auf. Das Ergebnis war eine über 20 Seiten lange Auflistung in Tabellenform, die unseren Mitgliedern 2008 mit vielen anderen Informationen zuge-

schickt wurde. Das Resultat: Die Praxen wurden von Details und Länge der Vereinbarung „erschlagen“. Das, was als Transparenz gedacht war, entpuppte sich – völlig zu Recht – als das viel beschimpfte „Bürokratiemonster“. Die Praxen blieben bei ihren gewohnten Verordnungen im Bereich Sprechstundenbedarf. Von allen Praxen, die im Jahr 2009 Sprechstundenbedarf verordneten, erhielten auf Antrag der Kassen über 40 Prozent einen Regress. Das konnten wir nicht mehr akzeptieren.

**Das Gesamtkonzept Sprechstundenbedarf soll es nun richten. Aber wie?**

Der Lösungsansatz besteht vor allem darin, die Sprechstundenbedarfsvereinbarung besser zu kommunizieren und durch eine Bagatellgrenze Bürokratie und Regresszahl abzubauen. Mit Kommunikation meinen wir eine

zweiseitige Kommunikation. Auf der einen Seite wollen wir unsere Mitglieder über die Regressgefahr



und die sonstigen Stolperfallen im Bereich Sprechstundenbedarf gezielter und besser informieren als bisher.

Dies soll vor allem durch die praxisrelevante Frühinformation Arzneimittel, die mit dem Honorarbescheid in die Praxis kommt, geschehen sowie in Form von persönlichen E-Mails mit den wichtigen Änderungen. Auch die Fortbildungen mit Unterstützung der Management Akademie (MAK)

werden fortgeführt. Außerdem erhoffen wir uns von unseren Mitgliedern weitere Informationen über die Bedürfnisse in den Praxen. Hier werden wir vor allem mit den Berufsverbänden enger zusammenarbeiten.

Durch die Einführung einer Bagatellgrenze wird die Menge der ausgesprochenen Regresse reduziert, wodurch wir in der KVBW mehr Zeit haben, die Beratungsarbeit zu intensivieren. Und die Anträge der Kostenträger, die noch übrig bleiben, können wir viel schneller bearbeiten. Wir werden – auch mit Hilfe der Frühinformation – helfen, die Wiederholungsfehler zu vermeiden.

**Was sind die nächsten Schritte?**

Zunächst möchten wir das Dargelegte umsetzen. Durch unseren E-Mail-Verteiler erreichen wir schon heute eine ganze Menge Mitglieder, Arzthelferinnen und sonstige Interessierte. Damit infor-

mieren wir laufend über die aktuellen Änderungen im Sprechstundenbereich. Dank einer Taskforce hoffen wir bis Ende September diesen Jahres endlich unsere Altfälle im Bereich der Regressanträge abgearbeitet zu haben. Darüber hinaus können die Mitglieder auf unserer Homepage die fachgruppenspezifischen Negativ- und Positivlisten finden – als zusätzliche Orientierungshilfe. Nächstes Jahr wollen wir die Übermittlung der Regressanträge und Bescheide besser „organisieren“, Endziel: Regresse gegen null und die Beratung um das Vielfache erhöhen.

➔ Alles über den Sprechstundenbedarf finden Sie auf [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxisalltag » Ordnungsmanagement » Sprechstundenbedarf

Weitere Informationen: Monica Sørum-Kleffmann, 0621 3379-1609. Ergänzende Hinweise finden Sie im Verordnungsforum 28, das im November erscheint.

# Diamorphinpraxis wird in Stuttgart eröffnet

Ärzte für die Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen werden gesucht

*Ein gelb gestrichener, freundlicher Korridor mit vielen Pflanzen in den Gängen. Kinder laufen spielend durch den Flur und nur die Vergabestelle seitlich der Rezeption lässt vermuten, dass es sich bei der Arztpraxis nicht um eine normale Hausarztpraxis handelt, sondern um die Stuttgarter Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin. Ab dem nächsten Jahr soll sie um eine Zweigpraxis erweitert werden, in der zusätzlich auch Diamorphin abgegeben wird.*

Der kleine Max\* ist anderthalb Jahre alt. Er und seine siebenjährige Schwester Sophie kennen die Stuttgarter Arztpraxis in der Bismarckstraße 3 schon seit ihrer Geburt und das ist das Beste, was ihnen passieren konnte. Denn ihre Mama Maria, 37, war schwer drogenabhängig, ihr Alltag von He-

ihre Kinder; die Nachbarn wissen nichts über ihre Drogenvergangenheit.

Menschen wie Maria und Bernhard gib es in der Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin von Andreas Zsolnai häufig. Der Mediziner ist nach Studium und psychotherapeutischer Weiterbildung in die Suchtmedizin irgendwie hineingerutscht. Er hat bei seinem Vorgänger hospitiert und 2007 die Praxis in Stuttgart übernommen, weil er gemerkt hat, dass man mit den jungen Leuten „richtig gut arbeiten“ kann. Seitdem betreut er 170 Patienten mit Buprenorphin und Methadon und etwa 250 Patienten mit anderen Suchterkrankungen wie etwa Magersucht und Spielsucht. Im nächsten Jahr will er in der Nähe des Bahnhofs in der Kriegsbergstraße 40 zusätzlich eine Praxis eröffnen. In dem niederschweligen Angebot für Sucht-

Die Behandlung mit dem Originalstoff hat laut Heroinstudie\*\* für eine bestimmte Patientengruppe wesentliche Vorteile gegenüber Methadon. Aus dem Grund finde ich es legitim, diese Substanz den Patienten auch anzubieten.“

Schwerstabhängige Patienten mit Diamorphin zu behandeln, sagt Zsolnai weiter, rechne sich auf jeden Fall. Man müsse nur die Delinquenz betrachten oder die Fähigkeit, überhaupt wieder auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein. Auch der Gesundheits- und der psychische Zustand der Patienten zeige beim Originalstoff eine signifikante Verbesserung gegenüber der Substitution mit Methadon.

Das Land Baden-Württemberg könnte viel mehr Mediziner brauchen wie Dr. Zsolnai. 9.600 Drogensüchtige wurden laut statistischen Erhebungen der Landesärztekammer im Jahr 2013 von etwa 260 Suchtmedizinern substituiert (dazu kommen im Konsiliarverfahren weitere 126 Ärzte). Es fehlt an Behandlungsplätzen für Schwerstabhängige. Auch für Stuttgart, so schätzt Andreas Zsolnai, ist der Bedarf höher als die Anzahl der vorhandenen Behandlungsplätze. Ärzte, die substituieren, werden dagegen selten. Zum einen geben viele älteren Kollegen ihre Praxis auf – das Durchschnittsalter der Substitutionsmediziner liegt bei etwa 58 Jahren – zum anderen fehlt der Nachwuchs.

Drogensüchtige Patienten zu behandeln, ist für Ärzte auf den ersten Blick nicht sonderlich attraktiv. Die Klientel gilt als schwierig, die Behandlung ist aufwändig, mit hohen Auflagen (siehe Kasten) und juristischen Risiken verbunden.

Der behandelnde Arzt, kritisiert Andreas Zsolnai, komme ständig mit dem Strafgesetzbuch in Berührung. Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung müsse daher an den tatsächlichen Bedarf angepasst werden.

Trotz allem, betont der Suchtmediziner engagiert, sei seine Arbeit unglaublich abwechslungsreich (reiche von Chirurgie, Suchtmedizin und Infektiologie bis zur Psychotherapie) und befriedigend: „Kollegen, die nur einen Funken von Interesse haben, sollten sich unsere Arbeit vor Ort anschauen. Natürlich gibt es auch schwierige Patienten. Doch ich erlebe täglich eine ganz große Dankbarkeit. Die Patienten schätzen unsere Arbeit sehr und zeigen das auch ständig. Im niedergelassenen Bereich erlebt man das in dieser Ausprägung nicht.“

Von dem Gedanken, dass man Suchtpatienten über einen kurzen Zeitraum, also ein, zwei Jahre behandle, sei man inzwischen abgekommen, denn oft zeige sich, dass das Ziel nicht Drogenfreiheit sei, sondern ein ganz normales Leben



Arbeit mit Erfolgserlebnis: Schwerpunktpraxis Stuttgart

während der Substitution. Und manchmal passiert dann auch das „Wunder“: „Ein 46-jähriger Patient, der mit 14 erstmals mit Drogen in Berührung kam, war 15 Jahre lang richtig abgestürzt, die Bilanz resignierend: obdachlos, HIV-positiv, in Haft, stationäre Einweisungen und erfolglose Entgiftungsversuche. Doch nach und nach rappelte er sich wieder auf, nahm zehn Jahre am Methadonprogramm teil, begann mit dem Abdosieren und wurde in der Schwerpunktpraxis entgiftet. Seit sechs Jahren arbeitet er wieder, ist Geschäftsführer eines Unternehmens. Es ist sicherlich nicht die Regel, aber das gibt es immer wieder.“

#### ➔ Ansprechpartner Substitution

Andrea Müller, 0761 884-4162  
Pia Biedermann, 0721 5961-1167  
Silvia Schlee, 07121 917-2386  
Stephanie Weisenstein,  
0711 7875-3336

#### ➔ Kurs zum Erwerb der Zusatzweiterbildung Suchtmedizin

14. bis 18. Oktober 2013, Tübingen  
Programm und Anmeldung:  
Eva Weiser 0711 5180796  
www.stp-suchtmedizin.de

\* Namen der Betroffenen von der Redaktion geändert.  
\*\* bundesdeutsches Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, Hauptstudie Januar 2006, mehr unter [www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de)



Vertrauen zwischen Arzt und Patient: Dr. Zsolnai und Maria

roin bestimmt. Als sich Sophie 2005 ankündigte, war klar, dass es so nicht weitergehen kann, denn „schwanger und Heroin, das geht gar nicht.“ Seit dieser Zeit wird Maria substituiert, zunächst mit Subutex, danach mit Methadon.

Auch Bernhard, 52, hat alles konsumiert, was ihm in die Finger kam, Alkohol, Opium, LSD, „Indianerdrogen“, alles was ging, da war er experimentierfreudig. Dank der Substitution mit Buprenorphin kann er seit über zehn Jahren wieder ein normales Leben führen, hat eine Beziehung und geht arbeiten. Auch Maria versorgt selbstständig

patienten sollen circa 100 Patienten mit Methadon substituiert werden, 30 bis 40 mit Diamorphin. Die Frage, warum man ausgerechnet Heroin zur Behandlung von Suchterkrankten einsetzt, wird in der Öffentlichkeit oft gestellt und irritiert ihn sichtlich: „Man fragt ja bei Bluthochdruck auch nicht, warum wird dieser Patient mit Amlodipin und nicht mit Betablockern behandelt. Diamorphin ist ein weiteres Medikament, um eine Erkrankung, nämlich die Opiatabhängigkeit, zu behandeln. Diese Substanz hat andere Eigenschaften als Buprenorphin und Methadon.“

## Fakten zur Diamorphin-Vergabe

Die Schwerpunktpraxis mit Diamorphinvergabe soll im Frühjahr 2014 eröffnet werden und wäre damit nach Karlsruhe die zweite in Baden-Württemberg. Der Umbau des Gebäudes wird schätzungsweise rund 2,5 Millionen Euro kosten. Einen Großteil davon trägt die Stadt; das Land will sich mit 150.000 Euro beteiligen. Behandelt werden sollen etwa 140 Suchtpatienten, etwa 40 davon mit Diamorphin. Die Behandlung von Patienten mit Diamorphin ist an hohe Auflagen gebunden. Unter anderem muss der Patient seit mindestens fünf Jahren opiatabhängig sein und es müssen schwerwiegende somatische und psychische Störungen vorliegen sowie zwei erfolglose Behandlungen. Auch die Räumlichkeiten einer Diamorphinpraxis unterliegen einer strengen Sicherheitskonzeption, beispielsweise wird eine spezielle Einbruchsicherung verlangt. Ärzte, die substituieren möchten, brauchen die Zusatzweiterbildung Suchtmedizin. Für die Gabe von Diamorphin ist ein sechsständiger Zusatzkurs notwendig.

## Kommentar

von Dr. Johannes Fechner,  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender



„Die Bereitschaft junger Kollegen, sich für die Substitution zu qualifizieren und zu engagieren, geht in erschreckender Weise zurück. Es gilt daher, alle Anstrengungen zu unternehmen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Wir als KV Baden-Württemberg fordern mit der Landesärztekammer gemeinschaftlich, die Situation für substituierende Mediziner zu verbessern. Es gilt, die Honorarsituation der substituierenden Ärzte in Angriff zu nehmen, etwa durch die Erhöhung der honorierten Gesprächsziffer und der regionalen Förderung durch Kammer und KV, um die Therapie auch auf Dauer flächendeckend auf hohem

Niveau sicherzustellen. Auf Landesebene sorgt die Landesärztekammer für Qualifizierungsmöglichkeiten, bietet ein umfassendes Beratungsangebot und breite Diskussion, etwa auf den für Ärzte angebotenen Veranstaltungen zur Substitution, deren Kosten unter gewissen Voraussetzungen von der KV übernommen werden. Vor Ort müssen die bestehenden Qualitätszirkel und neue Versorgungsformen (Schwerpunktpraxen, Kooperationsformen und Entlastung am Wochenende und in Urlaubszeiten) zu einem tragfähigen Netz der Behandlung ausgebaut werden. Auch die rechtlichen Rahmenbedingungen erfordern eine Änderung, um die Substitution aus dem strafrechtlichen Kontext herauszulösen. Der Appell des Deutschen Ärztetages setzt hierzu ein wichtiges Signal: Opiatabhängige sind krank und bedürfen ärztlicher Hilfe. Eine Kriminalisierung der behandelnden Ärzte darf es nicht geben. Wir fordern die Verantwortlichen in Politik und Justiz dringend dazu auf, einer Überarbeitung der gesetzlichen Vorschriften zuzustimmen, damit Substitutionsbehandlungen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend durchgeführt werden können.“

# Diagnose „psychisch krank“...

...oder in Trauer: Das neue amerikanische Regelwerk DSM-5 wird heftig diskutiert

**Sind Menschen, die trauern, psychisch krank? Sie sind es, zumindest in den USA. Denn dort wurde im Mai das neue Regelwerk der Psychiatrie vorgestellt: das DSM-5, das „Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders“, ein Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA). Danach kann bei Menschen, die nach dem Tod eines Angehörigen länger als zwei Wochen trauern, eine Depression diagnostiziert werden. Ob dies aus medizinischer Sicht richtig und ethisch vertretbar ist, hinterfragt ergo im Gespräch.**

Uwe Keller ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Bezirksbeirat der KVBW in Stuttgart und hat sich mit dem neuen DSM-5 beschäftigt.

**Herr Keller, was halten Sie von dem neuen DSM-5?**

Das DSM-5 wird in Amerika und inzwischen auch in Europa heftig diskutiert. Gut meinende Kritiker sagen den Entwicklern nach, sie hätten die Priorität darauf gelegt, keine psychischen Erkrankungen zu übersehen. Dies sei aus der positiven Intention heraus geschehen, allen Betroffenen Hilfe und Behandlung anbieten zu können. Auf der anderen Seite wird den Autoren vorgeworfen, sie hät-

ten mit dem DSM-5 die diagnostischen Kriterien für psychische Erkrankungen so aufgeweicht, dass alltägliche seelische Krisen zur Krankheit erklärt werden könnten.

Professor Allen Frances, Vorsitzender der Entwicklergruppe des DSM-4 und einer der schärfsten Kritiker des neuen DSM-5 befürchtet, dass die Gefahr einer Überdiagnostik und Übertherapie sowie die damit verbundenen Risiken von Stigmatisierung bis hin zu schädlichen Nebenwirkungen durch die Therapie unterschätzt werden.

**In Deutschland wird der ICD-10-Code für die Diagnose angewandt. Hat das DSM-5 überhaupt eine Bedeutung für unsere Psychotherapeuten?**

Aktuell hat das DSM-5 für die Psychotherapeuten in der Tat keine Bedeutung. Sie verwenden seit dem 1. Januar 2013 die deutsche Modifikation des ICD-10 zur Verschlüsselung von Diagnosen. Allerdings laufen derzeit Arbeiten an der Überarbeitung dieser Klassifikation. Der ICD-11-Code soll ab 2015 verpflichtend werden.

Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Professor Rainer Richter, sprach davon, dass „der dominierende Kontext der US-amerikanischen Gesellschaft kritisch reflektiert werden müsse, bevor das DSM auf das in

Deutschland gültige ICD-Klassifikationssystem übertragen werden könne.“

**Kann man nach dem neuen Katalog als Patient schnell als „psychisch krank“ eingestuft werden?**

Das ist einer der schwerwiegendsten Kritikpunkte, die in Verbindung mit dem neuen Regelwerk gebracht werden. Auch die Definition neuer Krankheitsbilder wie DMDD (Disruptive Mood Dysregulation Disorder), eine Art heftige Stimmungsschwankung bei Kindern, muss kritisch gesehen werden. Oder eben die Neuregelung, dass Trauer nach dem Verlust einer nahestehenden Person künftig bereits nach zwei Wochen als Krankheit eingestuft werden könnte. Aber solange wir in Deutschland nach dem ICD-10 Diagnosen verschlüsseln, muss sich niemand Sorgen, zu schnell als „psychisch krank“ eingestuft zu werden.

**Krankheiten wie die Spielsucht oder das Messie-Syndrom sind in den Katalog aufgenommen worden und gelten nun offiziell als Krankheiten.**

Es ist gut, dass nichtstoffgebundene Süchte in den Katalog mit aufgenommen wurden. Dennoch ist es insbesondere bei der Frage

## Die wichtigsten Änderungen im DSM-5

- Einstufung der Diagnosen in „mild“, „mittel“ oder „schwer“
- Aufnahme der bislang wenig erforschten Diagnose „Disruptive Mood Dysregulation Disorder“ (DMDD) bei Kindern und Jugendlichen, mit der schwere Wutausbrüche erfasst werden sollen
- Absenkung des Zeitraums, in dem bei Trauernden keine Depression diagnostiziert werden soll
- Aufnahme der Diagnose der leichten neurokognitiven Störung, unter die auch die normale Altersvergesslichkeit eingeordnet werden kann
- Absenkung der Kriterien für die AD(H)S-Diagnose
- Integration der nichtstofflichen Süchte in das Kapitel der Abhängigkeitserkrankungen
- Neuaufnahme der Diagnose „Binge Eating“, eine Ess-Störung, die sich von der Bulimie unterscheidet
- Streichung der Diagnose Asperger-Syndrom – Integration in die Autismus-Spektrum-Störungen

nach der Spielsucht wichtig, zweigleisig zu denken und zu verfahren. Natürlich braucht der Süchtige Hilfe, um sich von seiner Sucht zu befreien. Aber vielmehr müssen wir doch, wie in vielen anderen Fällen auch, eine gesellschaftliche Diskussion darüber anstoßen, warum Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu Ersatzstoffen greifen anstatt Beziehungen einzugehen.

Leider wurden andere wichtige Störungen nicht aufgenommen wie das Burnout-Syndrom, die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung oder die Internetabhängigkeit.

➔ Wenn Sie mehr wissen möchten über das DSM-5, bietet die American Psychiatric Association umfangreiche Informationen. [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)

## Die Schwerpunktpraxis ist anderthalb Jahre alt

**Dr. Anja Kniest ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und seit 2003 im Bereich Suchtmedizin tätig. Sie hat zuvor im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim im Bereich Substitution gearbeitet. Seit April letzten Jahres leitet sie die Schwerpunktpraxis Substitution in Mannheim. Eine erste Bilanz:**

„Ich habe eine sehr kleine Praxis übernommen mit 60 Patienten.“



Dr. Anja Kniest

Es war erstaunlich, wie viel zusätzlichen Bedarf es in Mannheim gab. Die Praxis wurde hervorragend angenommen und ist sehr schnell gewachsen, sodass ich jetzt 125 Patienten versorge und regelmäßig zusätzliche Anfragen habe. Mein Problem ist, dass ich die Praxis allein leite und 365 Öffnungstage organisieren muss. Das funktioniert nur, wenn man Kooperationen eingehen kann mit Kollegen, die ich zum Glück habe.

Wenn man die Patienten engmaschig betreut, mit ihnen spricht, Begleiterkrankungen behandelt und sie motiviert, sich mit ihrer Suchterkrankung auseinanderzusetzen, hat man wirklich Erfolgserlebnisse. Das macht die Arbeit befriedigend.

Sorgen macht mir meine räumliche Situation, denn die Stadt trägt zwar derzeit die Mietkosten, doch der Mietvertrag ist befristet bis zum Ende des Jahres. Mir ist es noch nicht gelungen, neue Räume auf dem normalen Wohnungsmarkt zu finden, denn die meisten stellen sich Substituierte vor wie aktiv Drogen konsumierende Personen. So was will man nicht haben.

Die Substitutionsbehandlung ist eine anstrengende Aufgabe, aber dadurch, dass man die Weiterentwicklung der Patienten sieht, ist es auch eine befriedigende Arbeit. Als Einzelkämpferin ist es etwas schwierig. Daher würde ich mich freuen, wenn weitere Kollegen Substitutionsbehandlungen übernehmen würden. Und natürlich wünsche ich mir auch weiterhin eine gute Unterstützung durch die Stadt Mannheim.“

## Fentanyl im Heroin

Das Innenministerium Baden-Württemberg warnt vor mit Fentanyl angereichertem Heroin und bittet darum, Ärzte, Drogenhilfeeinrichtungen und Apotheker zu informieren. Die Polizei Hessen habe Heroin mit einem überhöhten Fentanylanteil sichergestellt, heißt es in einer Mitteilung. In Baden-Württemberg sei allerdings noch kein derartiges Heroin gemischt aufgetaucht.

## Arzt fragt, KV antwortet

Abrechnungstipps für die Arztpraxis

**Welche GOP kann ich abrechnen? Gibt es wichtige Neuerungen? Die Kolleginnen von der KVBW-Abrechnungshotline beantworten täglich die Fragen der Arztpraxen. Das Thema Überweisung ist immer wieder Gegenstand zahlreicher Fragen.**

**Dürfen alle zugelassenen Fachärzte vom Patienten ohne Überweisung direkt in Anspruch genommen werden?**

Nein, es gibt Fachärzte, die ausschließlich auf Überweisung tätig werden dürfen. Hierzu gehören: Ärzte für Nuklearmedizin, Radiologie (Diagnostik und Strahlentherapie), Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Pathologie, Infektionsepidemiologie und Transfusionsmedizin.

**Können postoperative Leistungen nach stationären Aufenthalten abgerechnet werden?**

Hier muss zunächst unterschieden werden zwischen einer belegärztlich stationär durchgeführten Operation und einer Operation, die vollstationär durchgeführt wurde.

Bei einer belegärztlichen Operation aus Abschnitt 36.2 EBM (ein zugelassener Vertragsarzt mit Belegarztanerkennung führt die Operation im Krankenhaus an einem stationär aufgenommenen Patienten durch) kann die notwendige postoperative Leistung mit der GOP 99600 abgerechnet werden.



Wird die postoperative Behandlung nicht vom Operateur durchgeführt, muss als Abrechnungsvoraussetzung eine Überweisung des Operateurs vorliegen, aus der hervorgeht, dass ein belegärztlicher Eingriff durchgeführt wurde.

Hinsichtlich prä- und post(voll) stationärer Leistungserbringung haben wir bereits informiert: Die KVBW strebt den Abschluss einer entsprechenden Rahmenvereinbarung mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWK) an.

# „Es ist eine Frage der inneren Haltung“

Barrierefrei leben heißt auch Arztbesuche möglich machen

*Es ist die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006, die das Wort „Inklusion“ in die deutsche Behindertenhilfe gebracht hat. Im März 2009 ratifiziert, ist die UN-Konvention seitdem – neben der deutschen Sozialgesetzgebung – die gesetzliche Grundlage für alle Belange von Menschen mit Behinderungen. Inklusion meint nicht weniger als hundertprozentige Teilhabe: Jeder Mensch soll die Möglichkeit haben, sich vollständig und gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Prozessen zu beteiligen – mit oder ohne Behinderung. Damit gemeinsames Lernen, Arbeiten, Wohnen und ein Leben ohne Barrieren selbstverständlich wird.*

Inklusion ist kein Expertenthema, es betrifft vielmehr alle gesellschaftlichen Bereiche – nicht zuletzt die ambulante, ärztliche Versorgung. Denn wenn Menschen mit Behinderungen besser in die Gemeinden integriert sind und an Gesellschaft teilhaben, wenn sie nicht in behindertengerechten Wohnheimen oder Pflegeheimen medizinisch versorgt sind, sondern selbstbestimmt leben, dann suchen sie sich auch ihren Arzt wohnortnah.

Darauf sind aber viele Mediziner nicht immer vorbereitet. Das zeigt unter anderem der aktuelle Teilhabebericht der Bundesregierung, der Ende Juli erschien. Der Bericht beschreibt auf über 500 Seiten die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen und zeigt,

dass Inklusion im Gesundheitswesen – im Gegensatz zu den Bereichen Arbeit und Bildung – noch sehr in den Kinderschuhen steckt. Der Bericht hebt besonders auf die mangelnde Barrierefreiheit von

## Leichte Sprache

Dieser Text ist in Leichter Sprache geschrieben. Leichte Sprache können alle Menschen besser verstehen. Leichte Sprache ist besonders wichtig für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Oder für Menschen, die nicht so gut Deutsch können. Alle Verbände der Behindertenhilfe haben Angebote in Leichter Sprache. Auch die Bundesregierung bietet Informationen in Leichter Sprache.

Sprechen Ärzte in Leichter Sprache? Die meisten nicht. Das ist aber wichtig. Damit alle Menschen die schwierige Medizin verstehen. Und sie wieder gesund werden.

➔ Wollen Sie mehr über Leichte Sprache wissen? Dann schauen Sie im Internet: [www.leichtesprache.org](http://www.leichtesprache.org)

medizinischen Einrichtungen ab, die nicht beim Fahrstuhl oder Behindertenparkplatz enden sollte, sondern medizinische Untersuchungsgeräte, Hilfen für Seh- und

Hörschädigte und vieles mehr einbeziehen muss.

Doch für den Arzt in der Praxis sind die Herausforderungen bei der Behandlung behinderter Menschen groß – medizinisch, finanziell und kommunikativ. Der Praxisalltag steht leider oft genug einer ausreichenden Versorgung von Menschen mit Behinderungen entgegen. Größtes Problem ist der Zeitmangel, denn dem Arzt und Psychotherapeuten wird die Zeit nicht oder nur budgetiert vergütet.

Körperlich wie geistig Behinderte sind meist multimorbid. Es fehlt diagnostisches und therapeutisches Wissen; ganzheitliche Versorgungskonzepte sind in Zeiten von Fallpauschalen und Punktwerten schwer realisierbar. Doch auch jenseits der medizinisch-ärztlichen Herausforderungen kommt es immer wieder zu Problemen. Denn gerade bei Menschen mit kognitiver Einschränkung ist die kommunikative Herausforderung möglicherweise die größte Hürde. Thomas Feistauer, Geschäftsführer des Landesverbandes „Lebenshilfe“, weiß: „Natürlich gibt es Berührungspunkte – aber auf beiden Seiten“, und wirbt für Verständnis. Einerseits bei den Behinderten und ihren Angehörigen, die oft genug schlechte Erfahrungen gemacht haben und diese dann in eine neue Praxis mitbringen.

Andererseits möchte Feistauer aber auch Bewusstsein bei den Ärzten wecken: „Letztlich ist es eine Frage der inneren Haltung. Wie gehe ich auf die Menschen zu? Wie kann ich ihnen auf Augenhöhe begegnen



„Inklusion – Dabei sein von Anfang an“. Menschen mit Behinderungen demonstrieren 2010 vor dem Reichstag.

– ohne die Behinderung in den Vordergrund zu stellen.“ Er empfiehlt, den Menschen mit Behinderung zunächst einmal „nur“ als Patienten zu sehen: „Das Zuwenden macht unheimlich viel aus. Sprechen Sie direkt mit ihm, aber betrachten Sie ihn nicht als groß gewordenes Kind, sondern als erwachsenen Menschen.“ Und eines ist ihm besonders wichtig: „Wenn man sich als Arzt überfordert fühlt oder nicht weiterkommt, dann sollte man sich auch nicht scheuen, das zuzugeben.“

Das kann Uwe Keller, Stuttgarter Bezirksbeirat der KVBW, nur

unterstützen. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist für die KV Baden-Württemberg im Beirat des Projektes „Barrierefrei gesund“ tätig, das sich unter der Federführung der Caritas in den nächsten drei Jahren der Aufgabe Inklusion im Gesundheitswesen widmen möchte. Keller ist froh, dass die Diskussion durch solche Projekte in Gang kommt. Wie Feistauer ist er sicher: „Wir müssen das Problem ins Bewusstsein rücken und in den Dialog miteinander treten.“ Nur dann lässt sich dauerhaft etwas ändern.

## Aktuelle Fragen aus dem Verordnungsmanagement

### Gibt es ein erhöhtes Risiko durch die Verordnung von Diclofenac?

Ja, es kann zu kardiovaskulären Nebenwirkungen kommen. Das ergab die Überprüfung der vorhandenen Informationen über Risiken von kardiovaskulären Nebenwirkungen (wie zum Beispiel Herzinfarkt oder Schlaganfall) unter der Therapie mit nichtselektiven NSARs durch den europäischen Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) im Jahr 2012. Diclofenac ist ein weitverbreitetes nichtsteroi-

dales Antirheumatikum (NSAR) zur symptomatischen Behandlung von Schmerzen und Entzündungen.

In einem Rote-Hand-Brief vom Juli 2013 informieren die Hersteller über wichtige Einschränkungen. Die derzeit verfügbaren Daten weisen darauf hin, dass die Therapie mit Diclofenac mit einem erhöhten Risiko arterieller thrombotischer Ereignisse, vergleichbar mit dem von selektiven COX-2-Hemmern, assoziiert ist. Diclofenac ist jetzt kontraindiziert bei Patienten mit bestehender Herzinsuffizienz (New York Heart Association, NYHA, Stadien II-IV), ischämischer Herzerkrankung, peripherer Arterienerkrankung oder zerebrovaskulärer Erkrankung. Bei Patienten mit diesen Erkrankungen sollte die Behandlung überprüft werden.

Bei Patienten mit signifikanten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (zum Beispiel Hypertonie,

Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Rauchen) sollte die Behandlung mit Diclofenac nur nach sorgfältiger Abwägung begonnen werden. Bei allen Patienten sollte die niedrigste wirksame Dosis über den kürzesten, zur Symptomkontrolle erforderlichen Zeitraum angewendet werden.

Einen ausführlichen Artikel über die Risiken bei der Verordnung von Diclofenac und weiteren NSAR finden Sie im Verordnungsforum 28, das im November in die Praxen kommt.

➔ Rote-Hand-Brief zu Diclofenac vom 15.07.2013



[www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/index.html](http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/index.html)

## Vitamin D im Blickpunkt

Das Gesundheitsnetz Rhein-Neckar-Dreieck e.V. startet eine Fortbildungsreihe zum Thema Prävention. Start der Reihe ist am 6. November 2013 um 14.30 Uhr im SRH Seminarzentrum in der Bonhoefferstraße 12 in Heidelberg. Referiert wird über das Thema „Vitamin D und Prävention“. Die

Teilnahme ist kostenlos. Fortbildungspunkte sind beantragt.

➔ Das Programm liegt dieser ergo-Ausgabe als Anlage bei. Rückfragen bei Dr. Claus Köster unter 0621 717668-822 oder unter [claus.koester@gesundheitsnetz.info](mailto:claus.koester@gesundheitsnetz.info)

## Neugestaltung der Frühinformation Arzneimittel

Die KVBW stellt in jedem Quartal jeder Praxis die Frühinformation Arzneimittel zur Verfügung, die als Anlage 31 der Honorarabrechnung beigelegt ist. Um diese nun noch besser zu machen, wurde sie an die aktuellen Vertragsgegebenheiten angepasst. Außerdem ergaben Mitgliederbefragungen, dass eine Optimierung der Frühinformation Arzneimittel vorwiegend der vereinfachten Darstellung von Inhalten dienen sollte. Daher wurde auch das Layout bezüglich Struktur und Verständlichkeit überarbeitet.

Ab Oktober 2013 wird es nun für allen Praxen in Baden-Württemberg eine neue, umgestaltete Frühinformation Arzneimittel geben, die noch klarer prüfungsrelevante Kennzahlen von nicht-prüfungsrelevanten Kennzahlen zur Information und Einschätzung des eigenen Verschreibungsverhaltens trennt und in separaten Abschnitten ausweist.

Außerdem können die fach- und schwerpunktübergreifenden Praxen die einzelnen Richtgrößen- und Richtgruppen voneinander getrennt betrachten.



# Seminare der Management-Akademie (MAK)

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB- Punkte	Seminar- Nr.
<b>ABRECHNUNG/VERORDNUNG</b>							
Sicher durch den Richtlinien-Dschungel – Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	Ärzte	04.12.2013	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	60,-	8	F 39
<b>BETRIEBSWIRTSCHAFT / ZULASSUNG</b>							
Zweismal statt einsam: Kooperationen richtig gestalten	Ärzte und Psychotherapeuten	23.10.2013	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	65,-	5	F 61
Business Know-how: Das ABC der erfolgreichen Praxisführung	Ärzte und Psychotherapeuten	13.11.2013	15.00 bis 18.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	4	S 64
Schenken und vererben – aber richtig!	Ärzte und Psychotherapeuten	16.10.2013	17.00 bis 20.00 Uhr	Regionalbüro Mannheim	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	0	K 69
Starterseminar – Abrechnung, Verordnung, Kooperationen, Online-Dienste der KVBW, Beratungs- und Serviceangebote der KVBW	Ärzte, die sich neu niedergelassen haben	16.11.2013	09.00 bis 13.00 Uhr	BD Reutlingen	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	R 280
Starterseminar – Abrechnung, Verordnung, Kooperationen, Online-Dienste der KVBW, Beratungs- und Serviceangebote der KVBW	Psychotherapeuten, die sich neu niedergelassen haben	20.11.2013	17.00 bis 21.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	S 281
<b>KOMMUNIKATION</b>							
Therapietreue Patienten – so überzeugen Sie in der Kommunikation	Ärzte und Praxismitarbeiter	23.10.2013	15.00 bis 20.00 Uhr	BD Karlsruhe	98,-	8	K 74
<b>PRAxisMANAGEMENT</b>							
Wundmanagement / effektive Wundversorgung in der Praxis	Haus- /Fachärzte und Praxismitarbeiter	16.11.2013	09.00 bis 17.00 Uhr	BD Karlsruhe	129,-	11	K 117
Patientengerecht IGeLn leicht gemacht	Ärzte und Praxismitarbeiter	06.11.2013	09.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	129,-	0	S 146
<b>SELBSTMANAGEMENT</b>							
Eigene Kräfte nutzen – Selbstmanagement und Stressbewältigung	Ärzte und Psychotherapeuten	08.11.2013	15.00 bis 20.00 Uhr	BD Stuttgart	98,-	8	S 169
<b>QUALITÄTSMANAGEMENT</b>							
Intensivkurs Qualitätsmanagement	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	08./09.11.2013 und 29./30.11.2013	freitags 15.00 bis 20.00 Uhr samstags 09.00 bis 16.00 Uhr	BD Stuttgart	450,-	36	S 184
<b>QUALITÄTSSICHERUNG UND –FÖRDERUNG</b>							
Moderatorentaining für Qualitätszirkel	Ärzte und Psychotherapeuten	25./26.10.2013	freitags 15.00 bis 20.00 Uhr samstags 9.00 bis 16.00 Uhr	Regionalbüro Mannheim	50,-	18	K 213
Moderatorentaining für Qualitätszirkel	Ärzte und Psychotherapeuten	22./23.11.2013	freitags 15.00 bis 20.00 Uhr samstags 9.00 bis 16.00 Uhr	BD Stuttgart	50,-	18	S 211
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI)	Ärzte und Praxismitarbeiter	09.11.2013 (Arzt und Mitarbeiter) 12.11.2013 (Mitarbeiter)	09.00 bis 17.00 Uhr	BD Karlsruhe	150,- (Ärzte) 130,- (MFA)	9	K 242
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI)	Ärzte und Praxismitarbeiter	07.12.2013 (Arzt und Mitarbeiter) 10.12.2013 (Mitarbeiter)	09.00 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	150,- (Ärzte) 130,- (MFA)	9	S 238
DiSko-Schulungsprogramm: Wie Diabetiker zum Sport kommen	Ärzte und Praxismitarbeiter	16.10.2013	14.00 bis 19.30 Uhr	BD Karlsruhe	89,- 65,- (je Schulungsordner)	8	K 253
Disease-Management-Programme (DMP) – weiterführende Fortbildungen DMP Diabetes mellitus Typ 2, DMP Asthma / DMP COPD, DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)	Hausärzte, die an der Vereinbarung zu den entsprechenden DMP-Programmen teilnehmen und Praxismitarbeiter	13.11.2013	14.30 bis 20.00 Uhr	BD Karlsruhe	70,-	6	K 259
DMP Brustkrebs Modul 1 + 2 Einführungsveranstaltung und Psychoonkologische Betreuung	Hausärzte, die am DMP Brustkrebs teilnehmen möchten	13.11.2013	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	6	S 260 1+2
DMP Brustkrebs Fortbildungsnachweis „Psychoonkologische Betreuung“	Hausärzte, die am DMP Brustkrebs teilnehmen	13.11.2013	14.00 bis 15.30 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	2	S 260/1
<b>INFORMATIONSVANSTALTUNG ZU AKTUELLEN THEMEN</b>							
(Daten-)Sicherheit für Sie und Ihre Praxis	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	22.11.2013	15.00 bis 17.30 Uhr	BD Reutlingen	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	3	R 273



Für Fragen steht das Team der MAK unter der **Rufnummer 0711 7875-3535** zur Verfügung. Aktuelle Informationen zu den Seminarangeboten der MAK finden Sie zudem auf der Website 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. Hier 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 abschieken!

## IMPRESSUM

ergo  
Ausgabe 3/2013  
Zeitung der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Baden-Württemberg  
ISSN 1862-1430  
**Erscheinungstag:**  
25. September 2013  
**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 Middeldorff  
**Redaktion:**  
Eva Frien, Swantje Middeldorff  
**Anschrift der Redaktion:**  
Redaktion ergo  
Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Karlsruhe  
Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe  
Telefon 0721 5961-0  
Telefax 0721 5961-1188  
E-Mail eva.frien@kvbwue.de  
**Mitarbeiter dieser Ausgabe:**  
Tobias Binder, Stefanie Eble, Thomas Göckler,  
Melanie König, Renate Matenaer, Klaus Rees,  
Walter Schenk, Kai Sonntag, Dr. Michael Viapiano,  
Wolfgang Wiedlin  
**Fotos und Illustrationen:**  
S. 4 ddp images/SIPA, LÄK BW; S. 5, fotolia/S.Kobold,  
Landesärztekammer Baden-Württemberg;  
S. 6 iStockphoto/duncan 1890; S.7 ddp images/  
Robert Kneschke; S.8 Privat; S. 9 fotolia/Robert  
Kneschke, Privat, Ulrich Beuttenmüller; S. 10  
iStockphoto/westphalia; S.11 ddp images; S. 13  
Privat, fotolia; S.14 ddp images/Michael Gottschalk,  
iStockphoto; S. 16: Stadtmarketing Karlsruhe, KBV,  
Frank Speth (Illustration)  
**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

# Weißkittel, weiblich, wortgewandt...

...hat beim Wettbewerb für wohlredende Wissenschaftler gewonnen

Weiße Kittel, in der einen Hand eine IKEA-Lampe, um den Hals ein Stethoskop und nicht auf den Mund gefallen. Wie erklärt man in drei Minuten den Inhalt einer Doktorarbeit so, dass jeder sie versteht? Die 22-jährige Thien Ngoc Tran Nguyen, Tübinger Medizinstudentin, hat's geschafft. Sie hat beim Regionalscheid des Wettbewerbs für wortgewandte Wissenschaftler, dem „FameLab“ 2013, den zweiten Platz gewonnen. Ihr Thema: Die Kommunikation von Bakterien durch Botenstoffe.

erfahren und mich spontan dazu entschlossen, es auszuprobieren. Es ist eine gute Erfahrung, denn man übt, sich selbst zu präsentieren und bekommt wertvolles Feedback von einer Jury.“ Und so ging's weiter, zu einem Wettbewerb nach



Wissenschaft einfach erklärt

Wie man das macht und dabei sein Publikum wirklich fesselt führt der „Weißkittel“ mittels Bakterie (IKEA-Lampe beziehungsweise das Publikum als Versuchsbakterien) eindrucksvoll vor: „Wie schafft es Ihr Bakterien, wo Ihr doch so klein seid, uns Menschen bei einer Infektion so krank zu machen?“

Beim „FameLab“ geht es darum, schwierige wissenschaftliche Themen kurz, knackig und anschaulich zu vermitteln, eine Idee, die Tran Nguyen sofort gefiel: „Ich habe per Zufall vom Wettbewerb

Bielefeld und schließlich zum internationalen Contest, dem Cheltenham Science Festival. Und das, obwohl die Studentin im siebten Semester eine Woche zuvor fünf Prüfungen schreiben musste und mit der Doktorarbeit „volles Programm“ hatte. Zum Sieg im Finale hat es dann zwar nicht ganz gereicht, aber eines hat die Doktorandin ganz sicher gezeigt, Wissenschaft muss nicht trocken sein und wer sich einmal damit befasst, kann leicht Feuer fangen: „Es ist wichtig, seine eigene Forschung zu kommunizieren. Ich weiß aus eigene

ner Erfahrung, dass der anfängliche Enthusiasmus schnell von der harten Realität der Forschungsarbeit zerschlagen wird. Man arbeitet an einem winzig kleinen Teil, der kaum signifikant erscheint und dennoch viel Zeit und Aufwand kostet. Das kann einem schnell die Begeisterung nehmen und manchmal sieht man den Wald vor lauter Bäumen nicht. Aber wenn man versucht, die Forschung zu kommunizieren, dann simplifiziert und veranschaulicht man. Dann sieht man das Gesamtbild, den Wald sozusagen wieder.“

Wie Tran Nguyen ihre Forschung erklärt, ist sehr vergnüglich. Man sollte es sich keinesfalls entgehen lassen. Nur so viel sei vorab verraten: Die Bakterien schaffen es nicht und werden niedergeknüppelt, natürlich vom Team Mensch (Arzt).

→ Video auf Youtube



[www.youtube.com/watch?v=PsF05qKn818](http://www.youtube.com/watch?v=PsF05qKn818)



## Kampagne ist angekommen

Die aussterbende Spezies niedergelassener Arzt

Die Arzt-Imagekampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ geht in die zweite Runde. Mit deutlichen Botschaften thematisiert sie in den kommenden Monaten die schwierigen Herausforderungen des Arbeitsumfeldes für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Dabei soll gezeigt werden: Die Bedingungen müssen sich ändern, damit junge Mediziner in die Niederlassung gehen und Praxen übernehmen. Es geht um die Sicherung der wohnortnahen ambulanten Versorgung auch in der Zukunft. Neben den Fernsehspots sorgt seit Anfang September ein Kurzfilm in den Kinosälen für schmunzelnde Aufmerksamkeit. Auf einer sachlichen Ebene thematisiert die Kampagne die schlechten und teils stark einschränkenden Arbeitsbedingungen der Ärzte und Psychotherapeuten sowie den herrschenden Medizinerangel. „Ich bin Hausärztin. Ich werde Ihnen fehlen“, lautet eine markante Formulierung. Oder: „Ich bin Facharzt. Ich bin eine aussterbende

Art“. Die Sichtbarkeit der Kampagne wird in der zweiten Phase weiter zunehmen. Ergebnisse einer Forsa-Studie zeigen bereits jetzt den Erfolg der Kampagne: Rund jeder siebte in Deutschland kennt sie mittlerweile. KVBW-Vorstandschef Dr. Norbert Metke findet die Aktion glänzend, „weil sie die ganze Leidenschaft des Arztes für seinen Beruf wiedergibt. Die Kampagne zeigt den Alltag, sie zeigt, wie wir sind. Denn wir Ärzte arbeiten für unser Leben gern. Und das nimmt man mittlerweile durch die Kampagne auch außen wahr“.

→ Video-Interview mit Dr. Metke auf [kvbwue.de](http://kvbwue.de) oder auf Youtube



[www.youtube.com/watch?v=AM\\_MpSAtLTI&feature=youtu.be](http://www.youtube.com/watch?v=AM_MpSAtLTI&feature=youtu.be)

## Ärzte sollen Patienten zu mehr Bewegung animieren

Karlsruher Initiative will mit Sport Diabetes bekämpfen

Körperliche Aktivität kann bei verschiedenen Erkrankungen heilsam wirken. Auf den Kranken individuell angepasst, wirkt Bewegung sogar so, dass man sie als



Medikament „verordnen“ könnte, beispielsweise bei Diabetes. Trotz dieser Erkenntnis machen in Karlsruhe nur ein Prozent der 30.000

Diabetiker Sport. Die Vereinsinitiative Gesundheitssport, der baden-württembergische Landesverband im Deutschen Diabetiker Bund, Kassen, Sportvereine, die KV-Baden-Württemberg und zahlreiche andere haben daher unter dem Stichwort „Diabetes in Aktion – Medikament Bewegung“ zu einer konzertierten Aktion aufgerufen.

Am runden Tisch ist dabei ein Maßnahmenkatalog entstanden, der Diabetiker zu einer Lebensstiländerung bewegen soll. Angesprochen werden sollen dabei vor allem Ärzte, ihre Patienten zu mehr Bewegung zu animieren. Diesbezüg-

lich können Flyer zur Auslage in den Praxen angefordert werden. „Diabetes in Aktion“ ist ein Pilotprojekt und soll bei Erfolg auf ganz Baden-Württemberg ausgeweitet werden.

→ Kontakt: Vereinsinitiative Gesundheitssport e.V., Rittnertstr. 64, 76227 Karlsruhe, Diana Marusic, 0721 496789, [marusic@gesundheitssport-karlsruhe.de](mailto:marusic@gesundheitssport-karlsruhe.de)

## Dickes Vertrauen in beliebte Ärzte

Angenommen, Ihre Leidenschaft für die zweit Schönste Sache der Welt würde durch eine ordentliche Portion Hüftgold offensichtlich. Und angenommen, Sie würden sich vornehmen, dies demnächst zu ändern, wessen Diättipps würden Sie folgen? Denen des ranken, schlanken, durchtrainierten Arztes, der ja offensichtlich weiß, wovon er spricht, wenn es um strikte Diätpläne geht oder denen des rundlichen, gemütlichen Arztes, der vielleicht Ihre Leidenschaft teilt, aber entweder keine Diätpläne kennt oder sie selbst nicht verfolgt? Genau, richtig, Punkt zwei ist der Fall. Das jedenfalls ist

das Ergebnis einer amerikanischen Studie der John Hopkins Bloomberg School of Public Health in Baltimore.

Volles Vertrauen genossen demnach zwar alle Ärzte, doch je korpulenter der Arzt, desto mehr vertraute der Patient dessen Diätberatung. Allerdings: sympathischer als schlanke Ärzte sind kräftige Ärzte den rundlichen Patienten interessanterweise nicht: Sie fühlen sich von ihnen mehr stigmatisiert. Möglicherweise, so mutmaßten die Forscher, hänge dies damit zusammen, dass übergewichtige Ärzte eigene negative Erfahrungen auf die Patienten übertragen.

