

KVBFORUM 07 | 11 08



ÄRZTEBEWERTUNG IM INTERNET

Wie objektiv urteilen Patienten?

KONVERGENZ: Millionenabfluss aus Bayern gestoppt

FALK: Vier Länder-KVen im Kampf für mehr Regionalisierung

SELBSTHILFE: Narkolepsie – Leben im Schlafmodus



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

steter Tropfen höhlt den Stein – einige Passagen des Referentenentwurfs für das GKV-Versorgungsgesetz zeigen, dass die vielen Gespräche, die wir in den letzten Wochen und Monaten mit politischen Entscheidungsträgern geführt haben, nicht umsonst waren. So ist die flächendeckende Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien vom Tisch und auch die Gefahr einer bundesweiten Umverteilung von Honorarzuwächsen konnte wohl gebannt werden.

Mit dazu beigetragen hat sicherlich auch unser Engagement im Rahmen von FALK, der Freien Allianz der Länder-KVen. In dem Verbund werden wir inzwischen auch in Berlin deutlich wahrgenommen, wie Sie auf Seite 14 nachlesen können.

Im aktuellen Gesetzgebungsverfahren gibt es auf Bundesebene noch viel zu tun. Neben den für uns positiven Regelungen finden sich im geplanten Versorgungsgesetz auch Paragraphen, die wir in dieser Form kritisch beurteilen. Dazu zählen unter anderem die Ausführungen zur „spezialärztlichen Versorgung“. In einer Diskussionsrunde mit Vertretern fachärztlicher Berufsverbände wurde deutlich, dass diese geplante neue Versorgungsebene für viele niedergelassene Fachärzte eine existentielle Bedrohung darstellt (siehe auch Seite 17). Wir werden nicht zuletzt im FALK-Verbund dafür kämpfen, dass die relevanten Passagen im Sinne der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten überarbeitet werden, bevor das Gesetz in die Abstimmung geht.

Was halten Sie vom geplanten Versorgungsgesetz?

Wir freuen uns über Ihre E-Mails an vorstand@kvb.de. Oder diskutieren Sie mit uns in unserem Blog unter <http://blog.kvb.de/vorstand>.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. Kromholz
Vorsitzender des Vorstands

Dr. Schmelz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. Enger
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

KOSTENPFLICHT FÜR SERVICE NUMMERN DER KVB ENTFÄLLT

Künftig können Sie unsere Berater zum jeweils gültigen Ortstarif erreichen. Der Vorstand kommt damit dem Wunsch zahlreicher Mitglieder entgegen und stellt die bisherigen gebührenpflichtigen Telefonnummern im Bereich Mitgliederservice und Beratung ein. Ausschlaggebend war auch das Ergebnis der Mitgliederbefragung, in der sich viele Praxen gegen die Gebührenpflicht ausgesprochen hatten. Für die Abrechnungsberatung gilt die neue Nummer bereits seit 11. Juli, alle anderen Servicenummern werden zum 1. August umgestellt. Die Übersicht finden Sie wie gehabt auf den letzten beiden Seiten jeder Ausgabe von KVB FORUM.

ZAHLE DES MONATS

128 von 249 abgegebenen Stimmen hat Dr. Frank

Ulrich Montgomery im dritten Wahlgang für das Amt des Präsidenten der Bundesärztekammer erhalten. Der 59-Jährige, der zugleich Präsident der Ärztekammer Hamburg ist, tritt damit die Nachfolge von Professor Jörg-Dietrich Hoppe an.

ZITAT DES MONATS

„Die Beitragszahler brauchen sich keine Sorgen zu machen. Durch das geplante Versorgungsgesetz kommen keine Milliardenbelastungen auf die Krankenkassen zu. Entsprechende Behauptungen der Kassen sind schlicht falsch.“

Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums

BEIM WORT GENOMMEN



Vor knapp drei Jahren trat Daniel Bahr, damals Gesundheitsexperte der FDP, als Unterstützer der KVB-Kampagne „Gesundheitsfonds – so nicht“ in Erscheinung. Ob er als neuer Bundesgesundheitsminister seine damaligen Versprechungen halten kann, ist gerade vor dem Diskussionshintergrund um die bundesweite Konvergenz bei der Honorarverteilung eine spannende Frage.

Wichtiges für die Praxis

Fragen zur Fortbildung (Teil 1)

Wer ist eigentlich verpflichtet, gegenüber der KVB alle fünf Jahre das Erreichen von mindestens 250 gesammelten Fortbildungspunkten nachzuweisen?



Die Regelungen gelten für alle zugelassenen und ermächtigten Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Außerdem finden sie – unabhängig vom zeitlichen Umfang der Beschäftigung – Anwendung für in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder bei einem Vertragsarzt/-psychotherapeuten angestellte Ärzte und Psychotherapeuten sowie für Fachwissenschaftler der Medizin. Ebenso haben Ermächtigte am Bereitschaftsdienst den Nachweis ausreichender Fortbildung zu führen.

Ärzte mit einer Doppelzulassung als Arzt und Zahnarzt unterliegen der Fortbildungspflicht für Humanmediziner, wobei die Fortbildungspunkte aus dem zahnärztlichen Bereich für den Nachweiszeitraum gegebenenfalls bis zum Gesamtumfang von 250 Punkten angerechnet werden können.

Nicht nachweisverpflichtet sind genehmigte Ausbildungs-, Sicherstellungs-, Weiterbildungs-, Entlastungsassistenten oder als Vertreter tätige Ärzte/ Psychotherapeuten, die nur zeitlich befristet angestellt sind, sowie ausschließlich für den Notarzdienst berechnete Ärzte.

Der Nachweis einer ausreichenden Fortbildung obliegt dem zugelassenen oder ermächtigten Vertragsarzt/-psychotherapeuten. Für Angestellte ist dieser durch den anstellenden Vertragsarzt/-psychotherapeuten oder den Träger des MVZ zu erbringen.

Claudia Liebling (KVB)

TITELTHEMA

- 6 Was macht einen „guten Arzt“ aus?
Die Vorsitzende der KVB-Vertreterversammlung, Dr. Petra Reiskowicz, kommt zu dem Urteil, dass die entscheidende Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient im Internet nicht dargestellt werden kann

- 7 „Feedback für Ärzte“
Der AOK-Bundesverband erklärt in einem Gastkommentar, welchen Ansatz der von ihm initiierte Arztnavigator verfolgt und warum nicht nur Patienten von diesem Angebot profitieren können

- 8 Bewertung der Bewerter
Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat Ärztebewertungsportale im Internet unter die Lupe genommen und Kriterien für ein faires Beurteilungsverhalten entwickelt



Wenn Patienten ihre Ärzte im Internet bewerten: Modeerscheinung oder sinnvolles Feedback?

- 10 Zusatznutzen oder Ärzterpranger?
Seit Jahren setzt sich die Bayerische Landesärztekammer für mehr Seriosität beim Thema „Ärztebewertung“ ein. Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann erklärt, warum die alleinige Vergabe von Schulnoten nicht weiterhilft

- 11 „Bewertungsportale nicht im Ansatz repräsentativ“
Das Internet nutzt der Münchner Dermatologe Dr. Josef Pilz wie viele seiner Kollegen auch für Marketingzwecke. Durch missbräuchliche Bewertungen in Portalen sieht er ernsthafte Probleme für das Renommee einer Praxis



Unsachliche und anonyme Kritik im Internet schadet den Praxen genauso wie Rat suchenden Patienten

RECHT INTERESSANT

- 12 Zwischen digitaler Diffamierung und objektivem Urteil
Wie meistert der Bundesgerichtshof den Spagat zwischen informationeller Selbstbestimmung und dem Recht auf Meinungsfreiheit bei Bewertungen im Internet?

GESUNDHEITSPOLITIK

- 14 Für mehr Einfluss der Länder-KVen
Der anstrengende Kampf um eine Dezentralisierung und eine Rückverlagerung der Kompetenzen von Bundes- auf Landesebene

- 15 Millionenpoker: Bayern wehrt sich
Im Schulterschluss mit Politikern aus dem Freistaat versucht die KVB, einen erneuten Transfer abzuwenden



Mehrere Länder-KVen wehren sich gegen ausufernden Berliner Zentralismus und gründen FALK

16 Aktiv in Berlin für die Regionalisierung
 Warum zentralistische Lösungsansätze den Problemen in Bayern nicht gerecht werden können

17 Schwieriges Verhältnis
 Zwischen dem ambulanten und stationären Sektor gibt es immer wieder Differenzen

KVB INTERN

18 Spezialärztliche Versorgung: Nachbesserung gefordert
 Dem Referentenentwurf zur Einführung einer spezialärztlichen Versorgungsebene fehlt bislang jeder Hinweis auf eine arztbezogene Qualitätssicherung

KVB REGIONAL

19 „Planungssicherheit und eine angemessene Vergütung sind das A und O“
 Als Landarzt weiß Dr. Hans-Erich Singer, welche Rahmenbedingungen für junge Ärzte entscheidend sind



Wie ist die Lage der Landärzte?

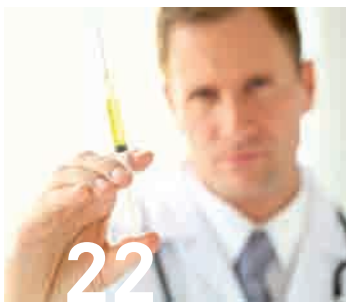
20 Den Kollegen vor Ort eine Stimme geben
 Im letzten Teil der Serie über die Regionalen Vorstandsbeauftragten kommen die Vertreter von München und Oberbayern zu Wort

QUALITÄT

22 Hygienemanagement: Injektionen und Punktionen
 Erreger der eigenen Haut- und Schleimhautflora können auch bei scheinbar banalen invasiven Eingriffen lebensbedrohliche Infektionen auslösen

DMP

24 Professionelle Hilfe für die Seele
 Um die Akzeptanz der psychonkologischen Versorgung im DMP Brustkrebs zu erhöhen, müssen auch Hemmschwellen bei Patientinnen abgebaut werden



Vor jeder Injektion und Punktion ist eine sorgfältige Hautdesinfektion unerlässlich

PATIENTENORIENTIERUNG

26 „Als wenn einem jemand die Augendeckel runterzieht“
 Selbsthilfegruppe Narkolepsie will die Lebensqualität der Betroffenen verbessern und ihre Eingliederung in Beruf und Gesellschaft erleichtern

28 LESERBRIEFE

KURZMELDUNGEN

29 Zehn Jahre gute Zusammenarbeit
 29 Fachtagung zum Thema „Sucht“

29 IMPRESSUM

30 KVB SERVICENUMMERN



40.000 Menschen leiden in Deutschland an Narkolepsie und führen ein Leben im Schlafmodus

WAS MACHT EINEN „GUTEN ARZT“ AUS?

Immer mehr Menschen nutzen das Internet, um sich über Produkte und Dienstleistungen zu informieren – aber auch, um nach einem „guten Arzt“ zu suchen. Zahlreiche Ärztebewertungsportale geben vor, die passende Antwort darauf zu haben. Dr. Petra Reis-Berkowicz, Hausärztin und Vorsitzende der Vertreterversammlung der KVB, hält hingegen Empfehlungen auf dieser Basis für wenig aussagekräftig.



Die Vorsitzende der KVB-Vertreterversammlung, Dr. Petra Reis-Berkowicz, steht Bewertungen von Ärzten im Internet kritisch gegenüber.

Zahlen, Daten, Fakten zu nahezu jedem Suchbegriff nur einen Mausklick entfernt – das Internet bietet schier endlose Informationsmöglichkeiten und Orientierungshilfen. Auch ich nutze das Internet beispielsweise, um eine Reise zu planen und mich für ein Hotel zu entscheiden. Mit Interesse habe ich dabei auch die Bewertungen früherer Hotelgäste gelesen und anschließend mit eigenen Augen die Relativität dieser Bewertungen erlebt. Die Bandbreite der Meinungen zu einem Hotel reichte dabei von Top-Bewertungen bis hin zum totalen Verriss. Und dabei ging es nur um die Bewertung von scheinbar objektiven Kriterien wie der Freundlichkeit des Personals, der Sauberkeit der Zimmer oder der Qualität des Frühstücksbuffets. Doch wenn die viel zitierte „Schwarmintelligenz“ der Internetnutzer schon keine verlässliche Empfehlung für ein Hotel liefern kann, wie soll das dann erst bei einem so sensiblen Thema wie der Arzt-Patienten-Beziehung funktionieren?

Hinzu kommt, dass der Suche nach einem „guten Arzt“ zunächst die Frage vorangestellt werden muss, was denn einen solchen guten Arzt eigentlich ausmacht. Natürlich kann man sich an Kriterien wie

den Sprechstundenzeiten, den Fremdsprachenkenntnissen oder der Barrierefreiheit für Behinderte orientieren. All diese Informationen findet man beispielsweise auch in der Arztsuche der KVB. Aber einen „guten Arzt“ erkennt man daran letztlich nicht. Viel wichtiger ist für den Patienten doch, ob er sich vom Arzt verstanden fühlt, ob er ein Vertrauensverhältnis zu ihm aufbauen kann und ob Diagnose und Therapieempfehlung kompetent erscheinen. Diese sehr persönlichen Kriterien ergeben sich allerdings immer aus der Interaktion von Arzt und Patient und sind daher nicht objektivierbar.

Die Chemie muss stimmen

Zudem sind die Bedürfnisse von Patienten sehr unterschiedlich. Zwischen der dauerhaften medizinischen Begleitung eines chronisch Kranken und einem einmaligen operativen Eingriff durch einen Spezialisten liegen Welten. Und auch die angeblich objektiven Bewertungskriterien verlieren in einer Arzt-Patienten-Beziehung ihre Bedeutung: Während der eine Patient es schätzt, ohne Termin in die Sprechstunde kommen zu können und dafür auch eine gewisse Wartezeit in Kauf nimmt, vereinbart ein anderer lieber erst in vier

Wochen einen Termin, der dann pünktlich stattfindet.

Die medizinisch-fachliche Qualität ist für Patienten ohnehin schwer zu beurteilen. Bei der Frage nach der fachlichen Qualifikation, der Qualität der medizinischen Geräte oder der Einhaltung der medizinisch relevanten Hygienestandards sind Patienten gut beraten, sich auf eine objektive Bewertung durch die zuständigen Institutionen wie KVB, Landesärztekammer oder die Gewerbeaufsichtsämter zu verlassen.

Letztlich kommt es darauf an, dass Arzt und Patient eine vertrauensvolle Beziehung zueinander aufbauen können. Nur dann wird die sogenannte Compliance ausreichen, um Behandlungserfolge zu erzielen. Wenn die Chemie zwischen Arzt und Patient stimmt, dann hat der Patient einen für ihn ganz persönlich guten Arzt gefunden. Dies lässt sich allerdings nicht im Rahmen von Ärztebewertungsportalen im Internet abbilden.

*Dr. Petra Reis-Berkowicz,
Vorsitzende der KVB-
Vertreterversammlung*

„FEEDBACK FÜR ÄRZTE“

In seinem Gastkommentar erläutert Kai Kolpatzik, Projektleiter für den AOK-Arztnavigator beim AOK-Bundesverband, warum er davon überzeugt ist, dass sein Portal nicht nur für Patienten, sondern auch für Ärzte Vorteile bietet.

Studien und Befragungen unserer Versicherten zeigen, dass sich immer mehr Patienten eine verlässliche Orientierungshilfe bei der Arztsuche wünschen. AOK, BARMER GEK und das Projekt „Weisse Liste“ haben daher eine Online-Arztsuche entwickelt, die auf den Erfahrungen von Patienten beruht. Sie ist kostenlos und werbefrei und liefert Ärzten ein systematisches Patienten-Feedback auf Basis eines wissenschaftlich entwickelten Fragebogens. Das Interesse der Versicherten an diesem Angebot ist groß: In den ersten Tagen nach dem Start haben bereits mehrere hunderttausend Nutzer das neue Portal besucht, das unter der Adresse www.aok-arztnavi.de erreichbar ist.

Das Portal setzt neue Maßstäbe für Arztbewertungsportale im Internet. So müssen sich die Versicherten der beteiligten Krankenkassen zunächst mit den Daten auf ihrer Versichertenkarte im Portal registrieren. Erst danach können sie ihre Ärzte beurteilen. Dadurch ist gewährleistet, dass sich jeder Patient nur einmal registrieren und nicht mehrere Bewertungen für einen Arzt abgeben kann.

Der Fragebogen für die Patienten ist von Experten des IGES-Instituts in einem mehrstufigen Verfahren wissenschaftlich entwickelt und validiert worden. Die Ergebnisse der einjährigen Pilotphase haben die methodische Güte des Befragungsinstruments bestätigt. Bei den etwa 30 Fragen stehen sozia-

le und kommunikative Aspekte besonders im Vordergrund – Aspekte, die Patienten laut Studien am meisten interessieren und die sie selbst am besten beurteilen können.

Im Unterschied zu den meisten bestehenden Arztbewertungsportalen sind bei der Befragung keine Freitextfelder vorgesehen. So werden Diffamierungen oder unsachgemäße Meinungsäußerungen von Patienten ausgeschlossen. Zudem werden die Ergebnisse für einen Arzt erst veröffentlicht, wenn mindestens zehn Beurteilungen von Patienten vorliegen. Dadurch wird eine einseitige Darstellung aufgrund weniger Beurteilungen verhindert. Die Ärzte haben darüber hinaus die Möglichkeit, ihre Befragungsergebnisse für die Nutzer des Portals sichtbar zu kommentieren.

Maximum an Fairness

In unserem Portal finden die Nutzer keine Rangliste der vermeintlich besten Ärzte. Stattdessen können Patienten einen Arzt ganz gezielt nach den Kriterien suchen, die ihnen persönlich wichtig sind. Durch methodische Qualität schaffen wir dabei ein Maximum an Fairness für die beurteilten Ärzte. Eine Richtschnur bei der Entwicklung waren für uns die Kriterien, die die Ärzteschaft selbst zur Qualität von Arztbewertungsportalen aufgestellt hat.

Wir haben das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) aktiv aufgefordert, unser Portal zu

prüfen. Dabei hat es besser abgeschnitten als alle anderen, später getesteten Portale. An einigen Stellen gehen wir sogar über die Qualitätsanforderungen des ÄZQ hinaus – zum Beispiel mit dem Verzicht auf Freitextfelder bei der Bewertung oder mit der Kommentarfunktion für die Ärzte.

Die ersten Ergebnisse aus den drei Pilotregionen Berlin, Hamburg und Thüringen zeigen, dass die meisten Patienten mit ihren Ärzten sehr zufrieden sind. Die Bereitschaft, den eigenen Arzt weiterzuempfehlen, liegt bei etwa 90 Prozent.

Hinweise für Praxisoptimierung

Die weiteren Vorteile für die Ärzte liegen auf der Hand: Sie erhalten ein systematisches Patienten-Feedback auf Basis eines methodisch hochwertigen Fragebogens. So können sie ihre Ergebnisse mit denen anderer Ärzte vergleichen und erhalten wertvolle Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten in ihrer Praxis, die sie im Sinne des praxisinternen Qualitätsmanagements nutzen können. Im persönlichen Arztbereich des Portals haben sie zudem die Möglichkeit, Fotos ihrer Praxis hochzuladen und sich regelmäßig über neu eingehende Bewertungen informieren zu lassen.

*Kai Kolpatzik MPH,
AOK-Bundesverband*



Setzt nicht auf Ranglisten, sondern auf strukturierte Information: Projektleiter Kai Kolpatzik vom AOK-Bundesverband.

BEWERTUNG DER BEWERTER

Was leisten Arztbewertungsportale wirklich? Mit einem Katalog von Qualitätsanforderungen versucht das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) die Spreu vom Weizen zu trennen. Das Clearingverfahren trägt anscheinend erste Früchte. KVB FORUM hat sich mit Corinna Schaefer von der Bereichsleitung Patienteninformation des ÄZQ unterhalten.



Corinna Schaefer vom ÄZQ in Berlin kritisiert, dass Arztbewertungsportale oft mit einem undifferenzierten Qualitätsbegriff arbeiten.

Neben Serviceangeboten, die sich direkt an Patienten richten, hat es sich das ÄZQ zur Aufgabe gemacht, auch durch strukturelle Unterstützung zu einer Verbesserung der Patienteninformationen beizutragen. Ein Teil davon ist eine kritische Untersuchung der „Arztbewerter“.

Frau Schaefer, wem kann der Katalog, der nun in der zweiten Auflage vorliegt, Unterstützung bieten? An wen richtet er sich primär?

Der Kriterienkatalog nennt Qualitätsanforderungen für Arztbewertungsportale und macht diese mit konkreten Fragen überprüfbar. Er richtet sich an Nutzer, die mit seiner Hilfe die Transparenz und Verlässlichkeit solcher Portale besser einschätzen können. Aber auch Portalbetreiber können ihn verwenden, um ihr Angebot zu verbessern, indem sie auf die Einhaltung der formulierten Kriterien achten.

Haben Sie seit der ersten Auflage vor eineinhalb Jahren feststellen können, dass die Portale die Vorschläge des ÄZQ berücksichtigen?

Auf jeden Fall! Das ÄZQ hat im Auftrag von BÄK und KBV in einem sehr aufwändigen Verfahren die zehn größten Portale mit der Checkliste bewertet. Die Gutachten ha-

ben wir den Portalbetreibern zugesandt mit der Bitte um Stellungnahme. Wenn eine Zustimmung der Portalbetreiber vorlag, haben wir die Gutachten zusammen mit den Stellungnahmen veröffentlicht. Bei einer Überprüfung acht Wochen nach Veröffentlichung haben wir festgestellt, dass einige Portale ihr Angebot nach unseren Vorgaben überarbeitet hatten.

Wie läuft ein Clearingverfahren in der Regel ab? Sind die Portale kooperationsbereit?

„Clearingverfahren“ bedeutet ja, dass die verfügbaren Informationen oder Quellen zu einem Thema zusammengestellt und aufbereitet werden. Mit der Aufbereitung ist in der Regel eine Bewertung nach einheitlichen Kriterien verbunden, um die zusammengestellten Quellen und Informationen vergleichbar zu machen. Bei den Arztbewertungsportalen haben jeweils zwei Gutachter unabhängig voneinander die Portale mit der Checkliste bewertet. Die Bewertungen wurden abgeglichen und bei Differenzen die Antworten diskutiert und geprüft, bis ein Konsens erzielt werden konnte. In einem Gutachten wurden alle Bewertungen dokumentiert und begründet. Diese Gutachten sind unter www.arztbewertungsportale.de veröffentlicht, sofern die Betreiber einer Veröffentlichung zugestimmt haben.

Worin liegt Ihrer Meinung nach der größte Nutzen, aber auch das größte Ärgernis in der gegenwärtigen, sehr vielfältigen „Portallandschaft“?

Nutzen und Ärgernis werden Betreiber, Patienten und Ärzte sehr unterschiedlich wahrnehmen. Ein großer Nutzen aus unserer Sicht ist sicherlich, dass die Patientenzufriedenheit ein Forum bekommt und damit an Bedeutung gewinnt. Je strukturierter sie erfasst wird, desto besser können (und sollten) auch Ärzte solche Informationen nutzen, um ihre Patientenorientierung zu verbessern.

Das größte Ärgernis ist aus unserer Sicht ein doppeltes. Zum einen sind die sogenannten Premiueinträge, über die sich viele Portale finanzieren, ein großes Problem, denn sie verzerren die Darstellung und damit die Information. Ärzte können sich bei solchen Portalen einen Eintrag kaufen, der besonders schön aufgemacht ist – in der Regel mit Bild – und der immer ganz oben auf der Trefferliste erscheint. Da meistens die am besten bewerteten Ärzte zuerst angezeigt werden, führen diese Premiueinträge zu einer erheblichen Verwirrung und leiten Arztsuchende vielleicht zum „falschen“ Arzt.

Das andere Ärgernis ist die undifferenzierte Verwendung des Quali-



tätsbegriffs. Es muss klar werden, dass die „guten Ärzte“, die man in diesen Portalen finden kann, diejenigen sind, mit denen die meisten Patienten zufrieden waren. Das ist ein sehr wichtiger Aspekt bei der Arztwahl. Aber den fachlich kompetentesten Arzt findet man dort nicht. Und das sollte auch deutlich gesagt werden.

Mit welchen Entwicklungen im „Portalmarkt“ rechnen Sie in den nächsten Jahren?

Derzeit sind Arztbewertungsportale ja ein Phänomen, das in den Medien stärker präsent ist, als seiner aktuellen Bedeutung zukommt. Die Versichertenbefragung der KBV von 2010 hat ergeben, dass nur etwa sechs Prozent der Befragten

ein Portal schon einmal passiv und nur ein Prozent aktiv genutzt haben. Und die Stiftung Gesundheit berichtete bereits 2009, dass etwa zwei Drittel aller Ärzte Internetbewertungen egal sind und sie nicht einmal wissen, ob sie schon bewertet wurden. Es kann sein, dass durch das Heranwachsen einer Internet-affinen Bevölkerung die reale Bedeutung von Bewertungsportalen zunimmt. Und vielleicht werden sie zunehmend von den „Playern“ – wie jetzt von AOK und Barmer – als Steuerungsinstrument im Gesundheitsmarkt erkannt. Welche Auswirkungen das auf die Versorgung hat, ob sich Qualität und Transparenz verbessern oder ob aus Angst vor schlechten Bewertungen die leitlinienkonforme Versorgung leidet,

weil zum Beispiel der Patient Therapien einfordert, die wegen des nicht nachgewiesenen Nutzens nicht empfohlen werden, das muss sich zeigen.

Was hat es eigentlich mit der „Weissen Liste“ auf sich?

Die „Weisse Liste Ärzte“ entsteht in Kooperation mit dem AOK Bundesverband und der Barmer GEK. Erstmals werden Versicherte beider Kassen systematisch aufgefordert, ihre Ärzte zu bewerten. Die Betreiber haben sich viel vorgenommen. Der Fragebogen wurde beispielsweise systematisch und mit einem wissenschaftlichen Institut erarbeitet. Die selbst gesetzte Vorgabe, Ergebnisse erst zu veröffentlichen, wenn mindestens zehn Bewertungen pro Arzt vorliegen, ist ehrgeizig, aber richtig im Sinne der Nutzer. Bislang scheint es daran aber zu haken. Die wenigsten Ärzte kommen bislang auf zehn Bewertungen. Und auch hier bleibt die „Qualität“ ein vager Begriff.

Zu guter Letzt: Nutzen Sie die Arztbewertungsportale auch privat?

Ich bin zum Glück ganz fit und muss selten zum Arzt. Wenn ich einen suche, frage ich Freunde, von denen ich weiß, dass sie auf ähnliche Dinge Wert legen wie ich. Oder ich hole mir Rat bei Kollegen, wen sie fachlich empfehlen. Mit dieser altmodischen Haltung liege ich übrigens noch voll im Trend: Etwa 80 Prozent der Arztsuchenden verlassen sich auf Ratschläge aus ihrem näheren Umfeld.

Frau Schaefer, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Markus Kreikle (KVB)

Was macht eigentlich das ÄZQ?

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung mit Sitz in Berlin. Im Auftrag seiner Träger analysiert, initiiert und organisiert das Institut seit 1995 Projekte auf dem Gebiet der medizinischen Qualitätsförderung und -sicherung. Darunter fallen neben Patienteninformation und Patientensicherheit beispielsweise die Entwicklung und Implementierung der Nationalen VersorgungsLeitlinien und PatientenLeitlinien, die Unterstützung und Verbreitung ausgewählter Leitlinienprogramme für ambulante und stationäre Versorgung und die Entwicklung und Beurteilung von Methoden und Instrumenten der Qualitätsförderung und Transparenz in der Medizin.

Weitere Informationen finden Sie unter www.aeqz.de.

ZUSATZNUTZEN ODER ÄRZTEPRANGER?

Die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) setzt sich seit Jahren dafür ein, dass die Bewertungen von Ärzten im Internet nach seriösen Maßstäben ablaufen und nicht in unqualifizierte Schmähkritik ausarten. Was nach Einschätzung der Kammer erfüllt sein muss, damit Patienten und Ärzte einen Nutzen haben, erläutert Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann im folgenden Beitrag.

Lange haben sich Ärztinnen und Ärzte über unqualifizierte Bewertungen im Internet geärgert und dagegen gewehrt – zu Recht. Zwei Kernfragen müssen für eine seriöse Diskussion von Ärztebewertungsportalen beantwortet werden: Was kann der Patient qualifiziert beurteilen und in welcher Form erfolgt diese Bewertung?

Dr. Klaus Ottmann: „Es muss sichergestellt sein, dass es keine anonymen Diffamierungen und Rufschädigungen geben kann.“



Es ist unstrittig, dass ein Patient die Servicequalität in einer Arztpraxis beurteilen kann. Wartezeiten, Freundlichkeit des Arztes und der Mitarbeiter, saubere Praxisräume, Praxisorganisation und Ähnliches lassen sich genauso gut beurteilen, wie der Service in einem Restaurant oder in einem Hotel. Ich halte es allerdings für problematisch, wenn Patienten Urteile über die medizinischen Leistungen abgeben können. Zwischen Arzt und Patient besteht eine Wissensasymmetrie. Hier warne ich vor Fehleinschätzungen, denn letztlich sind und bleiben die behandelnden Ärzte die Fachleute.

Ein seriöses Arztbewertungsportal erfüllt außerdem einige wichtige formale Anforderungen, um eine echte Orientierungshilfe für Patienten zu werden. Es muss sichergestellt sein, dass es keine anonymen Diffamierungen und Rufschädigungen geben kann. Deshalb ist eine User-Registrierung notwendig. Freie Textfelder sind kontraproduktiv und verleiten zu unsachlichen und subjektiven Kommentaren. Sinnvoll ist es, wenn für die Veröffentlichung eine Mindestanzahl von Bewertungen erforderlich ist. Der AOK-Arztnavigator beziehungsweise das BARMER GEK-Arztnavi verlangen mindestens zehn Einzelbewertungen. Auch können Ärzte von einem seriösen Bewertungsportal profitieren. Gerade für die Praxisorganisation und die Servicequalität können sie dadurch wertvolles Feedback gewinnen. Der bewertete Arzt sollte deshalb die Bewertung auch kommentieren können.

Ein qualifiziertes Arztbewertungsportal kann Patienten und Ärzten einen Zusatznutzen bieten. Gefährlich wird es, wenn Bewertungsportale, die ursprünglich für Restaurant- und Hotelkritiken entwickelt wurden, jetzt plötzlich auch für die Arztbewertung herangezogen werden. Mit einer Notenvergabe zwischen eins und fünf und einem freien Kommentarfeld lassen sich ärztliche Leistungen nicht seriös

bewerten. Den gleichen Vorbehalt habe ich gegenüber den Ärzte-Rankinglisten, die sporadisch in manchen Zeitungen publiziert werden. Meistens werden hier nicht einmal die Bewertungskriterien veröffentlicht. Die Bayerische Landesärztekammer hat sich schon vor Jahren massiv gegen diese unseriösen Veröffentlichungen gewehrt, leider ohne juristischen Erfolg.

Eine Gefahr sehe ich auch darin, wenn Patienten, deren Arzt womöglich von bestimmten Medikamenten oder Therapien abrät oder zum Beispiel eine gewünschte Kur nicht befürwortet, deshalb eine negative Bewertung abgeben. Aus Sicht des Betroffenen mag das ja nachvollziehbar sein, aus Sicht der Allgemeinheit ist es aber wichtig, dass Ärzte nur das verschreiben, was medizinisch sinnvoll ist. Alles andere wäre eine ungerechtfertigte finanzielle Belastung der Solidargemeinschaft. An den Pranger ist man schnell gestellt, deshalb ist eine gesunde Vorsicht angebracht. Die BLÄK wird die weitere Entwicklung der Arztportale kritisch beobachten und sich weitere Maßnahmen vorbehalten.

*Dr. Klaus Ottmann,
Vizepräsident der Bayerischen
Landesärztekammer*

„BEWERTUNGSPORTALE NICHT IM ANSATZ REPRÄSENTATIV“

Wann profitiert ein Arzt von Online-Bewertungsportalen und wann muss er unter Umständen sogar um seinen guten Ruf fürchten? KVB FORUM hat sich dazu mit dem Münchner Dermatologen und Regionalen Vorstandsbeauftragten der KVB, Dr. Josef Pilz, unterhalten.

Herr Dr. Pilz, bei der Eingabe Ihres Namens im Internet erhält man rund 4.500 Treffer. Das erste Ergebnis führt zu Ihrer Praxishomepage, die folgenden auf verschiedene Bewertungsportale. Wie wichtig ist es Ihnen, online gefunden zu werden?

Sehr wichtig. Mein Anspruch ist es, eine moderne und dienstleistungsorientierte dermatologische Praxis zu betreiben. Eine professionelle Praxishomepage mit einer perfekten Suchmaschinenoptimierung gehört hier unbedingt dazu. Wir haben im Rahmen von Patientenbefragungen festgestellt, dass sich unsere Patienten zunehmend im Internet über uns und unser Leistungsspektrum informieren. Die persönliche Empfehlung durch einen zufriedenen Patienten ist für eine Praxis aber natürlich nach wie vor das Beste.

Sind Internet-Bewertungsportale eine Bedrohung für das Renommee einer Arztpraxis?

Ja, kommerziell betriebene Bewertungsportale wie beispielsweise Jameda schon. In meinem Fall haben dort sechs überwiegend unzufriedene Patienten anonym „Dampf“ abgelassen. Ich habe so die wenig schmeichelhafte Schulnote 4,4 erhalten. Da ich aber im gleichen Zeitraum über 6.000 Patienten behandelt habe, ist das nicht im Ansatz

repräsentativ. Dies ist für mich eine Form des modernen Prangers. Die medizinische Kompetenz einer Praxis und ihres Inhabers erschließen sich einem Patienten so nicht. Mir ist vollkommen unverständlich, dass Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung hier trotzdem 85 Prozent der Anforderungskriterien für ein gutes Arztbewertungsportal erfüllt sehen. Die entscheidenden Kriterien „Repräsentativität“ und „Sicherheit gegen Missbrauch“ sind für mich hier nicht gegeben.

Der neue AOK-Arztnavigator versucht deshalb, mit Hilfe eines festgelegten Fragenkatalogs mehr Transparenz und Objektivität zu erreichen.

Vom Ansatz her geht das in die richtige Richtung. Grundsätzlich sind aber auch hier die zehn Patientenmeinungen, die für die Bewertung einer Praxis erforderlich sind, zu wenig. Bei dem AOK-Arztnavigator stört mich vor allem die Intention dahinter: Es geht den beteiligten Krankenkassen in erster Linie darum, von eigenen Versäumnissen abzulenken und dem Arzt bei der allgegenwärtigen Rationierung im GKV-Bereich den „schwarzen Peter“ zuzuschieben.

Haben Ärzte generell ein Problem damit, sich von ihren Patienten bewerten zu lassen?



Dr. Josef Pilz wünscht sich faire Arztbewertungsportale mit statistischer Aussagekraft. „Freie Textfeld-eingaben mit der Möglichkeit von Schmähbewertungen sind nicht akzeptabel.“

Die Bewertung durch den Patienten ist deshalb problematisch, da das Arzt-Patienten-Verhältnis immer ein asymmetrisches ist, bei dem der Patient in der Regel nur aufgrund von Äußerlichkeiten Rückschlüsse auf die Qualität der ärztlichen Behandlung ziehen kann.

Nutzen Sie als Verbraucher selbst Bewertungsportale?

Ich habe mal die Kinderfreundlichkeit eines Hotels abgefragt. In der Regel mache ich das aber nicht. Bevor ich allerdings bei Amazon etwas bestelle, schaue ich schon auf die Anzahl der Bewertungssterne.

Herr Dr. Pilz, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Marion Munke (KVB)

ZWISCHEN DIGITALER DIFFAMIERUNG UND OBJEKTIVEM URTEIL



RECHT INTERESSANT

Die Palette von Bewertungen im Internet reicht von Hotels und Restaurants bis hin zu Lehrern und Ärzten. Die Anonymität im Netz erspart es dem „Bewerter“, sich mit seinem Gegenüber persönlich auseinanderzusetzen und auf Gegenargumente einzugehen. Dies macht den Reiz, aber auch die Gefahr dieser Kritik aus. Welche Grenzen die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs bei Meinungsäußerungen in Bewertungsportalen zieht, lesen Sie hier.

Entscheidung des Bundesgerichtshofs

Der Bundesgerichtshof (BGH, Urteil vom 23. Juni 2009 – VI ZR 196/08) entschied den Fall einer Lehrerin, die im Schülerbewertungsportal „spickmich.de“ durch vier ihrer Schüler mit der Gesamtnote 4,3 bewertet wurde. Das Bewertungsportal sah unter anderem vor, dass die Schüler ihre Lehrerin unter Namensnennung und Angabe der Schule und des Unterrichtsfachs bewerten konnten. Anhand von Bewertungskriterien wie zum Beispiel „cool und witzig“, „motiviert“, „menschlich“, „guter Unterricht“ konnten die im Schulbereich üblichen Noten von eins bis sechs vergeben werden.

Die klagende Lehrerin fühlte sich in ihrem Recht auf informationelle Selbstbestimmung verletzt und hatte vorgetragen, sie habe die Einwilligung zur Erhebung, Speicherung und Übermittlung ihrer Daten nicht gegeben. Zudem dürften die Bewertungen nicht anonym veröffentlicht werden.

Der BGH hat die Klage der Lehrerin zurückgewiesen und zur Be-

gründung folgende Aussagen getroffen:

- Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung muss hinter dem Recht auf Meinungsfreiheit zurücktreten, wenn durch die Meinungsäußerung der soziale Bereich, wie hier der berufliche Bereich, des allgemeinen Persönlichkeitsrechts berührt wird.
- Die Grenzen der Meinungsfreiheit werden in diesem Kontext erst dann erreicht, wenn durch die Meinungsäußerung die betreffende Person an den Pranger gestellt oder stigmatisiert wird. Die Grenze der zulässigen Meinungsäußerung ist auch dann überschritten, wenn es sich um Schmähkritik oder eine Formalbeleidigung handelt.
- Die Meinungsäußerung darf innerhalb dieser Grenzen anonym erfolgen. Eine anonyme Äußerung ist dem Internet nämlich immanent. Eine Beschränkung der Meinungsäußerungsfreiheit auf Äußerungen, die einem bestimmten Individuum zugeord-

net werden können, ist mit dem Grundrecht auf freie Meinungsäußerung nicht vereinbar.

- Das Recht auf Meinungsfreiheit ist nicht beschränkt auf objektivierbare allgemeingültige Werturteile. Deshalb wird der Betroffene nicht in seinen schutzwürdigen Interessen berührt, wenn die Erhebung der Daten nach Vielfalt und Qualität nicht den Anforderungen an eine aussagekräftige Evaluation entspricht.

Damit ist für Internet-Bewertungsportale der Rahmen des rechtlich Zulässigen zweifelsohne weit gesteckt. Schmähkritik, Beleidigungen und Unwahrheiten sind jedoch nicht zu tolerieren.

Was tun, wenn man am „Pranger“ steht?

Wird ein Arzt in einem Arztbewertungsportal beleidigt oder sein Ruf durch schmähende Äußerungen beeinträchtigt, ist die Situation zunächst unbefriedigend, denn eine Möglichkeit zur Gegendarstellung im Internetportal selbst besteht häufig nicht. Soweit ersichtlich,

liegt keine einschlägige Rechtsprechung der Instanzgerichte zu Arztbewertungsportalen vor.

Rechtlich besteht allerdings die Möglichkeit, einerseits gegen den Portalbetreiber vorzugehen, andererseits gegen den Patienten. Während gegenüber dem Portalbetreiber erfahrungsgemäß häufig schon durch ein formloses Schreiben erreicht werden kann, dass die ehrverletzenden Äußerungen aus dem Netz genommen werden, ist das Vorgehen gegenüber dem Patienten schwieriger. Denn die Aussage des Patienten ist anonym. Manchmal ist es aufgrund der Falldarstellung für den betroffenen Arzt allerdings möglich, die Äußerungen auf einen bestimmten Patienten zurückzuführen.

Prinzipiell besteht dann die Möglichkeit, vor dem Zivilgericht einen Eilantrag auf Unterlassung zu stellen. Problematisch ist dabei, dass in einem solchen Verfahren die Umstände darzulegen sind, warum es sich bei dem Patienten um denjenigen handelt, der die Bewertung im Internet abgegeben hat. Dabei kann der Arzt in Konflikt mit seiner Schweigepflicht geraten. Deshalb besteht in solchen Fällen häufig nur die Möglichkeit, Strafanzeige gegen unbekannt zu erstatten.

Welche Kriterien sollten erfüllt sein?

Auch wenn solche Portale keine beleidigenden oder schmähenden Inhalte haben, können sie die Entscheidung des Patienten bei seiner Arztwahl beeinflussen. In den vergangenen Jahren haben sich einige Arztbewertungsportale etabliert, die sich hinsichtlich ihrer Qualität stark unterscheiden. Deshalb haben die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung Qualitätsanforde-

rungen für Arztbewertungsportale herausgegeben, die sich sowohl an Nutzer wie auch an Anbieter richten (siehe Seite 8).

Ein wichtiges Kriterium für die Seriosität eines Portals ist die Frage, ob sich der Nutzer vor der Abgabe einer Bewertung beim Anbieter registrieren lassen muss. Ein gutes Portal sollte den Bewertungsverlauf darstellen und auch eine Mindestzahl von Bewertungen verlangen, bevor eine Veröffentlichung erfolgt.

Insbesondere sollten Maßnahmen gegen Missbrauch und Manipulation vorgegeben werden. Vor einer Veröffentlichung sollte der Betreiber den betroffenen Arzt informieren und ihm auch grundsätzlich die Möglichkeit einer Gegendarstellung einräumen. Je weniger Freitextbewertungen möglich sind, umso eher wird verhindert, dass unsachliche Kritik oder Schmähungen, Diskriminierungen oder Beleidigungen eingetragen werden. Ferner sollte es Maßnahmen zum Ausschluss von Mehrfachbewertungen einer einzelnen Behandlung geben, damit eine einzelne Person nicht unter verschiedenen Identitäten einen Behandlungsfall mehrfach bewertet und so das Ergebnis verfälscht.

Nur begrenzte Aussagekraft

Selbst wenn die Vorgaben für eine seriöse Arztbewertung eingehalten werden, ist es fraglich, welcher Erkenntnisgewinn sich für den Patienten aus solchen Bewertungsportalen ergibt. Denn wichtige Kriterien wie die fachliche Qualifikation des Arztes, die Einhaltung von Hygienevorschriften oder die technische Ausstattung der Praxis können durch den Patienten nicht beurteilt werden. Die Bewertung des Patienten wird daher immer nur an der Oberfläche bleiben und eher

atmosphärische Wahrnehmungen zum Gegenstand haben. Diejenigen Fakten, die eine medizinisch gute Behandlung ausmachen, wird der Patient nicht beurteilen können.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist letztlich stark von Vertrauen geprägt und kann im Ergebnis, auch wenn der Arzt in vielerlei Hinsicht als Dienstleister auftritt, nicht mit einem Restaurantbesuch, einer Hotelbuchung oder ähnlichen Serviceleistungen verglichen werden. Die Arztbewertungsportale im Internet können daher den Patienten nur bedingt bei seiner Entscheidung zur Auswahl eines Arztes unterstützen, ihre Bedeutung sollte deshalb nicht überschätzt werden.

Auf Dauer wird deshalb nicht derjenige Arzt erfolgreich sein, der im Internetportal gut bewertet wurde, sondern derjenige, der gute Behandlungserfolge erzielt. Denn wie es im Volksmund heißt: „Wer heilt, hat Recht!“

*Dorothee Haas
(Rechtsabteilung der KVB)*



FÜR MEHR EINFLUSS DER LÄNDER-KVen



In den letzten Jahren ist im Gesundheitssystem im Allgemeinen und in der ärztlichen Selbstverwaltung im Besonderen der Trend zu immer mehr Zentralisierung zu beobachten. Die Folge: eine wahre Regelungsflut aus Berlin. Dagegen setzen sich nun mehrere Kassenärztliche Vereinigungen innerhalb einer Freien Allianz der Länder-KVen, kurz: FALK, zur Wehr.



Haben besonders das Top-Thema „Re-Regionalisierung“ im Blick: die FALK-KVen aus Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern.

Mehr Gestaltungsspielräume in den Regionen und Vorgaben aus Berlin nur noch dann, wenn eine bundesweit einheitliche Regelung unbedingt nötig ist; so lautet der Anspruch von FALK, der neu gegründeten Freien Allianz der Länder-KVen. FALK war Anfang Mai aus einer Initiative der vier Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) aus Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern entstanden. Ziel ist eine länderübergreifende Kooperation zu wichtigen gesundheits- und versorgungspolitischen Themen sowie eine effektive Vertretung der Interessen der Länder-KVen auf Bundesebene. FALK steht dabei für das Prinzip der Subsidiarität und kämpft für eine Dezentralisierung der Entscheidungsprozesse und eine Rückverlagerung der Kompetenzen von Bundes- auf Länderebene.

Versorgungslandschaften sind gewachsene Strukturen, die naturgemäß unterschiedlich sind und daher auch unterschiedliche Herausforderungen mit sich bringen. Diese Herausforderungen können am besten von der ärztlichen Selbstverwaltung vor Ort bewältigt werden. Darum steht das Thema Re-Regionalisierung auf der Agenda von FALK an erster Stelle. Politische Entscheidungen aktiv mitzugestalten, anstatt nur dirigistische Vorgaben aus Berlin in den Regionen umzusetzen, das ist das erklärte Ziel von FALK. Um dort, wo aktuell die meisten politischen Entscheidungen getroffen werden, auch tatsächlich präsent sein zu können, haben die vier FALK-KVen ein gemeinsames Büro in Berlin eingerichtet.

Bereits in den ersten Wochen nach der Gründung haben die vier beteiligten KVen – in der Presse auch „die FALKen“ genannt – für einiges Aufsehen gesorgt. Im Rahmen der Vertreterversammlungen (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) traten sie mit klaren Positionen und deutlich vernehmbaren Meinungsäußerungen auf. Durch die gemeinsame Positionierung in der KBV-VV und insbesondere durch effektive Öffentlichkeitsarbeit ist es den FALKen gelungen, ihrer zentralen Forderung nach der Re-Regionalisierung der

Kompetenz zur Honorarverteilung und zur Honorarverhandlung Gehör zu verschaffen: Auf der Sonder-VV der KBV im Vorfeld des Deutschen Ärztetags Anfang Juni stellte der KBV-Vorstand Dr. Andreas Köhler ein neues Leitbild der KBV vor, in dem die Rückverlagerung von entscheidenden Honorarverhandlungskompetenzen an die Länder-KVen thematisiert wird.

Daneben waren auch die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) von Anfang an ein wichtiges Thema von FALK. Letztlich hat der lautstarke Protest der ärztlichen Basis, verstärkt unter anderem durch die politische und öffentlichkeitswirksame Arbeit der FALKen, dazu geführt, dass eine verbindliche Einführung der AKR nicht länger Bestandteil des geplanten GKV-Versorgungsgesetzes ist. Damit konnte FALK bereits wenige Wochen nach der Gründung der ärztlichen Basis auch auf Bundesebene wieder eine Stimme geben und wichtige politische Forderungen durchsetzen. Auch in Zukunft wollen die FALKen sich aktiv in gesundheitspolitische Diskussionen einbringen und die aktuellen Beratungen zum geplanten GKV-Versorgungsgesetz kritisch begleiten.

Kirsten Warweg (KVB)

MILLIONENPOKER: BAYERN WEHRT SICH

Bayern ist ein „Geberland“: im Rahmen des Steuersystems, des Länderfinanzausgleichs, des Gesundheitsfonds und auch im System der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Nachdem die bayerischen Ärzte schon in den letzten Jahren weit unterdurchschnittlich von den bundesweiten Honorarzuwächsen profitiert hatten, sollte in diesem Jahr eine erneute Umverteilung des ärztlichen Honorars zulasten Bayerns beschlossen werden. Im Schulterschluss mit der Politik hat sich die KVB dagegen – anscheinend erfolgreich – gewehrt.

Es war gedacht als die Fortsetzung der zentralen Verteilung von Honorarzuwächsen, unter der die bayerischen Praxen bereits im letzten Jahr zu leiden hatten: Rund ein Dutzend verschiedener Modelle zur sogenannten Konvergenz der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) waren in der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) diskutiert worden. Dabei wies jedes Modell unterschiedliche Berechnungswege und Ergebnisse aus. Nur eins hatten all diese Modelle zur neuerlichen Umverteilung von Honorarzuwächsen der Ärzte gemeinsam: Am Ende sollte Bayern zahlen.

Das vorgeschobene Ziel war, Umfang und Güte der ambulanten Versorgung bundesweit anzugleichen. Sich dabei jedoch am bundesdurchschnittlichen Mangel zu orientieren und in Kauf zu nehmen, gewachsene und bewährte Versorgungsstrukturen wie die in Bayern zu zerstören, war der falsche Weg. Die Bürger im Freistaat hätten nicht verstanden, warum sich das ambulante Versorgungsangebot für sie trotz stetig steigender Versicherungsbeiträge zusehends verschlechtert. Gleichzeitig hätte sich

die ambulante Versorgung in strukturschwachen Regionen Deutschlands nicht automatisch verbessert. Denn ohne strukturelle Veränderungen der regionalen Versorgungslandschaften, also ohne Ärztezuwachs in den heute weniger gut versorgten Regionen, hätte eine höhere Gesamtvergütung dort nur bedeutet, für die gleiche Leistung ein höheres Honorar zu zahlen – auf Kosten der bayerischen Ärzte.

Eine weitere bundesweite Umverteilung der Gelder hätte jedoch bestehende Versorgungsstrukturen in Bayern gefährdet. Darum hat sich die KVB massiv gegen diese Pläne gewehrt und gemeinsam mit den KVen aus Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern – der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK) – durch eine effektive Öffentlichkeitsarbeit der Intervention durch die Politik den Boden bereitet.

Politiker auf Landes- und Bundesebene, allen voran der CSU-Gesundheitsexperte Johannes Singhammer, haben sich in Berlin dafür stark gemacht, dass die geplante Konvergenz der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wie sie die KBV zunächst vorsah, nun nicht im neuen GKV-Versorgungsgesetz



**Bundestags-
abgeordneter
Johannes Sing-
hammer (CSU)
kämpft erfolg-
reich gegen
einen weiteren
Mittelabfluss
aus Bayern.**

umgesetzt werden soll. Stattdessen soll eine Re-Regionalisierung von Honorarverhandlungs- und -verteilungskompetenz gesetzlich verankert werden, ganz so, wie es die KVB in den letzten Wochen und Monaten immer wieder gefordert hat. Auf diese Weise erhalten Politiker, Krankenkassen und KVen wieder die Möglichkeit, Versorgung regional zu gestalten. Dank der Anstrengungen der KVB und dank des großen Einsatzes der bayerischen Gesundheitspolitiker scheint nun in Bayern der politisch-gesetzgeberische Rahmen für eine ambulante Versorgung auf höchstem Niveau gesetzt.

Kirsten Warweg (KVB)

AKTIV IN BERLIN FÜR DIE REGIONALISIERUNG

Auch in diesem Jahr verzeichnete der Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“ Mitte Mai in Berlin mit 8.000 Teilnehmern großes Interesse in der Fachwelt. An einem Stand präsentierte sich dabei erstmals öffentlich die Freie Allianz der Länder-KVen (FALK), zu der auch die KVB gehört.

Zum intensiven Gedankenaustausch trafen sich Gesundheitsexperten am KVB-Stand auf dem Hauptstadtkongress in Berlin.



Beim Hauptstadtkongress diskutierten unter anderem Ärzte, Klinikmanager, Unternehmer, Wissenschaftler und Vertreter von Politik und Verbänden über die aktuellen Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems. Annette Widmann-Mauz, parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, nannte den Kongress bei der Eröffnungsveranstaltung einen Pflichttermin für Gesundheitspolitiker: „Um gute Lösungen für die anstehenden Probleme zu finden, brauchen wir den Dialog mit allen Beteiligten des Gesundheitswesens, und dafür ist auch dieser Kongress ein wichtiges Forum.“

Die KVB nutzte dieses Forum und war im dritten Jahr in Folge wieder mit einem eigenen Stand vertreten. Gemeinsam präsentierte sich die

KVB dabei mit den KVen aus Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern. Die vier bilden die Freie Allianz der Länder-KVen, kurz: FALK. Mit Statements, Vorträgen und in intensiven Gesprächen mit Politikern und Journalisten machten die drei Vorstände der KVB auf das neue Bündnis aufmerksam und erläuterten dessen Ziele und Positionen.

Höhepunkt war dabei eine Vortragsveranstaltung in der Lounge des Bundesverbands Managed Care am zweiten Tag des Kongresses. Im Rahmen mehrerer Vorträge fanden die drei KVB-Vorstände sowie die Vorstandsvorsitzenden der KVen Baden-Württembergs und Hessens, Dr. Norbert Metke und Frank-Rüdiger Zimmeck, klare Worte zu den Kernthemen „Honorargerechtigkeit“, „Ambulante Kodierrichtlinien“ so-

wie „Spezialärztliche Versorgung“ und erläuterten, warum eine Regionalisierung im KV-System dringend notwendig ist.

Der KVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Krombholz warb in seinem Vortrag für die Verlagerung der Entscheidungskompetenz auf die Länderebene. „Honorargerechtigkeit bedeutet, die jeweils vor Ort erbrachten Leistungen angemessen zu vergüten“, so Krombholz. Der erste stellvertretende KVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Pedro Schmelz stellte die Auswirkungen des geplanten GKV-Versorgungsgesetzes dar. Im Hinblick auf das Vergütungssystem, die Bedarfsplanung und die Maßnahmen gegen die drohende Unterversorgung konstatierte Schmelz „einige brauchbare Ansätze“ im Gesetz. Mit der regionalen Steuerung der Versorgung befasste sich Dr. Ilka Enger, zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVB. Sie gab einen Überblick über die aktuelle Situation der Bedarfsplanung und die damit verbundenen Probleme und warb für eine stärkere Regionalisierung, denn: „Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgeschlagenen, zentralistischen Lösungsansätze werden unseren Problemen in Bayern nicht gerecht“, so Enger.

*Friederike Kalle,
Martin Eulitz (beide KVB)*

SCHWIERIGES VERHÄLTNISS

Im Kleinen gut, im Großen schwierig – auf diese Kurzform lässt sich das Verhältnis zwischen dem ambulanten und stationären Sektor bringen. Dies wird auch in der aktuellen Diskussion um die spezialärztliche Versorgung deutlich, wie sie unter anderem im Rahmen des BKG-Forums 2011 geführt wurde.



Der Bayerische Gesundheitsminister Dr. Markus Söder erläuterte das geplante Versorgungsgesetz.



Für Dr. Ilka Enger, die zweite stellvertretende KVB-Vorstandsvorsitzende, ist eine Partnerschaft zwischen den Sektoren ohne Gleichgewicht der Kräfte nicht möglich.



Franz Stumpf, Vorsitzender der Bayerischen Krankenhausesgesellschaft, wies Vorwürfe zurück, die Krankenhäuser wollten die ambulante Versorgung an sich reißen.

Zum BKG-Forum hatte die Bayerische Krankenhausesgesellschaft (BKG) Ende Mai namhafte Referenten nach München eingeladen. Am Vormittag debattierten Annette Widmann-Mauz, Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, und Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder über die Implikationen des geplanten GKV-Versorgungsgesetzes.

Am Nachmittag ging es um die geliebte Praxis der medizinischen Versorgung. In diesem Zusammenhang stellte der Kulmbacher Augenarzt Dr. Gernot Petzold das Modell eines von niedergelassenen Ärzten und der Klinik Kulmbach gemeinsam betriebenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) vor. „Koope-ration ist für uns nicht nur eine Absichtserklärung, sondern ein betriebswirtschaftliches Muss“, so Petzold. Das bestätigte auch der Vorstandsvorsitzende der Hassberg-Kliniken, Stephan Kolck, der die vernetzte Versorgung in seiner Region darstellte. „Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten hätte bei uns niemals überleben können, wenn wir ein MVZ gegen die Meinung und den Willen der Haus- und Fachärzte vor Ort gemacht hätten.“ Man ist zur Zusammenarbeit also geradezu verdammt.

Persönlicher Kontakt ist besonders wichtig

Wohl auch deshalb bemühte sich der Vorsitzende der BKG, Franz

Stumpf, darum, bestehende Vorbehalte abzubauen. „Die Krankenhäuser streben nicht an, die ambulante Versorgung an sich zu reißen“, so Stumpf. In Zeiten chronischer Mittelknappheit und einem sich abzeichnenden Ärztemangel werde es noch wichtiger, sich zusammenzurufen. Wichtig sei dabei der persönliche Kontakt, betonte der BKG-Vorsitzende. Denn: „Man redet sich zusammen und schreibt sich auseinander.“

Existenzielle Bedrohung?

Das bestätigte auch Dr. Ilka Enger, die als Vorstandsmitglied der KVB ein Referat hielt. Sie verwies darauf, dass eine ideale Partnerschaft Vertrauen und ein Gleichgewicht der Kräfte benötige. Nicht zuletzt aufgrund der Folgen der Honorarreform 2009 fühlten sich viele bayerische Fachärzte existenziell bedroht. Zusätzliche Konkurrenz durch Expansionspläne gerade von privaten Klinikbetreibern könnten dabei leicht das Fass zum Überlaufen bringen. Bei diesem BKG-Forum blieb die Stimmung jedoch erst einmal in geordnetem Rahmen. Statt Misstönen gab es ganz zum Schluß noch ein Lob für alle Beteiligten von dem oberfränkischen Hausarzt Ulrich Voit: „Seit vielen Jahren erlebe ich in der Praxis eine Zunahme von Problemen verschiedenster Art. Die Fallbeispiele heute geben mir Hoffnung: da wächst etwas, das nach Regionalisierung klingt.“

Martin Eulitz (KVB)

SPEZIALÄRZTLICHE VERSORGUNG: NACHBESSERUNG GEFORDERT

Die im Rahmen des Referentenentwurfs zum GKV-Versorgungsgesetz geplante Einführung einer spezialärztlichen Versorgungsebene wird derzeit kontrovers diskutiert. Dies zeigte sich auch im Gespräch zwischen den KVB-Vorstandsmitgliedern Dr. Pedro Schmelz und Dr. Ilka Enger mit rund 30 Vertretern fachärztlicher Berufsverbände Ende Mai in München.

Am Ende der Diskussion stand das einstimmige Votum, dass die Einführung einer spezialärztlichen Versorgungsebene so, wie sie aktuell vom Gesetzgeber vorgesehen ist, die niedergelassenen Fachärzte existenziell gefährdet und daher in dieser Form nicht umgesetzt werden darf.

Ein schwerwiegender Kritikpunkt: In der spezialärztlichen Versorgung ist keine arztbezogene Qualitätssicherung vorgesehen. Während niedergelassene Ärzte dem sogenannten Facharztstandard mit hohen Qualifikationsanforderungen verpflichtet sind, könnte die gleiche spezialärztliche Leistung nach jetzigem Stand im Krankenhaus auch von einem Assistenzarzt erbracht werden.

Auch die geplante Form der Honorierung der Leistungen in der spezialärztlichen Versorgung birgt Zündstoff: Dass Kliniken Geräte nutzen, die aus öffentlicher Hand finanziert werden, während Ärzte in eigener Praxis ihre Investitionen selbst erwirtschaften müssen, sei mit einem Investitionskostenabschlag von nur fünf Prozent bei Kliniken nicht angemessen berücksichtigt. Ebenso müssten die Niedergelassenen eine Reduzierung der für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Gelder in Höhe der spezialärztlich erbrachten

Leistungen hinnehmen, während im stationären Sektor keine solche Bereinigung vorgesehen sei.

Auch zum Wohle der Patienten, müsse der Entwurf überarbeitet werden. Diese könnten sich nicht darauf verlassen, dass eine umfassende spezialärztliche Versorgung wirklich verfügbar sei. Die im Referentenentwurf enthaltenen Maß-

nahmen könnten dazu führen, dass in bestimmten Regionen gar keine spezialärztlichen Leistungen angeboten werden, weil sie möglicherweise nicht lukrativ genug erscheinen. Deshalb war die einhellige Meinung, dass die Einführung einer spezialärztlichen Versorgung in der aktuell geplanten Form verhindert werden muss.

Redaktion

Was sagen Bayerns Ärzte zur spezialärztlichen Versorgung?

„Chronisch Kranken, zum Beispiel schwer Depressiven, ist eine weite Anfahrt zum Arzt nicht zuzumuten. Sie brauchen eine wohnortnahe, zeitintensive Betreuung. Diese Patienten würden auf der Strecke bleiben.“

Klaus Gollwitzer,

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

„Ich vermisse die gleich langen Spieße. Es ist keine Struktur mehr dahinter, die irgendetwas steuert.“

Dr. Hans-Jürgen Romahn,

Facharzt für Radiologie

„Für einige Ärzte mag die spezialärztliche Versorgung eine Chance sein, aber eben nicht für alle.“

Dr. Bernhard Junge-Hülsing,

Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

„Wenn Leistungen Teil der spezialärztlichen Versorgung sind, gibt es dafür keinen Sicherstellungsauftrag mehr. Wer sorgt dann dafür, dass die Patienten, die diese Leistung nötig haben, sie auch bekommen?“

Dr. Steffen Gass,

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

„PLANUNGSSICHERHEIT UND EINE ANGEMESSENE VERGÜTUNG SIND DAS A UND O“

Die zukünftige Gesundheitsversorgung macht neue Planungen, Zuständigkeiten und Kooperationen der Akteure erforderlich. Der demographische Wandel, die daraus resultierenden Entwicklungen und die damit einhergehenden regionalen Unterschiede rücken vor allem die örtliche Planung für eine integrierte und am Wohl der Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt.

Die Arbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“ des Bündnisses für Familie im Landkreis Ansbach lud Ende Mai zum Gedankenaustausch ins Kulturzentrum der Stadt ein. Unter dem Titel „Gesundheitsversorgung in Stadt und Landkreis Ansbach: An welchen Weichen muss gestellt werden?“ diskutierten Experten mit Bürgern und Politikern über die medizinische Versorgung vor Ort. Die hausärztliche Situation stellte Dr. Hans-Erich Singer, Allgemeinarzt und Regionaler Vorstandsbeauftragter der KVB, dar. KVB FORUM hat sich mit ihm unterhalten.

Herr Dr. Singer, das Thema Ärztemangel auf dem Land ist in aller Munde. Wie sieht es derzeit im Planungsbereich Stadt und Landkreis Ansbach aus?

Obwohl bei den meisten Fachgruppen mit einem Versorgungsgrad von über 110 Prozent noch eine gute Versorgung herrscht, trägt bei den Hausärzten der Planungsbereich Stadt und Landkreis Ansbach mit einem Versorgungsgrad von nur 94 Prozent mit Abstand die „rote Laterne“ in Mittelfranken.

Oft liegt es ja an den sogenannten „weichen“ Faktoren, dass

junge Ärzte sich für oder gegen eine Niederlassung außerhalb größerer Städte entscheiden. Wie können Gemeinden ihre Attraktivität erhöhen?

Wichtig sind in erster Linie Arbeitsmöglichkeiten für den Arztpartner und Infrastrukturangebote für Kinder wie Krippen- und Kindergartenplätze sowie Schulen in zumutbarer Entfernung. Praxisräume mit günstigen Mieten und ausreichend Parkplätzen sind weitere Pfunde, mit denen eine Gemeinde wuchern kann. Und natürlich ist auch ein schneller Internetzugang über DSL heutzutage keineswegs ein Luxus mehr, sondern sollte selbstverständlich sein.

Vieles liegt auch an den politischen Rahmenbedingungen. Ein neues Gesetz soll jetzt Verbesserungen bringen. Reicht das Ihrer Meinung nach aus?

Die zwei wichtigsten Bedingungen, die von jungen Kollegen immer wieder für eine Niederlassung angeführt werden, sind zum einen Planungssicherheit und zum anderen eine angemessene Vergütung der ärztlichen Tätigkeit. Wenn das Versorgungsgesetz in diesen Bereichen Verbesserungen bringt, wäre das



Dr. Hans-Erich Singer praktiziert seit 19 Jahren im Landkreis Ansbach.

ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

Noch eine persönliche Frage zum Schluss. Haben Sie es je bereut, auf dem „flachen Land“ zu praktizieren?

Nein, niemals! Meine Kinder sind in einem sicheren und angenehmen Umfeld groß geworden. Wenn wir „raus in die Natur“ wollen, brauchen wir nur durchs Gartentürchen gehen. Die größere Nähe zu den Patienten – mit allen Vor- und Nachteilen – kann man auf einer fairen Basis für alle Beteiligten gut in Einklang mit dem Privatleben bringen.

Herr Dr. Singer, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Markus Kreikle (KVB)

DEN KOLLEGEN VOR ORT EINE STIMME GEBEN

Bereits seit Anfang des Jahres setzt der Vorstand der KVB auf die Unterstützung der Regionalen Vorstandsbeauftragten (RVB), die die Interessen der niedergelassenen Kollegen in den Bezirken effektiv an die Führungsebene herantragen sollen. Die RVBs beraten die Vorstandsmitglieder und gestalten so die ambulante medizinische Versorgung in Bayern mit. Was sich die oberbayerischen und Münchner „Botschafter der Regionen“ vorgenommen haben, lesen Sie im letzten Teil dieser Serie.

Oberbayern

Als Regionale Vorstandsbeauftragte der KVB für Oberbayern hat der Vorstand Dr. Bernhard Kofler und Dr. Matthias Graf berufen.

Dr. Bernhard Kofler



„Ich bin RVB geworden, weil ...

eine neue Kultur der Zusammenarbeit zwischen dem Bayerischen Hausärzterverband (BHÄV) und der KVB ein spannendes Unternehmen ist.“

Dr. Bernhard Kofler ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und seit 1988 in Rosenheim in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen. Er engagiert sich als Bezirksvorsitzender des BHÄV für

Oberbayern und Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer. Seit 2011 ist er außerdem Mitglied der Vertreterversammlung der KVB. Der 61-Jährige ist verheiratet und hat drei erwachsene Kinder. Sein außergewöhnliches Hobby gilt dem Islandpferdereiten. Nicht nur dafür eignet sich sein Lebensmotto „In der Ruhe liegt die Kraft“.

Dr. Matthias Graf

Der 52-jährige Facharzt für Orthopädie mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie, Sportmedizin, Physikalische Therapie, Chirotherapie ist seit 1990 in Freising in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen. Seit zehn Jahren ist er Landesvorsitzender des Berufsverbands der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie in Bayern und seit 2004 Mitglied der Vertreterversammlung der KVB und Vorsitzender der Kommission Schmerztherapie. Dr. Graf ist verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder und verbringt seine Freizeit gerne auf der Jagd, beim Golfspielen und Ski fahren. Sein Gerechtigkeitsgefühl schlägt sich in seinem Lebensmotto nieder: „Audiatur et altera pars“.



„Ich bin RVB geworden, weil ...

ich in der KVB etwas verändern möchte.“

München Stadt und Land

Die KVB-Mitglieder der Landeshauptstadt und des Landkreises München können sich vertrauensvoll mit ihren Anliegen an die Regionalen Vorstandsbeauftragten Dr. Christoph Graßl und Dr. Josef Pilz wenden.

Dr. Josef Pilz

Der 48-jährige Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Zusatzbezeichnung Allergologie, Phlebologie, Umweltmedizin ist seit 1996 in München niedergelassen. Er engagiert sich seit 1995 als Delegierter des ÄKBV und der



„Ich bin RVB geworden, weil ...

- *ich eine Spaltung der Ärzteschaft in Haus- und Fachärzte ablehne,*
- *ich ein entschiedener Gegner der Zentralisierung und Umverteilung bin,*
- *ich in der Kostenerstattung als Wahlmöglichkeit auch für den Arzt eine Zukunftsoption für die fachärztliche Versorgungsebene sehe, damit GKV-Patienten nicht weiter von dem medizinischen Fortschritt abgehängt werden.“*

Bayerischen Landesärztekammer, seit 1999 auch als Delegierter des Deutschen Ärztetags. Er war Listenführer von MEDI-München und ist stellvertretender Bezirksvorsitzender des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen in München. Er möchte sich vor allem für die spezifischen Belange der Münchner Vertragsärzte einsetzen und den Arztberuf für künftige Generationen als freien Beruf erhalten.

Dr. Pilz ist verheiratet und hat einen Sohn. Seine Freizeit verbringt er sportlich mit Tennis, Golfen und Ski fahren. Sein Lebensmotto lautet: „Leben und leben lassen.“

Dr. Christoph Graßl

Der 64-jährige Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin, Sportmedi-

zin, Naturheilverfahren, Homöopathie ist seit 1984 in München in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen. Seit gut 20 Jahren engagiert er sich standespolitisch, damit die Stellung und das Berufsbild des Hausarztes von Politik, Kassen und KVen richtig und der Leistung entsprechend eingeschätzt werden. Er war als ärztlicher Vertreter im Prüfungs- und Beschwerdeausschuss sowie KV-Delegierter. Seit etwa zehn Jahren ist er auch Delegierter im ÄKBV, im Bayerischen und Deutschen Ärztetag. Im Bayerischen Hausärzterverband war er Fortbildungsbeauftragter im Vorstand und ist seit fünf Jahren Bezirksvorsitzender von München. Dr. Graßl ist verheiratet und hat drei Töchter. In seiner Freizeit verreist er gerne, spielt Tennis oder segelt auf dem Starnberger See. Sein Lebensmotto lautet: „Bei aller Erfahrung offen und neugierig bleiben.“



„Ich bin RVB geworden, weil ...

- *im Flächenstaat Bayern mit Landarzt Dominanz die spezielle Münchner Hausarztposition berücksichtigt werden muss,*
- *die KV als Service- und Anlaufstelle für die Kollegen da sein muss und für die unterschiedlichen Münchner Praxisstrukturen individuelle Lösungen finden soll,*
- *es mir sehr wichtig ist, besonders den Münchner Bezirk des Bayerischen Hausärzterverbands in meine Arbeit einzubinden.“*



HYGIENEMANAGEMENT: INJEKTIONEN UND PUNKTIONEN

Injektionen und Punktionen sind die häufigsten invasiven Eingriffe im medizinischen Alltag. Aber auch bei diesen hygienisch scheinbar banalen Maßnahmen besteht das Risiko für eine lebensbedrohende nosokomiale Infektion des Patienten: durch Erreger der eigenen Haut- und Schleimhautflora, durch Erreger aus dem unbelebten Umfeld des Patienten oder auch aus der mikrobiellen Flora des medizinischen Personals in der Arztpraxis.

Die Schleimhautflora im Nasen-Rachen-Raum und damit auch die oberflächliche Hautflora umfasst nicht selten fakultativ pathogene Erreger. So sind 20 bis 40 Prozent der Erwachsenen im Nasenvorhof mit *Staphylococcus aureus* und bis zu 20 Prozent im Oropharynx mit *Streptococcus pyogenes*, den klassischen



Eiter- und Entzündungserregern, asymptomatisch besiedelt. Die Trägerrate kann bei gesunden Kindern insbesondere in den Wintermonaten noch höher liegen. Wenn einfache Hygienemaßnahmen, wie die hygienische Händedesinfektion des Arztes oder des Assistenzpersonals und die sorgfältige Hautdesinfektion beim Patienten, vor einer Injektion oder Punktion nicht oder nachlässig durchgeführt werden, kann es zur lokalen oder systemischen Infektion und dabei auch zu fatalen Verläufen kommen (siehe auch: Bader et al. 2005, MMW - Fortschr Med 147: 48-52). Nachfolgend sind die wichtigsten Präventionsmaßnahmen dargestellt, die es auch in der Arztpraxis immer zu beachten gilt.

Hygienische Händedesinfektion

Vor allen Tätigkeiten mit dem Risiko einer Erregerübertragung ist eine korrekte hygienische Händedesinfektion mit alkoholischem Präparat durchzuführen: 30 Sekunden, vollständige Benetzung der Hände insbesondere an allen Fingerkuppen und Nagelfalzen (siehe auch PROFUND 12/2010). Die hygienische Händedesinfektion ist erforderlich vor jeder invasiven Maßnahme, also auch vor jeder Injektion, unabhängig davon, ob Handschuhe getragen werden oder nicht. Und sie ist erforderlich bereits vor dem Aufziehen der Arzneimittellösung und der Entnahme der benötigten Kanüle und Injektionsspritze aus der Sterilverpackung.

Aseptische Vorbereitung

Sterilartikel dürfen nicht in „unreinen“ Bereichen (zum Beispiel in der Nähe eines Waschbeckens) gelagert werden. Vor der aseptischen Vorbereitung einer Injektion oder Punktion ist die Arbeitsfläche zu desinfizieren. Um Kontaminationen zu vermeiden, sind Spritzen und Kanülen aus den Sterilverpackungen über die Aufreißfalze zwischen Papier und Folie zu entnehmen. Das Aufziehen der vorgesehenen Injektionslösung muss unmittelbar

vor der Applikation am Patienten erfolgen, eine längerfristige Vorbereitung ist nicht zulässig. Besondere Sorgfalt ist beim Aufziehen von mehreren Lösungen in eine Injektionsspritze geboten. Aufziehkanülen dürfen nicht bei der Injektion selbst verwendet werden.

Hautdesinfektion

Vor jeder Injektion und Punktion ist eine sorgfältige Hautdesinfektion an der vorgesehenen Einstichstelle durchzuführen. Die Wahl des Desinfektionspräparates, die Art des Aufbringens und die erforderliche Einwirkzeit richten sich nach dem Infektionsrisiko der Maßnahme und der quantitativ unterschiedlichen physiologischen Keimbelastung der jeweiligen Hautregion (liegt zwischen $10^3/\text{cm}^2$ beispielsweise am Handrücken und $10^6/\text{cm}^2$ beispielsweise an der Lumbalpunktionsstelle). Ziel der Hautdesinfektion ist eine maximale Reduktion der residenten („tiefen“) und vor allem der transienten („oberflächlichen“) Hautflora vor dem Kanüleneinstich. Dabei werden als Wirkstoffe die schnell wirkenden Alkohole und PVP-Jod oder Kombinationen aus Alkohol und PVP-Jod beziehungsweise aus Alkohol und Octenidin in der Regel als Fertigpräparate eingesetzt, die in der

gültigen „VAH-Liste“ (Verbund für Angewandte Hygiene e. V., www.vah-online.de) der auf Wirksamkeit geprüften, zertifizierten Desinfektionsmittel bei „Hautantiseptik/ Hautdesinfektion“ aufgeführt sind. Für die korrekte Hautdesinfektion ist eine ausreichende Menge aufzubringen und die Einwirkzeit des Desinfektionsmittels einzuhalten. Für die Einwirkzeit wird empfohlen:

- 15 Sekunden: vor der Blutabnahme und der subkutanen oder intravenösen Injektion
- 30 Sekunden: vor der intramuskulären (insbesondere intraglutale) Injektion und vor der Anlage eines peripheren Venenzugangs
- 1 Minute: vor der Anlage eines zentralen Venenzugangs oder der Punktion eines implantierten Gefäßkathetersystems (zum Beispiel Port) und vor Punktion von Körperhöhlen (zum Beispiel Thoraxdrainage) und Hohlorganen (zum Beispiel Lumbalpunktion)

- 3 Minuten: vor der Gelenkpunktion (Infektionsrisiko bei intraartikulären Injektionen!)

Applikation des Desinfektionsmittels

Generell muss vor beziehungsweise bei der Hautdesinfektion das Hautareal auch gesäubert werden, das heißt, Verunreinigungen und Hautschuppen sind durch Reiben zu beseitigen. Durch das Wischen beim Verteilen des Desinfektionsmittels (zum Beispiel Fertigtupfer, Verreiben eines Sprühpräparates) wird auch eine gegebene Hautbelastung mit bakteriellen Sporen mechanisch entfernt (alle Alkohole sind unwirksam gegen Sporen von beispielsweise clostridialen Gasbranderregern). Keine Injektion oder Punktion an einer stark behaarten, verletzten, krankhaft veränderten oder infizierten Hautstelle vornehmen! Beim Aufbringen des Desinfektionsmittels ist zu beachten:

- vor Injektionen: Sprühen – Wischen – Sprühen, Verwendung von **sterilisiertem** Tupfer (zum



Beispiel Zellstofftupfer, Staubschutz und Desinfektion am Rollenhalter beachten)

- vor Punktionen: Präparat satt auftragen (eventuell mehrmals), Wischrichtung zentrifugal, nur **sterile** Tupfer (das heißt steril verpackte sterilisierte Tupfer), aseptisches Vorgehen

Vor dem Kanüleneinstich muss das aufgebrauchte Desinfektionsmittel vollständig verdunstet beziehungsweise eingezogen sein. Eine vorgezeichnete Einstichstelle darf nach der Hautdesinfektion nicht mehr berührt werden (vor einer Punktion nur noch, nachdem sterile Handschuhe angelegt worden sind). Nach einer Injektion oder Punktion ist die Einstichstelle aseptisch mit einem geeigneten Verband zu bedecken.

Weitere Informationen finden Sie in den bisher erschienenen Artikeln zum Hygienemanagement und unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte/Dokumente*. Dort ist auch der zitierte Fachbeitrag aus *MMW – Fortschritte der Medizin* eingestellt.

Dr. Lutz Bader (KVB)

„MRSA positiv!“ – Informationsveranstaltung für die Praxis

Der Anstieg von MRSA in Deutschland ist dramatisch. Patienten, die mit MRSA besiedelt sind, aber keine Infektion aufweisen, werden aus dem Krankenhaus in die ambulante oder häusliche Betreuung entlassen, um dort weiterversorgt zu werden. Zu diesem Thema findet am **Freitag, 23. September 2011, von 15.00 bis 19.00 Uhr** in der KVB, Elsenheimerstraße 39, 80687 München, eine Informationsveranstaltung statt, die den richtigen Umgang mit MRSA-Patienten im ambulanten Tätigkeitsfeld veranschaulicht.

Kernthemen sind allgemeine Grundlagen und Übertragungswege, Umgang mit MRSA im Allgemeinen und in speziellen Situationen sowie die Abrechnungsmodalitäten. Die Teilnahme an der Informationsveranstaltung mit Diskussionsmöglichkeit ist kostenfrei.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 22 oder – 3 26
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 4 00
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

PROFESSIONELLE HILFE FÜR DIE SEELE

Ein Ziel des DMP Brustkrebs ist die Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Frauen. Neben der medizinischen Versorgung darf auch die psychologische Betreuung nicht zu kurz kommen. Nach anfänglichen Defiziten scheint nun die Aufklärungsarbeit in den Praxen Früchte zu tragen.

Um die psychischen Auswirkungen der Krebserkrankung zu lindern, sollen Patientinnen im Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs psychologische Hilfestellung erhalten.



Bei der Entscheidung, ob dies im Einzelfall notwendig ist, hilft dem koordinierenden Arzt der sogenannte „HADS-Test“ (Hospital Anxiety and Depression Scale), ein einfaches Eingangsscreening-Instrument zur Erhebung des Ausmaßes der psychischen Belastung. Übersteigt der hierbei ermittelte Punktwert eine bestimmte Marke, sollte der behandelnde Arzt der Patientin die Angebote zur psychoonkologischen Unterstützung im DMP vor-

stellen und auf die mögliche positive Wirkung hinweisen. Dieser zusätzliche Aufwand wird dem koordinierenden Arzt vergütet.

Leistungen zu selten in Anspruch genommen

Geht man davon aus, dass etwa 30 Prozent aller Brustkrebspatientinnen psychologische Hilfe benötigen, wurden diese DMP-Leistungen in der Vergangenheit in Bayern viel zu selten in Anspruch genommen. Viele behandelnde Ärzte haben die Erfahrung gemacht, dass Frauen mit Brustkrebs ihrer Umgebung häufig nicht zur Last fallen wollen und daher auf den ersten Blick nicht behandlungsbedürftig wirken. Um die Akzeptanz der psychoonkologischen Versorgung im DMP Brustkrebs zu erhöhen, schien es deshalb notwendig, Hemmschwellen bei Patientinnen abzu-

bauen und Ärzte und Psychologen besser über das Angebot zu informieren.

Zu diesem Zweck hat die KVB Anfang März letzten Jahres diverse Maßnahmen gestartet:

- Alle koordinierenden Ärzte wurden angeschrieben und erhielten ausführliche Informationen zum HADS-Test.
- Im KVB-Mitgliedermagazin PROFUND 3/2010 erschien ein Artikel des Psychologen Werner Scholz zum Thema „Psychoonkologie im DMP Brustkrebs“.
- Es wurde ein Flyer erstellt, mit dessen Hilfe koordinierende Ärzte ihre Patientinnen über die psychoonkologischen Leistungen im DMP und deren Nutzen informieren können.

Anzahl der koordinierenden Ärzte, die HADS abgerechnet haben

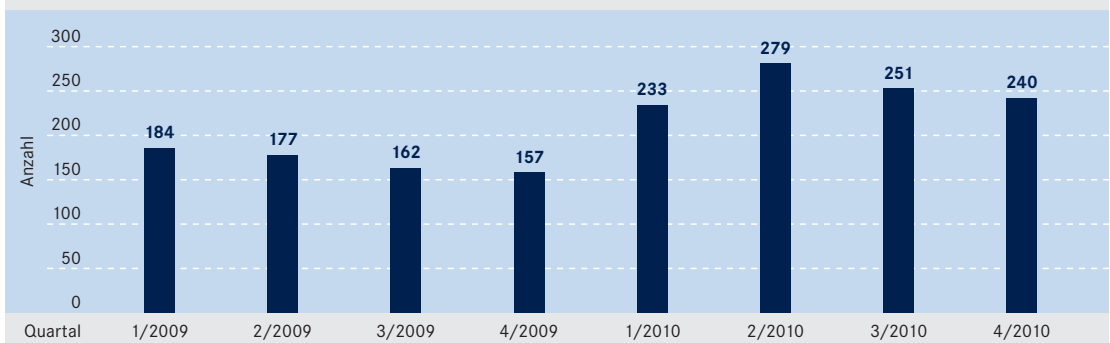


Abbildung 1

Quelle: KVB

- Die teilnehmenden Psychologen wurden über die Maßnahmen informiert.
- Zugleich wurde mit der Bayerischen Psychotherapeutenkammer vereinbart, dass diese spezielle Fortbildungen zur Psychoonkologie anbietet.

Hat sich die Situation verbessert?

Tatsächlich stieg noch im ersten Quartal 2010 die Anzahl der koordinierenden Ärzte, die den HADS-Test bei ihren Patientinnen einsetzen, deutlich an und blieb das ganze Jahr über den Werten des Vorjahres (siehe Abbildung 1). Insgesamt stieg im Vergleich zu 2009 die Menge der abgerechneten HADS-Tests in 2010 um mehr als ein Drittel. So wurden für die 17.000 Patientinnen im DMP Brustkrebs immerhin 8.427 Tests zur Erhebung ihrer psychischen Belastung durchgeführt.

Auch die Überweisung von Patientinnen mit Problemen zur psychologischen Behandlung fand offenbar öfter statt, denn von den teilnehmenden Psychologen wurden 2010 ebenfalls vermehrt DMP-Leistungen abgerechnet. Besonders deutlich ist, mit einem Zuwachs von 250 Prozent im Vergleich zum Vorjahr, die Zahl der abgerechneten



Den koordinierenden Ärzten im DMP Brustkrebs hilft ein Test, um das Ausmaß der psychischen Belastung zu bestimmen.

psychoonkologischen Einzelsitzungen angestiegen, allerdings auf sehr niedriger Basis (siehe Abbildung 2).

Die Informationskampagne der KVB hat also Wirkung gezeigt und dazu beigetragen, dass mehr betroffene Patientinnen im DMP Brustkrebs

die notwendige psychologische Unterstützung erhalten. Damit sich dieser Trend fortsetzt, denken Sie bitte daran, jeder Patientin im DMP Brustkrebs mindestens einmal jährlich den HADS-Test anzubieten.

Sabine Wagner (KVB)

Psychoonkologische Leistungen im DMP Brustkrebs

- Das Screening mit dem HADS-Test (Abrechnungsnummer 92679A) wird mit 14,50 Euro vergütet.
- Die HADS-Fragebögen können bei der Testzentrale Göttingen bestellt werden: www.testzentrale.de, Telefon 05 51 / 5 06 88 – 14
- Den Patientenflyer „Unterstützung für die Seele“ zu den psychoonkologischen Angeboten im DMP können koordinierende Ärzte kostenlos per E-Mail an info-dmp@kvb.de bestellen.
- Eine Übersicht über die psychoonkologischen Leistungen im DMP Brustkrebs findet sich unter www.kvb.de/dmp in der Rubrik *DMP Brustkrebs*.

Anzahl der abgerechneten psychoonkologischen Einzelsitzungen

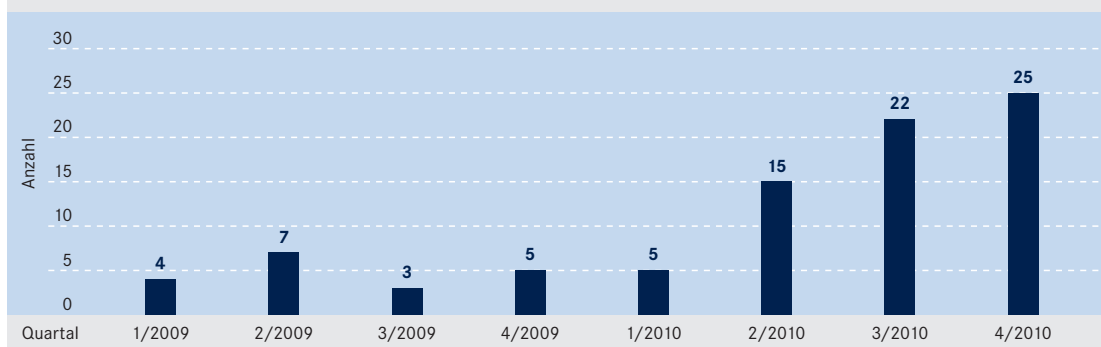


Abbildung 2

Quelle: KVB



„ALS WENN EINEM JEMAND DIE AUGENDECKEL RUNTERZIEHT“

Wiltrud Seggert ist eine von zirka 40.000 Betroffenen, die in Deutschland an der neurologischen Krankheit Narkolepsie leiden. Die ersten Symptome treten meist in der Jugend auf. Doch auch Kinder können bereits von dieser Schlaf-Wach-Störung betroffen sein. Wiltrud Seggert hat Pech: Ihre Erkrankung wird erst im Alter von 52 Jahren diagnostiziert. Bis dahin führt sie ein Leben im Schlafmodus.



Steht Betroffenen mit Rat und Tat zu Seite: Wiltrud Seggert ist unter der Telefonnummer 0 89 / 7 69 19 92 und per E-Mail an wseggert@gmx.de zu erreichen.

Schon als Teenager ist Wiltrud Seggert ständig müde. In der Schule nickt sie während des Unterrichts regelmäßig ein, verschläft Verabredungen und auch am Telefon fällt es ihr schwer, wach zu bleiben. „Ich galt als notorische Schlafmütze, aber ich hatte das Talent, die ganze Sache durch meinen Humor herunterzuspielen.“ Ihr Umfeld nimmt sie schließlich, wie sie ist. Das liegt auch daran, dass Wiltrud Seggert schon frühzeitig Strategien entwickelt, mit denen sie ihr ständiges Einschlafen einigermaßen kontrollieren kann. „Egal, wo ich mich aufhielt, ich war praktisch immer auf der Suche nach einem möglichen Rückzugsort, an dem ich fünf Minuten schlafen konnte.“ In den meisten Fällen war das die Toilette. Wenn Wiltrud Seggert merkte, dass gleich wieder „dieser Mann kommt, der ihr die Augendeckel runterzieht“, versuchte sie, sich

frühzeitig dorthin zurückzuziehen, um einem Einschlafen in der Öffentlichkeit vorzubeugen.

Die inzwischen 66-Jährige beschreibt, wie sie auf diese Weise ihr Familienleben mit zwei kleinen Söhnen und ihre Ausbildung zur Kinderkrankenschwester gemeistert hat. „Ich war extrem fleißig und gut in meinem Job, das wurde von meinen Kollegen und Vorgesetzten immer anerkannt. Nur manchmal hab ich halt geschlafen, was ich auf den stressigen 12-Stunden-Tag und die Nachtschichten geschoben habe.“

Symptome nicht erkannt

Dass es sich bei ihren Symptomen um eine Krankheit handelt, ist Wiltrud Seggert all die Jahre nicht bewusst. Weder in ihrem Krankenhausumfeld, in dem sie über 30 Jahre lang tätig ist, noch von ihrer

Hausärztin, an die sie sich immer wieder Hilfe suchend wendet, werden die Zeichen richtig gedeutet. Und so „mogelt“ sich Wiltrud Seggert im Schlafmodus durch ihren Alltag. Dabei hat sie noch Glück im Unglück: Zwar leidet sie neben den Einschlafattacken auch an der ebenso unangenehmen Schlaf lähmung, aber immerhin nicht an den von den Betroffenen so gefürchteten Kataplexien. Dabei kommt es für einige Sekunden zur völligen Erschlaffung der kompletten Körpermuskulatur – meist ausgelöst durch starke Emotionen wie Freude, Ärger oder Überraschung. Die Betroffenen kippen vom Stuhl oder fallen plötzlich hin. Das Verletzungsrisiko bei einem solchen Anfall ist hoch. Mit der richtigen medikamentösen Therapie können Kataplexien heute gut behandelt werden. Ein weiteres Symptom der Narkolepsie ist die Schlaf lähmung. „Ich habe immer geglaubt, diese



Lähmungserscheinungen im Schlaf-Wach-Zustand hat jeder.“

„Das ist meine Geschichte“

Bis zu jenem Abend im Jahre 1997: Wiltrud Seggert sitzt vor dem Fernseher. Eine junge Frau berichtet in einer Reportage über ihre täglichen Schlafattacken. Die beschriebenen Symptome kommen der damals 52-Jährigen mehr als bekannt vor. „Ich war fassungslos. Das war meine Geschichte. Und das Ganze war offensichtlich eine Krankheit, die sogar einen Namen hatte.“ Am Ende der Sendung wird die Adresse einer Selbsthilfegruppe eingeblendet. Gleich am nächsten Tag setzt sich Wiltrud Seggert mit ihr in Verbindung und bittet um Zusendung von Informationsunterlagen. Kurz darauf erhält sie ein Faltblatt: Sie erfährt, dass Narkolepsie eine organische Krankheit ist, also eine körperliche Ursache hat und nicht psychisch bedingt ist. Und dass Narkoleptiker im Gehirn zu wenig Hypocretin produzieren, was zu häufigem Wechsel von Schlafen und Wachen am Tag und in der Nacht sowie zu Kataplexien führt. Sie erfährt auch, dass diese Krankheit nicht heilbar ist, sich im Alter eher verstärkt, aber sich durch die Einnahme bestimmter Medikamente eine deutliche Besserung erzielen lässt.

Am nächsten Tag sitzt Wiltrud Seggert mit ihrem Faltblatt bei

ihrer Hausärztin. Sie legt ihr das Blatt auf den Tisch und bricht in Tränen aus. Als die Ärztin die Information durchliest, ist sie entsetzt. „Über all diese Symptome berichten Sie mir jetzt seit 30 Jahren. Es besteht kein Zweifel, dass Sie an dieser Krankheit leiden. Ich verschreibe Ihnen sofort eines der hier empfohlenen Medikamente.“

Ein neues Leben

Das Psychostimulanzium wirkt sofort und verändert ihr komplettes Leben. Nur eine Dreiviertelstunde nach Einnahme der ersten Tablette merkt Wiltrud Seggert, wie sie erwacht. „Ich war jetzt endlich richtig da und konnte an Dingen dran bleiben und sie wirklich und wahrhaftig wahrnehmen. Diese Antriebslosigkeit vorher kann kein Gesunder nachvollziehen. Denn er müsste 48 Stunden ununterbrochen wach sein, um annähernd in den Zustand eines Narkoleptikers zu kommen.“

Wiltrud Seggert hat viel nachzuholen. Ihre Interessen, ihr ganzes Freizeitverhalten haben sich verändert. „Es ist wunderbar, Artikel und Bücher lesen zu können, ohne dabei einzuschlafen, oder Wandern gehen zu können, oder in die Oper. Als ich zum ersten Mal die ‚Tosca‘ von Anfang bis Ende wach miterleben konnte, habe ich geweint.“ Dass sie sich deshalb auch in der Selbsthilfe engagiert, ist für die

66-Jährige selbstverständlich. Seit sechs Jahren gehört sie der Deutschen Narkolepsie Gesellschaft e. V. (DNG) an und setzt sich als stellvertretende Gruppensprecherin der Regionalgruppe München für Narkolepsieerkrankte aus ganz Bayern ein. „Es geht uns darum, die Lebensqualität von Narkoleptikern durch Information, Beratung und Betreuung zu verbessern und ihnen die Eingliederung in Familie, Beruf und Gesellschaft zu erleichtern.“

Schlaflabor schafft Klarheit

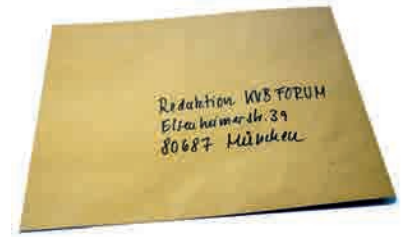
Die Regionalgruppe München/Rosenheim unterhält gute Kontakte zum Max-Planck-Institut für Psychiatrie und zur Neurologischen Klinik Nussbaumstraße – beide in München – sowie zum Bezirksklinikum Regensburg. Hier nimmt Wiltrud Seggert gerade an einer Medikamentenstudie teil. „Die hätten dafür zwar lieber junge Betroffene, aber die haben meist keine Zeit, sich mehrmals im Monat ins Schlaflabor zu legen.“ Apropos Schlaflabor. Diese Untersuchung, so betont Wiltrud Seggert, sei bei der Diagnostizierung von Narkolepsie am schnellsten und aussagekräftigsten. Von den Ärzten wünscht sie sich deshalb, dass „sie für das Thema Narkolepsie offen sind. Lieber sollen sie einen Patienten zu viel in ein neurologisches Schlaflabor schicken als einen zu wenig.“

Marion Munke (KVB)

Sie erreichen die Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Narkolepsie-Gesellschaft e. V. im Internet unter www.dng-ev.de.

HIER IST PLATZ FÜR IHRE MEINUNG

Auf dieser Seite kommen unsere Leser zu Wort. Wir freuen uns über Ihre Anregungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge.



Online-Abrechnung – Bayerns Praxen sind Spitzenreiter

KVB FORUM 6/2011, Titelseite



Als Arzt fühle ich mich von der KVB durch die Aufmachung des aktuellen KVB Forum für dumm verkauft: „Bayerns Praxen sind Spitzenreiter“ – weil 99 Prozent online abrechnen? Entschuldigung, seit diesem Quartal geht es nicht mehr anders! Die restlichen ein Prozent sind sicher diejenigen, die mangels BSNR einfach nicht online abrechnen können, „Notfälle durch nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte“ und Vergleichsfälle.

Damit Sie mich nicht falsch verstehen: Ich finde die Online-Abrechnung notwendig und überfällig, nutze die Online-Services der KV, seitdem sie möglich sind. Aber die Darstellung nimmt uns Ärzte auf den Arm, sodass dies nicht kommentarlos hingenommen werden kann: Das hinterlässt denselben Eindruck wie die ständige Selbstbeweihräucherung des Deutschen beziehungsweise Bayerischen Ärzteblatts, dass sie die am häufigsten gelesenen Fachzeitschriften seien. Ja, weil sie jeder in dem entsprechenden Gebiet gemeldete Arzt

automatisch und ungefragt zugeschickt bekommt. Niemand weiß doch, welcher Anteil aus den Briefkästen direkt in die Restmülltonne wandert und somit sinnlos Ressourcen vernichtet, Geld kostet, Arbeit schafft. Ich würde für das nächste KVB FORUM den Titel vorschlagen: „Unglaubliche Leistungsbereitschaft – über 99 Prozent aller bayerischen Ärztinnen und Ärzte atmen selbstständig und unaufgefordert!“ (sicherlich gibt es einige wenige dauerbeatmete Approbierte).

**Dr. Sven Heidenreich,
Altdorf**

Sehr geehrter Herr Dr. Heidenreich,

*Sie haben selbstverständlich Recht: Seit dem ersten Quartal ist nur noch die Online-Abrechnung erlaubt. Dennoch werten wir die Teilnahmequote von über 99 Prozent als großen Erfolg, weil uns von anderen KV-Bezirken bekannt ist, dass die Teilnahmequoten dort weit unter 100 Prozent liegen. Da einige KVen lediglich das relativ teure KV-SafeNet** als An-*

*bindungsweg anbieten, wehren sich viele Mitglieder noch strikt gegen die Verpflichtung zur Online-Abrechnung. Außerdem haben viele KVen kein Mitgliederportal, sodass bei diesen nur die Einreichung über D2D möglich ist. Bayern ist bisher das einzige Bundesland, das eine so einfache, kostengünstige und flexible Anbindungsvariante wie die KV-Ident Karte eingeführt hat. Mit KV-SafeNet** und KV-Ident haben wir zwei Alternativen im Angebot, die einer sehr heterogenen Zielgruppe gerecht werden.*

Aller Anfang ist schwer, aber die Tatsache, dass die Einführung der verpflichtenden Online-Abrechnung in Bayern ohne große Widerstände abgelaufen ist und dass uns viele Mitglieder zurückspiegeln, wie einfach, schnell und bequem die Online-Abrechnung funktioniert, werten wir als großen Erfolg für uns und unsere Mitglieder.

Monika Schindler (KVB)

**Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Leserbriefe

sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel in KVB FORUM beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollständigen Namen, die komplette Adresse und für Rückfragen Ihre Telefonnummer an. Wir freuen uns über Ihre Leserbriefe, die Sie am besten per E-Mail an KVBFORUM@kvb.de schicken. Postanschrift: KVB, Redaktion KVB FORUM, Elsenheimerstraße 39, 80687 München, Fax 0 89 / 5 70 93 – 21 95.

ZEHN JAHRE GUTE ZUSAMMENARBEIT

Die KVB bietet ihren Mitgliedern auch jenseits des Kollektivvertrags umfangreiche Unterstützung bei Vertragsverhandlungen und -abwicklung sowie im operativen Verwaltungsmanagement. Auf diese Weise können Selektivverträge professionell und ohne großen bürokratischen Aufwand in den Praxen umgesetzt und abgerechnet werden.

Wie sehr die niedergelassenen Ärzte von dieser Unterstützung profitieren, beweist auch das zehnjährige Jubiläum der Kooperation von Praxisnetz Nürnberg Nord (PNN) und KVB. Mit der KVB als kompetentem Servicepartner im Hintergrund können sich die Ärzte im Praxisalltag ganz auf die Versorgung ihrer Patienten konzentrieren. Auf diese Weise bleiben sie freiberuflich tätig und nutzen gleichzeitig das Know-how von Managementexperten. Mehr dazu erfahren Sie unter www.kvb.de/zusatzvertraege.

Redaktion

FACHTAGUNG ZUM THEMA „SUCHT“

Unter dem Motto „Alles zuviel: Wenn Alltag süchtig macht“ findet am 16. September 2011 im Haus Eckstein, Burgstraße 1-3, 90403 Nürnberg, eine Tagung statt. Die Veranstaltung wendet sich an Professionelle aus dem Selbsthilfe- und Suchtbereich, Betroffene, Angehörige sowie Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten. Nähere Informationen erhalten Sie unter www.seko-bayern.de.

Redaktion

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

KVB FORUM ist das Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit den offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen (KVB INFOS). Es erscheint zehnmal im Jahr.

Herausgeber (V. i. S. d. P.):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:
Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Pedro Schmelz, Dr. Ilka Enger

Redaktion:

Martin Eulitz (Ltd. Redakteur)
Text: Markus Kreikle, Marion Munke
Grafik: Gabriele Hennig, Tobias Müller

Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 21 92
Fax 0 89 / 5 70 93 – 21 95
E-Mail KVBFORUM@kvb.de
Internet www.kvb.de

Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck:

BluePrint AG, München. Gedruckt auf chlorfreiem Papier

Bildnachweis:

AOK Bundesverband (Seite 7), Bayerische Landesärztekammer (Seite 10), BilderBox.com (Seite 23), BKG/A. Köhler (Seite 17), Deutscher Bundestag (Seite 15), iStockphoto.com (Titelseite, Seite 2, 3, 4, 5, 9, 13, 14, 21, 25, 26, 27, 30, Rückseite), privat (Seite 8, 11), KVB (alle weiteren)

Nächster Redaktionsschluss:

4. August 2011

Mit Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder übernehmen wir keine Haftung. Die hier veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, ein Abdruck ist nur mit unserer schriftlichen Genehmigung möglich. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.

KVB FORUM erhalten alle bayerischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVB. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

Telefonische Beratung

Wir helfen Ihnen gerne telefonisch zu folgenden Zeiten und Themen:

Montag bis Donnerstag: 7.30 bis 17.30 Uhr
 Freitag: 7.30 bis 14.00 Uhr

Abrechnung

Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 10
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Verordnung

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31*
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Neue Nummern ab 1. August 2011:

Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 30
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 31

IT in der Praxis

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 95*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 96*
 E-Mail IT-Beratung@kvb.de

Neue Nummern ab 1. August 2011:

Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 50
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 51

Zugangsdaten

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 75*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 76*
 E-Mail Benutzerkennung@kvb.de

Neue Nummern ab 1. August 2011:

Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 60
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 61

Online-Dienste

Telefon: 0 18 05 / 90 92 90 – 55*
 Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 56*
 E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Neue Nummern ab 1. August 2011:

Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 40
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 41

KVB-Seminare

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 65*
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 66*
 E-Mail Seminarberatung@kvb.de

Neue Nummern ab 1. August 2011:

Telefon 0 89 / 57 09 34 00 – 20
 Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 21

*14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen

Persönliche Beratung zu Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel und Hygiene in der Praxis

Nutzen Sie unsere Beratungskompetenz:

- Wir beraten Sie zu allen Bereichen des Qualitätsmanagements von A wie Arbeitsanweisung bis Z wie Zertifizierung.
- Wir unterstützen Sie bei der Ausbildung zum Qualitätszirkel-Moderator, der Planung und Initiierung eines Qualitätszirkels und der Dokumentation Ihrer Sitzungen.
- Wir beraten Sie bei der Umsetzung und dem Aufbau eines Hygienemanagements in der Praxis und bei allen Fragen rund um das Thema Hygiene.

Marion Roth	09 11 / 9 46 67 - 3 23	Marion.Roth@kvb.de
Michael Sachse	09 11 / 9 46 67 - 2 21	Michael.Sachse@kvb.de
Wiebke Stöppelmann	09 11 / 9 46 67 - 3 36	Wiebke.Stoepelmann@kvb.de
Anke Weber	09 11 / 9 46 67 - 3 22	Anke.Weber@kvb.de

**Persönliche Beratung
rund um die Praxis**

Wer die Niederlassung in der eigenen Praxis, den Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft oder in ein MVZ plant oder wer einen Kollegen einstellen, mit Kollegen kooperieren oder seine Praxis aufgeben und die Nachfolge regeln möchte, kann sich gerne zum persönlichen Gespräch an die Berater der KVB wenden.

München und Oberbayern	Birgit Beck	0 89 / 5 70 93 – 32 15	Birgit.Beck@kvb.de
	Peter Fiedler	0 89 / 5 70 93 – 43 01	Peter.Fiedler@kvb.de
	Stephan Haniffa	0 89 / 5 70 93 – 33 31	Stephan.Haniffa@kvb.de
	Anneliese Zacher	0 89 / 5 70 93 – 43 30	Anneliese.Zacher@kvb.de
Schwaben	Siegfried Forster	08 21 / 32 56 – 2 23	Siegfried.Forster@kvb.de
	Michael Geltz	08 21 / 32 56 – 1 05	Michael.Geltz@kvb.de
	Anja Rößle	08 21 / 32 56 – 2 32	Anja.Roessle@kvb.de
	Dieter Walter	08 21 / 32 56 – 2 31	Dieter.Walter@kvb.de
Niederbayern	Anton Altschäffl	0 94 21 / 80 09 – 3 01	Anton.Altshaeffl@kvb.de
	Martin Pöschl	0 94 21 / 80 09 – 3 13	Martin.Poeschl@kvb.de
Oberpfalz	Franz Ferstl	09 41 / 39 63 – 2 33	Franz.Ferstl@kvb.de
	Siegfried Lippl	09 41 / 39 63 – 1 51	Siegfried.Lippl@kvb.de
Oberfranken	Michaela Classen-Hofmann	09 21 / 2 92 – 2 29	Michaela.Classen@kvb.de
	Iris Püttmann	09 21 / 2 92 – 2 70	Iris.Puettmann@kvb.de
Mittelfranken	Frank Eckart	09 11 / 9 46 67 – 4 21	Frank.Eckart@kvb.de
	Hans-Dieter Moritz	09 11 / 9 46 67 – 3 50	Hans-Dieter.Moritz@kvb.de
	Joachim Streb	09 11 / 9 46 67 – 3 71	Joachim.Streb@kvb.de
Unterfranken	Michael Heiligenthal	09 31 / 3 07 – 3 02	Michael.Heiligenthal@kvb.de
	Christine Moka	09 31 / 3 07 – 3 03	Christine.Moka@kvb.de

**Persönliche Beratung
zu Honorarunterlagen**

Die Berater der KVB helfen Ihnen außerdem gerne bei Ihren Honorarunterlagen. Sie beraten zu folgenden Inhalten:

- Abrechnung einschließlich EBM-Anwendung, bayerische Regelungen, regionale Vereinbarungen, Hausarztverträge, Sachkostenabrechnung, Job-Sharing-Obergrenzen, Bereitschaftsdienstpauschalen
- Beratung zur Honorarverteilung
- Honorarberatung und Honoraranalysen

München und Oberbayern	Severin Baum	0 89 / 5 70 93 – 44 20	Severin.Baum@kvb.de
	Stefan Ehle	0 89 / 5 70 93 – 44 50	Stefan.Ehle@kvb.de
	Martina Huber	0 89 / 5 70 93 – 44 74	Martina.Huber@kvb.de
	Claudia Schweizer	0 89 / 5 70 93 – 44 32	Claudia.Schweizer@kvb.de
	Eva Weber	0 89 / 5 70 93 – 44 75	Eva.Weber@kvb.de
	Sonja Weidinger	0 89 / 5 70 93 – 42 22	Sonja.Weidinger@kvb.de
	N.N.	0 89 / 5 70 93 – 34 53	N.N.
Schwaben	Ute Schneider	08 21 / 32 56 – 2 41	Ute.Schneider@kvb.de
	Monika Vachenauser	08 21 / 32 56 – 2 42	Monika.Vachenauser@kvb.de
Niederbayern	Dagmar Wiedemann	0 94 21 / 80 09 – 4 84	Dagmar.Wiedemann@kvb.de
Oberpfalz	Mario Winklmeier	09 41 / 39 63 – 1 90	Mario.Winklmeier@kvb.de
Oberfranken	Christa Hammer	09 21 / 2 92 – 2 26	Christa.Hammer@kvb.de
	Jürgen Opel	09 21 / 2 92 – 2 28	Juergen.Opel@kvb.de
Mittelfranken	Monika Gibanica-Maier	09 11 / 9 46 67 – 4 47	Monika.Gibanica-Maier@kvb.de
	Doris Saalwirth	09 11 / 9 46 67 – 4 42	Doris.Saalwirth@kvb.de
Unterfranken	Uwe Maiberger	09 31 / 3 07 – 4 09	Uwe.Maiberger@kvb.de
	Bernhard Schmied	09 31 / 3 07 – 3 11	Bernhard.Schmied@kvb.de

**Persönliche Beratung
zu Verordnungen**

Wir analysieren Ihre Verordnungen detailliert im persönlichen Gespräch. Qualität in der Arzneimittelversorgung und Wirtschaftlichkeit schließen sich nicht aus! Rufen Sie an und vereinbaren Sie einen Termin zur Pharmakotherapieberatung über das Servicetelefon Verordnung (siehe linke Seite).

München und Oberbayern	Detlev Bartmus	0 89 / 5 70 93 – 28 79	Detlev.Bartmus@kvb.de
	Marion Holzner	0 89 / 5 70 93 – 45 16	Marion.Holzner@kvb.de
	Barbara Krell-Jäger	0 89 / 5 70 93 – 34 12	Barbara.Krell-Jaeger@kvb.de
	Birgit Stephan	0 89 / 5 70 93 – 45 04	Birgit.Stephan@kvb.de
Schwaben	Beate Selge	08 21 / 32 56 – 1 41	Beate.Selge@kvb.de
Niederbayern	Ulrich Störzer	0 94 21 / 80 09 – 4 46	Ulrich.Stoerzer@kvb.de
Oberpfalz	Beate Baumer	09 41 / 39 63 – 2 57	Beate.Baumer@kvb.de
	Birgit Schneider	09 41 / 39 63 – 1 70	Birgit.Schneider@kvb.de
Oberfranken	Sascha Schneider	09 21 / 2 92 – 3 44	Sascha.Schneider@kvb.de
Mittelfranken	Dr. Elfriede Buker	09 11 / 9 46 67 – 6 71	Elfriede.Buker@kvb.de
	Anita Bulley	09 11 / 9 46 67 – 6 72	Anita.Bulley@kvb.de
	Dr. Claudia Fischer	09 11 / 9 46 67 – 6 75	Claudia.Fischer@kvb.de
	Angela Krath	09 11 / 9 46 67 – 7 69	Angela.Krath@kvb.de
	Simone Schächtele	09 11 / 9 46 67 – 6 73	Simone.Schachtele@kvb.de
Unterfranken	Annegret Ritzer	09 31 / 3 07 – 5 19	Annegret.Ritzer@kvb.de

VORSCHAU



METHADON-SUBSTITUTION

Wie sich die niedergelassenen Ärzte in Bayern für Suchtkranke einsetzen



VEREIN „MEDIZIN UND MENSCHLICHKEIT“

Mitglieder leben ihre Vision von einer emotionaleren Medizin



SELBSTHILFE BEI SYRINGOMYELIE

Wenn die Krankheit im Rückenmark sitzt



ENTSCHEIDUNGEN IM HINTERGRUND

Neue Serie erläutert die Arbeit der Ausschüsse und Kommissionen der KVB