

Editorial

Der zunehmende Ärztemangel in Deutschland ist Realität; dieser Erkenntnis können sich auch Kassen und Politik in zunehmendem Maße nicht mehr verschließen. Die Zahlen sprechen für sich. Wir werden 2015 den Ersatzbedarf von ca. 45 000 Ärzten bei Weitem nicht mehr decken können. Es fehlen uns gleichermaßen niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Ärzte im Krankenhaus. Mittlerweile ist die Besetzung von Arztstellen im Krankenhaus ein gesamtdeutsches, nicht mehr nur ein ostdeutsches Problem. In deutschen Krankenhäusern fehlen jetzt schon 5000 Ärzte – es werden monatlich mehr sein. Da seit eini-

ger Zeit auch ärztliche Bereitschaftsdienste unter die normale Arbeitszeit fallen, waren viele Kliniken gezwungen, zusätzlich auch noch neue Stellen zu schaffen und sie oft nur durch Anwerbung ausländischer Ärzte oder durch Einsatz von „Leihärzten“ zu besetzen.

Der ärztliche Beruf muss attraktiver werden – und dies nicht nur finanziell. Zunehmende Bürokratie, Kontrolle und geforderte Defensivmedizin mit Einengung der ärztlichen Tätigkeit legen den Medizinbetrieb fast lahm. Rasanter medizinischer Fortschritt und die daran gekoppelten steigenden Ansprüche der Patienten und die Täuschung durch Kassen und Politik über

das tatsächlich Erbringbare frustrieren auch die Gutwilligen und Leistungsbe-reiten unter uns. Einem fast unbegrenzten Leistungsangebot steht ein Budget gegenüber, welches dem nicht umsonst zu bekommenden Fortschritt nicht angepasst wird. Die über das Budget hinaus erbrachten Leistungen dürfen Ärzte und Krankenhäuser aus eigener Tasche bezahlen.

Eine strukturierte und berechenbare Weiterbildung, die Stärkung des akademischen Mittelbaues in den Krankenhäusern, die Berücksichtigung der Wünsche der nachfolgenden Ärzte in Bezug auf ihre Lebensplanung mit familienfreundlichen Arbeitszeiten und dem Ausbau der Kinderbetreuung



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

wenn die Zahlen für den Nachwuchs in der Inneren Medizin derzeit noch ganz ordentlich sind, sind wir als Berufsverband dennoch gefordert, unseren Sachverstand und Ihre Interessen in die politische Diskussion dieser Probleme mit einzubringen

Helfen Sie mit; unterstützen Sie uns.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

für Krankenhausärzte und -ärztinnen – es gibt viele weitere Ansätze, die Berufsattraktivität zu steigern.

Die Innere Medizin ist und bleibt das Kernfach der gesamten konservativen Medizin und hat als Fach nichts von ihrer Attraktivität verloren. Auch

Leserbrief

„Wie verhindere ich Selektiv-Verträge“

Berichterstattung zum Facharztvertrag nach § 73 SGB V für die Kardiologen in Baden-Württemberg (BDI aktuell 2|2010)

Die Berichterstattung über den ersten bundesweiten Vollvertrag für die kardiologische Versorgung ist, offen gesagt, jämmerlich und dient nach wie vor der Prämisse „Wie verhindere ich Selektiv-Verträge“. Im Aufmacher nichts von Kooperation des BNK und des MEDI-Verbandes, beides übrigens Partnerorganisationen Ihres Verbandes. Nichts von Vergütungsanreizen der Kooperation von Haus- und Fachärzten und Bezahlung von Versorgungskonzepten. Hierbei weitaußers bessere Bezahlung als im Kollektivvertrag!

Angesichts von 18 Arzt-Patientenkontakten in Deutschland wirkt dann das Lamento im Kommentar über die angeblich eingeschränkte Arztwahl geradezu absurd. Keine Kommentierung unserer intelligenten Steuerung der Arzneimittelausgaben, die wir steuern! Erstmals! Angesichts von wieder zweistelligen Zuwächsen im Arzneimittelbereich im letzten Jahr muss ich mich schon fragen, wollen Sie weiter zuschauen, wie die Ausgaben für die Pharmaindustrie gemäß Angebot und Nachfrage gebildet wird und wir im Kollektivvertrag zu Dumpingpreisen unterwegs sind?

Besonders bedenklich finde ich, dass Sie nichts von einer Verbesserung der fachärztlichen Marktposition, gerade der freiberuflichen Facharztpraxen gegenüber dem Krankenhaus erwähnen. Ist Ihr Feindbild nach wie vor der Hausarzt, oder stehen die Facharztpraxen in wirklich harter Konkurrenz zu den Krankenhausambulanzen? In unserem Vertrag definieren wir die Schnittstellen und legen fest, was ambulant in den Facharztpraxen behandelt werden soll und was in den Krankenhäusern.

Sie haben mit dieser Berichterstattung leider wieder eine Chance der Zusammenarbeit und der richtigen politischen und standespolitischen Signale vertan. Die Zukunft der ambulanten Versorgung kann nur ein geordnetes Miteinander sein, wie wir dies im gemeinsamen Positionspapier in der Allianz deutscher Ärzteverbände auch formuliert haben. Schade, dass Sie nach wie vor gegen uns unterwegs sind.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender
MEDI Baden-Württemberg e.V.

Wechsel in der Rechtsabteilung des BDI

Auf Christian Gambke folgt Cindy Friedrich

Seit Februar diesen Jahres steht den BDI-Mitgliedern in der Rechtsabteilung des Berufsverbandes Deutscher Internisten ein neuer Ansprechpartner zur Verfügung: Die Juristin Cindy Friedrich tritt an die Stelle des Ende März aus Altersgründen scheidenden Assessors Christian Gambke.

Gambke hat am 19. Mai 1987 seinen Dienst als Jurist des Berufsverbandes Deutscher Internisten angetreten



Christian Gambke

und wird ihn am 31. März 2010 beenden. In den 23 Jahren seiner Tätigkeit haben ihn mehrere Präsidenten des Verbandes wie Dr. med. Hans-Jürgen Frank-Schmidt, Dr. med. Günter Pasewald, Dr. med. Harthmut

Weinholz, Prof. Dr. med. Wolfgang Wildmeister, Dr. med. Gerd Guido Hofmann und jetzt Dr. med. Wolf-

gang Wesiack sowie die Geschäftsführung als loyalen und kollegialen Partner kennen und schätzen gelernt. Mit weit über 300 schriftlich beantworteten Mitgliederanfragen pro Jahr sowie zahlreichen telefonischen Beratungsgesprächen hat sich Herr Gambke einen

guten Ruf als versierter Jurist mit besonderen Detailkenntnissen im Dickicht des Gesundheits-, Berufs- und Sozialrechts geschaffen. In Gambkes Berufsleben bildete die politisch veranlasste starre Trennung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Tätigkeit – Gambke: „eine Amputation des Internisten“ – einen besonderen Höhepunkt. Die Internisten mussten erleben, dass sie einen Teil ihres erlernten Wissens und Könnens nicht mehr ausüben durften, wenn sie sich für die hausärztliche oder die fachärztliche Versorgung entschieden hatten. Der BDI führte, mit Unterstützung von Christian Gambke, eine hartnäckige rechtliche Auseinandersetzung deswegen, scheiterte aber letztlich mit seiner Klage vor der Sozialgerichtsbarkeit. Seine Nachfolgerin, die 35-jährige Cindy Friedrich, stammt aus Köthen in Sachsen-Anhalt. Sie hat im Jahre 2006 ihr Zweites Juristisches Staatsexamen abgelegt und war anschlie-



Cindy Friedrich

ßend ein Jahr lang als Vertragsjuristin bei der Sparkasse Direkt Marketing GmbH & Co. KG tätig. Nach erfolgreicher Weiterbildung im Arbeits-, Handels-, Gesellschafts- und Steuerrecht arbeitete sie in den letzten zwei Jahren bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) in Regensburg und München, bevor sie im Februar dieses Jahres in die Rechtsabteilung des BDI in der Geschäftsstelle in Wiesbaden eintrat. Ihr Vorgänger Gambke spricht ihr schon nach wenigen Wochen gemeinsamer Tätigkeit in der Rechtsabteilung höchstes Lob aus: „Mit Frau Friedrich hat der BDI das große Los gezogen.“ Eine minutiöse Einarbeitung in das Vertragsarztrecht war nicht erforderlich, da die Juristin sich als firm in diesem speziellen Rechtsgebiet erwies. „Sie ist keine Anfängerin mehr“, betont Gambke, „sondern ein Profi im Geschäft.“

Die Rechtsabteilung des BDI hilft den Mitgliedern des Berufsverbandes bei allen berufspolitischen und sonstigen rechtlichen Fragen und nimmt Stellung zu Angelegenheiten des Vorstands. Dabei übt sie eine rein beratende Tätigkeit aus, keine direkte juristische Vertretung, empfiehlt gewöhnlich, ob ein Prozess geführt werden sollte oder nicht und hilft bei der Anwaltssuche. KS

Rechtsabteilung des BDI,
Cindy Friedrich, Tel.: 0611/181 3344,
Fax: 0611/181 3323,
E-Mail: cfriedrich@bdi.de

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. trauert um sein langjähriges Ehrenmitglied

Prof. Dr. sc. med. Heinz Trenckmann

1920 – 2010



Prof. Dr. H. Trenckmann

Am 17. Februar 2010 verstarb im 90. Lebensjahr nach langer schwerer Krankheit der langjährige Ordinarius für Kardiologie an der Universität Leipzig, Professor Dr. med. Heinz Trenckmann. Professor Trenckmann war ein in DDR-Zeiten sehr integrierter und hoch anerkannter Internist, Ordinarius und Wissenschaftler. Über 30 Jahre war er Herausgeber der von Theodor Brugsch begründeten „Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin und Grenzgebiete“. Als langjähriges verdienstvolles Mitglied wurde ihm vom Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) im Jahre 1998 die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Der BDI wird Professor Trenckmann stets im ehrenden Andenken bewahren.
BDI Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
Dipl.-Betw. Tilo Radau
stellv. Geschäftsführer

Selektivverträge ziehen Geld aus der Gesamtvergütung
(Fortsetzung von Seite 1)

Bereinigung: Wer soll das bezahlen?

Auf Praxisebene werden die von der Krankenkasse bereinigten Beträge, sofern sie Leistungen betreffen, die dem RLV unterliegen, praxisindividuell vom RLV abgezogen, also bereinigt. Damit wird der Behandlungsbedarf für noch über den Kollektivvertrag versorgte Versicherte um den Leistungsbedarf der am Hausarztvertrag teilnehmenden Versicherten gemindert.

Das sieht für das zweite Quartal 2009 in Bayern so aus: Im AOK-Hausarztvertrag sind ca. 2 Millionen Versicherte eingeschrieben. Sie haben einen RLV-relevanten Leistungsbedarf in Höhe von 62 Millionen Euro, der bereinigt wird. Ca. 1,4 Millionen eingeschriebene Versicherte waren im Vorjahresquartal als Patient beim einschreibenden Arzt. Ihr Leistungsbedarf kann ermittelt werden und sie werden individuell bereinigt. So kommt es zu einer Bereinigungssumme von ca. 60 Millionen Euro. Etwa 600 000 eingeschriebene Versicherte waren im Vorjahresquartal nicht als Patient beim eingeschriebenen Arzt. Sie werden pauschal bereinigt mit einem Betrag von 4,12 Euro, da ihr Leistungsbedarf nicht abschätzbar ist. Dadurch kommt es zu einer Bereinigungssumme von ca. 2 Millionen Euro, insgesamt also zu 62 Millionen Euro.

Die sogenannten freien Leistungen unterliegen nicht dem RLV, insofern wird das arzt- und praxisbezogene RLV auch nicht bereinigt. Die am AOK-Hausarztvertrag teilnehmenden Ärzte können die Leistungen für eingeschriebene Versicherte nicht mehr über die KV abrechnen. Bei anderen Versicherten werden freie Leistungen nach wie vor in voller Höhe vergütet.

● Selektivvertrag führt zur Umverteilung der Honorare

Ein Selektivvertrag bringt nicht zwangsläufig zusätzliches Honorar in die ärztliche Vergütung, sondern kann im ungünstigsten Fall lediglich zu einer Umverteilung der Honorare oder sogar insgesamt zu weniger Honorar führen, stellt der erste stellvertretende KVB-Vorsitzende Dr. Gabriel Schmidt klar. Den Krankenkassen ist damit ein Steuerungselement gegeben worden, das ihnen Möglichkeiten gibt, Versorgungsverträge mit einzelnen Arztgruppen zu schließen – potenziell ohne zusätzliche Kosten zu haben und ohne sich mit der ärztlichen Selbstverwaltung, also Vertretern aller Arztgruppen, abzustimmen.

Das aus der Bereinigung der Gesamtvergütung stammende Geld reicht natürlich nicht aus, die um ca. 40% höhere Vergütung pro Fall der Vertragsteilnehmer zu finanzieren. Die Krankenkasse setzt zunächst einmal auf die Wirkung der durch die Spezialsoftware gesteuerten sparsamen Pharmakotherapie. Von eingesparten Arzneimitteln soll ein Großteil des für die Arzthonorierung bestimmten Geldes

herkommen. Ein weiterer Posten sind Einsparungen bei den Krankenhauseinweisungen sowie bei Überweisungen zu Fachärzten.

Nach den ersten Erfahrungen in der KVB darf bezweifelt werden, ob die Quellen so sprudeln wie erhofft. Es hat sich nämlich gezeigt, dass die Versicherten nicht wie gewünscht mitspielen: Eingeschriebene Patienten sind im zweiten Quartal 2009 nicht nur zu dem Hausarzt gegangen, bei dem sie sich eingeschrieben haben, sondern haben mehrfach auch andere Hausärzte konsultiert. Bei ihnen ist auch die Mehrfachanspruchnahme von Fachärzten um 25% höher als bei nicht eingeschriebenen Versicherten.

Klappt die Refinanzierung auf den geplanten Wegen nicht, müssen andere Überlegungen greifen. Steigen die Ausgaben überproportional, müssen die Einnahmen erhöht werden. Dazu bietet der Gesetzgeber das Erheben von Zusatzbeiträgen an, ein Instrument, das unter Wettbewerbsbedingungen von den Krankenkassen am liebsten vermieden würde. Stattdessen könnten die

Krankenkassen versuchen, sich Mittel aus den Töpfen für die Fachärzte und für die Krankenhäuser zugunsten der Hausärzte abzuzweigen oder aber die Zahl der Teilnehmer an Hausarztverträgen strikt zu limitieren bzw. zu reduzieren. Der Begriff Selektivvertrag trägt ja die Selektion, also die Aussonderung, bereits in sich. Tatsächlich können Hausärzte, die die Vertragsbedingungen nicht 100-prozentig erfüllen, jederzeit aus dem Vertrag hinausgekündigt werden, was in mehreren Einzelfällen bereits geschehen ist. Auch Fachärzte, die in Netze eintreten, die einen 140er Vertrag mit Krankenkassen abgeschlossen haben, bekommen schon die Selektion zu spüren: Die AOK hat z.B. die Neuaufnahme von Fachärzten in Netz-Selektivverträge gestoppt, berichtet die KVB.

● Selektivverträge bedingen neue Wege bei der Finanzierung der KV

Offen ist auch noch die Frage der Verwaltungskosten. Der zusätzliche Aufwand führt zu einer Kostenexplosion in Bürokratie und Administration und kostet die Körperschaft KV zusätzliches Geld. Die KVB will das Geld von den Krankenkassen einfordern. Auf jeden Fall muss sich die Selbstverwaltung darüber Gedanken machen, wie ihre Finanzierung künftig aussehen soll. Da ihr große Teile des Umsatzes verloren gehen – die KVB rechnet damit, dass

ihr allein vom hausärztlichen Topf 40% nicht mehr zur Verfügung stehen –, müssen die Verwaltungskosten auf anderem Wege finanziert werden als über einen prozentualen Anteil vom Umsatz. In der KVB wird es als Gerechtigkeitsdefizit betrachtet, wenn der Aufwand von denen getragen werden müsste, die im Kollektivvertrag sind. Sie will auch die Teilnehmer am Selektivvertrag mit heranziehen, die ja immer noch KV-Mitglieder sind. Zum einen haben sie auch Versicherte zu versorgen, die in keinem Selektivvertrag eingeschrieben sind, zum anderen ist die Zulassung als Vertragsarzt, also die KV-Mitgliedschaft, eine gesetzliche Voraussetzung der Teilnahme am Selektivvertrag. Es werden also bald in den Kassenärztlichen Vereinigungen Diskussionen über eine Satzungsänderung zur Finanzierung ihrer Aufgaben losgehen.

● KVB will am Wettbewerb um Selektivverträge teilnehmen

Andere Diskussionen sind bereits im Gange. So will sich die KVB nicht wehrlos an die Wand drücken lassen, sondern plant, am Wettbewerb um Selektivverträge ebenfalls teilzunehmen. Dass es Alternativen zu dem Monopolvertrag mit dem Hausärzteverband gibt, zeigen Beispiele aus anderen KV in Deutschland ebenso wie der Add-on-Vertrag der Kinder- und Jugendärzte in

Bayern, der über die KVB läuft und deshalb nicht bereinigt werden muss. Dieses Verfahren ist einfacher und für alle Beteiligten kostengünstiger, betont Schmidt.

Er will deshalb den Wettbewerb und weist darauf hin, dass im Gesetz nirgendwo stehe, dass es neben dem Monopolvertrag keine anderen 73b-Verträge geben dürfe. Sobald ein Monopolvertrag mit dem Hausärzteverband, der Vorrang genießt, abgeschlossen worden ist, können nach seiner Auffassung auch bestehende alte Hausarztverträge mit den KV aufgebessert oder neue abgeschlossen werden. Die bayerische KV will darüber mit den Betriebskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse und den Ersatzkassen, die jetzt per Schiedsspruch zu Monopolverträgen mit dem Hausärzteverband gezwungen worden sind, schon bald Gespräche aufnehmen.

Solche alternativen Add-on-Verträge mit Beteiligung der KV könnten auch für die Ärzte eine attraktive Wahl werden, selbst wenn die Fallpauschale nicht ganz so hoch wäre wie im AOK-Hausarztvertrag. Dafür wären die Kosten spürbar niedriger, die Praxen müssten keine zusätzliche Hard- und Software anschaffen und ihnen würde das bürokratische Chaos erspart werden.

KS

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 11. April 2010, 13:30 Uhr
Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 2c

Als Präsident des
Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.
darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budelman-Medaille und der Ehrenmitgliedschaft
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) und des Schatzmeisters (Kassenbericht) zum Geschäftsjahr 2009
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Satzungsänderung
6. Ergänzung Entschädigungsordnung des Berufsverbandes Deutscher Internisten
7. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



Repräsentative Untersuchung an 30 Krankenhäusern
(Fortsetzung von Seite 1)

Sind die DRGs tatsächlich an allem schuld?

Das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, eine Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen, hat eine repräsentative Untersuchung auf der Basis von 30 Krankenhäusern und ihrem Versorgungsumfeld erhoben, um Vermutungen, dass die DRGs im hohen Maße unerwünschte Nebenwirkungen mit sich bringen, schärfer fassen zu können. Im Fokus des Projektes stand eine umfassende und neutrale Analyse der kausal den DRGs zuzuordnenden Auswirkung auf die Organisation Krankenhaus, die Patienten und die in der Patientenversorgung unmittelbar tätigen Berufsgruppen.

● Qualität der Patientenversorgung unverändert

Die Qualität der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus hat sich aufgrund der DRG-Einführung im Großen und Ganzen nicht verändert. Somit bewahrheiten sich die schlimmsten Befürchtungen der Ärzteschaft nicht. Andererseits konnten auch die optimistischen Erwartungen der Bundesregierung hinsichtlich einer mittelfristigen Qualitätsverbesserung

nicht erfüllt werden. Nahezu alle Befragten sprechen von einer gleichbleibenden oder sogar verbesserten Qualität der Patientenversorgung seit Einführung der DRGs. Beispielsweise sind die Mitarbeiter auf den internistischen Stationen zu mehr als der Hälfte der Meinung, die Qualität sei im Wesentlichen gleich geblieben. 51 Prozent der Ärzte geben an, die Qualität sei gleich geblieben oder habe sich sogar verbessert, während dies in der Pflege von immerhin 63 Prozent angegeben wird. Dies bedeutet aber auch, dass deutlich mehr Ärzte als Pflegekräfte eine Verschlechterung sehen. Paradoxerweise beurteilt der überwiegende Teil – 72 Prozent der Internisten – die aktuelle Versorgungsqualität ihrer eigenen Fachabteilung als gut bis hervorragend. Somit werden die Aussagen zur Veränderung der Versorgungsqualität offenbar bei Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus von anderen Faktoren überlagert. Eine für alle am Versorgungsprozess Beteiligten deutlich wahrnehmbare Qualitätssteigerung wird vor allem durch die sektoral getrennten Versorgungsbereiche behindert. Dieses Problem wurde durch die



Die Qualität der Patientenversorgung hat sich durch die Einführung der DRGs nicht verschlechtert, aber auch nicht – wie von der Bundesregierung erhofft – deutlich verbessert.

Foto: Thieme Verlagsguppe

DRG-Einführung verschärft – es ist versäumt worden, die Überleitungsprobleme in Form von Schnittstellendefinitionen proaktiv anzugehen. Die Patienten hingegen beurteilen die aktuelle Behandlungsqualität zu 83 Prozent als gut bis hervorragend. Durch die Verweildauerverkürzung und organisatorischen Probleme sehen insbesondere die niedergelassenen Ärzte eine negative Entwicklung der Versorgungsqualität. Die seit langem bestehenden Überleitungsprobleme in einem sektoral getrennten Gesundheitswesen bei

zunehmend kürzerer Verweildauer wurden durch die Einführung der DRGs offenkundig. Jedoch ist diese Bewertung kein kausal den DRGs zuzuschreibender Effekt, sondern allenfalls indirekt den kürzeren Verweildauern bei fehlenden Sektorübergreifenden Behandlungsketten geschuldet.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse ergibt sich keine unmittelbare Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung aufgrund der DRG-Einführung – ein Qualitätssprung hat jedoch auch nicht stattgefunden.

● Keine gezielte Selektion lukrativer Behandlungsfälle

Die Bestätigung, dass mit der DRG-Einführung Krankenhäuser dazu übergehen würden, gezielte lukrative Behandlungsfälle auszuwählen, kann die Untersuchung nicht liefern. Der Versorgungsauftrag wird von den Krankenhäusern unverändert erfüllt, das heißt, eine systematische Nichtaufnahme von Patienten aus ökonomischen Erwägungen erfolgt nicht. Wenn Patienten nicht wie geplant in das vorgesehene Krankenhaus aufgenommen werden konnten, so sind in der Regel Engpässe hierfür der Grund. Für eine gezielte Selektion lukrativer Behandlungsfälle gibt es keine Belege. Zwar haben 40 Prozent der Krankenhäuser, und hier insbesondere die Schwerpunktkrankenhäuser, eine Spezialisierung vorgenommen, dies jedoch ganz im Sinne eines gezielten Kompetenzaufbaus zur Stärkung der Spezialisierung und Schwerpunktbildung. Lediglich 17 Prozent der Zuweiser sehen „Rosinenpickerei“, betonen jedoch auch, dass es sich bei den Beobachtungen um Einzelfälle handle. Somit bleibt festzuhalten, dass die politisch gewollte Spezialisierung der Krankenhäuser erfolgt, dies jedoch nicht damit gleichzusetzen ist, dass im großen Stil die potenziell weniger lukrativen Patienten abge-

lehnt oder weitergereicht werden. Auch kann in diesem Zusammenhang nicht der häufig geäußerte Vorwurf von vorsätzlicher Diagnosegenerierung – „Upcoding“ – belegt werden. Dies wird inzwischen auch durch eine bundesweite Untersuchung des MDK gezeigt, nach der „systematische Unterschiede im Hinblick auf die Codierqualität in Krankenhäusern weder regional noch trägerbezogen bestätigt werden können“.

● „Drehtür-Effekt“ lässt sich nicht belegen

„Blutige Entlassung“ und „Drehtür-Effekt“ sind zwei weitere Schlagworte in der Diskussion um erwünschte Nebenwirkung der DRG-Einführung. Sie sollen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus gebracht werden. Im Zuge der DRG-Einführung kann inzwischen bestätigt werden, dass sich die durchschnittliche Verweildauer insgesamt verkürzt hat. Ein Blick auf die Statistik zeigt jedoch, dass die Verweildauer bereits seit Ende der 90er Jahre und damit schon vor Einführung der DRGs kontinuierlich gesenkt wurde. In den Projektkrankenhäusern ging die durchschnittliche Verweildauer von 8,2 Tagen im Jahr 2000 auf 7,4 Tage im Jahr 2007 zurück, ohne dass ein mit der DRG-Einführung zusammenhängender Effekt feststellbar wäre. Mitarbeiter (Ärzte und Pfleger) wie auch die Patienten selbst beurteilen den Zeitpunkt der Entlassung überwiegend als genau richtig. Aus Sicht der Zuweiser jedoch wird der Entlassungszeitpunkt häufig als zu früh angesehen und so mit einer „blutigen Entlassung“ gleichgesetzt. Tatsächlich jedoch beschreibt der überwiegende Teil der niedergelassenen Ärzte aber Überleitungsprobleme als eigentlichen Grund für ihre Einschätzung einer zu frühzeitigen Ent-

Junges Forum im BDI neu konstituiert

Mit Kreativität gegen schlechte Arbeitsbedingungen

Auf seiner konstituierenden Sitzung hat das Junge Forum im BDI (JFBDI) eine grundlegende Analyse der Arbeitsbedingungen der jungen Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern vorgenommen. Der neu gegründete BDI-Arbeitskreis will die Kreativität der Studentinnen und Studenten sowie der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin nutzen, um die Arbeitsbedingungen für die Weiterbildung nachhaltig zu verbessern.

Die aktuelle Situation an den Krankenhäusern ist geprägt von jährlich steigenden Fallzahlen und sinkender Verweildauer.

- Die Fallzahl ist von 17,2 Millionen 2007 auf 17,5 Millionen im Jahre 2008 (+2,0 %) gestiegen.
- Die Verweildauer ist von 8,3 Tagen im Jahre 2007 auf 8,1 Tage im Jahre 2008 (-2,2%) gesunken.
- Augenblicklich sind 5000 Arztstellen in den Krankenhäusern nicht besetzt. Die Ambulanzzahlen sind mittlerweile auf 18 Millionen Behandlungen jährlich gestiegen, mit steigender Tendenz.
- Der Aufbau der Qualitätssicherung bringt zunehmende Dokumentationspflichten mit sich.

- Die Einhaltung der Arbeitszeit-Richtlinien sowie der Anstieg des Durchschnittsalters der Ärzte mit wachsender Morbidität und Komplexität belasten den Arbeitsalltag in den Kliniken.

Das JFBDI beklagt eine drastische Steigerung der Arbeitsverdichtung und eine massive Bedrohung der Weiterbildung. Es entsteht ein Circulus vitiosus von immer schlechter ausgebildeten und immer stärker belasteten Ärztinnen und Ärzten. Unter diesen Umständen sind die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine Förderung von Dual Career kaum noch möglich. Das JFBDI will die Kolleginnen und Kollegen in der internistischen Wei-

terbildung und die Studentinnen und Studenten auf dem Weg in die Innere Medizin im größten ärztlichen Berufsverband Europas, dem Berufsverband Deutscher Internisten, BDI e. V., mit 24.000 Mitgliedern aktiv unterstützen.

Gez.: Dr. Michael Denking, Sebastian Försch, Dr. Juliane Götsche, Stefan Moder, Nina Neuendorff, Kevin Schulte für das Junge Forum im BDI

Ansprechpartner für weitere Informationen:

Dipl.-Betw. Tilo Radau
Stellv. Geschäftsführer
Tel.: 06 11/1 81 33 - 0
E-mail: info@bdi.de

lassung und nicht die Tatsache einer zu frühzeitigen Entlassung an sich. Die Aussage, dass zu frühzeitige Entlassungen nicht das Versorgungsgeschehen bestimmen, wird auch dadurch gestützt, dass die Rate ungeplanter Wiederaufnahmen zum gleichen Krankheitsbild sich in den 30 Projektkrankenhäusern von 2004 bis 2007 nahezu konstant bei 1,4 Prozent bewegen. Damit lässt sich ein sogenannter „Drehtür-Effekt“ zahlenmäßig nicht belegen. Dem gegenüber steht erneut die Aussage der einweisenden Ärzte, von denen circa zwei Drittel eine Zunahme des Drehtür-Effektes seit der DRG-Einführung beobachten. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass sie hier überwiegend den Effekt des Fallsplittings beschreiben, wonach Patienten zur Abklärung oder Behandlung weiterer Erkrankungen erneut stationär aufgenommen werden.

Die Befragungsergebnisse belegen aber erneut, dass es sich bei kürzer werdender Verweildauer um die Problematik der fehlenden Definition der Schnittstellen, beziehungsweise der fehlenden Verzahnung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen handelt und somit nicht in direkter Abhängigkeit von den DRGs zu sehen ist.

● **Organisation im Krankenhaus durch DRGs verändert**

Durch die Einführung der DRGs sollte neben der Optimierung der Kostenstruktur auch eine Veränderung der Krankenhauslandschaft erfolgen. So sollten die Krankenhäuser Strategien entwickeln, um ihr Leistungsspektrum unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages zukunftsorientiert auszurichten und Kernkompetenzen, Spezialisierung und Schwerpunktbildungen voranzutreiben.

In der vorliegenden Untersuchung gaben 53 Prozent der Krankenhäuser an, allein oder zumindest weitestgehend aufgrund der DRG-Einführung ihre Unternehmensstrategie verändert zu haben. Im Vordergrund standen dabei gezielte Mengenausweitung, Spezialisierungen und Intensivierungen von Kooperationen. Das Konzept einer durchgängigen Prozessgestaltung wurde durch die DRGs allerdings nicht im erwarteten Umfang angestoßen.

Für 75 Prozent der Schwerpunktkrankenhäuser waren die strategischen Veränderungen überwiegend mit ökonomischem Erfolg verbunden. Bei den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung zeigte sich hingegen, dass ökonomischer Erfolg nur unter großen Schwierigkeiten noch nicht oder gar nicht zu erreichen war. Dies ist vor allem damit zu begründen, dass ihre Chance zur Spezialisierung, kleine Fallzahlen und der Auftrag zur Grundversorgung bei einem insgesamt hohen Versorgungsniveau in Deutschland eine ökonomisch erfolgreiche strategische Neuausrichtung erschweren.

Festzuhalten bleibt jedoch, dass alle Krankenhäuser das Potenzial eines durchgängigen, prozessorientierten Managementsystems überwiegend nicht ausgeschöpft haben.

● **Veränderte Arbeitsbedingungen**

Aus Sicht aller Krankenhausleitungen hat die DRG-Einführung unmittelbare Auswirkung auf die Arbeitsbedingungen. Dokumentations- und Kodieraufgaben stehen dabei an erster Stelle, gefolgt von einer gestiegenen Arbeitsdichte, wobei hiervon überwiegend der ärztliche Bereich sowie der Verwaltungsbereich

betroffen sind. Dabei wird von den Berufsgruppen nicht reflektiert, dass Dokumentation ein elementarer Teil ihres Berufs ist. Eindeutig der DRG-Einführung zuzuordnen sind die DRG-Dokumentations- und Kodieraufgaben, die aber nach Einschätzung der Ärzte nur bis zu 10 Prozent ihrer Arbeitszeit ausmachen. Des Weiteren sind der Rückgang der Verweildauer und eine Verdichtung der patientenbezogenen Tätigkeiten weitere Merkmale, die auf die DRG-Einführung zurückzuführen sind. Diese Konstellationen erfordern im Grunde genommen völlig neu

gestaltete Versorgungsprozesse. Während die Patienten weiterhin mit der Versorgung durch die Krankenhausmitarbeiter zufrieden sind, beurteilen Ärzte und Pflegende die Qualität kritischer. Selbst wenn man berücksichtigt, dass das Antwortverhalten der Patienten zu positiv zu werten ist, geben die Patienten doch ein überaus gutes Qualitätsurteil ab. Damit scheint belegt zu sein, dass die Mitarbeiter (noch) die nicht konsequent umgesetzte Prozessorientierung zur besseren Arbeitsorganisation kompensieren.

Literatur:

Brigitte Senz, Paul Wenzlaff, Gerd Pommer, Horst von der Hart (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen – ZQ): Auswirkungen des pauschalen Entgeltsystems (DRG) auf die Versorgungsqualität in den niedersächsischen Krankenhäusern.

Die Studie können Sie kostenfrei über das ZQ beziehen. Weitere Informationen über www.zq-aekn.de

Dipl.-Betw. Tilo Radau

Innere Medizin

aktuell



Vorbestellpreis!
Sie sparen 20,- €uro!

Endlich wieder ein aktuelles Standardwerk!

Diabetologie in Klinik und Praxis
Häring/Gallwitz/Müller-Wieland/Usadel/Mehnert (Hrsg.)

Ca. 2. Halbjahr 2010.
6., vollst. überarb. u. erw. A.
Ca. 700 S., ca. 350 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 512806 1

Vorbestellpreis

Ca. 179,95 € [D]
Ca. 185,10 € [A]/ca. 299,- CHF
Gültig bis 3 Monate nach Erscheinen
danach Normalpreis:
Ca. 199,95 € [D]
Ca. 205,60 € [A]/ca. 332,- CHF

- **Frühzeitig erkennen, Risiken vermeiden:** die Entstehung, sichere Diagnostik und effektive Behandlung von Diabetes
- **Moderne Therapiekonzepte:** Organkomplikationen und Diabetesfolgen vorbeugen und zuverlässig therapieren
- **Die aktuellen Standards:** durchgängig integrierte aktuelle Studienergebnisse und Leitlinien der DDG, evidenzbasierte Empfehlungen

Neu in der 6. Auflage:

- Neues Herausgeber-Team, neue Autoren
- Alles auf dem neuesten Stand, zahlreiche neue Kapitel
- Praxisrelevante Aspekte verstärkt fokussiert



Sicherheit in der Behandlung von Gefäßpatienten

Gefäßmedizin in Klinik und Praxis
Leitlinienorientierte Angiologie, Gefäßchirurgie und interventionelle Radiologie

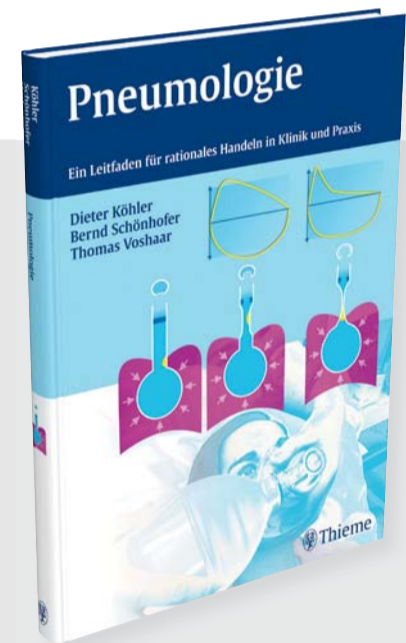
Ludwig/Rieger/Ruppert
Ca. 1. Halbjahr 2010.
2., kompl. überarb. u. akt. A.
Ca. 368 S., ca. 220 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 110192 1

Ca. 129,95 € [D]
Ca. 133,60 € [A]/ca. 205,- CHF

- **Stufenpläne** zur Bewertung der unterschiedlichen Handlungsoptionen
- **Instruktive Fallbeispiele** veranschaulichen das optimale Vorgehen
- **Praxistipps:** Beantwortung häufiger Fragen in der Gefäßsprechstunde
- **Interdisziplinäre Kompetenz:** Berücksichtigung angiologischer, radiologischer und gefäßchirurgischer Aspekte
- **Rasch zur gewünschten Information:** Trennung nach Methodenteil und klinischem Teil

Neu in der 2. Auflage:

- **Vollständige Aktualisierung**
- **Ausbau der radiologischen Aspekte**
- **Integration der Leitlinien**



Direkt praktisch umsetzbares Wissen

Pneumologie
Ein Leitfaden für rationales Handeln in Klinik und Praxis
Köhler/Schönhofer/Voshaar

2010. 376 S., 136 Abb., geb.
ISBN 979 3 13 146281 6

129,95 € [D]
133,60 € [A]/216,- CHF

Sofort praktisch umsetzbare Informationen

- Ausführliches Kapitel über **typische Beschwerdebilder**
- **Spezielle pneumologische Untersuchungsmethoden**
- **Besondere Therapieformen**
- **Pneumologische Intensivmedizin**
- **Systematische Darstellung aller Krankheitsbilder**
- **Rationelles Management** pneumologischer Erkrankungen
- **Konkrete Empfehlungen** zu Diagnostik und Therapie
- **Wichtige Hinweise** zu gutachterlichen Besonderheiten

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. In Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ **Telefonbestellung:**
0711/89 31-900

☎ **Faxbestellung:**
0711/89 31-901

@ **Kundenservice**
@thieme.de

🌐 **www.thieme.de**



Regionales Versorgungsmodell UGOM

Eine interessante Alternative zu HzV und MVZ

Um zu klären, ob die heutigen Praxisnetze professionell genug sind, um die Anforderungen der Kostenträger zu erfüllen und um ihre eigene Existenz zu sichern, hat das Competence-Center eHealth-Networking am Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik II der Universität Erlangen-Nürnberg im Rahmen einer empirischen Studie den Reifegrad von 100 Praxisnetzen untersucht. Die Ergebnisse der jetzt publizierten Studie sind alarmierend: Die Netze haben sich in den letzten drei Jahren nur langsam weiterentwickelt. Nur sieben Netze weisen heute gute oder sehr gute Ergebnisse auf und können als „Netz-Profis“ bezeichnet werden.

Eines dieser Netze, die am besten abgeschnitten haben, ist das „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte“ (UGOM) in Amberg. Wie der Geschäftsführer der GmbH & Co. KG, Dr. Thomas Bahr, auf der 16. Netzkonferenz des Pharma-Herstellers UCB-Schwarz Pharma Anfang des Jahres in Berlin mitteilte, wird das „kleine Unternehmen in Wachstumsphase“ von acht Mitarbeitern im Management geführt. Ihm gehören 93 Arztpraxen, ein Facharztzentrum und drei Krankenhäuser an; alle sind nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert. Bahrs Ziel: Er will vom Kollektivvertrag weg zu Selektivverträgen. „Wir sprechen nicht von Praxisnetz oder Integrierter Versorgung, sondern von regionaler Vollversorgung.“ Der Zusammenschluss der Ärzte in der Region Amberg/Sulzbach-Rosenberg startete 2003. Seit 2004 besteht ein Vertrag nach § 140a SGB V mit der

AOK, Verträge mit zwei oder drei weiteren Krankenkassen sind erwünscht, dann hätte UGOM in der Region einen Marktanteil von 66%. Zurzeit sind rund 14 000 Netzpatienten eingeschrieben; angestrebt wird die doppelte Zahl. Jedem Netzpatienten steht ein individuelles, professionelles Gesundheitsteam, bestehend aus Allgemeinärzten, Fachärzten, Kliniken, ambulanten Fachzentren und in Zukunft auch Apotheken, Physiotherapeuten, Reha-Einrichtungen usw. zur Verfügung. Aus den UGOM-Partnern kann er sich das Team seines Vertrauens selbst zusammenstellen. Durch die enge Zusammenarbeit und Kommunikation mit Hilfe moderner Medien stellen UGOM-Ärzte sicher, dass Wartezeiten minimiert, Untersuchungen nicht doppelt durchgeführt und die Behandlungen durch die Ärzte seines Gesundheitsteams aufei-

inander abgestimmt werden. Die eingeschriebenen Patienten sparen pro Jahr 30 Euro Praxisgebühr.

● **Ziel: Vergütung über Kopfpauschale**

Die Hausärzte der Region, sagt Bahr, sind alle in UGOM integriert und nicht im AOK-Hausarztvertrag des Bayerischen Hausärzterverbands. Sie bekommen eine Fallpauschale von 82 € im Quartal und müssen nicht befürchten, dass die Pauschale aufgrund einer Meistbegünstigungsklausel irgendwann gekürzt wird, weil mit anderen Krankenkassen eine niedrigere Pauschale vereinbart worden ist. Bahr strebt eine eigene, volle Budgetverantwortung für den gesamten ambulanten Bereich an und möchte den Honoraranteil der Netz-Ärzte ganz aus der Gesamtvergütung des Kollektivvertrags herausnehmen. Sein Ziel ist das Finanzierungsmodell der

Capitation, also der Kopfpauschale je Versicherten, die das Ärztenetz dann selbst an die einzelnen Leistungserbringer verteilt. Für fünf Facharztgruppen ist der Schritt dahin bereits getan; deren Honorar ist aus der Gesamtvergütung herausgerechnet und wird in Form von Pauschalen gezahlt. Die ideale Form von Vertragswettbewerb ist für ihn gegeben, wenn die Strukturverträge nach §§ 73b und 73c regional ausgeschrieben würden wie die Integrationsverträge nach § 140ff. „Ich möchte gegen Hoppenhaller (Vorsitzender des Bayerischen Hausärzterverbands) und Munte (Vorsitzender der KV Bayerns) antreten, dann können die Krankenkassen entscheiden, mit wem sie den Vertrag abschließen wollen.“

● **Bessere Kommunikation auch über die Sektorengrenzen hinweg**

Die bisherigen Schwachstellen im Gesundheitssystem wie die starren Sektorengrenzen und die mangelnde Kommunikation will UGOM überwinden und Effektivität sowie Effizienz im Gesundheitswesen steigern. Alle UGOM-Partner, die niedergelassenen Haus- und Fachärzte, die Kliniken und die ambulanten Fachzentren, haben sich auf ein einheitliches Dokumentations- und Kommunikationssystem geeinigt und gewährleisten die vollständige Darstellung des medizinischen Versorgungsmanagements. Durch den elektronisch gestützten Informationsaustausch zwischen den

Ärzten des „Gesundheitsteams“ können medizinische Maßnahmen sinnvoll abgestimmt und mit den ausgewählten Einrichtungen koordiniert werden. Diese Aufgabe übernimmt der vom Patienten frei wählbare Betreuungsarzt; das kann ein Hausarzt oder ein Facharzt oder auch ein Klinikarzt sein. Für die Ärzte ist die Teilnahme an UGOM in vielfacher Hinsicht attraktiv, schildert Bahr: Die Hausärzte profitieren von der Patientenbindung und haben einen Funktionsgewinn durch die Rolle als Betreuungsarzt. Die Fachärzte bekommen wachsende Fallzahlen über die Zuweiser im Netz und ziehen einen Nutzen aus der „Markenbildung“ und dem Kompetenzgewinn. Sie schulen die Hausärzte und nehmen Einfluss auf deren Tun durch die gemeinsame Entwicklung von Behandlungspfaden. Die Krankenhäuser haben Vorteile durch das regionale Zuweisungsprinzip und erhalten eine höhere Planungssicherheit. Die Krankenkasse schließlich profitiert von den durch die sektorenübergreifende Versorgung erzielten Einsparungen und lässt UGOM daran partizipieren. Das Einsparpotenzial ist nicht unbeachtlich. Wie zu hören war, konnten z.B. im Jahr 2007 im Vergleich zum Startjahr des 140er-Vertrages mit der AOK insgesamt 2,9 Millionen Euro eingespart werden.

KS

Stellungnahme der KBV (Fortsetzung von Seite 1)

Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung

Zahlreiche Berufsanfänger sind nicht mehr bereit, unter den herkömmlichen Bedingungen den Arztberuf zu ergreifen, sodass sich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung gezwungen sieht, das althergebrachte Bild der vertragsärztlichen Versorgung in Frage zu stellen.

● **Neuordnung der Bedarfsrichtlinien erforderlich**

Dass diese Situation am Schlüssel der flächendeckenden Versorgung im derzeitigen Zulassungsrecht aufgehängt ist, ist den Insidern schon lange bekannt. Die Anhaltzahlen, die landauf, landab für die Zulassung von einzelnen Fachgebieten erarbeitet wurden, sind anachronistisch und bilden weder die moderne Medizin noch die tatsächliche Versorgungsnotwendigkeit ab. Dennoch wird anhand dieser Zahlen weiter entschieden. Eine Neuordnung der Bedarfsrichtlinien ist deshalb erforderlich und wird im Prinzip auch von der Kassenärztlichen Vereinigung eingefordert. Hier möchte sie mehr Flexibilität. Die Vorschläge sind insofern interessant, als sie die derzeitige Bedarfsplanung durch eine kleinräumige Versorgungsplanung mit einer Sitzverteilungssteuerung erset-

zen will. Nur im Einvernehmen mit neuen Organisationsstrukturen, die die KV definiert hat, können Niederlassungen ermöglicht werden. An den Institutionen sollen nicht nur Vertragsärzte und Kostenträger, sondern auch stimmberechtigte Mitglieder aus den Landesministerien, die Landesärztekammer und die Krankenhausgesellschaften mit berücksichtigt werden. Die KV spricht von einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung. Sie trägt damit der neuen Situation Rechnung, dass die Grenze ambulant/stationär heutzutage nur schwer definierbar ist und auch zunehmend stationär tätige Ärzte und Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung teilnehmen.

● **Neues Denken bei der KV**

Gleichzeitig reklamiert die KV aber zusätzliche Kompetenzen für sich selbst. Sie will freiberuflich tätige Vertragsärzte als Konsiliar- und Honorarärzte zur Unterstützung der stationären Versorgung vermitteln und möchte dies den einzelnen Ärzten und Krankenhäusern nicht mehr allein überlassen. Sie sieht hier eine neue Aufgabe der Körperschaft KV. Auch will sie die prä- und poststationäre

Behandlung neu regeln und dafür sorgen, dass die Vertragsärzte mehr als bisher eingebunden werden. Auch eine Renaissance der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) kündigt sich in dem Papier an, werden sie doch als ein Instrument gesehen, mit dem man die Probleme der flächendeckenden Versorgung lösen kann. Der Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigung geht sogar so weit, dass sie selbst Ärzte in solchen Zentren anstellen will. Offensichtlich entfernt man sich bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von den eigenen Vorstellungen von sogenannter Freiberuflichkeit und Unternehmertum. Ein angestellter Arzt schien bisher für eine ambulante Versorgung wenig geeignet zu sein. Hier ist offensichtlich ein neues Denken eingezogen. Man darf gespannt sein, ob dies bei den untersten Gremien der Körperschaft Zustimmung findet.

● **Selektivverträge unter Einbindung der KV?**

Die KBV hat erkannt, dass immer weniger Ärzte bereit sind, die Investition einer Niederlassung zu tragen und deshalb lieber den bequemen Weg eines Anstellungsverhältnisses

gehen. Die Vorstellungen der jungen Ärzte entsprechen eben nicht mehr den Vorgaben, die von altgedienten Funktionären gemacht werden. Insbesondere die immer zahlreicher werdenden Ärztinnen sehen in flexibleren Strukturen mit Anstellungsmöglichkeit eine Chance, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. Dies ist ihnen bei der althergebrachten Praxis mit einem einzelnen Arzt nicht möglich.

Auch in der Diskussion über Kollektivverträge und selektives Kontrahieren machen sich neue Ideen breit. Wird häufig noch nach außen die Vorstellung vertreten, dass Kollektiv- und Selektivverträge nicht miteinander vereinbar sind, macht die KV hier Vorschläge, wie Selektivverträge unter Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigung zustande kommen können. Man möchte sie gerne als Add-on-Verträge und ohne Bereinigung des Kollektivvertragssystems abbilden. Hier wird man wohl keinen Beifall von den Kostenträgern erwarten dürfen. Auch die Integrationsverträge sollen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen werden.

Damit die neuen Aufgaben auch bewältigt werden können, fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine länderübergreifende Vertragskompetenz. Auch hier steckt mancher Sprengstoff für die Diskussion zwischen den Länder-KVen und der KBV. Dies sind einige Gedanken der KBV, die damit dem neuen Trend bei den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten

Rechnung tragen will. Man kann davon ausgehen, dass ein Teil dieser Vorschläge bei der schwarz-gelben Bundesregierung, die an einer Flexibilisierung des Systems interessiert ist, offene Ohren finden wird. Dennoch stellt sich die berechtigte Frage, ob dies im Interesse der Vertragsärzte liegt. Die Kassenärztliche Vereinigung reklamiert neue ordnungspolitische Aufgaben für sich, die über den seitherigen Sicherstellungsauftrag hinausgehen. Es handelt sich dabei um Punkte, die bisher im freien Wettbewerb zwischen Vertragsärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen ausgehandelt wurden. Für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ist eine KV mit dieser weitreichenden Kompetenz aber nur dann sinnvoll, wenn diese nicht mehr ein Kostendämpfungsinstrument des Gesetzgebers ist, der seine restriktive Honorarpolitik über eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes durchsetzen will. Es wäre nicht gut, wenn dieser Einfluss sich auch noch in weiteren Bereichen festsetzt, wo bisher noch eine freie Vertragsgestaltung möglich ist. Die von der KV reklamierten Aufgaben außerhalb ihres bisherigen Sicherstellungsauftrags sind für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nur akzeptabel, wenn sie eine neue KV bekommen, die nicht mehr am Gängelband der Politik geführt wird.

HFS

KBV scheitert mit Klagen gegen G-BA

BSG sieht Rechte der Körperschaft nicht verletzt

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat gegen Beschlüsse des G-BA zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V vor der Sozialgerichtsbarkeit geklagt und ist dabei in allen Instanzen gescheitert.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte in Beschlüssen vom 22. November 2007 das Nähere über die ambulante Krankenhausbehandlung von Patienten mit Tuberkulose und Multipler Sklerose sowie mit onkologischen Erkrankungen geregelt. Mit ihrer Klage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg versuchte die KBV durchzusetzen, dass die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus von einer gesicherten Diagnose und der Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt abhängig gemacht wird. Die vom G-BA beschlossenen Konkretisierungen lassen demgegenüber – von medizinisch begründeten Ausnahmen abgesehen – Verdachtsdiagnosen und Überweisungen (auch) durch den Hausarzt zu.

● **LSG hat Klagen 2009 abgewiesen**
Das LSG hat die Klagen im Juli 2009 als unzulässig abgewiesen. Die Richter sprachen der KBV in ihrer Funktion als Körperschaft des Öffentlichen Rechts bzw. als Trägerorganisation des G-BA grundsätzlich die Befugnis ab, gegen Entscheidungen des G-BA im Bereich der ambulanten Krankenhausbehandlung zu klagen, die aus ihrer Sicht zu wenig restriktiv gefasst sind und deshalb für niedergelassene Vertragsärzte Nachteile haben können. Die KBV ist nach Ansicht des LSG weder direkt noch indirekt von den Entscheidungen des G-BA nach § 116b SGB V rechtlich betroffen. Damit eine Klage zulässig ist, muss aber zumindest die Möglichkeit bestehen, dass eigene Rechte eines Klägers verletzt sind. Auch das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel hat am 3. Februar 2010 im Revisionsverfahren die zwei Klagen der KBV gegen den G-BA zu Voraussetzungen ambulanter Behandlungen im Krankenhaus nach § 116 b SGB V als unzulässig abgewiesen.

● **BSG: KBV darf grundsätzlich gegen G-BA klagen**
Das BSG hat in seinen Entscheidungen zwar der KBV sowohl in ihrer Funktion als Trägerorganisation des G-BA als auch als Verantwortliche für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich die Befugnis zugesprochen, gegen Entscheidungen des G-BA klagen zu können. Jedoch seien solche Klagen nur zulässig, wenn die KBV ein Feststellungsinteresse in Form einer unmittelbaren Verletzung eigener Rechte durch eine Entscheidung des G-BA geltend machen könne. Die KBV könne sowohl in ihrer Funktion als eine von vier Trägerorganisationen des beklagten G-BA als auch

im Hinblick auf den ihr gesetzlich zugewiesenen Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Entscheidungen des Beklagten in eigenen Rechten betroffen sein. In solchen Fällen sei sie befugt, die Rechtmäßigkeit von Entscheidungen und Richtlinien des Beklagten gerichtlich überprüfen zu lassen. Eine generelle Klagebefugnis gegen Entscheidungen des Beklagten unabhängig von einer konkreten Rechtsbeeinträchtigung stehe der KBV allerdings nicht zu. Der G-BA sei in seiner derzeitigen Form kein schiedsamtähnliches Gremium mehr, das vorrangig Konflikte zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten zu lösen habe. Dem stehe schon die Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Trägerorganisation und der erweiterte Zuständigkeitsbereich des G-BA entgegen.

● **Kein Kompetenzverstoß – keine Klagebefugnis**
Rechtlich geschützte Belange der klagenden KBV habe der G-BA bei der Neufassung der Richtlinien zu § 116b Abs. 4 SGB V für die Diagnose und Behandlung von onkologischen Erkrankungen, Multipler Sklerose (MS) und Tuberkulose (TBC) nicht verletzt. Allgemeine Beeinträchtigungen der wirtschaftlichen Lage der Vertragsärzte, die die KBV im Zuge der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V befürchte, stellen keine Beeinträchtigung von Rechten der KBV dar. Die Entscheidung über die Öffnung der Krankenhäuser habe der Gesetzgeber selbst getroffen (§ 116b Abs. 2 SGB V), und die Neufassung der Richtlinie des Beklagten auf der Grundlage des § 116b Abs. 4 SGB V nehme der KBV keine Regelungsbefugnisse und auch den Vertragsärzten keine Behandlungsberechtigungen. Ausdrücklich offen gelassen hat der Senat, ob den Trägerorganisationen bei evident rechtswidriger Kompetenzüberschreitung des G-BA in seinen Entscheidungen eine Klagebefugnis zukommen könnte. Hierfür seien vorliegend aber auch keinerlei Anhaltspunkte erkennbar. Vielmehr habe der G-BA bei den streitgegenständlichen Entscheidungen entsprechend seinem gesetzlichen Regelungsauftrag gehandelt. Dies stellte das BSG in seiner Urteilsbegründung ausdrücklich fest. Soweit der G-BA entgegen der Forderung der KBV die Überweisung eines Versicherten zur ambulanten Behandlung in ein Krankenhaus nicht davon abhängig gemacht habe, dass

der überweisende Arzt die Überweisungsdiagnose (Krebs, MS oder TBC) für „gesichert“ hält, liege eine Kompetenzüberschreitung fern. Zu den Aufgaben eines nach § 116b Abs. 2 SGB V zur ambulanten Behandlung „bestimmten“ Krankenhauses gehöre auch die Diagnostik u.a. von onkologischen Erkrankungen, MS und TBC; das schließe auch die Differentialdiagnostik in entsprechenden Verdachtsfällen ein. Soweit der G-BA auf das Erfordernis einer Überweisung eines je nach Krankheitsbild fachlich zuständigen Facharztes verzichtet habe, habe er einem ihm ausdrücklich übertragenen Regelungsauftrag entsprochen (§ 116b Abs. 4 Satz 3 SGB V). Dass die Entscheidung zum sog. Facharztfilter auch anders hätte ausfallen können, führe im Hinblick auf den Gestaltungsspielraum des G-BA bei Erlass der Richtlinien nicht einmal zur Gesetzwidrigkeit der Entscheidung. Ein grundlegender Kompetenzverstoß im Sinne eines „ausbrechenden Rechtsaktes“ liege jedenfalls nicht vor.

Eine neue Erkrankung

Das Rabattsyndrom

BDI aktuell stellt in dieser Kasuistik ein neues Krankheitsbild vor, das spezifisch in Deutschland in der letzten Zeit zu beobachten ist: das Rabattsyndrom. Diese Diagnose sollte bei den Überlegungen der Vertragsärzte in der Patientenversorgung künftig häufiger in Erwägung werden.

Ein 78-jähriger multimorbider Patient mit einem abgelaufenen Herzinfarkt und Revaskulationsmaßnahmen sowie Diabetes, Hypertonie und Fettstoffwechselstörung hat, wie viele Patienten, täglich eine große Zahl von Medikamenten einzunehmen. Er führt dazu einen ausführlichen Medikamentenplan, um bei der Einnahme der hochwirksamen Medikamente nicht durcheinander zu kommen. Erschwert wird diese Aufgabe durch die Rabattverträge der Krankenkassen, die Ärzte und Apotheker dazu zwingen, die jeweiligen Rabattmedikamente neu zu verordnen. Der Patient gibt sich große Mühe, die immer wieder unterschiedlich aussehenden Tabletten mit ähnlichen oder gleichen Inhaltsstoffen neu zu sortieren. Unser multimorbider Patient bekommt eines Tages einen schweren Kreislaufzusammenbruch mit Blut-

Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der G-BA hat unter anderem die Aufgabe, den in § 116b SGB V vorgegebenen Katalog der hochspezialisierten Leistungen, der seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu konkretisieren. Dabei legt er die Einzelheiten zu Krankheitsbild und Behandlungsverlauf sowie die Anforderungen fest, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um diese ambulanten Behandlungen anbieten zu dürfen. Zudem bestimmt der G-BA, in welchen Fällen eine Überweisung der Patientinnen und Patienten zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus durch die Hausärztin oder den Hausarzt oder die Fachärztin oder den Facharzt erforderlich ist.

Bislang hat der G-BA die Voraussetzungen für die spezialisierte ambulante Behandlung folgender Erkrankungen geschaffen: onkologische Erkrankungen, Mukoviszidose, pulmonale Hypertonie, Hämophilie, Tuberkulose, Multiple Sklerose, schwere Herzinsuffizienz, HIV/AIDS, Rheuma, primär sklerosierende Cholangitis, Morbus Wilson und Marfan-Syndrom.

Soweit der G-BA bei seiner Entscheidung keine Differenzierung der einzelnen Krankheitsbilder im Bereich der Krebserkrankungen vorgenommen habe, sei keine andere Beurteilung gerechtfertigt. Im Gesetz selbst seien die „onkologischen Erkrankungen“ ohne Einschränkung den „seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ zugeordnet. Wenn der G-BA auf dieser normativen Grundlage von sich aus keine Eingrenzungen der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen – etwa im Sinne einer

Beschränkung auf bestimmte seltene Tumore – vornehme, liege darin jedenfalls kein gravierender Kompetenzverstoß, der gegebenenfalls der KBV eine Klagebefugnis eröffnen könnte.

KS

Aktenzeichen:
LSG Berlin-Brandenburg: L 7 KA 30/08 KL – Bundessozialgericht: B 6 KA 30/09 R und LSG Berlin-Brandenburg: L 7 KA 50/08 KL – Bundessozialgericht: B 6 KA 31/09 R

der objektiven Untersuchungsdaten. Der Zwischenfall bleibt letzten Endes ungeklärt. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus macht der Patient sich selbst auf die Suche nach der Ursache seines bedrohlichen Zwischenfalls. Er analysiert seine Medikamenteneinnahme und sortiert die ihm verordneten unterschiedlichen Präparate neu. Er stellt dabei fest, dass er einen Tag vor dem Zwischenfall einen schweren Fehler bei der täglichen Tabletteneinnahme nach Umstellen seiner Medikamente entsprechend der Rabattierung gemacht hat. Dabei hat er die gelben, die roten und die grünen Pillen gleichzeitig genommen, obwohl er die gelben Pillen hätte weglassen sollen. Wir müssen davon ausgehen, dass ähnliche Zwischenfälle in Deutschland aufgrund der Verordnungssituation mit Rabattierungsverträgen vermehrt auftreten werden. Es handelt sich um ein neues Krankheitsbild: das Rabattsyndrom. Aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsbilder und der verschiedenen Überdosierungsmöglichkeiten bei der Tabletteneinnahme bei chronischen Erkrankungen ist es sehr variantenreich und deshalb sehr schwer zu diagnostizieren.

HFS

● **Diagnose: Rabattsyndrom**
Zum Erstaunen der behandelnden Ärzte findet sich ein unverändert positiver Befund mit guten Revaskulationsergebnissen ohne Änderung

Qualitätsmanagement in der Praxis – Teil 3

Licht am Ende des Tunnels

Was bisher geschah: Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Internisten Dr. Müller angeschrieben und eine Selbstbeurteilung zum Stand des Qualitätsmanagementsystems angefordert. Gemeinsam mit Dr. Wohlgemuth, einem jüngeren Kollegen aus dem Nachbarort, und ihren tatkräftigen Sprechstundenhilfen arbeitet man sich in regelmäßigen Treffen, die nicht immer ganz harmonisch verlaufen, durch den Anforderungskatalog der DIN EN ISO 9001.

Donnerstagabend gegen 18:45 Uhr im Arztzimmer von Dr. Müller. Dr. Müller räumt gedankenverloren seinen Schreibtisch auf. Anneliese, seine Sprechstundenhilfe, ist bereits gegangen. Dr. Müller blättert in der Zeitschrift „E-Health Praxis“, die er sich kürzlich von Dr. Wohlgemuth ausgeliehen hat. Er ist bislang noch nicht dazu gekommen sie zu lesen. „Eigentlich viel zu viel über Informations- und Kommunikations-Techniken“, denkt er beim Durchblättern. „Wenn ich das verstehen wollte, hätte ich Ingenieur und nicht Arzt werden müssen.“

Aber dann findet er einen interessanten Artikel über Qualitätsmanagement. Ein Satz fällt Dr. Müller ins Auge: „Experten rechnen damit, dass in den Praxen in den nächsten Jahren eine Qualitätsmanagementzerti-

fizierung verpflichtend werden wird.“ „Dann ist ja tatsächlich etwas dran, was Dr. Wohlgemuth gesagt hat“, sinniert Dr. Müller. „Vielleicht ist der Brief der KV nur ein Vorbote, um ein differenziertes Vergütungsmodell durchzusetzen und Praxen ohne Zertifizierung zu benachteiligen? Das würde zu denen passen.“ „Aber nicht mit mir“, hört er sich sagen. Er ist nun wild entschlossen, es denen zu zeigen.

Am folgenden Mittwoch gegen 16:20 Uhr in der Praxis von Dr. Wohlgemuth. Dr. Müller und Frau Schmidt treffen ein. „Bevor wir mit der Arbeit beginnen, möchte ich Ihnen noch kurz etwas Wichtiges mitteilen“, sagt Dr. Müller. „Ich habe vor, meine Praxis zertifizieren zu lassen.“

„Da bin ich aber platt“, entgegnet Dr. Wohlgemuth, „die seltsame Wandlung des Saulus zum Paulus...?“ „Nun werden Sie mal nicht frech, Herr Kollege. Manchmal braucht es eben etwas Zeit, bis Entscheidungen reifen.“

„Und was hat nun den Ausschlag gegeben?“ „Na ja, das waren vielfältige Gründe. Zum einen das sehr angenehme kollegiale Arbeitsklima“, sagt er, „aber auch als formale Anerkennung für unser Engagement und das unserer Damen und nicht zuletzt, um der KV keinen Angriffspunkt für Vergütungsmininderungen zu bieten.“

„Das ist wohl das wichtigste Argument von allen, oder?“ „Nun ja, von irgendetwas müssen wir ja schließlich leben, nicht wahr? Haben Sie eigentlich schon Kontakt mit möglichen Zertifizierungsgesellschaften aufgenommen?“, erkundigt sich Dr. Müller.

„Nein, bislang nicht, aber in der Zeitschrift „E-Health Praxis“, die ich Ihnen letztes mitgegeben habe, war eine Beilage über die Zertifizierung von Arztpraxen: Qualitätspartner-schaft im Gesundheitswesen. Dies erschien mir interessant.“

„Habe ich noch nicht gesehen. Von wem war die denn?“ „Vom VDE-Institut, einer Tochter des Verbandes der Elektrotechnik, Elektronik und Informationstechnik e.V.“ „Verfügen die denn über die Kompetenz für Arztpraxen?“

„Das müssen wir noch eruieren. Das Heft mit der Beilage liegt ja noch bei Ihnen. Könnte Frau Schmidt in den

nächsten Tagen nicht mal dort anrufen und das abklären?“ „Wenn Sie es wünschen, Herr Doktor, gerne“, kommt Frau Schmidt der Antwort ihres Chefs zuvor.

„Gut, dann lassen Sie uns mit der Arbeit beginnen. Die Zeit ist ja schon fortgeschritten.“

„Was steht heute auf dem Programm?“

„Heute behandeln wir die Aufgaben der Praxisleitung, also unsere Aufgaben. Um etwas Zeit zu sparen habe ich Unterlagen von meinem Abendkurs herausgesucht. Dort haben wir die Norm umformuliert, um sie verständlicher zu machen. Ich hatte mir Folgendes notiert: Die Praxisleitung legt die Qualitätspolitik fest, vermittelt den Praxismitarbeitern, wie wichtig es ist, Anforderungen von Patienten und Gesetzgeber zu erfüllen, stellt sicher, dass Qualitätsziele festgelegt werden und Ressourcen verfügbar sind und führt selbst Bewertungen des Systems durch.“

„Das klingt ja zunächst nicht sehr kompliziert. Was bedeutet es im Einzelnen?“ „Schauen wir uns dazu das Thema Patientenanforderungen an. Was sagt die Norm dazu, Frau Pfiffig?“

„Die Praxisleitung muss sicherstellen, dass die Patientenanforderungen ermittelt und erfüllt werden.“

„Und wie macht man das, bitte?“ „Frau Pfiffig hat dazu einen Fragebogen entwickelt. Verteilen Sie doch mal die Kopien.“

Alle vertiefen sich in das Dokument. „Wozu stellen Sie eigentlich die Frage nach ausreichenden Parkmöglichkeiten, Herr Kollege“, fragt Dr. Müller. „Wir betreiben doch eine Arztpraxis und kein Parkhaus.“

„Die Zufriedenheit des Patienten hängt nicht nur von der Qualität der Behandlung ab“, entgegnet Dr. Wohlgemuth. „Wenn er erst lange im Viertel nach einem Parkplatz suchen und in das teure Parkhaus ausweichen muss, kommt der Patient schon unzufrieden, genervt oder zu spät zum Termin. Denken Sie auch an Ihre älteren Patienten oder junge Mütter mit Kindern. Da ist ein Parkplatz vor dem Haus immer willkommen.“

„Dann könnte ich ja zehn Parkplätze anmieten, bei dem was bei mir in der Praxis los ist“, gibt Dr. Müller zu bedenken. „Dahin zielt die Frage nach der Wartezeit. Sie behandeln ja nicht zehn Patienten gleichzeitig. Sie haben zwei Behandlungszimmer und das Wartezimmer. Ideal wären dann vier Patienten insgesamt: zwei im Wartezimmer und je einen im Behandlungszimmer. Daher auch die Frage nach dem Transportmittel. Wenn Sie wissen, wer mit öffentlichen Verkehrsmitteln, zu Fuß oder mit dem PKW kommt, können Sie die Reihenfolge so steuern, dass zwei Parkplätze ausreichen dürften.“

Grundsätzlich geht es um maximale Zufriedenheit des Patienten bei minimalem Aufwand.“

„Gut, das habe ich verstanden.“

„Prima, dann kommen wir jetzt zur Qualitätspolitik. Frau Schmidt, was sagt die Norm dazu?“

„Moment, ich habe es gleich. Ach ja, hier steht es: Die Qualitätspolitik muss für die Aufgaben der Praxis angemessen sein und eine Verpflichtung enthalten, die Anforderungen zu erfüllen und die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems zu bewahren.“

„Und was heißt das jetzt für mich?“, fragt Dr. Müller.

„Schreiben Sie unter die Überschrift Qualitätspolitik: Alle Mitarbeiter der Praxis Dr. Müller verpflichten sich, die Anforderungen der Patienten und des Gesetzgebers zu erfüllen. Wir stellen die Patientenzufriedenheit in den Mittelpunkt unseres Handelns und entwickeln unser Qualitätsmanagementsystem ständig weiter, um dieses Ziel mit wirtschaftlich vertretbarem Aufwand zu erreichen.“

„Mehr nicht?“ „Nein, das reicht vollkommen. Lassen Sie diese Erklärung nur noch von allen Mitarbeitern unterschreiben. Nun kommt es aber darauf an, diese Politik umzusetzen. Dazu dienen die Qualitätsziele. Frau Pfiffig, was sagt die Norm dazu?“

„Die Praxisleitung muss dafür sorgen, dass die Qualitätspolitik einen Rahmen zur Festlegung und Bewertung von Qualitätszielen setzt, sie den Mitarbeitern vermittelt, von ihnen verstanden und auf ihre fort-dauernde Eignung hin bewertet wird.“

„Und wie bewertet das die Praxisleitung“, fragt Dr. Müller, den mehr die praktische Umsetzung als die Theorie interessiert.

„Dies geschieht durch die Managementbewertung“, doziert Dr. Wohlgemuth mit sichtlichem Stolz. „Die Praxisleitung muss das Qualitätsmanagementsystem der Praxis in geplanten Abständen bewerten. Die Bewertung muss Möglichkeiten zur Verbesserung des Systems und den Änderungsbedarf auch hinsichtlich der Qualitätspolitik und -ziele enthalten.“

„Haben Sie denn schon einmal eine Managementbewertung gemacht?“, fragt Dr. Müller.

„Aber klar, erst vor wenigen Wochen. Ich habe mir die Ergebnisse unserer internen Audits und die Auswertung unseres Patientenfragebogens angesehen. Daraus haben Frau Pfiffig und ich entsprechende Verbesserungs- und Korrekturmaßnahmen erarbeitet. Eine Maßnahme besteht darin, in Zukunft zwei Mal die Woche bis 20:00 Uhr geöffnet zu haben. Dieser Wunsch wurde von vielen Berufstätigen an uns herangetragen. Dafür werde ich eine weitere Teilzeitkraft einstellen.“

„Und Sie glauben, das rechnet sich?“ „Erfüllung der Patientenbedürfnisse rechnet sich immer“, erwidert Dr. Wohlgemuth. „Lassen Sie uns noch kurz das Thema Verantwortung und Befugnis abhandeln. Haben Sie sich

schon mal mit dem Thema befasst, Herr Kollege?“

„Dies ist bei uns bereits geregelt. Ich habe die Verantwortungen und Befugnisse festgelegt und dokumentiert. Weiterhin habe ich Frau Schmidt offiziell als Qualitätsmanagementbeauftragte benannt.“

„Und was tun Sie, um die Kommunikation in der Praxis sicherzustellen?“

„Das funktioniert ganz gut. Wenn Frau Schmidt Fragen hat, kommt sie zu mir. Sie wissen, sie war schon für meinen Vorgänger tätig.“

„Aber Sie haben doch noch weitere Kräfte beschäftigt.“

„Ja das stimmt, Bettina, unsere Auszubildende, und Frau Wuttig als Sprechstundenhilfe in Teilzeit.“

„Und wie geschieht die Kommunikation mit diesen Mitarbeiterinnen?“

„Wenn sie Probleme haben, fragen sie Frau Schmidt, die hilft ihnen dann.“

„Ich fürchte, das reicht für eine Zertifizierung nicht aus. Die Praxisleitung muss sicherstellen, dass geeignete Prozesse der Kommunikation eingeführt werden und insbesondere ein Austausch über die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems stattfindet.“

„Klingt eher nach Großklinik als nach Praxis mit vier Mitarbeitern. Wie sollen denn diese Prozesse aussehen?“

„Sie etablieren z.B. ein gemeinsames Stehkonvent, zum Beispiel am Mittwochmittag für 15 Minuten. Dort behandeln Sie aktuelle Themen und notieren Vorschläge und Anregungen in einem Notizbuch. Wenn die Vorschläge umgesetzt und dokumentiert worden sind, werden Sie im Notizbuch durchgestrichen. Das ist doch nun wirklich nicht zuviel verlangt, oder? Und Sie werden sehen, dass Ihre Mitarbeiterinnen durch die Einbeziehung noch einmal vor Ideen sprühen.“

Es ist spät geworden. Dr. Wohlgemuth erhebt sich.

„Gut soviel für heute, danke für die Geduld. Wie schon besprochen, machen die Damen ab dem nächsten Mittwoch allein weiter. Wir kommen dann zu Ihnen, Kollege Müller. Ich möchte diese Zeit gerne nutzen, um mit Ihnen parallel einige Dinge zu besprechen. Was halten Sie davon?“

„Sehr gerne. Auf Wiedersehen, Herr Kollege.“

Die beiden Mediziner und Ihre Sprechstundenhilfen verabschieden sich voneinander.

„Was mag das wohl sein, was Dr. Wohlgemuth mit mir zu besprechen hat“, grübelt Dr. Müller noch auf dem Heimweg.

Fortsetzung folgt...

Michael Bothe, VDE-Institut, Offenbach/Main