



KLARTEXT

Das Magazin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

September 2014



Einigung ohne Schiedsamt

KBV und GKV-Spitzenverband vereinbaren das Honorar für 2015. Für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten gibt es 800 Millionen Euro mehr.

*Wartezeiten und Termintreue
Eine Debatte nimmt kein Ende*

*Interview mit Dr. Regina Klakow-Franck
„Es geht nicht darum, nur immer mehr Daten zu sammeln.“*

*Zweite Runde der Kampagne gestartet
Im Mittelpunkt: Der medizinische Nachwuchs*

STANDPUNKT

Man kann die junge Generation auch mit Absicht vergraulen: Wo alle Welt über den drohenden Arztmangel auf dem Land spricht, werfen die Krankenkassen ihren bizarren Vorschlag einer Zulassung auf Zeit in den Ring. Mit solchen Ideen gewinnt man den Nachwuchs sicher nicht für die Niederlassung. Ein junger Arzt will seine Praxis betriebswirtschaftlich kalkulieren, das geht kaum mit einem so begrenzten Zeithorizont. Die Kampagne der KBV zur Niederlassung ist da ein viel besserer Ansatz. Denn wie eine Umfrage unter Studierenden zeigt, ist das Image eines Hausarztes bei ihnen nicht besonders groß. Da tut mehr Aufklärung not, denn das Klischee des schlechtverdienenden Einzelkämpfers ist längst obsolet. *Sten Beneke*

IMPRESSUM

KBV KLARTEXT

Das Magazin der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Herausgeber:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dr. Andreas Gassen
(Vorstandsvorsitzender der KBV, V.i.S.d.P.)

Redaktion:

Redaktion: Meike Ackermann, Sten Beneke,
Alexandra Bukowski, Marscha Edmonds, Lisa
Große

Redaktionsbeirat:

Dr. Roland Stahl

Satz:

rheinschrift Christel Morische, Bad Herrenalb

Druck:

Druckerei Humburg, Zimbelstr. 26, 13127 Berlin

Erscheinungsweise:

vierteljährlich

Redaktionsanschrift:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Redaktion KLARTEXT
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
E-Mail: redaktion@kbv.de
Tel. 030 4005-2210
Fax 030 4005-2290

INHALT

Titelthema

Honorarverhandlungen für 2015 abgeschlossen Seite 4

Politik

Zweite Welle der Kampagne gestartet Seite 6

X-Ray – die Vorstandskolumne Seite 7

Versichertenbefragung: Lange Wartezeiten eher die Ausnahme Seite 8

Themen in Brüssel: Die Ausschüsse formieren sich neu Seite 16

Versorgung

Termintreue: Das sagen Ärzte und Psychotherapeuten Seite 9

Niederlassungsförderung: Stiftung begeht Fünfjähriges Seite 10

Neues Qualitätsinstitut auf den Weg gebracht Seite 12

Interviews

Im Gespräch mit ... Dr. Regina Klakow-Franck Seite 14

Zehn Fragen an ... Dr. Bernhard Rochell Seite 19

Service

Angeklickt und aufgeblättert Seite 18

Meldungen

Bundesnachrichten Seite 11

Aus den Kassenärztlichen Vereinigungen Seite 17

KBV KLARTEXT ist kostenfrei zu abonnieren unter www.kbv.de.

Mehr Honorar

Bildgewaltig begannen im August die Honorarverhandlungen der KBV mit der gesetzlichen Krankenversicherung: Eine als Triptychon aufgebaute Plakatwand empfing die Verhandlungsführer mit den Worten „Das Geld gehört dahin, wo es wehtut“. Die Gespräche waren zäh, aber sachlich. Am Ende konnte die Anrufung des Schiedsamtes vermieden werden. Das Ergebnis

ist ein Honorarplus von circa 800 Millionen Euro für 2015 und die Vereinbarung, bei der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs 2016 die Anpassung des kalkulatorischen Arztgehalts zu besprechen. „Wir begrüßen, dass wir als Selbstverwaltung eine gemeinsame Lösung gefunden haben“, sagte KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen. **ab Seite 4**



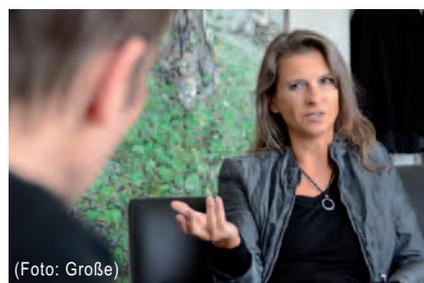
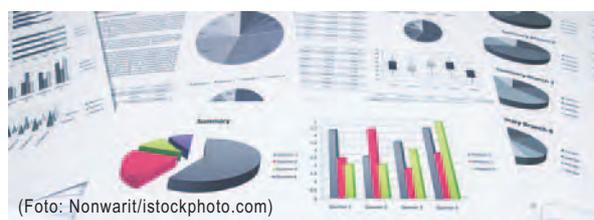
Wartezeiten sind eher die Ausnahme

Zum siebten Mal hat die KBV ihre große Versichertenbefragung durchführen lassen. Die Ergebnisse zum Thema Wartezeiten sind überraschend positiv: Unter anderem geht aus ihnen hervor, dass es neun von zehn befragten Versicherten nicht zu lange gedauert hat, bis sie einen Termin bekamen.

Wartezeiten von länger als drei Wochen sind eindeutig die Ausnahme. Generell ist die Zufriedenheit mit den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten laut Befragung nach wie vor hoch. Die viel diskutierten Terminservicestellen finden allerdings zwei Drittel der Befragten gut. **ab Seite 8**

Neues Qualitätsinstitut errichtet

Die Politik hat in diesem Fall schnell gehandelt: Innerhalb eines halben Jahres stellte sie die Weichen für das neue Qualitätsinstitut, das die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nun errichtet haben. Es wird seinen Sitz in Berlin haben und soll die Aufgaben übernehmen, die bisher das AQUA-Institut für den G-BA erledigt hat. **ab Seite 12**



Klakow-Franck: „Qualitätsentwicklung ist wichtig.“

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung erscheinen vielleicht als etwas sperrige Begriffe. Sie haben aber einen klaren Praxisbezug. „Kliniken und Praxen sind an einem fairen Vergleich durch Qualitätssicherung interessiert“, erläutert die unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Dr. Regina Klakow-Franck, im Interview. Man müsse Daten erheben, aber man müsse sie sparsam erheben. Die Qualitätssicherung mache nur Sinn, wenn sie direkt mit der Praxis zurückgekoppelt werde. **ab Seite 14**

Honorarverhandlung

Einigung für 2015 unter Dach und Fach

Es waren wieder intensive Verhandlungen, die um das Honorar für die 150.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten geführt wurden. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich dann aber doch schnell geeinigt: Es gibt für das kommende Jahr ein Honorarplus von 800 Millionen Euro. Sten Beneke gibt einen Überblick.

Zunächst die konkreten Fakten: Der Orientierungswert wird um 1,4 Prozent auf 10,2718 Cent angehoben, was einem Plus von 462 Millionen Euro entspricht. Ein zusätzliches Honorarvolumen wird in Höhe von 264 Millionen Euro zur Verfügung gestellt – je 132 Millionen für die Fach- und die Hausärzte. Schließlich kommen noch einmal circa 100 Millionen Euro durch die Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hinzu. In einer Protokollnotiz ist festgehalten, dass die Anpassung des kalkulatorischen Arztgehaltes für die kommende EBM-Reform geprüft wird, die zum 1. Januar 2016 in Kraft treten soll. Dabei wird gleichzeitig geprüft, ob die Anpassung Auswirkungen auf die bisher vereinbarte Ausgabenneutralität der EBM-Reform hat.

Für die Fachärzte werden die 132 Millionen Euro für einen Zuschlag zur Pauschale Fachärztliche Grundversorgung (PFG) verwendet, der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt wird. Außerdem erhalten künftig auch Internisten mit Schwerpunkt die Möglichkeit, die PFG abzurechnen. Bei den Hausärzten fließen die 132 Millionen in die Förderung von Hausbesuchsleistungen von nicht-ärztlichen Praxisangestellten sowie von Strukturmaßnahmen zur Ausweitung solcher Delegation ärztlicher Leistungen – auch dies wird extrabudgetär vergütet.

Große Plakataktion

Bildgewaltig war der erste Auftritt von Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, und seiner Vorstandskollegin Dipl.-Med. Regina Feldmann zum Beginn der Honorarverhandlungen. Für drei Tage hatte die KBV eine große Plakatwand in



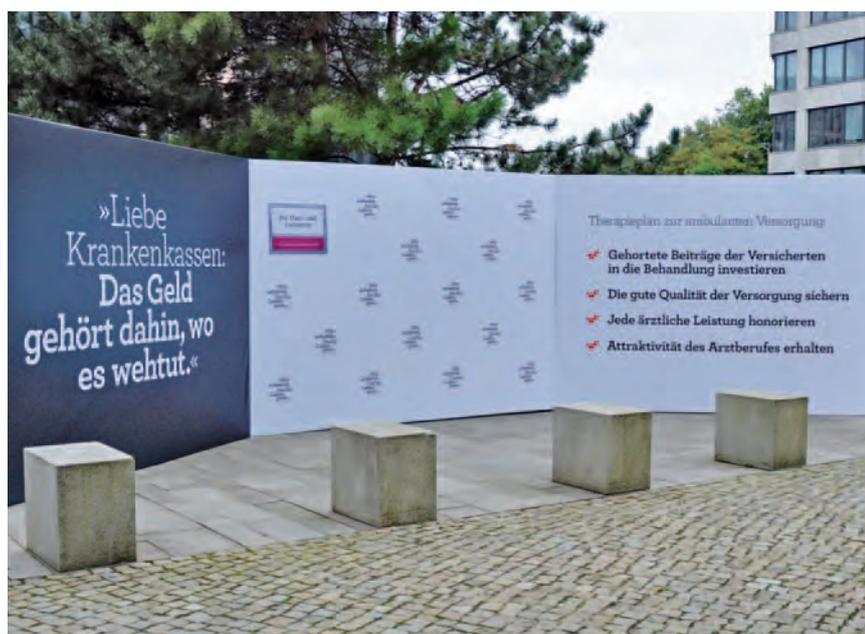
Dr. Andreas Gassen und Dipl.-Med. Regina Feldmann vor der Plakatwand zu den Verhandlungen. (Fotos: Bukowski)

Form eines Triptychons vor dem Eingang zu den Verhandlungsräumen aufgebaut. Der Slogan darauf, der den Verhandlungsführern des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entgegenprangte, war eindeutig: „Liebe Krankenkassen: Das Geld gehört dahin, wo es wehtut.“ Schon am ersten Verhandlungstag war klar, dass die Positionen der beiden Verhandlungspartner weit auseinander liegen. Die KBV hatte die Finanzierungslücke von fünf Milliarden Euro thematisiert, die Krankenkassen stellten ihrerseits dar, dass sie ein Potenzial an Wirtschaftlichkeitsreserven in der vertragsärztlichen Versorgung sehen. „Zuerst ist es uns wichtig, dass die Kassen überhaupt anerkennen, wo diese Finanzierungslücke herkommt und dass sie abgebaut werden muss“, erklärte KBV-Chef Gassen vor den Verhandlungen. Dass die fünf Milliarden Euro, die die KBV aus den ungenügenden Anpassungen des kalkulatorischen Arztge-

haltes und den im Budget nicht honorierten Leistungen errechnet hatte, nicht sofort bereitgestellt würden, sei Gassen klar gewesen. Doch die Verhandlungen hätten auf jeden Fall Ergebnisse bringen müssen, die in diese Richtung weisen. Er sei mit den Erwartungen in die Gespräche gegangen, dass sich zwei Verhandlungspartner an den Tisch setzen und versuchen, gemeinsam eine Lösung für ein bestehendes Problem zu finden. Auch Vorstandskollegin Dipl.-Med. Regina Feldmann sah das so: „Gerade im Rahmen dieser Honorarverhandlung und der damit verbundenen EBM-Veränderung darf die dringend notwendige strukturelle Unterstützung der hausärztlichen Praxen zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung nicht vernachlässigt werden.“

Entscheidung ohne Schiedsamt

Schließlich waren die Verhandlungen dann doch so konstruktiv, dass auf



Die Botschaft an die Krankenkassen ist eindeutig.

das Anrufen des Schiedsamtes verzichtet werden konnte. „Wir haben einen Schritt in die richtige Richtung gemacht und werden diesen Weg bei den nächsten Honorarverhandlungen fortsetzen“, bewertete Gassen das Ergebnis.

Feste und kostendeckende Preise

Eine langfristige Forderung der KBV bleibt weiterhin die Ausbudgetierung von Leistungen aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und damit die schrittweise Einführung von festen und kostendeckenden Preisen. Die Argumentation dafür ist, dass ein prinzipiell unbegrenzter Leistungsanspruch der Versicherten bei den engen Grenzen des Budgets nicht aufrechterhalten werden kann. Gassen formulierte die Konsequenz auf einer Pressekonzferenz so: „Einem begrenzten Budget kann eben auch nur eine begrenzte Leistungsmenge gegenüberstehen.“

Ebenfalls eine längerfristige Baustelle ist die Anpassung des kalkulatorischen Arztlohnes (siehe Infobox). Daher werden die Beschlüsse zur Honorarvereinbarung die erwähnte Protokollnotiz enthalten. Aufgrund der Verwendung dieses Parameters des Standardbewertungssystems für ärztliche Leistungen bei der Ermittlung der An-

passungsrate für den Orientierungswert, hat die KBV den derzeitigen Wert problematisiert. Entscheidend dabei ist, dass auch geprüft wird, ob die bisher vereinbarte Ausgabenneutralität in diesem Punkt aufgeweicht werden kann.

Verah und Co. gefördert

Für den hausärztlichen Bereich sind die extrabudgetär vergüteten Zuschläge für den Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen ein wichtiger Erfolg. „Diese besonders qualifizierten Mitarbeiterinnen können nun, völlig unabhängig, ob es sich um unterversorgte oder nicht unterversorgte Gebiete handelt, überall eingesetzt werden, wo es die Praxisstruktur erfordert. Das heißt in Praxen mit ho-

hen Fallzahlen, mit hohen Chronikeranteilen. Dort wird die Tätigkeit dieser qualifizierten medizinischen Fachangestellten dringend benötigt“, betonte KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann.

Weiterentwicklung der MGV

Die genannten Bestandteile der Honorarvereinbarung wurden vom Bewertungsausschuss als Eckpunkte vereinbart, die nunmehr bis zum 24. September 2014 in Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu überführen sind. Außerdem hat der Bewertungsausschuss seine Empfehlungen für die Werte der morbiditäts- und demografiebezogenen Veränderungsrate zur Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bereits beschlossen. Mit Ausnahme der diagnosebezogenen Veränderungsrate für den KV-Bezirk Baden-Württemberg, die aufgrund einer Datenkorrektur erst bis zum 30. September 2014 beschlossen wird, wurden die Werte entsprechend festgelegt. Aus diesen Raten ergibt sich im Bundesdurchschnitt ein Wert von 0,3 Prozent für die Demografierate und 0,5 Prozent für die diagnosebezogene Rate. Diese stellen die Grundlage für die anschließenden Honorarverhandlungen auf Landesebene dar. Ohne die Verhandlungsergebnisse der Landesebene vorweg nehmen zu können, dürfen in diesem Bereich zusätzlich circa 100 Millionen Euro für die vertragsärztliche Versorgung zur Behandlung der gestiegenen Krankheitslast der Bevölkerung erwartet werden.

Kalkulatorisches Arztgehalt

Ein Arzt in der Niederlassung soll in etwa die gleichen Einkommensmöglichkeiten haben wie der Oberarzt einer Klinik. Derzeit geht der Bewertungsausschuss für das kalkulatorische Arztgehalt von einem Wert in Höhe von 105.572 Euro bei einer Wochenarbeitszeit von 51 Stunden aus. Er wird für die Bewertung der reinen ärztlichen Tätigkeit im Standardbewertungssystem eingestellt.

Nun haben die Klinikärzte in den vergangenen Jahren einige deutliche Gehaltszuwächse verzeichnen können. Würde man diese Zuwächse bei der Ermittlung des kalkulatorischen Arztlohnes berücksichtigen, erzielte man einen Wert von 133.000 Euro. Diese Niveaueinstellung des kalkulatorischen Arztlohns könnte dann bezahlt werden, wenn die Gesamtvergütung um gut 3 Milliarden Euro pro Jahr erhöht werden würde.

Kampagne

Perspektive Niederlassung

Im Herbst startet eine neue Plakatschaltung der Nachwuchskampagne „Lass dich nieder“ von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie liefert Informationen über den Weg in die Niederlassung. Neben einer Famulaturbörse auf www.lass-dich-nieder.de wird es auch einen Tag des medizinischen Nachwuchses in Berlin geben. Alexandra Bukowski berichtet.

Nach dem Start von „Lass dich nieder“ Mitte Mai nimmt die Nachwuchskampagne von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) immer mehr Fahrt auf. Mit Slogans wie „Deutschland guckt den Landarzt. Ich werde einer“ werben echte Medizinstudierende als Kampagnengesichter für mehr Niederlassungen. Zu sehen sind sie auf den Campi der medizinischen Fakultäten von bundesweit 37 Universitäten. Plakate und Boten kommen bei den jungen Leuten gut an: 52 Prozent der befragten Medizinstudierenden sind die Kommilitonen auf den Großplakatflächen und Litfaßsäulen bereits aufgefallen. Zu diesem Ergebnis kam eine von der KBV in Auftrag gegebene Umfrage der Meinungsforschungsinstitute forsa und comX.

Informieren und beraten

Als Kampagne in der Kampagne und damit eingebettet in die Hauptkampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ spricht die Nachwuchskampagne unter dem Motto „Lass dich nieder“ Medizinstudierende in höheren Fachsemestern und Weiterbildungsassistenten an. Sie sollen motiviert werden, sich nach dem Studium als Haus- oder Facharzt niederzulassen. Oft scheuen junge Ärzte den hohen bürokratischen Aufwand und die finanziellen Risiken einer Praxisgründung. Im Studium gibt es für sie zu wenige Informationen über den Weg in die Niederlassung. Deshalb wird die KBV gemeinsam mit den KVen das Serviceangebot auf dem Informationsportal www.lass-dich-nieder.de im Internet stetig mit neuen Beiträgen und Filmen zum Thema Niederlassung und Weiterbildung erweitern. Um Studierende auch in ihrem Alltag auf das Angebot der



Plakat der Nachwuchskampagne

Kampagne aufmerksam zu machen, startet eine zweite Plakatwelle von „Lass dich nieder“ pünktlich zum Beginn des Wintersemesters 2014/15. Auf den Plakaten werben Medizinstudierende mit neuen Slogans. Eines der Kampagnengesichter ist Anna Kapis. Ihr Statement ist: „Morgens Doktor. Abends Spiele“. Der rothaarigen jungen Frau geht es wie vielen ihrer Kommilitonen. Sie wünschen sich neben dem Beruf mehr Zeit für Privat- und Familienleben. Die Niederlassung bringt hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf einige Vorteile mit sich. Über 90 Prozent der niedergelassenen Haus- und Fachärzte macht ihre Arbeit Spaß. Zu diesem Ergebnis kommt der diesjährige Ärztemonitor, eine Befragung von KBV und NAV-Virchow-Bund. Diese Freude am Beruf soll den Medizinstudierenden bereits frühzeitig im Studium vermittelt werden. Um ihre Aufmerksamkeit zu gewinnen, verteilen Promoter an

36 Hochschulstandorten im Rahmen der Nachwuchskampagne Stoffbeutel und Rucksäcke befüllt mit Informationsmaterial zum Thema Niederlassung an die jungen Mediziner.

Campustag

Zudem wenden sich die KVen und die KBV direkt auf dem Campusgelände an die Nachwuchsmediziner. Mit einem Veranstaltungstag am 4. November auf dem Campus der Charité in Berlin-Mitte können die Studierenden direkt Kontakt zu ihrer KV und zu jungen Niedergelassen knüpfen. Diese berichten von ihren Erfahrungen und geben den Studierenden Tipps.

Famulaturbörse startet

Konkrete Hilfestellung bei der Suche nach einer Famulatur stellt das Herzstück der Kampagne, die Informationsseite www.lass-dich-nieder.de, bereit. Ab Ende Oktober wird es auf dem Portal eine Famulaturbörse geben. Ärzte haben dort die Möglichkeit, Famulaturen online anzubieten, und Studierende können überregional nach einer passenden Famulatur suchen.

Auch für Famulatur-„Anbieter“ gibt es im Rahmen der Hauptkampagne neue Angebote. Im September erhalten alle Praxen per Post wieder ein Infopaket. Darin enthalten sind unter anderem ein Patientenflyer zum Thema Qualität in der ambulanten Versorgung und ein neues Wartezimmerplakat. Auch das Internetportal der Hauptkampagne www.ihre-aerzte.de wird monatlich mit weiteren thematischen Beiträgen ergänzt.

→ weitere Informationen

www.lass-dich-nieder.de

X-RAY – der Durchblick von Dipl.-Med. Regine Feldmann

Patienten haben Vertrauen zu ihrem Arzt

Welche Rolle Wartezeiten für Patienten spielen, hat die KBV mit einer Versichertenbefragung evaluiert. Diese zeigt deutlich, dass es viel weniger Probleme gibt, als medial häufig dargestellt wird. Wo es noch Verbesserungspotenzial gibt und was die KBV unternimmt, erklärt KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regine Feldmann.

serungspotenzial. Um die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz weiter zu verkürzen, wurde eine Reform der Bedarfsplanung zum Beginn des Jahres 2013 umgesetzt. Es entstanden dadurch 1.300 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten vor allem im ländlichen Raum. Davon sind bisher nur noch 500 unbesetzt. Zudem haben wir der Politik ein eigenes konzipiertes Vier-Stufen-Modell vorgeschlagen, um Versicherten mit seelischen Problemen schnell und bedarfsorientiert zu helfen.

Im ersten Schritt sollen zunächst spezielle Sprechstunden bei einer ersten Befunderhebung helfen. Für weitere mögliche Maßnahmen kann der Patient außerdem eine individuelle Beratung in Anspruch nehmen.

Die zweite Stufe des Modells sieht eine frühzeitige diagnostische Abklärung vor mit einer anschließenden Empfehlung, ob eine Weiterbehandlung nötig ist oder nicht. Gegebenenfalls schließen sich die heute schon üblichen probatorischen Sitzungen an. Durch sie lässt sich klären, welche Therapie beantragt werden soll.

Als dritte Stufe sehen wir Möglichkeiten zur Akutversorgung vor, um Menschen in Krisen schnell helfen zu können. Außerdem wollen wir themenbezogene Gruppentherapien fördern. Die vierte Stufe sieht für chronisch Kranke psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten zur Rezidivprophylaxe vor, um dem Wiederauftreten der Erkrankung vorzubeugen. Derzeit arbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) an einer Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Ziel ist unter anderem die Entbü-

rokratisierung von Antrags- und Gutachterverfahren. Diese sollen vereinfacht werden, um zusätzliche zeitliche Kapazitäten für die Behandlung von Patienten zu schaffen. Wir haben mehrere Änderungsvorschläge in den G-BA eingebracht. Dabei soll auch die Bewilligung von Langzeittherapien entbürokratisiert werden.

Ein weiteres Thema der Versichertenbefragung in diesem Jahr waren die pflegenden Angehörigen. Das Ergebnis: Rund jeder sechste Erwachsene in Deutschland ist mit der Pflege von Angehörigen konfrontiert. Bei der Pflege eines Familienmitglieds stoßen die Angehörigen oftmals nicht nur an ihre körperlichen, sondern vor allem an ihre seelischen Grenzen. 70 Prozent der pflegenden Angehörigen geben das an. Gefährlich für die Pflegenden ist, dass viele von ihnen ihre eigenen Bedürfnisse häufig ignorieren. Nur die Hälfte von ihnen spricht mit dem Hausarzt über die persönlichen Belastungen durch die Pflege. Um den pflegenden Angehörigen besser unter die Arme greifen zu können, haben wir vor kurzem mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin sowie dem Angehörigenverband wir pflegen e. V. eine gemeinsam entwickelte Rahmenvereinbarung vorgestellt, die helfen soll, pflegende Angehörige zu entlasten. Dabei prüft der Hausarzt oder ein mit der häuslichen Situation vertrauter Facharzt anhand einer Checkliste gemeinsam mit dem Betroffenen, ob ein gesundheitliches Risiko durch die Pflgetätigkeit besteht. Nun liegt es an den Krankenkassen, dieses aufzugreifen und den Versicherten anzubieten.

Seit der Erhebung der ersten Versichertenbefragung im Jahr 2006 haben die Patienten den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt. Die Zufriedenheitswerte sind seit Jahren hoch. Allein in diesem Jahr haben 92 Prozent der Befragten angegeben, zu ihrem zuletzt besuchten Arzt ein gutes oder sehr gutes Vertrauensverhältnis zu haben. Diese Zahlen belegen eindrucksvoll, welche gute Arbeit die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen leisten und wie enorm sie sich für ihre Patienten einsetzen. Ebenfalls positiv ist, dass die Patienten die Wirksamkeit der Psychotherapie als hoch einstufen. 71 Prozent der befragten Versicherten, die in den vergangenen drei Jahren eine Therapie gemacht haben, sagen, dass diese hilfreich war. Die Wartezeiten auf einen Termin bei einem Psychotherapeuten sind unserer Befragung nach nicht so gravierend, wie oftmals in der veröffentlichten Diskussion dargestellt. Ein Viertel aller Betroffenen hat auf das Erstgespräch beim Therapeuten immerhin weniger als eine Woche gewartet. 39 Prozent mussten sich bis zu einem Monat gedulden. 32 Prozent warteten bis zu drei Monaten oder länger.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Psychotherapie ist die Wartezeit auf den tatsächlichen Therapiebeginn. 49 Prozent mussten bis zu einer Woche warten. Trotz der teils guten Werte, gibt es natürlich auch hier Verbes-

Versichertenbefragung

Lange Wartezeiten eher Ausnahme als Regel

Das Thema Wartezeiten steht auf der politischen Agenda von CDU/CSU und SPD. Welche Rolle Wartezeiten für Patienten aber wirklich spielen, hat die KBV in ihrer siebten Versichertenbefragung erforscht. Über die Ergebnisse berichtet Marscha Edmonds.

Medial wurde das Thema Wartezeiten in den vergangenen Monaten häufig aufgegriffen. Wie wichtig es jedoch wirklich für die Betroffenen ist, hat die KBV in ihrer siebten Versichertenbefragung evaluiert. Daraus ging unter anderem hervor, dass es neun von zehn befragten Versicherten nicht zu lange gedauert hat, bis sie einen Termin bekamen. „Die Zufriedenheit der Patienten mit den Wartezeiten hängt vermutlich auch damit zusammen, dass 87 Prozent der Befragten einen Termin beim Arzt oder Psychotherapeuten bereits innerhalb von drei Wochen bekommen haben“, erklärt Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV.

3 Wochen Wartezeit: Ausnahme

Diesem Ergebnis gegenüber stehen die Pläne der Bundesregierung. CDU/CSU und SPD haben im gesundheitspolitischen Teil des Koalitionsvertrages festgehalten, dass Wartezeiten auf einen Arzttermin deutlich reduziert werden sollen. Der Plan ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Terminservicestellen einrichten und Patienten innerhalb von vier Wochen einen Termin vermitteln. Dauert es länger, sollen die KV-Mitarbeiter in medizinisch begründeten Fällen für den Patienten einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus vereinbaren. Die Behandlungskosten gehen in diesem Fall zu Lasten des KV-Budgets. Dieser Vorschlag stieß seitens der Ärzteschaft auf wenig Gegenliebe. Sie befürchtet durch die Terminservicestellen mehr Bürokratie in den Arztpraxen. Das fremdbestimmte Terminmanagement der Ärzte widerspricht zudem der Freiberuflichkeit von Vertragsärzten und -psychotherapeuten. Längere Wartezeiten von mehr als



Bei der Vorstellung der Ergebnisse der Versichertenbefragung rückte das Thema Wartezeiten in den Fokus. (Foto: Bukowski)

drei Wochen seien eher die Ausnahme als die Regel und kämen beim Facharzt häufiger vor als beim Hausarzt, erläutert Gassen. Während 95 Prozent der Versicherten innerhalb von drei Wochen einen Termin beim Hausarzt bekommen haben, waren es bei den Fachärzten 74 Prozent. Von den Befragten haben zwei Drittel jedoch einen Facharzt ohne eine Überweisung aufgesucht. „Durch einen solchen ungesteuerten Zugang zu Ärzten und Psychotherapeuten kann es terminlich schon mal zu Engpässen kommen“, sagt Gassen. „Wir müssen bei einem begrenzten Budget und einem unbegrenzten Arztzugang über das Thema Steuerung von Patientenströmen sprechen. Die Praxisgebühr hat diesen Zweck nicht erfüllt. Auch die geplanten Terminservicestellen werden nicht wirklich helfen. Sie bekämpfen allenfalls ein Symptom, aber nicht die Ursachen.“

Verschärft werden terminliche Auslastungen außerdem dadurch, dass Patienten Termine kurzfristig absagen

oder ohne Absage nicht wahrnehmen. In der Versichertenbefragung der KBV lag dieser Anteil bei 23 Prozent. Als Gründe der Terminabsage gaben 69 Prozent an, aus beruflichen, privaten oder sonstigen Gründen keine Zeit für den Termin gehabt zu haben. Gesundheitsbedingt konnte rund jeder Fünfte einen Termin nicht wahrnehmen. Acht Prozent derer, die einen Termin nicht eingehalten haben, gaben zu, den Termin vergessen zu haben.

Mehr Psychotherapeutenplätze

Die Nachfrage nach Psychotherapieplätzen steigt stetig an. Wie sich das auf die Wartezeit beim Psychotherapeuten auswirkt, wollte die KBV mit der Versichertenbefragung ebenfalls herausfinden. Auf das Erstgespräch beim Therapeuten hat ein Viertel der Betroffenen weniger als eine Woche gewartet. 39 Prozent haben bis zu einem Monat gewartet. 32 Prozent mussten bis zu drei Monaten oder länger warten. Ein Drittel konnte im Anschluss an das Erstgespräch sofort mit

der Therapie anfangen. 45 Prozent mussten bis zu einem Monat warten. „Eine Maßnahme, um die Wartezeiten zu verkürzen, wurde bereits mit der Reform der Bedarfsplanung zum Beginn des Jahres 2013 umgesetzt. Von den neu entstandenen 1.300 zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten sind nur noch 500 nicht besetzt“, berichtet Dipl.-Med. Regina Feldmann, Vorstand der KBV. Erfreulich sei, dass die Patienten der Psychotherapie eine hohe Wirksamkeit bescheinigen, so Feldmann. 71 Prozent der Befragten, die in den vergangenen drei Jahren eine

Therapie gemacht haben, sagen, sie habe ihnen geholfen.

Zufriedenheit nach wie vor hoch

Die Zufriedenheit mit den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten insgesamt ist laut der siebten Versichertenbefragung der KBV nach wie vor hoch. 92 Prozent der Befragten beschreiben das Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt als gut oder sehr gut. Seine Fachkompetenz bewerten ebenfalls 92 Prozent als gut oder sehr gut. Diese Werte haben sich seit der ersten Befragung im Jahr 2006 kaum verändert. „Dabei ist wichtig, dass wir

nicht nach einer allgemeinen Einschätzung gefragt haben, sondern konkret nach dem zuletzt besuchten Arzt. Es handelt sich also nicht um eine diffus irgendwie ‚gefühlte‘ Lage, sondern um persönliche Erfahrungen“, erläutert Gassen die Zahlen.

6.087 Versicherte hat die Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV vom 22. April bis zum 20. Mai befragt. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Deutsch sprechende Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren.

Termintreue

Verantwortung tragen Ärzte und Patienten gemeinsam

Nachdem das Thema Wartezeiten medial und von der Politik vermehrt aufgegriffen wurde, hat die KBV nicht nur die Versicherten zu dem Thema befragt, sondern wollte auch von den Ärzten und Psychotherapeuten wissen, wie termintreu ihre Patienten sind. Sten Beneke berichtet.

Laut der repräsentativen Studie des infas-Instituts schätzt ein gutes Viertel der Praxen die fehlende oder sehr kurzfristige Absage von Patienten als ein Problem ein, das in den vergangenen Jahren zugenommen hat. Insgesamt sind es etwa 7 Prozent der Termine, die von den Patienten nicht wahrgenommen wurden.

Dies zeigen die Angaben, die im Juli und August 2014 bei etwa 1.000 Praxen per Telefon abgefragt und Anfang September veröffentlicht wurden. Auf die Frage, wie viele der eingeplanten Termine an einem durchschnittlichen Tag kurzfristig abgesagt werden, geben 81 Prozent der Praxen an, dass sich die Zahl der Absagen zwischen einem und 10 Prozent der Patienten bewege. Ein ähnlicher Wert ist bei den Terminen zu finden, die ohne Absage nicht wahrgenommen wurden: 74 Prozent der Praxen gaben an, dass dies zwischen 1 und 10 Prozent der Fall ist. Allerdings geben auch 36 Prozent der Praxen an, dass die Nichteinhaltung von Terminen insgesamt zunimmt. Vor zwei Jahren sagten dies noch 27 Prozent.



(Foto: monkeybusinessimages/istockphoto.com)

Die meisten Patienten sagen ihre Arzttermine rechtzeitig ab.

Werden die Umfrageergebnisse im Licht der Debatte um eine Termingarantie bei Fachärzten gesehen, kann der Eindruck entstehen, dass mit zweierlei Maß gemessen werde. „Wenn es um schnelle Termine in den Praxen geht, tragen sowohl die niedergelassenen Ärzte als auch die Patienten gleichermaßen Verantwortung. Die nieder-

gelassenen Kolleginnen und Kollegen setzen ein zuverlässiges Terminmanagement ein. Sie müssen sich aber auf die Termintreue ihrer Patienten verlassen. Es kann immer mal vorkommen, dass ein Patient einen Termin absagen muss. Dafür kann es gute Gründe geben. Aber wenn der Arzt dies nicht rechtzeitig erfährt, so ist die beste Terminplanung obsolet. Eine Gesetzesvorlage, die nur Ärzte weiter in die Pflicht nehmen will, ist nicht nur aus diesem Grund unangemessen“, beschreibt Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, das Phänomen. Die infas-Befragung zeigt aber auch, dass die Praxen mit kurzfristigen Terminabsagen konstruktiv umgehen. 92 Prozent der Praxen vergeben die freigegebenen Behandlungszeiten sofort an Patienten, die einen kurzfristigen Termin benötigen. 77 Prozent ziehen Patienten vor, die bereits im Wartezimmer sitzen. 79 Prozent der Praxen allerdings machen bei Nichterscheinen des Patienten oder einer sehr kurzfristigen Absage einen Vermerk in der Patientenakte. Nur wenige Praxen planen Absagen von vornherein ein.

Niederlassungsförderung

Stiftungsarbeit trägt Früchte

Die Stiftung Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen feiert dieses Jahr ihr fünfjähriges Bestehen. Dipl.-Med. Regina Feldmann, damals KV-Chefin, war Ideengeberin und brachte das Förderangebot für die Weiterbildung auf den Weg. Heute plant sie eine bundesweite Stiftung. Alexandra Bukowski berichtet.

Der junge Hausarzt und Allgemeinmediziner Dr. Mark Schmidt führt seit 2006 eine Gemeinschaftspraxis in Erfurt. Doch ohne Unterstützung wäre der Weg in die Niederlassung beschwerlicher gewesen. „Wenn ich Knall auf Fall eine Praxis hätte überneh-

men müssen, ohne dass mir jemand hilft, weiß ich nicht, ob ich das gemacht hätte“, sagt der 36-Jährige. Geholfen hat ihm die finanzielle Unterstützung und Beratung durch die Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen. Diese wurde vor fünf Jahren von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Thüringen und von der Landesregierung ins Leben gerufen.

Förderung der Thüringer Stiftung

Jedes Jahr werden Stipendien an künftige Allgemeinmediziner und Augenärzte vergeben. Diese erhalten bis zu 60 Monate eine Förderung in Höhe von 250 Euro. Der Gesamtbetrag kann auch per Einmalzahlung ausbezahlt werden. Nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung verpflichten sich die jungen Ärzte für mindestens vier Jahre eine vertragsärztliche Tätigkeit im Freistaat aufzunehmen. Ein anderes Modell der Förderung stellen die Stiftungspraxen dar, die in ausgewählten Gebieten in Thüringen errichtet werden. Die Stiftung übernimmt Investitionen und stellt sowohl Ärzte als auch medizinisches Fach-



Dipl.-Med. Regina Feldmann, Dr. Mark Schmidt, Dr. Jeanin Brückner und Dr. med. Annette Rommel

(Foto: Bukowski)

personal an. Seit Juli 2014 gilt die finanzielle Förderung auch für Famulaturen und für das Praktische Jahr in einer Niederlassung. Außerdem gibt es einmalig 5.000 Euro für eine Zweigpraxis oder 20.000 Euro für einen vollen Vertragsarztsitz im ländlichen Raum.

Stiftung zeigt Erfolge

„Inzwischen haben wir 111 Stipendiaten in Thüringen. 106 von ihnen bilden sich gerade weiter zum Facharzt für Allgemeinmedizin und fünf Stipendiaten haben sich für den Facharzt für Augenheilkunde entschieden“, berichtet KV-Vorstand Dr. med. Annette Rommel. „Wir sind anfangs oft gefragt worden, wann denn endlich die Stiftungsarbeit Früchte tragen würde. Heute zeigt sich der Erfolg: Von den ersten zwölf Stipendiaten haben sich bereits alle in Thüringen niedergelassen.“

Niederlassung statt Klinik

Seit 2013 beschäftigt der ehemalige Stipendiat Schmidt nun selbst eine Stipendiatin. Die 37-Jährige, Dr. Jeanin Brückner, absolviert gerade ihre

Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin. Zuvor hat sie elf Jahre lang im Krankenhaus gearbeitet und war auf dem Weg zur Oberärztin. „Die Arbeit als Hausärztin ist sehr vielfältig und auch sehr familienfreundlich“, erklärt die Mutter eines Sohnes. Die Familien-

freundlichkeit möchte auch Dipl.-Med. Regina Feldmann, KBV-Vorstand, mehr in den Vordergrund rücken. Als damaliger Vorstand der KV Thüringen hat sie die Stiftung im Jahr 2009 gemeinsam mit dem Hauptgeschäftsführer Sven Auerswald ins Leben gerufen. „Wir haben damals um das Geld für ganze zehn Stipendien gerungen. Das Stiftungsmodell hat uns unabhängig von jährlichen Haushalten gemacht. So konnten wir die Förderung kontinuierlich ausbauen“, sagt sie.

Vorbild für die Bundesebene

Auch auf Bundesebene könnte die Stiftungsidee Realität werden. „Die Allgemeinmedizin hat kein Mutterhaus“, sagt Feldmann. „Ein Internist oder ein Orthopäde hat eine Klinik, da ist er angestellt und da wird alles für ihn organisiert. Das ist bei Allgemeinmedizin noch sehr mangelhaft. Nur in einzelnen Bundesländern gibt es schon gut funktionierende Koordinierungsstellen.“ Eine bundesweite Stiftung könnte für eine strukturierte Weiterbildung und damit für eine bessere Organisation der Ausbildungsabschnitte sorgen.

Entscheidung

Ab 1. Januar 2015 gilt nur noch die eGK

Berlin (stb) – Ab dem 1. Januar 2015 gilt für GKV-Versicherte nur noch die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Sie ist dann der einzig gültige Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen. Diese Regelung haben die KBV, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband miteinander vereinbart. Die „alte“ Krankenversicherungskarte kann noch bis Ende die-

ses Jahres verwendet werden. Danach verliert sie definitiv ihre Gültigkeit – unabhängig von dem aufgedruckten Datum. Die KBV bereitet nun technische Maßnahmen vor, damit ab dem 1. Januar die alten Karten von den Lesegeräten nicht mehr eingelesen werden können. „Es ist für alle Beteiligten gut, dass nun endlich Klarheit herrscht. Insbesondere war uns wichtig, dass die Ärzte die Sicherheit ha-



ben, auch noch im vierten Quartal dieses Jahres über die 'alte' Krankenversicherungskarte abrechnen zu können“, lobte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen die getroffene Vereinbarung.

BSG-Urteil

Budgetierung bleibt

Berlin (stb) – Die regional zu verhandelnde Leistungsmenge (Behandlungsbedarf) darf nicht an die Morbiditätsstruktur der Bevölkerung angepasst werden. Das Bundessozialgericht hat den Spruch des Schiedsamtes in Sachsen-Anhalt verworfen. Dieses hatte entschieden, dass die dortige Gesamtvergütung aufgrund der Morbidität deutlich steigen müsse. Laut Urteil ist der Zuwachs durch die demografie- bzw. diagnosebezogene Veränderungsrate begrenzt. Die KBV sieht nun dringenden Anpassungsbedarf im Gesetz.

Umfrage

Junge Ärztegeneration zieht es in die Städte

Berlin (stb) – Für den Medizinernachwuchs kommt eine Niederlassung genauso in Frage wie eine Tätigkeit in der Klinik. Dies ergab eine Umfrage der Universität Trier unter 11.462 Medizinstudierenden. In der Umfrage, die zum zweiten Mal seit 2010 durchgeführt wurde, gab etwa die Hälfte der Befragten an, generell in der ambulanten Versorgung arbeiten zu wollen. Dabei halten sich die Präferenzen für eine angestellte Tätigkeit mit der Niederlassung als Freiberufler die Waage. Generell legt sich die neue Gene-

ration aber nicht fest: Für etwa drei Viertel der Befragten ist es auch gut vorstellbar, später in einer Klinik zu arbeiten. Als Arbeitsort sind Städte mit mehr als 100.000 Einwohnern sehr gefragt. Nur acht Prozent der Befragten würden es ausschließen, später in einer Großstadt zu arbeiten. Die Tätigkeit als klassischer Landarzt ist nicht gefragt. Etwa 82 Prozent verbinden damit einen geringen Verdienst, vier Fünftel sehen den Hausarzt auf dem Land als Einzelkämpfer, der ständig erreichbar sein muss.

Patientensicherheit

Preis ausgelobt

Berlin (stb) – Um den Deutschen Preis für Patientensicherheit können sich Ärzte und Psychotherapeuten aus dem gesamten Bundesgebiet bewerben. Die mit insgesamt 19.500 Euro dotierte Auszeichnung würdigt neue Modelle zur Förderung der Patientensicherheit. Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Gassen, ist Mitglied der Jury. Bewerben können sich sämtliche Akteure im Gesundheitswesen, vor allem Praxen, MVZ, Ärztenetze und Kliniken. Einsendeschluss ist der 31. Oktober 2014.

Weitere Informationen:

www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit/der-preis/

Bundesweites Hilfetelefon

Tag und Nacht erreichbar

Berlin (stb) – Rund 35 Prozent aller Frauen in Deutschland sind mindestens einmal in ihrem Leben von physischer oder sexueller Gewalt betroffen. Doch nur circa 20 Prozent der Frauen wenden sich an eine Beratungsstelle. Hier setzt das bundesweite Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ an. Unter der Rufnummer 08000 116 016 können sich betroffene Frauen Tag und Nacht beraten lassen. Anlässlich des einjährigen Bestehens des Beratungsangebotes wurde nun der erste Jahresbericht veröffentlicht.



Allein 2013 gab es mehr als 47.000 Kontakte zum Hilfetelefon. Rund 19.000 Personen wurden beraten, darunter waren mehr als 12.000 betroffene Frauen, die Unterstützung suchten. Besonders häufig

war häusliche Gewalt Anlass der Gespräche.

Das Hilfetelefon wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert.

Der Jahresbericht kann auf der Website des Hilfetelefons eingesehen werden: www.hilfetelefon.de.

Qualitätsinstitut

Neue Weichen für die Qualitätssicherung

Das ging schnell. Kaum hatte Schwarz-Rot im Koalitionsvertrag den Plan zur Gründung eines Qualitätsinstituts bekannt gegeben, legte sich der neue Gesundheitsminister ins Zeug. Schon im Sommer ließ er sich von Bundestag und Länderkammer seinen Gesetzentwurf abnicken, die Errichtung der Trägerstiftung ist bereits erfolgt. Einzelheiten von Sten Beneke.

Qualität ist eines der großen Schlagworte der derzeitigen gesundheitspolitischen Debatte. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat es bei einer Rede vor dem Bundestag mehr als vierzigmal benutzt. Dabei nahm er wie gewohnt kein Blatt vor den Mund. Es müsse Schluss sein mit den ewigen Rankings, die von jedem Akteur nach seinem Gusto interpretiert würden und die Patienten nur verwirrten. Nun ist es beschlossen: Die neue Einrichtung wird als Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) von den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verantwortet. Ziel ist es, Behandlungsergebnisse transparent und vergleichbar zu machen, sowohl innerhalb der Versorgungsbereiche als auch sektorenübergreifend.

KBV begrüßt Institutsgründung

Die KBV hat die Gründung des Qualitätsinstituts sowie den Ausbau der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung insbesondere mit Routinedaten immer unterstützt. Für eine erfolgreiche Umsetzung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung fordert die KBV außerdem, dass Vertragspartner von Selektivverträgen verpflichtet werden, dementsprechend in ihren Verträgen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu verankern beziehungsweise nachzuhalten. Auch sollen sie künftig Informationen bereitstellen, die für die Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erforderlich sind, zum Beispiel über Teilnehmer und Anzahl der Leistungen. Es könne nicht sein, dass es im Selektivvertragsbereich eine unübersehbare Zahl an regionalen Qualitätsvorgaben gebe, erklärte



(Foto: KBV)

Die Selektivverträge müssen miteinbezogen werden, fordert KBV-Vorsitzender Gassen.

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, mehrfach. Hier brauche es eine entsprechende Verpflichtung zur Vereinheitlichung.

Die Institutsgründung wurde im Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-FQWG) festgeschrieben, das mit dem Teil, der das Institut betrifft, am 25. Juli 2014 in Kraft trat. Das Institut wird von den Trägern des G-BA, also von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft



(Foto: Klonk, BMG)

Minister Gröhe versichert: Das Institut wird niemanden an den Pranger stellen.



Es braucht eine neue Diskussionskultur, betont G-BA-Chef Hecken. (Foto: G-BA)

und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung als eine Stiftung privaten Rechts etabliert. Es wird die bisherige Arbeit des AQUA-Instituts fortführen. Wesentlich dabei ist, dass die künftigen Aufträge nicht mehr einer wiederkehrenden Ausschreibungsverpflichtung unterliegen. Der G-BA kann dem Institut eigenständig längerfristige Forschungsaufträge vergeben. Die ärztlichen und zahnärztlichen Kammern sowie die Heilberufsverbände und Patientenverbände haben im Institut beratende Stimme. Entsprechende Anpassungen wurden in den Paragrafen 137a SGB V eingefügt.

So richtig los geht's 2016

Das Bundesgesundheitsministerium geht davon aus, dass der Regelbedarf für das neue Institut jährlich etwa 14 Millionen Euro betragen wird. Diese Mittel werden über einen Systemzuschlag, der sich an den Behandlungsfällen im stationären und ambulanten Bereich bemisst, zur Verfügung gestellt. Seine Arbeit soll das Institut schon Anfang 2015 aufnehmen, mit der konkreten Entwicklungsarbeit kann es dann ab Anfang 2016 beginnen. Die Ausschreibung für die Besetzung des Institutsleiters läuft bereits. Die Entscheidung dieser Personalie stand zu Redaktionsschluss

noch nicht fest. Seinen Sitz wird das Institut in Berlin haben. Minister Gröhe musste sich für die Planungen zur Institutsgründung auch einige Kritik anhören. Zu viel Bürokratie, zu hohe Kosten, ein zu starker Eingriff in die ärztliche Freiberuflichkeit war von einigen Vertretern der Ärzteschaft zu hören. Gröhe aber betont stets, dass Qualitätsverbesserung nie aufhöre, sondern fortwährend vorangetrieben werden müsse. Dies sei letztlich auch Ausdruck der Wertschätzung für die Arbeit der Ärzte und Heilberufe. Es werde mehr Trans-

parenz gebraucht. „Es geht um mehr Sachlichkeit, nicht darum, jemanden an den Pranger zu stellen. Wenn Krankenhäuser verständliche Qualitätsberichte schreiben, ist damit auch den Patienten gedient“, erklärte Gröhe in einem Interview mit der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“.

Für die Krankenkassen bedeutet dies, dass sie verstärkt die sogenannten Routinedaten zur Verfügung stellen müssen, damit sie für die Qualitätssicherung genutzt werden können. Minister Gröhe hofft nun, dass exzellente Versorgungsqualität gefördert und eine defizitäre Versorgungsqualität auf der Basis einer risikoadjustierten sektorenübergreifenden Qualitätsmessung verbessert werde.

Ein halbes Jahr hat der Gesetzgeber gebraucht, um das Institut auf den Weg zu bringen. Das ist für ein parlamentarisches Verfahren ziemlich zügig. Aber bei all den positiven Entwicklungen warnt der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Josef Hecken, vor zu großen Erwartungen. Allein durch die Gründung des neuen Qualitätsinstitutes werde sich überhaupt nichts ändern, ließ er kürzlich verlauten. Wichtig sei zunächst, im G-BA selbst eine neue Diskussionskultur über die Notwendigkeit, die Grenzen und den Rahmen von Qualitätssicherung einzuführen.

10 Jahre QEP®

Für die KBV hat das Thema Qualitätsförderung und -darstellung schon lange hohe Priorität. Bestes Beispiel dafür ist QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®, das im kommenden Jahr sein zehnjähriges Bestehen feiert. Der Erfolg des gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, QM-Experten, Berufsverbänden und Medizinischen Fachangestellten entwickelten Qualitätsmanagementverfahrens gibt QEP® Recht: Über 30.000 Teilnehmer haben an QEP®-Einführungsseminaren teilgenommen und mehr als 1.200 Praxen und MVZ haben sich bereits nach QEP® zertifizieren lassen. Qualitätsmanagement mit QEP® bringt für die Praxen einen entscheidenden Mehrwert: Die Praxen können damit ihr individuelles Qualitätsmanagement aufbauen und sich kontinuierlich weiterentwickeln. Mit einer Zertifizierung wird Qualität für Patienten und Kooperationspartner nach außen sichtbar. Weitere Informationen unter kbv.de/qep. Weitere Beispiele für Qualitätsförderungsinitiativen, die von der KBV initiiert und unterstützt werden, sind „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQUIK) und die seit 20 Jahren bundesweit etablierten Qualitätszirkel der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Gemeinsam mit der Bundesärztekammer trägt die KBV das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, welches unter anderem Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) entwickelt und verbreitet, das Fehlermeldesystem CIRSmedical und einen Patienteninformationsdienst betreibt.

Interview mit Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA

„Die Botschaft ist eben nicht, immer mehr Daten zu erheben“

Ein kürzlich im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefasster Beschluss sieht die Errichtung einer Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz vor und damit die Gründung eines gleichnamigen Instituts. KBV-Klartext sprach darüber mit Dr. Regina Klakow-Franck, Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung. Die Fragen stellte Sten Beneke.

Nach dem Beschluss des G-BA zur Stiftungsgründung soll das neue Qualitätsinstitut Anfang 2015 mit der Arbeit beginnen. Wie realistisch ist dieser Zeitplan?

Ich sehe den Zeitplan eigentlich nicht gefährdet. Wir erwarten die Genehmigung der Stiftungssatzung noch für dieses Jahr. Das Bewerbungsverfahren für die Institutsleitung läuft bereits, der Vertrag mit dem AQUA-Institut endet am 31. Dezember 2015. Ab dem 1. Januar 2016 muss das neue Institut voll arbeitsfähig sein. Das ist als Zeitplan recht ehrgeizig, weil das Personal noch rekrutiert werden muss, aber es ist realisierbar. Bisher jedenfalls liegen wir gut in der Planung.

Wie muss man sich das vorstellen: Wird das Institut hier im G-BA untergebracht sein?

Nein, es wird eine räumliche Trennung geben, wie dies auch beim IQWiG und bei der jetzigen Institution nach Paragraph 137a SGB V, dem AQUA-Institut, der Fall ist. Aber wir werden eng mit dem Institut zusammenarbeiten. Stiftung und Institut werden ihren Sitz in Berlin haben. Ich denke, es wird in dieser Stadt kein Problem sein, geeignete Räumlichkeiten zu finden.

Es gibt schon erste Kritik: Ein neues Bürokratiemonster werde geschaffen. Was sagen Sie dazu?

Vielleicht erst zur Vorgeschichte: Wir haben bereits seit 2009 ein Qualitätsinstitut, das im Auftrag des G-BA arbeitet, und zwar das AQUA-Institut. Dieser Auftrag musste aber bisher durch ein europaweites Ausschreibungsverfahren vergeben werden, was alle fünf Jahre zu wiederholen ist.



(Foto: Große)

Für Klakow-Franck ist die Risikoadjustierung die eigentliche Herausforderung.

Der G-BA hat deshalb schon seit einiger Zeit angeregt, eine andere Organisationsform für das Qualitätsinstitut zu wählen, weil das derzeitige Vergabeverfahren für alle Beteiligten mit großem Ressourcenaufwand und Reibungsverlusten verbunden ist. Wir empfehlen deshalb, eine dauerhafte Arbeitsgrundlage nach dem Vorbild des IQWiG zu schaffen.

Ob das neue Institut mehr Bürokratie bedeutet? Das hoffe ich nun wirklich nicht. Wir wollten mit unserem Vorschlag die Arbeitsvoraussetzungen für das Qualitätsinstitut verbessern und nicht verschlechtern. Unser Ziel ist es, die Maßnahmen des G-BA zur Qualitätssicherung (QS) zu optimieren. Wir wollen aussagefähigere Informationen über die Versorgungsqualität, aber auch mehr Akzeptanz für unsere QS-Verfahren. Dazu gehört natürlich die notwendige Entbürokratisierung. Wir wollen mit dem neuen Institut den Aufwand für die Dokumentation reduzieren. Die Botschaft soll eben nicht sein, in Arztpraxen und Krankenhäusern immer mehr und

mehr Daten zu erheben. Im Gegenteil, auch in der Qualitätssicherung kann weniger mehr sein. Gemeinsam mit dem Qualitätsinstitut werden wir daran arbeiten, problemorientierte und möglichst datensparsame Verfahren in der Qualitätssicherung einzuführen. Mit dem AQUA-Institut haben wir diesen Weg schon eingeschlagen.

Man hört öfter, dass der Austausch der Routinedaten mit den Krankenkassen schwierig ist. Was ist das Problem?

Das Wort „schwierig“ hat einen Beigeschmack von „konfliktiv“. Der passt hier nicht. Die Nutzung von Sozialdaten für QS-Zwecke des G-BA war schließlich auch Neuland für die Krankenkassen. Bis dato gab es keine Plattform, wo die Daten der einzelnen Kassen zusammenfließen und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen für QS-Zwecke abgerufen werden konnten. Das wird sich nun ändern. Es wird eine gemeinsame Datenannahmestelle für die gesetzlichen Krankenkassen geben. Im nächs-

ten Jahr wird konkret mit der Errichtung begonnen.

Es sollen Leistungen aus verschiedenen Sektoren miteinander verglichen werden. Geht das denn überhaupt?

Man wird schon sehr viel auf Basis der Sozialdaten darstellen können. Einiges aber auch nicht. Nehmen wir als Beispiel die Perkutane Koronarintervention (PCI). Die kann in einem Katheterlabor an der Klinik oder von einem spezialisierten niedergelassenen Kardiologen erbracht werden. Es spricht nichts dagegen, auf Sozialdatenbasis zu vergleichen, wie das Follow-up nach dieser Intervention aussieht. Beispielsweise, ob der Patient nach drei Jahren noch lebt. Solche wichtigen, aber methodisch vergleichsweise einfachen Indikatoren wie die Mortalität sind ganz gut auf Sozialdatenbasis darstellbar.

Wenn ich jedoch in die Tiefe gehe und zum Beispiel wissen will, wie die „Door-to-balloon“-Zeit in den einzelnen Einrichtungen aussieht, werde ich dies auf ausschließlicher Sozialdatenbasis nicht beantworten können. Auch für die Risikoadjustierung der Ergebnisse wird die Sozialdaten-Basis absehbar nicht ausreichen. Sie ist aber zwingend notwendig, weil sonst Äpfel mit Birnen verglichen werden.

Zeigen sich die Sektoren bereit, da mitzumachen?

Da habe ich in den Diskussionen noch keine Ablehnung gehört. Kliniken und Praxen sind an einem fairen Qualitätsvergleich interessiert. Speziell im Zusammenhang mit der Risikoadjustierung ist es im eigenen Interesse der Kliniken und der Vertragsärzte, zusätzliche medizinische Daten zum Beispiel über Vor- und Begleiterkrankungen zu erheben.

Auch in der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sind Kriterien der Qualitätssicherung festgeschrieben. Sind diese eine Art Blaupause für künftige sektorenübergreifende Versorgungsformen?

Bei der ASV handelt es sich in erster Linie um Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, zum Beispiel wie die interdisziplinären Teams zusammengesetzt sind. Sie gelten sektorenübergreifend einheitlich für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Unser Qualitätssicherungsparagraf in der ASV-Rahmenrichtlinie sieht außerdem vor, dass bereits geltende QS-Vereinbarungen nach Paragraf 135 Abs. 2 SGB V entsprechend auch von Krankenhaus-ASV-Teams zu beachten sind. Neben den Strukturqualitätsanforderungen sollen in der ASV aber auch QS-Daten erhoben werden. Das ist aber noch Zukunftsmusik. Wir sind noch nicht in der Entwicklungsstufe, in der wir indikatorgestützt messen können, wie es beim ASV-Team-A im Vergleich zum ASV-Team-B mit der Ergebnisqualität aussieht. Aber das wird noch kommen, das ist perspektivisch angelegt.

Sie betonen häufiger, dass neben der Qualitätssicherung auch die Qualitätsentwicklung eine Rolle spielen müsse. Was meinen Sie damit?

So erfreulich es ist, dass der Gesichtspunkt Qualität im Koalitionsvertrag so in den Mittelpunkt gerückt wurde, wird dabei die Forderung nach mehr Transparenz doch manchmal überstrapaziert. Mit Veröffentlichungen alleine erreiche ich noch keine bessere Qualität, sondern vielleicht sogar das Gegenteil, Risikoselektion und Datenmanipulation. Deswegen werbe ich bei jeder Gelegenheit dafür, nicht immer nur mehr und mehr Daten zu fordern. Ich glaube, es ist für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung sinnvoller, ganz gezielt zu schauen, wo es Verbesserungspotenziale gibt, und überschaubare, aber stärker problemorientierte QS-Verfahren zu entwickeln. Die Erkenntnisse hieraus müssen dann an die Einrichtungen zurückgekoppelt werden, damit sie vor Ort in einen Lernzyklus einfließen können. Ich halte Qualitätszirkel, Audits oder Peer Review-Verfahren für wichtiger als online-Rankinglisten.

Dafür braucht es die Mitwirkung und das Interesse der betroffenen Einrichtungen. Hat der G-BA einen Zugang zur Basis?

Der G-BA und das AQUA-Institut beteiligen an der Entwicklung der Qualitätsindikatoren immer auch Praktiker und Experten aus den zuständigen Fachgesellschaften oder von den Heilberufe-Kammern. Das ist auch für die Arbeit des neuen Qualitätsinstituts so vorgesehen beziehungsweise wird im Methodenpapier des neuen Instituts so festgehalten werden. Wenn ich es nicht schaffe, Ergebnisse in einem QS-Verfahren zu produzieren, die relevant für den Versorgungsalltag sind, dann bringt das alles nichts.

Probleme macht auch, die Selektivverträge in die Qualitätssicherung einzubeziehen. Was ist so schwierig?

Im SGB V steht jetzt schon, dass die Leistungen, die in Selektivverträgen erbracht werden, auch in unsere QS-Verfahren eingeschlossen werden können. De facto passiert das aber so gut wie nie, weil wir keinen Zugang zu den Daten haben. Wir wissen nicht, welche Verträge es bundesweit überhaupt gibt und wie die Leistungen darin codiert werden. In den Selektivverträgen müsste es so etwas wie eine Schnittstelle zu unseren QS-Verfahren geben.

Gibt es dafür konkrete Bemühungen?

Wir regen schon seit einiger Zeit an, die Einbeziehung von Selektivvertragsleistungen in QS-Verfahren des G-BA zu erleichtern, um nicht nur auf den Goodwill der Akteure angewiesen zu sein. Ich finde den Vorstoß der KBV gut, dass man das gesetzlich nachbessern sollte.

Dr. Regina Klakow-Franck ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Von 2004 bis 2012 leitete sie bei der Bundesärztekammer die Abteilung Qualitätssicherung, von 2005 bis 2012 war sie dort zudem stellvertretende Hauptgeschäftsführerin. Seit 2012 ist sie unparteiisches Mitglied des G-BA.

Häusliche Pflege

KBV stärkt pflegende Angehörige

Die KBV hat gemeinsam mit Partnern ein neues Versorgungskonzept für pflegende Angehörige entwickelt. Dieses stellte sie am 1. Juli im Rahmen einer Tagung „Pflegende Angehörige – Gemeinsam gute Versorgung sichern“ in Berlin vor. Alexandra Bukowski berichtet.

In Deutschland werden mehr als 4,7 Millionen pflegebedürftige Menschen von Angehörigen betreut. Das ergaben jüngste Berechnungen der OECD. Diese Aufgabe fordert einen hohen physischen und psychischen Einsatz. Wenn es sich dabei auch um nahestehende Personen handelt, ist die emotionale Belastung der pflegenden Angehörigen gleich um ein Vielfaches höher. Zu diesem Ergebnis kommt auch die Versichertenbefragung der KBV vom Mai 2014. 70 Prozent der Befragten, die selbst pflegen, fühlen sich emotional stark belastet. Nur 50 Prozent der Pflegenden haben darüber schon einmal mit ihrem Hausarzt gesprochen. Aus diesem Grund hat die KBV ein neues Versorgungskonzept entwickelt, das direkt bei den Hausärzten an-

setzt. Diese sollen stärker mit den pflegenden Angehörigen ins Gespräch kommen, um sie über Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. Sie führen gezielte Situationsanalysen und Beratungsgespräche durch, um möglichst frühzeitige Hilfe zu ermöglichen und somit auch die Gesundheit der Pflegenden zu schützen. Gemein-

sam mit dem Angehörigenverband „wir pflegen e.V.“ hat die KBV dieses Versorgungs- und Präventionsangebot entwickelt. Grundlage hierfür waren die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Der Vertrag deckt nicht nur die Pflege im Alter ab, sondern richtet sich auch an



Eltern pflegebedürftiger Kinder und Angehöriger psychisch Kranker. Nun liegt es an den Krankenkassen, diese Rahmenvereinbarungen gemeinsam mit den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen in konkrete Verträge zu führen. Damit bekämen die Versicherten zukünftig die für sie so wichtige Prävention durch eine entsprechende Betreuung ihres Hausarztes.

Neues aus Brüssel

Gesundheit wird Querschnittsthema

Nach der Wahl des neuen Europäischen Parlaments gibt es auch an der Spitze des Rates der Europäischen Union einen Wechsel: Turnusmäßig übernahm Italien den Vorsitz und rückt Gesundheit als Querschnittsthema in den Fokus. Corina Glorius und Filip Lassahn berichten.

Im Mai 2014 fanden die Wahlen zum Europäischen Parlament statt und im Juli nahmen die Abgeordneten ihre Arbeit auf. Der für die KBV besonders wichtige Umwelt- und Gesundheitsausschuss ist mit 69 Mitgliedern, davon 9 Deutsche, der zweitgrößte des Europäischen Parlaments. Auch im Rat der Europäischen Union, dem Gremium der EU-Mitgliedstaaten, gab es einen Wechsel. Hier rotiert der Vorsitz im Rhythmus von sechs Monaten zwischen den EU-Mitgliedstaaten. Diesen übernahm Italien zum

1. Juli 2014 und legte in der Folge ein ambitioniertes Arbeitsprogramm für seine Amtszeit vor. Neben der Bewältigung der Wirtschafts- und Finanzkrise, der Schaffung neuer Arbeitsplätze sowie der Stärkung der Grundrechte für die Bürgerinnen und Bürger Europas spielt auch Gesundheit eine wichtige Rolle. Insbesondere soll die Qualität der Versorgung mit Blick auf die Patientensicherheit verbessert sowie die Effizienz und Effektivität der Gesundheitssysteme gesteigert werden.

Die italienische Ratspräsidentschaft möchte ferner die gesunde Lebensweise und die Prävention von Erkrankungen fördern. Mithilfe zahlreicher Konferenzen zu spezifischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Atemwegserkrankungen, Krebs, HIV/AIDS und Demenz, sollen diese Themen in den Mittelpunkt gerückt werden. Auf politischer Ebene soll die Thematik Gesundheit stärker im Rahmen des Europäischen Semesters, also bei der Koordinierung der Haushalte der europäischen Staaten, berücksichtigt werden.

KV Hessen

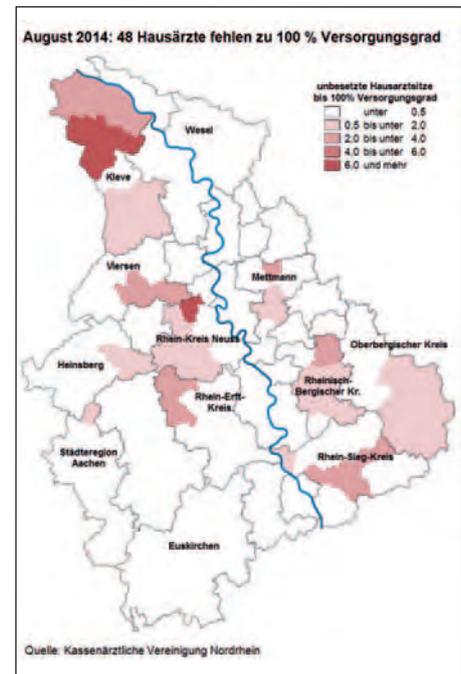
Honorar beschlossen

Frankfurt/Main (stb) – Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat sich mit den Krankenkassen des Bundeslandes auf einen Honorarvertrag 2014 geeinigt. Danach steigt die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung um 3,6 Prozent. Die extrabudgetäre Gesamtvergütung legt um 1,24 Prozent zu. Insgesamt steigt das Honorarvolumen um 69 Millionen Euro auf über 2,5 Milliarden Euro. Anders als in den Vorjahren erforderten die Verhandlungen keine Entscheidung des Schiedsamtes. Die extrabudgetären Leistungen in Hessen umfassen unter anderem ambulante Operationen, das Hautkrebsscreening und belegärztliche Leistungen. Neu hinzugekommen ist die Osteodensitometrie. Im Honorarplus enthalten sind 15 Millionen Euro zur Förderung von Haus- und Heimbesuchen zur Versorgung chronisch kranker Menschen. Außerdem ist darin auch die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung enthalten.

KV Nordrhein

Bedarfsplanung wirkt

Düsseldorf (stb) – Seit Juli 2013 wendet die KV Nordrhein neue Regeln in der Bedarfsplanung an. Zwölf Monate später gibt es deutlich weniger schlecht versorgte und mehr gut versorgte Gebiete in Nordrhein. Die Versorgungslücke hat sich halbiert. Mit der neuen Bedarfsplanung konnte 2013 erstmals der regionale Bedarf an Hausärzten ausgewiesen werden, der vorher aufgrund des größeren Zuschnitts der Versorgungsgebiete unberücksichtigt blieb: Die Mittelbereiche lösten den Kreis als Planungsgebiet ab, so wurden Ungleichverteilungen innerhalb der Kreise transparent und für das Planungsgeschehen relevant. Vor einem Jahr stellte die KV einen Bedarf von 105,5 Arztstellen fest, um die Lücke bis zu einem 100-prozentigen Versorgungsgrad zu schließen. Heute fehlen nur noch 48 Hausärzte, um dieses Ziel zu erreichen. Die KV Nordrhein weist aber auch darauf hin, dass es



trotz des positiven Befundes langfristig schwierig werde, die ambulante Versorgung auf dem heutigen Niveau zu halten. Die Zahl der Hausärzte, die in den Ruhestand gehen, werde höher sein als die Zahl der Zugänge – bei steigendem Behandlungsbedarf.

KV Westfalen-Lippe

Alkoholkonsum rechtzeitig erkennen

Dortmund (stb) – Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und die KKH – Kaufmännische Krankenkasse haben gemeinsam mit der KBV einen neuen Vertrag zur Reduktion von Alkoholkonsum vereinbart. Er gilt seit dem 1. Juli. Ziel ist es, Patienten mit übermäßigem oder gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum zu identifizieren und zur Reduktion ihres Alkoholkonsums zu motivieren. Schlüsselfigur des Vertrages ist dabei der betreuende Hausarzt. Das neue Angebot richtet sich an alle bei der KKH Versicherten aus dem Bereich Westfalen-Lippe, bei denen ihr Hausarzt einen übermäßigen und gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum festgestellt hat.

KV Bayerns

Programm gegen Unterversorgung

München (stb) – Die KV Bayerns hat weitere acht Regionen ausgewiesen, die eine finanzielle Unterstützung zur Verbesserung des medizinischen Versorgungsangebots vor Ort erhalten. Damit soll dem Nachwuchsmangel bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten – gerade auf dem

Land – entgegengewirkt werden. Gefördert werden Ärzte künftig mit bis zu 60.000 Euro, wenn sie in einem der Planungsbereiche eine neue Praxis eröffnen und diese für mindestens fünf Jahre betreiben. Auch die Gründung einer Zweigpraxis wird gefördert. *Weitere Informationen unter www.kvb.de.*

KV Thüringen

Ärztescout an Uniklinik

Jena (stb) – Das im August 2014 gestartete Pilotprojekt Ärztescout will junge Ärzte für eine Niederlassung in Thüringen gewinnen. Studierende im Fach Medizin, Ärzte in Weiterbildung und auch Fachärzte können sich über Fördermöglichkeiten, Stipendien und Mentorenprogramme beraten lassen. Wegen der Vielzahl von Fördermöglichkeiten in der ärztlichen Weiterbildung soll es einen zentralen Ansprechpartner in Thüringen geben. Der Ärztescout wirkt als ein Mittler zwischen Nachwuchs und tätigen Ärzten. Er wird zunächst anteilig aus finanziellen Mitteln der AOK PLUS, der IKK classic, des Thüringer Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen finanziert. Ab 2015 beteiligen sich an der Finanzierung alle Thüringer Krankenkassen.



Honorarverteilung

Erklärvideo auf KV-on

Die Honorarverhandlungen für das kommende Jahr sind gerade abgeschlossen, aktuell bleibt das Thema aber immer. Die Videoredaktion der KBV hat nun einen kurzen Film zum Thema Honorar produziert, der in humorvoller Weise erklärt, wie genau die Honorarverteilung bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten funktioniert. In 300 Sekunden werden die Begriffe Orientierungswert, mor-

biditätsbedingte Gesamtvergütung oder extrabudgetäre Gesamtvergütung in einfachen Worten und mit aufwendig animierten Grafiken erklärt. Wer noch nie etwas von diesen Dingen gehört hat, findet hier einen anschaulichen Überblick – das Video ist aber auch für jeden anderen sehr sehenswert.

Das Video ist abrufbar unter: www.kbv.de/html/videos.php

Neue Auflage

Arzneimitteltherapie

Das KBV-Praxiswissen „Mehr Sicherheit in der Arzneimitteltherapie“ ist neu aufbereitet und mit aktuellen Informationen ergänzt worden. Die Broschüre soll Ärzte für die Gefahr unerwünschter Arzneimittelereignisse sensibilisieren. Sie wurde von Wissenschaftlern am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main zusammengestellt und zeigt, wo überall Risiken lauern und Fehler passieren können. Experten gehen davon aus, dass es in einer Vertragspraxis mit 1.000 Patienten pro Jahr zu etwa 180 unerwünschten Ereignissen kommt. 40 davon wären vermeidbar. Bestellung unter versand@kbv.de

Bürokratieabbau

Mehr Zeit für die Patienten

Im Online-Forum „Mehr Zeit für Patienten“ der KBV können Ärzte und Psychotherapeuten beim Bürokratieabbau mitmachen. In dem Portal im sicheren Netz der KVen können sie Hinweise unterbreiten, an welchen Stellen Bürokratie abgebaut werden könnte. Mitarbeiter der KBV prüfen, ob der Vorschlag geeignet ist, die Bürokratiebelastung in den Praxen zu reduzieren und ob eine Umsetzung möglich ist. Nach etwa zwei Wochen erfährt der Nutzer, ob und wie sein Vorschlag genutzt werden soll oder warum eine Umsetzung vielleicht auch nicht möglich ist. Besonders konstruktive Vorschläge werden im Online-Forum

veröffentlicht, auch die Antworten der KBV. Das Online-Forum verfügt aber auch über weitere Angebote. So werden Beispiele vorgestellt, wo die KBV die bürokratische Belastung bereits reduzieren konnte. Auch die KVen zeigen gute Lösungen. Auf der Startseite wird der „Vorschlag des Monats“ veröffentlicht. Besucher des Forums können an Blitzzumfragen zum Bürokratieabbau teilnehmen. Außerdem können sich Ärzte und Psychotherapeuten als Experten registrieren lassen und die KBV beim Abschätzen des Bürokratieaufwandes unterstützen. Weitere Informationen unter www.kbv.de/html/buerokratieabbau.php

Krankenkassen-Navigator

Neue Umfrage

Mit einer neuen Umfrage wartet der Krankenkassen-Navigator der KBV auf. Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten werden darin gefragt: „Hält die Budgetierung des Honorars junge Ärzte von der Niederlassung ab?“ Bereits seit zwei Jahren können Ärzte und Psychotherapeuten auf diesem Onlineportal der KBV die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen bewerten. Dabei werden in fünf Rubriken Noten von 1 bis 6 vergeben. Abgestimmt werden kann unter krankenkassen-navigator.kbv.de.

Informationsmaterial für das Wartezimmer

Neue Runde der Gripeschutzimpfung

Pünktlich zum Herbstbeginn rufen die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Gripeschutzimpfung auf. Mit einem Plakat und einem Infoblatt können Ärzte ihre Patienten in den Praxen auf die Impfung hinweisen. Eine aktuelle Praxisinformation fasst alles Wichtige zur Impfsaison 2014/2015 für Ärzte und ihr Team zusammen, zum Beispiel die aktuelle Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffes für die Saison 2014/2015. Das Plakat mit dem Slogan „Gib der Grippe eine Abfuhr!“ ist kostenlos bei der KBV zu bestellen.

E-Mail-Adresse: versand@kbv.de



Zehn Fragen an ...

(Foto: KBV)



Dr. Bernhard Rochell

In jeder Ausgabe unterzieht KBV KLARTEXT Persönlichkeiten aus dem Gesundheitswesen dem etwas anderen Gesundheits-Check. Dieses Mal stand Dr. Bernhard Rochell, seit 1. September 2014 Verwaltungsdirektor der KBV, Rede und Antwort.

Was betreiben Sie an gesundheitlicher Prävention?

Nicht rauchen.

Und an politischer Prävention?

Nicht zündeln.

Was war Ihre größte Fehldiagnose?

Dass Ideologen Ideale haben.

Welchen Gesprächspartnern würden Sie gerne in einer Talkshow begegnen?

Sigmar Gabriel zum Thema „Grenzen der Ökonomie in der Medizin“.

Wenn Sie der nächste Gesundheitsminister wären ...

würde ich für eine stärker bedarfsgerechte statt budgetbestimmte Versorgung kämpfen.

Arzt sein in Deutschland ist ...?

... das Privileg, sich freiberuflich für die gute Sache – das Wohl unserer Patienten – engagieren zu dürfen. Eine Errungenschaft, die es gegen zunehmend ökonomisch und bürokratisch geprägte Regularien zu verteidigen gilt!

Patient sein in Deutschland ist ...?

... das Privileg, in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt versorgt zu werden. Eine Errungenschaft, auf der sich unsere Gesellschaft nicht ausruhen darf, sondern die es weiter

stetig durch die Erkennung und Beseitigung vorhandener Fehler und Fehlanreize sowie die Umsetzung nutzbringender Innovationen unter Achtung der Menschlichkeit und Würde zu bewahren und zu verbessern gilt!

Ihr persönliches Rezept gegen Politikstress?

Möglichst viele persönliche Vater-Sohn-Kontakte im Quartal!

Worauf reagieren Sie allergisch?

Auf unberechtigte Restriktionen und Diäten.

Ein Slogan für den Gesundheitsstandort Deutschland?

Wir arbeiten für Ihr Leben gern!

Dr. Bernhard Rochell wurde 1966 geboren. Er studierte von 1987 bis 1993 Humanmedizin in Münster, 1994 folgte die Promotion. Nach zwei Jahren PJ und AiP an der Unfall- und Handchirurgie der Uniklinik Münster, folgte 1995 eine Anstellung an der Uniklinik Magdeburg. 1998 wechselte er als Referent für Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung zur Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Düsseldorf. Von 2000 bis 2004 arbeitete er beim Dezernat Krankenhaus der Bundesärztekammer. 2004 folgte der Wechsel zur KBV, wo er als Leiter des Dezernats Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung tätig war. In dieser Zeit war er Mitglied des Bewertungsausschusses zur Festlegung des EBM. 2012 schließlich folgte ein Wechsel zurück zur Bundesärztekammer – Rochell wurde Hauptgeschäftsführer und war maßgeblich an den Verhandlungen zu einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beteiligt. Zum 1. September 2014 übernahm er die Position des Verwaltungsdirektors der KBV. Rochell wird den Vorstand vor allem im Bereich Verwaltung entlasten und bei der Umsetzung von Schwerpunktaufgaben fachlich unterstützen.

Hinterher ist man immer schlauer.

PraxisNachrichten

Der wöchentliche E-Mail-Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, exklusiv für Ärzte und Psychotherapeuten. Mit den **PraxisNachrichten** informieren wir Sie jeden Donnerstag über das, was für die Praxis wichtig ist.

- › Aktuelles aus Gesundheits- und Berufspolitik
- › Wissenswertes zu Honorar und Abrechnung
- › IT-Neuerungen für die Praxis
- › Neue Regelungen und Richtlinien
- › Nachrichten aus dem Arzneimittelbereich
- › Tipps für die Praxisorganisation
- › Informationen für Ihre Patienten
- › und vieles mehr

WISSENS-
VORSPRUNG
PER E-MAIL

JETZT
AUCH ALS
APP

SCHNELL
UND KOMPAKT
INFORMIERT

EXKLUSIVE
INFOS AUS
ERSTER HAND

Jetzt kostenlos abonnieren!
Melden Sie sich für den E-Mail-Newsletter an:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
Oder laden Sie sich die App herunter:
www.kbv.de/kbv2go

KBV

