NEUE VERSORGUNG
Gesund in Baden-Württemberg

Juni 2014

# Rückenwind für die Hausarzt- und Facharztverträge

Annette Widmann-Mauz im Interview

Der neue Orthopädievertrag:
Zeit für persönliche Beratung statt Sieben-Minuten-Medizin

Ins Netz gegangen – Praxisnachfolger online finden

# Das Zusammenspiel macht den Klang

Liebe Leserinnen und Leser,

nahezu geräuschlos hat die Große Koalition die umstrittene Refinanzierungsklausel für Hausarztverträge aus dem Gesetz gestrichen. Am 1. April 2014 ist die Änderung in Kraft getreten. Die Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg kann jetzt konsequent weiterentwickelt werden. Und auch für die Facharztverträge gibt es neue Perspektiven. Im Wettbewerb um bessere Qualität im Gesundheitswesen werden Selektivverträge zu einem wichtigen Instrument.

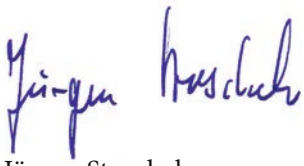
Dass sich der Gesetzgeber dazu entschlossen hat, ist nicht zuletzt auch einem gemeinsamen Positionspapier zu verdanken, das die Vertragspartner im vergangenen Jahr rechtzeitig vor der Bundestagswahl der Öffentlichkeit vorgestellt hatten. Darin wurden bessere Rahmenbedingungen für Hausarzt- und Facharztverträge gefordert, wie sie in Baden-Württemberg seit mehr als fünf Jahren gelebte Realität sind. Welche Hausaufgaben die Politik hier aber noch zu erledigen hat, haben die Vertragspartner bei einem „Round Table“ formuliert und zusammengefasst.

Die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit Annette Widmann-Mauz hat dazu in diesem Heft Stellung bezogen. Um besondere Versorgungsverträge zu befördern, wolle die Bundesregierung rechtliche Hindernisse und bürokratische Hürden aufheben. Auch die Bereinigungsverfahren sollen vereinfacht werden, so die Ankündigung. Dahinter steht die Erfahrung in Baden-Württemberg, dass Selektivverträge die Versorgung verbessern können.

Dabei muss auch bedacht werden: Der rasch zunehmende Hausarzt- und Facharztmangel in ländlichen Regionen und bald auch in städtischen Gebieten ist eine Herausforderung für die kommenden Jahre. Die Hausarzt- und Facharztverträge sind ein wirksames Instrument, um diese schwierige Aufgabe zu bewältigen. Dabei ist ein Ansatzpunkt, gemeinsam mit den Gemeinden und Landkreisen in Baden-Württemberg attraktive Voraussetzungen für die Niederlassung und die Tätigkeit als Hausarzt oder als Facharzt zu schaffen. Dass dies funktioniert, zeigen erste Beispiele aus Baden-Württemberg.

*„Hören Sie hin!“ empfiehlt in dieser Ausgabe der „Neuen Versorgung“ der Gehirnforscher Professor Manfred Spitzer, Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik in Ulm. Damit meint Spitzer insbesondere die Musik, die uns auf vielfältigste Weise beeinflusst. Auch deshalb wird Musik seit langem in der Medizin therapeutisch eingesetzt, sei es bei psychischen Störungen oder auch ganz allgemein bei internistischen oder chirurgischen Therapien. So wie Musik und Medizin kunstvoll zusammenwirken, so sind auch Musikinstrumente das Ergebnis eines in hohem Maße künstlerisch geprägten Handwerks. Einen bescheidenen Eindruck davon wollen wir Ihnen in diesem Heft mit Bildern aus der Werkstatt des Stuttgarter Geigenbauers Patrik Müller vermitteln. In diesem Sinne: Schauen Sie hin!*

Ihr



Jürgen Stoschek
Chefredakteur

Als anspruchsvolle Handwerkskunst hat der Geigenbau seit seinen Anfängen im 16. Jahrhundert in Technik und Werkzeugen nur wenige Veränderungen erfahren.
Noch heute werden Streichinstrumente in vielen einzelnen Arbeitsgängen von Beginn an von Hand gefertigt.

Ein ausgeprägtes Fingerspitzengefühl und Liebe zum Detail sind hier also besonders gefragt. Anders als die Bezeichnung vermuten lässt, umfasst der Beruf des Geigenbauers nicht nur die Violine (Geige), sondern alle Instrumente der sogenannten Geigenfamilie, also auch die Viola (Bratsche) und das Cello sowie den Kontrabass und die kleineren Vertreter der Gambenfamilie.

*Foto: flohagena.com*

| | | |
|---|---|---|
| Editorial | 1 | Das Zusammenspiel macht den Klang |
| Pinnwand | 4 | Meldungen aus der Vertragswelt |
| Titelthema | 6 | Der Gestaltungsmacht-Kampf |
| | 10 | Rückenwind für die Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg |
| | 14 | Interview mit Annette Widmann-Mauz: „Wir sehen in den Hausärzten das Rückgrat der medizinischen ambulanten Versorgung“ |
| Reportage | 18 | Ins Netz gegangen – Praxisnachfolger online finden |
| Praxisalltag | 22 | Die Praxis-EDV: Wenn die Ampel streikt |
| Aus der Vertragswerkstatt | 24 | Der neue Orthopädievertrag: Zeit für persönliche Beratung statt Sieben-Minuten-Medizin |
| Gut zu wissen | 28 | Wichtig für die Praxis |
| Seitenansicht | 30 | Prof. Manfred Spitzer: „Hören Sie hin!“ |
| Auf den Punkt gebracht | 32 | Fünf Fragen an Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon |

## Neue Rabatt-verträge

Zum 1. April startete die 12. Tranche der bundesweiten AOK-Rabattverträge mit 112 Wirkstoffen und Wirkstoff-kombinationen. Bei 90 Wirkstoffen und Wirkstoffkombinationen gab es bereits Rabattverträge, die Ende März ausgelaufen waren. Für 22 weitere Wirkstoffe/Wirkstoffkombinationen wurden erstmals Rabattverträge vereinbart.

Um die in den Hausarzt- und Fach-arztverträgen vereinbarten Arzneimit-telquoten zu erreichen, empfehlen die Vertragspartner, das Aut-idem-Feld möglichst nicht anzukreuzen.
Der Grund: Wenn der Anteil der Verordnungen, bei denen der Austausch grundsätzlich ausgeschlossen wurde (Nec-Aut-idem), kleiner oder gleich 5 Prozent ist, kann der neue Zuschlag in Höhe von 1 EUR auf P2 ausgelöst werden, sofern nicht bereits eine der beiden Grünquoten erreicht wurde.

## Nebenbetriebstätten auch ohne KV-Genehmigung

Um eine flächendeckende Versorgung im Rahmen des FacharztProgramms umfassend sicherzustellen, haben sich MEDI Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg sowie die Bosch BKK und fachärztliche Berufsverbände darauf verständigt, Nebenbetriebsstätten für die Versorgung von FacharztProgramm-Patienten in Ausnahmefällen auch ohne Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zuzulassen. Diese Rege-lung betrifft die Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Für Kardiologie, Gastroenterologie und Orthopädie ist dies auch vor-gesehen. Voraussetzungen sind die Feststellung eines Versorgungsbedarfs und die Zustimmung durch den Lenkungsausschuss des jeweiligen Facharztvertrags.

## Strahlendosis halbiert

Versicherte, die in Baden-Württemberg am Facharzt-vertrag Kardiologie teilnehmen, sind medizinisch besser betreut als in der Regelversorgung. Das besagt der Qualitätsbericht 2012, den die Vertragspartner zum ersten Mal vorstellten. So gelang es etwa, die Strahlen-dosis, der Patienten bei invasiven Eingriffen am Herzen ausgesetzt sind, zu halbieren. Die Komplikationsrate bei der Percutanen coronaren Intervention (PCI), einem Verfahren zur Dehnung verengter Herzkranzgefäße, ist im Facharztvertrag nicht einmal halb so hoch wie in der Regelversorgung.

## Vorsorgekoloskopie schon ab 50

Die Teilnehmer an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V, die zwischen AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, MEDI Baden-Württemberg und den ärztlichen Vertrags-partnern abgeschlossen wurde, können seit dem 1. April zur Früherkennung von Darmkrebs die Darmspiegelung (Vorsorgekoloskopie) schon ab 50 in Anspruch nehmen.
In der Regelversorgung besteht diese Möglichkeit erst später. Nach Angaben des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) sind nach Einführung des gesetzlichen Früherkennungs-programms seit 2003 durch die Vorsorgeunter-suchung über 100.000 Darmkrebsfälle verhindert und mehr als 50.000 Krebsvorstufen entdeckt und behandelt worden.

Teilnehmer am FacharztProgramm erhalten inner-halb von 14 Tagen einen Termin zur Darmspiegelung und die Darmreinigungsmittel zuzahlungsfrei.

## VERAH anerkannt

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat die Qualifikation der Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) mit dem Status der nichtärztlichen Praxisassistenten gleichgestellt. Ein entsprechendes gemeinsames Papier der BÄK und des Instituts für hausärztliche Fortbildung ist jetzt vom Vorstand der BÄK verabschiedet worden. „Dadurch kann sich das Qualifizierungs-Curriculum des Deutschen Hausärzteverbandes in Zeiten, in denen nichtärztliches Personal dringend zur Entlastung von Hausärzten benötigt wird, nun flächendeckend und speziell in unterversorgten Gebieten weiter ausbreiten", sagte der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, Ulrich Weigeldt. Bundesweit gibt es etwa 4.600 Praxismitarbeiterinnen, die die Zusatzqualifikation für VERAH erworben haben – weit mehr als jede vierte davon in Baden-Württemberg.

BÄK und der Deutscher Hausärzteverband erwarten nun, dass dieser Beschluss einheitlich und bundesweit verbindlich umgesetzt wird.

## Psychotherapie-Platz finden

Ärzte und Psychotherapeuten, die im Facharztvertrag Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie (PNP-Vertrag) am Modul Psychotherapie teilnehmen und neue Patienten behandeln, können freie Kapazitäten der Geschäftsstelle der MEDIVERBUND AG in Stuttgart per Fax unter der Nummer 0711/80 60 79-533 mitteilen.

Die AG veröffentlicht dann die Namen und Adressen der Praxen auf ihrer Internetseite www.medi-verbund.de in der Rubrik „Arztsuche". So können Ärzte und Psychotherapeuten erfahren, welche Kolleginnen und Kollegen in ihrer Nähe noch Patienten aufnehmen. Dieser Service ergänzt die bereits länger eingerichtete Arztsuche.

## Kinder- und Jugendärzte in der HZV

Kinder- und Jugendärzte, die seit Jahresanfang am Hausarzt-Programm der AOK Baden-Württemberg teilnehmen, rechnen ab dem 2. Quartal alle Behandlungen der eingeschriebenen HZV-Patienten über das pädiatrische Modul des HZV-Vertrages der AOK Baden-Württemberg ab.

Auch Vertretungsfälle bzw. Zielaufträge werden direkt über die Vertragssoftware abgerechnet. Für Patienten im HZV-Vertrag, die also bei anderen HZV-Ärzten sind, und zur Behandlung in die Praxis eines Kinder- und Jugendarztes kommen, können die erbrachten Vertretungsleistungen und Zielaufträge im 2. Quartal rückwirkend für das 1. Quartal abgerechnet werden. Hierzu müssen diese im 1. Quartal dokumentiert sein.

Bis zum 12. Mai haben insgesamt 236 Kinder- und Jugendärzte ihre Teilnahmeerklärungen eingereicht. 212 Pädiater sind in Baden-Württemberg zugelassen.

*Norbert Wallet*

# Der Gestaltungsmacht-Kampf

Von Norbert Wallet

Große Koalitionen, so sagt man oft, seien gut für große Lösungen. Das hat selten gestimmt. Eher blockieren sich die Partner, als dass sie ihre Kraft zu großen Würfen bündeln. Als 2005 die erste große Koalition unter Angela Merkel antrat, galten grundlegende Reformen auf dem Feld der Gesundheitspolitik aufgrund des immensen Kostendrucks als unausweichlich. Doch lagen die Vorstellungen beider Seiten so weit auseinander, dass mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds als zentrale Reformidee ein Instrument installiert wurde, dass sich zwar als stabiler erwies als viele Kritiker befürchteten, aber strukturelle Probleme nicht anging.

Auch der zweite „große" Koalitionsvertrag macht einen Bogen um besonders einschneidende Strukturveränderungen. Die Einführung einer Bürgerversicherung war 2013 nach wie vor eine wichtige Forderung im sozialdemokratischen Wahlkampf. Im Vertragstext findet sich dazu nichts mehr – kein einziges Wort. Die meistens gesetzlichen Krankenkassen, die stets – und mit Recht – die Ungerechtigkeiten und Nebenwirkungen eines gespaltenen Gesundheitssystems betonen, haben das übrigens durchaus mit (sehr stiller) Befriedigung aufgenommen, weil auch bei ihnen die Einsicht durchgedrungen ist, dass die Umstellung des Systems auch für die gesetzlichen Kassen mit erheblichen Belastungen verbunden gewesen wäre. Das Projekt Bürgerversicherung ruht in Frieden.

Umso wichtiger ist also, dass im bestehenden System reformiert wird, damit weder die PKV zur Armutsfalle, noch die GKV zur Mangelverwaltung verkommt. Der Gesetzgeber kann dazu Rahmen setzen. Dass mehr Wettbewerb mehr Effizienz ermöglicht, ist inzwischen selbst in der Bundesregierung ein Gemeinplatz. Die Frage ist, wie und mit welchen Anreizen der Wettbewerb geführt wird. Da bringt der Koalitionsvertrag dann doch eine entscheidende und begrüßenswerte Umorientierung. Es wird keine pauschalen Zusatzprämien mehr geben. Da hat sich die Union von den letzten Resten ihres – gescheiterten – neoliberalen Leipziger Programms verabschiedet. So etwas fällt Parteien nicht leicht und deshalb ist das sehr anerkennenswert. Die Konsequenzen sind bedeutend: Die auch sozial ungerechten Pauschalen hatten den Effekt, dass der Kassenwettbewerb über das Preisschild geführt wurde. Mit fatalen Nebenwirkungen. Die Umstellung auf ein einkommensabhängiges System der Zusatzbeiträge dämpft diesen Effekt zumindest.

Was auch heißt: Der dringend notwendige Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen kann nun auf dem Boden ausgetragen werden, der dafür einzig geeignet ist: dem Ringen um die beste Qualität der Versorgung.

Ungetrübt ist die Freude darüber nicht. Das Zusatzbeitragssystem bezahlen allein die Versicherten. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz wird auf 14,6 Prozent gesenkt. Das Zusatzbeitragssystem ist erst aufgrund dieser künstlichen Ressourcenverknappung erzwungen. Mehrkosten, die künftig zwangsläufig aus medizinischem Fortschritt und den Alterungskosten der Gesellschaft resultieren, haben allein die Beschäftigten zu zahlen. Eine Begrenzung gibt es nicht, einen Ausgleich durch den Bund ebenso wenig – mit der Abkehr von den Pauschalen ist der Sozialausgleich, der gezahlt werden sollte, wenn die Belastung durch Zusatzprämien zwei Prozent des Einkommens übersteigt, obsolet geworden. Werden also künftig die zwei Prozent überschritten, stehen die Versicherten schlechter als im alten System da. Das ist auf Dauer ein unhaltbarer Zustand. Es kann nicht der volle Ernst einer dem Allgemeinwohl verpflichteten Bundesregierung sein, die Mehrkosten des Gesundheitswesens einseitig den Versicherten zuzuschanzen. Eine plausible Begründung, die Arbeitgeber aus der paritätischen Finanzierung zu entlassen, gibt es nicht, wenn man den Hinweis auf die Lohnnebenkosten als solchen nicht akzeptiert. Dann aber stünde der Gesetzgeber in der Pflicht, durch Steuermittel einseitige Belastungen zu mildern. Sehr erstaunlich, dass sich die SPD auch hier klaglos gefügt hat.

Immerhin, die Philosophie ist erkennbar: Die Kassenkonkurrenz soll von einem Unterbietungswettbewerb beim Preis hingeleitet werden zu einem Wettbewerb um Qualität. Ermöglicht der Koalitionsvertrag also einen Qualitätswettbewerb? Ja, durchaus – ein wenig. Es gibt ein offenkundiges Mittel der Wahl, um mehr Kassenwettbewerb mit greifbarer Qualitätssteigerung der Versorgung zu verbinden – das Instrument des Selektivvertrags. Der Südwesten hat hier bereits mehr Erfahrung als jede andere Region vorzuweisen, und es ist keine schlechte. Tatsächlich schafft der Koalitionsvertrag hier mehr Beweglichkeit, und das ist gut so. Vor allem die Streichung der Refinanzierungsklausel schafft den Kassen mehr Spielraum.

Es wird in Zukunft mehr Selektivverträge geben, gerade im Bereich der Facharztverträge. Das Instrument wird also auch in der öffentlichen Debatte stärker in den Vordergrund rücken. Wollen die Kassen die Patienten überzeugen, ist es wichtig, dass sauber und mit größter Transparenz diskutiert wird. Dazu gehört der Hinweis, dass es hinter der Debatte um die Qualitätssteigerung auch noch eine tiefer liegende und für die Patienten schwerer zu erkennende Argumentationsebene gibt, die – auch von den Kassen selbst – offen angesprochen werden sollte: Das Gesundheitswesen erlebt mal wieder einen Machtkampf – einen Gestaltungsmacht-Kampf. Das ist nichts Schlimmes, nichts, was man verbergen müsste. Die Kassen wollen mehr sein als nur Protokollanten eines Systems, welches sie auf die Gegenzeichnung von KV-Rechnungen reduziert. Sie wollen mitgestalten, erfolgreiche Konzepte belohnen, qualitätsorientierte Versorgung ausbauen und patientenorientierte Ärzte – auch ökonomisch – bestärken. Das Selektivvertragssystem gibt ihnen dafür eine Handhabe. Bei jedem Machtkampf gibt es Gewinner und Verlierer. Gewinnen die Kassen, geht das auf Kosten der Kassenärztlichen Vereinigungen, deren Einfluss sich verringern würde.

Das sollte jeder wissen, der die künftigen Debatten richtig einschätzen will. Die Frage ist, nach welchem Kriterium solche Konflikte zu bewerten sind. Welcher Standpunkt ist der richtige? Wer keine Partei in diesem Streit vertritt, kann nur den Standpunkt des Patienten einnehmen. Und da gilt: Wenn Selektivverträge die Möglichkeit stärken, eine vom Hausarzt über den Facharzt bis (zukünftig idealerweise) hin zum ambulanten oder stationären Klinikaufenthalt kooperative und vernetzte Betreuungsstruktur zu schaffen, kann das für den Patienten nur gut sein. Wenn Ärzte davon


## Norbert Wallet

**Norbert Wallet (52) ist Leiter des Hauptstadtbüros der Stuttgarter Nachrichten in Berlin. Er schreibt schwerpunktmäßig über die Arbeit der CDU und kümmert sich fachlich besonders um Fragen der Gesundheitspolitik und der Innenpolitik.**

**Damit kommt er als sachkundiger Gastautor an dieser Stelle zu Recht mit einer kritischen Einordnung zu Wort.**

**Wallet hat bei der Kölnischen Rundschau volontiert, war dort zunächst Chefkorrespondent, später im Bonner Parlamentsbüro und arbeitet seit 2001 in Berlin.**

profitieren, dass sie sich über das gesetzlich vorgegebene Maß hinaus fortbilden, Qualitätskriterien unterwerfen, mehr Zeit für Patienten aufwenden und schnelleren Zugang sicherstellen – kann das für den Patienten ebenfalls nur gut sein. Wenn der Koalitionsvertrag diesen Weg unterstützt, ist das zu begrüßen.

Das sehen Ärzte im Prinzip ähnlich wie Kassen, wie das rege Interesse der Ärzteverbände im Südwesten verdeutlicht. Die Gemeinsamkeit hat freilich Grenzen. Teile der Ärzteschaft bemängeln am Koalitionsvertrag eine fehlende Verpflichtung der Kassen, ihren Versicherten auch Facharztverträge anzubieten. Vorsicht! Was sich anhört, wie eine Ermutigung für das Selektivvertragssystem, ist in Wahrheit ein handfestes Stück Interessenpolitik. Wie gesagt: Es geht um einen Gestaltungsmachtkampf. Käme es zu solch einer Verpflichtung für die Kassen, wie es sie im Bereich der Hausärzte bereits gibt, würde sich die Verhandlungsmacht der Ärzteverbände gegenüber den Kassen dramatisch zu ihren Gunsten verändern. Wieder kommt es auf den Standpunkt an. Ärztevertreter können das sinnvoll finden. Patienten, die darauf vertrauen, dass die Kassen ihre Interessen vertreten, werden es anders sehen. Könnten die Ärzteverbände darauf pochen, dass ihr Gegenüber auf jeden Fall einen Vertrag unterzeichnen m u s s, hätten sie keinen Grund zum Entgegenkommen – sie könnten notfalls das Schiedsverfahren abwarten. Wie gesagt, das kann man wollen, etwa mit dem Argument, der Vertragszwang führe zu einem Verhandeln auf Augenhöhe. Mag sein. Aber er würde auf jeden Fall auch die Chancen der Kassen verringern, Einfluss zu nehmen und die Bedingungen durchzusetzen, die Qualitätssteigerungen bedeuten würden – von Weiterbildungspflichten bis zu Terminvergaben. Man könnte sich im Gegenteil sogar fragen, warum der Vertragszwang bei den Hausärzten besteht, wo es doch um Modelle geht, auf die sich beide Partner freiwillig einigen.

Allerdings dürfen die Kassen hier auch nicht überziehen. Wenn sich nämlich irgendwann Kassenblütenträume erfüllten und das Kollektivsystem ganz durch ein flächendeckendes Netz von Selektivverträgen ersetzt würde, stellte sich – sozusagen durch die Hintertür – die Frage des Vertragszwangs notwendigerweise neu: Denn Selektivverträge allein stellen keine Flächendeckung sicher. Da könnte es schon sein, dass in, sagen wir, strukturschwachen Gegenden Versicherte kleinerer Kassen durch das grobmaschige Selektivvertragsnetz fielen. Sie stünden dann womöglich vor der Wahl, schnell die Kasse zu wechseln oder keinen Arzt mehr zu finden.

Und noch einmal: Es geht um einen Gestaltungsmacht-Kampf. Selektivverträge sind nicht nur ein Hebel, den Einfluss der Kassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen zu stärken. Sie wirken auch katalytisch auf den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen. Die Ärzteverbände haben ein unmittelbares ökonomisches Interesse, ihre Verträge mit großen, leistungsstarken Kassen abzuschließen. Dies könnte ihren Patienten dann handfeste Vorteile bieten. Das wiederum wird zu Lasten kleinerer Kassen gehen. Im Klartext: Mehr Selektivverträge heißt auch weniger Kassen – langfristig. Ist das schlecht? Nein, ganz und gar nicht. Kassen sind keine Privatunternehmen. Sie erfüllen einen öffentlich-rechtlichen Auftrag. Eine weitere Reduzierung der Anzahl der Kassen, die heute noch immer bei über 130 liegt, würde jedenfalls die Verhandlungsmacht der verbleibenden stärken. Erneut kann man das gut oder schlecht finden – die Patienten werden es eher gut finden. Aber wissen sollte man es. Auch weil es den Blick auf Schwierigkeiten lenkt, die in der Übergangszeit auf Patienten zukommen könnten – wenn etwa die eigene kleine Kasse den Einstieg in den Wettbewerb um Selektivverträge nicht mehr schafft. Wird es diesen Versicherten im Vergleich mit denen großer Kassen dann so gehen, wie noch heute GKV-Patienten im Vergleich mit PKV-Kunden?

Das alles ist zu bedenken und auch öffentlich zu diskutieren – auch von den Kassen selbst. Aber dass der Koalitionsvertrag die Entwicklung zumindest nicht hemmt, ist positiv. Auffallend ist nur eine geradezu groteske Inkonsequenz. Ein System von Selektivverträgen wird erst dann vollständig in sich stimmig und geschlossen, wenn auch der größte Kostenblock – das Krankenhauswesen – mit einbezogen wird. Spätestens wenn das im Koalitionsvertrag angekündigte unabhängige Institut tragfähige Evaluationen liefert, müssen die Kassen die Möglichkeiten bekommen, im Bereich der planbaren Operationen gut arbeitende Kompetenzzentren durch Selektiverträge zu fördern. Das würde endlich auch die überfällige Reduzierung der Bettenüberkapazitäten beschleunigen, weil unrentable Kliniken vom Markt verschwänden. Diese Debatte steht noch aus und der Koalitionsvertrag schweigt hier unüberhörbar.

Klassische Vorbilder dienen dem Stuttgarter Geigenbauer Patrik Müller als Inspiration, um detailgenaue Reproduktionen u. a. nach Guarneri del Gesù, Antonio Stradivari und Giovanni Battista Guadagnini anzufertigen. Nach dem Abitur mit Schwerpunkt Musik besuchte Müller die renommierte Geigenbauschule Mittenwald. Hier wurde er mit dem Bayerischen Staatspreis für herausragende Leistungen ausgezeichnet. Danach sammelte er in der Werkstatt von Andreas Augustin in Staufen Erfahrungen im Neubau von Geigen, Bratschen und Celli sowie in der Restaurierung und klanglichen Optimierung. Seit 2008 betreibt Müller im Stuttgarter Westen seine eigene Werkstatt. Seine Kunden sind Musiker aus aller Welt. Er ist seit vielen Jahren auch in verschiedenen Orchestern aktiv.

www.patrikmueller-geigenbau.de

*Foto: flohagena.com*

# Rückenwind für die Hausarzt- und Facharztverträge

Von Jürgen Stoschek

*Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg*

*Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg*

**Was die Hausarztzentrierte Versorgung betrifft, sind AOK Baden-Württemberg, Hausärzteverband Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg mit dem Ergebnis der Koalitionsverhandlungen zufrieden: Den Wegfall der Refinanzierungsklausel werten die Vertragspartner als Schritt in die richtige Richtung.**

**Aber: Von den sechs Forderungen, die die Vertragspartner vor der Bundestagswahl in einem gemeinsamen Positionspapier für einen geordneten Qualitätswettbewerb präsentiert haben, sind fünf noch nicht berücksichtigt. Die Politik ist also weiter gefordert.**

„Mit der Streichung der Refinanzierungsklausel im § 73b Absatz 5a SGB V schafft die Große Koalition bessere Rahmenbedingungen für selektive Hausarztverträge“, erklärte der Vorsitzende des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg, Dr. Berthold Dietsche. Das sei ein wichtiger Schritt der Politik, um die Hausarztzentrierte Versorgung allen Versicherten zugänglich zu machen. „Durch die Entscheidung des Bundestages wird die Hausarztzentrierte Versorgung gestärkt und gefördert“, sagte Dietsche.
Ähnlich äußerten sich auch der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg Dr. Christopher Hermann und MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner. Die AOK Baden-Württemberg begrüße ausdrücklich den größeren Gestaltungsspielraum bei der Hausarztzentrierten Versorgung, betonte Hermann. „Damit wird das innovative Vertragswerk, mit dem die Gesundheitskasse gemeinsam mit den Partnern MEDI und Hausärzteverband im Bereich der ambulanten Versorgung bundesweit eine Vorreiterrolle einnimmt, gestärkt und auf eine gute und nachhaltige Grundlage gestellt“, sagte der AOK-Chef. Der Koalitionsvertrag beinhalte eine klare Perspektive für mehr selektive Hausarzt- und Facharztverträge als Alternative zur

*Dr. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg*

Regelversorgung. „Wettbewerb findet künftig in alternativen Versorgungsangeboten statt. Qualitätswettbewerb wird wieder möglich“, verdeutlichte Hermann. Die Ausführungen im Koalitionsvertrag zu den Selektivverträgen in der ambulanten Versorgung seien eindeutig, unterstrich Baumgärtner. Allerdings fehle nach wie vor eine Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten auch Facharztverträge anzubieten. Und was die Bereinigung der Gesamtvergütung anbelangt, vermisse er noch konkrete Aussagen der Politik. „Der Koalitionsvertrag eröffnet besonders beim Hausarztvertrag neue Handlungsspielräume, bei den Facharztverträgen bleibt noch vieles offen“, erklärte Baumgärtner. Vor der Bundestagswahl hatten die Vertragspartner in Baden-Württemberg der Politik ein gemeinsames Positionspapier mit sechs Forderungen für einen geordneten Qualitätswettbewerb präsentiert.

## Sechs Forderungen für einen geordneten Qualitätswettbewerb

Darin fordern die Vertragspartner eine Kassenpflicht nicht nur für Hausarzt-, sondern auch für Facharztverträge sowie eine bürokratiearme und rechtssichere Bereinigung der Gesamtvergütung. Verlangt werden außerdem eine Abkehr von gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträgen im Kollektivbereich sowie weitere gesetzliche Optionen für Selektivverträge.

## Wirtschaftlichkeit kann jederzeit nachgewiesen werden

„In Baden-Württemberg war und ist die Welt der Hausarzt- und Facharztverträge in Ordnung“, erklärte Baumgärtner mit Blick auf die von der Großen Koalition angekündigten Veränderungen. Der inzwischen beschlossene Wegfall der Refinanzierungsklausel im § 73b SGB V sei auch für Baden-Württemberg ein wichtiger Schritt und Grundvoraussetzung für den Bestand der Facharztverträge mit der AOK und der Bosch BKK. „Dennoch brauchen wir, um für alle Verträge auf einem dauerhaft festen Fundament zu stehen, eine gesetzliche Verpflichtung der Kassen für den Abschluss auch von Facharztverträgen nach § 73c SGB V und eine gesetzliche Bereinigungslösung. Die aktuelle Bereinigungsregelung ist insbesondere für Facharztverträge ungeeignet“, erklärte Baumgärtner. Um der Politik einen Vorschlag machen zu können, arbeite derzeit eine partnerübergreifende Arbeitsgruppe am Thema Bereinigung.

Nach dem Willen der Großen Koalition sollen die Vertragspartner selektiver Versorgungsformen künftig nach jeweils vier Jahren gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde den Nachweis der Wirtschaftlichkeit erbringen. Bei den Vertragspartnern stößt das auf eine gewisse Zurückhaltung, wird aber gleichwohl als durchaus vernünftiger politischer Kompromiss erachtet.

„Nach vier Jahren kann man erkennen, was sich rechnet und was nicht“, meinte Hermann. Dass der Zeitpunkt für die Überprüfung der Verträge durch die Aufsichtsbehörden auf vier Jahre verlängert worden sei, könne man akzeptieren. Denn dieser Zeitraum werde für eine seriöse Beurteilung auch benötigt.

Das sieht auch Baumgärtner so: „Ich denke, die Nachweispflicht der Wirtschaftlichkeit ist soweit in Ordnung und für Baden-Württemberg können diese Nachweise sowohl für den Hausarztvertrag mit der AOK und der Bosch BKK erbracht werden, als auch für die Facharztverträge“, sagte er.

Die Vereinbarung von ausdrücklichen Kriterien für Qualität und Wirtschaftlichkeit für Verträge, die nach dem 31. März 2014 geschlossen werden, sei im Gesetz neu, erinnerte Dietsche und fügte hinzu: „Wir bieten Qualität, insbesondere in unseren Versorgungsverträgen, und wir arbeiten

wirtschaftlich – das sind die positiven Effekte einer Hausarztzentrierten Versorgung, wie insbesondere in Baden-Württemberg bestätigt wird. Daher können wir mit dieser Klausel gut leben.“ Die Hausarztzentrierte Versorgung sei eine langfristige Investition in bessere Versorgungsstrukturen, betonte Dietsche. In Baden-Württemberg gehöre dazu auch der Aufbau von mehr als 400 Qualitätszirkeln und die Beschäftigung von mittlerweile über 1.400 VERAHs in den Praxen. „Die Hausarztzentrierte Versorgung intensiviert die Patientenbetreuung und fördert die bessere Kooperation mit anderen Fachärzten“, betonte Dietsche. Gerade für die chronisch kranken und älteren Versicherten sei die Hausarztzentrierte Versorgung wichtig. Immerhin seien inzwischen 28 Prozent der über 65-jährigen Versicherten des Landes in die Hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben. „Das ist schon flächendeckend“, sagte Dietsche.

## DMPs erfolgreich in die Hausarztzentrierte Versorgung eingebunden

Dass die Disease Management Programme (DMPs) künftig gesetzlicher Bestandteil der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung sein werden, begrüßte Dietsche. Die Erfahrungen hätten gezeigt, dass sich die DMPs unkompliziert und erfolgreich in die Hausarztverträge einbinden lassen. Die Hausarztzentrierte Versorgung gehe damit auf die besonderen Herausforderungen der ambulanten Versorgung an eine alternde Gesellschaft ein und komme gerade chronisch kranken Versicherten zugute.

## Selektivverträge stärken Versorgerpraxen

Die Auflösung gemeinsamer und einheitlicher Vergütungsverträge im Kollektivbereich, um so spezifischen Versorgungsanliegen einzelner Krankenkassen gerecht werden zu können und um eine rationalere Steuerung der Versorgung zu ermöglichen, sei ein sinnvolles Wettbewerbselement, das aktive und moderne Kassen wie die AOK Baden-Württemberg fordern, unterstrich Baumgärtner in diesem Zusammenhang. Er sehe in diesem Wettbewerb auch Vorteile für bessere Rahmenbedingungen für die freiberuflichen Praxen in einer Situation, wo die Nachfrage steigt und das Angebot kleiner wird. Wenn sich durch die Selektivverträge die Einnahmesituation der Versorgerpraxen verbessert, sei das auch für den ärztlichen Nachwuchs attraktiv. Die Einnahmen aus Praxistätigkeit im Kollektivvertrag reichten in der Regel nicht, wenn sich beispielsweise zwei Frauen einen Arztsitz teilen wollen und 40 Stunden und keine 60 Stunden in der Woche arbeiten wollen oder können. „Durch die bessere Honorierung und die kalkulierbaren Rahmenbedingungen in den Selektivverträgen ergeben sich Modelle, bei denen sich mehrere einen Arztsitz teilen. Dies kommt gerade auch Ärztinnen und Ärzten mit Kindern entgegen“, sagte Baumgärtner.

## Rasche Termine beim Facharzt – kein Problem

Auf Unverständnis stößt bei den Vertragspartnern die Absicht der Großen Koalition, für Facharzttermine eine Vier-Wochen-Frist einzuführen. „Für mich ist es ein Widerspruch, es bei der budgetierten Bezahlung zu belassen, zudem Facharztpraxen von der KV aufkaufen und schließen zu lassen und im Gegenzug bei vollen Terminkalendern von den Praxen zu verlangen, dass diese mehr Patienten schneller versorgen sollen“, erklärte Baumgärtner. „Wie es besser geht, zeigen wir in den Selektivverträgen. Hier löst sich das Problem auch, weil jeder Fall bezahlt wird und dem Arzt nicht zugemutet wird, am Quartalsende nach Erreichen seiner Fallzahlgrenze unbezahlt zu arbeiten“, betonte Baumgärtner. Die Vier-Wochen-Frist für Facharzttermine sei Paternalismus pur und habe nichts mit Wettbewerb zu tun, ergänzte Hermann: „Im Rahmen unserer Selektivverträge funktioniert die Versorgungssteuerung. Hier gilt die Garantie: Termin spätestens nach zwei Wochen.“

Völliges Unverständnis äußerte Hermann im Hinblick auf eine Formulierung im Koalitionsvertrag, wonach Selektivverträge unter Umständen in die Regelversorgung übernommen werden könnten. „Einem unbeweglichen Altsystem eine alternative Versorgung mit freiwilligen Selektivverträgen überstülpen zu wollen, muss scheitern“, so Hermann. In Baden-Württemberg gestalteten die Vertragspartner erfolgreich eine innovative Versorgung, an der sich alle – teilnehmende Ärzte und die Versicherten – freiwillig beteiligen. Nur so sei Dynamik und ein Qualitätswettbewerb um die beste Versorgung möglich, erklärte Hermann weiter.

Ähnlich äußerte sich auch Baumgärtner: „Ich denke, diese Konkurrenz durch Selektivverträge in Baden-Württemberg ist ein Ansporn für alle Beteiligten, die Rahmenbedingungen für die Praxen und die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Auf Bundesebene wird es noch Jahre dauern, bis man das Niveau von Baden-Württemberg erreicht“, so Baumgärtner.

Hals, Wirbel, Korpus – wenn ein Instrument so sehr dem menschlichen Körper nachempfunden ist wie die Geige, dann kann es nur klingen, wenn es von Hand geschaffen ist! Obwohl die Grundmaterialien für jedes Exemplar gleich sind, ist jedes Instrument ein Unikat. Dabei hat jeder Geigenbauer seine eigene Handschrift und unterschiedlichste Parameter, bei denen jeder seine Schwerpunkte anders setzt. Bei Formgebung und Linienführung, bei Wölbungsform und -höhe, bei der Stärkenverteilung des mindestens zehn Jahre gelagerten Holzes und anderen Dingen mehr versucht jeder, seine eigene Vorstellung vom Klangideal umzusetzen.

*Foto: flohagena.com*

# „Wir sehen in den Hausärzten das Rückgrat der medizinischen ambulanten Versorgung“

## Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, im Interview mit Neue Versorgung zu Hausarzt- und Facharztverträgen

*Annette Widmann-Mauz*

**Sechs Jahre erfolgreiche Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg. Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie daraus für die hausarztzentrierte Versorgung?**

Wir sehen in den Hausärzten in Deutschland das Rückgrat der medizinischen ambulanten Versorgung.

Die Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung (HZV) stärken die hausärztliche Versorgung. Mit der HZV können Versorgungsabläufe optimiert, Kooperationen gestärkt und besondere Leistungen besser vergütet werden.

Die HZV hat sich bewährt und wir wollen sie weiterentwickeln. HZV-Verträge werden deshalb weiterhin zum Pflichtenkatalog der Krankenkassen gehören. Damit wollen wir die Hausärzte als ersten Ansprechpartner der Versicherten der GKV stärken. Seit dem 1. April 2014 erhalten die Vertragspartner beim Abschluss von HZV-Verträgen einen größeren Gestaltungsspielraum. Wie im Koalitionsvertrag vereinbart, haben wir die starren Vergütungsbeschränkungen aufgehoben. Dies wird die HZV stärken.

**Anders als bei den Hausarztverträgen gibt es bei den Facharztverträgen keine Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten solche Verträge anzubieten. Muss hier noch nachgebessert werden?**

Auch Facharztverträge können einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsqualität leisten. Wir wollen daher rechtliche Hindernisse und bürokratische Hürden für besondere Versorgungsverträge aufheben, um die Verträge in diesem Bereich zu befördern. Die Strukturen der fachärztlichen Versorgung lassen sich jedoch nicht mit denen in der hausärztlichen Versorgung vergleichen: Die fachärztliche Versorgung ist stark untergliedert. Anders als im Bereich der hausärztlichen Versorgung kommt im fachärztlichen Bereich auch nicht vorrangig ein bestimmter Vertragspartner für die Krankenkassen in Betracht. Die Einführung einer verpflichtenden flächendeckenden besonderen fachärztlichen Versorgung über besondere Versorgungsverträge würde eine Vielzahl von Vertragsabschlüssen erfordern. Ich halte eine Verpflichtung daher nicht für sachdienlich.

**Das aktuelle Bereinigungsverfahren der Gesamtvergütung benachteiligt Praxen, die in Facharztverträge eingeschrieben sind, weil die Patienten, anders als im Hausarztvertrag, nicht bei einem bestimmten Facharzt eingeschrieben sind. Ist hier mit einer gesetzlichen Regelung zu rechnen?**

Die Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können. Daher werden wir die bestehenden Hemmnisse bei der Umsetzung der selektivvertraglichen Versorgungsformen beseitigen. Vor allem wollen wir die Bereinigungsverfahren vereinfachen.

**Sie verlangen von den Hausarztverträgen den Nachweis der Wirtschaftlichkeit. Warum eigentlich? Schließlich handelt es sich um ausgehandelte Verträge mit einem neuen Versorgungskonzept und vielen Vorteilen insbesondere für chronisch Kranke.**

Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ist von den Krankenkassen bei allen Vertragsformen zu beachten und damit auch bei der HZV. Dazu muss es nun Vereinbarungen in den Verträgen zwischen den Krankenkassen und Hausärzten geben. Gute Verträge zeichnen sich dadurch aus, dass

sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen stimmt. Wir haben für die Verträge den größtmöglichen Spielraum gegeben und damit innovativen Versorgungskonzepten den Weg geebnet.
Schließlich tragen die Ärzte eine große Verantwortung für ihre Patientinnen und Patienten. Eine hohe Qualität und wirtschaftliches Arbeiten sind Voraussetzungen für gute Behandlungen.
Und wir dürfen nicht vergessen: Die Krankenkassen arbeiten mit den Beiträgen ihrer Mitglieder. Sie sind der Gemeinschaft gegenüber Rechenschaft schuldig, wie das Geld der Beitragszahler eingesetzt worden ist, egal ob im Kollektiv- oder im Selektivvertrag.

**Erfolgreiche Selektivverträge sollen in die Kollektivversorgung übernommen werden. Wo bleibt da der Wettbewerb, wenn dann körperschaftliche Monopole mit ärztlichen Verbänden oder Managementgesellschaften konkurrieren?**
Aus versorgungspolitischer Sicht halte ich es für überaus sinnvoll, wenn innovative Konzepte, die sich im Rahmen der selektivvertraglichen Versorgung bewährt haben, allen Versicherten angeboten werden. Wir wollen die kollektivvertragliche Versorgung weiterentwickeln. Dabei stehen kollektiv- und selektivvertragliche Versorgung nicht im Gegensatz zueinander. Sie sollen sich ergänzen und positiv beeinflussen.

**Welche Perspektiven haben aus Ihrer Sicht die Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg?**
Die Entwicklung der Hausarzt- und Facharztverträge in Baden Württemberg ist positiv. Sie zeigt, wie Selektivverträge die Versorgung verbessern können. Wir haben im Koalitionsvertrag vereinbart, dass wir die Regelungen zu den Selektivverträgen überprüfen und weiterentwickeln werden. Unser Ziel ist es, bestehende Hindernisse für den Abschluss dieser Verträge zu beseitigen.

**Das Versorgungsstrukturgesetz hilft nicht wirklich gegen einen Ärztemangel (auf dem Land). Helfen Hausarzt- und Facharztverträge gegen den Nachwuchsmangel im ambulanten Bereich?**
Die Einschätzung zum Versorgungsstrukturgesetz teile ich so nicht. Wir haben mit diesem Gesetz wichtige Schritte unternommen, um Versorgungsengpässen entgegenzuwirken. Davon profitieren auch Ärztinnen und Ärzte, die sich in HZV-Verträge eingeschrieben haben.
Denken Sie nur daran, dass die Bedarfsplanung verbessert wurde, Mengenbegrenzungen für Ärzte in unterversorgten Gebieten aufgehoben wurden und Ärzte nicht mehr verpflichtet sind, in der Nähe der Praxis zu wohnen.
In dieser Legislatur werden wir unsere Bemühungen, die flächendeckende medizinische Versorgung sicherzustellen, weiterführen. Wir wollen attraktivere Arbeitsbedingungen schaffen, damit sich mehr junge Ärztinnen und Ärzte für die Niederlassung in freier Praxis entscheiden. Wir arbeiten daran, für junge Leute, die gerne den Arztberuf erlernen möchten, eine Landarztpraxis attraktiv zu machen. Wir müssen aber noch früher ansetzen und bereits den Zugang zum Medizinstudium vereinfachen. So könnte etwa ein Freiwilliges Soziales Jahr im Rettungsdienst oder im Krankenhaus Bonuspunkte bei der Zulassung zum Studium bringen. Und wir wollen die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erhöhen, um so der sinkenden Anzahl von Hausärzten entgegenzuwirken.

**Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit**

**Annette Widmann-Mauz wurde am 13. Juni 1966 in Tübingen geboren. Sie ist verheiratet und lebt in Balingen. Sie studierte Politik- und Rechtswissenschaften an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen.**

**Seit Oktober 2009 ist sie Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, seit 1998 Mitglied des Deutschen Bundestags. Von 2005 bis 2009 war sie Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, von 2002 bis 2009 gesundheitspolitische Sprecherin, von 2001 bis 2002 Beauftragte für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit und seit 2000 Mitglied im Vorstand der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.**

**Annette Widmann-Mauz wurde im Dezember 2012 in den Bundesvorstand der CDU gewählt. Seit 2003 ist sie stellvertretende Vorsitzende der CDU Baden-Württemberg, seit 2011 stellvertretende Bundesvorsitzende der Frauen Union und seit 1995 Landesvorsitzende der Frauen Union Baden-Württemberg.**

**Am 17. Dezember 2013 wurde sie erneut zur Parlamentarischen Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit ernannt.**

Streben nach perfekter Qualität

Neben dem Neubau von Instrumenten stehen die Reparatur und die Restaurierung unter klanglichen Gesichtspunkten im Fokus dieser Handwerkskunst. Die klangliche Optimierung eines Instruments beinhaltet neben den abschließenden Arbeiten an Steg und Stimmstock auch die optimale Anpassung des Bassbalkens, des Saitenwinkels, der Halsprojektion und die Beratung bei der Auswahl der geeigneten Saiten. In diese Arbeit fließen die baulichen Voraussetzungen des jeweiligen Instruments sowie die Klangvorstellungen des Musikers mit ein.

*Foto: flohagena.com*

# Ins Netz gegangen – Praxisnachfolger online finden

von Monika Walter

**Die Initiative „Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg" hat im Internet eine bisher einzigartige Plattform eingerichtet, die es Praxisinhabern, die in den Ruhestand gehen möchten, und Niederlassungswilligen erleichtert, zueinander zu finden. Dass der virtuelle Marktplatz funktioniert, macht das Beispiel von Dr. Michael Jacobs und seinem Nachfolger Kevin Ortlieb im Markgräflerland deutlich.**

Experten sagen für die nächsten Jahre einen zunehmenden Mangel an Hausärzten voraus. Und das, obwohl die Zahl der Hausärzte nummerisch leicht ansteigt. Bereits jetzt sind eine Reihe von Landkreisen in Baden-Württemberg vergleichsweise schlecht versorgt – im Neckar-Odenwald-Kreis, im Ostalbkreis sowie in Schwäbisch Hall, Göppingen, Biberach oder Tuttlingen und anderen Landkreisen kommen schon heute mehr als 700 Einwohner auf einen Vertragsarzt, während es im Durchschnitt 656 sind.

## Demographie und Work-Life-Balance

Die Gründe dafür sind vielschichtig. Der demographische Wandel lässt durch den steigenden Altersdurchschnitt der Bevölkerung und der damit verbundenen Zunahme an Multimorbidität den qualitativen und quantitativen Bedarf an hausärztlicher Versorgung anwachsen. Andererseits stellen junge Ärzte und Ärztinnen heute höhere Ansprüche an die Qualität ihres Wohn- und Arbeitsumfeldes und fordern eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. So werden viele Praxen nur in Teilzeit geführt, die natürlich eine geringere Kapazität als Vollzeitpraxen haben. Schließlich wird zudem die Zahl der Praxisinhaber, die in den Ruhestand gehen möchten, in den kommenden Jahren stark ansteigen. Immer mehr Gemeinden werden ohne Hausarzt sein und die Tatsache, dass viele Praxen nicht verkauft werden können, führt zu Lücken in der Altersversorgung von Ärzten im Ruhestand. Anstrengungen wie die Einführung einer Pflichtfamulatur in der Allgemeinmedizinpraxis oder die wachsende Anzahl an Lehrstühlen für Allgemeinmedizin zeigen erste Ergebnisse – es melden sich wieder mehr junge Mediziner für eine Facharztausbildung Allgemeinmedizin an. In Baden-Württemberg hat die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV), initiiert durch die Partner AOK Baden-Württemberg, Hausärzteverband Baden-Württemberg und MEDI, wesentlich zur Verbesserung der Vergütung von Hausärzten beigetragen und so den Hausarztberuf wieder attraktiver gemacht. Trotzdem sind weiterhin neue Konzepte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, vor allem im ländlichen Bereich, gefragt!

## Virtueller Marktplatz

Mit der Initiative „Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg" hat der Hausärzteverband Baden-Württemberg seit Anfang 2013 eine Informationsplattform für Studenten der Medizin, Ärzte in Weiterbildung und Niederlassung sowie Gemeinden und Landkreise eingerichtet. Unter

www.perspektive-hausarzt-bw.de findet man vielfältige Themen rund um den Hausarztberuf. So können zum Beispiel in der Rubrik „Praxisbörse/Gemeinde sucht“ Ärzte ihre Einzelpraxen inserieren. Auch Gemeinden und Landkreise mit einem Bedarf an Hausärzten haben die Möglichkeit sich auf dem virtuellen Marktplatz zu präsentieren.
Die Initiative Mittelstand zeichnete den Internetauftritt jüngst sogar mit dem Innovationspreis-IT „Best of 2014“ aus.

## Detaillierte Informationen erleichtern die Praxissuche

Die dargebotenen Inhalte orientieren sich an den Ergebnissen einer Umfrage unter Medizinstudenten, die zu den Bedürfnissen und Vorstellungen im Rahmen einer möglichen Niederlassung als Hausarzt befragt wurden. Die geographische Darstellung der Angebote erleichtert dem Niederlassungswilligen die Selektion: Blaue Fähnchen auf einer Karte Baden-Württembergs signalisieren angebotene Praxen, grüne Fähnchen stehen für Gemeinden und rote für Landkreis-Präsentationen. Hinterlegt sind detaillierte Angaben zu den Angeboten – z.B. zur Lage der Praxis, den Praxisräumen, zur Organisationsform, zur Patienten- und Umsatzstruktur, zum Personalbestand, zur Ausstattung und zu Besonderheiten der Praxis. Das Angebot unter www.perspektive-hausarzt-bw.de bleibt über einen Zeitraum von 12 Monaten online. Dass das Angebot für Mitglieder im Hausärzteverband Baden-Württemberg kostenfrei ist, steigert die Attraktivität der Plattform zusätzlich.

## Kindertagesstätten und Freizeitangebote

Die Plattform ist auch für Gemeinden interessant: Da für junge Mediziner heute nicht nur die Praxis an sich, sondern auch das Umfeld eine besondere Rolle bei der Entscheidung spielt, können sich auch Gemeinden mit ihrem Angebot an Kindergärten, Schulen, Freizeit- und Einkaufsmöglichkeiten sowie Verkehrsanbindungen präsentieren. Ein Vorteil der digitalen Medien: Gemeinden und Landkreise können Bilder und Videos integrieren und weitere Infomaterialien zur Verfügung zu stellen. Mit den geringen Kosten von 1.200 Euro für ein Jahr ist das Angebot auch für kleine Kommunen attraktiv.
Da Arbeitsmöglichkeiten für den Partner des Niederlassungswilligen oder weitere medizinische Versorgung, z.B. ein Krankenhaus, möglicherweise erst im weiteren Umfeld der Gemeinde zu finden sind, haben Landkreise darüber hinaus die Möglichkeit sich in einer „Klammerfunktion“ zu präsentieren und dadurch Gemeinden und Ärzte mit ihren Inseraten zu unterstützen. Derzeit stellen sich die Landkreise Breisgau-Hochschwarzwald und der Ortenaukreis auf der Plattform vor. Für den Landkreis entstehen dadurch Kosten in Höhe von 2.400 Euro für zwölf Monate.
Dieses Geld wird zum weiteren Ausbau und zur Bewerbung des Angebotes bei der Zielgruppe, z.B. bei Nachwuchsveranstaltungen und über den eigenen Facebook-Kanal (www.facebook.de/perspektivehausarzt) verwendet.
Die Perspektive Hausarzt wird außerdem durch die AOK Baden-Württemberg, die Bosch BKK sowie den Sparkassenverband Baden-Württemberg finanziell unterstützt.

## Das Prinzip greift

Einer der ersten, der seine Praxis Anfang 2013 auf den Internetseiten inserierte, war Dr. Michael Jacobs, der über 33 Jahre eine Praxis in der Gemeinde Müllheim im Markgräflerland betrieben hat.

### Junge Ärzte zur Niederlassung in Baden-Württemberg motivieren

**Neben der Website www.perspektive-hausarzt-bw.de nutzt die Initiative weitere Kanäle, über die angehende Mediziner angesprochen werden.**

**Zu den Aktivitäten gehören u.a.:**

**www.facebook.de/perspektivehausarzt**

**www.youtube.com**
**Kanal der „Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg“**

**http://forum.perspektive-hausarzt.de**

Jacobs hatte sich bereits seit längerer Zeit über seinen Ruhestand und die Bedingungen zur Praxisübergabe Gedanken gemacht: „Man sollte versuchen, seine Praxis frühzeitig so zu konzipieren, dass sie für einen potenziellen Nachfolger attraktiv ist. Ich habe deshalb vier Jahren vor der Übergabe eine Praxisgemeinschaft mit einer ehemaligen Assistentin gegründet und bin vor zwei Jahren mit der Praxis in neue Räumlichkeiten gezogen. Das ist mir emotional schwer gefallen und hat eine erhebliche finanzielle Belastung bedeutet. Aber letztlich waren die Praxisstruktur sowie die neuen, größeren Räume perspektivisch für die Übergabe wichtig. Mein jetziger Nachfolger wäre nicht an einer Einzelpraxis in den alten Räumen interessiert gewesen."
Jacobs fährt fort: „Die besten Voraussetzungen für einen Praxisverkauf schafft man, wenn der Nachfolger direkt durchstarten kann – wenn die Praxisstruktur stimmt und er nicht renovieren oder umziehen muss."

## Hausarzt auf dem Land – eine Herausforderung

Dass seine Überlegungen richtig sind, macht Jacobs an einem Beispiel aus seiner Gemeinde deutlich: „Der Ort Müllheim ist ein kleines Mittelzentrum mit ca. 20.000 Einwohnern zwischen Freiburg und Basel, also in einer sehr attraktiven Region, die sich in früheren Jahren kaum vor Nachfolgern retten konnte. Das hat sich völlig umgekehrt: Vor kurzem wurde hier eine Praxis ohne Nachfolger geschlossen. Der Kollege ist aus privaten Gründen weggezogen und konnte seine Praxis nicht veräußern. Ich denke, dass es in Zukunft mehr derartige Fälle geben wird."
„Wegen der Vielfältigkeit des Berufes und weil es insgesamt sehr befriedigend ist, würde ich heute wieder Hausarzt werden", so Jacobs und ergänzt: „Aber man sollte schon soziales Engagement mitbringen und sich insgesamt einbringen wollen. Es ist nicht so einfach, sich für 30 Jahre festzulegen und einen Beruf zu haben, der trotz aller Verbesserungen wahrscheinlich nicht immer nach acht Stunden erledigt ist." Als Herausforderung sieht Jacobs auch die veränderte Work-Life-Balance junger Mediziner und die Ansprüche an das Umfeld der Praxis mit Blick auf Schulen für die Kinder, einen Arbeitsplatz für den Partner, die Möglichkeiten von Teilzeitmodellen usw. Drei bis vier Monate nachdem die Praxis von Jacobs auf der Plattform inseriert wurde, meldete sich der junge Allgemeinmediziner Kevin Ortlieb bei Jacobs. Die beiden wurden rasch handelseinig und nachdem sie ein Vierteljahr gemeinsam in der Praxis gearbeitet haben, hat Ortlieb die Praxis Anfang 2014 ganz übernommen.

Beibehalten hat Jacobs noch seine betriebsärztliche Tätigkeit: „Gemeinsam mit einem Kollegen betreue ich seit vielen Jahren etwa zehn bis 15 kleine und mittelständische Betriebe. Das ist interessant und abwechslungsreich, so dass ich das derzeit noch fortführe", sagt Jacobs.

## Stimmiges Gesamtpaket

Auch Kevin Ortlieb ist zufrieden: „Ich wollte von Anfang an Allgemeinarzt werden, weil es so ein vielseitiges Fach ist. Ich stamme hier aus der Gegend und wollte mich nach meiner Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin hier niederlassen." Dabei hat Ortlieb schon während der Facharztausbildung gezielt nach einer Praxis Ausschau gehalten: „Ich bin schon im Rahmen der Weiterbildung als Mitglied beim Hausärzteverband Baden-Württemberg eingetreten und so auf die Plattform aufmerksam geworden. Nachdem ich schon mit mehreren Ärzten Kontakt hatte, habe ich mich schlussendlich für die Praxis von Dr. Jacobs entschieden", so Ortlieb.
„Für diese Praxis sprach sowohl das private Umfeld, die gute Infrastruktur der Gemeinde als auch die Tatsache, dass die Praxis schon sehr gut eingerichtet war – ein stimmiges Gesamtangebot. Ich kann die übersichtlich gestaltete Plattform sehr empfehlen, die Landkarte macht es ganz einfach zu sehen, wo die angebotene Praxis liegt. Das war für mich ganz wichtig."

## Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg – eine Erfolgsgeschichte

Dr. Berthold Dietsche, Vorstandsvorsitzender des Hausärzteverbands Baden-Württemberg, ist sich sicher, dass das Angebot weiter gut angenommen wird und dass die Karte in einem Jahr vor lauter Fähnchen kaum zu sehen sein wird. „Die Plattform der Perspektive Hausarzt Baden-Württemberg bietet Praxen, Gemeinden und Landkreisen eine ideale Möglichkeit sich dem Nachwuchs bestmöglich zu präsentieren – und das für Mitglieder sogar umsonst. Und obwohl das Angebot erst seit 2013 besteht, konnten bereits mehrere Praxen auf diesem Weg vermittelt werden", so Dietsche.

Das wichtigste Material für den Geigenbau ist das Holz. Seiner Qualität wird hier eine besondere Rolle zuteil, wirkt sie sich doch auf den späteren Klang des Instruments aus. Deshalb verwenden Geigenbauer eine ausgesprochene Sorgfalt bei der Holzbeschaffung, Lagerung und Materialauswahl, denn nur ausgesuchte Tonhölzer bilden die Grundlage für jedes Exemplar. Die gebräuchlichsten Hölzer sind das Fichtenholz, das für die Herstellung der Decke verwendet wird, und das Ahornholz, aus dem Boden, die Zargen und die Schnecke bestehen. Griffbrett und Wirbel sind aus Ebenholz gefertigt.

*Foto: flohagena.com*

Grünes Licht für rationale Pharmakotherapie

# Wenn die Ampel streikt

Von Jürgen Stoschek

**Die Praxis-EDV spielt bei der Umsetzung der Hausarzt- und Facharztverträge eine wichtige Rolle. Doch nicht immer läuft alles so reibungslos, wie man sich das vorstellt. So macht das Arzneimittelmodul der Vertragssoftware – zumindest in einigen Praxen – nach wie vor Probleme.**

Gemessen an den anfänglichen Schwierigkeiten mit dieser Software seien die jetzt mitgeteilten Probleme jedoch längst nicht mehr so gravierend, berichtet Dr. Martin Knaupp. Der Stuttgarter Facharzt für Allgemeinmedizin ist von Anfang an mit dabei und kümmert sich bei MEDI um alle Fragen rund um die Praxis-EDV. „Im Laufe der Zeit ist sicher vieles besser geworden. Das liegt aber auch daran, dass wir immer am Ball bleiben und mit den Herstellern fortlaufend im Gespräch sind“, sagt Knaupp.

Zum Beispiel beim Thema Arzneimittelmodul. Immer wieder beschweren sich Kolleginnen und Kollegen, dass ihnen der Arzneimittelbonus nicht ausbezahlt wird, obwohl die Vertragssoftware anzeigt, dass die Schwellenwerte erreicht wurden. „In vielen Fällen, aber nicht in allen, liegt der Fehler in der Software“, erläutert Knaupp. Ursache seien in der Regel verordnete Medikamente, die zwar grün hinterlegt sind, für die aber kein Rabattvertrag besteht. „Die Kolleginnen und Kollegen meinen also, alles richtig gemacht zu haben, und es kommt was Falsches raus. Da kann man ihnen keinen Vorwurf machen“, sagt Knaupp.

Solche Anzeigefehler seien vor allem anfangs sehr häufig gewesen, berichtet Knaupp auch aus eigener Erfahrung. In seiner Praxis habe er gefühlte 80 bis 90 Prozent rabattierte Arzneimittel verordnet. Die Auswertung habe aber nur 30 Prozent angezeigt, erinnert er sich. Diesem Problem sei er dann systematisch auf den Grund gegangen. „Jetzt führen wir jedes Quartal Tests mit einigen Medikamenten durch, um zu sehen, ob die Vorgaben in der Vertragssoftware auch richtig umgesetzt sind.“ Typischerweise treten die Probleme immer dann auf, wenn eine spezielle EDV einer Praxis nicht vollständig mit der Datenbankkonfiguration eines Herstellers kompatibel ist. „Die Umsetzung des Arzneimittelmoduls muss einfach noch besser werden“, fordert Knaupp.

Was müsste in der Vertragssoftware verbessert werden? „Alles was das Handling einfacher macht“, sagt Dr. Michael Ruland, Facharzt für Allgemeinmedizin in Korntal-Münchingen. Die Ausstellung eines Rezeptes dauere selbst auf einer modernen EDV-Anlage zu lange. „Man kann dem Computer fast dabei zuschauen, wie er sich abmüht“, meint Ruland mit leichter Ironie. „Das macht keine gute Laune.“ Offensichtlich sei die Geschwindigkeit der einzelnen Systeme herstellerabhängig, „obgleich die Grundlagen doch immer die gleichen sind“, wundert er sich.

Nicht nur bei der Arzneimittelverordnung, auch bei der Darstellung der erreichten Quoten bei der Grippeschutzimpfung der über 60-Jährigen und den Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen der über 35-Jährigen wünscht sich Ruland dringend Verbesserungen. „Wir sollten auf einen Blick sehen können, wo wir liegen, um gegebenenfalls unsere Anstrengungen im Sinne der Vertragsziele verstärken zu können“, begründet er seine Forderung. „Das müsste doch

**Bei der medikamentösen Behandlung sind Effektivität, Angemessenheit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen wichtig. Ein Ziel der Hausarzt- und Facharztverträge ist eine evidenzbasierte, rationale Pharmakotherapie, welche den Konflikt zwischen Kosten und Qualität lösen soll.**
**Ein Expertengremium der Vertragspartner spricht auf Grundlage von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren Empfehlungen aus. Diese werden laufend aktualisiert, an die gegenwärtigen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst und in der Vertragssoftware hinterlegt. Den Teilnehmern werden diese durch farbliche Kennzeichnung angezeigt.**

**Rot hinterlegt sind Arzneimittel, die in der Regel durch wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien ersetzt werden können. Grün sind patentfreie Arzneimittel, für die Rabattverträge abgeschlossen wurden. Hellgrün sind die drei preisgünstigsten patentfreien Arzneimittel aus der Gruppe der vorgeschlagenen wirtschaftlichen Alternativen (nur bei Umsteuerung aus dem Rot-Bereich), sofern die AOK Baden-Württemberg bzw. die Bosch BKK keine Rabattverträge für diesen Wirkstoff abgeschlossen hat. Blau werden in der Software patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Medikamente dargestellt, für die ein Rabattvertrag abgeschlossen wurde.**

**Orange hinterlegt sind solche patentgeschützten Präparate, die durch rabattierte (blau) substituiert werden können. Werden bestimmte Schwellenwerte bei der Verordnung farblich hinterlegter Arzneimittel erreicht, erhält der Arzt einen Arzneimittelbonus. Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden, erfolgt auch die Auswertung der Quoten jeweils taggleich auf Basis des jeweiligen Standes der Arzneimittelempfehlungen.**

**Eine weitere Unterstützung für den Arzt ist die in der Software hinterlegte Kennzeichnung „P“ (Priscus-Liste) von potenziell inadäquaten Medikamenten für ältere Patienten.**

machbar sein. Und wir müssten nicht im Blindflug agieren.“ Zudem werde mehr Transparenz gewünscht. „Wir brauchen die richtigen Werkzeuge, um die gesetzten Ziele zu erreichen“, unterstreicht Ruland.
Ein grafischer Hinweis auf die eingeschränkte Nierenfunktion des Patienten bei der Verordnung von Arzneimitteln, so dass die Dosis gegebenenfalls angepasst werden kann – so könnte sich Hausarzt Knaupp eine Verbesserung vorstellen. „Die entsprechenden Parameter liegen in der EDV vor“, sagt Knaupp. Die Softwarehersteller müssten die entsprechende Funktion nur noch in die Programme einbauen.
Für den Hausarzt, der im Praxisalltag oft drei Sachen gleichzeitig erledige, sei ein solcher Hinweis sicher sehr hilfreich, meint Knaupp. Man könne nicht bei allen Patienten, selbst wenn sie schon länger in Betreuung seien, die eingeschränkte Nierenfunktion bei jeder Antibiotikaverordnung in der Erinnerung parat haben. „Auch bei Patienten, bei denen die Nierenfunktion nach einer Operation oder aber einer akuten Erkrankung wie etwa einer Influenza oder Bronchitis herabgesetzt ist, wäre eine Erinnerung sinnvoll“, meint Knaupp. Umso bedauerlicher sei es, dass die Softwarehersteller bei solchen alltagsrelevanten Vorschlägen immer wieder blockieren würden. „Wir wollen deshalb, dass solche Dinge ins Pflichtenheft übernommen werden“, kündigt Knaupp an. Dass es für die Softwarehersteller oftmals nicht ganz einfach sei, alle Wünsche zu berücksichtigen, räumt Knaupp ein. Zur Optimierung des Arzneimittelmoduls gebe es regelmäßig Updates, die in die Vertragssoftware eingebaut werden müssten, was die Programmierer auf Trab halte. „Doch manchmal haben wir als Ärzte auch das Gefühl, dass dieses Argument nur vorgeschoben wird“, erklärt Knaupp. „Man könnte schon, wenn man wollen wollte“, sagt er. Daher gebe es inzwischen Pläne, eine eigene Vertragssoftware zu entwickeln, so dass all das was medizinisch sinnvoll ist, leichter und schneller ins Programm integriert werden könne. Inzwischen habe die Industrie allerdings auch erkannt, dass die richtige Umsetzung der Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg für die Kolleginnen und Kollegen bei der Entscheidung für eine Vertragssoftware ein entscheidendes Qualitätskriterium ist.
In den bestehenden Programmen gebe es aber auch viele Funktionen, die eher selten benötigt würden. Manches davon gehöre in die Kategorie „wünschenswert, aber für den Alltag nicht notwendig“, räumt Knaupp ein. Auch deshalb sei es notwendig, sich fortlaufend mit dem Thema zu beschäftigen und konstruktive Informationen aus den Praxen zu bekommen. Neue Anforderungen an die Vertragssoftware, die der Versorgungssteuerung dienten, würden jedenfalls erst dann in Angriff genommen, wenn die Hauptfunktionalitäten ohne Probleme funktionierten.

# Zeit für persönliche Beratung statt Sieben-Minuten-Medizin

Von Birgit Matejka

**Mit dem Orthopädievertrag ist nun auch der vierte 73c-Vertrag im Rahmen des FacharztProgramms von MEDI Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK gestartet. Die ersten Erfahrungen von Ärzten und Patienten sind positiv.**

Gemeinsam knüpfen AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK und MEDI Baden-Württemberg weiter am Netz aus Hausarzt- und Facharztverträgen: Am 1. Januar ist mit dem Orthopädievertrag ein weiteres Element hinzugekommen. Mit im Boot sind der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) sowie der Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen (BNC). Schwerpunkte des Vertrags bilden die orthopädischen Krankheitsbilder unspezifischer Rückenschmerz, spezifischer Rückenschmerz, Gon-Coxarthrose, Osteoporose und entzündliche Gelenkerkrankungen. Hier gilt es, die betroffenen Menschen individuell richtig und umfassend zu beraten und zur Mitwirkung an der Behandlung zu motivieren. Da bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen oftmals psychosoziale Belastungen im privaten oder beruflichen Umfeld eine Rolle spielen können, kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten zusätzlich durch die Einbeziehung des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg bzw. der Patientenbegleiter der Bosch BKK unterstützt werden. Für Patienten, die eine Hüft- oder Kniegelenksendoprothese bekommen haben, sieht der Orthopädievertrag eine stationäre Anschlussrehabilitation im Rahmen des AOK-proReha-Programms vor. Die für dieses spezielle Angebot der AOK Baden-Württemberg geeigneten Patienten sollen vom behandelnden Orthopäden identifiziert, aufgeklärt und betreut werden. Außerdem stehen den Versicherten im FacharztProgramm Orthopädie Präventionsberater der AOK und die BKK-Patientenbegleiter zur Verfügung, die sie kompetent beraten und sie dabei unterstützen, die geeigneten Präventionsmaßnahmen zu finden. Inzwischen haben 354 niedergelassene Orthopäden und 118 Chirurgen, die orthopädische Leistungen erbringen ihre Teilnahmeerklärungen eingereicht – deutlich mehr, als für den Start nötig gewesen wären. 332 Orthopäden und 115 Chirurgen nehmen am Vertrag bereits teil. Damit lasse sich eine flächendeckende Versorgung der mittlerweile rund 300.000 im FacharztProgramm eingeschriebenen Patienten gewährleisten, erklärt der Orthopäde und MEDI-Sprecher Reinhard Deinfelder mit Praxis in Donzdorf.

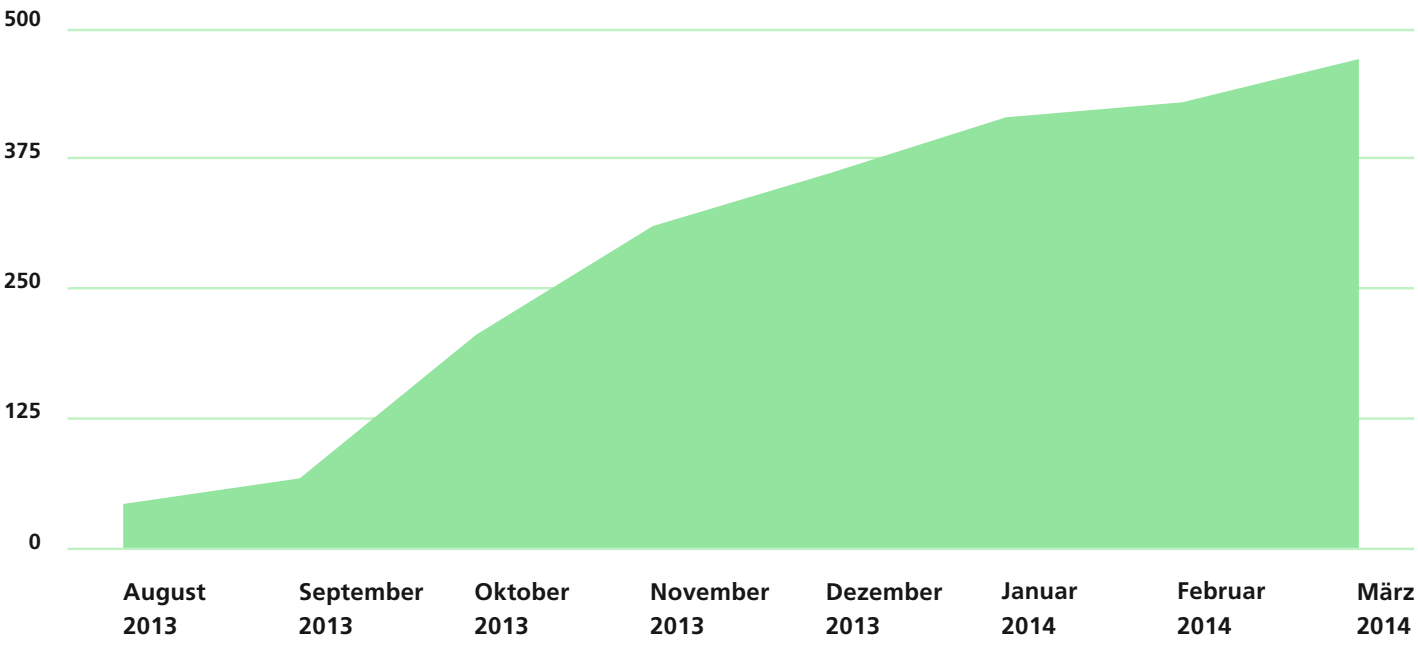
## Zeit für ausführliche Anamnese und Beratung

Während Deinfelder aktuell etwa 45 Prozent seiner AOK-Patienten über den Orthopädievertrag abrechnen kann, sind es bei bei Dr. Burkhard Lembeck schon um die 70 bis 80 Prozent. Das liege daran, dass sich seine Praxis nahe Esslingen befinde, das von jeher eine Hochburg der Hausarztverträge sei.

„Vor allem Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die intensiver ärztlicher Zuwendung und komplexer Therapien bedürfen, werden von diesem Vertrag profitieren“, betont Deinfelder. Die Regelversorgung liefere für diese Patienten oft nicht die passenden Versorgungskonzepte, meist, weil der Aufwand der persönlichen Betreuung zu wenig honoriert werde. Die Reaktionen seiner Patienten seien positiv. „Sie sehen, dass ich mehr Zeit habe,

mich eingehend um sie zu kümmern“, stellt Deinfelder fest. Er könne seine Patienten gründlich untersuchen, aufklären, auf ihre Fragen eingehen und ihnen Hinweise geben, wie sie beispielsweise durch spezifische Einübungen, gesunde Ernährung oder Lebensstilveränderungen selbst etwas zur Therapie beitragen könnten. Diesen Spielraum verschaffe der Mix aus Pauschal- und Einzelleistungsvergütungen sowie Qualitätszuschlägen im Vertrag – ohne die Fallzahlbegrenzungen und Leistungskürzungen durch Budgetierung in der Regelversorgung. „Im heutigen KV-System profitiert ein Arzt vor allem, wenn er viele, möglichst gesunde Patienten hat, die er nur einmal im Quartal zu sehen bekommt“, erklärt Lembeck. „Der Facharztvertrag ist dagegen eher morbiditätsorientiert. Hier sind es die schwer kranken und multimorbiden Patienten, die für uns lukrativ sind.“ Das und die weniger zeitaufwändige Abrechnung ermögliche es, gerade auch jenen Patienten zu helfen, die unsicher im Umgang mit den Beschwerden und einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems seien. Bei möglicherweise chronifizierenden Krankheitsbildern könne er nun auch eher Komorbiditäten und Einflussfaktoren aus dem sozialen Umfeld, wie etwa Stress oder Belastungen, berücksichtigen. Denn viele Erkrankungen des Bewegungsapparats erforderten eine ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten. Um ausreichend Zeit für die im FacharztProgramm eingeschriebenen Patienten zu haben, rät er seinen Kollegen, gegebenenfalls entsprechende Termin-Slots freizuhalten. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil, der letztendlich den Patienten zugutekomme, ist für den Chirurgen Dr. Dieter Haack aus Stuttgart die im Orthopädievertrag klar geregelte zügige Abklärung etwa bei Patienten auch mit Schmerzen im Rücken oder in den Knien. „Nicht jeder Bandscheibenvorfall, nicht jede Arthrose muss gleich operiert werden“, erläutert Haack. Erst die gründliche individuelle Untersuchung und Erhebung der Vorgeschichte ergebe, welches Vorgehen am sinnvollsten und erfolgversprechendsten sei. Dabei helfe die engere Kooperation zwischen Hausärzten und Fachärzten. „Für manche Patienten kann es bedeuten, dass sie durch die Einschreibung in den Vertrag einen Eingriff schonend ambulant vornehmen lassen können, für den bisher ein Klinikaufenthalt nötig gewesen wäre“, sagt Haack. Lembeck zufolge schätzen die Patienten neben der besseren

## Einschreibe-Entwicklung des 73c-Orthopädievertrags im Zeitverlauf




**Innerhalb kürzester Zeit war das notwendige Quorum von 200 Teilnahmeerklärungen zum Orthopädievertrag erreicht worden**

Quelle: AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, MEDI Baden-Württemberg

Beratung und Betreuung auch, dass die Zuzahlung bei rabattierten Medikamenten entfalle und sie innerhalb von 14 Tagen einen Facharzttermin erhalten.
Deinfelder rechnet zudem mit Verbesserungen bei der medikamentösen Therapie von Schmerzen des Muskel-Skelett-Systems.

## Auf dem Weg zu einer besseren Kommunikation

Durch die engere Verzahnung von Haus- und Fachärzten sowie regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkeln sollen unnötige Langzeiteinnahmen, Komplikationen und auch Wechselwirkungen von Medikamenten verringert werden. Wichtige Voraussetzung für eine rasche Diagnose und wirksame Behandlung sei eine gute Kommunikation zwischen Haus- und Facharzt.
Deinfelder habe auf den Überweisungsscheinen häufig nur knappe Vermerke, wie „Facharzt, Hausarztvertrag", vorgefunden – im günstigsten Fall ergänzt durch eine Verdachtsdiagnose. Inzwischen stellt der Orthopäde fest, dass die hausärztlichen Kollegen ihren Patienten öfter – wie im Vertrag vorgesehen – eine Befunddokumentation mitgeben. Umgekehrt schätzen es die Hausärzte, so Deinfelder, dass sie von ihm einen Bericht zur Diagnosestellung und weiterführende Therapievorschläge erhalten. Hinsichtlich des Informationsflusses sowohl zwischen Hausärzten und Orthopäden als auch bei Fachärzten untereinander, sieht sein Kollege Lembeck dennoch weiteren Verbesserungsbedarf: „Ich hätte mir gewünscht, dass dafür stärker elektronische Möglichkeiten genutzt würden." Wie sich dieses Problem, unter Berücksichtigung des Datenschutzes, künftig lösen ließe, weiß Lembeck selbst noch nicht genau. Da es sich bei den FacharztProgrammen jedoch um ein „lernendes System" handele, ist Lembeck zuversichtlich, dass sich auch dafür bald eine Lösung finden werde. Um den Patienten innerhalb des Facharztvertrags eine leitliniengerechte Behandlung gewährleisten zu können, sollen für die teilnehmenden Orthopäden Qualitätszirkel etabliert werden. „Dabei greifen wir vorhandene Strukturen wie beispielsweise Stammtische auf, machen diese verbindlicher und legen auch die Themen vorab fest", sagt Lembeck. „Besonders wichtig ist uns als Berufsverband, dass dies unbeeinflusst von der Pharmaindustrie geschieht."

### Online-Arztsuche um Orthopäden erweitert

**Zum Start des FacharztProgramms Orthopädie hat MEDI Baden-Württemberg auch die Vertragsarztsuche auf ihrer Internetseite erweitert.**

**Auf www.medi-verbund.de sind unter der Rubrik „Arztsuche" nun auch die Namen und Adressen niedergelassener Orthopäden und Chirurgen in Baden-Württemberg zu finden, die am neuen Orthopädievertrag teilnehmen.**

**Über die Vertragsarztsuche lassen sich aber auch Hausärzte, Kardiologen, Gastroenterologen, Psychiater, Psychotherapeuten, Neurologen und Pädiater finden, die in die Hausarzt- beziehungsweise Facharztverträge eingeschrieben sind.**

## Versorgungsqualität auf hohem Niveau

In Planung ist, durch die Teilnahme an diesen Qualitätszirkeln, Fortbildungspunkte zu sammeln. Lembeck besucht auch regelmäßig Qualitätszirkel der Hausärzte, wenn dort ein orthopädisches Thema behandelt wird und würde sich wünschen, dass künftig auch ein Hausarzt an den Veranstaltungen der Orthopäden teilnimmt. „Wenn wir Niedergelassenen die Versorgung weiter mitgestalten wollen, müssen wir uns besser vernetzen", fordert Lembeck. Zur Sicherstellung und Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation sind regelmäßige Patienten-Befragungen geplant.
„Ich würde mir langfristig wünschen, dass diese Verträge, die eine völlig neue Realität geschaffen haben, auch in den Krankenhäusern fortgesetzt werden würden, dass auch dort die Qualität auf unsere Verträge abgestimmt würde und zwar nicht durch eine offene Ambulanz, sondern durch die Einbindung von stationären Bereichen", blickt Deinfelder in die Zukunft. Sein Kollege Lembeck ist diesbezüglich optimistisch: „Ich bin überzeugt, dass die starren Grenzen, wie wir sie in Deutschland augenblicklich zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor haben, über kurz oder lang ohnehin aufgeweicht werden. Es gibt immer mehr Kollegen, die sowohl in einer Niederlassung tätig sind als auch im Krankenhaus. Das ist ein langfristiger Prozess, aber der wird nicht aufzuhalten sein", ist Lembeck überzeugt. Den Patienten sei es schließlich egal, ob ihre Behandlung durch einen Niedergelassenen oder einen Klinikarzt erfolge. Ihnen gehe es in erster Linie darum, gut versorgt zu werden, so Lembeck.

Maßarbeit im Zehntelmillimeter-Bereich

Neben der profunden Kenntnis der Werke alter Geigenbaumeister, handwerklichem Können und Erfahrung benötigt man auch viel Fingerspitzengefühl und Intuition in der Fertigung der klanglichen Komponenten. Bei der Ausarbeitung der Wölbungen entscheiden bereits Zehntelmillimeter über die Qualität eines Streichinstruments. Und da Holz ein natürlich gewachsenes Material mit individuellen Eigenschaften ist, muss es auch individuell bearbeitet werden, um das Optimum zu erreichen. Es gibt keine zwei Stücke Holz, die die gleiche Bearbeitung erfordern, nicht mal, wenn sie aus demselben Stamm geschnitten sind.
*Foto: flohagena.com*

# ?!

# Wichtig für die Praxis

**Was muss bei der Abrechnung der Pflegeheimpauschale im HZV-Vertrag der AOK BW beachtet werden?**
Die Pflegeheimpauschale, die zum 1. Juli 2013 eingeführt wurde, ist bei allen Besuchen in Pflegeeinrichtungen abrechenbar, sofern den Bewohnern eine 24-Stunden-Betreuung durch fest angestellte Pflegekräfte zur Verfügung steht. Hierzu zählen keine Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die zum Beispiel lediglich ein Notrufsystem vorhalten, oder andere Wohnformen, die sich durch Häuslichkeit auszeichnen (z. B. Wohngemeinschaften). In diesen Fällen wird ein normaler Hausbesuch, der mit den Pauschalen (P2 bzw. P3) abgegolten ist, abgerechnet. Bei der Betreuung eines Patienten in einer Einrichtung mit angestellter 24-h-Pflege, kann bei einem Arzt-Patienten-Kontakt einmal im Quartal die P5 mit der Leistungsziffer 0008 durch den Betreuarzt abgerechnet werden. Die Vergütung beträgt 15,– Euro pro Quartal.

**Wer kann alles in die HZV einschreiben – Hausarzt und/oder Facharzt?**
Die Einschreibung des Patienten in das HausarztProgramm kann nur durch einen Hausarzt erfolgen, der HZV-Arzt ist. Durch die Einschreibung bindet sich der Patient an diesen Hausarzt, der neben der primärärztlichen Versorgung die Rolle des „Lotsen“ im Gesundheitssystem erfüllt. Voraussetzung für den Patienten, am FacharztProgramm teilnehmen zu können, ist die Teilnahme am HausarztProgramm. Die Einschreibung in die Facharztebene (umfasst derzeit Kardiologie, Orthopädie, Gastroenterologie, PNP mit den Modulen Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie) kann sowohl durch den Hausarzt wie auch durch den Facharzt erfolgen. Dabei gibt es keine separate Einschreibung in jeden Facharztvertrag. Es erfolgt die einmalige Einschreibung in die gesamte Facharztebene.
Für jeden HZV-Patienten, der in das FacharztProgramm eingeschrieben ist, unabhängig ob die Einschreibung durch den Hausarzt oder den Facharzt erfolgt ist, wird dem HZV-Arzt automatisch ein Zuschlag von 4,– Euro auf die kontaktunabhängige Pauschale P1 vergütet.

**Welche Ziffern muss man abrechnen, damit die P4 ausbezahlt wird?**
Die Pauschale für multimorbide Patienten (P4) kann zusätzlich zu der Chroniker-Pauschale P3 für besonders versorgungsaufwendige Patienten vergütet werden. Der Unterschied ist, dass die P4 nicht mit einer Ziffer abgerechnet werden muss, sondern automatisch mit 15,– Euro je HZV-Versicherten vergütet wird. Voraussetzung ist, dass mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat (Dokumentation mit „0000“ oder einer anderen Ziffer, die einen Arzt-Patient-Kontakt beinhaltet, z. B. 01732) und dass für den HZV-Versicherten bestimmte, gesicherte endstellige Diagnosen kodiert sind; es muss mindestens eine Diagnose aus drei verschiedenen Diagnosegruppen kodiert sein. Es gibt 18 Diagnosegruppen wie z. B. Chronische Nierenkrankheiten, Chronischer Schmerz, Diabetes mellitus mit Komplikationen, Chronische Erkrankungen der Lunge, Metastasen und Dekubitus.
Die abschließende Diagnoseliste finden Sie unter www.hausarzt-bw.de und www.medi-verbund.de.
Über die Vertragssoftware gibt es eine Funktion, die anhand der dokumentierten Diagnosen prüft, für welche Patienten die Pauschale P4 vergütet wird.

### AOK-Check 18 + – wie funktioniert das?

Die Einschreibeleistung AOK-Check 18+ kommt für alle noch nicht in den HZV-Vertrag eingeschriebenen AOK-Patienten im Alter von 18 bis 34 Jahren in Betracht.
Damit die Leistung in Höhe von 40,– Euro vergütet wird, muss keine Ziffer abgerechnet werden. Die Software der Hausarztpraxis stellt einen „Abrechnungsknopf" oder eine vergleichbare Abrechnungsfunktion zur Verfügung, die nach der Durchführung der Vorsorgeleistung von Ihnen aktiviert wird.
Erfolgt die wirksame Teilnahme dann innerhalb der nächsten beiden Quartale, wird der AOK-Check 18+ automatisch mit 40,– Euro im ersten wirksamen Teilnahme-Quartal des Versicherten vergütet.
Die genaue Definition des Leistungsinhalts finden Sie unter www.hausarzt-bw.de (hier unter HZV-Verträge/AOK-Vertrag) und www.medi-verbund.de (hier unter Verträge/Abrechnung Hausarztverträge § 73b AOK).

### Wann dürfen die Unzeiten-Ziffern abgerechnet werden?

Die Leistungen Unvorhergesehene Inanspruchnahme I und II (01100 und 01101) dürfen nur dann abgerechnet werden, wenn es sich um eine unvorhergesehene Inanspruchnahme zu den jeweils vorgegebenen Uhrzeiten handelt.
Unvorhergesehene Inanspruchnahme I

- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr

Unvorhergesehene Inanspruchnahme II

- zwischen 22:00 und 07:00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr

Diese Leistungen können nicht abgerechnet werden bei:

- geplanten Hausbesuchen und geplanten Besuchen in Pflegeheimen,
- dringenden Hausbesuchen außerhalb der vertraglich festgelegten Unzeiten, auch nicht bei dringenden Besuchen mit Unterbrechung der Sprechstunde,
- Arzt-Patienten-Kontakten im Rahmen von Terminvereinbarungen, zum Beispiel für Folgebehandlungen wie Wundversorgungen,
- Arzt-Patienten-Kontakten im Rahmen des organisierten Notfalldienstes; dieser ist nicht Gegenstand der HZV und muss folglich gegenüber der KV abgerechnet werden,
- Regelungen spezifisch für Samstage.

### Was ist der Unterschied zwischen dem HZV-Online-Key und dem Konnektor?

Im AOK-HZV-Vertrag ist die Datenübertragungstechnik via Konnektor als Teilnahmevoraussetzung definiert. Neuerdings haben die Vertragspartner eine zusätzliche Übertragungsmöglichkeit zugelassen: den HZV-Online-Key. Die neue Übertragungsalternative hat das Aussehen und das Handling eines USB-Sticks und erfordert keine zusätzliche Soft- oder Hardware, also keinen Konnektor. Die Installation durch das Systemhaus ist in der Regel nicht notwendig. Des Weiteren handelt es sich um eine kostenfreie Lösung, die den Ärztinnen/Ärzten in den Selektivverträgen angeboten wird. Der Konnektor darf natürlich weiterhin verwendet werden.
Weitere Informationen zum HZV-Online-Key finden Sie unter www.hausarzt-bw.de.

### Darf man eingeschriebene 73c-Patienten auch weiterhin über die KV abrechnen?

Nein, teilnehmende Ärzte können Versicherte, die ins FacharztProgramm eingeschrieben sind, nicht mehr über die KV abrechnen.
Das würde auch keinen Sinn machen, denn je mehr Versicherte Sie über den Vertrag abrechnen, desto höher ist die Vergütung.
Im Gesamtziffernkranz ersehen Sie, welche Ziffern über den 73c-Vertrag abgerechnet werden müssen und welche weiterhin über die KV abgerechnet werden.

### Wie läuft das mit der Sofortabrechnung ab bzw. wann kann man einen Patienten über die SANE (Sofortabrechnung nach Einschreibung) in den Facharztverträgen abrechnen und welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Man kann einen Patienten über SANE abrechnen, wenn dieser schon aktiv im HZV eingeschrieben und wohnhaft in Baden-Württemberg ist. Dies sollte über die Onlineabfrage geprüft werden.
Das vom Patienten unterzeichnete Formular zur Teilnahme am FacharztProgramm sollte an dessen Krankenkasse geschickt werden.
Es ist zu beachten, dass die Abrechnung der SANE bis spätestens zum 5. des Folgemonats nach dem Quartal bei uns eingehen muss.
Verspätet zugesandte Abrechnungen der SANE-Fälle können leider nicht berücksichtigt werden.

# Hören Sie hin!

Von Prof. Manfred Spitzer

Wir Menschen leben in einer Welt, die von Tönen und Klängen bestimmt ist. Werden diese kreativ geordnet, kann daraus Musik entstehen – die wiederum vielfältige Auswirkungen auf den Menschen hat: Sie beeinflusst unsere Stimmungslage, unser Aktivitätsniveau und kann unsere Leistungsfähigkeit insgesamt steigern oder auch mindern. In kontrollierten Studien an Jugendlichen zeigte aktives Musizieren einen intelligenzsteigernden Effekt. Bei einer Reihe von psychischen und neurologischen Erkrankungen wirkt Musiktherapie unterstützend, und gerade ältere Menschen profitieren sehr vom aktiven Singen und Musizieren. Musik kann positive Emotionen bis hin zu Glücksgefühlen auslösen, weil sie in unserem Gehirn ein Zentrum anregen kann, das für eben diese zuständig ist. Dieser Effekt ist seit mehr als 10 Jahren nachgewiesen. Musik kann auch motorische Abläufe verbessern. So laufen manche ältere Menschen, die sich kaum noch bewegen können, beim Hören von Marschmusik plötzlich los. Rhythmische Musik lässt uns nicht nur tanzen, sie dient seit Jahrhunderten zur Koordination von Arbeitsgruppen wie beispielsweise Seeleuten oder Feldarbeitern, die gemeinsam den Dreschflegel schwingen.

Auf die Frage, warum sich der Mensch überhaupt mit Musik beschäftigt, werfen vor allem Untersuchungen aus der jüngsten Zeit ein ganzes neues Licht: Es besteht eine genetische Veranlagung für das Musizieren und dass diese mit dem Sozialverhalten zusammenhängt. Musik ist ja vor allem ein soziales Phänomen, d. h. wir musizieren in aller Regel in der Gruppe und nicht allein.

Sogar im Tierreich spielt Musik eine große Rolle – nämlich bei der Partnerwahl: bei Singvögeln bis hin zu Buckelwalen. Auch beim Menschen ist Musikerleben von jeher eng mit romantischen Situationen und Gefühlen verknüpft. Man denke an Liebeslieder, Hochzeitsmärsche oder Diskomusik usw.

Ein kleiner Prozentsatz der Menschen scheint aber tatsächlich unmusikalisch zu sein, d. h. hat kaum eine Ader für Musik bzw. ist nicht für Musik empfänglich. Man schätzt diesen Anteil der Menschen basierend auf dazu durchgeführten Studien auf etwa fünf Prozent.

In der Medizin wird Musik in den verschiedensten Bereichen therapeutisch eingesetzt. Von der o. g. Musiktherapie bei psychischen Störungen, im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik bis hin zu ihrem Einsatz bei neurologischen Erkrankungen oder auch als allgemeine Begleitmaßnahme von internistischen oder chirurgischen Therapien. Aus meiner Sicht wird bis heute noch unterschätzt, wie stark Musik hier einen therapeutisch positiven Einfluss haben kann.

Sowohl beim Musikinstrumentenbau als auch beim medizinischen Handwerk geht es um Präzision. In beiden Bereichen haben Geschick, Genauigkeit und Fachverstand, was Materialien und funktionelle Anwendbarkeit anbelangt, eine große Bedeutung.

Schließen möchte ich mit Shakespeares Herzog Orsino, der sich in „Was ihr wollt“ sehnsüchtig nach der angebeteten Olivia mit den Worten „Wenn die Musik der Liebe Nahrung ist, spielt weiter! Gebt mir volles Maß!“ verzehrt. Musik ist also Ausdruck und Mittel zugleich: Hören Sie hin!

*Prof. Manfred Spitzer*

*Kurzvita*

*Manfred Spitzer, Jahrgang 1958, ist Professor für Psychiatrie und leitet die psychiatrische Universitätsklinik in Ulm sowie das von ihm 2004 gegründete Transferzentrum für Neurowissenschaften und Lernen. Der Gehirnforscher arbeitet an der Schnittstelle von Geist und Gehirn in den Bereichen der kognitiven und sozialen Neurowissenschaft. Im Bildungskanal des Bayerischen Rundfunks läuft seine gleichnamige wöchentliche TV-Sendung „Geist & Gehirn“ und sein neues, bei Droemer erschienenes Buch trägt den Titel „Digitale Demenz“.*

Die Geigenfotos dieser Ausgabe schoss Flo Hagena aus Weßling.

Der Geigenbau ist ein Handwerk, das Zeit bedarf. Die Geburtsstunde einer Geige beginnt mit einer Schablone zur Fertigung der Innenform. Noch ist die Geige weiß und sie wird dem Sonnenlicht ausgesetzt, damit sie nachdunkelt. Das kann eine Weile dauern, denn hier kommt es auf das Auge des Geigenbauers an, wann er das gebräunte Instrument in den Schatten der Werkstatt holt, um es zu lackieren. Danach erhält die Geige kunstvolle und lebenswichtige Details wie Steg, Stimmstock, Wirbel und Griffbrett, die in sorgfältiger Handarbeit entstehen. Wenn dann schließlich im letzten Arbeitsgang noch die Saiten aufgezogen und gestimmt werden, kann die neugeborene Schönheit ihre ersten Klänge von sich geben.

*Foto: flohagena.com*

# Auf den Punkt gebracht...

## Fünf Fragen an Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon, stellvertretender Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg

*Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon*

Die Refinanzierungsklausel ist weg. Zufrieden?
Eindeutig ja – für Baden-Württemberg. Wir werden in vier Jahren die Wirtschaftlichkeit der HZV auf jeden Fall beweisen. Für die geschiedsten Verträge auf Bundesebene ist der Nachweis etwas komplexer.

Sind die Hausarzt- und Facharztverträge damit nun in trockenen Tüchern?
Nein, insbesondere bei den Facharztverträgen sind noch einige Dinge zu klären: Die Bereinigung muss gerechter werden. Bei den Hausarztverträgen ist die Frage mit Ja zu beantworten.

Was muss als nächstes getan werden?
Wir brauchen eine Pflicht für selektive Facharztverträge und einen geänderten Bereinigungsalgorithmus im SGB V.

Wird der Beruf des Hausarztes wieder attraktiver?
Die HZV-Verträge verbessern die Qualität der Versorgung und steigern den Wert der Praxis über eine deutlich höhere Vergütung als in der Regelversorgung.

Welches Potenzial haben Selektivverträge?
Für Vollversorgungs-Selektivverträge gibt es ein großes Potenzial. Im Gegensatz zu Baden-Württemberg sind die von den Kassen in anderen Regionen als Selektivverträge bezeichneten Konstrukte meistens Rosinenpickerei aus der Regelversorgung und schmälern das Einkommen der Ärzte im Kollektivsystem!

Impressum

Herausgeber:
AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK,
Hausärzteverband Landesverband BW,
HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG,
MEDI Baden-Württemberg,
MEDIVERBUND AG
Konzept: Waggener Edstrom, München
Gestaltungskonzept: Wegener Werbung, München

Weiterführende Informationen:
AOK Baden-Württemberg: www.aok-gesundheitspartner.de/bw
Bosch BKK: www.bosch-bkk.de
Hausärzteverband Landesverband BW: www.hausarzt-bw.de
Hausärztliche Vertragsgemeinschaft: www.hausaerzteverband.de
MEDI Baden-Württemberg und MEDIVERBUND AG:
www.medi-verbund.de
www.neue-versorgung.de