

KVBFORUM 12|14



VERORDNUNG IM LOT

Mehr Transparenz durch neue Wirkstoffvereinbarung

QUALITÄT: Neue Online-Fortbildungen zur Darmkrebsfrüherkennung

PATIENTENORIENTIERUNG: Stoffwechselstörung Phenylketonurie

BARRIEREN ABBAUEN: Sprachlosigkeit in der Praxis überwinden



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Gesundheitspolitik gibt es derzeit eigentlich nur ein bestimmendes Thema: Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und dessen Auswirkungen auf die ambulante medizinische Versorgung. Noch ist das Gesetz nicht verabschiedet. Aber die bislang vorliegenden Entwürfe deuten bereits an, in welche Richtung es geht. Mehr Staatsdirigismus, mehr Vorgaben, weniger Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit. Plakativ festmachen kann man dies daran, dass freiwerdende Praxen in rein rechnerisch überversorgten Planungsbereichen nun durch die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgekauft werden sollen, während in einem anderen Gesetzesparagrafen den Patienten kurze Wartezeiten auf Facharzttermine versprochen werden. Eine Ausweitung des Angebots bei gleichzeitiger Verknappung der Ressourcen – das kann nicht funktionieren. Sowohl die Kassenärztliche Bundesvereinigung (unter www.kbv.de in der Rubrik *Aktuell/Politik/Stellungnahmen*) als auch die Bundesärztekammer (online zu finden in der Pressemitteilung vom 11. November 2014 unter www.baek.de) haben sich ausführlich zu den geplanten Änderungen des Gesetzes geäußert.

Neben viel Schatten kann man aber auch etwas Licht in dem Gesetzentwurf finden. Einen Aspekt davon greifen wir in unserem Titelthema dieser Ausgabe von KVB FORUM auf: So soll die bisherige Form der Richtgrößenprüfung gemäß Paragraf 84 SGB V entfallen, sofern die Vertragspartner auf Landesebene eine Alternative dazu finden. Zu dieser Umformulierung der bisher rigiden Prüfpraxis haben sicher auch unsere Aktivitäten in den vergangenen Jahren beigetragen. Mit der neuen Wirkstoffvereinbarung, die wir auf den folgenden Seiten ausführlich vorstellen, haben wir eine neue, bessere Lösung für die Steuerung der Verordnung von Arzneimitteln gefunden. Jetzt geht es darum, diese Vereinbarung mit Leben zu füllen und deshalb möchten wir Sie alle bitten, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und die darin liegende Chance für eine sachgerechte Verordnung zu nutzen.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. Krombolz
Vorsitzender des Vorstands

Dr. Schmelz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. Enger
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

ZAHL DES MONATS

7 Euro sollen die Krankenkassen laut eines Entwurfs für ein Präventionsgesetz künftig jedes Jahr pro Versicherten für Vorsorge ausgeben können, was einer Verdoppelung der bisherigen Summe entspräche.

(Quelle: Süddeutsche Zeitung vom 4. November 2014)

ZITAT DES MONATS

„Dieser Kompetenzzuwachs des G-BA ist der reinste Horror.“

Gesundheitsökonom Professor Jürgen Wasem zur geplanten Erweiterung der Zuständigkeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Entwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz

(Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 31. Oktober 2014)

VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2015

Die Vertreterversammlungen der KVB finden im Jahr 2015 an folgenden Terminen in der Eisenheimerstraße 39, 80687 München, statt:

- Samstag, 21. März 2015
- Mittwoch, 17. Juni 2015
- Samstag, 21. November 2015

CRYSTAL METH HOTLINE

CRYSTAL Drug STOP HOTLINE
Drogenhilfe Regensburg

- Kompetenter – Ansprechpartner
- Anonyme – Beratung
- Spezialisierte – Information
- Regionale – Vermittlung
- Qualifizierte – Hilfe
- Bayerntweites – Netzwerk

Beratung für Angehörige und Betroffene
0941-569-582-901
Mo. - Fr. 10:00 - 18:00 Uhr & Sa. 10:00 - 20:00 Uhr
oder per eMail an telefonterapie@drugstop.org

Seit mehr als zehn Jahren begleitet der gemeinnützige Verein DrugStop Drogenhilfe Regensburg e. V. drogenabhängige Menschen in ein suchtmittelfreies Leben. Dabei nimmt die Beratung zur Droge Crystal Meth eine immer größere Bedeutung ein. Diese ist bayernweit auf dem Vormarsch und auch in Regensburg immer weiter verbreitet. Aus diesem Grund hat der Verein DrugStop Drogenhilfe Regensburg e. V. seit 1. Juli eine anonyme Telefonberatung rund um das Thema Crystal Meth eingerichtet. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege stellt für dieses qualifizierte Beratungsangebot die nötigen Finanzmittel bereit.

Die Crystal Meth Hotline bietet Betroffenen und Angehörigen kompetente Ansprechpartner zu allen Fragen, Problemen und Notlagen, die mit der Droge in Verbindung stehen. Weitere Informationen finden Sie unter www.drugstop.org.

Redaktion

Wichtiges für die Praxis

Praxisvertretung in der Weihnachtszeit

Bitte denken Sie daran, sich um eine geeignete Vertretung für Ihre Praxis zu kümmern, wenn Sie in der Weihnachtszeit in Urlaub gehen.

Sie haben dabei zwei Möglichkeiten:

1. Ein Vertreter kommt in Ihre Praxis und führt die Praxis während der Zeit der Abwesenheit weiter. Alle Leistungen werden dabei unter Ihrem Namen erbracht und abgerechnet. Die Vertretung darf nur durch einen Facharzt erfolgen, der die gleiche Facharztanerkennung wie Sie besitzt. Darüber hinaus müssen Sie sicherstellen, dass der Vertreter über alle notwendigen Qualifikationen verfügt.
2. Bei der kollegialen Vertretung bleibt Ihre Praxis geschlossen. Die Versorgung der Patienten übernimmt eine andere Praxis gleicher Fachrichtung aus der näheren Umgebung. Vertretungen durch Ärzte anderer Fachrichtungen oder durch Krankenhausambulanzen sind nicht erlaubt, auch nicht der einfache Verweis auf alle umliegenden Ärzte. Die Vertretung soll in geeigneter Weise – zum Beispiel durch Aushang oder Mitteilung auf dem Anrufbeantworter – bekannt gemacht werden.

Eine Besonderheit besteht für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften. Hier kann die Abwesenheit eines Partners durch mindestens einen Arzt der Berufsausübungsgemeinschaft aufgefangen werden. Unabhängig davon besteht auch die Möglichkeit, einen Vertreter zu bestellen.

Bitte denken Sie auch daran, der KVB im Voraus Ihre Abwesenheit mit der Nennung des Vertreters anzuzeigen, wenn Sie länger als eine Woche abwesend sind. Hierzu steht Ihnen auf unserer Internetseite ein entsprechendes Formular zur Verfügung: www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe A/Abwesenheit*.

Eva Jost (KVB)

TITELTHEMA

- 6 Wirkstoffvereinbarung ersetzt Richtgrößenprüfung

Die KVB setzt in Bayern neue Maßstäbe für eine gerechte und transparente Wirtschaftlichkeitsprüfung und wird als erste KV Deutschlands die Richtgrößenprüfung abschaffen

- 9 „Bei Abweichungen lässt sich jetzt schnell gegensteuern“

Interview mit den beiden Berufsverbandsvorsitzenden Dr. Dirk Potempa (Urologie) und Dr. Bernhard Junge-Hülsing (HNO), die an den Verhandlungen der KVB mit den Krankenkassen beteiligt waren



Ziel erreicht: Die neue Wirkstoffvereinbarung sorgt in Bayern für mehr Transparenz und Gerechtigkeit

- 12 „Der Wille zur fairen Gestaltung ist spürbar“

Der Schwabinger Hausarzt Dr. Hubert Bruckmayer empfiehlt seinen Kollegen, sich im eigenen Interesse mit der neuen Wirkstoffvereinbarung vertraut zu machen

- 13 Neue Wirkstoffvereinbarung: So unterstützen wir Sie

Mit Einführung der neuen Wirkstoffvereinbarung müssen sich Praxen mit einigen Neuerungen vertraut machen. Die KVB hat hierfür ein umfangreiches Informationspaket geschnürt und berät ihre Mitglieder selbstverständlich auch in Einzelgesprächen



In persönlichen Beratungsgesprächen werden KVB-Mitglieder über die Neuerungen der Wirkstoffvereinbarung informiert

GESUNDHEITSPOLITIK

- 15 „Wenn wir nicht ein wenig anschieben, ändert sich nichts“

Bei seinem aktuellen Politikerinterview konnte KVB-Vize Dr. Pedro Schmelz der Juristin Karin Maag (CDU), Mitglied des Gesundheitsausschusses im Bundestag, zum geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auf den Zahn fühlen

RECHT INTERESSANT

- 18 Die „KV-Eigeneinrichtung“

Jede KV hat die Möglichkeit, mit einer sogenannten Eigeneinrichtung selbst an der medizinischen Patientenversorgung teilzunehmen. Wir beleuchten die rechtlichen Aspekte dieses Themas



Bei Versorgungslücken können KVen die ambulante medizinische Versorgung mit eigenen Einrichtungen sichern

QUALITÄT

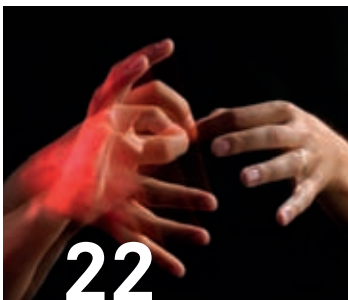
- 21 Online-Fortbildung zur Darmkrebsfrüherkennung

Im KVB-Online-Fortbildungsportal CuraCampus steht ab sofort eine von der Bayerischen Landesärztekammer zertifizierte Fortbildung für Ärzte zum Thema „Beratung zur informierten Entscheidung“ bereit

BARRIEREN ABBAUEN

- 22 „Jede Art von Behinderung kann den eigenen Horizont erweitern“

Hausärztin Dr. Uta Simons aus München hat es aus eigenem Antrieb und Interesse geschafft, durch das Erlernen der Gebärdensprache die Sprachlosigkeit bei der Behandlung gehörloser Patienten zu überwinden



Zirka 30 Prozent der Patienten von Dr. Uta Simons sind gehörlos

PATIENTENORIENTIERUNG

- 24 Phenylketonurie – eine Stoffwechselstörung

Birgit und Jochen Müller, Regionalleiter Bayern-Süd der Deutschen Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandter angeborener Stoffwechselstörungen e. V. (DIG PKU), berichten von den positiven Auswirkungen einer phenylalaninarmen Ernährung für die Betroffenen

- 26 **LESERBRIEFE**



Die Wahrscheinlichkeit, mit der angeborenen Stoffwechselstörung Phenylketonurie zur Welt zu kommen, liegt in Deutschland bei zirka 1:9000

GESUNDHEITSTELEMATIK

- 28 IT im Gesundheitswesen als kritische Infrastruktur

Der Referentenentwurf eines neuen IT-Sicherheitsgesetzes liegt auf dem Tisch. Er soll dafür sorgen, dass alle Betreiber sogenannter kritischer Infrastrukturen einen Mindeststandard an IT-Sicherheit einhalten. Der Entwurf sieht Änderungen vor, die sich auch auf das Gesundheitswesen auswirken werden

KURZMELDUNGEN

- 29 Bundesweiter Frauennotruf

- 29 **IMPRESSUM**

- 30 **KVB SERVICENUMMERN**



Nur 20 Prozent der von Gewalt betroffenen Frauen suchen Hilfe. Der bundesweite Frauennotruf will die Quote erhöhen

WIRKSTOFFVEREINBARUNG ERSETZT RICHTGRÖSSENPRÜFUNG

Die neue Wirkstoffvereinbarung in Bayern setzt deutschlandweit Maßstäbe für eine gerechte und transparente Wirtschaftlichkeitsprüfung. Der folgende Artikel stellt die wesentlichen Inhalte dar und gibt einen Überblick, was sich für die Praxen zukünftig verbessert und worauf sie weiterhin achten müssen.

Das SGB V als Regelwerk für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sieht vor, dass Vertragsärzte, die im Rahmen der GKV tätig sind, im Hinblick auf ihre Arzneimittelverordnungen geprüft werden müssen (Paragraf 106 SGB V). Intention des Gesetzgebers hierfür mag gewesen sein, den Arzt dafür zu sensibilisieren, dass er bei seiner Berufsausübung auch als Verwalter von Krankenversicherungsgeldern und damit von Eigentum der Sozialversicherungsgemeinschaft fungiert. Somit wird der Vertragsarzt durch das SGB V verpflichtet, den Spagat zwischen den Möglichkeiten einer hoch technisierten Medizin und exponentiell wachsenden Kosten mit den knapper werdenden Ressourcen einer alternden Gesellschaft zu vollziehen. Um diese Aufgabe wird man ihn sicher nicht beneiden. Umso wichtiger ist es, im Prüfungsfall ein System anzuwenden, das einfach, transparent und gerecht ist und – um das Recht der Versicherten auf Behandlung mit Medikamenten nicht zu beschneiden – auch nicht zu einer Unterversorgung führt.

Die 1993 eingeführte Richtgrößenprüfung wurde diesem Anspruch im Lauf der Zeit immer weniger gerecht. Sie basierte auf der Annahme, dass man für bestimmte Versichertengruppen einen durchschnittlichen Kostenwert ermitteln

kann, der über alle Patienten angewendet die realen Kosten der Gemeinschaft abbildet. Auffällig wurde entsprechend derjenige Arzt, dessen Patienten mehr als die durchschnittlichen Kosten verursacht haben, dessen Patienten also eventuell kränker waren als der Durchschnitt.

Insbesondere auffällig wurden Ärzte, die nicht nur Patienten versorgten, die mit den typischen Volkskrankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck, Rückenschmerzen oder koronarer Herzkrankheit die Praxis aufsuchten, sondern die auch Patienten betreuten, die an vergleichsweise seltenen Erkrankungen litten und eine besonders kostenintensive Krankheitslast aufwiesen (zum Beispiel Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Neoplasien). Typisch für die Entwicklung des Patientenlientels mit speziellen Erkrankun-

gen sind die im letzten Jahrzehnt rasant gestiegenen Kosten der dazugehörigen Arzneimitteltherapien, die sich durch Richtgrößen überhaupt nicht mehr darstellen lassen. Das Instrument der sogenannten Praxisbesonderheit blieb den betroffenen Praxen als einzige Waffe gegen einen drohenden Regress.

Lange Verhandlungen mit den Krankenkassen

Da der durchschnittliche Patient mit durchschnittlichen Arzneimittelkosten nicht mehr existiert, gehörte die Abschaffung der Richtgrößenprüfung seit der Aufkündigung der Prüfungsvereinbarung in Bayern vor drei Jahren zu den vorrangigsten Zielen des KVB-Vorstands. Dieses Ziel ist mit der neuen Vereinbarung nun erreicht! Die in den Verhandlungen mit den Krankenkassen hart errungene neue

Fünf gute Gründe gegen die Richtgrößenprüfung

- Morbiditätsrisiko beim Arzt
- Verordnungsbreite und Verordnungstiefe sowie Verdünnersproblematik unberücksichtigt
- enorme Spreizung der Arzneimittelpreise
- undurchsichtiges Prüfverfahren
- existenzbedrohende Regresse

Prüfsystematik betrachtet die Wirtschaftlichkeit nicht mehr anhand der Kosten, sondern anhand der Anteile an bestimmten Arzneimitteln auf der Basis der definierten Tagesdosis (Defined Daily Doses, DDD) als international etablierte Maßeinheit für Arzneimittelmengen. Es geht also beispielsweise um zu erreichende Quoten von Generika oder Leitsubstanzen, die auf DDD-Basis gebildet werden und so die neue Wirtschaftlichkeit abbilden. In der sogenannten Wirkstoffvereinbarung, die zum 1. Dezember 2014 in Kraft getreten ist, wurden 32 Wirkstoffgruppen gebildet, die die in der Versorgung relevanten Hauptindikationsgebiete widerspiegeln. Innerhalb dieser sind Ziele durch einen festgelegten Prozentsatz an Generikaverordnungen oder – im patentgeschützten Markt – durch einen Prozentsatz an definierten Leitsubstanzen formuliert. Gemessen wird die Generikabeziehungsweise Leitsubstanzmenge **anhand der DDD** der verwendeten Wirkstoffe.

Ziel: Keine Praxis kommt mehr ungerechtfertigt in die Prüfung

Zusätzlich beeinflussen sogenannte Rabattvertragsarzneimittel die Quoten günstig. Das bedeutet, dass ein Arzneimittel – sofern die Krankenkasse des Patienten dafür mit dem Hersteller einen Rabattver-

Freistaat als Vorreiter

Bayern greift mit der Wirkstoffvereinbarung die Vorgaben des Paragraphen 106 Absatz 3b SGB V zur Richtgrößen ablösenden Vereinbarung auf:

„Durch Vereinbarung nach Absatz 3 kann eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen, bezogen auf die Wirkstoffauswahl und die Wirkstoffmenge, im jeweiligen Anwendungsgebiet vorgesehen werden. Dafür sind insbesondere für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen Verordnungsanteile und Wirkstoffmengen in den Anwendungsgebieten für Vergleichsgruppen von Ärzten zu bestimmen. Dabei sind Regelungen für alle Anwendungsgebiete zu treffen, die für die Versorgung und die Verordnungskosten in der Arztgruppe von Bedeutung sind.“

Damit wird bereits umgesetzt, was die Große Koalition mit dem Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes zukünftig bundesweit plant: die Ersetzung der Richtgrößenprüfung durch regionale Vereinbarungen.

trag geschlossen hat – die Quote nicht negativ beeinflusst, auch wenn es ein Originalpräparat beziehungsweise keine Leitsubstanz ist. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Rabattverträge mit der pharmazeutischen Industrie abzuschließen. Somit haben die Kassen auch die Verantwortung für die Preise der Arzneimittel, die in der GKV zur Anwendung kommen.

Die Zielwerte wurden auf der Basis der bayerischen Verordnungsdaten des letzten Jahres ermittelt.

Erreichen alle bayerischen Vertragsärzte die Ziele gemeinsam, so wird überhaupt kein Arzt geprüft! Erreichen alle bayerischen Vertragsärzte die Ziele zwar nicht gemeinsam, aber die Facharztgruppe, werden die Ärzte dieser Facharztgruppe nicht geprüft. Erreichen weder alle Vertragsärzte noch die einzelnen Facharztgruppen die Ziele kollektiv, dann wird derjenige Arzt nicht geprüft, der sein individuell saldiertes Gesamtziel erreicht. Übererfüllte Ziele können bei der eigenen Gesamtzielerreichung sogar nicht erfüllte Ziele ausgleichen. Auch eine Entwicklung auf die Zielrichtung hin kann schon prüfbefreiend wirken. Darüber hinaus existieren natürlich nach wie vor echte Praxisbesonderheiten. In die neue Vereinbarung wurde also ein Sicherungsnetz eingebaut, das zum Ziel hat, dass kein Arzt mehr ungerechtfertigt in die Prüfung kommt.

Anders als in der Vergangenheit bilden die Vergleichsgruppen auch die Schwerpunktbezeichnungen ab. So wird beispielsweise ein fach-

Fünf gute Gründe für die Wirkstoffvereinbarung

- Morbiditätsrisiko bei den Krankenkassen
- Verordnungsbreite, Verordnungstiefe und Verdünnungsproblematik ohne Auswirkungen
- keine Preisverantwortung durch den Vertragsarzt
- transparentes Prüfverfahren
- keine existenzbedrohenden Regresse

ärztlicher Internist mit Zusatzbezeichnung Kardiologie auch nur mit anderen fachärztlichen Internisten mit dieser Zusatzbezeichnung verglichen. Dies gilt im Übrigen auch für jede einzelne Arzt-fachgruppe.

KVB informiert über die neue Systematik

Das Hauptaugenmerk dieser Wirkstoffvereinbarung liegt auf der Steuerung, also der Veränderung des Ordnungsverhaltens. Eine

Prüfung kann immer nur der Weisheit letzter Schluss sein, sofern die Steuerung nicht funktioniert.

Deshalb ist es die vorrangige Aufgabe der KVB, die Praxen über die neue Systematik zu informieren und zu beraten. Somit stehen nicht mehr die Arzneimittelkosten im Fokus, sondern die indikationsgerechte Auswahl des Arzneistoffs in der benötigten Menge!

Bis Mitte nächsten Jahres wird in ganz Bayern weder eine Richtgrö-

ßenprüfung noch eine Wirkstoffprüfung stattfinden, damit die Ärzte ausreichend Zeit und Gelegenheit haben, ihr Ordnungsverhalten auf die neue Systematik einzustellen und somit aktiv mitzuwirken, den Systemwechsel zu vollziehen und ein gerechtes, einfaches und transparentes Steuerungsinstrument zu etablieren, das eine Prüfung unnötig macht.

Johann Fischaleck (KVB)

„Schreckgespenst Regress vertreiben“

Es ist genau zwei Jahre her, dass ich im Münchner Presseclub eine Broschüre zur Problematik der Arzneimittelprüfung nach damals geltendem Recht vorgestellt habe. Vorausgegangen waren intensive Recherchen von Fachexperten der KVB und mir sowie weiteren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die teilweise selbst die angeblich so geringe Regressgefahr am eigenen Leib erfahren hatten. Mein Fazit des Pressegesprächs damals: Die Prüfung auf Basis willkürlich gewählter und nicht sachgerechter Kriterien muss weg. Die Reaktionen von Politik und Krankenkassen fielen eher verhalten aus: Von einer angeblich nur sehr geringen realen Regressgefahr war die Rede. Und ganz ohne Prüfung ginge es nicht, denn dann würden die Kosten immens ansteigen.

In den vergangenen beiden Jahren hat hier glücklicherweise ein Umdenken bei allen Beteiligten eingesetzt. Die Fakten, die wir damals in der Broschüre schwarz auf weiß zusammengestellt haben, konnten sicher auch dazu beitragen, dass wir nach sehr langen, teilweise auch nervenaufreibenden Verhandlungen mit den Krankenkassen zu einer neuen Form der Steuerung der Arzneimittelverordnungen gefunden haben. Ich schreibe hier ganz bewusst „Steuerung“ und nicht „Prüfung“. Denn die neue Wirkstoffvereinbarung bietet durch die Orientierung an Generika, Rabattverträgen und Leitsubstanzen die echte Chance, das Schreckgespenst Regress aus den Praxen zu vertreiben. Durch regelmäßige „Trendmeldungen“ wird für die niedergelassenen Haus- und Fachärzte die notwendige Transparenz geschaffen, wo sie wirklich bei ihren Verordnungen stehen. Das genaue Prozedere, die Hintergründe sowie die Serviceleistungen der KVB bei der Einführung der neuen Wirkstoffvereinbarung sind in dieser Ausgabe von KVB FORUM ausführlich erläutert.

Seit Anfang November bin ich nun in Bayern unterwegs, um die neue Systematik in Mitgliederversammlungen vorzustellen. Dabei habe ich den Eindruck gewonnen, dass diese gut ankommt. Natürlich gibt es auch die in den Diskussionen bei den Versammlungen geäußerten Vorbehalte und Fragen: Kann etwas, was aus der KV kommt, überhaupt gut sein? Ist das wirklich alles so einfach? Wo ist der Haken? Aber ich kann Ihnen allen versichern, dass wir mit der neuen Wirkstoffvereinbarung eine echte Lösung für das drängende Problem gefunden haben, als Arzt den Patienten auch weiterhin die benötigten und für einen Therapieerfolg geeigneten Arzneimittel zu verordnen – und das, ohne sich persönlich dem Risiko finanzieller Rückforderungen durch die Krankenkassen auszusetzen. Bitte beschäftigen Sie sich mit der Systematik. Ich bin auf Ihre Rückmeldungen und Kommentare dazu gespannt.

Dr. Wolfgang Krombholz, Vorstandsvorsitzender der KVB

„BEI ABWEICHUNGEN LÄSST SICH JETZT SCHNELL GEGENSTEUERN“

Nach einem Verhandlungsmarathon mit den Krankenkassen kann die neue Wirkstoffvereinbarung Ende 2014 wohl an den Start gehen. Von Anfang an mit im Boot waren auch die Berufsverbände, mit denen die Details einer neuen Prüf-systematik im Vorfeld ausgiebig diskutiert wurden. Auch die beiden Berufsverbandsvorsitzenden Dr. Dirk Potempa (Urologie) und Dr. Bernhard Junge-Hülsing (HNO) waren in die Verhandlungen involviert und sollen nun ihre niedergelassenen Kollegen als Multiplikatoren unterstützen. KVB FORUM hat nachgehakt.

Herr Dr. Potempa, Herr Dr. Junge-Hülsing, worin sehen Sie die größten Schwächen in der bisherigen Richtgrößenprüfung/ersatzrichtgrößenprüfung?

Dr. Potempa: Die Situation unter der aktuellen Richtgrößenprüfung ist nicht nur unbefriedigend, sondern vor allem kaum im Vorgriff kalkulierbar. Man sieht sich permanent genötigt, bei Verschreibungen auf das absolut günstigste Medikament zurückzugreifen beziehungsweise nach Möglichkeit vollkommen auf ein Medikament zu verzichten, selbst, wenn man der Überzeugung ist, dem Patienten in dieser Situation etwas vorzuenthalten. Man wundert sich mitunter über die eigenen Zahlen gegenüber der Fachgruppe. Überlagert wird dies durch die in der Urologie häufig hochpreisigen onkologischen Präparate, da zirka 30 Prozent unserer Patienten an Tumorerkrankungen leiden. Weil hier gerade auch innerhalb des Fachs von Praxis zu Praxis Schwankungen vorkommen, können erhebliche Abweichungen zum Durchschnitt entstehen. Bei der Betrachtung der eigenen Statistik, die wir regelmäßig von der KV bekommen, wird dem einen oder anderen nicht selten mulmig. Wie soll man sich orientieren? Der eine schränkt ra-



dikal seine Verordnungen ein, der andere lässt alles weiterlaufen im Vertrauen, die Zahlen könnten so nicht stimmen. Alles in allem freut man sich über jeden „Verdünnpatienten“. Eine absurde, langfristig nicht tragbare Situation.

Können Sie uns kurz erläutern, was sich hinter dem Begriff „Wirkstoffvereinbarung“ verbirgt und worin für Sie der Unterschied zur bisherigen Systematik liegt?

Dr. Junge-Hülsing: Die in einer Fachgruppe üblichen Medikamente werden zu Hauptindikationsgruppen zusammengefasst, in denen bestimmte Zielquoten angestrebt werden sollen. Dabei ist allein der Anteil an generischen Wirkstoffen beziehungsweise an bestimmten

Leitsubstanzen relevant. Im Gegensatz zur bisherigen Systematik sind die Preise der verordneten Arzneimittel somit nicht mehr ausschlaggebend. Die Zielwerte wurden auf Basis der bisherigen Verordnungen der jeweiligen Fachgruppe berechnet, bilden also die aktuelle Verordnungsrealität ab. Sie werden für den einzelnen Arzt erst relevant, wenn die verordnete Menge innerhalb einer Gruppe eine Mindestmenge pro Quartal überschreitet. Nur selten eingesetzte Arzneimittel werden somit nicht berücksichtigt.

Dr. Potempa: Wenn man sich die Erläuterung in dieser Kürze durch den Kopf gehen lässt, mangelt es zunächst am Glauben, vor allem, weil die Vergangenheit kaum rechtfertigte, dass sich die Situation bessern könnte, was die Sorge vor Regressen betrifft. Die von der KVB geplante Statistik, die jeder Arzt pro Quartal erhält, wird jedoch die Transparenz und das Verständnis enorm erhöhen. Zudem werden wir unsere urologischen Kollegen ermuntern, uns regional anzufordern, damit wir die Details genau vor Ort erläutern können.

Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Verbesserungen der neuen Wirkstoffvereinbarung?

Dr. Dirk Potempa ist niedergelassener Facharzt für Urologie in Garmisch-Partenkirchen und Vorsitzender des BDU-Landesverbandes Bayern-Süd.

HNO-Arzt Dr. Bernhard Junge-Hülsing ist in Starnberg niedergelassen und seit 2008 stellvertretender Landesvorsitzender des Bayerischen Berufsverbandes der HNO-Ärzte.



Dr. Junge-Hülsing: Die ausschlaggebende Verbesserung der neuen Systematik ist, dass sie transparent und gerecht ist. Jeder Kollege kann auf den ersten Blick erkennen, wo er mit seinem bisherigen Verordnungsverhalten steht und hat die Möglichkeit, bei Abweichungen in einzelnen Indikationsgruppen schnell gegenzusteuern. Dabei liegt die Verantwortung für die tatsächlichen Kosten eines Arzneimittels wieder bei den Krankenkassen. Da die verordnete Menge im ersten Schritt keine Rolle mehr spielt, werden Ärzte mit kränkeren Patienten auch nicht mehr per se benachteiligt, sondern haben die Option, sich bei der Auswahl des Wirkstoffs für ein Generikum oder eine Leitsubstanz zu entscheiden.

Dr. Potempa: Das Ganze wird noch getoppt durch eine Prüfbefreiung der gesamten Arztgruppe, wenn sie insgesamt die definierten Zielwerte erreicht. Des Weiteren soll ein Regressschutz des einzelnen Arztes bei Entwicklung in Richtung „Sollwerte“ bestehen. Wie sich das im Detail in der Praxis darstellt, wird sich zeigen.

Können Sie uns eine Beschreibung des Begriffs „definierte Tagesdosis“ geben?

Dr. Potempa: Den Begriff der Tagesdosis kennen wir aus den bis-

herigen Arzneimittelvereinbarungen als „DDD“ – der „Defined Daily Doses“. Sie ist die Standarddosis, die täglich bei einem spezifischen Präparat gegeben wird. 100 DDD bei einem Präparat, das einmal pro Tag gegeben wird – wie Tamsulosin mit 0,4 mg – entsprechen also 100 Kapseln. Bei einem Präparat, das zweimal pro Tag gegeben wird – wie Voltaren 50 mg – entsprechen 100 DDD 200 Tabletten. Es ist die Standardmenge eines spezifischen Präparats, nicht die individuell bei einem Patienten eingesetzte Anzahl an Tabletten pro Tag, die die DDD definiert.

Was verstehen Sie unter einem Generikaziel unter Berücksichtigung der definierten Tagesdosis?

Dr. Junge-Hülsing: Es ist das Verhältnis generischer Wirkstoffe an der gesamten Indikationsgruppe, gemessen in definierten Tagesdosen.

Was ist demgegenüber ein Leitsubstanzziel?

Dr. Junge-Hülsing: Hier wird der Anteil der nach Evidenz und Wirtschaftlichkeit festgelegten Leitsubstanzen an der entsprechenden Indikationsgruppe, ebenfalls in DDD, berechnet.

Herr Dr. Potempa, für Ihre Facharztgruppe ist ja insbesondere das Ziel zu den Urologika (Alpha-blocker, 5-Alpha-Reduktasehemmer, Blasenspasmodolytika) relevant. Wo liegen hier für Urologen die größten Herausforderungen?

Dr. Potempa: Wie auch bei den übrigen Indikationsgruppen ist im Wesentlichen lediglich darauf zu achten, sich bei der Auswahl eines entsprechenden Präparates neben der korrekten Indikation zu überlegen, ob man nicht primär ein günstigeres einsetzt oder, wenn es nicht Ziel führend ist, ob bei einem Ori-

ginalpräparat ein entsprechendes Generikum existiert. Also so, wie man es bisher auch gemacht hat.

Auch die Ziele zu systemischen Sexualhormonen und Analoga, sowie Gonadotropin-Releasing-Hormon-(GnRH)-Analoga spielen für Ihre Arztfachgruppe eine Rolle. Wie können hier aus Ihrer Sicht die Zielquoten erreicht werden?

Dr. Potempa: Sie spielen nicht nur eine Rolle, sondern sie sind wesentliche therapeutische Bestandteile unserer urologischen Patienten. Neben Antiandrogenen sind GnRH-Analoga bei Patienten mit Prostatakarzinomen – unserer häufigsten onkologischen Entität – Bestandteile einer Indikationsgruppe. GnRH-Analoga werden in „günstige“ und „nicht günstige“ biologicals unterteilt, also nicht anhand eines eventuellen Generikastatus. Auch hier kann man sich problemlos im „unkritischen“ Bereich bewegen, ohne dass ich hier dezidiert darauf eingehen will. Stattdessen möchte ich nochmal auf unseren Vorschlag zurückkommen, dies regional vor Ort zu erläutern. Überall in Bayern finden regelmäßig entsprechende Treffen statt. Wir kommen gerne. Kontakt bitte über mich, meinen Kollegen Dr. Jochen Schiffers aus Veitshöchheim vom Berufsverband der Deutschen Urologen oder über das Sekretariat des Aktionsbündnisses Urologie.

Herr Dr. Junge-Hülsing, für HNO-Ärzte ist vor allem das Generikaziel zu Rhinologika mit Corticosteroiden von Bedeutung. Wo sehen Sie bei diesem Ziel die Möglichkeiten für Ihre Kollegen?

Dr. Junge-Hülsing: Schon in der Vergangenheit haben die bayerischen HNO-Ärzte wirtschaftlich verordnet, nur standen die modernen topischen Corticosteroide noch

nicht generisch zur Verfügung. Jetzt ist dieses mit Mometason der Fall, sodass auch sinnvolle Wirkstoffziele vereinbart werden können.

Zudem sind für Ihre Facharztgruppe die Generikaziele zu Antibiotika und Corticosteroiden zur systemischen Anwendung relevant. Welche konkreten Empfehlungen können Sie Ihren Kollegen für die Erreichung der Zielquoten mit auf den Weg geben?

Dr. Junge-Hülsing: Immer noch werden im Bereich der Antibiotika und Corticosteroide von einigen wenigen Kollegen Originalpräparate eventuell mit aut idem-Kreuz verordnet, was weder dem Patienten, noch der Fachgruppe nützt. Mit Levofloxacin und Moxifloxacin stehen inzwischen auch Vertreter der neueren Fluorchinolone generisch zur Verfügung. Insbesondere auch durch Substitution mit Cefuroxim oder Amoxicillin-Clavulansäure und Dexamethason denke ich, dass sich mit ein bisschen Sorgfalt die Zielquoten hier erreichen lassen.

Welche Berücksichtigung finden Arzneimittel, die den Status „Praxisbesonderheit“ tragen?

Dr. Potempa: Präparate, wie Abirateron (Zytiga®) und Enzalutamid (Xtandi®) sind vom GKV-Spitzenverband anerkannte Praxisbesonderheiten und werden nicht erfasst. Sie spielen also in der Vereinbarung keine Rolle. Es wären auch keine Alternativen verfügbar, sodass man sich hier lediglich auf die korrekte Indikation konzentrieren sollte.

Dr. Junge-Hülsing: Praxisbesonderheiten im eigentlichen Sinn gibt es für HNO-Ärzte nicht. Allerdings hat die Fachgruppe insbesondere im Bereich der Hyposensibilisierungstherapie mit Allergenen auch von anderen Fachgruppen Aufgaben übernommen, sodass hier

nicht geprüft werden sollte. Auch muss hier durch die bessere Datenlage für die Sublinguale spezifische Immuntherapie auf Quoten, die immer noch durch das Prüfwesen geistern – zum Beispiel nicht mehr als 20 Prozent orale Therapieformen zu verordnen – verzichtet werden.

In welcher Form kann die KVB aus Ihrer Sicht die Vertragsärzte bei der Zielerreichung am besten unterstützen?

Dr. Potempa: Primär sind detaillierte Ordnungsdaten und persönliche Trendmeldungen unumgänglich, damit man sich einen klaren Überblick über die neue Situation verschaffen kann. Diese können kurzfristig um eine umfassende Darstellung der neuen Systematik und Informationen zu den Inhalten der einzelnen Ziele ergänzt werden. Wie bisher sollte natürlich weiterhin die Möglichkeit bestehen, jederzeit auf eine individuelle Beratung zurückgreifen zu können, falls sich Warnzeichen in den Ordnungsdaten zeigen.

Dr. Junge-Hülsing: Zusätzlich ist zu beachten, dass die Vielzahl der Rabattverträge für den einzelnen Arzt nicht handhabbar sind. Auch die Unterstützung durch die PV-Systeme sind oft mehr Daten- und Zeitdiebstahl als echte Unterstützung. Hier sollte, wie das ja auch geschieht, durch das Weglassen des aut idem-Kreuzes die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit vollständig vom einzelnen verordnenden Arzt genommen werden.

Herr Dr. Potempa, Herr Dr. Junge-Hülsing, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Dr. Kerstin Behnke, Katharina Kreitmeyr (beide KVB)

„Nicht ins offene Messer laufen“

Im Zuge der Recherchen zu unserem Titelthema kam auch der Kontakt zu einem Hausarzt aus Mittelfranken zustande (Name der Redaktion bekannt). Er hat in den vergangenen Jahren zahlreiche Prüfungen und Regressdrohungen erlebt. Eine Zusammenfassung seiner Eindrücke:

„Wir Ärzte ‚machen‘ keine Krankheiten. Und wir bestimmen auch keine Arzneipreise. Dafür lernen wir ein Berufsleben lang in unserer Freizeit auf persönliche Kosten und in pharmazeutisch neutraler Umgebung allen Kranken so zu helfen, wie wir es auch für uns selbst erwarten. Und dennoch war ich diversen Prüfverfahren ausgesetzt. Das längste nach alter Art hat über zehn Jahre lang gedauert, bei Beginn war die Patientin schon zwei Jahre verstorben. Solche Prüfverfahren sind nicht harmlos. Durch den ständigen Kampf gegen die Bürokratie haben ärztliche Kollegen massive Schäden an ihrer eigenen Gesundheit erlitten. Diese Tretmühle kann man nur außer Kraft setzen, wenn man alle Beteiligten an einen Tisch setzt und Transparenz schafft über die gegenseitigen Ziele. Wir brauchen neue Spielregeln was die Verordnung von Medikamenten angeht. Ob die neue Systematik der KVB greift, weiß ich nicht. Ich stehe der Körperschaft skeptisch gegenüber und bin schon froh, wenn wir Ärzte nicht weiterhin ins offene Messer laufen.“

„DER WILLE ZUR FAIREN GESTALTUNG IST SPÜRBAR“

Einige KVB-Mitglieder haben sich mit der Systematik zur neuen Wirkstoffvereinbarung bereits auf einer der laufenden Informationsveranstaltungen vertraut gemacht und sich die Frage gestellt, ob sie ihr individuelles Ordnungsverhalten gegebenenfalls anpassen müssen. KVB FORUM wollte von Dr. Hubert Bruckmayer wissen, wie er als Hausarzt die Neuerungen beurteilt.



Dr. Hubert Bruckmayer sieht in der neuen Wirkstoffvereinbarung auch für Hausärzte erhebliche Verbesserungen.

Der Allgemeinmediziner ist im Münchner Stadtteil Schwabing in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen und Mitglied im Beschwerdeausschuss. Er war viele Jahre als Prüfarzt tätig und ist deshalb ein profunder Kenner der Materie.

Herr Dr. Bruckmayer, woran denken Sie, wenn Sie an die bisherige Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung denken?

An Intransparenz und daraus resultierend an das Gefühl der Ohnmacht, Prüfanträge von Anfang an zu vermeiden. Wenn Sie nicht genau verstehen, was Ihnen vorgeworfen wird, haben Sie es schwer, zu zeigen, dass Ihre Arbeit korrekt war. Hinzu kommt, dass auch die vielen Prüfanträge, die sich letztendlich als haltlos erwiesen, für die betroffenen Ärzte trotzdem mit enormen Zeitaufwänden für eine Rechtfertigung verbunden waren. Das hat in der Tat bei einigen Kollegen Angst und Schrecken erzeugt. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Wir verhandeln im Beschwerdeausschuss einen Fall aus dem Jahr 2002. Muss ein Arzt noch wissen, warum er vor zwölf Jahren ein bestimmtes Medikament verordnet hat?

Mit der sogenannten Wirkstoffvereinbarung liegt für Bayern eine

neue Prüfsystematik vor. Wird es nun besser?

Davon gehe ich aus. Zukünftig wird transparent sein, welche Verordnungen in den einzelnen Indikationen wirtschaftlich sind. Damit wird endlich dem Umstand Rechnung getragen, dass wir Ärzte gelernt haben, Krankheiten zu behandeln und nicht Kosten. Die neue Methode ist für mich nachvollziehbarer und fairer.

Was heißt das für Sie in Ihrem Praxisalltag?

Die in der Vereinbarung enthaltenen Ziele bilden volkswirtschaftlich bedeutsame Krankheitsbilder ab, mit denen ich als Hausarzt tagtäglich befasst bin. Ich habe die Wirkstoffauswahl selbst in der Hand, wobei die Verordnung wirklicher Innovationen weiterhin möglich bleibt. Da es in den Zielen um Generika-beziehungsweise Leitsubstanzquoten und nicht mehr um Kosten geht, ist es bei vorliegender Indikation auch möglich in die Tiefe zu verordnen, ohne dabei Angst vor Regressen zu haben.

Gibt es einzelne Ziele, bei deren Erfüllung Sie für die Hausärzte Schwierigkeiten sehen?

Nein. Da die Quoten in allen Zielen auf der aktuellen Versorgungssitua-

tion basieren, müssen sie in der Realität ja auch erreichbar sein. Ich sehe allerdings auch die Krankenkassen in der Pflicht, ihre Versicherten bei umstrittenen Innovationen darüber zu informieren, dass Patienten nicht den Anspruch auf eine Wunschtherapie, sondern auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung haben.

Möchten Sie Ihren Kollegen einen Tipp mit auf den Weg geben?

Es ist sicherlich nützlich, eine der angebotenen Infoveranstaltungen zu besuchen, außerdem gibt es ja schon viele Unterlagen auf der KVB-Internetseite. Wichtig erscheint mir auch, dass sich die Kollegen die Zeit nehmen, sich intensiv mit ihrer Trendmeldung zu beschäftigen. Das einfach gehaltene Ampelsystem zeigt Einem gelbe beziehungsweise rote Bereiche, in denen man sein Ordnungsverhalten kritisch überprüfen sollte. Bei Fragen zu der Thematik finde ich auch das Angebot individueller Beratungen durch die KVB sehr hilfreich.

Herr Dr. Bruckmayer, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Katharina Kreitmeyr, Markus Kreikle (beide KVB)

NEUE WIRKSTOFFVEREINBARUNG: SO UNTERSTÜTZEN WIR SIE

Mit der Einführung der neuen Wirkstoffvereinbarung kommen auf unsere Mitglieder einige Änderungen zu, auf die wir Sie selbstverständlich mit umfangreichen Informationsmaterialien und auf Wunsch auch in persönlichen Einzelgesprächen bestens vorbereiten möchten. Das Ziel, mehr Transparenz bei der Verordnung, erreichen wir durch eine vierteljährlich erscheinende Trendmeldung, die auf dem Prinzip eines einfachen Ampelsystems basiert. So hat jede Praxis ihre Zielerreichung stets im Blick und kann bei Bedarf rechtzeitig nachjustieren.

Mit der Trendmeldung auf Basis des Ampelsystems haben Sie in jedem Quartal Ihr Ordnungsverhalten gut im Blick und erkennen sofort, in welchen Indikationsgebieten Sie Ihre Ziele bereits erfüllt haben und in welchen Gruppen gegebenenfalls noch Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. Bitte nehmen Sie sich für die neue Wirkstoffvereinbarung und die damit verbundene neue Prüfsystematik ein wenig Zeit, um sich mit der neuen **Trendmeldung** vertraut zu machen. Selbstverständlich stehen wir Ihnen hierzu gerne beratend zur Seite. Zögern Sie deshalb nicht, sich bei Fragen und Unklarheiten an unsere Verordnungsexperten zu wenden.

Die Trendmeldung zur neuen Wirkstoffprüfung ist im Grundsatz für alle Ärzte gleich aufgebaut. Sie zeigt die für die jeweilige Fachgruppe geltenden Zielwerte und die für jede Praxis individuell erreichten Quoten.

Die Quoten Ihrer einzelnen Ziele werden zu einem Gesamtergebnis saldiert. Ihr Ordnungsverhalten insgesamt (Erreichung aller Ziele) wird künftig am Ende Ihrer Trendmeldung als kumulierter Wert (Gesamtzielerreichung in Prozent) in grafischer Form dargestellt. Um möglichst viele Informationen verständlich zu vermitteln, wird die Trendmeldung stets weiterentwickelt. Zum Beispiel werden wir

künftig für jedes Ihrer Ziele eine Auflistung der häufigsten Arzneimittel ausweisen, die einer Zielerreichung bislang entgegenstanden. So erfahren Sie konkret, bei welchen Verordnungen eine Umstellung erwogen werden könnte. Bitte beachten Sie dennoch den Grundsatz, dass eine medizinisch zwingend erforderliche Verordnung nie unterbleiben darf. Die Quoten bilden das reale Ordnungsgeschehen in Bayern ab und lassen auch Raum für wirkliche Arzneimittelinnovationen.

Bestens beraten und unterstützt

Die KVB informiert und berät Sie zu dem Thema auf unterschiedliche Weise. Zum einen stellen wir Ihnen allgemeine Informationen zur Wirkstoffvereinbarung (WSV) zur Verfügung. Zum anderen bieten wir Ihnen in Hinblick auf die Ziele der WSV individuelle Beratungen zu Ihren persönlichen Ordnungsdaten an. Sie erreichen uns zur Vereinbarung eines persönlichen Gesprächstermins per Telefon unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30, per Fax unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31 und per E-Mail unter Verordnungsberatung@kvb.de.



Unsere Beratungsapotheker diskutieren mit Ihnen Ihr Ordnungsverhalten und zeigen Ihnen Möglichkeiten, wie Sie eine medizinisch angemessene und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung Ihrer Patienten erreichen können. Gleichzeitig analysieren wir stets das Ordnungsverhalten aller Vertragsärzte. So können wir aktiv und zeitnah auf die Ärzte zugehen, bei denen wir Optimierungsmöglichkeiten der Arzneimittelverordnungen sehen und diesen Mitgliedern Beratungen zur Erreichung

der WSV-Ziele anbieten. Wenn Praxen durch besonders positive oder negative Entwicklungen in ihrem Ordnungsspektrum auffallen, werden wir ihnen neben der bereits beschriebenen Trendmeldung ein persönliches Feedback zu ihrem Ordnungsverhalten zusenden.

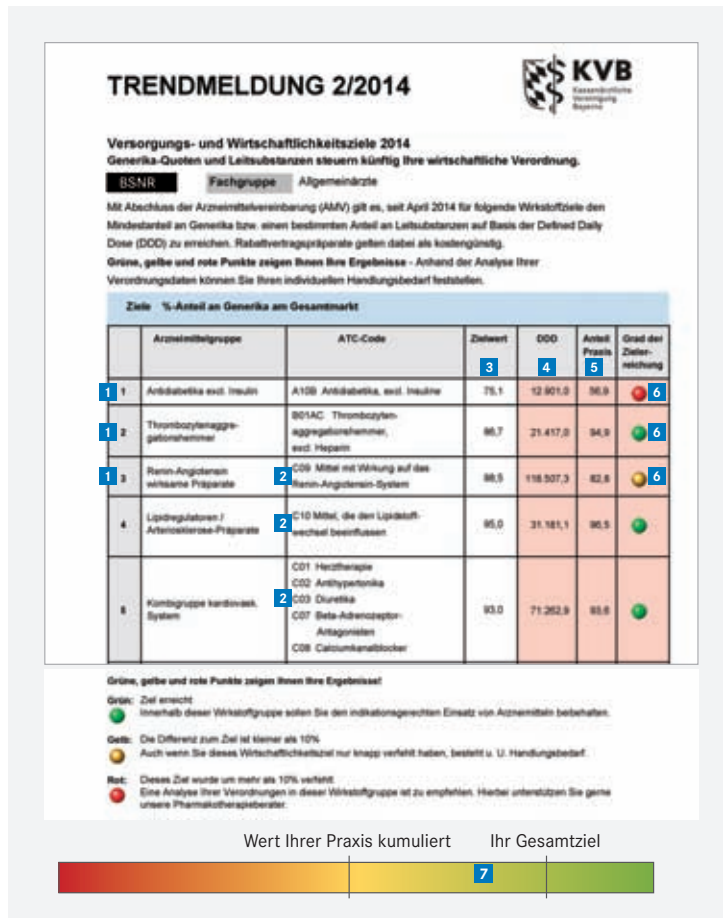
Mitgliederversammlungen: Informationen vor Ort

Selbstverständlich informieren wir Sie über die neue Wirkstoffverein-

barung auch im Rahmen unserer Mitgliederversammlungen, die regelmäßig in den KVB-Bezirkstellen stattfinden. Interessierte Ärzte haben hier die Möglichkeit, sich über die wichtigsten Inhalte der WSV zu informieren und gemeinsam über offene Fragen zur neuen Systematik zu diskutieren.

Bereits vor und während der langen Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen wurden die **Berufsverbände** zu dem Thema mit ins Boot geholt und die Details einer neuen Prüfsystematik mit ihnen diskutiert. Die Berufsverbandsvorsitzenden stehen seitdem in engem Kontakt mit der KVB und haben von uns alle relevanten Informationen zur neuen WSV erhalten, sodass sie ihre niedergelassenen Kollegen nun als Multiplikatoren ebenfalls unterstützen können. Für bayernweite Informationsveranstaltungen oder Qualitätszirkel zur neuen WSV haben wir Präsentationsfolien vorbereitet und/oder stellen Ihnen – sofern unsere personellen Ressourcen ausreichen – gerne auch einen unserer erfahrenen Referenten an die Seite. Darüber hinaus sind weitere Informationsmaterialien in Planung. So soll zum Beispiel ein **Informationsflyer** die Grundsätze der neuen Systematik grafisch darstellen. Um die Herausforderungen und Möglichkeiten innerhalb der einzelnen Ziele aufzuzeigen, werden außerdem detaillierte **Beratungsunterlagen** zu jedem Ziel erarbeitet. Diese werden in persönlichen Beratungsgesprächen mit KVB-Apothekern begleitend herangezogen und stehen zeitnah auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Wirkstoffprüfung* für Sie bereit.

Katharina Kreitmeyr (KVB)



- 1 Ziele
- 2 in dem jeweiligen Ziel erfasste Indikationsgruppen
- 3 Zielwert für Ihre Fachgruppe nach WSV
- 4 von Ihnen in dieser Indikationsgruppe verordnete Tagesdosen
- 5 der von Ihnen erreichte Anteil an Generika/Leitsubstanzen
- 6 Die farbigen Punkte verdeutlichen den Grad Ihrer Zielerreichung.
- 7 Am Ende der Trendmeldung wird Ihr saldiertes Gesamtergebnis aller Ziele künftig grafisch dargestellt.

„WENN WIR NICHT EIN WENIG ANSCHIEBEN, ÄNDERT SICH NICHTS“

Seit dem Jahr 2009 gehört die Juristin Karin Maag (CDU) aus Stuttgart dem Deutschen Bundestag an. Ein besonderer Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt dabei auf dem Thema Gesundheitspolitik. Für den ersten stellvertretenden KVB-Vorstandsvorsitzenden Dr. Pedro Schmelz ist sie als Mitglied des Gesundheitsausschusses im Bundestag genau die richtige Gesprächspartnerin, wenn es um das geplante GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geht.

Das Gespräch zwischen Maag und Schmelz fand Anfang November im Büro der Bundestagsabgeordneten im Berliner Paul-Löbe-Haus statt. Ein erster Anknüpfungspunkt für das Gespräch war auch gleich gefunden, als KV-Vize Schmelz über seine Erfahrungen als Oberarzt im Stuttgarter Katharinenhospital berichtete.

Dr. Pedro Schmelz: Sehr geehrte Frau Maag, ich habe noch gute Erinnerungen an meine Zeit im „Ländle“. Stuttgart ist eine sehr lebenswerte Großstadt. Wahrscheinlich dürfte es dort auch keine Probleme geben, genug Ärztinnen und Ärzte für die Tätigkeit in Kliniken und Praxen zu finden? Und gilt das auch für das Umland der baden-württembergischen Metropole?

Karin Maag: In der Tat gibt es in meinem Wahlkreis Stuttgart noch keine medizinische Unterversorgung, wobei das von der Bevölkerung schon manchmal punktuell anders empfunden wird. Da sorgt dann die Schließung einer Hausarztpraxis, zum Beispiel in Stuttgart-Zuffenhausen, für Schlagzeilen. Aber wie in Bayern ist natürlich die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte auch bei uns in Baden-Württemberg eine große Herausforderung für die Zukunft. Denn viele

Ihrer ärztlichen Kolleginnen und Kollegen planen bereits den Ruhestand und potenzielle Nachfolger sind immer schwerer zu finden.

Schmelz: Das kann ich nur bestätigen. Man muss auch sehen, dass wir einen gesellschaftlichen Wandel haben. Arbeitszeitmodelle werden den privaten Lebensumständen angepasst. Gerade die jungen Kol-

es künftig zu Versorgungslücken kommen, wenn – wie in dem geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen – die Praxissitze in zahlenmäßig überversorgten Regionen von der Kassenärztlichen Vereinigung aufgekauft werden sollen beziehungsweise müssen. Glauben Sie, dass sich dadurch die Versorgung in unterversorgten Regionen wirklich verbessern lässt?



Basis für das Gespräch zwischen der CDU-Bundestagsabgeordneten Karin Maag und KVB-Vorstand Dr. Pedro Schmelz war der Referentenentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Dieses soll im Laufe des kommenden Jahres in Kraft treten.

leginnen, die Kinder haben, legen eher Wert auf Kooperationen als auf die klassische Einzelpraxis. Und das funktioniert natürlich in einer Großstadt besser als auf dem Land. Doch auch in den Städten könnte

Maag: Aus meiner Sicht ist die Aufregung beim Thema Praxisaufkauf verfrüht. Hier soll lediglich aus einer Kann- eine Sollbestimmung werden. Bisher wurde bundesweit in überversorgten Gebieten ein einziger

Arztsitz durch eine KV aufgekauft, das ist mir zu wenig. Das Gesetz soll nun Überversorgung abbauen, um den jungen Ärzten den Weg in unterversorgte Gebiete aufzuzeigen. Und ich bin ganz bei Ihnen: Nicht jeder junge Arzt, der sich nach der Weiterbildung in Stuttgart niederlassen möchte, wäre bereit, auch in den Schwarzwald oder nach Unterfranken zu gehen. Aber wenn wir weiterhin die Tür in die überversorgten Gebiete weit offenlassen und wenn sich junge Ärzte nicht einmal Gedanken darüber machen müssen, ob für sie auch eine eher ländlich strukturierte Region infrage kommt,

schon mehrmals erlebt, dass minimale Formulierungsänderungen im Gesetz große Auswirkungen auf unsere Arbeit haben können. Ganz konkret zum Praxisaufkauf: Ich habe die Idee, dass bei einer Nachbesetzung in einem an sich überversorgten Planungsbereich darauf geschaut wird, ob der Praxisnachfolger bereit ist, den Praxissitz in eine bislang nicht ausreichend versorgte Gemeinde innerhalb des Planungsbereichs zu verlegen. Damit könnte man die Versorgung verbessern und zugleich Praxisaufkäufe mit all den damit verbundenen Problemen umgehen.



dann stimmt etwas nicht. Wenn wir hier nicht mit einer gesetzlichen Regelung ein wenig anschieben, dann ändert sich auch nichts. Mein Ziel ist der Erhalt einer bundesweit einheitlich guten Versorgung und dafür müssen alle Beteiligten – also gerade auch die KVen – mehr tun. Außerdem entscheiden im konkreten Einzelfall immer die Zulassungsausschüsse über die Nachbesetzung einer Praxis. Und da haben die Vertreter der Ärzte ja mehr als nur ein Wörtchen mitzureden.

Schmelz: Die Ärzteschaft ist dennoch beunruhigt, denn wir haben

Maag: In jedem Einzelfall wird die Versorgungsnotwendigkeit geprüft. Und ich kann mir schon Änderungen zur Frage vorstellen, ob ein Versorgungsgrad von 110 Prozent tatsächlich in jedem Fall Überversorgung abbildet. Wir sind jedenfalls im Gesetzgebungsverfahren für jeden Vorschlag offen und ich freue mich, wenn Sie kreative Ideen einbringen.

Schmelz: Dann möchte ich gleich den Vorschlag machen, die geplante Vierwochenfrist für Facharzttermine aus dem Gesetzesentwurf zu streichen. Die Termingar-

antie steht nicht nur im völligen Gegensatz zum Abbau von Praxen. Sie ist zudem ein starker Eingriff in die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Maag: Auch dieses Thema sollte man besser ruhigen Blutes betrachten. Es gab und gibt leider immer wieder Fälle, in denen Patienten auch bei medizinischer Notwendigkeit keinen zeitnahen Termin bei dem von ihnen gewünschten Arzt erhalten haben. Der Patient muss dann alle in Frage kommenden Ärzte durchtelefonieren. Das nehmen wir ihm jetzt ab. Wenn er eine Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt hat und beim Facharzt seiner Wahl keinen zeitnahen Termin erhalten kann, dann sucht ihm die KV einen anderen Facharzt, der die Untersuchung innerhalb von vier Wochen durchführen kann. Wenn der Patient aber lieber zu seinem „Wunscharzt“ möchte, dann muss er eben gegebenenfalls auch warten. Die Regelung ist patientenfreundlich und ich kann darin auch keine Einschränkung der freien Arztwahl oder auch der Therapiefreiheit erkennen.

Schmelz: Immerhin muss ich zugestehen, dass Sie die niedergelassenen Fachärzte überhaupt noch auf der Agenda haben. Bei einigen Gesundheitspolitikern habe ich hingegen inzwischen den Eindruck, dass sie die Fachärzte nur noch an den Kliniken und in speziellen Zentren sehen.

Maag: Für mich gehört eine fachärztliche Versorgung in den Praxen zu den Säulen unseres Gesundheitssystems. Das ist selbstverständlich, alles andere wäre absurd. Ich sehe deshalb auch die große Herausforderung, nicht nur genügend junge Hausärzte, sondern auch Fachärzte der verschiedensten Sparten für eine Niederlassung auf dem Land zu begeistern. Beides muss uns ge-

lingen, um die ambulante Versorgung auch in Zukunft auf hohem Niveau zu erhalten. Selbstverständlich muss auch die fachärztliche Versorgung für alle Patienten in Deutschland Standard sein. Wenn die KVen das nicht mehr garantieren können, müssen wir Lösungen anbieten. Das können auch Krankenhausambulanzen sein. Aber das ist nicht der Standard der Versorgung, der uns vorschwebt. Gerade wir in der CDU-Fraktion setzen auch auf die niedergelassenen Fachärzte.

Schmelz: Das höre ich gerne, nur sieht man das scheinbar nicht überall so. Wie sonst wäre es zu erklären, dass im aktuellen Gesetzgebungsverfahren Bestandsschutz für die Kliniken, die nach Paragraph 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmen, gewährt werden soll? Das widerspricht doch auch der Idee einer besseren intersektoralen Zusammenarbeit. So soll ja nach dem Willen des Gesetzgebers auf der Basis eines neuen Versorgungsbereichs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) die intersektorale Zusammenarbeit von Praxen und Kliniken verbessert werden.

Maag: Noch ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Deutschland sehr uneinheitlich geregelt. Um vermehrt Anreize für neue Verbände zu schaffen, hätte ich bevorzugt, die alten Regelungen zugunsten der Schaffung eines neuen ASV-Versorgungsbereichs komplett außer Kraft zu setzen. Die betroffenen Kliniken, die sich hier eingebracht haben, brauchen aber natürlich Planungssicherheit. Ich werde mich für eine Übergangslösung einsetzen, nicht für dauerhaften Bestandsschutz.

Schmelz: Lassen Sie mich einen weiteren Verbesserungsvorschlag für das Gesetz in unser Gespräch einbringen. Gemäß Paragraph 87a

des SGB V müssen wir als KV-Vorstände immer mit allen Krankenkassen gemeinsam und einheitlich verhandeln. Es wird zunehmend schwieriger, hier zu konstruktiven

gleichen Nachwuchsprobleme auf uns zukommen, wie sie bei den Hausärzten jetzt schon bestehen. Insofern wäre hier eine finanzielle Förderung der Weiterbildung zu-



Lösungen zu kommen, da eine Kasse alles blockieren kann. Dabei wäre es für eine Weiterentwicklung der Patientenversorgung doch viel besser, wenn auch die Möglichkeit geschaffen würde, im KV-System mit einzelnen Kassen innovative Verträge abzuschließen.

Maag: Bislang habe ich dies allerdings nicht als so drängendes Problem gesehen. Wir haben aber zum Beispiel die KVen jetzt als Vertragspartner für alle in Paragraph 140 neu geregelten Verträge vorgesehen.

Schmelz: Etwas anderes, das der Gesetzgeber doch sicher regeln könnte, wäre die Förderung der Weiterbildung in den Praxen – auch im fachärztlichen Bereich – wie sie im hausärztlichen Bereich dankenswerterweise schon lange explizit im Gesetz steht und umgesetzt wird.

Maag: Wichtig ist meines Erachtens zuerst die Aufnahme der Kinderärzte in das Weiterbildungssegment für Hausärzte und wie gesagt sehe ich bei den Fachärzten die

mindest für die Fachgruppe der allgemein fachärztlichen Versorgung richtig. Aber wir können nicht alles, was wünschenswert ist, auf einmal umsetzen. Ich nehme das Thema aber gerne in die Beratungen mit. Nachdem Sie jetzt doch einige Kritik an dem neuen Gesetz geübt haben, Herr Dr. Schmelz, müssen Sie aber auch anerkennen, dass wir gerade im Süden Deutschlands durchaus einiges für die Ärzte erreichen konnten. Ich nenne nur die Stichworte Wirtschaftlichkeitsprüfung, Bereinigung und Konvergenz.

Schmelz: Den Einsatz von Ihnen in Baden-Württemberg, aber beispielsweise auch unserer Bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml im Freistaat, habe ich durchaus mit großer Freude gesehen. Es ist schließlich auch unser gemeinsames Anliegen, die ambulante medizinische Versorgung auf dem über viele Jahrzehnte hinweg erreichten hohen Niveau zu erhalten.

Redaktion

DIE „KV-EIGEN-EINRICHTUNG“



Die Möglichkeit einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV), mit einer sogenannten Eigeneinrichtung unmittelbar selbst an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilzunehmen, besteht schon seit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KWVG), das am 1. Januar 1977 in Kraft trat. Während seinerzeit mit Blick auf die Versorgungssituation keine Notwendigkeit bestand, sich über eine KV-Eigeneinrichtung nähere Gedanken zu machen, hat sich diese Ausgangslage zwischenzeitlich doch erheblich verändert. Der folgende Artikel beleuchtet die rechtlichen Aspekte des Themas.

Insbesondere in ländlichen Gegenden nehmen inzwischen die Fälle zu, in denen kein Nachfolger für die eigene Praxis gefunden werden kann. Auch haben seit dem 1. Januar 2012 die Kommunen das Recht erhalten, in bestimmten Ausnahmefällen mit einer Eigeneinrichtung an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Gründe genug, sich eingehender mit der KV-Eigeneinrichtung und ihren rechtlichen Voraussetzungen auseinanderzusetzen.

1. Begriffsdefinition

Eine umfassende und eindeutige Definition dessen, was unter einer Eigeneinrichtung einer KV zu verstehen ist, findet sich im Gesetz nicht. In der insoweit maßgeblichen Vorschrift § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird – anders als in der Parallelvorschrift für Krankenkassen (für diese ist die Eigeneinrichtung in § 140 SGB V geregelt) – nicht einmal der Begriff der „Eigeneinrichtung“ verwendet. Gleichwohl besteht kein Zweifel daran, dass der Gesetzgeber mit § 105 Abs. 1

Satz 2 SGB V den KVen die Möglichkeit eingeräumt hat, durch eigene Einrichtungen die ambulante medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten sicherzustellen. Konkret lautet § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V wie folgt:

„Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“

Unter der hier interessierenden Tatbestandsalternative „**Betreiben von Einrichtungen**“ ist zu verstehen, dass die KV eine Einrichtung zur unmittelbaren medizinischen Versorgung gesetzlich Versicherter selbst betreibt, das heißt mit eigenen Mitteln die sachlichen und personellen Voraussetzungen für eine medizinische Versorgung gesetzlich Versicherter schafft und die Einrichtung in eigener Verantwortung unter Berücksichtigung der all-

gemeinen vertragsarztrechtlichen Vorgaben führt [1]. Dabei umfasst das Bereitstellen von Sachmitteln, dass entsprechend geeignete Räumlichkeiten und ärztliche Gerätschaften zur Verfügung gestellt werden, zum Beispiel durch Anmietung entsprechend geeigneter Räume. In Betracht kommt auch der Bau eines eigenen Ärztehauses. Was die Personalgestaltung anbelangt, umfasst diese die Beschäftigung sowohl nichtärztlicher Mitarbeiter als auch – und dies ist das eigentliche Charakteristikum einer KV-Eigeneinrichtung – die **Anstellung von Ärzten**, die in der Einrichtung die medizinische Versorgung übernehmen sollen. Dies führt dazu, dass die KV – vergleichbar einer Trägergesellschaft eines zugelassenen MVZ – neben den zugelassenen sowie ermächtigten Ärzten und den ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen selbst in ihrer Eigenschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Im Gegensatz zu Ärzten, die eine Niederlassung als Vertragsarzt oder eine Ermächtigung an-

streben, bedarf es hierfür jedoch keiner gesonderten Statusentscheidung des Zulassungsausschusses. Die Selbsterrichtung durch die KV ersetzt einen solchen Statusakt [2]. So gesehen hat der Gesetzgeber mit § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V letztlich eine **Teilnahmeberechtigung „sui generis“** geschaffen.

Ebenfalls als Betreiben einer Eigeneinrichtung im Sinne von § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird vielfach die **Variante** angesehen, dass die KV sich auf das Bereitstellen von Räumlichkeiten und gegebenenfalls nichtärztlichem Personal beschränkt und im Übrigen die so geschaffene **Einrichtung Vertragsärzten zur Nutzung überlässt** [3]. Da im Gegensatz zur Eigeneinrichtung mit angestellten Ärzten in dieser Konstruktion aber nicht die KV an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, sondern der jeweilige die Einrichtung nutzende Vertragsarzt, dürfen unter rechtsdogmatischen Gesichtspunkten durchaus Zweifel an dieser Zuordnung als Eigeneinrichtung erhoben werden.

2. Rechtliche Voraussetzungen für den Betrieb einer KV-Eigeneinrichtung mit angestellten Ärzten

Rein nach dem Wortlaut des § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V bedürfen die KVen zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen des **Behermens** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Dabei wird die Herstellung des Behermens dahingehend verstanden, dass die KV vor einer Beschlussfassung über die Errichtung einer KV-Eigeneinrichtung die Kassen

über diese geplante Maßnahme informiert, ihnen die Möglichkeit zur Stellungnahme gibt und etwaige Argumente der Krankenkassen in ihre Erwägungen miteinbezieht [4]. Diese Voraussetzung dürfte also für sich genommen kein unüberwindbares Hindernis darstellen.

Ein wenig anders verhält es sich mit der Vorgabe des § 105 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V, der als Grundnorm für Sicherstellungsmaßnahmen nach § 105 Abs. 1 SGB V „mit-

zulesen“ ist. Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen etwaige Sicherstellungsmaßnahmen „entsprechend den Bedarfsplänen“ zu ergreifen. Mit der Formulierung „**entsprechend den Bedarfsplänen**“ will der Gesetzgeber zum Ausdruck bringen, dass als Grundlage für die Beurteilung, ob und inwieweit eine Sicherstellungsmaßnahme erforderlich und geeignet ist, der Bedarfsplan heranzuziehen ist. Oder mit anderen Worten: Die jeweilige geplante Si-



Gelingt es nicht, vorhandene Versorgungslücken durch finanzielle oder sonstige Sicherstellungsmaßnahmen zu schließen, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen berechtigt, auch Eigeneinrichtungen zu betreiben.

cherstellungsmaßnahme muss aufgrund der im Bedarfsplan getroffenen Festlegungen objektiv nachvollziehbar sein.

Richtig schwierig gestaltet sich die Errichtung einer KV-Eigeneinrichtung mit bei der KV angestellten Ärzten aber mit Blick darauf, dass die KV-Eigeneinrichtung nach herrschender Meinung als **ultima ratio** angesehen beziehungsweise von der KV-Eigeneinrichtung als einem letzten Mittel gesprochen wird, das nur subsidiär in Betracht kommt, wenn die vertragsärztliche Versorgung nicht anders sichergestellt werden kann [5]. Begründet wird dies damit, dass die vertragsärztliche Versorgung so konzipiert ist, dass sie grundsätzlich durch zugelassene Vertragsärzte und zugelassene MVZ sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sicherzustellen ist. Demnach ist für die KV der Weg zu einer Eigeneinrichtung mit angestellten Ärzten letztlich erst dann offen, wenn zum Einen der Landesausschuss zumindest drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat und zum Anderen die KV vergeblich versucht hat, die jeweilige Versorgungslücke anderweitig, das heißt über andere Sicherstellungsmaßnahmen (wie beispielsweise Sicherstellungszuschläge oder Investitionskostenzuschüsse für die Neugründung einer Vertragsarztpraxis) zu schließen.

3. Rechtliche Auswirkungen einer KV-Eigeneinrichtung

Wie bereits ausgeführt, nimmt eine KV-Eigeneinrichtung, in der von der KV angestellte Ärzte tätig werden, qua Entscheidung der KV an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Eine maßgebliche Konsequenz dieses eigenständigen Teilnahme-status ist, dass die KV, vergleichbar einem zugelassenen MVZ oder

einem anstellenden Vertragsarzt, einen eigenen **Anspruch auf Vergütung** der von den angestellten Ärzten erbrachten vertragsärztlichen Leistungen aus der Gesamtvergütung hat.

Die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung hat andererseits aber auch zur Folge, dass die KV als Betreiber einer Eigeneinrichtung dafür Sorge zu tragen hat, dass die in der Eigeneinrichtung tätigen Ärzte die sich aus den vertragsarztrechtlichen Regelungen für angestellte Ärzte ergebenden Pflichten einhalten. Auch kommt der **Behandlungsvertrag mit dem Träger der Eigeneinrichtung**, also mit der jeweiligen KV, zustande. Der die Behandlung durchführende angestellte Arzt fungiert insoweit als Erfüllungshelfer der KV (§ 278 BGB). Aus diesem Grund muss sich die KV auch nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen etwaige Behandlungsfehler des in der Einrichtung tätigen angestellten Arztes zu-rechnen lassen.

Was die Anrechnung einer KV-Eigeneinrichtung in der Bedarfsplanung anbelangt, ist seit dem zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) gesetzlich festgelegt, dass auch die in einer KV-Eigeneinrichtung tätigen angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit **bei der Berechnung des Versorgungsgrades anteilig zu berücksichtigen sind** (§ 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V). Und ebenfalls mit dem GKV-VStG hat der Gesetzgeber erstmalig bestimmt, dass die in einer Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V angestellten Ärzte **Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen KV** sind. Voraussetzung ist allerdings, dass die angestellten Ärzte mindestens halbtags beschäftigt sind.

4. Finanzierung einer KV-Eigeneinrichtung

Mit dem durch das GKV-VStG in § 105 Abs. 1 SGB V angefügten Satz 3 hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die **ärztlichen Leistungen**, die in einer KV-Eigeneinrichtung erbracht werden, aus der **vertragsärztlichen Gesamtvergütung** zu begleichen sind. Den Anspruch auf diese Vergütung hat die KV, sofern sie die Eigeneinrichtung mit bei ihr angestellten Ärzten betreibt. Aus dieser Vergütung finanziert die KV zum einen die Honorare für die in der Eigeneinrichtung tätigen angestellten Ärzte sowie die Kosten für die Errichtung beziehungsweise den laufenden Betrieb der Eigeneinrichtung. Sollten die der KV aus der Gesamtvergütung zustehenden „Honorare“ nach Abzug der Gehälter für die angestellten Ärzte nicht ausreichen, um die Eigeneinrichtung kostendeckend zu betreiben, sind die darüber hinaus erforderlichen Mittel aus dem **Verwaltungskostenhaushalt** zu generieren [6].

*Andreas Pavlovic
(Rechtsabteilung der KVB)*

[1] Hencke in Peters (SGB V), § 105 Rdnr. 3; Pawlita in juris-PK, § 105 Rdnr. 28; Hess in Kasseler Kommentar, § 105 Rdnr. 2; Murawski in LPK-SGB V, § 105 Rdnr. 4

[2] Pawlita in juris-PK, § 105 Rdnr. 29

[3] Pawlita in juris-PK, § 105 Rdnr. 28; Hess in Kasseler Kommentar, § 105 Rdnr. 2; Murawski in LPK-SGB V, § 105 Rdnr. 4

[4] Schiller, NZS 1994, 401 sowie Kriminologie und Medizinrecht in Festschrift für Gernot Steinhilper, 127; Pawlita in juris-PK, § 105 Rdnr. 28; Murawski in LPK-SGB V, § 105 Rdnr. 5

[5] Hencke in Peters (SGB V), § 105 Rdnr. 3; Pawlita in juris-PK, § 105 Rdnr. 31; Murawski in LPK-SGB V, § 105 Rdnr. 5

[6] so auch u.a. Pawlita in juris-PK, § 105 Rdnr. 30

ONLINE-FORTBILDUNG ZUR DARMKREBSFRÜHERKENNUNG

Der Nationale Krebsplan empfiehlt zur Weiterentwicklung der Darmkrebsfrüherkennung unter anderem eine Fortbildung für Ärzte zum Thema „Beratung zur informierten Entscheidung“*. Seit 1. November dieses Jahres steht diese Fortbildung auf dem KVB-Online-Fortbildungsportal CuraCampus unter www.cura-campus.de für unsere Mitglieder bereit. Die Fortbildung ist durch die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) zertifiziert.

Im Rahmen ihres Gemeinschaftsprojekts „Einladungsverfahren zur Darmkrebsfrüherkennung“ hatten KVB und Techniker Krankenkasse (TK) ein interdisziplinäres Expertengremium mit der Entwicklung einer entsprechenden Fortbildung beauftragt. Teilnahmeberechtigte Ärzte waren im Rahmen einer Pilotierung an der Entwicklungsphase der Fortbildung beteiligt. Über das Projekt haben wir in KVB FORUM, Ausgabe 7-8/2014, bereits ausführlich berichtet.



Die Online-Fortbildung besteht aus drei Teilen: Im ersten Teil sind aktuelle evidenzbasierte Informationen zum Thema „Darmkrebsfrüherkennung“ aufbereitet, die zum Teil mit Hilfe von Grafiken veranschaulicht werden. Diese Informationen stehen Ihnen auch zum Abspeichern beziehungsweise Ausdrucken zur Verfügung, sodass

diese bei Bedarf im Rahmen eines Arzt-Patienten-Gesprächs unterstützend eingesetzt werden können.

Im zweiten Teil der Fortbildung geht es darum, die Beratungskompetenz zur Begünstigung informierter Patientenentscheidungen aufzufrischen. Als Informationsgrundlage steht hier ein Leitfaden mit Gesprächsetappen – ebenfalls zum Abspeichern und Ausdrucken – für Sie bereit.

Der dritte Teil besteht aus interaktiven Lernsequenzen. In kurzen Videofilmen werden typische Barrieren, die eine Patientenbeteiligung verhindern können, nachgespielt und Lösungsmöglichkeiten angeboten, mit denen in diesen Beispielfällen eine informierte Entscheidung doch noch gelingen kann.

KVB-Mitglieder können seit dem 1. November 2014 an der Fortbildung teilnehmen und damit ein zusätzliches Honorar für die Beratung zur Darmkrebsfrüherkennung für 50- bis 55-jährige TK-Versicherte in Höhe von 25 Euro abrechnen.

Ausblick

Um die Nachhaltigkeit der Initiative zu fördern, haben sich KVB und



TK bereits jetzt darauf verständigt, die Gesprächsleistung zur informierten Entscheidung mindestens bis zum 31. Dezember 2017 mit einem Zusatzhonorar zu vergüten. Die Erkenntnisse aus dem Projekt sollen in eine Empfehlung an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Umsetzung des Krebsfrüherkennungs- und registergesetzes einfließen.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Bestehende Zusatzvereinbarungen*.

*Michaela Huber, Ursula Chmiela
(beide KVB)*

*[vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Nationaler Krebsplan, S. 13, Berlin 2012]

Gesprächsleistungen zur Darmkrebsfrüherkennung werden zusätzlich vergütet.

„JEDE ART VON BEHINDERUNG KANN DEN EIGENEN HORIZONT ERWEITERN“

Dr. Uta Simons, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Geriatrie, betreibt zusammen mit ihren beiden Kollegen Dr. Susanne Lorenz und Dr. Stephan Maus eine Gemeinschaftspraxis in der Münchner Elisenstraße. Für Rollstuhlfahrer ist die Praxis nicht barrierefrei zugänglich. Dafür hat es die Allgemeinmedizinerin jedoch geschafft, eine andere Hürde zu überwinden – die der Sprachlosigkeit, wenn es um die Behandlung gehörloser Patienten geht.

In unmittelbarer Nähe des Münchner Hauptbahnhofs haben Dr. Uta Simons und ihre beiden Kollegen 2007 nach langjähriger gemeinsamer Tätigkeit im Rotkreuzklinikum Räume für ihr Vorhaben einer Gemeinschaftspraxis gefunden. „Zunächst haben wir uns im dritten Stock niedergelassen, und nachdem wir gewachsen sind, haben wir vor zwei Jahren zusätzliche Räume in der vierten Etage angemietet.“ Acht Stufen müssen im Eingangsbereich des Treppenhauses bis zum Aufzug überwunden werden. Von Anfang an war den drei Ärzten klar, dass dies für Rollstuhlfahrer und gehbehinderte Patienten keineswegs optimal ist. Doch barrierefreie Praxisräume zu finden, ist in München wie in anderen Großstädten nicht einfach. Und so einigte man sich darauf, dass man mit vereinten Kräften auch behinderte Patienten in die Praxis befördern könnte. „Wer die meisten Muskeln hat, packt mit an. Wir helfen da alle zusammen. Und so werden Rollstuhlfahrer die acht Stufen hinaufgetragen.“ Auch Patienten, die auf einen Rollator angewiesen sind, werden unterstützt und zum Beispiel beim Verlassen der Praxis bis vor die Haustür begleitet. „Wir

stellen in jedem Fall sicher, dass gebrechliche Patienten problemlos in und aus der Praxis kommen.“

Sprache mit dreidimensionaler Grammatik

Bei gehörlosen Patienten ist die Praxis besonders beliebt. Denn Dr. Uta Simons beherrscht die Gebärdensprache. „Nachdem ich vor etwa zehn Jahren das Buch ‚Stumme Stimmen‘ von Oliver Sacks gelesen habe, habe ich mich für das Erlernen dieser Sprache entschieden.“ Die Münchnerin war besonders von einem Satz in dem Buch fasziniert, wonach Gebärdensprache die einzige Sprache mit einer dreidimensionalen Grammatik im Raum sei. „Das klang poetisch, darüber musste ich unbedingt mehr erfahren. Und so begann ich 2005 an der Münchner Volkshochschule Kurse zu belegen.“

Kurz danach lernte die Medizinerin einen Gehörlosen aus dem Sudan kennen, der Gebärdensprache unterrichtete – „ein exzellenter Lehrer und inzwischen guter Freund“. Sie kam auf die Idee, ihn stundenweise nach der Sprechstunde als Lehrer zu buchen. „Die ersten

Kurse hat er hier in der Praxis gegeben. Alle im Team, auch die Arzthelferinnen, konnten bei Interesse mitmachen. Und es hat sich gezeigt: Je jünger die Mitarbeiterinnen waren, desto schneller haben sie die Gebärden aufgenommen. Das war toll.“

Herausforderung und Bereicherung zugleich

Der Lehrer aus dem Sudan wurde Dr. Uta Simons' erster gehörloser Patient. „Er hat dann sukzessive seine ebenfalls gehörlosen Freunde zu mir gebracht. Man muss wissen, dass Gehörlose ein sehr enges Netzwerk haben. Und wenn sie einmal einen Arzt gefunden haben, der mit ihnen kommunizieren kann, dann ist das auch für andere Betroffene interessant.“ Heute sind etwa 30 Prozent ihrer Patienten Gehörlose oder Schwerhörige. Die Behandlung dieser Menschen ist für Dr. Uta Simons nach wie vor eine Herausforderung, aber vor allem eine große Bereicherung, die sie nicht mehr missen möchte. „Jede Art von Behinderung kann den eigenen Horizont erweitern, weil man gezwungen ist, eine andere Perspektive einzunehmen.“

Zur Behandlung von Gehörlosen gehört für Dr. Uta Simons augenscheinlich mehr als das bloße Überwinden einer Kommunikationsbarriere. „Das Ganze ist auch mit viel Organisationsarbeit für den Patienten verbunden. Zum Beispiel rufe ich im Falle einer Krankschreibung auch schon mal den Arbeitgeber an, um ihm Bescheid zu geben.“ In anderen Fällen greift sie gerne auf die Unterstützung eines Gebärdendolmetschers zurück. Der steht jedem gehörlosen Patienten zu und wird von der Krankenkasse bezahlt. „Die Begleitung durch einen Dolmetscher macht besonders dann Sinn, wenn ein Patient zum Facharzt, zum Beispiel zu einem Neurologen, muss und es essenziell ist, dass der Gehörlose die Diagnose und die empfohlenen Behandlungsschritte nachvollziehen kann.“ Allerdings, so Dr. Uta Simons, gebe es immer wieder gehörlose Patienten, die die weiterbehandelnden Kollegen dennoch ohne Dolmetscher aufsuchen würden – zum einen aus Scheu vor dem Koordinationsaufwand und zum anderen aus Angst vor Diskretionsverlust. „Die Gehörlosenszene in München ist sehr klein. Viele Gehörlose haben Sorge, dass ihre Krankheiten öffentlich werden, sei es bereits durch ihre Anwesenheit mit anderen Gehörlosen in meinem Wartezimmer, durch Indiskretion meinerseits oder durch die Indiskretion eines weiterbehandelnden Kollegen beziehungsweise auch durch den Dolmetscher. Das mag an der sprichwörtlichen Sichtbarkeit der Gebärdensprache liegen.“ Deshalb, so die Ärztin weiter, müsse sie manchmal für den Einsatz eines Dolmetschers viel Überzeugungsarbeit leisten oder den Dolmetscher direkt anrufen, um den Kontakt herzustellen. „Weil ich natürlich möchte, dass meine Facharztkollegen den Patienten verstehen – und ohne Dolmetscher geht das eben nicht.“

Eingezwängt ins Zeitkorsett

Wodurch fühlt sich die Münchnerin in ihrer Arbeit mit Gehörlosen am meisten eingeschränkt? „Ganz klar durch den Zeitfaktor. Die Zeit für die Behandlung behinderter Patienten ist einfach generell zu knapp bemessen.“ Doch gerade Gehörlose seien oft über Jahre medizinisch komplett vernachlässigt und schon lange nicht mehr gründlich untersucht worden. Vorsorgetermine seien aufgrund mangelnder Kommunikationsfähigkeit nicht wahrgenommen worden. Um das nachzuholen und eine ausführliche Anamnese zu erstellen, sei es eben wichtig, sich ausreichend Zeit nehmen zu können. Zusätzlich werde die Praxisplanung durch gehörlose Patienten durcheinandergewirbelt, die ohne Termin vorbeikämen, weil sie einen solchen ja nicht telefonisch vereinbaren könnten. Gäbe es eine finanzielle Unterstützung seitens des Gesundheitssystems zur Förderung der Barrierefreiheit, würde Dr. Uta Simons deshalb gerne eine Telefonanlage für Gehörlose in der Praxis installieren. „Das wäre sicher interessant für uns und würde unsere Praxismitarbeiterinnen entlasten, die wegen eventueller Terminanfragen tagsüber ständig den E-Mail-Ordner überprüfen und die Anfragen entsprechend beantworten müssen. Auch das kostet viel Zeit.“

Während die Arbeit eines Gebärdendolmetschers von den Krankenkassen vergütet wird, erhält Dr. Uta Simons für ihren Mehraufwand nichts extra. „Wenn ich grundsätzlich die Chronikerziffer bei jedem Gehörlosen abrechnen dürfte – auch wenn er nicht in jedem Quartal vorbeikommt – wäre das schon sehr hilfreich.“ Viele Gehörlose, so berichtet die Münchnerin weiter, hätten darüber hinaus auch psychosomatische Beschwerden, da sie sich im Alltag und Arbeitsprozess



oft ausgegrenzt fühlten. „Besonders die ältere Generation wurde in Ausbildung und Beruf oft benachteiligt und leidet bis heute unter erschwerten Arbeitsbedingungen, weshalb verhältnismäßig viele von ihnen auch orthopädische Probleme haben.“

Dass Dr. Uta Simons trotz mancher Mehrbelastung in ihrer Arbeit mit Gehörlosen aufgeht, kann sie nicht verleugnen. „Ich lerne ständig von ihnen. Jeder meiner Patienten hat mir etwas Neues beigebracht.“ Besonders angetan hat es ihr jedoch eine gehörlose Famulantin, die ihre Sinne bei der Behandlung von Patienten in der Praxis auf sehr beeindruckende Weise einsetzte. „Sie hat zum Beispiel eine Bronchitis nicht mit dem Stethoskop, sondern das Rasseln der Lunge mit den Händen erfühlt und diagnostiziert. Auch den Blutdruck misst sie mit den Händen.“ Das, so die Allgemeinmedizinerin, bringe uns zu einem anderen Thema: Nämlich dem, wie man behinderte Ärzte oder Psychotherapeuten bei der Ausübung ihres Berufes unterstützen könne.

Dr. Uta Simons ist von der Poesie der Gebärdensprache fasziniert, was den zahlreichen gehörlosen Patienten in ihrer Münchner Allgemeinarztpraxis zugute kommt.

Marion Munke (KVB)

PHENYLKETONURIE – EINE STOFFWECHSELSTÖRUNG

Der erste Schock ist groß, wenn man wenige Tage nach der Geburt seines Kindes als Ergebnis des Neugeborenen Screenings die Diagnose Phenylketonurie (PKU) erhält. Birgit und Jochen Müller, Regionalleiter Bayern-Süd der Deutschen Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandter angeborener Stoffwechselstörungen e. V. (DIG PKU), berichten, wie es sich angesichts eines sehr guten Forschungsstands und der breiten Palette an phenylalanin-armen Nahrungsmitteln mit PKU gut leben lässt.

Birgit und Jochen Müller, Regionalleiter Bayern-Süd der DIG PKU, haben eine Tochter, die von der angeborenen Stoffwechselstörung Phenylketonurie betroffen ist. Sie ist inzwischen elf Jahre alt und besucht die fünfte Klasse des Gymnasiums.



Die Wahrscheinlichkeit mit einer PKU auf die Welt zu kommen liegt in Deutschland derzeit bei zirka 1:9000, das heißt, bei der gegenwärtigen Geburtenrate muss mit etwa 75 Neuerkrankungen pro Jahr gerechnet werden. Zwar ist jeder 48. Deutsche Träger dieser Stoffwechselstörung, weist also eine Veränderung eines Gens auf Chromosom 12 auf, da PKU aber autosomal rezessiv vererbt wird, können nur die Kinder zweier Träger eine Phenylketonurie haben.

Die Behandlung einer PKU beruht schon seit den 60er Jahren im Wesentlichen auf zwei Säulen. Basis

ist eine streng phenylalanin- und damit eiweißarme Diät. Je nach Schwere der Erkrankung, also Restfunktionalität des Enzyms Phenylalaninhydroxylase, können PKUler zwischen 200 und 450 mg der essentiellen Aminosäure Phenylalanin (Phe) pro Tag zu sich nehmen. Die Phe-Toleranz ist individuell verschieden und muss immer wieder neu „eingestellt“ werden. Dies funktioniert allein über den Blutwert, der regelmäßig – bei Babys alle ein bis zwei Wochen, bei älteren Kindern und bei Erwachsenen alle zwei bis vier Wochen – von einem Labor gemessen wird. Die Blutabnahme kann sehr gut zu Hause durchgeführt werden, weil mittlerweile we-

nige Tropfen Fingerblut auf einem Filterpapier genügen, um gute Ergebnisse zu erzielen (ein portables Messgerät, ähnlich einem Blutzuckermessgerät, ist in Entwicklung, hat aber noch keine Marktreife). Was die empfohlene Phe-Konzentration im Blut anbelangt, gibt es innerhalb Deutschlands, aber auch europaweit sehr unterschiedliche Ansichten. In den offiziellen Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen empfiehlt man für das erste bis zehnte Lebensjahr 0,7 bis 4,0 mg/dl (42-240 µmol/l), für das elfte bis 16. Lebensjahr 0,7 bis 15,0 mg/dl (42-900 µmol/l) und ab dem 16. Lebensjahr < 20 mg/dl (< 1200 µmol/l). Die deutschlandweite Selbsthilfegruppe DIG PKU empfiehlt gerade ab dem elften Lebensjahr niedrigere Werte.

Erhöhte Phe-Spiegel wirken sich auf die Betroffenen ganz unterschiedlich aus: Während manche gar nichts merken, klagen andere über häufige Kopfschmerzen oder Konzentrationsschwierigkeiten. Eine Lockerung der Diät ist außerdem für Frauen, die vorhaben Kinder zu bekommen, problematisch. Schon drei Monate vor Eintritt einer Schwangerschaft muss wieder strenge Diät gehalten und der

Phe-Spiegel bis zum Beginn der Schwangerschaft auf Werte unter 3 mg/dl gebracht werden, um den Embryo nicht zu schädigen.

Der Markt an phe-armen Lebensmitteln ist groß, es gibt einige Firmen, die sehr hochwertige und leckere Produkte anbieten. Im Gegensatz beispielsweise zu Italien müssen in Deutschland diese Nahrungsmittel allerdings selbst bezahlt werden. Wenn betroffene Patienten sich nur streng eiweißarm ernähren würden, wäre eine Unterversorgung mit anderen Aminosäuren, Nährstoffen und Vitaminen die Folge. Die zweite und daher ebenso wichtige Säule der Behandlung ist deshalb die regelmäßige Einnahme einer Aminosäuremischung (ASM). Diese enthält ne-

ben den anderen Aminosäuren, die wegen der eiweißarmen Diät in der Nahrung deutlich unterrepräsentiert sind, auch Tyrosin, ein Abbauprodukt des Phenylalanins, Mineralien, Energie und immer häufiger auch Omega3-Fettsäuren. Die benötigte Menge ist wieder individuell verschieden und wird bei der ein- bis zweimal im Jahr durchgeführten klinischen Untersuchung im Stoffwechselzentrum überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Das Angebot an Aminosäuremischungen ist groß. Diese Produktvielfalt ist notwendig, da die PKU eine lebenslange Behandlung erfordert und Patienten Produkte benötigen, die auf die unterschiedlichen Lebensphasen zugeschnitten sind. Die ASM soll auf drei bis

vier Portionen am Tag verteilt werden. Offiziell gelten die ASMen als diätetische Lebensmittel für medizinische Zwecke, deren Kosten entsprechend der gültigen Arzneimittelrichtlinie von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Seit einiger Zeit ist ein Medikament mit Namen Kuvan® (Wirkstoff: Tetrahydrobiopterin = BH4, Merck Serono) auf dem Markt, das bei der Hyperphenylalaninämie beziehungsweise der milden Form der PKU dazu führen kann, dass für eine Minderheit der Patienten die Diät deutlich gelockert, in seltenen Fällen auch ganz aufgegeben werden kann.

Birgit und Jochen Müller (DIG PKU)

Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie (DIG PKU)

Die DIG-PKU ist im Dezember 1975 als Zusammenschluss von acht Elternpaaren entstanden, bei deren Kindern PKU diagnostiziert wurde. Heute hat die DIG-PKU zirka 1.730 Mitglieder. Sie betreut PKU-Betroffene, aber auch Betroffene mit verwandten Eiweißstoffwechselstörungen. Sie ist bundesweit durch 17 Regionalgruppen und vier Gruppen für Organoacidämien, NKH, Tyrosinose, Homocystinurie und demnächst einer Gruppe für MSUD („Ahornsirupkrankheit“) vertreten.

Die DIG PKU setzt sich als Selbsthilfeorganisation dafür ein, dass allen von einer Eiweißstoffwechselstörung betroffenen Patienten in Deutschland ohne Hindernisse der Zugang zu einer optimalen Behandlung ermöglicht wird – unabhängig von Alter, Geschlecht, Geburtsort oder sozialem und wirtschaftlichem Hintergrund. Die DIG PKU for-

dert, dass die betroffenen Patienten so behandelt werden, dass sie in ihrer persönlichen, intellektuellen und sozialen Entwicklung nicht beeinträchtigt sind und bei voller gesellschaftlicher Teilhabe ein Leben in Gesundheit führen können.

Hierfür müssen die notwendigen gesellschaftlichen und politischen Voraussetzungen geschaffen werden. Zur Verwirklichung dieser Ziele arbeitet die DIG PKU eng mit anderen Vereinen und Gruppierungen zusammen. Auch Fachkräften steht sie mit Rat und Tat zur Seite. Der Verein unterstützt und fördert die Arbeit der Regionalgruppen, in denen die Mitglieder vor Ort betreut werden. Über die Vereinszeitschrift PHEline, den Newsletter und die Internetseite informiert die DIG PKU ihre Mitglieder zu Themen aus den Bereichen Medizin und Ernährung bei Phenylketonurie und verwandten Stoffwechselstörungen, zum Beispiel über die

Besonderheiten bei Kinderwunsch und Schwangerschaft, über Leistungen der Krankenkassen – insbesondere im Zusammenhang mit der Übernahme der Kosten der Aminosäuremischungen sowie zu Rechts- und Sozialfragen. Darüber hinaus fördert die DIG PKU die Zusammenarbeit mit anderen Partnern, zum Beispiel mit der Allianz Seltener Chronischer Erkrankungen (ACHSE).

Kontakt

Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandter angeborener Stoffwechselstörungen e.V. (DIG PKU)

Birgit und Jochen Müller,
Regionalleiter Bayern-Süd

E-Mail: rg.muenchen@dig-pku.de

HIER IST PLATZ FÜR IHRE MEINUNG

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



Masernaufklärung in der Praxis: „Entscheidend ist ein gutes Vertrauensverhältnis“

KVB FORUM 10/2014, Seite 12



In seinem Beitrag schreibt Dr. Martin Lang treffend „Ein gutes Vertrauensverhältnis erfordert Zeit und eine ausreichende Hinwendung“. Dies ist absolut zutreffend. Gerade die impfkritische Klientel, auf die er in seinem Interview später eingeht, fordert hier zunehmend mehr Zeit im Beratungsgespräch ein. Wenn dem Arzt das Thema Impfen wichtig ist und er hier Überzeugungsarbeit leisten möchte, sind schnell 20 Gesprächsminuten verstrichen. Was jedoch von Politik und Kostenträgern vergessen wird, ist, dass für dieses Engagement auch die finanzielle und betriebswirtschaftliche Wertschätzung erfolgen muss. Hier ist es sicher nicht damit getan, eine Imp fziffer mit 3,00 bis 15,34 Euro zu bewerten. Wenn es nach dem EBM geht, dürfen wir Vertragsärzte für eine reine Impfkonsultation ja noch nicht einmal die Grundpauschale abrechnen! Im Zuge des Patientenrechtgesetzes ist es zwischenzeitlich wirklich rein aus me-

dikolegalen Gründen nicht mehr damit getan, mit dem Impfling beziehungsweise mit den Eltern zu sprechen und dann zu impfen. Nach der ausführlichen Aufklärung, die im Internetzeitalter zunehmend ausufert, da Falsch- und Halbwissen relativiert werden müssen, muss dem Patienten eine schriftliche Aufklärung ausgehändigt werden (Druckkosten!). Nachdem er diese gelesen und unterschrieben hat, und gegebenenfalls weitere hierdurch aufgekommene Fragen beantwortet/diskutiert wurden, wird diese kopiert oder eingescannt und dem Patienten in Kopie ausgehändigt. Dann wird grob orientierend untersucht, geimpft, die Impfung im Impfpass und der Akte/EDV mit Charge, Namen und Impfort dokumentiert und abgerechnet (A, B, R, V, usw.). Dann soll man den Patienten auch noch mindestens 30 Minuten in der Praxis überwachen. Der gesamte Vorgang, wenn so wie gefordert erledigt, dauert, ohne Überwachung, mindestens zehn bis 15 Minuten, bei Impfkritikern durchaus über 30 Minuten. Und hierfür sollen wir uns dann ohne Grundpauschale nur mit der Imp fziffer abspesen lassen? Auch die Ziffern 03230/04230 sind nicht möglich, obwohl doch ein ordentlicher Impfstatus durchaus lebensverändernd (vor vermeidbaren, teils schwerwiegenden Krankheiten schützend) sein dürfte.

Wenn schon von Politik und der Öffentlichkeit besonderes Engage-

ment in Sachen Impfen gefordert wird, muss auch erlaubt sein, dass die Leistungserbringer ihrerseits für ordentlich und engagiert durchgeführte Leistungen eine angemessene Honorierung einfordern. Rechnen wir 20 Minuten (durchschnittlicher Aufwand wie oben beschrieben), so sollte eine Impfung brutto auch mit mindestens 20 Euro bewertet sein. Nebenbei sollte man dann auch noch fragen dürfen, wie mit Kollegen verfahren werden soll, die sich vehement gegen die offiziellen Empfehlungen stellen. Mit Übernahme der Kassenarztztätigkeit haben wir uns doch verpflichtet, nach allgemein anerkannten Kriterien, evidenzbasiert und nach Leitlinien zu handeln. Man hätte also durchaus Handhabe gegen diejenigen, die Außen-seitermeinungen, paramedizinische Erklärungen und Verschwörungstheorien als Grundlage ihrer Beratungsgespräche nehmen. Auch die technische Umsetzbarkeit wäre eine Kleinigkeit – praxisbezogene GNR-Liste ausgewertet nach allen Ziffern 89* – schon wären die „Radikalen“ identifiziert. Alle Programme und Kampagnen werden die WHO-Ziele nicht in greifbarer Nähe rücken, wenn die Honorierung der Leistung und die Negativhonorierung der Leistungsverweigerung nicht stimmen.

*Dr. Sven Heidenreich,
Altdorf bei Nürnberg*

Zufriedenheit mit ambulanter Psychotherapie

KVB FORUM 9/2014, Seite 36



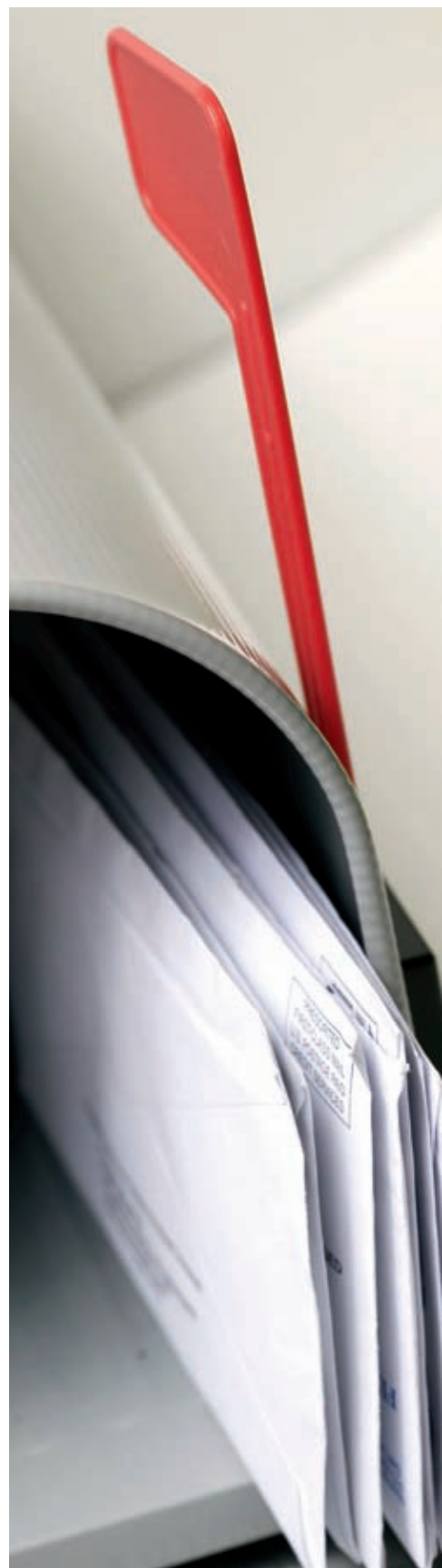
Das KVB FORUM wird von allen Mitgliedern der KVB gelesen und findet somit gute Resonanz. Bezugnehmend auf den Artikel zur Zufriedenheit mit ambulanter Psychotherapie möchten wir Ärztlichen Psychotherapeuten jedoch unseren Unmut zum Ausdruck bringen, da unsere Arbeit in der oben genannten Kurzmeldung weder erwähnt noch gewürdigt wird. Es handelt sich um eine Krankenkassenstudie (Telefoninterviews mit 2.010 Befragten im Herbst 2013), die vom wissenschaftlichen Institut der AOK durchgeführt wurde. Es wurde hier nicht differenziert zwischen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, sodass der Anschein erweckt wird, als ob es die Ärztlichen Psychotherapeuten gar nicht gäbe. Der Fehler ist schon bei der Durchführung der Studie aufgetreten (was von Studienleiter Herrn Zok telefonisch bestätigt wurde). Laut dieser Studie gibt es anscheinend nur Psychologische Psychotherapeuten und/oder Psychiater und Neurologen. Die Ärztlichen Psychotherapeuten, seien es Fachärzte für Psychosomatische Medizin oder Ärzte anderer Fachgebiete mit Zusatztitel „Psychotherapie“, werden weder erwähnt noch wird auf diese hingewiesen. Wir bezweifeln, dass 70,3 Prozent der Behandlungen nur von Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden und vermuten, dass hier nicht differenziert wird. Unter Laien

werden die Berufsbezeichnungen Psychotherapeut, Psychologe und Psychiater fälschlicherweise häufig synonym verwendet. In der Tat unterscheiden sich diese jedoch erheblich.

Eine Psychotherapie wird durchgeführt von: Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten anderer Gebiete mit Zusatztitel „Psychotherapie“, Praktischen Ärzten mit Zusatztitel „Psychotherapie“, Psychologischen Psychotherapeuten sowie von Psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Der Begriff Psychotherapeut trifft somit auf alle erwähnten Berufsgruppen zu und nicht nur auf die der Psychologischen Psychotherapeuten. Er ist eine Tätigkeitsbeschreibung und keine Berufsbezeichnung. Zudem ist zu kritisieren, dass Sie einen Vertreter eines reinen Psychologenverbandes zu dem Ergebnis der Studie zitieren, ohne auch einen Vertreter eines Ärztlichen Psychotherapeutenverbandes zu Wort kommen zu lassen.

Es wäre wünschenswert, dass in einem von der KVB herausgegebenen Rundschreiben, das sich an alle Mitglieder der KVB richtet, nicht alles über einen Kamm geschert wird, dass Ärztliche Psychotherapeuten und deren Arbeit ebenfalls erwähnt und gewürdigt werden und dies nicht unter „Psychologischen Psychotherapeuten“ subsumiert wird.

Dr. Margot Kreuzer
und die MitgliederInnen des Qualitätszirkels QM-alpha-Rosenheim
Rosenheim



IT IM GESUNDHEITSWESEN ALS KRITISCHE INFRASTRUKTUR

Elektronische Medien bilden die Lebensadern der modernen Informationsgesellschaft. Vorfälle und Angriffe haben gezeigt, wie verwundbar diese sind. Jetzt soll ein neues IT-Sicherheitsgesetz alles stabiler machen. Laut Entwurf werden sich die geplanten Änderungen auch auf das Gesundheitswesen auswirken.

Technische Systeme der Informationstechnologie sind für unsere moderne Gesellschaft unverzichtbar. Sie sind sogenannte „kritische Infrastrukturen“ (KRITIS). Die Gesundheitsversorgung kennt solche kritischen Systeme ebenfalls – und die Gesundheitstelematik sowieso. Da die Systeme des Gesundheitswesens nicht für sich allein stehen, können sie durch die Ausfälle anderer, ansonsten unspezifischer Versorgungssysteme wie Energie oder Kommunikation mitgerissen werden.

Ein erster Bericht des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe widmete sich 2007 speziell der „Identifizierung der vulnerablen Punkte innerhalb des Systems Gesundheitsversorgung“. Ziel war die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen, „die in den einzelnen Einrichtungen umgesetzt werden können, um den Schutz der Gesundheitseinrichtungen als kritische Infrastruktur langfristig zu erhöhen.“

Anfang dieses Jahres hat die Bundesregierung ein neues IT-Sicherheitsgesetz („digitale Agenda“) beschlossen, in dem unter anderem ausdrücklich auf das Gesundheitswesen eingegangen wird. Der Aufbau einer sicheren und leistungsfähigen Infrastruktur soll die technologische Basis bilden, die der Bevölkerung durch IT-gestützte An-

wendungen mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen Versorgung garantieren soll. Im Entwurf der „digitalen Agenda“ sind auch grundlegende Weichenstellungen zur künftigen Vernetzung anderer Märkte, wie beispielsweise Energie, Verkehr oder Banken, vorgesehen.

Grundsätzlich kann eine gute IT-Sicherheit aufgrund der dezentralen und heterogenen Struktur elektronischer Kommunikation nur in gemeinsamer Verantwortung aller Beteiligten gewährleistet werden. Der Referentenentwurf zum neuen Gesetz verpflichtet daher alle KRITIS-Betreiber, einen Mindeststandard an IT-Sicherheit einzuhalten und Vorfälle unverzüglich zentral an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie (BSI) zu melden. Netzbetreiber sollen ihrerseits betroffene Nutzer über Schäden und Bedrohungen aktiv informieren müssen. Dazu sollen die Befugnisse und Aufgaben verschiedener Bundeseinrichtungen deutlich ausgebaut werden.

Die grundsätzlichen Ziele des künftigen IT-Sicherheitsgesetzes werden einhellig anerkannt. Dennoch wurden – noch während der laufenden Beratungen – kritische Anmerkungen zum zentralen Meldeansatz sowie praktische Ratschläge zur künftigen Umsetzung veröffentlicht. Was muss gemeldet wer-

den? Welche Konsequenzen haben Meldungen? Unterschiedliche Empfehlungen zur Meldepflicht und zu den IT-Mindeststandards für Beteiligte machten die Runde. Das große Tauziehen hatte begonnen.

Die Bedeutung für alle Beteiligten der Gesundheitsversorgung hängt sicher noch von der endgültigen Ausgestaltung des Gesetzes ab. In jedem Fall ist aber erkennbar, dass größere Praxen, Medizinische Versorgungszentren und stationäre Einrichtungen hiervon direkt betroffen sein werden. Wegen des besonderen Charakters von Gesundheitsdaten könnte in Abweichung zu anderen Branchen die gematik statt des BSI als Sammel- und Meldestelle zugelassen werden.

Kritische Infrastrukturen stellen im Gesundheitswesen mithin kein abstraktes Randthema dar. Die ärztliche Auseinandersetzung mit IT-Sicherheit und deren Bedrohung verträgt ab sofort noch viel mehr Aufmerksamkeit. Das Rad dreht sich gerade wieder einmal weiter, ob man will oder nicht.

*Dr. Christoph Goetz
Leiter Gesundheitstelematik (KVB)*

Rückfragen zu diesem Thema unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 70 oder per E-Mail an Christoph.Goetz@kvb.de.

BUNDESWEITER FRAUENNOTRUF

Rund 35 Prozent aller Frauen in Deutschland werden nach einer aktuellen Untersuchung der Europäischen Grundrechteagentur mindestens einmal in ihrem Leben Opfer von physischer und/oder sexueller Gewalt. Frauen, Angehörige und Fachkräfte können sich unter der bundesweit eingerichteten Frauennotrufnummer 08000 116 016 zu allen Formen von Gewalt gegen Frauen kostenlos beraten lassen. Das Hilfetelefon ist Tag und Nacht erreichbar.

Die rund 60 Beraterinnen sind qualifizierte Fachkräfte mit Erfahrungen in der psychosozialen Beratungsarbeit. Auf Wunsch vermitteln sie die Ratsuchenden auch an Unterstützungseinrichtungen vor Ort weiter.



Das Hilfetelefon ist beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben angesiedelt und wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert. Plakate, Flyer und Online-Banner können kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter www.hilfetelefon.de/de/materialien.

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, Iris Kleinhenz

Anschrift der Redaktion:

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

Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck:

BluePrint AG, München.
Gedruckt auf FSC-zertifiziertem Papier.

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.

Bildnachweis:

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (Seite 29), DrugStop Drogenhilfe Regensburg e. V. (Seite 3), [iStockphoto.com/kyoshino](https://www.iStockphoto.com/kyoshino) (Titelseite), [iStockphoto.com/FotografiaBasica](https://www.iStockphoto.com/FotografiaBasica) (Seite 2), [iStockphoto.com/Krasyuk](https://www.iStockphoto.com/Krasyuk) (Seite 4), [iStockphoto.com/mediaphotos](https://www.iStockphoto.com/mediaphotos) (Seite 4), [iStockphoto.com/mura](https://www.iStockphoto.com/mura) (Seite 4), [iStockphoto.com/digpro](https://www.iStockphoto.com/digpro) (Seite 5), [iStockphoto.com/deliormanli](https://www.iStockphoto.com/deliormanli) (Seite 5), [iStockphoto.com/hidesy](https://www.iStockphoto.com/hidesy) (Seite 5), [iStockphoto.com/gradyreese](https://www.iStockphoto.com/gradyreese) (Seite 13), [iStockphoto.com/-Oxford-](https://www.iStockphoto.com/-Oxford-) (Seite 19), [iStockphoto.com/Kameleon](https://www.iStockphoto.com/Kameleon) (Seite 27), [iStockphoto.com/bezov](https://www.iStockphoto.com/bezov) (Seite 31), [iStockphoto.com/mediaphotos](https://www.iStockphoto.com/mediaphotos) (Seite 32), [iStockphoto.com/shironosov](https://www.iStockphoto.com/shironosov) (Seite 32), Kuschelwulff (Seite 21), Privat (Seite 9, 24), KVB (alle weiteren)

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-Ident Plus, KV-SafeNet* und Förderung

■ PVS, eGK und KVB-Token

■ KV-Connect und 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

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

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

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
	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	Rudolf Paper	0 94 21 / 80 09 – 3 06	Rudolf.Paper@kvb.de
	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	Martina Huber	0 89 / 5 70 93 – 44 74	Martina.Huber@kvb.de
	Denise Stiglmeier	0 89 / 5 70 93 – 35 39	Denise.Stiglmeier@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

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 Hofmann	09 11 / 9 46 67 – 6 73	Sonja.Hofmann@kvb.de
	Angela Krath	09 11 / 9 46 67 – 7 69	Angela.Krath@kvb.de
München	Daniela Bluhm	0 89 / 5 70 93 – 28 79	Daniela.Bluhm@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	Peter Neubauer	09 41 / 39 63 – 3 92	Peter.Neubauer@kvb.de
	Birgit Schneider	09 41 / 39 63 – 1 70	Birgit.Schneider@kvb.de
Schwaben	Julia Eckert	08 21 / 32 56 – 1 43	Julia.Eckert@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

Meldungen über Dienstplanänderungen (Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Oberbayern, Niederbayern und Schwaben		Unter-, Mittel- und Oberfranken und Oberpfalz	
Telefon	0 89 / 57 95 70 – 8 50 10	Telefon	09 21 / 78 51 75 – 6 50 10
Fax	0 89 / 57 95 70 – 8 50 11	Fax	09 21 / 78 51 75 – 6 50 11
E-Mail	Dienstaeenderung.vbzm@kvb.de	E-Mail	Dienstaeenderung.vbzn@kvb.de

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	Nicole Mohrelt	0 89 / 5 70 93 – 35 59	Nicole.Mohrelt@kvb.de
	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.Aaltschaeffl@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	Stephanie Elling	0 89 / 5 70 93 – 35 68	Stephanie.Elling@kvb.de
	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	Siegfried.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
	Dieter Walter	08 21 / 32 56 – 2 31	Dieter.Walter@kvb.de
Unterfranken	Michael Heiligenthal	09 31 / 3 07 – 3 02	Michael.Heiligenthal@kvb.de
	Christine Moka	09 31 / 3 07 – 3 03	Christine.Moka@kvb.de
	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.

Marion Kress	09 11 / 9 46 67 – 3 23	Marion.Kress@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

Beratung

Wir helfen Ihnen gerne telefonisch zu folgenden Zeiten und Themen:

emDoc (Abrechnung Notarztdienst)
 Montag bis Freitag:
 9.00 bis 15.00 Uhr
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
 E-Mail emdoc@kvb.de

MammaSoft
 Montag bis Donnerstag
 7.30 bis 17.30 Uhr
 Freitag
 7.30 bis 16.00 Uhr
 Telefon: 0 89 / 5 70 93 – 4 01 00
 Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 01 01
 E-Mail: MammaSoft-IT-Support@kvb.de

- Technischer Support für Untersuchungsdokus
- Benutzermanagement und Abrechnung



VORSCHAU



BAYERISCHER GESUNDHEITSPREIS

KVB und IKK classic ehren
Renommierprojekte 2014



KVB-JAHRESPRESSE- KONFERENZ 2014

Gesundheitspolitisches
Resümee des Vorstands



VERTRETERVER- SAMMLUNG DER KVB

Ärzteparlament diskutiert
politische Fragestellungen



GEMEINSAM FÜR DIE PATIENTEN

Kooperationsformen in der
hausärztlichen Versorgung