

GESUNDHEITSPOLITIK

Licht und Schatten

Das GKV-Versorgungsgesetz liegt im Entwurf vor und kommt nun in die parlamentarische Beratung, in deren Vorfeld der Vorstand der KVBW bereits eine erste Beurteilung abgegeben hat...

GESUNDHEITSPOLITIK

KV unverzichtbar

Wenige Tage nach ihrem Amtsantritt gibt Baden-Württembergs Sozialministerin Katrin Altpeter in einem ergo-Interview Auskunft über ihre Sicht der KV-Aufgaben und die Schwerpunkte der künftigen Gesundheitspolitik ...

BADEN-WÜRTTEMBERG

Ehrgeiziges Pensum

Der Vorstand der KVBW hat sich ein umfangreiches Arbeitsprogramm vorgenommen, dessen einzelne Projekte er in der Vertreterversammlung und bei den regionalen Veranstaltungen vorstellte...

BADEN-WÜRTTEMBERG

Rasche Mitgliederhilfe

DocLineBW geht zum 1. Juli an den Start und wird mit einem Projektteam den Mitgliedsärzten und -psychotherapeuten schnell und unbürokratisch in Notsituationen helfen, die die Existenz der Praxis bedrohen...

BADEN-WÜRTTEMBERG

Notfalldienst-Reform

Eine möglichst geringe und gleichmäßige Dienstbelastung sowie eine bessere Honorierung der erbrachten Leistungen ist das Ziel einer umfassenden Reform des ärztlichen Notfalldienstes in Baden-Württemberg...



Nicht nur zahlen!

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die aktuellen hohen Frühjahrstemperaturen scheinen vielen in der Standespolitik bereits jetzt in den Kopf gestiegen zu sein.

„Konvergenz der Morbidität“ heißt das neue OrBüMonster (Organisations- und Bürokratiemonster). Es wurde vom GKV-Spitzenverband in vertrauter Vereinigung mit der KBV und einigen Länder-KVen geschaffen: Erneut – adaptiert an die kodierte Morbidität - soll Honorar zwischen den Bundesländern in der Regel zu Lasten Baden-Württembergs transferiert werden. Dies wurde nach einer nur zwölfminütigen und danach abgewürgten Diskussion in der Vertreterversammlung der KBV beschlossen.

Es reicht! Baden-Württemberg hat im Bundesvergleich seit 2009 rund 14 Prozent Honorar verloren. Die Umverteilungspolitik der KBV hat in Baden-Württemberg zwischen und in den Fachgruppen zu nie dagewesenen Honorarverwerfungen geführt und viele Praxen an den Rand der Liquidität gedrängt.

Morbidität allein als Kriterium der Honorarverteilung eignet sich nicht. Sie lässt Anspruchsunterschiede der Patienten, Arztzahl und historisch gewachsene Strukturen, die die Bevölkerung und die die Krankenkassen unseres Landes aufgebaut und gewünscht haben, außer Acht.

Bis zu 40 Prozent mehr Ärzte pro Einwohner haben wir in Baden-Württemberg im Vergleich zu anderen Bundesländern, dafür weniger Krankenhausplätze, kürzere Arbeitsunfähigkeiten, mit die bundesweit geringsten Ausgaben bei den Arznei- und Heilmitteln sowie ambulante onkologische Therapien, die es anderswo nicht gibt. Vorsorge floriert, ist erfolgreich und wird wahrgenommen. Durch Ihre erfolgreiche Arbeit ist daher die Morbidität niedriger als anderswo; sie kostet dennoch Honorar.

Die Haltung der KVBW: Wir wollen nicht die Morbidität verteilen, sondern den Erfolg der Ärzte im Land würdigen. Das sollte das Zeichen der Zeit sein.

Wir werden versuchen, mit allen Mitteln einer erneuten Umverteilung im Bund zu Lasten der Patienten und Ärzte in BW entgegenzutreten und auch die mögliche Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien durch die Hintertüre der Konvergenz zu verhindern.

Für uns zeigt sich ein weiteres Mal, dass wir aus Berlin nichts zu erwarten haben. Wir müssen einen eigenen baden-württembergischen Weg beschreiten. Ziel muss es sein, soweit als irgend möglich, sich dem Einfluss Berlins zu entziehen und mehr regionalen Gestaltungsspielraum zu erhalten. Dazu gibt es sehr positive Ansätze im Versorgungsgesetz. Wir arbeiten mit Hochdruck daran, schmieden Allianzen mit anderen KVen und mischen uns aktiv in die Politik ein.

Wir haben den Krankenkassen des Landes die neue Honorarpolitik der KVBW aufgezeigt, indem wir – analog den Erfolgen der Selektivverträge - mögliche Einsparungen schweremwichtig in der rationellen Pharma- und Heilmitteltherapie, zur Reduktion von Versorgungsengpässen und zum Erhalt bisher ausbudgetierter Leistung, auch des Ambulanten Operierens, verwenden wollen.

Nur durch einen pragmatischen Weg der Honorargestaltung über die Bundesvorgaben hinaus werden wir kurzfristig bei einer blühenden Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingung des Landes die beispielhafte Versorgung in Baden-Württemberg auch erhalten können - und wollen.

Denn wir können alles, außer uns damit zu begnügen, immer mehr zu leisten und dafür immer weniger Anerkennung zu bekommen.

Mit freundlichen Grüßen

DR. NORBERT METKE,
VORSTANDSVORSITZENDER DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG

GESUNDHEITSPOLITIK

- 02 | 04 ergo-Interview mit Sozialministerin Katrin Altpeter:
„Die KV ist erster Ansprechpartner im Bereich der medizinischen Versorgung“
- 05 | 08 Debattenintensive Veranstaltungen in Kiel:
KBV-Vertreterversammlung und Deutscher Ärztetag
- 09 | 10 Das GKV-Versorgungsgesetz geht in die parlamentarische Abstimmung
11 Stellungnahme zum GKV-Versorgungsgesetz: Der KVBW-Vorstand begrüßt die
Forderung nach einer stärkeren Regionalisierung der Vergütung

BADEN-WÜRTTEMBERG INTERN

- 12 | 14 Vertreterversammlung: Vorstand stellt Vorhaben für die Amtsperiode vor
14 Projekt RegioPraxisBW wird auf alle Bezirksdirektionen ausgedehnt
- 15 | 16 Neuer KVBW-Newsletter ergänzt die Internet-Kommunikation
- 17 | 18 Mit einer eigenen Facebook-Seite wirbt die KVBW um den ärztlichen Nachwuchs
18 E-Flyer kann als Patienteninformation ausgedruckt werden
19 Bei einer Veranstaltung in Freiburg sollen Studenten für die
Niederlassung gewonnen werden
- 19 | 20 DocLineBW: Ein Team der KV-Geschäftsbereiche hilft
schnell und unbürokratisch in Notsituationen
- 21 | 22 Vorstand der KVBW definiert die strategischen Ziele
- 22 | 23 Reformprojekt Notfalldienst: Größere Notfalldienstbereiche und weniger Dienste
23 Leserbefragung des Ärzteblattes Baden-Württemberg
24 Hausärztetag plädiert für harmonisches Miteinander der Versorgungsformen
- 25 | 26 Auf einer Info-Tour durch Baden-Württemberg stellte
der Vorstand sein Arbeitsprogramm vor
- 27 | 28 eHealth Forum Freiburg diskutierte Chancen der IT-Anwendung im Gesundheitswesen

AUS DEN BEZIRKSDIREKTIONEN

- 29 2. Servicetag Freiburg wird die Zukunft der Arztpraxis diskutieren
- 30 | 31 KV Baden-Württemberg will die medizinische Versorgung
von Wohnsitzlosen verbessern
- 32 | 33 DocStop versorgt Brummi-Fahrer rund um die Uhr

UNTERNEHMEN PRAXIS

- 34 QEP 2010 wurde aktualisiert und ist damit noch anwenderfreundlicher

- 49 Impressum

RUNDSCHREIBEN 2 / 2011

mit den Abgabeterminen der Quartalsabrechnung und den Fortbildungsveranstaltungen der MAK

- 35 Amtliche Bekanntmachungen
- 39 Bezirksdirektion Feiburg
- 40 Bezirksdirektion Karlsruhe



Ministerin Katrin Altpeter: „Die KV ist erster Ansprechpartner im Bereich der medizinischen Versorgung“

Enge Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung zum Aufbau regionaler Notfallpraxen an Krankenhäusern



Seit dem 12. Mai ist Katrin Altpeter (SPD) Landesministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren im neuen Grün-roten Kabinett in Baden-Württemberg. Die SPD-Politikerin absolvierte eine Ausbildung zur Altenpflegerin und eine Weiterbildung als Lehrerin für Pflegeberufe. Ihre politische Karriere begann sie als Ortschaftsrätin und stellvertretende Ortsvorsteherin in Waiblingen-Neustadt von 1989 bis 1999. Seit April 2001 ist Katrin Altpeter Landtagsabgeordnete für die SPD im Wahlkreis Waiblingen. Im ergo-Interview gibt die Ministerin Auskunft über ihre Vorstellungen zur Entwicklung der Gesundheitspolitik in Baden-Württemberg und in der Bundespolitik.

ergo: Frau Ministerin, Sie sind bereits seit Jahren in der Gesundheitspolitik tätig. Worin sehen Sie die Problemfelder im Bereich der gesundheitlichen Versorgung der Bürger, die vorrangig angegangen und gelöst werden müssen?

Ministerin Altpeter: Für mich steht eine an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Gesundheitspolitik im Mittelpunkt. Mein Ziel ist eine flächendeckende, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige gesundheitliche und medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in unserem Land. Wir haben in Baden-Württemberg insgesamt gesehen eine gute flächendeckende Gesundheitsversorgung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Angebot vor dem Hintergrund des demographischen Wandels für alle Menschen zu erhalten, ist mein vorrangiges gesundheitspolitisches Ziel. Die demographische Entwicklung und die steigende Lebenserwartung werden in den nächsten Jahren zu einem wachsenden Bedarf an ärztlichem und pflegerischem Personal führen. Vor diesem Hintergrund erfüllt mich die zunehmende Unterversorgung vor allem im ländlichen Raum mit großer Sorge. Diesem Problem will ich mit einem gezielten Maßnahmenbündel entgegenwirken. Wenn wir die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt der Ge-

sundheitspolitik stellen, müssen wir das starre Denken in Sektorgrenzen überwinden. Dies ermöglicht neue Versorgungsformen und erschließt neue Potentiale. Mein Ziel ist, dass Baden-Württemberg eine Vorreiterrolle in der Entwicklung neuer medizinischer Versorgungsstrukturen einnimmt.

ergo: Wie sehen Sie die Funktion der KV in diesem Bereich?

Ministerin Altpeter: Der Kassenärztlichen Vereinigung kommt bei der Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung eine zentrale Rolle zu. Für mich ist die KV in allen Fragen der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung erster Ansprechpartner und darüber hinaus ein wichtiger Akteur, wenn es um die Entwicklung neuer Versorgungsformen geht.

ergo: Wie sehen Sie die künftige Funktion des Allgemeinarztes und des Facharztes in der medizinischen Versorgung? Und welche Vorteile und Veränderungen brächte dies für die niedergelassenen Ärzte?

Ministerin Altpeter: Eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten ist nur möglich, wenn die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen vertrauensvoll zusammenarbeiten. Bei dieser Zusammenarbeit kommt dem Hausarzt eine Lotsen-

funktion zu. Hausärztinnen und Hausärzte sind in aller Regel die ersten Ansprechpartner der Patienten. Für diese Aufgabe brauchen wir gut ausgebildete Hausärzte. Die neue Landesregierung will deshalb den Stellenwert des Faches Allgemeinmedizin bereits im Studium stärken. Wir werden daher an allen medizinischen Fakultäten des Landes Lehrstühle für Allgemeinmedizin einrichten.

Für eine hochwertige medizinische Versorgung sind Fachärztinnen und Fachärzte unverzichtbar. Der Schlüssel für eine gute ambulante Versorgung liegt in der guten Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten. Funktioniert diese Arbeitsteilung, steigt die Versorgungsqualität und es können in vielen Fällen unnötige Kosten vermieden werden.

ergo: *Halten Sie die im bundesdeutschen Gesundheitswesen bestehenden Strukturen noch für zeitgemäß?*

Ministerin Altpeter: Darauf ist keine pauschale Antwort möglich. Ich denke, unser Gesundheitswesen ist vielfach besser als sein Ruf, dennoch ist manches nicht mehr zeitgemäß und muss überdacht werden. Der demographische Wandel und die durch ihn verursachten Veränderungen in unserer Gesellschaft zwingen uns, die Strukturen unseres Gesundheitswesens immer wieder aufs Neue auf den Prüfstand zu stellen. Notwendig sind passgenaue Lösungen und Organisationsformen, die den jeweiligen Problemen Rechnung tragen. Strukturen, die in städtischen Ballungsräumen gut funktionieren, können für den Ländlichen Raum ungeeignet sein. Meines Erachtens wird zurzeit in unserem Gesundheitswesen zu viel zentral auf der Bundesebene geregelt. Wir brauchen in der Gesundheitspolitik mehr Spielräume auf regionaler Ebene,

sowohl auf der Ebene des Landes als auch vor Ort, in den Regionen unseres Landes. Dies ist nur dann möglich, wenn die Akteure in der Gesundheitspolitik, also die ärztliche Selbstverwaltung und die Krankenkassen auf Landesebene mehr Gestaltungsspielräume erhalten.

ergo: *Wie beurteilen Sie das KVBW-Konzept der RegioPraxis BW? Wie könnte hier die Unterstützung der Landesregierung aussehen?*

Ministerin Altpeter: Das RegioPraxis-Konzept ist meines Erachtens ein wichtiger gesundheitspolitischer Impuls für die Entwicklung neuer medizinischer Versorgungsstrukturen. Ich danke der KV für diese Initiative. Ärztezentren, die besonders auf die Strukturen im ländlichen Raum zugeschnitten sind, können eine Antwort auf die zunehmende Unterversorgung im Ländlichen Raum sein. Diese Zentren können die hausärztliche Versorgung sicherstellen, aber auch Fachärzten, wie zum Beispiel Kinderärzten, die Möglichkeit geben, im Rahmen einer Nebenbetriebsstätte tätig zu werden. Für mich ist dies ein Beispiel, wie Versorgungsstrukturen vom Patienten her gedacht werden und ich bin gespannt darauf, wie sich das RegioPraxis-Konzept in den kommenden Jahren entwickeln wird.

Die Vorgängerregierung hat im Rahmen des Aktionsprogramms „Landärzte“ ein Förderprogramm initiiert, das unter anderem innovative familienfreundliche Modelle ärztlicher Versorgung im ländlichen Raum finanziell mit maximal 200.000 Euro je Projekt beziehungsweise Projektträger unterstützen kann. Wir werden die vorhandenen Mittel für die Förderung gezielt für besonders interessante Projekte einsetzen. Vorstellbar

ist für mich, in diesem Rahmen auch eine RegioPraxisBW zu fördern.

ergo: *Im Koalitionsvertrag wird das Problem des Notfalldienstes ausdrücklich angesprochen. Gibt es bereits konkrete Vorstellungen für die Lösung dieses Problems und welchen zeitlichen Rahmen prognostizieren Sie?*

Ministerin Altpeter: Ein guter Notfalldienst ist für die medizinische Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft von zunehmender Bedeutung. Deshalb hat sich die neue Landesregierung im Koalitionsvertrag zum Ziel gesetzt, dass verstärkt regionale Notfallpraxen in Kooperation mit den Krankenhäusern aufgebaut werden. Bei der Umsetzung dieses Zieles strebe ich eine enge Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung an. Der KV kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Ich weiß, dass der KV Baden-Württemberg der Notfalldienst ein wichtiges Anliegen ist, deshalb freue ich mich auf die Zusammenarbeit bei der Lösung dieses gesundheitspolitischen Problems. Angesichts der vielen dabei noch zu klärenden fachlichen Fragen bitte ich an dieser Stelle aber um Verständnis, dass konkrete Aussagen zum Zeitrahmen einer Lösung derzeit noch nicht möglich sind.

ergo: *Welche Wünsche haben Sie für die künftige Zusammenarbeit mit der KVBW und den niedergelassenen Ärzten in Baden-Württemberg?*

Ministerin Altpeter: Unser Land steht in den nächsten Jahren vor vielen gesundheitspolitischen Herausforderungen, insbesondere im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung. Nur wenn alle an der Gesundheitspolitik Beteiligten bereit sind, an einem Strang zu ziehen, werden wir diese Herausforderungen bewältigen kön-

nen. Ich setze auf eine vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit mit der KV.

ergo: *Werden Sie die Mitgestaltungsrechte der KVBW bei der Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg erweitern – und in welchen Bereichen?*

Ministerin Altpeter: Die Selbstverwaltung auf Landesebene muss mehr Gestaltungsspielräume erhalten, zum Beispiel, um die Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung flexibel an den Bedürfnissen der jeweiligen Region orientiert ausgestalten zu können. Die Länder haben sich im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz in diesem Sinne einheitlich positioniert. Wir werden diesen Weg im Gesetzgebungsverfahren zum Versorgungsgesetz intensiv weiterverfolgen.

ergo: *Gesundheitspolitik auf Landesebene und Sozialpolitik auf Bundesebene: Welche Einflussmöglichkeiten haben Sie als Landesministerin, welche Kompetenzen hätten Sie gern zusätzlich – auch vor dem Hintergrund der Föderalismusdebatte und den Mehrheiten im Bundesrat?*

Ministerin Altpeter: Die Gestaltungsmöglichkeiten als Landesministerium sind in der Gesundheits- und Sozialpolitik begrenzt. Das Grundgesetz weist hier dem Bund mit der Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung die wesentlichen Kompetenzen zu. Dennoch können die Länder über ihre Beteiligung im Gesetzgebungsverfahren, über Bundesratsinitiativen oder in den ihrer originären Kompetenz verbliebenen Tätigkeitsfeldern Einfluss nehmen und mitgestalten. Die zentrale Erkenntnis hierbei lautet: Eine gute Versorgung der Bürgerinnen und Bürger lässt sich nur vor Ort organi-

sieren. Dies bedingt zwingend mehr regionale Gestaltungsspielräume, als wir sie derzeit haben. Diese fordere ich nicht nur für die Politik, sondern auch für die Partner der Selbstverwaltung.

ergo: *Sind Reformen der Sozialsysteme – insbesondere der GKV – auf Bundesebene notwendig? In welcher Form und in welchem Zeitraum sollen diese Reformen realisiert werden?*

Ministerin Altpeter: Der Reformdruck in den Sozialsystemen ist groß, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Aktuell genießt in der GKV die Neuordnung der Bedarfsplanung im Versorgungsgesetz Priorität, ohne die wir den sich abzeichnenden Ärztemangel nicht in den Griff bekommen werden. Die Bedarfsplanung muss zwingend flexibilisiert und den Ländern müssen mehr Beteiligungsrechte eingeräumt werden. Darüber hinaus werden wir eine Bundesratsinitiative für ein Präventionsgesetz auf den Weg bringen, das unsere Landesstrategie zur Prävention ergänzen wird.

Die neue Landesregierung verfolgt mittel- und langfristig das Ziel, die solidarische Krankenversicherung in Richtung einer Bürgerversicherung weiterzuentwickeln.

ergo: *Werden Sie den Reformbestrebungen von Bundesgesundheitsminister Bahr Widerstand entgegensetzen – und welche Reformbereiche betrifft dies insbesondere?*

Ministerin Altpeter: Die neue Landesregierung will eine patientenorientierte Gesundheitspolitik, bei der alle Menschen in unserem Land unabhängig von sozialem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. An diesem

Maßstab werden wir den Bundesgesundheitsminister und seine Reformvorstellungen messen. Initiativen des Bundesgesetzgebers, die diesen Zielen Rechnung tragen, werden wir unterstützen, Initiativen, die diesen Zielen zuwiderlaufen, werden wir Widerstand entgegensetzen.

Was die Inhalte des Versorgungsgesetzes anbelangt, haben die Länder und der Bundesminister der Gesundheit einen tragfähigen Kompromiss gefunden, der den Ländern weitgehende Rechte in der Versorgungsgestaltung einräumt. Widerstand droht hier vor allem aus den Reihen der CDU/CSU- und FDP-Bundestagsfraktion, die diesen Kompromiss in Teilen aufkündigen wollen. Eine Abkehr von der gefundenen Kompromisslinie kann und wird es mit den Ländern nicht geben.

ergo: *In der Koalitionsvereinbarung wird die Einführung einer Bürgerversicherung unterstützt. Klar ist, dass dies nicht auf Landesebene realisiert werden kann. Was wollen Sie in diesem Bereich konkret unternehmen?*

Ministerin Altpeter: Angesichts von Krankenkassenpleiten und steigenden Zusatzbeiträgen ist es absehbar, dass sich die Diskussion, wie die Krankenkassen künftig gerecht finanziert und die Versicherten entlastet werden können, in der nächsten Zeit intensivieren wird. Auch die Bundesregierung wird nicht umhinkommen, Antworten auf diese Frage zu geben. Mit dem Konzept der Bürgerversicherung hat die SPD ein schlüssiges und zukunftsfähiges Reformkonzept vorgelegt. Das Konzept der Bürgerversicherung hat durch die neue Landesregierung im Bundesrat eine zusätzlich gewichtige Stimme bekommen. ✓



KBV-Vorsitzender Köhler: VV wird zum Parlament

Der Berliner Zauberlehrling: Die Worte hör ich wohl...

Traditionell am Tag vor der Eröffnung des Ärztetages tagte die Vertreterversammlung der KBV in öffentlicher Sitzung. Das Kasino der Stadtwerke Kiel war gut gefüllt, als Hans-Jochen Weidhaas als Vorsitzender der KBV-VV die Sitzung eröffnete. Mit Spannung erwartet wurde die Rede von KBV-Chef Dr. Andreas Köhler. Den Delegierten und Gästen stellte er die Ausrichtung der KBV in dieser Amtsperiode vor. Für ihn habe sich gezeigt, dass die laufende Periode sich wesentlich von der letzten unterscheidet. Dies betreffe vor allem das Selbstverständnis der Vertreterversammlung. „Wir haben einen Lagerwahlkampf hinter uns, den es bislang in der Selbstverwaltung nicht gegeben hat“, bilanzierte Köhler.

Das Ergebnis sei, so Köhler, die Aufteilung der Vertreterversammlung in einzelne Blöcke. „Die Vertreterversammlung hat nicht mehr, wie bisher, den Charakter eines Aufsichtsrates, sondern vielmehr den eines Parlamentes.“ Dies habe die Bildung von Fraktionen zur Folge, die eine „Regierungskoalition“ und eine Opposition widerspiegeln. Die Bildung von FALK, dem Kooperationsmodell, dem neben der KVBW auch die KVen Bayerns, Hessens und Meck-

lenburg-Vorpommerns angehören, sei ein klares Anzeichen dafür. Köhler begrüßte dies ausdrücklich, ermöglichte es doch, dass alle Strömungen innerhalb der Vertreterversammlung repräsentiert werden und ihre Anliegen und Vorstellungen vorbringen könnten.

Allerdings habe dies zur Folge, dass auch parlamentarische „Spielregeln“ für die KBV-Vertreterversammlung eingeführt werden müssten. „Dazu gehört beispielsweise ein Fraktionszwang und ein ‚Gesetzgebungsverfahren‘ nach parlamentarischem Muster mit mehreren Lesungen und Beratungen in Ausschüssen.“ Für Köhler ergibt sich daraus die Möglichkeit, dass viele Fragen, die in der KBV-Vertreterversammlung bislang noch ungeklärt sind, nun einer neuen Diskussion und damit auch Lösung zugeführt werden können. Dies gelte umso mehr, da wichtige Grundsatzfragen im Gesundheitswesen anstehen.

Inhaltliche und organisatorische Neuausrichtung

Für den KBV-Chef hat dies zur Folge, dass sich die KBV einer inhaltlichen und organisatorischen Neuausrichtung unterziehen muss. Dazu gehöre

beispielsweise das Verhältnis zwischen Selektiv- und Kollektivvertrag. Köhler stellte klar, dass aus seiner Sicht der Kollektivvertrag die Basis der Versorgung darstellt. Allerdings werde sich die KBV in dieser Amtsperiode für ein Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag einsetzen.



Dr. Andreas Köhler: „Wir müssen die Grabenkämpfe überwinden.“

„Wir müssen die Grabenkämpfe überwinden und eine friedliche Koexistenz zwischen den unterschiedlichen Versorgungsmodellen erreichen.“ Selektivverträge seien als Versuchslabor zu akzeptieren, deren positive Auswirkungen dann auch in den Kollektivvertrag übernommen werden müssten. Er schlug vor, gemeinsam einen Beurteilungsmaßstab für Selektivverträge einzuführen, der

die Parameter Versorgungsgerechtigkeit, Kosteneffizienz und Qualität beinhalte.

Zur neuen Grundausrichtung gehört laut Köhler auch die Frage des Verhältnisses zwischen der KBV und den KVen. Für ihn steht außer Frage, dass die KBV ihren Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts behalten müsse, um weiterhin die Vertretung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene zu ermöglichen. „Es gibt klare gesetzliche Aufgaben für die KBV und die KVen. Dazu gehört vor allem die Sicherstellung der ambulanten Versorgung.“ Gleichwohl müsse das Verhältnis zwischen KBV und den KVen neu justiert werden. „Wir wollen die Fehler der zu großen Zentralisierung in den vergangenen Jahren nicht wiederholen. Wir bekennen uns daher ausdrücklich zur Regionalisierung und damit zur Rückübertragung der Kompetenz insbesondere in Honorarfragen auf die KVen.“

Großer Beifall zeigte, dass dies zumindest einem Großteil der Delegierten aus dem Herzen gesprochen hat. Die KBV werde sich aus der Honorarverteilung zurückziehen und, sofern die Vertreterversammlung dies ausdrücklich wünscht, lediglich Empfehlungen zur Aufteilung zwischen den Fachgruppen und zur Bereinigung sowie zum Honorar für die Psychotherapeuten vorgeben.

Zur Neuausrichtung gehören für den KBV-Vorsitzenden auch alle Maßnahmen, um die Mitglieder wieder stärker für die KVen zu gewinnen. „Wir merken alle deutlich, dass die Zustimmung der Mitglieder in den vergangenen Jahren abgenommen hat.“ Er zitierte aus einer Studie

aus dem vergangenen Jahr im Auftrag der Brendan-Schmittmann-Stiftung und des NAV-Virchow-Bundes zur Attraktivität des KV-Systems für die Ärzte und Psychotherapeuten. Danach würde immer noch ein großer Teil der Befragten die KV als unverzichtbar ansehen. „Wenn wir die Mitglieder wieder stärker an die KV binden wollen, dann müssen wir uns vor allem für bessere Arbeitsbedingungen der Ärzte und Psychotherapeuten einsetzen.“ Köhler kündigte denn auch eine Reform des EBM an, „mit der wir wieder zur Einzelleistungssystematik zurückkehren wollen. Wir wollen damit die Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung vornehmen und eine kostendeckende Neukalkulation der EBM-Leistungen vornehmen. Den offensichtlichen Widerspruch zwischen Einzelleistungen und budgetiertem Gesamthonorar konnte er jedoch nicht erklären.“

Zum ersten Mal kein Kostendämpfungsgesetz

Köhler ging in seiner Rede auch auf das anstehende Versorgungsgesetz ein. „Es ist seit vielen Jahren das erste Gesetz im Bereich des Gesundheitswesens, das nicht die Kostendämpfung zum Ziel hat.“ Es enthalte viele Regelungen, die von der KBV begrüßt würden, aber auch einige, gegen die es Widerstand gäbe, etwa, was die befristete Zulassung angehe. Als positiv bewertete Köhler, dass die Pflicht zur Kodierung im Versorgungsgesetz aufgehoben sei. In diesem Zusammenhang dankte Köhler dem bisherigen Gesundheitsminister Philipp Rösler für die gute Zusammenarbeit und zeigte sich sicher, dass dies auch mit seinem Nachfolger Daniel Bahr der Fall sei.

Lebhafte Diskussion

In der Diskussion gab es sehr unterschiedliche Ansichten. KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke begrüßte das Gesprächsangebot von Dr. Köhler. Er verwies allerdings darauf, dass er es nicht akzeptieren werde, dass vor den Sitzungen der Vertreterversammlung die wesentlichen Punkte in abgeschlossenen Zirkeln abgeklärt und dann durchgewinkt würden. „Wir fühlen uns hier ausgegrenzt.“ Metke erinnerte daran, dass die Selektivverträge nicht von Medi oder dem Hausärzterverband erfunden wurden, sondern eine Absicht der Politik gewesen sind, die ausdrücklich Verträge außerhalb des KV-Systems einführen wollte. „Wenn die freien Verbände Medi und Hausärzterverband diese Lücke nicht gefüllt hätten, hätten es andere wie zum Beispiel Krankenhausketten getan, mit dem Resultat, dass ein großes Leistungssegment den niedergelassenen Ärzten entzogen worden wären. Wir dürfen auch nicht vergessen, dass die Kollegen in die Selektivverträge gehen, weil sie sich im Kollektivvertrag nicht mehr ausreichend wiederfinden.“



Dr. Norbert Metke: „Wir können es nicht akzeptieren, dass vor den Sitzungen der Vertreterversammlung die wesentlichen Punkte in abgeschlossenen Zirkeln abgeklärt und dann durchgewinkt werden.“

Großen Wert legte Metke auch darauf, dass die Ärzteschaft geschlossen auftritt. Dr. Werner Baumgärtner, KVBW-Delegierter zur KBV-VV, kritisierte Köhler für seine Aussagen zur Honorarreform. „Was soll das, jetzt wieder auf die Einzelleistungen zurückzugehen. Wir brauchen feste Preise. Außerdem sind es nicht wirklich Einzelleistungen, da sie wieder einer Budgetierung unterliegen.“ Positiv wurde von den Delegierten auch bewertet, dass die Ambulanten Kodierrichtlinien wohl endgültig der Vergangenheit angehören. Erinnert

wurde hier daran, dass dieses Ergebnis alleine dem Protest aus der Ärzteschaft zu verdanken sei, die hierzu eine Petition im Deutschen Bundestag eingebracht hätte, die als die erfolgreichste aus der Ärzteschaft bislang gilt. Es werfe freilich kein gutes Licht auf die Ärzteschaft, wenn die Politik benötigt werde, um ein solches Vorhaben zu stoppen.

Diskussionsstoff bot auch die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte. Aus den Beiträgen der Delegierten wurde deutlich, dass eine

klare Mehrheit der Ärzteschaft dies weiterhin ablehnt. Besonders das Auftreten einer Sicherheitslücke bei den Kartenterminals sorgte für Unmut unter den Delegierten. KVBW-Vorstand Dr. Metke forderte den KBV-Vorstand auf, im Rahmen eines Eilverfahrens den Bundesdatenschutzbeauftragten anzurufen und um Prüfung zu bitten, ob unter den gegebenen Umständen überhaupt noch eine Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte zu verantworten sei. ✓

114. Deutscher Ärztetag: Ärztemangel und Priorisierung

„Der Arztberuf hat Zukunft – auch in Deutschland“ – dieses Signal wünschte sich der Präsident der Landesärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Franz-Joseph Bartmann, bei seiner Begrüßung zur Eröffnung des 114. Deutschen Ärztetages im Kieler Schloss. Er hat allen Grund, sich dieses Signal zu wünschen, hat er doch seine Praxis direkt an der deutsch-dänischen Grenze und erlebt im Alltag permanent die Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen beider Länder. „Man kann das in ein einfaches Motto fassen: Ideal ist es, Arzt in Dänemark und Patient in Deutschland zu sein.“ Einfache und adäquate Honorierung, akzeptable Arbeitszeiten auf der einen Seite für die Ärzte, lange Wartezeiten und weite Wege für die Patienten auf der anderen Seite.

Nach erst 19 Tagen im Amt hielt der frisch gebackene Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr seine Antrittsrede auf dem Ärztetag. Bahr verteidigte die Maßnahmen der Bundesregierung in den letzten knapp zwei Jahren. „Wir haben eine Situation vorgefunden mit einem Defizit in der Gesetzlichen Krankenkasse, wie es noch nie dagewesen war. Wir mussten daher kurzfristig handeln, um die Pleite einer deutlichen Anzahl von Krankenkassen zu

verhindern. Aber das darf nicht der Maßstab für die Zukunft sein. Wir müssen weg kommen von dem kurzfristigen Denken und brauchen ein Finanzierungssystem der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen.“ Gleichwohl habe der Regierungswechsel 2009 einen Paradigmenwechsel bedeutet. „Gelingen ist es uns, die Ausgaben für Arzneimittel wieder unter das Niveau der Ärztevergütung zu bringen.“ Gleichzeitig kündigte er an, die Politik seines Vorgängers fortzusetzen. „Es wird keine Verschiebung der Prioritäten geben.“

Für Bahr bleibt die Freiberuflichkeit das Primat in der ärztlichen Versorgung. Daran müsse sich die Politik orientieren. Das bedeute für ihn, dass er der staatlichen Planung Grenzen setzen möchte. „Ich halte Äußerungen zu Über- und Unterversorgung für eine Phantomdiskussion. Ich kann auch nichts damit anfangen, wenn immer wieder behauptet wird, wir hätten genug Ärzte, wir müssten sie nur besser auf das Land verteilen.“ Der Minister verband das mit einer klaren Absage an die Vorstellung, die Politik könne mit Zwang und Regulierung das Problem des Ärztemangels beheben. „Was wir vielmehr brauchen, sind passende Anreize.“

Bahr betonte, dass sich der Arztberuf den gesellschaftlichen Änderungen anpassen müsse. „Wenn heute zwei Drittel der Medizinstudierenden Frauen sind, müssen wir uns Gedanken darüber machen, wie wir die Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie gestalten können.“ In den Gesprächen, die er an den Universitäten führe, zeige sich aber immer mehr, dass die Vereinbarkeit auch für die jungen Ärzte eine große Bedeutung habe. „Künftig wird es sicherlich verstärkt bei der Auswahl eines Standortes oder der Entscheidung sich niederzulassen oder im Krankenhaus zu arbeiten darauf ankommen, wie familienfreundlich das jeweilige Angebot ist“, sagte der Minister. Eine klare Absage erteilte Bahr Forderungen einer Priorisierung im Gesundheitswesen. „Das kann nicht unser Ansatz oder Ziel sein. Wir müssen uns darauf konzentrieren, stattdessen eine ausreichende Finanzierung zu gewährleisten.“ In Bezug auf das Honorar kündigte Bahr an, noch in dieser Legislaturperiode die GOÄ anzupassen.

Bewegender Auftritt von Hoppe

Ein bewegender Auftritt war das Referat des Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Für Hoppe war es nach zwölf Jahren der letzte Auftritt als Präsident auf einem Ärztetag. In seinem Referat ging er auf die zentralen Themen ein, die derzeit in der Ärzteschaft diskutiert werden. Hoppe erinnerte an die Ärztesproteste in den vergangenen Jahren, in denen Zehntausende von Ärztinnen und Ärzten ihre Praxen geschlossen haben und auf die Straße gegangen sind. „Die unsäglichen Arbeitszeiten in den Kliniken wurden ebenso thematisiert wie der Bürokratiewahn in den Praxen.“ Zwar hätten sich die Arbeitsbedingungen verbessert, dennoch habe sich das Problem des Ärztemangels verschärft. „Während selbsternannte Ärztekritiker über zu hohe Arzteinkommen schwadronieren, gehen dem Gesundheitswesen die Ärzte aus.“

Auch auf das Thema Priorisierung ging Hoppe noch einmal ein. „Für meine Forderung, Priorisierung vor dem Hintergrund der Ressourcenbegrenzung und steigender Behandlungsbedürftigkeit der Menschen offen zu diskutieren, bin ich hart geprügelt worden. Doch bleibe ich dabei und betone es noch einmal: Keiner, der ernst genommen wird, leugnet noch, dass es Rationierung in der Versorgung gibt und einen Mangel an

Arztstunden. Bei begrenzten Ressourcen und steigender Morbidität ist die Diskussion um Priorisierung als Instrument der transparenten Verteilungsgerechtigkeit unabdingbar.“

In einem weiteren Teil seines Vortrages widmete sich Hoppe der Reform der GOÄ. „Zu lange schon müssen wir auf der Grundlage einer völlig überalterten Gebührenordnung arbeiten.“ Hoppe legte großen Wert auf die Feststellung, dass die GOÄ eine amtliche Gebührenordnung sei, also eine vom Gesetzgeber vorgegebene Gebührentaxe für Ärzte. „Warum betone ich das so? Weil die Fondsmanager der Privaten Krankenkassen daran arbeiten, diese amtliche Gebührenordnung durch verhandelbare Versicherungstarife zu ersetzen. Sie wollen die Rechtsverbindlichkeit der GOÄ auflösen, über die Öffnungsklausel die Ärzte gegeneinander ausspielen und so mit Dumpingpreisen für ärztliche Leistungen die Rendite ihrer Unternehmen steigern.“ Allein für Maklerprovisionen gebe die PKV mehr als 50 Prozent dessen aus, was sie für ärztliche Leistung insgesamt aufwende. „Wir müssen endlich klar machen, dass die PKV die Ärzte mehr braucht als die Ärzte die PKV.“ Dringend sei daher die angekündigte Reform der GOÄ erforderlich, wozu die Bundesärztekammer bereits einen betriebswirtschaftlich sauber durchkalkulierten Vorschlag unterbreitet habe. Hoppe forderte den Minister auf, die Reform nicht auf den Sankt-Nimmerleinstag zu verschieben, „Wir brauchen sie jetzt.“

Hoppe beendete seinen Vortrag mit einem Appell an seinen Nachfolger. „Ich wünsche meinem Nachfolger Kraft im Amt, Beharrlichkeit, für all das zu streiten, was diesen Arztberuf so schön macht – und trotz der herausgehobenen Bedeutung dieses Amtes Arzt zu bleiben.“ Mit minutenlangen Standing Ovationen wurde Hoppe geehrt. Eine Ära ist damit zu Ende gegangen.



Standing Ovationen für den Ärztekammer-Präsidenten Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, der sein Amt nach zwölf Jahren abgibt.



Hurra! Endlich mal wieder ein neues Gesundheitsstrukturgesetz

Rahmenbedingungen für wichtige Versorgungsbereiche sollen reformiert werden

Das Versorgungsgesetz der Bundesregierung nimmt immer deutlichere Gestalt an. In der Zwischenzeit liegt ein Gesetzentwurf vor, der nun in die parlamentarische Beratung geht. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat dieses Gesetzesvorhaben intensiv begleitet. Zu den einzelnen Entwürfen gab es bislang eigene Stellungnahmen, die der Vorstand im Rahmen von Gesprächen mit den gesundheitspolitischen Abgeordneten des Deutschen Bundestages mit in die Diskussion eingebracht hat. Für die KVBW ist das Gesetz von großer Bedeutung, legt es doch die Rahmenbedingungen für wichtige Bereiche der Versorgung fest.

Im Wesentlichen enthält der Gesetzentwurf folgende Punkte:

▣ Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung soll wesentlich flexibilisiert werden. Damit soll dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit gegeben werden, die Planungsbezirke, die bislang die Stadt- und Landkreise sind, je nach Facharztgruppe neu festzulegen. Die

Verhältniszahlen sollen angepasst und in der Berechnung um einen Demografiefaktor ergänzt werden, der auch die Sozialstruktur der Bevölkerung abbildet. Ein wichtiger Punkt, der auf Drängen der Länder berücksichtigt wurde, ist eine stärkere Einwirkungsmöglichkeit auf die Bedarfsplanung. Darin ist vor allem ein größerer Einfluss der Länder auf die Landesausschüsse, in denen die Über- / Unterversorgung in den Planungsbezirken festgestellt wird, vorgesehen.

Wesentlicher für niedergelassene Ärzte sind die Maßnahmen, mit denen der Verzicht auf Zulassung in einem überversorgten Gebiet gefördert werden soll. Ausdrücklich wird hierbei die Möglichkeit erwähnt, dass die KVen Arztsitze aufkaufen sollen. Des Weiteren sollen die Zulassungsausschüsse künftig befugt werden, in Planungsbezirken mit einem Versorgungsgrad von mehr als 100 Prozent Zulassungen nur noch befristet abzugeben. Schließlich wird die Möglichkeit zur Verlegung eines Arztsitzes in ein MVZ noch einmal deutlich eingeschränkt.

▣ Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Die Regierungskoalition hat in diesem Abschnitt weitere Maßnahmen genannt, mit denen auf planerischem Weg die Sicherstellung gewährleistet werden soll. Dies betrifft etwa die Forderung, dass alle Leistungen von Ärzten in strukturschwachen (vor allem unterversorgten) Gebieten grundsätzlich von der Abstufung ausgenommen werden sollen. Gleichzeitig verzichtet die Politik endgültig auf Sicherstellungszu- und -abschläge, will dafür aber einen Strukturfonds einrichten, der aus der Gesamtvergütung gespeist werden soll und aus dem Maßnahmen zur Sicherstellung finanziert werden sollen.

Die regionalen Vertragspartner erhalten nach den Vorstellungen der Koalition zudem die Möglichkeit, Preiszuschläge für „Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, zu vereinbaren.“

Die Ermächtigungen für Krankenhäuser werden ausgeweitet. Zudem

sollen auch die Ärzte aus Rehaeinrichtungen künftig ermächtigt werden können. Im organisierten Notfalldienst sollen ausdrücklich Kooperationen mit Krankenhäusern ermöglicht werden. Die Residenzpflicht wird aufgehoben, sofern der Notfalldienst geregelt ist, und kommunale Träger sollen Eigeneinrichtungen künftig betreiben dürfen, wenn sich in unterversorgten Gebieten kein Arzt findet und die KVen die Versorgung nicht sicherstellen können.

➤ **Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität der Patientinnen und Patienten**

Dieser Bereich umfasst drei Punkte: Bürokratieabbau, Wartezeit auf einen Facharzttermin und ein verbessertes Entlassungsmanagement der Krankenhäuser. Nach den Vorstellungen der Koalition werden die KVen verpflichtet, kürzere Wartezeiten bei den Fachärzten einzufordern. Zum anderen wird den Krankenkassen die Aufgabe gegeben, die Möglichkeit zur Versichertenbetreuung stärker zu nutzen und hier selbst gegenüber den Ärzten für kürzere Wartezeiten tätig zu werden. Die Krankenhäuser werden aufgefordert, ein Versorgungsmanagement nach der Entlassung anzubieten.

➤ **Medizinische Versorgungszentren**

Bei den Medizinischen Versorgungszentren plant die Koalition, deren Betrieb deutlich einzuschränken. So sollen künftig nur noch Vertragsärzte und Krankenhäuser MVZ gründen dürfen und als Rechtsformen nur noch GmbHs und Personengesellschaften zugelassen werden. Außerdem muss die Leitung rechtlich und faktisch in ärztlicher Hand liegen.

➤ **Ambulante spezialärztliche Versorgung**

Für die ambulante Behandlung von Patienten mit besonders schweren oder seltenen Krankheiten mit schweren Verläufen möchte die Koalition in Berlin eine dritte Leistungsebene einführen, in die sowohl die Krankenhäuser als auch die niedergelassenen Ärzte eingebunden sind. Der

Gemeinsame Bundesausschuss soll dafür die Richtlinien vorgeben, unter anderem die Qualitätsanforderungen, die Ärzte und Krankenhäuser dafür erbringen müssen.

➤ **Honorarreform**

Hier ist in erster Linie eine Regionalisierung auf die Vertragspartner vor Ort (KVen und Krankenkassen) in Bezug auf die Honorarverteilung geplant. Die KBV kann dafür Richtlinien zu Vorgaben insbesondere zur Trennung in einen haus- und einen fachärztlichen Vergütungsanteil sowie zur Mengenbegrenzung bestimmen.

➤ **Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Die Koalition möchte den Ärzten die Sorge vor Regressen weiter nehmen. Dafür sollen vor allem Praxisbesonderheiten festgelegt werden und der Grundsatz „Beratung vor Regress“ eingeführt werden.

➤ **Verbot der Zuweisung gegen Entgelt**

Hier sieht die Koalition Regelungsbedarf und fordert eine ausdrückliche gesetzliche Regelung, wonach eine Zuweisung gegen Entgelt ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten ist und nicht nur gegen die Berufsordnung. Außerdem sollen die Zulassungsvoraussetzungen von Teil- und Berufsausübungsgemeinschaften konkretisiert werden, damit diese nicht zur Umgehung des Verbots von Zuweisung gegen Entgelt gegründet werden.

„KOOPERATIONEN MIT KRANKENHÄUSERN WERDEN MÖGLICH“

Sehr zurückhaltend sind die Gesundheitspolitiker in Berlin, was die Delegation ärztlicher Leistungen angeht. Hier werden die Partner des Bundesmantelvertrages lediglich aufgefordert, eine Liste delegationsfähiger Leistungen festzulegen, die dann in Modellprojekten erprobt werden sollen.

➤ **Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten**

In diesem Abschnitt werden die bereits seit langem bekannten Forderungen in diesem Bereich konkretisiert. Dazu gehören eine größere Anzahl an Studienplätzen, andere Kriterien für die Auswahl zum Studium, eine Vorabquote von fünf Prozent der Studierenden für künftige Landärzte und eine Stärkung der Förderung der Verbundweiterbildung sowie die Schaffung von mehr Lehrstühlen für Allgemeinmedizin.



Die stärkere Regionalisierung der Vergütung ist zu begrüßen

Der Vorstand der KVBW nimmt Stellung zum GKV-Versorgungsgesetz

Endlich hat die Politik erkannt, dass die ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland gefährdet ist. Aus Sicht der KVBW ist es daher ein Schritt in die richtige Richtung, wenn der Gesetzgeber sich dieses Themas annimmt. Erfreulich ist es weiterhin, dass die Politik die unverzichtbare Rolle des niedergelassenen, weisungsungebundenen Arztes und Psychotherapeuten für die Versorgung anerkennt und gleichzeitig die Gate-Keeper-Funktion im System von Haus- und Fachärzten betont.

Die KVBW begrüßt:

- die Forderung nach einer stärkeren Regionalisierung der Vergütung,
- den Grundsatz von „Beratung vor Regress“,
- die Vereinbarung vorab anzuerkennender Praxisbesonderheiten,
- die vorgesehenen Maßnahmen in Bezug auf die MVZ, mit denen die niedergelassenen Ärzte gestärkt werden und die ambulante Versorgung nicht vorrangig der Renditeoptimierung dienen darf,
- die Flexibilisierung der Bedarfsplanung.

Die KVBW lehnt ab:

- alle Forderungen, Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung aus der Gesamtvergütung zu finanzieren. Das betrifft beispielsweise die Einrichtung eines Strukturfonds oder den Aufkauf von Arztsitzen.
- alle Maßnahmen, mit denen die Niederlassungsmöglichkeit eingeschränkt oder die Übernahme einer Praxis erschwert wird. Dazu

gehört die Befristung von Niederlassung oder Hürden bei der Auswahl der Praxisnachfolger.

- insbesondere eine Verschiebung der Leistungen der Niedergelassenen vom ambulanten in den stationären Bereich.
- die Einrichtung einer dritten Leistungsebene (Spezialärztliche Versorgung). Die derzeit vorhandene Arbeitsteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich für diese kleine Gruppe an Patienten funktioniert einwandfrei. Die im Eckpunktepapier vorgesehene Regelung würde ein Übermaß an neuer Bürokratie mit sich bringen, die auf diese Leistungen ausgerichteten Praxen gefährden und keine Verbesserung der Versorgung ergeben. Sie geht mit einer Öffnung des Krankenhauses in ungleicher Konkurrenz zu niedergelassenen Strukturen einher.

Die KVBW fordert:

- Einer Ausweitung der Zahl von Arztsitzen (etwa durch soziodemographische Faktoren in der Bedarfsplanung oder Sonderbedarfszulassungen) muss eine entsprechende Erhöhung der Gesamtvergütung folgen, da sonst die Vergütung der einzelnen Ärzte sinkt.
- Die Trennung in einen haus- und fachärztlichen Vergütungstopf muss erweitert werden um einen Topf für die psychotherapeutische Versorgung.
- Eine Änderung der Stimmengewichtung in der KBV-Vertreterversammlung, mit der die tatsächlichen Mitgliederzahlen zwischen den KVen widerspiegelt werden.
- Feste Vergütungsbestandteile in

der Honorierung sind nach und nach einzuführen. Daraus folgt Planbarkeit und ein erwünschtes Mehr an Attraktivität des ärztlichen Berufes.

- Eine Regionalisierung des Vergütungssystems, die die Honorarautonomie für die KVen wiederherstellt und die den KVen die Möglichkeit für kassenartspezifische Honorarverhandlungen erhält. Dies schließt gleichzeitig bundesweite Vorgaben für die Honorarverteilung und die Mengensteuerung aus.
- Eine Änderung des Paragraphen 106 SGB V, wonach eine Klage gegen einen Regress grundsätzlich aufschiebende Wirkung haben soll.
- Eine Änderung des Paragraphen 115 SGB V, wonach der niedergelassene Arzt im Auftrag und zu Lasten des Krankenhauses für diese Leistungen in seiner Praxis erbringen darf.
- Die Flexibilisierung der Mengengrenzungen bei Haus- und Fachärzten zum Erreichen zumutbarer Wartezeiten bei Haus- und insbesondere bei Fachärzten.
- Eine eindeutige Regelung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und medizinischen Sekundärberufen durch Verträge zwischen den KVen und den Krankenkassen. Eine Zuweisung gegen Entgelt ohne adäquate Eigenleistung durch Ärzte lehnen wir ab.

 Mehr dazu im Internet

Eine ausführliche Aufstellung und Stellungnahme zu den einzelnen Punkten ist auf der Homepage unter www.kvbawue.de zu finden.

Vertreterversammlung: Erneute Bilanz der Arbeit des Vorstands nach 72 Tagen

Dr. Norbert Metke referiert den Stand der derzeitigen Projekte

Das Projekt RegioPraxis Baden-Württemberg ist im Zeitplan

Die Praxen sollen in Kerngemeinden eingerichtet werden, die bestimmte Einrichtungen wie etwa Bürgermeisteramt, Bank und Schulen aufweisen sowie verkehrsgünstig liegen. Im Moment werden noch rechtliche und finanzielle Fragen geklärt. Als Standorte sind die Landkreise Freudenstadt, Rottweil, Emmendingen, Biberach und Ostalbkreis angedacht.

Ab Sommer wird es einen Newsletter für die Mitglieder der KV Baden-Württemberg geben

Er wird per E-Mail versendet werden und standespolitische Informationen enthalten. Damit soll die Mitgliederinformation verbessert werden.

Die KVBW ist auf facebook

Die Seite ist hauptsächlich als Service- und Informationsseite für Medizinstudenten gedacht. „KVBW for students“ soll angehenden Medizinerinnen das Thema Niederlassung schon in der Ausbildung schmackhaft machen. Die KVBW will die Studenten damit schon auf ihrem Ausbildungsweg nachhaltig unterstützen.

Die DocLine steht in den Startlöchern

Die telefonische Hilfs-Hotline für Ärzte in Krisensituationen geht in die Testphase. Der Echt-Betrieb ist ab 1. Juli geplant. DocLineBW bietet schnelle Soforthilfe und koordinierte Beratung für Mitglieder in Krisensituationen. Innerhalb von acht Werktagen erhält das Mitglied eine erste Rückmeldung zur Situation und zu möglichen Handlungsalternativen.

Der E-Flyer Baden-Württemberg kommt

Dies ist eine elektronische Patientinformation, die Ärzte für ihre Patienten zu Themen der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln ausdrucken können. Er soll bis zu den Sommerferien vorliegen.

Der Vorstand begrüßt im Wesentlichen das Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit zum Versorgungsgesetz: Wo viel Licht ist, fällt auch Schatten

Die Gefährdung der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland sei von der Politik erkannt und entsprechende gesetzgeberische Maßnah-

men seien angedacht. In dem Papier sind eine Vielzahl von Umstrukturierungsvorschlägen, vor allem in Bezug auf die Bedarfsplanung, enthalten. Eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung ist nützlich, aber in Bezug auf die Aufrechterhaltung der Versorgung vor allem auf dem Land nicht unbedingt förderlich. Durch eine Änderung der Bedarfsplanung kommt kein einziger zusätzlicher Arzt in das System. Die Niederlassung als Arzt müsse attraktiver werden. Hauptgrund für die Zurückhaltung der jungen Ärzte sich niederzulassen, ist die fehlende finanzielle Planungssicherheit. (Mehr zum Eckpunktepapier auf den Seiten 9 bis 11 dieser ergo-Ausgabe)



Die KVBW-Vertreterversammlung forderte einstimmig eine gerechtere Stimmenverteilung in den Gremien der KBV

Der Vorstand definiert strategische Ziele der KVBW in der Legislaturperiode bis 2016

Im Hinblick auf die Mitglieder der KV muss Vertrauen geschaffen und mehr Akzeptanz gefunden werden. Akzeptanzsteigerung kann vor allem durch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, der Leistungshonorierung, der politischen Vertretung sowie durch rechtssicheres Handeln erreicht werden. Die KVBW braucht ein Machtpotenzial, um sich nach außen durchzusetzen. Gestärkt wird sie durch die Zufriedenheit und Loyalität ihrer Mitglieder. Dies ist die Voraussetzung für eine starke Vertretung nach außen.

Strategische Ziele sind weiterhin, das Image der KVBW als Garant für die ganzheitliche medizinische Betreuung zu verbessern, sich für die adäquate Honorierung der ärztlichen Leistungen einzusetzen, die Versorgung zu sichern und die Attraktivität des Arztberufes zu steigern.

Die Organisation und die Strukturen der KVBW sollen kontinuierlich verbessert werden, ein Netzwerk zur Stärkung der Positionierung der KV soll ausgebaut werden und die Kern-Geschäftsbereiche Zulassung, Abrechnung, Vertrag und Qualitätssicherung sollen ausgebaut beziehungsweise gestärkt werden. Metke und Fechner sagen: „Wir sind bereit“.

Dr. Johannes Fechner erläutert die schwierige Situation der Notfallpraxen

Ausführlich ging Dr. Fechner auf die Situation des Notfalldienstes in Baden-Württemberg ein. Für Fechner stellt die Organisation des Notfalldienstes einen wichtigen Standortfaktor dar und ist damit eines der wichtigsten Kriterien, ob und wo sich ein junger Arzt heute niederlässt. Da der Notfalldienst unterfinanziert ist, stellt sich für die KV die Aufgabe, nach Wegen für die künftige Ausge-

staltung des Notfalldienstes zu suchen. Um die Situation des Notfalldienstes in der sehr unterschiedlichen Struktur des Notfalldienstes, die teilweise noch in der Historie der Alt-KVen begründet ist, zu verbessern, untersucht die KV derzeit vor allem die Notfallpraxen nach Personalkapazitäten, Organisation, Finanzierung und weiteren Faktoren. Mehr dazu auf Seiten 22 und 23 dieser ergo-Ausgabe.

Neues von der Abrechnung, der Honorarverteilung und dem Vertragswesen - Schieflage bei Laborbudget beseitigt

Geschäftsführerin Susanne Lilie berichtete darüber, dass die KVBW auf Bundesebene die Beseitigung einer Schieflage bei der Berechnung des Laborbudgets durch Selektivverträge durchgesetzt hat. Ab 1. April 2011 kann für die im Selektivvertrag eingeschriebenen Patienten ein Pseudofall im Rahmen der KV-Abrechnung angelegt und mit der Kennziffer 88192 versehen werden. Diese so gekennzeichneten Fälle werden dann bei der Berechnung der begrenzten Fallpunktzahl für das Speziallabor (Abschnitt 32.3) berücksichtigt. (Rundschreiben der KVBW, Mai 2011, Seite 1)

Neue Honorierung von Haus- und Heimbisuchen ist „Betrug an Ärzten und Patienten durch die KBV“

Die GOP 01410 steigt von 440 Punkten (15,42 Euro) auf 600 Punkte (21,03 Euro), die GOP 01413 von 215 Punkten (7,54 Euro) auf 300 Punkte (10,51 Euro). Die Vergütung erfolgt künftig außerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) beziehungsweise des Qualitätsbezogenen Zusatzvolumens (QZV), aber aus einem versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzug. Das regelt der neue Beschluss des Bewertungsausschusses aus Berlin mit einer verpflichtenden Umsetzung für die KVBW. Das heißt, die höhere Vergütung wird allein von den Ärzten selbst getragen, sie bezah-

len die Haus- und Heimbisuche aus einer Reduktion ihrer RLV selbst. Daher hat die KVBW in Absprache mit dem beratenden Fachausschuss Hausärzte das Finanzvolumen für die Besuche „eingetopft“. Das bedeutet, je mehr Besuche es gibt, desto geringer ist die Vergütung. Für KV-Chef Metke stellt diese neue Regelung einen „Betrug an den Ärzten und Patienten“ dar.

Neuerung bei Kooperationszuschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften

Der RLV-Zuschlag bei fach- und schwerpunktglichen standortübergreifenden BAG sowie standortübergreifenden Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe ändert sich. Auch sämtliche fach- und schwerpunkübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten unterschiedlicher Arztgruppen sind betroffen. Der Zuschlag bemisst sich ab 1. Juli am Kooperationsgrad. Das bedeutet: Ab dem 3. Quartal 2011 gibt es einen Zuschlag auf das RLV in überörtlichen und fachübergreifenden Konstellationen nur unter der Voraussetzung eines Kooperationsgrades von mindestens zehn Prozent.

Das Thema ambulantes Operieren schwelt

Seit dem Urteil vom 15. Dezember 2010 des LSG Berlin/Brandenburg, zu dem noch keine Urteilsbegründung vorliegt, ist die Vergütung der Zuschlagspunktwerte für das ambulante Operieren und die belegärztlichen Leistungen in Frage gestellt. Hier befindet sich die KVBW noch in Verhandlungen mit den Krankenkassen, um die weitere Vergütung dieser Zuschlagspunktwerte auf eine rechtlich sichere Grundlagen zu stellen. Ziel muss es sein, mindestens das bisherige Vergütungsvolumen zu erhalten und ein transparentes, unbürokratisches Vergütungssystem zu schaffen.

BESCHLÜSSE DER VERTRETERVERSAMMLUNG

Scharfe Kritik an den Gehältern der KBV-Chefs

Die Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg missbilligt die Erhöhung der Gehälter des KBV-Vorstands. Die Steigerung der Bezüge des Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Köhler um 35 Prozent und seines Stellvertreters Dr. Carl-Heinz Müller sind nach Meinung der Delegierten nicht akzeptabel. Da die Verträge weitestgehend unter Ausschluss der gewählten Vertreter abgeschlossen wurden, sei das Verfahren intransparent. Dies schaffe Misstrauen und schade dem Ansehen der Ärzte.

Die Vertreterversammlung fordert in einstimmig verabschiedeter Resolution gerechtere Stimmenverteilung in den Gremien der KBV

Damit soll das regionale Ungleichgewicht in den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aufgehoben werden. Es benachteiligt die großen KVen der Südschiene deutlich. „Es kann nicht sein, dass KVen, die 1 700 Ärzte vertreten, in der KBV zwei Stimmen haben, während die KV Baden-Württemberg mit ihren knapp

20 000 Ärzten gerade mal über fünf Stimmen verfügt“, so der Vorstandsvorsitzende Dr. Norbert Metke, „denn die Abstimmungsergebnisse spiegeln daher oftmals nicht die wahren Mehrheitsverhältnisse unter den Ärzten und Psychotherapeuten im Land wider.“

Die Vertreterversammlung spricht sich gegen eine Änderung der Arzneimittelversorgung aus

Die von der Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) geplante Änderung der Arzneimittelversorgung wird abgelehnt.

In der Begründung heißt es, die Erstellung eines Medikationsplans ist aus medizinischen und haftrechtlichen Gründen eine originäre ärztliche Aufgabe. Schon jetzt kann der Arzt dem Apotheker die Auswahl des Präparates überlassen. Aus Gründen der Einnahmetreue müsse es aber weiterhin möglich sein, ein bestimmtes Präparat zu verordnen, das der Apotheker abgeben muss. ✓

PROJEKT REGIOPRAXIS BW WIRD AUF ALLE BEZIRKSDIREKTIONEN AUSGEDEHNT

Landesregierung erklärte bereits ihre Zustimmung

Das Projekt RegioPraxis BW ist eine der zentralen Maßnahmen der KVBW, um dem drohenden Ärztemangel vor allem in den ländlichen Regionen zu begegnen. In der Zwischenzeit sind die Vorbereitungen weiter vorangeschritten. Bemerkenswert ist, welches Interesse an zahlreichen Standorten besteht, sowohl seitens der Bürgermeister aber auch von Seiten der Ärzteschaft.

So haben bereits eine ganze Reihe von Gesprächen vor Ort mit potenziellen Beteiligten stattgefunden. Die Projektgruppe in der KVBW hat nun einen Kriterienkatalog für mögliche Standorte erstellt und ist gerade dabei, in jeder BD Standorte zu prüfen. Bestand das ursprüngliche Ziel des Vorstands darin, im kommenden Jahr zwei Praxen in Baden-Württemberg zu eröffnen, ist das nun erweitert worden: Vorgesehen ist die Realisierung einer Regio-Praxis BW in jeder BD. Am Zeitraum hat sich hingegen nichts geändert.

Mit dem Projekt betritt die KVBW Neuland. Das bedeutet, dass auch die Konzeption in Einzelheiten immer wie-

der den neuen Erkenntnissen angepasst werden muss. Dabei sind eine ganze Reihe von Einzelfragen zu klären, wie zum Beispiel „Was passiert mit den bisherigen Praxisräumen oder der derzeitigen Ausstattung?“ Auch die Frage der Größe ist noch einmal neu diskutiert worden. Hier zeichnet sich eine Tendenz ab, eher an größere Einheiten zu denken, also an Flächen ab 400 m². Dies hätte den Vorteil, dass auch eine Sozialstation / Pflege angesiedelt werden könnte.

Das Projektteam ist daher gerade dabei, die Konzeption weiterzuentwickeln, ohne an der Grundausrichtung etwas zu ändern. In den kommenden Monaten werden die Gespräche fortgesetzt und Entscheidungen über die vier Standorte getroffen. Gleichzeitig wird das Werben in der Politik, vor allem in der neuen Landesregierung, um Unterstützung für das Projekt fortgesetzt. In den bisherigen Gesprächen, die mit den Koalitionsparteien noch vor den Landtagswahlen geführt wurden, hatte das Konzept partiübergreifend große Zustimmung erfahren.



Aktuelle Informationen lassen sich individuell zusammen stellen

Der neue Newsletter ergänzt die Internet-Kommunikation der KVBW

Der neue Vorstand steht für offene Kommunikation, für Umsetzungsstärke und Reaktionsschnelligkeit. Wie gut, dass es die elektronischen Kommunikationsmittel schon gibt, denn spätestens jetzt hätten E-Mail und Internet erfunden werden müssen: Nur so kann der neue Newsletter die Mitglieder der KVBW schnell und aktuell erreichen.

Die Mitarbeiter der KVBW verwenden viel Zeit und Energie darauf, die

Mitglieder umfassend zu informieren: Praxisrelevante Meldungen erreichen den Arzt und Psychotherapeut in gedruckter Form über die „Pflichtlektüre Rundschreiben“ und als elektronische „Schnellinformation“. Letztere wird nur an den angemeldeten Personenkreis adressiert. **ergo**, das Mitglieder-Journal, greift viermal jährlich aktuelle Themen informativ-unterhaltend auf. Hinzu kommen zahlreiche Broschüren, Merkblätter und Flyer.

Sämtliche Publikationen werden zusätzlich als PDF auf kvbawue.de ins Netz gestellt, seit einigen Monaten auch Rundschreiben und Schnellinformationen mit nicht-öffentlichen Inhalten, allerdings geschützt im Mitgliederportal. Zunehmend wird die gedruckte Nachricht aus Kostengründen knapp gehalten und anstatt dessen auf ergänzende Informationen auf kvbawue.de verwiesen. Aber kvbawue.de kann mehr, hier werden zudem eigenständige Informationen mit hohem Aktualitätswert veröffentlicht.

Dass aus dem Informationsfundus Internet kein Informations- und damit Ressourcengrab wird, dafür sorgt ein zeitgemäßes E-Mail-Instrument namens Newsletter. Ein Newsletter erhöht nach erfolgreicher Einführung die Durchdringung der Informationen signifikant. In der KV-Landschaft sorgt die als fortschrittlich bekannte KV Nordrhein mit einem Newsletter schon seit geraumer Zeit erfolgreich dafür, dass ihre Informationen wahrgenommen werden.



Ein Newsletter bewirkt, dass passiv vorgehaltene neue Informationen wahrgenommen und gelesen werden. Systematisch aufgebaute Newsletter bringen zusätzlich Struktur in die Informationsflut. Als weiterer Service kann der Abonnent seinen individuellen Newsletter aus optionalen Themenschwerpunkten zusammenstellen und damit die Informationen für sich von vornherein einschränken. Das sieht so aus, dass der Abonnent zwischen vom Anbieter bereitgestellten Modulen wählen und diese frei kombinieren kann. Das könnten beispielsweise die Module „Gesundheitspolitik“ und „Praxisthemen“ sein.

Viele Mitglieder sind heute schon Empfänger der E-Mail-basierten Schnellinformation des Vorstands. Der erste Newsletter wird an die für die Schnellinformation mit E-Mail-Adresse angemeldeten Mitglieder versandt. Das entspricht weitestgehend den im Arztregister hinterlegten E-Mail-Adressen. Mitglieder, deren E-Mail-Adresse bei der KVBW noch nicht bekannt ist, melden sich auf der Startseite von kvbawue.de als Abonnent des Newsletters an. Dann dürfte noch vor der Sommerpause der erste Newsletter im E-Mail-Postfach liegen. Der erste Newsletter wird, wie

alle nachfolgenden, die Option enthalten, sich mit nur wenigen Klicks abzumelden. Also keine Angst: Sollte der Newsletter nicht halten, was er verspricht, lässt sich das Abonnement jederzeit online kündigen. ✓

Mehr dazu im Internet

Anmelden können sich die Mitglieder ab Mitte / Ende Juli unter www.kvbawue.de

ABONNEMENT ANMELDEN

Der Newsletter ist ein elektronisches Rundschreiben, das einen für diesen Service angemeldeten Personenkreis über Neuigkeiten informiert. Newsletter sind als Instrumente des sogenannten Permission Marketing einem gesetzlich geregelten Anmeldeverfahren unterworfen.

Permission Marketing bedeutet, dass der Anbieter nachweisen können muss, dass der Empfänger dem Bezug aktiv zugestimmt hat. Das geschieht üblicherweise mit einem Double-Opt-in-Verfahren. In diesem Falle meldet sich der Abonnent mit einer E-Mail-Adresse für den Bezug des Newsletters an. Daraufhin erhält er an die genannte Adresse eine automatisch generierte E-Mail, die er noch einmal mit Mausklick bestätigen muss. Erst dann wird er in den Verteiler aufgenommen. Diese drei Schritte sind denkbar einfach und innerhalb weniger Sekunden passiert.

Die Erscheinungsweise ist in der Regel nicht definiert, was den unkomplizierten spontanen Versand, wann immer er erforderlich erscheint, begünstigt. Meist wird er in Textversion (Plaintext) oder als HTML versandt, auch ein PDF-Anhang ist möglich. Der Newsletter soll in erster Linie ein Angebot für die Mitglieder der KVBW, sein. Aber natürlich spricht nichts dagegen, diesen Service auch für Interessenten aus dem fachlichen, journalistischen oder privaten Umfeld zu öffnen.



Facebook: Die KVBW spricht den ärztlichen Nachwuchs aktiv an

Neue Motivationsstrategie nutzt das meistgenutzte soziale Netzwerk

Für die Niederlassungsberatung der KVBW ist es schon lange ein Thema: Wie sind Mediziner in der Ausbildung anzusprechen und wie ist ihnen eine künftige Niederlassung schon in der Ausbildung schmackhaft zu machen? Und wie können sie auf ihrem Ausbildungsweg nachhaltig unterstützt werden? Oft genug müssen die Niederlassungsberater feststellen, dass Medizinstudenten die KVBW gar nicht kennen – geschweige denn wissen, was die KVBW für sie tun kann.

Also müssen die Studierenden nachhaltig informiert werden. Neue Wege geht nun die KVBW: Auf Messen, bei Veranstaltungen an den Universitäten oder mit Seminarangeboten wird bei Medizinstudenten für die Tätigkeit als niedergelassener Arzt geworben. Und Facebook kommt aktuell hinzu. Am 13. April 2011 ging die Seite „KVBW for students“ online, konzipiert von der Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit. Dazu Kai Sonntag, Leiter der Stabsstelle: „Facebook ist das Medium, in dem sich Studenten, auch Medizinstudenten täglich bewegen. Dabei

stehen die privaten Kontakte natürlich an erster Stelle. Aber Facebook wird zunehmend professioneller genutzt.“

In Deutschland sind es schon über 18 Millionen Nutzer, unter den 18 bis 24-Jährigen mehr als vier Millionen. Die Registrierungen unter Studierenden lassen sich nur schätzen: 50 Prozent aber sind es mindestens, die mittlerweile auf Facebook aktiv sind. Und es werden täglich mehr.

Es gibt eine ganze Reihe von Netzwerken wie Facebook, twitter, XING. Unangefochtener Favorit – gemessen an den Nutzerzahlen – ist jedoch Facebook. Schneller Datenaustausch, Kommunikation über Länder und Kontinente hinweg, Teilnahme am Leben auch weit entfernter Freunde – die Faszination und die Vorteile von Facebook liegen auf der Hand.

Kritiker halten dagegen: Sie sehen große Gefahren in der unkontrollierbaren Verbreitung persönlicher Daten. Neben der Verletzung der Persönlichkeitsrechte ist es vor allem die

Nutzung dieser Daten für aggressives Marketing, die ihnen Sorge bereitet. Und die Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen. Vor wenigen Wochen wurde das Unternehmen Facebook auf einen Wert von 50 Milliarden geschätzt – allein auf Grund seiner „Datenschätze“, die es noch zu heben gilt.

Pro oder contra Facebook – Argumente lassen sich viele austauschen. Eine Tatsache aber bleibt: Die Nutzerzahlen steigen rapide. Die große Mehrheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist auf Facebook aktiv. Möchte man diese Zielgruppe erreichen, bietet sich Facebook an. Das wissen auch immer mehr Unternehmen und Organisationen. Sie nutzen Facebook nicht nur für Marketing und Kommunikation, sondern auch für die Suche nach geeigneten Mitarbeitern. Insbesondere junge, gut ausgebildete Fachkräfte lassen sich über Facebook direkt ansprechen.

Das Angebot von „KVBW for students“ richtet sich explizit an Medizinstudenten, Ärzte im Praktikum und in der Facharztausbildung. „Auf

NEUER SERVICE FÜR ARZT UND PATIENT

Der E-Flyer Baden-Württemberg kann im Internet heruntergeladen werden. Dies ist eine elektronische Patienteninformation, die Ärzte für ihre Patienten ausdrucken können. Er soll bis Juli vorliegen. Die ersten beiden Flyer beschäftigen sich mit den Themen „Blutfettsenkende Arzneimittel“ und „Verordnung von Blutzuckerteststreifen“. In beiden Faltblättern werden die Patienten unter anderem darüber informiert, wer Teststreifen beziehungsweise Blutfettsenker auf Kassenrezept erhält, damit den Ärzten viele ärgerliche Diskussionen mit den Patienten erspart bleiben.

Der Flyer erklärt, dass die Ärzte vieles nicht dürfen, was sie eigentlich wollen und nicht immer der Arzt „der Dumme“ ist. Im Patientenflyer „Blutfettsenkende Arzneimittel“ wird überdies darüber informiert, was Patienten selbst tun können, um die Fettwerte zu verbessern wie etwa, sich gesund ernähren, Gewicht abnehmen und sich mehr bewegen. Die Flyer können ab den Sommerferien unter www.kvbwue.de im Internet heruntergeladen werden. Geplant ist es außerdem, weitere Themen zu publizieren.

unserer Seite erhalten die Medizinstudenten Informationen über die Tätigkeit als niedergelassener Arzt. Sie können sich beraten lassen, wenn sie ein Praktikum in einer Praxis suchen. Sie finden Angebote für Weiterbildungsmöglichkeiten. Am wichtigsten aber ist, dass wir in einen direkten Dialog mit den Medizinstudenten treten. Und dass wir ihnen schnelle Antworten auf ihre Fragen geben“, erklärt Kai Sonntag, der sich zukünftig gemeinsam mit Renate Matenaer, Pressereferentin in Stuttgart, um die schnelle Reaktion kümmern wird. Unterstützt werden sie dabei von der Niederlassungsberatung, insbesondere von Brigitte Michels und ihrem Team.

Um die Seite bekannt zu machen, wird in den nächsten Wochen umfassende Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden. So bereits geschehen während der Veranstaltung „Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der ärztlichen Praxis“ an der Freiburger Uni Mitte April, wo junge Mediziner eingeladen waren, sich unter anderem über die KVBW zu informieren. Und ganz neu: Sie konnten direkt am Stand der KVBW den „gefällt mir“-Button der neuen Facebook-Seite drücken – die virtuelle Verknüpfung ihres Profils mit dem der KVBW.

Martina Tröscher, Pressereferentin in Freiburg, berichtet: „Einige Studenten haben sich gleich als Fans der Seite registriert. Andere waren zögerlicher. Sie waren wohl auch sonst noch nicht auf Facebook unterwegs. Interessant aber war, dass unsere Konkurrenz, die Kliniken, sehr interessiert daran waren, was wir da tun.“

In den nächsten Monaten wird sich zeigen, wie gut das Experiment Facebook für die KVBW funktioniert: Ob sich genug Medizinstudenten auf die

Seite ziehen lassen, um sie lebendig und damit interessant zu halten. Und ob sich über das Medium der Bekanntheitsgrad der KVBW unter Medizinstudenten vergrößern lässt. Eines aber ist schon heute sicher: Deutschlandweit ist die KVBW die erste KV, die eine Facebook-Seite eingerichtet und das Potenzial dieses Mediums erkannt hat.

Auch die Mitglieder der KVBW sind eingeladen, sich die Seite anzuschauen. Und natürlich dürfen sie die Seite weiterempfehlen („teilen“), wenn sie selbst auf Facebook aktiv sind. Doch ist zu beachten: „KVBW for students“ ist in erster Linie den Medizinern in der Ausbildung vorbehalten. Die Studenten sollen hier ein Forum finden, um sich über die KVBW zu informieren und mit der KVBW Kontakt aufzunehmen.

Für Anregungen oder Kritik sind anzusprechen: Stabsstelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,

Kai Sonntag Tel. → 0711 / 7875-3419
Renate Matenaer Tel. → 0711 / 7875-3387



„KVBW for students“ auf Facebook

KVBW MACHT STUDENTEN DIE NIEDERLASSUNG SCHMACKHAFT

Noch immer studieren viele junge Menschen das Fach Medizin, doch sind zur Niederlassung immer weniger zu bewegen. Die Vielfalt der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in niedergelassenen Praxen für junge Mediziner will die KV Baden-Württemberg daher in einer Veranstaltungsreihe aufzeigen.

Auftakt war im April ein Abend in Freiburg, an dem das Sachgebiet Zulassungs- und Kooperationsmanagement der KV in Kooperation mit der Lehrkoordination der Universität Freiburg Medizinstudenten informierten. Auf dem Programm standen Informationen zum Thema „Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin“, „Der Weg in die vertragsärztliche Versorgung nach dem Ende der Weiterbildung“ und „Möglichkeiten der Teilzeitweiterbildung in der ambulanten Versorgung“. Den Medizinstudenten wurde auch erläutert, welche Formen der Arbeit als Arzt in der Praxis es gibt, wie etwa Angestelltentätigkeit oder Teilzeittätigkeit in Praxiskooperationen.

Auch Beratungs- und Informationsangebote der KV wie die Weiterbildungsbörse, die Job- und Praxisbörse, die Niederlassungs- beziehungsweise betriebswirtschaftliche Beratung oder die Management Akademie (MAK) wurden den Studierenden vorgestellt. Der Bezirksbeirat stellte sich den Jungmedizinerinnen vor.

Da die erste Veranstaltung bei den Studenten gut ankam, ist die Fortsetzung – in Kooperation mit anderen Universitäten - geplant. Daneben wird die KVBW künftig auch bei Vorlesungen von Medizinstudenten – neben zahlreichen Krankenhäusern - für die Weiterbildung in niedergelassenen Arztpraxen werben. Mit diesen neuen Wegen möchte die KVBW frühzeitig bei Medizinstudenten das Interesse für die Tätigkeit in niedergelassenen Praxen wecken.

Akutsituative rasche und unbürokratische Mitgliederhilfe

Ab 1. Juli 2011: Ein Team der KV-Geschäftsbereiche entwickelt und koordiniert umgehend ein Unterstützungskonzept

Mit seinem Amtsantritt hat der Vorstand der KVBW ein Projekt versprochen, das schnelle Hilfe für Ärzte ermöglichen soll, die zum Beispiel durch einen plötzlichen Rückgang des Honorars, Krankheit oder ähnliches in eine existenzielle Krisensituation geraten sind. DocLine BW - die Krisenhotline der KVBW nimmt ab dem 1. Juli 2011 ihren Betrieb auf.

Krisensituationen im Unternehmen Praxis kommen immer wieder vor. Die Abschlagszahlung ist auf einmal deutlich niedriger, die Praxiskosten können nicht mehr gedeckt werden. Oder durch Krankheit/Tod muss die Praxis vorübergehend geschlossen werden. Eine Vertretung gibt es nicht, der Arzt rutscht in eine wirtschaftliche Krise. Oder ein Psycho-

therapeut ist aufgrund unvorhergesehener finanzieller Belastungen nicht mehr zahlungsfähig und steht vor der Insolvenz seiner Praxis.

Für den Arzt oder Psychotherapeuten ist es wichtig, dass schnelle und koordinierte Reaktion erfolgt. Ein Projektteam mit Mitarbeitern aus den Geschäftsbereichen Service

& Beratung, Abrechnung, Finanzwesen, Zulassung/Sicherstellung und Qualitätssicherung hat die Idee des Vorstands realisiert und Kriterien definiert sowie Prozesse entwickelt, die es zukünftig möglich machen sollen, einen solchen Krisenfall schnell und unbürokratisch zu klären und abzuwickeln. Dazu gehört vor allem die Prüfung, welche Art von Unterstützung seitens der KVBW möglich ist.

Hier soll zukünftig DocLineBW helfen – angesiedelt im Praxisservice innerhalb des Geschäftsbereichs Service & Beratung. Mit einer garantierten Reaktionszeit von maximal acht Arbeitstagen wird sich ein Mitarbeiter des Falles annehmen und die Beratung in Abstimmung mit den beteiligten Geschäftsbereichen koordinieren.

Konzentrierte und koordinierte Beratung

Schon bei der Aufnahme des Falles wird zunächst geklärt, ob es sich

wirklich um einen DocLineBW-Fall handelt. Dies wird anhand eines strukturierten Fragenkataloges entschieden. Handelt es sich um einen „normalen“ Beratungsfall, geht der Fall in das übliche Beratungsnetzwerk innerhalb der Geschäftsbereiche. Handelt es sich aber um einen DocLineBW-Fall, werden alle zuständigen Geschäftsbereiche informiert.

In geschäftsbereichsübergreifenden Fallbesprechungen werden gemeinsam Lösungsansätze entwickelt. Nach einer ersten Falleinschätzung und gegebenenfalls einer Abstimmung mit dem Vorstand oder der Geschäftsführung erhält das Mitglied nach spätestens acht Arbeitstagen eine erste Rückmeldung. Gemeinsam mit dem Mitglied wird das weitere Vorgehen vereinbart.

Wird der Fall weiter als DocLineBW-Fall behandelt, folgt eine genaue und rasche Prüfung der wirtschaftlichen Situation des Praxisinhabers. Zur

Klärung sind weitere Unterlagen durch den Praxisinhaber einzureichen. Mit diesen Informationen wird mittels einer betriebswirtschaftlichen Praxisanalyse die Gesamtsituation geprüft und mögliche Handlungsoptionen werden innerhalb kürzester Zeit aufgezeigt.

Das Mitglied erhält die Ergebnisse der Analyse und ein Angebot zur Abrechnungs- oder BWL-Beratung sowie konkrete Vorschläge und gegebenenfalls Soforthilfe der KV, um die Krisensituation zu bewältigen, so dass am Ende ein gut und schnell beratenes Mitglied steht, und ein Arzt oder Psychotherapeut, der sich mit der Hilfe der KVBW aus der Krise herausarbeiten konnte. ✓

DocLineBW IN KÜRZE

DocLineBW bietet schnelle Hilfe und koordinierte Beratung für Mitglieder in Krisensituationen wie drohende Liquiditätsengpässe, Krankheit oder Tod eines Angehörigen. Innerhalb von acht Werktagen erhält das Mitglied eine erste Rückmeldung zur Situation und zu möglichen Handlungsalternativen, zum Beispiel Hilfe und Lösungswege der KV.


Wie erreicht man DocLineBW?

Ab dem 1. Juli 2011 über die schon bekannte Telefonnummer des Praxisservice:
Tel. → 0711 / 7875-3300

Zusätzliches Postfach im Praxisservice:
doclinebw.praxisservice@kvbawue.de

Wer steht hinter der DocLineBW?

Ihre KV mit Vorstand und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, insbesondere das DocLineBW-Team aus dem Praxisservice

 **Mehr dazu im Internet**
www.kvbawue.de

Auf geht's! Gut ist, was dem Arzt und nicht der Institution nutzt

Vorstand der KV definiert strategische Ziele

Eine Organisation ohne klare strategische Ausrichtung wird keinen Erfolg haben. Umso mehr gilt das für das Gesundheitswesen, in dem in den kommenden Jahren die See noch einmal wesentlich rauer werden wird. Vorstand und Geschäftsführung haben sich daher in intensiven Klausursitzungen mit der strategischen Ausrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg für die kommenden sechs Jahre befasst und sich ein ambitioniertes Programm für Ärzte und Psychotherapeuten gegeben.

Grundlage jeder Strategie muss die Analyse der Situation in der KVBW, insbesondere der Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken der Organisation sowie eine klare Betrachtung ihrer Aufgaben sein. Die Aufgaben als kritische Erfolgsfaktoren stellen inhaltlich die Themen Honorar/Vergütung, Verordnungsmanagement und nachhaltige Sicherstellung und in Bezug auf die Zielgruppen die Mitglieder und Multiplikatoren dar.

Ebenso gilt es, das Image der KVBW zu verbessern. Als Stärken der KVBW werden hier vor allem das umfangreiche Know-how seiner Mitarbeiter und deren Leistungsbereitschaft, die hohe Kenntnis in den Bereichen Zulassung, Vertragswesen, Abrechnung und Qualitätssicherung sowie die Kontakte und Netzwerke gesehen. In diesen Bereichen befindet sich die KVBW bereits auf einem hohen Niveau, so dass lediglich ein Perfektionsbedarf besteht.

Schwachstellen und damit Optimierungspotenziale hat die KVBW aus Sicht des Vorstands vor allem in den Bereichen Führung und Prozesse, Verwaltungskostenumlage/Preisgestaltung und Transparenz der Abrechnungsunterlagen. Aus dieser Analyse heraus hat sich der Vorstand als strategische Ziele gesetzt:

▣ Vertrauen schaffen – Akzeptanz finden

Vertrauen, Zufriedenheit und Loyalität der Mitglieder, also der Ärzte und Psychotherapeuten im Land, sieht der Vorstand als eine der unabdingbaren Voraussetzungen, um eine starke Vertretung nach außen darstellen zu können. Verbesserungspotenzial besteht hier vor allem in den Rahmenbedingungen und der politischen Vertretung. Konkret bedeutet das, dass der Vorstand eine offene Kommunikation betreiben wird - wie sie beispielsweise mit Vorstand on Tour an 14 Terminen im Land begonnen wurde. Die Mitglieder und Multiplikatoren werden stärker in die Arbeit einbezogen sowie Panelbefragungen und Mitgliederplebiszite durchgeführt.

▣ Identität schärfen – Image gewinnen

Der Vorstand sieht die KVBW zusammen mit den Berufsverbänden auch in der Zukunft als unverzichtbaren Garant dafür, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in ihrer Individualität eine ganzheitliche medizinische Betreuung durch persönliche und nachhaltige Versorgung leisten. Es gilt zu

vermeiden, dass die Versorgung in anonyme Medizin mit wechselnden Bezugspersonen in Ambulatorien abgleitet und die Ärzte in Teilen durch ein paramedizinisches Spektrum ersetzt werden.

▣ Leistungen gestalten – Wachstum generieren

Anspruch des Vorstandes ist es, die Wachstums- und/oder Gestaltungsführerschaft im Bereich der Honorare, Vergütungen und Verordnungen in Deutschland zu übernehmen. Das beinhaltet eine adäquate landes- und kassenartspezifische Vergütung effizienter Strukturen als Ergänzung zur Morbiditätsorientierung und die Versorgungssteuerung zur Reduktion von Leistungsentgängen durch regionale Verträge. Der Vorstand wendet sich klar gegen Umverteilungen zwischen den Fachgruppentöpfen und wird sich für eine optimierte und mitgliederorientierte Nutzung der Honorar- und Vergütungsspielräume einsetzen.

▣ Versorgung sichern – Attraktivität steigern

Im Vordergrund steht die Sicherung der quantitativen und qualitativen wohnortnahen haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung durch weisungsgebundene selbstständige Ärzte und Psychotherapeuten, ergänzt durch ermächtigte Krankenhausärzte. Für den Vorstand ist es hier wichtig, die Attraktivität des Arztberufes zu fördern, neue alternative Kooperationsformen zu entwickeln und den Nachwuchs zu fördern. Gleichzeitig will er

die Haus- und Fachärzte in ihrer Gatekeeper-Funktion zum stationären Bereich im Rahmen der Patientensteuerung ausbauen.

➤ **Nachvollziehbarkeit und Verständnis**

Auch das sieht der Vorstand als strategisches Ziel der KVBW: Die komplexen Abrechnungsbestimmungen müssen in transparenten, empfangenorientierten und besser nachvollziehbaren Abrechnungsunterlagen münden.

➤ **Verursachungsgerechtigkeit**

Die Umlage der Verwaltungskosten soll nach dem Prinzip der Verursachungsgerechtigkeit gestaltet werden.

➤ **Effiziente und effektive Organisation**

Eine wirtschaftliche und effektive Organisation wird durch kontinuier-

liche Verbesserung der Strukturen und Prozesse erreicht und damit auch eine koordinierte Anpassung an veränderte Situationen erzielt.

➤ **Markt- und Meinungsführerschaft**

Die KVBW ist ein relevanter Player im Gesundheitswesen und übernimmt hier die Markt- und Meinungsführerschaft. Erreicht werden soll dies durch politische Präsenz, offensive, hörbare und die Konfrontation nicht scheuende Pressearbeit, formelle und informelle Treffen mit Meinungsbildnern, die Präsenz bei den Berufsverbänden und die Mitwirkung in Organisationen des Gesundheitswesens.

➤ **Themen- und Kompetenzführerschaft**

Hier geht es vorrangig um den Ausbau der heute schon exzellenten Fachkompetenz und der Leistungsbereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

➤ **Innovations- und Effizienzführerschaft**

Der Vorstand sieht die KVBW als Dienstleister für die Ärzte und Psychotherapeuten, der sein Angebot in den Kernleistungen maßgeschneidert auf die Bedürfnisse der Mitglieder ausrichtet.

Die strategischen Ziele spiegeln die Erwartungshaltung und den Anspruch des Vorstands wider, an denen er sich auch wird messen lassen müssen. Um diese Ziele auch in die Realität des Handelns der Organisation zu bringen, werden daraus operative Ziele der einzelnen Geschäftsbereiche abgeleitet und diese mit konkreten Kennzahlen hinterlegt. Ein Berichtswesen soll dem Vorstand in regelmäßigen Abständen einen Überblick geben, wie es um den Umsetzungsgrad der einzelnen Ziele bestellt ist und damit auch Reaktionsmöglichkeiten zu haben. ✓

Vorstand der KVBW möchte den Notfalldienst optimieren

Ziel sind größere Notfalldienstbereiche und weniger Dienste

Für die KVBW wird es immer schwieriger, Nachfolger für die frei werdenden Haus- und Facharztsitze zu finden. Mehrere Faktoren spielen hier eine Rolle, eines ist aber klar: Die Belastung durch den Notfalldienst ist ein Schlüsselfaktor und spielt eine große Rolle bei der Entscheidung für oder gegen einen Standort.

Schon allein aus diesem Grund ergibt sich für den Vorstand der KVBW hier Handlungsbedarf. „Die Niederlassung ist für junge Ärzte nur dann attraktiv, wenn der Notfalldienst gut organisiert ist, und dafür werde ich mich einsetzen“, kündigte Dr. Johannes Fechner bei der Vertreterversammlung der KVBW an. Eine möglichst geringe und gleichmäßige Dienstbelastung für alle Ärztinnen und Ärzte steht im Mittelpunkt der Notfalldienst-Reform.

Eine Analyse der gesamten Struktur des Notfalldienstes in Baden-Württemberg, an der aktuell intensiv gearbeitet wird, zeigt, dass die Notfalldienste sehr heterogen organisiert sind. Gleiches gilt in diesem Zusammenhang für bestehende Kosten- und Finanzierungsstrukturen. Dies überrascht nicht, da in den ehemaligen vier KVen unterschiedliche Philosophien zu Hause waren. Nun gilt es, die ungleichen Organisationsformen zu harmonisieren und eine möglichst

effiziente Notdienst-Struktur zu etablieren.

➤ Finanzierung der Notfalldienstleistungen

Eile ist geboten, denn viele Notfallpraxen im Land stehen vor dem Aus, sollte sich nicht eine Lösung finden. „Die EBM-Reform hat zu einer Absenkung der Leistungen im Notfalldienst von etwa zehn bis 15 Prozent geführt. Dies bringt Honorarverluste in allen Praxen, in den Notfallpraxen jedoch, die ausschließlich Notfalldienstleistungen erbringen, ist die Situation sehr angespannt“, erklärt Fechner. Der Vorstand hat Verhandlungen mit den Krankenkassen aufgenommen, um hier eine bessere Honorierung des Notdienstes zu erreichen.

➤ Notfalldienstbereiche sollen größer werden

Durch den Mangel an Nachwuchs zeichnet sich ab, dass in ländlichen Regionen immer weniger Ärzte den Notdienst sicherstellen müssen. Es ist daher notwendig, die insgesamt 498 Notfalldienstbereiche in Baden-Württemberg neu zu ordnen und Bereiche zu größeren Einheiten zusam-

menzulegen. Für die Festlegung der Größe wird die Zahl der Ärzte, die Einwohnerzahl und die geografische sowie topografische Lage berücksichtigt. „Wir wollen, dass unsere Ärzte monatlich nicht mehr so häufig Notfalldienst haben. Dies können wir nur erreichen, wenn wir Notfalldienstbereiche zusammenlegen“, erläutert Fechner. Es gibt in diesem Zusammenhang auch Überlegungen zur Einrichtung eines „Vertreterpools“ als Serviceleistung der KVBW.

➤ KVBW unterstützt die Gründung von Notfallpraxen

Zum Reformkonzept des Vorstandes zählt auch die Gründung von Notfallpraxen an Krankenhäusern. In Baden-Württemberg haben sich 67 Notfallpraxen als Anlaufstelle für Patienten etabliert, davon sind schon jetzt 44 an einem Krankenhaus angegliedert. Fechner nennt die Vorteile: „Sowohl im Hinblick auf die Ärzte als auch auf die Patienten sind die Erfahrungen mit den Notfallpraxen positiv. Die Kliniken übernehmen in den Zeiten schwacher Inanspruchnahme – in der Regel nach 22.00 Uhr – die ambulanten Patienten, das bringt eine weitere Entlastung für die

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.“

Hausbesuche müssen auch in Zukunft geleistet werden, aber hier denkt der Vorstand über Maßnahmen zur Aufbesserung der Wegepauschalen für den Arzt im Fahrdienst nach. Die KVBW steht den Kreis- und Notfalldienstbeauftragten gerne beratend zur Seite: „Von der Konzeption, der Vertragsverhandlung mit dem Krankenhaus bis hin zur Pressemitteilung begleiten wir diesen Prozess gerne“, wirbt Fechner für die Kooperation mit der KVBW.

➤ Wann kommt die Reform?


Der Notfalldienstausschuss der Vertreterversammlung und die Notfalldienst-Kommissionen sind in den Reformprozess eingebunden. Die Zeitschiene ist ehrgeizig: Bis Ende 2012 sollen die neuen Strukturen stehen. Fechner dazu: „Es gilt die knapper werdende Ressource Arzt so einzusetzen, dass auch in Zukunft die Versorgung gesichert ist und die Belastung für den Arzt erträglich bleibt.“



LESERBEFRAGUNG DES ÄRZTEBLATTES BADEN-WÜRTTEMBERG

Noch bis 23. Juni läuft die große Leserbefragung des Ärzteblattes Baden-Württemberg (ÄBW). Das Blatt erscheint monatlich in einer Auflage von über 50.000 Exemplaren und wird gemeinsam von der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer herausgegeben. Alle Mitglieder der beiden ärztlichen Körperschaften sind zur Teilnahme aufgerufen, damit sich das Blatt künftig noch besser auf die wachsenden und sich verändernden Bedürfnisse der Leser ausrichten kann. Wer an der Befragung teilnimmt, beeinflusst also direkt die weitere Entwicklung des ÄBW.

Die Umfrage findet ausschließlich im Internet statt und lässt sich mit wenigen Mausklicks erledigen. Und wer am Ende des Fragebogens seinen Absender angibt, gewinnt mit etwas Glück vielleicht einen von 50 Thrillern des Bestsellerautors Simon Beckett.

 Mehr dazu im Internet
www.aerzteblatt-bw.de



Was sich selektiv bewährt, ist auch kollektiv gut

9. Baden-Württembergischer Hausärztetag plädiert für harmonisches Miteinander der unterschiedlichen Versorgungsformen

Die Selektivverträge und das anstehende Versorgungsgesetz standen im Mittelpunkt der traditionellen Podiumsdiskussion während des Baden-Württembergischen Hausärztetags in Stuttgart. Bemerkenswert war, wie die Tonalität sich im Vergleich zu den Vorjahren geändert hat. Dies machte KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke gleich in seinem Grußwort deutlich: Während die Konfrontation bislang vorherrschend war, stand nun die Kooperation im Vordergrund. „Was sich selektiv bewährt, ist auch kollektiv gut“ – mit diesem Schlagwort unterstrich Dr. Metke die Richtung des neuen Vorstandes. Entscheidend sei ein harmonisches Miteinander zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag.

Die Podiumsteilnehmer Dr. Berthold Dietsche, Ulrich Weigeltdt und Dr. Christopher Hermann zogen ein positives Fazit der bisherigen Erfahrungen mit den Hausarztzentrierten Verträgen. So habe sich durch die Selektivverträge die finanzielle Lage der Praxen stabilisiert. Gleichzeitig seien beispielsweise die Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Paragraph 73 b-Verträge deutlich angestiegen.

Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVBW, machte klar, dass die Selektivverträge eine Reihe von wichtigen Anregungen für den Kollektivvertrag geben, die nun auch dort eingebracht

werden sollen. Dazu zähle etwa die Erhöhung der Honorierung aus Einsparungen, die durch eine rigide Verordnung von Generika erzielt werden können. „Wir haben in den Selektivverträgen die Möglichkeiten, aus den starren Grenzen des Kollektivvertrages ausubrechen und so auch einmal andere Versorgungsformen zu erproben“, sagte Fechner. Er sagte denn auch den Vertragsparteien die weitere Unterstützung der KVBW zu, etwa dahingehend, dass die KVBW weiter den Notfalldienst übernehmen werde.

Interessante Aspekte brachte Professor Ferdinand Gerlach von der Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität in Frankfurt am Main in die Diskussion ein. Gerlach ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Mitglied des Sachverständigenrates der Bundesregierung im Gesundheitswesen und damit beauftragt, die bisherigen Erfahrungen mit den Hausarztzentrierten Verträgen zu evaluieren. Mit Ergebnissen rechnet er im Laufe des kommenden Jahres. Gerlach erläuterte, dass die kontaktunabhängige Pauschale der HzV-Verträge aus seiner Sicht richtungsweisend in der Gesundheitspolitik sei. „Wir haben heute eine Vergütungssystematik, die auf Patientenkontakte ausgerichtet ist.“ Aus seiner Sicht sei die hohe Zahl der Arztbesuche in Deutschland unter anderem auf diesen Umstand zurückzuführen:

„Die kontaktunabhängige Pauschale setzt andere Anreize und geht daher in die richtige Richtung.“

Unterschiedliche Reaktionen bei den Teilnehmern auf dem Podium rief das anstehende Versorgungsgesetz der Bundesregierung hervor. Während Dr. Hermann den „Planungseuphemismus“ kritisierte, der sich in dem Gesetz zeige, äußerte sich der Reutlinger Landrat Thomas Reumann, der gleichzeitig der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des baden-württembergischen Landkreistages und der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft ist, positiv zu den Vorschlägen des Gesetzes. Vor allem die vorgesehenen Regionalkonferenzen stießen bei ihm auf große Zustimmung, binden sie aus seiner Sicht doch die regionalen Beteiligten ein und schaffen damit die Voraussetzung für passende Strukturen vor Ort.

KVBW-Vorstand Dr. Fechner begrüßte die Flexibilisierung der Bedarfsplanung und die vorgesehene Aufhebung der Residenzpflicht. „Die Residenzpflicht, wie wir sie heute haben, ist ein Relikt aus vergangenen Zeiten, das heute keinen Sinn mehr ergibt.“ Er hob das Projekt Regio-Praxis BW hervor als einen innovativen Beitrag der KVBW zur Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung in der Fläche. ✓



KV-Vorstand stellt sich auf Info-Tour den Mitgliedern

Dr. Johannes Fechner: „Die KVBW ist wieder da!“

In alle Gassen hat es leider nicht ganz gereicht, aber immerhin hat der Vorstand auf seiner Tour vom 15. März bis zum 26. Mai bei der Wahl von Haltstationen außerhalb der Zentren ganz gezielt auch die Landesgrenzen erfahren. Und sollten Metke und Fechner bei ihrem beachtlichen Programm am Tourabend auch das eine oder andere Mal die eigenen Grenzen erfahren haben, würde das nicht verwundern; allein den Gästen präsentierten sie sich jedes Mal aufs Neue in bestechender Form.

Von Ulm nach Offenburg, einmal quer durch alle Landesteile hat sich der Vorstand den Mitgliedern vorgestellt, einen Überblick über die aktuelle Standespolitik und die Pläne für diese Amtsperiode gegeben. Abwechslungsreich moderiert durch die jeweiligen Bezirksbeiräte stellten beide sich den Fragen und Anregungen der Mitglieder. Sehr augenscheinlich war bei allen Veranstaltungen die Harmonie zwischen beiden Vorstandsmitgliedern. Sie zeigten, dass ihre Ankündigung, gut und vertrauensvoll zusammenzuarbeiten, keine Worthülse, sondern Alltagsrealität ist.

➤ Veränderung in der Gesundheitspolitik

In einer Tour, die sich über mehrere Monate hinzieht, wird deutlich, wie

groß die Veränderung in der Gesundheitspolitik selbst in einem so kurzen Zeitraum ist. Die Vorträge mussten dem jeweiligen gesundheitspolitischen Stand laufend angepasst werden; beispielsweise bei den Ambulanten Kodierrichtlinien. Keinen Zweifel ließen beide Vorstände daran, wie wenig sie von den ursprünglichen Plänen hielten. Einen echten Erfolg konnten sie Anfang April vermelden, nachdem erst Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler sich gegen die AKR in der bisherigen Form ausgesprochen hatte und dann in der Vertreterversammlung der KBV ein Konzept von Dr. Fechner angenommen wurde, wonach die AKR lediglich von einer repräsentativen Auswahl von Ärzten angewendet werden, die dafür auch eine Vergütung erhalten sollten. Als dann Mitte Mai die Vertreterversammlung der KBV die Konvergenz auf Basis der Morbidität beschloss, musste die Erfolgsmeldung wieder relativiert werden, da nun möglicherweise die AKR quasi durch die Hintertür wieder eingeführt werden könnten.

Veränderung auch in den politischen Rahmenbedingungen: Während der Tour wurde nicht nur eine neue Landesregierung und damit eine neue Sozialministerin in Baden-Württemberg gewählt, sondern auch ein Wechsel an der Spitze des Bundesgesundheits-

ministeriums von Philipp Rösler auf Daniel Bahr vollzogen. Die KVBW werde mit beiden Ministern gut zusammenarbeiten. Mit der Koalitionsvereinbarung in Baden-Württemberg könne die Ärzteschaft gut leben und sehe hier einige interessante Ansatzpunkte für die weitere Arbeit.

➤ Versorgungsgesetz

In die Zeit der Tour fiel auch das Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums zum geplanten Versorgungsgesetz. Beide Vorstände lobten, dass die Politik inzwischen anerkenne, dass die Versorgung auf einen Mangel hinsteuert. Gleichzeitig zeigten sie sich positiv angetan, dass die Politik die unverzichtbare Rolle des niedergelassenen weisungsunabhängigen Arztes und Psychotherapeuten für die ambulante Versorgung untermauert. Großen Beifall bekam Metke für seine klare Ablehnung der geplanten spezialärztlichen Versorgung. Eine deutliche Absage gab es auch an die planerischen Vorstellungen des Gesetzes, etwa was den Aufkauf von Arztsitzen durch die KVen oder eine befristete Zulassung betrifft.

Kurz vor dem Start der Tour wurde der neue / alte KBV-Vorstand gewählt. Metke stellte klar, dass er die Wahl von Dr. Andreas Köhler und

Dr. Carl-Heinz Müller für eine Katastrophe für Baden-Württemberg hält: „Wir sind in den vergangenen Jahren durch die KBV-Politik massiv benachteiligt worden, was erhebliche Honorarverluste im Land betrifft. Die Honorarpolitik der KBV hat zu einem Verlust von 14 Prozent in Baden-Württemberg geführt.“ Zu Beginn der Veranstaltungen äußerte der KVBW-Vorstand sich denn auch skeptisch, was die weiteren „Segnungen“ aus Berlin angeht – und wurde prompt durch die neue Konvergenz-Regelung in seinen Befürchtungen bestätigt.

➤ Notfalldienst

Ein zentrales Thema auf allen Veranstaltungen befasste sich mit der Zukunft der Notfalldienste. „Der Notfalldienst ist seit Jahren unterfinanziert“, erläuterte Fechner. „Während die Scheinzahlen in den vergangenen Jahren gestiegen sind, sind die Fallwerte und die Umsätze gesunken.“ Viele Mitglieder hätten es nicht gemerkt, da die geringeren Umsätze im Gesamthonorar „untergegangen“ seien, aber gerade an den Notfallpraxen würde sich dies deutlich zeigen. Für Fechner ist der organisierte Notfalldienst ein zentraler Standortfaktor und eines der wichtigsten Entscheidungskriterien für einen jungen Mediziner, ob und wo er sich niederlässt. Für Fechner geht der Weg klar in Richtung Notfallpraxen an Krankenhäusern und damit hin zu größeren Notfalldienstbezirken.

Die vielen Wortmeldungen der Mitglieder zeigten, wie drängend dieses Thema in der Ärzteschaft ist. Eine Reihe von Ärzten zeigte sich skeptisch gegenüber der Einrichtung von Notfallpraxen, für viele andere wiederum ist dies der Schritt in die richtige Richtung.

Auf großes Interesse stieß die Vorstellung des RegioPraxisBW-Projekts. Wieder einmal wurde anhand der Beiträge aus dem Zuhörerkreis deutlich, wie dringend erforderlich

neue Konzepte zur Sicherstellung der Versorgung sind. Keine Veranstaltung verging, in denen die Mitglieder nicht aus dem eigenen Umfeld darüber berichteten, wie sehr die Versorgung gefährdet ist, weil Kollegen ihre Praxen aus Altersgründen geschlossen haben und keinen Nachfolger finden konnten. Erfreulich war, dass unmittelbar in den Veranstaltungen erste Kontakte mit interessierten Ärzten geknüpft wurden.

➤ Honorar

In der Honorarpolitik machte Metke klar, dass er keine Versprechungen auf deutliche Honorarsteigerungen geben könne. Allerdings gebe es bereits Gespräche mit Krankenkassen, die Systematik der Selektivverträge auch in den Kollektivvertrag zu übernehmen, wonach Einsparungen aus einer rigiden Pharmakotherapie dem Honorar der Ärzte zugute kommen werden. Verbesserungen seien auch beim Sprechstundenbedarf möglich. Metke nannte es einen „Wahnsinn“, dass die KVBW derzeit wieder über 5.000 Ärzte anschreiben müsse wegen Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Bezug auf den Sprechstundenbedarf. „Wir streben an, für den Sprechstundenbedarf einfach eine Pauschale ausbezahlen und den Ärzten selbst zu überlassen, wo sie ihr Material am günstigsten herbekommen.“ Großen Beifall erhielt Metke für seine Forderung, stärker auf Festpreise in der Honorierung zu kommen, um die Planungssicherheit für die Ärzte und Psychotherapeuten zu erhöhen.

Die lebhaften Diskussionen zeigten, dass die Vorstände mit ihren Beiträgen den Nerv der Mitglieder getroffen haben. Bemerkenswert auch die kritische Haltung der Ärzte und Psychotherapeuten gegen die Elektronische Gesundheitskarte. Der Vorstand schloss sich dieser Haltung uneingeschränkt an, riet den Mitgliedern dennoch, das Angebot der Krankenkassen anzunehmen und die Förderung für die neuen Lesegeräte zu nutzen. Ansonsten könnten ab



Dr. Norbert Metke: „Wir streben für den Sprechstundenbedarf eine Pauschale an.“



Dr. Johannes Fechner: „Der Notfalldienst ist unterfinanziert.“

dem 4. Quartal 2011 die Patienten mit den neuen Karten nur im Ersatzverfahren abgerechnet werden.

Der Vorstand ist mit dem Ergebnis der Veranstaltungsreihe sehr zufrieden. In den Feed-Back-Bögen gab es ausgesprochen positive Rückmeldungen, kaum negative Anmerkungen sind geäußert worden. Die kommunikative und pragmatische Art ist gut angekommen, Wann gab es das zuletzt in der KVBW, dass ein Mitglied dem KVBW-Vorstand fürsorglich empfiehlt, regelmäßig ein Belastungs-EKG zu machen „bei dem Tempo und der Arbeitsbelastung, die Sie vorlegen“ oder ein Mitglied in der Veranstaltung aufsteht und sagt, dass er in den vergangenen 25 Jahren, in denen er niedergelassen ist, sich noch nie so gut durch die KV vertreten gefühlt hat. Dr. Fechner sagte in seinem Schlusswort zum Ende der Veranstaltungen denn auch: „Die KVBW ist wieder da. Wir kommen wieder. Das ist keine Drohung, sondern ein Versprechen.“

 Mehr dazu im Internet

Die detaillierten Rückmeldungen der einzelnen Veranstaltungen sind auf der Homepage veröffentlicht.



SOZIALES
NETZWERK

eHealth Forum Freiburg diskutierte IT-Chancen im Gesundheitswesen

Beim Social Networking steht der Patient im Mittelpunkt

Über die Chancen und Möglichkeiten der IT im Gesundheitswesen wurde am 14. Mai 2011 auf dem ersten eHealth Forum in Freiburg diskutiert: Über 150 Teilnehmer informierten sich im Haus der Ärzte zu den neuesten Entwicklungen, digitalen Projekten und Praxisbeispielen an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen, Medizintechnik und Informationstechnologie. Die vom Medien Forum Freiburg organisierte Auftaktveranstaltung wurde von der KVBW und der Bezirksärztekammer als Partner unterstützt.

„Gesundheitswesen, Medizintechnik und Informations- und Kommunikationstechnologie sind untrennbar miteinander verbunden. Ich finde es gut, dass mit dem eHealth Forum in Freiburg der Ärzteschaft und der IT- sowie MedTech-Branche eine Plattform zur Diskussion, Information und zum Meinungsaustausch gegeben wird, so Dr. Johannes Probst, Bezirksbeirat der KVBW, bei der Eröffnung der Fachtagung.

In verschiedenen Impulsreferaten wurden die Themen IT-optimierte Prozesse, eBusiness, eMed und Datenschutz im Gesundheitswesen und die Bedeutung von Social Media und Handy-Apps für Mediziner und Patienten vorgestellt.

▣ Mobile Health – Chancen für Patienten und Ärzte

Nach neuesten Schätzungen werden bis 2015 über 500 Millionen Menschen weltweit sogenannte „mobile Health-Applikationen“ verwenden. Diese meist auf Smartphones (wie dem iPhone) basierenden Anwendungen sind praktische und kostengünstige Versionen medizintechnischer Kleingeräte und Messmethoden. Dabei geht es nicht um den Ersatz der Diagnostik, sondern darum, Patienten zu motivieren, ihre eigene Leistung und ihr Wohlbefinden kontinuierlich zu kontrollieren und zu verbessern. Prävention und „HealthyLifestyle“ dominieren in diesem Segment. Für den Arzt eröffnen sich mit diesen Messmethoden neue Kom-

munikationskanäle zu Patienten, bis hin zur direkten Betreuung mit Coaching-Programmen.

▣ Social Networking: Der Patient im Mittelpunkt

49 Millionen Deutsche nutzen das Internet. Die Zahl der „Silver Surfer“ – Nutzer über 60 Jahre – steigt rasant. Die Experten waren sich einig: Das Internet übernimmt zunehmend die Rolle des sozialen Umfeldes. Hier setzt Roland Sing, Vorsitzender des Landesseniorenrates Baden-Württemberg an: „Die neuen Technologien müssen auch für die immer älter werdende Gesellschaft genutzt werden. Wir müssen so viele ältere Menschen wie möglich internetfähig machen, denn es muss unser aller Ziel sein, den Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen.“ Er forderte dazu auf, die demographische Entwicklung nicht nur als Problem, sondern auch als Chance für die Entwicklung neuer Geschäftsfelder zu sehen.

➤ e-Card: Die Gesundheitskarte kommt – Chancen erkennen und nutzen

Die Interessen des Patienten bei der Diskussion um die e-Card sollten in den Mittelpunkt gestellt werden, dafür plädierte Armin Pütz, Telematikbeauftragter der AOK Baden-Württemberg. Dies war auch ganz im Sinne von Roland Sing. Probst dagegen betonte, dass hier auch die Aspekte der Leistungserbringer, die diese elektronische Patientenakte zu erstellen und pflegen hätten, berücksichtigt werden müssen. Übereinstimmend war die Auffassung, dass dieser Prozess nur gemeinsam, sozusagen bottom-up und nicht top-down, umsetzbar ist. In Frankreich ist die e-Card schon im Einsatz und die südbadischen Ausrichter werden der Einladung aus Frankreich folgen, um eine Demonstration der französischen Umsetzung der e-Card zu erhalten.

➤ Datenschutz

Ist der Datenschutz eine Fortschrittsbremse oder ein Erfolgsfaktor? Auch diese Frage wurde auf dem Kongress beleuchtet. „Das Recht auf informelle Selbstbestimmung ist ein Teilbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts“, so der Rechtsanwalt und Datenschutzexperte Werner Bachmann. Die Übermittlung von Patientendaten sei für die Patienten dann ein Fortschritt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Einwilligung des Patienten muss vorliegen, der Zugriff muss zur Befundung notwendig sein und die Einhaltung des Datenschutzes muss gewährleistet sein. „Wir brauchen keine Meta-Strukturen, sondern wir sollten den Datenschutz auf die Ebene der Leistungserbringer ziehen“, so die Meinung des Datenschutzexperten.



Ein aufmerksames Publikum verfolgte die Ausführungen der Referenten.

➤ Fazit: Ärzte müssen IT-Entwicklungen begleiten

In allen Bereichen wird die Vermittlung von Gesundheitsinformationen zunehmend mobiler und interaktiver. Darauf müssen sich die Ärztinnen und Ärzte einstellen. Die Experten und auch die Vertreter der Ärzte in der Schlussrunde waren sich einig, dass die Ärzte in Klinik und Praxis diese Entwicklung positiv begleiten und möglichst auch steuern sollten.

Nicht nur die Referenten und Veranstalter waren mit dem Verlauf der Veranstaltung zufrieden, auch die Teilnehmer waren begeistert: „Ich freue mich, dass jemand den Mut hatte, die beiden Bereiche IT und Gesundheitswesen mit dieser Veranstaltung zusammenzubringen. Die Entwicklung bei der Datenspeicherung und den Abrufmöglichkeiten zu jeder Zeit an jedem Ort ist wirklich beeindruckend. Das war ein sehr guter Anfang. Ich komme wieder!“, so der Teilnehmer Tillmann Steinhilber, Psychiater aus Radolfzell, am Ende der Veranstaltung. ✓



Roland Sing, Vorsitzender des Landesseniorenrates Baden-Württemberg: „Ältere Menschen internetfähig machen.“



Dr. Johannes Probst, Bezirksbeirat der KVBW: „E-Health-Forum ist Plattform für den Meinungsaustausch.“



Um die Zukunft der Arztpraxis geht es in Südbaden

Generationenwechsel und Kooperationen sind Themen beim 2. Servicetag in Freiburg

„Praxisnachfolger gesucht“ – Wer dieses Thema bei einem bekannten Suchservice im Internet eingibt, erhält auf Anhieb 62.000 Einträge – allein in der Sprache Deutsch. Kein Wunder, dass das Thema „Ärztmangel, insbesondere im ländlichen Raum“ Politiker, KVen und Ärzte schon seit geraumer Zeit beschäftigt. Laut Prognose werden etwa 30 Prozent der Ärzte in den nächsten fünf Jahren in Rente gehen. Ärzte, die einen Nachfolger suchen, müssen sich unter Umständen auf eine lange und nervenaufreibende Suche einrichten. Der 2. Servicetag der Bezirksdirektion Freiburg am 9. Juli ab 9.30 Uhr will hier konkrete Tipps und Hilfestellungen für den Arzt aufzeigen. Experten der KV Baden-Württemberg geben einen Überblick über die Themen Kooperationsmodelle und Zukunftschancen der ärztlichen Praxis und stehen für persönliche Beratungsgespräche zur Verfügung.

Nachdem der 1. Servicetag in Freiburg auf großes Interesse gestoßen ist, geht die Informationsreihe in die

zweite Runde. Kern der Veranstaltung sind Vorträge zu den Themen „Ärztliche Kooperationsmodelle – Wie gründe ich eine Berufsausübungsgemeinschaft oder eine Nebenbetriebsstätte?“ oder „Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in niedergelassenen Praxen“ sowie „Optimierung des Notfalldienstes“. Ein zweiter Themenblock beschäftigt sich mit der Abrechnung, also den Honorarregelungen im Jahr 2011, insbesondere den Regelungen für Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren sowie der Online-Abrechnung.

Eine Podiumsdiskussion diskutiert die Frage, warum der Beruf niedergelassener Arzt, der an sich anerkannt und attraktiv ist, solche Probleme hat, Nachfolger zu finden. Mit dabei sind Bärbl Mielich, MdL, Bündnis 90/Die Grünen, Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Baden-Württemberg, Dr. Christoph von Ascheraden, Präsident der Bezirksärztekammer und ein Arzt mit eben erst abgeschlossener Weiterbildung. Die Podi-

umsdiskussion soll auch die politischen Vorgaben der Bundes- und Landespolitik beleuchten.

Ein Info-Markt zu relevanten Themen des Praxisalltags findet von 9.30 Uhr bis 13.30 Uhr statt. Hier stehen Mitarbeiter der KV Baden-Württemberg aus den Bereichen Zulassung, Abrechnung, Qualitätssicherung, Niederlassungsberatung, Verordnungsmanagement und Service und Beratung zur Verfügung. Während der Veranstaltung stehen als Ansprechpartner auch die Freiburger Bezirksbeiräte Dr. Johannes Probst, Professor Dr. Michael Faist, Dr. Peter Baumgartner, Stefan Leutzbach und Dr. Udo Schulte zur Verfügung.

Auch für das leibliche Wohl der Veranstaltungsteilnehmer ist gesorgt. Ab 12.45 Uhr gibt es Leckerer vom Grill und Salate. Das Programm und weitere Informationen ist auf der Homepage www.kvbawue.de erhältlich oder bei der BD Freiburg unter der Telefonnummer 0761/884-4444 erhältlich.





KV Baden-Württemberg will medizinische Versorgung von Wohnsitzlosen verbessern

Ärzte zur Betreuung in Karlsruhe gesucht

Die Behandlung von wohnsitzlosen Patienten in der „normalen“ Arztpraxis ist für alle Beteiligten nicht immer ganz einfach: Wer „Platte macht“, traut sich oft nicht in eine Arztpraxis, weil er keine saubere Kleidung besitzt, ihm die Möglichkeit zum Duschen fehlt, er den Kontakt zu anderen Patienten im Wartezimmer scheut oder seine Krankenversicherungskarte verloren hat. Der Arzt wiederum fürchtet die Reaktion der Mitpatienten in der Praxis.

In Freiburg und Stuttgart gibt es spezielle Ambulanzen für Wohnsitzlose. Auch in Karlsruhe existieren bereits zwei entsprechende Einrichtungen, in denen eine Sprechstunde stattfindet - das ehrenamtliche Engagement von Ärzten macht's möglich.

Die KV Baden-Württemberg will nun gemeinsam mit dem Sozialamt den Zugang zu medizinischen Hilfsangeboten für wohnsitzlose Menschen erleichtern und dieses Angebot erweitern; zudem soll eine Sprechstunde nur für wohnungslose Frauen entstehen. Gesucht werden jetzt noch weitere ärztliche Kollegen, die bei der Betreuung helfen.

Alle 14 Tage mittwochs schließt der Allgemeinmediziner Dr. Leon D'Orsi seine Praxis, um in der Karlsruher Innenstadt in einem Gebäude der Diakonie eine etwas andere Klientel zu behandeln. Seine Patienten leben auf der Straße oder in betreuten Obdachlosenunterkünften. Häufig quälen sie Hauterkrankungen, offene Wunden, Verletzungen durch Unfälle und Gewaltfolgen, Herz-Kreislaufstörungen und Erkrankungen der Atemwege sowie Infektionen und Parasiten. 300 Menschen leben in der Stadt in betreuten Obdachlosenunterkünften, circa 50 weitere ohne festen Wohnsitz auf der Straße oder in wechselnden Unterkünften. Viele von ihnen bedürfen dringend medizinischer Hilfe, doch ein Drittel dieser Personen hat schwerwiegende psychosoziale Störungen. Für sie ist es besonders schwierig, Zugang zu einer geregelten medizinischen Versorgung zu finden.

Einer davon ist Hartmut, 53 Jahre alt. Von einem Selbstmordversuch vor einigen Jahren zeugt eine Narbe am Bauch, lange lag er im Koma, so erzählt er. Mittlerweile gehe es ihm zwar psychisch besser, er habe aber akute gesundheitliche Probleme durch einen zu hohen Blutdruck. Dr. D'Orsi

behandelt seinen Patienten in der provisorischen Praxis: Zwei Schreibtische, eine Liege, ein Medikamentschrank, mehr gibt es nicht. Für Hartmut hat er Medikamente gegen Bluthochdruck im Medizinschrank, außerdem verfügt er noch über Antibiotika und Analgetika.

Leider, sagt er, sei die Medizin hier oft rudimentär. „Es ist manchmal problematisch, weil uns die finanziellen Mittel fehlen. Beispielsweise können die Patienten häufig das Geld für die Zuzahlungen nicht aufbringen, deswegen halten wir Ärztemuster vor. Außerdem ist die Ausstattung der Anlaufstelle bescheiden, uns fehlen Labor oder Sonographiegerät. So versucht man eben, so gut es geht, den Patienten zu helfen.“

Die Anlaufstelle, in der Dr. D'Orsi arbeitet, ist einer von zwei Standorten in Karlsruhe, an denen obdachlose Personen derzeit behandelt werden können. Insgesamt vier Ärzte teilen sich die Betreuung, ein Niedergelassener, zwei Notfalldienst-Ärztinnen und ein angestellter Arzt.

Diese medizinische Betreuung, speziell für obdachlose Menschen, soll nun ausgebaut werden mit weiteren

Praxen und weiteren Ärzten. Möglich wird dies durch eine Kooperation von KV und Sozialamt, initiiert vom Gemeinderat der Stadt Karlsruhe. Sonja Rexhäuser von der Sozial- und Jugendbehörde Karlsruhe: „Wir möchten mit dem Projekt obdachlosen Menschen den Zugang zu einer medizinischen Versorgung ermöglichen, die es aufgrund ihrer besonderen sozialen Situation aus eigener Initiative nicht mehr schaffen, den Arzt aufzusuchen.“

Geplant sind die Anlaufstellen bei den Tagestreffs für wohnungslose Männer und Frauen sowie in einer Obdachlosenunterkunft für langjährig Wohnungslose. Träger sind das Diakonische Werk Karlsruhe, die Arbeiterwohlfahrt Karlsruhe und Sozpädal e.V., ein Verein zur Förderung für Projekte für sozial Benachteiligte. Auch stehen Sozialarbeiter wie Uwe Enderle von der Diakonie vor Ort zur Verfügung. Zwar haben 80 Prozent der Menschen ohne festen Wohnsitz Ansprüche auf Sozialleistungen nach dem SGB II, für den Bezug dieser Leistungen ist jedoch „Papierkram“ nötig. In der Praxis sind die Betroffenen mit dem Jonglieren mit den Antragsformularen aber oftmals überfordert. Die Sozialarbeit, wie Enderle sie anbietet, kann zudem Praxistermine organisieren und Patienten gegebenenfalls zum Arztbesuch begleiten. Seine Hoffnung ist, dass noch mehr interessierte Ärzte gewonnen werden können, sich in der Sache zu engagieren.

Gesucht werden hauptsächlich Allgemeinmediziner und hier vor allem Ärztinnen, da 30 Prozent der Obdachlosen Frauen sind. Auch ein Psychiater wäre hilfreich, weil viele Obdachlose psychische Störungen aufweisen. Ärzte im Ruhestand sind

ebenso wie Ärzte ohne eigene Praxis-tätigkeit angesprochen. Die Anlauf-praxen sollen einmal die Woche (für Frauen zunächst 14-tägig) geöffnet werden, das Ärzteteam kann sich in seiner Tätigkeit dort abwechseln und damit eine Urlaubs- und Krankheitsvertretung gewährleisten.

„Zur Aufgabe der Sicherstellung einer Kassenärztlichen Vereinigung gehört auch die Versorgung von Randgruppen.“, betont Dr. Johannes Fechner, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Baden-Württemberg. Der Allgemeinmediziner aus Emmendingen ist im Vorstand zuständig für das Ressort Sicherstellung. „Natürlich können die Kolleginnen und Kollegen diese Zusatzarbeit nicht nur für ein Dankeschön leisten. Auftrag der KV ist es daher, für interessierte Ärzte akzeptable Arbeitsbedingungen zu schaffen.“ Das ist Fechner ein besonderes Anliegen. „Die Ärzte müssen für ihr Engagement angemessen honoriert werden“. Er hat dafür auch eine Reihe von Vorschlägen parat: „Sicherlich wird es so ein müssen, dass die Behandlung der Obdachlosen außerhalb des Regelleistungsvolumens bezahlt wird. Vertragsärzte könnten im Rahmen einer Nebenbetriebsstätte tätig werden, Ärzte ohne Zulassung könnten für die medizinische Behandlung von Obdachlosen eine Ermächtigung zur ambulanten medizinischen Versorgung erhalten.“

KV-Vize Fechner ist zuversichtlich, dass die Anlaufstelle für wohnsitzlose Menschen bald mit ärztlicher Verstärkung rechnen kann und will sich dafür vorrangig einsetzen. „Was wir hier brauchen, ist eine Anlaufstelle mit niederschwelligem Angebot, das eine Grundversorgung bietet. Klar ist, dass für weitergehende

Untersuchungen eine Arztpraxis aufgesucht werden muss. Dafür ist der Sozialarbeiter erforderlich, um das zu organisieren.“



Ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht zwischen Dr. Leon D'Orsi und seinen obdachlosen Patienten

Interessierte Ärzte und Sponsoren wenden sich bitte an die zuständige KV-Ansprechpartnerin, die Gruppenleiterin des Geschäftsbereichs Zulassung/Sicherstellung:

Claudia Burger

Tel. → 0721/5961-1248

E-Mail: Claudia.Burger@kvbawue.de



DocStop bietet ärztliche Versorgung für Brummi-Fahrer rund um die Uhr

Baden-Württemberg ist Vorreiter im Netzwerk der Unterwegs-Betreuung

Fiebrige Erkältung, akute Rückenschmerzen, plötzliche Zahnschmerzen – für die meisten Arbeitnehmer in Deutschland ist der schnelle Arztbesuch in der Mittagspause oder gleich nach Feierabend kein Problem. Anders bei den rund 950.000 Berufskraftfahrern in Deutschland: Eine Umfrage hat ergeben, dass 85 Prozent der Fernfahrer mit ihrer medizinischen Versorgung am Arbeitsplatz massiv unzufrieden sind.

Das Problem liegt auf der Hand. Der Brummi-Fahrer, der eine Fuhre pünktlich von Flensburg nach München bringen muss, hat tagsüber keine Zeit, lange in einer Arztpraxis auf einen freien Termin zu warten. Und auch abends in München wird er den Arztbesuch nicht schaffen, wenn er die Ladung schnell vom Laster kriegen muss, damit er am frühen Morgen wieder zurückfahren kann. Enge Zeitpläne, ständiger Termindruck, Verantwortung für Fahrzeug und Ladung – der Arbeitsalltag der Lkw-Fahrer ist anstrengend. Und wenn dann noch – fernab von zu Hause – eine akute Erkrankung hinzu kommt, ist der Interessenskonflikt mit dem Arbeitgeber vorprogrammiert.

Also handeln die meisten Fahrer nach der Devise „Augen zu und durch“. Sie ignorieren die Schmerzen und Beschwerden und fahren mit Krankheitssymptomen weiter. Oder entscheiden selbst über Medikamente – auch auf die Gefahr, dass falsche Mittel zu erwischen oder unkalkulierbare Nebenwirkungen auszulösen. Damit ist weder der Ge-

sundheit des Fahrers noch der allgemeinen Verkehrssicherheit geholfen.

Schon lange von Logistik-Verbänden und Autobahnpolizei als Problem erkannt, ging es auf die Initiative eines Einzelnen zurück, hier Abhilfe zu schaffen. Rainer Bernickel, pensionierter Beamter der Autobahnpolizei, gründete 2007 die Initiative DocStop. Inzwischen steht ein gemeinnütziger Verein dahinter, dessen Satzungszweck im wesentlichen im „Gewinnen und Koordinieren von Partnern sowie deren Vernetzung, die zur Organisation einer deutschlandweiten medizinischen Unterwegsversorgung insbesondere für Fernfahrer beitragen wollen und können“, besteht.

Seit nunmehr vier Jahren baut Bernickel gemeinsam mit seinen Partnern ein Netzwerk entlang der Autobahnen auf: Rund 300 niedergelassene Haus- und Fachärzte, Notfallpraxen, Krankenhäuser und Zahnärzte stehen inzwischen zur Verfügung. Sie bieten den Berufsfahrern auf der Strecke eine medizinische Grundversorgung. Doch Bernickel ist noch lange nicht zufrieden. „Wir brauchen noch viel mehr DocStop-Ärzte. Wir wollen ein so dichtes Netz, dass wir eine 24h-Stunden-Erreichbarkeit überall in Deutschland garantieren können.“ Und er schließt ein ausdrückliches Lob für Baden-Württemberg an: „Nirgendwo sonst ist die Beteiligung seitens der Ärzte so hoch. Von unseren 300 DocStop-Stellen sind rund 30 in Baden-Württemberg.“ Und ergänzt: „Außerdem ist Baden-Württemberg das einzige Bun-

desland, wo auch Politik und Verwaltung verstanden haben, wie wichtig unsere Initiative ist.“

Denn das Wirtschaftsministerium unterstützt die Initiative durch die Veröffentlichung der DocStop-Stellen auf dem „Logistik-Portal“ des Landes. „Für uns ist das ein wichtiger Aspekt zum Thema Arbeitssicherheit. Wir wollen damit für die besonderen Bedürfnisse des mobilen Berufsstandes sensibilisieren. Ohne ausreichend gesunde Fahrer könnte unsere Wirtschaft gar nicht so gut funktionieren“, ist Magdalene Häberle, Leiterin des Referats Mobilität und Logistik im Wirtschaftsministerium, überzeugt.

Und so funktioniert DocStop: Über eine eigene DocStop-Hotline können die Fahrer – 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche – die Adresse und Telefonnummer des nächstgelegenen Arztes erfragen. Geführt wird diese Hotline über den ADAC Truck-Service. Ganz neu ist die Idee, eine sogenannte „App“ für Smartphones zu entwickeln, so dass die Fahrer die Information direkt – auf Basis der GPS-Ortung – über ihr Handy erhalten können.



Für Brummi-Fahrer ist das Führerhaus ihrer LKWs die „zweite Heimat“.

Wenn sie sich dann bei einem der Ärzte als „DocStop-Patient“ anmelden, bekommen sie einen zeitnahen Termin. Die DocStop-Stellen liegen alle an einer Autobahn und bieten geeignete Parkmöglichkeiten – auch für 40-Tonner. Oder die Praxis ist so nahe an einem Autohof, dass sich der Fahrer mit dem Taxi abholen lassen kann. Möglicherweise verfügt der behandelnde Arzt sogar über Sprachkenntnisse – für die vielen ausländischen Fahrer auf den Autobahnen. Abgerechnet wird ganz normal über die Krankenversichertenkarte. Eine besondere medizinische Ausbildung haben die Ärzte nicht. Allerdings sollten sie über die Wirkung von Medikamenten in Hinblick auf die Verkehrstauglichkeit genau Bescheid wissen.



Rainer Bernickel, Begründer von DocStop, präsentiert sein Plakat, mit dem er auf Autohöfen und Rastplätzen auf seine Aktion hinweist und um Unterstützung wirbt.

In einer Gemeinschaftspraxis in Ellwangen, die an der A 7 liegt, sind es fünf bis zehn Fälle im Jahr, die auf diesem Weg in die Praxis kommen. „Wenn die Fahrer anrufen, schieben wir sie immer dazwischen. Wir haben mehrere Ärzte in der Praxis, da ist das kein Problem“, berichten die Mitarbeiterinnen. Weiterer Vorteil der Praxis: Sie liegt im Industriegebiet direkt an der Autobahn. Die Lkw können hier ohne Probleme parken und die Fahrer müssen keine langen Wege in Kauf nehmen. „Die meisten Fahrer kommen mit ganz alltäglichen Problemen: Eine schlimme Erkältung oder schmerzhafte Verspannungen im Rücken. Manchmal müssen wir auch kleinere Verletzungen behandeln, die als Arbeitsunfall der Berufsgenossenschaft zu melden sind“, berichtet einer der Ärzte.

Aber es gibt auch andere Erfahrungen. Dr. Siegfried Steckkönig, DocStop-Arzt der ersten Stunde, berichtet aus seiner Praxis: „Der Bedarf bei den Fahrern ist eigentlich riesig, denn die meisten Fahrer sind gesund-

heitlich stark angeschlagen“. Viele fahren schon seit Jahren mit Beschwerden oder chronischen Schmerzen. Typische Erkrankungen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenkoliken und psychische Belastungen. Dennoch: Der Zeitdruck der Fahrer ist so hoch, dass sie selbst dann keine Zeit für einen Arztbesuch haben, wenn er über DocStop optimal organisiert ist. „Die kommen nicht, die halten durch bis zum Schluss“, meint Dr. Steckkönig. „Erst wenn es gar nicht mehr geht, holen sie den Notarzt und werden dann meist direkt in die Klinik eingewiesen.“ Dass so wenig Fahrer in seine Praxis kommen, führt er aber auch auf die Randlage seiner Praxis in Tengen am Bodensee an der A 81 zurück. Steckkönig ist sicher: „In der Nähe der großen Autobahnkreuze oder auf den Autohöfen, wo sich viele Lkw treffen, ist der Bedarf deutlich höher.“

Dies bestätigt DocStop-Begründer Bernickel. „Wir registrieren bundesweit monatlich 120 bis 140 Arztbe-

suche, die über DocStop organisiert werden. Das entspricht in etwa dem Durchschnitt auch bei anderen Berufsgruppen.“ Das Ziel aller Beteiligten ist klar: Sie möchten den Druck von den Fahrern nehmen und ihnen den Arztbesuch als selbstverständliches Grundrecht ermöglichen – auch unter den schwierigen Bedingungen eines Arbeitsplatzes, der sich ständig bewegt. Ein dichtes Netzwerk von Anlaufstellen und eine schnelle Organisation sind die Grundvoraussetzungen dafür. Dafür arbeitet DocStop.

Wer sich am DocStop-Netzwerk beteiligen möchte, findet auf www.docstop-online.eu ein Kontakt-Formular zur Anmeldung. Der Verein schickt dann einen genaueren Fragebogen zu, in dem Praxis-Standort, Öffnungszeiten, Sprachkenntnisse und Parkmöglichkeiten anzugeben sind. Die Teilnahme ist freiwillig und aus den Angaben ergibt sich keine Verpflichtung. ✓

QEP 2010 ist aktualisiert und damit noch anwenderfreundlicher geworden

Die Anzahl geforderter schriftlicher Dokumente nimmt deutlich ab und schafft größere Freiräume

Bei der Gestaltung des eigenen QM-Systems sind die Praxen grundsätzlich frei. Fertige QM-Systeme, vor allem wenn sie branchenspezifisch sind, geben Halt und Sicherheit. Um ihren Mitgliedern ein praxisbezogenes und kostengünstiges QM-System anbieten zu können, entwickelten die KVen und die KBV zusammen das modular aufgebaute QEP®. Die Abkürzung steht für Qualität und Entwicklung in Praxen und kam Mitte 2005 auf den Markt. Nun liegt eine erste Aktualisierung vor. Diese Aktualisierung bei QEP® ist daher das Thema des 18. Beitrages der ergo-QM-Serie.

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis setzt für Ärzte und Praxismitarbeiter zweifellos einen gewissen Dokumentationsaufwand voraus. Wer sich mit der Materie näher beschäftigt, wird jedoch erkennen, dass die Umsetzung den Arbeitsalltag erleichtert. In der Aktualisierung von QEP wurde nun noch mehr auf die Bedürfnisse der Ärzte eingegangen. Je mehr Faktoren zu berücksichtigen sind, umso aufwändiger wird das Ganze und Verzögerungen sind an der Tagesordnung. Dass die Macher von QEP® ihren Arbeitstitel QEP® 2010 mit ins Jahr 2011 hinüber genommen haben, spricht für eine – sicherlich hart erarbeitete – Gelassenheit.

Schon die erste Version wurde akribisch vorbereitet. Nach der eigentlichen Entwicklungsphase wurde QEP® vor der Markteinführung von 60 Pilotpraxen getestet. Die daraus resultierenden Verbesserungsvorschläge wurden noch in die Erstversion eingearbeitet. Heraus kam ein „QM-Kochbuch“ für Praxen. Keine abstrakten QM-Begriffe, sondern klar definierte Anforderungen in der Sprache der Praxen warteten auf die Umsetzung. Dass dies der richtige Weg war, lässt sich heute mit Zahlen belegen. QEP® ist laut Aussage verschiedenster Stichproben inzwischen Marktführer im niedergelassenen Bereich.

Die Ansprüche an die neue Version von QEP® waren daher entsprechend hoch. Es sollten nicht nur die aktuellsten gesetzlichen Änderungen eingearbeitet werden, sondern auch die Ideen und Verbesserungsvorschläge der Anwender, Trainer, Visitoren und Berater, die im Laufe der letzten Jahre gemeldet wurden, wieder berücksichtigt werden. Alles fand Eingang in die neue Ausgabe und trotzdem ist – gleich zur Beruhigung – vieles beim Alten geblieben.

Das Wichtigste: QEP® 2010 ist von der Struktur und vom Aufbau her unverändert geblieben. Es besteht nach wie vor aus den fünf bekannten Kapiteln Patientenversorgung, Patientenrechte und Patientensicherheit, Mitarbeiter und Fortbildung, Führung und Organisation sowie die Qualitätsentwicklung. Die Kernziele verteilt auf alle fünf Bereiche wurden minimal von 63 auf 61 reduziert. Allerdings steigt die Zahl der daraus resultierenden Nachweise von 228 auf 272. Das bedeutet aber nicht, dass mehr dokumentiert werden muss. Im Gegenteil hat die Anzahl der schriftlich geforderten Dokumente abgenommen. Hier lässt das neue QEP® den Praxen deutlich mehr Freiraum.

Aktualisierungen beziehen sich auf gesetzliche oder andere Änderungen im Gesundheitswesen. Qualitätsindikatoren wurden als optionale Ergänzung bei einzelnen Kernzielen integriert, auch wurden Aspekte und Hinweise für Kooperationen und MVZ neu aufgenommen. Die häufige Frage, welches Kernziel die Anforderungen der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllt oder auf gesetzlichen Vorschriften basiert, wird nun direkt durch das entsprechende Symbol beim Kernziel geklärt.

Redaktionelle Verbesserungsvorschläge zur Formulierung von Nachweisen/Indikatoren wurden ebenso berücksichtigt wie die systematische Bündelung von Themen und die Entfernung von Redundanzen. Zusätzlich wurde der Serviceteil im Anhang um eine Reihe von Orientierungshilfen erweitert. Nach der erfolgreichen Aktualisierung des QEP®-Qualitätsziel-Kataloges gehen die Vorbereitungen für das QEP®-Manual Version 2010 in die letzte Runde. Die neue Ausgabe ist für Sommer 2011 angekündigt.

Alle Informationen zu QEP® erhalten interessierte Praxen bei den QM-Beraterinnen der KVBW. Zum weiteren Service gehören neben der Beratung zum Beispiel auch die Beurteilung von QM-Dokumenten und Handbüchern, Unterstützung bei der Patientenbefragung sowie die Bereitstellung von Mustern und Informationsunterlagen.

Kontaktaufnahme über den Praxiservice Tel. → 0711/7875-3300 oder per Mail an praxisservice@kvbawue.de.



IMPRESSUM

ergo

Ausgabe 2/2011

Erscheinungstag:

14. Juni 2011

Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg
mit Rundschreiben

ISSN 1862-1430

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Norbert Metke, Vorsitzen-
der des Vorstandes (V.i.S.d.P.);
Dr. med. Johannes Fechner,
Stellvertretender Vorsitzender des
Vorstandes;
Norbert Bonauer, Leiter der
Bezirksdirektion Karlsruhe;
Eva Frien, Redakteurin;
Rolf Sievers, Journalist

Redaktion:

Eva Frien, Redakteurin
Rolf Sievers, Journalist

Anschrift der Redaktion:

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

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Dr. Oliver Erens
Renate Matenaer,
Swantje Middeldorff,
Kerstin Schubert, Kai Sonntag,
Martina Tröscher, Ute Wutzler

Fotos:

Christian Griebel,
Helliwood media & education
(Deutscher Ärztetag)
Nils Franke,
Andreas Graumann,
KBV (KBV Vertreterversammlung)
fotolia, Inge Hönekopp,
Swantje Middeldorff, KVBW

Erscheinungsweise:

vierteljährlich

Auflage:

22.900 Exemplare

Gestaltung und Produktion:

Uwe Schönthaler

Die Redaktion behält sich die
Kürzung von Leserschriften vor.
Die in dieser Zeitschrift veröffent-
lichten Beiträge sind urheberrecht-
lich geschützt. Abdruck nur mit
Genehmigung des Herausgebers.

Anmerkung:

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

ergo  **im Internet**

www.kvbawue.de → Presse →
Publikationen

vorschau

GESUNDHEITSPOLITIK

Diskussion um
Ärztemangel

BADEN-WÜRTTEMBERG

MedCall begeht
Jubiläum

BADEN-WÜRTTEMBERG

Servicetag
in Freiburg

BADEN-WÜRTTEMBERG

Arzt-Patienten-Forum
wird fortgesetzt