

KVBFORUM

07 | 14
08



PRÄZISIONSARBEIT

Wie Genehmigungen die Qualität in
der ambulanten Versorgung sichern

KVB-VERTRETERVERSAMMLUNG: Einfluss von Politik und Krankenkassen begrenzen

RECHT INTERESSANT: Gesetz ergänzt Regelungen zum Behandlungsvertrag

UMFRAGE: Welche Dienstleistungen wünschen sich die Mitglieder von der KVB?



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Begriff Qualität ist eines der Reizworte schlechthin in unserem Gesundheitssystem. Praktisch immer, wenn der Gesetzgeber eine neue bürokratische Hürde einzieht, wird diese mit einem Mehr an Qualität in der Versorgung und der dafür notwendigen Dokumentation begründet. Auch die Krankenkassen sind immer sofort dabei, wenn es darum geht, etwaige Qualitätslücken – zuletzt vor allem im stationären Bereich – aufzudecken. Insofern wird es auch erst einmal kritisch zu beobachten sein, ob die vom Deutschen Bundestag kürzlich per Gesetz verabschiedete Gründung eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen auch wirklich eine weise Entscheidung war. Oder ob hier ein neuer Hort der Bürokratie geschaffen wird, der den Ärzten und Psychotherapeuten noch mehr Zeit für Verwaltungstätigkeiten abfordert.

Dass Bayerns Praxen allerdings keine Furcht vor einem Wettbewerb um gute Qualität haben müssen, zeigt das Titelthema dieser Ausgabe von KVB FORUM. Wir haben es dem Thema „Genehmigungen in der vertragsärztlichen Versorgung“ gewidmet und sind sicher, dass dies bei vielen von Ihnen auf Interesse stoßen wird. Schließlich ist eine erteilte Genehmigung nicht nur ein Beleg dafür, dass in der jeweiligen Praxis definierte Standards eingehalten werden, sondern sie ermöglicht auch die Beteiligung an neuen Verträgen. Diese bringen in der Regel zusätzliche Gelder ins System und dienen damit der wirtschaftlichen Absicherung der Praxen. Auf den folgenden Seiten können Sie nicht nur nachlesen, in welchen Bereichen Genehmigungen benötigt werden, sondern vor allem auch, wie Sie diese erhalten können und wie Sie die Mitarbeiter der KVB dabei unterstützen. Zudem geben zwei Experten aus unserer Vorstandskommission Sonographie einen Einblick in die Arbeit der Kommission und deren Anforderungen. Deren Fazit können wir uns nur anschließen: Die Prüfung der Qualität sollte am besten in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung liegen.

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

300 Euro und einen Fahrtkostenzuschuss bis zu 216 Euro erhalten Medizinstudenten als Unterstützung für ihren Familienmonat im Rahmen des Projekts „Land.in.Sicht“, das die KVB zusammen mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland initiiert hat.

(Quelle: KVB)

ZITAT DES MONATS

„Wir wollen keinen ‚Arzt light‘.“

KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Gassen zu den neuen „Arztassistent“-Studiengängen an privaten Hochschulen in Deutschland, durch die seiner Meinung nach eine „Substruktur unterhalb des Arztberufes“ zu entstehen drohe.

Quelle: Münchner Merkur vom 27. Mai 2014

VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2014

Die letzte Vertreterversammlung der KVB im Jahr 2014 findet an folgendem Termin in der Elsenheimerstraße 39, 80687 München, statt:

- Samstag, 22. November 2014, Beginn 9.00 Uhr

OBERFRANKENS RVB GIBT AMT AUF



Der hausärztliche Regionale Vorstandsauftragte (RVB) für den Bezirk Oberfranken, Dr. Ingo Rausch, hat sein Amt als RVB Ende Mai niedergelegt. Die Mehrfachbelastung für ihn als Hausarzt in eigener Praxis und als Mitglied des Stadtrats in Bayreuth war zuletzt sehr hoch und mit der zeitintensiven Tätigkeit als RVB kaum mehr unter einen Hut zu bringen.

Der Vorstandsvorsitzende der KVB, Dr. Wolfgang Krombholz, dankte Rausch für sein großes Engagement und gab der Hoffnung Ausdruck, dass er seiner Nachfolgerin, Frau Dr. Beate Reinhardt, für eine Übergangszeit mit Rat und Tat zur Seite stehen wird. Zudem habe sie mit dem fachärztlichen RVB Dr. Peter Schmied einen versierten Kollegen an ihrer Seite.

Rausch hatte die Funktion als RVB seit dem Jahr 2011 inne und hat sich in dieser Zeit sehr intensiv um die Belange seiner Kollegen in Oberfranken gekümmert. Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei auf der Mitgestaltung und der Umsetzung einer neuen Bereitschaftsdienstordnung, die es ermöglichen wird, auch in Zukunft flächendeckend in ganz Bayern einen Ärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten zu gewährleisten. Rausch wird weiterhin der Vertreterversammlung der KVB und auch Ausschüssen der VV angehören.

Redaktion

Wichtiges für die Praxis

Urlaubszeit: Abwesenheitsmitteilung nicht vergessen!

Die Vertretung

Sie können sich bei Urlaub, Krankheit, der Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder Wehrübung bis zu einer Dauer von drei Monaten innerhalb eines Jahres vertreten lassen, ohne dass es einer Genehmigung bedarf. Vertragsärztinnen können sich im Zusammenhang mit der Geburt ihres Kindes ohne Genehmigung sogar bis zu zwölf Monate vertreten lassen. Darüber hinaus bedarf die Vertretung der vorherigen Genehmigung der KVB.

Besonderheit: Vertretungen sind bei probatorischen Sitzungen und bei genehmigten Psychotherapien für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten wegen der engen Patienten-Therapeuten-Beziehung nicht zulässig.

Mitteilung der Abwesenheit an KVB und Patienten

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist im Falle der Abwesenheit von der Praxis die Vertretung zu regeln, entweder durch einen Vertreter in der Praxis oder in Absprache mit niedergelassenen Kollegen (kollegiale Vertretung). Dies ist für die Patienten nach außen hin beispielsweise mittels Aushang kenntlich zu machen. Zusätzlich müssen Vertretungen ab einer Woche der KVB unter Nennung des Vertreters vorab angezeigt werden.

Neues Formular für Abwesenheitsmeldung – vereinfachte Übersendung

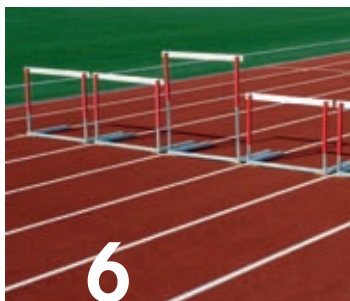
Das Formular für die Meldung von Abwesenheiten wurde geändert und zu Ihrer Information dem Honorarbescheid 1/2014 beigelegt. Sie finden das entsprechende Formular auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare/Buchstabe A/Abwesenheit*. Bitte verwenden Sie zukünftig nur noch das aktuelle Meldeformular.

Die Abwesenheitsmeldung senden Sie bitte an die auf dem Formular angegebene Faxnummer 0 89 / 5 70 93 – 6 49 07 oder per Mail an arztregister@kvb.de. Ein zusätzlicher Versand per Briefpost ist nicht mehr erforderlich.

Eva Jost (KVB)

TITELTHEMA

- 6 Genehmigungen – nur ein lästiges Übel oder eine Chance fürs Honorar?
Struktur- und Prozessqualität sind Aspekte, die auch bei Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen von Bedeutung sind
- 11 Einmal Genehmigung – immer Genehmigung?
Verschiedene Verfahren zur Qualitätssicherung sollen das hohe Niveau in der ambulanten Versorgung dauerhaft gewährleisten



6

Die KVB will im administrativen Teil der Genehmigungserteilung die Hürden möglichst niedrig halten

- 15 Statuswechsel leicht gemacht
Neuer Service der KVB macht den Beantragungsprozess unkomplizierter und reduziert bürokratischen Aufwand
- 18 Prüfungen mit Kompetenz und Augenmaß
Die Vorstandskommission Sonographie ist für zahlreiche, gesetzliche Prüfungen verantwortlich. Zwei Mitglieder berichten von ihrer Arbeit



18

Die Prüfung der Qualität durch die Selbstverwaltung ist anderen Prüf szenarien überlegen

GESUNDHEITSPOLITIK

- 20 „Ich bin für den Erhalt der Freiberuflichkeit“
CSU-Politiker Dr. Hans-Peter Friedrich plädiert im Gespräch mit Dr. Pedro Schmelz und Dr. Ilka Enger für mehr Flexibilität im System
- 23 Darmkrebsfrüherkennung
Gesprächsleistungen zur informierten Entscheidung sollen mit einem Zusatzhonorar vergütet werden
- 24 ASV: Teilnahmebedingungen im Überblick
Der neue Versorgungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung funktioniert nach eigenen Regeln und Strukturen



23

Nationaler Krebsplan stellt Forderungen für Darmkrebsfrüherkennung auf

KVB INTERN

26 **Ärztliche Selbstverwaltung: Kein Spielball der Politik**
Die Vertreterversammlung der KVB verwehrt sich gegen Einmischungen und hält das Banner der Freiberuflichkeit hoch

28 **Zufriedenheitsbefragung der KVB-Mitglieder**
Eine repräsentative Umfrage soll klären, wie sich die Dienstleistungen der KVB noch mehr an den Bedürfnissen der Ärzte und Psychotherapeuten orientieren können



KVB-Vertreterversammlung kritisiert zunehmende Eingriffe der Krankenkassen in die Steuerung der Patientenversorgung

PATIENTENORIENTIERUNG

29 **Vom Leben mit Acne Inversa**
Deutschlandweite Initiativen sollen dazu beitragen, dass Patienten Hilfe bekommen und offen über ihre Krankheit reden können

RECHT INTERESSANT

30 **Patientenrechte in der Praxis**
Kern des Gesetzes ist eine Ergänzung des Bürgerlichen Gesetzbuches. Diese fasst die Regelungen über den medizinischen Behandlungsvertrag zusammen



Wie die Dokumentation der Behandlung erfolgt und welche Unterlagen der Patient einsehen darf, regelt das Patientenrechtgesetz

32 **Leserbriefe**

KURZMELDUNGEN

33 **Wie lange dauert eine Psychotherapie?**

33 **IMPRESSUM**

34 **KVB SERVICENUMMERN**



Auswertung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung liefert Daten zur durchschnittlichen Dauer einer Psychotherapie

GENEHMIGUNGEN – NUR EIN LÄSTIGES ÜBEL ODER EINE CHANCE FÜRS HONORAR?

Gab es im Jahr 1990 nur sechs Genehmigungsarten, so zählt man aktuell in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bereits über 40 qualitätsgesicherte Leistungen. Mit dieser Fülle steigen auch die Anforderungen an die Praxen: Die KVB prüft die fachliche Befähigung, die Apparatur und verlangt die Vorlage diverser Nachweise. Aber auch die Möglichkeiten, Honorar zu generieren, steigen.

Für eine Vielzahl von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Voraussetzung für deren Durchführung und Abrechnung bei gesetzlich versicherten Patienten. So besitzt fast jedes KVB-Mitglied eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungsvereinbarungen, und dies, obwohl es mit seiner Facharztanerkennung sein fachspezifisches Können schon unter Beweis gestellt hat.

besondere um die Anpassung an neue medizinische Erkenntnisse, den medizinisch-technischen Fortschritt sowie an zunehmend komplexer werdende Arbeitsabläufe in der Praxis. So soll beispielsweise ein Mediziner, der 20 Jahre lang nicht mehr koloskopiert hat, erst dann Koloskopien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wieder anbieten und abrechnen können, wenn er in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung mindestens 200 Koloskopien durchgeführt hat. Der Genehmigungsvorbehalt

fahren leistet einen wichtigen Beitrag für die ärztliche Diagnostik und Therapie. Als Untersuchungsmethode ist sie dadurch gekennzeichnet, dass für die Lösung des individuellen Patientenproblems und die dabei auftretende medizinische Fragestellung eine Vielzahl unterschiedlicher technischer Verfahren angewendet wird, die sich in einem raschen und ständigen Prozess der Weiterentwicklung befinden.

■ Beispiel Ultraschall:

Die Neufassung der Ultraschallvereinbarung im Jahre 2009 berücksichtigt medizinisch-technische Weiterentwicklungen und trägt zwischenzeitlichen Änderungen der Weiterbildungsordnungen und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) Rechnung.



Ein Verfahren auf Erteilung einer Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer qualitätsgebundenen Leistung verfolgt deshalb auch nicht den Zweck, bereits erworbenes Wissen nochmals abzu prüfen. Vielmehr geht es bei den vom Normgeber festgelegten Genehmigungsvoraussetzungen ins-

soll also sicherstellen, dass Diagnose- und Therapieverfahren nach wissenschaftlich anerkannten, dem jeweiligen Stand der medizinischen Entwicklung entsprechenden Methoden durchgeführt werden.

■ Beispiel Kernspintomographie:

Das moderne bildgebende Ver-

Attraktivität der Praxis steigern

Die Erweiterung des Praxisspektrums um spezielle qualitätsgesicherte Leistungen steigert die Attraktivität der Praxis für Patienten und überweisende Ärzte. Bei gerätetechnischen Leistungen kann eine bessere Auslastung angeschaff-

ter Geräte erzielt werden – ein Pluspunkt für die Wirtschaftlichkeit der Praxistätigkeit und im fachlichen Wettbewerb.

Vorteile überwiegen

Den Chancen auf mehr Honorar stehen – abgesehen vom bürokratischen Aufwand bei der Genehmigungsbeantragung – kaum Nachteile durch den Genehmigungsvorbehalt gegenüber. So ist die Gefahr, eine einmal erhaltene Genehmigung wieder zu verlieren, gering. Im letzten Jahr mussten in Bayern insgesamt nur 62 Genehmigungen widerrufen werden – bei einem Gesamtvolumen von 159.270 Genehmigungen entspricht dies gerade einmal 0,04 Prozent. Gründe für den Widerruf können nicht erfüllte Auflagen wie zum Beispiel jährliche Mindestuntersuchungszahlen, Fortbildungen oder das Nichtbestehen von stichprobenhaften Überprüfungen der Dokumentation sein. In der Regel kann die Genehmigung spätestens nach sechs Monaten wieder neu beantragt werden. Bei der (Wieder-)Beantragung einer Genehmigung muss der Antragsteller im Auge behalten, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung – etwa ab dem Zeitpunkt der Antragstellung – nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts unzulässig ist. Wenn alle Nachweise rechtzeitig und vollständig eingereicht werden, entsteht kein zeitlicher Verlust im Hinblick auf die Abrechenbarkeit der beantragten Leistung. Die Abrechnung ist immer erst ab Erteilung des schriftlichen Genehmigungsbescheids möglich.

Ständige Weiterentwicklung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und die Partner der Bundesmantelverträge, also die Kassenzusammenarbeit der Bundesärztl. Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Gesetzli-

Genehmigungspflichtige Leistungen in der ambulanten Versorgung

Die Grafik gibt eine Übersicht über die derzeit geltenden Genehmigungsbereiche, die der Qualitätssicherung unterliegen und zeigt die Entwicklung von 1990 bis 2013

bis 1991	2001	2013
MRT	ambulant Operieren	Akupunktur
Labor-Spezial	Arthroskopie	ambulant Operieren
Psychotherapie	Dialyse	Apheresen
Röntgen	Herzschrittmacherkontrolle	Arthroskopie
Ultraschalldiagnostik	invasive Kardiologie	Balneophototherapie
Zytologie	MRT	Dialyse
	MRT der Mamma	DMP
	Labor-Spezial	Herzschrittmacherkontrolle
	Langzeit-EKG	Histologie Hautkrebscreening
	LDL-Apherese	HIV/Aids
	Lithotripsie	Hörgeräteversorgung
	Onkologie	Hörgeräteversorgung Kinder
	otoakustische Emissionen	interventionelle Radiologie
	Psychotherapie	invasive Kardiologie
	Röntgen	Koloskopie
	Schlafapnoe	Kur-/Badeartz
	Schmerztherapie	Laboratoriumsuntersuchungen
	Sozialpsychiatrie	Langzeit-EKG
	Substitution	MRT
	Ultraschalldiagnostik	MR-Angiographie
	Zytologie	Mammographie (kurativ)
		Mammographie-Screening
		medizinische Rehabilitation
		Molekulargenetik
		Neuropsychologie
		Onkologie
		otoakustische Emissionen
		photodynamische Therapie
		phototherapeutische Keratektomie
		Psychotherapie
		Schlafapnoe
		Schmerztherapie
		Sozialpsychiatrie
		Soziotherapie
		Stoßwellenlithotripsie
		Strahlendiagnostik/-therapie
		Substitution
		Ultraschalldiagnostik (48 Anwendungsbereiche)
		Vakuumbiopsie der Brust
		Zervix-Zytologie

Abbildung 1

Quelle: KVB

Allein in der Ultraschall-diagnostik gibt es Genehmigungen für 48 Anwendungsbereiche.



chen Krankenkassen, erweitern jährlich die Zahl der qualitätsgesicherten Leistungen. So ist auch im Jahr 2014 mit neuen Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSV) zu rechnen. Konkrete Beschlüsse sind bereits gefasst für

- **Dünndarm-Kapselendoskopie** zur Abklärung obskurer gastro-intestinaler Blutungen und
- **Holmium-Laser-Verfahren** beim benignen Prostata-syndrom.

Diese QSV sollen in Kraft treten, sobald die entsprechenden Gebühre-nordnungspositionen im EBM feststehen. Die Verhandlungen im Bewertungsausschuss dazu laufen derzeit noch.

Eine weitere QSV wird zu den extrabudgetär vergüteten Leistungen zur Untersuchung und Behandlung von Patienten mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus

(MRSA) erwartet. Die Qualitätsanforderungen sind derzeit noch im Anhang zum neuen Abschnitt 30.12 EBM geregelt, sollen aber in eine separate QSV überführt werden. Darüber hinaus hat der G-BA die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) neu gefasst, sodass die MRSA-Eradikationstherapie künftig im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erfolgen kann. Die neue Leistung „Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose“ ist nunmehr im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Patienten mit MRSA-Keimen verordnungsfähig und kann durch Pflegekräfte nach ärztlichem Sanierungsplan – gemäß Verordnung – durchgeführt werden.

Regionale Vereinbarungen der KVB mit einzelnen Krankenkassen

Zusätzlich zu den bundesweit gel-

tenden Qualitätssicherungsvereinbarungen und Richtlinien des G-BA entwickelt die KVB Konzepte und Verträge zur strukturellen und finanziellen Förderung einzelner Leistungen, an denen die Praxen freiwillig teilnehmen können und so von einer Mehrvergütung profitieren. Diese Vereinbarungen haben primär zum Ziel, einen besonderen, über die Regelversorgung hinausgehenden, ambulanten Versorgungsaufwand beziehungsweise eine besondere Versorgungsqualität abzubilden. In manchen Fällen ist eine Teilnahme allerdings nur dann möglich, wenn das Mitglied bestimmte fachliche und apparative Anforderungen nachweist und mit seiner Unterschrift einwilligt, bestimmte Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen.

So hat beispielsweise die KVB mit den Krankenkassen KKH-Allianz (seit 1. Juli 2009), der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern

(BKK-VAG) (seit 1. Oktober 2009) und mit der BARMER GEK (seit 1. Januar 2011) eine Vereinbarung zur Durchführung von Tonsillotomien geschlossen.

Beispiele für weitere regionale Vereinbarungen sind:

- Allergologie
- Amblyopiecreening
- ambulante Kataraktoperationen
- Darmkrebsvorsorge mittels immunologischem Stuhlbluttest (iFOBT)
- Hygiene in der Endoskopie
- Multiple Sklerose
- Pflegeheimversorgung
- Rheuma Frühdiagnostik
- Risikoprävention bei Kinderwunsch
- Sehstörungen im Kindesalter
- Strahlentherapie

Detaillierte Informationen zu den verschiedenen regionalen Vereinbarungen finden Sie auch unter www.kvb.de in den Rubriken *Praxis/Zusatzverträge* beziehungsweise *Praxis/Vergütungsverträge*.

KVB als Partner für Zusatzverträge

Sie oder Ihr Berufsverband haben eine Idee für eine Zusatzvereinbarung? Sie suchen für Ihren bestehenden Vertrag einen Abrechnungspartner? Die KVB steht Ihnen bei Konzeption, Abschluss und Umsetzung von Zusatzverträgen gerne zur Seite.

Disease-Management-Programme (DMP)

Der G-BA empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) entwickelt werden

sollen, die den Behandlungsbedarf und die Qualität der medizinischen Versorgung auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien verbessern. Die Behandlung chronisch kranker Patienten erfolgt mit Hilfe definierter Versorgungsprozesse auf der Basis individuell vereinbarter und dokumentierter Therapieziele. Dafür erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen, die sogenannte DMP-Programmkostenpauschale. Je mehr Patienten also in Bayern an einem der Programme teilnehmen, desto höher sind die zur ambulanten Behandlung den bayrischen Krankenkassen zur Verfügung stehenden Finanzmittel.

In Bayern wurden folgende DMP umgesetzt:

- DMP Asthma/COPD
- DMP Brustkrebs
- DMP Diabetes mellitus Typ 1
- DMP Diabetes mellitus Typ 2
- DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)

Wichtig bei der Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen:

- Bei einer Genehmigung wird unterschieden zwischen den arztbezogenen Voraussetzungen, vor allem der fachlichen Befähigung, und den betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen, zu denen die apparativ-technischen, räumlichen, organisatorischen sowie hygienischen Anforderungen gehören. Die fachliche Befähigung wird je nach Leistungsbereich (zum Teil kumulativ) nachgewiesen unter anderem durch
 - Zeugnisse/Bescheinigungen, beispielsweise zu durchgeführten Mindestuntersuchungszahlen und Tätigkeitszeiten im jeweiligen Leistungsbe-
reich

Versorgungsgenehmigungen

Von den Abrechnungsgenehmigungen zu unterscheiden sind die der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung dienenden, meist statusbezogenen sogenannten Versorgungsgenehmigungen, wie zum Beispiel die Genehmigung von Weiterbildungs- oder Sicherstellungsassistenten, Belegarztanerkennungen, die Förderung der Weiterbildung, Filialbildung, Vertreter/Witwenquartal etc.

- Kolloquien (zum Beispiel Ultraschalldiagnostik, spezielle Schmerztherapie)
- Präparateprüfung (zum Beispiel Zervix-Zytologie)
- Fallsammlungsprüfung (zum Beispiel Mammographie)
- Teilnahme an leistungspezifischen Fortbildungen

Die betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen werden unter anderem geprüft durch die Vorlage von

- Gewährleistungserklärungen des Geräteherstellers
 - Praxisskizzen
 - Kooperationsbescheinigungen
- Genehmigungen können nur personenbezogen erteilt werden. In Berufsausübungsgemeinschaften darf demnach nur der Genehmigungsinhaber die entsprechende Leistung erbringen und abrechnen, also derjenige, der die festgelegten Anforderungen an die fachliche Befähigung in persona erfüllt.
- Genehmigungen mit betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen müssen für jeden Standort, an dem die Leistung er-

bracht werden soll, separat beantragt werden. Das betrifft vor allem die gerätetechnischen Leistungen wie Sonographie, Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Nuklearmedizin, Knochendichtemessung.

- Bei der Aufnahme einer weiteren Tätigkeit, wie zum Beispiel einer Nebentätigkeit in einem Anstellungsverhältnis, einer Tätigkeit in einer Filiale oder einer weiteren (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, oder im Falle eines Statuswechsels (zum Beispiel beim Wechsel von der Zulassung in eine Anstellung oder umgekehrt, beim Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis, beim Wechsel in ein neues Anstellungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber) gelten die bisherigen Abrechnungsgenehmigungen nicht ohne Weiteres auch für die neue Tätigkeit. Viel-

mehr müssen sie für die neue Tätigkeit in der Regel neu beantragt werden.

- War bereits vor Aufnahme einer neuen Tätigkeit eine Genehmigung vorhanden, kann regelmäßig von einem vereinfachten Antragsverfahren Gebrauch gemacht werden. Die wichtigsten Informationen liefert ein Merkblatt unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Hilfen/Merkblaetter/Genehmigungspflichtige Leistungen*. Die KVB unterstützt ihre Mitglieder bei der Antragstellung im vereinfachten Verfahren auch durch telefonische Beratungen.
- Genehmigungen für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten müssen vom Arbeitgeber beantragt werden und werden dem anstellenden Arzt oder MVZ erteilt. Die Leistungen werden über die eigene LANR des angestellten Arztes gekennzeichnet.

net. Die Genehmigungen enden mit Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses.

- Wer sich erstmals im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zulassen oder anstellen lassen will, erhält zusammen mit dem Antrag an den Zulassungsausschuss das Formular „Überblick Abrechnungsberechtigungen“, abrufbar unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare/Buchstabe A/Abrechnungsberechtigungen (Überblick)*. Mit diesem erhält man eine Übersicht über alle genehmigungspflichtigen Leistungen und kann die Anträge für die gewünschten Abrechnungsgenehmigungen bei der KVB anfordern.

Judith Weinbeer (KVB)

Hätten Sie's gewusst?

- Zeugnisse und sonstige Bescheinigungen, beispielsweise zu Fortbildungen, können dem Genehmigungsantrag in einfacher Kopie beigelegt werden. Eine beglaubigte Kopie ist nur für Urkunden, die die Ärztekammer ausgestellt hat (zum Beispiel Facharzturkunde), zwingend erforderlich.
- Auch für ermächtigte Ärzte gelten der Genehmigungsvorbehalt und Maßnahmen der Qualitätssicherung. Schließlich berechtigt eine Ermächtigung den Arzt zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.
- Für fachgebietsfremde Leistungen gibt es keine Abrechnungsberechtigung. Maßgeblich ist das Fachgebiet, in dem der Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder angestellt ist.
- Bei eingeschränkter Zulassung (zum Beispiel Sonderbedarfszulassung) und Ermächtigung für ein bestimmtes Leistungsspektrum sind für die Abrechnung qualitätsgesicherter Leistungen zusätzlich die entsprechenden Genehmigungen zu beantragen.
- In Fällen, in denen genehmigungspflichtige Leistungen in Bereichen mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen) erbracht und abgerechnet werden sollen, sind die Anträge an jede der beteiligten KVen zu richten. Die jeweils andere KV muss über den Antrag informiert werden.

EINMAL GENEHMIGUNG – IMMER GENEHMIGUNG?

Der gesetzliche Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst nicht nur die Genehmigungserteilung, sondern auch die Überprüfung der Auflagen, um eine Genehmigung aufrecht zu erhalten. Die regelmäßige Teilnahme der Genehmigungsinhaber an Qualitätssicherungsmaßnahmen soll die Versorgung der GKV-Patienten auf einem kontinuierlich hohen Qualitätsniveau gewährleisten. So hat der Normgeber auf Bundesebene ein dichtes Netz von Qualitätssicherungsmaßnahmen geschaffen, das im privatärztlichen oder stationären Bereich seinesgleichen sucht.

Qualitätssicherungsmaßnahmen können als Hilfestellung verstanden werden: So ist es möglich, durch konkrete Hinweise auf Mängel, die kollegiale Beratung und das Aussprechen von Empfehlungen oder den (statistischen) Vergleich mit anderen Praxen die eigenen Standards zu verbessern. Eine Praxis, die eine Vielzahl qualitätsgesicherter Leistungen anbietet, wird zudem von informierten Patienten oftmals bevorzugt ausgewählt.

Zu den wichtigsten Qualitätssicherungsmaßnahmen gehören:

- stichprobenhafte Prüfung der Qualität der Dokumentation im Einzelfall
- Hygieneprüfung
 - Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Informationsmaterial/Qualität* sind Informationsbroschüren, unter anderem zur hygienischen Aufbereitung von Medizinprodukten und zur Qualitätssicherung Kernspintomographie, zu finden.
- Frequenzregelungen (Mindestuntersuchungszahlen)

- Fallsammlungsprüfung in der Mammographie
- Konstanzprüfung/initialer Abnahmeprüfung von Geräten
- kontinuierliche Fortbildung (Teilnahme an leistungsbezogenen Fortbildungen, Fallkonferenzen oder Qualitätszirkeln)
- Wartungsnachweise für Geräte
- standardisierte elektronische Dokumentation und Feedbackberichte
- Die Bereitstellung von (anonymisierten) Feedbackberichten, zum Beispiel in der Dialyse, für alle Disease-Management-Programme, für die Koloskopie und künftig zu allen eDoku-Themen, lässt einen Vergleich der eigenen Behandlungsqualität mit der unmittelbaren Kollegengruppe zu
- Ringversuche

Beispiel Ultraschall

Ein enormer Prüfungsumfang ist seit dem Inkrafttreten der Ultraschallvereinbarung im April 2009 zu bewältigen. Im Rahmen der sogenannten „initialen Abnahmeprüfung“ müssen bis zum 31. März 2015 mehrere Tausend Alt- und Be-



standsultraschallgeräte anhand von Bilddokumentationen und (aktualisierten) Gewährleistungserklärungen hinsichtlich der Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach Paragraph 9 Ultraschallvereinbarung überprüft werden.

Stichprobenprüfungen

Die umfangreichste Qualitätssicherungsmaßnahme ist die stichprobenhafte Prüfung der ärztlichen Dokumentation im Einzelfall. Die Überprüfung der Behandlungsqualität im Einzelfall durch Stichproben nach Paragraph 136 Absatz 2 SGB V ist ein seit 1989 etabliertes Instrument. Mit Inkrafttreten der Richtlinie zu Auswahl, Umfang und

Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach Paragraph 136 Absatz 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 1. Januar 2007 wurde die bisher bewährte Praxis weiterentwickelt und hinsichtlich bundeseinheitlicher Vor-

gaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen konkretisiert. In den Stichprobenprüfungen wird die Qualität der jeweiligen Untersuchung auf der Grundlage der schriftlichen und gegebenenfalls bildlichen Dokumentationen beurteilt. Eine Überprüfung kann auch kriterienbezo-

gen veranlasst werden, zum Beispiel bei vorausgegangenen Auffälligkeiten.

Nach der Qualitätsprüfungsrichtlinie sind pro Jahr in der Regel mindestens vier Prozent der den betreffenden Leistungsbereich abrechnenden Ärzte (einschließlich der Be-

Übersicht Qualitätssicherungsverfahren in der KVB				
Maßnahmen	Frequenzregelung	Fortbildung/Qualitätszirkel	Einzelfallprüfung durch Stichproben-/Dokumentationsprüfung	Fallsammlungsprüfung
Akupunktur		X	X	
Arthroskopie			X	
Balneophototherapie				
Computertomographie § 136 SGB V		X	(X) derzeit ausgesetzt	
Computertomographie (Ärztliche Stelle)			X	
Dialyse	X		(X) nur bei Auffälligkeiten	
Disease-Management-Programme	X	X		
Histopathologie Hautkrebs-Screening	X		X	
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	X	X	X	
Hörgeräteversorgung		X		
Hörgeräteversorgung Kinder		X		
Interventionelle Radiologie	X	X	X*	
Invasive Kardiologie	X	X	X*	
Konventionelle Radiologie § 136 SGB V		X	X	
Konventionelle Radiologie (Ärztliche Stelle)		X	X	
Koloskopie	X		X	
Labor				
Magnetresonanztomographie			X*	
Magnetresonanztomographie der Mamma	X		X*	
MR-Angiographie			X*	
Mammographie kurative		X	X	X
Mammographie-Screening	X	X	X	X
Molekulargenetik				
Nuklearmedizin		X		
Onkologie	X	X	X	
Osteodensitometrie § 136 SGB V		X		
Osteodensitometrie (Ärztliche Stelle)			X	
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund			X	
Phototherapeutische Keratektomie			X	
Schmerztherapie	(x) nur Einrichtungen	X		
Sonographie			X	
Sozialpsychiatrie	X			
Strahlentherapie		X		
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger			X	
Vakuumbiopsie der Brust	X	X	X	
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri		X	X	

*Die Stichproben- beziehungsweise Konstanzprüfung ist in der Anforderung für den Leistungsbereich konventionelle Radiologie beziehungsweise für einen der MRT-Bereiche mit enthalten.

legärzte) per Zufallsgenerator zu überprüfen. Von diesen Mitgliedern werden die Dokumentationen von grundsätzlich zwölf Patienten, welche wiederum per Zufallsgenerator ausgewählt werden, angefordert. Den Stichprobenprüfungen werden Kriterien zur Qualitätsbeurteilung gemäß den Qualitätsbeurteilungs-

richtlinien des G-BA zugrunde gelegt, die für folgende Bereiche vorliegen:

- Röntgendiagnostik und Computertomographie seit 1992
- Kernspintomographie seit 2001
- Arthroskopie seit 2010

Darüber hinaus gibt es Stichproben-

prüfungen auf der Grundlage der jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V (Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) oder sonstigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Konstanzprüfung/ Initiale Abnahme- prüfung von Geräten	Wartungs- hinweis	Standardisierte elektronische Dokumentation	Rückmelde- systeme/Bench- markbericht	Kooperation/ Fallkonferenzen	Hygiene- prüfung
			X		
	X				
X					
		X	X		
		X	X		
			X		
	X	X	X	X	
	X	X	X		
X*					
X*					
X					
		X	X		X
X					
X		X	X	X	
		X	X		
		(X) wird angestrebt		X	
X					
X					
		(X) nur 2013/ 2014	(X) nur 2013/ 2014	X	
			X		
		(X) nur Jahres- statistik			

Abbildung 1

Quelle: KVB

Hierzu gehören insbesondere

- Apherese
- Akupunktur
- HIV/Aids
- Koloskopie
- MR-Angiographie
- Mammographie (kurativ)
- Onkologie
- Photodynamische Therapie
- Phototherapeutische Keratektomie
- substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- Ultraschalldiagnostik
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- Vakuumbiopsie der Brust
- Zervix-Zytologie

Wenn bei Stichprobenprüfungen Mängel festgestellt werden, sind damit in der Regel Konsequenzen verbunden. Je nach deren Schwere kommen eine interkollegiale Beratung und das Aussprechen von Empfehlungen, die Fortsetzung des Prüfverfahrens durch eine erneute Anforderung von Dokumentationen, die Nichtvergütung der beanstandeten Leistungen, die Verpflichtung zur Teilnahme an einem Kolloquium und – als ultima ratio – der Widerruf der Genehmigung in Betracht.

Bei der Computertomographie macht die KVB aufgrund der hervorragenden Ergebnisse in der Vergangenheit von der Möglichkeit Gebrauch, die Stichprobenprüfung nach der Qualitätsprüfungsrichtlinie bis auf Weiteres auszusetzen.

Qualitätssicherungskommissionen

Besonders bei den Stichprobenprüfungen kommt den Qualitätssicherungskommissionen eine verantwortungsvolle Rolle zu. Als vom Vorstand berufene ärztliche Fachexperten für die qualitätsgesicherten Leistungsbereiche beurteilen sie die angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen

und begleiten somit die Verwaltungsverfahren mit ihrem medizinischen Sachverstand in beratender Funktion. In Einzelfällen führen sie Kolloquien durch, die den Charakter eines kollegialen Fachgesprächs haben, um eine Einschätzung über die fachliche Qualifikation des Arztes in einem bestimmten Leistungsbereich abgeben zu können (siehe auch Interview auf Seite 18).

Die Besetzung der Qualitätssicherungskommissionen mit ärztlichen Fachexperten des jeweiligen Leistungsbereichs aus der Mitte der Ärzteschaft erhöht die Akzeptanz bei den geprüften Kollegen in Bezug auf die Prüfungsergebnisse. Eine Qualitätssicherung ohne die medizinische Expertise der Kommissionen wäre nicht durchführbar. Denn nur medizinische Fachexperten des jeweiligen Leistungsbereichs sind geeignet, den Einzelfall mit all seinen medizinischen Besonderheiten zu würdigen, einheitliche, richt- und leitlinienorientierte Maßstäbe anzulegen und Mängel in der Dokumentation zu identifizieren. Auch wenn festgestellte Mängel für die betroffenen Mitglieder ein Ärgernis und oftmals ein Grund sind, Rechtsmittel gegen das Prüfungsergebnis einzulegen, so darf nicht vergessen werden, dass die Prüfungen auch das Vertrauen der Partner im Gesundheitswesen in eine funktionierende Qualitätssicherung durch die ärztliche Selbstverwaltung stärken.

In Bayern gibt es für folgende Bereiche Qualitätssicherungskommissionen:

- Aids
- Akupunktur
- ambulantes Operieren
- Arthroskopie
- Balneophototherapie
- Beratende Apherese
- Blutreinigungsverfahren
- Computertomographie

- Dialyse
- ESWL
- Histopathologie
- Invasive Kardiologie
- Kernspintomographie
- Koloskopie
- Labor
- Langzeit-EKG und Herzschrittmacher
- Magnetresonanztherapie
- Mammographie (kurativ)
- Mammographie-Screening
- Onkologie
- PDT/PTK
- Radiologie/Ärztliche Stelle
- Säuglingssonographie
- Schlafapnoe
- Schmerztherapie
- Sonographie
- Substitution
- Vakuumbiopsie
- Zytologie

Ärztliche Stelle

Von den Qualitätssicherungskommissionen zu unterscheiden ist die Ärztliche Stelle bei der KVB. Diese arbeitet seit 1. Juli 2004 im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen auf der Grundlage des Paragraphen 17a der Röntgenverordnung (RöV). Ihre Aufgabe ist es, dem Strahlenschutzverantwortlichen und dem anwendenden Arzt zur Verbesserung des Strahlenschutzes Vorschläge zur Verringerung der Strahlenexposition sowie zur Verbesserung der Bildqualität zu machen. Ein Team aus Fachärzten für Radiologie und Medizinphysikexperten gibt Empfehlungen zur Beseitigung festgestellter Mängel. In letzter Konsequenz ist eine Meldung an das Gewerbeaufsichtsamt vorgesehen.

Judith Weinbeer (KVB)

STATUSWECHSEL LEICHT GEMACHT

Ein neuer Service der KVB will im Falle eines Statuswechsels den Praxen unbürokratisch weiterhelfen, damit sie ihre Leistungen ohne Verzögerungen abrechnen können. Wie die Beantragung einer Genehmigung schnell und unkompliziert vonstatten geht und was KVB-Mitglieder unbedingt beachten sollten, erläutert der folgende Artikel.

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) aus dem Jahr 2007 wollte der Gesetzgeber die vertragsärztliche Tätigkeit flexibler, effizienter und wettbewerbsfähiger gestalten. Als eine von vielen Änderungen wurden die Anstellungsmöglichkeiten für Ärzte erleichtert. Seither ist es möglich, auch fachfremde Ärzte anzustellen oder auf die eigene Zulassung zu verzichten, um

Übungsgemeinschaft gegründet wird, spricht die KVB von einem „Statuswechsel“.

Bei der Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten bleibt es nicht aus, dass auch einige bürokratische Hürden zu überwinden sind – wie beispielsweise die sogenannten Abrechnungsgenehmigungen. Insbesondere wenn diese auf die Betriebsstätte bezogen sind, müssen

Keine Abrechnung ohne Genehmigung

Wenn eine Genehmigung unvollständig oder gar nicht beantragt wird, drohen nämlich empfindliche finanzielle Verluste! Es gilt immer der Grundsatz: „Vor Erhalt des Genehmigungsbescdeids dürfen die genehmigungspflichtigen Leistungen bei GKV-Versicherten weder ausgeführt noch abgerechnet wer-



Bei einem Statuswechsel kontaktieren die regionalen KVB-Berater automatisch die Praxis.

sich beispielsweise vom ehemaligen Praxispartner in reduziertem Stundenumfang anstellen zu lassen. In solchen Fällen, aber auch wenn der Vertragsarztsitz verlegt oder mit Kollegen eine Berufsaus-

sie bei einem Statuswechsel meist immer wieder neu beantragt und erteilt werden. Für die KVB-Mitglieder, aber auch für die Verwaltung der KVB selbst ist dies ein großer Aufwand.

den. Sofern die Leistungen dennoch zum Ansatz gebracht werden, besteht kein Anspruch auf Vergütung“. Eine rückwirkende Genehmigungserteilung ist nach aktueller Rechtsprechung nicht möglich.

Gerade in der Anfangszeit des VÄndG führte dies häufig zu massiven Problemen und nachvollziehbarer Verärgerung. Die KVB bietet deshalb schon seit längerem einen Service für ihre Mitglieder an, sobald ein Antrag auf Statuswechsel beim zuständigen Zulassungsausschuss eingeht. Dadurch können zeitgleich mit der Entscheidung des Ausschusses die Abrechnungsgenehmigungen auf den neuen Status übertragen und auf den neuesten Stand gebracht werden.

Im Regelfall muss der von der KVB bereits ausgefüllte Antrag auf Übertragung der Genehmigungen von der Praxis nur noch unterschrieben und zurückgeschickt werden.



Dabei müssen allerdings die vom Gesetzgeber geforderten formaljuristischen Vorgaben eingehalten werden. Diese umfassen beispielsweise die gezielte Antragstellung bei der KVB auf Übertragung beziehungsweise Neubeantragung der Genehmigungen. Beendet ein Vertragsarzt zum Beispiel seine Zulassung, um sich von einem Kollegen anstellen zu lassen, müssen seine bestehenden Genehmigungen auf den Anstellenden übertragen werden. Der anstellende Ver-

tragsarzt oder der Vertretungsbeauftragte des anstellenden MVZ muss die Genehmigungen für ihn neu beantragen. Auch im Fall einer Praxissitzverlegung oder Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft muss eine betriebsstättenbezogene Genehmigung für die neue Betriebsstätte erteilt werden.

Neuer Beratungsservice

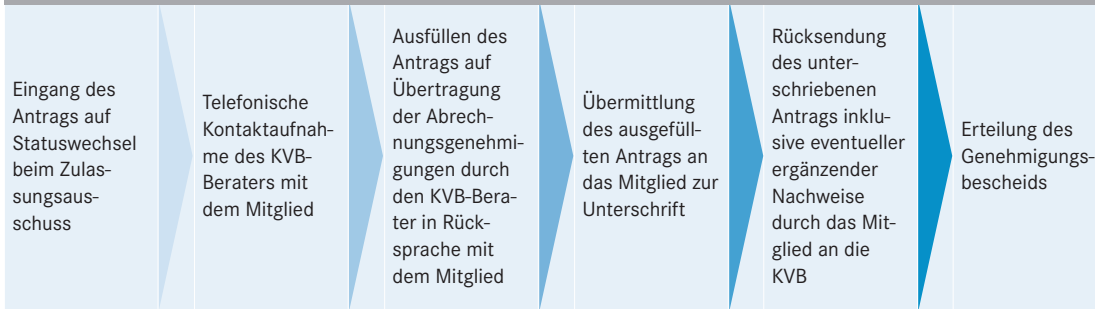
Kernidee des neuen Service ist es, dass der Arzt beziehungsweise Psychotherapeut bei einer erforderlichen Genehmigungsbeantragung im Zusammenhang mit einem Statuswechsel persönlich von den Beratern der KVB informiert und durch den Beantragungsprozess geführt wird.

Nachdem der entsprechende Antrag beim Zulassungsausschuss eingegangen ist, kontaktiert der regionale KVB-Berater automatisch die Praxis, um die Genehmigungswünsche im neuen Tätigkeitsstatus zu erfahren und füllt auch den Antrag auf Übertragung der Genehmigungen aus. Der Antrag wird der Praxis zugefaxt und muss nur noch unterschrieben zurückgeschickt werden. Alles Weitere erledigt die KVB.

Selbstverständlich müssen bei solchen Anträgen nur noch zwingend notwendige Nachweise vorgelegt werden. So ist es etwa bei einer Beantragung einer Sonographiegenehmigung für eine weitere Betriebsstätte nicht notwendig, die persönlichen Qualifikationen erneut einzureichen. Wird dagegen am neuen Praxissitz ein neues Sonographiegerät verwendet, bedarf es einer aktuellen Gewährleistungserklärung.

Nachdem die meisten Vorhaben (wie Gründung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, Ver-

Verfahrensablauf zur Beantragung von Abrechnungsgenehmigungen bei Statuswechsel



zicht auf die eigene Zulassung wegen Anstellung bei Kollegen oder Verlegung der Praxis) bereits im Vorfeld von den KVB-Beratern begleitet werden, wissen diese oft über die Hintergründe, wie etwa vorhandene oder zukünftig zu nutzende Geräte, Bescheid. Auch in Großpraxen oder MVZ haben die Berater meist einen festen Ansprechpartner – beispielsweise den Geschäftsführer oder leitenden Arzt –, was die Kommunikation wesentlich erleichtert.

Nicht alle Genehmigungen können leider so unbürokratisch übertragen werden: Bei Genehmigungen, die eine Abstimmung der KVB mit den Krankenkassen vorsehen, ist das reguläre Antragsverfahren zu durchlaufen. So ist etwa bei der Belegarztanerkennung oder der Dialysegenehmigung eine einfache Übertragung der Genehmigungen bei den meisten Statusveränderungen ausgeschlossen.

Testphase erfolgreich

Der neue Service stieß in der Testphase letztes Frühjahr auf eine durchweg zustimmende Resonanz bei den KVB-Mitgliedern, die das neue Verfahren als sinnvolle Serviceleistung wahrgenommen haben. Die Mehrheit der Ärzte und Psychotherapeuten äußerte sich zufrieden, keine neuen Anträge stellen zu müssen. Auch die gezielte Beratung hinsichtlich zusätz-

licher Genehmigungsbeantragungen kam positiv an.

Trotz des neuen Serviceprozesses stehen die Mitarbeiter der KVB immer wieder vor der Herausforderung, Genehmigungen innerhalb weniger Tage zu erteilen, um die Abrechnung zu gewährleisten. Dies setzt allerdings vollständige Antragsunterlagen voraus, da erst dann eine Verbescheidung möglich ist. Die Praxen sollten aus diesem Grund für die Beantragung beziehungsweise Übertragung einer Abrechnungsgenehmigung eine Bearbeitungszeit von etwa sechs Wochen einplanen.

Genehmigungen bei Neuzulassungen (Neu-ÜAB)

Bei Neuzulassungen (Zulassung, Ermächtigung, Anstellung etc.) erhält die Praxis zusammen mit dem Zulassungsantrag automatisch ein Formular „Überblick Abrechnungsberechtigungen (ÜAB)“, das alle Leistungen auflistet, welche die Beantragung einer besonderen Genehmigung erfordern. Das ausgefüllte Formular wird dann von der Geschäftsstelle des zuständigen Zulassungsausschusses an die KVB weitergeleitet, die nach einer erfolgten Plausibilitätsprüfung dem Antragsteller alle Unterlagen umgehend zusendet.

Uwe Öffner (KVB)

Wichtig für Genehmigungsanträge

- Ist der Antrag komplett ausgefüllt und unterschrieben?
- Sind alle zusätzlichen Unterlagen/Bescheinigungen beigelegt?
- Wird der Antrag rechtzeitig eingereicht (sechs Wochen vor Beginn der entsprechenden Leistungserbringung)?

Bitte beachten Sie:

Vor Erhalt des Genehmigungsbescheids dürfen Sie die genehmigungspflichtigen Leistungen bei GKV-Versicherten weder ausführen noch abrechnen. Sofern Sie die Leistungen dennoch zum Ansatz bringen, haben Sie keinen Anspruch auf Vergütung. Eine rückwirkende Genehmigungserteilung ist nicht möglich.

PRÜFUNGEN MIT KOMPETENZ UND AUGENMASS

Dr. Manfred Stumpfe und Dr. Alois Eiber arbeiten seit 2010 in der Vorstandskommission Sonographie mit. Während Dr. Stumpfe als Gynäkologe ausschließlich Frauenärzte prüft, ist sein Kollege Dr. Eiber zuständig für praktische Ärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und Fachärzte für Innere Medizin. Beiden gemeinsam ist das Bemühen um eine faire Beurteilung im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags.

Herr Dr. Stumpfe, wie setzt sich das Gremium generell zusammen und welche offiziellen Aufgaben hat es?

Dr. Manfred Stumpfe arbeitet seit 1993 in Geretsried als Frauenarzt in eigener Praxis. Er ist außerdem Vorsitzender des Finanzausschusses der Vertreterversammlung der KVB.

Dr. Stumpfe: Das Gremium setzt sich aus hochqualifizierten Kolleginnen und Kollegen aus allen Fachgruppen zusammen. Es ist für diverse Prüfungen im Zusammenhang mit der Erbringung sonografischer Untersuchungen nach der Ultraschallvereinbarung zuständig, wie beispielsweise der Abnahmeprüfung von Neugeräten, der Konstanzprüfung von Bestandsgeräten, der ärztlichen Dokumentation sowie der Durchführung von Kolloquien zum Nachweis der fachlichen Befähigung.

Herr Dr. Eiber, wie viele Prüfungen nimmt die Kommission im Jahr vor?

Dr. Eiber: Die Kommission erfüllt eine Vielzahl an Aufgaben, die sowohl den Genehmigungsbereich als auch die laufende Sicherung der Qualität umfassen. Im Genehmigungsbereich werden Kolloquiumsitzungen abgehalten, die gegebenenfalls zum Erhalt einer Genehmigung notwendig sind. Hier müssen ein Untersuchungsgang an einem Probanden durchgeführt und beschrieben sowie theoretische



Fragestellungen beantwortet werden. In den letzten Jahren nahmen durchschnittlich zirka 350 Ärzte an einem Kolloquium teil. In der Bildabnahmeprüfung der Neu- und Bestandsgeräte werden Bildokumentationen regelmäßig nach vorgegebenen technischen und medizinischen Kriterien von der Kommission begutachtet, durchschnittlich sind dies pro Jahr etwa 6.000 Vorgänge. In der Stichprobenprüfung werden per Zufallsprinzip ärztliche Dokumentationen angefordert, die dann ebenfalls von uns begutachtet werden. Pro Jahr werden hier im Schnitt 1.000 Ärzte geprüft.

Die Kollegen, die Sie prüfen müssen, sind ja in aller Regel selber hochqualifiziert. Ist das Gremium Ihrer Meinung nach in der Ärzteschaft akzeptiert?

Dr. Stumpfe: Die Akzeptanz ist hoch, auch wenn eine Prüfung immer einen großen Aufwand für die Praxen bedeutet, wie beispielsweise das Heraussuchen oder Erstellen der Ultraschallbilder und der dazugehörigen Befundbeschreibung. Auch ich bin, wenn ich selbst geprüft werde, vom Aufwand nicht begeistert, aber bei qualifiziert durchgeführter Diagnostik sind die Anforderungen problemlos zu erfüllen.

Wie läuft eine Prüfung normalerweise ab?

Dr. Eiber: Als Prüfärzte bekommen wir von den KVB-Mitarbeitern eine Checkliste vorgelegt. Das Team ordnet die von den Ärzten eingereichten Bilddokumentationen be-

dem Postweg zurückgeschickt – ein enormer Aufwand für alle Seiten. Die Umstellung auf das elektronische Bildprüfungstool hat diesen Ablauf minimiert. Die Formblätter werden nun elektronisch geführt, die Bilder im Netz der KVB aufgerufen und geprüft. Das ist wesent-

Dr. Eiber: Wenn man die genannten Kriterien bei den Prüfunterlagen und bei sich selbst anwendet, kommt man meistens auf einen gemeinsamen Nenner. Zu einer guten Prüfung gehören immer ein guter Prüfer und ein guter Prüfling mit gutem Willen und guter Absicht. Im Zweifelsfall setzt sich die Kommission mit dem betreffenden Arzt ins Benehmen und gibt ihm die Gelegenheit, noch einmal eine Stellungnahme abzugeben.

Manche Politiker, aber auch einige Krankenkassen behaupten mitunter (zuletzt angesichts der Defizite beim Mammografie-Screening in Nordrhein-Westfalen), dass eine Qualitätssicherung allein durch die ärztliche Selbstverwaltung nicht ausreicht. Wie sehen Sie das?

Dr. Stumpfe: Die Prüfärzte sind sich der Verantwortung bewusst und sehen sich immer wieder der Situation ausgesetzt, weitere Unterlagen anzufordern, weil nicht alle Anforderungen der Ultraschallvereinbarung erfüllt wurden, was fast immer auf Verständnisprobleme mit den Vorgaben zurückgeht. Aber wir weisen auch auf fachliche Defizite hin. Wenn diese durch nachgeforderte Unterlagen oder Kolloquien nicht zu beseitigen sind, müssen wir aus der Verantwortung gegenüber den Patienten die Genehmigung widerrufen. Die Prüfung der Qualität durch die ärztliche Selbstverwaltung ist anderen Prüf-szenarien nicht nur ebenbürtig, sondern überlegen. Es muss aber gewährleistet sein, dass Widerrufe von Genehmigungen konsequent umgesetzt werden.

Herr Dr. Eiber, Herr Dr. Stumpfe, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Markus Kreikle (KVB)

Dr. Alois Eiber ist seit 1985 als hausärztlicher Internist im oberpfälzischen Waldmünchen tätig und seit vier Jahren Mitglied der Vorstandskommission Sonographie.



reits den entsprechenden Anwendungsklassen der Ultraschallvereinbarung zu und prüft, ob für jeden zu prüfenden Schallkopf eine Bilddokumentation vorhanden ist. Unsere Aufgabe ist es, die je nach Anwendungsklasse unterschiedlichen Voraussetzungen zur technischen Bildqualität im Hinblick auf Organe, Körperregion sowie auf charakteristische Bildmerkmale als „erfüllt“ beziehungsweise „nicht erfüllt“ zu bewerten.

Welche Anstrengungen unternimmt die KVB, um den Ablauf sowohl technisch als auch organisatorisch zu optimieren?

Dr. Stumpfe: Am Anfang meiner Tätigkeit wurden die Bilder und die entsprechenden Formblätter für die Prüfung in Akten angelegt, verpackt und an uns versandt. Nach Prüfung der Unterlagen und des Bildmaterials wurden die Kartons wieder auf

lich einfacher, schneller und bequemer. Die Prüf- und Verfahrenszeiten sind dadurch auch deutlich kürzer.

Wie gelingt es, das richtige Maß bei dem gesetzlichen Auftrag der Qualitätssicherung zu finden, ohne die Mitglieder mit unnötigem Aufwand zu belasten?

Dr. Eiber: Wenn ich mir als Prüfer nicht ganz im Klaren bin, ob alle Kriterien einwandfrei erfüllt sind, bespreche ich mich mit einem Fachkollegen. Im gegenseitigen Austausch kommt man dann am besten zu einem ausgewogenen und ausdifferenzierten Urteil, ohne eine unnötige Härte aufkommen zu lassen.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen und wie ist das Prozedere, wenn es unterschiedliche Beurteilungen gibt?

„ICH BIN FÜR DEN ERHALT DER FREIBERUFLICHKEIT“

Seit 16 Jahren gehört der CSU-Politiker Dr. Hans-Peter Friedrich bereits dem Deutschen Bundestag an. Als Bundesinnenminister und als Bundeslandwirtschaftsminister hatte er bereits höchste Ämter im Staate inne. Seine Erfahrungen aus dieser Zeit waren eines der Themen des FORUM-Interviews, das die beiden KVB-Vorstände Dr. Pedro Schmelz und Dr. Ilka Enger im Mai in Berlin mit ihm führten.

Als stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag kümmert sich Friedrich derzeit intensiv um die Europapolitik. Dem promovierten Juristen, der im oberfränkischen Naila geboren ist, liegen allerdings auch sein Wahlkreis und die Lebensbedingungen dort am Herzen. Deshalb war mit der medizinischen Versorgung auf dem Land auch gleich ein guter Einstiegspunkt für das Gespräch gefunden.

Und deshalb liegt uns beiden sicher die Frage am Herzen, wie man auch abseits der großen, bestens versorgten Großstädte für gute Lebensbedingungen sorgen kann. Zur Lebensqualität gehört sicherlich auch die medizinische Versorgung vor Ort. Immer mehr Ärzte – gerade auf dem Land – finden jedoch keinen Nachfolger, wenn sie ihre Praxis aufgeben möchten. Wie kann die Politik hier gegensteuern?

versuchen wir gerade aktuell mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Weichen richtig zu stellen. Auf Landesebene hat unsere oberfränkische Ministerin Melanie Huml mit den Förderprogrammen ein sehr gutes Zeichen gesetzt. Wir benötigen nun die Flexibilität von allen Akteuren im System, die Chancen auch zu nutzen.



Dr. Hans-Peter Friedrich: „Wir benötigen mehr Flexibilität im System.“

Dr. Pedro Schmelz: Herr Dr. Friedrich, der Anlass unseres Gesprächs war ursprünglich nur die medizinische Versorgung im Raum Hof/Wunsiedel. Man kann die Situation dort allerdings auf viele weitere Regionen Bayerns – ich selbst bin in Unterfranken verwurzelt – erwei-

Dr. Hans-Peter Friedrich: Die Bayerische Verfassung garantiert die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse für die Menschen in Bayern. Aber natürlich kann nicht überall alles gleich sein. Man kann für Wunsiedel oder die Rhön sicher nicht die gleichen Maßstäbe anlegen wie für München oder Nürnberg. Für mich gibt es gewisse Grundlagen, die wir für alle gewährleisten müssen – dazu gehört neben der Infrastruktur, der Wirtschaft und der Bildung als vierte Säule auch die medizinische Versorgung. Gerade der demografische Wandel mit immer mehr älteren, teilweise schwer und chronisch kranken Mitbürgern stellt im ländlichen Raum eine zusätzliche Herausforderung für uns dar. Insbesondere die älteren Menschen brauchen vor Ort eine gute ambulante ärztliche Versorgung. Vonseiten des Bundes

Schmelz: Wie stellen Sie sich das ganz konkret vor?

Friedrich: Von der Kassenärztlichen Vereinigung wünsche ich mir, dass nicht irgendwelche Pläne starr fortgeschrieben werden, sondern dass sie flexibel reagiert, wenn es irgendwo im Land Versorgungslücken oder Engpässe gibt. Man kann eben nicht alles über einen Kamm scheeren, sondern muss in der Region die jeweils passenden Lösungen finden. Ich habe hier Vertrauen in die KVB. Da, wo diese Flexibilität unnötig eingeengt wird, muss durch die Politik Abhilfe geschaffen werden.

Schmelz: Sie sprechen hier die Bedarfsplanung an, die im Jahr 2013 neu gestaltet worden ist. Dazu eines vorweg: Auch mit den besten Vorgaben für die Bedarfsplanung



kann man keine Ärzte oder Psychotherapeuten zu einer Niederlassung in einer bestimmten Region zwingen. Ich persönlich halte die Bedarfsplanung unter den uns momentan vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmenbedingungen allerdings nach wie vor für ein wichtiges Instrument, um die Versorgung im Sinne der ja auch von Ihnen angesprochenen guten und flächendeckenden Patientenversorgung zu steuern. Wie sehen Sie das? Sollte die Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten weiterhin wie bisher gehandhabt werden oder sollte diese dem freien Markt – also Angebot und Nachfrage – überlassen werden?

Friedrich: Ich bin ein leidenschaftlicher Wirtschaftsliberaler und überlasse alles, was sich gut selbst steuern kann, gerne dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage. Aber es gibt eben auch einen gewissen Bereich der Daseinsvorsorge, der nicht dem freien Spiel der Marktkräfte überlassen werden kann. Ich erinnere hier an unseren Einsatz gegen die Privatisierung des Trinkwassers. Bei der Gesundheitsversorgung verhält es sich ähnlich. Hier ist eine Bedarfsplanung sinnvoll und notwendig. Je kleinräumiger diese ausfällt, umso besser. Sonst haben Sie es auch gar nicht mehr in der Hand zu verhindern, dass irgendwann alle Ärz-

te in die Zentren gehen. Für einen jungen Hausarzt muss es sich auch finanziell lohnen, in einer kleineren Gemeinde eine Praxis zu betreiben. Gerade deshalb sind die Initiativen der Bayerischen Staatsregierung für die hausärztliche Versorgung auch so bedeutsam.

Schmelz: Sie haben gerade die hausärztliche Grundversorgung angesprochen, für die die Politik in der Tat einiges auf den Weg gebracht hat. Aber man darf nicht vergessen, dass auch im fachärztlichen Bereich auf dem Land ein zunehmender Nachwuchsmangel um sich greift. Einigen Politikern scheint das auch ganz recht zu sein, weil sie die ambulant tätigen Fachärzte gerne als Angestellte in den Kliniken sehen würden.

Friedrich: Das sehe ich definitiv nicht so. Wir haben ein tolles Gesundheitssystem. Offenbar weiß man das erst zu schätzen, wenn man die Gegebenheiten in anderen Ländern – ich habe beispielsweise länger in den USA gelebt – kennengelernt hat. Ich bin für den Erhalt der Freiberuflichkeit von niedergelassenen Haus- und Fachärzten in unserem Land. Gerade in Bayern haben wir eine hervorragende fachärztliche Versorgung in den Praxen, die man andernorts nur in spezialisierten Kliniken gewährleisten kann. Das wäre dann

wieder – hier schlägt mein Herz als Wirtschaftler – um ein Vielfaches teurer als im ambulanten Bereich. Wir brauchen kein staatliches Gesundheitswesen, sondern wir müssen das jetzige System einfach sinnvoll weiterentwickeln.

Dr. Ilka Enger: Danke für dieses klare Bekenntnis zur Freiberuflichkeit. Dazu gehört für mich aber auch, dass unsere Kollegen das Geschehen in ihren Praxen soweit wie möglich selbst gestalten können. Und ich habe große Sorgen, dass wir nicht zuletzt durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gerade eine Zeitenwende erleben – hin zu einem permanent elektronisch überwachten Arzt-Patienten-Verhältnis mit beliebigen Eingriffen Dritter. Wie schätzen Sie als ehemaliger Innenminister diese Gefahr ein?

Für eine sinnvolle Weiterentwicklung des Gesundheitswesens: Dr. Pedro Schmelz und Dr. Hans-Peter Friedrich.



Friedrich: Durch die Digitalisierung sind gewaltige Effizienzsprünge möglich – auch im Gesundheitswesen. Aber jede Medaille hat zwei Seiten: So wird es immer auch Versuche geben, den Datenschutz auszuhebeln. Bei der elektronischen Gesundheitskarte gibt es hohe Anforderungen und die Nutzung ist – bis auf die Grunddaten – für die Bürger ja freiwillig. Ich persönlich finde es durchaus sinnvoll, wenn auch weitere Informationen, die im Notfall mein Leben retten könnten, über meine Karte

Dr. Ilka Enger warnt vor der Gefahr einer digitalen Überwachung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Ganz entspannt:
Dr. Hans-Peter
Friedrich mit
den KVB-
Vorständen
Dr. Pedro
Schmelz und
Dr. Ilka Enger
nach einem
ausführlichen
Gespräch.



abrufbar wären. Wichtig ist, dass wir den Menschen, die Sorge haben, ihre persönliche Daten könnten in falsche Hände geraten, das Vertrauen geben, dass diese sicher sind und nicht von irgendjemandem als Grundlage zur Durchsetzung von Geschäftsinteressen verwendet werden können.

Enger: Die strikte Trennung von den Stammdaten und den individuellen Gesundheitsdaten ist eine unserer zentralen Forderungen. Deshalb halte ich es auch für wichtig, dass die medizinischen Informationen über unsere Patienten nicht in eine gigantische Cloud gesendet werden, sondern dass nur die Patienten selbst und wir als behandelnde Ärzte Zugriff darauf haben. Die bessere Alternative zur Cloud ist deshalb das von uns geplante sichere Netz der KVen. Wenn alle Daten eines Versicherten physisch nur auf einer Karte liegen würden, bräuchten Sie dafür ja auch wieder eine Back-up-Lösung, um diese bei einem Verlust oder Diebstahl der Karte wiederherstellen zu können.

Friedrich: Das sehe ich ganz pragmatisch. Wer kann denn etwas mit einer gefundenen Karte anfangen? Gefährlich wird es doch nur, wenn Menschen, die damit Geschäfte machen wollen, Zugriff auf die Gesund-

heitsdaten jedes Einzelnen erhalten. Um das zu verhindern, müssen wir alle Sicherheitsmöglichkeiten nutzen – auch wenn dies leider mit hohen Kosten und einem Anstieg der Bürokratie verbunden sein wird.

Enger: Selbst wenn dies in Deutschland gelingen sollte, droht unserem Gesundheitswesen doch dennoch auf europäischer Ebene Gefahr. Die Bestimmungen dort sind längst nicht so streng. Andere unserer Errungenschaften wie eben die auch von Ihnen betonte Freiberuflichkeit der Ärzte und Psychotherapeuten sind dort gar nicht bekannt. In Ihren Verantwortungsbereich fällt ja nun auch die Europapolitik. Wie kann man denn verhindern, dass wir eines Tages nur noch ein rudimentäres System unter EU-Ägide haben?

Friedrich: Die Europäische Union soll sich raushalten aus Bereichen, die funktionieren und die sie nichts angehen. In Sachen Gesundheit wäre es beispielsweise ein EU-Thema, wie man mit einer länderübergreifenden Epidemie umgeht. Aber wir lassen uns nicht von der EU vorschreiben, wie in Oberfranken die medizinische Versorgung zu gestalten ist. Was gut funktioniert, lassen wir uns von niemandem kaputt machen. Dafür kämpfe ich mit großer Leidenschaft.

Schmelz: Da nehmen wir Ärzte Sie gerne beim Wort, Herr Dr. Friedrich. Schon heute verlieren wir ja viele junge Kolleginnen und Kollegen als Nachwuchs für unsere Praxen, weil diese nach ihrer hervorragenden Ausbildung an einer deutschen Universität lieber ins Ausland gehen. Zugleich müssen wir Fachkräfte aus anderen Ländern anwerben, um die Lücken in Kliniken und Praxen zu schließen. Das ist doch paradox.

Friedrich: Ich stimme Ihnen voll zu. Man muss ja auch bedenken, wie viel Geld unser Staat in die Ausbildung der jungen Ärzte investiert hat. Natürlich können und wollen wir keine Mauer um unser Land ziehen und uns völlig abschotten. Deshalb hilft nur eines: Wir müssen gute Argumente finden, um den ärztlichen Nachwuchs hier bei uns zu behalten. Das geht nur mit Rahmenbedingungen, die all jenen, die ihren Arztberuf ernst nehmen, auch die Möglichkeit geben, sich selbst zu verwirklichen. Die jungen Ärztinnen und Ärzte dürfen sich nicht ausgebeutet fühlen. Dann werden sie auch weiterhin gerne hier leben und arbeiten.

Schmelz: Unsere Abschlussfrage – in welchem Land würden Sie sich im Falle einer Erkrankung am liebsten behandeln lassen – beantwortet sich nach dem bislang von Ihnen Gesagten ja praktisch von selbst.

Friedrich: Stimmt. Ich glaube nicht, dass jemand, der auch entsprechende Erfahrungen im Ausland sammeln konnte, anderer Meinung ist, als dass wir hier in Deutschland eine exzellente Gesundheitsversorgung für alle unsere Mitbürger haben.

Redaktion

DARMKREBSFRÜHERKENNUNG

Wie kann die Forderung des Nationalen Krebsplans nach einer „informierten Entscheidung“ des Patienten in der ärztlichen Praxis umgesetzt werden? Die KVB und die Techniker Krankenkasse (TK) entwickeln derzeit im Rahmen ihres Gemeinschaftsprojekts „Einladungsverfahren zur Darmkrebsfrüherkennung“ eine entsprechende Fortbildung.



Das Projekt wird in zwei Stufen durchgeführt. In der ersten Phase schreibt die TK bereits seit Juni 2013 ihre 50- und 55-jährigen Versicherten mit sechs unterschiedlichen Informationspaketen an. Ihr wissenschaftliches Institut (WINEG) untersucht dabei, ob unterschiedliche Ansprachen und Broschüren einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der ärztlichen Beratung durch den Versicherten beziehungsweise auf seine informierte Entscheidung haben. Die Ärzte können ein zusätzliches Honorar für die Beratungsleistung zur Darmkrebsfrüherkennung bei den Anspruchsberechtigten abrechnen.

Videos und Gesprächsleitfaden auf CuraCampus

Für die zweite Projektstufe entwickelt derzeit ein Expertengremium eine Fortbildung, die voraussichtlich ab Ende 2014 auf der Online-Plattform CuraCampus zur Verfügung stehen wird. Anregungen von Ärzten aus den betreffenden Fach-

gruppen fließen in die Entwicklung des Angebots ein, das auch Videosequenzen, Grafiken und einen Gesprächsleitfaden umfassen soll. Die zweite Stufe startet mit einer Übergangsphase, in der die Ärzte Zeit haben, die Fortbildung zu absolvieren. Später ist das Bestehen der Fortbildung Voraussetzung für das zusätzliche Honorar für die Beratungsleistung zur Darmkrebsfrüherkennung. Um die Nachhaltigkeit der Initiative zu fördern, haben sich KVB und TK schon jetzt darauf verständigt, die Beratungsleistung zur informierten Entscheidung mindestens bis 2017 mit einem Zusatzhonorar zu vergüten.

Ausblick

Die Erkenntnisse aus dem Projekt sollen in eine Empfehlung an den G-BA zur Umsetzung des Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetzes (KFRG) einfließen.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie im geschützten Mitgliederbereich unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Zusatzvereinbarungen/Einladungsverfahren Darmkrebsfrüherkennung*.

*Michaela Huber, Ursula Chmiela
(beide KVB)*

Gesprächsleistungen zur Darmkrebsfrüherkennung werden zusätzlich vergütet.



ASV: TEILNAHMEBEDINGUNGEN IM ÜBERBLICK

Im April ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gestartet. Das neue Angebot steht bisher für die Behandlung von Patienten mit Tuberkulose und atypischer Mykobakteriose zur Verfügung. Hierfür können Vertragsärzte und Krankenhäuser eine „Berechtigung“ zur ASV-Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss (eLA) beantragen. Im Juli werden voraussichtlich gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle folgen. Der folgende Artikel gibt einen kursorischen Einblick in die Möglichkeiten zur Teilnahme.

Mit der ASV, geregelt in Paragraph 116b SGB V, entsteht ein neuer Versorgungsbereich mit eigenen Strukturen und Regeln. Ziel ist es, dass Patienten mit seltenen Erkrankungen oder schweren Krankheitsverläufen durch eine enge Verzahnung von Spezialisten verschiedener Fachdisziplinen besser versorgt werden. Die ASV richtet sich an Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung und an nach Paragraph 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, wenn sie die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) definierten Anforderungen erfüllen. Die Teilnahme ist für Patienten – und natürlich auch für Ärzte – freiwillig. Die Versorgung von Patienten mit entsprechenden Erkrankungen kann auch weiterhin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen.

Anforderungen in der ASV

Die grundsätzlichen Anforderungen an die Diagnostik und Behandlung von ASV-Patienten sind im allgemeinen Teil der ASV-Richtlinie des G-BA geregelt. In den Anlagen werden diese Vorgaben dann für jedes Krankheitsbild konkretisiert. Dabei geht es beispielsweise darum, welche Fachärzte zum interdisziplinären

Team gehören und welche Anforderungen an die Ausstattung und Qualitätssicherung gestellt werden. Auch der Behandlungsumfang, das heißt, welche Leistungen im Rahmen der ASV überhaupt abgerechnet werden dürfen, wird für jedes Krankheitsbild im sogenannten Appendix der Anlage zur ASV-Richtlinie genau definiert.

Bisher hat der G-BA für die Behandlung von Patienten mit Tuberkulose und atypischer Mykobakteriose eine Konkretisierung geschaffen, die zum 24. April 2014 in Kraft getreten ist. Zum 1. Juli 2014 wird voraussichtlich die Anlage zu gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle folgen. Weitere Anlagen zu den in Paragraph 116b SGB V definierten Indikationen werden nach und nach entstehen.

Um an der ASV teilnehmen zu können, müssen folgende Schritte berücksichtigt werden.

Bildung des interdisziplinären Teams

Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der ASV ist die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team. Es besteht aus einer Teamleitung, dem Kernteam und

Fachärzten, die bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehen sind. Aus welchen Fachgruppen sich das Team zusammensetzen muss, regelt die jeweilige indikationsspezifische Anlage zur ASV-Richtlinie.

Hinweis: Suchen Sie sich frühzeitig Kooperationspartner, wenn Sie an der ASV teilnehmen möchten, und schließen Sie die notwendigen Kooperationsvereinbarungen ab. Diese sind später bei der Anzeige nachzuweisen.

Anzeige der Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss (eLA)

Steht das Team fest, folgt die Anzeige zur Teilnahme an der ASV beim eLA. Dabei hat das Team dem Gremium aus Vertretern von Ärzteschaft, Krankenkassen und Krankenhäusern unter Beifügung entsprechender Belege nachzuweisen, dass sämtliche Anforderungen der ASV-Richtlinie einschließlich der jeweiligen indikationsspezifischen Anlage erfüllt sind. Für die Anzeige erstellt der eLA indikationsspezifische Anzeigenvordrucke, die spätestens mit Inkrafttreten der jeweiligen Anlage veröffentlicht werden. Bislang steht der Anzeigen-

vordruck „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ zur Verfügung, der unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Ambulante spezialfachärztliche Versorgung* heruntergeladen werden kann.

Der ASV-Teamleiter muss die Unterlagen seines Teams gesammelt beim eLA einreichen, der dann prüft, ob die Teilnahmevoraussetzungen zur ASV erfüllt sind. Erfolgt innerhalb von zwei Monaten kein Widerspruch, so wird die Teilnahme wirksam. Trotz der Vorgabe zur Kooperation im Team erhält jeder Arzt eine individuelle ASV-Berechtigung.

Hinweis: Warten Sie, bis der eLA die indikationsspezifischen Anzeigenvordrucke veröffentlicht hat, bevor Sie Ihre Anzeige einreichen. Denn hier sind die jeweils erforderlichen Unterlagen für die Anzeige aufgeführt. Die KVB informiert rechtzeitig über die Verfügbarkeit der Anzeigenvordrucke. Beachten Sie bitte auch die genauen Ausführungen in der ASV-Richtlinie des G-BA inklusive der jeweiligen indikationsspezifischen Anlage.

Beantragung der ASV-Teamnummer bei der ASV-Service-stelle

Teilnehmer an der ASV benötigen neben der ASV-Berechtigung eine ASV-Teamnummer zur eindeutigen Kennzeichnung des interdisziplinären Teams und der ASV-Leistungen in der Abrechnung und auf Vordrucken. Die ASV-Teamnummer wird bundesweit einheitlich von der ASV-Service-stelle vergeben, sobald das Team eine ASV-Berechtigung hat. Sie wird durch den Teamleiter beantragt, der auch die ASV-Service-stelle informiert, sobald die ASV-Berechtigung vorliegt.

Hinweis: Der Teamleiter kann die ASV-Teamnummer bereits bean-

tragen, sobald er dem eLA die ASV-Teilnahme angezeigt hat. Beantragen Sie die ASV-Teamnummer daher schon frühzeitig, wenn Sie alle erforderlichen Angaben wie Abrechnungsweg etc. in das Formular der ASV-Service-stelle eintragen können. Das Formular finden Sie unter www.asv-service-stelle.de.

Wahl des Abrechnungswegs und Klärung der Abrechnungsmodalitäten

Jeder Arzt rechnet seine Leistungen selbst ab. Die Abrechnung kann über die KV, die Krankenkassen oder eine andere Stelle – wie etwa private Verrechnungsstellen – erfolgen. Bei der Abrechnung über die KV ändert sich für die Ärzte – bis auf die zusätzliche Angabe der ASV-Teamnummer – wenig.

Hinweis: Die KVB bietet ihren Mitgliedern an, die Abrechnung der ASV-Leistungen zu übernehmen und informiert rechtzeitig über die Möglichkeiten zur Beauftragung.

Start der Leistungserbringung im Rahmen der ASV und Information der Patienten

Sobald die ASV-Berechtigung und die ASV-Teamnummer vorliegen, kann mit der ASV-Behandlung begonnen werden. Die ASV-Richtlinie sieht vor, dass die Patienten beim ersten Kontakt mit der ASV über diesen neuen Versorgungsbereich informiert werden. Dazu zählt auch, das behandelnde interdisziplinäre Team und dessen Leistungsspektrum vorzustellen. Die Information des Patienten ist zu dokumentieren – Art und Weise ist nicht vorgegeben. Ist die Behandlung abgeschlossen, erhält der Patient eine schriftliche Information über die Ergebnisse sowie das weitere Vorgehen.

Hinweis: Auch der Vertragsarzt, der den Patienten in die ASV überwiesen hat, muss über die Aufnahme sowie den Abschluss der Behandlung in der ASV informiert werden.

Esther Scherpf (KVB)

Kontaktdaten des eLA in Bayern

Erweiterter Landesausschuss Bayern
c/o AOK Bayern
Reinhard Werb
Carl-Wery-Straße 28
81739 München
E-Mail: geschaeftsstelle@erweiterter-landesausschuss-bayern.de

Weiterführende Infos

Die Beschlüsse zur ASV-Richtlinie des G-BA sowie zu den Anlagen finden Sie unter www.g-ba.de in der Rubrik *Beschlüsse/ambulante spezialfachärztliche Versorgung*.

Ausführliche Informationen zur Teilnahme an der ASV finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Ambulante spezialfachärztliche Versorgung*.

ÄRZTLICHE SELBSTVERWALTUNG: KEIN SPIELBALL DER POLITIK

Die Mitglieder der Vertreterversammlung (VV) der KVB forderten auf ihrer Sitzung Anfang Juni den Vorstand auf, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, den Einfluss der Politik auf die Struktur und Gremien der Selbstverwaltung auf ein vernünftiges Maß zu reduzieren. Im Mittelpunkt der Diskussion stand der Erhalt der Freiberuflichkeit der Ärzte und Psychotherapeuten.

Die VV unter Vorsitz der oberfränkischen Hausärztin Dr. Petra Reis-Berkowicz positionierte sich am 4. Juni 2014 in München eindeutig als starkes Gegengewicht der niedergelassenen Ärzteschaft zur zunehmenden Einflussnahme von Politik und Krankenkassen. So verabschiedeten die Delegierten mit großer Mehrheit einen Antrag, wonach die Freiberuflichkeit der bestimmende Grundsatz für die KVB und damit auch für ihre Mitglieder bleiben soll. Dabei geht es unter anderem um die eigenständige Aus- und Weiterbildung des ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchses, den Erhalt des Arzt-Patientengeheimnisses und die selbstständige Gestaltung der Praxistätigkeit, wie zum Beispiel des Terminmanagements. Darüber hinaus prangerten die VV-Mitglieder die zunehmenden Eingriffe von Krankenkassen in die Steuerung der Patientenversorgung an und kritisierten die Intransparenz sowie die Regressgefahr bei der Verordnung von Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln.

Hausarzt-EBM: Versorgungsauftrag definieren

Der KVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Krombholz ging zu Beginn seines Vortrags auf die aktuelle Gesetzgebung auf Bundesebe-

ne ein und zeigte auf, dass durch das geplante wissenschaftliche „Institut für Qualitätssicherung“ möglicherweise eine neue Bürokratiehürde im Gesundheitssystem drohe. Krombholz sah in der Ansiedlung dieses Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zwar „gewisse Chancen“, doch seien seiner Meinung nach „auch durchaus Zweifel an der Sinnhaftigkeit eines weiteren Qualitätsinstituts berechtigt.“

Die Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für Hausärzte verteidigte Krombholz hingegen gegenüber Kritik. Dieser diene vor allem dazu, den hausärztlichen Versorgungsauftrag zu definieren und dabei sei man auf einem guten Weg. Allerdings gebe es auch in Bayern bei der Gesprächsziffer und der Chronikerpauschale noch Anpassungsbedarf, der aber aus seiner Sicht durchaus zu schaffen sei. In Sachen Bereitschaftsdienst konnte Krombholz von guten Fortschritten bei der laufenden Umstrukturierung berichten: So wurde die Zahl der Bereitschaftsdienstgruppen von 461 im Juni 2012 auf aktuell 317 verringert. Damit stehen in den einzelnen Bezirken mehr Ärzte für die Dienste zur Verfügung. Nachdem diese allerdings teilweise deutlich weitere Wegstrecken zurückzulegen haben,

forderte Krombholz die Ersatzkassen auf, endlich dem Beispiel der anderen Krankenkassen zu folgen und eine Erhöhung der Wegepauschalen mit der KVB zu vereinbaren. Der KVB-Vorstandsvorsitzende stellte auch erste Überlegungen für den Aufbau eines Poolärztesystems im Bereitschaftsdienst vor. Dies sei ebenso wie zahlreiche weitere Maßnahmen der KVB ein Baustein, um wieder mehr junge Mediziner für eine Niederlassung gerade auf dem Land zu begeistern.

Honorar: Forderung nach Ende des Verschiebebahnhs

Der erste stellvertretende KVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Pedro Schmelz widmete sich in seinem Vortrag intensiv der Honorarsituation im fachärztlichen Bereich. Generell gelte hier laut Schmelz: „Das System kann nicht dauerhaft durch Umverteilung nach dem Prinzip ‚linke Tasche, rechte Tasche‘ finanziert werden. Für neue Leistungen müssen auch zusätzliche Mittel von den Krankenkassen kommen.“ Insgesamt war im fachärztlichen Bereich in Bayern im Jahr 2013 gegenüber 2012 ein Honoraranstieg von rund 3,4 Prozent auf insgesamt 3,078 Milliarden Euro zu verzeichnen. Auf der Basis des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der KVB wird ein Teil davon, die morbi-

ditätsorientierte Gesamtvergütung (mGV), auf die einzelnen Fachgruppen und anschließend an die einzelnen Ärzte verteilt. Die dafür im HVM vorgesehene und mit den Berufsverbänden konsentrierte Lösung mit aktuellen Fallzahlen und festen Fallwerten habe sich bewährt. So konnten die kalkulatorischen Jahresfallwerte 2013 bei der Mehrheit der Fachgruppen ohne Kürzungen gehalten werden. Besonders erfreulich ist es laut Schmelz, dass der Vergütungsanteil außerhalb der mGV zunehmend weiter ansteigt. Dies sei ein klares Zeichen dafür, dass man auf dem Weg zu festen Preisen sei. Weniger Erfreuliches hatte der erste stellvertretende KVB-Vorstandsvorsitzende in Sachen Bedarfsplanung zu berichten. Die per Gesetz geregelte Anrechnung von Ermächtigungen in der Bedarfsplanung führe dazu, dass auch in Regionen, die von Unterversorgung bedroht sein könnten, keine neuen Niederlassungen für Ärzte oder Psychotherapeuten mehr möglich seien. So schreke man den dringend benötigten Nachwuchs von einer Niederlassung geradezu ab, wie Schmelz erklärte. Er forderte deshalb vom Gesetzgeber, den Vorrang für Vertragsärzte und -psychotherapeuten klarzustellen.

Recht auf Therapiefreiheit: KVB zeigt Engagement

Auch die zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Ilka Enger widmete sich in ihrem Bericht der Lage der Ärzteschaft in einem von bürokratischen Vorgaben überreglementierten System. So kündigte sie eine Kampagne der KVB zur Therapiefreiheit an und stellte dar, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ein Paradebeispiel dafür sei, was schief läuft, wenn sich die Politik in die medizinische Behandlung einmischet. „Hier zeigt sich, wie aus

einer scheinbar guten Idee – nämlich der freien Zusammenarbeit von Ärzten unter unbudgetierten Bedingungen – ein überregulierter Zwangssektor werden kann. Diese Überbürokratisierung ist teuer und nimmt darüber hinaus auch die Lust, an der ASV teilzunehmen. Das ist ein erneuter Irrweg.“ Hart ins Gericht ging sie auch mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), deren Einführung auch weiterhin viel mehr Fragen aufwerfe als Lösungen zu bieten. So werde der Zeitplan für den Online-Rollout der eGK in den Praxen der Testregion Südost, zu der auch Bayern gehört, mit Sicherheit nicht eingehalten. Verlässliche Informationen zu den nächsten Umsetzungsschritten seien nicht zu erhalten und die Zahl der an der Testteilnahme in-

um mehr Mitglieder auch für die KV-SafeNet-Alternative zu begeistern.

Personelle Veränderungen

Im Anschluss an die Vorträge des Vorstands und die Aussprache der VV-Delegierten wurde in geheimer Wahl ein neues stellvertretendes Mitglied im Beratenden Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung bestimmt. Die Münchner Frauenärztin Dr. Marianne Röbl-Mathieu wurde mit großer Mehrheit gewählt und nahm die Wahl dankend an.

Außerdem stellte der KVB-Vorstandsvorsitzende Krombholz die neue oberfränkische Regionale Vorstandsbeauftragte (RVB) für den hausärztlichen Versorgungs-



Dr. Wolfgang Krombholz mit Dr. Beate Reinhardt aus Effeltrich, die Dr. Ingo Rausch als Regionale Vorstandsbeauftragte für den hausärztlichen Bereich ablöste.

teressierten Praxen offenbar gering. Insofern sei es aus Sicht Engers genau die richtige Strategie gewesen, dass die KVB ihren Fokus auf den Aufbau des sicheren Netzes der KVEn gelegt habe. Hier gäbe es die Wahlfreiheit für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zwischen zwei Zugangsmöglichkeiten: dem flexiblen „KV-Ident Plus“ sowie dem sehr umfassenden und sehr sicheren „KV-SafeNet“. Enger kündigte an, dass es im vierten Quartal 2014 ein Förderprogramm geben werde,

bereich vor. Die Hausärztin Dr. Beate Reinhardt aus Effeltrich übernahm dieses Amt zum 1. Juni 2014 von Dr. Ingo Rausch, der sich aufgrund seiner Mehrfachbelastung als Hausarzt in eigener Praxis und als Stadtrat in Bayreuth entscheiden hatte, von seiner Funktion als RVB zurückzutreten. Krombholz dankte Rausch für sein großes Engagement als RVB und wünschte seiner Nachfolgerin viel Kraft und Freude für ihre neue Tätigkeit.

Birgit Grain (KVB)

ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG DER KVB-MITGLIEDER

Die KVB hat im vergangenen Jahr die Unternehmensinitiative „Unser Projekt 2016: Gemeinsam für die Praxis“ beschlossen. Ein wesentlicher Aspekt des Vorhabens ist es, die Mitgliederzufriedenheit zu erhöhen. Eine repräsentative, professionell durchgeführte Umfrage soll nun klären, wo die Praxen Verbesserungsbedarf sehen und wie sie sich die KVB als Dienstleister vorstellen.

Die KVB will für ihre Mitglieder eine möglichst hohe Planungssicherheit erhalten und - wo nötig - zeitnah ausbauen. Durch die Befragung soll klarer werden, wie die bestehenden Dienstleistungen noch mehr an den Bedürfnissen der Ärzte und Psychotherapeuten orientiert werden und die Kernprozesse optimiert werden können. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigt die KVB aber die aktive Mithilfe der Praxen und bittet um eine rege Teilnahme an der Umfrage, die im Herbst 2014 - unmittelbar nach den Schulferien - startet.

„Aus vielen Rückmeldungen sehen wir, dass der Kurs einer stärkeren Mitgliederorientierung bei Bayerns

Ärzten und Psychotherapeuten gut ankommt. Aber wir sind auf dem Weg der Modernisierung der KVB noch längst nicht am Ziel angekommen. Sondern wir werden konsequent weiter daran arbeiten, diese Organisation zu einem echten Dienstleister für die Praxen zu gestalten. Dazu ist es wichtig für uns, zu erfahren, wo die Kollegen in den Praxen ‚der Schuh drückt‘ und was die KVB tun kann, um sie bei der Problemlösung effektiv zu unterstützen“, wie der Vorstand der KVB erklärte. Primär steht bei der Befragung also die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen der KVB im Vordergrund. Es geht nicht um Berufspolitik, sondern um die Arbeitsprozesse der KVB, die sich direkt auf die Praxen auswirken.

Praxen erhalten Anfang September einen Fragebogen

Mit der Durchführung der Umfrage wird ein im Gesundheitswesen erfahrenes externes Unternehmen, das sich im Rahmen eines Ausschreibungsprozesses durchgesetzt hat, beauftragt. Die anonymisierte Befragung erfolgt im Rahmen einer Stichprobe. Es kommt dabei ein repräsentativer Querschnitt der in den acht Bezirksstellen zugelassenen Haus- und Fachärzte sowie Psychologischen Psychotherapeuten zum Zuge. Die KVB appelliert an die ausgewählten Praxen, den vom externen Unternehmen übermittelten Fragebogen wieder ausgefüllt zurückzuschicken. Nur eine hohe Rücklaufquote gewährleistet, dass die eingegangenen Bewertungen auch repräsentativ sind. Die Beantwortung der Fragen dauert nicht länger als eine Viertelstunde.

Die KVB fragt ihre Mitglieder Anfang September 2014, wie zufrieden sie mit ihrer Dienstleistung sind.



Die Ergebnisse will der Vorstand der KVB Anfang 2015 veröffentlichen und setzt darauf, dass die einzelnen Fachabteilungen anhand der Resultate wichtige Grundlagen für eine weitere Verbesserung der Arbeitsprozesse erhalten - getreu dem Leitsatz: „Gut ist, was für die Praxen unserer Mitglieder gut ist. Geht es unseren Mitgliedern gut, profitieren die Patienten“.

Franz Riedl (KVB)

VOM LEBEN MIT ACNE INVERSA

Acne Inversa ist eine unheilbare Erkrankung der Haut. In den großen Beuge- regionen des Körpers verursacht sie akut entzündete, eitrige Fisteln und Abs- zesse. Die derzeit einzig zielführende Therapie ist die völlige Entfernung der befallenen Areale bis in das gesunde Gewebe hinein. Antibiotika wirken größ- tenteils nur aufschiebend und können eine Operation meist nicht verhindern. Ulrich Thiele, ein Betroffener, berichtet.

Acne Inversa ist eine Krank- heit mit einer hohen Dunkel- ziffer. Angefangen hat es bei mir mit einer Acne vulgaris – damals in der Pubertät nichts Un- gewöhnliches. Einige dieser Pus- teln waren extrem groß. Die Narben sieht man immer noch auf meinem Rücken. Die Akne ging, aber mit dem Erwachsenwerden kamen die großen Pusteln zurück. Meist wuch- sen sie wachteleigroß und größer. Ich bekam Fieber und Kopfschmer- zen, jede Bewegung tat höllisch weh. An Sport war nicht mehr zu denken.

Heute bin ich 60, geändert hat sich seitdem nichts. Ich lebe allein. Kaum einer Partnerin ist diese Krankheit zuzumuten. Es ist schon etwas dran, wenn man sagt, dass Acne Inversa zu den Krankheiten gehört, die die Lebensqualität am nach- haltigsten einschränken. Tiefe De- pressionen sind nicht mal das Schlimmste, eher der häufige Ver- lust des Arbeitsplatzes. Die Beulen und Narben sind zwar in der Regel nicht sichtbar. Aber man fehlt eben oft in der Arbeit, muss sich immer wieder operieren lassen. Zig Ärz- te haben sich an mir versucht, je- der nach seiner eigenen Methode, aber keiner hat diese ererbte Krank- heit wirklich erkannt. Salben, Pu- der, Eigenblutbehandlung, Ozon- therapie – von der Schulmedizin über die Homöopathie bis zu wirk- lich unangenehmen Methoden ha- be ich jeden Strohalm ergriffen.



Mein Freund Martin Stafflinger erzählte mir von seiner Selbsthilf- gruppe im Fränkischen. Dort trifft man sich mit anderen Betroffenen. Er organisiert deutschlandweit Ini- tiativen zur Gründung entsprechen- der Selbsthilfegruppen, in denen Acne Inversa-Patienten endlich of- fen über ihre Krankheit sprechen können. Martin ist selbst schwer von ihr gezeichnet, hat sich aber die Energie bewahrt, Acne Inversa weiter bekannt zu machen, sodass Ärzte und Patienten sie eher dia- gnostizieren können.

Über die Selbsthilfegruppe und die ehemalige „Akne Inversa e.V.“ ha- be ich nach über 30 Jahren endlich die richtige Diagnose erhalten. Dank der Unterlagen, die ich dort bekommen habe, konnte ich mit den Ärzten die beste Behandlung besprechen. Durch den Austausch in den Gruppen habe ich auch von vielen Tipps zur Eigenbehandlung, besonders zur richtigen Nachsor- ge nach einem chirurgischen Ein- griff, profitiert. Einen solchen Ein- griff hatte ich Ende 2012 in einer der wenigen spezialisierten Kliniken

in Heidelberg. Dort verfügt man über jahrzehntelange Erfahrung mit Acne Inversa und den damit verbunde- nen meist großflächigen Operatio- nen. Die Erfahrungen und das Feed- back der Selbsthilfe sind gerade in der Zeit der Nachsorge extrem wichtig. Auch ich gebe inzwischen Betroffenen gerne meine eigenen Erkenntnisse weiter und animiere zu den empfohlenen Maßnahmen, die – konsequent angewendet – die Krankheit zumindest eindämmen können. Heilbar ist sie jedoch nicht.

Weil nicht alle Betroffenen aus Mittelfranken an Stafflingers Grup- pentreffen teilnehmen können, baut er ständig neue Regional- gruppen auf, ist per E-Mail er- reichbar und kümmert sich auch telefonisch um seine Mitglieder. Auch über die neue Internetseite www.akne-inversa.org können sich Betroffene informieren und in einem Fachforum austauschen.

Ulrich Thiele

Acne Inversa ist eine Entzündung der Talgdrüse und äußeren Wurzelscheide der Terminalhaarfollikel. Betroffen sind hauptsächlich die Achseln und die Leisten- gegend.

Kontakt

Acne Inversa
Hilfe zur Selbsthilfe

Martin Stafflinger, SHG-Leiter
E-Mail shg@akne-inversa.org
Internet www.akne-inversa.org

PATIENTENRECHTE IN DER PRAXIS



Das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (kurz: Patientenrechtegesetz) ist seit dem 26. Februar 2013 in Kraft. Kern des Gesetzes ist die Ergänzung des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) um einen eigenen Abschnitt (§§ 630a bis 630h), der Regelungen über den medizinischen Behandlungsvertrag und die sich hieraus für Arzt und Patienten ergebenden Rechte und Pflichten enthält. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um die Kodifizierung von über Jahrzehnte entwickelten Grundsätzen aus der Rechtsprechung.

Im Folgenden werden beispielhaft einige rechtliche Hinweise für Ärzte und Psychotherapeuten (das Gesetz spricht von „Behandelnden“) gegeben, wobei diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sondern als Orientierungshilfe dienen sollen.

Über was ist der Patient zu informieren?

§ 630c Absatz 2 Satz 1 BGB „verpflichtet den Behandelnden, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“

Das Gesetz beschreibt ausführlich, was inhaltlich zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren weiteren Verlauf zu erläutern ist. Konkret wird es stets darum gehen, die Diagnose, die in Betracht kommende Therapie einschließlich therapeutischer Maßnahmen, eine

Erörterung der erhobenen Anamnese, eine Information über eventuelle Untersuchungsoptionen und über die Notwendigkeit von Befunderhebungen mit dem Patienten zu besprechen.

Wie erfolgt die Dokumentation der Behandlung?

Die Verpflichtung zur ärztlichen Dokumentation wird durch unterschiedliche Rechtsvorschriften (zum Beispiel § 10 Absatz 1 MBO-Ä, § 57 Absatz 1 BMV-Ä) geregelt. Gemäß § 630f Absatz 1 BGB ist der Behandelnde verpflichtet, „zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.“ Der Behandelnde ist insoweit zur Dokumentation der Behandlung verpflichtet – und zwar unmittelbar bei oder kurz nach der Behandlung. Neu ist, dass die

Dokumentation „veränderungsfest“ sein muss. Das heißt: Nachträgliche Veränderungen und Ergänzungen müssen sichtbar sein. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Patientenakte in Papierform oder elektronisch geführt wird. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Patientenrechtegesetzes dürften allenfalls einzelne Praxisverwaltungssysteme (PVS) über diese Funktionalität verfügt haben. Aus Sicht des Arztes dürfte es daher geboten erscheinen, so schnell wie möglich ein PVS einzusetzen, das über diese Funktionalität (bei dem nachträgliche Änderungen erkennbar sind) verfügt. (Zur elektronischen Dokumentation und Archivierung siehe auch Ziffer 1 Addendum zur Technischen Anlage der Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, Dt. Ärzteblatt, 2014, Heft 21, A 969 ff.).

Welche Unterlagen kann der Patient einsehen?

Nach § 630g Absatz 1 BGB ist „dem Patienten auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenak-

te zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.“

„Unverzüglich Einsicht“ bedeutet, dass der Patient die Patientenunterlagen zwar einsehen darf, aber nur in dem Maße, wie dies der Praxisablauf gestattet. So ist der Patient zum Beispiel an die Sprechzeiten der Praxis gebunden. Die Art der Einsichtnahme bestimmt der Behandelnde. Ausdrucke oder Kopien etc. dürfen dem Patienten in Rechnung gestellt werden.

Grundsätzlich sind sämtliche in der Patientenakte enthaltenen Aufzeichnungen über persönliche Eindrücke und subjektive Wahrnehmungen des Behandelnden dem Patienten auszuhändigen (Stichwort: Anspruch auf Vollständigkeit). Bei nicht aus fachlicher Sicht motivierten Eintragungen (zum Beispiel „extrem geschwätziger Patient“), die lose Bestandteile (zum Beispiel Merktzettel) einer händisch geführten Patientenakte sind, könnte eine Aushändigung vertretbar unterbleiben. Vorsicht ist geboten, wenn eine Streichung oder Schwärzung durchzuführen wäre, da hier in Zweifelsfällen den Anforderungen des § 630f Absatz 1 Satz 2 BGB (siehe oben) zu folgen ist. Die Grenzen für die Überlassung der vollständigen Patientenakte sind erreicht, soweit dem erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen. Im jeweiligen Einzelfall ist sorgfältig abzuwägen, ob die Gefahr einer erheblichen gesundheitlichen Selbstschädigung des betreffenden – zum Beispiel psychiatrisch behandlungsbedürftigen – Patienten gegeben ist oder in den Aufzeichnungen auch intime Informationen über Dritte enthalten sind, die zu einer Ablehnung der Einsichtnahme berechtigen.

Wer muss über die Behandlung aufklären?

Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dabei muss die Aufklärung gemäß § 630e Absatz 2 Nr. 1 BGB „mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt“. Ob mit „notwendige Ausbildung“ der sogenannte Facharztstandard oder eine weitergehende Qualifikation gemeint ist, lässt sich nicht sicher sagen. Nach der Gesetzesbegründung ist das Erfordernis einer abgeschlossenen fachlichen Ausbildung einschließlich der damit einhergehenden theoretischen Befähigung zur Durchführung der Maßnahme gemeint. Die verbindliche Auslegung durch die höchstgerichtliche Rechtsprechung bleibt abzuwarten.

Wer kann nach dem Tod des Patienten Einsicht nehmen?

Nach § 630g Absatz 3 Satz 1 BGB „stehen im Fall des Todes des Patienten die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Pa-

tienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht“.

Das Gesetz sieht hier also vor, dass die Erben zur Wahrnehmung vermögensrechtlicher Interessen (zum Beispiel die Prüfung der Geltendmachung von haftungsrechtlichen Ansprüchen, die in der Person des verstorbenen Patienten entstanden und auf die Erben übergegangen sind, sowie von Versorgungs-, Versicherungs- und Rentenansprüchen) Anspruch auf Einsichtnahme in die Patientenunterlagen haben. Der Behandelnde sollte sich vorher den Erbschein zeigen lassen. Doch nicht nur die Erben, auch „nächste Angehörige“ haben ein Recht auf Einsicht, wenn sie immaterielle Interessen (zum Beispiel Schmerzensgeld) geltend machen. Beide Rechte sind ausgeschlossen, wenn der mutmaßliche Wille des Verstorbenen diesen entgegensteht. Wenn möglich, sollte mit dem Patienten bereits zu dessen Lebzeiten besprochen werden, wer Einsicht in die seine Person betreffenden Unterlagen erhalten soll.

*Thomas Scherer
(Rechtsabteilung der KVB)*

Weiterführende Hinweise zum Patientenrechtegesetz

- Bundesjustizministerium: www.bmjv.de
in der Rubrik A-Z Themen/Gesellschaft/Patientenrechte
- Bundesärztekammer: www.bundesaerztekammer.de
in der Rubrik Patienten/Patientenrechte/Patientenrechtegesetz
- Ärztekammer Westfalen-Lippe: www.aekwl.de
in der Rubrik Arzt/Arzt und Recht/Patientenrechtegesetz
- „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“; Dt. Ärzteblatt, Heft 21/2014, A963ff und ergänzend im Artikel „Elektronische Datenverarbeitung – Leitfaden für die Praxis“, Dt. Ärzteblatt, Heft 21/2014, A 930ff.

HIER IST PLATZ FÜR IHRE MEINUNG

„KVB-Ärtekampagne wirbt um Nachwuchs“

KVB FORUM 6/2014, Seite 20



Vor einigen Jahren stellte die deutsche Bahn, um Kosten zu sparen, im großen Stil ihre Schloßer aus. Als dann die Züge und Weichen nicht mehr pünktlich gewartet werden konnten und sich die Verspätungen häuften, korrigierte man zunächst nicht den ursprünglichen Fehler, sondern installierte Pünktlichkeitsmanager an den Bahnhöfen. Diese Lachnummer wiederholt die KV mit ihrer Kampagne. Für wie dumm hält man dort die jungen Kolleginnen und Kollegen, dass sie sich durch diese Kampagne in ein unkalkulierbares Abenteuer stürzen würden? Wer von uns Niedergelassenen könnte denn noch aus den gegenwärtigen Erlösen den Kredit für die Praxiseröffnung bedienen, hat nicht mittel- und langfristig völlig anders geplant und sieht sich getäuscht und verlassen von einer Standesvertretung und Regierung, die schon vor zehn Jahren geschwiegen hat zu der Ankündigung der bayerischen Ärztesversorgung, dass aus den meisten Praxen keine ausreichenden Altersrückstellungen mehr zu erwirtschaften sind. Sechzig Wochenstunden unter dem Strich für einen Nettostundenlohn nicht über dem unserer Medizinischen Fachangestellten, ständige Regressbedrohung und Strukturen, die teilweise die

klassischen Mobbing-Kriterien erfüllen – da braucht es schon sehr viel Freude an der Tätigkeit, um sich dieser Selbstaussbeutung zu unterziehen.

Schaffen wir anstelle dümmlicher Kampagnen Strukturen, die eine Niederlassung in unserem wunderbaren Beruf attraktiv machen und den jungen Kolleginnen und Kollegen eine Perspektive geben!

*Dr. Christian Sanden
München*

„Neue Teams am Start: Die Reform der Bereitschaftsdienstordnung und ihre Auswirkung in der Praxis“

KVB FORUM 6/2014



Kein Jubelheft sollte es nach Bekunden des KVB-Vorstands werden, trotzdem wurde geschönt, weggelassen, wichtige Kernpunkte, die viele Ärzte in große Gewissensnöte bringen, erst gar nicht erwähnt. Die Brisanz der neuen Bereitschaftsdienstordnung wurde verschwiegen. Weggelassen wurde in den Berichten, dass ab April 2015 Ärzte gezwungen werden, im Bereitschaftsdienst tätig zu werden, die ausdrücklich sagen, dass sie aufgrund ihres medizinischen Werdegangs und ihrer Spezialisierung die notwendigen Kenntnisse nicht (mehr) besitzen für diese anspruchsvolle medizinische Tätig-

keit. Mittlerweile haben manche Kollegen bereits die Ablehnung ihres Antrags auf Befreiung vom Bereitschaftsdienst erhalten, wodurch deutlich wurde, dass die zuständigen Standesvertreter diese Begründung nicht anerkennen. Wie Letztere dies mit ihrem eigenen ärztlichen Gewissen, mit ihrer Verantwortung für kranke Menschen vereinbaren, ist mir schleierhaft. Manche ärztliche Kollegen erwägen, ihre Kassenzulassung zurückzugeben, um keine Menschenleben zu gefährden. Muss wirklich erst Schlimmes passieren, bevor die KV umdenkt und andere Lösungswege sucht, als kranke Menschen einer insuffizienten Scheinversorgung auszusetzen und Ärzte zu zwingen, ihren hippokratischen Eid zu brechen?

*Ruth Habberger-Herrmann
Dettelbach*

„Diabetes bewegt uns“

KVB FORUM 5/2014, Seite 6



Zwei wesentliche Ursachen für die Volkskrankheit Diabetes mellitus Typ 2 wurden in dem Artikel nicht erwähnt: Die Vererbung und Diabetes als Nebenwirkung von Beta-blockern, die ja inzwischen nahezu jeder ältere Mensch hierzulande verordnet bekommt.

*Dr. Klaus Pillhatsch
Regensburg*

WIE LANGE DAUERT EINE PSYCHOTHE- RAPIE?

Psychotherapeuten behandeln ihre Patienten so lange wie notwendig. Rund 70 Prozent der Patienten erhalten eine Kurzzeittherapie von höchstens 25 Stunden. Nur etwa 30 Prozent der Patienten erhalten überhaupt noch eine sogenannte Langzeittherapie von mehr als 25 Stunden. Dies ergab eine Auswertung der Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur psychotherapeutischen Versorgung. Demnach werden bei der Mehrzahl der Kurz- und Langzeittherapien das von den Krankenkassen bewilligte Behandlungskontingent nicht ausgeschöpft und die Behandlungen oft bedarfsabhängig schon früher beendet. Die KBV hatte hierfür die Abrechnungsdaten von knapp 400.000 Patienten aller 17 Kassenärztlichen Vereinigungen analysiert, die zwischen 2009 und 2012 in psychotherapeutischer Behandlung waren.

„Die KBV-Analyse bestätigt unsere Einschätzung, dass Psychotherapeuten nur so lange behandeln, wie es je nach Patient und dessen Erkrankung notwendig ist. Es ist jedoch zu prüfen, inwieweit die Kürze der Therapien ein problematisches Ergebnis der psychotherapeutischen Unterversorgung ist“, so Professor Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer. Die Forderung der Krankenkassen, eine psychotherapeutische Behandlung noch weiter zu verkürzen, würde diese Behandlungsrealität nicht berücksichtigten, erklärt Richter. Im Gegenteil: Psychotherapeuten benötigten mehr Freiräume bei der Planung von Therapie-dauer und Therapieintensität.

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:

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Seite 36), [iStockphoto.com/Jan-Otto](https://www.iStockphoto.com/Jan-Otto) (Titelseite), [iStockphoto.com/Naypong](https://www.iStockphoto.com/Naypong) (Seite 2), [iStockphoto.com/jorgeantonio](https://www.iStockphoto.com/jorgeantonio) (Seite 4), [iStockphoto.com/AlexRaths](https://www.iStockphoto.com/AlexRaths) (Seite 4), [iStockphoto.com/monkeybusinessimages](https://www.iStockphoto.com/monkeybusinessimages) (Seite 4), [iStockphoto.com/idrutu](https://www.iStockphoto.com/idrutu) (Seite 5), [iStockphoto.com/alexsokolov](https://www.iStockphoto.com/alexsokolov) (Seite 5), [iStockphoto.com/windcatcher](https://www.iStockphoto.com/windcatcher) (Seite 6), [iStockphoto.com/AlexRaths](https://www.iStockphoto.com/AlexRaths) (Seite 8), [iStockphoto.com/filmfoto](https://www.iStockphoto.com/filmfoto) (Seite 11), [iStockphoto.com/4774344sean](https://www.iStockphoto.com/4774344sean) (Seite 15), [iStockphoto.com/YanLev](https://www.iStockphoto.com/YanLev) (Seite 16), [iStockphoto.com/fotosstorm](https://www.iStockphoto.com/fotosstorm) (Seite 28), [iStockphoto.com/Kameleon007](https://www.iStockphoto.com/Kameleon007) (Seite 32), [iStockphoto.com/bezov](https://www.iStockphoto.com/bezov) (Seite 35), [iStockphoto.com/stokkete](https://www.iStockphoto.com/stokkete) (Seite 36), [iStockphoto.com/ValuaVitaly](https://www.iStockphoto.com/ValuaVitaly) (Seite 36), [iStockphoto.com/BrianAJackson](https://www.iStockphoto.com/BrianAJackson) (Seite 36), [iStockphoto.com/kuschelwulff](https://www.iStockphoto.com/kuschelwulff) (Seite 23), [Privat](https://www.iStockphoto.com/Privat) (Seite 19), 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-SafeNet* und KV-Ident

■ Doctor-to-Doctor (D2D), PVS

Online-Dienste

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41

E-Mail Online-Dienste@kvb.de

■ Mitgliederportal, KVB-Postfach, Editor

■ Online-Einreichungen und eDoku

Zugangsdaten

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 60

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 61

E-Mail Benutzerkennung@kvb.de

■ KVB-Benutzerkennung und PIN

■ Bearbeitungsstand KV-Ident Karte

KVB-Seminare

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

E-Mail Seminarberatung@kvb.de

■ Fragen zur Anmeldung

■ Vermittlung freier Seminarplätze

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

*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 Stigmeier	0 89 / 5 70 93 – 35 39	Denise.Stigmeier@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	Julia Eckert	0 89 / 5 70 93 – 21 58	Julia.Eckert@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	Daniela Bluhm	08 21 / 32 56 – 1 43	Daniela.Bluhm@kvb.de
	Beate Selge	08 21 / 32 56 – 1 41	Beate.Selge@kvb.de
Unterfranken	Annegret Ritzer	09 31 / 3 07 – 5 19	Annegret.Ritzer@kvb.de

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	Dienstaenderung.vbzm@kvb.de	E-Mail	Dienstaenderung.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	Miriam Radtke	0 89 / 5 70 93 – 34 57	Miriam.Radtke@kvb.de
	Ruth Stefan	0 89 / 5 70 93 – 35 67	Ruth.Stefan@kvb.de
	Anneliese Zacher	0 89 / 5 70 93 – 43 30	Anneliese.Zacher@kvb.de
Niederbayern	Anton Altschäffl	0 94 21 / 80 09 – 3 01	Anton.Altshaeffl@kvb.de
	Heidi Holzleitner	0 94 21 / 80 09 – 3 05	Heidi.Holzleitner@kvb.de
	Martin Pöschl	0 94 21 / 80 09 – 3 13	Martin.Poeschl@kvb.de
Oberbayern	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 Roth	09 11 / 9 46 67 – 3 23	Marion.Roth@kvb.de
Michael Sachse	09 11 / 9 46 67 – 2 21	Michael.Sachse@kvb.de
Anke Weber	09 11 / 9 46 67 – 3 22	Anke.Weber@kvb.de



VORSCHAU



BARRIEREN ABBAUEN

Wie Hürden in den Praxen ohne großen Aufwand reduziert werden können



FIT FÜR DIE PRAXIS

Veranstaltungsreihe für Niederlassungswillige in der Region Mainfranken



POLITIKER IM GESPRÄCH

Gesundheitsministerin Melanie Huml will Versorgung auf dem Land stärken



HUNTINGTON

Selbsthilfegruppe in München informiert und baut Berührungspunkte ab