

ERGO SPEZIAL

Gesundheitsfonds und
Honorarreform

Heftige Diskussionen über die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems und die Funktionen der KVen prägten die KBV-Vertreterversammlung, den 112. Deutschen Ärztetag und den Tag der Niedergelassenen in Berlin...

BADEN-WÜRTTEMBERG

Konvergenzphase erläutert

Beim Servicetag in Reutlingen stellte sich der KV-Vorstand den Fragen der Mitglieder und erläuterte die Einzelheiten der vorgesehenen Konvergenzphase, um befürchtete Honorarverluste abzumildern...

BADEN-WÜRTTEMBERG

Zahlen zur Honorarreform

In der Vertreterversammlung der KVBW bewiesen die Echtzahlen der Abrechnungen des 1. Quartals 2009, dass die Honorarreform für Baden-Württemberg gescheitert ist...

BADEN-WÜRTTEMBERG

Fachtagung Selbsthilfe

Partnerschaft auf Augenhöhe ist das Ziel der Kooperation von Ärzten mit Selbsthilfegruppen, zu der die dritte Fachtagung in Reutlingen mit Referaten und Workshops einen weiteren Beitrag leistete...

BADEN-WÜRTTEMBERG

Fortbildung Prostatakrebs

In einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema Prostatakrebs referierte der namhafte amerikanische Onkologe Dr. Stephen B. Strum vor einem fachkundigen Publikum von Ärzten und Patientenvertretern...



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die KBV-VV und der Deutsche Ärztetag sind gerade vorbei. Und nun? In der KBV-VV wurde unter anderem – gegen die Stimmen der Delegierten aus Baden-Württemberg – ein vom KBV-Vorstand vorgelegtes Strategiepapier verabschiedet. Auch wenn man in einigen Punkten diesem zustimmen kann, kommt es insgesamt zu spät und verkennt in vielen Passagen die Realität. So dürfte es nur ein Wunschtraum einiger Traumtänzer bleiben, eine Regierung gleich welcher Zusammensetzung könne das SGB V so abändern, dass die Sicherstellung in Gänze wieder auf das KV-System zurückverlagert werden wird. Ich hätte nichts dagegen, allein mir fehlt der Glaube.

Wobei zweifelsfrei feststeht, dass die Politik in den vergangenen Jahren alles dazu beigetragen hat, das KV-System an den Rand der Handlungsfähigkeit zu bringen. Allerdings war nicht nur die Politik dafür verantwortlich. Es ist nicht zu rechtfertigen, das Ende der KV herauf zu beschwören und gleichzeitig ein Liquiditätsproblem herbei zu reden. Das ist eine Verunsicherung der Ärzteschaft, die keinen realen Boden hat. Natürlich geht eine Wirtschaftskrise auch nicht an uns vorüber, aber deren Auswirkungen auf die Zahlungsfähigkeit der KV herbeizureden, ist mehr als fahrlässig. Das ist Brandstiftung im eigenen Haus.

Demgegenüber hat die baden-württembergische Landesregierung Mut und Handlungsfähigkeit bewiesen, Verantwortungsbewusstsein gezeigt und nach unseren intensiven Gesprächen mit unserem Ministerpräsidenten sowie unserer Sozialministerin auch Ergebnisse erzielt. Unser KV-Vorstand hat auf allen erdenklichen Ebenen in den vergangenen Wochen das Scheitern der Honorarreform für die KVBW erläutert und mit konkreten Zahlen belegt. Gemeinsam mit der tatkräftigen Unterstützung unserer Geschäftsbereiche Abrechnung wie IT ist es uns als erster KV gelungen, eine Echtabrechnung des 1. Quartals 2009 fertig zu stellen. Nur wenige Tage nach dem Einreichungsschluss der Abrechnungsunterlagen hatten wir für mehr als 90 Prozent unserer Mitglieder Abrechnungsergebnisse. Diese konnten wir unmittelbar unserem Ministerpräsidenten Günter Oettinger als Grundlage für das entscheidende Gespräch im Kanzleramt zur Verfügung stellen.

Das Ergebnis ist für viele sicher überraschend: Die Bundeskanzlerin gab ihr Versprechen, dass auch die KVBW nicht verlieren darf. Auch wenn heute noch keine Details bekannt sind, wie die zugesagten 140 Millionen Euro zusätzlich bei uns ankommen sollen, ist dies eine vertrauensbildende Maßnahme der Politik. Allerdings erfolgte sie auch nicht ganz freiwillig, sondern ist Reaktion auf die Sorgen, die sich in diversen Protestaktionen vieler Kolleginnen und Kollegen in der Öffentlichkeit deutlich formulierten. Ich habe jedenfalls dem Ministerpräsidenten unseren Dank persönlich ausgesprochen.

Dass Herr Köhler bei der KBV-VV Herrn Herz und mich persönlich wegen dieser Zusage der Politik angegangen hat, ist nicht nachvollziehbar und war politisch sicherlich wenig geschickt. Wer einerseits immer wieder die Einigkeit des KV-Systems beschwört, kann sich dem mehr als berechtigten Wunsch der KVBW nicht verschließen, Verluste ausgeglichen zu bekommen, die andere und nicht wir in Baden-Württemberg zu verantworten haben. Wenn wir dazu die freiwillige Unterstützung anderer KVen erhalten hätten, wäre dies ein Signal in die richtige Richtung gewesen. Auch und gerade in Richtung Süden, wo man der Realität wacher in die Augen sieht als anderswo.

Ihr

DR. ACHIM HOFFMANN-GOLDMAYER
VORSTANDSVORSITZENDER

ERGO SPEZIAL: GESUNDHEITSFONDS UND HONORARREFORM

- 02 | 05 KBV-Vorsitzender Köhler: Abrissbirne ante Portas
- 05 Gesundheitsfonds neu überdenken
- 06 Forderung nach Rangfolge ärztlicher Behandlungen
- 07 Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: Genug Geld im System
- 07 Versicherte unterstützen ihre Ärzte
- 08 | 09 Weitere Reformen zur Gestaltung der Zukunft

ARZNEIMITTELVERSORGUNG

- 10 „Zweitmeinungsverfahren“ als Instrument der Kostendämpfung

BADEN-WÜRTTEMBERG INTERN

- 11 | 12 Der KVBW-Vertreterversammlung werden Zahlen zur Honorarreform vorgelegt
- 13 | 15 Fachtagung Selbsthilfe wird zur institutionellen Veranstaltungsreihe
- 16 Fortbildung zu den Spätfolgen des Post-Polio-Syndroms
- 17 | 18 Amerikanischer Experte Dr. Strum referierte zum Thema Prostatakrebs
- 19 Sonographie der Säuglingshüfte mit praktischen Beispielen
- 20 Versorgungsbericht: Baden-Württemberg auf hohem Niveau
- 21 Umfrage zum Informationsgehalt der KVBW-Website

AUS DEN BEZIRKSDIREKTIONEN

- 22 | 23 Hitzige Diskussionen zur Honorarsituation beim Servicetag in Reutlingen
- 24 Prävention: Das KV Mobil ist wieder auf seiner Sommertour

UNTERNEHMEN PRAXIS

- 25 ergo-Serie Qualitätsmanagement: Zeitmanagement verkürzt Wartezeiten und vermeidet Stress in der Praxis

MELDUNGEN UND TERMINE

- 26 Baden-Württembergischer Ärztetag 2009
- 26 Basis-Rollout der eGk verschiebt sich

- 45 Impressum

RUNDSCHREIBEN 2 / 2009

mit den Abgabeterminen der Quartalsabrechnung und den Fortbildungsveranstaltungen der MAK

- 27 | 31 Amtliche Bekanntmachungen
- 31 Bezirksdirektion Freiburg
- 32 Bezirksdirektion Karlsruhe
- 33 Bezirksdirektion Reutlingen
- 33 Bezirksdirektion Stuttgart





KBV-Vorsitzender Köhler sieht die Abrissbirne ante portas

Klares Votum der Gesundheitspolitik für den Sicherstellungsauftrag der KVen

112. Deutscher Ärztetag und KBV-Vertreterversammlung, diesmal in Mainz, und eigentlich war es wie immer: Heftige Diskussionen um die unbefriedigende Honorarsituation, plastische Beschreibung des Menetekels einer akuten Gefährdung des deutschen Gesundheitssystems und – wohl unverzichtbar – die Präsentation der Uhr, deren Zeiger auf fünf vor oder fünf nach Zwölf stehen. Und doch boten beide Veranstaltungen am Montag und Dienstag vor Himmelfahrt – ein leider ungenutztes Sprachbild – einige Überraschungen. Der Vorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, hat beim Blick aus seiner Berliner KBV-Zentrale eine Abrissbirne entdeckt, die seine Institution bedroht. Und der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, stellte die Wortneuschöpfung „Priorisierung“ vor und beging damit mehr als einen Tabubruch.

Die mit der Einführung des Gesundheitsfonds verbundene Reform der ärztlichen Honorare ist gescheitert. Für diese Erkenntnis bedarf es nicht einmal der klaren Stellungnahme der baden-württembergischen Sozialministerin Dr. Monika Stolz. Ministerpräsident Günther Oettinger zog be-

reits die Notbremse und ließ sich von Bundeskanzlerin Angela Merkel für die Ärzte in Baden-Württemberg einen Ausgleichsbetrag für die Honorarverluste von 140 Millionen Euro zusagen. Köhler kommentierte die aktuelle Entwicklung recht schmalplappig: „Sollte diese Unterstützung zu Lasten anderer KVen erfolgen, werde ich die Herren Hoffmann-Goldmayer und Herz fragen, welche KV was leisten soll.“

REPLIK VON Dr. Hoffmann-Goldmayer in der Anschluss-Diskussion: „Ich nutze die Gelegenheit, mich hier und heute ausdrücklich bei unserem Ministerpräsidenten zu bedanken. Es war und ist meine Pflicht, Schaden von der KVBW abzuwenden. Das ist nachvollziehbar, einfach und mehr als nur gerecht. Dabei steht in erster Linie der Verlustausgleich, die unsere KV allein erleidet, im Vordergrund.“

DOCH VOM KBV-Vorsitzenden im Bericht an die Vertreterversammlung dazu kein weiteres Wort. Noch im vergangenen Jahr hatte er in Ulm eine honorargerechte Zukunft versprochen, wenn man denn der Berliner Gesundheitspolitik die Hand reiche und den Damen Merkel und Schmidt willig ins Paradies des Ge-

sundheitsfonds folge. Am Apfel vom Baum der Erkenntnis kauen jetzt die niedergelassenen Ärzte mit zunehmenden Magenschmerzen und Existenzproblemen.

IN SEINEM REFERAT zum Vorstandsressort Honorar nahm Köhler dann doch Stellung: Man müsse erst einmal abwarten und die ersten Honorarabrechnungen auswerten. Dann könne man justieren und eventuell



KBV-Vorsitzender Dr. Andreas Köhler: Erst einmal abwarten.

ausgleichen. Er verzog sich dabei hinter einer Nebelwand von Berechnungsmodalitäten und zu beachtenden Problemstellungen, die sich zu einer Komplexität auf türmten, gegen die die Astrophysik der reinste Kindergeburtstag ist. Fazit: Wenn alle Schritte vollzogen, alle Berechnungen

abgeschlossen sind und damit das gesamte schwierige Reformwerk die Praxen wirklich erreicht, dann sei das Jahr 2012 angebrochen. Auf ein Jahr der Honorarprobleme hatten sich die niedergelassenen Ärzte nach Ulm ja schon eingerichtet. Doch weitere zwei Jahre unter diesen Bedingungen werden viele Praxen nicht überleben.

Honorarreform gescheitert

HIER BEWIES SICH einmal mehr die realitätsferne Wahrnehmungsfähigkeit des KBV-Vorsitzenden. Schon jetzt bröckelt die politische Allianz der Gesundheitsfondsfreunde. In Bayern ist es der ausgewiesene Gesundheitsexperte Ministerpräsident Horst Seehofer, der seinen Gesundheitsminister Markus Söder die Umkehr fordern lässt. In Baden-Württemberg soll ein finanzielles Notprogramm helfen. Und schließlich sind im September Bundestagswahlen. Kommt es zu einer anderen Koalitionsregierung, steht eine erneute Reform ganz oben auf der Agenda.

DOCH ZURÜCK zu Köhlers Abrissbirne: „Das, was wir in den letzten Gesundheitsreformen erleben und erleiden mussten, hat unsere bisher im weltweiten Vergleich hervorragend dastehende Versorgung durch mehrere Erdbeben bereits ernsthaft in Gefahr gebracht. Doch damit nicht genug: Stein für Stein wurde mit der Abrissbirne des ungeordneten Wettbewerbs aus dem tragenden Fundament dieser Versorgung herausgebrochen. Wenn dem jetzt nicht ein Ende gesetzt wird, wenn die fehlenden Steine nicht wieder sinnvoll eingefügt werden, dann ist der Einsturz nicht mehr zu verhindern.“

DIESE LYRISCHE UMSCHREIBUNG bedarf der Exegese: Mit den „Steinen“, die aus dem Fundament gebrochen werden, meint Köhler die Selektivverträge. Vom Einsturz bedroht ist seiner Ansicht nach das KV-System mit dem Kollektivvertrag. Das hat etwas von einem Kapitän auf hoher

See, der die bereits in den Rettungsbooten sitzenden Besatzungsmitglieder zurückruft, weil er auf seinem lecken Kahn jede Hand an den Pumpen braucht.

KÖHLER WEITER: „Die Politik muss deswegen sehr schnell entscheiden, was sie wirklich will: Die Abrissbirne weiter einsetzen, womöglich mit einer noch größeren Keule. Dann geht es nicht mehr um Weiterentwicklung und Modernisierung einer im Kern guten Versorgungsstruktur, sondern um deren völlige Zerstörung. Auf dem Abrissgelände muss danach ein völlig neues Gebäude entstehen, mit völlig neuen tragenden Elementen. Wie das aussehen würde, vermag momentan wohl niemand zu sagen. Oder sie will eine Sanierung, bei der das vorhandene, bewährte Gebäude grundsätzlich erhalten bleibt und die Funktionsfähigkeit durch Modernisierungsmaßnahmen erhöht beziehungsweise wiederhergestellt wird. Abriss und Neubau oder Sanierung des Altbaus, das ist die Entscheidung, die wir jetzt von der Politik einfordern. Es ist eine Illusion, dass die Abrissbirne des derzeit herrschenden Wettbewerbs nur die Sanierung einläutet! Sie ist schon längst am Fundament angelangt und beschädigt dies zunehmend.“

Forderungen an die Politik

DASKÖHLERSCHE Sanierungskonzept setzt auf eine noch stärker zentralisierte KBV:

- Die Grundversorgung wird weiterhin wohnortnah kollektivvertraglich geregelt und umfasst sowohl die hausärztliche als auch die wohnortnahe fachärztliche Versorgungsebene.
- Die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene arbeitet eng mit dieser Ebene und dem stationären Bereich zusammen und erbringt in einem Katalog definierte Leistungen, wobei sie dem Krankenhaus hinsichtlich der Rahmenbedingungen (Qualität, Vergü-

terung, Bedarfsplanung) gleichgestellt ist.

- Sektorübergreifende Versorgungsketten verbessern die Versorgung insbesondere chronisch Kranker.
- Der Versorgungsauftrag der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte wird gesetzlich definiert.
- Versicherte haben die Wahl zwischen drei Arten von Kollektivtarifen:
 - einem der heutigen Regelversorgung entsprechenden Kollektivtarif I mit freier Arztwahl und freiem Zugang zur nächsten Versorgungsebene im Sachleistungsprinzip
 - einem stärker gesteuerten Kollektivtarif II, in dem der Versicherte sich verpflichtet, die nächste Versorgungsebene nur auf Überweisung eines weiterhin freiwählbaren Hausarztes aufzusuchen, ebenfalls im Sachleistungsprinzip und
 - einem Kollektivtarif III, der auf Kostenerstattung basiert.
- Für die Kollektivverträge werden in Rahmenvereinbarungen auf der Bundesebene für die Dauer von drei bis fünf Jahren Pflichtinhalte der Gesamtverträge und verbindliche Versorgungsziele vorgegeben. Dieser mittelfristigen Planung entspricht eine Finanzplanung. Dieser Punkt ist enorm wichtig, denn er sichert Planungssicherheit für Versicherte, Patienten, Vertragsärzte und Kassen.
- Ergänzende Verträge sind auf allen Ebenen möglich. Sie setzen auf den Kollektivverträgen auf und dienen vorrangig der Verbesserung des sektoren- und fachübergreifenden Versorgungsgeschehens bei chronischen Erkrankungen. Vertragspartner können je nach Ausgestaltung einzelne Kassen oder Kooperationen von Kassen und Arztgruppen, Ärzte- und Berufsverbände sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Nachgewiesene Versorgungsverbesserungen sind in den Kollektivvertrag einzubeziehen.

- Versorgungssteuerung erfolgt rational durch Überweisungsvorbehalte, Eigenbeteiligung der Patienten und einer Vertragspolitik von Ärzten und Krankenkassen, die dem Ziel der Versorgungsverbesserung verpflichtet ist.
- Zur Identifizierung von Versorgungsdefiziten und um einen Gesamtüberblick über die aktuelle Versorgungsstruktur mit allen Vertragsmodellen zu ermöglichen und diese zu evaluieren, fordert die KBV die Einrichtung eines Gesundheitsrats, im dem alle an der Versorgung Beteiligten mitwirken.



Dr. Andreas Köhler: Gesundheitsrat soll Versorgungsdefizite ermitteln.

KÖHLER: „Basis der ambulanten ärztlichen Versorgung bleibt unverrückbar der Kollektivvertrag. Dieser wird allerdings differenziert und ergänzt durch selektive Verträge. Das setzt den ungeteilten Sicherstellungsauftrag für die KVen voraus, den zu übernehmen wir bereit sein sollten, sofern man unsere Forderungen erfüllt.“

IM AKTUELLEN realpolitischen Umfeld ist dieses Modell leider nicht mehr als eine Sandburg, liebevoll um den Wehrturm des Kollektivvertrages erbaut und mit den Zinnen „ergänzender Verträge“ gekrönt, die Bewunderung findet, bis die unsanfte Flut der Wirklichkeit sie einebnet.

Keine Rückkehr zum budgetierten Verteilungssystem

ZUDEM GIBT dieses Modell keine Antwort auf die brennenden Fragen der gerechten Verteilung und der leistungsentsprechenden Honorierung der niedergelassenen Ärzte. Es ist ein Organisations- und Strukturmodell, in dem die KBV eine zentrale und die KVen eine geringere regionale Rolle spielen. Dabei gilt für den KBV-Vorsitzenden: „Eines ist allerdings sonnenklar: Die Ärzteschaft lehnt die Rückkehr zu einem budgetierten Verteilungssystem, das sich nicht am Versorgungsbedarf, sondern an völlig versorgungsfremden Kriterien orientiert, vehement ab.“



BMG-Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder: System der KVen kann nicht ersetzt werden.

AM ENDE STAND eine Mahnung an die Vertreterversammlung: Die gemeinsame Außendarstellung gegenüber der Politik, dem Gesetzgeber und der Vertragsärzteschaft muss klare und einheitliche Botschaften transportieren. Und Interessenkonflikte sind offenzulegen. Vertreter des KV-Systems, die gleichzeitig Funktionäre von Gruppierungen sind, die im Wettbewerb um Verträge stehen, müssen diese Interessen offenlegen. Es müssen klare Regelungen geschaffen werden, wie in solchen Fällen damit verfahren wird.

IN VERTRETUNG VON Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt nahm ihr Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder zur Eröffnung des

Ärztetages auch Stellung zur Frage des Sicherstellungsauftrages: „Ich vermisse bei der aktuellen, von einigen Politikern mit populistischen Hintergedanken angeheizten Diskussion um die Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen, worum es im Kern geht: Um eben die Daseinsvorsorge – genauer gesagt, um den Rechtsanspruch der Versicherten in Deutschland auf einen uneingeschränkten und diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung. Das System der kassenärztlichen Vereinigungen hat die Aufgabe, die wohnortnahe ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Wenn das System nicht mehr optimal funktioniert – was offensichtlich der Fall ist – dann müssen wir uns fra-

gen: Wer kann garantieren, dass der Rechtsanspruch auf medizinische Versorgung Tag und Nacht erfüllt wird?“

ES WAR eine dicke Lanze, die das Bundesgesundheitsministerium an diesem Tag für die KVen brach: Denn weder der Staat, dem es an Einsicht in regionale Gegebenheiten, an medizinischem Fachwissen oder Kompetenz bei Fragen der Versorgungssicherung, Honorarverteilung oder Qualität der ärztlichen Leistung mangelt, noch die Kassen, deren Mittelaufbringung aus gutem Grund von der Versorgung getrennt wurde, könnten diesen Rechtsanspruch durchsetzen. Schröder: „Nein, für mich sind dies keine Alternativen. Ich bin der Überzeugung, dass die Feinsteuerung der ärztlichen Versorgung am besten möglichst nah vor Ort durch die gemeinsame Selbstverwaltung gewährleistet werden kann. Hier haben die kassenärztlichen Vereinigungen auch in Zukunft eine zentrale Funktion.“

BEI ALLEM DANK für diese Zukunftsgarantie der Selbstverwaltung wäre dem Staatssekretär doch vorzu-

halten, dass trotz zugegebener „mangelnder Kompetenz“ in Fragen der Honorarverteilung im Zuge der aktuellen Reform den KVen so stringente Vorgaben gemacht wurden.

Kein rein wettbewerbliches Modell

AUCH ZU den Fragen des Kollektivvertrages nahm Schröder Stellung: „Zudem bin ich der festen Überzeugung, dass neue, auch sektorenübergreifende Versorgungsangebote das Kollektivvertragssystem ergänzen müssen und werden. Integrierte Versorgungsmodelle, hausarztzentrierte Angebote und Medizinische Versorgungszentren werden ihren Beitrag an der Verbesserung der Versorgung erhöhen. Einzelverträge können genutzt werden, um beispielsweise in der hausarztzentrierten Versorgung höhere Qualitätsanforderungen zu vereinbaren und besser zu vergüten, aber auch, um mehr Service für die Patienten zu bewirken. Eine vollständige Ablösung des kollektivvertraglichen Systems durch ein rein wettbewerbliches Modell halte ich jedoch für illusorisch.“

AN DIESEN TAGEN Mitte Mai in Mainz blieben bundesweit viele Praxen geschlossen. Den Protest gegen eine Honorarreform, die durch Umverteilung niedergelassene Ärzte in ihrer Existenz bedroht, piffen lautstark demonstrierende Augenärzte den Delegierten und Gästen in die Ohren. Im Saal wurde über die Zukunft des KV-Systems diskutiert. Der Versuch, seine Daseinsberechtigung allein auf der Rückkehr zu einem umfassenden Kollektivvertrag aufzubauen, ist obsolet. Die Politik – und wohl auch die Krankenversicherung – wollen auf die KVen als Garanten des Sicherstellungsauftrags nicht verzichten. Vielleicht können sie es auch gar nicht. Die Strategie der kommenden Monate im Vorfeld der Bundestagswahl darf sich jedoch nicht nur auf Forderungskataloge beschränken. Die bundesdeutsche Gesundheits-Versorgungslandschaft hat sich verändert. Den realen Gegebenheiten und den zu erwartenden Entwicklungen ist Rechnung zu tragen, um ein zeitgemäßes Selbstverständnis zu entwickeln und nicht als Lückenbüßer für unbeliebte und ungeliebte Restaufgaben zu enden. Diese Chance wurde nicht genutzt. ✓

GESUNDHEITSFONDS NEU ÜBERDENKEN

Der Gesundheitsfonds muss grundsätzlich neu überdacht werden, fordern die Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages: „Die Krankenkassen sollten bis auf Weiteres ihre Beitragssätze wieder selber festlegen können, um auf die Wirtschaftskrise flexibel und effizient reagieren zu können.“

„Mit begrenzten Mitteln kann kein unbegrenztes Leistungsversprechen finanziert werden“, erklärte der Ärztetag. Der Leistungsumfang der GKV müsse auf das den Grundsätzen des Sozialgesetzbuchs V entsprechende Maß zurückgeführt werden. „Wellness-Angebote oder andere ‚Lockvogel‘-Angebote mögen zwar den Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenkassen dienen, führen jedoch zu einer Überforderung des Solidarsystems. Statt Zweckentfremdung von Solidarbeiträgen für Krankenkassenwettbewerb, Rationierung und Einführung von Zwei-Klassen-Medizin befürwortet der Deutsche Ärztetag eine transparente Differenzierung des Versorgungsspektrums in eine Regelversorgung, die den Grundsätzen der GKV entspricht sowie darauf aufbauende zusätzliche Versorgungsangebote.“

Angesichts der Weltwirtschaftskrise appellieren die Delegierten an den Gesetzgeber, an problemorientierten und dem Primat des Patientenwohls verpflichteten Lösungen zu arbeiten. „Dabei drückt die deutsche Ärzteschaft ihr Unverständnis aus, mit welcher Geschwindigkeit und Leichtigkeit die Politik Milliardensummen zur Kompensation einer fehlgeleiteten Finanzpolitik und zur Konsolidierung von Banken und Unternehmen aufwendet, während Patienten, Ärzte und Bürger unseres Landes seit Jahren heftig um vergleichsweise kleine Zuwächse an den Finanzmitteln der GKV kämpfen müssen.“

Ärztammerpräsident fordert Rangfolge für ärztliche Behandlungen

Gesundheitsrat soll Patienten nach Behandlungsnotwendigkeiten in Gruppen einteilen

„Manchmal schmerzt die Wahrheit, aber manchmal muss man auch den Mut haben, sie trotzdem auszusprechen. Ich weiß, dass ich mit meinen Ausführungen zur Priorisierung ein Tabu gebrochen habe – und zwar das Tabu, das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik nicht in Frage zu stellen.“ So begann der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, seine Eröffnungsrede zum 112. Deutschen Ärztetag in Mainz. Es wurde mehr als ein Tabubruch – es wurde eine Grenzüberschreitung in Richtung der Forderung nach Rationierung medizinischer Leistungen.

Der Ärztepräsident erläuterte seine Wort-Neuschöpfung: „Im Prinzip bedeutet Priorisierung, dass ärztliches Handeln in Diagnostik und Therapie im Rahmen der zur Verfügung stehenden Leistungsmöglichkeiten eine Auswahl trifft, welche Therapiemöglichkeiten für welche Patienten in Zukunft zur Verfügung stehen und worauf unter Umständen verzichtet werden muss. Unter Priorisierung versteht man die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen in einer Rangfolge angeordnet werden.“

UND BEISPIELHAFT führte Hoppe das schwedische Beispiel an, wo nach 15-jähriger Diskussion vier Priorisierungsgruppen verabschiedet wurden:

„Dies sind

- die Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten und solcher, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidität führen, sowie die palliativmedizinische Versorgung;
- Prävention und Rehabilitation;
- die Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen;
- und die Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden.

WICHTIG SCHEINT MIR dabei auch der Hinweis, dass sich die Schweden für Priorisierung entschieden haben,

obwohl sie ungefähr neun Prozent des Bruttoinlandsproduktes für Gesundheits-

versorgung ausgeben. Wir hier in Deutschland geben nur etwa 6,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für die gesetzliche Krankenversicherung aus. Und trotzdem wird erwartet, dass wir das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik tagtäglich erfüllen. Diesen zerstörerischen Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit halten wir in der täglichen Praxis nicht länger aus – und wollen ihn auch nicht länger aushalten!“

IN DIESEM Zusammenhang fordert der Bundesärztekammerpräsident die Errichtung eines Gesundheitsrates, in dem Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomern, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern Empfehlungen für die Politik entwickeln, wie es zu einer gerechteren Verteilung der knappen Mittel kommen kann.

PROFESSOR DR. HOPPE droht nicht mit der sogenannten „Priorisierung“, sondern er fordert sie mit der Einrichtung des Gesundheitsrates. Allerorten in Politik und Gesellschaft schlugen die Wellen der Empörung zu hohen Schaumkronen. Dies, so die einhelligen Stellungnahmen, wolle man auf keinen Fall.

DOCH WAS WIRD, wenn die zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehenden Mittel noch knapper werden? Kommt dann die Priorisierung und ist die Ärzteschaft wehrlos gegenüber dieser Triage, die ihr Präsident schließlich selbst öffentlich verlangte? Will er die Verantwortung für rationierende Maßnahmen nur von den Schultern der Ärzte auf die der Politik verlagern?

SICHER IST, mit diesem in dieser Form vorgetragenen Vorschlag ist der Rubikon überschritten. Es ist etwas in der Welt, hinter das man nicht mehr zurück kann. Auch wenn Professor Hoppe es so nicht gemeint haben will, sondern nur eine Diskussion anregen wollte.



Für das Gesundheitssystem stehen ausreichende Mittel zur Verfügung

Gesundheitsfonds ist ein Schritt zur gerechteren Belastung der Bürger

Dank Gesundheitsfonds gut gerüstet für die durch die Banken- und Wirtschaftskrise belastete Gegenwart zeige sich das bundesdeutsche Gesundheitssystem. Was an Einnahmen aus Löhnen und Gehältern verloren gehe, werde aus Steuermitteln ausgeglichen. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zeigte sich beim Hauptstadtkongress 2009 „Medizin und Gesundheit“ in Berlin argumentativ gut gewappnet gegen Vorwürfe, der Fonds gehöre in die Ablage der gescheiterten Reformen.

Es gelte im Gesundheitswesen die Regel, so die Ministerin, dass immer, wenn eine neuerliche Reform angekündigt werde, vehement für den Bestand der bestehenden Regelungen eingetreten werde, gleich, mit welcher Vehemenz sie auch zuvor bekämpft worden seien. Der Gesundheitsfonds werde mit 11,8 Milliarden Euro aus Steuermitteln im kommenden Jahr gestützt. Weitere 6,3 Milliarden Euro ermöglichten eine Absenkung der Beiträge um 0,6 Prozent. Offiziell als zinslose Darlehen der

Staatskasse an die GKV ausgewiesen, müsse doch die künftige Bundesregierung entscheiden, ob die Rückzahlung verlangt werde. Heute ließe sich dazu keine verbindliche Aussage machen.

ULLA SCHMIDT VERTRAT in Berlin einmal mehr die Meinung, an der Finanzierung der GKV müssten sich alle Bundesbürger beteiligen. Deshalb sei es eine partiell ausgleichende Gerechtigkeit, neben den Löhnen und Gehältern der abhängig Beschäftigten zur Finanzierung des Gesundheitsfonds auch Steuermittel in Anspruch zu nehmen, die aus selbstständiger Arbeit und Kapitaleinkünften resultierten. Im zweigeteilten Gesundheitsmarkt seien schon jetzt die Risiken unausgewogen verteilt, da die PKV diese ablehnen, die GKV jedoch diese Selektion nicht vornehmen könne.

HIER HABE die Gesundheitspolitik die Aufgabe, den Versuch zu unternehmen, ausgleichend zu wirken. Bei der Abwägung, was für die Lebens-

planung und die Lebensgestaltung der Bundesbürger von Bedeutung sei, komme sicherlich der Erwerbsarbeit eine vorrangige Bedeutung zu. Doch darauf folge gleich – wenn schon nicht auf Augenhöhe – die medizinische Versorgung und die pflegerische Versorgung. Dies werde in der Konsequenz aus medizinischem Fortschritt und demografischer Entwicklung auch in Zukunft immer mehr Geld kosten. Darauf habe sich diese Gesellschaft einzurichten.

DIE MINISTERIN sieht durchaus die Notwendigkeit, dass einige Kassen Zusatzbeiträge erheben müssen. Sie seien vor der Einführung des Fonds nicht so gut aufgestellt gewesen wie andere und hätten diesen schlechteren Start jetzt auszugleichen. Dies werde auch zu Fusionen führen, aus denen dann effizientere Kassen mit besserer Risikostruktur hervorgingen. Applaus im vollbesetzten Saal des Berliner Congress-Zentrums beim Fazit der Bundesgesundheitsministerin: „Im Gesundheitswesen ist jeder Euro besser angelegt als bei Lehmann Brothers.“

INFORMATIONEN KOMMEN AN

In einer aktuellen Emnid-Umfrage (Stand: 20. Mai 2009) zeigt sich, dass Versicherte und Patienten sich den Argumentationen der niedergelassenen Ärzte zum Gesundheitsfonds und zur Honorarreform zunehmend anschließen. So sind nur 13 Prozent mit ihrer medizinischen Betreuung nach der Einführung des Gesundheitsfonds zufrieden, aber zwei Drittel beklagen eine spürbare Verschlechterung.

Das Protestmittel der Ärztestreiks akzeptiert die Mehrheit der Befragten. 57 Prozent äußerten ihr Verständnis, 41 Prozent zeigten sich ablehnend. Konsens besteht, dass diese Gesundheitsreform verändert werden muss.

Bei der Frage nach Leistungsbeschränkungen fiel das Votum eindeutig aus. Nur 28 Prozent sehen dies als Mittel zur Einsparungen von Ausgaben, 67 Prozent hingegen schlossen jede Bereitschaft zum Verzicht aus. Dabei sind die Bundesbürger durchaus realitätsbewusst: 90 Prozent sagen, für die Gesundheitsversorgung werde immer mehr Geld ausgegeben werden müssen.

Nach der Bundestagswahl stehen weitere Reformen auf der Tagesordnung

Tag der Niedergelassenen in Berlin ohne Ärzteproteste

Es war die Abschiedsvorstellung der Tournee des Diskussionszirkusses „Gesundheitsfonds und Honorarreform“ nach Talkshow-Runden in den Medien, nach Interviews für die Tagespresse und Periodika, nach KBV-Vertreterversammlung und Ärztetag, dieser Tag der Niedergelassenen am letzten Freitag des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit am 29. Mai. Deutlich ermattet nach kräfte- und argumentezehrenden Rechenschaftsberichten, Ansprachen, Grußworten und Podiumsdiskussionen wurde ein Pflichttermin lustlos absolviert. Doch wichtiger als die Beiträge war im Congresszentrum der Bundeshauptstadt das, was ungesagt blieb.

Die rund 400 Besucher verloren sich im großen Saal, auf dessen Podium sich KBV und Politik zum Thema „Ambulante Versorgung 2020 – Verplant, verkauft, verstaatlicht“ zusammenfand. Ein Thema, das eigentlich keines ist – denn wer will schon den Blick in eine so ferne Zukunft wagen, wenn nicht einmal bekannt ist, was die Wochen nach der Bundestagswahl an neuerlichen Reformversuchen bringen werden. Und so wurde über dieses Thema auch gar nicht gesprochen. Nachdem die Herren Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender der KBV, Dr. Hans Georg Faust, MdB CDU, Daniel Bahr, MdB FDP und Franz Knieps, Abteilungsleiter Krankenversicherung im Bundesministerium für Gesundheit, ihre Statements abgeliefert hatten, blieb dazu einfach keine Zeit.

DER MODERATOR, Wolfgang van den Berg, Chefredakteur der Ärzte

Zeitung, insistierte hier ebenso wenig wie zuvor bei den Statements. Es war wie bei einem Pizza-Service: Geliefert wurde, was schon so oft bestellt worden war. Der Vollständigkeit halber hier in der Zusammenfassung. Dr. Köhler: „Die Gesetzgebung hat unter dem Segel Wettbewerb in den vergangenen zehn Jahren eine Regelungstiefe erreicht, die sich in die ärztliche Selbstverwaltung und in das

wolle. Daniel Bahr (FDP) sah im Gesundheitsfonds ein Globalbudget, mit dem den KVen zusätzliche Aufgaben übertragen würden, dies aber mit beschränkten Möglichkeiten, sie auch zu erfüllen. Und er prognostizierte gleich noch für den Herbst ein gigantisches Defizit der Kassen mit hitzigen Diskussionen um Finanzierung und Leistungskatalog.



Podiumsdiskussion ohne Überraschungen: Bekannte Gesichter und bekannte Argumente.

Arzt-Patienten-Verhältnis einmisch. Seit 1998 haben wir das Gefühl, dass der Staat die Aufgaben der Selbstverwaltung übernimmt.“ Franz Knieps (BMG) teilt selbstverständlich diese Auffassung nicht: „Das ist ein Wahn, das Ministerium wolle das Gesundheitssystem so tief beeinflussen und steuern. Es sind die Akteure im Gesundheitswesen, die an Wochenenden das Ministerium beschuldigen und die Fahne des freien Berufs schwenken, an den Tagen in der Woche mit immer neuen Vorschlägen kommen, was denn bitte noch gesetzlich geregelt werden müsse.“

AUCH WAS ZU SAGEN hatten die Bundestagsabgeordneten. Dr. Hans Georg Faust (CDU) erklärte, er sei mit den Reformschritten nicht ganz unzufrieden, aber es müsse die Frage gestellt werden, was der Patient denn

FRANZ KNEIPS mochte da nicht länger in Beliebigkeiten verweilen und griff ins Nähkästchen der Honorarreform. Die Pauschalen seien schließlich von der Ärzteschaft gefordert worden und resultierten nicht aus der Absicht des Ministeriums. Daran und an den Regelleistungsvolumen müsse jetzt nach den ersten Erfahrungen kräftig gearbeitet werden. Es sei ein großer Fehler gewesen, im Vorfeld ständig zu kommunizieren, jeder Arzt könne mit einer Honorarerhöhung von rund zehn Prozent rechnen. Da seien Erwartungen geweckt worden, die so auch gar nicht erfüllt werden sollten.

AUCH DR. KÖHLER gab recht unwunden Fehler der KBV zu. Zwischen den Zeilen war zu hören, die recht einseitige Verteilung der Honorarerhöhung zumeist zu Gunsten der

neuen Bundesländer und zu Lasten insbesondere Bayerns und Baden-Württemberg werde wohl noch einmal zu überdenken sein. Franz Knieps bremste da etwas ab, ein Zurück sei – wenn überhaupt – nur sehr schwer noch möglich. Sicher werde es nach der Bundestagswahl auch neue Debatten zu den Selektivverträgen geben, damit nicht die einen die Rosinen, die anderen nur die Krümel des Honorarkuchens bekämen. Hier müssten die KVen und andere Kooperationen Versorgungskonzepte anbieten, denn dieser Wettbewerb sei wünschenswert.

DER APPENDIX „Tag der Niedergelassenen“ zum schon traditionellen Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“ blieb insgesamt ein recht blinder Darm. Hatten Augenärzte in Mainz vor der KBV-Vertreterversammlung noch temperamentvoll und lautstark ihrem Protest mit Trillerpfeifen Atem verliehen, blieb der Aufstand der medizinischen Plebejer in Berlin aus. In dieser Glocke bedeutungsschwerer Entscheidungen, mit denen gesundheitspolitische Geschichte geschrieben werden soll, kommt das Fußvolk nicht mehr vor. Der Insiderblick wird zum Tunnelblick, der die Realitäten in den

Provinzen ausgrenzt. Möglicherweise hat ein gesundheitspolitischer Kommentator Recht, der in so enger räumlicher Nähe und Teilhaftigkeit an der politischen Macht die Ursachen für diese theoriebezogene Kopflastigkeit ausmacht.

PODIUMSDISKUSSIONEN dieser Art sind völlig ungeeignet, um Entwicklungen zu befördern. Es sind ja keine Gespräche miteinander in – nachdenklicher – Abwägung der gegenseitigen Argumente, sondern es werden Statements abgeliefert, als sei jeder der Disputanten sein eigener Mose mit den in Stein gehauenen zehn Geboten der Gesundheitspolitik. Für diese Form reicht es aus, die Namensschilder vor die Stühle zu stellen. Da weiß dann schon jeder, was kommen wird.

DABEI HAT die Thematik nichts von ihrer Brisanz verloren: Wie muss ein Gesundheitswesen gestaltet und geordnet sein, in der jeder Versicherte die bestmögliche medizinische Versorgung erfährt und die Leistungserbringer adäquat ihrer Leistungen gerecht bezahlt und belohnt werden? Dieser einzig substantielle Brocken schwimmt mittlerweile in einer so großen und ungenießbaren Brühe aus



Gedankenaustausch in der Speaker's Corner am Stand der KBV.

politisch-theoretischen Modellen, Verordnungen, bürokratischen Belastungen und Kontrollzwängen, dass er nicht mehr zu finden ist. Die Angst beherrscht die Szene: Wollten wir wirklich die Gesundheitspolitik wieder vom Kopf auf die Füße stellen, was alles müsste dann geändert werden, an dem wir so mühsam mitgedacht und formuliert haben. Und was würde dann aus uns, die wir den Schein erwecken, dies alles noch verstehen und deuten zu können?

DIESER EINDRUCK dominierte den Tag der Niedergelassenen und diese damit so typische Podiumsdiskussion. Es schien, als wehe leise eine Liedzeile von Konstantin Wecker durch den fast leeren Saal: „Denn so schnell verfällt ins Allgemeine, was zuvor doch ganz besonders war.“

STEUERZUSCHÜSSE WERDEN NOTWENDIG

Als Folge der negativen Entwicklung am Arbeitsmarkt wird das lohnzentrierte Sozialversicherungssystem und die GKV im Besonderen ein rezessionsbedingtes Finanzierungsproblem bekommen. Diese Ansicht vertrat Professor Bert Rürup, ehemals Mitglied des Sachverständigenrats und heute beim Finanzdienstleister AWD, beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2009.

Allerdings treffen konjunkturelle Schwankungen den Gesundheitsmarkt weitaus weniger stark als andere Bereiche, da die Ausgaben maßgeblich über Zwangsabgaben finanziert werden. Seit der Einführung des Gesundheitsfonds gelte dies noch ausgeprägter. Einbrüche am Arbeitsmarkt, die zu sinkenden Beitragseinnahmen führten und an Ärzte und Krankenhäuser oder als Beitragssatzerhöhungen an Beitragszahler weitergegeben wurden,

müssten nun durch garantierte Leistungen aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden. Notwendig dazu seien Steuerzuschüsse zur Liquidität.

Rürup: „Die Gesundheitswirtschaft ist aufgrund ihrer im Verhältnis zu anderen Branchen geringen Vorleistungs- und Exportquoten tendenziell weniger stark Schwankungen der Auslandsnachfrage und folglich auch weniger stark von der Finanz- und Wirtschaftskrise betroffen als zum Beispiel das verarbeitende Gewerbe. Das Gesundheitssystem ist mithin ein gesamtwirtschaftlicher Stabilisator. Das ist aber nur ein schwacher Trost. Denn die finanzseitigen Unzulänglichkeiten der Gesundheitsreform 2007 sind so eklatant, dass für mich eine Gesundheitsreform 2010 – nicht zuletzt als Folge der unabweisbaren gesamtstaatlichen Konsolidierungsnotwendigkeiten – so sicher wie das Amen in der Kirche ist.“



„Zweitmeinungsverfahren“ als Instrument der Kostendämpfung

Keine kurzfristige Klärung der Honorierung

Mit dem GKV-WSG von 2007 hat der Gesetzgeber in Paragraph 73d SGB V den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die „Verordnung besonderer Arzneimittel“ in den Arzneimittel-Richtlinien nach Paragraph 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu regeln und das Nähere zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, Patientengruppen, zur qualitätsgesicherten Anwendung und zu den Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie (entsprechend Paragraph 73d Absatz 2 SGB V) für die jeweiligen Arzneimittel festzulegen. Des Weiteren hat der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie zu regeln. In den Richtlinien soll vorgesehen werden, dass die erstmalige Verordnung sowie eine Wiederholung der Verordnung nach Ablauf einer bestimmten Frist in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie erfolgt, soweit dies zur Gewährleistung der Patientensicherheit, des Therapieerfolgs oder der Wirtschaftlichkeit erforderlich ist.

Als besondere Arzneimittel gelten „insbesondere Spezialpräparate“, das bedeutet Arzneimittel mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotential, bei denen „aufgrund der besonderen Wirkungs-

weise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das Übliche hinausgehen“...

DEN SCHACHTELSATZ hätte sich der Gesetzgeber sparen können. Wie üblich hat der Gesetzgeber keine Ahnung von der Qualität der verordnenden Ärzte. Ehrlicher wäre gewesen, er hätte die Argumentation niedergeschrieben, mit der Ministerin Schmidt diese Bestimmung kommuniziert: Das Zweitmeinungsverfahren soll ein Instrument der Kostendämpfung sein. Dazu wird es aber ebenso wenig taugen wie die gleichzeitig eingeführte Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG.

DER BUNDESAUSSCHUSS, der das Verfahren kurz und prägnant Zweitmeinungsverfahren nannte, hat sich in mehreren Sitzungen 2007 und 2008 mit der Thematik befasst und als Erstes Bestimmungen zur Behandlung von Sonderformen der pulmonal arteriellen Hypertonie mit den nachfolgend angeführten Wirkstoffen getroffen: Bosentan, Iloprost zur Inhalation, Sildenafil, Sitaxentan, Treprostinil und Ambrisentan. Die Arzneimittelkosten betragen bis zu 110.000 Euro pro Jahr, in Einzelfällen noch weit mehr.

DAS BMG hat diese Bestimmungen nicht beanstandet, sie sind zum 1. April 2009 als Bestandteil der neuen Arzneimittelrichtlinien in Kraft getreten.

DIE KVBW hat die Ärzte der angesprochenen Facharztgruppen (Pneumologen, Kardiologen, Kinderkardiologen) angeschrieben mit der Bitte, sich bei Erfüllung der Kriterien mit der KVBW in Verbindung zu setzen. Die Vergütung für diese Ärzte ist noch nicht geregelt, mit einer kurzfristigen Klärung ist nicht zu rechnen. Damit wird dieses Verfahren vorerst nicht umgesetzt. Damit wird leider auch der positive Aspekt vorläufig nicht zum Tragen kommen: Der nach verordnende Arzt haftet bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht für diese Verordnungen. Sobald die Vergütung geklärt ist, wird Kontakt zu den Kollegen, die sich gemeldet haben, aufgenommen.

DAS BMG hat zwischenzeitlich erkannt, dass das sehr bürokratische Verfahren für die Zukunft eher nicht geeignet ist, weitere relevante insbesondere onkologische Indikationen zu regeln. Es hat deshalb am 2. April 2009 einen Expertenworkshop im Ministerium durchgeführt, als dessen Ergebnis sich eine Änderung der Regelungen ergeben kann. Vorerst wurde im März der Begriff „Zweitmeinung“ getilgt, er wurde in der Richtlinie ersetzt durch „Beurteilung“, der Begriff „Zweitmeinungsverfahren“ durch „Verfahren zur Beurteilung besonderer Arzneimittel“ ergänzt.





Vertreterversammlung wurden Zahlen zur Honorarreform vorgelegt

Ärzte in Baden-Württemberg müssen Honorardesaster befürchten

Die Honorarreform hat bei den Ärzten zu großer Verunsicherung und Wut geführt. Mit Praxisschließungen und Demonstrationen haben sie ihrem Unmut Luft gemacht – meist mit großem Presseecho. Wie die Verwerfungen unter den Arztgruppen aussehen und wie die Konvergenzphase umgesetzt werden kann, diese Themen dominierten auch die Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg am 29. April. Konkrete Zahlen zur Honorarreform sind dort anhand einer Echtabrechnung vorgelegt worden.

Während es in den vergangenen beiden Vertreterversammlungen zu tumultartigen Szenen kam, schien die Stimmung diesmal gefasster. Es wurde ein ruhiger Austausch der Argumente in der Absicht, geeignete Protestmaßnahmen zu konzipieren. Die Zeit seit den beiden letzten turbulenten Vertreterversammlungen sei von den Anstrengungen der Ärzte gekennzeichnet gewesen, ihre Honorarsituation in der neuen Welt der RLV

zu begreifen, sich die Konsequenzen für die eigene Praxis klarzumachen und die Unerträglichkeit der Gegebenheiten nicht einfach zu schlucken, sondern protestierend nach Auswegen zu suchen, schilderte Dr. Birgit Clever, Vorsitzende der Vertreterversammlung, die Situation in ihrer einleitenden Rede.

„**GRUNDLEGENDE** Richtungsänderungen stehen an und vertragen keinen Aufschub mehr, sagte Dr. Clever weiter, „aber in einem politischen System, das von einer Finanzkrise erschüttert ist, getraut sich letztlich fast kein Politiker, sich systematisch festzulegen.“

VON EINER Ausnahmesituation seit Versand der Regelleistungsvolumen sprach der Vorstandsvorsitzende Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer. In der aktuellen Politik herrsche ein Dilemma in der Glaubwürdigkeit und der Darstellung von Zahlen. So beispielsweise bei der Anzeigenkampagne des Bundesgesundheitsministeri-

ums, bei der die Honorare der Ärzte aus dem Jahr 2009 verfälschend in Relation zum Jahr 2007 gesetzt worden waren. Diese Zahlen seien zwar nicht angreifbar, so Dr. Hoffmann-Goldmayer. Verschwiegen worden sei dabei aber, dass die Ärzte in Baden-Württemberg mit einem Realverlust von 3,5 Prozent im Jahr 2009 zum Jahr 2008 rechnen müssten. (Gegen diesen „Affront der Politik gegen die Ärzteschaft“ hatte sich die KV Baden-Württemberg mit Informationen in der Presse gewehrt)

„AFFRONT DER POLITIK
GEGEN DIE ÄRZTESCHAFT“

DASS DIE DÜSTEREN Prognosen der Honorarverluste tatsächlich eingetreten sind, konnte Dr. Wolfgang Herz anhand von Echtzahlen der ersten Abrechnung des Quartals 1/2009 schwarz auf weiß vorstellen.

Diese, so Herz, habe zu einem „destruktiven Ergebnis“ geführt. Nach der Echtabrechnung, in die inzwischen 11.639 Praxen (etwas mehr als 90 Prozent der Ärzte) einbezogen sind, würden 65 Prozent aller Praxen zu den Verlierern der Honorarreform gehören, 35 Prozent der Ärzte gewinnen hinzu. Besonders betroffen von den Verlusten wären beispielsweise die Augenärzte (94 Prozent), die Orthopäden (93 Prozent), die Hals-Nasen-Ohrenärzte (89 Prozent) und die Chirurgen (79 Prozent). Verluste hinnehmen müssen auch die Hausärzte, 84 Prozent von ihnen müssten mit Einbußen rechnen. Zwar hatte es sich die KV Baden-Württemberg zum Ziel gesetzt, mit einer Konvergenzregelung die Ärzte vor einem Verlust von mehr als fünf Prozent zu schützen. Zu schaffen wäre diese ohne weiteres Geld jedoch nur, wenn „fast alle Kollegen ins Minus gesetzt werden, auch die, die jetzt 20 Prozent Gewinn haben“, erklärte Dr. Herz.

ZUDEM ERSCHWEREN neuere Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses die Umsetzung der Konvergenz zusätzlich. Die Konvergenzphase darf nicht versorgungsübergreifend wirken, mit anderen Worten, die Fachgruppen der Haus- und Fachärzte müssen getrennt betrachtet werden, die Verluste können nicht über die Honorartrennung Hausarzt/Facharzt hinweg korrigiert werden und auch die genehmigungspflichtige Psychotherapie darf nicht in die Konvergenzphase einbezogen werden, das heißt, Gewinne hier würden nicht den anderen Fachgruppen zugute kommen.

DER VORSTAND der KVBW ist mit diesen katastrophalen Zahlen schon beim baden-württembergischen Ministerpräsidenten Günther Oettinger vorstellig geworden, der zugesagt hat, mit konkreten Zahlen in der Hand politisch aktiv zu werden.

IM ANSCHLUSS an die Vertreterversammlung hat der Vorstand der KVBW alle Hebel in Bewegung gesetzt und auf vielen Ebenen Gespräche geführt, Daten und Zahlen vorgelegt und für die Mitglieder gekämpft, um Korrekturen an der bundesweiten Honorarreform zu erreichen, die viele der Kolleginnen und Kollegen in Baden-Württemberg zu Verlierern macht. Inzwischen wurden die Bemühungen des KVBW-Vorstandes, der permanent bei Politikern auf Bundes- und Landesebene interveniert hat, um die dramatischen Folgen der Honorarreform für die Ärzte Baden-Württembergs abzufedern, von Erfolg gekrönt: Wie Ministerpräsident Günther Oettinger mitteilte, stellt Bundeskanzlerin Angela Merkel für die Ärztehonorare in Baden-Württemberg rund 140 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung. Damit wird die Höhe der Gesamtvergütung des Jahres 2008 erreicht (siehe Seite 2).

Bundesministerium für Gesundheit



Zwischen Arzt und Patient darf nur eines zählen: Vertrauen.

www.bmg.bund.de

Die Bundesregierung will eine gute ärztliche Versorgung in allen Regionen Deutschlands, in Stadt und Land, in Ost und West. Dazu gehört eine angemessene Vergütung der Ärztinnen und Ärzte in ganz Deutschland. Die Honorare der Kassenzurückversicherer steigen deutlich. 2009 erhalten sie im Vergleich zu 2007 rund 3,8 Milliarden Euro mehr an Vergütung und insgesamt über 32 Milliarden Euro von allen gesetzlichen Versicherten.

Vieles ist neu an dem System der ärztlichen Honorare, und einiges müssen die Vertreter der Ärztinnen und Ärzte noch besser gestalten als bisher. Das ist ureigere Angelegenheit der Selbstverwaltung in den 17 kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen in Deutschland. Weil das in einigen Regionen noch nicht so gut angefallen wurde wie erwartet, protestieren insbesondere Fachärzte gegen vermeintliche Fehler der neuen Honorarordnung.

Bei allem Verständnis für ein Einreten in eigener Sache, eines geht ganz sicher nicht: Patienten abweisen, Praxen schließen oder Vorkasse verlangen. Solche Maßnahmen verstoßen gegen das Gesetz und Betroffene sollten in einem solchen Fall umgehend ihre Krankenkasse informieren.

Ärztinnen und Ärzte sollten sich nicht zu verfehlten Protestmaßnahmen verleiten lassen. Sie machen jetzt ihre Abrechnung für das erste Quartal des Jahres 2009, Ende Mai wird die jeweilige kassenärztliche Vereinigung dann auf Euro und Cent vorrechnen, wie die Vergütung tatsächlich gelaufen ist. Erst dann wird klar werden, wie das neue System in allen seinen Teilen tatsächlich funktioniert.

Niemand kommt zu kurz – im Gegenteil.
Die Fakten für Baden-Württemberg:

- Nach Baden-Württemberg fließen 2007 Kassenzurückversicherer von 3,683 Milliarden Euro.
- Nach Baden-Württemberg fließen 2009 Kassenzurückversicherer in Höhe von mindestens 3,874 Milliarden Euro.
- Damit steigen in Baden-Württemberg die Honorare zwischen 2007 und 2009 um 191 Millionen Euro, der durchschnittliche Honorarzuwachs liegt bei 5,2% oder je Kassenzurückversicherer bei rund 9.700 Euro.

Das ist viel Geld. Es wird aufgebracht von den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen, von denen viele in der wirtschaftlichen Krise um die Zukunft ihres Arbeitsplatzes fürchten. Die Beitragsmittel fließen von den Krankenkassen an die kassenärztlichen Vereinigungen. Nun ist es allein Aufgabe der Ärzte, und nicht etwa der Bundesregierung, das Geld auch fair zu verteilen.

Die Bundesregierung appelliert an die Vernunft aller Beteiligten: Ergreifen Sie die Chancen der neuen Honorarordnung, und nutzen Sie die gegebenen Möglichkeiten, vorhandene Stärken zu beibehalten. Damit sich die Gespräche in den Praxen wieder um das Einzige drehen, was zählt: die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten.

Eine Anzeigenkampagne der Bundesregierung in zahlreichen deutschen Tageszeitungen hatte das Ziel, die KVBW-Kampagne „Stoppt den Unsinn“ unglaubwürdig zu machen. Sie trug den Titel „Zwischen Arzt und Patient darf nur eines zählen: Vertrauen“ – und eben dieses Vertrauen wird durch die BMGS-Kampagne bedroht.

PERSONALIEN

Als Nachfolger für Dr. Peter Cuno als Mitglied für den Beratenden Fachausschuss Fachärzte ist Dr. Hans-Peter Frenzel, Orthopäde aus Ulm, gewählt worden.

Dr. Michael Haen, Facharzt für Innere Medizin aus Tübingen wird als Mitglied für den Bezirksbeirat Reutlingen nachbesetzt. Ausgeschieden war Dr. Michael Barczok, Internist und Pneumologe aus Ulm.

Als Stellvertretende Mitglieder der Vertreterversammlung der KBV gewählt wurden Dr. Michael Haen, gemeinsam mit Dr. Gerhard Dieter, Internist aus Wehr. Sie folgen damit Dr. Michael Barczok und Dr. Hermann Mezger, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin aus Reutlingen.



Fachtagung Selbsthilfe wird zur institutionellen Veranstaltungsreihe

Gemeinsame Aktivitäten gegen rationierende Gesundheitspolitik

Auch die dritte „Fachtagung Selbsthilfe“ stieß auf große Resonanz. Im Ärztehaus Reutlingen nutzten rund 80 Ärzte und Mitglieder von Selbsthilfegruppen die Gelegenheit zum gegenseitigen Beschnuppern. Ergebnis: Über alle Vorbehalte hinweg kommt man sich Schritt für Schritt näher auf dem Weg zu einer Partnerschaft auf Augenhöhe. Denn beide wollen das Gleiche – eine bessere Versorgung der Patienten trotz der schwierigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Ein Schulterschluss könnte dank der steigenden Einflussmöglichkeit von Selbsthilfegruppen helfen, Forderungen gegenüber der Politik mehr Gewicht zu geben.

Mit acht Referenten, zwei Vorträgen, drei Workshops und Infoständen mehrerer Selbsthilfegruppen boten sich am 25. April eine Fülle von Informations- und Begegnungsmöglichkeiten. Die Fachtagung fand auf Einladung der KVBW statt in Zusammenarbeit mit der LAG Selbsthilfe und dem Sozialforum Tübingen e.V.

DIE AUSGANGSLAGE ist bekannt: So mancher Arzt beäugt die Selbsthilfegruppen kritisch und befürchtet die Einmischung von vermeintlichen „Besserwissern“ sowie Zusatzarbeit durch die Kooperation mit Selbsthilfegruppen: „Wir haben keine Zeit!“, war mehrfach von den teilnehmenden Ärzten zu hören, wenn es darum ging, aktiv mit Selbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten. Andere fürchteten, mit dem dadurch steigendem Bekanntheitsgrad noch mehr Patientenzulauf zu generieren. „Ich kann mich schon jetzt vor Patienten nicht retten“, wehrte ein Teilnehmer ab.

WIE GUT aber die Zusammenarbeit funktionieren kann, schilderten Urologin Dr. Simone Maier und Hans Schlichting von der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Reutlingen-Tübingen, die seit langem zum gegenseitigem Nutzen ein enger Kontakt verbindet. Welche Gründe für die Kooperation sprechen, fasste Jürgen Doebert zusammen, Psychologe und Sprecher des KV-Bezirksbeirates in Reutlingen. So schätzen es Ärzte und

Psychotherapeuten durchaus, wenn die Selbsthilfegruppen als „Dolmetscher in beide Richtungen“ agieren und die Selbstverantwortung des Patienten stärken.

BARBARA HERZOG vom Sozialforum Tübingen e.V. wies darauf hin, dass Menschen, die einer Selbsthilfegruppe angehören, besser informierte und stärker motivierte Patienten sind und damit den Arzt entlasten. Umkehrt

„SELBSTHILFEGRUPPEN ALS
DOLMETSCHER ZWISCHEN
ARZT UND PATIENT“

profitiere die Selbsthilfegruppe vom Arzt als Multiplikator, der seine Patienten direkt mit diesen Gruppen in Verbindung bringen kann.

DIE ZAHL der Selbsthilfegruppen ist beeindruckend – allein in der Region Tübingen/Reutlingen sind es laut



Gut betreut von Mitarbeiterinnen der KVBW und reichlich versorgt mit Informationsmaterial der Selbsthilfegruppen wurden die Besucher der Veranstaltung in Reutlingen.

Herzog rund 150 – in der BRD circa 100.000, das heißt rund fünf Prozent der deutschen Bevölkerung sind Mitglied in einer solchen. Mit dieser beständig anwachsenden Basis können die Selbsthilfegruppen immer stärker auch Prozesse im Gesundheitswesen beeinflussen. Das weckt Begehrlichkeiten bei bestimmten Interessengruppen, die etwa die Medikamentenanwendungen zu beeinflussen versuchen. „Ungesicherte Forschungsergebnisse werden zu früh als gesicherte Lehrmeinungen angesehen“, so Herzog. Hier fungiert der enge Kontakt mit Ärzten als wertvolles Korrektiv.

WEIL DIE STIMME der Selbsthilfegruppen öffentlich immer mehr Gewicht bekommt, sind sie für die Ärzte natürlich auch ein wichtiger Partner, wenn es darum geht, die aktuelle Situation der Ärzteschaft publik zu machen. Dies zeigte der Workshop am Nachmittag, der sich gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen widmete.



DR. SIMONE MAIER, die auch das Amt der Landesvorsitzenden des Berufsverbands der Deutschen Urologen bekleidet, schilderte die unhaltbare Situation unter den jetzigen Bedingungen: Honorarmisere, eingeschränkte Therapieoptionen und sinkende Entscheidungsfreiheit, beständige Verlagerung von Standardleistungen ins Selbstzahlersegment – all dies zu Lasten der Patienten. Die Ärztin wünscht sich einen Schulterschluss von Ärzten und Patienten/Selbsthilfegruppen zum gemeinsamen Widerstand gegen diese massive Verschlechterung der medizinischen Versorgung. Dr. Gisela Dahl, Vorstandsmitglied der KVBW, wies die

Selbsthilfegruppen auf bedenkliche Entwicklungen hin: So sei der Paragraph 116b SGB V „ein Weg, um Fachärzte in der freien Praxis abzuschaffen. Verhältnisse wie in England wollen wir nicht!“ Sie appellierte an die Selbsthilfegruppen, auch in diesem Punkt gemeinsam aktiv zu werden und riet ihnen, sich zu einem „Spitzenverband Selbsthilfe“ zusammenzuschließen.

KOOPERATION ist nicht nur zwischen einem einzelnen Arzt und einer Selbsthilfegruppe denkbar, sondern auch mit ärztlichen Qualitätszirkeln. Diesem noch sehr zarten Pflänzlein widmete sich ein weiterer Workshop. Helga Dressler von der Diabetes

Selbsthilfe zeigte die Wünsche der Selbsthilfegruppen auf; Dr. Thomas Graeve, Facharzt für Allgemeinmedizin, erläuterte, wie Qualitätszirkel aufgebaut sind und wie sie arbeiten. Fazit des Workshops: In gemeinsamen Qualitätszirkeln liegt ein hohes Kooperationspotential, das bisher noch

viel zu wenig genutzt wird. Stehen doch im Qualitätszirkel mehrere Experten für Fragen zur Verfügung, umgekehrt erhalten Selbsthilfegruppen mit weniger bekannten Krankheitsbildern die Chance, diese bekannter zu machen.

GROSSES INTERESSE bekundeten die Tagungsteilnehmer am Thema „Qualität von Gesundheitsinformationen“. Dazu referierte Dr. Britta Lang, MSC, Deutsches Cochrane Zentrum Freiburg. Bei der Überfülle von Informationen, die auf die Patienten wie Ärzte hereinprasseln, sei es nicht leicht, verlässliche Fakten rund um Krankheit und Therapien zu erhalten. Gerade das Internet biete hier



Von links: Hans Schlichting, Vertreter der Prostata-Selbsthilfegruppe und Barbara Herzog vom Sozialforum Tübingen e.V.



Von links: Dr. Gisela Dahl, Vorstandsmitglied der KVBW und Brigitte Gisel vom Reutlinger Generalanzeiger, die diese Veranstaltung moderierte.

eine Fülle von Manipulationsmöglichkeiten. So müsse nicht jede Information, die neu im Netz steht, auch wirklich neu sein. Nicht selten würden Studiendaten sehr geschickt von interessierten Kreisen manipuliert; dies könnten in der Regel nur Profis aufdecken. Deshalb sei es wichtig, dass der Arzt des Vertrauens qualifizierte Informationen gibt und auf seriöse Quellen hinweist (siehe **ergo** 4/2009, Seite 18 ff.).

DAS THEMA wurde am Nachmittag im Workshop vertieft und ergänzt durch Referate von Britta Rochier (Selbsthilfegruppe Treffpunkt Krebs, Tübingen/Reutlingen) und Professor Dr. Ralf Peter (Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Blaustein). Ärzte und Selbsthelfer sollten versuchen, die Medien „als Arbeitsplattform und nicht als Schlachtfeld“ für ihre Zwecke zu nutzen, so Professor Peter. Relativ geringe Chancen auf Veröffentlichung hätten aller-

dings selbst verfasste Artikel für Printmedien. Besser seien spektakuläre Aktionen, Beispiel Bodensee-Neckar-Fahrradtour, die eine Transplantierten-Selbsthilfegruppe gemeinsam mit Ärzten der Uni Tübingen alljährlich veranstaltet. Darüber berichte die Presse regelmäßig, was die Möglichkeit eröffne, wichtige Inhalte zu transportieren. ✓

WEITERE VERANSTALTUNGEN

Die Kassenärztliche Vereinigung wird auch in Zukunft Fachtagungen sowie arzt- und patientenorientierte Fortbildungen in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen veranstalten. Die nächste zum Thema Gesundheit und Medien findet im Ärztehaus Mannheim statt. Referentin ist Dr. phil. Britta Lang.

TERMIN:

Gekonntes Recherchieren im Internet

Mittwoch, 24. Juni 2009, 16.00 Uhr bis 19.00 Uhr,
Ärztehaus Mannheim, Joseph-Meyer-Straße 17,
68167 Mannheim.

Am 8. Juli referiert Diplom-Psychologe Dr. phil. Andreas Loh in den Räumlichkeiten der Bezirksdirektion Reutlingen zum Thema „Arzt und Patient: Gemeinsam entscheiden – erfolg-

reich behandeln. Arzt und Patient als Partner bei medizinischen Entscheidungen“. Im Zentrum steht das Modell der „Partizipativen Entscheidungsfindung – PEF“ (englisch: Shared Decision Making). Dieser sehr erfolgreiche Ansatz soll die Beziehung und Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patienten verbessern und die Therapietreue beziehungsweise Compliance erhöhen.

TERMIN:

Arzt und Patient: Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Arzt und Patient als Partner bei medizinischen Entscheidungen

Mittwoch, 8. Juli 2009, 16.00 Uhr bis circa 19.00 Uhr,
KV Baden-Württemberg, Haldenhausstraße 11,
72770 Reutlingen.

Fortbildung zu den Spätfolgen des Post-Polio-Syndroms

Selbsthilfegruppen in den USA trugen das Krankheitsbild in die Ärzteschaft

Am Samstag, 21. März 2009, trafen sich 60 Teilnehmer von Selbsthilfegruppen und 16 Ärzte im Ärztehaus in Reutlingen, um sich gemeinsam über das Post-Polio-Syndrom (PPS) fortzubilden und über diese heimtückische Erkrankung zu diskutieren. Die Crux bei diesem Krankheitsbild ist, dass die ehemals an Kinderlähmung Erkrankten nach einer langen funktionell stabilen Phase, die mehrere Jahrzehnte andauern kann, in 50 bis 80 Prozent Spätfolgen entwickeln. Neben Kälteintoleranz und Nervenschmerzen können die Symptome neben anderem von leichter Muskelschwäche bis zu progressivem Muskelschwund und Bewegungsstörungen reichen.

Aus den genannten Gründen ist es für Patienten häufig ein langer Weg, bis die Krankheit diagnostiziert wird. Das Wissen um dieses Krankheitsbild wurde in den USA vorwiegend von Selbsthelfern in die Ärzteschaft hinein getragen. Selbsthilfegruppen sind dort sehr aktiv, weil es in den USA deutlich mehr und auch heftigere Poliomyelitis-Epidemien gab. In Deutschland sind von dieser heimtückischen Erkrankung über 100.000 Personen betroffen.

„EIN LANGER WEG
BIS ZUR DIAGNOSE“

NACH DER BEGRÜSSUNG durch Dr. Hans Säurle (Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen) und Karola Rengis (Bundesvorsitzende Polio Selbsthilfe e.V.) hielt

Dr. Raimund Weber (Chefarzt der Neurologischen Kliniken Waldburg-Zeil-Fachkliniken Wangen) einen Vortrag über die Pathophysiologie des Post-Polio-Syndroms, dem eine frühere Erkrankung an Poliomyelitis zugrunde liegt. Da die wenigen Motoneurone (die efferenten Nervenbahnen, die die Muskulatur des Körpers innervieren und daher für alle Bewegungsabläufe zuständig sind), die nach einer Poliomyelitis noch funktionsfähig sind, im Laufe der Jahre überlastet sind und deshalb immer weniger funktionstüchtig werden, sollten PPS-Patienten lernen, mit ihrem geschwächten Körper rückblicksvoll umzugehen. Er riet deshalb von intensivem Sport oder Krankengymnastik ab, sondern empfahl nur ein mildes Training. Wichtig sei aufzuhören, bevor Muskelschmerzen auftreten.


DR. JOACHIM WEBER (Internist und Pneumologe, Chefarzt der Ermstallklinik in Bad Urach) beleuchtete das Krankheitsbild aus Sicht des Lungenfacharztes. Durch die Schwächung der Atemhilfsmuskulatur werden PPS-Patienten zunehmend ateminsuffizient. Aus diesem Grund stellte er die in späten Phasen der Erkrankung häufig eingesetzten Hilfsmittel zur Unterstützung der Atmung vor.

ÜBER DIE anästhesiologischen Aspekte und Risiken beim PPS referierte Dr. Götz Skudelny (Klinik für Anästhesiologie (AINS), Ev. Krankenhaus Bielefeld). Er betonte die Wichtigkeit des präoperativen Gesprächs und einer intensiven perioperativen Überwachung. Auch der Aufwachphase

müsse bei PPS-Patienten besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. In aller Regel können bei PPS-Patienten die erforderlichen Medikamente halbiert werden.

SCHMERZMITTEL wirken doppelt so lange als üblich, außerdem müsse bei PPS-Patienten mit einer Verdoppelung der Erholungs- und der Überwachungszeit gerechnet werden. Er betonte die Bedeutung des PPS-Notfall-Ausweises, den jeder Erkrankte ständig mit sich führen sollte. Besonders vor ungeplanten Operationen werden die Ärzte durch den Ausweis auf die spezielle Situation bei PPS-Patienten aufmerksam gemacht, dies kann im Notfall lebensrettend sein!

WOLFGANG SEIFERT von der Firma Rapp & Seifert (Orthopädietechnik in Bad Krozingen), stellte die verschiedenen Möglichkeiten einer Orthesenversorgung anhand eines Modells dar. Neue Technologien aus der Raumfahrttechnik wurden in die Orthopädieversorgung eingeführt. So wird heute vielfach Carbonfaser verwendet; in besonderen Fällen können auch schwingungssteuerte Gelenke sinnvoll sein.

DIE IM ANSCHLUSS an die Vorträge geführten Diskussionen von Ärzten und Selbsthelfern mit den Referenten sprengten durch ihre Lebhaftigkeit den geplanten Zeitrahmen. Doch die Teilnehmer – Ärzte und Selbsthelfer – teilten die Meinung, dass die Veranstaltung zu wertvoll sei, als dass der vorgegebene Zeitrahmen unbedingt einzuhalten wäre. 



Fortbildung gemeinsam mit Ärzten und Patienten in der KV Baden-Württemberg

Amerikanischer Onkologe Dr. Strum referierte zum Thema Prostatakrebs

Wenn an einem Montagabend in der KV in Stuttgart bis um 22.30 Uhr eine große Anzahl Besucher lebhaft diskutiert, dann muss das Thema von hoher Bedeutung und das Engagement besonders groß sein. Beides traf auf die Fortbildungsveranstaltung zu, zu der die KVBW in Kooperation mit dem Bund deutscher Urologen und der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Urologen, dem Berufsverband niedergelassener Hämatologen und Onkologen, dem Landesverband Prostatakrebs und der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Stuttgart am 11. Mai in Stuttgart geladen hatte. Hauptreferent war ein namhafter US-amerikanischer Experte, der Onkologe Dr. Stephen B. Strum, der sich seit 25 Jahren mit der Behandlung des Prostatakrebses beschäftigt. Er stellte neue Aspekte der Diagnose und Behandlung vor.

Die Einladung des Experten ging auf die Initiative der Selbsthilfegruppen Prostatakrebs zurück; die Aktion

stand unter der Schirmherrschaft des Krebsverbandes Baden-Württemberg e.V. Der Vortrag wurde simultan übersetzt, so konnten Verständnisschwierigkeiten bei der komplexen Materie gar nicht erst aufkommen. Das Thema ist offensichtlich von einiger Relevanz: Immerhin rund 170 Mitglieder von Selbsthilfegruppen und 40 Ärztinnen und Ärzte (hauptsächlich Urologen und Onkologen) waren gekommen, um die Ausführungen des Onkologen zu hören.

PROSTATAKREBS gehört in Deutschland zu den häufigsten Krebserkrankungen des Mannes: Er ist innerhalb der Gruppe der an Krebs gestorbenen Männer für etwa zehn Prozent der Todesfälle verantwortlich. „Frühzeitig erkannt, bestehen gute Heilungschancen. Auch in der Behandlung wurden in den vergangenen Jahren große Fortschritte gemacht“, erläuterte Dr. Gisela Dahl, Vorstandsmitglied der KVBW, in ihren einführenden Worten.

DR. STRUM erläuterte seine Aspekte der Prostatakrebstherapie und Diagnostik fundiert und durchaus kurzweilig: „Wenn etwas aussieht wie eine Ente, läuft wie eine Ente, quakt wie eine Ente und Federn hat, dann ist es vermutlich: Eine Ente.“ (bezogen auf die verschiedenen Parameter zur Definition und Klassifikation eines Tumors).

WIE DIE DIAGNOSTIK wird vor allem die Therapie des Prostatakrebses immer komplexer. Je nach Alter des Patienten und der Aggressivität des Krebses stehen unterschiedliche Therapieformen zur Auswahl. Angesichts dieser Komplexität ist es besonders wichtig, dass der Patient gut aufgeklärt ist, um die notwendigen Entscheidungen verantwortlich mittragen zu können.

DIE THESEN VON Dr. Strum werden kontrovers gesehen: Wird doch das Prostata-Karzinom bereits sehr differenziert behandelt. Die von Dr. Strum



Dr. Frank Eichhorn, Urologe aus Bad Reichenhall, der diese Veranstaltung initiierte, im Gespräch mit Dr. Stephen B. Strum.

und zum anderen Informationen verbreitet werden, die Patienten, Familien und Ärzte aufklären und unterstützen.

VIELE SELBSTHILFGRUPPEN verfügen mittlerweile über ein durch vielseitige Informationen und Erfahrungen erworbenes Fachwissen zu vielen Aspekten dieser Erkrankung. Auch bieten viele Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen in Zusammenarbeit mit urologischen Kliniken eigene Sprechstunden für Patienten mit Prostatakrebs an.

DR. GISELA DAHL freute sich besonders über das starke Interesse und die Zusammensetzung des Publikums, waren doch nicht nur Fachärzte, sondern auch viele Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen und informierte Patienten gekommen. So zeigte sich einmal mehr, wie wichtig und fruchtbar der Austausch und die Kooperation zwischen Ärzten und Selbsthilfeorganisationen sein kann. ✓

empfohlene weitere Ausdifferenzierung wird allerdings in Fachkreisen diskutiert, da eine therapeutische Relevanz nicht immer nachweisbar erscheint. Dr. Strum beschrieb in seinem Vortrag eine sehr individuelle biologische Krebsbekämpfung, die den Patienten sehr teuer kommt, da er sie selbst bezahlen muss. Die auf dem Podium anwesenden Fachleute aus Klinik und Praxis hoben in der

dieses Fachwissens wird die Qualität der somatischen und psychosozialen Versorgung des Patienten erheblich gesteigert. Auf diese Verknüpfung von Kompetenzen ging auch Dr. Strum ein. Er hat in den USA gemeinsam mit dem Onkologen Mark C.



anschließenden Diskussion besonders auf die evidenzbasierte Therapie des Prostatakrebses ab.

WICHTIG FÜR die Betroffenen, gerade wenn die Fachwelt diskutiert, sind die „erlernte Kompetenz“ des Facharztes und gegebenenfalls auch die „erlebte Kompetenz“ der Selbsthilfegruppe. Durch das Zusammenspiel



Scholz das Prostatakrebs-Forschungsinstitut (PCRI) in Los Angeles gegründet. Die Aufgabe dieses Institutes ist es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, indem zum einen die Forschung gefördert wird,



Linkes Bild: Meinungs austausch über die vorgetragenen Thesen auch auf dem Podium.

Mitte: Dr. Hans Säurle, Referent Kooperation Ärzte und Selbsthilfegruppen freute sich mit Daniela Fuchs (KVBW) und Tobias Binder (rechts), Geschäftsbereichsleiter Service und Beratung, über den Erfolg der Veranstaltung.

Rechtes Bild: Im Gespräch nach der Veranstaltung: 3. von links Dr. Gisela Dahl, 4. von links Dr. Stephen B. Strum.

Sonographie der Säuglingshüfte mit praktischen Beispielen

Klare Führung der Mütter bei der Untersuchung ist wichtig

Rund 60 Teilnehmer – Kinderärzte und Orthopäden – absolvierten am Samstag, 21. Februar 2009, in den Räumen der KV Stuttgart einen grandiosen Parforceritt durch die Bereiche der Hüftsonographie, vorgetragen vom Inaugurator der Methode, Professor Dr. Reinhard Graf.

Begonnen wurde mit der anatomischen Grundlage, der Brauchbarkeitsprüfung und der Auswertung der Bilder mit Schwerpunkt auf Anlage der Bezugslinien. Die Typisierung nach Graf wurde abgehandelt. Abschließend gab es noch einige Anmerkungen zur Therapie. Damit wurde auch Vergessenes wieder in Erinnerung gebracht.

OBWOHL IN DEN neueren KV-Richtlinien der Hüftsonographie nicht alle Punkte, die für einwandfreie Hüftsonographie erforderlich sind, gefordert sind, empfiehlt sich die Einhaltung der aufgeführten Punkte (siehe Kasten).

WEITER WURDEN die Fehlermöglichkeiten (zum Beispiel Kippfehler/Schnittfehler) und die Abtasttechnik besprochen und an einbestellten Säuglingen der korrekte Untersuchungsgang praktisch demonstriert. Die berühmt-berüchtigten „Frau Mayer-Sprüche“ wurden repetiert und damit auch die klare und wichtige Führung der Mutter in der Abfolge des Untersuchungsganges abgehandelt.

DIE KV BW WIRD im Herbst weitere Fortbildungsveranstaltungen zur Sonographie der Säuglingshüfte, auch mit Professor Dr. Graf, anbieten. ✓

ANATOMISCHE IDENTIFIZIERUNG

Standardreihe

1. Knorpelknochengrenze
2. Hüftkopf
3. Umschlagfalte
4. Gelenkkapsel
5. Labrum-Knorpel-Knochen
6. Konkavität-Konvexität
= knöcherner Erker



Professor Dr. Reinhard Graf bei der Demonstration seines Vortrages.

Immer mit konkav von unten nach oben bis zum Umschlagpunkt (knöcherner Erker) beginnen. Kann punktgenau bei der Schallunterbrechung fixiert werden.

BRAUCHBARKEITSPRÜFUNG

7. Unterrand Os ilium

Der Unterrand des Os ilium stellt das sonographische Zentrum des Acetabulum dar und ist der wichtigste Bezugspunkt der Standardebene! (Ausnahme dezentrierte/luxierte Gelenke, da der Hüftkopf die Standardebene verlassen hat).

8. Schnitt

Mittlerer Schnitt wird verwendet! (Ausnahme dezentrierte/luxierte Gelenke). Diese sind beurteilbar und einem Typ zuzuordnen, aber nicht vermessbar, da nicht in Standardebene.

9. Labrum

Kein Sonogramm verwenden, wenn nur einer der Punkte 7/8/9 nicht identifizierbar ist! Ausnahme: Dezentriertes Gelenk, siehe oben (Klammerinhalt).

Messlinien

Pfannendachlinie

Definition

Unterrand des Os ilium als Drehpunkt, Linie tangential von distal an die knöcherne Pfanne herandrehen.

Grundlinie

Vom obersten Erkerpunkt (Z-Punkt) tangential am Os ilium entlang nach distal anlegen.

Ausstelllinie

Wird vom Umschlagpunkt (Konvexität – Konkavität) durch die Mitte des Labrums gezogen

Medizinische Versorgung in Baden-Württemberg auf hervorragendem Niveau

Versorgungsbericht dokumentiert breites Spektrum der Niedergelassenen

Der aktuell vorgelegte Versorgungsbericht der KVBW dokumentiert die Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg und zeigt Stärken und Herausforderungen für die Zukunft auf. Auf 84 Seiten wird in übersichtlicher und leicht lesbarer Form dargestellt, wie es um die ambulante Medizin bestellt ist. Derzeit leben in Baden-Württemberg rund 10,7 Millionen Menschen, zugelassen sind 18.087 Ärzte und Psychotherapeuten. Davon befinden sich nur 843 im Angestelltenverhältnis – überwiegend wird der Arzt in der ambulanten Medizin also als Freiberufler tätig mit allen damit verbundenen Risiken und Gestaltungsmöglichkeiten.

Doch auch Schattenseiten in der Versorgung werden aufgezeigt. „Besorgniserregend ist die Altersstruktur der Ärzte und das zeitgleiche Wegbrechen des ärztlichen Nachwuchses. Nur neun Prozent der Medizinstudierenden planen beispielsweise, nach dem Studium definitiv in Deutschland zu bleiben, über 70 Prozent sehen ihre berufliche Zukunft im Ausland wie etwa in der Schweiz. Hier besteht die Gefahr eines massiven regionalen Ärztemangels, besonders im Facharztbereich“, gibt Dr. Gisela Dahl, Vorstandsmitglied der KVBW, zu bedenken. Schon heute bereite es Probleme, den Notfalldienst in einem vertretbarem Umfang zu organisieren; manche Praxen in dünn besiedelten Gebieten wie auf der Schwäbischen Alb oder im Ostalbkreis haben jedes zweite Wochenende Dienst. Auch die Wiederbesetzung von Arztpraxen, deren Inhaber in den Ruhestand gegangen ist, bereitet im ländlichen Raum zuneh-

mend Probleme. Dies betrifft nicht nur den hausärztlichen, sondern auch den fachärztlichen Bereich. Am Beispiel der Psychotherapeuten und Augenärzte wird das Thema detailliert diskutiert.

INSGESAM MÜSSE der Arztberuf unbedingt wieder attraktiver werden, fordert Dr. Dahl. „Existenzbedrohende Rahmenbedingung wie Gesundheitsfonds und Honorarreform, die der Gesetzgeber vorgibt, machen diesen Beruf immer unattraktiver und verschärfen die Versorgungssituation in einem unverantwortlichen Maß. Jetzt muss wirksam gegengesteuert werden.“

EINEN GROSSEN Teil des Versorgungsberichts nehmen die Beiträge von Ärztinnen und Ärzten aus ihrem Praxisalltag ein. Diese nehmen Stellung zur Lage der Haus- und Fachärzte, schildern die ambulante onkologische Versorgung im vertragsärztlichen Bereich oder neue Schwerpunkte wie die Palliativmedizin. Wie breit das Spektrum der ambulanten Medizin ist, zeigen die Schilderungen aus dem Bereich einer noch jungen Disziplin, der Musikermedizin, die vorrangig die speziellen Gesundheitsprobleme von Musikern behandelt, oder die Besonderheiten einer Praxis am Feldberg. Dort – mitten im Skigebiet – ist der Mediziner hauptsächlich unfallchirurgisch tätig. Sein Alltag

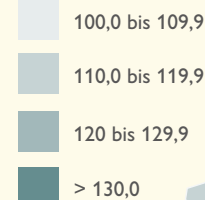
beginnt normalerweise schon um 5.30 Uhr – mit Schneeräumen, damit die Patienten überhaupt bis zur Praxistür gelangen können. ✓

 **Mehr dazu im Internet**

www.kvbawue.de → Mitglieder → Nachrichten

ALLGEMEINÄRZTE UND INTERNISTEN IN DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Versorgungsgrad in Prozent



Umfrage zum Informationsgehalt der KVBW-Website

Drei Jahre nach der Einführung wird eine gründliche Überarbeitung vorgenommen

Die Umfrage zum Internetauftritt wird seit ihrem Start im Februar eher verhalten beachtet: Nach drei Monaten Laufzeit liegen gerade einmal knapp 200 Fragebögen zur Auswertung vor. Man muss kein Statistiker sein, um zu wissen, dass das Ergebnis streng betrachtet noch keine signifikanten Aussagen zulässt. Und doch wäre es die erste Umfrage, die nicht zu eigenen Zwecken einzusetzen wäre: Schließlich wurde die Fragebogenaktion mit dem Ziel initiiert, den Tenor der schon im Vorfeld geäußerten Kritik, Anregungen und neuen Ideen unter den Usern von kvbawue.de gezielt abzufragen, um Verbesserungsvorschläge für einen Relaunch herauszufiltern.

Die interessantesten Ergebnisse der Umfrage:

- Mehr als die Hälfte der User besucht die Website täglich oder wöchentlich.
- Ungefähr jeder Dritte verlässt die Homepage, ohne die gewünschte Information gefunden zu haben.
- Umgekehrt findet nur knapp jeder Dritte die Information zielgerichtet und schnell.

DIE BEWERTUNG von kvbawue.de zu Navigation, Übersichtlichkeit, Aktualität, Layout und Ladezeiten innerhalb einer fünfstufigen Skala verlief unspektakulär. Die meisten vergaben die Noten in der breiten goldenen Mitte zwischen „2 minus und 4 plus“. Aufschlussreich ist zu beobachten, dass sich die Vermutung nicht bestätigte, die Anzahl derer, die keine Angabe zu einer Frage machten, nähme mit zunehmender Ant-

wortmüdigkeit von Frage zu Frage zu. Sondern es wurden bestimmte Fragen dem Anschein nach kategorisch abgelehnt und übersprungen, wie die Frage nach der persönlichen Meinung zur Aktualität der Information, ob der Besuch der Seite Zeit und Mühe spare oder ob die Formulierung der Texte anspreche. Die Umfrageergebnisse bestätigten insgesamt, dass kvbawue.de selbstverständlich kontinuierlich weiterentwickelt werden muss.

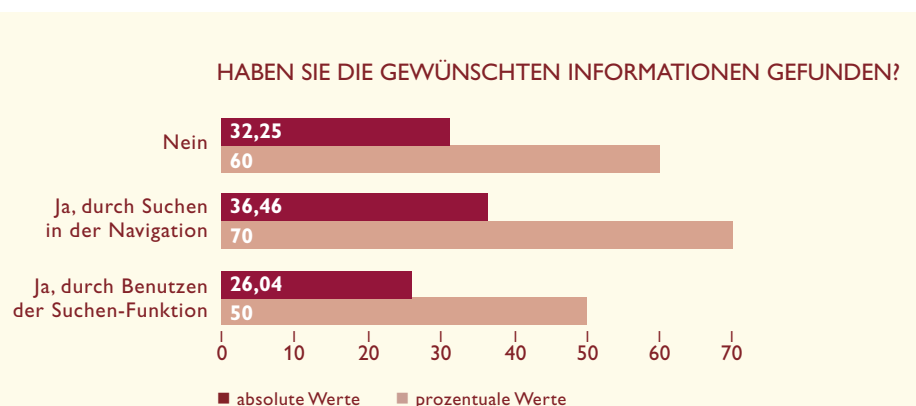
GANZ KONKRET wird ein Downloadbereich für Anträge, Merkblätter, Verträge und Ähnliches angeregt. Eine Linksammlung zu Partnern aus der KV-Landschaft oder anderen ärztlichen Organisationen wird vermisst oder es werden mehr politische Informationen und Statements seitens der führenden Köpfe der KVBW gefordert. Ganz allgemein wird der Ruf laut nach einer klaren, verständlichen Navigation für leicht auffindbare Informationen. So mancher würde zugunsten von Funktion und Inhalt lieber auf Design verzichten. Viele wünschen sich vor allem gleich auf der Startseite maximale Information und damit minimale weiterfüh-

rende Links. Die Startseite soll der Wegweiser für die maßgeblichen Themen der ganzen Seite sein.

ALS DIE WEBSITE für die frisch fusionierte KVBW konzipiert wurde, waren die Inhalte noch recht überschaubar. Mittlerweile platzt sie aus allen Nähten. Themen, die damals noch eine untergeordnete Rolle in der dritten Navigationsebene spielten, expandieren und drängen mit Macht nach oben. Fest steht: Die 3-portalige kvbawue.de wird den heutigen Anforderungen nicht mehr gerecht. Die Verdoppelung des Umfangs seit ihrem Start macht den systematischen Zugang und den Zugang über die Index-Suche immer schwieriger.

DA EIN GUT gemachter Internetauftritt als wichtiges Informationsinstrument rund um die Uhr alle – Mitglieder und Angestellte der KVBW – bestmöglich entlasten sollte, besteht Handlungsbedarf, die Seite zu dem zu machen, was von ihr zu Recht erwartet werden darf: Ein Fundus schnell auffindbarer aktueller Information. Ein zeitnahe Relaunch ist also unverzichtbar.

WER ERST JETZT auf die Umfrage aufmerksam gemacht wurde: Unter <http://www.kvbawue.de/umfrage.html> interessiert die Meinung nach wie vor. ✓



Servicetag mit hitzigen Diskussionen zur Honorarsituation in Reutlingen

KVBW-Vorstand erläutert Einzelheiten der Konvergenzphase

„Gerade in der Krise soll der Dialog nicht abreißen“. Unter diesem Motto und mit diesem Wunsch fand am 4. April 2009 der 6. Servicetag der Bezirksdirektion Reutlingen statt. Dieser stand ganz im Zeichen des kommunikativen Austauschs. Der Bezirksbeirat hatte sich für ein neues Konzept entschieden: Keine Fachvorträge, kein festgelegtes Programm, sondern ein politischer Frühschoppen, der einen offenen Dialog zu aktuellen Fragen und den Austausch untereinander ermöglichte.

Der Bezirksbeirat Reutlingen besteht aus Dr. med. Frank-Dieter Braun, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Biberach, Dipl. Psych. Jürgen Doebert, Psychologischer Psychotherapeut aus



Dr. Frank-Dieter Braun, Bezirksbeirat Reutlingen (stehend in der Diskussion mit den teilnehmenden Ärzten).

Reutlingen, Dr. med. Hans-Michael Walter, Facharzt für Frauenheilkunde aus Ehingen und neu hinzugekommen für den ausgeschiedenen Dr. med. Michael Barczok Dr. med. Michael Haen, Facharzt für Innere Medizin aus Tübingen.

DIE BEZIRKSBEIRÄTE stellten sich gemeinsam mit dem Vorstandsvorsitzendem der KVBW, Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, den Fragen der anwesenden Mitglieder. Das neue Konzept kam gut an: Zwar waren nur etwa 30 Mitglieder an diesem ersten sommerlichen Samstag des Jahres im Ärztehaus in Reutlingen erschienen, doch diskutierten sie aber intensiv und kontrovers das, was allen derzeit unter den Nägeln brennt: Die Honorarsituation in Baden-Württemberg nach der Honorarreform. Der Vorstandsvorsitzende, Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, gab unumwunden zu: „Die Honorarreform ist für Baden-Württemberg als gescheitert anzusehen.“ Nur durch die Konvergenzphase (den



Die sich zuspitzende Honorarsituation gab Anlass zu vielen Wortmeldungen. Am Mikrophon Bezirksbeirat Dr. Hans-Michael Walter.

„Schutzschirm“, den die KVBW über allen Mitgliedern aufspannen will und der garantiert, dass keine Praxis mehr als maximal fünf Prozent im Vergleich zum Vorjahr verliert), sei das schlimmste Unheil für manche Kollegen abzuwenden.

ZUR KONVERGENZ besteht immer noch Erklärungsbedarf. Das wurde auch beim Servicetag in Reutlingen deutlich. Konvergenz heißt im eigentlichen Sinne: Annäherung, Übereinstimmung. Dementsprechend ist die Konvergenzphase eine Phase, innerhalb derer versucht wird, Übereinstimmung herzustellen, also eine Übergangsphase. Gemeint ist im konkreten Fall, dass die Auswirkungen der Honorarreform für einige Quartale abgemildert werden sollen, um zu verhindern, dass Praxen – wie mancherorts befürchtet – existenzbedrohende Verluste erleiden müssen. Cornel-Andreas Güss, Leiter der Bezirksdirektion und Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung erläuterte die Berechnungen, die zur

Umsetzung der Konvergenzphase von der KVBW vorgenommen werden müssen: Die anzuwendenden Rechenformeln und die hierfür notwendigen Daten waren trotz der sachkundigen Erläuterungen für jeden der Anwesenden erst einmal unverständlich, um nicht zu sagen verwirrend. Außer dem

Leiter der Abrechnung sei vermutlich keiner im Raum in der Lage, diese Darstellung auf Anhieb nachzuvollziehen, mutmaßte Dr. Hoffmann-Goldmayer.

MANCHE DER ANWESENDEN realisierten erst durch die Erläuterungen von Cornel-Andreas Güss, dass, wer sich trotz niedrigem RLV selber helfen kann, nicht unbedingt von der Konvergenzphase profitiert. Das heißt, selbst erwirtschaftete Steigerungen werden mit reformbedingten Verlusten im RLV-Bereich verrechnet. Die Stützung auf maximal fünf Prozent Minus erfolgt maximal bis zum entsprechenden im Vorjahresquartal erzielten Honorarergebnis. Die fünfprozentige Verlustbegrenzung gilt primär nur für Honorare, welche aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt werden. Wer selbst seine Umsätze durch Steigerungen in den extrabudgetären Bereichen verbessern konnte, wer sich also selbst hilft, dem hilft die KVBW nicht mehr. Sie kann es nicht, weil sie sonst nicht allen Betroffenen gleichermaßen helfen könnte. „Dieser Schutzschirm ist ein Solidarpakt der Ärzte in Baden-Württemberg“, brachte es Dr. Hoffmann-Goldmayer auf den Punkt. Deswegen setzt sich der Vorstand auch für umfassende Änderungen der Honorarreform auf Bundesebene ein, ein „Herumdoktern“ an den schlimmsten Symptomen dieser misslungenen Honorarreform werde langfristig nichts besser, sondern alles nur komplizierter machen.

JÜRGEN DOEBERT, Mitglied des Bezirksbeirats, erläuterte die Struktur der Gremien und Entscheidungsebenen im KV-System. Er stellte klar, dass die KVBW als eine von 17 Kassenärztlichen Vereinigungen nur wenig direkte Einflussmöglichkeiten hat, solange nicht mehrere KVen mit ihr an einem Strang ziehen. Solange aber die überwiegende Mehrheit der KV-Regionen sich als Gewinner der Reform versteht oder noch nicht begriffen hat, dass auch in ihrem Gebiet noch Einbrüche zu erwarten sind, erzielt die KVBW keine Mehrheit für ihre Forderungen. Deshalb versucht die KVBW alles, um auch auf anderen politischen Ebenen Einfluss zu nehmen.

EIN HAUSARZT formulierte seine Gefühlslage: „Ich habe der KV bisher immer die Stange gehalten. Aber als Hausarzt mit vielen multimorbiden Patienten fühle ich mich langsam wie ein Schwindsüchtiger – von der Auszehrung bedroht. Offensichtlich will die Politik Praxen wie meine, die sich um viele Schwerkranke kümmern, nicht mehr.“ Dann beschrieb er eindringlich, wie sich die aktuelle Honorarmisere auf die Versorgung auswirkt: Verheerend. Er könne und wolle seine schwerkranken Patienten nicht sich selbst überlassen, sehe sich durch die Honorierung aber eigentlich dazu gezwungen, Leistungen wie Hausbesuche und zeitaufwändige Gespräche einzuschränken.

AUCH DIE anwesenden Orthopäden stellten ihre Situation ganz konkret dar. Mit dem ihnen zugeteilten RLV-Fallwert könne nicht einmal die Regelversorgung erbracht werden. Für ihn stelle sich die Frage, ob er nicht eine Fraktur einfach ins Krankenhaus überweisen solle, wurde ein Orthopäde deutlich.

DR. HOFFMANN-GOLDMAYER äußerte für solche Überlegungen ein großes Verständnis. Er habe immer gesagt, dass die versuchte Vereinheitlichung und der politisch verordnete Zentralismus im Gesundheitswesen die hervorragende Versorgung in BW kaputt mache. Er stellte jedoch auch ganz deutlich klar: Leistungen, die ein Kassenarzt im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erbringen muss, dürfen auch mit der Begründung der unzureichenden Honorierung nicht verweigert werden. Hier müsse die KVBW ihren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen, auch und gerade, um den Ruf der gesamten Ärzteschaft zu schützen und das Vertrauen der Patienten nicht zu verlieren. Weitere Diskussionen folgten, auch der Sinn und Zweck sowie die Daseinsberechtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde einmal mehr diskutiert.

UM DIE MITTAGSZEIT verzog sich der abgelassene Dampf ein wenig, die Stimmung wurde ruhiger. Es wurde deutlich: Gewünscht wird eigentlich eine Rückkehr zu den früheren Verhältnissen, als es den KVen vor Ort noch möglich war, regionale Honorarverteilung unter Berücksichtigung der örtlichen Erfordernisse und Strukturen zu realisieren. Eine scheinbare Vereinheitlichung, bei der dann im Endergebnis die Hausarztpraxis auf der Schwäbischen Alb doch nicht das gleiche Honorar für gleiche Leistung erzielt wie die Hausarztpraxis in Thüringen, sei nicht nur ungerecht, sondern auch Augenwischerei.



Betreuten kompetent den Servicetag.
Von links: Nina Hitzelberger und Daniela Fuchs von der KVBW.

UM NACH der politischen Diskussion auch einen handfesten praktischen Nutzen mitzunehmen, hatten einige der Anwesenden ihre Abrechnungsunterlagen mitgebracht, andere stellten ihre Fragen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Abrechnungsberatung. Auch zum Qualitätsmanagement, über die Kooperation mit Selbsthilfegruppen und über Fragen zur Zulassung konnte man sich informieren.

FAZIT: Krise? Ja, das wird überwiegend so empfunden. Durchaus geschätzt und genutzt wird aber auch in Krisenzeiten der Dialog. ✓



Präventionsveranstaltung KV Mobil tourt durch baden-württembergische Städte

Herz-Kreislaufcheck bei Mobiler Arztpraxis auf Marktplätzen im Ländle

Jedes Jahr engagieren sich in Baden-Württemberg niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten für die Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung. Sie informieren bei der Aktion KV Mobil über Risikofaktoren und stellen das Vorsorge- und Früherkennungsprogramm der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor, wie etwa den Check Up 35, die Jugendgesundheitsuntersuchung J1, Impfungen, sowie Brust-, Darm- oder Prostatakrebsfrüherkennung.

Ihren Ursprung hatte die Präventionsaktion KV Mobil in einem magentafarbenen Gesundheitsbus der Kassenärztlichen Vereinigungen, der 2003 seine Sommertour durch Deutschland startete. Über 35.000 Menschen sind deutschlandweit seitdem auf „Herz und Nieren“ bei der Veranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg überprüft worden. Nicht selten mit dem Ergebnis, dass sie mit den ermittelten Werten schnellstens bei ihrem Arzt vorstellig werden müssen. Denn Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind europaweit Todesursache Nummer 1.

DAHER WIRD beim KV Mobil das Hauptaugenmerk auf die Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Ursachen gelegt. Zucker-, Cholesterin- und Blutdruck werden von Arzthelferinnen gecheckt und die Ergebnisse anschließend in Arztgesprächen erläutert. Ein Lungenfunktionstest sowie Fitness und Bewegung stehen ebenfalls im Fokus des KV-Angebots. Ergänzend dazu gibt eine Ernährungsberaterin Tipps für die Gewichtsreduktion und eine gesunde und ausgewogene Kost, außerdem werden Körperfett und BMI gemessen.

BEI DEN GESPRÄCHEN zwischen KV-Mitarbeitern und Passanten sollen die Bürger über die Aufgaben und Dienstleistungen der KV Baden-Württemberg informiert werden, außerdem werden das Patiententelefon MedCall oder die Kooperation der KV Baden-Württemberg mit Selbsthilfegruppen vorgestellt. Die Aktion wird unterstützt durch lokale Prominenz wie Oberbürgermeister, Gesundheitspolitiker oder Sportler der verschiedensten Disziplinen. Kooperationen mit mehreren Zeitungen und Rundfunksendern sollen außerdem dazu beitragen, den Bürgern durch die Berichterstattung den Stellenwert der wohnortnahen, flächen-

deckenden und qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung durch Ärzte und Psychotherapeuten vor Augen zu führen.

ANLÄSSLICH der für Mitte Juli geplanten Ärzteproteste in Form von Praxisschließungen wird auch die erfolgreiche KVBW-Aktion „Stoppt den Unsinn“ vorgestellt, bei der die Bürger zum Protest gegen die Honorarverluste der baden-württembergischen Praxen durch Gesundheitsfonds und Honorarreform aufgerufen werden. Zum Redaktionsschluss dieser **ergo**-Ausgabe haben bereits über 300.000 Bürger mit ihrer Unterschrift Zustimmung bekundet.

IN DIESEM JAHR steuert der mobile Gesundheitsbus die folgenden Städte in Baden-Württemberg an:

TERMINE

- | | |
|---------------|--|
| 20. Juni 2009 | Leutkirch, Festhalle
(9.00 Uhr bis 17.00 Uhr) |
| 24. Juni 2009 | Murrhardt, Marktplatz |
| 25. Juni 2009 | Esslingen, Marktplatz |
| 26. Juni 2009 | Weil der Stadt, Bürgerpark |
| 1. Juli 2009 | Baden-Baden, Augustaplatz |
| 3. Juli 2009 | Metzingen, Marktplatz |

Getestet wird jeweils von 10 Uhr bis 18 Uhr.



Zeitmanagement verkürzt Wartezeiten und vermeidet Stress in der Praxis

Mit Pufferzeiten können auch Notfälle problemlos eingeschoben werden

Die Anzahl der Patienten im Wartezimmer nimmt kontinuierlich zu und niemand im Praxisteam kann sich den Luxus einer Verschnaufpause leisten. Auch die reguläre Sprechstundenzeit wird einmal mehr deutlich überschritten. Alle sind im Stress und fragen sich: Wo ist die Zeit heute wieder geblieben? Woran liegt es, dass in manchen Praxen kaum Wartezeiten entstehen und in anderen Praxen die Toleranzgrenze von Patienten und Praxisteam permanent gereizt wird? Der 12. Teil der **ergo**-QM-Serie befasst sich mit dem anspruchsvollen Thema Zeitmanagement und Terminorganisation.

Probleme mit dem Zeitmanagement und der Terminorganisation zeigen sich in unterschiedlichster Weise. Anzeichen sind Stresssymptome, angespanntes Arbeitsklima, Anzahl der Beschwerden, aufgetretene Fehler und weitere negative Aspekte. Im Ergebnis führen diese Probleme immer zu Wartezeiten und Unzufriedenheit. Damit kommt die interne Problematik auch bei den Patienten an.

Gründe für Wartezeiten gibt es viele. Und oft ergibt das Eine das Andere. Hier beginnt die Ursachenforschung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements. Was sind die größten Störfaktoren und welches sind die Zeitkiller? Darüber hinaus werden die einzelnen Anforderungen untersucht und strukturiert. Welche Untersuchungen, Behandlungen und Therapieangebote bietet eine Praxis an, wie groß ist dabei der zeitliche Aufwand und wie lange dauert mit den notwendigen Informationen der jeweilige Sprechstundentermin?

AUF DER BASIS dieser Informationen entsteht eine Sammlung unterschiedlicher Terminarten. Jede Terminart wird nun mit einer entsprechenden Zeittaktung verbunden und kann dann in das gesamte Zeitgerüst der Praxis eingebaut werden. So erhält

ein Standard-Untersuchungstermin zum Beispiel zehn Minuten, Gesundheitscheck, Vorsorge- oder Ultraschalluntersuchungen bekommen das doppelte Zeitfenster eingeräumt, ein Impf- oder Blutabnahmetermin wird dagegen nur mit fünf Minuten berücksichtigt.

WICHTIG IST nun, dass alle Teammitglieder diese Kriterien kennen und sich selbstverständlich an die vereinbarten Spielregeln halten. Das bedeutet auch, dass keine Termine doppelt vergeben werden. Patienten, die zu spät kommen, müssen warten, bis eine Lücke frei ist und alle Pünktlichen versorgt wurden. Dies hat auch zur positiven Folge für die Praxis, dass meist ein Lerneffekt entsteht und nur noch wenige Patienten zu spät kommen.

FÜR AKUT- UND NOTFÄLLE werden Pufferzeiten reserviert. Wie viele und wie oft (zum Beispiel eine zehnmündige Pufferzeit pro zwei Stunden) entscheidet die Praxis auf Grund vorhandener Erfahrungswerte und erweitert diese bei Bedarf, das heißt bei Grippenwellen, nach und vor Urlaubsterminen oder während Vertretungszeiten. Werden diese Regeln eingehalten, ist auch eine fest eingeplante Kaffeepause kein Luxus mehr, sondern wird zum Standard.

IMMER WIEDER auftretende Zeitkiller sind beispielsweise folgende Fälle: Akut- und Notfallpatienten sprengen den Zeitrahmen, weil auch Altbeschwerden gleich mit behandelt werden sollen. Doch auch bei noch so hoher Dienstleistungsorientierung sollte das Terminsystem nicht permanent selbst unterlaufen werden. Da hilft nur Konsequenz. Das bedeutet: Freundlich und höflich auf einen neu zu vereinbarenden Termin verweisen.

DIE REIHE der Störfaktoren und Zeitkiller kann beliebig erweitert werden. Private Telefonate, Pharmareferentenbesuche und die zu spät kommende Praxisleitung gehören ebenso dazu wie fehlende Absprachen oder Zuarbeit im Praxisteam. In der Teambesprechung werden nach der Problemanalyse genau und präzise die gemeinsamen Ziele festgelegt. Sobald das notwendige Problembewusstsein im Team besteht, fällt die Umsetzung der neuen Spielregeln und Maßnahmen leicht(er). Am Erfolg erfreut sich nicht nur das gesamte Praxisteam, sondern auch die Patienten profitieren auf Grund deutlich gesunkener Wartezeiten.

WEITERE INFORMATIONEN rund ums Thema QM erhalten interessierte Praxen bei den Qualitätsmanagementberatern der KVBW. Zum Service des QM-Teams gehören zum Beispiel persönliche und telefonische Beratungen sowie Bereitstellung von Mustern und Informationsunterlagen. Kontaktaufnahme über den Praxisservice Tel. →0711/7875-3300 oder per E-Mail an praxisservice@kvbawue.de.



BADEN-WÜRTTEMBERGISCHER ÄRZTETAG 2009

AM 17. JULI veranstaltet die Landesärztekammer Baden-Württemberg in Stuttgart ihren Ärztetag mit dem Thema „Wie verändert die Bundestagswahl unsere Gesundheitspolitik.“ Eingeladen sind Vertreter aller Bundestagsfraktionen, um in einer Podiumsdiskussion ihre Programme für die Gestaltung des Gesundheitswesens und der Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung vorzustellen und sich den Fragen der baden-württembergischen Ärzte zu stellen.

DIE AUF DEM Podium diskutierenden Politiker sind Biggi Bender MdB, Die Grünen, gesundheitspolitische Sprecherin, Bundestagsfraktion; Peter Friedrich MdB, SPD, Mitglied der Bundestagsfraktion; Dr. Ulrich Noll MdL, FDP, Vorsitzender der Landtagsfraktion Baden-Württemberg; Frank Spieth MdB, Die Linke, gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion; Annette Widmann-Mauz MdB, CDU, gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion.

ALS VERTRETER DER Ärzte nehmen Dr. med. Wolfgang Herz, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, und Dr. med. Matthias Fabian, zweiter Vorsitzender des Marburger Bundes, Landesverband Baden-Württemberg teil. Die Diskussion wird moderiert von SAT1-Moderator Ulrich Meyer und findet von 15.15 Uhr bis 18.00 Uhr statt. Eingeführt wird in die Veranstaltung von Dr. Ulrich Clever, Vizepräsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

WEITERE INFORMATIONEN und Online-Anmeldung:

www.aerztekammer-bw.de

Tel. → 0711/7698999

Fax → 0711/764523

E-Mail: presse@aerztekammer-bw.de

Landesärztekammer Baden-Württemberg,
Jahnstraße 38 a, 70597 Stuttgart.

BASIS-ROLLOUT DER EGK FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG VERSCHIEBT SICH

In der Phase der Einführung wird nur die Versichertenkarte ersetzt

Der Basis-Rollout der eGk hat im Februar im Bereich der KV Nordrhein begonnen. Bis zum Juli 2009 sollen dort mindestens 85 Prozent der Praxen mit eGk-fähigen Lesegeräten ausgestattet sein. Erst danach erfolgt nach den Planungen der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) in drei weiteren Staffeln die Ausstattung der Praxen in den anderen KV-Regionen.

Nachdem sich der Rollout der eGk-fähigen Lesegeräte in den nordrheinischen Praxen und die Ausgabe der eGk an die Versicherten durch die Krankenkassen derzeit nur sehr

schleppend gestaltet, ist davon auszugehen, dass sich das Verfahren in Baden-Württemberg zeitlich weiter verzögert. Nach den ursprünglichen Planungen der gematik hätte der Basis-Rollout in Baden-Württemberg nach den Sommerferien beginnen sollen. Stand heute wird sich dieser aber um mindestens vier Monate verzögern und somit mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr im Jahr 2009 stattfinden.

MIT DEM so genannten Basis-Rollout werden noch keinerlei Funktionalitäten der eGk wie beispielsweise das eRezept oder die Online-Prüfung der Versichertenstammdaten realisiert

werden. In einem ersten Einführungsschritt wird lediglich die technisch überholte Krankenversichertenkarte durch eine neue, dem heutigen Stand der Technik entsprechende Chipkarte mit integriertem Prozessorchip ersetzt.

FÜR DEREN Verarbeitung in der Praxis sind neue Lesegeräte erforderlich, welche die Krankenkassen kostendeckend finanzieren und mit denen die Praxen im Rahmen des Basis-Rollouts ausgestattet werden. Über die weiteren Planungen zum Basis-Rollout in Baden-Württemberg wird in einer der nächsten **ergo**-Ausgaben aktuell und ausführlich informiert.



IMPRESSUM**ergo**

Ausgabe 2/2009

Erscheinungstag:

16. Juni 2009

Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg
mit Rundschreiben

ISSN 1862-1430

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Redaktionsbeirat:

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

Redaktion:

Eva Frien, Pressereferentin
BD Karlsruhe
Rolf Sievers, Journalist

Anschrift der Redaktion:

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

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Tobias Binder, Dr. Volkert Exner,
Susanne Flohr,
Dr. Jan Geldmacher,
Renate Matenaer, Dr. Hans Säurle,
Dina Stahn, Isabelle Wahl,
Ute Wutzler

Fotos:

Alexandra Bodemer, KBV;
Claudia Göbert, Bundesärztekam-
mer; Gerd Studer, Landesverband
Prostatakrebs Selbsthilfe Baden-
Württemberg g.V.

Erscheinungsweise:

vierteljährlich

Auflage:

22.000 Exemplare

Gestaltung und Produktion:

C hoch 3
Emerholzweg 35
70439 Stuttgart
www.c-hoch-3.de

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

ergo  **im Internet**

www.kvbawue.de → Mitglieder →
Publikationen

vorschau

GESUNDHEITSPOLITIK
Wahlprüfsteine der KBV

BADEN-WÜRTEMBERG
Ärztetag in Stuttgart

BADEN-WÜRTEMBERG
Sozialdatenschutz
ausgehöhlt

BADEN-WÜRTEMBERG
eGk kommt in die Praxen