

**KBV**

# KLARTEXT

Das Magazin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

März 2016

## **Hochkarätig: ambulante Qualität**

*KBV stellt Positionspapier zur Qualität in der ambulanten Versorgung vor*

*Terminservicestellen*

***Ansturm auf telefonische Vermittlung bleibt aus***

*Interview mit Dr. Thomas Fischbach, Mitglied des Satzungsausschusses*

***„Ich wünsche mir Professionalität“***

*Strategie*

***„Neue KBV“ nimmt Gestalt an. Beratungen auf der Vertreterversammlung***

## STANDPUNKT

Wer in Deutschland in eine Arztpraxis geht, will sich verlassen können: auf die Qualifikation des Arztes, die Qualität der Behandlung und einen angemessenen technischen Standard. So selbstverständlich für Außenstehende die Qualitätssicherung an Kliniken erscheint, so wenig bekannt sind die Instrumente der Qualitätssicherung und -förderung im Bereich der Niedergelassenen. Nach dem Motto: „Gutes tun und darüber reden“ stellt die KBV nun diese vielfältigen Konzepte und Maßnahmen in einem Papier dar. Seit Jahrzehnten wird hier nämlich sehr viel getan, aber anscheinend wurde noch zu wenig darüber geredet. Pressevertreter zeigten sich jedenfalls erstaunt und beeindruckt über die Vielfalt der Maßnahmen (*siehe hierzu auch Seiten 4 u. 5*). Dies macht wieder einmal klar: Über das Bekenntnis zum Patienten muss mehr geredet werden. Selbstverständlichkeiten sind in heutigen Zeiten wohl keine Selbstverständlichkeit mehr. *S. Grüneberg*

### 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, Sabine Grüneberg,  
Christian Grothaus, Kristin Kahl, Angélique  
Herrler, Corinna Glorius, Filip Lassahn

#### Redaktionsbeirat:

Dr. Roland Stahl

#### Satz:

rheinschrift Christel Morische, Bad Herrenalb

#### Druck:

Druckerei Kohlhammer, Augsburgener Straße 722,  
70329 Stuttgart

#### Erscheinungsweise:

vierteljährlich

#### Redaktionsanschrift:

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

## INHALT

### Titelthema

Positionspapier Qualität Seite 4

### Politik

Masterplan Medizinstudium 2020 Seite 6

X-Ray – die Vorstandskolumne Seite 7

Vertreterversammlung: Geänderte Satzung und  
Zukunftsaufgaben Seite 8

Themen in Brüssel: Auflagen für Arzneimittelverpackung Seite 14

### Versorgung

Vereinbarung gegen sexuellen Kindesmissbrauch Seite 10

Neue Bedarfsplanung Seite 14

Terminservicestellen gestartet Seite 16

### Interviews

Im Gespräch mit ... Dr. Thomas Fischbach Seite 12

Zehn Fragen an ... Tobias Nowoczyn Seite 19

### Service

Angeklickt und aufgeblättert Seite 18

### Meldungen

Bundesnachrichten Seite 11

Aus den Kassenärztlichen Vereinigungen Seite 15

KBV KLARTEXT kostenfrei abonnieren und downloaden unter:  
[www.kbv.de/klartext](http://www.kbv.de/klartext)

### Mehr von der KBV unter ...



[www.twitter.com/kbv4u](https://www.twitter.com/kbv4u)



[www.youtube.com/kbv4u](https://www.youtube.com/kbv4u)



[www.kbv.de/praxisnachrichten](http://www.kbv.de/praxisnachrichten)



[www.kbv.de/kbv2go](http://www.kbv.de/kbv2go)

### Qualität in der vertragsärztliche Versorgung

Über das Messen, Bewerten und Darstellen von Qualität im stationären Sektor ist in jüngster Zeit viel diskutiert worden. Die Unterschiede zwischen stationärem und ambulantem Sektor sind zahlreich, die Instrumente daher andere. Dabei braucht sich die Qualitätssicherung und -förderung der Vertragsärzte nicht zu verstecken. Im

Gegenteil: Das Qualitätsniveau ist in vielen Bereichen höher als in Teilen des stationären Sektors. Um dies sichtbar zu machen, hat die KBV ein Positionspapier erarbeitet, das in zehn Punkten bündelt, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung angewendet werden und was hier geleistet wird. **ab Seite 4**



### Masterplan für den Ärztenachwuchs

Nur 6,6 Prozent der Medizinstudenten absolvieren derzeit ihr Praktisches Jahr (PJ) in der Allgemeinmedizin. Vor dem Hintergrund tiefgreifender demografischer Umwälzungen arbeiten Länder und Bundesregierung an einem „Masterplan Medizinstudium“.

Er soll in dieser Legislaturperiode beschlossen werden. Die KBV ist in die Entwicklung involviert und bringt die Interessen der Niedergelassenen in den Plan ein. Sie setzt sich unter anderem für verpflichtende ambulante Ausbildungsmodule ein. **Seite 6**



### Fischbach: „Streit mit Ministerium ist nicht klug.“

Als Mitglied im Satzungsausschuss der KBV-Vertreterversammlung (VV) ist Dr. Thomas Fischbach, Arzt aus Solingen und frisch gewählter Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, ganz nah dran an den Themen Ersatzvornahme, Satzungsprobleme und Reform der VV. Im Interview erläutert er, was aus seiner Sicht zum Streit führte, und welche Rolle dabei die Konzeption der Satzung spielt. Er blickt zurück auf seine Jahre als Delegierter und erklärt, warum er nicht mehr antreten wird. **Seite 12**

### Terminservicestellen gestartet

Am 23. Januar haben die Terminservicestellen (TSS) ihre Arbeit aufgenommen. In den ersten Wochen wurden bundesweit rund 10.000 Termine vermittelt. Den reibungslosen Start garantierte auch ein im Auftrag der KBV von der KV Telematik GmbH unter Hochdruck entwickeltes Tool, der „eTerminservice“, den mittlerweile zwölf KVen in Anspruch nehmen. Hintergründe zum Start und ein Ausblick in zukünftige Möglichkeiten der Terminvergabe. **Seite 16**



Qualität in der ambulanten Versorgung

## Versorgung auf höchstem Niveau

Die Instrumente der Qualitätssicherung und -förderung im ambulanten Bereich sind zahlreich und stehen jenen der Kliniken in nichts nach. Ein Positionspapier fasst die gemeinsamen Standpunkte der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der KBV nun zusammen. Ein Überblick von Sabine Grüneberg.

„Qualität nur am Ergebnis zu messen, ist im ambulanten Sektor weder zielführend noch möglich“, sagte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen anlässlich der Vorstellung der „Positionen zur ambulanten Versorgungsqualität“. Mit dem Positionspapier macht die KBV auf die vielfältigen Konzepte und Maßnahmen zur Qualitätssicherung im ambulanten Sektor aufmerksam. Im Unterschied zum Krankenhaus habe es die ambulante Versorgung häufig mit uneindeutigen Beschwerdebildern, Verdachtsdiagnosen und chronischen, oft mehrfach erkrankten Patienten mit langen Behandlungsverläufen und häufigen Arzt-Patienten-Kontakten zu tun, so Gassen. „Ob eine Operation erfolgreich war, lässt sich relativ leicht sagen. Über den Verlauf einer komplexen ambulanten Behandlung zu urteilen, ist da schon schwieriger.“ Deshalb

mache es an vielen Stellen in der ambulanten Versorgung Sinn, „Aspekte der Struktur- und Prozessqualität in den Vordergrund zu stellen.“ Dazu gehören die fachliche Qualifikation des Arztes und Personals sowie die medizinische Praxisausstattung (Strukturqualität), ebenso wie praxisinterne Abläufe, Hygienemanagement, Diagnosestellung oder die Anwendung von Behandlungspfaden (Prozessqualität).

### Umfangreiche Prüfungen

Zum einen garantieren Facharztstatus beziehungsweise Fachkundenachweis, Genehmigungsvorbehalt und Fortbildungsverpflichtung ein höchstes Ni-



Jährlich erscheint ein Bericht zu den Qualitätsmaßnahmen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

veau an Qualität. Immerhin sind zwölf Jahre Aus- und Weiterbildung nötig, um überhaupt an der vertragsärztlichen beziehungsweise vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen zu dürfen. Zum anderen müssen Vertragsärzte alle fünf Jahre Fortbildungspunkte nachweisen. Anders als im stationären Sektor drohen ihnen bei Nichterfüllung Sanktionen in Form von Honorarkürzungen bis hin zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung.

Außerdem unterliegt eine Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung einem „Erlaubnisvorbehalt“: Das heißt, eine Leistung darf nur abge-

rechnet werden, wenn sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen wurde. Im Gegensatz dazu besteht im stationären Sektor ein „Verbotsvorbehalt“. Eine Leistung darf dort so lange durchgeführt werden, so lange sie nicht aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen wurde. Hinzu kommt, dass für etwa die Hälfte der Leistungen im GKV-Katalog der Arzt zusätzliche Qualitätsanforderungen erfüllen muss, um entsprechend behandeln zu dürfen.

### Einzelstichproben

Um die Qualität zu sichern, führen die KVen auch externe Prüfungen durch. Mit Zufallsstichproben, Einzelfallprüfungen und Praxisbegehungen wird festgestellt, ob zum Beispiel Ärzte richtig

dokumentieren, ihre medizinischen Geräte auf dem neuesten Stand halten, Hygienestandards erfüllen oder die richtigen Diagnosen stellen. Praxen, die den Anforderungen nicht entsprechen, müssen neben kollegialen Beratungen mit Auflagen, Wiederholungsprüfungen, Rückforderung von Vergütungen oder schlimmstenfalls dem Entzug der Abrechnungsgenehmigung rechnen (im Jahr 2014 wurden 700 Genehmigungen widerrufen). – Auch dies ist bisher ein großer Unterschied zum stationären Sektor. Außerdem sind alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten gesetzlich verpflichtet, intern ein Qualitätsmanage-

ment einzuführen. Ein Drittel aller Praxen und Medizinischen Versorgungszentren nutzt hierfür „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen<sup>®</sup>“, ein von der KBV und den KVen entwickeltes, speziell auf die ambulante Versorgung zugeschnittenes Verfahren.

Zusätzlich werden freiwillige Qualitätsinitiativen gefördert, denn es gilt: Gegenseitiges Feedback auf Augenhöhe wirkt nachhaltiger als Sanktionen von der Kanzel herab. Als bewährtes Instrument haben sich hierbei Qualitätszirkel etabliert. Sie beruhen hauptsächlich auf ärztlicher Eigeninitiative und bieten den Beteiligten die Möglichkeit sich fachlich auszutauschen und ihre tägliche Arbeit kritisch zu reflektieren.

Die KBV und die KVen unterstützen diese selbstbestimmten, freiwilligen Lehr-Lern-Gruppen durch didaktische Materialien für mehr als 30 Themenbereiche sowie die Ausbildung von Tutoren und Moderatoren. Bundesweit engagieren sich knapp 7.000 Moderatoren in 9.200 Zirkeln, an denen 64.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten teilnehmen.

### Sektorenübergreifende Sicherung

Viele Patienten werden synchron im ambulanten und stationären Sektor behandelt. Dies gilt es zu berücksichtigen. Hier gibt es noch technische Hürden, die es aus dem Weg zu räumen gilt. So muss für einen nachbehandelnden Arzt erkennbar sein, wann er eine spezifische Qualitätssicherungsdokumentation für einen Patienten ausfüllen muss, der zuvor in einer anderen Einrichtung behandelt wurde. Hierfür könnte laut KBV ein Marker auf der elektronischen Gesundheitskarte genutzt werden. Eine vorerst schrittweise Erprobung von sektorübergreifender Qualitätssicherung mit zunächst „sektorparallelen“ Eingriffen erachtet die KBV daher als sinnvoll. „Zuallererst sollten wir aber über Soll-Größen nachdenken, also Versorgungspfade definieren, wie bei der Entwicklung der Disease Management Programme“, sagt Gassen.

Weil sich Qualität im ambulanten Bereich, wie erwähnt, häufig nicht primär am Behandlungsergebnis eines einzelnen Arztes festmachen lässt, plädiert die KBV dafür, die Potenziale regionaler Qualitätsindikatoren zu nutzen. Diese könnten Ergebnisqualität nicht einrichtungsbezogen messen, sondern mit regionalem Populationsbezug.

Gleichzeitig würde diese Alternative eine gemeinsame Qualitätsverantwortung aller ambulant wie stationär tätigen Ärzte fördern.

### Bürokratie verringern

Qualitätssicherung ist kein Selbstzweck. Im Fokus sollen dabei immer die Patienten stehen, so Gassen. Daher sei darauf zu achten, dass Versi-

chertengelder und die Zeit der Vertragsärzte und -psychotherapeuten nutzbringend eingesetzt werden. Um Bürokratie zu verringern, sollten daher Kollegen, denen dauerhaft eine gute Qualität bescheinigt wird, entlastet werden.

Der Aufwand, den die Niedergelassenen durch Qualitätssicherung, Dokumentation, freiwillige Qualitätsinitiativen und Fortbildungen stemmen, solle „adäquat refinanziert werden“, meint Gassen. Eines müsse den Beteiligten klar sein: „Hohe Qualität gibt es nicht zum Nulltarif.“

#### → weitere Informationen

Mehr zum KBV-Qualitätsmanagement: [www.kv-on.de/html/3219.php](http://www.kv-on.de/html/3219.php)

## Positionen zur ambulanten Qualität

1. Patientensicherheit und Versorgungsqualität sind Grundpfeiler des ärztlichen Selbstverständnisses.
2. Facharztstatus, Genehmigungsvorbehalt und Fortbildungsverpflichtung sind Garanten für Qualität und maßgeblich auf die ärztliche Selbstverwaltung angewiesen.
3. Die KVen setzen gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag die externe Qualitätssicherung um. Die hierfür aufgebauten Strukturen und Instrumente haben sich bewährt und werden in Zukunft noch wichtiger werden.
4. Qualitätsmanagement ist für Vertragsärzte und -psychotherapeuten Pflicht.
5. Die KVen unterstützen Ärzte und Psychotherapeuten bei der Umsetzung ihres internen Qualitätsmanagements, sowie freiwillige Qualitätsinitiativen. Die Unterstützung soll kontinuierlich weiter entwickelt und ausgebaut werden.
6. Qualität im ambulanten Bereich ist an sektorspezifische Besonderheiten gebunden, die es zu berücksichtigen gilt.
7. Struktur- und Prozessqualität gehen in der ambulanten Versorgung vor Ergebnisqualität.
8. Qualität gibt es nicht zum Nulltarif. Mehraufwand, der nötig ist, muss refinanziert werden. Daran sollten sich alle Kostenträger angemessen beteiligen. Qualität ist kein Selbstzweck und darf nur in vertretbarem Maße zu Lasten der Zeit gehen, die dem Patienten zur Verfügung steht.
9. Für sektorenübergreifende Qualitätssicherung müssen erforderliche Grundlagen geschaffen werden. Methodisch-inhaltliche und technische Lösungen liegen auf der Hand.
10. Qualitätstransparenz und qualitätsorientierte Vergütung sollten mit Augenmaß erprobt und ausgestaltet werden.

## Reform der Ausbildung

## Masterplan fürs Medizinstudium

Die Bundesregierung arbeitet derzeit mit den Bundesländern und Interessengruppen intensiv an einer Reform des Medizinstudiums. Allen Beteiligten ist klar: Die ambulante Versorgung steht vor tiefgreifenden Umwälzungen. Ihr Stellenwert muss in der Ausbildung gestärkt werden. Ein Bericht von Sabine Grüneberg.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, fortschreitenden Ärztemangels und einer alternden Ärzteschaft, wollen Bundesregierung und Länder den Entwicklungen mit einem „Masterplan Medizinstudium 2020“ begegnen. Seit Anfang der Legislaturperiode sind das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) beauftragt, Vorschläge zur Optimierung des Studiums zu entwickeln. Im Frühjahr 2016 sollen sie der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Auch die KBV wurde in den Entwicklungsprozess einbezogen. Nach einer schriftlichen Stellungnahme konnte sie in einer zusätzlichen Anhörung ihre Positionen noch einmal bekräftigen.

### Reform des Auswahlverfahrens

Bislang gilt für die knapp 10.000 Studienplätze in deutschen Hochschulen ein Numerus Clausus (NC) von 1,0. Rund 20 Prozent werden nach NC vergeben, weitere 20 Prozent nach Wartezeit. Zwar liegen den restlichen 60 Prozent der Plätze eigene Auswahlverfahren der Hochschulen zugrunde, die weitere Gesichtspunkte berücksichtigen, jedoch hat auch hier die Abiturnote hohes Gewicht. Weil aber nicht jeder Einserschüler zwangsläufig ein guter Arzt zu werden verspricht, schlägt die KBV geeignete Auswahlverfahren vor, die den Fokus weg von der Studierfähigkeit, hin auf die Berufsausübungsfähigkeit lenken. International sind solche Assessments längst etabliert.

### Bonus für Berufsausbildung

Nach KBV-Sicht sollten in diesem Zuge auch Bewerber mit medizinischer Vorbildung oder einer abgeschlossenen Heilberufsausbildung noch mehr als bisher berücksichtigt



werden, etwa in Form eines Bonus auf NC und Wartezeit. Auch die Herkunft aus einer ländlichen Region könnte so Eingang in das Auswahlverfahren finden. Studien beweisen: Wer vom Land kommt, geht auch mit größerer Wahrscheinlichkeit nach seiner Ausbildung zurück aufs Land. In Australien wurden Zulassungskriterien entwickelt, die diesen wissenschaftlich bedeutenden Einflussfaktor berücksichtigen.

### Allgemeinmedizin stärken

Um mehr Ärzte zu gewinnen, die später ambulant tätig werden wollen, plädiert die KBV außerdem dafür, grundversorgende Ausbildungsinhalte und -strukturen zu stärken. Hierzu gehören eine höhere Gewichtung allgemeinmedizinischer Prüfungsinhalte, sowie die Einführung kompetenzbasierter Curricula und Prüfungsmethoden. Die Einrichtung allgemeinmedizinischer Lehrstühle ist in den vergangenen Jahren gut voran gekommen, rund 30 von 37 Fakultäten haben Lehrstühle oder Institute etabliert. Die Lehre steht damit dichter an der Versorgungsrealität: Jährlich fallen ambulant 518 Millionen Behandlungsfälle an – 30 Mal mehr als im Krankenhaus.

Um Studierende schon früh mit der primärärztlichen Versorgung vertraut zu machen, könnten Langzeit-Praktika mit regelmäßigen Anwesenheitstagen pro Semester in einer ambulanten Praxis etabliert werden.

### Neugestaltung des PJ

Die KBV schließt sich der Empfehlung des Wissenschaftsrates an, der eine Erweiterung des Praktischen Jahres (PJ) in Quartale befürwortet. Derzeit wird es in Tertiale unterteilt – abzuleisten in Innerer Medizin, Chirurgie und einem Wahlfach. Um die tatsächliche Versorgungsrealität adäquat abzubilden, hielte es die KBV für sinnvoll, in diesem Zuge ein Pflichtquartal ambulante Versorgung einzuführen. Generell wäre die Aufteilung des PJ in zwei ambulante und zwei stationäre Einheiten angemessener. Außerdem fordert die KBV die Regelung der Aufwandsentschädigung im stationären PJ auch für den ambulanten Bereich. Nur wenn gleichwertig vergütet wird, wird die Praxis zur Option.

#### → weitere Informationen

Mehr zu allgemeinmedizinischen Praktika: [www.kv-on.de/html/3287.php](http://www.kv-on.de/html/3287.php)

## X-RAY – der Durchblick von Dipl.-Med. Regina Feldmann

### Schlüssel zur Versorgung von morgen: die Aus- und Weiterbildung von heute

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz sind die Weichen gestellt für eine verbesserte ambulante Weiterbildungsförderung. Mehr Stellen und ein höheres Budget sollen dafür sorgen, dass der Beruf des Hausarztes auch für den Nachwuchs wieder attraktiv wird. Die KBV unterstützt und ergänzt diese Maßnahmen.

künftig 1.000 Weiterbildungsstellen zur Verfügung gestellt werden – eine notwendige Reaktion auf die Ambulantisierung der Medizin und eine Konsequenz aus der heutigen Versorgungsrealität. Viele Behandlungen werden im Krankenhaus heute gar nicht mehr durchgeführt, sondern finden nur noch in der Praxis statt. Das ist beispielsweise in der Augenheilkunde und der Dermatologie der Fall. Bei der Auswahl der zu fördernden Fachgruppen sollten jeweils regionale Handlungsspielräume berücksichtigt werden – auch hierüber wird aktuell noch verhandelt.

#### Der Trend zur Ambulantisierung muss sich auch im Studium wiederfinden

Ein weiterer Schritt muss sein, das Fach Allgemeinmedizin bereits während des Studiums zu stärken. Bislang ist lediglich ein zweiwöchiges Blockpraktikum verpflichtend vorgesehen – viel zu wenig für einen Bereich, in welchem später circa die Hälfte der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen tätig sind. Die KBV unterstützt den Vorschlag, das PJ in vier Teile auszuweiten und ambulante Pflichtquartale zu integrieren. Das würde den Studierenden einen echten Einblick zum Beispiel in die hausärztliche Versorgung ermöglichen. Mit einer Aus- und Weiterbildung, die ausschließlich in der Klinik stattfindet, funktioniert das nicht. Im Falle eines Pflichtquartals Allgemeinmedizin können angehende Me-

diziner nicht nur Ihre eigenen Kompetenzen austesten, sondern die Vielfalt der medizinischen Versorgung in der Praxis kennenlernen.

#### Einblick in die Praxis

Umfragen zeigen, dass Studierende aufgrund der fehlenden praktischen Erfahrung oftmals nur ein undeutliches Bild von der Niederlassung und von der hausärztlichen Tätigkeit haben. Daneben belegen die Ergebnisse einer Befragung der KBV in Zusammenarbeit mit der Universität Trier aus dem Jahr 2014, dass 34,5 Prozent der Studierenden sich durchaus vorstellen können, später hausärztlich tätig zu sein. Umso wichtiger ist daher der Einblick in die ambulante Versorgung schon während des Studiums. Die Versorgungsrealität ist nicht mehr die gleiche wie vor 30 Jahren und dazu gehört auch eine veränderte Vorstellung des Berufes als Hausarzt. Darum nimmt die KBV die Belange und Wünsche der Niedergelassenen sowie des Nachwuchses ernst. Mit der Fortführung der Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ gibt sie dem Wunsch vieler junger Mediziner nach einer echten Arzt-Patienten-Beziehung ein Gesicht. Ein wesentlicher Bestandteil der Kampagne ist die Webseite [lass-dich-nieder.de](http://lass-dich-nieder.de), welche erstmalig jungen Studierenden und Weiterzubildenden eine umfassende Plattform bietet, sich rund um die ambulante Aus- und Weiterbildung und die Tätigkeit als Vertragsarzt im KV-System zu informieren.

Die ambulante Versorgung in Deutschland bleibt auch in Zukunft eine Herausforderung: Einer älter werdenden Gesellschaft steht eine sinkende Zahl von Hausärzten gegenüber. Das betrifft nicht nur die ländlichen Regionen, in denen der Ärztemangel bereits heute spürbar ist. Auch in bestimmten Stadtbezirken der Ballungszentren zeigen sich die Probleme. So hat jeder zweite Arzt Schwierigkeiten, einen Nachfolger für seine Praxis zu finden. Dieser Entwicklung entgegenzuwirken, muss auch weiterhin an oberster Stelle auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen. Die KBV begrüßt daher die Maßnahmen zur ambulanten Weiterbildungsförderung, die im Versorgungsstärkungsgesetz 2015 aufgenommen worden sind. Sie sind der richtige Schritt um die ambulante Weiterbildung zu stärken. Die Vergütung für Ärzte und Ärztinnen wird im Laufe dieses Jahres auf das Niveau im stationären Bereich angehoben. Die gegenwärtige Höhe des Zuschusses von 3.500 Euro führte bislang zu Ungleichheiten in der Vergütung zwischen Klinik und Praxis. Die Neuregelung schafft damit den längst überfälligen Ausgleich, um die ambulante Weiterbildung für junge Mediziner attraktiver zu machen. Die Zahl der förderfähigen Weiterbildungsstellen wird auf 7500 (bisher 5000) erhöht. Die KBV begrüßt zudem, dass nun auch für weitere Facharztgruppen

Vertreterversammlung

## Grundsteine für einen Neuanfang

Die erste KBV-Vertreterversammlung des Jahres verlief im Sinne des neu gefundenen „Geistes der Verständigung“. Die Delegierten zeichneten Wege für die Positionierung der Niedergelassenen im Vorfeld der Bundestagswahl 2017 auf. Erstmals wurde mit neuer Gewichtung abgestimmt. Sabine Grüneberg berichtet.



Gut gelaunt und voller Tatendrang: KBV-Vorstände Dipl.-Med Regina Feldmann und Dr. Andreas Gassen, VV-Vorsitzender Hans-Jochen Weidhaas und sein Stellvertreter Dr. Dieter Haack auf einer Pressekonferenz am Rande der Vertreterversammlung.

„Inhaltliche Neubestimmung“, „Verantwortung für die Zukunft des KV-Systems“ und „Verständigung“ waren die drei Schlagworte, die die Vertreterversammlung (VV) der KBV am 4. März in Berlin bestimmten. „Das KV-System ist mehr als eine bloße Verwaltungseinrichtung, das KV-System ist ein innovativer Ideengeber!“, schwor KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen die Mitglieder in seiner Rede auf die anstehenden Herausforderungen ein. Er ließ keinen Zweifel daran, dass er mit der KBV als solcher auch wieder von der Politik wahrgenommen werden wolle.

### Vergangenheit wird aufgearbeitet

Zu den Querelen der Vergangenheit sagte er: „Wir leisten gemeinsam mit dem Vertrauensausschuss seit Monaten eine konsequente Aufarbeitung.“ Entsprechende Sicherungsmechanismen seien mittlerweile in der Geschäftsordnung der KBV niedergelegt und Strukturen einer vertrauensfördernden Zusammenarbeit in den Gremien der VV geschaffen worden. „Ich

bin dankbar, dass die Vergangenheitsbewältigung nicht mehr in der Öffentlichkeit ausgetragen wird, sondern in den Gremien, die dafür vorgesehen sind“, so Gassen.

### KBV 2020

Auch KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann trat dafür ein, die Fragen der Zukunft in den Blick zu nehmen. Sie sprach vom „Geist der Verständigung“, der die Klausursitzung im Vorfeld der VV bestimmt habe, „jetzt dürfen wir nicht nachlassen!“ Auch Gassen bezog sich auf das Klausurwochenende, an dem sich die Delegierten getroffen hatten, um inhaltlich an der Aufstellung des KV-Systems bis 2020 zu arbeiten: „Wir konnten im großen Kreis erleben, was wir aus kleinen Arbeitsgruppen kennen und schätzen: das Ringen um die beste Lösung in einer kollegialen und fairen Diskussion.“ Der VV-Vorsitzende Hans-Jochen Weidhaas meinte am Rande der Versammlung: „Wir haben den Geist herübergerettet.“ Er sei zuversichtlich, dass man den Schwung

in die Beratungen der nächsten Klausursitzung im April mitnehmen könne.

### Drei Zukunftsthemen

Einer der Grundsteine für die Positionierung des KV-Systems in den kommenden Jahren ist die koordinierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. „Wir müssen die Patienten unterstützen, sich in einer komplexer werdenden Gesundheitsversorgung zurechtzufinden“, sagte Gassen. Patienten seien zunehmend Gesundheitskonzernen und aggressiver Werbung ausgesetzt. Wer heute keine Fitness-App nutze oder seine Gesundheitsdaten per Internet an die Krankenkassen übermittle, erscheine schon fast anachronistisch. „Für die Industrie ist der Patient nur ein lukrativer Kunde, bei uns ist und bleibt er in erster Linie Patient“, betonte Gassen. Das sei das große Plus einer Körperschaft. Die KV müsse an den Versicherten kein Geld verdienen. Feldmann ergänzte: „Was wir brauchen, ist ein Konzept eindeutiger Versorgungspfade, auch um das Verhältnis

von hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich klarer zu definieren.“ Sie will dafür auch stärker auf die Kassen zugehen. Der nächste Schritt müsse sein, mit den Krankenkassen Schnittmengen von Interessen zu definieren und gemeinsam in die politische Diskussion einzubringen. „Erst wenn wir solche klaren Versorgungspfade anbieten können, hört die Politik endlich auf, über die Öffnung der Krankenhäuser nachzudenken.“

### Neues Tarifmodell

Ein Ergebnis, sagte sie weiter, könne ein völlig neues Tarifmodell sein, das die Versorgung deutlich effizienter und patientenorientierter organisiert als bisher. Gassen erklärte dazu: „Denkbar erscheint uns auch, dass Patienten, die selbst über ihre Inanspruchnahme entscheiden wollen, die daraus resultierenden finanziellen Mehrbelastungen für das System über einen finanziellen Zusatzbeitrag auffangen könnten.“ Allerdings sei dies alles noch Inhalt zu führender Diskussionen. Erste Ergebnisse erwarten die KBV-Vorstände für die April-Sitzung, ein Papier zu den Positionen der KBV 2020 ist für die öffentliche VV im Mai in Hamburg im Rahmen des Deutschen Ärztetags angestrebt.

### Verhältnis ambulant – stationär

Zur Diskussion um das Verhältnis zwischen den Sektoren stellte Feldmann zufrieden fest: „Wir haben die Scheuklappen in der Diskussion abgelegt.“ Die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den Kliniken sei in vielen Bereichen sinnvoll und mit intelligenten Konzepten bereichernd. Allerdings plädiert sie für einen Wettbewerb mit gleich langen Spießen. „Diese Fairness vermissen wir manchmal noch“, ergänzte Gassen in Anspielung auf ein kürzlich veröffentlichtes Gutachten über die Situation der niedergelassenen Onkologen. Er zeigte auf, welche Konsequenzen die derzeitige Politik der Öffnung von Kliniken für die ambulante Versorgung zur Folge hätte: „Etliche Millio-

nen Euro sind in die Kliniken geflossen, die Zahl der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle nimmt stetig zu. Wenn die Kliniken sich am Ende die Rosinen herauspicken können, schwächt das die ambulanten Fachärzte.“ Die Folge sei eine Ausdünnung der Versorgungslandschaft mit dem absurden Effekt, dass sich weniger Fachärzte für die Niederlassung entscheiden. Dies wiederum könnte von der Politik als Argument genutzt werden, die Kliniken noch weiter für die ambulante Versorgung zu öffnen. Dann würde sich perspektivisch auch für die Hausärzte die Lage zuspitzen. Sie wären dann mehr oder weniger allein für die flächendeckende Versorgung zuständig. „Ihnen fehlen dann die fachärztlichen Kollegen für kooperative Diagnose- und Therapieentscheidungen und die komplementäre Behandlung. Ein solcher Teufelskreis kann nicht gewollt sein.“ Gassen betonte: „Die KBV begrüßt sektorenübergreifende Versorgung. Aber bei allem muss weiterhin der Grundsatz gelten: ambulant vor stationär.“ Dieser sei erwiesenermaßen nicht nur

kostengünstiger, sondern auch risikoärmer und humaner im Sinne einer eigenen Arzt-Patienten-Beziehung.

### Nachwuchssicherung

Als dritten Grundstein des Programms 2020 nannte Feldmann „die Herkulesaufgabe, die nachrückende Medizinergeneration dafür zu motivieren, in die Versorgungsbereiche zu gehen, in denen wir schon heute deutliche Nachwuchsprobleme haben.“ In den Fragen zur Aus- und Weiterbildung komme die KBV gut voran. So wurde in bislang neun Sitzungen mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Thema Weiterbildung erörtert. Ein Vertragsabschluss ist im zweiten Quartal dieses Jahres vorgesehen.

KBV-Chef Gassen sprach vom großen Dampfer KBV-System, vor dem ein wichtiges Jahr liege. „Unsere Stimme wird nur dann gehört, wenn wir klare Vorschläge unterbreiten und geschlossen auftreten. Dass wir das können, haben wir bewiesen. Lassen Sie uns gemeinsam dafür sorgen, dass unsere Einfahrt in den Hafen gelingt.“

## KBV-Vertreterversammlung stimmt erstmals paritätisch ab

„Am Anfang ruckelte es noch“, erklärte VV-Vorsitzender Hans-Jochen Weidhaas in der Mittagspause den wartenden Journalisten, „aber wir haben es hingekriegt“. Erstmals wurde die gesetzliche Vorgabe, künftig Stimmen von Haus- und Fachärzten in der Abstimmung paritätisch zu gewichten, angewendet.

Fortan zählt die Stimme eines hausärztlichen Delegierten 1,15 und die Stimme eines Facharztes 0,88. Um sie auszuzählen hatten die Wahlhelfer ihre liebe Mühe.

Auch die Frage, wie man dabei sicherstelle, dass eine geheime Wahl geheim bliebe, sorgte für Unruhe. Ebenso wie die Tatsache, dass künftige Ergebnisse mit Nachkommastellen veröffentlicht werden müssten und wie der Öffentlichkeit eigentlich vermittelbar sei, dass ein Antrag möglicherweise mit 25,15 zu 25,55 Stimmen abgelehnt wurde.

Unter den Delegierten herrschte Pragmatismus, entsprechend den Vorgaben abzustimmen. Dennoch beschlossen sie, die Klage gegen die Ersatzvornahme von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe aufrecht zu erhalten.

Die Delegierten einigten sich auf einen Koordinierungsausschuss, der bei Abstimmungen darüber entscheidet, ob es sich um rein hausärztliche oder rein fachärztliche Themen oder gemeinsame Anliegen handelt. Besetzt wurde er mit je fünf Vertretern jeder Versorgungsebene. Beratend sitzen die Mitglieder des KBV-Vorstands und des VV-Vorstandes bei.

Vereinbarung

## KBV engagiert sich gegen Kindesmissbrauch

Die KBV und der Missbrauchsbeauftragte der Bundesregierung haben eine gemeinsame Vereinbarung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellem Missbrauch unterschrieben. Verbunden damit ist auch eine Botschaft an die Ärzteschaft. Kristin Kahl berichtet.

Die KBV hat ihr Engagement gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen bekräftigt. Gemeinsam mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) unterzeichneten der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen und Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann im Januar eine Vereinbarung, in der Präventions- und Interventionsmaßnahmen für ärztliche und psychotherapeutische Praxen festgehalten wurden. „Der Schutz vor sexueller Gewalt ist eine Aufgabe, die die volle Unterstützung aller gesellschaftlichen Gruppen braucht“, so Gassen. „Ärzte und Psy-



Nach der Unterzeichnung: der Unabhängige Beauftragte Johannes-Wilhelm Rörig mit den beiden KBV-Vorständen.

chotherapeuten übernehmen dabei eine Schlüsselrolle.“ Niedergelassene sollen künftig noch stärker für das Thema sensibilisiert werden. Über die Einbindung und Information der Vertragsärzte und -psychotherapeuten sollen diese sich Kompetenzen aneignen, um erste Anzeichen eines sexuellen Missbrauchs zu erkennen und im Verdachtsfall entsprechend handeln zu können. Der Unabhängige Beauftragte Johannes-Wilhelm Rörig begrüßte das Engagement der KBV und betonte, dass Praxen ein vertrauensvoller Ort sowohl für junge Patienten mit Gewalterfahrung als auch für deren Angehörige sein müssen.

### Besser vernetzen

Rörig geht von rund einer Million betroffener Kinder und Jugendlicher in Deutschland aus, die unterschiedlichen Formen von Gewalt ausgesetzt sind. Um die Datenlage über sexuellen Kindesmissbrauch zu verbessern und eine internationale Vergleichbarkeit zu schaffen, beauftragte der USBKM unter anderem ein Forscherteam des Universitätsklinikums Ulm damit, eine schriftliche Expertise zu erstellen. Außerdem entwickelte er gemeinsam

mit dem Beirat sowie Beteiligten aus der Wissenschaft einen „Forderungskatalog Forschung“. Die darin festgehaltenen Eckpunkte sollen Wissenschaft und Praxis stärker vernetzen. So will man beispielsweise Forschungsergebnisse vermehrt in Aus-, Fort- und Weiterbildung integrieren, wobei die Grundlage dafür überregional ver-

bindliche Curricula und klar definierte Lehranteile in Studium und Ausbildung wären. Auch sollen Erfahrungen aus dem Praxisalltag in die Forschung aufgenommen werden. Nicht zuletzt ist die Politik dazu angehalten, strukturelle Veränderungen anzuregen und finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

### Appell an Niedergelassene

Mit der Unterzeichnung der Vereinbarung verpflichtet sich die KBV, alle Möglichkeiten zu nutzen, um Kindern und Jugendlichen Schutz und Hilfe bei sexualisierter Gewalt anzubieten. Sie will vor allem die Wahrnehmung potenziellen sexuellen Missbrauchs stärken. Hier seien insbesondere auch die Hausärzte gefragt, so Feldmann. Ihr Appell an die Kolleginnen und Kollegen lautet daher, „den ohnehin schon guten Austausch mit Mitarbeitern der Jugendhilfe oder auch mit Ärzten in Qualitätszirkeln noch intensiver zu gestalten.“



Der Flyer für Praxen kann über folgenden Link bestellt werden: <https://store.kein-raum-fuer-missbrauch.de/ubk/UserEditPrinting.aspx> (Quelle: USBKM)

→ weitere Informationen  
[www.kein-raum-fuer-missbrauch.de/](http://www.kein-raum-fuer-missbrauch.de/)  
[www.kbv.de/html/1150\\_20758.php](http://www.kbv.de/html/1150_20758.php)

EU

## Korps für Notfälle

*Berlin (ah)* – Die Europäische Union hat ein medizinisches Notfallkorps gegen weltweite Epidemien eingerichtet. Schon während der Ebola-Krise im vergangenen Jahr war dies unter anderem von der Bundesärztekammer gefordert worden. Ein staatlich organisiertes medizinisches Hilfswerk sei notwendig, um gemeinsam mit Nichtregierungsorganisationen die gesundheitliche Versorgung in Krisengebieten schnell und unbürokratisch unterstützen zu können. Auch der Bundesärztag stellte 2015 eine solche Forderung an die Bundesregierung, um in Krisengebieten medizinische Soforthilfe mit entsprechend ausgebildetem Gesundheitspersonal leisten zu können. Die Bundesärztekammer kündigte an, sich weiter für die Pandemieprävention und -bekämpfung engagieren zu wollen.

Telemedizin

## Erste Leistung im EBM

*Berlin (ah)* – Ab dem 1. April 2016 können telemedizinische Leistungen erstmals nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden.

Im Dezember 2015 beschloss der erweiterte Bewertungsausschuss die Aufnahme der Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie als telemedizinische Leistung in den EBM. Voraussetzung für die Abrechnung ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle. Diese wollen KBV und Krankenkassen bis Ende Oktober 2016 überarbeiten. Bis dahin sollen auch die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die telemedizinische Funktionsanalyse in einer gesonderten Vereinbarung festgelegt werden.

Ärztemonitor

## Neue Befragung gestartet

*Berlin (ah)* – Für den dritten Ärztemonitor werden seit Februar über 10.000 zufällig ausgewählte niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten zu ihrer Arbeitssituation befragt. Die telefonische Umfrage wird im Auftrag der KBV in Kooperation mit dem NAV-Virchowbund vom Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) durchgeführt. Sie enthält beispielsweise Fragen zur Einstellung gegenüber dem Beruf oder zur Einkommenszufriedenheit. Dadurch soll ein aktuelles Bild über die reale Situation der Niedergelassenen in Deutschland

entstehen und die berufspolitische Arbeit stärker an den Bedürfnissen der Ärzte und Psychotherapeuten ausgerichtet werden.



(Foto: ©Picture-Factory/fotolia.com)

Asylpaket II

## Psychotherapeuten kritisieren Gesetz

*Berlin (ah)* – Ende Februar stimmte der Bundesrat dem vom Bundestag verabschiedeten Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren („Asylpaket II“) zu. In einer Resolution kritisierte die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) verschiedene Inhalte des Gesetzes. Posttraumatische Belastungsstörungen etwa zählen laut Asylpaket II nicht mehr zu den schwerwiegenden Erkrankungen, die eine Abschiebung verhindern können. Der Berufsverband sieht darin „eine Diffamierung psychischer Erkrankungen und eine Abwertung der sie behandelnden Psychotherapeuten und Ärzte“. Fortan soll jeder Arzt psychische Erkrankungen feststellen können, was die bislang notwendige psychotherapeutische oder fachärztliche Begutachtung überflüssig macht. Die DPtV sei besorgt, dass die Bedeutung der psychischen Gesundheit für den Integrationsprozess unterschätzt werde.

BMG-Entscheidung

## Arzneimittelpreise weiter eingefroren

*Berlin (ah)* – Die Preise für Medikamente in Deutschland dürfen seitens der Pharmaindustrie weiterhin nicht angehoben werden. Dies entschied das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund der gestiegenen Arzneimittelausgaben bei seiner jährlichen Überprüfung. Bis vorerst Ende 2017 bleiben die Medikamentenpreise damit auf dem Stand vom 1. August 2009 eingefroren. Auch die gegenüber den Krankenkassen zu gewährenden Herstel-

lerrabatte bleiben in diesem Jahr unverändert. Auf diesem Weg soll einer weiteren Erhöhung des Zusatzbeitrages der gesetzlichen Krankenkassen

(Foto: ©SSilver/fotolia.com)

entgegengewirkt werden. Im vergangenen Jahr sind

laut Bundesvereinigung der deutschen Apothekerverbände die Ausgaben um rund fünf Prozent auf 32,9 Milliarden Euro gestiegen. Als ein Grund für die Kostensteigerung gelten teure innovative Arzneimittel, beispielsweise zur Behandlung von Hepatitis C.



Interview mit Dr. Thomas Fischbach, langjähriges Mitglied der Vertreterversammlung

## „Die derzeitigen Schlachten tören junge Leute ab“

Wahlen werfen ihre Schatten voraus. 2016 bestimmen die niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten ihre Delegierten für die regionalen KV-Vertreterversammlungen (VV). Aus deren Mitte werden 2017 die Vertreter für die KBV-VV gewählt, das höchste Entscheidungsgremium der ärztlichen Selbstverwaltung auf Bundesebene. Sabine Grüneberg sprach mit Thomas Fischbach über Satzungsprobleme, den Eingriff durch Ersatzvornahme, interne Querelen und die Hoffnung auf den Nachwuchs.

**Herr Dr. Fischbach, Gratulation, Sie sind seit November Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). Was steht ganz oben auf Ihrer Agenda?**

Dr. Thomas Fischbach: Unser Ziel ist es, die Zusammenarbeit zwischen den Haus- und Fachärzten und den Berufsverbänden zu verbessern. Auch die Arbeit an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie ist uns wichtig. Die neuen Morbiditäten, wie etwa soziogene Entwicklungsstörungen, erzwingen eine andere Arbeitsweise und verlangen den Schulterschluss mit allen Kinder und Jugendliche behandelnden Berufsgruppen. Am Herzen liegt uns auch die finanzielle Förderung der ambulanten pädiatrischen Weiterbildung.

**Sie sind langjähriges Mitglied der VV. In welcher Funktion haben Sie nun mehr Macht: als Präsident des BVKJ oder als Delegierter in der KBV-VV?**

Den Begriff Macht würde ich nicht verwenden. Als Vertreter in der VV geht es mir um Interessenvertretung. Die KBV-Vertreterversammlung ist ein wichtiges Gremium, in dem man an den Stellen Einfluss nehmen kann, an denen die Konzepte erarbeitet werden.

**Sie haben angekündigt, dass Sie für eine weitere Amtsperiode nicht mehr zur Verfügung stehen werden. Warum?**

Es liegt an der Arbeitsbelastung. Ich kann dauerhaft nicht beide Funktionen ausüben. Ich habe auch noch eine Praxis und eine Familie. Es ist – um Gerüchten zuvorzukommen – nicht so, dass ich keine Lust mehr hätte,



Foto: bvkj

Dr. Thomas Fischbach ist Kinder- und Jugendarzt in Solingen, seit acht Jahren Mitglied der KBV-Vertreterversammlung und seit Kurzem Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ).

auch wenn ich in letzter Zeit öfter den Kopf schütteln musste über die Vorcombeisse rund um die ärztliche Selbstverwaltung.

**Sie sind der einzige Kinder- und Jugendarzt in der KBV-VV. Wenn Sie aufhören, wer wird dann die Interessen dieser Berufsgruppe vertreten?**

Das ist ein Problem. Die Interessen der Kinder und Jugendlichen haben die Kollegen oftmals nicht auf dem Schirm. Die Priorität im hausärztlichen Bereich liegt eher am anderen Ende des Lebens. Deshalb müssten wir mal über so etwas wie Minderheitenrepräsentanz sprechen. Immerhin vertreten die Kinder- und Jugendärzte eine gesamte Bevölkerungsgruppe!

Das macht eine angemessene Vertretung im KV-System erforderlich.

**Werden Sie gezielt Nachfolger suchen?**

Selbstverständlich werde ich versuchen, junge Kollegen zu motivieren, sich zur Wahl zu stellen. Doch wie Sie wissen, besteht die KBV-VV aus ehrenamtlichen und hauptamtlichen Vertretern (siehe Kasten, Anm.d.Red). Einen hauptamtlichen Pädiater hat es noch nie gegeben. Also geht die Schiene nur über das Ehrenamt und damit nur über eine der großen KVen, die mehr als zwei Vertreter schicken dürfen. Das ist eine systemimmanente Problematik. Berufsgruppen, die nicht vertreten sind, werden immer angewiesen sein auf den Goodwill der delegierten Kollegen. Sowohl im fachärztlichen als auch im hausärztlichen Versorgungsbereich. Ich hoffe hier auf eine entsprechende Unterstützung durch die übrigen Haus- und Facharztgruppen.

**Wären Sie demnach dafür, die Modalitäten der Zusammensetzung der KBV-VV zu ändern? Es gab ja schon Vorschläge, das Gremium nur noch mit ehrenamtlichen Berufsgruppenvertretern zu besetzen...**

So eine Trennung halte ich für unklug. Damit besteht die Gefahr, dass die KBV-VV zur Spielwiese für Ehrenamtler wird, die sich dort um ihre Partikularinteressen zanken dürfen, aber die richtige Politik geschähe dann wohl an anderen Stellen im KV-System.

**Haben Sie einen anderen Reformvorschlag?**

Darüber könnten wir den ganzen Tag sprechen. Dann fangen wir damit an,

## Die KBV-Vertreterversammlung

Das höchste Entscheidungsgremium der KBV ist die Vertreterversammlung. Sie hat 60 Mitglieder, die sich aus jeweils zwei Vorstandsmitgliedern der KVen und ehrenamtlichen Ärzten sowie Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammensetzen: 25 Fachärzte, 24 Hausärzte, 6 Psychotherapeuten und 5 Mitglieder, die weder Arzt noch Psychotherapeut sind. Die ehrenamtlichen Mitglieder werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für sechs Jahre gewählt und in die KBV-Vertreterversammlung entsandt.

**Aufgaben:** Die Vertreterversammlung wählt und kontrolliert den KBV-Vorstand, der aus einem haus- und einem fachärztlichen Mitglied besteht. Sie bestätigt die bestellten Mitglieder für den Gemeinsamen Bundesausschuss und beschließt die Übernahme wichtiger Entscheidungen und Aufgaben im Selbstverwaltungssystem.

dass die KBV-VV formell ja überhaupt nicht die Vertretung der Fachgruppen „Hausärzte“ oder „Fachärzte“ ist, sondern die Vertretung der regionalen KVen auf Bundesebene. Deshalb können Sie mein Argument mit der Minderheitenrepräsentanz immer aushebeln, weil dann gesagt wird, dass der Allgemeinarzt in der VV ja nicht die Allgemeinärzte vertreten soll und der Facharzt nicht die Fachärzte, sondern von seiner regionalen KV entsandt ist, um den regionalen Interessen Gehör zu verschaffen. Aber es gibt eben doch Tendenzen. Man zieht seinen Mantel aus, wenn man in ein Haus geht, aber man macht sich nicht nackt.

**Um diese Problematik aufzulösen, hat der Bundestag im vergangenen Juni eine Änderung der Abstimmungsmodalitäten zwischen Haus- und Fachärzten verlangt. Beide Gruppen sollen in der KBV-Vertreterversammlung paritätische Stimmengewichte erhalten...**

...wogegen ja nichts einzuwenden wäre.

**Der Satzungsausschuss hat mit dem KBV-Vorstand daraufhin der Vertreterversammlung mehrere Änderungsvorschläge gemacht...**

...die alle abgelehnt wurden. Ein kompliziertes Abstimmungsverfahren, in dem vor jeder gemeinsamen Abstimmung für jedes Mitglied die Stimmenanzahl und ihre Entsprechung errechnet werden muss, die dann mit einem Quotienten gemessen an der Gesamtzahl der anwesenden Mitglieder zugeordnet wird, erhielt keine Mehrheit. Man kann darüber

streiten, ob es sinnvoll ist, wenn die Stimme eines Facharztes nur 0,88 zählt und die Stimme des Hausarztes 1,15. Aber ob es andererseits so clever ist, sich mit dem Minister anzulegen, wage ich zu bezweifeln.

**Bundesgesundheitsminister Gröhe zog im Januar Konsequenzen und erzwang diese Parität per Ersatzvornahme. Sie sind Mitglied des Satzungsausschusses, wie stehen Sie dazu?**

Mir gefällt das alles nicht. Gröhe hätte gar nicht anders handeln können. Wir haben damit gerechnet. Aber ob es von der Vertreterversammlung so clever war, das Ding drei Mal abzulehnen ... letztendlich steht jetzt ja nicht viel anderes drin, als das, was der VV vorgeschlagen wurde. Dafür einen Streit mit dem Ministerium zu führen, den man im Zweifel verlieren wird, ist nicht nur nicht besonders klug, sondern eine Imageschädigung für das ganze KV-System!

**Sie haben dazu einmal gesagt, „man kann den Kreis nicht quadrieren ...“**

Wir sollen ein Problem lösen, das nicht lösbar ist. Die Trennung Hausarzt-Facharzt ist ein Konstruktionsfehler. Man kann den Patienten nicht teilen in einen fachärztlichen und einen hausärztlichen Teil, weil es keinen halben Patienten gibt!

**Was muss jetzt passieren?**

Ich kann nur an alle appellieren, sich als gemeinsame Vertretung der Ärzte in Deutschland zu verstehen. Das setzt voraus, dass man die Interessen

anderer noch wahrnimmt. Schauen Sie sich den GKV-Spitzenverband an. Dort fliegen hinter verschlossenen Türen sicher auch die Fetzen. Aber nach außen treten die wie ein Monolith auf. Diese Professionalität wünsche ich mir für die KBV.

**Wie ist Ihre Bilanz nach acht Jahren Mitgliedschaft? Konnten Sie etwas bewegen?**

Ich habe immer offene Ohren gefunden – ob auf Arbeitsebene oder mit dem Vorstand. Ich möchte keine negative Bilanz ziehen. Enttäuscht bin ich über das, was sich in der letzten Zeit im KBV- und KV-System abspielt. Wobei ich die Schuld nicht an Einzelnen festmachen würde. Ob Menschen miteinander können, hängt eben von den Menschen ab.

**Warum ist es wichtig sich berufständig zu engagieren?**

Als ich in der KV Nordrhein anfang, habe ich im beratenden Fachausschuss sehr schnell gesehen, dass es wichtig ist, dabei zu sein. Das gilt für die KVen, genauso wie auf der KBV-Ebene: Wenn kein Pädiater in der VV ist, werden auch keine pädiatrischen Interessen vertreten, ob bei den Honorarverhandlungen oder beim EBM. Ich stelle leider fest, dass die nachwachsende Generation sich immer weniger für solche Dinge einsetzt.

**Haben die Vertreterversammlungen ein Nachwuchsproblem?**

Ein junger Kollege sagte neulich zu mir: „Die Schlachten, die da derzeit in der Öffentlichkeit geschlagen werden, tören mich ab“. Darin sehe ich eine Gefahr. Wir müssen unser Ansehen wieder verbessern. Die ärztliche Selbstverwaltung ist alternativlos. Lassen wir uns weiter von der Politik regieren, werden wir uns zwischen parteipolitischen Fronten wiederfinden. Wir müssen das große Ganze wieder in den Blick nehmen, dafür sind wir gewählt. Wenn uns dies nicht gelingt, werden wir diese Dauerbaustelle behalten. Mal sehen wie lange die Politik dann noch Geduld hat.

Bedarfsplanung

## Ein Reformvorhaben – viele Eckpunkte

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht eine Reform der Bedarfsplanung vor. Hierzu bereitet der Gemeinsame Bundesausschuss ein wissenschaftliches Gutachten zur Weiterentwicklung der neuen Bedarfsplanung vor. Christian Grothaus berichtet über Einzelheiten.

Nach der Regionalisierung der Bedarfsplanung und der Anpassung der Planungsräume an den Spezialisierungsgrad der Fachgruppen im Jahr 2012 steht die aktuelle Bedarfsplanung vor einer erneuten Reform. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach nur zwei Jahren wieder damit beauftragt worden, die Bedarfsplanung grundsätzlich weiterzuentwickeln.

### Bezug zur Einwohnerzahl

Dabei steht insbesondere die Neujustierung einer angemessenen Einwohner-Arzt-Relation im Fokus. Die Reform soll nach dem Wunsch des Gesetzgebers bereits nächstes Jahr am 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Wegen grundsätzlicher Fragestellungen schaltet der G-BA der Diskussion um die Weiterentwicklung ein umfassendes wissenschaftliches Gutachten vor. Bis hier Ergebnisse vorliegen, will man in Einzelfragen parallel zum Gutachten vorankommen. So sollen beispielsweise zur besseren Steuerung der medizinischen Versorgung einzelne Arztgruppen weiter ausdifferenziert werden. Die Entwicklung in der Weiterbildung der Ärzte und die zunehmenden Spezialisierungen innerhalb einer Arztgruppe werden

damit künftig besser berücksichtigt. Mit Blick auf den gesetzlichen Auftrag zur Weiterentwicklung des Jobsharings in Praxen werden im G-BA ebenfalls Verbesserungen vorbereitet. Allen Jobsharing-Praxen soll künftig, sofern noch nicht erreicht, die Steigerung des Praxisumfangs auf den Fachgruppendurchschnitt möglich sein. Außerdem sollen Elemente der stationären Versorgung stärker berücksichtigt werden, wie etwa die Notfallversorgung.



### Beschluss aus Brüssel

## EU: Sicherheitsmerkmale für Arzneimittelverpackungen

Zukünftig müssen Arzneimittelverpackungen bestimmte Sicherheitsmerkmale aufweisen, um Arzneimittelfälschungen zu verhindern. Ein Bericht von Corina Glorius.

Patienten sollen besser vor gefälschten Medikamenten geschützt werden, die von niedriger Qualität sein können oder die falsche Dosierung von Wirkstoffen enthalten. Deshalb muss nach Beschlüssen der EU-Kommission künftig jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel ein individuelles Erkennungsmerkmal tragen, das in einem zweidimensionalen Barcode abgebildet wird.

Dieses individuelle Erkennungsmerkmal soll anhand einer standardisierten Datenstruktur und Syntax so kodiert werden, dass es überall in der Europäischen Union mit Hilfe weit verbreiteter Lesegeräte korrekt erkannt und dekodiert werden kann. Ziel ist



sicherzustellen, dass das Arzneimittel vom rechtmäßigen Hersteller stammt. Die Überprüfung der Unversehrtheit der Vorrichtung gewährleistet die Echtheit des Inhalts der Packung. Echtheit und Unversehrtheit werden dabei grundsätzlich am Beginn der Lieferkette zu dem Zeitpunkt überprüft, zu dem das Arzneimittel an die Öffentlichkeit abgegeben wird. Arzneimittel, bei denen ein höheres Fäl-

schungsrisiko besteht, werden zusätzlich von den Großhändlern entlang der gesamten Lieferkette überprüft. Aus Sicht der Europäischen Kommission ist die Einführung solcher EU-weiten Bestimmungen notwendig, da die Mechanismen zur Feststellung der Echtheit von Arzneimitteln aufgrund unterschiedlicher nationaler oder regionaler Rückverfolgungsanforderungen divergieren. Das schränke zum einen den Verkehr von Arzneimitteln ein und erhöhe zum anderen die Kosten für alle Akteure der Lieferkette. Die Verordnung gilt unmittelbar und setzt eine dreijährige Frist zur Umsetzung in Gang: Bis zum 9. Februar 2019 müssen die Vorgaben umgesetzt sein.

KV Berlin

## Notfallversorgung

*Berlin (ah)* – Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat bestätigt, dass Krankenhäuser nach geltender Rechtslage nur in Notfällen zur ambulanten Versorgung in Anspruch genommen werden dürfen. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin sieht sich damit in ihrer Rechtsauffassung bekräftigt – sie hatte Rettungstellen aufgefördert, Behandlungen während der üblichen Sprechzeiten ambulant tätiger Ärzte zu begründen. Andernfalls, so die Drohung, hätten die Kliniken mit Einschränkungen bei der Abrechnung ihrer Leistungen zu rechnen. Hierüber war ein Streit mit dem Berliner Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) entstanden, der zugunsten der Krankenhäuser argumentierte. Die Parlamentarische Staatsse-



cretärin im BMG, Annette Widmann-Mauz, bestätigte mit Verweis auf ein Urteil des Bundessozialgerichts die Sicht der KV Berlin. Sie betonte, dass regionale Bestimmungen der KVen zulässig seien.

KV Thüringen

## Erfolgreiche Förderung

*Erfurt/Gotha/Weimar (ah)* – Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Thüringen zieht eine positive Bilanz aus der Förderung der ärztlichen Versorgung in 2015. Durch Fördermittel des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, aber auch durch die gezielte Unterstützung von Medizinstudierenden und Ärzten in Weiterbildung konnten bestehende Arztsitze erhalten und freie neu besetzt werden. Nur noch sieben von 23 freien Sitzen für Psychologische Psychotherapeuten seien demzufolge unbesetzt.

Die Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen trägt ebenfalls zur Sicherstellung der Versorgung bei. Derzeit betreibt sie drei Praxen mit angestellten Hausärzten und bietet jungen Medizinerinnen, die in der ambulanten Versorgung arbeiten wollen, ein Förderpaket vom Studium bis zum Berufseinstieg. Dieses beinhaltet beispielsweise das Thüringen-Stipendium für Ärzte in Weiterbildung. Auch Famulaturen und Abschnitte des Praktischen Jahres in Arztpraxen werden gefördert.

KV Schleswig-Holstein

## Schmerztherapie im Bedarfsplan verankert

*Bad Segeberg (ah)* – In Schleswig-Holstein haben sich Kassenärztliche Vereinigung (KV) und Krankenkassen auf ein Konzept zur Gewährleistung der qualitätsgesicherten Versorgung von Schmerzpatienten geeinigt. Dieses beinhaltet unter anderem den Erhalt der Schmerztherapie als wesentli-

ches Versorgungsziel im Bedarfsplan. Frei werdende Sitze von Schmerztherapeuten sollen zielgerichtet wieder mit Ärzten nachbesetzt werden, die an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnehmen. Zudem wurde vereinbart, das schmerztherapeutische Leistungsangebot jährlich zu überprüfen. Soll-

KV Westfalen-Lippe

## Plakataktion

*Düsseldorf (ah)* – Die im Herbst 2014 gestartete Nachwuchskampagne der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe geht in die nächste Runde. Mehr als 100 landesweit verteilte Großflächenplakate sollen den Ärztenachwuchs mit dem Slogan „Ich will Ihr Nächster sein: und übernehme Ihre Praxis“ für eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung interessieren. Auf der eigens eingerichteten Website [www.praxisstart.info](http://www.praxisstart.info) finden junge Ärzte alle wichtigen Informationen für den Start in die ambulante Versorgung, etwa zu verschiedenen Kooperations- und Arbeitszeitmodellen. Auch Medizinstudierende können die Website nutzen, beispielsweise um mehr über die Fördermöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung schon während des Studiums zu erfahren. Von den rund 5.000 Ärzten in Westfalen-Lippe ist mittlerweile jeder dritte älter als 60 Jahre und dürfte in den kommenden Jahren nach einem Praxisnachfolger suchen. Gleichzeitig streben jedoch immer weniger Ärzte eine selbstständige Tätigkeit in ambulanter Praxis an.



ten mehr Ärzte für die Versorgung von Schmerzpatienten benötigt werden, sollen hierfür unabhängig vom Fachgebiet weitere Versorgungsaufträge ausgeschrieben werden. Bisher gibt es in Schleswig-Holstein 37 Ärzte, die an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnehmen.

## Terminservicestellen

## Reibungsloser Start

Seit mehreren Wochen läuft der Betrieb der sogenannten Terminservicestellen. In den ersten Wochen wurden bundesweit rund 10.000 Termine vermittelt. Über die bisherigen Ergebnisse, die Umsetzung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Einsatz des „eTerminservice“-Tools informiert Angélique Herrler.

Der Start der Terminservicestellen (TSS) zum 23. Januar 2016 verlief ohne Schwierigkeiten – das meldeten die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nach der ersten Woche Betrieb. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz hatten sie den Auftrag erhalten, Patienten mit dringlicher Überweisung über die TSS innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin zu vermitteln. KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen lobte die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben: „Die KVen haben die Terminservicestellen in kurzer Zeit aufgebaut und organisiert. Sie funktionieren sehr gut, wie bereits die erste Woche gezeigt hat.“ Das ändere allerdings nichts „an unserer grundsätzlichen Kritik an der fehlenden Notwendigkeit der Terminservicestellen. Im internationalen Vergleich haben wir in Deutschland sehr kurze Wartezeiten.“

### Mehrheitlich „Fehlanrufe“

Eine Umfrage unter den KVen zeigte, dass der Ansturm auf die TSS hinter den Erwartungen zurückblieb. Bundesweit wurden in den ersten Wochen rund 10.000 Termine vermittelt. Besonders auffällig waren „Fehlanrufe“, die die große Mehrheit der Anfragen ausmachten. Diese Anrufer erfüllten nicht die Bedingungen einer Terminvermittlung: Sie hatten entweder keine als dringlich gekennzeichnete Überweisung, waren Privatpatienten oder hatten allgemeine Fragen. Viele waren also über die Zuständigkeit und Möglichkeiten der TSS fehlinformiert. Die KBV hatte im Vorfeld mehrfach darauf hingewiesen, dass den Patienten kein „Wunschtermin bei einem Wunscharzt“ verschafft wird, sondern der nächstmögliche freie Termin bei einem Facharzt. Die KBV warnte, mit dem neuen Gesetz werde die freie

### Viele Wege zum Facharzt

Die Umsetzung der Terminservicestellen obliegt den einzelnen KVen, dementsprechend sind sie unterschiedlich organisiert. Einige der KVen konnten auf bereits bestehende Strukturen zurückgreifen. In Baden-Württemberg beispielsweise wurde die TSS an die Patienteninformation „MedCall“ angeschlossen. In Bayern übernahm die bestehende Tochtergesellschaft Gedikom GmbH die Terminservicestelle.

In Sachsen betreibt die KV bereits seit 2014 eine eigene Terminvermittlung für dringende Fälle, die auf der Überweisung vom Hausarzt mit „B“ gekennzeichnet sind. Hier müssen sich die Patienten zunächst ausdrücklich selbst um einen Facharzttermin bemühen und bei mindestens drei Fachärzten angefragt haben, bevor die KV vermittelt. Doch auch jenseits der TSS bestanden in anderen KVen zuvor schon Strukturen, um Patienten zu einem Facharzttermin zu verhelfen. Im Saarland etwa gibt es eine gut funktionierende Lösung. Hausärzte können für Patienten mit dringlichem Behandlungsbedarf ein einfaches Formular für ihre Facharztkollegen ausfüllen. Die KV Saarland ließ dieses Konzept der dringlichen Überweisung sogar wissenschaftlich auswerten: Im Durchschnitt mussten Patienten auf diesem Wege nur vier Tage auf einen Facharzttermin warten.

Und es gibt noch weitere Ansätze – so favorisiert die KV Sachsen-Anhalt Verträge mit Krankenkassen zur Überweisungssteuerung, wie sie sie beispielsweise mit der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK gesund plus und der Barmer GEK abgeschlossen hat.

Arztwahl des Patienten aufgegeben. Zudem sind Bagatellerkrankungen und Routineuntersuchungen von der Zuständigkeit der TSS ausgenommen. Allen Anrufern, die die Bedingungen erfüllten, konnten innerhalb der gesetzlichen Frist Termine vermittelt werden. Davon sagten nur wenige ihren Termin ab – etwa weil ihnen der Weg zur Praxis zu weit war oder sie einen anderen Arzt wünschten. Am stärksten waren Neurologen, Rheumatologen, Kardiologen, Radiologen und Ophthalmologen nachgefragt. Auf längerfristige Erfahrungen kann man in Sachsen zurückgreifen: Hier



(Foto: ©Gajus/fotolia.com)

ist schon seit 2014 ein Terminservice-telefon in Betrieb. Der KV Sachsen zufolge zeigte sich, „dass die Problematik, einen angemessen zeitnahen Facharzttermin zu erhalten, zwar existiert, aber längst nicht so groß ist, wie oft in der Öffentlichkeit dargestellt.“ Für ein bundesweites Fazit will die KBV Anfang Mai eine 100-Tage-Bilanz ziehen.

### eTerminservice unterstützt KVen

Die Umsetzung des Gesetzauftrags oblag den einzelnen KVen – die TSS sind daher regional unterschiedlich organisiert (siehe Kasten). Um die

KVen und die Arbeit der TSS zeitgemäß und effizient zu unterstützen, hat die KBV die KV Telematik GmbH (KVTG) mit der Entwicklung des „eTerminservice“ beauftragt. Hierbei handelt es sich um eine elektronische Plattform zur Verwaltung und Vermittlung von Facharztterminen. Auf dieser können Ärzte freie Termine zur Verfügung stellen, die dann wiederum von den TSS gesucht und gebucht werden können. Ob und wann Patienten mit Überweisung ermöglicht wird, selbst über den eTerminservice einen Facharzttermin zu buchen, ist weiterhin in Diskussion unter den KVen. Trotz sehr kurzer Vorlaufzeit wurde die Software fristgerecht fertiggestellt und ist seit Ende Januar bei zwölf KVen und in vielen tausend Arztpraxen in Betrieb. „Wir freuen uns über das Vertrauen der KVen und darüber, dass wir den knappen Zeitplan von nur sechs Monaten für die Konzeption, Entwicklung und Organisation des eTerminservice einhalten konnten“, so Dr. Florian Fuhrmann, Geschäftsführer der KVTG.

### 60.000 Stammdaten und 17 Millionen Etiketten

Die Anforderungen an die KVTG waren hoch. Unter Nutzung bestehender Strukturen (das sichere Netz der KVen, kurz SNK) musste eine umfangreiche Softwarelösung entwickelt werden

(siehe Abbildung). „Die KBV und die KVen haben hier sehr gut mit uns zusammengearbeitet“, sagt Fuhrmann. Vor dem Start wurden für den eTerminservice Stammdaten von etwa 60.000 Facharztpraxen eingepflegt sowie 17 Millionen Etiketten mit Überweisungscodes produziert. Letztere müssen allen potenziell überweisenden Ärzten zur Verfügung stehen, damit diese entsprechende Überweisungen als dringlich kennzeichnen können. Für das dritte Quartal 2016 ist zusätzlich der Druck des Codes auf die Überweisung direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) des Überweisers geplant. Hier sind nun die PVS-Hersteller gefragt, den eTerminservice in die Praxissoftware zu integrieren. Außerdem sollen Facharztpraxen die TSS-Termine künftig direkt im PVS verwalten können.

### Beim Arzt des Vertrauens besser selbst anfragen

Die freie Arztwahl ist eines der in Deutschland am höchsten geschätzten Güter der Gesundheitsversorgung. „Wer einen Termin bei dem Arzt seines Vertrauens haben möchte, sollte sich wie gewohnt direkt an die Praxis wenden. Das ist nicht Aufgabe der Servicestellen“, so Gassen. Er sieht in den TSS vor allem eine Belastung der Niedergelassenen – zudem sind die Terminservicestellen verpflichtet, Pa-

tienten einen Termin im Krankenhaus zu vermitteln, wenn innerhalb von vier Wochen kein ambulanter Facharzttermin verfügbar ist. Die Kosten gehen dabei zulasten der Niedergelassenen. Für Aufbau und Betrieb der TSS rechnet der Gesetzgeber mit etwa 30 Millionen Euro.

## Drei Fragen an Dr. Florian Fuhrmann, Geschäftsführer der KVTG

### Worin bestanden die größten Herausforderungen bei der Entwicklung des eTerminservice?

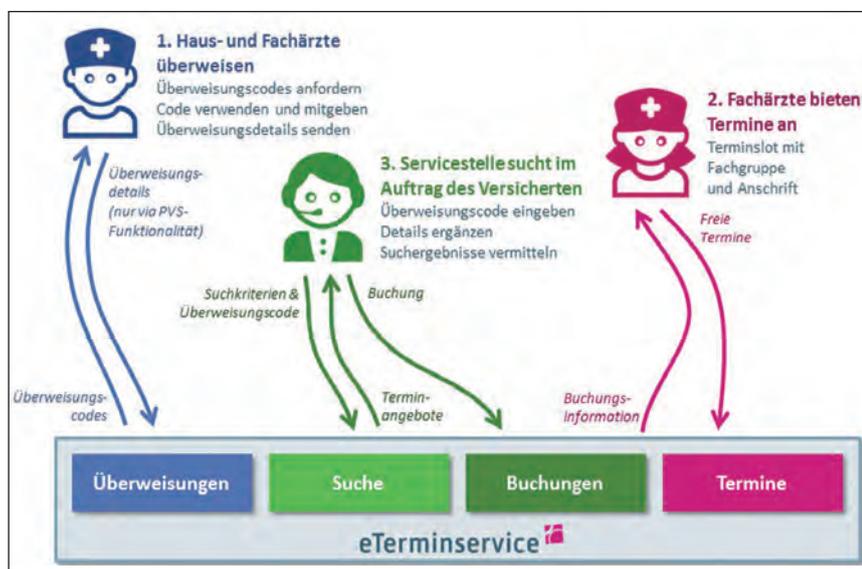
Zunächst mussten wir den Gesetzgeber überzeugen, dass der gesetzliche Auftrag nur mit einer elektronischen Unterstützung ressourcenschonend umgesetzt werden kann. Dann hatten wir nur sehr wenig Zeit für die Konzeption, Entwicklung und Organisation einer komplett neuen Software. Und schließlich mussten wir auch die unterschiedlichen Anforderungen und Strukturen der KVen und Arztpraxen berücksichtigen.

### Wie ist die Resonanz zum eTerminservice aus den KVen?

Sowohl auf Vorstandsebene als auch auf Arbeitsebene sind alle sehr zufrieden mit dem reibungslosen Ablauf beim Start der TSS und des eTerminservice. Dass bisher kein Termin im Krankenhaus vermittelt werden musste, zeigt, dass auch die Fachärzte den eTerminservice annehmen und sehr aktiv nutzen.

### Welche Weiterentwicklungen sind in diesem Jahr geplant?

Der nächste Schritt ist, die Funktionalitäten des eTerminservice direkt in den PVS zu ermöglichen. Bis Jahresende werden wir weitere KVen an ihn anschließen. Zudem bietet der eTerminservice strategisch viele Optionen, um die Versorgungssteuerung zu verbessern und TSS und Praxen weiter zu entlasten.



Anwendungsszenarien für den eTerminservice.

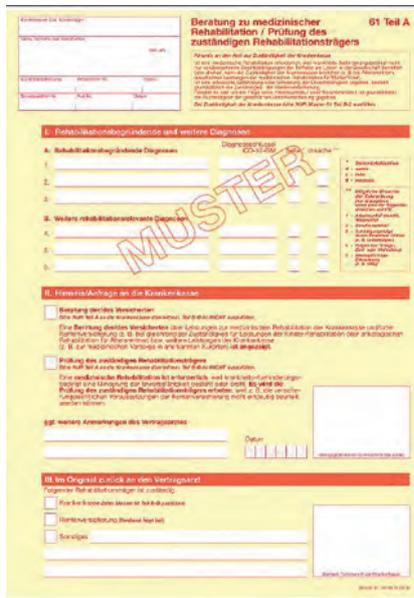
(Grafik: KVTG)

Reha-Verordnung

## Neues Formular

Mit dem neuen Muster 61 wird die Verordnung medizinischer Rehabilitation ab 1. April vereinfacht. Das Formular wurde deutlich gestrafft und umfasst fortan drei statt vier Seiten, zudem entfällt das vorangestellte Muster 60. Dieser sogenannte „Antrag auf Antrag“ musste zuvor ausgefüllt werden, um die Zuständigkeit des Kostenträgers klären zu lassen. Das ist ab April nicht mehr Pflicht. Bei Unsicherheit können Ärzte aber den neuen Teil A des überarbeiteten Musters 61 nutzen. Über diesen können sie auch eine Beratung des Patienten durch die Krankenkasse veranlassen.

Ab dem zweiten Quartal 2016 wird das neue Formular auch in den Praxisverwaltungssystemen integriert sein, wodurch es elektronisch ausgefüllt und bedruckt werden kann. Zu-



dem soll eine elektronische Ausfüllhilfe zur Verfügung stehen. Das alte Muster 61 verliert dann ab April 2016 seine Gültigkeit.

PraxisWissen

## Broschüren-Reihe fortgesetzt

Mit drei neuen Serviceheften zu den Themen Demenz, Barrierefreiheit und Ärztenetze setzt die KBV ihre Reihe PraxisWissen fort. In der Broschüre „Demenz – Diagnose, Kommunikation, Therapie, Pflege“ steht die Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen im Mittelpunkt. Das Heft informiert unter anderem über Therapiemöglichkeiten sowie die rechtliche Vorsorge und Pflege von Betroffenen. Außerdem enthält sie Tipps für die Gesprächsführung mit Patienten und deren Angehörigen.

In der Broschüre „Barrieren abbauen“ werden Maßnahmen vorgestellt, mit

denen sich Praxen besser auf Menschen mit Behinderung einstellen können. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten Anregungen, um Barrierefreiheit umzusetzen. Oft schaffen schon Details wie eine bessere Beleuchtung oder größere und kontrastreiche Schrift merkbare Veränderungen.

Das Serviceheft „Praxisnetze“ bietet Informationen zur Gründung, Anerkennung und Förderung ärztlicher Kooperationen. Immer mehr Ärzte schließen sich in solchen regionalen Netzwerken zusammen und erweitern damit Kompetenz und Spektrum ihrer ambulanten Tätigkeit.

Die Servicehefte gibt es unter [www.kbv.de/mediathek](http://www.kbv.de/mediathek). Kostenfreie Bestellung ist auch per E-Mail an [Versand@kbv.de](mailto:Versand@kbv.de) möglich. Eine barrierefreie Textversion von „Barrieren abbauen“ ist verfügbar unter [www.kbv.de/barrieren-abbauen.html](http://www.kbv.de/barrieren-abbauen.html)



(Foto: Christian Grothaus)

KV-on-Video

## Darmkrebsvorsorge

In einem neuen Video von KV-on erklärt KBV-Vorstandsmitglied Dipl.-Med. Regina Feldmann, warum eine frühzeitige Patientenansprache zum Thema Darmkrebsvorsorge so wichtig ist. So findet die Koloskopie eine immer weitere Verbreitung, dennoch nützten zu wenige die Untersuchung. Ärzte müssten das Thema daher gezielt ansprechen und Patienten über die Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der GKV-Versorgung sowie das Prozedere der Untersuchung aufklären. Wichtig sei auch, ihnen die Vorteile einer Koloskopie nahe zu bringen. Feldmann führt an, dass immerhin ein Trend erkennbar sei, nach dem sich vermehrt auch jüngere Patienten zum Thema Darmkrebsvorsorge informieren möchten.

Das Video ist abrufbar unter: [www.kv-on.de/html/21287.php](http://www.kv-on.de/html/21287.php)

Mutterpass

## Englische Übersetzung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Übersetzung des deutschen Mutterpasses ins Englische veranlasst und stellt diese Version auf seiner Website kostenlos zum Download bereit. Fremdsprachige Personen sollen Inhalte und vorgesehene Untersuchungen somit besser nachvollziehen können. Die Dokumentation durch Ärzte muss aber weiterhin im deutschen Mutterpass erfolgen – er bleibt das offizielle Dokument. Schwangere Frauen erhalten ihn in gedruckter Form von ihrem Arzt. Darin werden die Vorsorgeuntersuchungen von Mutter und Kind dokumentiert.

Der Mutterpass ist eine Anlage zu den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA, die die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung regeln.

Die englische Übersetzung des Mutterpasses findet sich auf [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) unter [Service/Publikationen/Merkblätter](http://www.g-ba.de/Service/Publikationen/Merkblätter)

## Zehn Fragen an ...

(Foto: BÄK)



### Tobias Nowoczyn

In jeder Ausgabe unterzieht KBV KLARTEXT Persönlichkeiten aus dem Gesundheitswesen dem etwas anderen Gesundheits-Check. Dieses Mal stand Tobias Nowoczyn, neuer Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Rede und Antwort.

Tobias Nowoczyn ist der neue Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer (BÄK). Der 48-Jährige folgt auf Dr. Bernhard Rochell, der die Bundesärztekammer im September 2014 verlassen hatte.

Der Politikwissenschaftler hat langjährige Managementenerfahrung, zuletzt leitete er acht Jahre den Bereich Wohlfahrtspflege im Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes. Er bringt damit umfangreiche Kenntnisse in der Gestaltung föderaler Organisationen, der Arbeit mit Ehrenamtlichen und den Strukturen von Organisationen der Selbstverwaltung mit.

Als eines der vordringlichsten Ziele seiner Arbeit nannte Nowoczyn die Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit und der ärztlichen Selbstverwaltung.

#### **Was betreiben Sie an gesundheitlicher Prävention?**

Zum Beispiel mit dem Rad zur Arbeit fahren. Und das nicht nur, weil der Dienstwagen für den Hauptgeschäftsführer richtigerweise schon vor meiner Zeit abgeschafft wurde.

#### **Und an politischer Prävention?**

Eine hohe Fachlichkeit in der Bundesärztekammer, um bei Bedarf die richtigen Initiativen zu setzen oder kompetent kontern zu können. Das ist sowohl im Ehren-, als auch im Hauptamt wichtig.

#### **Was war Ihre größte Fehldiagnose?**

Ich habe schon vor 15 Jahren den Bauboom von stationären Pflegeeinrichtungen kritisiert – weil ich hoffte, dass es bald erfolgreiche Medikamente gegen demenzielle Veränderung geben würde. Den Bauboom sehe ich nach wie vor kritisch, aber bei der Medikation sind wir immer noch ziemlich am Anfang.

#### **Welchen Gesprächspartnern würden Sie gerne in einer Talkshow begegnen?**

Tim Cook, um ihn zu überreden, dass auch Apple mal ein bisschen von seinem Gewinn stiftet. Sir Simon Rattle, weil er nicht nur mit den Berliner Symphonikern, sondern auch mit benachteiligten Jugendlichen Musik macht. Und Conchita Wurst, weil sie so schön unsere Kategorien durcheinander bringt.

#### **Wenn Sie der nächste Gesundheitsminister wären ...**

... hätte ich hoffentlich Erfolg dabei, die Arzneimittelkosten zu senken, ohne die Versorgung zu verschlechtern.

Insgesamt macht der jetzige Minister aus unserer Sicht aber vieles richtig, ich würde also gar nicht so viel anders machen als er. Auf jeden Fall aber ein bisschen mehr Sport.

#### **Arzt sein in Deutschland ist ...?**

... nach meiner Einschätzung mit hoher Verantwortung und immenser Belastung verbunden, aber auch ein unglaublich schöner und sinnstiftender Beruf, wie mir Ärztinnen und Ärzte immer wieder versichern!

#### **Patient sein in Deutschland ist ...?**

... wie überall auf der Welt natürlich nicht so gut. Wer will schon krank sein. Aber wenn man schon Patient ist, dann ist man in Deutschland besser dran als in den meisten anderen Ländern: Hohe Qualität, eine gesicherte Finanzierung und die freie Arztwahl zeichnen unser System aus. Leider sind diese Leistungen für einige Menschen, die in Deutschland leben, aber eingeschränkt: Flüchtlinge, Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, auch viele Obdachlose erreicht das Gesundheitssystem nur schlecht. Ich wünsche mir die gute Versorgung für alle Menschen in Deutschland.

#### **Ihr persönliches Rezept gegen Politikstress?**

Nicht auf jedes Schwein, das durch das politische Dorf getrieben wird, auch noch selber draufsetzen.

#### **Worauf reagieren Sie allergisch?**

Auf Katzen und auf Jammern.

#### **Ein Slogan für den Gesundheitsstandort Deutschland?**

Gesundheitsstandort Deutschland: Selbst verwaltet und dadurch kompetent gestaltet!

# »Lust auf Nachwuchs?«

Nachwuchsförderung leicht gemacht: Mit der neuen Famulaturbörse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen finden Medizinstudenten den passenden Famulaturplatz. Deutschlandweit, in allen Fachrichtungen. Bieten auch Sie eine Famulatur in Ihrer Praxis an, das Registrieren ist kinderleicht und kostenlos auf [famulaturboerse.lass-dich-nieder.de](http://famulaturboerse.lass-dich-nieder.de)

Die neue  
**Famulaturbörse**  
der KBV und  
der KVen

Die Haus- und  
Fachärzte

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.