

KVBFORUM 06|13



VOM VERSICHERTEN IN DIE PRAXIS

Der Weg des Geldes in der GKV

ÄRZTEVERSORGUNG: Sicherheit steht im Freistaat an erster Stelle

NOTARZTDIENST: Die umfassende Rolle der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst

VERORDNUNG: Leitlinie zu oralen Antikoagulantien in der Kritik



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit es den Gesundheitsfonds gibt, sind die Finanzströme innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht gerade überschaubarer geworden. Deshalb haben wir im Titelthema dieser Ausgabe von KVB FORUM den Versuch unternommen, den Weg des Geldes vom Versicherten in die Praxen kurz nachzuzeichnen. Unsere Experten aus dem Honorar- und Vertragsbereich der KVB haben dabei eine sehr sachliche Darstellung geliefert. Sie finden diese ab Seite 6 in diesem Heft. Diesem Überblick muss man jedoch auch noch eine politische Komponente hinzufügen: Die Wirkungen des Gesundheitsfonds und die Vorgabe für die Krankenkassen, stets einheitlich und gemeinsam zu verhandeln, führen dazu, dass unsere einstmals exzellente ambulante Versorgung mehr und mehr geschwächt wird.

Versichertengelder fließen aus Bayern ab, obwohl diese an sich benötigt würden, um die Strukturen in der Versorgung auf dem bisherigen Niveau aufrecht zu erhalten. Mit diesem zusätzlichen Länderfinanzausgleich verlieren die bayerischen Krankenkassen weiteren Handlungs- und Entscheidungsspielraum, was wir in den Honorarverhandlungen auch regelmäßig zu hören bekommen. Was früher in sogenannten „Spitzengesprächen“ nach einigen Stunden zu klären war, geht heute fast zwangsläufig vor ein Schiedsamt. Die Folgen davon waren in jüngster Zeit leider allzu oft nachteilig für Bayerns Ärzte und Psychotherapeuten.

Das ist für uns allerdings kein Grund, aufzugeben und die Flinte ins Korn zu werfen. Wir sehen vielmehr die Chance, dass auch auf Bundesebene mehr und mehr ein Umdenken einsetzt in Richtung einer Stärkung der regionalen Verhandlungs- und Entscheidungskompetenz. Die beiden Politiker, die in dieser Ausgabe von KVB FORUM auf den Seiten 10 und 11 zu Wort kommen, äußern sich – obwohl von unterschiedlicher parteipolitischer Prägung – jedenfalls genau in dieser Richtung. Und wie nach jeder Wahl werden die Karten dann im Herbst ja sowieso ganz neu gemischt. Setzen wir dabei auf ein gutes Blatt für Bayern!

Ihr KVB-Vorstand

Dr. Kromholz
Vorsitzender des Vorstands

Dr. Schmelz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. Enger
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

ZAHL DES MONATS

10.109

Ärzte sind aktuell in der hausärztlichen Versorgung in Bayern tätig.

(Quelle: KVB)

ZITAT DES MONATS

„Die Helden der Medizin, die 24 Stunden am Tag für ihre Patienten da sind, gehören der Vergangenheit an.“

Dr. Wolfgang Richter,
Ärztlicher Direktor der Kliniken im
Kreis Mühldorf.

(Quelle: Süddeutsche Zeitung vom
6. Mai 2013: „Auf dem Land droht
Ärztmangel“)

„KRANKHAFTES ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS VERMEIDEN“



von links: Dr. Heidemarie Lux (Vizepräsidentin der BLÄK), Roman Koch (Adipositas Bavaria e. V.), Dipl.-Psych. Andreas Schnebel, Professor Volker Schusdziora, Professor Thomas P. Hüttl, Barbara Keilholz (Adipositas Bavaria e. V.)

Unter diesem Motto fand am 24. April die zweite gemeinsame Fortbildungsveranstaltung von KVB und Bayerischer Landesärztekammer in München statt. Zusammen mit der Selbsthilfekoordination Bayern hatten die beiden Gastgeber Ärzte, Psychotherapeuten, Selbsthilfeaktive und Betroffene eingeladen, um mit ihnen über Hintergründe und Therapiemöglichkeiten des Volksleidens Übergewicht zu diskutieren. Die Veranstaltung, die bei den zahlreichen Teilnehmern auf positive Resonanz stieß, fand auch großes Medieninteresse. So berichtete unter anderem das Bayerische Fernsehen ausführlich über den Themennachmittag. Die schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen für Menschen mit krankhaftem Übergewicht sind vielfältig und reichen von Bluthochdruck über Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis hin zu Diabetes und Depressionen. Professor Thomas P. Hüttl vom Adipositaszentrum der Chirurgischen Klinik München-Bogenhausen berichtete auch über die chirurgischen Möglichkeiten bei Adipositas. Er betonte allerdings: „Das Thema ist durch eine Magenverkleinerung oder durch eine andere operative Maßnahme nicht erledigt. Eine psychotherapeutische Unterstützung vor und nach der Operation ist unumgänglich.“

Redaktion

Wichtiges für die Praxis

Behandlung von Versicherten im PKV-Basistarif und PKV-Standardtarif

Wir haben Sie bereits darüber informiert, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Paragraf 75 Absätze 3a und 3b SGB V auch auf Versicherte des PKV-Basistarifs und des PKV-Standardtarifs ausgedehnt wurde. Dabei handelt es sich um brancheneinheitliche Tarife mit eingeschränkten Vergütungsmöglichkeiten.

Im Standardtarif handelt es sich regelhaft um ältere Versicherungsnehmer, im Basistarif dagegen sind vor allem Personen versichert, die entweder (zwangsweise) aus anderen PKV-Tarifen gewechselt sind oder vorher nicht versichert waren.

Wir erhalten von solchen Versicherten immer wieder Berichte über Schwierigkeiten, behandlungsbereite Vertragsärzte zu finden. Deshalb möchten wir Sie nochmals allgemein informieren:

- Es können nur Leistungen nach dem GKV-Leistungskatalog erbracht werden. Dafür erhalten Sie ein Honorar ungefähr auf EBM-Niveau, ohne dass dieses dem RLV/QZV oder der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt.
- Laut PKV-Statistik gab es zum 30. Juni 2012 bundesweit 28.300 Versicherte im Basistarif und 40.200 Versicherte im Standardtarif. Statistisch entfallen damit auf Bayern 4.245 beziehungsweise 6.030 Versicherte. Durch vertragliche Vereinbarungen mit der PKV ist gewährleistet, dass die Zahl dieser Versicherten nicht erheblich zunimmt.
- Der Anteil der Versicherten, die wegen Hilfebedürftigkeit eine Beitragshalbierung erhalten haben, lag 2012 bei 38,2 Prozent.

Tarife:

Wie die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ einschließlich der belegärztlichen Leistungen in diesen Tarifen vergütet werden, finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Presse/Publikationen/PROFUND (2009-2011)* in Heft 12/2010 auf Seite 18.

Klaus Joos (KVB)

TITELTHEMA

- 6 Geldflüsse in der GKV
Welchen Weg legen die Finanzmittel vom Versicherten bis zur Praxis zurück?

- 10 „Wieder mehr Beitragsautonomie für die Kassen“
Gesundheitspolitiker Max Straubinger (CSU) erläutert die Nachteile eines einheitlichen Beitragssatzes

- 11 „Bürgerversicherung ohne Zusatzbeiträge“
Die Reserven der Krankenkassen sind etwas Gutes, findet Gesundheitspolitikerin Angelika Graf (SPD)



6

Vom Einzug des Krankenversicherungsbeitrags bis zur Überweisung des Honorars sind es viele Schritte

GASTKOMMENTAR

- 12 Altersversorgung in schwierigen Zeiten
Die Anlagephilosophie des Versorgungswerks hat Gültigkeit weit über den Tag hinaus

GESUNDHEITSPOLITIK

- 15 Anerkennung von Praxisnetzen
Eine Rahmenvorgabe der KBV sieht Kriterien zu Struktur und Versorgungszielen vor

NOTARZTDIENST

- 16 Die Aufgaben der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst
Landesbeauftragter Dr. Michael Bayeff-Filloff erklärt Rechte und Pflichten



15

Immer mehr Praxen interessieren sich für vernetzte Strukturen

KVB INTERN

- 18 Zweiter Hygienetag der KVB
Die Aufbereitung von Instrumenten und Medizinprodukten stand heuer im Mittelpunkt

- 19 Das Kontakterfassungsprogramm der KVB: helpLine®
Eine Wissensdatenbank hilft den KVB-Mitarbeitern bei der Praxisberatung

VERORDNUNGEN

- 20 Orale Antikoagulantien:
Die programmierte Kostenexplosion
Heilsbringer oder Preistreiber? – Eine kritische Analyse macht nachdenklich



18

Die richtige hygienische Aufbereitung von Instrumenten ist auch im Hinblick auf die Haftung wichtig

RECHT INTERESSANT

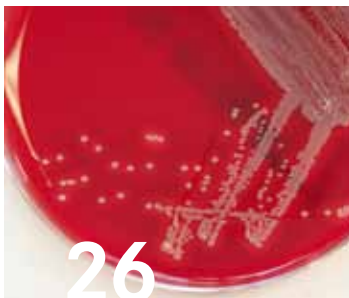
24 Zum Wohlverhalten bei Zulassungsentziehungen
 Bundessozialgericht gibt seine bisherige Rechtsprechung auf

QUALITÄT

26 MRSA: Neues Modul für Qualitätszirkel
 Bayerische Tutoren entwickeln Hilfestellung für Moderatoren

PSYCHOTHERAPIE

28 Pathologischer Narzissmus
 PTK Bayern spricht auf Pressekonferenz über psychotherapeutische Konzepte



Wie können die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu MRSA sinnvoll im Alltag umgesetzt werden?

29 Beratungsprogramm „Kinder kranker Eltern“
 Spezielles Angebot kann Unterstützungsbedarf abklären

PATIENTENORIENTIERUNG

30 Auswege aus der Verhaltenssucht
 Ziel ist die Stärkung der Selbsthilfe insbesondere im Bereich der Online-Süchte



AOK Bayern, PTK Bayern und KVB machen sich gemeinsam für Kinder kranker Eltern stark

GESUNDHEITSTELEMATIK

32 Digitale Akten in der Medizin
 Es mangelt nicht an Konzepten, sondern an klarer Abgrenzung und breiter Akzeptanz

KURZMELDUNGEN

33 KVB-Vorstand übt Kritik an ASV

IMPRESSUM

34 KVB SERVICENUMMERN



Im Gesundheitswesen gibt es verschiedene Konzepte zur Datenspeicherung. Vor allem die elektronische Patientenakte steht in der Diskussion

GELDFLÜSSE IN DER GKV

Jeden Monat werden in Deutschland Eurobeträge in Milliardenhöhe für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) umgesetzt. Doch wie genau gelangen die Finanzmittel vom Versicherten zur Krankenkasse? Und welcher Anteil davon landet beim behandelnden Arzt? Aus welchen Bestandteilen setzt sich das ärztliche Honorar im Detail zusammen? KVB FORUM hat die Antworten.

Beim Großteil der in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich Krankenversicherten handelt es sich um nicht selbstständig tätige Arbeitnehmer und Rentner. Der von diesen Personengruppen zu zahlende allgemeine Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung beträgt aktuell 15,5 Prozent des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens beziehungsweise der gesetzlichen Rentenzahlung. Die Höhe dieses Beitragssatzes ist – mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die ihre Beitragssätze selbst bestimmen – für alle Krankenkassen gesetzlich auf einen einheitlichen Wert festgelegt. Finanziert werden die Beitragsgelder jeweils in Höhe von 7,3 Prozent des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens von Arbeitgebern und Arbeitnehmern beziehungsweise Rentenversicherungsträgern und Rentnern. Von den Arbeitnehmern und Rentnern wird zusätzlich ein Sonderbeitrag von 0,9 Prozent abgeführt. Die Arbeit-

geber und die Rentenkassen ziehen automatisch den gesamten Krankenkassenbeitrag vom Gehalt beziehungsweise von der Rente ab und überweisen ihn zusammen mit dem Arbeitgeberanteil beziehungsweise Rentenversicherungsanteil monatlich an die jeweilige Krankenkasse des Versicherten.

Von der Krankenkasse zum Gesundheitsfonds

Die auf diese Weise ermittelten Krankenversicherungsbeiträge leiten die Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt (BVA) weiter, das den Gesundheitsfonds seit seiner Einführung im Jahr 2009 verwaltet. Zusätzlich zu diesen Beiträgen stellt der Bund steuerfinanzierte Zuschüsse für gesamtgesellschaftliche Aufgaben der Krankenkassen, wie beispielsweise für die beitragsfreie Familienversicherung, zur Verfügung, die ebenfalls in den Gesundheitsfonds fließen.

Vom Gesundheitsfonds zurück an die Krankenkasse

Die Krankenkassen erhalten mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, für die der Gesetzgeber ein eigenes Verfahren vorsieht, für jeden Versicherten einen pauschalen Betrag aus dem Gesundheitsfonds. Diese Zuweisung ist in ihrer Höhe abhängig von der Morbidität, das heißt von Alter, Geschlecht und Erkrankungen der einzelnen Versicherten. Ausgehend von einem Sockelbetrag je Versichertengruppe wird die exakte Höhe der Zuweisung je Versicherten durch Zu- und Abschläge bestimmt. Dabei werden Zuschläge insbesondere für behandlungs- und kostenintensive chronische Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf gewährt (siehe Abbildung 2).

Durch diese seit 2009 geltende Systematik werden die Einkommensunterschiede in der Mitgliederstruktur der einzelnen Krankenkassen nivelliert. Die höheren Durchschnittseinkommen in Bayern kommen daher nicht mehr im bisherigen Umfang den bayerischen Krankenkassen und der Versorgung der Versicherten in Bayern zugute. Neben den zentral festgelegten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds stehen den einzelnen Krankenkassen zusätzlich sogenannte „sonstige Einnahmen“ zur Verfügung, die ebenfalls zur Versorgung ihrer Versicherten beitragen. Hierunter fallen:

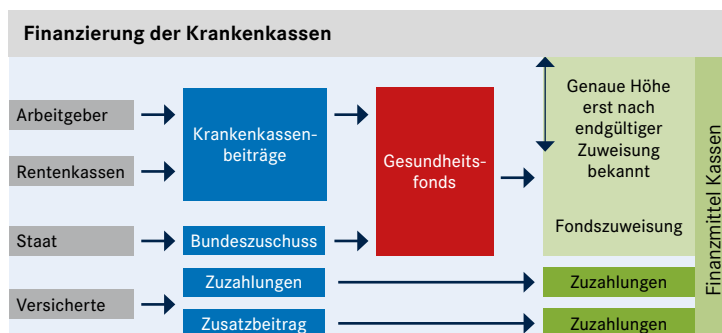


Abbildung 1

Quelle: KVB

- Zuzahlungen der Versicherten, beispielsweise für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Zahnbehandlungen, Krankenhausbehandlungen oder künstliche Befruchtungen,
- Kassenindividuelle Zusatzbeiträge, die die Krankenkasse von ihren Mitgliedern einkommensunabhängig zu erheben hat, sofern ihr Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist.

Von der Krankenkasse zur Kassenärztlichen Vereinigung (KV)

Mit den ihnen zur Verfügung stehenden Finanzmitteln müssen die Krankenkassen ihre gesetzlichen Aufgaben vollständig erfüllen. Übersteigen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse, kann sie jedoch auch Prämien an ihre Mitglieder auszahlen. Die Verteilung der Finanzmittel auf die einzelnen Leistungsbereiche in den ersten drei Quartalen des Jahres 2011 ist in Abbildung 3 dargestellt.

Auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung entfallen beispielsweise 18 Prozent. Hierin ist unter anderem die Gesamtvergütung, aus der die Honorare der Ärzte eines jeden Bundeslandes finanziert werden, enthalten. Die Gesamtvergütung umfasst die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen

Leistungen. Sie setzt sich im Wesentlichen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Einzelleistungsvergütung zusammen.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung: Den größten Anteil an der Gesamtvergütung nimmt die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ein. Es handelt sich hierbei um einen Festbetrag, der mit befreiender Wirkung, das heißt unabhängig von den tatsächlich von den Versicherten in Anspruch genommenen und von den Vertragsärzten im jeweiligen Abrechnungsquartal abgerechneten Leistungen, von den Krankenkassen an die KV gezahlt wird. Die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung war bis zum Jahr 2008 an die Grundlohnsummenentwicklung (Einkommensentwicklung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen) gekoppelt. Dieser Grundsatz ließ sich jedoch mit den Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft nicht mehr vereinbaren, sodass zum 1. Januar 2009 die Koppelung an die Grundlohnsummensteigerung abgelöst und stattdessen die Morbiditätsentwicklung als Bemessungsgröße für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung herangezogen wurde. Die konkrete Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung muss jedes Jahr neu zwischen den Krankenkassen und den KVen für die Versicherten mit Wohnort im jewei-

ligen KV-Bezirk verhandelt werden. Dabei werden wesentliche Vorgaben bereits durch den Gesetzgeber im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) vorgegeben. Diese gesetzlichen Rahmenbedingungen werden in Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband im sogenannten Bewertungsausschuss (BA) in Form von Beschlüssen konkretisiert. Auf Basis dieser Beschlüsse finden die abschließenden Verhandlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie der jeweiligen KV statt. Diese Verhandlungen werden seit 2009 nicht mehr separat mit den einzelnen Krankenkassenarten geführt. Der Gesetzgeber sieht vielmehr vor, dass die Festsetzung der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemeinsam und einheitlich mit der jeweiligen KV zu vereinbaren ist. Das Ergebnis dieser Verhandlungen wird im Honorarvertrag fixiert.

In den Verhandlungen zum Honorarvertrag können regionale Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur in Form eines Vergütungszuschlags zur bundeseinheitlichen Leistungsbewertung im EBM berücksichtigt werden. Außerdem besteht die Möglichkeit der Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für besonders förderungswürdige Leistungen beziehungsweise

Finanzmittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds

Versicherten- gruppe	Sockelbetrag der jeweiligen Versicherten- gruppe	Morbiditätsgruppe	Zuschläge	Gesamtbetrag
männlich 42 Jahre	340,00 Euro	Diabetes mit akuten Komplikationen	2.406,00 Euro	2.746,00 Euro
männlich 64 Jahre	1.402,08 Euro	keine	706,05 Euro	2.108,13 Euro
weiblich 52 Jahre	517,00 Euro	Diabetes mit akuten Komplikationen	2.406,00 Euro	6.137,00 Euro
		Schwere Stoffwechselerkrankung	3.214,00 Euro	

Abbildung 2

Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung

Leistungsausgaben der GKV nach Leistungsbereichen (Ausgabenanteile 1. bis 3. Quartal 2011)

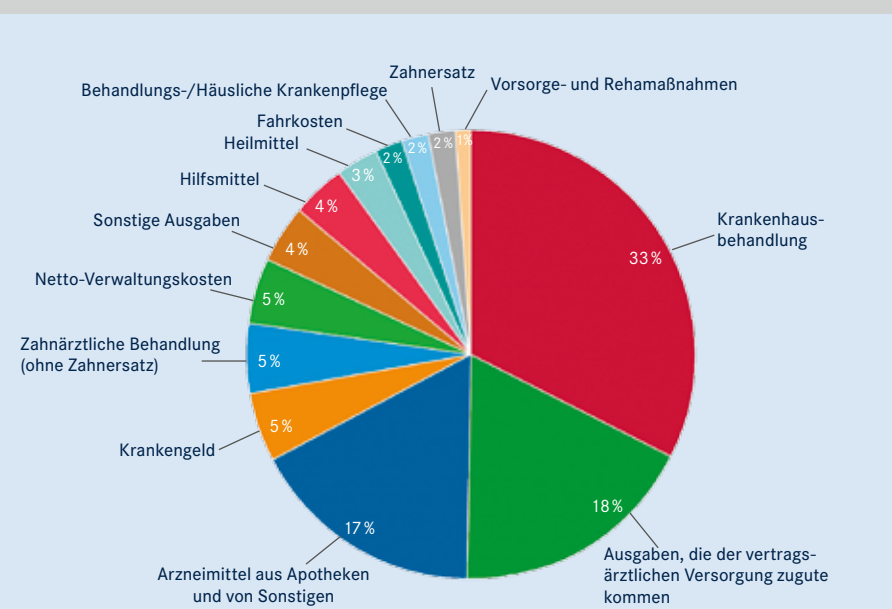


Abbildung 3

Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung

se für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern. Diese Zuschläge spiegeln sich in der regionalen Euro-Gebührenordnung wider. Aufgrund der Wirkung des Gesundheitsfonds, die Einnahmen der Krankenkassen zu vereinheitlichen sowie dem Erfordernis eines gemeinsamen und einheitlichen Vertragsabschlusses mit allen Krankenkassen, gestalten sich die Verhandlungen dieser regionalen Zuschläge allerdings sehr schwierig. Unter diesen Bedingungen ist es eine Herausforderung, die in den letzten Jahren in Bayern aufgebauten hochwertigen Versorgungsstrukturen aufrechtzuerhalten.

Einzelleistungsvergütung außerhalb der MGV: Zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sieht das Gesetz die Möglichkeit vor, bestimmte Leistungen stets mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten, wenn sie zum Beispiel besonders gefördert werden sollen. Das bedeutet, dass diese Leistungen keiner Mengen-

begrenzung unterliegen und unabhängig davon, wie häufig sie von den Versicherten in Anspruch genommen wurden, zum vollen Preis der Euro-Gebührenordnung honoriert werden. Die Festlegung dieser Leistungen erfolgt im Rahmen der regionalen Honorarverhandlungen, wobei Empfehlungen der Bundesebene berücksichtigt werden. Neben der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Einzelleistungsvergütung bietet das SGB V weitere Möglichkeiten, eine zusätzliche Vergütung für ärztliche Leistungen zu vereinbaren. Hierunter fallen:

Verträge mit obligatorischer Beteiligung der KV/KBV:

- Strukturverträge gemäß Paragraph 73a SGB V
- Verträge zu ambulanten Operationen und weiteren stationersetzenden Leistungen gemäß Paragraph 115b SGB V

Verträge mit möglicher Beteiligung der KV/KBV:

- Modellvorhaben gemäß Paragraph 63 ff. SGB V

- Hausarztverträge gemäß Paragraph 73b SGB V (in der Regel ohne KV)
- Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Paragraph 73c SGB V)
- Impfvereinbarung gemäß Paragraph 132e SGB V
- Verträge zu Disease Management Programmen (DMP) gemäß Paragraph 137f bis g SGB V

Verträge ohne Beteiligung der KV/KBV:

- Verträge zu integrierten Versorgungsformen gemäß Paragraph 140b ff SGB V

Die KVB stellt die von den Versicherten in Anspruch genommenen und von den Ärzten abgerechneten Leistungen aus den oben genannten Verträgen den einzelnen Krankenkassen (zirka 150 Krankenkassen) quartalsweise in Rechnung. Das angeforderte Vergütungsvolumen beträgt in Bayern dabei pro Quartal rund 1,2 Milliarden Euro. Zusätzlich dazu führt die KVB – wie alle anderen KVen auch – den sogenannten Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) durch. Hierüber werden Leistungen abgewickelt, die von Versicherten, die nicht in Bayern wohnen (zum Beispiel Urlaubern aus anderen Bundesländern), bei bayerischen Ärzten und Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden. Diese Leistungen werden derjenigen KV in Rechnung gestellt, in deren Bereich die betroffenen Versicherten wohnen.

Um eine vollständige Rechnungsstellung bei den Krankenkassen und den anderen KVen durchführen zu können, ist es erforderlich, dass alle Abrechnungen der rund 25.000 bayerischen Ärzte und Psychotherapeuten im Rahmen des Gewährleistungsauftrags von der KVB verarbeitet und geprüft werden.

Von der KV zum Arzt

Die Ärzte erhalten jedes Quartal drei Abschlagszahlungen auf ihr zu erwartendes Honorar sowie eine Restzahlung. Um die Höhe des Honorars des einzelnen Arztes genau ermitteln zu können, sind nach Einreichung der Abrechnung im Wesentlichen drei Bearbeitungsschritte erforderlich:

- Prüfung der abgerechneten Leistungen auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit (Feststellung des anerkannten Leistungsbedarfs). Dabei werden insbesondere die Bestimmungen des EBM zugrunde gelegt.
- Bewertung des anerkannten Leistungsbedarfs auf Basis der in Bayern gültigen vertraglichen Vereinbarungen mit den Krankenkassen für Leistungen außerhalb der MGV (Einzelleistungsvergütung).
- Bewertung der anerkannten Menge der Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden, auf Basis des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der KV.

Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) zum 1. Januar 2012 liegt die Höhe der Honorarverteilung innerhalb der MGV wieder bei den KVen und wird in Bayern seit dem 1. Juli 2012 wieder in einem Honorarverteilungsmaßstab geregelt. Dieser wird von der Vertreterversammlung (VV) beschlossen. Die Krankenkassen wurden jedoch nicht ganz aus der Verantwortung entlassen, da eine Benehmensherstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen im SGB V vorgesehen ist. Mit Benehmensherstellung ist gemeint, dass der HVM zwar nicht das ausdrückliche Einverständnis der Krankenkassen im Sinne eines Vertragsschlusses erfordert, die Krankenkassen jedoch Einwände vorbringen können,

mit denen sich die KVB auseinandersetzen muss.

Bei der Erstellung des HVM muss die VV die in langjähriger Praxis erarbeitete Rechtsprechung des BSG zur Honorargerechtigkeit sowie die gesetzlichen Vorgaben zur Honorarverteilung, wie sie insbesondere in Paragraph 87b SGB V definiert sind, beachten. Diese sehen vor, dass der HVM Regelungen zu enthalten hat, die folgenden Anforderungen Rechnung tragen, zu denen die KBV verbindliche Vorgaben zu bestimmen hat:

- Verteilung der Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung
- Verhinderung übermäßiger Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit
- Kalkulationssicherheit hinsichtlich des vom Arzt zu erwartenden Honorars

- Berücksichtigung der kooperativen Behandlung in dafür gebildeten Versorgungsformen
- Angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit
- Gewährleistung der Sicherstellung über das gesamte Jahr

Die Abrechnungsprozesse, die zur Auszahlung des Honorars führen, sind äußerst komplex und hängen unter anderem von Datenlieferungen anderer KVen und der KBV ab, sodass sich für einen kompletten Abrechnungslauf ein Zeitaufwand von knapp vier Monaten ergibt. Um diesen Zeitaufwand nicht weiter zu erhöhen, finden nachgelagert gesetzlich vorgeschriebene Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen statt. Diese können unter Umständen zu Honorarkorrekturen führen.

Johannes Braumiller, Timo Gerdau, Guido Matzka (alle KVB)

Weiterführende Informationen zur Honorarverteilung entnehmen Sie bitte den „Erläuterungen zum HVM der KVB gültig ab 01.01.13“ unter www.kvb.de in der Rubrik Praxis/Honorar/Honorar ab 01.01.13.

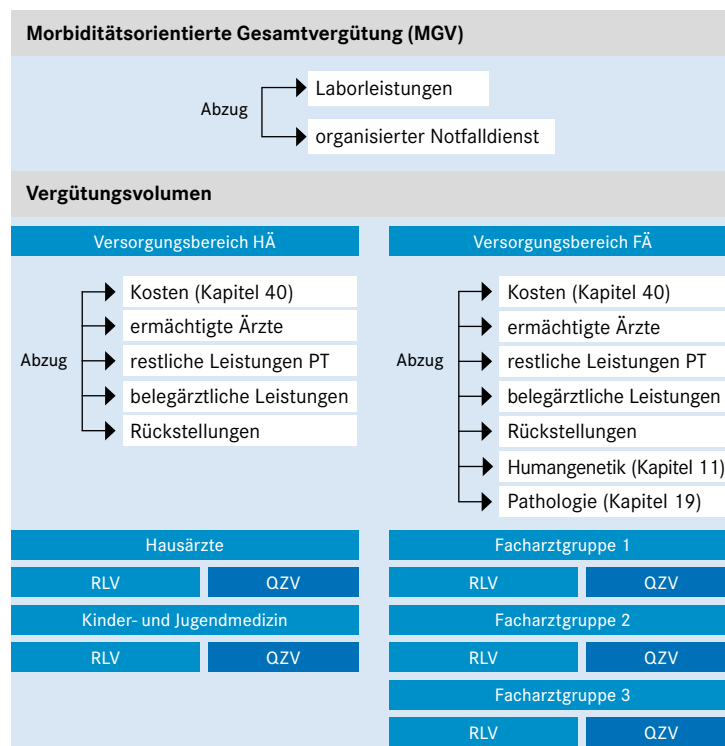


Abbildung 4

HVM-Systematik ab dem Quartal 1/2013

„WIEDER MEHR BEITRAGS-AUTONOMIE FÜR DIE KASSEN“

Dank guter Wirtschaftslage und moderater Ausgaben hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) inzwischen Rekordreserven von 28 Milliarden Euro eingefahren. Ein Großteil steckt im Gesundheitsfonds. Max Straubinger, Mitglied des Deutschen Bundestags und Gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Landesgruppe, will angesichts dieser großen Rücklagen zu mehr Wettbewerb unter den Kassen zurückkehren.

Die aktuelle Finanzsituation der GKV ist dank der zunehmenden sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse sowie der getätigten Reformen im Gesundheitswesen unter einer christlich-liberalen Bundesregierung gut. So belaufen sich die Finanzreserven zum Jahresende 2012 insgesamt auf über 28 Milliarden Euro.



Max Straubinger
erläutert in
KVB FORUM die
Nachteile eines
einheitlichen
Beitragsatzes
in der GKV.

Die immensen Rücklagen im Gesundheitsfonds sowie bei einzelnen Krankenkassen sind zwar sehr erfreulich, haben jedoch einen gewissen Beigeschmack. Denn diese enormen Rücklagen konnten auch aufgrund des von der Politik festgesetzten einheitlichen Beitragsatzes von derzeit 15,5 Prozent gebildet werden. Das hatte zur Folge, dass es faktisch keinen Preiswettbewerb mehr gibt. Auch weckt dieser Überschuss natürlich bei allen gesundheitspolitischen Akteu-

ren Begehrlichkeiten. Unter diesem Eindruck wird seit dem 1. Januar 2013 auch auf die Erhebung der Praxisgebühr verzichtet. Angesichts dieser Ergebnisse muss die Frage gestellt werden, ob dieser einheitliche Beitragssatz die richtige Grundlage für die Finanzierung eines auf Wettbewerb angelegten Gesundheitssystems sein kann. Ich denke nicht. Hierzu möchte ich vier Gründe darlegen:

1. Die zentrale Finanzzuweisung lässt den Krankenkassen keine Möglichkeit, beispielsweise mit Selektivverträgen eine besondere hausarzt- und facharztzentrierte Versorgung anzubieten, da sie sich nicht in Gefahr bringen wollen, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Damit wird ein versorgungsunfreundlicher Wettbewerb unter den Kassen in Gang gesetzt.
2. Des Weiteren orientiert sich die zentrale Finanzzuweisung nicht am Versorgungsbedarf der einzelnen Kassen und den regionalen Versorgungsstrukturen.
3. Zudem führt die nicht sachgerechte Verteilung aus dem Fonds dazu, dass einzelne Kassen den Mitgliedern eine Prämie auszahlen können. Diese Finanzmittel fehlen dann für die Versorgung in den anderen Regionen.

4. Durch den zu hohen Beitragsatz werden derzeit im Fonds und bei den Kassen doppelte Rücklagen gebildet. Damit wird Geld von den Mitgliedern erhoben, das für die Versorgung nicht zur Verfügung steht. Denn bislang ist man nicht bereit, einen so niedrigen Beitragssatz festzusetzen, dass alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssten. Es müssten dann alle Mitglieder einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag zahlen, der einen Sozialausgleich erforderlich machen würde. Der bürokratische Aufwand wäre enorm, da der Direktinzug beim jeweiligen Mitglied erfolgen beziehungsweise Erstattungen direkt mit dem einzelnen Mitglied abgerechnet werden müssten.

In Anbetracht dieser Entwicklung komme ich zu der Ansicht, dass die Krankenkassen ihre Beitragsautonomie wiedererlangen sollten. Hierdurch wird der Wettbewerb gestärkt, die Versorgungsinitiativen können gesteigert werden, eine zu hohe Rücklagenbildung wird verhindert und die Beiträge würden sich schneller den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Sinne der Mitglieder anpassen.

Max Straubinger (CSU), MdB

„BÜRGERVERSICHERUNG OHNE ZUSATZBEITRÄGE“

Wie ihr Kollege Max Straubinger (CSU) plädiert auch Angelika Graf, Mitglied des Bundestags und Gesundheitspolitische Sprecherin der Landesgruppe Bayern in der SPD-Bundestagsfraktion, für eine Rückkehr zur Beitragsautonomie der Krankenkassen. Damit enden allerdings bereits die Gemeinsamkeiten.

Frau Graf, nach einem ausgeklügelten System sollen über den Gesundheitsfonds die Krankenkassen mit den notwendigen Mitteln ausgestattet werden, um die Morbidität ihrer Versicherten abdecken zu können. Ist dieses System gescheitert?

Das System ist nicht gescheitert. Der aktuelle Risikostrukturausgleich ist eine Verbesserung gegenüber seinem Vorgänger. Er muss aber auf Basis des Berichts des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt weiterentwickelt werden. Dabei gilt es auch, die Annualisierung zu prüfen. Die SPD-Bundestagsfraktion fordert unter anderem, die damals von der Union durchgesetzte, willkürliche Begrenzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abzuschaffen. Uns ist es wichtig, dass insbesondere Ältere, Menschen mit Behinderung und chronisch Kranke nicht ausgegrenzt werden.

Wie die CDU/CSU plädieren Sie für eine Beitragsautonomie der Krankenkassen.

Zwischen den Modellen gibt es massive Unterschiede. Die SPD will, dass die Krankenkassen zugunsten von mehr Wettbewerb wieder selbst ihre Beitragssätze festlegen können. Im Rahmen der von uns befürworteten Bürgerversicherung dürfen sie aber keine Zusatzbeiträge mehr verlan-

gen. Bei CDU und CSU soll dagegen der Wettbewerb in erster Linie über unbegrenzt wachsende Zusatzbeiträge laufen. Sobald die Konjunktur wieder abflaut, drohen den Versicherten immer höhere Zusatzbeiträge, die von der Bundesregierung als unsoziale Kopfpauschalen ausgestaltet wurden. Der medizinische Fortschritt wird im Modell der Union nicht mehr zum Teil von den Arbeitgebern mitfinanziert, sondern allein von den Versicherten. Im Ergebnis würde das explodierende Zusatzbeiträge für die Versicherten oder massive Leistungskürzungen bedeuten. Die SPD lehnt das ab und will im Rahmen der Bürgerversicherung zurück zur paritätischen Finanzierung, ergänzt durch einen wachsenden Steuerzuschuss.

Thema „Überschüsse bei Fonds und Kassen“: Wie würden Sie die aufgelaufenen 28 Milliarden Euro verteilen?

Ich sehe die Überschüsse nicht als Dividende, sondern halte Reserven für etwas Gutes und denke, dass wir sie auch noch brauchen werden. Da es sich um die eingezahlten Beiträge der Versicherten handelt, wäre höchstens eine Senkung der Beiträge denkbar, um den Versicherten einen Teil zurückzugeben. Für dauerhafte Neuausgaben oder Beitragssenkungen im großen Stil darf das Geld nicht verplant werden, da dies ja auch dann finanziert wer-



Angelika Graf sieht die derzeitigen Überschüsse der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds nicht als Dividende, die schnellstens wieder ausgeschüttet werden sollte.

den müsste, wenn keine konjunkturbedingten Überschüsse mehr da sind. Der Griff in die Sozialkassen durch die Bundesregierung ist die schlechteste Alternative. Da die Bundesregierung nicht sparen will, bedient sie sich an den Beitragsgeldern der Versicherten, um auf diese Weise Haushaltskonsolidierung vorzutäuschen. Man darf nicht vergessen, dass der Steuerzuschuss des Bundes keine milde Gabe ist, sondern der Gegenfinanzierung versicherungsfremder Leistungen dient. Man darf ihn nicht mit Verweis auf die bestehenden Reserven kürzen, um kurzfristige schönere Haushaltszahlen präsentieren zu können, so wie es Herr Schäuble mit Unterstützung von CDU, CSU und FDP sowie der Bundeskanzlerin derzeit macht.

Frau Graf, vielen Dank für das Gespräch!

Redaktion

ALTERSVERSORGUNG IN SCHWIERIGEN ZEITEN

Dr. Lothar Wittek, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung (BÄV), erläutert die Herausforderungen, mit denen das Versorgungswerk im Umfeld der Finanzkrise und der anhaltenden Niedrigzinsphase konfrontiert ist. Dabei wird klar: Die BÄV als Altersversorgung der ersten Säule betreibt eine sehr vorsichtige Anlagepolitik, bei der die Sicherheit der Vermögensanlage an erster Stelle steht.

Herr Dr. Wittek, Sie haben kürzlich vor der Vertreterversammlung der KVB einen Vortrag mit dem Titel „Attraktive Altersversorgung in schwieriger Zeit“ gehalten. Inwiefern sind die Zeiten schwierig geworden?

Die derzeitige Wirtschaftslage ist geprägt durch geringes Wachstum bei gleichzeitig sehr niedrigen Zinsen und hoher Staatsverschuldung in den traditionellen Industrienatio-

wird, ist ohnehin falsch. Die Zinsen fallen schon seit den 1980er Jahren, das ist bereits ein außergewöhnlich langfristiger Trend.

Natürlich leben die Versorgungswerke nicht auf der Insel der Seligen. Das anhaltend niedrige Zinsniveau wird sich über kurz oder lang auch in den Anlageergebnissen bemerkbar machen. Aktuelle Hochrechnungen haben allerdings bestätigt, dass selbst bei einem kontinuierlich niedrigen Marktzinsniveau der Rechnungszins unseres Versorgungswerks von 3,5 Prozent noch lange erreicht werden kann. Dies verdanken wir im Wesentlichen der Zusammensetzung des Kapitalanlagenbestands, den in den letzten Jahren gebildeten Sicherheitspuffern sowie unserem besonderen Finanzierungsverfahren, bei dem die Versorgungsverpflichtungen nicht allein durch Vermögensanlagen, sondern auch durch Beitragsanteile gedeckt sind. Hierdurch wird die Abhängigkeit von der Zinsentwicklung auch im Vergleich zu anderen Möglichkeiten der Altersvorsorge deutlich reduziert.

Wie wirkt sich die Entwicklung des Aktienmarktes auf die Altersversorgung der Ärzte aus?

Steigende Aktienkurse liefern einen erheblichen Beitrag zum Gesamtergebnis. Wir sind allerdings nicht in Einzeltitel investiert, sondern in weltweite Fonds. Das gewährleistet eine bestmögliche Streuung und Mischung in der Aktienanlage. Die Aktienquote wird aktiv gesteuert, sie liegt aktuell auf Buchwertbasis bei über acht Prozent.

Sozialminister Norbert Blüm sagte einmal: „Die Renten sind sicher.“ Inwieweit trifft dies heute auf die Bezüge aus der Bayerischen Ärzteversorgung zu?

Die Anlagephilosophie unseres Versorgungswerks hat Gültigkeit weit über den Tag hinaus. Damit wird bereits heute sichergestellt, dass Versorgungsleistungen auch in Jahrzehnten noch Monat für Monat ausgezahlt werden können. Oberste Prämisse war und ist eine breite Mischung und Streuung des Vermögens unter Wahrung einer jederzeit ausreichenden Liquidität. Das Portfolio ist so ausgerichtet, dass eine möglichst geringe Korrelation zwischen den einzelnen Anlageklassen besteht, um ausgeprägte Einzelrisiken zu vermeiden. So können wir selbst erhebliche Wertschwankungen guter und schlechter Jahre sicher verkraften. Die genaue Aufteilung der Kapital-

Für Dr. Lothar Wittek steht fest, dass die BÄV selbst erhebliche Wertschwankungen verkraften kann. „Die Sicherheit der Finanzierung unsere Leistungszusagen wird jährlich überprüft.“



nen Europa, USA und Japan. Vieles spricht dafür, dass die kommenden Jahre für klassische Investments nicht einfach werden. Dass in diesen Tagen in den Medien immer von einer Zinsdelle gesprochen

anlage errechnen wir unter Berücksichtigung der Sicherheitsmittel durch eine Risikosimulation in einer strategischen Kapitalanlageplanung. Dabei bedienen wir uns moderner wissenschaftlicher Verfahren. Die Sicherheit der Finanzierung unserer Leistungszusagen wird jährlich einerseits durch ein versicherungsmathematisches Gutachten und andererseits durch unabhängige Wirtschaftsprüfer geprüft. Auch die Versicherungs- und Rechtsaufsicht des Freistaats Bayern prüft mit eigenen Experten.

Die Bayerische Ärzteversorgung hat sehr frühzeitig damit begonnen, auf die Niedrigzinsphase an den Kapitalmärkten zu reagieren. So wurden Unternehmensanleihen erstklassiger Bonität erworben, die Zinserträge oberhalb des Rechnungszinses erbringen. Zudem investieren wir neben festverzinslichen Anlagen und Aktienfonds besonders in hochwertige Immobilien, die konstante Mieteinnahmen gewährleisten. Damit Immobilien die in sie gesetzten Erwartungen auch tatsächlich erfüllen können, wird auch hier mit großer Sorgfalt vorgegangen.

Aktuell im Blickpunkt steht die Ausweitung der sogenannten alternativen Anlagen. Darunter fallen beispielsweise Investitionen in den Bereichen Transport, Versorgung, regenerative Energie und soziale Infrastruktur. Im Ergebnis können solche Investments dabei helfen, den Diversifikationsgrad des Gesamtportfolios weiter zu erhöhen. Infrastrukturinvestitionen erbringen in der Regel stabile Rückflüsse und bieten zudem einen inhärenten Inflationsschutz. Darüber hinaus ist die Wertentwicklung dieser Anlagen weitgehend unabhängig von der Entwicklung der Aktien- und Rentenmärkte und daher eine sinnvolle Beimischung für das Gesamtportfolio.

Können Sie einige Vorhaben nennen, bei denen sich die BÄV mit ihrem Kapital finanziell engagiert?

Ich will zwei konkrete Beispiele nennen: Im Jahr 2011 haben wir mit der Vergabe von Realkrediten erstmalig eine neue Anlageform gewählt. Für einen Zeitraum von zehn Jahren stellen wir die Fremdkapitalfinanzierung für den Kauf der ehemaligen Dresdner Bank-Zentrale zur Verfügung. Der 166 Meter hohe „Silberturm“ mit 36 Stockwerken mitten im Frankfurter Bankenviertel wurde seit 2009 umfassend modernisiert. Der Gebäudekomplex ist langfristig an die Deutsche Bahn AG vermietet.

Im Rahmen des Projekts „arabeska“ wird im Münchner Arabellapark die Errichtung eines Bürokomplexes mit einer Fläche von rund 26.000 Quadratmetern vorgenommen. In einem weiteren freistehenden Bau entsteht ein Wohngebäude mit 28 Wohnungen, verteilt auf acht Etagen. Mit modernsten Maßnahmen zur Energieeffizienz, wie zum Beispiel Grundwassernutzung für Heizung und Kühlung oder innovative Wärmeenergieerzeugung auf der Basis erneuerbarer Energien, erfüllt die Immobilie höchste ökologische Ansprüche. Bereits weit vor der Fertigstellung konnte eine der größten europäischen Patent- und Rechtsanwaltskanzleien als Hauptmieter gewonnen werden.

Würden Sie jungen Ärzten auf der Suche nach einer sicheren Altersvorsorge alternative Vorsorgeformen wie etwa Lebensversicherungen oder private Zusatzversicherungen empfehlen?

In Hinblick auf die langfristigen Auswirkungen einer solchen Entscheidung muss diese wohl überlegt sein. Die Kollegen sollten das Für und Wider sorgfältig abwägen und die konkrete Entscheidung

erst nach genauem Studium der verschiedenen Optionen fällen. Wenn der genaue Bedarf festgelegt ist, sollten immer mehrere Vergleichsangebote eingeholt werden. Stimmen Bedarf und Leistungsumfang überein, ist auf eine jährliche Anpassung der Leistungen wegen der drohenden Inflationsgefahren zu achten. Derzeit müssen Lebensversicherer Neukunden über die Laufzeit eines Vertrags eine jährliche Verzinsung von 1,75 Prozent garantieren. Die Tendenz ist seit Jahren sinkend. In vielen Fällen liegt die Inflationsrate höher als die Nominalverzinsung. Und die Verzinsung bezieht sich nur auf den sogenannten Sparanteil, der um bis zu 20 Prozent unter der Einzahlung liegen kann, weil verschiedene Kosten und Provisionen vorher abgezogen werden.

Per Saldo ist festzustellen, dass zusätzliche freiwillige Mehrzahlungen an das Versorgungswerk deutlich höhere Leistungen erwarten lassen als Einzahlungen in andere Systeme. Hinzu kommt, dass die Sicherheit einer Anstalt des öffentlichen Rechts in den heutigen Zeiten kaum zu übertreffen ist. Die Höhe der individuell noch möglichen freiwilligen Mehrzahlungen und deren Auswirkungen auf die künftigen Versorgungsleistungen können aktuell dem Jahreskontausweis mit Anwartschaftsmittellung vom Januar 2013 entnommen werden. Auch über das Online-Portal unter www.baev24.de können jederzeit variable Berechnungen durchgeführt werden. So kann jedes Mitglied transparent nachvollziehen, wie sich freiwillige Mehrzahlungen auf die Versorgungsleistungen auswirken.

Durch zusätzliche Beitragszahlungen steigen nicht nur die Anwartschaften für das Altersruhegeld, sondern zugleich die Ansprüche auf Berufsunfähigkeits- und Hin-

Das Projekt „arabeska“ im Münchner Arabellapark ist eines von mehreren Bauvorhaben, bei denen sich die BAV finanziell engagiert. Hier entsteht ein Bürokomplex mit einer Fläche von rund 26.000 Quadratmetern.



terbliebenenversorgung. Ein wesentlicher Vorteil freiwilliger Mehrzahlungen ist zudem die weitgehende Gestaltungsfreiheit. Die Mitglieder können die Höhe der Zusatzbeiträge bis zu den satzungsgemäßen Höchstbeiträgen selbst bestimmen und jährlich neu entscheiden, ob und in welcher Höhe diese gewünscht sind. Damit ist eine flexible Anpassung an die individuelle Einkommenssituation möglich.

Das Versorgungswerk zeichnet sich durch vergleichsweise niedrige Verwaltungskosten aus. Im Gegensatz zu privaten Anbietern fallen auch keine Provisions- und Akquisitionskosten an. Interessant ist natürlich ebenfalls der steuerliche Aspekt. Für das Jahr 2013 können bereits 76 Prozent der im Kalenderjahr geleisteten Beiträge zu berufsständischen Versorgungswerken steuerlich berücksichtigt werden (maximal 15.200,- Euro bei Ledigen beziehungsweise 30.400,- Euro bei Zusammenveranlagten).

Warum ist aus Ihrer Sicht die BÄV auch heute noch die beste aller Vorsorgealternativen?

Bei Sicherheit und Rendite ist die BÄV allen anderen Systemen der Altersversorgung überlegen, zumal niemand besser vertraut ist mit den spezifischen Anforderungen an die Altersversorgung unseres Berufsstandes. Mit einer vorausschauenden Anlagestrategie wurde bereits in der Vergangenheit ganz bewusst von riskanten Engagements abgesehen. Die Leistungsfähigkeit des Versorgungswerks zeigt sich nicht zuletzt darin, dass ungeachtet der schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen eine beständige Dynamisierung der Versorgungsleistungen erfolgen konnte. Mit der in Selbstverwaltung organisierten Form, die auf Verbundenheit und Nähe zum Berufsstand setzt und auf einer ausgeprägten Mitgliederorientierung basiert, bildet unser Versorgungswerk zudem einen Gegenpol zu wirklichkeitsfremden Entscheidungen anonymer Vermögensverwalter. In der heutigen Zeit mag dieser Ansatz vielleicht nicht sonderlich spektakulär klingen.

Doch im Gegensatz zu anderen Institutionen und Unternehmen existieren wir damit erfolgreich seit 90 Jahren. In dieser Zeit wurde manch harte Bewährungsprobe bestan-

den. Die Folgen des Ersten Weltkriegs wurden ebenso überwunden wie der Zweite Weltkrieg und seine schrecklichen Auswirkungen, dann die Währungsreform, der wirtschaftliche Wiederaufbau sowie die Wirtschafts- und Finanzkrisen der jüngsten Zeit. So wechselhaft die Rahmenbedingungen über die Jahrzehnte auch waren, eine stabile Konstante fällt auf: Das Versorgungswerk hat über alle Krisen hinweg immer ausreichend Sicherheit gewährleistet.

Haben Sie Wünsche an die KVB?

Ja, durchaus: Ich wünsche mir, dass die KVB jedes Jahr erfolgreiche Honorarverhandlungen führt, mit einem Honorarzuwachs, der nicht die Umsätze von Technikproduzenten steigert, sondern auf den Konten der bayerischen Vertragsärzte zu einer Verbesserung des Nettoertrags für jeden Einzelnen führt.

Herr Dr. Wittek, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Martin Eulitz (KVB)

ANERKENNUNG VON PRAXISNETZEN

Im Zentrum der diesjährigen KBV-Messe Mitte April in Berlin standen vernetzte Versorgungsstrukturen. Neben Vorträgen zu Kooperation und Vernetzung spielte auch die neue Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Anerkennung von Praxisnetzen nach dem neuen Paragraphen 87b SGB V eine große Rolle. Zum 1. Mai 2013 ist die Rahmenvorgabe in Kraft getreten.

Anfang 2012 wurde durch das Versorgungsstrukturgesetz in Paragraph 87b SGB V geregelt, dass Praxisnetze künftig gefördert werden können, sofern sie von der jeweiligen KV anerkannt sind. Die Rahmenvorgabe sieht unter anderem Kriterien zur Struktur von Praxisnetzen (Größe, Zusammensetzung, Dauer des Bestehens) und zur Erfüllung bestimmter Versorgungsziele vor. In den nächsten Monaten ist es nun Aufgabe der Länder-KVen, aus der Rahmenvorgabe eine entsprechende Richtlinie zur Umsetzung für die Praxis zu erstellen.

Zusätzliche Mittel für Förderung

In einer Podiumsdiskussion mit Vertretern von GKV-Spitzenverband, KBV und der Agentur deutscher Arztnetze wurde neben den einzelnen Kriterien auch diskutiert, wie die künftige finanzielle Förderung von Netzen gestaltet werden kann. Dabei waren sich sowohl die Vertreter der Ärzteschaft als auch Dr. Manfred Partsch vom GKV-Spitzenverband einig, dass eine Förderung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wie sie das Gesetz vorsieht, nur schwer umsetzbar sei. Perspektivisch sollen die Krankenkassen für die Förderung von Netzstrukturen zusätz-

liches Geld zur Verfügung stellen – so die klare Forderung der Ärzteschaft. Kassenvertreter Partsch forderte dafür wiederum, dass Praxisnetze hierfür einen Mehrwert bei der Patientenversorgung bieten müssten.

Klare Position der KVB

Im Workshop „Perspektiven für Praxisnetze“ stellte Fabian Demmelhuber, Leiter des Referats Versorgungskonzepte und Zusatzverträge der KVB, die Sicht der KV Bayerns zum neuen Paragraphen 87b SGB V vor: Die Förderung von Praxisnetzen werde durchaus als sinnvoll erachtet – jedoch dürfe die finanzielle Förderung nicht zulasten der Ärzte gehen, die nicht in Netzen organisiert seien. Außerdem zeigte Demmelhuber auf, wie erfolgreiche Kooperationen zwischen der KVB und Vernetzungen auch in der Vergangenheit funktioniert haben, ohne dass es einer expliziten gesetzlichen Regelung bedurfte.

Auch ohne Anerkennung erfolgreich

Dass Vernetzungen bereits jetzt schon unabhängig von der KBV-Rahmenvorgabe erfolgreich sein können, wurde auch durch die Anwesenheit der 40 Aussteller auf der



KBV-Messe deutlich. Mit dabei waren auch zwei bayerische Projekte: das onkologische und palliativmedizinische Netzwerk von Dr. Ursula Vehling-Kaiser aus Landshut sowie das Netzwerk „IKARUS“ zur Versorgung älterer Menschen in häuslicher Umgebung unter der Leitung von Dr. Christa Scholtissek aus München. Die KVB wird sich in den nächsten Monaten intensiv mit der Umsetzung der Rahmenvorgabe befassen und bayerischen Netzen auf ihrem Weg zur Anerkennung als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Praxisnetze*.

Kathrin Stubenvoll (KVB)

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (Zweiter von links) informiert sich zusammen mit KVB-Vorstandsmitglied Dr. Pedro Schmelz (rechts) während der KBV-Messe über bayerische Netzwerkstrukturen.

DIE AUFGABEN DER ÄRZTLICHEN LEITER RETTUNGSDIENST

Dr. Michael Bayeff-Filloff ist Landesbeauftragter der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Bayern (ÄLRD). In KVB FORUM beschreibt er die Aufgaben, Rechte und Pflichten der bestellten ÄLRD gegenüber den Notärzten und rückt dabei einige Fehlinformationen und Vorurteile zurecht.

Setzt auf Kommunikation: Dr. Michael Bayeff-Filloff will die Notärzte in Bayern künftig auf elektronischem Wege informieren. Dazu plant die KVB die Einrichtung eines eigenen E-Mail Accounts.

Die Frage nach dem Weisungsrecht der ÄLRD gegenüber den Notärzten beschäftigt deren Interessenvertretungen seit Einführung des Pilotprojektes in Bayern 1998. Es war nicht die Intention des Gesetzgebers, die ausführenden Notärzte im einzelnen Behandlungsfall zu reglementieren. Auch die mittlerweile in allen 26 Rettungsdienstbereichen bestellten ÄLRD verstehen sich nicht als „Chefärzte der Notärzte“. Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst ist vielmehr der von der obersten Rettungsdienstbehörde beauftragte Qualitätsmanagementbeauftragte. Diese Stellung wird mit dem aktuellen Änderungsgesetz zum Bayerischen Rettungsdienstgesetz (BayRDG) in Artikel 45 gestärkt. Neben den Durchführenden und Unternehmern für den nicht ärztlichen Bereich und der KVB für die ärztlichen Belange ist der Ärztliche Leiter Rettungsdienst hinsichtlich Inhalt und Ausführung der durchzuführenden Maßnahmen im Qualitätsmanagement (QM) zu beteiligen.

Was heißt dies konkret für die Praxis?

Voraussetzung für den Aufbau und die systematische Verbesserung eines QM ist eine fundierte Ausbildung. Alle in Bayern bestellten ÄLRD haben eine umfassende Weiterbildung über die Bayerische Landesärztekammer absolviert.

Bedingung für den Abschluss ist die erfolgreiche Prüfung der Zusatzbezeichnung Ärztliches Qualitätsmanagement.

Die gesetzlich beschriebene Funktion des ÄLRD ist institutionell zu verstehen. Die Institution des ÄLRD wird von zwei bis vier Personen gemeinschaftlich ausgeübt, die jeweils in einem nicht selbstständigen Beschäftigungsverhältnis beim jeweiligen Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung stehen. Die Rolle des ÄLRD ist dabei für die Umsetzung der QM-Maßnahmen strikt fachlich und im Verhältnis zu allen Beteiligten des Rettungsdienstes neutral. Zugegebenermaßen ist der Spagat zu meist jahrelanger persönlicher ärztlicher Verantwortlichkeit schwierig. Wesentlich für die Akzeptanz ist dabei die unabhängige Stellung des ÄLRD. Er hat nur einen – eben seinen – Hut auf. Alle weiteren Ämter wie der des Chefarztes einer Hilfsorganisation führen zu potenziellen Interessenkonflikten und wurden daher vom Gesetzgeber ausgeschlossen.

Die Vorgabe im Artikel 11 des BayRDG bei der Aufgabenerfüllung als ÄLRD, „im Zusammenwirken“ mit allen Beteiligten im Rettungsdienst zu agieren, ist sicherlich die Kernaussage im Selbstverständnis der ÄLRD. Die Organisation kompetenter, entscheidungsfähiger Arbeits-



kreise hat sich in den zwei Jahren der bayernweiten Umsetzung bestens bewährt. So wurde zum Beispiel für die Festlegung der notärztlichen Dokumentation für das QM der Runde Tisch Qualität im Notarztdienst (RTQN) gegründet. Dieser wurde in KVB FORUM, Ausgabe 4/2013, Seite 10, bereits ausführlich beschrieben. Wer nun klagt, dass dies alles zu lange dauert, dem sei gesagt, dass die Festlegung sicherer Datenwege (auch zur gleichzeitigen Abrechnung), die Vermeidung von Doppeldokumentation sowie die möglichst anwenderfreundliche Datenerfassung allesamt Inhalte dieses Arbeitskreises waren und der Abgleich mit Vorgaben im nicht ärztlichen Rettungsdienst darüber hinaus im Lastenheft stand. Die Abarbeitung dieser Themen benötigt einfach seine Zeit. Die ÄLRD sehen es im nächsten Schritt als unabdingbar an, alle medizinischen Daten der

Rettungsdienstseinsätze (nicht ärztliche wie ärztliche) für die Versorgungsforschung zu erheben. Dabei erfolgt die Datenerhebung und -bearbeitung selbstverständlich anonym und rein auf medizinische Wertigkeit bezogen. Dies ist keine „Big Brother is watching you“-Kampagne der ÄLRD. Andere Bundesländer oder Teilbereiche wie die Luftrettung sind uns hier weit voraus und können bereits Ergebnisse zur Prozessqualität des Rettungsdienstes abbilden.

Aber auch andere Themen werden von uns oft auf Anfragen der obersten Rettungsdienstbehörde beziehungsweise der Sozialversicherungsträger bearbeitet. Wichtige Arbeitskreise sind hier zur medizinisch-technischen Ausstattung der Rettungsmittel außerhalb der DIN oder zur angemessenen Disposition der Rettungsmittel etabliert.

In Bayern werden Rettungstransportwagen (RTW) und Krankentransportwagen (KTW) nach Realdaten bedarfsgerecht vorgehalten. Das Monitoring im jeweiligen Rettungszweckverband ist originäre Aufgabe der ÄLRD. Vielerorts konnten hier in den Rettungszweckverbandsversammlungen vorgeschalteten Gesprächen mit den Kostenträgern pragmatische Lösungen für mehr Patientensicherheit erreicht werden. Derzeit wird die Vorhaltung der KTW vielerorts mit erheblicher Verzögerung den Daten von 2006 angepasst. Die ÄLRD begleiten die Einführung eines Flottenmanagements, um im Krankentransport vorrangige Fahrten sicher erfassen und insgesamt steigenden Wartezeiten entgegensteuern zu können.

Der Notarztdienst unterliegt bisher nicht der bedarfsgerechten Vorhaltung. Gerade deshalb ist es notwendig, in Ruhezeiten Kernzonen zum Standort zu definieren, in denen Notärzte ihrem Anspruch einer

zeitgerechten Versorgung von Notfällen auch gerecht werden können. Es wird vielerorts über das Ausrückintervall (Zweiminutenregelung) und das gemeinsame Ausrücken der NEF-Fahrer (Fahrer Notarzteinsetzfahrzeug) diskutiert. Diese Vorgaben werden oft als Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Notarztes gewertet, dienen als möglichst einzuhaltende Richtlinie aber einzig und allein dem Bestreben, mehr Patientensicherheit zu generieren. Die wenigen evidenten Studien, auf die wir zurückgreifen können, beweisen eindeutig, dass die ärztliche Versorgung in den ersten Minuten nach Ankunft am Notfallort entscheidend für das Outcome des Patienten ist.

Thema Honorar

Die ÄLRD wurden oft gefragt, wieso sie hier nicht Stellung für die Notärzte beziehen. Der Verlauf und die Ergebnissuche von Entgeltverhandlungen sind im Rettungsdienst allgemein und natürlich auch für die Notärzte gesetzlich geregelt. Die Verhandlungen finden für diesen Bereich zwischen den Sozialversicherungsträgern und der KVB innerhalb gesetzlich vorgegebener Zeiträume statt. Kommt es zu keinem einvernehmlichen Verhandlungsergebnis, entscheidet eine Entgeltschiedsstelle und im Nachgang unter Umständen die Verwaltungsgerichte. Geht es um die Verteilung und den Einsatz der von der KVB mit den Krankenkassen verhandelten Honorare gegenüber den Notärzten, ist die Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte als Interessenvertretung gefordert. Die ÄLRD sehen mit Sorge das zähe und vor allem intransparente Verfahren und haben dies auch mehrfach entsprechend geäußert. Die Darstellung der Rechtsgrundlagen in KVB FORUM, Ausgabe 04/2013 war sehr wichtig. Denn sonst bleibt den Notärzten

nichts anderes übrig als in Internet-Foren über die Hintergründe zu spekulieren.

Zu wenige oder gar keine Informationen werden dann zu völlig unterschiedlichen Themen vermengt. So hat zum Beispiel die nach einem Urteil des Landessozialgerichts zwingend wieder erforderliche Ermächtigung der Notärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach den bundesrechtlichen Vorgaben des SGB V mit den diskutierten Fragestellungen zur Notarzhonorierung nichts zu tun. Wird das alles in einen Topf geworfen, führt dies zu unnötigen Irritationen, die letztlich die Sicherstellung des Notarztdienstes gefährden.

Die Rolle des Landesbeauftragten

Die Vollversammlung der ÄLRD hat Ende 2011 ihren Landesbeauftragten eingerichtet und über die Ausschussmitglieder gewählt. Diese Funktion hat sich als Bindeglied zur obersten Rettungsdienstbehörde bewährt, sodass sie im Änderungsgesetz zum BayRDG und in der Ausführungsverordnung nunmehr auch gesetzlich aufgenommen wurde. Die Aufgabe des Landesbeauftragten besteht in erster Linie darin, die Kommunikation unter den ÄLRD, aber auch zwischen den verschiedenen Beteiligten des Rettungsdienstes auf Landesebene zu unterstützen und zu koordinieren. Er stellt mit dieser Aufgabe weder die grundsätzliche fachliche Empfehlungskompetenz des ÄLRD-Ausschusses noch die berufliche Unabhängigkeit der Notärzte infrage. Ganz persönlich möchte ich gerade in dieser Funktion helfen, die Hürden einer Zusammenarbeit sowie die Vorbehalte der Beteiligten untereinander abzubauen.

Dr. Michael Bayeff-Filloff (ÄLRD)

ZWEITER HYGIENETAG DER KVB

Am 4. Mai haben zirka 130 interessierte Ärzte und Praxismitarbeiter das Angebot des zweiten KVB-Hygienetags genutzt und sich in Vorträgen, Workshops und im Rahmen einer Industrieausstellung zum diesjährigen Thema „Aufbereitung von Instrumenten und Medizinprodukten“ informiert.

Ziel der Veranstaltung war es, das Wissen der Teilnehmer zur sachgerechten Aufbereitung in der Arztpraxis auf den aktuellen Stand zu bringen, da die überarbeitete Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)

neuen KRINKO/BfArM-Empfehlungen über Fragen der Haftung und Verantwortung der ärztlichen Praxisleitung bis hin zur Kooperation mit dem Gewerbeaufsichtsamt boten die Referenten einen umfassenden Überblick sowie Ansatzpunkte für intensive Diskussionen.

fahl für alle Aufbereitungsschritte die Erstellung von Standard-Arbeitsanweisungen, die den Richtlinien entsprechen und im Praxisalltag gelebt werden müssten.

Hermann Hintner, Leiter des Bereichs Medizinprodukte im Gewerbeaufsichtsamt Schwaben, widmete sich in seinem Fachbeitrag der Validierung der Instrumentenaufbereitung. Der Begriff der Validierung, so Hintner, sei früher eher auf die maschinelle Aufbereitung bezogen gewesen. Seit 2012 spreche die Validierung in der KRINKO/BfArM-Empfehlung nun auch manuelle Aufbereitungsprozesse an. Der Referent machte auch deutlich, dass sich die Gewerbeaufsichtsämter bieten Beratungen zu Fragen der Instrumenten- und Medizinprodukte-Aufbereitung an.“



Professor Christiane Höller, Leiterin des Sachgebiets Hygiene am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, stellte in ihrem Vortrag die ebenfalls 2012 aktualisierte Medizinische Hygieneverordnung für Bayern und deren Anforderungen an Arztpraxen in den Mittelpunkt. „Auch Arztpraxen sind dazu verpflichtet, einen Hygieneplan zu erstellen. Dieser ist aber nicht nur als Reinigungs- und Desinfektionsplan zu verstehen, sondern soll alle Aspekte des Infektionsschutzes umfassen“, so Höller, die auch auf die Empfehlungen zur Aufbereitung einging. „Diese enthalten wertvolle Informationen und es ist sinnvoll, sich intensiv damit zu beschäftigen“, so ihr Fazit.

Am Nachmittag hatten die Teilnehmer Gelegenheit, sich im Rahmen mehrerer Workshops noch intensiver mit der Thematik zu befassen. Neben der richtigen Klassifizierung von Medizinprodukten und Informationen zu technischen Geräten und Prüfverfahren wurden hier auch spezielle Anwendungsbereiche (HNO-Praxis, Endoskopie und ambulantes Operieren) detailliert dargestellt. Begleitet wurde das umfassende Programm von einer interessanten Industrieausstellung.

Janina Bär (KVB)

beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auch die für Arztpraxen geltenden Anforderungen neu definiert hat. Gleich zur Begrüßung machte Dr. Josef Pilz, Regionaler KVB-Vorstandsbeauftragter für München, deutlich, wie wichtig die hygienische Aufbereitung von Instrumenten und Medizinprodukten für die tägliche Arbeit in den Praxen sei. „Eine moderne Arztpraxis benötigt Praxisinhaber und medizinische Mitarbeiter, die sich gemeinsam für Hygiene einsetzen“, betonte er angesichts der vielen medizinischen Fachgesellschaften, die zum Hygienetag gekommen waren.

Die Vorträge am Vormittag beleuchteten verschiedene Aspekte, die es bei der Aufbereitung von Instrumenten und Medizinprodukten zu beachten gilt. Von den bereits genannten

Petra Geistberger, Rechtsanwältin aus München, beschäftigte sich in ihrem Vortrag vor allem mit Verantwortung und Haftungsrecht. Dabei lag ihr Fokus auf den rechtlichen Grundlagen wie beispielsweise der Medizinprodukte-Betreiberverordnung und der RKI-Richtlinie. Ihr Resümee: Das Einhalten der RKI-Richtlinie in jedem einzelnen Punkt ist Voraussetzung, um auf der sicheren Seite zu sein und eine Haftung auszuschließen. Geistberger emp-

Die Präsentationen des Hygienetags finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik Übers/termine und Veranstaltungen/Veranstaltungsrückblicke/Zweiter KVB-Hygiene-tag.

DAS KONTAKTERFASSUNGS-PROGRAMM DER KVB: helpLine®

Die KVB möchte ihren Mitgliedern einen qualitativ hochwertigen und individuellen Service bieten und arbeitet deshalb ständig daran, diesen zu verbessern. Dabei hilft den Mitarbeitern von Mitgliederservice und Beratung nicht nur umfassendes Expertenwissen, sondern auch das Kontakterfassungsprogramm helpLine®. Dank einer umfangreichen Wissensdatenbank, die kontinuierlich gepflegt und weiterentwickelt wird, stehen den Mitarbeitern für die Beratung der KVB-Mitglieder alle relevanten Informationen schnell und fundiert zur Verfügung.

Alle Kontakte zu Ärzten und deren Praxisteams werden von den Mitarbeitern Mitgliederservice und Beratung in helpLine® in Form eines sogenannten Tickets erfasst. Als Kontakte zählen hierbei jede durchgeführte persönliche Beratung sowie alle telefonisch, persönlich und auch schriftlich (E-Mail, Brief, Fax, Kontaktformular auf www.kvb.de) eingehenden Anfragen. Kann das Ticket nicht sofort oder direkt vom

Online-Themen und Seminare erfasst: vom kurzen Anruf zur Abrechenbarkeit einer EBM-Ziffer über die Sperrung der KV-Ident-Karte bis hin zur ausführlichen persönlichen Honoraranalyse, Pharmakotherapieberatung oder Beratung bezüglich komplexer Praxiskonstellationen.

Wie funktioniert helpLine®?

Bei der Bearbeitung einer Anfrage versorgt das Programm den entsprechenden Mitarbeiter in einer vorgegebenen Maske mit allen relevanten Praxisinformationen (Arztregisterdaten, BSNR, LANR, Praxisanschrift, Fax- und Telefonnummer, E-Mail-Adresse). Diese werden auch im jeweiligen Ticket praxis- und/oder personenbezogen gespeichert. Für den Fall, dass ein Mitglied zur Beantwortung seiner Anfrage abweichende Kontaktdaten nennt, die nicht im Arztregister hinterlegt sind, werden diese ebenfalls in seinem Ticket vermerkt. Auch werden frühere Kontakte mit ihm oder seinem Praxispersonal sowie die Auskünfte der KVB-Berater – egal, auf welchem Kommunikationsweg diese gegeben wurden – im jeweiligen Ticket dokumentiert und sind jederzeit wieder abrufbar. Dadurch wird gewähr-

leistet, dass der KVB-Berater einen besseren Überblick über bereits erledigte Anfragen, geführte Telefon- und Beratungsgespräche sowie die Korrespondenz mit dem Mitglied erhält und es somit noch gezielter und individueller beraten kann. Natürlich kann es dabei auch vorkommen, dass im Zusammenhang mit einer Anfrage teilweise patientenbezogene Daten, wie zum Beispiel Streichungen von Gebührenordnungspositionen, erfasst und gespeichert werden. Doch kann jedes Mitglied der KVB sicher sein, dass die gespeicherten Daten absolut vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergegeben und regelmäßig automatisch gelöscht werden.

Durch den Einsatz des Kontakterfassungsprogramms helpLine® stellt die KVB sicher, dass alle Prozesse zuverlässig ablaufen und keine Mitgliederanfrage verloren geht. Es erleichtert den KVB-Mitarbeitern die Bewältigung ihres Aufgabenspektrums, damit sie sich mehr auf ihre Kernaufgabe – die Beratung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie deren Praxisteams – konzentrieren können.

Karin Dersch (KVB)



aufnehmenden Mitarbeiter bearbeitet werden, wird es zur weiteren Bearbeitung an den richtigen Ansprechpartner – auch über Abteilungsgrenzen hinweg – weitergeleitet. Allein im vierten Quartal 2012 hat die Abteilung Mitgliederservice und Beratung so über 72.000 Kontakte mit Ärzten und Praxismitarbeitern zu allen Themen rund um Praxis, Abrechnung, Verordnung,

ORALE ANTIKOAGULANTIEN: DIE PROGRAMMIERTE KOSTEN- EXPLOSION

Sie wurden angekündigt wie ein neuer Heilsbringer und in den Medien entsprechend inszeniert – die neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs). Die Fachzeitschriften waren schon voll des Lobes, bevor das erste neue Medikament für nicht-valvuläres Vorhofflimmern überhaupt auf dem Markt war. Manche Blätter berichteten sogar von einer Art Revolution. Die Rolle der Fachgesellschaften und der Leitlinien sollte aber kritisch hinterfragt werden.

Sachlich betrachtet ist es nämlich eher ernüchternd, was die Potenz der NOAKs gegenüber Marcumar betrifft. Die absolute Wirksamkeit liegt bei Dabigatran 0,69 Prozent, bei Rivaroxaban und Apixaban lediglich 0,3

muss zwischen 145 und 333 Personen ein Jahr lang mit NOAKs behandeln, um einen Schlaganfall oder eine Thromboembolie mehr gegenüber Marcumar zu verhindern. Das ist eher nicht berauschend. Kennt man nun noch die Werte, über wel-

So schafften es die Patienten im Marcumar-Arm im Vergleich mit Dabigatran lediglich über 64 Prozent der Zeit im therapeutischen Range zu sein, bei ROCKET-AF, der Zulassungsstudie von Rivaroxaban, waren es gar nur 55 Pro-

Gerinnungshemmende Behandlungen gibt es mehrere. Gehören die neuen oralen Antikoagulantien wirklich schon zum Therapiestandard?



beziehungsweise 0,33 Prozent über der von Marcumar. Die daraus errechnete Number needed to treat (NNT) liegt demnach zwischen 145 und 333 Patienten. Das heißt, man

chen Zeitraum die Patienten der Studien im Marcumar-Arm im erwünschten therapeutischen INR-Range von 2 bis 3 gelegen haben, ist das Bild noch enttäuschender.

zent, bei Apixaban in der ARISTOTLE-Studie 62 Prozent. Das heißt im Klartext aber auch, dass das minimale, aber signifikant bessere Ergebnis bei den geprüften Subs-

Risiko-Scores für Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern

CHA ₂ DS ₂ -VASC Risikofaktoren	Punkte
Herzinsuffizienz oder linksventrikuläre Dysfunktion	1
Hypertonie	1
Alter ≥ 75 Jahre	2
Alter 65 – 74 Jahre	1
Schlaganfall oder TIA	2
Gefäßerkrankung (Myokardinfarkt, Katheterintervention, koronarer Bypass in der Anamnese, periphere Aortenstenose, Aorten-Plaques)	1
Weibliches Geschlecht	1

Tabelle 1

CHADS ₂ Risikofaktoren	Punkte
Herzinsuffizienz in der Anamnese	1
Hypertonie	1
Alter ≥ 75 Jahre	1
Diabetes mellitus	1
Schlaganfall, TIA oder andere Embolie in der Anamnese	2

Tabelle 2

Baseline patient characteristics			
Age, years	71,5 +/- 8,7 (mean +/- SD)	73 (65-78) [median (interquartile range)]	70 (63-76) [median (interquartile range)]
Male sex, %	63,6	61,3	64,5
CHADS ₂ (mean)	2,1	3,5	2,1

Tabelle 3

Quelle: S. Konstantinides, T. Münzel: Hämostaseologie 3/2012; Übersichtsarbeit Apixaban, Schattauer 2012 S. 205

Recommendations for prevention of thromboembolism in non-valvular AF			
Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
In patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASC score ≥2, OAC therapy with: <ul style="list-style-type: none"> ■ adjusted-dose VKA (INR 2–3); or ■ a direct thrombin inhibitor (dabigatran); or ■ an oral factor Xa inhibitor (e.g. rivaroxaban, apixaban)d ... is recommended, unless contraindicated.	I	A	3, 4, 70, 82
In patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASC score of 1, OAC therapy with: <ul style="list-style-type: none"> ■ adjusted-dose VKA (INR 2–3); or ■ a direct thrombin inhibitor (dabigatran); or ■ an oral factor Xa inhibitor (e.g. rivaroxaban, apixaban)d should be considered, based upon an assessment of the risk of bleeding complications and patient preferences.	IIa	A	33, 44

Tabelle 4

Quelle: ESC-Leitlinie 2012

tanzen vor allem darauf zurückzuführen ist, dass die Patienten trotz Studienbedingungen im Marcumar-Arm einfach zu schlecht eingestellt waren.

Hinzu kommen aber auch noch Beschränkungen der Patientenklientel, die für die Annahme eines kleinen Wirksamkeitsvorteils der NOAKs von entscheidender Bedeutung sind. So waren Patienten mit künstlichen Herzklappen, Patienten mit einem kürzlich erlittenen Schlaganfall, Patienten mit gastrointestinalen Blutungen, einer Anämie oder Thrombozytopenie ebenso ausgeschlossen wie Patienten mit einer Kreatinin-clearance von unter 30, einer doppelten Thrombozytenaggregationshemmung oder einer Lebererkrankung. Da man die Einschränkung der Nierenfunktion bei Dabigatran nicht beachtete, kam es auch zu Blutungen mit Todesfolge. Ein Antidot existiert bisher nicht, soll aber demnächst zur Verfügung stehen.

Gigantischer Preisunterschied

Dass die Marktdurchdringung nicht der Selbstläufer war, wie man ihn

sich vorgestellt hatte, ist somit leicht nachvollziehbar. Der Preis von durchschnittlich 3,30 Euro pro Tagesdosis ist gegenüber Marcumar fast 20mal so hoch – eine weitere enorme Hürde. Würden in Bayern nur die Hälfte aller Marcumar-Patienten auf ein NOAK umgestellt, bedeutete das Mehrkosten von fast 80 Millionen Euro im Jahr!

Interessant ist zu beobachten, welche Mechanismen ins Spiel kamen, um den Umsatz dieser überbewerteten Substanzen doch noch entsprechend zu steigern. Man setzte gekonnt auf die Macht von Leitlinien. Wie ein „deus ex machina“ erschien die Leitlinie der European Society of Cardiologists (ESC) just zu der Zeit, als sich noch niemand so recht mit den neuen oralen Antikoagulantien anfreunden konnte. Bereits an diesem Punkt erschienen als First-line-Therapie bei nicht valvulärem Vorhofflimmern – neben den Vitamin-K-Antagonisten – schon drei neue Substanzen, von denen eine, nämlich Apixaban, in dieser Indikation in Deutschland noch gar nicht zugelassen war. Aber die Leitlinie empfahl sie dennoch, ohne Kenntnis der Langzeitwirkung und

ohne Einschränkung. So etwas hat es selten gegeben. Aber damit nicht genug! Das eigentlich Perfide an der Leitlinie nimmt man im ersten Durchlesen gar nicht wahr: Es wurde flugs ein Algorithmus zum Auffinden der geeigneten Patienten gewählt, der in den Studien überhaupt nicht verwendet wurde (Abbildung 1). Dieser sorgt aber für eine wunderbare Häufung derjenigen Patienten, die „nach Leitlinie“ einer Antikoagulation bedürfen. Die Leitlinien verwenden den sogenannten CHA₂DS₂-VAsc-Score (Tabelle 1), einen Score mit bis zu neun Punkten, der hilft, das Risiko eines Schlaganfalles bei Vorhofflimmern abzuschätzen. Es ist ja keinesfalls so, dass dieser Score nicht dazu taugen würde, ganz im Gegenteil. Aber in den drei zitierten Zulassungsstudien wurden die Patienten nach einem ganz anderen Score ausgewählt, nämlich dem CHADS₂-Score. Und dieser endet eben schon bei sechs Punkten (Tabelle 2). Die in die drei Studien eingeschlossenen Patienten hatten einen mittleren CHADS₂-Score zwischen 2,1 und 3,5 (Tabelle 3).

Jonglieren mit zwei unterschiedlichen Scores

Die Erweiterung des CHADS₂-Scores bezieht weitere Risikofaktoren mit ein beziehungsweise bewertet sie anders: Alter 65 bis 74 Jahre, weibliches Geschlecht und Gefäßerkrankungen werden zusätzlich aufgenommen. Zudem werden ein Alter von über 75 Jahren wie ein Schlaganfall oder eine TIA in der Anamnese mit zwei Punkten gewichtet. Dieser Score ist mit dem Akronym CHA₂DS₂-VAsc bezeichnet. Beide Scores haben insgesamt eine ähnliche Fähigkeit, Schlaganfälle vorherzusagen. Der CHA₂DS₂-VAsc-Score diskriminiert für einen Bereich, der einem CHADS₂-Score von 0 bis 1 ent-

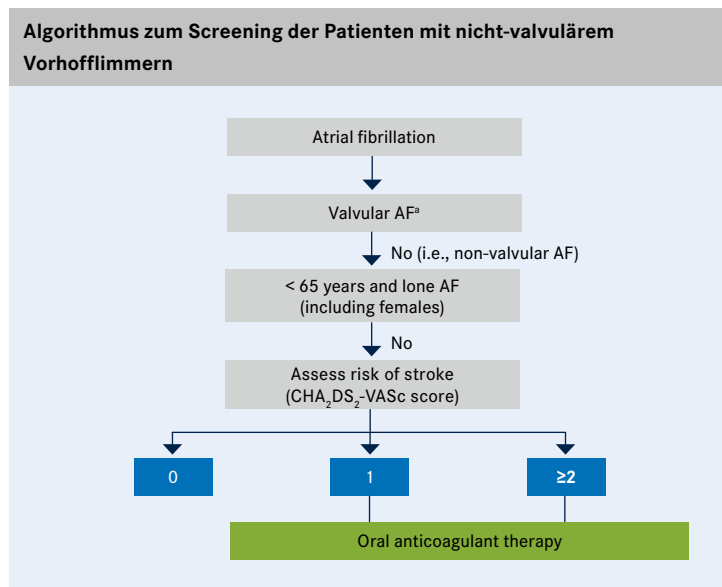


Abbildung 1

Quelle: ESC-Leitlinien 2012



Allein im Freistaat entstünden Mehrkosten von 80 Millionen Euro pro Jahr, wenn nur die Hälfte aller Marcumar-Patienten auf die neuen oralen Antikoagulantien umgestellt würde.

spricht, das Risiko jedoch genauer: In den Validierungsstudien entsprach ein $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASC}$ -Score von 4 genauso wie ein CHADS_2 -Score von 2 einem jährlichen Schlaganfallrisiko von vier Prozent.

Würde die Interventionsschwelle für eine orale Antikoagulation wie bisher beibehalten, ergäbe sich bei Anwendung des $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASC}$ -Scores statt des CHADS_2 -Scores eine deutliche Erweiterung der Patientengruppe, für die eine Antikoagulation empfohlen werden müsste – bei einer Schwelle von zwei Punkten beispielsweise eine Verdoppelung.

Doch das Update der ESC-Leitlinien geht noch weiter und empfiehlt eine orale Antikoagulation bereits für alle Patienten mit einem $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASC}$ -Score von 1 oder höher, mit Ausnahme für Frauen, die allein wegen des Geschlechts einen Punktwert von 1 erreichen (Tabelle 4). Nach aktuellen Daten einer großen schwedischen Kohorte müssten dann etwa 90 Prozent aller Patienten mit Vorhofflimmern eine orale Antikoagulation erhalten. Diese Klientel wurde aber in den Studien überhaupt nicht systematisch geprüft. Ob eine derartige Herabsetzung der Interventions-

grenzen mehr nützt als schadet, ist bislang nicht untersucht. Man kann aber beispielsweise aus den Subgruppen der ARISTOTLE-Studie durchaus ersehen, dass die Wirksamkeit von Apixaban in den Gruppen mit einem CHADS_2 -Score von 1 und 2 nicht signifikant besser war als die von Marcumar, da das Konfidenzintervall im Forest-Plot die Nulllinie schneidet. Erst ab einem CHADS_2 -Score von 3 und größer wird das Ergebnis signifikant.

Leitlinie mit zweifelhaftem Wert

Der wissenschaftliche Stellenwert der ESC-Leitlinie kann durchaus unterschiedlich beurteilt werden, vor allem, wenn man die Interessenkonflikte am Ende der Leitlinie betrachtet. Erst im Jahre 2010 wurde das Antiarrhythmikum Dronedaron in den ESC-Leitlinien mit dem höchsten Grad (I, A) und als Firstline-Behandlung zur Rhythmuskontrolle bei paroxysmalem oder persistierendem Vorhofflimmern empfohlen. Wie bekannt, kamen in der Folgezeit erhebliche Sicherheitsbedenken zu dieser Substanz auf, sodass die ESC 2012 in einem Update dieser Leitlinien (die sich nun ausführlich den Vorzügen der NOAKs widmen) Dronedaron nur noch als „moderat effektiv“ bezeichnet

und in bemerkenswerter Weise feststellt, dass die Sicherheit wichtiger sei als die Wirksamkeit.

Vielleicht hat man deshalb bei den NOAKs eine Rückfallebene eingebaut, die leicht übersehen werden kann. Der Einsatz der NOAKs wird nämlich mit folgendem Hinweis empfohlen: „On this basis, this guideline now recommends them (gemeint sind die NOAKs) as broadly preferable to VKA in the vast majority of patients with non-valvular AF, **when used as studied in the clinical trials performed so far**“.

Also doch so, wie in den Studien – dann sorgt der neue Score aber wirklich nur für Verwirrung! Mit evidenzbasiertem Vorgehen hat das wenig zu tun. Das Leid mit den Leitlinien und eine damit verbundene Kostenexplosion sind damit vorprogrammiert.

Johann Fischaleck (KVB)

Das Quellen- und Literaturverzeichnis zu diesem Artikel finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Presse/Publikationen/KVB FORUM/Literaturverzeichnis*.

ZUM WOHLVERHALTEN BEI ZULASSUNGS-ENTZIEHUNGEN



Die Zulassungsentziehung ist die schwerste Sanktion des Vertragsarztrechts. Dazu kommt es beispielsweise, wenn ein Vertragsarzt seine Pflichten gröblich verletzt hat. Beim „Wohlverhalten“ geht es im Kern aber nicht um die Frage, was zur Zulassungsentziehung führt, sondern was aus einer Zulassungsentziehungsentscheidung im gerichtlichen Verfahren wird.

Wohl dem, der sich „wohlverhalten“ hat! So oder so ähnlich könnte man das Ende eines gerichtlichen Zulassungsentziehungsrechtstreits beschreiben – nur im Idealfall versteht sich. Die Realität in Zulassungsentziehungsverfahren sieht, ganz und gar nicht überraschend, freilich etwas anders aus. Nicht selten wurden Zulassungsentziehungsverfahren nur geführt, um in den Genuss der „Wohlverhaltensrechtsprechung“ zu kommen, obwohl die Zulassung ersichtlich zu Recht entzogen worden war. Ein Fehlanreiz der Rechtsprechung des BSG, der zu einer Fehlentwicklung führte.

Das wird sich zukünftig ändern. Mit Urteil vom 17. Oktober 2012 (B 6 KA 49/11 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) seine Rechtsprechung zur Berücksichtigung von Wohlverhalten während eines Zulassungsentziehungsverfahrens ausdrücklich aufgegeben.

Die Begründung hierfür fasst dieser Beitrag zusammen. Er zeigt auch, ob und inwieweit „Wohlverhalten“ zukünftig noch eine Rolle spielt.

Rückblick

Kern der alten „Wohlverhaltensrechtsprechung“ ist, dass die Sozialgerichte in laufenden Zulassungsentziehungsverfahren bis zur letzten Tatsacheninstanz nicht nur zu prüfen haben, ob die Voraussetzungen für eine Zulassungsentziehung vorlagen, beispielsweise eine gröbliche Pflichtverletzung wie die Falschabrechnung, sondern auch, ob sich seit der Entscheidung des Berufungsausschusses die Sachlage während des Prozesses durch ein Wohlverhalten des Arztes in einer Weise zu seinen Gunsten geändert hat, dass eine neue Vertrauensbasis zwischen dem Arzt und den vertragsarztrechtlichen Institutionen aufgebaut worden ist und deshalb eine Entziehung der Zulassung gerade nicht mehr als angemessen erscheint. Das kam aber nur in Betracht, sofern regelhaft fünf Jahre seit der Entscheidung des Berufungsausschusses vergangen waren. Ein solches „Wohlverhalten“ konnte allerdings dann nicht angenommen werden, wenn sich beispielsweise herausstellte, dass auch seit der Entscheidung des Berufungsausschusses Fehler bei der Abrechnung gemacht

wurden, unwirtschaftlich behandelt wurde oder andere Pflichtverstöße vorlagen. Auch die bloße Unauffälligkeit des Vertragsarztes während eines laufenden gerichtlichen Verfahrens sollte nicht genügen. Blieben Zweifel daran, ob der Arzt sich „Wohlverhalten“ und seine Eignung wieder erlangt hatte, ging das zu seinen Lasten.

Ein Problem dieser Rechtsprechung ist, dass immer nur klar war, was nicht ausreicht, um ein Wohlverhalten annehmen zu können. Was dagegen ausreichend ist, blieb ungeklärt.

Gründe für den Rechtsprechungswechsel

In den Gründen, die zur Änderung der Rechtsprechung des BSG geführt haben, räumte das Gericht deshalb selbstkritisch ein, es sei ihm in jahrzehntelanger Rechtsprechung nicht gelungen, geeignete, in der Praxis handhabbare Kriterien für die Anerkennung von Wohlverhalten zu finden.

Aber auch der Vergleich der Rechtsprechung des BSG mit den Entscheidungen anderer Bundesge-

richte in ähnlich gelagerten Fällen hatte Gewicht. So gehen der Bundesgerichtshof (BGH) bei dem Widerruf der Zulassung eines Rechtsanwalts beziehungsweise bei der Entlassung von Richtern auf Probe und auch das Bundesarbeitsgericht (BAG) bei personenbedingten Kündigungen davon aus, dass Veränderungen der Sachlage nach dem Widerruf beziehungsweise einer Entlassung oder aber einer Kündigung nicht mehr zu berücksichtigen sind.

Besonders hervorzuheben ist die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) zum Widerruf der Approbation eines Arztes wegen Berufsunwürdigkeit. Auch hier kommt es für den Widerruf auf nachträgliche Änderungen der Sachlage nicht an. Diese sind nur bei der Wiedererteilung der Approbation zu berücksichtigen.

Als weitere Gründe dafür, dass die Wohlverhaltensrechtsprechung aufgehoben wurde, nannte das BSG die verbesserten beruflichen Chancen von Ärzten. Die Annahme, eine Zulassungsentziehung stehe zumindest faktisch einer Beendigung der ärztlichen Tätigkeit gleich, ist nicht mehr gerechtfertigt, denn die einer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehenden Altersgrenzen sind weggefallen. § 25 Satz 1 Ärzte-ZV a.F. sah als „Einstiegsgrenze“ vor, dass Ärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet hatten, nicht mehr zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden konnten. Umgekehrt regelte § 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V a.F., dass die Zulassung der Ärzte, die das 68. Lebensjahr vollendet haben, qua Gesetz endet. Beide Altersgrenzen hat der Gesetzgeber inzwischen aber aufgehoben.

Außerdem haben sich die Neu- oder Wiederezulassungsmöglichkeiten in Deutschland erheblich gebessert. Es bestehen zahlreiche Zulassungs-

möglichkeiten. Schließlich können Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung nicht nur mit einer Zulassung mit einem vollen, sondern auch mit einem hälftigen Versorgungsauftrag teilnehmen. Sie können sich auch bei einem Vertragsarzt oder Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) anstellen lassen. Damit sind die Aussichten von Ärzten, auch im fortgeschrittenen Lebensalter (neu oder wieder) in der vertragsärztlichen Versorgung tätig zu werden, ohne eine eigene Praxis einrichten zu müssen, erweitert worden.

Ausblick

All das bedeutet aber nicht, dass Wohlverhalten zukünftig überhaupt keine Rolle mehr spielt.

Wohlverhalten wird künftig zwar nicht mehr im Verfahren über die Entziehung der Zulassung, sondern erst im Verfahren vor der erneuten Zulassung im Rahmen der Eignungsprüfung zu berücksichtigen sein. Dabei ist zu prüfen, ob das Vertrauensverhältnis zwischen den Institutionen der Gemeinsamen Selbstverwaltung und dem Arzt wieder hergestellt ist. Dazu urteilt das BSG wörtlich: „Will er [der Arzt] zeigen, dass er sich neu bewähren kann, nimmt er die Entziehung hin und beantragt nach zumindest fünfjähriger Wartezeit eine neue Zulassung“.

Doch kann es auch Fälle geben, in denen bei besonders langer Dauer des gerichtlichen Verfahrens über die Rechtmäßigkeit einer Zulassungsentziehung der „Fünf-Jahreszeitraum“ abgelaufen ist, bevor die Zulassungsentziehung bestandskräftig ist. Allein der Umstand, dass die Zulassungsentziehung noch nicht bestandskräftig ist, hindert den betroffenen Arzt aber nicht, eine neue Zulassung zu beantragen. Ein solcher Antrag kann also während eines laufenden Zulassungs-

entziehungsverfahrens gestellt werden. Gelingt es dem Vertragsarzt dann, die zuständigen Zulassungsgremien – etwa in einem anderen KV-Bezirk – davon zu überzeugen, dass er trotz des noch nicht abgeschlossenen gerichtlichen Zulassungsentziehungsverfahrens wieder für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit geeignet ist, kann er grundsätzlich erneut zugelassen werden.

Wichtig: Vertrauensschutz für „Altfälle“!

Das BSG wendet die „alte“ Rechtsprechung zur Berücksichtigung von Wohlverhalten auf Entscheidungen der Berufungsausschüsse, die nach Veröffentlichung des Urteils getroffen wurden, nicht mehr an. Aus Gründen prozessualen Vertrauensschutzes bleibt es aber in den anderen Fällen bei der bisherigen Rechtsprechung.

Fazit

Mit dem Urteil nähert sich das BSG der Rechtsprechung des BVerwG zum Approbationswideruf an. Damit werden Entwicklungen, die nach der Zulassungsentziehungsentscheidung des Berufungsausschusses eintreten, nicht mehr im Entziehungsverfahren vor den Sozialgerichten berücksichtigt. Zulassungsentziehungsentscheidungen, die wegen gröblicher Pflichtverletzungen erkennbar zu Recht ergangen sind, können künftig nicht mehr von den Sozialgerichten wegen Wohlverhaltens aufgehoben werden.

Das Urteil im Volltext finden Sie auf der Internetseite des BSG unter: www.juris.bundessozialgericht.de in der Rubrik Bundessozialgericht/Trefferliste/Entscheidungen/Aktenzeichen B 6 KA 49/11 R.

*Ronny Rudi Richter
(Rechtsabteilung der KVB)*

MRSA: NEUES MODUL FÜR QUALITÄTSZIRKEL

Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) sind die häufigsten multiresistenten Erreger nosokomialer Infektionen in Europa. Zunehmend stellen diese auch ambulante Praxisorganisationen vor große Herausforderungen. Unterschiedliche Informationen und übertriebene Forderungen verunsichern Praxisinhaber und -mitarbeiter gleichermaßen. Bayerische Tutoren haben sich dieser Thematik angenommen und das Modul „MRSA“ für Qualitätszirkel-Moderatoren entwickelt.

MRSA ist längst kein Thema mehr, das nur den stationären Bereich betrifft. Auch ambulante Einrichtungen müssen auf den Umgang mit MRSA und den Schutz der Patienten und Mitarbeiter vorbereitet sein. Ein eigenes Modul für Qualitätszirkel soll dafür sensibilisieren.



Das Modul „MRSA“ dient den Moderatoren zur besseren Bearbeitung des Themas im Rahmen ihres Qualitätszirkels. Erstmals wurde damit von den bayerischen Tutoren, die gleichzeitig in der Landesarbeitsgemeinschaft Resistente Erreger (LARE) in Bayern aktiv sind, ein konkretes, medizinisches Thema für Qualitätszirkel-Moderatoren aufbereitet. Die bisherigen Module (Dramaturgien) sind Handlungsanleitungen, die mit eigenen Themen des Qualitätszirkels gefüllt werden können.

Das Modul besteht aus fünf aufeinander aufbauenden Phasen:

- Phase 1:** Einführung in das Thema
- Phase 2:** Identifikation von Risikopersonen
- Phase 3:** Basishygiene in der Arztpraxis
- Phase 4:** Drei MRSA-Patientenfälle
- Phase 5:** Weiterführende Informationen und Abrechnungsmöglichkeiten

Die erste Phase dient der gemeinsamen Orientierung über die deutsch-

landweite Entwicklung von MRSA und weiterer Resistenzen sowie der Information über die Strategie der MRSA-Prävention. Darauf aufbauend ermitteln die Teilnehmer im Qualitätszirkel in einer zweiten Phase mögliche Risikopersonen, die für eine MRSA-Besiedelung prädestiniert sind. Eine der Strategien zur MRSA-Prävention ist die strikte Einhaltung der Basishygienemaßnahmen in der Arztpraxis. Mit einem Video zur „Wundbehandlung in der Arztpraxis“ können Risikobereiche mangelnder Hygiene iden-

tifiziert und Verbesserungen vorgeschlagen werden. Zum Abschluss des Moduls im Qualitätszirkel haben die bayerischen Tutoren mit Hilfe von Dr. Lutz Bader, Hygieniker der KVB, drei Fallbeispiele mit MRSA-Patienten konzipiert, die mit den Kollegen bezüglich Verhaltens-

Möglichkeiten entwickelt, wie man in einem Qualitätszirkel auf Grundlage der LARE-Veröffentlichungen das praktische Vorgehen im Praxisalltag analysieren und diskutieren könne. Bei der Vorstellung des Moduls sei man zu der Ansicht gelangt, dass die Bearbeitung des



und Hygienemaßnahmen des Arztes und der Praxismitarbeiter, des Patienten und seiner Angehörigen diskutiert sowie mögliche Screening- und Sanierungsmaßnahmen überlegt werden.

Erste Moderatoren in dem Modul geschult

Im März und April haben bereits 20 Moderatoren an einer Schulung des Moduls im Rahmen eines Moderatorentreffens teilgenommen. Für Dr. Norbert Sponzel, bayerischer Tutor, war das Projekt eine Herausforderung. Von seinen Erfahrungen beim Moderatorenreffen weiß er nur Gutes zu berichten: „Wir standen vor der spannenden Aufgabe, in Ergänzung zu den bisherigen QZ-Modulen neue Wege für die QZ-Arbeit auszuprobieren. Wichtig war uns dabei, den Moderator in der Vorbereitung der Sitzung zu unterstützen und ihn nicht von seiner Moderatorenrolle in eine Lehrerrolle zu drängen.“ Daher habe man Vorschläge und

Themas im Praxisalltag viele blinde Flecken aufdecken könne und in weiteren QZ-Sitzungen Anregungen für die Bearbeitung neuer Fragen biete. „Auch die positiven Rückmeldungen der bisherigen Teilnehmer (siehe Kasten) haben uns motiviert, das Modul weiter in die Breite zu tragen“, so Sponzel.

Wiebke Robl (KVB)

Teilnehmerkommentare zum neuen MRSA-Modul

„Ich kann mir gut vorstellen, dieses Thema in meinem Qualitätszirkel zu bearbeiten. Insbesondere, da es bereits gut von den Tutoren aufbereitet ist und ich mich auf die qualitativ hochwertigen Unterlagen verlassen kann.“
(Allgemeinmediziner)

„Das Thema ist mit einem weiteren Aspekt in unserem Qualitätszirkel gut kombinierbar. Wie gehe ich beispielsweise vor, wenn der Patient mit einer Fraktur in meine Praxis kommt und eine MRSA-Infektion vorweist?“
(Orthopäde)

„Ich werde das Thema sicherlich noch einmal in meinem Qualitätszirkel aufgreifen und insbesondere für die Basishygiene auch mindestens eine medizinische Fachangestellte aus den Praxen hinzuziehen.“
(Allgemeinmediziner)

„Das Modul ist eine sehr gute Hilfe für Moderatoren, Themen außerhalb des eigenen Fachgebiets vorzubereiten.“
(Schmerztherapeut)

Das neue MRSA-Modul in der Praxis

Mehr über das Modul „MRSA“ erfahren Qualitätszirkel-Moderatoren im Rahmen einer Schulung durch einen bayerischen Tutor an folgenden Terminen:

25. September 2013

16.00 bis 19.00 Uhr

KVB Nürnberg (Lokales Moderatorenreffen)

6. November 2013

16.00 bis 20.00 Uhr

KVB München (Regionales Moderatorenreffen)

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt, bitte melden Sie sich deshalb für die Treffen an.

Bei Fragen zu Moderatorenreffen erreichen Sie uns unter

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 336 oder -221

E-Mail QZBeratung@kvb.de

PATHOLOGISCHER NARZISSMUS

Wieviel Narzissmus ist gesund, um ein gelungenes Leben zu führen? Lassen sich gesunder und pathologischer Narzissmus voneinander klar unterscheiden? Wann gelten narzisstische Menschen als psychisch krank? Wie sehen psychotherapeutische Konzepte aus? Mit diesen Fragen beschäftigte sich die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern) im Vorfeld des 5. Bayerischen Landespsychotherapeutentags am 24. April auf einer Pressekonferenz in München.

Selbstüberschätzung, großspuriges Auftreten, mangelndes Einfühlungsvermögen, das systematische Ausnutzen zwischenmenschlicher Beziehungen, dazu der Glaube an die eigene Besonderheit, das Verlangen nach

April im Münchner PresseClub. Immerhin sei die Bedeutung narzisstischer Persönlichkeitszüge für Unternehmen und Institutionen nicht von der Hand zu weisen. Nicht umsonst seien Personen mit narzisstischen Tendenzen besonders oft in Führungspositionen zu finden. Auch die Medien, allen voran das Internet, forcieren mit seinen sozialen Netzwerken den Drang zur Selbstdarstellung.

Rund sechs Prozent der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. 65 Prozent der Betroffenen leiden zusätzlich an weiteren Störungen. Zwar könne ihnen mit psychotherapeutischen Methoden geholfen werden, doch stelle die mangelnde Krankheitseinsicht der meisten Betroffenen eine Therapiehürde dar, so Melcop. „Nicht selten ist deshalb erst ein familiäres oder soziales Scheitern der Auslöser für eine – dann allerdings meist langjährige – Behandlung.“

Die Anzahl der Menschen mit narzisstischen Neigungen hat über die letzten Jahre hinweg tendenziell zugenommen. Psychoanalytiker und Paartherapeut Dr. Wolfgang Schmidbauer hat dafür eine schlüssige Erklärung. „In der heutigen Konsumgesellschaft ist das Bedürfnis nach Anerkennung und Aufmerksamkeit

besonders groß. Und so finden sich bei Kindern, Schülern, aber auch bei Erwachsenen im Arbeitsleben Zeichen einer gestörten oder zumindest erschwerten Kränkungsverarbeitung.“

Wie aber lassen sich Störungen der Kränkungsverarbeitung therapieren? Zunächst, so Schmidbauer, sei eine umfangreiche und detaillierte Diagnostik durch einen Psychotherapeuten oder Psychiater erforderlich, ohne die die Komplexität der Störung nicht erfasst werden könne. Auch eine Abgrenzung zu einem gesunden Selbstbewusstsein sei sonst nicht möglich. Nach erfolgreicher Diagnose seien verschiedene psychotherapeutische Behandlungsansätze denkbar. Insbesondere die Psychoanalyse beziehungsweise eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie die kognitive Verhaltenstherapie beschäftigten sich seit vielen Jahren intensiv mit der Generierung von Theorien und Therapien zur NPS. „Egal, für welche Therapieform sich der Betroffene entscheidet: Es ist immer hilfreich, wenn der Patient lernt, Kränkungen mit Kreativität und Humor zu verarbeiten“, so Schmidbauer. Weitere Informationen finden Sie unter www.ptk-bayern.de in der Rubrik Presse.

Marion Munke (KVB)



Dr. Nikolaus Melcop, Präsident der PTK Bayern (links), und Psychoanalytiker Dr. Wolfgang Schmidbauer stellten im Rahmen ihrer Pressekonferenz auch die Diagnosekriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung vor. übermäßiger Bewunderung sowie massive Überempfindlichkeit gegenüber Kritik – Menschen mit der Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (NPS) sind für ihr soziales Umfeld eine tägliche Herausforderung. Trotz des hohen Leidensdrucks der Umgebung wird der pathologische Narzissmus des Betroffenen meist erst nach einem langen Krankheitsweg erkannt und psychotherapeutisch behandelt. „Das könnte durchaus daran liegen, dass in unserer Gesellschaftsform narzisstische Persönlichkeitszüge toleriert oder deren Entwicklung sogar gefördert und sozial erwünscht sind“, erklärte Dr. Nikolaus Melcop, Präsident der PTK Bayern am 24.

BERATUNGSPROGRAMM

„KINDER KRANKER ELTERN“

Kinder brauchen ein emotionales Zuhause, auf das sie jederzeit zurückgreifen können. Verlässliche und verbindliche Beziehungen sind gerade für sie unverzichtbar, um psychisch gesund aufzuwachsen. Fehlt dieser Rückhalt, zum Beispiel weil ein Elternteil lebensbedrohlich erkrankt ist, kann das schwerwiegende Folgen für die Psyche des Kindes nach sich ziehen.

Nicht selten werden Kinder durch das Leiden eines Elternteils psychisch oder sozial auffällig. Für den Erkrankten ist es dann nicht leicht, sich in die Gefühlswelt des eigenen Kindes hineinzusetzen – vor allem dann nicht, wenn es darum geht, den Sohn oder die Tochter über die eigene lebensbedrohliche Erkrankung aufzuklären.

Doch Kinder merken schnell, dass etwas anders ist. Das für stark und nahezu unverwundbar gehaltene Elternteil ist plötzlich schwach und verletzlich. Der Vater spielt viel-

leicht nicht mehr mit dem Kind und die Mutter weint oft. Die Eltern haben jetzt keine Zeit oder Energie mehr, um sich in gleichem Maße wie zuvor um den Nachwuchs zu kümmern.

Damit Eltern und Kinder in Situationen wie diesen nicht auf sich allein gestellt sind, hat die KVB zusammen mit der AOK Bayern und der Bayerischen Psychotherapeutenkammer bereit im Jahr 2011 ein besonderes Unterstützungsprogramm auf die Beine gestellt. Das Angebot umfasst zunächst zwei individuelle Beratungstermine, in denen Eltern

ihre Ängste und Sorgen schildern können und nützliche Tipps zur Kommunikation mit ihrem Kind erhalten. Stellt sich im Laufe dieser Termine heraus, dass ein intensiverer Unterstützungsbedarf besteht, können noch einmal bis zu sechs Termine – mit an die jeweiligen Gegebenheiten angepassten Inhalten – in Anspruch genommen werden.

Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeuten, die eine Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben, außerdem alle Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendärzte mit Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie.

Die Abrechnung erfolgt auf dem sonst auch üblichen Weg der Honorarabrechnung über die Ziffern 97006A für die zwei Erstberatungen und 97006B für das flexible Behandlungsangebot.

Weitere Informationen, Abrechnungsnummern sowie die zugelassenen Diagnosen finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Projekte Psychotherapie/Kinder kranker Eltern*.

Zugelassene Diagnosen der Eltern im Rahmen des Behandlungsprogramms	
Diagnose	ICD-Code
HIV/Aids	B20 - B24, R75, Z21
Bösartige Neubildungen, Lymphome und Leukämien	C00.0 - C97
Leberzirrhose	I85.0, I85.9, I98.20, I98.21, K70 - K77
Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen	F20.0 - F29, F60 - F69
Depression	F30 - F49
Muskeldystrophie	G71.0, G71.2
Multiple Sklerose	G35.0 - G37.9
Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen	G10, G20 - G23.9
Epilepsie	G40.00 - G41.9
Hirnödem, hypoxischer Hirnschaden	G91.0 - G93.90
Schlaganfall und Komplikationen	G09, G46.0 - G46.7, I60 - I64, I67.80 - I69.8
Mucoviszidose	E84.0 - E84.9

Wichtig: Die Diagnose des erkrankten Elternteils muss im Kommentarfeld (5009) der Abrechnung angegeben sein, da sonst keine Abrechnung erfolgen kann.

Sebastian Eckert (KVB)



AUSWEGE AUS DER VERHALTENSsuchT

Mit dem Projekt „Stärkung der Selbsthilfe im Suchtbereich“ hat sich der Verein Selbsthilfekontaktstellen Bayern e. V. (SeKo Bayern) zum Ziel gesetzt, die Gründung und Vernetzung von Selbsthilfegruppen aus dem Suchtbereich im Freistaat voranzutreiben. Schwerpunkt in diesem Jahr sind Verhaltenssuchten, insbesondere Onlinesüchte. Irena Tezak, stellvertretende Geschäftsführerin und Fachberaterin der Geschäftsstelle SeKo Bayern, stellt das Vorhaben vor.

Weitere Informationen zur Veranstaltung und den Anmeldemodalitäten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik Patienten/Termine und Veranstaltungen.

Laut Wikipedia ist Verhaltenssucht eine relativ neue Bezeichnung für exzessive Verhaltensweisen, die Merkmale einer psychischen Abhängigkeit aufweisen und von Betroffenen willentlich nicht mehr vollständig kontrolliert werden können. Beispiele sind Arbeitssucht, Kaufsucht, pathologisches Spielen (Glückspielsucht), Sportsucht und Sexsucht sowie Medienabhängigkeiten (Internetabhängigkeit, Computerspielsucht, Fernsehabhängigkeit, Handyabhängigkeit). Diese sogenannten nicht-stofflichen Süchte haben ein ebenso großes Abhängigkeitspotenzial wie stoffgebundene Süchte. Die Verhaltenssucht wird dazu benutzt, unangenehme Gefühle wie Ängste und Frustration sowie Stress zu verdrängen und die Auseinandersetzung damit zu vermeiden. Die Betroffenen leiden unter psychischen Entzugserscheinungen,

wenn sie an dem von ihnen exzessiv ausgeübten Verhalten gehindert werden. Durch das extreme Verhalten wird das limbische System im Gehirn stimuliert, wodurch Hormone wie Endorphine ausgeschüttet werden, was vom Betroffenen als angenehm erlebt wird. Verhaltenssuchten können – ebenso wie stoffliche Drogen – den Körper schädigen und schwerwiegende gesundheitliche und soziale Folgen haben. Der Weg aus einer Verhaltenssucht ist oft ebenso schwer, wie der Entzug von einer stofflichen Droge und ohne Unterstützung kaum zu bewältigen. Fachleute und Selbsthilfegruppen können Verhaltenssuchtigen helfen, von der Sucht loszukommen und ihre Freiheit wiederzugewinnen.

Genau hier setzt das Projekt „Stärkung der Selbsthilfe im Suchtbereich“ der SeKo Bayern an,

mit der sie die Öffentlichkeit für dieses wichtige Thema sensibilisieren will. Finanziert und unterstützt wird das Projekt vom Bayerischen Umwelt- und Gesundheitsminister-



Kontakt und Anmeldung

Selbsthilfekoordination Bayern
Scanzonistraße 4
97080 Würzburg
Telefon 09 31 / 2 05 79 10

Online-Anmeldung ab **Montag, den 6. Mai 2013**, unter www.seko-bayern.de. Die Teilnahmegebühr beträgt 20.- Euro. Fortbildungspunkte sind beantragt.



rium, der KVB und weiteren Kooperationspartnern. Für Inhalte und Organisation ist die SeKo Bayern verantwortlich, die zu diesem Thema am 26. Juni in der KVB in München einen Fachtag organisiert hat (siehe Infokasten). In fünf parallel stattfindenden Vorträgen mit anschließender Frage- und Diskussionsrunde werden verschiedene Verhaltenssuchten beleuchtet und Hilfsangebote vorgestellt. Die Vorträge werden jeweils dreimal gehalten, sodass die Teilnehmer sich bis zu drei verschiedene Themen anhören und sich dazu mit anderen austauschen können. Zusätzlich bietet ein „Markt der Möglichkeiten“ im Foyer ganztägig spezielle Informationen zu allen Themen- und Hilfsangeboten in Bayern.

Durch die Kooperation mit der KVB soll ein besonderer Fokus auf die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten und deren wichtige Vermittlerrolle gelegt werden. Staatssekretärin Melanie Huml hat für diese Veranstaltung, zu der wir Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Selbsthilfeaktive sowie selbstverständlich Betroffene und deren Angehörige ganz herzlich einladen, die Schirmherrschaft übernommen.

Irena Tezak, SeKo Bayern

Fachtag „Onlinesucht als Verhaltenssucht“

**am 26. Juni 2013 von 9.30 bis 16.30 Uhr
in der KVB, Eisenheimerstraße 39, 80687 München**

Die fünf Vortragsthemen:

- „Verspiel nicht mein Leben“ – Entlastung für Angehörige Glücksspielsüchtiger
Dipl.-Psych. Ursula Buchner, Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS, Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern
- Das Internet als Ausweg aus der Onlinesucht?
Was ist das Internet und warum kann ausgerechnet dieses Medium neue Wege aus der Onlinesucht aufzeigen?
*Christoph Stitz, freier Mitarbeiter SeKo Bayern
Christoph Hirte, Initiator Forum Mediensucht und Rollenspielsucht*
- Workshop „Kaufsucht“
Störungsspezifische Behandlungsoptionen und Erfahrungen aus dem Bereich der Selbsthilfe
*Priv.-Doz. Dr. Astrid Müller, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover
Sieglinde Zimmer-Fiene, Kaufsuchthilfe Hannover*
- Diagnostik von „Verhaltenssuchten“ und Komorbidität von psychischen Störungen
Wie können Mitarbeiter von Suchtberatungsstellen, Ärzte, Psychotherapeuten und Angehörige in einer Welt der ständigen Internetnutzung einen pathologischen von einem normalen Internetgebrauch unterscheiden?
Dr. Petra Werner, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin Fachbereich Sucht, Isar-Amper-Klinikum München-Ost
- Der Klick zum Kick – Internetpornographie als Suchtmittel
Anregungen zum Umgang mit Betroffenen und deren Angehörigen
Dipl.-Päd. Eberhard Freitag, systemischer Berater, Leiter von return – Fachstelle Mediensucht Hannover

DIGITALE AKTEN IN DER MEDIZIN

Es gibt schon viele elektronische Akten in der Medizin: Gesundheitsakten, Patientenakten, Krankenakten, Fallakten und Co. Dabei mangelt es nicht an Konzepten, sondern an klarer Abgrenzung, übergreifendem Nutzwert, breiter Akzeptanz und vor allem an praktischer Interoperabilität.

Schon vor mehr als 40 Jahren wurden erste Konzepte für eine elektronische Aktenführung in der Gesundheitsversorgung beschrieben. Die Vorteile der Speicherung und Verteilung von personenbezogenen Gesundheitsinformationen war so naheliegend und einleuchtend, dass es keinen Mangel an Projekten und Produkten gab. Trotzdem waren solche Aktenlösungen keine Selbstläufer. Die meisten der damaligen Projekte wurden inzwischen wieder eingestellt, der Rest konnte keine sichtbare Präsenz in der Fläche entwickeln. Nach Paragraph 291a SGB V haben sich jetzt Ansätze herausgebildet, die langfristig tragfähig erscheinen. Diese Konzepte entwickeln sich weg von der ehemaligen Idee einer einzigen generischen Sammlung anfallender Daten hin zu einem Neben- und Miteinander unterschiedlicher „Datenobjekte“, die sich in ihren Konstruktionen und Nutzungszwecken unterscheiden. So werden im Gesundheitswesen heute mehr oder weniger übereinstimmend folgende Aktenkonzepte unterschieden:

Persönliche Gesundheitsakten (pGA)

- Allgemeine, in der Regel auf Dauer angelegte, effektive lebenslange Sammlungen
- Erfassung und Bereitstellung erfolgen durch den Betroffenen selbst
- Exemplarische Analoge: Schmerztagebuch, Ordner mit Gesundheitsunterlagen

Elektronische Gesundheitsakten (eGA)

- Allgemeine, auf Dauer angelegte, sprich fallübergreifende Sammlungen
- Erfassung und Nutzung erfolgen innerhalb einer Einrichtung
- Exemplarisches Analogon: Karteikarte der Arztpraxis

Elektronische Fallakten (eFA)

- Eine kontextspezifische, meist episodische Auswahl für einen bestimmten Fall
- Erfassung und Nutzung erfolgen durch mehrere Personen und Stellen im Rahmen eines Behandlungsaufenthalts
- Exemplarisches Analogon: Patientenklade der Krankenhausvisite

Eine Sonderstellung nimmt die sogenannte **elektronische Patientenakte (ePA)** ein, die sich aus verschiedenen Quellen speist. Von der ePA gibt es zwei Ausprägungskonzepte:

- Zum einen werden mit dem Begriff ePA „virtuelle“ Zusammenfassungen, das heißt Verlinkungen von Bausteinen aus den anderen Akten (pGA, eGA, eFA) bezeichnet. In diesem Sinn ist die ePA die im vernetzten Gesundheitswesen direkt oder verteilt bereitgestellte, verschlüsselte Information eines Patienten. Exemplarisches Analogon: Favoritenliste im Internet-Browser
- Zum anderen sind mit dem Begriff ePA auch ganz konkrete

Sammlungen strukturierter und aggregierter Patientendaten gemeint, die sich ebenfalls aus den pGA, eGA und eFA speisen. In diesem Sinne ist die ePA ein eigenständiges, moderiertes und kryptografisch gesichertes Datenobjekt, zu dem ausgewiesene Heilberufsangehörige Zugriff erhalten können. Exemplarisches Analogon: Datentresor

Für die erste Gruppe sind mit der Gesundheitskarte und den Heilberufsausweisen entsprechende Werkzeuge bereits vorbereitet und an den ersten Realisierungen wird gearbeitet. Zu den Lösungsmöglichkeiten der zweiten Gruppe laufen gegenwärtig noch Machbarkeitsanalysen, für die noch keine Bewertungen vorliegen. Insgesamt sind bei allen Konzepten noch Probleme bezüglich der Interoperabilität der konkreten Umsetzungen festzustellen. Wollen moderne Systeme überzeugen, müssen sie nachweisen, dass Informationen, die an einer Stelle erfasst werden, bei anderen Stellen korrekt ankommen. Bis zur Standardisierung von Datenobjekten und Entwicklung offener Schnittstellen gibt es noch viel zu tun. Mit Ausnahme einiger punktueller Erprobungen ist gegenwärtig eine praktische Bedeutung in der Fläche noch nicht gegeben. Sinn und Potenzial dieser Konstrukte kann aber schon als nachgewiesen gelten.

*Dr. Christoph Goetz,
Leiter Gesundheitstelematik (KVB)*

KVB-VORSTAND ÜBT KRITIK AN ASV

Nach ausgiebigen Beratungen und Vorbereitungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf seiner Internetseite die Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach Paragraf 116b SGB V veröffentlicht. Nach Aussagen des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Josef Hecken, sollen bis Frühjahr 2014 die konkreten Anforderungen für einzelne Krankheitsbilder, die im Rahmen der ASV behandelt werden, definiert sein. Es ist also davon auszugehen, dass die ASV nicht vor Sommer 2014 starten wird.

Nach wie vor sieht der Vorstand der KVB einige kritische Punkte in der ASV, die insbesondere eine Benachteiligung der niedergelassenen Praxen gegenüber den Krankenhäusern betreffen, was beispielsweise die notwendige apparative und strukturelle Ausstattung sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit angeht. Was seiner Meinung nach auch noch zu echten Problemen führen kann, ist die Haltung der Krankenkassen in dieser Sache: Wieder wird ein Honorardeckel und eine strenge Budgetierung eingefordert. Dabei müsse doch eigentlich klar sein, dass gerade zum Start einer neuen Versorgungsform gewisse zusätzliche Anstrengungen notwendig seien, um diese zu etablieren.

Mehr zu diesem Thema lesen Sie in einem ausführlichen Beitrag in der Juli/August-Ausgabe von KVB FORUM.

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, Katrin Zentrich

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:

Gebrüder Geiselberger GmbH, Altötting
Gedruckt auf FSC-zertifiziertem Papier.

Bildnachweis:

Bayerische Ärzteversorgung (Seite 12, 14), Bayerische Staatsregierung (Rückseite), BayernSPD (Seite 11), Henning Schacht (Seite 10), iStockphoto.com (Titelseite, Seite 2, 4, 5, 18,19, 20, 23, 26, 27, 30, 31, 35, Rückseite), Kassenärztliche Bundesvereinigung (Seite 15), privat (Seite 16), KVB (alle weiteren)

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.

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 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Verordnung

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Praxisführung

Telefonnummern siehe rechte Seite

E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

IT in der Praxis

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51

E-Mail IT-Beratung@kvb.de

■ KV-SafeNet* und KV-Ident

■ Doctor-to-Doctor (D2D)

Online-Dienste

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41

E-Mail Online-Dienste@kvb.de

■ Mitgliederportal, KVB-Postfach, Editor

■ Online-Einreichungen und eDoku

Zugangsdaten

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 60

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 61

E-Mail Benutzerkennung@kvb.de

■ KVB-Benutzerkennung und PIN

■ Bearbeitungsstand KV-Ident Karte

KVB-Seminare

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

E-Mail Seminarberatung@kvb.de

■ Fragen zur Anmeldung

■ Vermittlung freier Seminarplätze

Persönliche Beratung zur Abrechnung

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
München	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
	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
Niederbayern	Dagmar Wiedemann	0 94 21 / 80 09 – 4 84	Dagmar.Wiedemann@kvb.de
	Nathalie Willmerdinger	0 94 21 / 80 09 – 3 07	Nathalie.Willmerdinger@kvb.de
Oberbayern	Severin Baum	0 89 / 5 70 93 – 44 20	Severin.Baum@kvb.de
	Verena Meinecke	0 89 / 5 70 93 – 44 35	Verena.Meinecke@kvb.de
	Inga Denise Nordmann	0 89 / 5 70 93 – 35 39	IngaDenise.Nordmann@kvb.de
	Claudia Schweizer	0 89 / 5 70 93 – 44 32	Claudia.Schweizer@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
Oberpfalz	Birgit Reichinger	09 41 / 39 63 – 3 90	Birgit.Reichinger@kvb.de
	Mario Winklmeier	09 41 / 39 63 – 1 90	Mario.Winklmeier@kvb.de
Schwaben	Ute Schneider	08 21 / 32 56 – 2 41	Ute.Schneider@kvb.de
	Monika Vachenauer	08 21 / 32 56 – 2 42	Monika.Vachenauer@kvb.de
	Silke Würflingsdobler	08 21 / 32 56 – 2 39	Silke.Wuerflingsdobler@kvb.de
Unterfranken	Uwe Maiberger	09 31 / 3 07 – 4 09	Uwe.Maiberger@kvb.de
	Elisabeth Matuszynski	09 31 / 3 07 – 4 10	Elisabeth.Matuszynski@kvb.de
	Bernhard Schmied	09 31 / 3 07 – 4 11	Bernhard.Schmied@kvb.de

Persönliche Beratung zu Verordnungen

Mittelfranken	Dr. Elfriede Buker	09 11 / 9 46 67 – 6 71	Elfriede.Buker@kvb.de
	Dr. Claudia Fischer	09 11 / 9 46 67 – 6 75	Claudia.Fischer@kvb.de
	Sonja Höfler	09 11 / 9 46 67 – 6 73	Sonja.Hoefler@kvb.de
	Angela Krath	09 11 / 9 46 67 – 7 69	Angela.Krath@kvb.de
München	Detlev Bartmus	0 89 / 5 70 93 – 28 79	Detlev.Bartmus@kvb.de
	Anita Bulley	0 89 / 5 70 93 – 21 58	Anita.Bulley@kvb.de
Niederbayern	Ulrich Störzer	0 94 21 / 80 09 – 4 46	Ulrich.Stoerzer@kvb.de
Oberbayern	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
Oberfranken	Sascha Schneider	09 21 / 2 92 – 3 44	Sascha.Schneider@kvb.de
Oberpfalz	Elisabeth Eisenreich	09 41 / 39 63 – 2 54	Elisabeth.Eisenreich@kvb.de
	Karolin Ihle	09 41 / 39 63 – 3 92	Karolin.Ihle@kvb.de
	Birgit Schneider	09 41 / 39 63 – 1 70	Birgit.Schneider@kvb.de
Schwaben	Daniela Bluhm	08 21 / 32 56 – 1 43	Daniela.Bluhm@kvb.de
	Beate Selge	08 21 / 32 56 – 1 41	Beate.Selge@kvb.de
Unterfranken	Annegret Ritzer	09 31 / 3 07 – 5 19	Annegret.Ritzer@kvb.de

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

Persönliche Beratung zur Praxisführung

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
München	Miriam Radtke	0 89 / 5 70 93 – 34 57	Miriam.Radtke@kvb.de
	Ruth Stefan	0 89 / 5 70 93 – 35 67	Ruth.Stefan@kvb.de
	Anneliese Zacher	0 89 / 5 70 93 – 43 30	Anneliese.Zacher@kvb.de
Niederbayern	Anton Altschäffl	0 94 21 / 80 09 – 3 01	Anton.Altshaeffl@kvb.de
	Heidi Holzleitner	0 94 21 / 80 09 – 3 05	Heidi.Holzleitner@kvb.de
	Martin Pöschl	0 94 21 / 80 09 – 3 13	Martin.Poeschl@kvb.de
Oberbayern	Peter Fiedler	0 89 / 5 70 93 – 43 01	Peter.Fiedler@kvb.de
	Katharina Fränkel	0 89 / 5 70 93 – 32 15	Katharina.Fraenkel@kvb.de
	Lisa Huschke	0 89 / 5 70 93 – 43 52	Lisa.Huschke@kvb.de
Oberfranken	Michaela Hofmann	09 21 / 2 92 – 2 29	Hofmann.Michaela@kvb.de
	Iris Püttmann	09 21 / 2 92 – 2 70	Iris.Puettmann@kvb.de
	Beate Wolf	09 21 / 2 92 – 2 17	Beate.Wolf@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
Schwaben	Siegfried Forster	08 21 / 32 56 – 2 23	Siefried.Forster@kvb.de
	Michael Geltz	08 21 / 32 56 – 1 05	Michael.Geltz@kvb.de
	Sylvia Goldschmitt	08 21 / 32 56 – 2 37	Sylvia.Goldschmitt@kvb.de
	Manuel Holder	08 21 / 32 56 – 2 40	Manuel.Holder@kvb.de
	Anja Rößle	08 21 / 32 56 – 2 32	Anja.Roessle@kvb.de
Unterfranken	Dieter Walter	08 21 / 32 56 – 2 31	Dieter.Walter@kvb.de
	Michael Heiligenthal	09 31 / 3 07 – 3 02	Michael.Heiligenthal@kvb.de
	Christine Moka	09 31 / 3 07 – 3 03	Christine.Moka@kvb.de
	Peter Schäfer	09 31 / 3 07 – 3 01	Peter.Schaefer@kvb.de

Persönliche Beratung zu Qualitätsmanagement, Qualitätszirkeln 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.

Wiebke Robl	09 11 / 9 46 67 – 3 36	Wiebke.Robl@kvb.de
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
Anke Weber	09 11 / 9 46 67 – 3 22	Anke.Weber@kvb.de



VORSCHAU



BUNDESTAGSWAHL 2013

Wie sehen die gesundheitspolitischen Parteiprogramme aus?



IM DIALOG MIT DER LANDESPOLITIK

KVB-Vorstand trifft den Bayerischen Gesundheitsminister Dr. Marcel Huber



VERTRETER- VERSAMMLUNG

Ärzteparlament diskutiert unter anderem über Sicherheitsrichtlinie der KVB



ARZNEIMITTEL- THERAPIESICHERHEIT

Die Umsetzung einer sicheren medikamentösen Therapie im Praxisalltag