

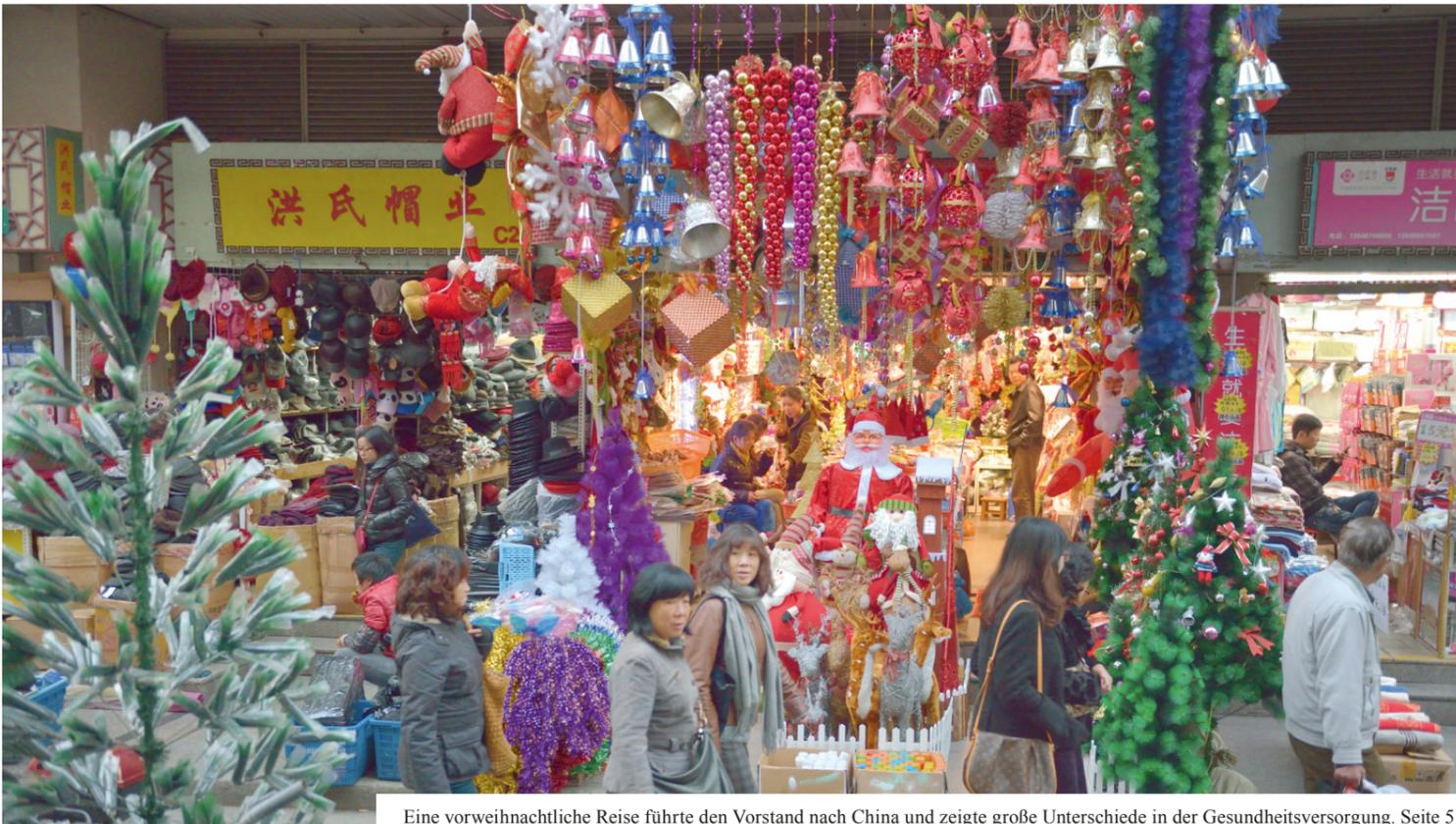
# ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute.

**KVBW**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Eine vorweihnachtliche Reise führte den Vorstand nach China und zeigte große Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Seite 5

## Gesunder Nachwuchs

Die Kinder in Deutschland sind erfreulich gesund. Das ist das Ergebnis einer bundesweiten Studie, die in zwei Befragungsrounds in den Jahren 2003 bis 2006 und 2009 bis 2012 durchgeführt wurde. Die Untersuchungen liefern Informationen zum allgemeinen Gesundheitszustand, zur Unfallhäufigkeit, zu Ess- und Trinkverhalten, über Alkohol- und Tabakkonsum oder das Medienverhalten. Das Ergebnis zeigt, dass der allgemeine Gesundheitszustand des Großteils der 17.000 befragten Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren sehr gut bis gut ist. Untersucht wurde dabei auch die Unfallhäufigkeit. Während die Hauptgründe für eine Krankenhausbehandlung bei den Kindern und Jugendlichen Gehirnerschütterungen und Knochenbrüche sind, ist für die Rate bei den schweren, tödlichen Unfällen ein stetiger Rückgang zu verzeichnen.

Auch der Anteil der Jugendlichen, die Tabak konsumieren, ging zurück. Während bei der ersten Welle der Studie rund 22 Prozent der 11 bis 17-Jährigen rauchten, sind es bei der zweiten Erhebung nur noch zwölf Prozent. Dafür steigt die Quote der Jugendlichen, die Alkohol konsumieren, wobei die Konsumenten immer jünger werden. Mit 13 Jahren etwa haben bereits 36 Prozent der Jugendlichen schon einmal Alkohol getrunken. Das Rauschtrinken spielt vor allem ab dem 14. Lebensjahr eine Rolle: Acht Prozent der Jungen in diesem Alter trinken mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke. Diese Verhaltensweisen prägen die späteren Gewohnheiten und vor allem den Gesundheitsverlauf eindeutig. Hier gilt es vorbeugende Maßnahmen zu ergreifen. Die Bundesregierung hat das Problem erkannt und versucht durch stete Aufklärungsarbeit vorzubeugen.

Ein weiterer Trend zeichnet sich im medialen Nutzungsverhalten ab. 36 Prozent der Jugendlichen zwischen elf und 14 Jahren nutzen Bildschirmmedien wie Fernseher, Computer oder Handys für mehr als vier Stunden am Tag. Häufige Folgen sind Bewegungsmangel und Adipositas.

➔ Die Broschüre steht auf der Homepage des Robert-Koch-Instituts unter: [www.rki.de](http://www.rki.de) zum Download bereit

## Alle 100 Jahre wieder

*KV Baden-Württemberg packt an: Die Notfalldienstreform fürs Ländle ist fertig*

**Zum Jahreswechsel tritt die neue Struktur des Notfalldienstes in Baden-Württemberg in Kraft. Umsatz und Dienstbelastung sollen zwischen Ballungsraum und Land angeglichen werden. Gleichzeitig beweist die Ärzteschaft ihre Kompetenz in der medizinischen Sicherstellung und zeigt, dass ausschließlich die Niedergelassenen in der Lage sind, diese zu leisten.**

Die Notfalldienstreform, die der Vorstand der KVBW mit allen Ärzten und Psychotherapeuten im Lande realisiert hat, stellt ein Jahr-

hundertprojekt dar. Statt bisher über 400 Notfalldienstbezirken werden es zukünftig nur noch 66 mit einer oder mehreren Notfallpraxen sein – mehrheitlich an Krankenhäusern angesiedelt und von der KVBW betrieben, unterstützt von vielen Praxen in Vereinsform mit regionaler Kompetenz und bewundernswürdiger regionaler Arbeit.

Die Dienstfrequenz wird für die meisten deutlich reduziert, die Honorierung nachhaltig verbessert durch eine solidarische Finanzierung für den Arzt. Auf Wunsch kann ein Fahrservice genutzt wer-

den. Die Konzentration des Notfallgeschehens auf Notfallpraxen zeigt Gesellschaft, Bevölkerung und Politik, dass der durch die Rahmenbedingungen begründete Ärztemangel auf dem Land, aber auch zunehmend in den Städten andere Strukturen erfordert. Ziel ist es, dass der Patient häufiger in die Praxen kommt, als dass er von den Ärzten besucht wird.

Mit der Reform des Notfalldienstes zeigen die KV Baden-Württemberg und die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Land, dass sie auch schwierige Strukturveränderungen anpacken

und lösen können, die für die Gewährleistung der Versorgung erforderlich sind. Wir danken allen, die an der Notfalldienstreform Baden-Württemberg teilgenommen haben.

Wir Niedergelassenen leisten, was sich die Bevölkerung wünscht: eine persönliche, konstante, an individuelle ärztliche und psychotherapeutische Einzelpersonen gebundene Versorgung – unabhängig von den wirtschaftlichen Interessen Dritter. Hervorragend, individuell und durch Haus- und Facharzt realisiert.

(Mehr zur Notfalldienstreform lesen Sie auf den Seiten 10, 11)

### Barcode erkannt – Gefahr gebannt

Neben Horrormeldungen über die NSA-Datenspionage kursieren im Internet auch Warnungen vor gefährlichen Barcodes auf Lebensmittelverpackungen. Die schwarzen Striche würden wie Antennen wirken und dadurch negative Energie auf das Produkt ziehen. Stiftung Warentest und das Bundesamt für Strahlenschutz betonten, dass es keinen wissenschaftlichen Nachweis für die Strahlenaufnahme von Lebensmitteln durch Strichcodes gebe.

Dennoch werden – um jegliche Gefährdung zu verhindern – von tüchtigen Geschäftemachern im Internet „Strichcode-Entstörstifte“ für den günstigen Preis von 17 Euro angeboten. Selbst Hersteller werden durch die Panikmache angesteckt – eine Lebensmittel-Firma hat auf ihren Saftflaschen den Strichcode mit einer Querlinie versehen, um die negative Energie zu neutralisieren.

Gut, dass nur das ein bewegendes Thema für Deutschland ist! Lassen Sie sich durch diese Panikmache nicht anstecken; Hauptsache, Magnetarmbänder ziehen weiterhin das Rheuma aus dem Körper.

### Der ganz große Wurf?

*Zum Koalitionsvertrag*

Wochenlang hatten Jens Spahn (CDU), Johannes Singhammer (CSU) und Karl Lauterbach für die SPD federführend für ihre Parteien verhandelt. Nun stehen die Leitplanken im Bereich der Gesundheitspolitik für die kommende Legislaturperiode fest. Worauf sich CDU/CSU und SPD geeinigt haben und wie sich die Regelungen auf die Ärzteschaft auswirken, lesen Sie auf Seite 2.

### HIV-Patienten behandeln

*...in der Arztpraxis*

Einmal im Jahr erinnert der Welt-Aids-Tag an die Menschen mit dem HIV-Virus. Auch über 30 Jahre nach Bekanntwerden der Infektionskrankheit scheuen es viele Betroffene, sich in Arztpraxen behandeln lassen. Eine Arztpraxis in Mannheim behandelt Betroffene und sieht ihre Aufgabe auch in der Aufklärung gegen die Diskriminierung.

(Mehr darüber auf Seite 3)

## Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Weihnachtszeit soll eine Zeit der Ruhe und der Besinnung sein. Aber es war noch nie unser Ding, die Hände ruhig in den Schoß zu legen. Wer nicht selbst regelt, wird geregelt werden, war 2013 unser Motto. Davon ist unsere Jahresbilanz bestimmt:

Insgesamt 100 Tage haben wir im spannenden Berlin bei der KBV verbracht, um baden-württembergischen Sachverständigen ein- und die Anliegen der KVBW anzubringen. Wir haben die Einführung des EBM kritisch begleitet und einen Vertrag zum Honorar 2013 geschlossen, der 4,5 Prozent Honorarhöhung allein im budgetierten Bereich verzeichnet. Mit Erstaunen haben wir die fundamentale Auseinandersetzung einzelner Haus- und Fachärzte in der Vertreterversammlung der KBV miterlebt. So ein Kasperletheater wollen wir in Baden-Württemberg nicht. Natürlich gibt es Dinge, die Hausärzte und Fachärzte unterschiedlich regeln. Aber der Vorstand der KVBW vertritt alle Ärzte. Die VV hat das bekräftigt – und eine Trennung zwischen Haus- und Fachärzten entschieden abgelehnt.

Auch innerhalb unserer KVBW ist 2013 viel passiert. Wir haben eine Notfalldienstreform umgesetzt, die wir als Jahrhundertwerk bezeichnen können. Um dem Landarztmangel zu begegnen, haben wir eine weitere regiopraxisKVBW an den Start gebracht.

Auch am Service für Arzt und Psychotherapeut feilen wir, um jedes Jahr ein bisschen besser zu werden. So stellen wir Ihnen Abrechnungsterminals an allen Standorten zur Verfügung.

Und in Berlin werden uns auch im kommenden Jahr die Themen nicht ausgehen. Der Koalitionsvertrag beschert uns als Weihnachtsgeschenk die Vier-Wochen-Termingarantie für Patienten – und die KVen als Call-Center für Patientenfragen. Wie das funktionieren soll, bleibt offen, hier werden wir erneut gefragt sein.

Doch nun lassen wir für ein paar Tage alle Aufregungen hinter uns. Ihnen ein wunderschönes Weihnachtsfest wünschen

Ihr Dr. Norbert Metke und  
Dr. Johannes Fechner



Dr. Norbert Metke  
Vorstandsvorsitzender  
der KV Baden-Württemberg

*N. Metke*

Dr. Johannes Fechner  
Stellvertretender Vorsitzender  
der KV Baden-Württemberg

*J. Fechner*

# Der ganz große Wurf?

Koalitionsvertrag zur Gesundheitspolitik

**Bei Redaktionsschluss stimmen die Mitglieder der SPD gerade über den Koalitionsvertrag ab. Die Regelungen zur Gesundheitspolitik dürften hier eher eine untergeordnete Rolle bei der Entscheidung spielen.**

Denn wenig spektakulär ist, was sich dazu in dem Vertrag findet. Wohl nur die größten Optimisten unter den SPD-Mitgliedern dürften davon ausgegangen sein, dass eine große Koalition sich für eine Bürgerversicherung entscheidet und damit die private Krankenversicherung abschafft.

Erfreulich für die niedergelassenen Ärzte ist ein verbindliches Entlassmanagement nach stationären Behandlungen und einige Erleichterungen bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren. Hier sollen künftig auch fachgruppengleichen Zentren ermöglicht werden. Ebenso haben die Koalitionäre vor, Praxisnetze weiter zu fördern (Frage ist: zu unseren Lasten?). Ein Bekenntnis zur Freiberuflichkeit sowie Diagnose- und Therapiefreiheit fehlt ebenso wenig wie die Stärkung der Rolle des Hausarztes im System. Wenig überraschend ist darüber hinaus der Passus für einen eigenen Straftatbestand gegen Bestechlichkeit.

Doch ein Koalitionsvertrag ist immer nur eine Absichtserklärung, die eigentliche Umsetzung erfolgt in gesetzlichen Regelungen. Bei vielen der Vorhaben wird es maßgeblich darauf ankommen, wie der genaue Gesetzeswortlaut ist. Dazu gehört beispielsweise die Forderung nach einer paritätischen Besetzung der Gremien in der Selbstverwaltung zwischen Haus- und Fachärzten sowie nach getrennten Abstimmungen in den Vertreterversammlungen – je nachdem, ob es sich um ein haus- oder fachärztliches Thema handelt. Hierbei sind so viele Fragen für die Umsetzung offen, dass das Gesetzgebungsverfahren spannend wird. Interessant wird auch der genaue Wortlaut bezüglich der Überarbeitung der Psychotherapierichtlinien und der Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten sein.

Nicht umsetzbar sind aus Sicht des Vorstands der KVBW die Pläne für eine vorgeschriebene Frist für Facharzttermine. Hier möchte die Koalition festlegen, dass bei Überweisung eines Hausarztes und entsprechender medizinischer Notwendigkeit ein Patient innerhalb von einer Woche einen Termin beim entsprechenden Facharzt zugesagt bekommen muss, der dann innerhalb von vier Wo-



Schwierige Verhandlungen der Koalitionsparteien

chen stattfinden soll. Die Kassenärztlichen Vereinigungen hätten eine Vermittlungsstelle einzurichten – angesichts von 18 Millionen Überweisungen pro Jahr schlichtweg nicht leistbar. Wird der Termin nicht möglich, soll der Patient sich ambulant in einem Krankenhaus behandeln lassen dürfen. Die Kosten gehen zu Lasten des entsprechenden fachärztlichen Topfes. Hier wird der Vorstand im Gesetzgebungsverfahren in aller Deutlichkeit darauf hinweisen, dass es

den Ärzten nicht zugemutet werden kann, Strukturen für die Vermittlung von Facharztterminen aus ihrem Honorar zu bezahlen. Gleichzeitig kann die Politik nicht einerseits die Behandlung der Patienten budgetieren, andererseits dann verpflichtende Terminvorgaben vornehmen. Das passt nicht zusammen. Die Wartezeiten sollen übrigens auch in der psychotherapeutischen Versorgung sinken, vorgesehen ist hier ein „zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie.“

## Wir streiten für unser Leben gern

KVBW-Vorstand wendet sich gegen die Auseinandersetzungen in der KBV-VV

**Im April startete die Imagekampagne der Ärzte unter dem Slogan „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ mit den ersten Fernsehwerbespots. Ziel der Kampagne war es, den Wert des niedergelassenen Arztes und Psychotherapeuten wieder stärker ins Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken und gleichzeitig Werbung für den medizinischen Nachwuchs zu machen.**

Aktuell müsste der Slogan wohl geändert werden. Passender wäre: „Wir streiten für unser Leben gern – Ihre Haus- und Fachärzte.“ Zumindest, wenn die Ereignisse rund um die KBV und die Vertreterversammlung Anfang November zum Maßstab genommen werden. Offensichtlich glauben einige KV-Vorstände und Delegierte, dem Image der Ärzteschaft sei am meisten gedient, wenn sie hinter verschlossenen Türen gegenseitig die (hoffentlich nur Gummi-) Messer wetzen.

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung kommentierte die Vorgänge einige Tage später sehr tref-

fend: „Haus- und Fachärzte stürzen sich ins Chaos.“

Leider hat auch die Politik dieses Thema inzwischen aufgegriffen. Das Hausarzt-Facharzt-Verhältnis in den KVen ist Gegenstand des Koalitionsvertrages. Die FAZ schrieb am 9. November dazu: „Tatsächlich machten Gesundheitspolitiker, während die Ärztevertreter sich die Köpfe heißredeten, ein paar Kilometer entfernt Nägel mit Köpfen. Sie beschlossen genau das, was die Kassenarztvertreter mehrheitlich verhindern wollen: ihre Versammlungen ‚zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärzten‘ zu bilden.“

Dabei geht es der Politik vermutlich nur darum, endlich die Auseinandersetzungen zwischen Haus- und Fachärzten zu beenden. Denn hören möchte das keiner mehr – weder die Politik, noch die Ärzte an der Basis, noch die Patienten.

Dabei könnte alles so einfach sein, wie wir in Baden-Württemberg zeigen. Denn in der Vertreterversammlung der KVBW arbeiten Haus- und Fachärzte sowie Psy-

chotherapeuten vertrauensvoll zusammen. Von einer „Fraktionsbildung“ nach Versorgungsbereichen kann keine Rede sein. Der Vorstand der KVBW ist in seiner Zuständigkeit nach Ressorts aufgeteilt – eine für Baden-Württemberg sinnvolle Organisationsform.

Jost Küpper von facharzt.de schrieb am 19. November in seiner Analyse: „Selbstblockaden dieser Art würden in Berlin aber nicht nur Kopfschütteln hervorrufen. Eifrige Berufsverbände und die Krankenkassen dürften das durchaus mit Wohlwollen zur Kenntnis nehmen.“ Ein Argument, das auch hierzulande überzeugt.

Der Vorstand der KV Baden-Württemberg beteiligt sich daher an den aktuellen Auseinandersetzungen nicht. Er sieht vielmehr seine Aufgabe darin, die Arbeitsbedingungen für die Mitglieder zu verbessern und ihre Interessen gegenüber der Politik, den Krankenkassen und der Öffentlichkeit zu vertreten. Streit um verletzte Eitelkeiten oder Personen, die nicht miteinander können, brauchen und wollen wir nicht.

### Themen

GESUNDHEITSPOLITIK  
**Die schiere Masse schafft die Probleme**  
KVBW-Vize Dr. Johannes Fechner war auf gesundheitspolitischer Reise in China. 3

KVBW-WELT  
**Hausarzt-EBM kommt**  
Geschäftsführerin Susanne Lilie über Probleme und Fragestellungen 5

KVBW-WELT  
**KVBW wächst zusammen**  
Informationen zum neuen Standort- und Strukturkonzept 6

KVBW-WELT  
**How to become Dr. Haus**  
Neue Wege in der Nachwuchsgewinnung 7

UNTERNEHMEN PRAXIS  
**Nicht stachelig, sondern fair...**  
...so iGeLn BaWüs Ärzte 9

ARZT UND THERAPEUT  
**Richtige Kodierung bringt mehr Geld**  
ICD-10-Vergleichsberichte im Mitgliederportal 11

# Kampf gegen HIV-Diskriminierung beginnt in den Arztpraxen

Ärzte team in einer Mannheimer HIV-Schwerpunktpraxis betreibt Aufklärung – von Arzt zu Arzt

*Aids – ein Wort, das viele Menschen heute immer noch aufschrecken lässt, trotz präsen- ter Aufklärungsarbeit. Der Welt- Aids-Tag am 1. Dezember war Anlass für ergo einmal genauer nachzufragen. Unser Redakti- onsmitglied Stefanie Eble infor- mierte sich über die Arbeit in ei- ner HIV-Schwerpunktpraxis.*

Als ich die Mannheimer Onko- logiepraxis im siebten Stock eines großen Gebäudes mitten in der Stadt betrete, habe ich – zugegeben – gemischte Gefühle: Ich stehe in einer Praxis, in der neben Krebspa- tienten vor allem HIV-Patienten behandelt werden. Was erwartet mich also?

Mein erster Eindruck: helle, große Räume, freundliches Personal, angenehme Atmosphäre. Ich bin et- was zu früh und setze mich in das leere Wartezimmer. Ein gigantischer Blick über die Mannheimer City lässt mich kurz vergessen, dass hier oft schwer kranke Menschen sitzen. Schließlich begrüßt mich Dr. Jürgen Brust – einer der vier Ärzte der Schwerpunktpraxis. Der 60-jährige HIV-Spezialist ist Vorstand der Baden-Württembergischen Arbeitsge- meinschaft Niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter, die kürzlich ein Informationsblatt für alle niedergelassenen Kollegen über den Umgang mit HIV-Patien- ten erarbeitet hat. (Das Infoblatt liegt dieser ergo-Ausgabe bei).

## Aids ist gut behandelbar

Mich interessiert, wie es zur Gründung der Schwerpunktpraxis kam: „Ich habe gemeinsam mit meinem Kollegen Dr. Dieter Schuster im Jahr 1992 die Praxis gegründet. Damals kam ich aus der Infektiologie, Schuster aus der Hä- matologie. Wir haben unsere unge- fähr 200 HIV-Patienten aus der Klinik übernommen und in unserer Gemeinschaftspraxis weiterbehandelt.“ Heute betreuen die insgesamt vier Ärzte 1.000 Patienten mit ei- ner HIV-Infektion. Ich bin erstaunt

„Der Umgang mit einem HIV-Patient ist nicht anders“

über diese hohe Zahl. Dr. Brust er- klärt, dass diese Zahl mit der heu- tigen hohen Lebenserwartung der Patienten zusammenhängt. „Noch vor 20 Jahren waren die Behand- lungsmöglichkeiten sehr einge- schränkt. Von unseren 200 HIV-Pa- tienten starben circa 40 in einem Jahr. Heute muss keiner mehr an Aids sterben. Die Lebenserwar- tung eines mit HIV infizierten Pa-



Drei der vier Kollegen der HIV-Schwerpunktpraxis: Dr. med. Christoph Plöger, Dr. phil. nat. Jürgen Brust, Dr. med. Dieter Schuster (v.l.n.r.). (Prof. Dr. Manfred Hensel fehlt)

tienten ist, bei gut laufender Be- handlung, heute genauso wie bei jedem Menschen.“ Von den 1.000 Patienten sterben im Jahr nur drei bis vier. Und nicht etwa zwangs- läufig an Aids, sondern auch an den üblichen Todesursachen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall.

## Patient muss diszipliniert sein

Im günstigsten Fall ist die Be- handlung eines HIV Patienten wenig aufwändig. Einmal auf eine neben- wirkungsarme Therapie erfolgreich eingestellt, reicht die Kontrolle ein- mal im Quartal – bei zuverlässiger Medikamenten-Einnahme. Oft be- deutet die Therapie nur die Ein- nahme einer einzigen Tablette am Tag. „Probleme gibt es mit denje- nigen, die ihre Medikamente nicht regelmäßig einnehmen“, erläutert Jürgen Brust. „Bei diesen Patienten entwickelt das Virus Resistenzen, die zu nebenwirkungsreicheren und komplizierteren Folgethera- pien führen. Damit sind dann viele überfordert. Hier muss ich viel Überzeugungsarbeit leisten.“

## Rechtzeitig HIV-Tests anbieten

Eine Frage brennt mir schon die ganze Zeit auf den Nägeln. Ich frage Jürgen Brust, wann ein Pati- ent zum Arzt kommt und sich auf HIV testen lassen möchte. Immer- hin verläuft die Krankheit jahre- lang symptomlos. Ein Zeitraum, in dem ein unwissender HIV-Patient das Virus weitergeben könnte. „Das ist in der Tat das größte Pro- blem“, antwortet Brust. „Ich bin mir sicher, dass die Gründe dafür sehr unterschiedlich sind.“ Aber er weiß auch, dass es noch immer eine große Hemmschwelle für viele Menschen ist, einen HIV-Test zu machen. Man muss zum Arzt oder Gesundheitsamt, sich also in ir- gendeiner Form outen. Das hält viele davon ab, einen Test zu ma- chen, obwohl sie wissen, dass sie

zu einer so genannten Risiko- gruppe gehören.

Dr. Brust und seine Kollegen haben es in ihrer Praxis aber auch oft mit den „late-presenter“ zu tun, also denjenigen, bei denen die Krankheit zu spät diagnostiziert wird. Hier sind nach seiner Mei- nung vor allem die Hausärzte ge- fragt. Aber auch an Frauenärzte, Hautärzte oder Zahnärzte, bei de- nen Patienten mit bestimmten Sym- ptomen auftauchen, richtet Brust seinen Appell. Diese sollten bei be- stimmten Diagnosen und Sympto- men öfter zu einem HIV-Test raten.

## Auf Merkmale achten

Denn es gibt einige Symptome, die auf eine HIV-Infektion hindeu- ten. „Zwar erkennen der Arzt und der Patient selbst eine HIV-Infek-

tion oftmals nicht direkt“, erklärt er mir. „Es gibt aber einige Merk- male, bei deren Auftreten der be- handelnde Arzt einen HIV-Test an- raten sollte. Orale Haarleukoplakie, Mundsoor, Herpes zoster, Throm- bopenie oder Geschlechtskrank- heiten sind einige der Symptome und nicht zwangsläufig sieht man dem Patienten an, dass er ein Ri- siko für eine HIV-Infektion hat.“

Bei der Therapie anderer Er- krankungen sollte der behandelnde Arzt auf die HIV-Erkrankung ach- ten und im Zweifelsfall den HIV- Spezialisten fragen. Denn so ein- fach die HIV-Therapie mittlerweile ist, gibt es dennoch erhebliche und zum Teil gefährliche Wechselwir- kungen der HIV-Medikamente mit anderen Arzneimitteln wie zum Beispiel Cholesterinsenkern. Oder die PPI – sie können die Resorption

## Bei folgenden klinischen oder laborche- mischen Zeichen an HIV-Test denken:

- Orale Haarleukoplakie
- Seborrhoische Dermatitis
- Rezidivierender Mundsoor
- Herpes zoster bei jungen Patienten
- Mollusca contagiosa
- STDs, unklare Proktitis, rez. Herpes genitalis, Condylomata acc.
- Lymphadenopathie
- Kaposi Sarkome, anale Dysplasien/Karzinome, maligne Lymphome
- Thrombopenie, Leuko-, Lymphopenie
- Polyklonale IgG Vermehrung
- B Symptome: Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust

der antiviralen Medikamente blo- ckieren.

## Aufklären und Diskriminierung abbauen

Ich frage Dr. Jürgen Brust, wa- rum die Zahl der Neuinfektionen gestiegen ist. Durch intensive Auf- klärungsarbeit in den Medien wer- den die Bürger doch für das Thema sensibilisiert. Man kennt die Ri- sikogruppen, die Übertragungswe- ge und vor allem weiß man, wie man sich schützen kann. Hier korrigiert mich Dr. Brust: „Wir HIV-Behand- ler sprechen ungern von Risiko- gruppen. Zu sagen, dass ein homose- xueller Mann zu einer Risikogruppe zählt, ist genauso wenig sinnvoll wie zu sagen, dass jeder Thailand- Urlauber zu einer Risikogruppe ge- hört. In beiden Fällen kommt es auf das Risikoverhalten des Einzelnen an.“

Außerdem sei das Thema der Diskriminierung von HIV-Patien- ten ein großes Problem. Die Angst vor Ausgrenzung sei so groß, dass dies viele von dem Gang zum Arzt abhalte. Selbst innerhalb der Fami- lie sei es oft schwierig. Besonders

„

„An Aids muss heute keiner mehr sterben“

bei Migranten habe die Diagnose Aids oft den Verstoß durch die Fa- milie zur Folge.

„Und dann ist es eben genau die gute Behandlungsmöglichkeit der Krankheit, die dazu führt, sorgloser mit der Infektion umzu- gehen. Hier muss man weiterhin die Aufklärungsarbeit intensivie- ren. Und damit meine ich keine großangelegten Kampagnen, son- dern individuelle und gezielte Aufklärung – auch meiner Kolle- gen.“ Denn die Diskriminierung beginne schon oft in den Arztpra- xen, weiß Dr. Brust durch viele Er- zählungen seiner Patienten. Dabei könne der Umgang mit HIV-Pa- tienten derselbe sein wie mit ande- ren Patienten. Eine mit Textmarker versehene Aufschrift „Vorsicht HIV!“ auf der Karteikarte sei nicht nur diskriminierend, sondern völ- lig überflüssig. Dr. Jürgen Brust versucht mit solchen Beispielen seine Kollegen aufzuklären – mit Erfolg.

Als ich mich von Dr. Jürgen Brust verabschiede, ist mein an- fangs leicht unbehagliches Gefühl verschwunden. Ich spüre selbst, was eine umfassende Aufklärung bringen kann: Sie räumt mit Vor- urteilen auf und vor allem nimmt sie die Angst vor Menschen mit der Diagnose HIV.

# Förderung der Telemedizin im Koalitionsvertrag festgeschrieben

„Elektronische Kommunikations- und Informationstechnologien können Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen verbessern“

Um die Versorgung von älteren, pflegebedürftigen Patienten zu verbessern, soll die Telemedizin in Zukunft gefördert und angemessen vergütet werden, so der Koalitionsvertrag. „Elektronische Kommunikations- und Informationstechnologien“, heißt es, „können die Leistungsfähigkeit in unserem Gesundheitswesen weiter verbessern. (...) Dabei muss ein hoher Datenschutz beachtet werden.“ Ein Kommentar dazu von Stefan Leutzbach, Radiologe aus Bad Säckingen und für die KV Baden Württemberg programmverantwortlicher Arzt für das Freiburger eHealth-Forum:

„Ich freue mich, dass man dieses in Zukunft unumgängliche Instrument jetzt ausdrücklich benennt und begrüßt auch, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschlossen hat, hierfür auch abrechenbare Positionen zu schaffen\*. Jetzt haben wir den Auftrag, überall dort, wo wir in der Vergangenheit vielleicht Hinderungsgründe gefunden haben nachzudenken und Projekte sinnvoll umzusetzen. Es gibt in Deutschland beispielsweise Bedenken aufgrund der sehr engen Vorgaben bezüglich Datenschutz, Medizinproduktegesetz und Rege-

lungen zur Sicherheit der Apparate. Da wird man jetzt noch mal aufgeschlossener drangehen müssen und etwas detaillierter nachfragen, wo und wie wir Telemedizin kreativ und sinnvoll nutzen können, denn die telemedizinischen Anwendungen helfen uns in den verschiedensten Bereichen mit absehbar knapper werdenden Ressourcen eine ausreichende Versorgung zu garantieren.

Es wird in infrastrukturell schwachen Regionen einfach nicht mehr möglich sein, in ausreichender Zahl Ärzte und zum Beispiel Pflegepersonal vor Ort zur Verfügung zu stellen. Es müssen also Wege gefunden, um relevante Daten vom Patienten zum Arzt zu bringen und umgekehrt auch Maßnahmen vom Arzt an den Patienten und seine Therapeuten / Pfleger bringen zu können, ohne den direkten Arzt-Patienten-Kontakt zu haben – der bisher immer noch unabdingbare Voraussetzung für eine abrechenbare Leistung in der ambulanten Versorgung gesetzlich Krankenversicherter ist.

Die technischen Möglichkeiten bestehen schon lange, die Bedenken kommen meist nicht von den unmittelbar Betroffenen, vieles kann beispielsweise in Kranken-



Betrachtung der vom Datenübertragungs- und Notrufsystem gesendeten Blutdruckwerte

häusern schon umgesetzt werden – da sollte die ambulante Medizin kein Hemmschuh in der Umsetzung und Weiterentwicklung sein. Allerdings kostet die Umsetzung Geld, sodass die Einführung einer Vergütung hierfür unabdingbare Voraussetzung ist.“

➔ Das eHealth-Forum zur IT im Gesundheitswesen findet am 29. März im Haus der Ärzte in Freiburg statt. Ein Einladungsflyer liegt dieser ergo-Ausgabe bei; ein ausführliches Programm wird im Januar versandt. Anmeldung: [www.ehealth-forum-freiburg.de](http://www.ehealth-forum-freiburg.de)

\*Die Abrechnung von telemedizinischen Leistungen ist für die Ärzte bisher noch unbefriedigend. Daher überprüfen KBV und GKV-Spitzenverband derzeit den EBM im Auftrag des Gesetzgebers auf Leistungen, die telemedizinisch zu erbringen sind.

## Transparenzkodex für Pharmazuwendungen ab 2015

Arzneimittelhersteller gehen in die Offensive



Die nationale Umsetzung des Europäischen Transparenzkodex ist im November vom Verein Freiwillige Selbstkontrolle in der Arzneimittelindustrie (FSA) beschlossen worden. Im Juni hatte dies bereits der Europäische Dachverband der Pharmaindustrie (EFPIA) festgelegt.

Im Transparenzkodex sollen künftig Zuwendungen der Pharmaindustrie an Ärzte im Internet veröffentlicht werden. Dokumentiert und veröffentlicht werden sollen

Zuwendungen wie Spenden, Honorare für wissenschaftliche Vorträge oder Beratungskosten, die Erstattung von Reisekosten oder Kongressgebühren. Ab 2015 werden die Daten offen gelegt, die erste Veröffentlichung wird rückwirkend allerdings erst im Jahr 2016 erfolgen.

Mit dem Transparenzkodex geht die Pharmaindustrie in die Offensive. Sie will der Kritik entgegenwirken, die Pharmaindustrie beeinflusst mit ihren Zuwendungen massiv die Arbeit von Ärzten.

## Rolle der Medizin in der NS-Zeit erforscht

Preis für wissenschaftliche Arbeiten verliehen

Die Mitschuld einzelner Ärzte an den Verbrechen der nationalsozialistischen Herrschaft ist unbestritten. Viele wissenschaftliche Arbeiten haben sich bereits mit den unterschiedlichsten Aspekten beschäftigt. Und doch ist die Rolle der Ärzteschaft im Dritten Reich bei weitem noch nicht ausreichend aufgearbeitet worden. Deshalb verleihen auch in diesem Jahr wieder Bundesärztekammer, KBV und das Bundesministerium für Gesundheit einen mit 10.000 Euro dotierten Forschungspreis für wissenschaftliche Arbeiten zur Geschichte der Ärzte im Nationalsozialismus.

Mit zwei Haupt- und zwei Sonderpreisen lobte die Jury die hervorragende Qualität der eingereichten Arbeiten. Sie war beeindruckt von den weitgefächerten Themen und der Methodenvielfalt, die ein breites Spektrum von der Alltags- bis zur Institutionengeschichte abdeckte.

Ausgezeichnet wurde unter anderem die Dissertation von Dr. Karl-Werner Ratschko, der sich der Rolle der Medizinischen Fakultät in Kiel während der NS-

Zeit widmete. Die Stärke dieser wissenschaftlichen Untersuchung sei die detailgenaue Beschreibung, wie eine Fakultät von nationalsozialistischer Propaganda durchdrungen und zu deren Instrument wurde. Die Jury hob den hohen Multiplikationsfaktor dieser Ar-



„Stolperstein“ für Anna Lehnkering

beit hervor: als Inspirationsquelle auch für andere Fakultäten, ihre Gesichte ihm Nationalsozialismus aufzuarbeiten.

Der zweite Hauptpreis ging an Mathis Krischel, der mit seiner Fachgeschichte der Urologie in

Deutschland und Österreich im Nationalsozialismus eine interessante Mischung aus biographischen Kurzdarstellungen und exemplarischen Lebensbildern von Opfern und Tätern vorlegte. Mit dem Ziel, die Auswirkungen von Vertreibung, Emigration, Anpassung und Selbstindienstnahme für die den nationalsozialistischen Interessen angepasste Schwerpunktsetzung des Fachgebietes – Eugenik und Sterilisation – zu beschreiben.

Dr. Ruth Jacob erhielt für ihre Arbeit über jüdische Ärzte in Schöneberg einen Sonderpreis. Die von ihr konzipierte Wanderausstellung dokumentierte anhand eines bestimmten Stadtviertels eine „Topographie der Vertreibung“, die auch andere Städte dazu motivieren sollte, eine Aufarbeitung ihres Medizinalwesens in der NS-Zeit zu beginnen.

Sigrid Falkenstein war in ihrem Buch den Spuren der im Zuge der „Aktion T-4“ ermordeten Anna Lehnkering gefolgt. Die Jury lobte die Arbeit, da diese die Konsequenzen geistiger Behinderung in der nationalsozialistischen Herrschaft hervorhob.

# „Die schiere Masse schafft die Probleme“

Dr. Fechner berichtet über seine gesundheitspolitische Reise nach China

Als Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstand der KVBW, am 9. November abends in Frankfurt landet, ist er voller neuer Eindrücke. Er kommt zurück von einer sechstägigen Delegationsreise, die ihn in die Provinz Jiangsu im Osten der Volksrepublik China geführt hatte. Als Mitglied einer Delegation von Gesundheitsexperten hatte sich Fechner auf Einladung des baden-württembergischen Sozialministeriums in Shanghai und Nanjing über das chinesische Gesundheitssystem informiert. Ein Reisebericht.

„Jiangsu ist die Partnerprovinz von Baden-Württemberg. Zwischen beiden findet ein regelmäßiger Austausch statt. Bei unserem Besuch ging es um die unterschiedliche Gesundheitsversorgung in beiden Ländern. Die Chinesen planen

gerade die Einführung einer Krankenversicherung und wollten von uns dazu etwas hören. Und wir nutzten die Gelegenheit, uns das chinesische Gesundheitssystem genauer anzuschauen.

Auf der anderen Seite weckt unser gestuftes System mit Haus-, Facharzt und Klinik bei den chinesischen Gesprächspartnern Interesse. Denn in China gibt es keine niedergelassenen Ärzte. Die gesamte ambulante Versorgung läuft in Krankenhausambulanzen. Die Dimensionen dort sind unvorstellbar. Wir haben eine kardiologische Ambulanz gesehen, die eher an ein großes Flughafen-Terminal denken lässt. Es gibt Schalter, wo man sich anmelden und Nummern ziehen muss, um behandelt zu werden. Bis zu 1.500 Patienten pro Tag werden dort durchgeschleust.

Schwierig ist die Situation auch in der Pflege: Personal, das

die Patienten wäscht, füttert oder bei der Hygiene hilft, gibt es nicht. Zuständig sind die Familien. Gleiches gilt für Pflegeheime.

Wir besichtigten ein großes Krankenhaus, in dem weitestgehend nach traditioneller chinesischer Medizin (TCM) behandelt wird: Akupunktur, Massage und Teemischungen mit vielfältigen Ingredienzien. Allerdings werden Schwerkranken schon lange nach westlichen Standards behandelt. Hier müssen die Chinesen umdenken. Sie verzeichnen seit einigen Jahren einen explosionsartigen Anstieg der Tumor-Erkrankungen – möglicherweise Folge der großen Umweltbelastungen durch den Smog in den Städten.

Früher hat man gesagt: „Wenn in China ein Sack Reis umfällt...“ Inzwischen ist es wohl umgekehrt: Die umwälzenden Veränderungen finden in China statt.“



„Wir können alles“ – sogar chinesisches!



Akupunktur-Ambulanz im TCM-Krankenhaus

## Ein britisches Denkmal wankt

Der National Health Service bekommt mehr und mehr private Konkurrenz

Die Geburt von Prince George of Cambridge hat das englische Königshaus rund 6.000 Euro gekostet. Der Lido-Wing des St. Mary's Hospital gleich eher einer teuren Hotel-Suite als einer Entbindungstation. Das „Royal Baby“ war in den besten ärztlichen Händen und Herzogin Catherine wurde von mehreren Gynäkologen und Hebammen betreut. Einzelzimmer, technische Ausstattung und die richtigen Schmerzmittel zur richtigen Zeit waren für Kate selbstverständlich.

Die Geburt von George Miller hingegen hat in einem der vielen Krankenhäuser des National Health Service (NHS) stattgefunden und einen Bruchteil der Kosten der royalen Geburt verursacht – dafür musste seine Mutter aber auch keinerlei Zuzahlung leisten. Die Geburtsabteilung ist groß, Personal ist knapp und die wenigen Hebammen betreuen mehrere Gebärende gleichzeitig.

Zu Beginn der Schwangerschaft war die Mutter von George zunächst beim niedergelassenen Allgemeinarzt, dem „General Practitioner“ (GP), der sie für weitere Untersuchungen zur Hebamme oder – bei einer Risikoschwangerschaft – zum Gynäkologen in die Klinik überwiesen hat. Den GP sieht sie in der Zeit noch zweimal für die üblichen zwei Ultraschalluntersuchungen.

Seit der Einführung des NHS im Jahr 1948 hat jeder Mensch in Großbritannien Anspruch auf medizinische Grundversorgung, die Gleichbehandlung aller Patienten

sollte garantiert sein. Finanziert wird der NHS fast ausschließlich aus Steuereinnahmen. Doch in den letzten Jahren hat das „Denkmal“ Risse bekommen. Nicht nur die Finanzen, vor allem die fehlende Möglichkeit der freien Arztwahl, die viel zu langen Wartezeiten bei Fachärzten und die oftmals schlechte Unterbringung in den Krankenhäusern werden heftig kritisiert. Britische Politiker werden

Postleitzahlenbereich bestimmt darüber, welcher Arzt für welchen Patienten zuständig ist. Der Wohnort ist aber auch entscheidend für die Finanzierung der Behandlung: Die Regional Offices verteilen das Budget auf die regionalen Health Authorities und die Primary Care Trusts. Diese wiederum agieren regional eigenständig – das Prinzip der Gleichbehandlung wird zunehmend aufgeweicht.

gung nur ins öffentliche Krankenhaus gehen und muss dort meist lange Wartezeiten in Kauf nehmen.

Bezahlt wird der Hausarzt pauschal. Zeit hat er allerdings nur wenig: zehn Minuten pro Patient, in denen er oft nach einem standardisierten Verfahren, das von der medizinischen Zentralbehörde NICE (National Institute for Clinical Excellence) vorgegeben wird, verfährt. Gefragt und zugehört

die Nurses nicht mehr verzichten, denn sie leisten einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Betreuung – bei deutlich reduzierten Kosten. Entlasten sollen außerdem der landesweite Telefondienst (NHS Direct) und die NHS Walk-in-Center zur Versorgung kleiner Verletzungen und Bagatel-Erkrankungen, die von speziell ausgebildeten Pflegekräften geführt werden.

Die meisten britischen Bürger sind nach wie vor grundsätzlich einverstanden mit dem Gesundheitssystem. Insbesondere die grundsätzliche Idee der Gleichbehandlung möchten sie nicht aufgeben. Auch die Ärzte, Pfleger, Hebammen und Apotheker sind prinzipiell zufrieden, da sie mit geregelten Arbeitszeiten den NHS als Arbeitgeber – den größten zivilen in Europa – zu schätzen wissen. Doch sie beklagen auch, dass das System von Schematisierung erstickt wird und Ärzte und Patienten zur Passivität erzieht.

Durch die staatlich verordnete Zuweisung von Patienten fehlt jeglicher Wettbewerb in den Praxen und Krankenhäusern. Und auch die Geldnot wird immer mehr zur bestimmenden Größe. Der Einfluss von privaten Geldgebern wächst. Die derzeitige Regierung will dem entgegensteuern durch eine bessere Verteilung des Geldes, doch sie nimmt auch ganz bewusst die stärkere Konkurrenz von Staats- und Privatmedizin in Kauf.

So starten nicht nur George und Catherine unterschiedlich ins Leben. Die Zweiklassengesellschaft in der Gesundheitsversorgung ist auch in Großbritannien angekommen: die ungleiche Gleichbehandlung.



NHS-Aufführung im Rahmen der Eröffnungsfeier der Olympischen Spiele 2012 in London

nicht zuletzt an ihren Reformbemühungen um das Gesundheitssystem gemessen.

Kernstück des NHS ist die ambulante Versorgung durch die praktischen Hausärzte, die GP. Sie sind echte „Gate Keeper“: Jeder Patient muss zunächst zum GP. Der

GP ist für die Grundversorgung zuständig, nur bei schwerwiegenden Krankheiten überweist er zum Facharzt, der meist im Krankenhaus praktiziert. Hat man als Patient keine Wahl – sprich keine Zusatzversicherung – kann man für die fachärztliche Versor-

wird in britischen Sprechstunden eher wenig, meinen Kritiker.

Dies kann wohl am ehesten noch die „Practice Nurse“, die den GP bei Kontroll- und Routineuntersuchungen unterstützt. In Zeiten großen Ärztemangels installiert, möchte man inzwischen auf

# Teamarbeit nach persönlichen Vorlieben und ohne Bürokratie

Erste regiopraxis Baden-Württemberg wurde vor über einem Jahr in Baiersbronn gegründet

*An der Rezeption stehen drei rote Vasen. In den Praxisräumen gibt es Sitzgelegenheiten, die aus roh behauenen Bäumen bestehen, an den Wänden Tapeten mit Walddarstellungen und Sinsprüchen über Wälder und Wiesen. Das alles in hellen, freundlichen Räumen. Das Konzept der Praxis scheint in geschmackvoller Gestaltung und vor allem der Natur zu bestehen – kein Wunder, denn sie liegt auf dem Land und ist die erste regiopraxis der KV Baden-Württemberg.*

Regiopraxen sollen dauerhaft den Ärztemangel in ländlichen Gebieten verhindern – so sah es das Konzept der KV Baden-Württemberg vor. Hausärzte sollten in Gesundheitszentren oder Gemeinschaftspraxen gemeinsam für ihre Patienten sorgen. Vor etwas mehr als einem Jahr war es dann soweit: Das Pilotprojekt, die erste regiopraxisKVBW, wurde in Baiersbronn gegründet – mit Hilfe eines privaten Investors, einer Anschubfinanzierung und regelmäßigen Betriebskostenzuschüssen der KVBW. Vor allem aber ist die Eröffnung engagierten Ärzten zu verdanken: Dr. Michael Seitz, Dr. Dieter Krampitz und Diplom-Biologe Ernst Rudolf Klumpp, Arzt und Vertreter der Ärzteschaft. Klumpp hat seine ei-

gene Praxis aufgelöst, um in die regiopraxis einzusteigen. Eine Initiative, die sich nach einem guten Jahr regiopraxis gelohnt hat, bilanziert Klumpp: „Wir haben eine sehr gute Organisation, die wunderbar funktioniert, mit gutem Personal und sind auch in der Lage, weitere Patienten aufzunehmen und sie gut zu versorgen. Das haben wir auch schon getan, denn ein weiterer Kollege in der Umgebung hat seine Praxis geschlossen.“



Eröffnung in Baiersbronn

Die Arbeitsweise in der regiopraxis habe sich dabei im Vergleich zu seiner Einzelpraxis sehr geändert, biete aber viele Vorteile: „Die Räume sind sehr viel größer. Wir haben mehr Personal, sodass die Arbeitsabläufe noch besser strukturiert werden mussten. Die Arbeit im Team klappt

wunderbar.“ An Teamarbeit, so wie in der regiopraxis, komme man auf dem Lande nicht mehr drumherum. Gemeinsam könne man die Aufgaben aufteilen oder sich spezialisieren, je nach Neigung. „Wir haben hier die Möglichkeit, uns wirklich um den Patienten zu kümmern und bürokratische oder organisatorische Dinge vom Personal erledigen zu lassen. Auch für die Patienten gibt es Vorteile. Sie haben in einer so großen Praxis einfach mehr Ansprechpartner. Alles in allem arbeiten wir wirklich gerne hier.“

Zum Praxisstart und auch danach wurde die regiopraxis von der KV Baden-Württemberg unterstützt, nicht nur durch die finanziellen Anreize, sondern auch ganz „ideell“, findet Klumpp: „Die Zusammenarbeit war sehr fruchtbar. Die KV hat uns nicht nur in Form von rechtlicher Beratung unterstützt, wir erhielten auch Tipps, was das strukturelle Arbeiten mit dem Personal betrifft und im wirtschaftlichen Bereich bekamen wir viel Know-how. Denn wenn man hier zu dritt ein Projekt startet, das eigentlich für sechs bis sieben Ärzte gedacht ist, kommt man schnell an seine Grenzen und ist dankbar für Hilfe von außen.“ Allerdings, so Klumpp weiter, erreiche man langsam den Rand der Kapazitäten. Höchste Zeit, dass weitere Ärzte sich

in der regiopraxis betätigen. Der Anfang dafür sei schon gemacht: „Wir haben jetzt einen jungen Arzt, der am ersten Januar bei uns zunächst als Weiterbildungsassistent anfangen wird. Einen weiteren Arzt werden wir später dann wahrscheinlich noch dazugewinnen – ganz wie im regiopraxis-Konzept vorgesehen.“

Der ländlichen Raum und insbesondere „sein“ Baiersbronn, findet Klumpp, ist nämlich ein ideales Umfeld für das Arbeiten und Leben als

Arzt – mit viel Lebensqualität und Nähe zur Natur. Das möchte er gerne an junge Kollegen weitervermitteln. Deshalb, so wünscht er sich, sollte die Region attraktiv für den Nachwuchs präsentiert werden. „Wir wünschen uns da mehr Zuspruch, denn hier arbeitet es sich doch sehr schön. Wir hoffen, dass wir in der Öffentlichkeit unser Konzept gut präsentieren können, damit junge Ärzte auf uns aufmerksam werden, die sich vorstellen können in unserer Region zu arbeiten – mit uns zusammen im Team.“

➔ Interesse an der regiopraxis? Weitere Informationen: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Selbstständigkeit » Praxis gründen » Regiopraxis KVBW Seit April ist auch die 2. regiopraxis in Bad Schussenried geöffnet.

## KV-eigene Videoproduktion



Ernst Rudolf Klumpp war so freundlich, der Redaktion auch für ein Videointerview zur Verfügung zu stehen. Mit eigenen Videos sollen Ärzte Klick für Klick schnell informiert werden. So kann das Informationsangebot für ihre Mitglieder ergänzt werden. Ob IGeL-Kodex, das Portrait eines Landarztes oder die Serviceleistungen der KV für die Niedergelassenen – geplant oder bereits umgesetzt

sind die unterschiedlichsten Themen. Haben auch Sie Vorschläge für spannende Geschichten aus der Welt der Niedergelassenen oder Themenideen, die unbedingt aufgegriffen werden müssten? Dann wenden Sie sich bitte an die Redaktion. Das KVBW-Web-TV ist direkt auf der Website unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Infocenter » Videoarchiv zu finden oder bei youtube unter [www.youtube.com/user/kvbawue](http://www.youtube.com/user/kvbawue).

➔ Weitere Infos: Eva Frien, 0721/5961-1209 [Eva.Frien@kvbawue.de](mailto:Eva.Frien@kvbawue.de)

# Hausarzt-EBM ist auf der Startgeraden

KVBW setzt sich auf Bundesebene für Baden-Württemberg ein

*Jetzt ist klar – der neue Hausarzt-EBM musste trotz aller Widerstände der KVBW umgesetzt werden. Welche Probleme sich daraus für die Niedergelassenen ergeben und in welchen Bereichen Vorstand und Geschäftsführung sich für die Mitglieder einsetzen können, erklärt Geschäftsführerin Susanne Lilie.*

## Wo sind die Knackpunkte beim neuen EBM?

Der Arzt hat deutlich mehr Bürokratie in der Praxis und muss mehr EBM-Ziffern angeben, um hinterher vielleicht das gleiche Geld zu bekommen. Und dann läuft er auch noch Gefahr, am Schluss in eine Plausibilitätsprüfung zu geraten, weil die Zeiten, die insbesondere für Gesprächsleistungen hinter den einzelnen EBM-Ziffern hinterlegt sind, nicht passen.

## Was kann die KVBW hier unternehmen?

Auf der Bundesebene laufen gerade die Gespräche über die Änderungsanträge, die die KBV-Vertreterversammlung beschlossen hatte. Der GKV-Spitzenverband

kann sich aber nur unter gewissen Bedingungen vorstellen, den Hausarzt-EBM abzuändern. Ein Knackpunkt in der Diskussion war vor allem die Vertreterpauschale. Hier sollte zusätzlich eine halbe versorgungsspezifische Grundpauschale abrechenbar sein. Dies scheint nach neuesten Informationen nun geeint mit dem GKV-Spitzenverband. Ein weiterer Punkt ist die Chronikerpauschale. Sie sollte auch abzurechnen sein, wenn der Patient in einer anderen Praxis gewesen ist. Oder die Gesprächspauschale, die nicht mit einem eige-

nen Gesprächsbudget einhergehen soll. Hieran knüpfen die Kassen aber Bedingungen. So soll etwa die spezialisierte, geriatrische Versorgung der geriatrischen Institutsambulanzen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), also innerhalb des Budgets, verankert werden.

Das machen wir als Bedingung natürlich nicht mit. Es besteht also noch Gesprächsbedarf, sodass wir im Moment davon ausgehen, dass es nur kleine Änderungen zum 1. Januar beim Hausarzt-EBM geben wird.



## Was hat die KVBW getan, um den EBM zu stoppen?

Wir sind nicht begeistert über diesen Hausarzt-EBM, weil einige Dinge handwerklich nicht gut gemacht sind. Dazu gehört eben genau das Themengebiet Chronikerpauschale, das Thema Gespräch, und auch die versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale. Diese Dinge sind für uns nicht alltags-tauglich für die Arztpraxen. Deswegen hätten wir gerne, dass etwas verändert wird, ja, wir hätten am liebsten den Hausarzt-EBM gar nicht. Daher haben wir die Pflicht zur Einführung rechtlich prüfen lassen. Leider müssen wir ihn allen Widerständen zum Trotz einführen.

Immerhin konnte der Vorstand auch einige Ausnahmeregelungen vereinbaren, sodass wir gerade bei dem Gesprächsbudget innerhalb des Regelleistungsvolumens Ausnahmen machen können. So kann jetzt das Gesprächsbudget, wenn es innerhalb des RLVs ist, mit diesem verrechnet werden. Hier haben wir arztfreundliche Lösungen gefunden.

Es ist uns auch gelungen, anders als der ursprüngliche Plan, dass die diabetologischen Schwerpunktpraxen die hälftige versor-

gungsbereichsspezifische Grundpauschale abrechnen können.

## Wie weit ist der Honorarabschluss 2014?

Wir führen Gespräche mit den Krankenkassen, haben unsere Vorschläge für ein Honorar 2014 vorgelegt und müssen jetzt abwarten, wie sich die Kassen dazu positionieren. Wir gehen aber davon aus, dass wir das sehr konstruktiv über die Bühne bringen können. Leider können wir erst Anfang 2014 mit einem Honorarabschluss rechnen.

## Können wir mit der Honorarverteilung eventuell Verwerfungen durch den EBM neutralisieren?

Ja, teilweise, indem wir das Gesprächsbudget, wie oben erwähnt, geregelt haben und die so genannte versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale (GOP 03040/04040 EBM) innerhalb des Regelleistungsvolumens belassen.

Damit kann jede Praxis unabhängig von ihrem Versorgungsspektrum das volle RLV ausschöpfen, auch wenn im Einzelfall die versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale nicht anfällt.

# Unklarheiten beseitigt

*VV macht Weg zur Förderung der Notfallpraxen frei*

## Förderrichtlinie Notfallpraxen Wahlen

Mit der Förderrichtlinie Notfallpraxen hat das oberste Organ der KVBW, die VV die Basis geschaffen, auf der die Verantwortlichen für die Notfalldienstpraxen-Vereine für 2014 planen können. Für das Jahr 2014 orientiert sich die Förderung grundsätzlich an den bislang tatsächlich entstandenen Kosten für den Betrieb der jeweiligen Notfallpraxis. 2015 ist ein Benchmarking geplant. Die Förderung für die Vereine bemisst sich dann an den Aufwendungen für KVBW-betriebene Notfallpraxen, die unter vergleichbaren Bedingungen sicherstellen.

## KV-Safe-Net\*

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) will die Online-Anbindung der Praxen mittels KV-SafeNet\* vorantreiben. Die Bundesebene setzt in Sachen Datensicherheit ganz auf VPN-Lösungen, also virtuelle private Netze (VPN).

Bis Mitte 2015 sollen Ärzte und Psychotherapeuten ausschließlich über KV-SafeNet\*-Router auf die Online-Anwendungen der KVen zugreifen können. So sieht es die bundesweite IT-Strategie vor.

Die Delegierten der baden-württembergischen Vertreterversammlung diskutierten kontrovers das Für und Wider. Viele kritische Stimmen mündeten im Beschluss, jedem Niedergelassenen freizustellen, ob er sich an das KV-Safe-Net\* anbindet.

Die Vertreterversammlung wählte Dr. Klaus Rüdiger, Facharzt für Urologie in Freiburg, als ärztlichen Beisitzer sowie Dr. Doris Reinhardt, Fachärztin für Allge-



wahlen wurden erforderlich, um die stellvertretenden Ausschussmitglieder zu ersetzen, die zwischenzeitlich auf ihre vertragsärztliche Tätigkeit verzichtet haben.

## Vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115b

Krankenhäuser können Niedergelassene beauftragen, Patienten vor oder nach einem stationären Klinikaufenthalt zu untersuchen oder zu behandeln. Das hat der Gesetzgeber bereits 2012 im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes im Paragraph 115a des SGB V geregelt. Wie die Regelung zu interpretieren ist, und wer die Kosten für die prä- und poststationäre Behandlung trägt, ist nach wie vor strittig.

Bislang konnte zwischen der Krankenhausseite und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg noch keine Rahmenvereinbarung getroffen werden, die Rechtssicherheit schafft. Der Vorstand hat der Vertreterversammlung den Vorschlag unterbreitet, im Rahmen eines Schlichtungsgesprächs die strittigen Fragen im Sinne der Ärzteschaft zu klären.

*\* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.*

meinmedizin in Friesenheim, als stellvertretende ärztliche Beisitzerin für den Disziplinausschuss der Bezirksdirektion Freiburg sowie Dr. Rainer Hagemann, Facharzt für Innere Medizin in Freiburg, als stellvertretenden ärztlichen Beisitzer für die Amtsperiode 2011 bis 2016. Außerdem wurde Dr. Stefan Hautzinger, Facharzt für psychotherapeutische Medizin in Karlsruhe, als stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie gewählt. Die Nach-

## Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 4. Dezember 2013

- **Trennung in eine hausärztliche und fachärztliche KV beziehungsweise KBV.** Die Delegierten der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg beschließen, die in Berlin diskutierte Trennung der KVen beziehungsweise der KBV in einen hausärztlichen und fachärztlichen Bereich entschieden abzulehnen. In der Begründung heißt es, dass sich die Versorgungsbereiche sowohl medizinisch als auch technisch überhaupt nicht trennen lassen. Eine Aufspaltung der Ärzte sei in der Außendarstellung schädlich und entspreche auch nicht der internen Diskussion und dem bestehenden Konsens. Eine Trennung hätte auch Auswirkungen auf die Sicherstellung der ambulanten Versorgung. „Wir lassen uns“, so die Delegierten, „nicht zum Spielball einzelner Interessensgruppen oder der Politik machen.“
- **Der Honorarverteilungsmaßstab und die Abrechnungsrichtlinien werden zum 1. Quartal 2014 angepasst.** Weitere Informationen in der Anlage „Meldungen nach Redaktionsschluss“ dieser ergo-Ausgabe.
- **Eine redaktionelle Änderung der Notfalldienstordnung wurde beschlossen.** Sie tritt zum 1. Januar 2014 in Kraft.
- **Das Grid-Card-System zum Einreichen der Honorarunterlagen soll erhalten bleiben.** Die Delegierten befürchten, dass das KV-SafeNet\* unkalkulierbare Kosten ohne erkennbaren Mehrwert schafft. Bedenken bestehen auch bezüglich der Sicherheit des Systems durch den permanenten Online-Zustand des Konnektors. Die Sicherheit des Gridcard-Systems für diesen Zweck sei erprobt, ausreichend und besser als KV-SafeNet\*. Kritisiert wird auch, dass die Implementierung neuer Kommunikationsstrukturen mit steigenden Anschaffungs- und Unterhaltungskosten verbunden ist.
- **Die Delegierten fordern den Vorstand der KVBW auf, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass der Abrechnungsausschluss der Palliativziffern im hausärztlichen Teil des EBM durch die spezialisierte ambulante palliative Versorgung zurückgenommen wird,** da in Baden-Württemberg die Abrechnung der SAPV durch Direktabrechnung mit den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt. Schon aus systematischen Gründen sei es nicht ersichtlich, dass hier die EBM-Vorgabe (Präambel) gelten soll. Darüber hinaus werde durch den Abrechnungsausschluss eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem spezialisierten Palliativmediziner und Hausarzt geradezu verhindert.

# Die KVBW wächst zusammen

*Verwaltung wird schlanker – Aufgabenschwerpunkte werden zusammengefasst – vier Standorte bleiben*

**Standort- und Strukturkonzept: Ein Schlagwort, das die KVBW als Verwaltung in den kommenden Jahren auf Trab halten wird. Denn dahinter versteckt sich ein Optimierungsprozess, um die KVBW als Dienstleister moderner und serviceorientierter gegenüber den Mitgliedern zu gestalten.**

Bereits bei seinem Amtsantritt 2011 gab der Vorstand das Ziel vor, dass die KVBW für die Ärzte und Psychotherapeuten noch effektiver und mitgliedernah werden solle. Dabei muss die KVBW auf der einen Seite die immer komplizierter und aufwändiger werdenden Bestimmungen im Gesundheitswesen umsetzen, auf der anderen Seite den Verwaltungskostensatz stabil halten. Erforderlich sind hierfür unter anderem eine klare strategische Ausrichtung, schlankere Prozesse und eine verbesserte Kommunika-

tion unter den Mitarbeitern der KVBW. All dies braucht die richtige organisatorische Struktur. Der Vorstand hat daher die Geschäftsführung beauftragt, ein Standort- und Strukturkonzept für die KVBW zu erarbeiten.

Im Herbst 2013 wurde das Konzept dem Sozialministerium, der Vertreterversammlung, den Bezirksbeiräten und den Mitarbeitern der KVBW vorgestellt. Es beinhaltet Vorgaben, an welchen Standorten die KVBW künftig vertreten sein wird und welche Aufgaben an welchem Standort durchgeführt werden sollen. Ziel ist es, Aufgaben zu konzentrieren und damit die Prozesse zu verbessern. Derzeit sind, noch durch die Fusion bedingt, einige Aufgaben stark aufgeteilt zwischen den einzelnen Standorten. Das erschwert die Abläufe und bedeutet einen höheren Aufwand.

Vor allem die Frage der Standorte hat bereits im Zuge der Fusion

eine große Rolle gespielt. Damals wurden die Abrechnungsstellen in Pforzheim, Offenburg und Baden-Baden geschlossen. Ende vergangenen Jahres hat dann der Vorstand entschieden, das Regionalbüro Konstanz zu schließen. Auslöser war der (überraschende) Wegfall der Praxisgebühr, mit dem ein wesentlicher Teil der Mitarbeiter dort beschäftigt waren. Es wäre aus wirtschaftlichen und strukturellen Gründen unsinnig gewesen, eigens neue Aufgaben nach Konstanz zu verlagern.

Der Vorstand hat nun bekanntgegeben, den Standort Mannheim zu schließen. Auslöser war die Ankündigung der Bezirksärztekammer Nordbaden, aus der Bezirksdirektion Karlsruhe auszuziehen. In Karlsruhe werden damit zusätzliche Raumkapazitäten frei. Auch hier wäre es wirtschaftlich nicht vertretbar, vor diesem Hintergrund den Standort Mannheim weiter auf-

rechtzuerhalten. Die Arbeitsplätze der etwas mehr als 100 Mitarbeiter in Mannheim werden nach Karlsruhe verlegt. Die Bezirksärztekammer wird etwa Mitte 2015 aus Karlsruhe ausziehen, sodass die Umgliederung der Stellen in Mannheim Anfang 2016 erfolgen soll. An den anderen Standorten wird es Verschiebungen einzelner Aufgaben geben.

Großen Wert hat der Vorstand darauf gelegt, dass im Rahmen des Standort- und Strukturkonzeptes keine betriebsbedingten Kündigungen ausgesprochen werden. Es gehe hier nicht um einen Stellenabbau, ganz im Gegenteil: Ziel ist es, dass alle Mitarbeiter an Bord bleiben.

Weitere Standortschließungen hat der Vorstand ausgeschlossen. Die KVBW wird daher künftig in Stuttgart, Karlsruhe, Reutlingen und Freiburg vertreten sein. Ebenso ändert das Konzept nichts an der Politik des Vorstandes, vor Ort präsent zu sein.



## Anmeldung KV-Newsletter

Beziehen Sie schon den Newsletter der KV Baden-Württemberg? Für den Vorstand hat der Austausch mit den Mitgliedern eine große Bedeutung. Aus Kostengründen und der Umwelt zuliebe sollen die papierlosen Informationswege stärker genutzt werden. E-Kommunikation ist schnell und aktuell. Machen Sie es wie viele andere Kollegen schon heute: Teilen Sie uns Ihre E-Mail-Adresse und Arztnummer mit für den Erhalt der elektronischen Informationen des Vorstandes.

➔ Anmeldung an [pressereferat@kv-bawue.de](mailto:pressereferat@kv-bawue.de) oder über [www.kvbawue.de/kvbw-newsletter](http://www.kvbawue.de/kvbw-newsletter)

## Fit für Praxis und Gremien

Mit dem Laufsport hat der Freiburger Gynäkologe, Mitglied der Vertreterversammlung und Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg Dr. Ulrich Clever, schon vor langer Zeit den Ausgleich zu Stress und Gremienarbeit gefunden: „Für mich ist das zugleich Herzinfarktprophylaxe und Entspannungstherapie. Früher habe ich beim Laufen noch Reden konzipiert, heute bleibt der Kopf frei.“

Gerade hat er den New-York-Marathon absolviert – insgesamt hat er schon 46 Marathons „auf dem Buckel“, unter anderem in London, Köln, Brüssel und natürlich Freiburg. „Doch New York ist eine ganz andere Kategorie, durch das Meer, die Menschenmassen und die Begeisterungsfähigkeit ist dieser Marathon etwas ganz Besonderes, ein Erlebnis, das ein Kribbeln auf der Haut verursacht.“



## QZ-Arbeit feiert runden Geburtstag

Ärzte und Psychotherapeuten gründeten vor gut 20 Jahren die ersten Qualitätszirkel. Ziel war eine neue, selbstbestimmte und unabhängige Fortbildung. Anerkennung fand dieses Engagement, als 1993 Qualitätszirkel in die Qualitätssicherungs-Richtlinien Eingang fanden – als innerärztliches Verfahren zur Qualitätssicherung. In den folgenden Jahren wurde die QZ-Idee weiterentwickelt. Es entstanden beispielsweise Konzepte zur Tutorenausbildung nach dem Train-the-Trainer-Prinzip, QZ-Newsletter wurden ins Leben gerufen und Handbücher zur Qualitätszirkelarbeit entwickelt. Die KV Baden-Württemberg plant für das nächste Jahr zudem die Herausgabe einer Sonderpublikation speziell für QZ-Moderatoren, die über die aktuellen Aktivitäten auf diesem Gebiet informieren soll. Stand Ende 2012 gab es bundesweit etwa 9.500 Qualitätszirkel mit mehr als 68.000 Teilnehmern. Davon sind gut 20 Prozent hausärztliche, gut 30 Prozent fachärztliche, knapp 30 Prozent psychotherapeutische und knapp 20 Prozent fachgebietsübergreifende beziehungsweise sonstige QZ. Abgedeckt sind über 20 Themengebiete von ADHS über MRSA bis hin zu Zytologien.

# How to become Dr. Haus

*KV Baden-Württemberg informiert an der Universität Ulm über Wege in die Allgemeinmedizin*

*Wenn der knurrige Dr. House, amerikanischer Serienheld mit latent schlechter Laune und Hang zu ärztlicher Genialität, über den Bildschirm flimmert, können die meisten nicht anders, als vom Medizinberuf fasziniert zu sein. Diese Popularität hat dem Serienhelden dazu verholffen, in einigen Medizinseminaren zu Demonstrationszwecken Verwendung zu finden. In Ulm wurde jetzt mit der fiktiven Arztfigur dafür geworben, die Niederlassung für den Mediziner mann beziehungsweise die -frau attraktiver zu machen.*

Universität Ulm, Hörsaal H1. 35 Medizinstudenten sind der Einladung von Fachschaft und KVBW gefolgt. Sie möchten wissen, wie das mit der Niederlassung funktioniert – bei der Veranstaltung „How to become Dr. Haus“. KVBW-Mitarbeiterin Ilka Latuske erklärt, wie man Hausarzt wird. Sie referiert über die Aus- und Weiterbildung in der vertragsärztlichen Versorgung und beantwortet typische Fragen, die sich den Jungmediziner bei der Niederlassung stellen könnten:

„Was muss ein Medizinstudent tun, wenn er sich niederlassen will? Welche Qualifikationen muss er vorweisen, welche Formalitäten müssen erfüllt sein, bis er den Schlüssel zur eigenen Praxis in der Hand hält? Wie komme ich zu einer Famulatur?“

Die gute Nachricht für die Studenten: Die KVBW unterstützt die Famulatur mit einer Online-Börse, in die kostenlos sowohl Angebote als auch Gesuche eingestellt werden können. Darüber hinaus gibt es über die Hausärzte eine finanzielle Förderung in Form eines Ta-



Schon an der Uni wirbt die KVBW für die Niederlassung.

schengeldes von 160 Euro pro Monat für den Famulus.

Auf der Suche nach hausärztlichen Famulaturen in der Nähe von Ulm hatte sich Studentin Jacqueline Merkle an die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) gewandt – ein Verbund von Krankenhausgesellschaft, Kammer und KV, der für den Beruf des Hausarztes wirbt. 50 Hausärzte bieten in der Region inzwischen die Famulatur an.

Frank Portenhaus von der KoStA stellt die Verbundweiterbildung und das Förderprogramm in der Allgemeinmedizin vor. Im Weiterbildungsverbund kooperieren Kliniken und niedergelassene Ärzte auf regionaler Ebene, um die Weiterbildungsbedingungen für die angehenden Fachärzte für Allgemeinmedizin zu optimieren. Strukturierte und nahtlose Abläufe ermöglichen es, die gesamte Weiterbildung, also ambulant und sta-

tionär, „im Paket“ zu durchlaufen. Die Suche nach Anschlussweiterbildungsstellen entfällt. Das gibt sowohl den angehenden Allgemeinmedizinern als auch den weiterbildenden Einrichtungen Planungssicherheit.

Aus Umfragen weiß man, was junge Ärzte von der Niederlassung abhält. Das ist in Ulm nicht anders. Auch hier drehen sich die Fragen der Teilnehmer in erster Linie um Bürokratie und Arbeitszeiten, um Einkommen, um Kooperations- und Fortbildungsmöglichkeiten.

Auf die meisten dieser Fragen können KV-Mitarbeiter eine Antwort geben. Direkt aus der Praxis, also dem Arbeitsalltag eines Niedergelassenen, berichtet Dr. Manfred Eissler. Er ist Allgemeinarzt, Bezirksbeirat und seit 25 Jahren „Dr. Haus“ in Reutlingen. Er persönlich empfindet die Bürokratie in den Arztpraxen akzeptabel und die Arbeitszeiten nicht als belastend. Vieles sei eine Frage von Selbstmanagement und Praxisorganisation.

Auf die allgemein verbreitete Unlust als Landarzt zu arbeiten, die auch an der Ulmer Uni zu spüren ist, kontert Eissler mit Berichten aus seinem Berufsalltag: „Damals war es ein Glücksfall, eine Arztpraxis übernehmen zu können. Die Niederlassung war sehr begehrt und die freiwerdenden Praxen schnell vergeben.“ Rückblickend ist er froh, Hausarzt zu sein.

„Ein Klinikarzt begleitet einen Patienten in der Regel nur über wenige Tage, ein Hausarzt hat häufig über viele Jahre ein enges Verhältnis zu seinen Patienten. Oft betreut er komplette Familien über Generationen hinweg. Das ist schon etwas ganz Besonderes.“

## Bei Niederlassung auf Beratungsangebote der KV zurückgreifen

*Fachberater informieren in Sachen Zulassung, Betriebswirtschaft und Abrechnung*

**Der Weg in die Selbstständigkeit ist mit zahlreichen Unsicherheiten verbunden: rechtliche Hürden, Zulassungsrechtliche Probleme, finanzielle Unwägbarkeiten. Und nicht zuletzt stellt sich die Frage, ob die Niederlassung überhaupt das Richtige ist. Die Fachberater der KV Baden-Württemberg können hier helfen. Sie informieren individuell bei der Praxiskonzeption und begleiten Schritt für Schritt beim Weg zur eigenen Praxis.**

Jan Ulrich Schuster ist Niederlassungsberater. Als Jurist berät er die zukünftigen Niedergelassenen, zum Beispiel im Verfahrensrecht.

Wir erläutern den ganzen Verfahrensverlauf, wie man in die Zulassung oder Anstellung kommt, wie man an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen kann und besprechen auch Kooperationsmöglichkeiten. Daneben prüfen unsere BWL-Kollegen den betriebswirtschaftlichen Hinter-

grund einer Praxisgründung, zeigen Finanzierungsmöglichkeiten auf, führen auf Antrag des Praxisinhabers Orientierungshilfen zum Wert einer zu übergebenden Praxis durch oder erstellen eine Liquiditätsvorschau für den Interessenten. Und schließlich gibt es auch noch die Abrechnungsberatung.

**Sie gehen ja auch vor Ort, um für die Niederlassung zu werben?**

Zur Mitgliedergewinnung gerade im hausärztlichen Bereich sprechen wir schon die Studierenden an den Universitätskliniken an, führen für PJ-Studenten Informationsveranstaltungen durch, informieren an Unikliniken die Weiterbildungsassistenten und werben für die Tätigkeit im ambulanten Bereich.

**Was sind die häufigsten Fragen der jungen Ärzte?**

Sie fragen beispielsweise, wo man sich niederlassen kann, ob Zulassungsbeschränkungen bestehen, wie es sich mit der Anstellung

im ambulanten Bereich verhält, wie hoch der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit ist oder was man als niedergelassener Arzt verdienen kann. Gerade im fachärztlichen Bereich gibt es die Nachfrage nach überörtlichen Kooperationen, teilweise auch bundeslandübergreifend in andere KV-Bezirke hinein. Da gilt es zulassungs- und verfahrensrechtliche Fragen zu klären. Natürlich gibt es auch wichtige betriebswirtschaftliche Aspekte, denn ein weiterer Standort bedeutet weitere Betriebsausgaben, sodass für diese Fragen an die BWL-Berater verwiesen wird; andererseits kann es aber auch reizvoll sein, eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zu gründen, um das Leistungsangebot am jeweiligen Praxisstandort zu erweitern.

**Haben Sie eine persönliche Empfehlung für einen Arzt, der sich niederlassen möchte?**

Er soll sich frühzeitig mit den Fachberatern der KV in Verbin-



Jan Ulrich Schuster

dung setzen, unsere Angebote wahrnehmen – angefangen von unseren Kontaktbörsen im Internet bis hin zum persönlichen Beratungsgespräch. Wir können einen zeitlichen Fahrplan für die Praxisübergabe aufstellen, sodass alles verfahrensrechtlich in geordneten Bahnen läuft und der Arzt am Ende nicht in zeitliche Not gerät. Wir Berater stehen jederzeit gerne zur Verfügung – das gesamte Berufsleben, von der Niederlassung bis hin zur Praxisübergabe.

# Baden-Württembergs Ärzte IGeLn fair

Plakate und Flyer zur freiwilligen Selbstverpflichtung können im Internet bestellt werden

„Wir IGeLn fair“, verspricht die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) im August. Gemeint war das Angebot der KV an die Ärzte, sich an einem einheitlichen IGeL-Kodex zu beteiligen. Der umfasst zehn Grundsätze zum fairen IGeLn, zu denen sich die Ärzte mit ihrer Unterschrift bekennen. Damit machen sie ihren Patienten ein nachweisliches Qualitätsversprechen und schaffen zusätzliche Sicherheit.

Vier Monate nach dem Start des IGeL-Kodexes haben sich viele Niedergelassene für dieses Angebot interessiert, sich im Internet registriert und den IGeL-Kodex unterzeichnet. Mit den zehn Grundsätzen haben sie sich unter anderem verpflichtet, die Patienten sachlich zu informieren, ihnen für die Entscheidung für oder gegen die angebotene Leistung Bedenkzeit zu geben oder eine nachvollziehbare Rechnung auszustellen.

Dr. Benjamin Khan Durani, Hautarzt aus Heidelberg, hat dies schon im August gemacht und Plakate zum Aushang in der Praxis sowie Flyer zur Patienteninformation erhalten. Seiner Meinung nach sind IGeL ein interessantes Angebot für die Patienten: „Der IGeL-Kodex ist in unseren Augen sinnvoll, denn das Problem beim IGeLn ist, dass die Patienten mittlerweile das Wort IGeL schon fast



„IGeL sind eine sinnvolle Ergänzung zur Behandlung im Rahmen der GKV.“

als etwas Anrüchiges empfinden oder sie denken, dass diese Angebote vielleicht nicht wirklich medizinisch vertretbar sind. Daher finde ich es ganz gut, wenn wir Ärzte uns selbst dazu verpflichten, einen Kodex zu unterschreiben und zu sagen, wir bieten wirklich nur Leistungen an, die aus Sicht des anbietenden Arztes sinnvoll und nachvollziehbar sind.“

Daher habe er auch das Plakat angefordert, das schwarz auf weiß – durch die KV – dokumentiert,

dass sich die Mediziner an die Spielregeln halten – was diese auch durch die eigene Unterschrift auf den Plakaten zeigen.

Durani IGeL vor allem die Untersuchung mit dem Auflichtmikroskop im Rahmen der Hautkrebsvorsorge. Er bietet auch die digitale Fotografie von Leberflecken an, mit deren Hilfe selbst kleinste Veränderungen der Haut nachgewiesen werden können. Er empfiehlt diese Leistung, da auch Patienten unter 35 Jahren Hautkrebs bekommen können, aber nicht alle Kassen dies bezahlen.

Die Reaktionen der Patienten auf das Angebot sind unterschiedlich. Meist kommt der Patient in die Praxis mit der Überzeugung,

dass die Kassen alle Kosten übernehmen: „Dann wundert er sich erst mal, wenn er hört, dass es verschiedene Untersuchungsmethoden mit verschiedener Qualität gibt. Wir klären dann auf, dass wir mit bloßen Augen die Haut zwar untersuchen können, diese Methode aber an ihre Grenzen gerät, wenn die Flecken eine besondere Farbe, Form oder eine spezielle Dunkelheit haben und man mit bestimmten Geräten – hier dem Auflichtmikroskop – die Struktur der Haut besser beurteilen kann. Dann sehen die Patienten relativ schnell ein, dass es eine vernünftige Untersuchung ist.“

Das Plakat zum Aushang in der Praxis und die Flyer zur Patienten-

information könnten dies in Zukunft noch leichter machen, denn sie schaffen neue Transparenz bei den Individuellen Gesundheitsleistungen.

Daher ist Susanne Lilie, Geschäftsführerin der KV Baden-Württemberg, auch besonders stolz auf den IGeL-Kodex, eines der neuesten „KV-Babies“: „Die KVBW wird bei den IGeL aktiv, um die Bedeutung dieser Leistungen für eine umfassendere Versorgung zu unterstreichen und gleichzeitig auf die öffentlichen Diskussionen der vergangenen Jahre zu reagieren“, erläutert sie die Aktion. „IGeL sind eine sinnvolle Ergänzung zur Behandlung im Rahmen der GKV, deren Bedeutung nicht unterschätzt werden sollte. Durch den Kodex erhalten Ärzte und Psychotherapeuten nun mit der freiwilligen Selbstauskunft die Möglichkeit, ihr hohes Beratungsniveau und die erstklassige Untersuchungs- und Behandlungsqualität für alle Patienten direkt nachvollziehbar darzulegen.“

Im Vordergrund steht neben der Qualität besonders das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis beim IGeLn. Das ist auch nach Khan Duranis Meinung eine gute Sache. Mit der man außerdem den in der Öffentlichkeit etwas rampolierten Ruf der IGeL-Leistungen verbessern könne, „...weil wir Ärzte den Patienten am Ende des Tages mit gutem Gewissen erklären müssen, ob er eine gesunde Haut oder aber auffällige Muttermale hat, die verändert und nicht gutartig sind. Und das kann man mit dem bloßen Auge eben nicht immer sehen.“

## Der IGeL-Kodex



Die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sind umstritten. Patienten fühlen sich übervorteilt, Ärzte zu Unrecht angegriffen. Umso besser, dass die KVBW mit ihrem neuen IGeL-Kodex nun Farbe bekennen. Die Initiative findet Beifall bei Ärzten, Patienten und den Krankenkassen.

So geschehen beim „Forum Gesundheit“, zu der die Stuttgarter Nachrichten und die Techniker Krankenkasse in Stuttgart Mitte November eingeladen hatten. Die Diskussion machte deutlich wie ambivalent das Thema „IGeL“ ist und wie notwendig es ist, Klarheit und Transparenz zu schaffen. Denn einerseits fragen viele Patienten von sich aus nach IGeL, andererseits landen bei den Patientenorganisationen immer wieder kritische Nachfragen zu den Leistungen. Einerseits bezahlen die Kassen den IGeL-Monitor, der die Leistungen nach wissenschaftlichen Kriterien bewertet, andererseits bieten sie selbst Leistungen für GKV-Patienten an, die in dieser Hinsicht möglicherweise kritisch zu bewerten sind. Einerseits prangern manche Politiker an, dass sich die Patienten vor IGeL-Angeboten der Ärzte nicht retten können, andererseits beträgt das Volumen gerade einmal etwa drei Prozent der Gesamtvergütung.

Umso wichtiger ist es, dass die Ärzteschaft das Thema offensiv angeht und nach klaren, fairen „Spielregeln“ handelt. Die Resonanz auf die Einführung des IGeL-Qualitätskodex zeigt, wie wichtig dies vielen niedergelassenen Ärzten ist. Dr. Norbert Metke zog bei der Veranstaltung eine erste Zwischenbilanz: „Bis Ende Oktober haben knapp 900 Praxen in Baden-Württemberg den Qualitätskodex angefordert. Das ist ein ausgezeichneter Wert. Doch mit Blick auf insgesamt 20.000 Ärzte ist noch Luft nach oben.“

➔ Bestellung des Plakates und der Flyer „IGeL-Kodex“ für die eigene Praxis über die Homepage der KVBW

## Polio-Ausbruch in Syrien

Nach Informationen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg (ÖGD) besteht nach dem Ausbruch von Polio in Syrien bei Kindern unter drei Jahren ein ernstzunehmendes Risiko der Einschleppung des Virus. Aufgrund der hohen Durchimpfungsraten ist die Wahrscheinlichkeit für Krankheitsausbrüche in Deutschland zwar gering, für Bevölkerungsgruppen mit geringer Durchimpfung kann jedoch ein Risiko bestehen. Daher bittet der ÖGD, die Ärzte zu informieren: Bei Bewohnern von Gemeinschaftseinrichtungen für Flüchtlinge und Asylbewerber wird eine Polio-Auffrischimpfung empfohlen, wenn die Grundimmunisierung nicht vollständig dokumentiert ist oder die letzte

Impfung länger als zehn Jahre zurückliegt. Die Impfkosten bei Flüchtlingen und Asylbewerbern entsprechend der STIKO-Empfehlung werden von den Kreisen/Gemeinden getragen.

Meldepflicht für Poliomyelitis besteht bereits bei klinischem Verdacht – als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn sie traumatisch bedingt ist. Eine Enterovirus-Diagnostik bei akuter schlaffer Lähmung oder Verdacht auf virale Meningitis/Enzephalitis ist notwendig. Die Diagnostik wird bei Verdacht von Laboren des Labornetzwerks Enterovirus-Diagnostik (LaNED) kostenlos durchgeführt. In BaWü wird die Diagnostik unter anderem vom Landesgesundheitsamt angeboten.

## Alte Krankenversichertenkarte bleibt gültig

Auch im neuen Jahr können Patienten ohne eGK behandelt werden

Trotz vieler anders lautender Berichte gilt: Die alten Krankenversichertenkarten (KVK) bleiben auch im neuen Jahr noch gültig. Zwar startet die elektronische Gesundheitskarte (eGK) wie vorgesehen zum 1. Januar 2014 offiziell. Doch noch haben rund fünf Prozent der Versicherten keine eGK.

Doch auch diese Versicherten stehen am 1. Januar keineswegs ohne Versicherungsschutz da. Denn die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf eine Übergangsregelung geeinigt. Die KVK

kann weiterhin eingeleistet werden; die Ärzte können darüber ihre Leistungen abrechnen.

Uneinigkeit besteht allerdings über die Interpretation der Frist. Gelegentlich wird der 30. September 2014 als letzter Gültigkeitstag der KVK genannt. Dem widerspricht die KBV. Sie geht davon aus, dass die alten Karten noch bis zu ihrem jeweils aufgedruckten Gültigkeitstermin gelten. Relevant für die Ärzte ist sicher die Aussage der KBV – schließlich rechnen sie über die KV, nicht mit den Krankenkassen ab.

Bleibt die Frage, was passiert, wenn bei einem Patienten die KVK abgelaufen ist, eine eGK aber nicht vorliegt. Auch dann sollte der Arzt behandeln und der Patient muss innerhalb von zehn Tagen eine gültige Karte vorlegen. Ansonsten kann der Arzt dem Versicherten die Kosten privat in Rechnung stellen. Legt der Patient noch innerhalb des Quartals eine gültige Karte vor, müssen die Kosten rückerstattet werden. So lauten die, auch für die KVBW verpflichtenden, bundesweiten Rahmenvorgaben.

# NFD im Ostalbkreis

Ärztenschaftsvorsitzender berichtet über die Notfallpraxen in Aalen und Ellwangen

Rainer Michael Gräter ist niedergelassener Allgemeinarzt in Essingen im Ostalbkreis, wo er Vorsitzender der Kreisärzteschaft ist. Die Reform des Notfalldienstes begleitet er als Mitglied der Notfalldienst-Kommission der VV und ist in der Notfallpraxis Aalen stellvertretender Notfallpraxisbeauftragter. Hier berichtet er über die Notfalldienstreform im Ostalbkreis.

## Wie sind Sie in den Übergang involviert?

Als Kreisärzteschaftsvorsitzender war ich bei mehreren Vorbereitungstreffen dabei. Sehr überrascht war ich, wie umfangreich ein Übergang von einer Trägerschaft auf die andere ist. Denn die KV als Körperschaft öffentlichen Rechts hat natürlich ganz andere Verpflichtungen als ein Ver-

ein in die Insolvenz gegangen. Und diese Verantwortung und vor allem die Haftung wollten die Kollegen nicht mehr tragen. Sie wollten die ersten sein, wenn es die Möglichkeit einer Übernahme gibt. Die Ellwanger Kollegen waren sofort überzeugt vom Konzept.

## Wie ist die Planung in Aalen?

Die Aalener Praxis wird voraussichtlich im März an den Start gehen. Sie wird im Ostalb-Klinikum renovierte Räume direkt neben der neuen zentralen Notaufnahme beziehen. Bisher hatten wir in Aalen noch keine zentrale Notfallpraxis. Ein Konzept lag zwar schon seit 15 Jahren in der Schublade. Doch es kam nie eine ausreichende Mehrheit bei den Ärzten zusammen. Viele wollten zunächst eher eine Praxis im Stadtzentrum.

Inzwischen sind gut 70 Prozent der Kollegen für eine NFP am Krankenhaus. Es gibt eine ausreichende Zahl von kompetenten MFAs und von Kollegen für die Wochenend-Dienste. Durch Mitarbeit von Pädiatern ist auch die kinderärztliche Versorgung integriert. Die räumliche Anbindung an die Ostalbklinik bietet wichtige Synergien in der Qualität der Patientenversorgung. Alle warten gespannt auf die neuen Herausforderungen.

Ich persönlich bin sehr dankbar, dass es mit der Reform jetzt klappt, denn gerade im ländlichen Raum ist es sonst kaum möglich, junge Ärzte für eine Praxisübernahme zu gewinnen. Wir haben im Kreis einen Notfalldienstbezirk mit sieben Kollegen, die bisher alle Dienste im Jahr machen mussten – genau 52 Dienste pro Kopf pro Jahr. Das ist unhaltbar. Kein junger Kollege übernimmt eine Praxis, mit der er zu so vielen Diensten verpflichtet ist.

Aus meiner Sicht bringt die Reform die sinnvollen Änderungen, die uns auch in Zukunft unsere Verpflichtung erfüllen lassen: Patienten auch außerhalb der Sprechzeiten notfallmäßig zu versorgen, in einem für Patienten und Ärzte tragbaren Rahmen.



Rainer M. Gräter ist überzeugt von der NFD-Reform.

## Herr Gräter, im Ostalbkreis wird es zukünftig drei Notfallpraxen geben: Ellwangen, Aalen und Schwäbisch Gmünd. Wie werden diese organisiert sein?

Der Ostalbkreis ist in zwei Notfalldienstbereiche aufgeteilt: Schwäbisch Gmünd einerseits und Aalen/Ellwangen andererseits. Die Notfalldienstpraxen in Ellwangen und Schwäbisch Gmünd gibt es schon länger. Die Praxis in Aalen wird vermutlich im März an den Start gehen. Ich bin als Ärzteschaftsvorsitzender allerdings nur für Aalen und Ellwangen zuständig.

Die Praxis in Ellwangen wurde bis ins letzte Jahr in der chirurgischen Praxis eines niedergelassenen Kollegen betrieben. Danach ist sie an die St. Anna-Virngrund-Klinik umgezogen. Inzwischen hat sich der Verein aufgelöst und die KVBW hat alle nötigen Schritte eingeleitet, die Praxis als KV eigene Notfallpraxis zu übernehmen.

ein. Vor allem das Personalwesen ist ja davon betroffen: Arbeitsverträge, Urlaubsansprüche und vieles weitere mehr. Die KV übernimmt da eine große Verantwortung und viel Verwaltungsarbeit.

## Werden die Mitarbeiterinnen aus der Ellwanger Notfalldienstpraxis nun KV-Mitarbeiterinnen?

Alle, die daran interessiert waren, wird die KV übernehmen. Eine der MFAs wird als Koordinatorin arbeiten. Sie wird unter anderem die Dienstpläne für die MFAs machen. Dafür muss sie sich natürlich auch mit der Software BD-Online auskennen, um die Dienstpläne der Ärzte zu kennen.

## Und wie fanden es die Kollegen, dass die NFP nun von der KVBW übernommen wird?

Die waren froh. Durch den Wegfall der Strukturpauschale wäre die Praxis vermutlich schnell

## Termine der Notfalldienstpraxen KV Baden-Württemberg

### Neu eröffnete Notfalldienstpraxen im Jahr 2013

1. Februar	Reutlingen mit Satelliten in Münsingen, Bad Urach
1. März	Freudenstadt
4. Mai	Sigmaringen
1. Juli	Offenburg mit Satelliten in Lahr, Wolfach, Achern
1. Oktober	Rottweil
19. Oktober	Friedrichshafen mit Satelliten in Tettwang, Überlingen
1. November	Biberach

### Ausblick auf das 1. Quartal 2014

11. Januar	Herrenberg
15. Januar	Tuttlingen
1. Februar	Emmendingen
1. Februar	Ulm
1. Februar	Nagold
1. Februar	Schwäbisch Hall
15. März	Aalen
15. März	Bad Mergentheim
15. März	Wertheim

## Dr. Doris Reinhardt begrüßt die Notfalldienstreform

Eines der erklärten Ziele der Notfalldienstreform war, die Arbeitsbelastung der niedergelassenen Ärzte durch den Notfalldienst zu minimieren. Größere Notfalldienstbereiche bedeuten weniger Dienste und zentrale Notfallpraxen an Krankenhäuser bedeuten bessere Planung. Letztendlich soll dies auch die Attraktivität des Arztberufes für junge Kollegen erhöhen. Im Ortenaukreis gibt es seit 1. Juli 2013 die Notfallpraxis an der Ortenauklinik. Dr. Doris Reinhardt, Kreisbeauftragte und Notfallpraxisbeauftragte ist überzeugt von dem Konzept:

„Insgesamt wird diese Struktur der Notfallpraxen auch von den Kollegen sehr gerne angenommen, weil es feste Sprechzeiten gibt, zu denen die Ärzte arbeiten und auch wenn der Arzt seinen Dienst beendet, weiß er seine Patienten durch den nachfolgenden Arzt oder durch die Ärzte im Fahrdienst gut versorgt und kann nach einer begrenz-



ten Arbeitszeit am Wochenende auch beruhigt in die Freizeit gehen. Die Ärzte haben nicht mehr wie bei uns im ländlichen Bereich von Freitag bis Montag 72 Stunden durchgehend Bereitschaft, sie können nach acht, zehn oder maximal 13 Stunden Dienst in der Notfallpraxis oder im Fahrdienst die Patientenversorgung beenden und auch selbst ins Wochenende gehen.“

## Fit im ärztlichen Bereitschaftsdienst

Der Notfalldienst stellt Ärzte und Psychotherapeuten immer wieder vor neue Herausforderungen. Akuterkrankungen und Notfälle aus vielen unterschiedlichen Fachgebieten erfordern schnelle und richtige Reaktionen.

Um hier auf dem Laufenden zu bleiben, bietet die Management Akademie (MAK) der

KVBW das Seminar „Fit im Bereitschaftsdienst“ an. Darin können in kollegialer Atmosphäre verschiedene Situationen trainiert werden: der anaphylaktische Notfall, das akute Koronarsyndrom oder eine unklare Bewusstlosigkeit.

Das Seminar findet 2014 dreimal statt. Details auf der Website der MAK: [www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de)

## Vertreter für den Bereitschaftsdienst gesucht

Mit dem 1. Januar 2014 treten zahlreiche Neuerungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst in Kraft. Eine wesentliche Regelung wird jedoch auch in Zukunft Bestand haben: Ärzte, die nicht zum Dienst verpflichtet sind, können auch weiterhin auf selbstständiger Basis am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen.



Möglich ist die Teilnahme in einem oder mehreren Notfalldienstbereichen. Darüber hinaus kann sich der Arzt auf Wunsch freie Dienste außerhalb dieser Bereiche zur Übernahme anbieten lassen. Grundlage hierfür ist die Unterzeichnung einer entsprechenden Vereinbarung zwischen Arzt und KVBW, welche die Voraussetzungen zur selbstständigen Teilnahme regelt. Sind diese erfüllt, erhält der Arzt von der KVBW eine LANR und somit Zugang zum Dienstplanprogramm BD-Online. Die zur selbstständigen Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst notwendigen Formulare sind bei den Arztregisterstellen der KVBW, den Notfallpraxisbeauftragten sowie über die Website der KVBW erhältlich. Die ausgefüllten Formulare können bei einer beliebigen Arztregisterstelle der KVBW (Stuttgart, Reutlingen, Karlsruhe und Freiburg) eingereicht werden.

Privatärzte mit eigener Praxis nehmen über entsprechende Vereinbarungen mit den Bezirksärztekammern beziehungsweise über entsprechende Meldungen der Bezirksärztekammern verpflichtend am ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVBW teil. Die oben genannte Vereinbarung ist in diesen Fällen nicht notwendig.

➔ Formulareinreichung im Internet unter: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxisalltag » Notfalldienst » Poolärzte

# Der Dienstplan geht online

Neuer Meilenstein in der Notfalldienst-Reform

**Word-Tabellen, Excel-Listen oder Handzettel – bisher hatte jeder Notfalldienstbeauftragte seine individuellen Hilfsmittel, um die Ärzte aus seinem Dienstbereich zum Bereitschaftsdienst einzuteilen. Diese „Handarbeit“ gehört nun der Vergangenheit an: Die KVBW stellt ab sofort den Notfallpraxisbeauftragten und allen dienstverpflichteten Ärzten die Software BD-Online zur Planung des Notfalldienstes zur Verfügung.**

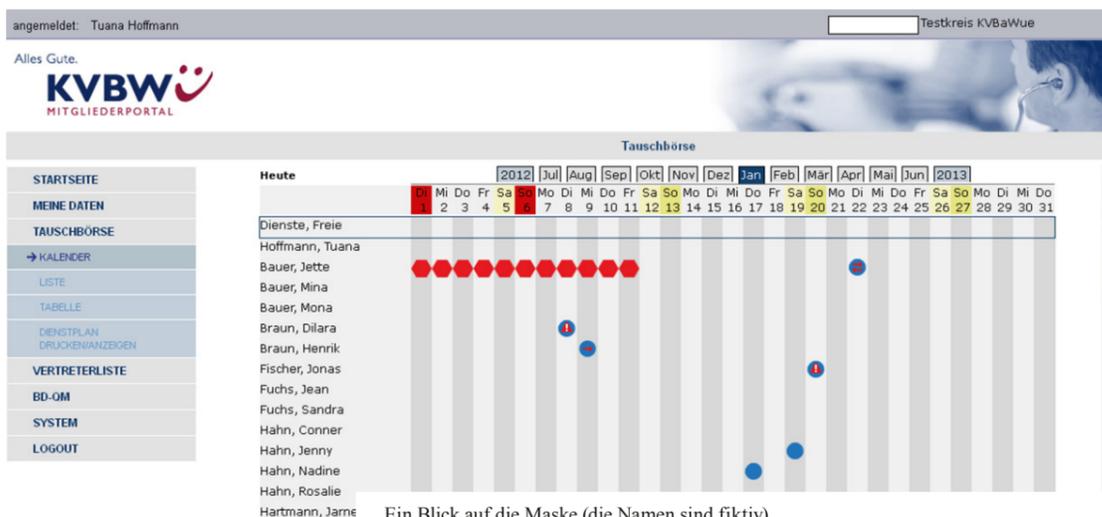
In BD-Online sind die Daten aller dienstverpflichteten Ärzte aus jedem Notfalldienstbereich hinterlegt, sodass die Dienstplaner daraus – komfortabel und schnell – den Dienstplan erstellen können. Das Programm greift auf die Angaben zurück, die zuvor vom Arztregister der KVBW übernommen wurden.

Jeder einzelne am Dienst teilnehmende Arzt kann in BD-Online seine Daten pflegen: Kontaktdaten, Wunschzeiten und -dienste ebenso wie Abwesenheitszeiten – bis zu 90 Tage im Jahr. „Wir unterscheiden zwischen den etwas weichen Präferenzen, also mögliche Wunschzeiten, und den knallhar-

ten Ausschlusskriterien wie Urlaub“, erläutert Tobias Binder, verantwortlicher Geschäftsereichsleiter in der KVBW. Und erklärt, dass die Software mit einem komplexen Algorithmus arbeitet, der einerseits Rücksicht auf die Präferenzen und Abwesenheiten nimmt, andererseits auf „Fairness-Punkten“ basiert.

Jeder Dienst erhält unterschiedliche Fairness-Punkte: Ein Dienst am Wochentag wird anders bewertet als der Dienst am Wochenende oder Feiertag, der Fahrdienst anders als der Sitzdienst. Dadurch wird eine gerechte Verteilung der beliebten und weniger beliebten Dienste erreicht. Und über die Jahre hinweg erlaubt BD-Online eine Fairnessberechnung, die auch Feiertage wie Weihnachten, Ostern und Silvester einbezieht. „Irgendwann schlägt die Fairness-Keule zu“, formuliert es Binder salopp. „Das Programm ist ziemlich intelligent. Es merkt, wenn ein Arzt immer wieder über Weihnachten Abwesenheitsmeldungen einstellt.“

Ist der Dienstplan erstellt und vom Dienstplaner freigegeben, kann jeder einzelne Arzt wieder eingreifen. Er kann Dienste tau-



Ein Blick auf die Maske (die Namen sind fiktiv)

schen oder an Vertreter abgeben. Er kann aber auch ein Angebot für einen Dienst machen, für den eigentlich ein anderer Arzt eingeteilt ist. All diese Aktionen bildet das Programm ab und jeder Arzt kann sich seinen Dienstplan immer wieder aktuell anschauen, herunterladen, ausdrucken oder per E-Mail zuschicken lassen.

Auch die Frage möglicher Vertreter ist geregelt. Denn an BD-Online beteiligen kann sich jeder „Pool-Arzt“. Also einer der Ärzte, die nach der neuen Notfalldienst-Ordnung auf selbstständiger Basis freiwillig teilnehmen und dienstverpflichtete Ärzte vertreten. Diese Ärzte können bei den Arztregisterstellen einen Antrag auf selbstständige Teilnahme am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und Vergabe einer LANR (NFD-Status) stellen. Sie erhalten dann Zugangsdaten für BD-Online

und können über die Plattform Dienste übernehmen.

BD-Online ist hinterlegt im Mitgliederportal der KVBW und dadurch über die bekannten Zugangswege (KV-Ident und/oder KV-SafeNet\*) online erreichbar. In der Planung ist außerdem eine mobile Anwendung, dann ist BD-Online auch über ein Smartphone abrufbar. „Das Programm ist intuitiv bedienbar“, versichert Binder. Es ist bereits in mehreren KVen erprobt; Rund 100.000 Vertragsärzte in Deutschland arbeiten mit BD-Online. Neben der besseren Steuerung der Dienstverteilung gibt es einen weiteren wichtigen Grund für die Einführung des Programms: Die KVBW wird ab Januar die Abrechnung der Notfalldienstvergütung über BD-Online steuern. Nur der Arzt, der in BD-Online zum Dienst eingeteilt ist, erhält die im Statut zur neuen Notfalldienst-

Ordnung festgelegten Förderungen und (Fahr)Pauschalen.

Und auch wenn ab Januar BD-Online für alle am Dienst teilnehmenden Ärzte verpflichtend ist, so lassen sich doch auch viele Besonderheiten eines Dienstbezirkes in dem Programm abbilden. „Wenn Sie in Ihrem Bezirk bisher keine 24-Stunden-Dienste gemacht haben, dann kann man das Programm entsprechend anpassen“, erläutert Binder abschließend.

➔ Mehr über BD-Online erfahren Sie über die Homepage der KVBW: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Notfalldienst. Hier finden Sie auch einen Powerpoint-Vortrag, in dem die Software erläutert wird.

\*KV-SafeNet steht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in keiner unternehmerischen oder vertraglichen Verbindung.

## Neue Praxisservice-CD für Mitglieder der KVBW

Wichtige Informationen mit technischem Upgrade



Alle niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Baden-Württemberg erhalten mit diesem ergo die neueste Praxisservice-CD mit Richtlinien, Verträgen und allen wichtigen Informationen rund um das Unternehmen Praxis sowie einer komfortablen Arztsuche für Arzt und Praxispersonal.

Bei der Weiterentwicklung wurden auch die technischen Systemvoraussetzungen angepasst. Die CD kann jetzt unabhängig vom eingesetzten Browser auf jedem Windows-Rechner offline verwendet werden. Ein Internetanschluss ist nicht erforderlich.

Nach dem Einlegen der CD kann diese direkt über den Startbildschirm gestartet oder auf dem Rechner installiert werden. Hierzu werden einfach die entsprechenden Optionen auf dem Startbildschirm ausgewählt. Mit der integrierten Volltextsuche können Dokumente

im umfangreichen Dokumentenarchiv schnell und einfach gesucht werden. Das integrierte Mitgliederadressverzeichnis unter dem Menüpunkt „Arztsuche“ ermöglicht die gezielte Suche nach Ärzten und Psychotherapeuten, die systematische Selektion zum Beispiel nach Arztgruppen in einem Landkreis, nach einem Fachgebiet oder Schwerpunkt und nach Zusatzbezeichnungen. Auch nach Sprechzeiten, besonderen Verfahren und Behandlungsarten kann gesucht werden.

Die CD wird vom Praxisservice des Geschäftsbereichs Service und Beratung der KVBW herausgegeben.

➔ Ihre Ansprechpartner des Praxisservice zum Thema Praxisservice-CD erreichen Sie über:  
Tel 0711 7875-3300  
Fax 0711 7875-483300  
E-Mail [praxisservice@kvbawue](mailto:praxisservice@kvbawue)

## QM ist in den Arztpraxen angekommen

Stichprobe ergab – Ärzte in BaWü sind top

Seit 2007 wird jährlich eine Stichprobe zum Stand von QM in den Arztpraxen durchgeführt. Baden-Württembergs Ärzte schnitten dabei immer äußerst positiv ab – so auch im vergangenen Jahr.

### Positive Bilanz auch für 2012

Für die Stichprobe wurden insgesamt 464 Teilnehmer zu den Fortschritten bei der Einführung von QM befragt: 378 Vertragsärzte aller Fachrichtungen, 80 Vertragspsychotherapeuten und sechs Medizinische Versorgungszentren. Circa 91 Prozent davon antworteten.

Das Gesamtergebnis: Rund 80 Prozent der Befragten erfüllen die Anforderungen der QM-Richtlinie. Sie befinden sich in der Einführungs- und Weiterentwicklungsphase, in der sie nach Zeitplan der Richtlinie sein sollten. Eine deutliche Mehrheit orientiert sich an einem QM-System, obwohl die Richtlinie systemoffen ist. Große Akzeptanz erfahren nach wie vor die beiden QM-Systeme DIN EN ISO (30 Prozent) und QEP (29 Prozent). Auch die Zahl der zertifizierten Einrichtungen nimmt kontinuierlich zu, obwohl die Richtlinie keine verpflichtende Zertifizierung des eingeführten QM-Systems vorsieht. Im Jahr 2007 konnten 4,3 Prozent der Stichprobenteilnehmer

eine Zertifizierung nachweisen, in der Stichprobe 2012 gaben bereits 18,5 Prozent der Einrichtungen an, zertifiziert zu sein.

Die guten bis sehr guten Ergebnisse der bisher durchgeführten Stichproben belegen, dass QM in den Praxen angekommen ist und sich als Managementmethode durchgesetzt hat.

### QM-Richtlinie bleibt systemoffen und sanktionsfrei

Mit der Verabschiedung der ÄQM-RL hatte sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, die Richtlinie nach Ablauf von fünf Jahren nach ihrem Inkrafttreten zu evaluieren. Gegenstand der Evaluation sollte der Grad der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Sinne der Richtlinie sein.

Auch die Wirksamkeit und der Nutzen des Qualitätsmanagements im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung sollte überprüft werden. Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse sollte eine Entscheidung über die Akkreditierung von Qualitätsmanagementsystemen und über die Notwendigkeit von Sanktionen für den Fall der unzureichenden Einführung oder Weiterentwicklung von QM getroffen werden.

### G-BA Beschluss

Im Juni 2013 hat der G-BA die QM-Richtlinie überprüft und kam zu der Schlussfolgerung, dass seit Einführung der gesetzlichen Pflicht im SGB V (2004) und der ÄQM-RL des G-BA (2006) die meisten vertragsärztlichen Einrichtungen den geforderten Einführungs- und Entwicklungsstand erreicht haben. Bezüglich der Akkreditierung von Qualitätsmanagementsystemen sollen laut G-BA-Beschluss keine Regelungen getroffen werden. Auch werden keine Sanktionsmaßnahmen für Vertragsärzte vorgenommen, die das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement unzureichend einführen und weiterentwickeln. Der gesamte Beschlusstext kann unter [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1752/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1752/) nachgelesen werden.

Die KVBW begrüßt die Entscheidung des G-BA sehr. Um diese positive Entwicklung weiterzuführen, unterstützt die KVBW ihre Mitglieder auch weiterhin bei der Einführung und Weiterentwicklung ihres einrichtungsinternen QM mit einem umfassenden Service-Angebot.

➔ Nähere Informationen dazu unter: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxisalltag » Qualitätsmanagement » QM-Dienstleistungen

# Richtige Kodierung nach ICD-10 bringt mehr Geld

Die KVBW bietet im Mitgliederportal ICD-10-Vergleichsberichte

Die KVBW stellt im Mitgliederportal jeder Praxis für alle aktuellen Abrechnungsquartale ICD-10-Berichte des Diagnosespektrums im Vergleich zur Prüfgruppe zur Verfügung. Hierbei können maßgebliche Unterschiede zur Häufigkeit der Diagnosen der Kollegen auf morbiditätsbedingte Abweichungen und damit Besonderheiten der Morbiditätsstruktur des Patientengutes hinweisen. Mit den Vergleichen hat der Arzt auch die Möglichkeit, seine Diagnosen noch besser zu kodieren. Das ist wichtig, da die für den Risikostrukturausgleich (Gesundheitsfonds) relevanten Diagnosen unmittelbar zu einer besseren Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten führt.

Soweit bei einem Patienten eine von 80 festgelegten Erkrankungen vorliegt (entspricht rund 4.000 unterschiedlichen ICD-Kodes), erhalten Krankenkassen für diesen Versicherten mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, als es dessen Grundkriterien, Alter und Geschlecht, entsprechen würde. Über die Veränderungsrate geht diese Morbidität direkt in die Honorar-

steigerung ein. Wird beispielsweise bei einer Patientin eine nicht traumatisch bedingte Wirbelkörperfraktur bei zuvor bestehender Osteoporose diagnostiziert, ist es nicht korrekt, nur die Fraktur T08.0G zu verschlüsseln. Vielmehr sollte dann die osteoporotische Wirbelkörperfraktur M80.98G angegeben werden.

Außerdem ist wichtig, gesicherte Diagnosen zu kodieren. Nur diese werden bei Verteilung der Gelder des Gesundheitsfonds berücksichtigt. Oft besteht nämlich die Möglichkeit, gesicherte Diagnosen anstatt mit ICD mit „Z. n.“ (Z) zu verschlüsseln. Hatte der Patient einen Apoplex oder Herzinfarkt und wird nach stationärer Behandlung in der Praxis vorgestellt, sollte keinesfalls I21.9Z oder I64Z verschlüsselt werden, sondern unbedingt bei mehr als 28 Tage zurückliegendem Herzinfarkt I25.20G oder bei vorliegenden Folgen des Schlaganfalls I69.4G. M2Q-Kriterium bedeutet, dass eine entsprechende Kodierung in mindestens zwei Quartalen eines Kalenderjahres in einer ambulanten Abrechnung angegeben sein muss, um für den Gesundheitsfonds berücksichtigt zu werden.



Die richtige Kodierung nach ICD-10 bringt mehr Geld nach Baden-Württemberg.

ICD-10-Kodes, die hinter dem Punkt eine 8 oder 9 aufweisen, sind unspezifisch. Ein niedriger Anteil dieser „Restklassen“ im Diagnosespektrum deutet tendenziell auf eine hohe, weil differenzierte Verschlüsselungsqualität hin. Doch für zahlreiche Diagnosen gibt die ICD-10 keine spezifischeren Codes vor. Insbesondere im hausärztlichen Bereich ist das Stellen einer bis ins letzte Detail gesicherten Diagnose

oftmals nicht möglich oder auch gar nicht notwendig. Wird aber beispielsweise ein Diabetes Typ 2 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen E11.80 verschlüsselt, erhält die Krankenkasse deutlich weniger Geld aus dem Gesundheitsfonds, als wenn beispielsweise vorhandene Nierenkomplikationen E11.20 angegeben werden. Wichtig ist daher, bei bekannten Details schwerwiegender Diagnosen die

Untergliederung nach E11.XX- zu nutzen.

Eine gute Möglichkeit zum Auffinden solcher spezifischer Kodierungen bieten viele Praxisverwaltungssysteme, die Kodierhilfe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung oder der ICD-Browser der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

→ [www.zi-berlin.de](http://www.zi-berlin.de)

## Arzt fragt, KV antwortet



### Verordnungstipps

**Grundsätzlich sollen Patienten – von medizinischen Ausnahme-situationen abgesehen – mit Grippeimpfstoffen geimpft werden, für die Rabattverträge existieren. Dies sind Vaxigrip® / Mutagrip® für Nordbaden beziehungsweise Xanflu® / Influvac® für die übrigen Regionen. Gibt es hierbei auch Ausnahmen?**

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann Fluenz®, ein normaler Grippeimpfstoff, verordnet werden. Dies trifft zum Beispiel bei Kindern zwischen zwei und sechs Jahren zu, die infolge eines Grundleidens besonders gefährdet sind, die etwa chronische Krankheiten der Atmungsorgane, chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Diabetes mellitus, andere Stoffwechselkrankheiten oder chronische neurologische Krankheiten haben – wenn keine Kontraindikation besteht.

Eine Kontraindikation ist bei Säuglingen und Kleinkindern unter 24 Monaten gegeben, bei Über-

empfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile, gegen Gentamicin, Eier oder Eiproteine, bei Personen mit klinischer Immunschwäche oder infolge einer Therapie mit Immunsuppressiva oder hochdosierten oralen Kortikosteroiden sowie bei Kindern und Jugendlichen, die eine Salicylat-Therapie erhalten, und Kindern und Jugendlichen, die an schwerem Asthma oder akutem Giemen leiden.

Jeder der medizinisch begründeten Ausnahmefälle muss in der Patientenakte entsprechend dokumentiert werden.

**Kann man Fluenz® über Sprechstundenbedarf beziehen?**

Nein, Fluenz® muss durch die Praxis beschafft beziehungsweise aus dem praxiseigenen Bestand entnommen werden.

Der Bezug über den Sprechstundenbedarf scheidet aus. Die Vergütung für die Impfleistung inklusive Impfstoff beträgt 30 Euro (Abrechnungsziffer 89112n).

**Muss ich Regresse beim Impfen mit Fluenz® befürchten?**

Regresssicherheit besteht dann, wenn der nasale Impfstoff nur auf den oben genannten Patientenkreis beschränkt ist und wenn bei Kindern ohne Ausnahmeindikation die rabattierten Impfstoffe verwendet werden.

Sollten die Eltern in medizinisch nicht begründeten Fällen dennoch eine nasale Grippeimpfung wünschen, ist Fluenz® aus dem praxiseigenen Bestand zu entnehmen. Impfleistung und Impfstoff sind nach GOÄ privat zu liquidieren.

**Wird es demnächst Änderungen bezüglich der Indikation nasaler Grippeimpfstoffe bei Kindern geben?**

Es ist zu erwarten, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen seines Aufgabebereiches in den nächsten drei Monaten zur Thematik äußern wird.

→ Für Fragen steht die [impflinewb](http://impflinewb.de) unter 0711 7875-3663 zur Verfügung.

## Abrechnungstipps

**Ausschlusskatalog hausärztliche Zusatzpauschale (Vorhaltepauschale) und Chronikerkomplexe**

**In unserer Berufsausübungsgemeinschaft ist ein Hausarzt und Facharzt tätig. Bei gemeinsam behandelten Patienten kommt es vor, dass der Facharzt beispielsweise Akupunkturleistungen erbringt (Leistung aus dem Ausschlusskatalog von Vorhaltepauschale und Chronikerpauschale). Wird mir als Hausarzt bei diesen gemeinsam behandelten Patienten die GOP 03040 oder 03220/03221 EBM vergütet?**

Ja. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht, wenn der Hausarzt den hausärztlichen Versorgungsauftrag wahrnimmt, sein fachärztlicher Kollege in derselben Praxis aber eine fachärztliche Leistung abrechnet.

**Wirtschaftlichkeitsbonus**

**Wir stellen als Berufsausübungsgemeinschaft fest, dass seit dem 1. April 2013 die Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus wesentlich geringer ausfällt als zuvor. Was sind die Gründe hierfür?**

Der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) wird seit dem 1. April 2013 nicht mehr arztfallbezogen, sondern behandlungsfallbezogen vergütet. Weiterhin wurde in den Fällen mit Laborausnahmekennziffern bisher der Wirtschaftlichkeitsbonus vergütet. Seit dem 1. April wird durch die Nichtanerkennung der Fälle mit Ausnahmekennziffern die Fallzahl zur Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus reduziert.

**Neue Leistungen zum 1. Oktober 2013**

**Benötige ich als Hausarzt für die zum 1. Oktober 2013 neu eingeführten Leistungen der hausärztlich-geriatrischen Versorgung und der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung eine besondere Qualifikation?**

Nein. Zur Abrechnung dieser Leistungen sind sämtliche Hausärzte berechtigt. Es ist weder der Nachweis einer besonderen Weiterbildung, noch das Vorliegen einer entsprechenden Genehmigung vorgesehen.

# Mit Arztkoffer beim KSC

Bei Fußball-Hochrisikospielen gelten besondere Sicherheitsvorkehrungen

*Draußen tönt das Badnerlied, drinnen im Saniraum sitzt ein Junge, vielleicht 18, stark alkoholisiert und ständig bemüht, nicht das Gleichgewicht zu verlieren. Er hat versucht, ein Nickerchen zu machen – vor dem Stadion bei Temperaturen knapp über null Grad. Zwei Polizisten kommen vorbei. Sie halten einen Mann fest, dem das Blut den Kopf herunterläuft. „Ist hier ein Arzt?“, fragen sie. Ein Arzt ist immer in Bereitschaft, besonders heute, denn es spielt der Karlsruher SC gegen Dynamo Dresden, ein Hochrisiko-Fußballspiel im Wildparkstadion in Karlsruhe.*

„Normalerweise sind immer drei Ärzte im Stadion, rechts und links vom Tor und im Sanibereich, heute sind es mit mir vier“, erklärt Martin Holzapfel. „Bei Hochrisikospielen muss man durch die Hooligans auf alles gefasst sein. Wir sind aber bestens ausgerüstet, haben Medikamente, Defibrillatoren, Tragen, Rettungswagen, 60 Sanitäter und den höchsten Notarztstandard, den man haben kann.“

Wenn Martin Holzapfel, Allgemeinmediziner aus Ottersdorf bei Rastatt und seit 17 Jahren ehrenamtlich Stadionarzt beim KSC,

von seiner Tätigkeit erzählt, schwingt Begeisterung mit.

Stadionarzt ist er durch seine jahrelangen Kontakte zum Verein geworden, bei dem er seit seinem zwölften Lebensjahr Mitglied ist, als Fußballspieler und Leichtathlet. In den 17 Jahren als Stadionarzt und bei etlichen Fußballspielen hatte er allerhand Verletzungen zu behandeln: „Meistens sind es Bagatellverletzungen oder im Sommer Kreislaufkollaps. Einmal hat ein Fan ein Plastikgefäß mit Sand gefüllt und in die Fan-Ecke geworfen. Ein Mann wurde getroffen und war in der Folge bewusstlos. Auch Herzinfarkte mit Reanimation passieren schon mal, wenn auch selten.“

Wir sind übrigens für alle da, das Publikum und die Spieler, denn wenn es einen schweren Notfall auf dem Spielfeld gibt, rufen uns schon mal die Mannschaftsärzte zur Hilfe. Das ist zum Beispiel passiert, als der KSC-Spieler Aydin Çetin eine große Kopfverletzung hatte.“

Heute aber scheint es friedlich zuzugehen, keine Hitze, keine extreme Kälte, keine aggressiven Fans. Da kann man die Reporterin schon mal mit auf die Tribüne nehmen – durch den Pieper oder Funk aber immer in Bereitschaft. Hoch oben beginnt dann die Mutation

vom Arzt zum Fan: Zwei Tore werden vom KSC innerhalb einer halben Stunde geschossen. Ein weiteres in der zweiten Halbzeit. Holzapfel fiebert mit, schreit: „Das gibt’s doch nicht, der muss doch noch reingehen, der Ball ist heiß. Die schaffen doch jetzt auch noch ein viertes.“ Schaffen sie nicht mehr, doch dafür bleibt genug Zeit, der fußballunerfahrenen Reporterin zwischenzeitlich die Abseitsfälle zu erklären.

90 Minuten gingen um wie im Flug. Das Spiel ist aus und der KSC gewinnt verdient 3:0. Für die Ärzte war es ein überaus ruhiger Sonntag. Randalen und Feuerzündeleyen der Hooligans blieben glücklicherweise aus. Die Toten Hosen singen abschließend: „An Tagen wie diesen“ und die Fans grölen mit. Der junge Mann hat es geschafft, aufrecht sitzen zu bleiben und wird gleich von seinen Freunden abgeholt. Einer der Stadionärzte untersucht den Mann, der von der Polizei gebracht wurde, auf Hafttauglichkeit.

Martin Holzapfel sagt ein kurzes Hello und Goodbye zum Stadionmaskottchen und schickt noch ein Stoßgebet zum Himmel, dass der KSC es demnächst wieder in die 1. Liga schafft. Dann kann’s nach Hause gehen – bis zum nächsten Spiel.



Auf Tuchfühlung mit Maskottchen: Spaß gehört dazu.



Spiel und Spannung mit ärztlicher Versorgung

## Beschneidung verursacht lebenslanges Trauma

FGM – Die Abkürzung steht für „Female Genital Mutilation“ und bezeichnet die rituelle Beschneidung der weiblichen Genitalien. Weltweit wird alle elf Sekunden ein Mädchen grausam verstümmelt, oft unter katastrophalen hygienischen Bedingungen. Meist betrifft es Kinder zwischen dem vierten und

in Deutschland leben Opfer der Genitalverstümmelung: Die Schätzungen liegen bei 50.000 Frauen. Die Betroffenen sind zutiefst traumatisiert. Neben den körperlichen Beschwerden wie Entzündungen oder Inkontinenz leiden die Frauen oft lebenslang unter den psychischen Folgen.

des Rituals, eröffnete am 11. September 2013 die Klinik feierlich und unter Tränen. Die Verstümmelung von Frauen sei eine Folter und ein Verbrechen, so Dirie. Das Desert Flower Center sei nun die weltweit erste medizinische Einrichtung, die die Opfer von Genitalverstümmelungen ganzheitlich betreut und behandelt.

Chefärzt des Zentrums „Darm- und Beckenbodenchirurgie“ ist Dr. Roland Scherer. Er beschäftigt sich schon seit vielen Jahren mit dem Thema FGM. Über ihn entstand auch der Kontakt mit der „Desert Flower Foundation“ in Wien. So wurde Waldfriede das Kooperationskrankenhaus der Stiftung. Neben hochspezialisierten Chirurgen stehen dort Psychologen, Seelsorger, Mitarbeiter des Sozialdienstes und Selbsthilfegruppen den betroffenen Frauen zur Seite.

Die Kosten für die Behandlungen werden in Deutschland von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen getragen. Auch nichtversicherte Patientinnen können auf finanzielle Unterstützung durch das Krankenhaus zählen.

➔ Weitere Informationen zum Desert Flower Center erhalten Sie unter [www.krankenhaus-waldfriede.de](http://www.krankenhaus-waldfriede.de)



Wurde mit fünf Jahren beschneitten: Waris Dirie

sechsten Lebensjahr – in den letzten Jahren immer öfter auch schon Babys, bereits wenige Wochen nach der Geburt.

Verbreitet ist dieses Ritual vor allem in Afrika, aber auch im Nahen Osten oder Südostasien. Auch

Als erstes europäisches Krankenhaus widmet sich das Krankenhaus Waldfriede in Berlin nun der ganzheitlichen Versorgung dieser Patientinnen. Waris Dirie, Schirmherrin des Projektes, UN-Sonderbotschafterin und selbst ein Opfer

## Medizin als Zeichen der Würde



Dr. Andreas Etzler

Die Lebenserwartung von Geringverdienern ist deutlich niedriger. Diese wenig wunderliche Erkenntnis stammt aus dem Datenreport 2013 ([www.wzb.eu](http://www.wzb.eu)), der im November veröffentlicht wurde. Einrichtungen wie die Vesperkirchen werden daher immer wichtiger. Hier können die Betroffenen neben einer warmen Mahlzeit und Geselligkeit auch eine medizinische Basisversorgung erhalten.

In Karlsruhe soll ab Januar 2014 vier Wochen lang eine Vesperkirche nach dem Vorbild anderer Einrichtungen wie in Stuttgart oder Pforzheim geöffnet werden. Alle Angebote in BaWü lassen sich im Internet mit dem Stichwort „Vesperkirche“ finden.

Dr. Andreas Etzler, Hausarzt aus Karlsruhe, übernimmt mit fünf anderen Ärzten ehrenamtlich die Betreuung der „Gäste“, wie er die Patienten nennt. Die Vesperkirche, so wünscht er es sich, soll ein Ort sein, der diesen Menschen Achtung und Wertschätzung vermittelt und in diesem Rahmen sollen sie auch eine medizinische Grundversorgung erhalten. Etzler ist als Ältester seiner Kirchengemeinde in die Organisation der Vesperkirche involviert. Die Patienten, die der Internist erwartet, kommen vermutlich nicht unbedingt nur aus dem Milieu der Obdach-, Wohnungslosen oder Drogenabhängigen, sondern die Bedürftigkeit treffe auch junge Familien oder ältere Menschen, bei denen Einsamkeit ein großes Problem sei. Etzler empfindet die Einrichtung einer Vesperkirche als eine Art „Palliativmedizin, die aber nicht am Ende des Lebens für Erleichterung sorgt, sondern das Leben selbst erträglicher oder lebenswerter macht.“ Die Kirchengemeinde und das Diakonische Werk freuen sich über weitere ehrenamtlich tätige Ärzte. Angeboten wird die medizinische Betreuung täglich stundenweise.

➔ Weitere Infos, auch zu Spenden, unter [andreas.etzler@gmx.de](mailto:andreas.etzler@gmx.de)

# Alt Bewährtes und neue Impulse

Das MAK-Programm 2014 bietet ein vielfältiges Fortbildungsangebot

**Sie haben sich gerade erst niedergelassen und kennen sich in der Abrechnung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes noch nicht so richtig aus? Dann ist das MAK-Seminar „EMB für Einsteiger“ genau das Richtige für Sie. Oder sind Sie bereits am Ende Ihres Berufslebens angekommen und möchten Ihre Praxis abgeben? Dann sollten Sie das MAK-Seminar „Die erfolgreiche Praxisabgabe“ besuchen.**

Dies sind nur zwei Beispiele aus dem vielfältigen Angebot der Management Akademie (MAK) der KVBW, das mit über 270 Seminaren das gesamte Spektrum der vertragsärztlichen Tätigkeit mit Fortbildungsangeboten begleitet. Monika Mayer, die als Sachgebietsleiterin innerhalb der KVBW für die MAK verantwortlich ist, formuliert das selbst gesteckte Ziel: „Wir wollen mit unserem Angebot möglichst alle Aspekte des Berufsstands des niedergelassenen Arztes und Psychotherapeuten erfassen. Und natürlich möchten wir auch die Praxisangestellten dabei nicht vergessen.“

Seit mehr als zehn Jahren unterstützt die MAK Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter

bei ihrer beruflichen und persönlichen Fortbildung. Auch im kommenden Jahr bietet die Akademie wieder ein attraktives Gesamtprogramm, das von Betriebswirtschaft über Praxisorganisation und Qualitätsmanagement bis zur Qualitätssicherung reicht. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Praxisbetrieb – aufbereitet für Ärzte und Psychotherapeuten einerseits, Praxismitarbeiter andererseits. Immer mehr Zulauf erfahren aber auch die Angebote für die persönliche Fortbildung: Selbstmanagement und Stressbewältigung, Konfliktbewältigung, Organisation von Teilzeitarbeit. Die meisten Seminare sind von der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer als Fortbildung anerkannt. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten also für den Besuch der Seminare wertvolle Fortbildungspunkte.

Im vergangenen Jahr besuchten rund 7.500 Teilnehmer die MAK – in insgesamt 315 Seminaren. Die Zufriedenheit ist hoch: Sowohl Seminarorganisation als auch die Trainer erhalten Noten von 1,25 bis 1,3. Und (fast) jeder Teilnehmer (97,77 Prozent) empfiehlt die Angebote der MAK gern weiter.

Das Seminarprogramm 2014

bietet neben Bewährtem wieder viel Neues. Die Mitarbeiterinnen der MAK haben auch in diesem Jahr auf etliche Anregungen und Kundenwünsche reagiert, die sich aus aktuellen Meinungsumfragen ergaben. „Wir möchten mit unseren Angeboten die Wünsche unserer Mitglieder und ihrer Mitarbeiter möglichst gut treffen und ihnen ein interessantes Programm bieten. Denn nur so haben wir auf Dauer weiterhin so zufriedene Kunden wie bisher“, sagt Monika Mayer.

Neu im Programm ist beispielsweise ein Seminar, das den Weg zur wirtschaftlich erfolgreichen Praxis ebnen will, ein Seminar für Ärzte, in dem das Medical English aufgefrischt werden kann, oder ein Seminar, in dem geübt wird, wie Teambesprechungen effektiv und abwechslungsreich organisiert werden können.

➔ Weitere Seminare entnehmen Sie bitte dem gedruckten MAK-Programm oder klicken sich direkt auf [www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de) durch das Angebot.



[www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de)



## MAK mit Frühbucherrabatt

**Auch im Jahre 2014 räumt die MAK schnell Entschlossenen wieder einen Frühbucherrabatt von zehn Prozent ein.**

Er wird für alle halb- und eintägigen Fortbildungen gewährt, die bis zum 31. Januar 2014 schriftlich, per Fax oder E-Mail bei der MAK beziehungsweise bei der KVBW gebucht werden.

➔ Telefon 0711 7875-3535  
Telefax 0711 7875-483888  
E-Mail [info@mak-bw.de](mailto:info@mak-bw.de)

**mak**

## Mumien mit Arteriosklerose

**Als ob es nicht schwierig genug wäre, die Patienten vom gesunden Leben zu überzeugen – jetzt steht auch noch Weihnachten vor der Tür!**

Zeit, über die Stränge zu schlagen und süße Leckereien zu genießen. Bluthochdruck, Diabetes, Arteriosklerose, Herzinfarkt – egal, jeder isst, so viel er kann. Da kann der Arzt noch so sehr vor Wohlstandskrankheiten warnen. Apropos Wohlstandskrankheiten: Forscher haben vor kurzem bei 3.600 Jahre alten Mumien Arteriosklerose entdeckt. Bei fast der Hälfte der 44 untersuchten Mumien wurden Fettablagerungen in den Blutgefäßen entdeckt, ein Anzeichen dafür, dass Arteriosklerose bereits im alten Ägypten verbreitet war. In einer Zeit, als von Chips, zu viel Fernsehen und zu wenig Bewegung noch keine Rede war.

Auch Gletscher-Ötzi (circa 5.300) war ein Risikopatient mit hohem Cholesterinwert und Arte-

riosklerose. Wissenschaftler gehen daher davon aus, dass letztere genetisch bedingt ist. Da bleibt nur noch zu hoffen, dass sich diese Nachricht nicht nach dem Motto „S'isch eh wurscht“ bei den Patien-



ten herumspricht und sich die guten Vorsätze für 2014 nicht in Wohlgefallen auflösen. Übrigens: Selbst Ötzi ließ es sich ab und zu gut gehen und verspeiste kurz vor seinem gewaltsamen Ableben eine kräftige Portion Alpensteinbock. Fröhliche Weihnachten und ein genüssliches Weihnachtsmahl wünscht die KV Baden-Württemberg.

## Hausärzte als Mentoren

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) fördert mit ihrer 2011 gegründeten Nachwuchsakademie den allgemeinmedizinischen Nachwuchs. Die DEGAM möchte damit schon frühzeitig Medizinstudenten für

die Allgemeinmedizin begeistern. Die je zwölf Studenten eines Jahrgangs durchlaufen ein dreijähriges Programm inklusive der individuellen Unterstützung durch einen erfahrenen Allgemeinmediziner als Mentor. Mehr zu dem Programm erfahren Sie auf [www.degam.de](http://www.degam.de).

## Individuelle Praxis

Mit Farbe, Licht und Ausstattung lassen sich Prozesse verbessern

**Die Gestaltung eines Raumes, die Auswahl der richtigen Wandfarbe und Ausstattung, das einheitliche Kleidungsdesign der Praxismitarbeiter: Sind das nur Nebensächlichkeiten, die wenig mit dem Erfolg der Praxis zu tun haben? Oder doch strategische Marketinginstrumente, die zu einem nachhaltigen Unternehmenserfolg führen?**

In einer Arztpraxis kann die Gestaltung der Praxisräumlichkeiten ein wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements sein. Denn durch ein ganzheitliches Gestaltungskonzept können Praxisprozesse besser visualisiert und Abläufe optimiert werden. Das Praxisteam arbeitet zufriedener und die Patienten fühlen sich gut versorgt in einer Praxis, die durch gezielte Gestaltungsmaßnahmen Kompetenz und Glaubwürdigkeit unterstreicht.

Zu diesem komplexen Thema bietet die Management Akademie (MAK) der KVBW im nächsten Jahr ein neues Seminar an: „Kleine Maßnahmen – große Wirkung: Professionelle Praxisgestaltung leicht gemacht“. Die einführende Theorie zu Beginn des Seminars behandelt unter anderem die Ziele und Regeln der Praxisgestaltung, beleuchtet

differenzierte Gestaltungsmodelle für unterschiedliche Leistungsschwerpunkte und zeigt die Möglichkeiten auf, durch Farbe, Materi-

Seminars steht die konkrete Anleitung, eigene Gestaltungsideen zu entfalten und umzusetzen. Das Seminar steht allen Ärzten, Psycho-



Helle Räume, warme Farben – erfolgreiches Praxiskonzept

alien und Beleuchtung Akzente zu setzen.

Der Theorie folgt die Praxis: Die Teilnehmer können ihre individuelle Situation analysieren und die eigene Praxisidentität entdecken. Sie erhalten Tipps und Tricks vom Profi für unkomplizierte Ideen zur Um- oder Neugestaltung der Praxis. Am Ende des

therapeuten und leitenden Mitarbeitern offen, die ihre Praxisprozesse, ihre Patientenkommunikation und die Zufriedenheit im Team verbessern wollen.

➔ Die nächsten Seminare finden im Mai/Juli statt. Alle Details dazu finden Sie im Programmheft der MAK oder unter [www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de)

# Seminare der Management-Akademie (MAK)

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB- Punkte	Semi- nar-Nr.
<b>ABRECHNUNG/VERORDNUNG</b>							
EBM für Einsteiger	Haus-/Kinderarztpraxen, Praxismitarbeiter und Auszubildende	19. März 2014	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	89,-	6	R 01
EBM-Workshop	Hausarztpraxen und Praxismitarbeiter	12. März 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	85,-	7	R 10
GOÄ für Einsteiger	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	12. Februar 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	85,-	5	F 14
GOÄ für Einsteiger	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	26. Februar 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	85,-	5	S 16
GOÄ für Einsteiger	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	19. März 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	85,-	5	K 19
GOÄ für Fortgeschrittene	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	12. März 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	85,-	5	F 24
Sicher durch den Richtlinien-Dschungel: Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	Ärzte	12. März 2014	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	60,-	8	K 33
<b>BETRIEBSWIRTSCHAFT/ZULASSUNG</b>							
Der Weg in die eigene Praxis Modul 1: Der Weg in die eigene Praxis Modul 2: Die einzelnen Schritte zur Niederlassung Modul 3: Investition, Finanzierung und Steuern	Ärzte, die sich niederlassen wollen oder gerade erst niedergelassen haben. Nicht für Psychotherapeuten	8. März 2014 27. März 2014 3. April 2014	10.00 bis 14.00 Uhr 17.30 bis 21.00 Uhr 17.30 bis 21.00 Uhr	BD Stuttgart	Modul 1: Kostenlos Anmeldung erf. Modul 2: + 3: je 55,- Euro	Modul 1: 5 Modul 2+3: 4	S 50/1 S 50/2 S 50/3
Zweismal statt einsam: Kooperationen richtig gestalten	Ärzte und Psychotherapeuten	12. März 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	65,-	5	S 57
Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen	Ärzte und Psychotherapeuten	26. März 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	K 64
Facebook, Twitter & Co. – Chancen und Risiken der neuen Medien	Ärzte, Psychotherapeuten und Führungskräfte	26. März 2014	17.00 bis 19.30 Uhr	BD Freiburg	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	3	F 69
Starterseminar	Ärzte, die sich neu niedergelassen haben	22. Februar 2014	9.00 bis 13.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	S 264
<b>PRAXISMANAGEMENT</b>							
Wiederbelebende Sofortmaßnahmen	Ärzte und Praxismitarbeiter	8. Februar 2014	9.00 bis 16.00 Uhr	BD Freiburg	110,-	10	F 108
<b>QUALITÄTSMANAGEMENT</b>							
Alles sauber, oder was? - Hygiene in der Arztpraxis	Ärzte und Praxismitarbeiter	11. Februar 2014	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	89,-	8	K 195
Alles sauber, oder was? - Hygiene in der Arztpraxis	Ärzte und Praxismitarbeiter	18. März 2014	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	89,-	8	R 197
Datenschutz in der Praxis	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	25. Februar 2014	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Reutlingen	129,-	10	R 204
<b>QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG</b>							
Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung: Mit schriftlicher Prüfung. Voraussetzung: abgeschlossene medizinische Ausbildung. Kursdauer fünf Tage	Ärzte und Praxismitarbeiter	23.-25. Januar 2014 31. Januar 2014/ 1. Februar 2014	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Reutlingen	340,-	41	R 219
Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung: Mit schriftlicher Prüfung. Voraussetzung: abgeschlossene medizinische Ausbildung. Kursdauer fünf Tage	Ärzte und Praxismitarbeiter	6.-8. Februar 2014 14./15. Februar 2014	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Karlsruhe	340,-	41	K 221
Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung: Mit schriftlicher Prüfung. Voraussetzung: abgeschlossene medizinische Ausbildung. Kursdauer fünf Tage	Ärzte und Praxismitarbeiter	13.-15. März 2014 21./22. März 2014	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	340,-	41	S 223
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI)	Ärzte und Praxismitarbeiter	22. März 2014 (Arzt und Mitarbeiter) 25. März 2014 (Mitarbeiter)	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Karlsruhe	150,- (Ärzte) 130,- (MFA)	9	K 235
<b>MAK-TIPP:</b>							
Kleine Maßnahmen – große Wirkung: Professionelle Praxisgestaltung leicht gemacht	Ärzte, Psychotherapeuten und leitende Mitarbeiter	14. Mai 2014 9. Juli 2014	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart BD Reutlingen	85,-	7	S 106 R 107



Für Fragen steht das Team der MAK unter der **Rufnummer 0711 7875-3535** zur Verfügung. Aktuelle Informationen zu den Seminarangeboten der MAK finden Sie zudem auf der Website unter **www.mak-bw.de**.

Ein Anliegen in eigener Sache: **Sagen Sie uns Ihre Meinung!**

Gestalten Sie Ihr persönliches MAK-Programm mit! Unser Ziel ist es, Ihnen ein Mehr an persönlicher, fachlicher und methodischer Kompetenz zu vermitteln, die Sie unmittelbar im Arbeitsalltag umsetzen können. Wie gut uns dies gelingt, möchten wir von Ihnen erfahren. Im Internet unter **www.kvbawue.de » Fortbildungen » Management-Akademie » Seminarübersicht » pdf Meinungsumfrage** haben Sie die Möglichkeit, das Programm der Management Akademie zu bewerten. Hier können Sie angeben, an welchen Tagen für Sie die Fortbildungen am günstigsten sind, welche Themenschwerpunkte Sie bevorzugen und welche Verbesserungsvorschläge Sie für uns haben. Einfach ausfüllen und Online abschicken!

## IMPRESSUM

ergo  
Ausgabe 4 / 2013

Zeitung der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Baden-Württemberg  
ISSN 1862-1430

**Erscheinungstag:**  
13. Dezember 2013

**Herausgeber:**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

**Redaktionsbeirat:**

Dr. med. Norbert Metke,  
Vorsitzender des Vorstandes (V.i.S.d.P.)  
Dr. med. Johannes Fechner,  
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes  
Kai Sonntag, Eva Frien, Swantje Middeldorff

**Redaktion:**

Eva Frien, Swantje Middeldorff

**Anschrift der Redaktion:**

Redaktion ergo  
Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Karlsruhe  
Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe  
Telefon 0721 5961-0  
Telefax 0721 5961-1188  
E-Mail eva.frien@kvbwue.de

**Mitarbeiter dieser Ausgabe:**

Meike Ackermann, Stefanie Eble, Sónia Chainho  
Pereira, Corina Glorius, Gernot Haug, Melanie  
König, Filip Lassahn, Renate Matenaer, Hans-Peter  
Müller, Kai Sonntag, Martina Tröschler

**Fotos und Illustrationen:**

S. 1 iStock/jacus; S. 2 ddp images/Henning Schacht;  
S. 4 ddp images/Jens Koehler/dapd, ddp images,  
S. Falkenstein; S. 5 privat, ddp images/Ron Sachs/  
UPI; S. 6 fotolia/Tobias Kaltenbach; S. 8 privat; S.  
9 privat; S. 10 privat; S. 12 ddp images/Erwin Wo-  
dicka; S. 13 ddp images; S. 14 ddp images/Norbert  
Millauer/dapd S. 16: KBV/Bonatz, privat, fotolia,  
iStock/Vilsov, Frank Speth (Illustration)

**Erscheinungsweise:**

vierteljährlich

**Auflage:**

22.900 Exemplare

**Gestaltung und Produktion:**

Uwe Schönthaler

Die Redaktion behält sich die Kürzung von  
Leserzuschriften vor. Die in dieser Zeitschrift  
veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich  
geschützt. Abdruck nur mit Genehmigung des  
Herausgebers.

**Anmerkung:**

Die Begriffe „Arzt“ und „Psychotherapeut“ im  
Text stehen immer sowohl für die männliche als  
auch für die weibliche Berufsbezeichnung.

**ergo auch im Internet:**

www.kvbawue.de » Presse » Publikationen

## KBV Messe Versorgungsinnovation 2014



26. BIS 28. MÄRZ 2014 BERLIN | WWW.VERSORGUNGSMESSE.NET

### Versorgungsinnovationen bei ärztlicher Tätigkeit

Vom 26. bis 28. März 2014 findet im ddb-Forum in Berlin die KBV-Messe zu Versorgungsinnovation statt. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen die Leitthemen Qualität, Kooperation und Diversifizierung. Die Messeausstellung am 27. März stellt neue Ansätze aus dem Bereich Fortbildung und/oder Wissensmanagement sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung und -förderung vor. In einem Fachforum blicken Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf 20 Jahre Qualitätszirkelarbeit

zurück. In diesem Rahmen diskutieren Prof. Dr. Joachim Szczenyi (Universität Heidelberg), Dr. Thomas Ruprecht (Techniker Krankenkasse) und Dr. Arthur Sterzing (Facharzt für Allgemeinmedizin) über ihre langjährigen Erfahrungen in der Qualitätszirkelarbeit und werfen einen Blick in die Zukunft.

Weiteres Thema ist ein Rückblick auf „QEP-Aktuell“ – zehn Jahre Qualitätsmanagement im SGB V: Von der Pflicht zur Selbstverständlichkeit?! Geplant sind Vorträge, Best Practice und Work-

shops zu allen QM-Instrumenten, praxisnahe und anwenderorientierte Umsetzung mit QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®. Die Messe bietet Praxisnetze, Medizinischen Versorgungszentren, aber auch indikationsbezogenen Kooperationen mit selektivvertraglichem Hintergrund eine Möglichkeit zur Präsentation. Die Anmeldung ist ab Januar 2013 möglich.

➔ Weitere Informationen unter: [www.kbv.de/messe.html](http://www.kbv.de/messe.html)

### Werbekampagne mit echten Ärzten und Psychotherapeuten bekommt Prädikat „Silber“

Die Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist bei den diesjährigen Econ Awards mit dem Prädikat „Silber“ ausgezeichnet worden. Der Econ Award wird



seit 2007 für die jahresbesten Werbemaßnahmen aus dem Bereich der Unternehmenskommunikation vergeben und zählt inzwischen zu den deutschlandweit

bedeutendsten Auszeichnungen der Branche. Bei der Kampagne treten KBV und KVen nicht öffentlich als Absender in Erscheinung. Ärzte und Psychotherapeuten sprechen für sich. Überzeugt hat die Econ-Juroren insbesondere der kreative Ansatz, komplett auf bezahlte Models und weiße Kittel zu verzichten und stattdessen echte Ärzte und Psychotherapeuten als Mensch und Bürger auf Augenhöhe mit ihren Patienten sprechen zu lassen.

„Diese äußerst überzeugende Kampagne steigert mit ehrlichen Bildern und klaren Worten die öffentliche Anerkennung für einen verantwortungsvollen Beruf“, hieß es in der Begründung

der Econ-Jury. Durch die realistische Darstellung ärztlicher Anliegen und den sympathischen Auftritt der Testimonials hilft die Kampagne zugleich, angesichts drohenden Ärztemangels, mehr junge Mediziner für eine Tätigkeit als niedergelassener Arzt oder Psychotherapeut zu begeistern.

Die Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ zeigt seit April 2013 online, per TV- und Kinospots, in Infomaterialien für die Praxis, auf Flächenplakaten und Leuchttafeln echte Ärzte und Psychotherapeuten mit ihren berufsbezogenen Anliegen, Problemen und Herausforderungen.

➔ Weitere Informationen unter [www.ihre-aerzte.de](http://www.ihre-aerzte.de)

### Trauer um Dr. med. Cornelia Fahrner

Die Psychotherapeuten in Mannheim und Heidelberg trauern um ihre Kollegin Dr. med. Cornelia Fahrner. Die Einzel- und Gruppentherapeutin praktizierte in Mannheim und lebte in Heidelberg.

Sie war Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit Weiterbildungsschwerpunkt Psychoanalyse. Als engagierte Kollegin setzte sie sich unermüdlich für ihre Patienten und deren Heilung ein. Beständig interessiert an der Weiterentwicklung ihres Faches, hat sie sich immer umfangreich fortgebildet. Als eher zurückhaltender Mensch war sie unter KollegInnen aufgrund ihrer freundlichen und warmherzigen Art sehr beliebt. Cornelia Fahrner hatte viele Hobbies wie Skifahren und Tango-Tanzen, sie interessierte sich für das Reisen und liebte kulturelle Aktivitäten. Ende Oktober fiel Cornelia Fahrner einem Gewaltverbrechen zum Opfer, nachdem



„Warmherzig und beliebt“

sie zuvor über längere Zeit belästigt worden war. Vergebens hatte sie noch versucht, sich gegen diesen Mann zu wehren.

Cornelia Fahrner wurde 59 Jahre alt. Ihr gewaltsamer Tod ist für ihre Kollegen nicht begreifbar, unfassbar und nur schwer zu bewältigen.

Birgitt Lackus-Reitter, Bezirksbeirätin und Psychotherapeutin, im Namen aller Kolleginnen und Kollegen

### Den Beruf des Hausarztes finden wenige Studenten attraktiv

Dies geht aus einer aktuellen onlinebasierten Studie des Universitätsklinikums Heidelberg hervor, an der knapp 1300 Studierende Medizinischer Fakultäten in Ba-

den-Württemberg teilnahmen. Fast die Hälfte der Studenten – 44 Prozent – lehnte danach die Aussage „Ich halte den Hausarztberuf für attraktiv“ ab. Ein Viertel hielt die Allgemeinmedizin für attraktiv, ein weiteres Viertel für teilweise attraktiv. Zwar gaben knapp 90 Prozent der Teilnehmer der Umfrage an, dass man als Allgemeinmediziner lange Beziehungen zu Patienten hat und ein breites medizinisches Wissen anwende (knapp 80 Prozent), allerdings führte dies nicht zu einer positiveren Bewertung des Hausarztberufes. Ursache könnte laut Studienautoren sein, dass viele Vertreter anderer Fachgebiete diesen Bereich der Medizin aufgrund seiner unzureichenden akademischen Verankerung als unwissenschaftlich empfinden. Dies gäben sie auch an die Studierenden weiter. Ein weiterer Grund könnte das schlechte Image des Hausarztberufes unter seinen Arztkollegen oder in den Medien sein. Mehr Praxiserfahrung, zum Beispiel als Famulant, könnte die Attraktivität des Arztberufes für die Studierenden langfristig verbessern. Die Wissenschaftler empfehlen daher die Einführung eines flächendeckenden zweiwöchigen Blockpraktikums.



den-Württemberg teilnahmen. Fast die Hälfte der Studenten – 44 Prozent – lehnte danach die Aussage „Ich halte den Hausarztberuf für attraktiv“ ab. Ein Viertel hielt die Allgemeinmedizin für attraktiv, ein weiteres Viertel für teilweise attraktiv. Zwar gaben knapp 90 Prozent der Teilnehmer der Um-

Herzlichen Dank für alle guten Wünsche, Gratulationen, positiven Reaktionen und konstruktive Kritik, die wir im Rahmen unseres ergo-Neustarts in diesem Jahr bekommen haben. Wir freuen uns auch im Jahr 2014 über Ihre Tipps und Themenideen.

Ein schönes Weihnachtsfest, erholsame Feiertage und einen guten Rutsch ins neue Jahr wünscht ganz herzlich das gesamte ergo-Team.

