



**KVN**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen - KdÖR  
Postfach 3167 · 30031 Hannover

An die  
Multiplikatoren  
im Gesundheitswesen

**Stabsabteilung Kommunikation  
und Information**

Berliner Allee 22  
30175 Hannover

Zentrale 0511 380-03  
Durchwahl 0511 380-3133  
Telefax 0511 380-3491  
Internet [www.kvn.de](http://www.kvn.de)  
E-Mail [detlef.haffke@kvn.de](mailto:detlef.haffke@kvn.de)

**3344/2013**

Datum  
04.10.2013

# KVN • presseSchau

## Themen des Tages:

- Schwarz-Rot: Viel Raum für Kompromisse
- Honorarrunde für 2014: Ärzte warnen vor Rationierung
- KV-Chef Dryden: Beschluss zum Hausarzt-EBM ist Schwachsinn
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin: Dem Nachwuchs gerecht werden

## Redaktionelle Beiträge aus:

änd Ärztenachrichtendienst, Ärzte-Zeitung, Bild, Braunschweiger Zeitung, Der Kassenarzt, Der Spiegel, Der Tagesspiegel, Deutsches Ärzteblatt, die tageszeitung, Die Welt, Die Zeit, FOCUS, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurter Rundschau, Göttinger Tageblatt, Handelsblatt, Hannoversche Allgemeine Zeitung, Medical Tribune, Neue Osnabrücker Zeitung, Neue Presse, Nordwest Zeitung, Stern, Süddeutsche Zeitung, WELT am SONNTAG

Ausgezeichnet  
mit dem



Ärzte Zeitung, 04.10.2013 05:01

## Schwarz-Rot: Viel Raum für Kompromisse

Mit dem Sondierungstreffen von Union und SPD beginnt auch in der Gesundheitspolitik der Check-up: Was geht in einer großen Koalition, wo gibt es Streit? Wir haben die Positionen der beiden Parteien analysiert.



Jetzt kommt es auf die Mischung an: Gesundheitspolitische Positionen im Farbabgleich.

© Getty Images/iStockphoto | [M] Till Schlünz

### Ambulante Versorgung

Bei der ambulanten Versorgung in ländlichen Regionen sind sich Union und SPD relativ einig: Patienten sollen den Arzt gut erreichen können und eine ebenso hochwertige Versorgung wie in städtischen Gebieten erhalten. Während bei der CDU das vor allem über die Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufes erreichen will, setzt die SPD auf die hausarztzentrierte Versorgung.

In unterschiedlicher Ausprägung wollen beide Parteien die Zusammenarbeit von ärztlichen und pflegerischen Heilberufen ausbauen, die CDU spricht sich auch für mobile Gesundheitsdienste aus. Die Union will die rechtlichen Rahmenbedingungen für einen Ausbau der Telemedizin erreichen. Bei der SPD sollen integrierte Versorgungskonzepte mit Telemedizinprojekten verknüpft werden.

Das Versorgungsstrukturgesetz hat für die CDU den Weg der künftigen Versorgungspolitik geebnet - so heißt es auch im Regierungsprogramm: "Diesen Weg werden wir weiter gehen." Die SPD will die Ansätze des Gesetzes aus der vergangenen Legislaturperiode zu einem Strukturwandel ausbauen: in eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung bei Arztpraxen und Kliniken sollen die Kommunen einbezogen werden.

Fazit: Das Ziel, die Versorgung auf dem Land zu sichern, haben Union und SPD klar vor den Augen. Über Details muss diskutiert werden. (bee)

### Neue Kliniklandschaft

In der 18. Legislaturperiode wird der stationäre Sektor den Beginn weitreichender Reformen erleben. Die Programmatiken von Union und SPD weisen dafür ausreichend große Schnittmengen auf.

Im Kern geht es beiden Parteien darum, den mit annähernd 65 Milliarden Euro im Jahr größten Kostenblock im GKV-System behutsam einzuhegen. Dafür muss die künftige Regierung eigentlich die DRG neu aufstellen. Beide Seiten haben bereits anklingen lassen, dass sie mit einer Stärkung des Prinzips "Geld soll der Qualität folgen" gut leben könnten.

Und damit sind Union und SPD schon mitten drin in der Debatte über Mengenbegrenzungen.

Jeder Dreh an dieser Stellschraube hat Konsequenzen. Er führt zur Schließung kleinerer Häuser oder zumindest von Abteilungen. Zu beidem haben sich Fachpolitiker von CDU und SPD, weniger der CSU, zustimmend geäußert.

Davon würde auch die ambulante Versorgung berührt. Die Neuordnung der Kliniklandschaft ist erst komplett, wenn die Bedarfsplanung sektorenübergreifend erfolgt. Bei der Gewichtung der Sektoren dabei gibt es allerdings Unterschiede.

Die führen zum Thema des föderalen Anteils an der Krankenhausfinanzierung. Ein kategorisches Nein zu einem Wiedereinstieg des Bundes in die Investitionsförderung aber war bislang von keiner Seite zu hören. (af)

### Zukunft von PKV und GKV

Kaum ein Thema wird so dogmatisch diskutiert, wie die Zukunft von GKV und PKV. Dem Wortlaut nach prallen bei Union und SPD Welten aufeinander. Die SPD fordert eine Krankenvoll- und Pflegeversicherung für alle Bürger - inklusive einem einheitlichen Versicherungssystem und einheitlicher Honorarordnung. Der Zusatzbeitrag soll abgeschafft werden.

Die Union dagegen lobt sich dafür, den Wettbewerb über Zusatzbeiträge gestärkt zu haben und "bekennt" sich zum Wettbewerb der Kassen. Eine "staatliche Einheitsversicherung" wird abgelehnt. Die Kapitalrücklagen der PKV werden als wichtiger Beitrag für eine nachhaltige Finanzierung gewertet.

Lässt man Wahlkampfökabeln beiseite, haben Union und SPD bei der künftigen Gestaltung von GKV und PKV große Kompromiss-Spielräume. So sind Schritte hin zu einem einheitlichen Versicherungsmarkt möglich, die am Status quo der PKV nicht rütteln.

"Pakete" könnten auch bei der Finanzierung geschnürt werden, etwa: Zusatzbeiträge bleiben, der Sonderbeitrag für Versicherte (unter Rot-Grün eingeführt) wird gekippt. Ein Konvergenzkurs von PKV und GKV kann freilich unabsehbare Folgen für die Vergütung haben.

Die SPD will das Gesamthonorarvolumen "nicht schmälern, sondern gerechter verteilen". Allein: was heißt hier schon "gerecht"? (fst)

### Umbau der Pflege

Bei der Pflege befinden sich CDU/CSU und SPD weitestgehend auf konfliktfreiem Territorium. Für beide Seiten ist klar, unter einer möglichen schwarz-roten Koalition wäre endlich die bereits für die vergangene Legislaturperiode angekündigte große Pflegereform fällig.

Dazu zählt vor allem eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Hier sind sich Union und SPD einig, dass es künftig mehr Pflegestufen geben soll. Diese sollen stärker berücksichtigen, welche Tätigkeiten Pflegebedürftige noch selbstständig verrichten können.

Konsens ist ebenfalls, dass dazu der Beitrag zur Pflegeversicherung moderat steigen muss - im Gespräch sind beiderseits bis zu 0,5 Prozent. Da es immer mehr Pflegebedürftige geben wird, wollen beide Seiten mehr Pflegestellen schaffen sowie den Beruf attraktiver gestalten.

Bei der Umsetzung gehen die Vorstellungen aber auseinander: Während die SPD insgesamt 125.000 neue Pflegestellen im Blick hat, kalkuliert die Union mit 15.000 Pflegestellen in Kliniken.

Die SPD will zudem Personalmindeststandards in der Pflege und einen allgemein verbindlichen Branchentarif einführen. Auch das Schulgeld für Auszubildende soll gestrichen und die Ausbildung vergütet werden. Bei der Union ist davon wenig zu lesen: Sie will lediglich "gute Ausbildungsmöglichkeiten" schaffen.

Auch in puncto bessere Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit liegt man grundsätzlich auf einer Linie - Angehörige und auch das Ehrenamt sollen mehr unterstützt werden. Die Vorschläge der SPD sind aber auch hier bereits detaillierter als die der Union.

So sprechen CDU und CSU lediglich davon, die Vereinbarkeit weiter zu fördern und die Unterstützung seitens der Unternehmen voranzutreiben. Hingegen soll pflegende Angehörige nach Ansicht der SPD Rechtsanspruch auf eine flexible Pflegezeit geben, in der der Ersatz des Lohns gewährleistet ist. (jvb)

**Autor:** Rieser, Sabine  
**Seite:** A-1832  
**Rubrik:** POLITIK

**Jahrgang:** 110  
**Nummer:** 40  
**Auflage:** 428.344 (gedruckt) 423.773 (verkauft)  
 426.288 (verbreitet)

**Gattung:** Zeitschrift

## Deutscher Hausärzteverband: Vielfältige Erwartungen

Genügend Reformvorschläge für die nächste Bundesregierung haben die Hausärzte. Aktuell beschäftigt sie der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab und die taktischen Manöver dabei.

Auf einen kritischen Rückblick nach der Bundestagswahl verzichtete Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbands (HÄV), in seiner Rede vor der Delegiertenversammlung am 25. September. Für uns wird spannend, wie die Besetzung des Gesundheitsministeriums aussieht, sagte er mit Blick auf die nächsten Wochen und listete auf, was der HÄV sich von der oder dem Neuen wünscht.

Wir fordern, für einen diskriminierungsfreien und fairen Wettbewerb um eine gute Versorgung unserer Bevölkerung zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag, um Leistungen, Preise und Qualität zu sorgen, sagte Weigeldt. Ärzte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, dürften nicht im Kollektivvertrag benachteiligt werden. Damit spielte er auf die anhaltenden Diskussionen um die Bereinigung der Honorare und den ärztlichen Bereitschaftsdienst an.

Von der nächsten Bundesregierung erhofft sich der Verband eine Rücknahme der strengen Wirtschaftlichkeitsvorgaben für Hausarztverträge. Gleichwohl hat sich die Situation etwas entspannt, denn: Was sich geändert hat, ist der Umgang mit der Wirtschaftlichkeitsvorschrift durch die Schiedspersonen, berichtete Weigeldt. Um das Wirtschaft-

lichkeitsgebot zu erfüllen, legen die Schiedsämter bei der Streitschlichtung zwischen Krankenkassen und Verband offenbar immer häufiger fest, einen Teil des Honorars für die Verträge zur Sicherheit beim HÄV zurückzubehalten. Der Verband ist optimistisch, es am Ende verteilen zu können.

Votum für Hausarzt-MVZ

Ärgerlich ist aus seiner Sicht, dass immer noch keine hausärztlichen Medizinischen Versorgungszentren gegründet werden können. Größere hausärztliche Kooperationen an Zentren sind auch ein Weg, Lebensplanungen der nachrückenden Medizinergeneration besser zu berücksichtigen, betonte Weigeldt. Zum Forderungskatalog zählen ebenfalls eine Überarbeitung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und das Ende des Bedrohungssystems von Richtgrößen und Regress.

Die Hausärzte setzen sich zudem dafür ein, dass es an allen medizinischen Fakultäten Lehrstühle für Allgemeinmedizin gibt, und zwar solche, die Forschung und Lehre ermöglichen, also vollwertige Institute, verdeutlichte Weigeldt. Dem Antrag, ein Pflichtquartal für die Allgemeinmedizin im praktischen Jahr vorzuschreiben, stimmten die Delegierten mit wenigen Enthaltungen zu. Zwar hatte ein Hausarzt gewarnt: Wir dürfen die Studenten nicht gegen uns aufbringen. Sein Vorschlag, die Verpflichtung an eine ausreichende Anzahl von Lehrstühlen zu knüpfen, fand jedoch keine Mehrheit: Hierauf habe

man keinen Einfluss, hieß es.

Ärger um den neuen EBM

Lange und teilweise sehr emotional diskutierten die Delegierten mit ihrem Vorstand die Einführung des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), der etliche Veränderungen im Hausartzkapitel vorsieht. Der Hausärzteverband ist in der Zwickmühle: Einerseits begrüßt er das Ziel, die hausärztliche Grundversorgung zu stärken. Andererseits kritisiert er zahlreiche Details und vor allem die Tatsache, dass nicht deutlich mehr Honorar zur Verfügung gestellt wird. Ein weiterer Grund, warum die Kritik nicht noch lauter und deutlicher ausfällt: Offiziell verantwortlich ist für den neuen Hausarzt-EBM im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Allgemeinmedizinerin Dipl.-Med. Regina Feldmann, an deren Demontage Teile des KV-Systems interessiert sind. Das begreift wiederum der Hausärzteverband als Affront.

Ulrich Weigeldt bezeichnete die Auseinandersetzungen um den EBM denn auch als nicht einfach. Die Kolleginnen und Kollegen, die in den Kassenärztlichen Vereinigungen das Schlimmste verhindern, hätten es nicht leicht, und ihnen gebühre Dank, sagte er. Allerdings erwarten wir, dass sie die Erwartungen und die Kritik ihres Verbandes ernst nehmen.

Sabine Rieser

**Wörter:** 515

**Autor:** Korzilius, Heike  
**Seite:** A-1831  
**Rubrik:** POLITIK

**Jahrgang:** 110  
**Nummer:** 40  
**Auflage:** 428.344 (gedruckt) 423.773 (verkauft)  
 426.288 (verbreitet)

**Gattung:** Zeitschrift

## Honorarverhandlungen 2014: Bis zu 800 Millionen Euro mehr

Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband einigen sich im Erweiterten Bewertungsausschuss auf einen Honorarzuwachs von bis zu drei Prozent. Das Ergebnis ist Grundlage für weitere Verhandlungen in den Regionen.

Am 25. September um 20.50 Uhr twitterte Prof. Dr. Jürgen Wasem: „Nach langen Verhandlungen: einstimmiger Honorarkompromiss für 2014 im Erweiterten Bewertungsausschuss erzielt.“ Die Nachricht des unparteiischen Vorsitzenden dieses Gremiums bedeutet für die 150 000 Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten, dass sie im nächsten Jahr zwischen 590 und 800 Millionen Euro mehr Honorar erhalten. Das entspricht einem Plus von etwa drei Prozent.

Der Orientierungswert steigt auf 10,13 Cent

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Kassen hätten die Entscheidung gemeinsam getroffen, betonte KBV-Sprecher Roland Stahl gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Einen genauen Wert für die Honorarsteigerung kann der Erweiterte Bewertungsausschuss allerdings nicht ermitteln. Denn verschiedene Honorarkomponenten, wie die Veränderungsraten bei Demografie und Morbidität, verhandeln die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen, weil sie regional unterschiedlich sind.

Wie KBV und Kassen mitteilten, haben sich die Verhandlungspartner darauf geeinigt, dass der Orientierungswert – also der Preis für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen – vom 1. Januar 2014 an um 1,3 Prozent auf dann 10,13 Cent steigt. Das entspricht einem Plus von 360 Millionen Euro. Damit seien die Kostensteigerungen in den Praxen berücksichtigt worden, erklärte

der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. med. Andreas Köhler. Der Wert gilt für Leistungen innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ebenso wie für die regional als besonders förderungsbedürftig eingestuften Leistungen, wie Köhler betonte.

Für den zunehmenden Behandlungsbedarf der Versicherten stellen die Krankenkassen im nächsten Jahr zwischen 90 und 300 Millionen Euro mehr zur Verfügung. Die genaue Summe hängt von den Veränderungsraten und Verhandlungsergebnissen in den Regionen ab. KBV und GKV-Spitzenverband hatten als durchschnittliche bundesweite Veränderungsrate der Morbidität und der Demografie Steigerungen um 1,4 Prozent beziehungsweise 0,41 Prozent ermittelt.

Geeinigt haben sich die Verhandlungspartner außerdem auf eine weitere Förderung der Grundversorgung. Sowohl für den hausärztlichen als auch für den fachärztlichen Versorgungsbereich stehen 2014 jeweils 70 Millionen Euro mehr zur Verfügung. Denn: „Wir brauchen niedergelassene Ärzte für die wohnortnahe Versorgung vor Ort“, sagte KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann.

Es ist der KBV in den Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband allerdings nicht gelungen, eine ihrer wesentlichen Forderungen durchzusetzen. Die Ärzteseite wollte erreichen, dass die haus- und fachärztlichen Grundpauschalen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgelöst und von den Krankenkassen extrabudgetär zu festen Preisen vergütet werden.

„Der nächste Schritt hin zu einer planbaren festen Einzelleistungsvergütung ist damit leider verschoben worden“, sagte KBV-Vorstand Köhler. Das Thema sei aber nicht vom Tisch. Man habe sich

mit den Kassen auf einen Kompromiss geeinigt und wolle eine mögliche Ausdeckelung der Grundpauschalen 2015 prüfen. Die ärztliche Selbstverwaltung müsse jetzt vorbereitende Maßnahmen treffen, um dieses Ziel durchzusetzen und haus- und fachärztliche Grundleistungen definieren. Nur dann könne es gelingen, die Ausbudgetierung zu vollziehen, erklärte Köhler.

Der GKV-Spitzenverband zeigte sich zufrieden mit dem Honorarergebnis. „Aus unserer Sicht ist das Ergebnis ein vertretbarer Kompromiss, der Kostensteigerungen in den Arztpraxen ausreichend berücksichtigt und einen weiteren Beitrag zur Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung einschließt“, sagte dessen stellvertretende Pressesprecherin, Ann Marini.

Zur EBM-Reform soll es weitere Gespräche geben

Die Kassen rechnen damit, dass zu dem vereinbarten Honorarzuwachs noch weitere 200 Millionen Euro an Mehrausgaben hinzukommen. Diese fielen voraussichtlich für ausgedeckelte Einzelleistungen wie ambulantes Operieren oder Prävention und Vorsorge an. Der GKV-Spitzenverband geht deshalb davon aus, dass die Ausgaben für die Arzthonorare im nächsten Jahr um bis zu eine Milliarde Euro steigen.

Im Erweiterten Bewertungsausschuss ging es am 26. September ausschließlich um die Honoraranpassungen für 2014. Nachjustierungen an der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs, wie sie die KBV-Vertreterversammlung am 20. September gefordert hatte, waren kein Thema, wie aus Teilnehmerkreisen verlautete. Hier soll es weitere Gespräche mit den Krankenkassen geben.

Heike Korzilius

Ärzte Zeitung, 02.10.2013 17:36

Honorarrunde für 2014

## Ärzte warnen vor Rationierung

**BERLIN.** Das Ergebnis der Honorarrunde für 2014 stößt auf Kritik unter Ärzten und Psychotherapeuten.

Die Psychotherapeuten sehen sich benachteiligt. "Die Schere der Einkommen zwischen den somatischen Mediziner und den Psychotherapeuten geht weiter auseinander", sagte der Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) Dieter Best.

Psychotherapeuten mit einem Durchschnittsjahresumsatz von rund 75.000 Euro könnten mit gerade 1000 Euro mehr im Jahr rechnen, klagte Best. Dazu kämen maximal 200 Euro aus der fachärztlichen Grundpauschale. Die könne allerdings nur bei etwa zwölf Patienten im Quartal abgerechnet werden.

Die nun anstehenden Verhandlungen auf regionaler Ebene gingen an den Psychotherapeuten vorbei, weil sie sich nicht auf den Umsatz je Sitzung auswirkten. Der sei aber für das Einkommen der Psychotherapeuten entscheidend. In den vergangenen vier Jahren habe sich das Honorar für eine Stunde Therapiesitzung gerade einmal um 1,90 Euro erhöht, so Best.

Dass eine verlässliche Vergütung für jede erbrachte Leistung nur auf dem Papier existiere, bemängeln die Hautärzte. Zudem werde mit einer Anhebung der Preiskomponente um 1,3 Prozent die seit Jahren anhaltende Unterdeckung bei den Betriebskosten in den 2700 Mitgliedspraxen im Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) fortgeschrieben, heißt es in einer Pressemitteilung des BVDD.

Das Ergebnis bedeute eine "heimliche Rationierung". Die zunehmende Zahl von Hautkrebsfällen in einer alternden Bevölkerung könne mit der willkürlichen Geldverteilungssystematik nicht abgebildet werden.

Dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bei den Verhandlungen ihr eigenes Positionspapier aus den Augen verloren habe, habe die Dermatologen verärgert.

Schließlich sei die Ausbudgetierung der haus- und fachärztlichen Pauschalen eine der Voraussetzungen für die weitere Übernahme des Sicherstellungsauftrages. [Bei den Verhandlungen ist die Kernforderung der KBV](#) nach der Herausnahme der Pauschalen vertagt worden. (af)

Copyright © 1997-2012 by Ärzte Zeitung Verlags-GmbH

## Honorarverteilung: Ärzte beklagen schwere Verständlichkeit

**EBM, HVM, morbiditätsorientierte Gesamtvergütung. Wer blickt da noch durch? In Sachsen beklagen Kollegen, dass „kein Mensch mehr versteht, worum es geht“. In Thüringen wird derweil an einem Begriffslexikon gearbeitet.**

Der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist in aller Munde, in vielen Vertreterversammlungen stand das Thema Honorarverteilung auf der Tagesordnung. Neue Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) wurden u.a. in [Schleswig-Holstein](#), [Hamburg](#), [Brandenburg](#), [Sachsen](#), [Sachsen-Anhalt](#) und [Thüringen](#) beschlossen. In der jüngsten Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) meldeten sich jedoch Delegierte zu Wort, die ein scheinbares Tabu ansprachen.

„Ich bin daran gescheitert, das zu verstehen“, sagte ein Delegierter, „und das trotz zwölf Jahren in der Berufspolitik“. Er stellte die Frage in den Raum, „wie man das den Kollegen ‚draußen‘ erklären soll“, etwa die zum Teil großen Unterschiede in den Facharztgruppen. Orthopäde Dr. Alexander Ziegert beklagte, dass die Honorarverteilung „in Einzelheiten wirklich nicht mehr zu verstehen ist“; es sei unklar, was sich ändert und was nicht. „Einzelne Paragraphen sind nicht mehr zu überblicken“, so Ziegert.

Auch in der KV Thüringen hat man die Erfahrung gemacht, dass es für Ärzte zum Teil sehr mühsam ist, Begriffe zu verstehen und Abrechnungsdetails nachzuvollziehen. KVT-Justitiarin Bettina Jäger-Siemon wundert das nicht. „Das System in sich ist sehr kompliziert“, sagte sie im Gespräch mit dem änd. „Und es ist für unsere Mitglieder zu komplex, um das neben ihrer ärztlichen und psychotherapeutischen Arbeit im Detail durchschauen zu können“. In beinahe jedem Telefonat, das die Rechtsabteilung mit Ärzten und Psychotherapeuten führt, würden Verständnisfragen auftauchen. Grund dafür sei auch die Schnelllebigkeit gesetzlicher Änderungen. „Deshalb versuchen wir, die Dinge so einfach wie möglich darzustellen“, so Jäger-Siemon.

### Ursache für Komplexität: Zu wenig Geld

Derzeit werde ein Lexikon erarbeitet, in dem Begriffe rund um die Honorarverteilung erklärt werden. Dass dem Problem der besseren Verständlichkeit auf Bundesebene beizukommen ist, wie ein Kollege aus Sachsen anregte, glaubt die Leiterin der KVT-Rechtsabteilung nicht. „Das kann uns nicht abgenommen werden“, so Jäger-Siemon. Die Honorarverteilung sei im vergangenen Jahr regionalisiert worden – unter Beachtung der Bundesvorgaben liege die Verantwortung bei jeder KV selbst und damit auch die, den Mitgliedern die Honorarverteilung zu erklären.

Roland Stahl, Pressesprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sagte auf Nachfrage des änd, dass das Thema Honorar „zweifelsohne“ ein kompliziertes sei. „Das ist alles andere als einfach“. Die KBV verstehe, dass manche Details schwer nachvollziehbar seien. „Das ist uns allen bewusst“. Man sei bemüht, Informationen verständlich aufzubereiten und setze dabei nicht auf Rundschreiben allein, sondern habe zusätzlich die Reihe „Praxisinfo“ aufgelegt. Diese werde den KVen zur Verfügung gestellt, die die „Praxisinfo“ um regionale Informationen ergänzen könnten.

Eine Ursache für die Komplexität des Honorarsystems sei, so Stahl weiter, die zu geringe finanzielle Ausstattung. Dies habe sich über die Jahre hinweg widerspiegelt. „Wir wollen weg von den Pauschalen“, dies wäre ein Weg hin zur Vereinfachung des ganzen Systems.

In Sachen Honorarverteilung verwies Sachsens KV-Chef Dr. Klaus Heckemann gegenüber dem änd am Mittwoch auf den „Grundkonflikt zwischen einfach und gerecht“, den er bereits in der VV angesprochen hatte. Leider habe die Politik „keinen Mut, statt stringenter Budgetierungsfestlegungen eine Selbstbeteiligung der Patienten zur Mengenregulierung einzuführen“.



## KV-Chef Dryden: Beschluss zum Hausarzt-EBM ist Schwachsinn

Die Debatte über den Hausarzt-EBM hat für enorme Spannungen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gesorgt. Wie geht es nun weiter und welche Konsequenzen hat der neue Hausarzt-EBM für die Praxen wirklich? Der änd sprach mit Dr. Wolfgang-Axel Dryden, Allgemeinmediziner und Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe.

Herr Dr. Dryden, offenbar ist die Lage in der KBV angespannt und die Delegierten teilen sich nach der Debatte um den Hausarzt-EBM in unterschiedliche Lager. Kann da wirklich noch in einer sachlichen Atmosphäre gearbeitet werden?



Das denke ich schon. Ich sehe eine tiefe und fundierte Sacharbeit in der KBV – wenn es wirklich um fachliche Themen geht. Das funktioniert gut. Wo emotionale oder politische Themen mitschwingen, sind in der Tat Lager sichtbar, die aber nicht homogen sind. Es sind praktisch Ad-hoc-Lager, die sich auch an den Themen orientieren – und gerade das Thema Hausarzt-EBM ist ein Thema, das sich zur Politisierung sehr gut eignet. Selbst innerhalb des Hausärzte-Lagers gibt es ja verschiedene Meinungen zum EBM und bei politischen Abstimmungen gibt es eine Spaltung. Dadurch ergeben sich Polarisierungseffekte – insbesondere, wenn sie auch noch mit personellen Fragen verknüpft werden.

**Eine stärkere Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Verantwortungsbereiche in der KBV könnte die Situation verbessern, glauben einige Ärzte – auch von der Spaltung der KVen wird geredet...**

...aber nicht von den Hausarzt-Delegierten in der KBV. Im Prinzip ist das Thema Spaltung der KVen nicht von den Hausärzten aufgebracht worden. Es ist früher einmal ein Thema gewesen, wo man von der Sektionierung der KVen geredet hat – aber das ist für die Hausärzte der KBV aktuell kein Thema und auch unsinnig. Im Prinzip ist es so: Wir haben eine Honorarverteilung, die ganz klar festlegt, dass es praktisch eine getrennte Vergütung für Hausärzte und Fachärzte gibt. Diese getrennte Vergütung wird pro Versichertem in Euro ausgewiesen. Das ist Beschlusslage der KBV. Die Euro-Beträge werden eigenständig weiterentwickelt. Dann ist einfach die Frage, was „eigenständige Weiterentwicklung“ bedeutet. Wenn wir über die Weiterentwicklung der fachärztlichen Vergütung reden – kann das dann ein hausärztliches Mitglied eines KBV-Vorstandes verhandeln? Wenn es umgekehrt um die hausärztliche Vergütung geht – soll ein fachärztliches Mitglied verhandeln? Oder sollte primär das jeweils für diesen Versorgungsbereich zuständige Mitglied eine entscheidende Rolle spielen bei der Entwicklung und Diskussion? Das kann man sicherlich so lösen. Dazu braucht man keine Aufgliederung der KVen.

Ich persönlich halte das auch für falsch, da ich es hier in Westfalen-Lippe ganz anders erlebe. Wir arbeiten hier im Vorstand sehr konstruktiv miteinander und informieren uns auch regelhaft gegenseitig, was in den Ressorts läuft. Schließlich müssen wir uns ja auch untereinander bei Abwesenheit vertreten und auf Anfragen antworten können. Ich glaube daher, dass alles davon abhängt, wie man die Zuständigkeiten regelt und lebt. Wenn es eine gute Regelung gibt, kommt man nicht in die Situation, wo man alles genau festschreiben muss. Für die KBV sollten wir daher gemeinsam überlegen: Wie kann man das gemeinsame Handeln im KBV-Vorstand so organisieren, dass die Personen, die nach einer Teilung der KVen rufen, verstummen?

**Kommen wir mal zum Beschluss der KBV-Vertreterversammlung: Der Hausarzt-EBM kommt – allerdings unter Vorbehalt. Ihr Kommentar?**

Ganz einfach: Dieser Beschluss ist Schwachsinn. Er baut ein Drohszenario auf, das nicht realistisch ist. Er bringt darüber hinaus absolute Verunsicherung für die Mitglieder. Sehen Sie das mal aus der Sicht des Arztes in der Praxis. Er hat gerade erfahren, dass der Hausarzt-EBM zum ersten Oktober kommt – aber im zweiten Quartal 2014 vielleicht doch wieder alles Makulatur ist. Wie soll er damit umgehen? Das führt nicht zu der gewünschten Sicherheit. Es ist ein katastrophales Signal.

Dass beim Hausarzt-EBM Nachbesserungsbedarf besteht, ist unbestritten. Auf der anderen Seite bauen wir ein Potemkinsches Dorf, wenn wir vom Aussetzen des EBM reden. Das kann eine KBV-VV so oft beschließen wie sie will – sie wird es nicht umsetzen können. Um den EBM auszusetzen, bedarf es eines Beschlusses des Bewertungsausschusses. Es könnte also höchstens eine Drohgebärde in Richtung Kassen sein. Aber glauben Sie wirklich, dass die Kassen nun erzittern? Der Beschluss ist das Papier nicht wert, auf dem er steht.



## **Konnten Sie schon die Auswirkungen des EBM auf die Hausärzte in Westfalen-Lippe berechnen?**

Wir haben hier natürlich Hochrechnungen gemacht – ohne Einbeziehung der neuen Leistungen wie der Geriatrie oder Palliativmedizin und mit Einbeziehung unseres Honorarergebnisses. Demnach werden rund 95 Prozent der Hausärzte in einem moderaten Zuwachsbereich liegen. Einige werden deutlich höher liegen. Sehr wenige Hausärzte werden vielleicht etwas abgeben. Die Hochrechnungen zeigen aber, dass wir für die Hausärzte eine Situation bekommen, die eher positiv als negativ ist. Ich muss allerdings auch sagen: Wir lassen über unseren HVM den neuen EBM wirken und führen nicht Altes fort.

## **Sie sprachen vom Nachbesserungsbedarf beim EBM. An welchen Stellschrauben würden Sie nachjustieren?**

Man muss sicherlich über die Regelung bei den GOP 03040/04040 diskutieren. Man muss sicherlich auch nochmal mit dem Bewertungsausschuss über die Preisbindung bei der kombinierten Abrechnung der Versichertenpauschale diskutieren. Auch auf der Agenda: die Frage der Chronikerziffern. Wir hätten die Chronikersituation eher vom Behandlungsanlass her definiert gesehen. Die Krankenkassen wollten diesen Zeitstrahl und die Intensität der Befassung mit den Chronikern abgebildet haben. Darüber wird noch zu sprechen sein. Klar ist, dass der EBM nur erster Schritt ist.

## **Es gibt nun viele Info-Veranstaltungen und Ratgeber zum neuen EBM. Sie haben selbst einen Kommentar verfasst, den man käuflich erwerben kann – was nicht ohne Kritik blieb...**

Ich habe eine Neuauflage aufgrund von veränderten Rahmenbedingungen erstellt. Dieser EBM-Kommentar hat ein Vorgängerwerk, das sich mit einem alten EBM-Stand beschäftigt. Das kann man natürlich so nicht unverändert lassen. Den Kommentar habe ich in meiner Freizeit geschrieben und weise auch im Vorwort deutlich darauf hin, dass dies kein offizieller Kommentar der KVWL ist. Es ist eine persönliche Kommentierung durch mich als Person und nicht als Vorsitzenden. Das ist natürlich immer schwierig zu differenzieren, weil man schon versuchen muss, dass es keine zu großen Spannungen zwischen den Interpretationen hier im Haus und meinen Texten gibt. Aber bei unterschiedlichen Personen sind halt auch unterschiedliche Sichtweisen nicht ausgeschlossen. Hier ist übrigens sogar mal kolportiert worden, die KV hätte von meinem Kommentar unzählige Exemplare zum Verteilen an die Mitglieder erworben. Das ist natürlich Schwachsinn – die KV hat kein einziges Exemplar gekauft.

## **Kommen wir zum Honorarabschluss im Erweiterten Bewertungsausschuss für 2014. Sind Sie mit dem Ergebnis zufrieden?**

Ich glaube, dass dieser Beschluss tragbar ist. Wenn ich das vergleiche mit dem Beschluss vom vergangenen Jahr, hat sich dieser Beschluss doch deutlicher dem angenähert, was die KBV an Fakten in Bezug auf Kostensteigerung eingebracht hat. Wir haben nicht diese Konflikte, die wir im letzten Jahr hatten. Zu begrüßen ist, dass die Krankenkassen angeboten haben, eine zusätzliche Förderung der Grundversorgung in haus- wie im fachärztlichen Bereich vorzunehmen. Eine Steigerungsquote von 0,5 Prozent ist von den Kassen noch mal on top gegeben worden. Das kann ich nur begrüßen, da es in die richtige Richtung geht. Wir müssen die Basisversorgung in der Fläche stärken und auf Dauer attraktiver machen. Dass die Kassen bereit sind, in dieser Richtung etwas zu unternehmen, ist zunächst einmal positiv.

## **Welche Chancen sehen Sie, dass die sie Vergütung in Westfalen-Lippe bald an oder über den Bundesdurchschnitt anhebt?**

Wir arbeiten daran – aber es ist ein mühseliges Geschäft. Der Schiedsamtsspruch hat da nicht geholfen und wir gehen in die Klage. Ansonsten müssen wir versuchen, alle im Benchmark zu anderen Regionen positiven Entwicklungen auch etwas in Honorarwirksamkeit umzuwandeln. Das haben wir ja jetzt zumindest für 2013 über die Anerkennung der hohen Wirtschaftlichkeit in der Versorgungspraxis geschafft.

## **Letzte Frage: Welche Regierungskoalition wünschen Sie sich?**

Das entscheide ich ja nicht. Hier im Lande haben wir eine rot-grüne Regierung und kommen damit ganz gut zurecht. Eine große Koalition ist für uns sicher auch akzeptabel. Wir stellen fest, dass zwischen Politik und Sacharbeit immer große Unterschiede bestehen und in den Fachministerien eigentlich vorrangig Sacharbeit läuft. Von daher können wir uns sicher mit jeder Koalition arrangieren.

**Autor:** Rieser, Sabine  
**Seite:** A-1833  
**Rubrik:** POLITIK

**Jahrgang:** 110  
**Nummer:** 40  
**Auflage:** 428.344 (gedruckt) 423.773 (verkauft)  
 426.288 (verbreitet)

**Gattung:** Zeitschrift

## Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin: Dem Nachwuchs gerecht werden

Junge Ärztinnen und Ärzte können sich offenbar wieder eher vorstellen, hausärztlich tätig zu werden. Doch noch immer wird aus der Wunschrichtung zu selten ein Beruf, weil die Hürden in Aus- und Weiterbildung zu groß sind. An ihrer Überwindung wird aber gearbeitet.

Dr. med. Sigrid Lochmann (36) wollte ursprünglich Hausärztin werden. Doch inzwischen, nach einer straffen Weiterbildung in fünf Jahren, während der sie auch zwei Kinder bekam, sagt die Ärztin: Ich überlege, das Fach zu wechseln. Teilzeitstellen in Kliniken sind rar, ihre Anstellung rechnet sich für niedergelassene Kollegen nicht. Eine eigene Praxis mit der heutigen Präsenzpflicht? Zu viel Arbeit für eine Mutter mit zwei kleinen Kindern, findet Lochmann.

Bernadett Hilbert (25) startet mit der Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin und ist sich sicher, ihren Traumjob gefunden zu haben: Sie freut sich auf die verschiedenen Abschnitte, das spannende Tätigkeitsprofil und darauf, vielleicht später in der Praxis Chef und nicht kleines Rädchen in der Klinik zu sein. Lochmann und Hilbert skizzierten ihre unterschiedlichen Erwartungen und Erfahrungen beim diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) in München, dessen Schwerpunktthema Komplexität in all ihren Facetten war.

Das Fach ist im Aufwind doch die Probleme bleiben

DEGAM-Präsident Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, und Kongressgastgeber Prof. Dr. med. Antonius Schneider, Ärztlicher Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der TU München,

hatten die beiden Kolleginnen wohlüberlegt gebeten zu sprechen. Der Nachwuchs erwartet, dass Kinder und Beruf unter einen Hut gebracht werden können, betonte Gerlach. Und man müsse jeden in seiner Situation ernst nehmen.

Das Fach Allgemeinmedizin befindet sich im Aufwind. Der Kongress verzeichnete mit 670 Teilnehmern, darunter viele junge, einen Besucherrekord. Die Zahl der Lehrstühle für Allgemeinmedizin steigt, wenngleich das Fach noch nicht an jeder Fakultät etabliert ist. Mehr und mehr Studierende schnuppern in Praxen hinein. Zuletzt waren in einigen Regionen sogar die Gelder des Förderprogramms Allgemeinmedizin aufgebraucht, weil es mehr Interessen als erwartet gab.

Dennoch: Wir brauchen eine längere Zeit in der Praxis, verlangte Gerlach. 14 Tage im verpflichtenden Blockpraktikum seien zu wenig. Die DEGAM bleibt bei ihrem Vorschlag, ein Pflichtquartal Allgemeinmedizin während des praktischen Jahres (PJ) vorzuschreiben, und will dafür intensiv bei Studierenden werben. Auch mit dem Hinweis, dass so ein Quartal im PJ für ein Wunschfach bliebe.

Gerlach ist überzeugt davon, dass sich dafür genug Lehrpraxen finden. Bislang gebe es etwa 4 700 an 37 Standorten. Nötig seien 3 000 bis 4 000 weitere. Angesichts einer Gesamtzahl von mehr als 50 000 Hausarztpraxen sei dies nach und nach zu schaffen. Die Approbationsordnung sieht ohnehin vor, dass Ende 2015 zehn Prozent aller Medizinstudierenden beanspruchen können, einen Teil ihres PJ in der Allgemeinme-

dizin zu absolvieren. Bis Ende 2019 muss dies allen möglich sein. Schneider verwies darauf, dass es in München gelungen sei, in kurzer Zeit das Netz der Lehrpraxen auf 200 auszudehnen. Man müsse sich derart engagieren, sagte er. Denn der Nachwuchs könne sich derzeit nur schwer vorstellen, eine eigene Praxis zu managen.

Um die Weiterbildung attraktiver zu gestalten, schlägt die DEGAM einen konsequenten Ausbau von Weiterbildungsverbänden aus Kliniken und Praxen vor sowie persönliche, verlässliche Weiterbildungsbudgets. Weitere Anforderungen hat sie in ihrem Konzept Verbundweiterbildung plus formuliert. Darin schlägt die Fachgesellschaft auch vor, Begleitseminare, Mentorenbetreuung und Train-the-trainer-Seminare vorzusehen, und zwar vor allem organisiert durch universitätsnahe Zentren. Dies dürfte vermutlich noch zu Diskussionen mit den Ärztekammern führen.

Kammern und KVen können flexibel reagieren

Diskussionen löste auch Lochmann aus, zum Beispiel mit ihrer Kritik, dass Weiterbildungsabschnitte mit weniger als 50 Prozent der vorgeschriebenen Arbeitszeit nicht anerkannt würden. Manche Landesärztekammern regelten dies anders, hieß es. Und Kassenärztliche Vereinigungen bemühten sich zunehmend, junge Ärztinnen und Ärzte beim Bereitschaftsdienst zu entlasten. Auch beim Thema Präsenzpflicht sei der Handlungsbedarf erkannt.

Sabine Rieser

**Wörter:** 600

**Autor:** Sonnenmoser, Marion  
**Seite:** A-1854  
**Rubrik:** THEMEN DER ZEIT

**Jahrgang:** 110  
**Nummer:** 40  
**Auflage:** 428.344 (gedruckt) 423.773 (verkauft)  
 426.288 (verbreitet)

**Gattung:** Zeitschrift

# Internetauftritte von Ärzten und Psychotherapeuten: Die Qualität schwankt beträchtlich

Obwohl Patienten sich zunehmend über das Internet informieren, besitzen nur wenige Ärzte und Psychotherapeuten eine Praxiswebsite. Rechtliche Unsicherheiten und „keine Werbung nötig zu haben“, werden als Gründe genannt.

Patienten informieren sich zunehmend per Internet über Erkrankungen, Behandlungen, Kliniken und Praxen. Die Vorteile des Internets liegen auf der Hand: Es ist schnell, kostengünstig und ständig verfügbar, es hat eine hohe Aktualität und erlaubt umfassende Recherchen. Zudem bietet es die Möglichkeit, dass Patienten sich austauschen und zum Beispiel über ihre Erfahrungen mit einer Therapie oder Praxis berichten und sie eventuell auch bewerten.

## Virtuelle Präsentation

Ärzten und Psychotherapeuten, die eine Klinik oder Praxis betreiben, ermöglicht das Internet, dem zunehmend netzaffinen Informationsverhalten der Patienten entgegenzukommen. Auf ihrer Praxiswebsite können sie sich virtuell präsentieren, aktuell über Veränderungen oder Neuerungen informieren und ihre Angebote über die eigene Region hinaus bekanntmachen. Das Internet ist darüber hinaus eine relativ preiswerte Marketing-Maßnahme. Zudem können auf diesem Weg neue Patienten gewonnen werden, insbesondere jüngere, die sich viel eher als ältere Patienten mittels neuer Medien zum Beispiel über Praxisöffnungszeiten und Behandlungsangebote informieren.

Diese Möglichkeit nutzen nach Meinung einer Arbeitsgruppe um Dr. med. Olaf Kuhnigk vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf allerdings noch zu wenige Niedergelassene. Sie fanden anhand einer Befragung von 956 niedergelassenen Psychiatern und ärztli-

chen Psychotherapeuten im norddeutschen Raum heraus, dass nur knapp 18 Prozent der Befragten eine Praxishomepage besaßen. Männliche Befragte und solche, die in Städten eine Praxis betreiben, waren eher online als weibliche oder in ländlichen Regionen niedergelassene.

Außerdem analysierten die Autoren die Praxiswebsites der Befragungsteilnehmer. „Häufig beinhalteten die Websites allgemeine Praxisinformationen, Informationen zu medizinischen Leistungen und Erklärungen von Krankheitsbildern“, berichten die Autoren. Seltener waren hingegen Online-Angebote, persönliche Angaben, Hinweise auf behindertengerechte Zugänge, Notdienste und Urlaubsvertretungen auf den Praxiswebsites zu finden.

Die Qualität der Websites schwankte laut Kuhnigk und Kollegen zum Teil beträchtlich. Von 42 Kriterien für eine gelungene Praxiswebsite wurden im Durchschnitt 19 erreicht. Bei der Hälfte der Internetauftritte wurden erforderliche rechtliche Vorgaben nicht berücksichtigt, was leicht zu Abmahnungen und Rechtsstreitigkeiten führen kann. Auf dieses Problem wies auch schon die Stiftung Gesundheit in Hamburg 2008 hin. Sie stellte fest, dass das Impressum bei 45 Prozent der von ihr untersuchten Praxiswebsites nicht den Anforderungen des Telemediengesetzes genügte oder nicht existierte. Bei 19 Prozent der Websites fehlten zudem die vorgeschriebenen Angaben zum Datenschutz.

Chancen zunehmend erkannt

Der Feststellung von Kuhnigk und Kollegen, dass die Möglichkeit zur Präsentation im Internet trotz der genannten Vorteile und dem gestiegenen Informationsbedarf der Patienten von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten

noch verhältnismäßig selten genutzt wird, schließt sich die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2012“ der Stiftung Gesundheit an. Mehr als die Hälfte der 1 168 für diese Studie befragten deutschen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten begründeten ihre Zurückhaltung damit, dass sie keine Werbung nötig hätten. 22 Prozent meinten, dass das Betreiben einer Homepage zu teuer sei, und fast jeder vierte Befragte verzichtete wegen der vielen rechtlichen Unsicherheiten auf eine eigene Website.

Trotz aller Skepsis bezeichneten 71 Prozent der Befragten das Internet als wichtigste Marketing-Maßnahme; ein Jahr zuvor (2011) waren es noch 65 Prozent. Hier zeichnet sich die Tendenz ab, dass die Chancen und Möglichkeiten, die das Internet bietet, zunehmend erkannt werden. Somit wird ein Internetauftritt künftig nicht mehr aus der Präsentation und dem Management von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen wegzudenken sein.

Auf dem Weg zu einer gelungenen Praxiswebsite sind jedoch einige Hindernisse zu überwinden, denn eine solche zu gestalten, ist ein komplexes Unterfangen, das nicht nebenbei zu bewerkstelligen ist. Es gibt jedoch mittlerweile zahlreiche Möglichkeiten, sich zu informieren und bei der Erstellung einer Homepage unterstützen zu lassen, zum Beispiel von Landesärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), spezialisierten Anwälten und Web-Agenturen oder mit Hilfe von Baukastensystemen. Die Stiftung Gesundheit informiert unter anderem über die Prüfung und Zertifizierung gesundheitsbezogener Websites. Zudem bietet der NAV-Virchow-Bund die „Checkliste für eine rechtssichere Praxis-Homepage“

an, die Ärztekammer und die KV Niedersachsen stellen die „Checkliste für die gute medizinische Website“ kostenfrei zur Verfügung, die auch „Goldene Regeln für die gelungene Praxishomepage“ beinhaltet (Kasten). Die Checkliste erläutert unter anderem die Aspekte „Konzept“ (unter anderem Zielgruppen, Philosophie, Design, Domainname), „Technik“ (Browser, Navigation, Metadaten) und „Inhalte“ (Absichtserklärung, Datenschutz) und informiert über die aktuelle Rechtslage (Telemediengesetz, Berufsordnung). Sie ist ein Ergebnis des Wettbewerbs „Beste medizinische Website“, den die Ärztekammer und die KV Niedersachsen gemeinsam durchgeführt haben. Die Ärztekammer Niedersachsen veröffentlicht darüber hin- aus auf ihrer Website (www.aekn.de) in der Rubrik „Arzt spezial – Neue Medien“

fortlaufend Meldungen und Beiträge rund um das Thema. Hier finden Ärzte und Psychotherapeuten, die eine Praxiswebsite betreiben oder ihre bestehende erweitern möchten, ebenfalls Tipps und Ratschläge.

Dr. phil. Marion Sonnenmoser

@Checkliste für die gute medizinische Website: [www.aerzteblatt.de/131854](http://www.aerzteblatt.de/131854)

Goldene Regeln

Navigation und Design: Der Seitenaufruf ist ohne Zusatzsoftware möglich.

Vertraulichkeit: In einer Datenschutzerklärung wird der Umgang mit personenbezogenen Daten erläutert. Recht: Die

laut Telemediengesetz erforderlichen Mindestangaben über den Diensteanbieter sind im Impressum aufgeführt. Die Seite ist berufsrechtlich einwandfrei. Medizinische Informationen: Die Informationen sind sachlich richtig, Quellen

werden genannt. Praxisorganisation: Sprechstundenzeiten, Telefon-, Telefaxnummer und E-Mail-Adresse werden genannt. Auszug aus „Goldene Regeln für die gelungene Praxishomepage“ (Ärztekammer Niedersachsen, 2013)

Literatur

1. Krüger T: Psychotherapeuten ins Internet. Psychotherapeut 2003; 48: 26771 CrossRef

2. Kuhnigk O, Ramuschkat M, Schreiner J, Schäfer I, Reimer J: Internetauftritte niedergelassener Psychiater. Nervenarzt 2013; 84: 596602 CrossRef MEDLINE

3. Stiftung Gesundheit (Hrsg.): Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2012. Online-Publikation. Hamburg: Stiftung Gesundheit 2012.

**Wörter:**

869