

EBM, Regelleistungsvolumen – wann geht das Morbiditätsrisiko zu den Krankenkassen?

Das Gesundheitswesen und der Sozialstaat sind im Umbruch, und das Jahr 2004 wird für die Ärzteschaft, die tief im deutschen Sozialsystem verwurzelt ist, ebenso tiefgreifende Veränderungen bringen, ob wir dies wollen oder nicht. Ich mache auch keinen Hehl daraus, dass es uns wenig nützt, öffentlich über uns treffende Veränderungen zu lamentieren, denn praktisch alle Bevölkerungsschichten, alle Berufsgruppen, haben durch die Politik der letzten Jahre verlässliche Rahmenbedingungen verloren, und es herrscht eine tiefe Verunsicherung und Zukunftsangst allenthalben. Es ist insbesondere die Ungewissheit vor dem, was noch auf uns zukommt, was unsere Aktivitäten einerseits lähmt, auf der anderen Seite aber auch zu blindem Aktionismus führt. So sehe ich einen Teil der Ärzte in Wut und Resignation verharren, andere suchen ihr Heil in Einzelaktivitäten, um evtl. ein größeres Stück vom Geldkuchen des Gesundheitssystems zu erhaschen.

Für mich stellt sich nach dem massiven Eingriff des Staates in unsere Berufs- und Organisationsfreiheit die Frage, ob die körperschaftliche Struktur der Kammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer gegenwärtigen Ausprägung noch mit der Freiberuflichkeit kompatibel ist. Wir verdanken der körperschaftlichen Organisation zwar eine gewisse „Zwangseinigkeit“ der Mitglieder in den Kammern und KVen, auch Durchsetzungsfähigkeit nach innen und außen, zumindest in einer Ordnungsfunktion, Nachteile sind aber Budgetierung, Regressierung, Bürokratisierung, staatliche Qualitätsvorgaben, und gerade am Beispiel der Verpflichtung zum Inkasso einer Praxisgebühr oder an der Zwangsprofessionalisierung der KVen zeigt sich unsere Ohnmacht und der minimale Spielraum gegenüber staatlicher Drangsalierung.

Für die niedergelassenen Ärzte geht es in den nächsten Jahren auch um das wirtschaftliche Überleben der freien Praxen. Einerseits deshalb, weil der Gesetzgeber den Sicherstellungsauftrag in den Bereichen Disease-Management-Programmen, Integrationsversorgung, hausarztzen-

trierte Versorgung, und bei besonderen Versorgungsaufträgen zunehmend auf die gesetzlichen Krankenkassen verlagern will. Folge ist Verunsicherung der Mitglieder in den KVen und Hinwendung zu wirtschaftlich sinnlosen Aktivitäten, indem sich einzelne zu Dumpingpreisen bei den Krankenkassen anbiedern. Die KVen fürchten ihre wirtschaftliche Ausbeule und wollen Consults gründen mit der Folge, dass der Staat dann auch in neue Unternehmensformen hinein regiert.



Dr. med. Werner Baumgärtner

Andererseits werden Entscheidungen der ärztlichen Selbstverwaltung im Jahre 2004 die Weichen für die Zukunft stellen. Hier insbesondere die Einführung eines neuen EBM – kommt er, kommt er nicht? Und wie sieht die Vergütung der Zukunft im ambulanten Bereich aus mit der Einführung der sog. Regelleistungsvolumen? Gelingt es der ärztlichen Selbstverwaltung, tragfähige Lösungen zu entwickeln und ab dem Jahr 2007 tatsächlich das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen zu übertragen oder setzen wir das Chaos der Vergangenheit bei der EBM-Einführung und der Honorarpolitik fort? Dies wäre fatal, denn dann würde das ambulante Gesundheitswesen in eine tiefe Krise fallen. Ein solches Szenario würde auch die klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen treffen. Einerseits den Nachwuchs, der eine Alternative in der freien Praxis braucht, und andererseits auch die angestellten Kolleginnen und Kollegen, die bei einem Kollaps im ambulanten Bereich vor unlösbaren Aufgaben stünden.

Brauchen wir einen neuen EBM?

Im Prinzip ja, denn der neue EBM ist zum ersten Mal betriebswirtschaftlich durchkalkuliert und er scheint weitgehend mit den verschiedenen Fachgruppen konsentiert. Wir könnten eigentlich mit diesem neuen EBM Mitte 2004 sofort loslegen, es gibt da nur ein kleines Problem. Es steht für die einzelnen Gebührenordnungspositionen, die meist auf Grund betriebswirtschaftlicher Kalkulation in Punkten höher bewertet sind als in der Vergangenheit, nicht mehr Geld zur Verfügung. Im Gegenteil, in den nächsten Jahren wird auf Grund der Nullrunden, der Kassenwechsler in sog. Yuppie-Krankenkassen mit niedrigen Kopfpauschalen und auf Grund des West-Ost-Transfers gerade in Baden-Württemberg weniger Geld zur Verfügung stehen. Dies würde entweder bedeuten, dass ohne Mengenbegrenzungsmaßnahmen die Punktwerte massiv nach unten floaten würden, und mit Mengenbegrenzung würde der Prozentsatz der nicht vergüteten Leistungen, der im Augenblick bei ca. 15 bis 20 % im ambulanten Bereich liegt, auf über 30 % ansteigen. Allerdings nur in Baden-Württemberg, wo mehr Geld für die ambulante Vergütung zur Verfügung steht. In anderen Regionen, z. B. Berlin, würden umgekehrt nur noch ca. 40 % der abgerechneten Leistungen bezahlt werden können. Die sich daraus entwickelnden Diskussionen kann ich mir schon heute lebhaft vorstellen.

Angesichts unterschiedlich bezahlter Leistungsmengen würde sich die Politik fragen, warum ein Arzt in Rostock weniger Leistungen bezahlt bekommt als in Ulm oder in Freiburg. Man würde über eine bundesweite Angleichung und Harmonisierung entscheiden mit der Folge, dass weitere Gelder aus Baden-Württemberg in andere Regionen transferiert würden. Wie die bisherige Erfahrung mit dem West-Ost-Transfer gezeigt hat, werden unterschiedliche Vergütungen nicht angehoben, sondern durch Honorartransfers gemittelt, weil ein solches Verfahren nicht zu Mehrausgaben der Kassen führt und nur zu Lasten der Ärzte geht. Ein solches Horrorszenario ist durchaus realistisch.

Des weiteren bringt ein neuer EBM eine Umverteilung zwischen den Fachgruppen, und zwar innerhalb des hausärztlichen Bereiches und des fachärztlichen Bereiches. Infolge der gedeckelten Gesamtvergütung käme es zu Honorarverschiebungen, z. B. zwischen Kinderärzten und Hausärzten und hausärztlichen Internisten oder auf der fachärztlichen Seite zwischen Orthopäden, Gynäkologen oder anderen Fachgruppen. Aber auch innerhalb der Fachgruppen käme es zu Verschiebungen und Verwerfungen. Ich bin mir ganz sicher, dass dies bei unseren augenblicklichen politischen und standespolitischen Problemen das Letzte wäre, was wir brauchen könnten. Es gäbe nur Verlierer.

Der KBV-Vorsitzende Dr. Richter-Reichhelm hat bei der letzten Vertreterversammlung vollmundig verkündet, dass es der KBV gelungen sei, endlich das Morbiditätsrisiko ab 2007 auf die Krankenkassen zu verlagern, indem wir morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumen für die Vergütung in den Praxen erhalten. Dazu gibt es eine Gesetzesänderung, den § 85a SGB V, und die Lektüre dieses Paragraphen sei jedem niedergelassenen Arzt angeraten, geht es doch um die Bezahlung seiner Arbeit in der Zukunft. Nach einer ersten Lektüre wird jeder feststellen, dass der Inhalt dieses Paragraphen sprachlich so formuliert ist, dass ihn niemand verstehen kann. Dies lädt dazu ein, sich genauer mit den Inhalten zu beschäftigen, und man kann Tabellen und Diagramme anlegen, um es zu verstehen. Allein auch dann werden Sie die zwei entscheidenden Fragen, wie kommt das Geld von den Krankenkassen zu den Kassenärztlichen Vereinigungen, und wie kommt das Geld beim einzelnen Arzt an, und zwar morbiditätsbezogen und unter Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen, nicht beantworten können. Es bleibt rätselhaft.

Insbesondere fehlt jeglicher Bezug auf das Fallzahlrisiko, und wenn ich mir vorstelle, dass ab dem nächsten Jahr auf Grund der DRGs die Patienten deutlich früher in den ambulanten Bereich entlassen und die Fallzahlen steigen werden, frage ich mich, wer zahlt das Mehr an Fällen im ambulanten Bereich? Sie finden jedenfalls in § 85 SGB V keinen Hinweis darauf.

Die Zeit drängt, und ich meine, es gilt, grundlegende Entscheidungen zu treffen. Wann kommt der neue EBM, und können wir mit den jetzt gesetzlich verankerten Regelleistungsvolumen das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen oder sind dazu weitere gesetzliche Änderungen oder Verträge mit den Krankenkassen notwendig? Für mich macht es eigentlich nur Sinn, einen neuen EBM zu einem Zeitpunkt einzuführen, wo das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergeht. Dies soll im Jahre 2007 geschehen. Ein Mehr an Leistung, betriebswirtschaftlich kalkuliert und auch ein Mehr an Fällen auf Grund veränderter Morbidität, veränderten Patientenverhaltens, aber auch die Auswirkung früherer Entlassungen aus den Krankenhäusern muss dann von den Krankenkassen vergütet werden. Die Zunahme der Leistungsmenge und der Fallzahlen darf nicht zu Lasten der Vertragsärzte geregelt werden, wie dies in der Vergangenheit stets geschehen ist. Was nützt uns im Augenblick ein toller EBM, der betriebswirtschaftlich kalkuliert ist, der aber nur dazu führt, dass wir weniger Geld für die einzelne Leistung erhalten oder einzelne Leistungen gar nicht bezahlt bekommen.

Wir sollten unsere innerärztliche Kraft 2004 dahin mobilisieren, dass wir die hier aufgeworfenen Fragen klären, wie viel Staat akzeptieren wir in unseren Körperschaften, wie lange akzeptieren wir noch eine Monopolgeld-Vergütung im ambulanten Bereich, und wie lange sind wir noch bereit, unter Ausnutzung unserer Arbeitskraft das Morbiditätsrisiko zu tragen. Verlangen wir endlich gesetzlich eindeutige Regelungen für eine feste Vergütung. Ich meine, bis zum Jahre 2007 müssen hier innerärztliche Entscheidungen getroffen werden, und die gilt es, im Jahr 2004 vorzubereiten.

Dr. med. Werner Baumgärtner
Vorsitzender des Vorstandes der KV NW ■

Fortbildungspflicht nach dem neuen SGB V

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. 11. 2003 hat Vertragsärztinnen/-ärzten und Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten, ermächtigten Ärzten sowie angestellten Ärzten in den neuen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (im Folgenden: „betroffene Ärzte“ genannt) ab dem 1. 1. 2004 nicht nur neue Versorgungsformen und eine schwer handhabbare Kassengebühr beschert, sondern erstmalig auch eine Nachweispflicht der immer schon erforderlichen Fortbildung eingeführt, zum Teil mit rigorosen Rechtsfolgen. Damit aber nicht genug: Der nur für die Sozialversicherung zuständige Bundesgesetzgeber belässt es nicht bei derartigen Regelungen für die betroffenen Ärzte, sondern hat auch in der Krankenhausbehandlung sog. Mindestanforderungen an die Strukturqualität aufgestellt, die Fortbildungspflichten von Fachärzten im Krankenhaus in einem Abstand von fünf Jahren einschließen. Dieser Beitrag gibt einen ersten Überblick über § 95 d und § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i.d.F. des GMG. Darüber hinaus informiert er über die Aktivitäten der Bundesärztekammer und der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit dem Ziel, eine an diese neuen Bestimmungen angepasste Ärztekammerfortbildung zu etablieren.

I. Fortbildungspflicht

§ 95 d SGB V verpflichtet jeden betroffenen Arzt bereits ab dem **1. 1. 2004**, „sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen (und vertragspsychotherapeutischen) Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.“ Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin und Psychotherapie entsprechen. Jeder betroffene Arzt hat alle fünf Jahre gegenüber der für ihn zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünf-Jahres-Zeitraum seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Betroffene Ärzte, die am **30. 6. 2004** bereits zugelassen/ermächtigt sind,

haben den Nachweis **erstmalig bis zum 30. 6. 2009** zu erbringen. Die KBV regelt „im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene“ den angemessenen Umfang der im Fünf-Jahres-Zeitraum notwendigen Fortbildung. Sie regelt auch das Verfahren des Fortbildungsnachweises (Abs. 6). Über diese Zuständigkeitsregelung des Bundesgesetzgebers spielen die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer nunmehr in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Fortbildung eine maßgebliche Rolle. Ohne die für das Arztrecht und damit auch für die Fortbildung zuständigen berufsständischen Kammern darf die im Recht der Krankenversicherung verankerte KBV den Fortbildungsumfang nicht regeln.

Für den Fortbildungsnachweis gilt, dass die betroffenen Ärzte die von ihnen absolvierte Fortbildung durch Zertifikate ihrer berufsständischen Kammern nachweisen **können**. Dies ist nur ein Angebot des Bundesgesetzgebers, das in verfassungsrechtlich bedenklicher Weise in die Zuständigkeiten der Bundesländer für das Arztrecht eingreift. Die Prüfung der Fortbildungsnachweise obliegt einzig und allein den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie haben auch die Rechtsfolgen gegenüber den Vertragsärzten und -psychotherapeuten und den ermächtigten Ärzten zu exekutieren, auf die noch unten näher eingegangen wird. Dass es sich bei dem Fortbildungsnachweis durch Kammerzertifikate nur um eine Kann-Bestimmung handelt, folgt auch aus § 95 d Abs. 2 Satz 2 SGB V.

Jeder betroffene Arzt kann auch andere Fortbildungszertifikate vorlegen. Sie müssen dann allerdings den Kriterien entsprechen, die die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer aufgestellt haben. Darüber hinaus kann die Fortbildung durch „sonstige Nachweise“ nachgewiesen werden. Für die Anerkennung dieser Nachweise und das Verfahren ist eigentlich nur die KBV zuständig (§ 95 d Abs. 6). Sie hat insbesondere festzulegen, in welchen Fällen die betroffenen Ärzte bereits vor Ablauf des Fünf-Jahres-Zeitraums Anspruch auf eine schriftliche Anerkennung abgeleiteter Fortbildungen haben. Was die KBV regelt, ist für die KVen der Länder verbindlich.

Die KBV und die Bundesärztekammer haben sich bereits darüber verständigt, dass die Ärztekammern, die seit jeher für die Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland zuständig sind, auch im Rahmen des Verfahrens über den Fortbildungsnachweis ein Mitspracherecht erhalten. In der Bundesärztekammer wird daher bereits jetzt an einer Musterfortbildungsordnung gearbeitet, die dann im Stil der Musterberufsordnung und der Musterweiterbildungsordnung der Ärztekammern in den Bundesländern zur dringenden Übernahme empfohlen wird.

Über die Fortbildungspflicht für die betroffenen Ärzte hinaus bestimmt § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, dass der gemeinsame Bundesausschuss, ein neuer rechtsfähiger Ausschuss von Mitgliedern der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen, [als Maßnahmen der Qualitätssicherung] beschließt“. Dabei hat er den Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe einzubeziehen. Wichtig ist, dass der Bundesgesetzgeber für angestellte Fachärztinnen und Fachärzte im Krankenhaus mit den genannten Organisationen „Mindestanforderungen an die Strukturqualität, einschließlich im Abstand von fünf Jahren zu erfüllender Fortbildungspflichten der Fachärzte“ festzulegen hat. In der Gesetzesbegründung beiläufig sich der Gesetzgeber sodann darzulegen, dass es sich bei diesen Anforderungen zur Erfüllung der Fortbildungspflichten der im Krankenhaus tätigen Fachärzte „nicht um die Vorgabe von Fort-

bildungsinhalten für die jeweiligen Fachgebiete [handelt]. Diese ergeben sich weiterhin aus den berufsrechtlichen Vorgaben. Die Vereinbarungen beinhalten insbesondere Vorgaben zum Nachweisverfahren der Fortbildungsverpflichtungen.“ Damit soll auch die Facharztqualifikation der im Krankenhaus tätigen Fachärzte „stets dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens [...] entsprechen“. Vergleicht man den neuen Gesetzestext mit der Gesetzesbegründung und misst man den Bundesgesetzgeber an dem, was er auch sonst schon unter dem Begriff „Strukturqualität“ verstanden hat, wird deutlich, dass es ihm hier – anders als bei den Begriffen „Prozessqualität“ und „Ergebnisqualität“ – auch um „besondere Kenntnisse und Erfahrungen“ geht. Denn der Gesetzgeber hat mit dem 2. GKV-NOG, in Kraft getreten am 1. 7. 1997 – soweit ersichtlich –, erstmals den Begriff „Strukturqualität“ in das 5. Sozialgesetzbuch eingeführt. Er selbst versteht hierunter besondere Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis), eine besondere Praxisausstattung und weitere Anforderungen (§ 135 Abs. 2 SGB V). Dies bedeutet, dass die Mindestanforderungen an die Strukturqualität bei der Krankenhausbehandlung mit den zu erfüllenden Fortbildungspflichten von dort angestellten Fachärzten nicht, wie die Begründung zu § 137 SGB V Glauben machen soll, nur Vorgaben zum Nachweisverfahren der Fortbildungspflichten darstellen. Im Gegenteil! Der gemeinsame Bundesausschuss könnte sich von Gesetzes wegen darauf berufen, dass er nach dem Wortlaut der neuen Bestimmung auch konkrete Vorgaben zu Fortbildungsinhalten machen darf. Dies ist aber eindeutig ein Eingriff in die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer zum Arztrecht. Es ist daher zu hoffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss sich in enger Abstimmung mit der KBV tatsächlich auf Vorgaben zum Nachweisverfahren über die Fortbildungspflicht von Krankenhausärzten beschränkt und den Ärzte- und Psychotherapeutenkammern die Entscheidung über die Fortbildungsinhalte überlässt.

Wichtig ist, dass der Bundesgesetzgeber, der nur zuständig ist für Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Fortbildungspflichten nur für die betroffenen Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung sowie für Fachärzte **im Krankenhaus** neu eingeführt hat. Das bedeutet, dass es auch künftig für Assistenzärzte im Krankenhaus, Ärzte in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst

etc. keine Fortbildungspflicht gibt, auf die der Bundesgesetzgeber Einfluss nimmt. Dieser Bereich bleibt also die klassische Domäne der Bundesärztekammer und der Ärztekammern der Länder. Insgesamt kommt also der Musterfortbildungsordnung der Bundesärztekammer und den Fortbildungsordnungen der Landesärztekammern eine besondere Bedeutung zu.

II. Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Der Vorstand der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat schon im Oktober des letzten Jahres eine Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung einer Fortbildungsordnung im Sinne einer Satzung beauftragt, um einen nahtlosen Übergang vom Modellprojekt „Freiwillige Fortbildungszertifizierung“ der Landesärztekammer zur gesetzlichen Fortbildung nach dem SGB V sicherzustellen. Dabei wird in die Fortbildungsordnung die Pflicht aus § 4 der Berufsordnung, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur ärztlichen Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist, übernommen. Es bleibt außerdem, weil die Landesärztekammer auch für die Fortbildung von Kammermitgliedern zuständig ist, die keine niedergelassenen Vertragsärzte und keine angestellten Fachärzte im Krankenhaus sind, **bei dem freiwilligen Angebot für alle Kammermitglieder, Fortbildungspunkte über die Landesärztekammer Baden-Württemberg zu erwerben**. Wenn eine bestimmte Anzahl von Fortbildungspunkten, nämlich 250 in höchstens fünf Jahren, angesammelt wurden, erhält der Arzt auf Antrag von der Landesärztekammer einmalig ein elektronisch erstelltes Fortbildungszertifikat. Für die Ärzte in Baden-Württemberg wird es zu leichten Änderungen kommen, da dem bisherigen Modellprojekt noch die Bewertungskriterien vom 14. 9. 00 der Bundesärztekammer zu Grunde liegen. Neu ist die Aufgliederung in jetzt 7 Fortbildungskategorien anstatt bislang in 4. Für die Anerkennung als solche spielt dies jedoch keine Rolle, weil es sich nur um eine strukturelle Aufspreizung der bisherigen Kategorien handelt. Allerdings gibt es jetzt Begrenzungen in einzelnen Kategorien. So werden z. B. in Kategorie B mehrtägige Kongresse im In- und Ausland in Zukunft nur noch mit maximal 100 Punkten in fünf Jahren anerkannt werden. Auch die erforderliche Punktzahl pro Jahr ändert sich von derzeit 40 auf 50 Punkte.

Nach Auffassung der Arbeitsgruppe „Fortbildungssatzung“ sollen Fortbildungspunkte von anderen Ärztekammern in der Bundesrepublik Deutschland angerechnet werden, wenn der Veranstalter die Veranstaltung von der Ärztekammer hat anerkennen lassen. Ähnliches soll für die ärztliche Fortbildung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gelten. Hier werden Fortbildungspunkte angerechnet, wenn eine Gleichwertigkeit mit unseren Bewertungskriterien festzustellen ist. Für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen und für ärztliche Psychotherapeuten sollen auch Fortbildungspunkte angerechnet werden, die von Zahnärzter- oder Psychotherapeutenkammern vergeben worden sind. Ganz wichtig ist, dass die Landesärztekammer Baden-Württemberg selbstverständlich Fortbildungspunkte, die auf der Grundlage unseres Modellprojektes „Freiwillige Fortbildungszertifizierung“ **ab dem 1. 7. 2004 bis zum 31. 12. 2004**, dem Auslaufen unseres Modellprojektes, auf die Pflichtfortbildung für die betroffenen Ärzte und die Fachärzte im Krankenhaus anrechnen wird. Ärzte in Baden-Württemberg werden daher nicht benachteiligt, wenn die neue Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg im zweiten Halbjahr 2004 in Kraft tritt und der Modellversuch noch bis zum Ende des Jahres 2004 läuft.

III. Rechtsfolgen

Im Zusammenhang mit der Fortbildungspflicht für die betroffenen Ärzte hat der Bundesgesetzgeber stringente Rechtsfolgen für den Fall festgelegt, dass sie ihrer Fortbildungspflicht nicht nachkommen. Erbringen die betroffenen Ärzte gegenüber der KV den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die KV verpflichtet, das an sie zu zahlende Honorar für die ersten vier Quartale ab dem 1. 7. 2009, **also vom 1. 7. 2009 bis zum 30. 6. 2010**, um 10 % zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal, **also ab dem 3. Quartal 2010** um 25 %. Im MVZ findet eine Quotierung anhand der Zahl der angestellten Ärzte nicht statt, denn das MVZ hat auch arbeitsrechtliche Möglichkeiten, die Fortbildungspflicht der angestellten Ärzte durchzusetzen. Die betroffenen Ärzte können die für den Fünf-Jahres-Zeitraum festgelegte Fortbildung innerhalb von zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen. Die nachgeholte Fortbildung wird allerdings auf den folgenden Fünf-Jahres-Zeitraum nicht angerechnet und die Honorarkürzung endet erst nach dem Quartal, in dem die betroffenen Ärzte den

vollständigen Fortbildungsnachweis erbracht haben. Erbringen sie den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünf-Jahres-Zeitraums, **also erstmalig bis zum 30. 6. 2011**, soll die KV für die zugelassenen und ermächtigten Ärzte unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung/Ermächtigung stellen. Für den angestellten Arzt im MVZ soll die KV dann einen Antrag auf Widerruf der Genehmigung der Anstellung stellen.

Dr. med. K. Baier, Fortbildungsbeauftragter der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Prof. Dr. iur. H. Kamps, Geschäftsführer der Bezirksärztekammer Südwürttemberg

M. Felsenstein, Leiter der Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung der Landesärztekammer Baden-Württemberg ■

Landesregierung beschließt Krankenhausbauprogramm

Der Ministerrat hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2003 das Jahreskrankenhausbauprogramm 2004 beschlossen. Für die Sanierung, Modernisierung und den Neubau von Krankenhäusern werden 157,5 Millionen Euro bereitgestellt. Landesweit wurden 13 Bauprojekte in das Programm aufgenommen. „Die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger im Land hat einen hohen Stellenwert in der Politik der Landesregierung. Mit dem heute beschlossenen Bauprogramm haben wir ein deutliches Signal gesetzt: Auch in finanziell schwierigen Zeiten stellen wir uns unserer Verantwortung für ein gutes, modernes und auf die Zukunft gerichtetes Krankenhauswesen. Mit dem Bauprogramm werden wichtige Weichen für die Zukunft gestellt. Einerseits wird dem medizinischen Fortschritt in die klinische Praxis weiter der Weg bereitet. Andererseits werden wir dem dynamisch steigenden Leistungs- und Kostendruck in der klinischen Versorgung gerecht.“ Dies sagten Ministerpräsident Erwin Teufel und Sozialminister Friedhelm Repnik in Stuttgart im Anschluss an die Sitzung.

Neues Preissystem im Krankenhaus beschleunigt Strukturwandel

Ab kommendem Jahr werde bundesweit für alle Krankenhäuser eine Umstellung der Finanzierung der Betriebskosten über Fallpauschalen eingeleitet, erläuterte Minister Friedhelm Repnik. So werde künftig nach Leistungen und unabhängig von der Verweildauer des einzelnen Patienten abgerechnet. Die Umstellung soll bis 2007 abgeschlossen sein. Danach soll es für eine gleiche Behandlungsleis-

tung landesweit einheitliche Preise geben. Bereits in diesem Jahr hätten etwa zwei Drittel der 282 Krankenhäuser im Land erste Erfahrungen mit dem neuen Preissystem gesammelt. „Schon jetzt ist erkennbar, dass das Bestreben der Krankenhäuser weiter verstärkt wird, Patienten nicht unnötig lange in der Klinik zu behalten, sondern zügig zu diagnostizieren und zu therapieren, sowie zum richtigen Zeitpunkt zu entlassen. Das Krankenhausbett wird vom Einnahme- zum Kostenfaktor“, erklärte der Minister. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten von zurzeit knapp unter neun Tagen werde in der Folge weiter zurückgehen. Dies bedeute, dass trotz einer zu erwartenden Zunahme der Patientenzahlen in den kommenden Jahren erhebliche Überkapazitäten freigesetzt werden. „Unser Kranken-

hauswesen steht vor einer Phase des größten Umbruchs seit Bestehen des Landes“, so Ministerpräsident Erwin Teufel und Minister Friedhelm Repnik. Der strukturelle Anpassungsprozess werde in den kommenden Jahren weiter an Dynamik gewinnen. „Nach einer ersten vorsichtigen Prognose müssen wir damit rechnen, dass unsere Krankenhäuser und Krankenträger bis 2010 landesweit mehr als 8000 Betten werden abbauen müssen.“

**Strukturwandel als Chance:
Patient im Mittelpunkt**

In nahezu allen Regionen des Landes sei bereits ein Prozess zu einer nachhaltigen Strukturentwicklung der Krankenhausversorgung im Gange. „Es gibt keine Alternative dazu, die Strukturen den künftigen Herausforderungen anzupassen. Dabei muss jedoch der Patient im Mittelpunkt stehen“, betonten Ministerpräsident Erwin Teufel und Sozialminister Friedhelm Repnik. Der Strukturwandel biete die Chance für einen Qualitätssprung in der Gesundheitsversorgung. So würden die Krankenhäuser künftig dazu verpflichtet, jährliche Leistungsberichte zu veröffentlichen. „Damit setzt ein Wettbewerb um die beste Qualität ein, dem sich kein Krankenhaus entziehen kann“, zeigte sich Repnik überzeugt. Die Krankenhäuser im Land müssten künftig noch enger zusammen arbeiten, sich abstimmen und Kompetenzen austauschen sowie Schwerpunkte mit herausragender Leistungsqualität bilden.

**Magisches Viereck: Balance zwischen
Qualität, Wohnortnähe, Bedarfsgerechtigkeit
und Wirtschaftlichkeit**

Angesichts des sich abzeichnenden weiteren Rückbaus von Krankenhausbetten gelte es, einen Kahlschlag in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden, so Ministerpräsident Erwin Teufel und Sozialminister Friedhelm Repnik. „Das ist für ein Flächenland wie Baden-Württemberg von besonderer Bedeutung. Auch in eher ländlichen Regionen brauchen wir wohnortnah eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung.“ Die Weichen für die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen müssten zunächst auf örtlicher Ebene getroffen werden. „Zumeist gibt es unterschiedliche alternative Konzepte. Die kommunalen Entscheidungsträger tragen dabei eine große Verantwortung: Sie müssen in einem magischen Viereck von Qualität in der Versorgung, Wohnort-

nähe und Bedarfsgerechtigkeit sowie Wirtschaftlichkeit die richtige Balance finden.“ Diese Kriterien sollen auch künftig die Grundlage für die Krankenhausförderung des Landes bilden.

**Gesundheitsreform stärkt ambulanten
Sektor und ebnet neuen Versorgungskonzepten den Weg**

Mit dem zum 1. Januar 2004 in Kraft tretenden Gesundheitsreformgesetz gebe es zahlreiche Neuerungen, die den Spielraum in der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgungsstrukturen erheblich erweiterten, sagte Minister Friedhelm Repnik. Dabei werde der ambulante Sektor deutlich aufgewertet. „Zur Zeit fließt noch etwa jeder dritte Euro im Gesundheitswesen in die Krankenhausversorgung. Die dominierende Stellung der stationären Versorgung wird künftig

weiter zurückgedrängt“, so Minister Repnik. Neue integrierte Versorgungskonzepte könnten dazu beitragen, die Schnittstellen zwischen ambulant und stationär zu überwinden. Die Zulassung von Gesundheitszentren werde darüber hinaus die Bündelung ärztlicher und fachärztlicher Kompetenzen ermöglichen. „Es werden jetzt die leistungsrechtlichen Voraussetzungen geschaffen, um den bisher schon geltenden Grundsatz ambulant vor stationär auch Realität werden zu lassen.“ Auch für Kliniken würden sich neue Aufgaben erschließen. Für noch zu bestimmende spezielle Behandlungen werde das Leistungsspektrum auf den ambulanten Bereich ausgeweitet. „Es liegt an allen in der Gesundheitsversorgung beteiligten Partnern, die sich neu ergebenden Möglichkeiten konstruktiv aufzugreifen“, so Ministerpräsident Erwin Teufel und Minister Friedhelm Repnik. ■

Jahreskrankenhausbauprogramm 2004

Diakonie-Klinikum Stuttgart (Diakonissenkrankenhaus und Paulinenhilfe)

Ersatzbau Paulinenhospital für Innere Medizin, Geburtshilfe/Gynäkologie, Technik, Zentralsterilisation, Labor und Physikaltherapie
Bauabschnitt 1 B

Virngrund-Klinik Ellwangen

Gesamtsanierung; 3. Bauabschnitt:
– Erweiterungsbau für Zentralen Operationsbereich, Aufwachbereich, Zentralsterilisation, Pflege, Urologischer Funktionsbereich, Interdisziplinäre Aufnahmestation und Technik
– Abriss bisheriger Operationsbau/Neubau für Archiv und Verwaltung
– Umbau von Teilen des Bauabschnittes 1 für den Untersuchungs- und Behandlungsbereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe der bisher selbstständigen St. Anna-Klinik

Kreiskrankenhaus Rastatt

Umbau Bettenhaus A – Erdgeschoss zur Einrichtung
– einer interdisziplinären Intensivstation
– einer Aufnahmestation, einer Intermediate Care-Station
– eines Linksherzkathetermessplatzes

Klinikum Mannheim GmbH

Ersatzbau Hautklinik

Kreiskrankenhaus Mosbach

Gesamtsanierung; 2. Bauabschnitt:
– Umbau Westflügel (Pflege)
– Umbau Ostflügel (Pflege)
– Umbau Bereitschaftsdienst
– Neubau Technikzentrale

Kreiskrankenhaus Nagold

– Erweiterung für Intensivpflege, Kernspintomographie, Radiologie, Operationsbereich und Notfallversorgung
– Umbau für Radiologie, Funktionsdiagnostik, Endoskopie, Operationsbereich

Kreiskrankenhaus Offenburg

– Umbaumaßnahmen zur Einrichtung einer zentralen Notaufnahme
– Umbau/Erweiterung chirurgischer Arztdienst

Kreiskrankenhaus Lörrach

Erweiterung Kinderklinik-Gebäude

Kreiskrankenhaus Tettang

Gesamtsanierung; 3. Bauabschnitt:
Umbau Pflege

Krankenhaus St. Elisabeth Ravensburg

Bauliche und konzeptionelle Weiterentwicklung
Bauabschnitt III a; Erweiterungsbau Nordost für Technik, Speiseversorgung, Aufnahme- und Notfallbehandlung, Intensivpflege und Intermediate Care

Kreiskrankenhaus Nürtingen

Planungsrate für Ersatzbau

Thorax Klinik Heidelberg-Rohrbach

Umbau Ostflügel (ohne Nuklearmedizin)

Kreiskrankenhaus Sinsheim

Umbaumaßnahmen zur Einrichtung einer zentralen Patientenaufnahme mit Untersuchungs- und Behandlungsräumen

Neue Befundscheinanfrage der Versorgungsämter

Fast alle niedergelassenen Kollegen kennen sie: Befundscheinanfragen der Versorgungsämter. Ein überarbeitetes Formblatt soll nun die Beantwortung einfacher und schneller machen und gleichzeitig den Ärztinnen und Ärzten in den Versorgungsämtern die weitere Auswertung erleichtern.

Im Rahmen des Projekts „Qualitätsmanagement im Ärztlichem Dienst der Versorgungsverwaltung (QMÄD)“ hat die systematische Überprüfung der Kernprozesse bestätigt, dass aussagekräftige Befundscheine für die effiziente Arbeit der Ärztlichen Dienste in den Versorgungsämtern eine herausragende Bedeutung haben.

Was vielfach nicht bekannt ist: hinter den in Baden-Württemberg jährlich etwa 230 000 Anträgen nach dem Schwerbehindertenrecht stehen fast ebenso viele versorgungsärztliche Stellungnahmen, weil in jedem einzelnen Fall die medizinischen Voraussetzungen geprüft werden müssen. Dies geschieht in den allermeisten Fällen durch gutachtliche Stellungnahme auf der Basis von eingeholten Fremdbefunden. Im Antrag von den Bürgerinnen und Bürgern angegebene Haus- und Fachärzte werden vom Versorgungsamt angeschrieben und um nähere Erläuterungen zu den geltend gemachten Gesundheitsstörungen gebeten.

Für die Ärztinnen und Ärzte in den Versorgungsämtern besteht die größte Herausforderung darin, die große Zahl der Gutachten zu bewältigen, ohne hierbei Abstriche an der medizinischen Qualität zu machen. Grundlage ihrer Arbeit ist die vom Schweregrad der vorliegenden Behinderung abhängige Einstufung in das GdB-System. Für behandelnde Ärztinnen und Ärzte in der Praxis stehen Diagnose und Therapie im Vordergrund, bei ihrer Befunderhebung ist die trennscharfe Zuordnung zu einem bestimmten Schweregrad in aller Regel nicht relevant. Eine Diagnose macht jedoch noch keine Behinderung, erst mit Kenntnis von Art und Ausmaß der daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigung ist eine Beurteilung möglich. Wichtig sind präzise Befundangaben um störende Rückrufe in der Praxis oder erneute schriftliche Rückfragen zu vermeiden. Das bisherige Verfahren wurde im Rahmen des Projekts gründlich

durchleuchtet. Geholfen hat dabei auch eine Umfrage unter 1000 Ärzten aus dem Einzugsgebiet des Versorgungsamtes Stuttgart. Für eine sogenannte Wertanalyse, die in Zusammenarbeit mit der Führungsakademie Baden-Württemberg zur Optimierung des Befundscheinverfahrens durchgeführt wurde, waren niedergelassene Kolleginnen und Kollegen zu ihren Erfahrungen mit dem bisherigen Anfragesystem angeschrieben und um Verbesserungsvorschläge gebeten worden. Die Auswertung dieser Befragung wurde bei der Neugestaltung der Befundscheinanfrage berücksichtigt. Den Ärztinnen und Ärzten, die sich an der Umfrage beteiligt haben, gilt daher ein besonderer Dank.

Bei dem überarbeiteten Formular wurde nicht nur Wert auf eine präzisere Fragestellung, zeitgemäße Formulierungen und bessere Lesbarkeit gelegt, es wurde auch dem Wunsch Rechnung getragen, Befunde auf einem formlosen Beiblatt direkt aus dem PC ausdrucken zu können. Eine Nummerierung sorgt für mehr Übersichtlichkeit.

Den Ärztinnen und Ärzten wie auch den übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Versorgungsverwaltung ist die gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ein wichtiges Anliegen. Mit den Neuerungen im Zusammenhang mit der Befundscheinanfrage verbindet sich daher auch die Hoffnung, in den Praxen die Akzeptanz für die Belange der Versorgungsämter zu verbessern.

*Dr. Gabriele Bluhm-Kudlacek
Landesversorgungsamt
Baden-Württemberg
Stabsstelle Qualitätsmanagement
Ärztlicher Dienst* ■

Infos für Patienten

Die Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg stellt auf ihrer Homepage ab sofort eine neue Patienteninformation zur Gesundheitsreform bereit. Unter der Adresse www.kvnw.de, Bereich Publikationen, können sich interessierte Patienten die Publikation kostenlos herunterladen. Das pdf-Dokument trägt den Titel „Die Gesundheitsreform und wie Sie das Beste daraus machen“.

Wann muss ich die Praxisgebühr bezahlen? Welche weiteren Zuzahlungen sind ab dem 1. Januar fällig? Was ändert sich bei der Verordnung von Medikamenten? Diese und weitere Fragen beantwortet die Patienteninformation in einer für jedermann verständlichen Form. Wegen der anhaltenden Verunsicherung der Patienten über die tatsächlichen Auswirkungen der Gesundheitsreform hat sich die KV NW entschlossen, den Text schon vor Erscheinen der gedruckten Version für die Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Ab 18. Dezember wird die Patienteninformation dann als Faltblatt in den Arztpraxen ausliegen. Als besonderen Service plant die KV NW, bis zu diesem Zeitpunkt auch eine türkischsprachige Version im Internet anzubieten. ■

Jahresinhaltsverzeichnis 2003

Das Jahresinhaltsverzeichnis 2003 des Ärzteblattes Baden-Württemberg kann jetzt bei der Redaktion abgerufen werden: Tel.: (07 11) 7 69 89 45, Fax: 76 98 98 59.

Außerdem finden sie das Jahresinhaltsverzeichnis 2003 auch im Internet unter www.laek-bw.de Link: Ärzteblatt.

Hausarztmodell startet in Mannheim

Die AOK und 111 Hausärzte im Rhein-Neckar-Kreis starten jetzt das Hausarztmodell, das die Verantwortlichen dieser Tage in Mannheim der Öffentlichkeit vorgestellt haben. Ab sofort können erstmals in Deutschland AOK-Versicherte ihre Teilnahme an einem Hausarztmodell in den Praxen der 100 Ärzte und 11 Kinderärzte in Mannheim und Umgebung erklären. Wer sich einschreibt, braucht keine Praxisgebühr bezahlen.

Mit der Einschreibung der Versicherten sei jetzt, so der Vorsitzende des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, Roland Sing, der wichtigste Schritt für eine neue hausärztliche Versorgung getan. Die Gespräche und Vorarbeiten mit den Ärzten und der Aufbau nachhaltiger Strukturen zum Modellversuch hätten vor mehr als zwei Jahren begonnen.

Sing: „Unser Motto ‚Mein Arzt – mein Vertrauen‘ ist kein platter Werbespruch, sondern trifft den Kern der Sache. Der Hausarzt ist der Arzt des Vertrauens und soll auch Lotse für die Patienten durch den Medizinbetrieb sein.“ Im Hausarztmodell sollen die Versicherten eine verbesserte Versorgungsqualität erleben, die auch überprüft würde. Außerdem vernetzen die Beteiligten die Versorgung so, dass Ärzte untereinander und mit den medizinischen Einrichtungen enger zusammenarbeiten können.

Sing rechnet mit 10 000 Einschreibungen innerhalb des nächsten Jahres: „Der Modellversuch ist auf diese Größenordnung angelegt und ich bin überzeugt, dass unsere Versicherten in Mannheim die Qualitätsvorteile erkennen und sich einschreiben.“ Schließlich gebe es auch einen finanziellen Pluspunkt, denn die für den jeweils ersten Arztbesuch im Quartal fälligen 10 Euro an Praxisgebühren fallen dann weg.

Außerdem erhalte jeder eingeschriebene Patient nach der Eingangsuntersuchung einen persönlichen Vorsorgeplan, in den alle Untersuchungen eingetragen werden. „Wir haben sehr auf die praktische Seite geachtet“, so Bruno Krüger, Geschäftsführer der örtlichen AOK-Bezirksdirektion Rhein-Neckar, „und stellen dem Patienten bei der Einschreibung in der Arztpraxis einen Ordner zur Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und zur Behandlungsdokumentation

zur Verfügung.“ Außerdem stehen, so Krüger weiter, den eingeschriebenen Versicherten ganz spezielle Kurse über gesunde Ernährung und Bewegung sowie Infoveranstaltungen zu chronischen Krankheiten, offen.

Damit durch das Hausarztmodell auch weiterhin die Versorgung der Patienten verbessert werden könne, sei eine stetige Weiter- und Fortbildung der beteiligten Ärzte auf allen Gebieten der Medizin Pflicht, erklärt der Vorsitzende des beteiligten Mannheimer Ärztenetzes Qu@linet, Dr. med. Werner Besier. Der Hausarzt sei die Schlüsselfigur, der das psychosoziale Umfeld seines Patienten genau kenne. Durch seine enge Kooperation mit den Fachärzten seien die für den Patienten richtige Diagnostik und Therapie jeweils auf neuestem Stand. „Darüber hinaus gibt unser Modell der Prävention einen viel größeren Raum, weil es innovativ ist und die Vorbeugung in den Mittelpunkt stellt“, so Dr. med. Besier weiter.

Der Hauptgeschäftsführer der KV Nordbaden, Norbert Bonauer, geht davon aus, dass das Hausarztmodell sich dynamisch entwickeln wird, weil dort Erfahrungen aus der Praxis laufend aufgenommen werden können. Der wichtigste Faktor hierbei seien die Patienten: „Nur wenn sich möglichst viele Patienten für eine aktive Mitwirkung entscheiden, hat unser Modell Zukunft.“ Laut Bonauer liege der Schlüssel für den Erfolg in der Überzeugungsarbeit der beteiligten Ärzte und der AOK: „Ich appelliere an die Patienten, sich zu beteiligen und sich in ihrem eigenen Interesse mit einzubringen.“

Die AOK Baden-Württemberg im Internet: www.aok.de/bw

Die KV Nordbaden im Internet: www.kvnb.de

Das Ärztenetz Qu@linet im Internet: www.qualinet.org ■

MEDI unterstützt KVen weiter

MEDI Deutschland will das Konzept der KBV-/KV-Beratungsgesellschaften (Consults) rechtlich prüfen lassen. Das hat der Vorstand bei seiner Sitzung vor Weihnachten in Frankfurt beschlossen. „Wir halten die Consults nicht nur wegen ihrer Nähe zu den Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts für umstritten. Auch die Haftung für die Entscheidungsträger ist noch unklar“, kritisiert der Erste Vorsitzende der MEDI Deutschland, Dr. med. Werner Baumgärtner. Außerdem hat sich der Vorstand dafür ausgesprochen, dass die Satzung der MEDI Verbände vorerst nicht geändert wird. Das bedeutet, MEDI will die KVen auch weiterhin als Parallelorganisation unterstützen.

Das Thema Haftung stand bei der Vorstandssitzung der MEDI Deutschland im Vordergrund. Baumgärtner warnt davor, dass KVen, die eine Consult aufbauen, von ihren Mitgliedern im Nachhinein verklagt werden können. Denn für den Aufbau der Consults wird das Geld aller niedergelassenen Ärzte verwendet, auch wenn nur ein Teil der Ärzte davon profitiert. „Sollten die Gerichte entscheiden, dass die Beteiligung der KVen rechtswidrig ist, können Gremien wie Vorstand und Vertreterversammlung in Haftung genommen werden“, so der MEDI-Chef. Um hier Klarheit zu haben, will MEDI Deutschland diese Fragen juristisch prüfen lassen.

Der MEDI-Vorstand bezweifelt, dass die KV-Consults als 100-prozentige Töchter von Körperschaften des öffentlichen Rechts wie freie Unternehmen agieren können. „Wir glauben, dass die Consult-Befürworter auf dem freien Markt scheitern werden. Vermutlich wird nur das Geld der niedergelassenen Ärzte ausgegeben, ohne dass Gewinne gemacht werden“, warnt Baumgärtner. Grund für den Zweifel ist der eingeschränkte Spielraum, dem die Consults unterworfen wären. Anders als freie Dienstleister sind Consults nur auf das Vertragsgeschäft mit den Krankenkassen beschränkt. Andere Aufgaben dürfen sie nicht übernehmen: einerseits aus kartellrechtlichen Gründen, andererseits, weil ihr Besitzer (Gesellschafter) eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist. ■

Strategische Kooperation

Zu einer bislang auf Bundes-ebene einmaligen strategischen Allianz haben sich Aktionskreis Psychiatrie (AKP) und Deutscher Hausärzterverband e. V. zusammengeschlossen, um ab sofort die Versorgungssituation psychisch Erkrankter gemeinsam weiter zu verbessern.

Auf ihrer Pressekonferenz stellten sie nun erste Ergebnisse zentraler Projekte vor. Neben der Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Fortbildung stehen auch die gemeinsame Entwicklung von Versorgungsleitlinien für Depression und integrierte Versorgungsmodelle im Fokus. Damit wolle man neben einer erhöhten Sensibilisierung und Befähigung des Hausarztes auch ein mögliches DMP Depression mitgestalten. Gerade vor dem Hintergrund, dass mangelnde Früherkennung und fehlende Behandlungskontinuität zu den Hauptursachen für die defizitäre Versorgungssituation zählen, sei diese Allianz von besonderer Relevanz. Denn insbesondere an der Schnittstelle zwischen Haus- und Facharzt kommt es vielfach zu Informationsverlusten. Bereits jetzt sei der Hausarzt in mehr als 75 Prozent der Fälle psychischer Erkrankungen erste Anlaufstelle. AKP und Hausärzterverband wollen mit ihrer Kooperation auch das Signal in Richtung Politik senden, moderne Therapiestandards für psychisch Erkrankte sicherzustellen.

„Im Mittelpunkt der Zusammenarbeit steht das Ziel, die Diagnose- und Therapiekompetenz des Hausarztes bei psychischen Erkrankungen weiter zu verbessern, damit dies den Patienten zu Gute kommt“, äußerte sich Prof. Hanns Hippus, Gründungsmitglied des Aktionskreises Psychiatrie. Das gelte beispielsweise für die Erstmanifestation psychischer Erkrankungen wie Depressionen, die Differentialdiagnose psychischer Erkrankungen wie Depressionen, die Differentialdiagnose Bipolare Störungen, die akute und langfristige Behandlung psychotischer Patienten und den aus Sicht des AKP bislang unzureichenden evidenzbasierten Einsatz innovativer Medikamente. „Notwendige Grundlage für den Hausarzt sind neben einer stabilen Zusammenarbeit mit den Fachärzten auch die Etablierung einheitlicher Behandlungsleitlinien

und Versorgungspfade sowie der Ausbau der integrierten Versorgung“, ergänzte Dr. Diethard Sturm, stellvertretender Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes.

Auf Initiative des Aktionskreises Psychiatrie haben AKP und Deutscher Hausärzterverband e. V. vor einem Jahr die Gespräche aufgenommen. Ziel ist es, die Kompetenzen und Erfahrungen zum Wohle psychisch kranker Menschen zu bündeln. Die für den Patienten und Therapieerfolg so wichtige Behandlungskontinuität bei bestmöglicher Qualität könne auch angesichts des zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen nur durch ärztliche Kooperation bewältigt werden. Zu diesem Schluss kamen die Vertreter beider Gruppierungen. „Bestärkt werden wir auch durch die steigende Bedeutung psychischer Erkrankungen“, erklärte Dr. Christa Roth-Sackenheim, AKP. So lasse sich seit 1997 beispielsweise eine Zunahme um 51 Prozent als Ursache für Arbeitsausfalltage feststellen.

Zentrales Projekt von AKP und Hausärzterverband ist die Verbesserung der hausärztlichen Fortbildung. „Eine größere Sensibilisierung und Befähigung der Hausärzte bezüglich psychischer Erkrankungen ist ein grundlegender Schritt für eine bessere Versorgung dieser Patientengruppen“, so Sturm. Nur bei der Hälfte aller an Depressionen Erkrankten wurde bislang die richtige Diagnose gestellt, lediglich 10 Prozent werden adäquat behandelt. Katastrophale Zustände aus Sicht der Fachärzte. „Obwohl rund 25 Prozent der Patienten eines Hausarztes psychisch krank sind, nehmen psychische Erkrankungen in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt nur einen optionalen Platz ein. Angesichts der Tatsache, dass im Zuge der Gesundheitsreform Hausärzte immer stärker eine zentrale Steuerungsfunktion zugewiesen bekommen, muss sich hier dringend etwas ändern“, unterstrich auch Prof. Jürgen Fritze, AKP, die Bedeutung der Zusammenarbeit.

Grundlagen der Fortbildungs-Kooperation ist das vom Institut für hausärztliche Fortbildung erarbeitete Konzept. Bei der inhaltlichen Ausgestaltung sowie der Gewinnung sich beteiligender Fachärzte für den Bereich psychische Erkrankungen

werden Hausärzterverband und AKP eng zusammenwirken. Gestartet wird das neue Fortbildungsangebot im nächsten Jahr. Dabei werden Fachärzte der verschiedenen Disziplinen in Seminarveranstaltungen Hausärzte schulen und trainieren. ■

Dr. med. Helmut Paris wurde 65 Jahre alt

Der langjährige Hauptgeschäftsführer der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg, Dr. med. Helmut Paris, ist 65 Jahre alt geworden. Der Facharzt für Anästhesie hat 22 Jahre die Geschäfte der Kammer geführt und das Amt bereits im Februar 2003 an seinen Nachfolger, Dipl.-Verwaltungswirt Armin Flohr abgegeben.

Bei einem Stehempfang in Stuttgart würdigte die Präsidentin der Landesärztekammer, Dr. med. Ulrike Wahl, die Verdienste vom Dr. Paris, dem es vor allem gelungen sei, neue Fortbildungsthemen zu erkennen und umzusetzen. Dr. Paris gelte als einer der Väter der Fachkunde Rettungsdienst, außerdem habe er den Killesberg-Kongress weiterentwickelt. Auch für die Arztfachhelferinnen-Ausbildung habe er sich besonders engagiert. *dr*

Konjunkturaufschwung in Japan

Nach einer ausgedehnten Talfahrt von über zwölf Jahren entwickelt sich die japanische Wirtschaft momentan wieder besser und verzeichnet höhere Wachstumsraten als Europa. Das Vertrauen der Japaner in die eigene Wirtschaft wächst, der angeschlagene Finanzsektor scheint sich zu stabilisieren und auch die großen japanischen Unternehmen sehen wieder mit mehr Optimismus in die Zukunft. Dies belegt der aktuelle Geschäftsklima-Index der Bank of Japan (Tankan), der erstmals seit Dezember 2000 wieder einen positiven Wert aufweist. Damit bestätigt der Tankan neben einer ganzen Reihe von Einzelindikatoren der letzten Wochen, dass sich im Land der aufgehenden Sonne ein zyklischer Konjunkturaufschwung etabliert. Vor allem in der Autoindustrie, der Elektromaschinenindustrie und dem Maschinenbau hat sich die Stimmung gegenüber der letzten Erhebung des Geschäftsklimaindex deutlich verbessert. Lediglich in den stark von der Inlandsnachfrage abhängigen Unternehmen des Dienstleistungssektors werden die Geschäftsaussichten noch verhalten beurteilt. Auch Anleger hierzulande, die von einem langfristigen Aufschwung in Japan überzeugt sind, können von dieser Entwicklung profitieren. Mit dem neuen BW Nikkei S-O-Zertifikat (WKN 324026) partizipieren Anleger ohne Währungsrisiko vom Kursanstieg des Nikkei-Index mit einem Faktor von 1,33. Steigt Tokios Leitindex beispielsweise um 50 % auf 15 263 Punkte, dann gewinnt das Zertifikat am Ende der Laufzeit 66,5 %. Für den Hebeleffekt geht der Anleger kein erhöhtes Risiko ein, sondern er bekommt noch einen Sicherheitspuffer von 30 % dazu. So beginnt die Verlustzone am Fälligkeitstag erst unterhalb eines Indexstands von 7122 Punkten.

Fonds erfolgreich gemanagt: BW-Renta-International-UI

Nur wenige Fondsmanager schlagen ihren Vergleichsindex. Erst recht nicht die Manager von Rentenfonds. Bernd Früh von der BW Asset Consult hat es jedoch geschafft. Er berät den BW-

Renta-International Universal, einen weltweit anlegenden Rentenfonds. Den globalen Staatsanleihen-Index von JP Morgan hat der Fonds zuletzt klar hinter sich gelassen. Allerdings orientiert Früh sich kaum am Index. Festgelegte Bandbreiten für Länder oder Laufzeiten der Anleihen hat er nicht. „Diese Freiheiten kann ich nutzen.“ So hat er US-Staatsanleihen zum Beispiel schon 2002 sehr stark untergewichtet. Weil ihm das Dollar-Risiko zu groß war. Potenziellen Wechselkursverlusten ist er damit schon im Vorfeld aus dem Weg gegangen. Derzeit favorisiert Früh Papiere aus Euroland. Vor allem Anleihen mit Laufzeiten von über sieben Jahren. Das heißt, Früh rechnet nicht mit steigenden Zinsen. Denn dann wären kürzer laufende Anleihen die bessere Wahl. Sie würden die Gefahr von Kursverlusten eindämmen. Fazit: Bernd Früh folgt nicht der Masse. Mit Erfolg.

Fernsehen: Beliebte Informationsquelle über Wirtschaftsnachrichten

Das Fernsehen steht bei Deutschen an erster Stelle, wenn sie sich über Wirtschaft, Finanzen und Börse informieren wollen. Dies ergab eine repräsentative Umfrage des Bundesverbands deutscher Banken (BdB). 75 Prozent der Bevölkerung nutzen es als Hauptinformationsquelle. Den zweiten Platz nimmt die Zeitung mit 58 Prozent ein. Auch das Internet ist im Kommen. Insbesondere bei jungen Leuten hat es bereits einen sehr hohen Stellenwert. Von den 18- bis 24-Jährigen, die über einen Internetzugang verfügen, nennt schon jeder Zweite (52 Prozent) das „World Wide Web“ als wichtigste Informationsquelle für Wirtschafts- und Börsenthemen.

Trotz Börsenflaute mehr Depots

Nie zuvor gab es so viele Wertpapierdepots in Deutschland: Trotz Börsenflaute stieg ihre Zahl im vergangenen Jahr auf rund 37 Millionen. Ende 1997 waren es erst 18,3 Millionen. Vor allem die Kapitalanlagegesellschaften (Investmentfonds) haben in diesem Zeitraum viele neue Depots eingerichtet, zum Beispiel für Fondssparverträge.

Das Wertpapiervermögen in den Depots sank 2002 allerdings um acht Prozent auf insgesamt 3933 Milliarden Euro. Grund dafür sind die Kursverluste bei den Aktienbeständen. Der überwiegende Teil des Wertpapiervermögens, fast 60 Prozent, wird von den privaten Banken betreut. Es folgen Sparkassen und Landesbanken mit einem Marktanteil von knapp 13 Prozent. Auf die Genossenschaftsbanken einschließlich deren Zentralbanken entfallen annähernd sechs Prozent, auf Investmentfondsgesellschaften zwei Prozent. Die restlichen Wertpapiere verwahren Bundesbank, Bundeswertpapierverwaltung und andere Kreditinstitute.

Begehrte Sammlerobjekte: D-Mark-Banknoten

Fast zwei Jahre nach Einführung des Euro-Bargelds schlummern noch immer D-Mark-Bestände in deutschen Haushalten. Von den ursprünglich ausgegebenen Münzen sind wertmäßig nur rund die Hälfte in Euro umgetauscht worden. Der Grund: Zahlreiche Geldstücke gingen verloren, wurden für industrielle Zwecke genutzt, als Souvenir oder Schmuckanhänger verarbeitet. Nicht wenige ruhen auch in Sammlerschatteln und Münzalben. Von den D-Mark-Banknoten wurden hingegen über 96 Prozent in Euro eingetauscht.

In den Filialen der Bundesbank werden täglich weitere D-Mark-Bestände eingeliefert und in Euro gewechselt, zum offiziellen Kurs von einem Euro gleich 1,95583 DM. Der Umtausch dort ist auch künftig unbegrenzt und kostenfrei möglich. Das gilt übrigens für alle D-Mark-Banknoten, auch für ältere Ausgaben, die in den 1950er und 1960er Jahren umliefen.

So manche ältere D-Mark-Scheine sind allerdings mittlerweile begehrte Sammlerobjekte. vor allem gut erhaltene Exemplare sind gefragt. Sie können im Fachhandel oder auf Auktionen hohe Preise erzielen. Liebhaber zahlen beispielsweise für einen wenig gebrauchten roten Hundertmarkschein der Serie 1948 um die 1000 Euro – wenn er „kassenfrisch“ ist sogar beträchtlich mehr. Stärker gebrauchte Scheine sind allerdings deutlich weniger wert.

*Baden-Württembergische Bank
Filippo Scaglione
Fachbetreuer Heil- und Freiberufe
Ressort Privatkundenmarketing
Telefon: (07 11) 1 80-21 22
Telefax: (07 11) 1 80 26 49
E-Mail:
filippo.scaglione@bw-bank.de*

Nachrichten

Wechsel an der Spitze der AOK

Der Verwaltungsrat der AOK Baden-Württemberg hat Dr. Rolf Hoberg (56) zum neuen Vorstandsvorsitzenden gewählt. Dr. Hoberg ist zurzeit stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes in Bonn. Er wird sein neues Amt in Stuttgart zum 01. 10. 2004 antreten.

Die Neuwahl war notwendig geworden, weil der amtierende Vorstandsvorsitzende Roland Sing (62) mit Vollendung des 63. Lebensjahres Ende September 2004 in den Ruhestand gehen wird.

Qualitätsförderpreis Gesundheit

Das Sozialministerium Baden-Württemberg und die im Gesundheitsforum Baden-Württemberg beteiligten Institutionen verliehen am 27. Oktober in Stuttgart zum dritten Mal den Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg (QFP). Über diesen Preis soll der Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen nachhaltig gefördert und besonders gelungene Projekte gewürdigt werden. Von 49 eingereichten Projekten wurden sechs Projekte gewürdigt und mit Preisen von insgesamt 15 000 € bedacht.

Gewürdigt wurde auch ein Projekt der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Karl Mann), das in Kooperation mit der psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstelle in Bietigheim durchgeführt wird. Bei dem Projekt „Integratives ambulantes Kurzzeitbehandlungsprogramm (IAK) wird Menschen mit Alkoholproblemen (Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit) ein niederschwelliges, ambulantes Entgiftungs- und Motivationsprogramm angeboten, das insbesondere auf die Kooperation

mit den niedergelassenen Hausärzten und den Allgemeinkrankenhäusern setzt. Neuere epidemiologische Ergebnisse zeigen, dass sich nur ca. 7 % der Alkoholkranken an Einrichtungen der Suchthilfe wenden (Fachkrankenhäuser, Fachberatungsstellen). Demgegenüber konsultieren jedes Jahr ca. 70–80 % ihren Hausarzt. Das Projekt schließt hier eine Behandlungslücke indem Alkoholranke frühzeitig mittels eines spezifischen medizinischen und psychosozialen Behandlungsangebots erreicht werden. Die bisherigen Ergebnisse sind viel versprechend; so lag die Haltequote während des Behandlungsprogramms bei 94,7 %, die Abstinenzrate nach 12 Monaten bei 55 %. Das Projekt wird wissenschaftlich vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim begleitet und ist ein Teilprojekt des Suchtforschungsverbundes Baden-Württemberg. Das Preisgeld in Höhe von 1000 € kommt der Weiterführung des Projektes zugute

Preisverleihung

Der mit 5000 € dotierte 5. „Forschungs- und Entwicklungspreis 2003 des Krebsverbandes Baden-Württemberg e. V.“ wurde im Rahmen der 22. Jahrestagung der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte (ATO) in Heilbronn an das Projekt „Netzwerk Palliativ Care“ an Armin Kapp und Dr. Ingeborg Schneider vom Onkologischen Schwerpunkt Ludwigsburg/Bietigheim vergeben.

Anlässlich der Preisverleihung würdigte Prof. Michael Bamberg, Vorsitzender des Krebsverbandes Baden-Württemberg, die diesjährigen Preisträger: „Mit dem Projekt „Netzwerk Palliativ Care“ ist es den Preisträgern gelungen, das bundesweit immer noch einmalige Brückenpflegemodell zur Versorgung schwerkranker und sterbender Krebspatienten in den Kernbereich Qualitätssicherung und Case Management weiter zu entwickeln. Steigende Anfragen und Patientenzahlen erfordern bei knappen Ressourcen innovative Lösungen, die gleichermaßen den Patienten, Mitarbeitern und dem steigenden Kostendruck gerecht

werden. Die Säulen des Projektes sind ein Wissensmanagement, das innerhalb der Klinik ansetzt und in die Breite wirkt, sowie strukturelle Veränderungen und eine EDV-gestützte Dokumentation, die der Kommunikation nützt und Zeit und Kräfte der Pflegekräfte freisetzt.

Die Brückenpflege ist ein Erfolgsmodell. Vor dem Hintergrund der anstehenden gesundheitspolitischen Veränderungen, der stärkeren Verzahnung stationärer und ambulanter Leistungen und integrierten Versorgung bieten die Ansätze des Ludwigsburger Netzwerkes Orientierungshilfe für eine weitere Optimierung.“

Der Forschungs- und Entwicklungspreis des Krebsverbandes Baden-Württemberg wird seit 1999 jährlich für herausragende Leistungen in der anwendungsbezogenen Forschung und Konzeptentwicklung im psychosozialen, ärztlichen und pflegerischen Bereich der Versorgung von Krebspatienten in Baden-Württemberg vergeben. Besonderes Gewicht wird auf die Patientenorientierung, den interdisziplinären und interinstitutionellen Charakter der Preisarbeiten gelegt.

Große Allianz für Gesundheitspauschale

Der NAV-Virchow-Bund begrüßt die auf dem CDU-Parteitag in Leipzig gefassten Beschlüsse zur Reform der Krankenversicherung. „Die Einführung einer Gesundheitspauschale und die Regelung des sozialen Ausgleichs über die Steuer werden unser Gesundheitssystem zukunftsfähig machen“, so der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Dr. Maximilian Zollner.

Auf diese Weise bleibe die langfristige Finanzierung eines Systems gewährleistet, das allen Patienten die medizinisch notwendige Versorgung garantiere und die Arbeitskosten, und damit den Arbeitsplatzabbau, nicht weiter in die Höhe treibe. Darüber hinaus sei die Gesundheitspauschale im Gegensatz zu den sich ständig verändernden GKV-Beiträgen für den Bürger eine besser kalkulierbare finanzielle Größenordnung.

MedCall weiß (fast) immer eine Antwort

„Das Patiententelefon MedCall hat sich als zuverlässiger Wegweiser durch das unübersichtliche Gesundheitswesen etabliert.“ Diese erfreuliche Zwischenbilanz zieht Dr. Thomas Zalewski, Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg (KV NW), anlässlich des zweijährigen Bestehens der Patientenberatungsstelle. Über 20 000 Anrufer haben den Service der KV NW unter der Rufnummer (0 18 05) 6 33 22 55 (12 Cent pro Minute) schon in Anspruch genommen.

„Kennen Sie einen Arzt in meiner Nähe?“ So lautet die Kernfrage jedes zweiten Anrufers. Viele Patienten sind auf der Suche nach einem Arzt in Wohnortnähe mit einem bestimmten Tätigkeitsbereich. Für die Mitarbeiter von MedCall ist es kein Problem, weiterzuhelfen, denn sie können auf umfangreiche Angaben zu den 6100 Ärzten und 700 Psychotherapeuten der KV NW zugreifen. „Die Vertragsärzte in Nord-Württemberg haben vielfältige Qualifikationen. MedCall sorgt dafür, dass die Patienten das ganze Spektrum der ambulanten medizinischen Versorgung optimal ausschöpfen können“, sagt Dr. Zalewski. „Dies ist im Übrigen auch ein Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen, denn die Patienten finden rasch den richtigen Arzt und irren nicht mehr von Pontius zu Pilatus.“ Mit der Gründung des Patiententelefon MedCall vor zwei Jahren reagierte die KV NW auf den verstärkten Trend zu telefonischen Gesundheitsdienstleistungen durch Krankenkassen und kommerzielle Anbieter. Inzwischen hat sich MedCall als feste Anlaufstelle für Patienten etabliert – mit medizinisch geschultem Fachpersonal und aktuellen Daten aus dem Gesundheitswesen. Neben der Vermittlung kompetenter Ärzte bietet MedCall noch eine ganze Reihe weiterer Beratungsdienstleistungen an. So erhalten Anrufer auch die Adressen von Selbsthilfegruppen, Pflegediensten, ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, Drogenberatungsstellen und medizinischen Organisationen.

MedCall informiert außerdem über Diagnose- und Therapieverfahren, ambulante Operationen, Fremdsprachenkenntnisse von Ärzten und Praxismitarbeitern sowie behindertengerecht ausgestattete Arztpraxen. Die Patienten können sich darüber hinaus mit Fragen zu medizinischen Individualleistungen, die nicht im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung angeboten werden, an MedCall wenden. Das Beratungsteam gibt beispielsweise Auskunft zu alternativen Heilverfahren oder sportmedizinischen Eignungsuntersuchungen. Ein Anruf bei MedCall ersetzt allerdings nicht den Besuch beim Arzt. Die Mitarbeiter des Patiententelefon stellen keine Ferndiagnosen. In letzter Zeit häufen sich bei MedCall die Anrufe zur Gesundheitsreform: „Viele Bürger in diesem Land sind durch das Hin und Her, das die Bundesregierung über Monate hinweg betrieben hat, verunsichert. Wir sind froh, mit Hilfe von MedCall viele Patienten und Interessierte persönlich über die tatsächlichen Auswirkungen der Reform aufklären zu können. Mit ein paar individuellen Tipps machen wir ihnen das Leben wieder leichter oder zumindest überschaubarer“, freut sich Hauptgeschäftsführer Dr. Thomas Zalewski. ■

Betriebswirtschaft für die Arztpraxis

Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal mit Organisations- und Führungsaufgaben in Praxen oder integrierten Versorgungseinrichtungen hat die Fernfachhochschule Riedlingen einen betriebswirtschaftlichen Kontaktstudiengang zum/zur Praxenmanager/in entwickelt. Dieser berufsbegleitende Kontaktstudiengang auf Fernstudienbasis ist durch die Zentralstelle für Fernunterricht zertifiziert und dauert 15 Monate. Zugangsvoraussetzungen sind ein abgeschlossenes Hochschulstudium oder eine abgeschlossene Berufsausbildung und mehrjährige Berufserfahrung, bevorzugt im Gesundheits- und Sozialwesen. Infoveranstaltungen mit Schnuppervorlesung finden statt am **Donnerstag, 12. Februar 2004** und **Mittwoch, 10. März 2004** im Telekom-Bildungszentrum, Universitätsstr. 34, 70569 Stuttgart-Vaihingen. Beginn ist jeweils um 19.30 Uhr. Dort werden auch die Präsenzveranstaltungen an insgesamt 14 Wochenenden abgehalten. Nähere Informationen: Fernfachhochschule Riedlingen, Tel.: (0 73 71) 93 15 26 oder www.fh-riedlingen.de ■

Die Ärzteschaft Heidelberg lädt ein zu ihrem Winterkonzert 2004.

Programm:

Wolfgang Amadeus Mozart: Konzert für Klavier und Orchester d-moll, KV 466,
Allegro – Romanze – Rondo.
Klavier: Sabina Chukurova, Berlin

Pause

César Franck: Symphonie d-moll
Lento, Allegro non troppo, Lento, Allegro non troppo, Lento –
Allegretto – Allegro non troppo.

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Michael Steinhausen

Termin: Freitag, 6. Februar 2004, 20.00 Uhr.
Ort: Alte Aula der Universität Heidelberg, Grabengasse 1.
Eintritt: frei.

Am Ausgang erfolgt eine Spenden-Sammlung zu Gunsten:
Betreute Wohngruppen für alleinstehende Menschen e. V.

Terminvormerkung:

Vorkonzert: Sonntag, 1. Februar 2004, 20.00 Uhr, Augustinum,
Heidelberg-Emmertsgrund, Jaspersstr. 2.
Sommer-Konzert 2004:
Freitag, 9. Juli 2004, 20.00 Uhr, Peterskirche

Neue Therapieempfehlungen

Fünf neue Manuale aus der Schriftenreihe „Therapieempfehlungen“ hat das Interdisziplinäre Tumorzentrum Tübingen (ITZ) im vergangenen Quartal herausgebracht:

- Schmerztherapie bei Tumorpatienten (11. Auflage; Kitteltaschenformat)
- Primäre Hirntumoren und ZNS-Metastasen (4. Auflage)
- Kolonkarzinom, Rektumkarzinom, Analkarzinom (2. Auflage)
- Mammakarzinom (3. Auflage)
- Gynäkologische Tumoren (2. Auflage)

Die nicht nur in der Region sehr gefragten Therapieempfehlungen, die in interdisziplinären Arbeitsgruppen auf der Basis der nationalen ISTO-Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft erarbeitet werden, können gegen einen Kostenbeitrag von 7 Euro pro Heft (bzw. 4 Euro für das Heft „Schmerztherapie“) in der Geschäftsstelle des ITZ angefordert werden. Wer die kostenlose Online-Version bevorzugt: die aktuellen Empfehlungen können unter www.itz-tuebingen.de/itzgrup.html heruntergeladen werden.

Interdisziplinäres Tumorzentrum
Tübingen
Geschäftsstelle
Herrenberger Str. 23
72070 Tübingen
Fax: (0 70 71) 29 52 25
itz@med.uni-tuebingen.de
www.itz-tuebingen.de

Einführungssymposium des Lymphomzentrums

Das Zentrum Maligne Lymphome am Interdisziplinären Tumorzentrum Tübingen hat seine Arbeit aufgenommen und stellt sich am **4. Februar 2004** mit einem Symposium zum Thema „**Neue Aspekte in der Diagnostik und Therapie von Lymphomen**“ vor. Die Fortbildungsveranstaltung für Ärzte beginnt um **15.00 Uhr** (Dauer bis 18.30 Uhr) und findet im Konferenzzentrum, Otfried-Müller-Straße 6, 72076 Tübingen statt.

Auskunft erteilt Priv.-Doz. Dr. Hebart, Koordinierender Arzt des Lymphomzentrums, Tel. (0 70 71) 2 98 27 11.

Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Bock wurde 100 Jahre alt

Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Hans Erhard Bock, emeritierter Ordinarius und ehemaliger Direktor der Medizi-

nischen Universitätsklinik Tübingen, vollendete am 31. Dezember 2003 sein 100. Lebensjahr.

Bock, in Waltershausen geboren, studierte von 1922 bis 1927 Medizin an den Universitäten Marburg, München, Jena, Bonn und Hamburg. 1949 wurde Bock auf den Lehrstuhl für Innere Medizin der Universität Marburg berufen. Rufe an die Universitäten Düsseldorf (1955) und Hamburg (1959) lehnte Prof. Bock ab. 1962 kehrte er als Nachfolger von H. H. Bennhold nach Tübingen zurück, wo er bis 1972 die Medizinische Universitätsklinik leitete.

Als Direktor der Marburger und Tübinger Universitätsklinik hat Bock einen Kreis von engagierten Mitarbeitern und hoch angesehenen Wissenschaftlern versammelt, die Bocksche Schule. Elf Lehrstühle für Innere Medizin in Deutschland sind durch frühere Mitarbeiter Bocks besetzt.

H. E. Bock war Dekan der Medizinischen Fakultät und 1961 Direktor der Universität Marburg; diese Universität verlieh ihm 1968 die Ehrendoktorwürde der Medizin. Mehrere Jahre war Bock Senatmitglied der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin war er 1968 und 1976 Vorsitzender der 109. Versammlung der Gesellschaft für Deutsche Naturforscher und Ärzte in Stuttgart. Prof. Bock war lange Jahre Präsident der Deutschen Therapiewoche in Karlsruhe. Von 1972 bis 1979 war er nach seiner Emeritierung wissenschaftlicher Berater der Paul-Martin-Stiftung für klinische Medizin (Mainz). Dem Regensburger Kollegium gehörte er seit 1952 als Mitglied an. Bock ist Mitglied und Ehrenmitglied zahlreicher nationaler und internationaler Fachgesellschaften.

Die deutsche Ärzteschaft ehrte H. E. Bock durch die Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette und der Paracelsus-Medaille. Er besitzt die Bürgermedaille der Stadt Tübingen und die Ehrenmedaille der Stadt Karlsruhe, 1975 erhielt er die Goldene Heilmeyer-Medaille. Er ist Träger des Großen Bundesverdienstkreuzes.

Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Der Stuttgarter Weiterbildungskreis für Psychotherapie (WBK – als von der Bezirksärztekammer NW anerkannte Weiterbildungs-Stätte) bietet Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, den Zusatztitel Psychotherapie berufsbegleitend zu erwerben.

Die Weiterbildung entspricht den Richtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Die Veranstaltungen finden überwiegend in der Stuttgarter Akademie für Tiefenpsychologie und Psychoanalyse, Hohenzollernstr. 26, 70178 Stuttgart, statt.

Die Weiterbildung kann zu jedem Semesterbeginn aufgenommen werden. Informationen erhalten Sie über www.wbk-stuttgart.de

Interessenten können sich an das Sekretariat des WBK (Frau Keller) wenden:

Christophstr. 36, 70180 Stuttgart, Tel. (07 11) 6 33 30 72.

E-Mail: wbk@dozent.de

Fortbildung muss in ärztlicher Hand bleiben:

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, wehrt sich dagegen, dass die Qualität deutscher Ärzte schlecht geredet wird: „Ständig wird von einzelnen Regierungsberatern und so genannten Fachleuten behauptet, die Qualität der deutschen Ärzte sei nur Mittelmaß. Dieses pauschale Urteil wird auch durch regelmäßige Wiederholungen nicht richtiger“, bekräftigt der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Maximilian Zollner. Pauschale Aussagen dieser Art, ohne die zu Grunde liegende Definition von Qualität zu nennen, sei unzulässig und populistisch.

Die nun in der Gesundheitsreform vorgesehene Pflicht-Fortbildung könne nach Ansicht von Dr. Zollner weder die medizinische Qualität noch die ohnehin schon hohen Standards der ärztlichen Fortbildung verbessern. „Wir bilden uns heute schon regelmäßig, freiwillig und auf fachlich höchstem Niveau weiter“, betont Dr. Zollner. Allein im Bereich der Ärztekammer Baden-Württemberg nehmen die Ärzte im Schnitt an zehn zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr teil. In den anderen Kammerbereichen seien die Zahlen ähnlich.

Jahresinhaltsverzeichnis 2003

Das Jahresinhaltsverzeichnis 2003 des Ärzteblattes Baden-Württemberg kann jetzt bei der Redaktion abgerufen werden: Tel.: (07 11) 7 69 89 45, Fax: 76 98 98 59.

Außerdem finden sie das Jahresinhaltsverzeichnis 2003 auch im Internet unter www.laek-bw.de Link: Ärzteblatt.

Ausübung/Nichtausübung der Heilkunde



Redaktion:
Prof. Dr. iur.
Hans Kamps
72770 Reutlingen
Haldenhastr. 11

Heilkundeausübung durch eine GmbH

1. § 1 Zahnheilkundengesetz steht dem Angebot einer GmbH, ambulante Zahnbehandlungen als eigene vertragliche Leistungen zu erbringen, nicht grundsätzlich entgegen.

2. Die Schaffung der rechtlichen und tatsächlichen Voraussetzungen für die Ausübung der Zahnheilkunde durch angestellte Zahnärzte fällt nicht unter den Begriff Ausübung der Heilkunde.

3. Der Beruf des niedergelassenen (Zahn)Arztes ist daher ein durch Rechts tradition und allgemeine gesellschaftliche Anschauung geprägter typischer Beruf. Die berufliche Tätigkeit des niedergelassenen frei praktizierenden (Zahn)Arztes wird durch die eigene, durch Approbation ausgewiesene fachliche Kompetenz des (Zahn)Arztes, seine unmittelbare Verantwortung gegenüber dem Patienten sowohl im Bereich der eigentlichen Behandlungstätigkeit als auch im tatsächlichen und rechtlichen Umfeld dieser Behandlung sowie durch ein auf diesen Gegebenheiten beruhendes besonderes, unmittelbares und weit gespanntes Vertrauensverhältnis zwischen (Zahn)Arzt und Patient geprägt.

4. Als zweite Form der (zahn)ärztlichen Berufsausübung hat sich die des angestellten Arztes in Krankenhäusern (bzw. Kliniken) oder Sanatorien entwickelt, und zwar deshalb, weil im Vordergrund der Betätigung dieser Institutionen Leistungen stehen, die in bestimmten Fällen für die Gewährleistung der Volksgesundheit unerlässlich, jedoch vom niedergelassenen Arzt im Regelfall nicht zu erbringen sind, weil sie wie insbesondere die stationäre Versorgung der Patienten und/oder das interdisziplinäre Zusammenwirken unterschiedlicher Fachrichtungen bei Diagnose und Behandlung die Möglichkeiten eines niedergelassenen Arztes regelmäßig überschreiten.

5. Es fehlt an der nach Art. 12 GG erforderlichen Festlegung dieser Berufsbilder und ihrer Ausschließlichkeit durch Gesetz oder vorkonstitutives Wohnheitsrecht.

6. Eine hinreichend gewohnheitsrechtliche Fixierung der beiden vorherrschenden Berufsbilder bisheriger (zahn)ärztlicher Betätigung kann nicht festgestellt werden.

Urteil des BGH vom 25. 11. 1993 (I ZR 281/91)

Piercing

Das Piercing ohne Lokalanästhesie und die Verabreichung von Lidocain zum Zwecke der Lokalanästhesie, um die beim Piercen entstehenden Schmerzen zu betäuben, sind Ausübung der Heilkunde gem. § 1 HeilpG. Beschluss des VG Gießen vom 09. 02. 1999 (8 G 2161/98)

Piercing mit Betäubung

Das Piercen unter Anwendung einer örtlichen Betäubung mittels Injektion eines Arzneimittels ist Ausübung der Heilkunde am Menschen gem. § 1 Abs. 2 HeilpG. Einer gelernten Arzthelferin, die ein Piercingstudio betreibt, ist es daher nicht erlaubt, vor dem Piercen eine Betäubung unter Verwendung eines Lokalanästhetikums durchzuführen.

Urteil des VG Kassel vom 02. 02. 2000 (8 TG 713/99)

„Handauflegen“ durch „Wunderheiler“

Als Ausübung der Heilkunde gilt bereits ein berufs- oder gewerbsmäßiges Tun, das bei den Behandelten den Eindruck erweckt, es ziele darauf ab, sie von Krankheit, Leiden oder Körperschäden zu heilen oder ihnen Erleichterung zu verschaffen. Insofern kann auch derjenige, der schwerkranke Patienten gegen Entgelt durch Handauflegen „behandelt“, diesen weiten strafrechtlich ausgerichteten Heilkundebegriff verwirklichen.

Urteil des OLG Frankfurt vom 27. 01. 1999 (1 Ss 310/97)

„Wunderheiler“

Die Tätigkeit eines Wunderheilers, der versucht, kranke Menschen durch „Handauflegen“ oder das Schweben lassen seiner Hände über dem Körper der Menschen zu heilen, unterfällt dem Begriff der Heilkunde gem. § 1 Abs. 2 HeilpG und ist deshalb erlaubnispflichtig nach dem HeilpG. Urteil des OVG Münster vom 08. 12. 1997 (13 A 4973/94)

„Handauflegen“

1. Der Erlaubnispflicht nach dem HeilpG unterfallen nur solche Handlungen, durch die gesundheitliche Schäden verursacht werden können.

2. Keine erlaubnispflichtige Ausübung der Heilkunde liegt vor, wenn sich die fragliche Handlung auf

Heilmethoden beschränkt, die für die Gesundheit objektiv unschädlich sind (hier: Handauflegen) und wenn der Patient vor der Behandlung eindringlich darauf hingewiesen wurde, dass die Behandlung eine ärztliche nicht ersetzen könne und tunlichst ein Arzt aufzusuchen sei.

Urteil des LG Verden vom 25. 06. 1997 (12–24/97)

Faltenunterspritzung

Eine Faltenunterspritzung stellt einen über die kosmetische Hautpflege hinausgehenden Eingriff in den Körper dar, der einer ärztlichen Krankheitsbehandlung gleichkommt, ärztliche Fachkenntnisse voraussetzt und gesundheitliche Schädigungen hervorrufen kann. Denn Injektionen im Gesicht setzen, um sie sachgerecht ausführen zu können, zur Vermeidung daraus drohender Gefahren für die Gesundheit detailgenaue Kenntnisse der Anatomie des menschlichen Gesichts voraus, die schwerlich hinter dem Niveau ärztlichen Fachwissens zurückbleiben können.

Urteil des Bayer. VGH vom 08. 08. 2001 (21 ZS 29/00)

Augeninnendruckmessung durch Optiker

Die berührungslose Augeninnendruckmessung (Tonometrie) und die Prüfung des Gesichtsfeldes mittels einer Computermessung (automatische Perimetrie) durch Optiker verstößt gegen § 1 HeilprG, da es sich insoweit um Ausübung der Heilkunde handelt. Die Prüfung des Dämmerungssehens und der Blendempfindlichkeit stellt dagegen keine Ausübung der Heilkunde dar.

Urteil des BGH vom 10. 12. 1998 (I ZR 137/96)

Augeninnendruckmessung durch Optiker

Die berührungslose Augeninnendruckmessung (Tonometrie) und die Prüfung des Gesichtsfeldes mittels einer Computermessung (automatische Perimetrie) durch Optiker verstößt gegen § 1 HeilprG, sofern sie nur mit einem allgemein gehaltenen Hinweis verbunden wird, der nicht hinreichend deutlich über die mit diesen Leistungen verbundene mittelbare Gesundheitsgefährdung aufklärt.

Urteil des BGH vom 21. 06. 2001 (I ZR 197/00)