

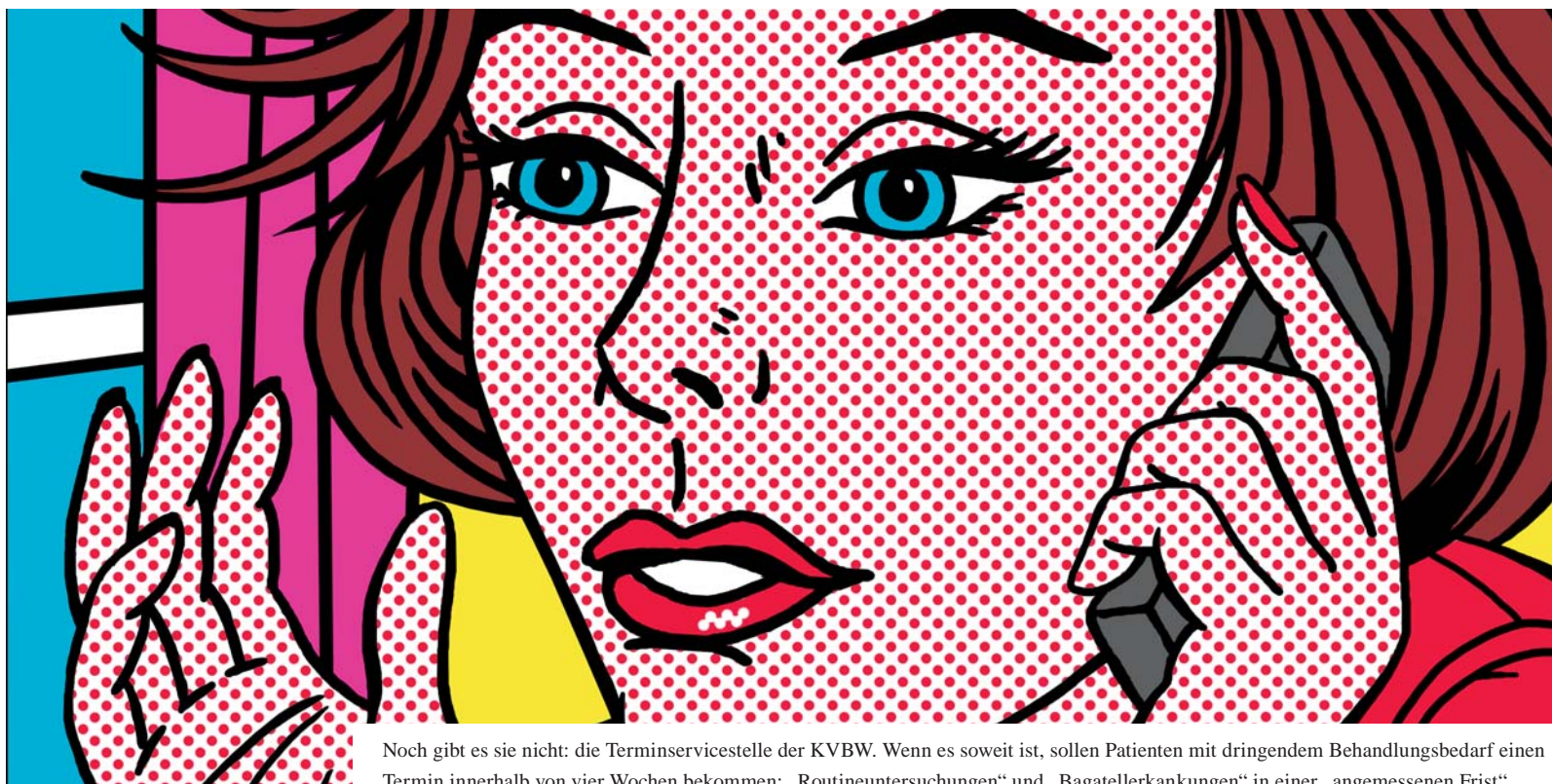
ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Noch gibt es sie nicht: die Terminservicestelle der KVBW. Wenn es soweit ist, sollen Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf einen Termin innerhalb von vier Wochen bekommen; „Routineuntersuchungen“ und „Bagatellerkrankungen“ in einer „angemessenen Frist“.

Onlineumfrage für Mitglieder

Die KVBW will die Leistungen für ihre Mitglieder ständig verbessern. Um dafür noch besser gerüstet zu sein, bieten wir eine Online-Umfrage an. Alle Mitglieder der KVBW sind eingeladen, sich daran zu beteiligen. Voraussetzung ist, dass sie mit aktivem Status (zugehört, angestellt oder ermächtigt) im Arztregister der KVBW eingetragen sind. Um an der Umfrage teilzunehmen, muss die lebenslange Ärztenummer (LANR) angegeben werden.

Der Fragebogen besteht aus kurzen Fragen mit Antwortvorgaben, die schnell angekreuzt werden können. Außerdem gibt es einige offene Fragen mit der Möglichkeit zu Kommentaren. Die Beantwortung dauert circa 15 Minuten.

Der Fragebogen behandelt folgende Themen: Die Zufriedenheit der Mitglieder mit Angeboten und Aktivitäten der KVBW sowie die Erfahrungen mit der Reform des Notfalldienstes. Gefragt wird auch nach der Nutzung der Medien und Kommunikationskanäle der KVBW.

Mit der Mitgliederbefragung will die KVBW ein systematisches Feedback aller Mitglieder einholen. Ziel ist es, Hinweise für die Arbeit der KVBW zu bekommen, um die Leistungen für die Mitglieder sowie die Kommunikationsangebote weiter zu verbessern. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Die Umfrage ist anonym. Die Eingabe der LANR (lebenslange Ärztenummer) dient ausschließlich dem Schutz vor unberechtigten Teilnahmen. Erste Ergebnisse liegen ab September vor. *ef*

➔ Der Fragebogen ist unter www.kvbw.abakom.de verfügbar.

Aufkaufregel & Co.

Das Versorgungstärkungsgesetz ist verabschiedet

Der Bundestag hat Mitte Juni das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Krankenversicherung (GKV-VSG) verabschiedet. Am 1. August soll es in Kraft treten. Was von dem Gesetz mit dem sperrigen Namen zu halten ist, kommentiert der Vorstand der KV Baden-Württemberg, Dr. Norbert Metke.

„Insgesamt stehen wir als niedergelassene Freiberufler und Eigentümer von inhabergeführten Praxen dem Tenor und Inhalt des Gesetzes überaus distanziert gegenüber. Es kann nicht sein, dass in der Absicht, den zunehmend erkennbaren Ärztemangel zu beheben, Krankenhäuser, kommu-

nale Versorgungszentren, Hochschulambulanzen in Konkurrenz zur Selbstständigkeit geöffnet werden. Auch die Änderungen bei der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) werden nicht zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Ebenso wenig wie die Aufkaufregel bei Praxisabgabe und die Einrichtung von „Terminservicestellen“ für die Vermittlung von Facharztterminen.

Schade ist aber vor allem, dass die Politik nicht die Möglichkeit genutzt hat, die wirklichen Probleme anzugehen: Patientensteuerung, mehr Evidenz in Diagnose und Therapie, neue Honorierungssysteme und das Ende der Budgetierung ärztlicher Leistung.

Und doch: Es gibt auch einige positive Aspekte in diesem Gesetz. Erfreulich ist, dass die Krankenhäuser zu einem Entlassmanagement verpflichtet werden und damit der Übergang der Patienten vom stationären in den ambulanten Sektor verbessert wird.

Ebenso zu begrüßen ist, dass nicht nur die Weiterbildung Allgemeinmedizin verstärkt gefördert werden soll, sondern nun auch grundversorgende Facharztgruppen in die Förderung der Weiterbildung aufgenommen sind. Und schließlich wird die psychotherapeutische Versorgung weiterentwickelt sowie die Handlungsspielräume der Psychotherapeuten erweitert.

Nicht zu vergessen: Die Richtlinien als verbindliche Basis für die Wirtschaftlichkeit sind abgeschafft. Bis 2017 können sie durch regionale Kriterien ersetzt werden. Diese durchaus positiven Ansätze ändern aber nichts daran, dass das Gesetz für die niedergelassenen, freiberuflich tätigen Ärzte und Psychotherapeuten das Leben erschwert.

Eine Reihe von Regelungen müssen erst noch durch die Gremien der Selbstverwaltung, vor allem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, konkretisiert werden.“

Die wichtigsten neuen Regelungen und wie die KVBW Sie unterstützt lesen Sie auf Seite 2.

Kassenärztliche Vereinigung BW, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart
Postvertriebsstück DPAG, Entgelt bezahlt (ZKZ 88051)

Physiotherapie

oder Arzt light?

Für Aufregung sorgte Mitte April ein Positionspapier der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, das den freien Zugang zur Heilmitteltherapie für Patienten ohne vorherigen Arztkontakt und Rezept forderte. Dieser Vorschlag sollte die Ärzte entlasten und Kosten reduzieren. Eine Position, die der Vorstand der KVBW sehr kritisch sieht. Der stellvertretende Vorstand Dr. Johannes Fechner erklärt im Gespräch warum.

(Mehr auf S. 4)

Treffer!

Bürokratie ade

Im Jahr 2010 waren es noch über 10.000, 2014 nur noch etwas mehr als 3.000. Die Reduktion der SSB-Prüfanträge war eines der erklärten Ziele des Vorstands. Durch einen Rahmenvertrag mit den Kassen im Land, die uns weit entgegenkommen, umfangreiche IT-Implementierung und weiteres wie die Erweiterung der Positiv-Liste und eine SSB-Frühhilfe mit personalisierten Negativlisten kam es zu dem 70-prozentigen Rückgang.

(Mehr darüber auf S. 10)

Mit Hand, Fuß...

... und Bild

Eine Urologin aus Esslingen hat schon früh die Notwendigkeit erkannt, sich mit fremdsprachigen Patienten nicht nur über die gesprochene Sprache zu verständigen. Sie gründete den Verein „Bild und Sprache“ und begann damit, Materialien für die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten zu erarbeiten. Entstanden sind bebilderte Verständigungshilfen, die die Kommunikation verbessern – auch ohne Sprachkenntnisse und Übersetzer.

(Mehr darüber auf S. 12)

„Draumberuf Artzt“

Das schrieb der kleine Wolfgang Kaiser einst auf seinen Wunschzettel. Jetzt ist er erwachsen, tatsächlich Arzt und hat neben seinem Traumberuf noch viele andere schöne Beschäftigungen, zum Beispiel Videos drehen. Die handeln unter anderem von seiner Tätigkeit als Arzt auf dem Land. Was Dr. Kaiser alias Eugen Bruddler in Eigenregie und allerfeinstem Schwäbisch produziert, ist derzeit hoch angesagt und erzielt auf Youtube Klickerfolge.

(Mehr darüber auf S. 16)

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Wer vieles anfängt zur gleichen Zeit, macht alles halb und nichts geschieht“, sagt eine alte Volksweisheit. Wer schon viele Jahre lang in der ärztlichen Selbstverwaltung gearbeitet hat, hat sie – meist mit gemischten Gefühlen – kommen und gehen sehen: das GKV-Modernisierungsgesetz, das Versorgungsstrukturgesetz, bald das E-Health- und das Antikorruptions- und ganz aktuell das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). Am 1. August soll es in Kraft treten, mit vielen für die Ärzte und Psychotherapeuten problematischen Bestimmungen.

So etwa die Regel, dass Praxen in überversorgten Gebieten durch die KVen aufgekauft werden sollen oder dass die KV zum Terminorganisator der Fachärzte wird. Wo bleibt da die freie Arztwahl? Will der Patient wirklich einen Arzt, zu dem er weit fahren muss und den er sich noch nicht einmal aussuchen kann? Und was ist mit der Freiberuflichkeit? Schließlich: Wie soll das Ganze organisiert werden?

An der Lösung der Fragen, die das Gesetz aufwirft, sitzen wir in der KVBW, um Ihnen bald geeignete Ergebnisse präsentieren zu können. Eine Erste-Hilfe-Maßnahme ist unsere neue Service-Hotline zum Thema Praxisaufkauf unter dem Motto „Praxisaufkauf – nein danke“. Scheuen Sie sich nicht, sich an uns zu wenden, unsere Niederlassungsberater stehen Ihnen mit Rat und Tat zur Seite.

Welche weiteren Pläne wir zu den anstehenden Themen des VSG wie etwa der Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung haben, lesen Sie rechts.

Mit dieser ergo-Ausgabe möchten wir Ihnen zudem gute Tipps für Ihre Arbeit an die Hand geben und Ihnen einige interessante Verträge aus unserer Vertragswerkstatt vorstellen, beispielsweise den AD(H)S-Vertrag.

Last but not Least: Schmunzeln Sie mit uns auf S. 16 über Eugen Bruddler. Der neue Youtube-Star dreht Videos über seine Tätigkeit als Arzt. Denn für ihn ist „Arzt sein“ seit Kindertagen ein „Draumberuf“ – so wie für uns.



Dr. Norbert Metke
Vorstandsvorsitzender
der KV Baden-Württemberg

N. Metke

Dr. Johannes Fechner
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Baden-Württemberg

J. Fechner

Von ASV und Akutsprechstunde

Wie das Versorgungsstärkungsgesetz die Arbeit der Niedergelassenen verändert

Der Vorstand der KVBW sieht es als seine Aufgabe an, die Existenz der Praxen im Land zu sichern. Die KVBW hat ein umfangreiches Paket geschnürt, um sie bei der Umsetzung des Versorgungsstärkungsgesetzes bestmöglich zu unterstützen.

Aufkaufregel

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen bei einem Versorgungsgrad von über 140 Prozent eine Praxis zum „Verkehrswert“ aufkaufen. Aber keine Sorge! Zahlreiche Ausnahmen bestehen, zum Beispiel bei „Versorgungsrelevanz“ der Praxis, bei einer geplanten Praxisübergabe an die Kinder, bei MVZs. Praxisaufkauf nein danke! Die KVBW hat eine Beratungshotline zu diesem Thema eingerichtet; mehr dazu auf Seite 7.

Terminservicestellen

Ab 2016 müssen die KVen Terminservicestellen einrichten. Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf bei einem Facharzt können sich dann an diese Stellen wenden. Binnen einer Woche sollen die Patienten einen Termin erhalten; die Wartezeit darf vier Wochen nicht überdauern. Die KVBW wird die Terminservicestellen sehr praxisschonend und mit wenig Aufwand für die Praxen umsetzen. Sobald klar ist, wie diese Servicestellen genau ausgestaltet werden, werden die Mitglieder informiert.

ASV

Die Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) ist als sektorenübergreifende, extrabudgetäre Versorgung für Patienten

mit schweren und seltenen Krankheiten konzipiert.

Die niedergelassenen Praxen stehen nun in Konkurrenz zu den Krankenhäusern. Denn durch gesetzliche Detailregelungen sind die Krankenhäuser zur Teilnahme an dieser ambulanten Versorgungsform berechtigt worden. Vor allem für Praxen, die in der Nähe eines Krankenhauses liegen, stellt dies eine problematische Situation dar.

Die KVBW wird zeitnah den Praxen helfen, damit sie selbst an der ASV teilnehmen können. Gleichzeitig werden den Patienten die Vorteile einer kontinuierlichen Betreuung durch niedergelassene Ärzte aufgezeigt. Denn wir sind nach der exzellenten, aber punktuellen Betreuung durch das Krankenhaus die Spezialisten für die langfristige Betreuung. Arzt. Besser. Praxis.

Psychotherapie

Zukünftig sollen Psychotherapeuten berechtigt sein, stationäre Einweisungen zu veranlassen und rehabilitative Leistungen zu verordnen. Der G-BA ist zudem beauftragt worden, die Psychotherapierichtlinie zu überarbeiten. Ziel ist es, eine psychotherapeutische (Akut-)Sprechstunde einzuführen und die Gruppentherapie zu stärken. Außerdem soll das Gutachterverfahren vereinfacht werden. Nach der Einführung der psychotherapeutischen (Akut-)Sprechstunde (voraussichtlich bis zum 30. Juni 2016) wird die KV-Terminservicestelle auch Termine beim Psychotherapeuten vermitteln. *nm*

➔ Alle relevanten Informationen zum GKV-VSG finden Sie auf www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/gkv-vsg



Vorsicht im Umgang mit sozialen Medien ist für Ärzte und Psychotherapeuten geboten.

Freund und Feind sind schwer zu unterscheiden

Wenn Ärzte soziale Medien nutzen, sollten sie einiges beachten

„Das Internet macht uns zu transparenten Menschen, deren Daten überall und von jedem einzusehen sind“, verteufeln die einen die sozialen Medien. Andere sind mit Informationen bei Facebook und Co gar nicht geizig. Die Kunst liegt – wie bei vielem – im Mittelweg.

Kürzlich bekam ich – eine KV-Mitarbeiterin – per E-Mail eine Einladung von einem KVBW-Mitglied, mich an einem beruflichen Netzwerk zu beteiligen. Da ich in keinem sozialen Netzwerk bin und auch keinen neuen Job suche, habe ich erst mal kein Profil angelegt. Bei der dritten Aufforderung des Arztes wurde ich stutzig: Ich fand heraus, dass die Plattform von den Mailaccounts seiner Mitglieder „Einladungen“ an Outlookkontakte schickt. Die Mail war also überhaupt nicht von dem Arzt persönlich gesendet worden, sondern automatisch.

Jeder zweite Arzt ist laut Schätzung im Social Web aktiv. Doch was passiert dabei mit gesundheits- oder patientenbezogenen Daten? Nach „Arzt und Wirtschaft online“ vom 19. Juni bekommt der Nutzer nach der Registrierung in einem sozialen Netzwerk in der Regel angeboten, die Kontakte zu synchronisieren. Das bedeutet, dass alle Kontakte aus Adressbüchern herangezogen werden, egal ob sie auf dem Smartphone, dem Tablet oder dem PC liegen.

Wer dies vom Praxisrechner aus tut, muss damit rechnen, dass neben Freunden auch Patienten eingeschrieben werden. Der Verstoß gegen Schweigepflicht und Datenschutzvorgaben, die der Arzt eventuell unfreiwillig begangen hat, kann schnell zum juristischen Fallstrick werden. Freundschaftsanfragen sollten daher abgelehnt, private und geschäftliche Accounts streng getrennt werden.

Was bei der Nutzung von Facebook, What's App, LinkedIn und anderen sozialen Medien zu beachten ist, fasst die Schrift „Ärzte in sozialen Medien“ der Bundesärztekammer unter www.bundesaerztekammer.de zusammen. Seien es Probleme mit Diffamierung, Verstöße gegen das Fernbehandlungsverbot oder gegen berufswidrige Werbung: Anhand von Fallbeispielen wird aufgezeigt, dass man ungewollt in die Schweigepflicht-Falle tappen kann. Etwa, wenn ein angestellter Arzt eines Krankenhauses ein Fallbeispiel mit einem tragischen Krankheitsverlauf berichtet. Obwohl er weder Namen noch Krankenhaus nannte, konnte ein Angehöriger des Erkrankten die Identität durch Recherche und Kombination sehr wohl zuordnen. *ef*

➔ Weitere Informationen QM-Fachberater der KVBW: 0711 7875-3300

Themen

- GESUNDHEITSPOLITIK
Wieder ein „FALK“ mehr
Die Freie Allianz der Länder-KVen wächst und gedeiht 4
- KVBW-WELT
Schöne Hüte, schnelle Pferde
Rennbahnarzt in Iffezheim 7
- UNTERNEHMEN PRAXIS
AD(H)S-Vertrag
bringt Vorteile für Patienten und Ärzte 9
- UNTERNEHMEN PRAXIS
Arzt fragt, KV antwortet
Thema: Kann man die Hepatitis-A-Impfung zu Lasten der GKV verordnen? 10
- ARZT & THERAPEUT
Hygieneecke
BWL-Tool hilft bei Einschätzung der Aufbereitungskosten von Medizinprodukten 12
- ARZT & THERAPEUT
Trittsicher-Vertrag
Sturzprophylaxe für ältere Menschen 13
- ARZT & THERAPEUT
Bürokratieabbau ...
... am Beispiel häuslicher Krankenpflege 13
- ARZT & THERAPEUT
Suchtkrankheiten in der Arztpraxis
Sicher erkennen und gezielt behandeln 14
- LETZTE SEITE
116 117 gestartet
Neue Rufnummer für Baden-Württembergs Notfallpraxen 16

Begleitung in den Tod

Bundestag diskutiert vier Gesetzesentwürfe zur Sterbehilfe: Einigkeit herrscht über das Verbot geschäftsmäßig handelnder Sterbevereine

Ist es inhuman, einem todkranken Menschen beim Sterben zu helfen? Oder ist es ein Akt menschlicher Zuwendung und Gnade, gemeinsam mit ihm diesen Schritt zu gehen? Extrem konträre Positionen trafen in einer äußerst konzentrierten und persönlichen Aussprache über die gesetzliche Regelung der Sterbehilfe am 2. Juli im Bundestag aufeinander.

Es gab kaum einen Abgeordneten, der ans Rednerpult trat, der nicht von einer persönlichen Erfahrung bei der Begleitung eines Sterbenden sprach. Frei in ihrer Gewissensentscheidung und ohne Fraktionszwang diskutierten die Abgeordneten in erster Lesung vier Gesetzesanträge, die von fraktionsübergreifenden Gruppen eingebracht worden waren. Bundestagspräsident Norbert Lammert (CDU) bezeichnete die Debatte als eine der „anspruchsvollsten und schwierigsten Gesetzesvorhaben in dieser Wahlperiode“.

ergo gibt im Folgenden einen Überblick über die wichtigsten Positionen der vier Entwürfe zur gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe.

Verbot von Sterbevereinen

Derjenige Gesetzesentwurf, der mit rund 200 Unterstützern derzeit die größte Mehrheit im Bundestag hat, wurde von Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD) zur Debatte gestellt. Sie wollen, dass Suizidhilfe grundsätzlich straflos bleibt, die geschäftsmäßige Förderung jedoch unter Strafe gestellt werden. Damit solle die „schleichende Ausweitung der Sterbehilfe“ verhindert werden, sagte Brand. „Sterben an der Hand und nicht durch die Hand eines Mitmenschen“ ist das leitende Motiv für diesen Gesetzesentwurf, der vom Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) und der Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) unterstützt wird.

Etwas unklar ist dieser Entwurf in der Frage, wie man mit den Sterbehilfevereinen zum Beispiel in der Schweiz verfährt. Nicht wenige Deutsche nutzen diese Möglichkeit der Suizidbegleitung. Die Sterbehilfevereine agieren in der Schweiz legal, doch die dort organisierte „geschäftsmäßige“ Suizidhilfe wäre dann nach deutschem Recht strafbar. Und dann könnten auch Personen oder Vereine, die den Kontakt in die Schweiz vermitteln, in Deutschland bestraft werden. Derzeit sieht der Gesetzesentwurf vor, lediglich die Vereine strafrechtlich zu verfolgen; Angehörige oder „nahestehende“ Personen, die den Patienten zum Beispiel bei der Fahrt in die Schweiz begleiten, sollen straffrei bleiben.

Für Ärzte könnte der Entwurf jedoch zu Unsicherheiten führen. Brand und seine Kollegen betonen zwar, dass sie keine Einschränk-

ung des derzeit gültigen ärztlichen Spielraums vorsehen, es aber auch kein Sonderrecht für Ärzte geben dürfe. Damit bliebe die Suizidassistenz nach einer Gewissensentscheidung straffrei. Wird sie jedoch mit Wiederholungsabsicht und „geschäftsmäßig“ geleistet, müsste sie strafrechtlich verfolgt

keitsbewusstsein die Suizidhelfer handeln. Und Griese fügt an: „Wir wollen keine Hilfe zum Sterben, sondern beim Sterben.“ Das bedeute auch, dass der Arzt in der Palliativmedizin, der sedierende Medikamente verordne, sich nicht strafbar mache. Denn der Tod des Patienten sei ja nicht sein Ziel.

sistierten Suizid im Einzelnen regeln und damit „den Menschen, die verzweifelt sind, ein Angebot schaffen“, sagt Lauterbach.

Hintze und Lauterbach stellen bei ihrem Entwurf die Selbstbestimmung des leidenden Menschen in den Fokus und wollen ihm das Recht geben zu entschei-

von großem Leid soll die Beihilfe straffrei bleiben. Unterstützer dieses Entwurfs wie Hubert Hüppe (CDU), der frühere Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, warnen davor, dass auch psychisch kranke Menschen, die nicht todkrank sind, dennoch die Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen würden. Außerdem fände er es schwierig, wenn für Sterbenskranke, die etwa durch Gesichtstumore verunstaltet seien, der „Ekel vor sich selbst“ zum maßgeblichen Kriterium werde. „Wie sollen dann Gelähmte, die inkontinent sind, solche Urteile über lebensunwertes Leben empfinden“, fragt sich Hüppe.

Freie Selbstbestimmung über das eigene Sterben

Den Gegenentwurf des Totalverbots bringen Petra Sitte (Linke) sowie Kai Gehring und Renate Künast (beide Grüne) in die Debatte ein. Sie wollen die Suizidhilfe grundsätzlich straffrei belassen. Sie sind davon überzeugt, dass das geltende Strafrecht völlig ausreichend sei. Außerdem wolle die Bevölkerung mehrheitlich selbst über das eigene Sterben entscheiden, so die Einschätzung von Künast.

Zwar sieht dieser Gesetzesentwurf ebenfalls ein Verbot der „gewerbsmäßigen“ Suizidhilfe vor, um zu verhindern, dass Sterbehilfe zu einem kommerziellen Geschäft wird. Doch wenn Vereine uneigennützig beraten und keinerlei Geschäftsinteressen verfolgen, soll das möglich sein. Petra Sitte (Linke) begründet das damit, dass die Mehrzahl der Ärzte gar keine hinreichende Erfahrung im Umgang mit Wünschen nach Sterbehilfe hätte. Auch Freunden und Angehörigen falle das naturgemäß schwer. „Deshalb brauchen wir eine kompetente dritte Seite“, fordert Sitte. Beihilfe zur Sterbehilfe solle deswegen auch Vereinen gestattet werden, „solange sie uneigennützig und ergebnisoffen“ beraten.

Für Ärzte will die Gruppe bestehende rechtliche Unsicherheiten beseitigen und grundsätzlich festschreiben, dass Sterbehilfe eine ärztliche Aufgabe sein „kann“ und den Ärzten nicht untersagt werden darf. Sie müssten lediglich einige Regeln einhalten: Beispielsweise die Beratung des Patienten, bei der er über alle medizinischen und palliativen Möglichkeiten zur Behandlung seines Leidens informiert wird und ihm Alternativen zur Selbsttötung aufgezeigt werden.

Vorgesehen ist bei diesem Vorschlag zusätzlich eine Evaluation des Gesetzes in einigen Jahren. Dann soll geprüft werden, ob die ausdrückliche rechtliche Ermöglichung der Suizidhilfe ungewollte gesellschaftliche Folgen hat.

Einig sind sich die Parlamentariergruppen darin, dass sie die Palliativmedizin, die Schmerztherapie und die Hospizarbeit weiter ausbauen wollen. Die Entscheidung über das Gesetz zur Sterbehilfe wird für den Herbst erwartet. sm



„Pflicht zu Leiden“ oder selbstbestimmtes Sterben: Die Entwürfe für das Gesetz zur Sterbehilfe bilden die breite gesellschaftspolitische Debatte ab.

werden. Dies könnte bei Palliativmedizinern oder Onkologen, die oft mit dem Sterbewunsch schwerkranker Patienten konfrontiert sind, zu Verunsicherung führen. Handeln diese Ärzte schon „geschäftsmäßig“ oder mit Wiederholungsabsicht, wenn sie bereits in mehreren Fällen Patienten bei der Selbsttötung geholfen haben? Oder bleibt es die straflose Wiederholung einer Gewissensentscheidung im Einzelfall? „Die Absicht ist entscheidend“, sagt Brand. Im Zweifelsfall müssten die Gerichte entscheiden, mit welcher Absicht und welchem Regelmäßig-

Rechtssicherheit für Ärzte dringend erforderlich

Der Gesetzesentwurf von Brand und Griese sieht keine klare, gesetzliche Regelung für das ärztliche Handeln vor. Nach wie vor stünden sich Strafrecht und Berufsrecht widersprüchlich gegenüber. Das kritisieren die Abgeordneten Peter Hintze (CDU) und Karl Lauterbach (SPD), die im Antrag von Brand und Griese eine erhebliche Einschränkung für die Gewissensfreiheit der Ärzte sehen. Sie wollen daher mit ihrem Gesetzesentwurf die Bedingungen für einen ärztlich as-

den, „ob er die Qual des Todeskampfes noch ertragen kann.“ Es gebe Grenzen der Palliativmedizin, so Lauterbach. Man müsse daher die Regeln für den ärztlich unterstützten Suizid dringend festschreiben, damit kein Arzt mehr standesrechtliche oder strafrechtliche Folgen zu befürchten habe, der Beihilfe zum Suizid leistet. Die Gruppe um Lauterbach, deren Gesetzesentwurf von über 100 Abgeordneten unterstützt wird, will Ärzten explizit die Assistenz bei der Selbsttötung erlauben. Unterstützerin Katharina Reiche (CDU) will, dass jeder Arzt die Möglichkeit habe, mit seinem Patienten eine verantwortungsvolle Gewissensentscheidung zu treffen. Sie hält es für nicht zielführend, dass der Staat „eine Pflicht zum Leiden“ verordnet.

Darüber hinaus betrachtet die stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Carola Reimann eine solche Regelung für ein deutlich besseres Mittel gegen Sterbehilfevereine als das Strafrecht. Dann müsste auch niemand mehr zum Sterben ins Ausland fahren.

Extreme Position: Totalverbot für Anstiftung und Beihilfe

Der dritte Gesetzesentwurf stammt von Patrick Sensburg (CDU) und Thomas Dörflinger (CDU) und hat mit 35 Abgeordneten nur knapp das nötige Quorum erreicht, um in den Bundestag eingebracht zu werden. Dieser Entwurf will ein Totalverbot: Sowohl Anstiftung wie Beihilfe zur Selbsttötung soll mit bis zu fünf Jahren Haft bestraft werden. Nur in extremen Ausnahmefällen

Berufsrecht versus Strafrecht

Bislang ist die Suizidhilfe in Deutschland straffrei. Denn auch die Haupttat, der Suizid, ist keine Straftat. Daher handeln Sterbehilfevereine und auch regelmäßig handelnde Ärzte bisher legal. Dagegen allerdings stehen die Berufsordnungen einzelner Landesärztekammern, die ein Verbot des ärztlich assistierten Suizids vorsehen. Die Bundesärztekammer stellt in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung fest, dass die „Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe“ ist.

Zur aktuellen Debatte äußert sich der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: „Es ist gut, dass sich der Bundestag viel Zeit nimmt. Die Parlamentsdebatte ist der vorläufige Höhepunkt einer in Politik und Öffentlichkeit sehr ernsthaft geführten Diskussion, die endlich das gesellschaftliche Schweigen über das Tabuthema Tod gebrochen hat.“

Er begrüßt vor allem, dass es bei allen Parlamentariergruppen einen großen Konsens gäbe, Sterbehilfevereinen das Handwerk zu legen. Weitere gesetzliche Regelungen betrachtet er als nicht notwendig, denn „die Berufsordnungen aller 17 Ärztekammern regeln einheitlich und bundesweit, dass es die Aufgabe von Ärzten ist, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten.“ Damit gelte schon jetzt für alle Ärzte in Deutschland: „Sie sollen Hilfe beim Sterben leisten, aber nicht Hilfe zum Sterben.“

Mehr politische Schlagkraft mit einer gemeinsamen Stimme

KVen-Verbund FALK blüht und gedeiht

Der Falke ist ein majestätisches Tier mit besonders scharfen Augen. In russischen Märchen verwandeln sich die Helden gerne mal in einen Falken, um die Feinde zu bezwingen. Vielleicht ein Grund, warum sich vier KVen 2011 unter dem Namen „FALK“ (Freie Allianz der Länder-KVen) zusammengetan haben, um den Einfluss der Länder-KVen wieder zu stärken.

Sehr argwöhnisch wurde die Gründung von FALK am Anfang von vielen KV-Vorständen betrachtet. Die Freie Allianz der Länder-KVen wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen aus Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern gegründet. Mit der Kooperation wollen die KVen gemeinsame Positionen formulieren, die gegenüber der Politik, aber auch innerhalb der Vertreterversammlung der KBV vertreten werden können. In der Diskussion um das GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011 und auch aktuell beim GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat es sich gezeigt, dass die Schlagkraft der KVen deutlich erhöht wird, wenn bei einzelnen Themen mit einer Stimme gesprochen wird.

Das Wirrwarr an Meinungen und Protagonisten im Gesundheitswesen ist einfach zu hoch, als dass es einzelnen KVen gelingt, Gehör in der Politik zu finden.



Dialog und Teamwork

Die Vorstände von FALK treffen sich regelmäßig, um sich auszutauschen. Die FALK-KVen sprechen über die aktuellen politischen Entwicklungen und vereinbaren gemeinsam Strategien zur Vorgehensweise im Rahmen der Interessenvertretung. Sie veröffentlichen gemeinsame Pressemitteilungen und organisieren Veranstaltungen.

FALK wächst weiter

Die anfängliche Skepsis ist inzwischen breitem Interesse gewichen. Kürzlich haben die KVen Westfalen-Lippe und Saarland ih-

ren Beitritt zu FALK erklärt. Damit werden inzwischen mehr als die Hälfte aller niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland von den FALK-KVen vertreten! Weitere KVen haben ihr Interesse an FALK bereits bekundet, so dass die Kooperation aller Voraussicht nach weiteren Zuwachs erhalten wird.

FALK ist ein gutes Beispiel dafür, dass auch in der Ärzteschaft die Zeichen auf Kooperation stehen. Allzu lange schon leidet sie an ihrer Zersplittertheit aus einzelnen KVen, Berufsverbänden und anderen Interessengruppen. Eine wirksame Vertretung im Spiel der Krankenkassen und Krankenhäusern wird damit ausgesprochen schwer.

Sich den Herausforderungen im Gesundheitswesen stellen

FALK soll gleichwohl nicht nur nach außen, sondern auch nach innen wirken. Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass die Gegensätze in der KBV-Vertreterversammlung groß, die Auswirkungen gravierend sind. So hat der Gesetzgeber gerade

erst im Versorgungsstärkungsgesetz neue Regeln für die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten

in der KBV festgelegt, weil die ärztlichen Vertreter selbst nicht dazu in der Lage waren – ein Armutszeugnis für die Selbstverwaltung.

Umso wichtiger ist es, die Reihen zu schließen und zu einem sachorientierten Miteinander zu kommen. Denn klar ist: Die Herausforderungen im Gesundheitswesen sind so groß, dass sich die Ärzteschaft eine innere Zerrissenheit nicht leisten kann. *ks*

FACHTAG

Ein Jahr Diamorphinbehandlung

Im vergangenen Jahr konnte ergo melden, dass in Stuttgart eine Praxis zur Diamorphinvergabe eröffnet hat. Ein Jahr später ist es Zeit, Bilanz zu ziehen. Daher lädt die Praxis zu ihrem 1. Fachtag Diamorphinbehandlung ein.

Los geht es am Samstag, den 25. Juli 2015 in der Stuttgarter Kriegsbergstraße 40 um 9.30 Uhr mit einer Begrüßung durch den Praxisinhaber Dr. Andreas Zsolnai und den Geschäftsführer der release-Drogenberatung Ulrich Binder. Nach einem Grußwort der Stuttgarter Sozialbürgermeisterin Isabel Fezer referiert der Psychiater Prof. Dr. Torsten Passie um 10.30 Uhr zur Praxis der diamorphingestützten Behandlung unter Berücksichtigung psychologischer, atmosphärischer und pharmakologischer Aspekte. Um 12.00 Uhr berichten Dr. Andreas Zsolnai, der

Pflegedienstleiter der Diamorphinpraxis Thomas Feil und Sozialarbeiter Uwe Collmar von release über ihre Erfahrungen aus medizinischer, pflegerischer und sozialarbeiterischer Sicht.

Zwischen 13.30 und 15.00 Uhr finden Workshops zu den Themen diamorphingestützte Behandlung, pflegerische Versorgung in der Schwerpunktpraxis und psychosoziale Angebote für Substituierte statt.

Zur Fachtagung sind Ärzte und Psychotherapeuten eingeladen, die sich für die Substitution mit dem synthetischen Heroin interessieren. Die Veranstaltung ist mit sieben Fortbildungspunkten zertifiziert und kostenfrei. *ef*

➔ Anmeldung per E-Mail mit Personenzahl und Berufsgruppe: diamorphinfachtag@release-drogenberatung.de

KVBW lehnt Direktzugang zur Physiotherapie ab

Nachgefragt bei Dr. Johannes Fechner

Mitte April schlug ein Positionspapier der CDU/CSU-Bundestagsfraktion hohe Wellen in der gesundheitspolitischen Diskussion. Die Abgeordneten diskutierten darin den freien Zugang zur Heilmitteltherapie für Patienten. Eine Verordnung vom Arzt sei, so das Papier, nicht zwingend erforderlich. Glaubt man den Autoren des Papiers, geschieht dieser Vorschlag unter anderem in der guten Absicht, über eine mögliche Entlastung von Ärzten nachzudenken. Aber auch wirtschaftliche Gründe und die mögliche Reduktion von Kosten gehörten zu den Argumenten. Der Vorstand der KVBW beurteilt diesen Vorschlag sehr kritisch. Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstand, erklärt die Position der KVBW.

Herr Dr. Fechner, was sagen Sie zu dem Vorschlag der CDU/CSU-Bundestagsfraktion?

Wir begrüßen es zunächst einmal, wenn die Politik die Frage aufwirft, wie die Ärzte entlastet werden können. Darüber diskutieren wir gern. Ob aber diese Idee ein vernünftiges Konzept zu einer besseren Steuerung von Patienten ist, bezweifeln wir sehr. Denn ein freier Zugang widerspricht ja eher der Idee, dass wir mehr für eine vernünftige Patientensteuerung tun müssen.

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat erst in seinem letzten Gutachten gefordert, dass jede Form des unbegrenzten Zugangs – auch zum Facharzt – auf Dauer nicht finanzierbar ist. Zentrale Instanz sollte der Hausarzt sein, da er als Einziger den Überblick über die Krankengeschichte des Patienten hat. Wir halten das für eine gute Lösung.

Sie haben aber auch qualitative Einwände gegen den Direktzugang zur Physiotherapie?

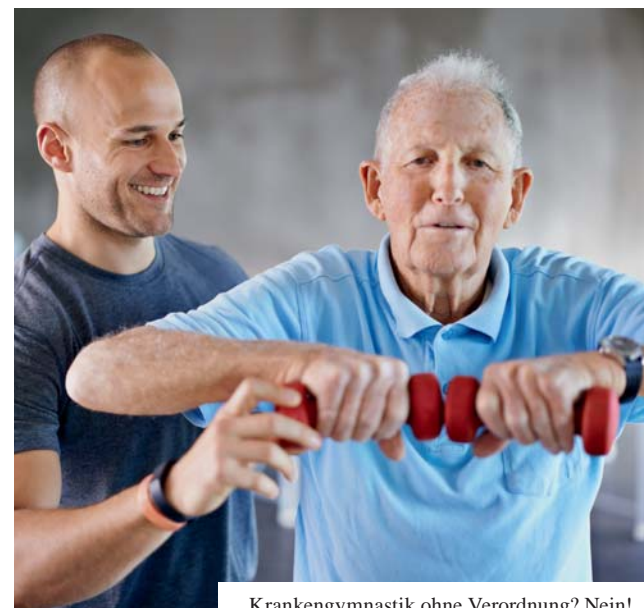
Ja, sicher. Wir befürchten, dass Patienten schlechter behandelt würden, wenn sie ohne ärztliche Diagnose zu einem Physiotherapeuten gingen. Nur Ärzte können eine Differenzialdiagnose stellen. Und nur Ärzte können Physiotherapie als eine Therapieoption von vielen verordnen.

Das Papier rechnet vor, dass durch eine solche Regelung Kosten eingespart werden könnten.

Ich denke, das ist unwahrscheinlich. Wenn die Patienten selbst entscheiden können, wann sie zum Physiotherapeuten gehen, würde dies einerseits zu einer Kostensteigerung bei der Physiotherapie führen, andererseits würde dadurch die Häufigkeit der Arztbesuche nicht wesentlich verringert. Denn in den meisten Fällen verschreiben die Ärzte neben der Physiotherapie auch Arzneimittel und stellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus. Die Patienten müssen also sowieso zum Arzt.

Außerdem gibt es ja auch noch den Aspekt der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Ärzte unterliegen strengen Vorgaben für die Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnungen. Wenn die Patienten selbst entscheiden können, ob und wie oft sie zum Physiotherapeuten gehen, müsste in der Konsequenz die Androhung von Regressen bei Überschreitung des Verordnungsvolumens für



Krankengymnastik ohne Verordnung? Nein!

die niedergelassenen Ärzte entfallen. Und die Physiotherapeuten müssten dann einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterworfen werden und möglicherweise Budgetierungsregeln unterliegen. Da stellt sich mir die Frage: Wollen das die Physiotherapeuten?

Also keine Änderung in Sachen Physiotherapie-Verordnung?

Viele Physiotherapeuten sind exzellent ausgebildet. Ich kann mir daher gut vorstellen, dass die Ärzte die Notwendigkeit von Physiotherapie bestätigen, das anzuwendende Heilmittel aber nicht mehr verschreiben.

Also eine Art Blanko-Verordnung?

Ja. Dann könnten die Physiotherapeuten zukünftig selbstständig die Behandlungsmethode und -dauer festlegen und verantworten. *sm*



Prof. Klaus Mörike

Professor Klaus Mörike ist Facharzt für Klinische Pharmakologie und zuständig für den Pharmakotherapie-Beratungsdienst an der Universität Tübingen. Mit seiner wissenschaftlichen Expertise berät er Ärzte in der Praxis zu allen wissenschaftlichen Fragen der Arzneimitteltherapie. Der Beratungsdienst kooperiert eng mit der KVBW und ist im bundesweiten Vergleich einzigartig. ergo traf Mörike zu einem Gespräch über seine Arbeit.

Professor Mörike, wer ruft bei Ihnen an?

Mörike: Rund fünf Prozent der Vertragsärzte nutzen unseren Dienst regelmäßig. Darunter sind auffallend viele Mehrfachnutzer, „Stammkunden“. Diese Treue interpretieren wir durchaus als Ausdruck der Zufriedenheit. Rund 40 Prozent der Anrufer sind Allgemeinmediziner. Bei den Fachärzten sind es vor allem die Gynäkologen, Internisten und Psychiater.

Gibt es auch andere Anrufer?

Manchmal spreche ich auch mit Kollegen aus Kliniken. Und ab und zu verirrt sich auch mal ein Pati-

„Wir sind keine Therapie-Polizei!“ Pharmakotherapie-Beratung bietet niedergelassenen Ärzten Unterstützung bei der Verordnung von Arzneimitteln

ent. Diese Anfragen beantworten wir allerdings nicht. Denn wir möchten nicht in die Arzt-Patienten-Beziehung eingreifen. Auch wenn sich manche Patienten natürlich eine Zweitmeinung wünschen.

Ich denke, für manchen Arzt ist es schon eine Hürde zuzugeben, dass man womöglich Wissensbedarf hat. Deswegen versuchen wir unser Angebot auch möglichst niederschwellig zu gestalten.

Machen Sie dem anrufenden Arzt Vorschriften?

Nein, auf keinen Fall. Wir sind keine Therapie-Polizei. Im Gegenteil: Ich schätze sehr die Win-win-Situation, die durch viele Gespräche entsteht. Der anrufende Kollege bekommt von uns Unterstützung für die Therapie eines Patienten. Und wir erhalten im Gegenzug wertvolle Hinweise auf die zurzeit relevanten Fragen in der Praxis. Diese können wir dann zum Beispiel in die Ausbildung unserer Studierenden einbringen. Dafür dokumentieren wir alle Anfragen und werten sie regelmäßig aus.

Wie läuft eine Anfrage konkret?

Wenn ein Kollege anruft und ein Problem schildert, antworten wir in den allermeisten Fällen nicht direkt. Dafür sind die meisten Anfragen zu spezifisch und oft komplex. Wir recherchieren zunächst in allen aktuellen Datenbanken. Online kön-

nen wir auf jede wichtige Fachzeitschrift zugreifen.

Danach erhält der Anrufer einen ausführlichen Brief. Darin wiederhole ich zunächst seine Frage, gebe dann eine kurze Einschätzung und Schlussfolgerung mit einem Therapievorschlagn. Natürlich belegen wir

Die Pharmakotherapie-Beratung

Die Pharmakotherapie-Beratung beantwortet Fragen aus allen Gebieten der Pharmakotherapie, insbesondere zu Indikation, Wirkungsweise, Nebenwirkungen und Interaktionen von Fertigarzneimitteln, Wirkstoffen und Hilfsstoffen, Dosierung von Arzneimitteln oder zur Wirksamkeit bestimmter Pharmakotherapien und ihrer Evidenz. Vertragsärzte der KVBW können den Beratungsdienst kostenfrei nutzen.

→ 07071 29-74923
arzneimittelinfo@med.uni-tuebingen.de

Nicht beantworten kann dieser Dienst Fragen zur Verordnungs- oder Erstattungsfähigkeit von Medikamenten. Diese Fragen beantworten die Ärzte und Apotheker der Arzneimittelberatung der KVBW: arzneimittelberatung@kvbawue.de

das Ganze mit der betreffenden Literatur.

Und kann sich der Arzt auch schriftlich an Sie wenden?

Ja, per E-Mail. Das hat den Vorteil, dass wir vorab recherchieren können. Dennoch suchen wir in den allermeisten Fällen das persönliche Gespräch. Man kann sich dann wesentlich besser über die wichtigen Dinge austauschen. Ich verstehe diese Gespräche als Konsil: Zwei Ärzte tauschen sich miteinander in einer Falldiskussion aus. An der Kompetenz und Verantwortung des Arztes für die Verordnung ändert sich dadurch nichts.

Gibt es typische Themen?

Rund 20 Prozent der Anfragen betreffen die Medikation in Schwangerschaft und Stillzeit. Da gibt es oft erhebliche Unsicherheiten. Ein weiteres großes Thema ist die wissenschaftliche Härte, also die Evidenz von bestimmten Therapien. Manchmal handelt es sich dabei um Therapien an der Grenze zu alternativen Methoden wie um bestimmte pflanzliche Mittel bei Krebs. Die Kollegen möchten wissen, welche Studien es dazu gibt, wie gut die Wirksamkeit und Sicherheit belegt ist. Diese Fragen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Und der dritte Themenblock sind die Nebenwirkungen. Es gibt immer wieder diese Fälle, wo ein Patient

zehn oder mehr verschiedene Medikamente nimmt und dann plötzlich einen Hautausschlag hat. Dann muss man herausbekommen, welches Medikament daran schuld ist.

Und darauf können Sie immer eine befriedigende Antwort geben?

Das ist oft nicht ganz einfach. Man kann gewisse Kriterien aufstellen: zeitlicher Zusammenhang, Häufigkeit, bisherige Literatur. Und man kann einen Tipp geben, wie man vorgehen soll. Aber letztlich läuft es darauf hinaus, dass der behandelnde Arzt es ausprobieren muss: zum Beispiel Medikamente weglassen oder austauschen und schauen, ob es hilft.

Was raten Sie den niedergelassenen Ärzten, die viel verordnen müssen?

Stellen Sie immer wieder Fragen! Es gibt oft Kollegen, die nach einem speziellen Thema auch noch allgemeiner fragen, beispielsweise was sich Neues ergeben hat in der Bluthochdrucktherapie. Oder nehmen Sie die neuen oralen Antikoagulantien: Hier hat sich in den letzten fünf Jahren enorm viel getan. Ich kann nur raten: Nutzen Sie unser Angebot. Gerne komme ich auch in Qualitätszirkel vor Ort zum persönlichen Gespräch. *sm*

115 Jahre Medizinstudium für Frauen

Freiburger Ausstellung porträtiert die ersten Ärztinnen in Baden

„Weibliche Ärzte für weibliche Patienten“. Mit diesem Slogan kämpften die Protagonistinnen der Frauenbewegung des ausgehenden 19. Jahrhunderts für die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium.

Es war das beste Argument, um im wilhelminischen Deutschland für die akademische Bildung von Frauen zu kämpfen. Denn so könnten die Frauen ihrer natürlichen Aufgabe, sich den Kindern und Schwachen in der Gesellschaft zu widmen, noch besser nachkommen.

Es ist das liberale Großherzogtum Baden, das schließlich als erster deutscher Staat zum Wintersemester 1899/1900 Studentinnen für Medizin zuließ. Damit waren sie die ersten regulär immatrikulierten Studentinnen im Deutschen Reich und in der Folge die ersten Ärztinnen mit einer deutschen Approbation.

Diesen Studentinnen und ihrer beruflichen Laufbahn widmet sich



Freiburger Studentinnen bei einem Festumzug 1911

derzeit eine Ausstellung an der Universität Freiburg. Die Magdeburger Medizinhistorikerin Prof. Dr. Eva Brinkschulte hat sie konzipiert und gemeinsam mit dem Referat für Gleichstellung realisiert.

Die badische Aufgeschlossenheit allerdings relativierte sich schnell bei den weiteren Berufs-

wünschen der jungen Medizinerinnen. Zwar arbeiteten Ärztinnen bei der Sittenpolizei oder als Schulärztin, doch es dauerte noch bis 1915, bis sich die erste Frau in Freiburg niederlassen konnte. Und erst 1931 habilitierte sich die erste Medizinerin an der Uni Freiburg.

Der Erfolg währte nicht lang: Die Lebenswege und beruflichen Karrieren vieler Medizinerinnen erfuhren mit der „Machtergreifung“ der Nationalsozialisten einen tiefen Einschnitt, denn viele von ihnen waren jüdischer Herkunft. Jüdische Familien standen traditionell der akademischen Frauen-

bildung aufgeschlossener gegenüber. *sm*

→ Die Ausstellung „Weibliche Ärzte – Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland“ wird noch bis August an zwei Orten gezeigt: im Casino (Mo-Fr, 11.00-14.15 Uhr) und im Uniseum (Do-Sa, 14.00-18.00 Uhr) der Universitätsklinik Freiburg

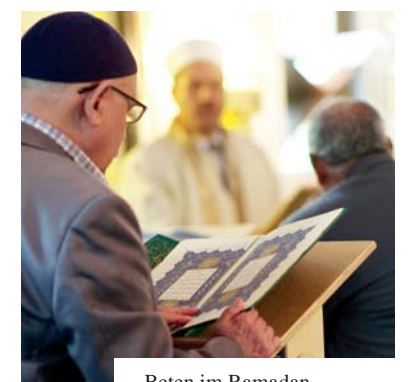
Ramadan: Tabletten und Tinkturen nur in der Nacht

Es ist Ramadan. Noch bis zum 17. Juli fasten gläubige Muslime zwischen Sonnenauf- und -untergang. Sie verzichten auf Essen und Trinken, auch rauchen ist während des Tageslichts verboten. Schwierig ist es für Muslime, die regelmäßige Medikamente brauchen. Denn auch die Einnahme von Arzneimitteln ist prinzipiell verboten.

Generell sind alle oralen Darreichungsformen wie Tabletten, Kapseln, Tinkturen oder Sirupe verboten, sublinguale Formen hingegen sind erlaubt. Auch Sprays oder Inhalatoren zur Behandlung von Asthma, ebenso wie Salben und Augentropfen stellen kein Problem dar. Nasen- oder Ohrentropfen hingegen brechen die Fastenregeln.

Zwar sind Kranke von den Geboten ausgenommen, doch viele möchte trotzdem fasten. Diese Patienten sollten Ärzte gut beraten und gemeinsam mit ihnen festlegen, welche Medikamente wie eingenommen werden können.

So kann für diese Zeit möglicherweise auf ein Präparat umgestellt werden, das nur einmal täglich einge-



Beten im Ramadan

nommen werden muss. Oder der Patient nimmt seine Medikamente ausnahmsweise nur nachts.

Besonders betroffen sind Diabetiker. Sie müssen nicht nur ihre Medikamenteneinnahme abstimmen, sie müssen sich auch auf die besonderen Essenszeiten einstellen. Durch die unregelmäßige Nahrungszufuhr müssen Diabetiker besonders auf die Symptome einer Über- und Unterzuckerung achten und ihren Blutzuckerspiegel sorgfältig messen. Sie sollten darüber hinaus immer Traubenzucker dabei haben; in Notfallsituationen erlaubt der Koran das Fasten zu unterbrechen. *sm*



Fitness Tracker sammeln Tausende von Daten.

Wer, wie, was? E-Health am Scheideweg

Eine Nachlese zum eHealth Forum in Freiburg

Die Referenten und Zuhörer des fünften eHealth Forums in Freiburg waren sich einig: Um das „Ob“ geht es schon lange nicht mehr, lediglich das „Wie“ ist noch offen. Die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung ist längst nicht mehr aufzuhalten. Jetzt wird entschieden, wer die Prozesse gestaltet.

E-Health formt sich derzeit in zwei großen Bereichen aus. Da ist zum einen die große Welt der Gesundheits-Apps. „Dr. Google“ und Gadgets wie die Apple-Watch spielen in manchem Haushalt eine größere Rolle als der eigene Hausarzt. Viele Menschen nutzen diese Anwendungen, um sich gesünder zu ernähren, mehr zu bewegen oder regelmäßige Gesundheitschecks zu machen. Hier werden in dauerhaften Selbstoptimierungsprozessen massenhaft Daten produziert, die bislang professionell ungenutzt sind. Die Teilnehmer des eHealth Forums identifizierten die Frage, ob und wer diese Daten zu welchen Zwecken nutzen kann, als eine der kommenden Herausforderungen.

Einige Krankenkassen sind bereits in den Markt eingestiegen. Sie bieten internetgestützte Programme zur Prävention und zur Begleitung im Krankheitsfall. Klaus Rupp von der Techniker Krankenkasse stellte in Freiburg die TK-Online-Coaches zur Unterstützung des persönlichen Gesundheitsverhaltens sowie den TK-DepressionsCoach vor, mit dem die TK depressive Patienten täglich begleitet.

Ein wichtiges – und für die große Akzeptanz entscheidendes – Merkmal dieser Angebote ist die Selbstbestimmung des Patienten. Jeder Nutzer entscheidet individuell, wie er die jeweiligen Angebote gebraucht und wie viele Daten er erfasst und öffentlich macht.

Ganz anders beim anderen Strang des Themas E-Health. Hier gibt es geschlossene Systeme, die ausschließlich von „Health Professionals“ genutzt werden. Kliniken,

Ärzte, Krankenkassen und KVen tauschen Patientendaten, Dokumentationen, Berichte miteinander aus und unterliegen daher besonderen gesetzlichen, vor allem datenschutzrechtlichen Vorschriften.

Das große Problem hier: Es gibt viele gute Lösungen, die aber allesamt Insellösungen sind. Die große, zentrale Struktur gibt es (noch) nicht. Zwar hat die Gematik, die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte, die Aufgabe, eine Telematikinfrastruktur (TI) aufzubauen. Doch bisher kann sie noch keine großen Erfolge vorweisen. Parallel dazu haben die KBV und KVen das „Sichere Netz der KVen“ (SNK) aufgebaut, in dem sich schon heute 60.000 Nutzer austauschen. Gleichzeitig hat sich die KV Telematik darauf vorbereitet, mit dem SNK an die TI anzudocken – doch noch ist nichts passiert.

Damit es hier endlich vorangeht, hat die Bundesregierung im kommenden E-Health-Gesetz deutliche Maßnahmen und Fristen vorgegeben. Oliver Schenk, Referent im Bundesgesundheitsministerium, hat sich in Freiburg zu den gesetzlichen Vorgaben geäußert: „Das sind harte Maßnahmen, aber es muss sich endlich etwas bewegen. Die TI muss die zentrale digitale Infrastruktur für das gesamte Gesundheitssystem werden.“

Eine der ganz großen Herausforderungen für die Zukunft wird sein, zu entscheiden, wo und wie die beiden E-Health-Stränge sich berühren können und wo sie getrennt voneinander agieren müssen. Viele Experten setzen sich vehement dafür ein, dass das professionelle Netz ausschließlich in der Hand der Ärzte bleibt. Nur wenige befürworten den Zugriff durch Patienten auf ihre Daten. So wie Dr. Michael Lauk, Vorstand der bwcon Südwest und Mitorganisator des eHealth Forums: „Die Patienten müssen Zugang und den Zugriff auf ihre Daten erhalten. Nur dann wird die Akzeptanz steigen.“ Man kann gespannt sein, wie es weitergeht. sm

Gesundheitstage

Ein Mitglieder-Service der KV im Jahresrückblick

Mannheim, Bad Herrenalb, Ravensburg oder Heilbronn: Fast alle 14 Tage sind sie an den Wochenenden unterwegs, die Mitarbeiterinnen des Geschäftsbereichs Service und Beratung. Im Gepäck haben sie Informationsmaterial, medizinische Messgeräte, Teststreifen, kurz alles, was man zur Standausstattung so braucht.

Die KV-Mitarbeiter kommen auf Bestellung der KVBW-Mitglieder in die Regionen. Ärzte und Psychotherapeuten, die einen Gesundheitstag planen, erhalten den speziellen Service der KVBW, werden beim Standaufbau und -abbau unterstützt. Außerdem unterstützen medizinische Fachangestellte bei Gesundheitstests.

23 Mal waren die Kolleginnen im vergangenen Jahr im Ländle in Aktion, denn die Mitglieder nahmen den KV-Service gerne in Anspruch. Gemessen wurde bei den unterschiedlichsten Gesundheitstagen Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck und der BMI. Eine Evaluation der Testungen ergab: Es ist bitter nötig, die Bevölkerung auf Gesundheitstagen anzusprechen und zu einer Veränderung der Lebensgewohnheiten anzuregen. Über 60 Prozent der getesteten Messebesucher hatten bedenkliche Cholesterinwerte, bei über 40 Prozent waren Blutdruck und BMI auffällig erhöht.

Die Resonanz auf das Angebot zur Unterstützung von Gesundheitstagen bestärkte den Geschäftsbereich, den Service weiter anzubieten. So schrieb Dr. Hubert Spahlinger: „Durch Ihre Unterstützung in Form des Druckes und der Aussendung von Flyern/Plakaten



Gesundheitstests sind beim Publikum sehr gefragt.

an die hausärztlichen, internistischen und gynäkologischen Kollegen in Stuttgart haben Sie uns den Veranstaltungsraum in der Volkshochschule wieder so gefüllt, dass zusätzliche Stuhlreihen aufgestellt werden mussten. Der von Ihnen perfekt initiierte und professionell durchgeführte Gesundheitscheck wurde von zahlreichen Teilnehmern gerne angenommen. Durch das von Ihnen vertretene Angebot der Kassenärztlichen Vereinigung haben Sie die Veranstaltung bereichert und die KV BaWue überzeugend als Partner der Ärzte repräsentiert.“

Dr. Johannes Probst ergänzte: „Die Messe wird hier in St. Georgen als ein großer Erfolg gefeiert. (...) Die Nachfrage bestätigt unsere Einschätzung. Das Bild der KV und der Vertragsärzte wurde durch Ihr Engagement sicherlich gestärkt.“ Und Dr. Johannes Schneider würde den „Einsatz auch nächstes Jahr im März begrüßen.“ Die KV Baden-Württemberg freut sich sehr über diesen Zuspruch und sieht sich bestärkt, den Service für Mitglieder im nächsten Jahr beizubehalten. *ef*

➔ Interesse? Einfach anmelden bei: Corinna Pelzl, 0721 5961-1172 gesundheitsbildung@kvbawue.de

„Wir brauchen ein zentrales, sicheres Netz“

Mannheimer Ärzte testen eArztbrief im sicheren Netz der KVen

Datenschutz und Datensicherheit haben bei der Online-Kommunikation oberste Priorität. Rund 60.000 Ärzte und Psychotherapeuten sind bereits in das größte Gesundheitsnetz Deutschlands eingeloggt und nutzen die vielfältigen Dienste im „sicheren Netz der KVen“ (SNK). Derzeit erprobt die KV Telematik gemeinsam mit Ärztenetzen in ganz Deutschland die Praktikabilität von elektronischen Arztbriefen. Denn durch das kommende E-Health-Gesetz wird der eArztbrief erstmals honoriert. Dr. Uwe Schlittenhardt, Allgemeinmediziner aus Mannheim, nimmt an dem Modellversuch eArztbrief teil. ergo hat ihn dazu befragt.

Sie sind Teil des Ärztenetzwerkes „Genossenschaft Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.“, das am Modellprojekt eArztbrief teilnimmt. Begrüßen Sie das?

Ich bin froh, denn ich musste mich um das Thema KV-SafeNet[®] sowieso kümmern. Bisher habe ich alles über D2D verschickt: meine Abrechnung, die DMP-Dokumentationen, die Berichte zum Hautkrebs-Screening. Doch nun wird die ISDN-Leitung abgeschaltet und ich brauchte eine Alternative. Da kommt mir der Anschluss mit KV-SafeNet[®] gerade recht.

Wo sehen Sie die Vorteile von KV-SafeNet[®]? Mit KV-SafeNet[®] kaufe ich einen Zugang ein, durch den ich mich sicher mit anderen Praxen und der KV verbinden kann.

Warum ist das besser als die bisherigen Lösungen?

Im Moment sind es zu viele Mitspieler. Wir haben in der Praxis unsere normale Praxisverwaltungssoftware. Wir nutzen D2D, um mit der KVBW zu kommunizieren und haben dann noch die GUSbox[®] des Deutschen Gesundheitsnetzes für die HZV-Anbindung und die Kommunikation mit den Laboren. Diese Insellösungen sind umständlich.

Das heißt, eine einheitliche Lösung wie es die KV Telematik mit dem SNK anstrebt, wäre gut?

Ja. Wir brauchen dringend ein einheitliches, zentrales Netz, durch das wir alles verschicken können. Ein Netz, mit dem wir einen sicheren Datenzugriff haben und gleichzeitig mit dem Praxiscomputer sicher ins Internet gehen können.

Mit KV-SafeNet[®] kann man:

- mit der KV abrechnen
- das KVBW-Mitgliederportal erreichen
- über D2D oder KV-Connect Dokumentationen, Arztbriefe und Labordaten aus dem Praxisverwaltungssystem übertragen

➔ IT in der Praxis: 0711 7875-3573, itp@kvbawue.de

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

Schnelle Pferde, schöne Hüte, schlimme Stürze

Rennbahnarzt beim Baden Racing in Iffezheim



Schnell, aber sturzgefährdet sind die Jockeys und Jocketten in Iffezheim.

Grazile, durchtrainierte Pferde, Frauen mit großen Hüften und eine ziemlich hohe Promidichte: was für ein Arbeitsplatz! Zweimal im Jahr arbeitet Martin Holzapfel als Arzt beim Baden Racing und versorgt Jockeys und Besucher. Eva Frien hat ihn bei der Arbeit besucht.

Der Ottersdorfer Allgemeinmediziner ist heute guter Dinge. Ein Wochenende mit herrlichem Wetter und einer sportlichen Herausforderung liegt hinter ihm. Nach dem Kraichgau Ironman, also 1,9 km schwimmen, 90 km radfahren und einem Halbmarathon, ist der medizinische Dienst beim Iffezheimer Pferderennen geradezu ein Wellness-Programm. Meist ist Holzapfel zwar im Sanitätsraum, doch wenn die Arbeit es erlaubt, kann er – wie jetzt – auch mal von der Tribüne aus ein Rennen ansehen.

Startschuss, Rennen und manche Verletzung

Klangvolle Namen wie Wizard Wolf, Fusciano oder Rihanna (das Pferd, nicht die Sängerin) fallen. Das Rennen beginnt und in einer Wahnsinnseschwindigkeit rasen die Pferde vorbei. Alle, bis auf eines. Das trotzelt etwas langsamer hinterher – etwas orientierungslos und leider ohne Reiter. Wo ist er? Hat er sich verletzt? Holzapfel telefoniert und eilt sofort in den Sanitätsraum.

Gott sei Dank, alles in Ordnung. Der Jockey ist fröhlich, quicklebendig und unverletzt. Nur eine ärztliche Bestätigung benötigt er, um am nächsten Rennen teilzunehmen. Die bekommt er nach einer kurzen Untersuchung und einem Plausch.

Sanis, Defis und zwei Mediziner

Wer beim großen Preis von Iffezheim von der Tribüne fällt, ist ärztlich gut versorgt. Das ist nicht despektierlich gemeint, tatsächlich passiert dies beim Pferderennen gerade älteren Personen häufiger. Im Sanitätsbereich sind dann immer zwei Ärzte anwesend, ein Niedergelassener wie Holzapfel, der eine zehnjährige Erfahrung als Notfallarzt aufweisen kann, zudem ein Unfallchirurg wie Dr. Holger Rieske vom Klinikum Mittelbaden. Hinzu kommen 17 Rettungssanitäter. Sechs Krankenwagen und ein Rettungswagen sorgen dafür, dass Patienten im Notfall in die benachbarten Kliniken gebracht werden können. Versorgt wird alles von der Lappalie wie In-



Entspannt im Beruf: Martin Holzapfel

sektenstichen und Blasen von den High Heels der Damen bis zu Appendizitis, Schlaganfall und Herzinfarkt: „Wir haben hier auch schon reanimiert. Bei großen Rennen sind es circa zehn Wettkämpfe pro Tag mit etwa 15-20.000 Zuschauern und acht bis 15 Jockeys.“

Sieben Jahre ist Holzapfel schon Arzt beim Iffezheimer Pferderennen, eine Tätigkeit, in die er durch Vertretungen so „reingerutscht“ sei. Spektakulär seien in dieser Zeit immer die Stürze der

Jockeys gewesen. Vor allem, als es noch Hindernisrennen gab. Mit Patienten, bei denen die Schmerzen so groß waren, dass man sie in Narkose legen musste.

Ausgleich zur Hausarztpraxis

Heute ist es eher ruhig. Holzapfel hat etwas Zeit, flaniert über den Platz, grüßt nach links, plaudert nach rechts, trifft viele seiner Ottersdorfer Patienten und nicht wenige Kollegen. Das alles gehört zum Geschäft, man weiß, der Arzt ist im Notfall bereit. Sieben bis acht Stunden Schicht sind es, die Holzapfel genießt – als Ausgleich zum Praxisalltag. Eine ärztliche Tätigkeit mit einem Hauch Monotonität: Denn viele Prominente wie Schauspieler, Fußballstars und -manager kann man in Iffezheim bewundern. Im Notfall werden auch sie von Holzapfel und seinen Kollegen behandelt. Wer's war, wird nicht verraten. Der Arzt behandelt und schweigt.

Sport hilft Kraft schöpfen

Eine mittelgroße Landpraxis im Landkreis Rastatt, eine Familie mit zwei Kindern, Stadionarzt beim KSC, Rennbahnarzt und nebenbei noch die Vorbereitung auf den Ironman in Frankfurt. Da fragt man sich, wie Holzapfel das schafft. „Indem man alles, was man tut, strukturiert; indem man eine tolerante Ehefrau und Freude an der Arbeit hat, sonst geht das nicht. Ich denke, dass ich durch die körperliche Aktivität beim Sport Kraft schöpfe, um geistig frisch zu bleiben. Und davon profitieren auch meine Patienten“, sagt er und lächelt. Als Belohnung gibt's nach dem Dienst noch ein Gläschen Sekt und ein Würstchen auf die Hand. Und morgen geht's wieder in die Praxis. ef

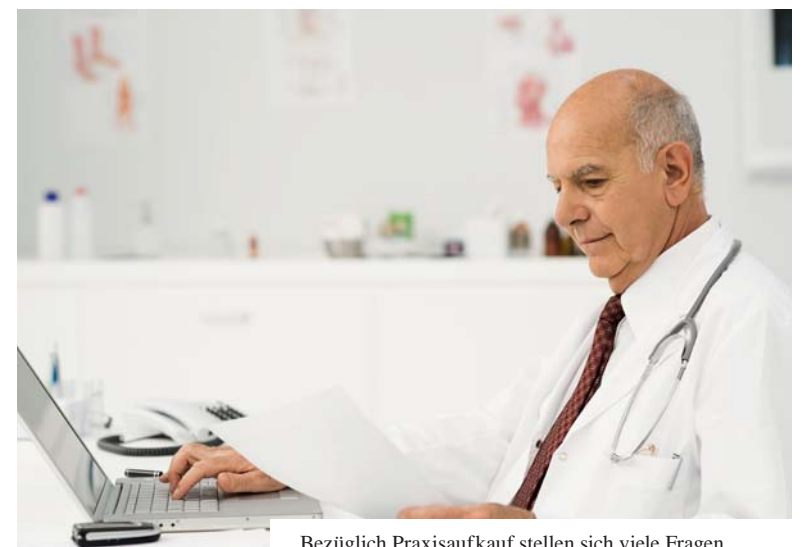
Vorstand on Tour 2015

Dr. Norbert Metke und Dr. Johannes Fechner gehen wieder auf Tour. Der Vorstand spricht auf seiner Rundreise durch Baden-Württemberg zu aktuellen Themen des Gesundheitswesens.

Die Informationsveranstaltung richtet sich an die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten und findet jeweils von 19.30 bis 21.30 Uhr statt. Weitere Termine werden im nächsten ergo veröffentlicht.

Datum	Ort
Montag 28. September 2015	Konstanz Brigantinus Reichenaustraße 15, 78467 Konstanz
Dienstag 29. September 2015	Freiburg BD Freiburg Sundgaullee 27, 79114 Freiburg
Montag 5. Oktober 2015	Ellwangen Tagungshaus Schönenberg Schönenberg 40, 73479 Ellwangen
Donnerstag 8. Oktober 2015	Donauessingen Donauhallen An der Donauhalle 2, 78166 Donauessingen
Montag 12. Oktober 2015	Heilbronn Konzert- und Kongresszentrum Allee 28, 74072 Heilbronn
Dienstag 13. Oktober 2015	Ravensburg Schwörsaal Marienplatz 28, 88212 Ravensburg
Donnerstag 15. Oktober 2015	Ladenburg Leonardo Hotel Benzstraße 21, 68526 Ladenburg
Dienstag 27. Oktober 2015	Balingen Stadthalle, Kleiner Saal Hirschbergstraße 38, 72336 Balingen
Montag 9. November 2015	Stuttgart BD Stuttgart Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Praxisaufkauf: Neuer Beratungsservice mit Hotline



Bezüglich Praxisaufkauf stellen sich viele Fragen.

Wenn Arztpraxen in einem nach der Bedarfsplanung rechnerisch überversorgten Gebiet liegen, soll geprüft werden, ob sie bei Praxisabgabe von der KV aufgekauft werden. So will es das neue Versorgungsstärkungsgesetz. Nach derzeitigem Stand soll die Aufkaufregelung von Arztsitzen zwar erst bei einem Versorgungsgrad von 140 Prozent greifen, doch die Verunsicherung unter Ärzten, die ihre Praxis aufgeben wollen, bleibt.

Daher plant die KVBW, eine Hotline einzurichten, an der täglich zwischen acht und 16 Uhr die Niederlassungsberater für die drängenden Fragen der Ärzte bereitstehen. Sie informieren über die veränderte gesetzliche Lage, schätzen die Versorgungssituation ein,

helfen bei der Beurteilung des Einzelfalles, auch unter Berücksichtigung der Tendenzen der Zulassungsausschüsse, und geben konkrete Tipps und individuelle Handlungsempfehlungen.

Daneben steht umfangreiches Informationsmaterial auf der Homepage zur Verfügung. Konkrete Beratungswünsche können über die Sammelmail an die Niederlassungsberater geschickt werden. Die Hotline und das gesamte Beratungsmaterial stehen ab sofort bereit, weitere Informationen dazu im nächsten Rundschreiben und auf der Homepage. ef

➔ Hotline Praxisaufkauf
0711 7875-3700
kooperationen@kvbwue.de

Schneller und aktueller: Den Brotkrumen auf der Spur

Frisches Layout und moderne Navigation: Die neue Website erleichtert das Navigieren durch die KVBW

Mehr Struktur, mehr Übersicht und neue Gestaltungselemente. Die überarbeitete Website vereinfacht die KVBW-Online-Welt.

Rund 16.000 Seitenzugriffe täglich belegen, dass www.kvbawue.de eine wichtige Informationsquelle für Ärzte und Psychotherapeuten sowie deren Praxismitarbeiter ist. Mit der neuen Struktur können sie jetzt noch rascher auf Antragsformulare der KV, Merkblätter und Informationen zu Themen des Praxisalltags, Verträge und Rechtsgrundlagen oder KV-Veröffentlichungen zugreifen. Mit dem Relaunch (Neustart) ist es gelungen, den komplexen Webauftritt informativer und übersichtlicher zu machen.

Was den neuen Webauftritt charakterisiert:

■ **Startseite: Wichtige und aktuelle Themen**

Die Startseite dient als Schaukasten. Hier sieht man sofort, was die KV-Welt gerade bewegt. Aktuelle Nachrichten und kurze Anreißer verweisen auf ausführliche Informationen auf den Unterseiten. Häufig nachgefragte Inhalte lassen sich direkt über die Themenwolke, Bildlinks oder den Direktzugriff

erreichen. Im Reiter „Neu auf der Seite“ finden sich Informationen, die kürzlich aktualisiert worden sind. Einen prominenten Platz hat die Arztsuche, die sich jetzt ganz unkompliziert per Freitexteingabe (zum Beispiel Stuttgart, Frauenarzt) starten lässt.

■ **Mega-Menü „Praxis“: alle Rubriken für Ärzte und Psychotherapeuten auf einen Blick**

Wichtigste Zielgruppe der KVBW-Homepage sind die Mitglieder. Technisch und optisch ist der Webauftritt daher so aufgebaut, dass sie schnell und logisch an ihr Ziel kommen. Der Bereich „Praxis“ bündelt alle für Ärzte oder Psychotherapeuten in Baden-Württemberg relevanten Informationen. Ein Mausklick öffnet ein übersichtliches Mega-Menü, das alle Unter rubriken auf einer großen Navigationsfläche zeigt.

■ **Suchen und finden: Neue Stichwortsuche liefert treffsicher relevante Ergebnisse**

Oben rechts auf jeder Seite findet sich das Suchfeld mit der roten Lupe. Die seiteninterne Volltextsuche bietet im Vergleich zum alten System eine wesentlich höhere Treffsicherheit. Neu ist auch die Möglichkeit, die Sucher-

gebnisse gezielt zu filtern und zu sortieren.

■ **Brotkrumen-Navigation erleichtert die Orientierung**

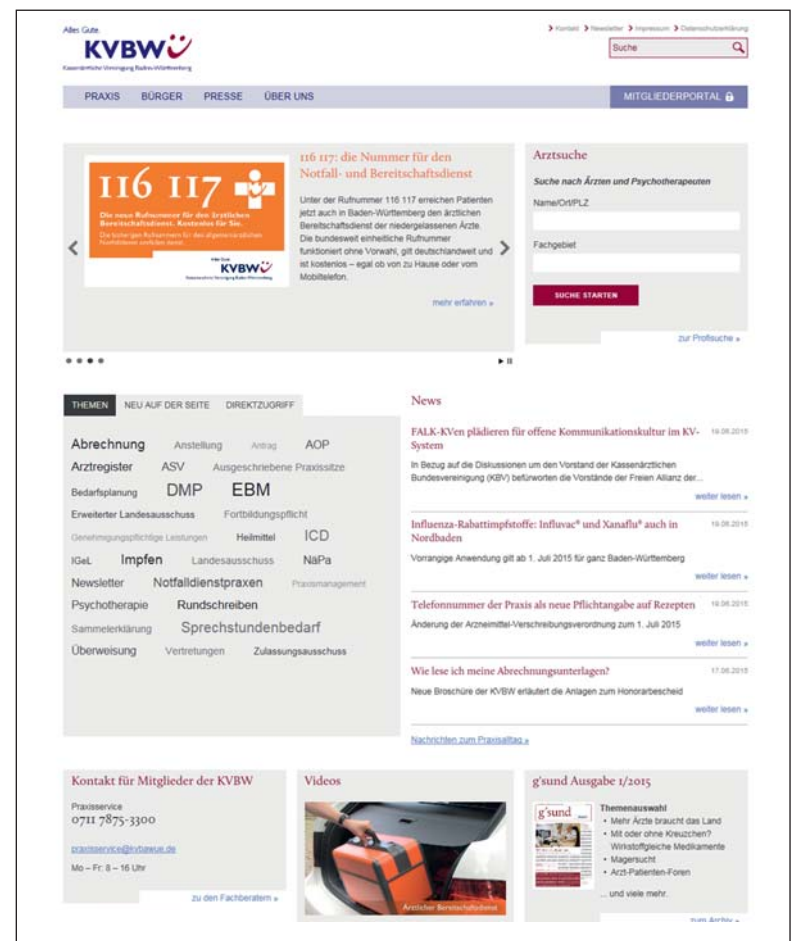
Auf kvbawue.de kann sich niemand verlaufen. Hervorhebungen in der Navigation und der in Anlehnung an das Märchen Hänsel und Gretel benannte Brotkrumenpfad (eine oben auf jeder Seite platzierte Textzeile mit Pfadangabe), zeigen an, wo in der Seitenstruktur sich der Nutzer gerade befindet.

■ **Serviceorientierte Informationsaufbereitung**

Die Texte sind prägnanter, klarer gegliedert und orientieren sich am Nutzwert. Grafische Elemente wie Aufzählungen, Zwischenüberschriften und Infokästen lockern die Seiten auf und heben gezielt hervor, worauf es ankommt.

■ **Mobilfähigkeit**

Die neue Website ist „responsive“, was sich mit reaktionsfreudig übersetzen lässt. Die Elemente passen sich flexibel und automatisch an die Anforderungen unterschiedlicher Endgeräte wie PCs, Tablets oder Handys an.



➔ Wir freuen uns über Lob und Kritik. Vermissen Sie Themen? Haben Sie Ideen für zusätzliche Informations- und Serviceangebote im Netz, die für den Praxisalltag nützlich wären? Schicken Sie einfach eine E-Mail an: online-redaktion@kvbawue.de

Mehr Service, mobilfähig und mit ständig aktualisierten Themen: Die neue Homepage der KV unter www.kvbawue.de

Staub neu in VV



Ludger Staub

Der Chefarzt an der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Esslingen, Prof. Dr. Ludger Staub, rückt für den verstorbenen Prof. Dr. Albrecht Hettenbach in die Vertreterversammlung nach.

Der ermächtigte Facharzt für Chirurgie wurde 1962 in Marburg geboren und promovierte in Pharmakologie. 2001 habilitierte er am Universitätsklinikum Ulm.

Er verbrachte zwei Jahre am Los Angeles Comprehensive Cancer Center. Seit 2005 ist er Chefarzt in Esslingen, war zwischen 2010 und 2014 Ärztlicher Direktor des Klinikums und gehört seit 2005 der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg an.

Staub freut sich darauf, die Tätigkeit von Hettenbach in der ärztlichen Selbstverwaltung fortzuführen. Er sieht sich auch als integratives Bindeglied zwischen Chefärzten und niedergelassenen Kollegen, zumal er seit 2011 im Beirat der Kreisärzteschaft Esslingen tätig ist.

Zehn Jahre ergo

Die „reifere Jugend“ unter unseren Lesern wird sich daran erinnern: Im Herbst vor zehn Jahren wurde das neue ergo, das Mitteilungsblatt der KV Baden-Württemberg, ins Leben gerufen. Notwendig geworden war das, nachdem die vier baden-württembergischen KVen nach dem Willen der Politik fusioniert waren. Aus unterschiedlichen Magazinen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Lande wurde eines: ergo.

So wie es eine Herausforderung war, aus den vier KVen mit unterschiedlichen Strukturen und Philosophien eine einzige zu machen, so war es auch mit dem Magazin ergo: Aus „Kassenarzt aktuell“, „Forum“ und „Dialog“ wurde eine schwäbisch-badische Verbindung. Doch war es eine Vernunfttete oder eine Liebeshochzeit?

Ziel war es, den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten der nunmehr zweitgrößten KV Deutschlands ein Medium an die Hand zu geben, das sie in ihrer Arbeit in der Praxis unterstützt und über die politischen Ereignisse informiert. ergo, der Titel, sollte ein selbstbewusstes „also“ signalisieren.

Also die Herausforderung, nicht im Status Quo zu verharren, sondern weiterzudenken und Konzepte für die Zukunft zu entwickeln.

Wir Redakteure haben damals dazu aufgerufen, uns Themenwün-

Ärzte und Psychotherapeuten im Heft haben.

Porträts von solchen Mitgliedern, die mit Herz und Seele Obdachlose oder Migranten behandeln; von solchen, denen der Spagat zwischen Familie und Be-

mit zeitgemäßer Optik und klaren Strukturen sowie größtmöglicher Leserfreundlichkeit.

Zehn Jahre nach der ersten ergo-Ausgabe kann man bilanzieren: Was die Themen betrifft, so hat sich, einige Gesundheitsminister und -reformen später, manches noch nicht geändert. „In Baden-Württemberg suchen 197 Praxen einen Nachfolger“ hieß es in ergo 1/2005. ergo 2/2005 beklagte die Auswüchse der Bürokratie. Und auch die Honorarreformen sorgten immer wieder für große Diskussionen und Proteste unter den Ärzten (ergo 1/2009).

Das Berufsbild des Arztes hat sich hingegen im Laufe der Jahre verändert. Vieler der jungen Ärzte streben nach einer guten Work-Life-Balance, wollen sich nicht mehr ausschließlich für den ärztlichen Beruf aufopfern, sondern sich auch Familie und Hobby widmen.

Den Ärzten und Psychotherapeuten ihren „Job“ so angenehm wie möglich zu machen, ihnen mit neuen Konzepten und Serviceeinrichtungen beizustehen, das ist der Job der KV Baden-Württemberg. Und ergo wird auch weiterhin darüber berichten. Verlassen Sie sich drauf. ef



Vom Magazin zur Zeitung: ergo feiert Geburtstag.

sche zukommen zu lassen und auch vor konstruktiver Kritik nicht zu scheuen. Beides kam und kommt bis heute, sodass wir neben vielen Servicethemen auch immer wieder interessante Portraits unserer engagierten und kreativen

rufstätigkeit besonders gut gelingt; von solchen, die sich standespolitisch engagieren.

2013 entstand ergo in neuem Gewand, aus dem Mitglieder magazin wurde eine Zeitung: leichter, luftiger, preiswerter, eine Zeitung

Zusammen gegen das große Zappeln

AD(H)S-Vertrag bringt Vorteile für Ärzte und kleine Patienten

Der Frankfurter Nervenarzt Dr. Heinrich Hoffmann hat ihn Mitte des 19. Jahrhunderts Zappelphilipp genannt: den Jungen, der bei Tisch nicht stillsitzen konnte. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S), die Eltern noch heute zur Verzweiflung bringen kann, ist mittlerweile gut behandelbar. Ein Erfolgsrezept ist der AD(H)S-Vertrag von 2009. Von ihm profitieren nicht nur Kinder und ihre Eltern, sondern auch die Niedergelassenen.

Das Ziel war klar: AD(H)S-betroffene Kinder und Jugendliche zwischen vier und 17 Jahren sollten zielgerichtet koordiniert und qualitätsgesichert diagnostiziert und therapiert werden. Und Ärzte und Psychotherapeuten sollen für ihre Arbeit angemessen honoriert werden. So setzten sich die Mitarbeiter der Vertragsabteilung der KVBW und der KBV mit ihren Vertragspartnern zusammen, um die bestmöglichen Konditionen auszuhandeln.

Im Team gegen das Zappeln

Die Idee: Um die Kinder und Jugendlichen optimal behandeln zu können, werden Teams gebildet, die interdisziplinär und fachübergreifend nach wissenschaftlichen Leitlinien zusammenarbeiten und zu denen mindestens ein Kinder- und Jugendarzt, ein Kinder- und Jugendpsychiater und ein Psychotherapeut gehören. Dazu kommen Ergotherapeuten, Elterngruppen, Heilpädagogen und Mitglieder von



Herausforderung AD(H)S-Therapie: Konzentration fördern – psychische Störungen behandeln

Selbsthilfegruppen. Der Arzt oder Psychotherapeut des AD(H)S-Teams, der die Behandlung im Rahmen des Vertrages beginnt, ist während der gesamten Behandlung – in der Regel drei Jahre – fester Ansprechpartner und Koordinator.

Dr. Bernhard Zehe, Kinder- und Jugendarzt vom Regionalteam nördlicher Landkreis Karlsruhe, trifft sich mehrmals jährlich mit den Teammitgliedern in einem Qualitätszirkel zum kollegialen Austausch und zu Fortbildungen. „Natürlich gab es schon immer Kontakte zwischen uns Ärzten, aber von Angesicht zu Angesicht tauscht man sich besser aus und

das Vertrauensverhältnis wächst. Es ist etwas ganz Wichtiges, dass man das Ganze als kollegiale Zusammenarbeit versteht und nicht etwa als Konkurrenz, weil man ja mit dem selben Patienten arbeitet.“

Mehr Zeit für die Kids

Zehe ist vom Modell AD(H)S-Vertrag überzeugt. Für den Kinderarzt bedeutet er, mehr Zeit für die eingeschriebenen Kinder zu haben. Dadurch könne er sie in Diagnostik und Therapie strukturiert und qualitativ sinnvoll behandeln – von der Eingangsuntersuchung über die Befunderhebung bis hin

zur multimodalen Therapie: „Im Therapievertrag sind es sieben Bausteine, von der Elterninformation über das Elterntaining bis zur psychotherapeutischen Behandlung, bei der auch begleitende kinderpsychiatrische Krankheitsbilder wie Störungen des Sozialverhaltens, Zwangsstörungen, Ängste, oppositionelles Verhalten und Tics behandelt werden.“

Ergotherapie oder konzentrationsfördernde Therapien wie Neurofeedback kämen hinzu. Im Gegensatz zu den sonstigen Leistungen der GKV könne im BKK-

und DAK-Vertrag für Kinder mit Legasthenie und Rechenschwäche auch Lerntherapie finanziert werden.

Für die Ärzte sei der Vorteil, dass Leistungen, die sie früher unbezahlt erbracht hätten, nun endlich honoriert würden: „Eine qualitativ hochwertige Behandlung kostet eben Geld. Und da ist der Unterschied von 40 Euro Regelleistungsvolumen, die wir regulär für die Behandlung bekommen, zu 300 Euro AD(H)S-Zusatzpauschale pro Quartal schon ein Argument.“ ef

Vorsicht Falle! Telefon, Name, Vorname auf Rezepten Pflicht

Laut Arzneimittelverschreibungsverordnung muss ab 1. Juli auf allen Arzneimittelverordnungen (nicht nur Betäubungsmittel) verpflichtend auch die Telefonnummer angegeben werden – neben Betriebsstättennummer, Name, Vorname, Berufsbezeichnung des verordnenden Arztes und Anschrift der Praxis/Klinik. Damit sollen Apotheker und Ärzte bei Rückfra-

gen schneller Kontakt aufnehmen können. Ohne Nummer ist das Rezept ungültig und darf nicht beliefert werden. Fehlen die Angaben, läuft der Apotheker Gefahr, dass Rezepte nicht erstattet werden. Auch bei der Verordnung von Medizinprodukten muss die Telefonnummer genannt werden. Also: Praxisstempel anpassen spart Zeit und vermeidet Hektik.

Laboruntersuchungen leicht gemacht

In der ärztlichen Praxis gehören Beauftragungen von Laborleistungen zum Alltag. Labormedizinische Untersuchungen sind bei vielen Erkrankungen für Diagnosestellung und Therapiebegleitung äußerst wichtig. Um sie sinnvoll einsetzen zu können, sind eine konkrete und vollständige Beauftragung sowie die korrekte Abrechnung der Laborleistung notwendig. Doch in der Praxis gibt es hier immer wieder Stolperfallen.

Um diese besser umgehen zu können, hat die KBV gemeinsam mit einer Expertengruppe aus Laborärzten und Mikrobiologen ein

Kompodium zur Verfügung gestellt, das in seiner umfassenden Darstellung Richtliniencharakter hat.

Es soll die niedergelassenen Ärzte bei der Indikation von Laborleistungen unterstützen, in dem es relevante Problemstellungen identifiziert und praxistaugliche Interpretationshilfen zur Verfügung stellt.

→ Sie finden das Laborkompodium auf www.kbv.de » Service » EBM » Richtlinien zur Abrechnung



Fortbildung „Versorgungs-Forum AD(H)S Baden-Württemberg“

Die Veranstaltung wird von der Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen (KOSA) der KVBW und AD(H)S Deutschland e.V. (Landesvertretung BW) angeboten.

→ **Termin: Samstag, 24. Oktober 2015**
von 9.30 bis 14.30 Uhr in Schwäbisch Gmünd,
Congress Centrum Stadtgarten
Fortbildungspunkte wurden bei der Landesärztekammer beantragt.

Programm

9.30 Uhr Begrüßung durch die KVBW und einen Vertreter der Selbsthilfe

9.45 Uhr Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S in Baden-Württemberg – Einführung und Überblick; Dr. Christa Schaff, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Nervenheilkunde, Vorstandsmitglied des BKJPP

10.45 Uhr Update Pharmakotherapie bei AD(H)S; Prof. Dr. Tobias Renner, Ärztlicher Direktor der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Tübingen

11.45 Uhr Mittagspause mit kleinem Imbiss

12.30 Uhr Aktuelles zu den Leitlinien bei AD(H)S; Dr. Matthias Gelb, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied der AWMF-Leitlinien-Kommission AD(H)S im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (S3)

13.30 Uhr Jenseits der Störung – Psychologische Interventionen bei AD(H)S; Dr. Johannes Streif, Diplompsychologe, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AD(H)S Deutschland e. V.

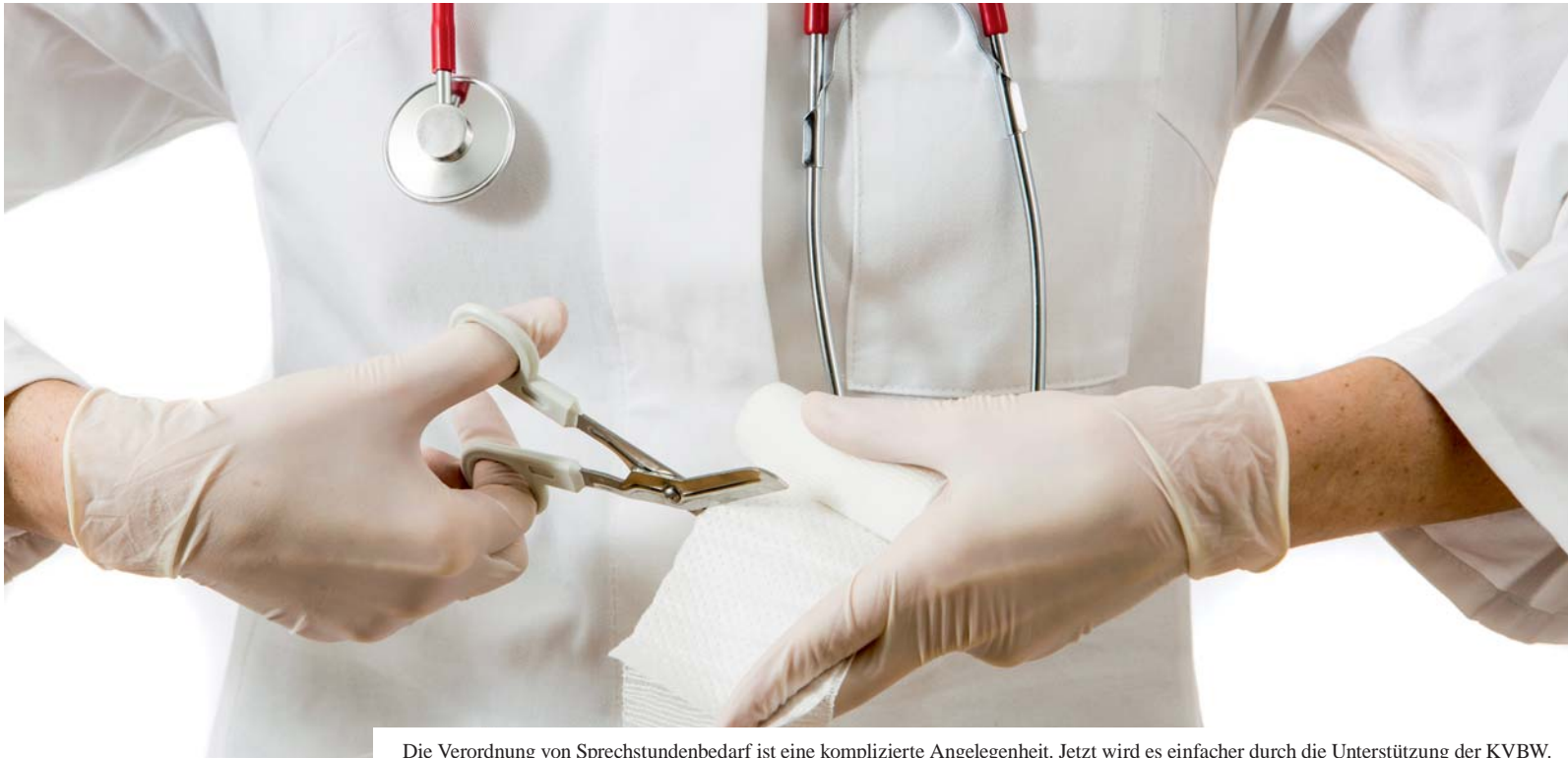
Die Veranstaltung ist kostenfrei.

Programm und die Anmeldung zur Veranstaltung unter
www.kvbawue.de » Praxis » Aktuelles » Nachrichten zum Praxisalltag



„Das Bürokratiemonster ist tot!“

Sprechstundenbedarf-Prüfanträge konnten deutlich reduziert werden



Die Verordnung von Sprechstundenbedarf ist eine komplizierte Angelegenheit. Jetzt wird es einfacher durch die Unterstützung der KVBW.

Im Jahr 2010 waren es noch über 10.000, 2014 nur noch etwas mehr als 3.000: Die Reduktion der Prüfanträge beim Sprechstundenbedarf (SSB) um rund 70 Prozent ist eine der KVBW-Erfolgsgeschichten der letzten vier Jahre.

Als der Vorstand im Jahr 2011 antrat, war es sein erklärtes Ziel, die enorme Zahl an Prüfanträgen beim SSB zu reduzieren. Dank eines Rahmenvertrages mit den Krankenkassen konnte er mit den Mitarbeitern im Verordnungsmanagement eine ganze Handvoll Maßnahmen planen, die heute eine äußerst positive Bilanz zulassen.

Der erste Schritt war die Erweiterung der SSB-Positivliste. Diese Liste regelt als Anlage zur „Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf“, welche Arzneimittel, medizinisch-technischen Mittel und Verbandstoffe als Sprechstundenbedarf verordnet werden können. Die Liste konnte bis heute um 172 Eintragungen erweitert werden.

Bei der einfachen Erweiterung der Liste jedoch blieb es nicht. Die KVBW spezifiziert – immer aktuell – die Positiv- und Negativ-Listen nach Fachgruppen, zugeschnitten auf die individuellen

Bedürfnisse der unterschiedlichen Praxen. Dazu kommen individuelle Angebote: „Wir haben unser Beratungsangebot deutlich ausgeweitet und bieten mehr persönliche Beratungen an“, erklären Dr. Petra Häusermann, Gruppenleiterin, und Monica Sørum-Kleffmann, Sachgebietsleiterin im Verordnungsmanagement, zuständig für die SSB-Verordnungen. „Zudem erhält jede Praxis mit dem Honorarbescheid eine SSB-Frühinfo mit personalisierten Negativlisten. Das schützt wirksam vor Regress.“

Die Neuerung, die den deutlichsten Sprung in der Statistik hinterließ, war im Jahr 2013 die

Erhöhung der sogenannten Bagatellgrenze. Dr. Norbert Metke, Vorstand der KVBW, erklärt: „Durch, dass uns die Krankenkassen endlich entgegen kamen und wir uns auf einen höheren Betrag einigen konnten, sind über die Hälfte der früheren Prüfanträge einfach weggefallen.“ Das wiederum bedeute nicht nur eine Entspannung in den Praxen, sondern auch eine deutliche Erleichterung in der Verwaltung bei KV und Prüfstellen.

Durch diese Reduzierung der Prüfanträge und eine Automatisierung bei der Erstellung der Erstbescheide konnte der Verwaltungs-

aufwand deutlich verringert werden.“ Resultat ist, dass 70 Prozent weniger Anträge auch 70 Prozent weniger Widersprüche zur Folge haben. „Endlich können wir alle alten Widersprüche abarbeiten“, sagt Metke.

Bis Mitte nächsten Jahres erhoffen sich die Mitarbeiter den Abbau der gesamten Altlasten. „Die neuen Widersprüche bearbeiten wir nun sehr viel schneller. Wir reagieren innerhalb von sechs Monaten.“

Metke freut sich: „Ich bin sehr froh, dass wir es bis hierhin geschafft haben und das Bürokratiemonster schon fast tot ist. Aber wir wollen noch mehr. Am besten wäre es, wenn wir bei den SSB-Prüfungen die Nulllinie erreichen.“ Dafür haben er und die KVBW-Mitarbeiter noch einige Pläne in der Pipeline, die zeitnah umgesetzt werden sollen: spezielle SSB-Beratungen für neu niedergelassene Ärzte, Einbindung der Apotheken als zweite Controlling-Instanz und ein besonderes, sehr individuelles Angebot.

„Jeder Arzt soll sich zukünftig an uns wenden und die von ihm beabsichtigte SSB-Rezeptur auf Übereinstimmung mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung prüfen lassen können“, erklärt Metke. Mehr individuelle Betreuung geht nicht. sm

➔ Sie haben Fragen zum SSB, dann wenden Sie sich an 0711 7875-3660, sprechstundenbedarf@kvbwue.de

Weitere Informationen finden Sie auf www.kvbawue.de » Verordnungen » Sprechstundenbedarf

Arzt fragt, KV antwortet

Aktuelle Fragen aus dem Verordnungsmanagement



Vitamin-D-Präparate

Vitamin-D-Spiegelbestimmungen werden in letzter Zeit vermehrt als IGeL-Leistung ohne kurative Indikation durchgeführt. Wenn der Spiegel erniedrigt ist, sollten zunächst mögliche Veränderungen des Lebensstils (Ernährung, Bewegung, Sonnenlichtexposition) mit dem Patienten besprochen werden. Wenn diese Maßnahmen jedoch nicht ausreichen, stellt sich oft die Frage nach der Verordnungsfähigkeit von Vitamin-D-Präparaten.

Bei meinem Patienten liegt ein leicht erniedrigter Vitamin-D-Spiegel vor. Kann ich ihm ein verschreibungsfreies Vitamin-D-Präparat (zum Beispiel Vigantoletten® 500 oder 1.000 I.E.) auf Kassenrezept verordnen?

Nein, ein erniedrigter Vitamin-D-Spiegel allein berechtigt nach den derzeitigen Richtlinien-Regelungen nicht zur Verordnung eines verschreibungsfreien Vitamin-D-Präparats auf Kassenrezept. Eine Verordnung wäre jedoch möglich, wenn eine Osteoporose mit bereits stattgehabter osteoporotischer Fraktur (sogenannte manifeste Osteoporose) vorliegen würde oder wenn eine länger dauernde Steroidtherapie (voraussichtlich mindestens ein halbes Jahr) stattfindet, deren Tagesdosis

mindestens 7,5 mg Prednisolon-Äquivalent beträgt. Gleiches gilt für eine Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit – siehe Nr. 11 der OTC-Ausnahmeliste.

Bei einer weiteren Patientin liegt der Vitamin-D-Spiegel deutlich unterhalb des Referenzbereichs. Zusätzlich leidet sie vermehrt an Gereiztheit und brüchigen Fingernägeln. Wie sind hier die Möglichkeiten einer Verordnung?

Bei ausgeprägtem oder symptomatischem Vitamin-D-Mangel kann die Anwendung eines hochdosierten und damit verschreibungspflichtigen Vitamin-D-Präparats (z. B. Dekristol® 20.000 I.E., Vigantol® Öl 20.000 I.E./ml) medizinisch sinnvoll sein. Eine Verordnung auf Kassenrezept ist möglich. Bitte beachten Sie jedoch, dass Dekristol® 20.000 I.E. nur zur „einmaligen Anwendung bei der Anfangsbehandlung von Vitamin-D-Mangelzuständen“ zugelassen ist. Ab wann ein Mangel eines hochdosierten Vitamin-D-Präparates bedarf, ist nicht durch Grenzwerte vorgegeben. Somit ist für die Präparateauswahl (verschreibungsfrei versus verschreibungspflichtig) immer eine Einzelfallbetrachtung notwendig.

Wenn ich Dekristol® 20.000 I.E. weiter verordnen will, geht das dann auch auf Kassenrezept?

Nein, denn dies würde einem Off-Label-Use entsprechen (vergleiche zweite Frage). Es ist jedoch auch von medizinischer Seite zu hinterfragen, ob die Therapiefortführung in der hohen Dosierung überhaupt zweckmäßig ist. Sollte hingegen ein paar Jahre später erneut ein deutlich erniedrigter Vitamin-D-Spiegel vorliegen, wäre die nochmalige Verordnung von Dekristol® 20.000 I.E. auf Kassenrezept prinzipiell zulässig („einmalige Anfangsbehandlung“ ist also nicht notwendigerweise mit „einmal pro Leben“ gleichzusetzen).

Hepatitis-Impfungen

Kann ich Hepatitis A als Reiseschutzimpfung zu Lasten der GKV durchführen?

Hepatitis A ist nur eine Leistung der GKV, wenn eine medizinische Indikation nach der Anlage I der Schutzimpfungs-Richtlinie vorliegt. Als reine Reiseschutzimpfung hat der Patient derzeit keinen Anspruch gegenüber der GKV. Der Impfstoff muss somit auf ein Privat Rezept verordnet und die Impfung privat abgerechnet werden.

Wie verhält es sich mit der Hepatitis B Impfung als Reiseschutz?

Wenn es sich um eine reine Reiseschutzimpfung handelt, liegt auch in diesem Fall kein Anspruch gegenüber der GKV vor. Der Impfstoff und die Impfung muss vom Patienten selbst bezahlt werden.

Sicher immun gegen Allergie

Der runde Tisch „Allergologie“ diskutiert über evidenzbasierte Versorgung

Der Markt der Spezifischen Immuntherapeutika unterliegt seit der Einführung der Therapieallergeneverordnung (TAV) im Jahr 2008 deutlichen Veränderungen. Die Präparate zur Behandlung der allergischen Rhinokonjunktivitis sowie des allergischen Asthmas müssen ganz neu beurteilt werden. Denn die Therapieallergene aus Süßgräsern (außer Mais), Frühblüchern, Hausstaubmilben und Bienen-/Wespen gift unterliegen nun den gleichen strengen Zulassungsvorschriften wie Fertigarzneimittel.

In der Therapie der allergischen Rhinitis und des allergischen Asthmas dürfen nur noch Präparate mit belegter Sicherheit und Wirksamkeit zur Anwendung kommen. Unterstützt wird diese Marktberingung – hin zu einer evidenzbasierten Medizin – durch die im Dezember 2014 erschienene Leitlinie zur Spezifischen Immuntherapie (SIT).

Diese Entwicklung war der Anlass für einen runden Tisch, an dem sich Vertreter des Ärzteverbands Deutscher Allergologen (AeDA), der KVBW und der Krankenkassen sowie Patientenvertreter in Stuttgart trafen. Die Evidenzlage der Spezifischen Immuntherapie und die Neubewer-

tung der Therapieallergene sollten diskutiert werden.

Das wichtigste Ergebnis: Jedes einzelne Präparat muss für sich bewertet werden; die Leitlinie verabschiedet sich von einer applikationsbezogenen Betrachtung. Zwischen der subkutanen (SCIT) und der sublingualen (SLIT) Gabe gibt es zunächst keinen Unterschied.

Beurteilt man die Präparate produktspezifisch nach Evidenz und Zulassungsstatus, ergibt sich dennoch ein Vorteil bei den SLIT-Präparaten. Dr. Andreas Horn, niedergelassener HNO-Arzt in Heidelberg und AeDA-Vorstand erklärt: „Wir müssen die SIT-Präparate in Zukunft kritischer betrachten. Im Polensegment besteht die beste Evidenz bei einzelnen SLIT-Produkten; dies gilt insbesondere für die beiden Graspollen-Tabletten, die nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen gut dokumentiert sind.“

Die Experten am runden Tisch empfehlen daher, bei der Verordnung vor allem auf die starken Evidenzunterschiede zu achten. Nach einer aktuellen Untersuchung des Verordnungsmanagements der KV Baden-Württemberg werden noch immer eine bedenklich hohe Anzahl an Präparaten (rund 50 Prozent) verordnet, die weder eine



Durch Immuntherapie weniger allergieauslösend: Hausstaubmilbe in Vergrößerung

Zulassung noch aussagefähige Studien vorweisen können. Noch dazu sind die Patientenkosten bei diesen Präparaten besonders hoch. Es ist also zweifach wichtig, dass die verordnenden Ärzte die Evidenz im Fokus haben.

Compliance verbessern

Eine weiteres wichtiges Ergebnis der Runde – und ein besonderes Anliegen aller Teilnehmer – war die Erkenntnis, dass es in der oftmals mangelnden Compliance keinen Unterschied zwischen SCIT und SLIT gibt. Sie sei generell sehr verbesserungswürdig, eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient sei essenziell. Recall-Systeme, Selektivverträge und – gegebenenfalls – eine Kostenbeteiligung der Patienten könnten dazu beitragen. Wichtig sei, neben einer guten, wirksamkeitsbezogenen Präparate-Auswahl, die individuelle Situation des Patienten zu berücksichtigen.

Insgesamt sinkt die Zahl der abgerechneten EBM-Ziffern. Immer weniger Ärzte rechnen allergologische Leistungen ab. Und das, obwohl es steigende Patientenzahlen gibt. Dr. Kirstin Jung, Präsidentin des AeDA und niedergelassene Dermatologin in Erfurt, erklärte: „Es gibt eine dreiprozentige Steigerung der Prävalenz von allergischem Asthma in den letzten zehn Jahren. Fast 50 Prozent der Untersuchten sind sensibilisiert und die Hälfte davon erkranken.“ Aber nur zehn Prozent der allergiekranken Menschen würden adäquat versorgt.

Schlechte Honorare für Allergologie

Als eine Ursache des Problems benannte Dr. Wolfgang Wehrmann, AeDA-Vorstand und niedergelassener Dermatologe aus Münster, die Ausbildung für Allergologie: „Es gibt keinen Lehrstuhl für Allergo-

logie, Allergologie ist nicht im Lehrplan enthalten, die Allergologie ist nicht in der Approbationsordnung abgebildet und die Erteilungen der Zusatzbezeichnung in den Landesärztekammern nehmen rapide ab.“ Hinzu komme die mangelnde Honorierung der Leistung. So seien die Dermatologen mit dem geringsten RLV am häufigsten mit der Allergieverorgung beschäftigt, so Wehrmann. Dadurch gäbe es keine adäquate Vergütung der Therapie von Allergikern.

Horn wies darauf hin, dass zwar in den letzten Jahren dank der besseren Rahmenverträge der KVBW mit den Krankenkassen der schlechten Honorierung entgegengesteuert wurde. Jedoch würden die förderungswürdigen Leistungen und qualitätsbezogenen Zusatzvolumina sehr unterschiedlich in anderen KVen umgesetzt. „Außerdem gelten diese Maßnahmen bisher nur für SCIT. Für SLIT fehlt eine Abrechnungsziffer.“

Der Runde forderte daher, dass der bisherige SCIT-Zuschlag auf die SIT insgesamt ausgeweitet wird; auch die SLIT muss als förderungswürdige Leistung anerkannt werden. Außerdem müsste für beide – SCIT und SLIT – die Compliance deutlich verbessert werden, um die Therapie über drei Jahre sicherzustellen. Hierfür sollten neue Allergologie-Ziffern im EBM (Behandlungseinleitung und Fortführung der SIT) eingeführt werden.

➔ Weitere Informationen zu SCIT und SLIT und die neue Leitlinie finden Sie im Verordnungsforum 34, April 2015

Aktuelles aus der Abrechnung

Sind Leistungen, die im direkten Zusammenhang mit §115b-Leistungen anfallen, mit der Pseudo-GOP 88115 zu kennzeichnen?

Ja. Nach dem Grundsatz zur vertragskonformen Abrechnung sind die Ärzte verpflichtet, die Scheine entsprechend zu kennzeichnen. Als Folge dieser Kennzeichnung erfolgt eine Vergütung außerhalb von budgetierten Leistungen.

Bei Erbringung insbesondere von Leistungen, die im direkten Zusammenhang mit diesen originären §115b-Leistungen abgerechnet werden, müssen gesonderte (duplizierte) Scheine mit Angabe der Pseudo-GOP 88115 angelegt werden. Es ist nicht erforderlich, den Abrechnungsschein zu duplizieren, wenn im Quartal ausschließlich Leistungen im Zusammenhang mit § 115b erbracht werden. Zusätzlich muss bei der ersten auf diesem Schein angegebenen Gebührenordnungsposition (nicht bei der Pseudo-GOP 88115) der Prozedurenschlüssel (OPS) der zugrunde liegenden §115b-Leistung (von OP-Praxis übernehmen) in das KVDT-Feld 5035 eingetragen werden.

Wir versorgen ein Altersheim. Nach welchen Gebührennummern sind die Besuche der nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NäPa) zu berechnen?

Sowohl der Erstbesuch als auch der Besuch eines weiteren Patienten innerhalb desselben Besuchsganges sind ausschließlich nach der GOP 03063 abzurechnen. Das Wegegeld ist in der GOP 03063 enthalten.

Allerdings hat jede Person in Baden-Württemberg die Möglichkeit, sich zu Lasten der GKV gegen Hepatitis B grundimmunisieren zu lassen. Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat die Impfung gegen Hepatitis B für alle Personen öffentlich empfohlen. Die Krankenkassen in Baden-Württemberg übernehmen daher die Impfung gegen Hepatitis B als Satzungsleistung.

Der Hepatitis B-Impfstoff kann auf einem rosa Rezept auf den Namen des Patienten verordnet und mit der Impfziffer 89132 abgerechnet werden. Eine Auffrischimpfung wird nach heutigem Kenntnisstand für immunkompetente Personen nicht empfohlen.

Kann ich die Kombination gegen Hepatitis A und B als Reiseschutzimpfung nicht gleich impfen?

Eigentlich nicht. Wenn es sich um eine reine Reiseschutzimpfung handelt, liegt auch in diesem Fall kein Anspruch gegenüber der GKV vor, auch hier müssten der Impfstoff und die Impfung vom Patienten selbst bezahlt werden.

Allerdings ist die Grundimmunisierung gegen Hepatitis A und B auf Basis eines Schriftwechsels mit den Krankenkassen alters- und indikationsunabhängig zu Lasten der GKV möglich. Die Verordnung des Kombinationsimpfstoffs erfolgt über den Sprechstundenbedarf, die Abrechnung mit 89202 A für die erste und zweite Impfdosis sowie mit 89202 B für die dritte Impfdosis.

Eine Auffrischimpfung mit dem Kombinationsimpfstoff wird nach dem heutigen Kenntnisstand für immunkompetente Personen nicht empfohlen. Möchte der Patient aufgrund einer Auslandsreise diese Auffrischimpfung, ist diese privat zu verordnen und abzurechnen.

Auch im hohen Alter trittsicher durchs Leben gehen

Neuer Vertrag soll Ärzte für Beratung und Knochendichtemessung besser honorieren

Es kann ganz schnell gehen: Ein kurzes Stolpern, ein Sturz, ein gebrochener Oberschenkelhals. Wenn ältere Menschen stürzen, hat das oft fatalere Folgen als bei Kindern und jungen Erwachsenen. Hier setzt das Projekt „Trittsicher“ an. Die Initiatoren wollen damit auch die Niedergelassenen ins Boot holen.

Die Idee: Stürze sollten erst gar nicht vorkommen. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), der Deutsche LandFrauenverband (dlv) und der Deutsche Turner-Bund (DTB) haben ein Programm ausgetüftelt, das vor allem die ältere Landbevölkerung ansprechen soll. Beteiligt als Partner ist auch die KVBW. Wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird das Programm von der Geriatrie des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart. ergo traf Privatdozent Dr. Kilian Rapp, der das Projekt wissenschaftlich leitet.

Wie viele Menschen in hohem Alter stürzen denn?

Man geht davon aus, dass ein Drittel aller Personen über 65 Jahren etwa einmal jährlich stürzt, je älter sie sind, desto häufiger. Ein typisches Beispiel sind Schenkelhalsfrakturen. Drei Viertel der Älteren können danach nicht mehr ohne Gehhilfe gehen (vorher ein Viertel). Das hat natürlich auf deren Autonomie große Auswirkungen.

Wo setzt das Projekt Trittsicher an?

Das Programm besteht aus drei Komponenten: den Trittsicher-Bewegungskursen, einer Untersuchung der Knochengesundheit und einer Beratung zur Sicherheit rund um das Haus. Die Trittsicher-Bewegungskurse verbessern die körperliche Fitness, die Balance und den Muskelaufbau und helfen damit auch Stürze zu vermeiden. Die Übungen sind

einfach durchzuführen und erfordern keine Vorkenntnisse. Zudem wollen wir die Knochengesundheit verbessern, indem wir SVLFG-Versicherte mit einem erhöhten Osteoporose-Risiko motivieren, eine Knochendichtemessung durchführen zu lassen. Ein großer Teil dieser Personen wird von Kassen-Mitarbeitern der Prävention vor Ort besucht werden, die die häusliche Umgebung prüfen und Empfehlungen geben, wie man Stolperfallen vermeiden kann.

Warum konzentriert sich das Projekt auf das Land?

Wir wollen dorthin gehen, wo eine besondere Struktur-schwachheit besteht. Menschen in Ballungsgebieten haben keine großen Probleme, zum Beispiel Sturzpräventionskurse zu finden. Mittelfristiges Ziel ist es, ein flächendeckendes Gesundheitsangebot für ältere Menschen im ländlichen Raum zu schaffen.

Wer kommt denn in den Genuss des Programms?

An den Bewegungskursen kann teilnehmen, wer will. Besonders attraktiv dabei ist, dass die Kurse in der Regel kostenfrei sind. Dies ist übrigens nicht nur für SVLFG-Versicherte der Fall. Auch ältere Versicherte anderer Kassen können an den Kursen teilnehmen. Die Knochendichtemessung wird allerdings nur Personen erstattet, die ein erhöhtes Osteoporoserisiko aufweisen, und bei denen entsprechend der deutschen Leitlinien eine DXA empfohlen wird.



Dr. Kilian Rapp

Wie sollen niedergelassene Ärzte involviert werden?

Hausärzte erhalten eine außerbudgetäre Beratungsgebühr von den Projektpartnern, denn häufig kommen Patienten zu ihnen mit den Ergebnissen ihrer Knochendichtemessung oder fragen, ob sie die Untersuchung machen lassen sollen. Auch die Knochendichtemessung soll zu verbesserten Konditionen honoriert werden. Das betrifft die Radiologen mit Genehmigung, eine Knochendichtemessung zu erbringen oder auch Orthopäden. Wir wollen eine angemessene Vergütung für den zusätzlichen Aufwand in der Arztpraxis erreichen, denn die Geräte sind in der Anschaffung teuer und das muss sich refinanzieren.

Wieso haben Sie sich gerade des Themas Knochengesundheit angenommen?

Von den Fachverbänden wird beklagt, dass das Thema Knochengesundheit in Deutschland sowohl bei der Sekundärprävention, also wenn schon eine Fraktur vorliegt, als auch bei der Primärprävention im Bewusstsein nicht so stark verankert ist wie andere Themen, etwa die koronare Herzkrankheit. Im Bereich Knochengesundheit haben wir eigentlich gute Medikamente, aber Osteoporose wird bisher zu selten diagnostiziert und behandelt. Außerdem sind Stürze und Knochengesundheit eigentlich zwei Seiten einer Medaille, werden aber selten gemeinsam betrachtet. Im Trittsicher-Programm verbinden wir beide Komponenten und hoffen, damit das Versorgungsgeschehen im ländlichen Raum sinnvoll zu beeinflussen. *ef*

Hintergrund

Ab dem 3. Quartal 2015 startet das Programm in ausgewählten Landkreisen. Innerhalb von zwei Jahren sollen 10.000 Versicherte mit erhöhtem Sturzrisiko kontaktiert werden. Auf Bundesebene wird derzeit an einer verbesserten Vergütung der Osteodensitometrie gearbeitet. Welche geänderten Abrechnungsmodalitäten sich daraus für die betroffenen Ärzte ergeben und wie das Abrechnungsverfahren konkret von statten geht, darüber wird in einer der nächsten Publikationen berichtet. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie von Osteoporose: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel. Weitere Informationen unter www.trittsicher.org

Weniger Papier – bessere Pflege – mehr Zeit

Wie Bürokratieabbau funktionieren kann: Beispiel Häusliche Krankenpflege

Die Erkenntnis, dass der Verordnungsprozess für häusliche Krankenpflege zu aufwändig ist und nicht der Realität des Pflegepatienten entspricht, ist nicht neu. Schon 2005 hat der „Runde Tisch Pflege“ die Problematik thematisiert und eine Vereinfachung empfohlen. Aber Veränderungen brauchen Pioniere.

Und so kam im letzten Jahr in dem Modellversuch „Entbürokratisierung Häuslicher Krankenpflege“, eine Pilotgruppe aus rund 30 Hausärzten zusammen, die mit vier Sozialstationen und Patienten der Ersatzkassen ein vereinfachtes Verordnungsverfahren für die häusliche Krankenpflege testeten. Probeweise konnte ab Juli 2014 über zwei Quartale bei der Verordnung von Behandlungspflege der jeweiligen Pflegedienste die notwendigen

Maßnahmen festlegen. Gleichzeitig verzichteten die Kostenträger auf die Genehmigung. So sollten belastende Rückfragen im Verordnungsprozess reduziert werden. Der Modellversuch wurde vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Hochschule Esslingen begleitet. Im Zentrum der Evaluation stand der Patient.

Für manche Praxen war die Implementierung des veränderten Verordnungsverfahrens ein Leichtes. Sie hatten den Verordnungsprozess in Vorwegnahme des Projekts schon länger entsprechend gestaltet. Als größte Erleichterung wurde der Verzicht auf den Genehmigungsprozess, gerade auch in Verbindung mit engen Fristen, seitens der Kostenträger empfunden. Auch die wissenschaftliche Evaluation bestätigte, dass sich der Vertrauensvorschuss bewährt hat. Die

Patienten waren bei gleichbleibenden Kosten genauso gut versorgt wie vorher. Bei Ärzten und Pflegediensten war in Ansätzen eine Zeitersparnis zu erkennen. KV-Vize Dr. Johannes Fechner befürwortet für die Zukunft einen vereinfachten Verordnungs- und Genehmigungsprozess analog zum Modellversuch: „Häusliche Krankenpflege gelingt heute schon da am besten, wo Pflegedienst und Arzt im ständigen Austausch stehen und zusammenarbeiten.“

Die in der häuslichen Krankenpflege tätigen Mitarbeiter der Pflegedienste sind bestens qualifiziert, um Art und Umfang der entsprechenden Pflegemaßnahmen beurteilen zu können. Deshalb unterstütze ich, dass den Pflegediensten bei der Ausgestaltung der Leistungen zukünftig mehr Kompetenzen eingeräumt werden. Hilfreich wäre hier ein Online-Verfahren.“



Vereinfachtes Verordnungsverfahren, mehr Zeit für den Patienten

Längst ist in den Modellregionen wieder Normalität eingetreten. Aber das Projekt hat als vertrauensbildende Maßnahme in den Köpfen der Beteiligten eine Veränderung bewirkt. Ärzte und Pflegedienste sind zum Nutzen der Patienten enger zusammengedrückt. Dies könnte mustergültig sein auch für andere Prozesse im Gesundheitswesen.

Der Modellversuch hat auch gezeigt, dass Ausfüllfehler die Hauptursache für Rückfragen zwi-

schen den Akteuren sind. Aus diesem Grund hat die Arbeitsgruppe des Modellversuchs HKP parallel begonnen, das Verordnungsformular Muster 12a gemeinsam weiterzuentwickeln. Nun gilt es, die gewonnenen Verbesserungen in den hierfür zuständigen Gremien auf Bundesebene einzubringen. Die Verantwortlichen sind überzeugt, dass schon mit einer Überarbeitung des Verordnungsformulars viel erreicht werden könnte.

Nur eine Toilette für 500 Menschen

Nepal leidet zwei Monate nach dem Beben unter hygienischen Missständen

„Der 25. April 2015 war der schwärzeste Tag meines Lebens“, schildert der nepalesische Arzt Dr. Sonam Rinchen seine Erlebnisse. Was er beschreibt, ist das große Erdbeben in Nepal und seine Folgen. Diese E-Mail landete im Postfach von ergo, zusammen mit einem Schreiben von Dr. Angelika Leist. Die Karlsruher Allgemeinmedizinerin war innerhalb von ein paar Monaten zum zweiten Mal in Nepal. Hier ihr Bericht.

„Ich war bis Mitte Juni mit der Organisation Karmapa Healthcare Project, die Tibeterklöster und Exiltibeter kontinuierlich betreut, in Nepal. Meine Aufgabe war es, die Situation dort anzuschauen, welche Erdbebenschäden aufgetreten sind, welche gesundheitlichen Schäden bei den Menschen vorliegen und was getan werden muss, um Aufbauhilfe zu leisten.

Ich wollte mir persönlich vor Ort einen Eindruck verschaffen, denn ich habe in Deutschland sehr widersprüchliche Dinge gehört, zum Beispiel, dass Flüge mit Hilfsgütern zurückgewiesen worden sind, dass Spenden nicht ankommen, dass die Regierung Konten von Hilfsorganisationen beschlagnahmt hat, um das Geld selbst zu verteilen. Und tatsächlich sperrte die Regierung die Konten, die nach dem 25. April eröffnet wor-

den sind. Das hat zur Folge, dass die betroffenen Hilfsorganisationen die Hilfsmittel nicht selbst verteilen können.

Daher hatte ich das Geld von Karmapa Healthcare Project dabei, aber auch private Spenden und eigenes Geld, das dann konkret an Menschen ging, deren Häuser beispielsweise kaputtgegangen sind.

Kathmandu ist eine Stadt voller Zelte. Jeder freie Platz ist genutzt



Dr. Angelika Leist

und dazwischen versuchen die Menschen, ein normales Leben zu führen – so gut es eben in Zelten geht. Die Schulen haben wieder geöffnet, doch die meisten Leute gehen noch nicht arbeiten.

In Nepal haben wir basismedizinische Hilfe geleistet, berieten in den Lagern vor allem über Hygiene, um die Seuchengefahr zu bannen. Man kann sich die hygie-

nischen Bedingungen kaum vorstellen: Manchmal gibt es nur eine Toilette für 500 Personen. In Hygieneschulungen haben wir daher den Zusammenhang von verseuchtem Wasser und Durchfallerkrankungen erklärt und versucht, den Betroffenen beizubringen, wie man unter solchen beengten Verhältnissen in einer Ausnahmesituation hygienisch agieren kann.

Verletzungen bekamen wir weniger zu sehen, da das Erdbeben ja schon eine Weile her war. Allerdings sind die meisten Menschen traumatisiert. Viele schlafen noch immer draußen, obwohl sie eine Möglichkeit hätten, unter einem Dach zu schlafen – aus Angst vor einem Nachbeben. Auch wir mussten zweimal nachts aus dem Bett raus, weil die Erde bebte hat.

Mein persönliches Anliegen ist es, einem zehnjährigen Jungen zu helfen. Seine Familie hat durch das Erdbeben alles verloren, das Haus, die Tiere; die Felder sind unbebaubar. Dieser kleine Junge hat einen schweren Herzfehler und soll operiert werden. Sein Schicksal geht mir sehr ans Herz.

Wer Interesse an diesem Kind hat oder wer sich für die Arbeit bei Hilfsorganisationen im Ausland interessiert, soll sich bitte an mich wenden.“

➔ Angelika Leist
Telefon: 0721 937810



Zwischen den Trümmern und in Zelten leben, so gut es eben geht

Jeder Zehnte hat ein Suchtproblem

Bei Differenzialdiagnose immer auch an Substanzmissbrauch denken

Suchtkranke Menschen in der Arztpraxis zu behandeln, ist für viele Ärzte eine Herausforderung. Die Klientel ist schwierig und oft ist es heikel, die Patienten auf ihren Umgang mit Suchtmitteln anzusprechen. Die Behandlung wird von vielen Rückfällen begleitet. Dabei kann man gerade bei Suchtkranken große Therapieerfolge erzielen.

Dr. Christoph von Ascheraden ist Allgemeinarzt und Suchtmediziner in St. Blasien. Der langjährige Vorsitzende des Ausschusses Suchtmedizin der Landesärztekammer schätzt, dass circa zehn Prozent der Menschen in Arztpraxen ein Suchtproblem haben. An der Spitze liegt dabei Alkohol, gefolgt von Nikotin und Medikamenten, bis hin zu illegalen Drogen wie Cannabis oder Designerdrogen. Zunehmend fehlen Ärzte, die diese Menschen behandeln können, denn laut Ausschuss Suchtmedizin zeichnet sich deutlich ein Nachwuchsmangel bei suchtmittelmedizinisch qualifizierten Ärzten ab. Bereits jetzt betrage der Anteil der über 50-jährigen Suchtmediziner 76 Prozent.

Aufwändige Recherche

Suchterkrankungen stellen besondere Anforderungen an die Qualifikation von Ärzten in der Grundversorgung. Doch nach wie vor wird Suchtmedizin nicht systematisch fundiert an den Universitäten gelehrt. Daher seien in der Arztpraxis nicht suchtmittelmedizinisch ausgebildete Mediziner mit Suchterkrankungen konfrontiert, deren Diagnosestellung und Therapie quasi einer Detektivarbeit gleichkomme. „Die meisten Patienten versuchen ihre Erkrankung zu vertuschen oder geben dem Arzt eine andere Erklärung für ihre Beschwerden, wie etwa Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche oder Abgeschlagenheit.“

Bei einer unerklärlich wiederkehrenden Gastroenteritis solle der Mediziner aufmerksam sein, dies könne ein Indiz für Alkoholmissbrauch sein, Hautveränderungen könnten auf Designerdrogen hinweisen. Alkoholranke haben zudem eine deutlich erhöhte Unfallgefahr, im Straßenverkehr, zu Hause oder am Arbeitsplatz. „Wenn solche Auffälligkeiten zu



Die alkoholische Entspannung sollte nicht zur Gewohnheit werden.

Tage treten, muss die Warnlampe angehen.“

Angebote der Kammer

Ascheraden plädiert dafür, bei der Differenzialdiagnose immer auch an Substanzmissbrauch zu denken. „Wir müssen die Kollegen dafür sensibilisieren – sowohl in der Fort-, als auch in der Weiterbildung, etwa durch die Festlegung von Themen wie Früherkennung von Suchterkrankungen, Diagnostik, Entzugssyndrome oder Rückfallprophylaxe.“ Der Ausschuss Suchtmedizin der Landesärztekammer Baden-Württem-

berg entwickelt daher Merkblätter zum Umgang mit Drogenerkrankungen sowie Informationen zu klinischen Erkenntnissen und Erfahrungen über neue Designerdrogen, deren Wirkung, Verwendung und Auswirkungen. Für substituierende Ärzte gibt es außerdem ein Beratungsangebot.

Wie frage ich den Patienten?

Ist die Verdachtsdiagnose gestellt, kommt der schwierige Punkt. Wie spricht man den Patienten darauf an? Da hilft manchmal nur Konfrontation, sagt von Ascheraden. Maßgeblich ist ein

Vertrauensverhältnis in der Arzt-Patientenbeziehung, das eine motivierende Gesprächsführung zulässt – wie es die Weiterbildungsordnung Suchtmedizin formuliert. Anknüpfungspunkt kann eine Konfliktsituation sein, der Verlust des Führerscheines oder des Arbeitsplatzes. „Ziel muss es sein, dass der Patient in der Lage ist, Ängste und Vertuschungsstrategien aufzugeben, seine Krankheit anzuerkennen und für ein therapeutisches Bündnis bereit zu sein.“

Lebensziele aufzeigen

Wenn es gelingt, dem Patienten eine Perspektive für sein restliches Leben aufzuzeigen, kann man aus diesem Bündnis einen therapeutischen Plan entwickeln und Etappenziele in der Behandlung formulieren. Vom Erfolg profitieren Arzt und Patient: „Die große Überraschung ist, dass alle Ärzte, die sich auf dieses Geschäft einlassen, die Erfahrung machen, dass Suchtmedizin eine außerordentlich wichtige, wirkungsvolle Arbeit ist, trotz aller Rückfälle und Enttäuschungen. Die Erfolgsaussichten bei einer guten suchttherapeutischen Behandlung sind wesentlich besser als man glaubt. Man kann viel mehr als bei anderen Erkrankungen helfen, Lebensläufe positiv zu verändern.“

Seminare der Management Akademie (MAK)

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB- Punkte	Seminar- Nr.
BETRIEBSWIRTSCHAFT / ZULASSUNG							
Der Weg in die eigene Praxis Modul 1: Der Weg in die eigene Praxis Modul 2: Facharzt! Was nun? Modul 3: Investition, Finanzierung und Steuern	Ärzte, die sich niederlassen wollen oder gerade erst niedergelassen haben. Nicht für Psychotherapeuten	19. September 2015 8. Oktober 2015 15. Oktober 2015	10.00 bis 14.00 Uhr 17.30 bis 21.00 Uhr 17.30 bis 21.00 Uhr	BD Freiburg	Modul 1: Kostenlos: Anmeldung erforderlich Modul 2 u. 3: je 55,- Euro	Modul 1: 5 Modul 2+3: 4	F 63/1 F 63/2 F 63/3
Erfolgreiche Praxisgründung: Mit Expertenwissen in eine sichere Zukunft Modul 1: Der Weg in die eigene Praxis Modul 2: Investition und Finanzierung Modul 3: Betriebswirtschaft und Abrechnung	Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die sich niederlassen wollen oder gerade erst niedergelassen haben.	10. Oktober 2015 17. Oktober 2015 24. Oktober 2015	jeweils 10.00 bis 13.30 Uhr	BD Stuttgart	Modul 1: Kostenlos: Anmeldung erforderlich Modul 2 u. 3: je 55,- Euro	je Modul 4	S 66/1 S 66/2 S 66/3
Zweismal statt einsam: Kooperationen richtig gestalten	Ärzte und Psychotherapeuten	23. September 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	65,-	5	F 68
Die erfolgreiche Praxisabgabe	Ärzte und Psychotherapeuten	25. Juli 2015	10.00 bis 13.00 Uhr	BD Freiburg	45,-	4	F 75
Die erfolgreiche Praxisabgabe	Ärzte und Psychotherapeuten	19. September 2015	10.00 bis 13.00 Uhr	BD Stuttgart	45,-	4	S 72
Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen	Ärzte und Psychotherapeuten	22. Juli 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	S 77
Starterseminar	Ärzte, die sich neu niedergelassen haben	26. September 2015	9.00 bis 13.00 Uhr	BD Reutlingen	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	R 272
KOMMUNIKATION							
Bad News: Wie überbringe ich schwierige Botschaften?	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	7. Oktober 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	98,-	7	K 87
Auftreten – reden – wirken: Ein Rhetorik- und Kommunikationstraining für Praxen	Ärzte und Psychotherapeuten	24. Juli 2015	15.00 bis 20.00 Uhr	BD Stuttgart	98,-	8	S 88
PRAXISMANAGEMENT							
Patientengerecht IGeLn leicht gemacht	Ärzte und Praxismitarbeiter	17. Juli 2015	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Karlsruhe	129,-	10	K 149
QUALITÄTSSICHERUNG UND –FÖRDERUNG							
Hautkrebs-Screening	Hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung	11. Juli 2015	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Reutlingen	190,-	8	R 226
Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	17. Oktober 2015	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	110,- (Ärzte) 85,- (MTRA)	8	S 267/1
Aktualisierung der Fachkunde nach Strahlenschutzverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	16./17. Oktober 2015	freitags 16.00 bis 19.15 Uhr samstags 9.00 bis 12.30 Uhr	BD Stuttgart	110,- (Ärzte) 85,- (MTRA)	8	S 267/2
Kombinierte Aktualisierung nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	16./17. Oktober 2015	freitags 16.00 bis 19.15 Uhr samstags 9.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	140,- (Ärzte) 110,- (MTRA)	12	S 267/1+2
Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen – Fortbildung für die Fallfindung und motivierende Beratung in der ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis	Ärzte und Psychotherapeuten	11. Juli 2015	9.30 bis 16.30 Uhr	BD Karlsruhe	80,-	9	K 277
Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen – Fortbildung für die Fallfindung und motivierende Beratung in der ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis	Ärzte und Psychotherapeuten	26. September 2015	9.30 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	80,-	9	S 278
VERANSTALTUNGEN ZU AKTUELLEN THEMEN							
Sicher durch den Richtlinien-Dschungel: Themenschwerpunkt Arzneimittel	Ärzte	7. Oktober 2015	15.00 bis 18.30 Uhr	Regionalbüro Mannheim	40,-	5	K 287
Sicher durch den Richtlinien-Dschungel Themenschwerpunkt: Heil- und Hilfsmittel	Ärzte	11. November 2015	15.00 bis 18.30 Uhr	Regionalbüro Mannheim	40,-	5	K 288



Für Fragen steht das Team der MAK unter

0711 7875-3535

zur Verfügung.

Sichern Sie sich jetzt Ihren Seminarplatz. Nutzen Sie den Weg der Onlineanmeldung unter: www.mak-bw.de

Auf unserer Website finden Sie weitere aktuelle Informationen zu unseren Seminargeboten.

www.mak-bw.de



IMPRESSUM

ergo
Ausgabe 2 / 2015
Zeitung der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg
ISSN 1862-1430

Erscheinungstag:
13. Juli 2015

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 Middeldorf

Redaktion:
Eva Frien, Swantje Middeldorf

Anschrift der Redaktion:
Redaktion ergo
KVBW, Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe
Telefon 0721 5961-0
Telefax 0721 5961-1188
E-Mail eva.frien@kvbwue.de

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Jörg Armbruster, Jasmin Bollinger, Dr. Richard Fux,
Dr. Andreas Horn, Ulrich Junger, Melanie König,
Tanja Krummrein, Renate Matenaer, Susanne Maurer,
Simone Peukert, Dr. Michael Wosgien

Fotos und Illustrationen:
S.1 picture alliance/die Kleinert.de; S. 2 iStockphoto/
Anatolii Babii; S.3 picture-alliance/dpa; S. 4 iStock-
photo/Yuri_Arcurs; S.5 privat, Universitätsarchiv,
picture alliance/dpa; S. 6 picture alliance/AP Photo,
laif; S. 7 Theodor Barth/laif, Eric Audras/PhotoAlto/
laif; S. 8 privat; S. 9 Martin/Le Figaro Magazine/laif;
S.10 mauritius images/Alamy, fotolia; S. 11 mauritius
images/Phototake; S. 12 Bild und Sprache e.V., fotolia/
ARochau; S. 13 privat, mauritius images/imageBRO-
KER/martin schrampf; S. 14 Juergen Escher/laif, privat,
mauritius images/Phototake; S. 16 Sigrid Olsson/
PhotoAlto/laif, mauritius images/age, UKE/Tormlin,
Wolfgang Kaiser, Frank Speth (Illustration)

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Auflage:
24.300 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.kvbwue.de » Presse » Publikationen

Auftreten – reden – wirken: Rhetoriktraining für Mitglieder



Sicher auftreten mit dem richtigen Training

Ob im Kreis von Kollegen, vor dem gesamten Team oder gegenüber Patienten – im Praxisalltag geht es darum, überzeugend aufzutreten und Argumente, Anliegen und Entscheidungen souverän vorzubringen. Sich dabei möglichst nicht zu verbiegen und authentisch zu bleiben, stellt mitunter eine Herausforderung dar. Ärzte und Psychotherapeuten sind im sicheren Auftreten gefordert.

Im praxisorientierten MAK-Seminar lernen die Teilnehmer die wichtigsten Regeln der modernen Rhetorik sowie verschiedene Werkzeuge zur Stärkung kommunikativer Kompetenzen im beruflichen Alltag kennen. Sie erfahren, wie eine intensive Vorbereitung und klare Strukturen helfen, komplexe Inhalte verständlich darzustellen

und üben, schwierige Argumentationen schlüssig vorzubringen und Ziele zu formulieren. Darüber hinaus überprüfen die Teilnehmer das eigene Auftreten und lernen, mit Lampenfieber und Stress umzugehen.

Arbeitsformen des Seminars: Theoretischer Input, praktische Übungen und szenisches Training. Schwerpunkte sind unter anderem: Die Körpersprache nutzen und sicher auftreten sowie die Stimme als „feines“ Instrument einsetzen.

Ort und Zeit:

BD Stuttgart
24. Juli 2015, 15.00 bis 20.00 Uhr
Seminarnummer: S 88;
Kosten: 98 Euro

Anmeldungen:

www.mak-bw.de; info@mak-bw.de

Neue Nummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst: 116 117



Der Präsident des DRK-Landesverbandes Baden-Württemberg Dr. Lorenz Menz (links) und Dr. Johannes Fechner

Seit 27. Mai 2015 steht sie zur Verfügung: Die 116 117, die bundesweite Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (ergo 1/2015 berichtete). Bei einer Pressekonferenz der KVBW und des Deutschen Roten Kreuzes wurde die Nummer vorgestellt.

Die 116 117 gilt ausschließlich für den allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst und wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Verfügung gestellt. Die Nummer funktioniert ohne Vorwahl, gilt deutschlandweit und ist für den Anrufer kostenlos – egal ob sie aus dem Festnetz oder von einem Mobiltelefon angerufen wird. Die bisher bekannten Rufnummern für die fachärztlichen Dienste (Kinder/HNO/Augen) sind weiterhin erreichbar. Teilweise werden hier auch neue Nummern eingeführt, die über die regionalen Amtsblätter der Städte

und Gemeinden und auf der Homepage der KVBW veröffentlicht werden. Ein Servicepaket zum Thema 116 117 ist den Arztpraxen bereits zugesandt worden.

➔ Weitere Informationen gibt es auf der Homepage der KVBW: www.kvbawue.de » Bürger » Notfallpraxen » 116 117

Video zum Notfalldienst:

www.youtube.com/watch?v=IXEUREMr618



Rückfragen?

BD Freiburg: 0761 884-4011
BD Karlsruhe: 0721 5961-1011
BD Reutlingen: 07121 917-2011
BD Stuttgart: 0711 7875-3011
notfalldienst@kvbawue.de

Zum Tode von Dr. Gotthard Schertlin

Die Ärzteschaft in Baden-Württemberg sowie die Mitarbeiter der KVBW trauern um Dr. Gotthard Schertlin. Der Geislinger Allgemeinarzt starb am 5. Mai 2015 im Alter von 93 Jahren. Der Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse setzte sich zeitlebens für die Belange der niedergelassenen Ärzte ein.

So leitete er viele Jahre als Vorsitzender die Kreisärzteschaft Göppingen. Von 1973 bis 1992 war er im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg und engagierte sich langjährig im Zulassungsausschuss. Von 1981 bis 1992 war er Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Schertlin hat sich

große Verdienste um die Versorgung seiner Patienten erworben. Über 50 Jahre war er in der Familien-Gemeinschaftspraxis tätig, die seit nahezu 100 Jahren besteht. 1919 von seinem Vater Ernst gegründet, wird sie heute von seinem Sohn Udo weitergeführt. Die KV Baden-Württemberg wird Gotthard Schertlin ein ehrendes Andenken bewahren.

Die vermutlich älteste Doktorandin der Welt

„Geschichtliche Aufarbeitung nach 77 Jahren war notwendig“

Eine wunderbare Geschichte mit traurigem Anfang ist es, die von der Ärztin Dr. Ingeborg Syllm-Rapoport zu erzählen ist. Die ältere Dame hatte 1937/38 in Hamburg ihre Doktorarbeit über Diphtherie eingereicht, durfte aber die mündliche Prüfung nicht mehr absolvieren, da ihre Mutter Jüdin war. Syllm-Rapoport ging in die USA, arbeitete dort als Kinderärztin und kehrte nach dem Krieg nach Ostberlin zurück, wo sie in der Charité als Neonatologin tätig war. Ende der 50er-Jahre wurde sie habilitiert.



Glückliche Doktorandin

Nun hat sie die mündliche Promotionsprüfung im Alter von 102 Jahren nachgeholt. Die frischgebackene Doktorin zeigte sich überglücklich

angesichts des „summa cum laude“. Und fand, dass „das Ganze ein hoffnungsvolles Zeichen eines neuen, anderen, humanistischen Geistes an einer deutschen Universität“ sei.

Warum die geistig aktive Seniorin über 75 Jahre gewartet hat, um einen zweiten Versuch zu starten? Vielleicht hatte sie keine Zeit, könnte man vermuten. Neben der ärztlichen Tätigkeit ist sie Mutter von vier Kindern. Das war es nicht, hat sie der ergo-Redaktion verraten: „Es ging mir dabei nur um die Aufarbeitung der Geschichte.“

Dinosaurier „Medicus domesticus“

Schauplatz Arztpraxis: Eine Packung Hansaplast, einsame, schwerverletzte Stoffteddybären, Playmobilmännchen und eine Kinderzeichnung samt Text (Mein Draumberuf Arzt), so beginnt der Youtube-Film „Der letzte Hausarzt“ von Eugen Bruddler. Bruddler heißt im richtigen Leben Wolfgang Kaiser, ist 1959 geboren und – natürlich – tatsächlich Arzt. Seit 1996 hat er eine eigene Facharztpraxis für Neurologie und Psychiatrie in Brackenheim im Zabergäu.

Mit Schirmmütze, dicker Brille und Arztkoffer stapft er im Film einsam übers Land „Er isch stäts da g'wä, wenn ihn oiner braucht hat.“ tönt es dabei aus dem Off. Und weiter: „Er hängt's Stethoskop and Wand, er war der letdsche Hausarzt uff'm Land“. Zu sehen ist ein Dinosaurier.



HAUSARZT (Medicus domesticus)

Auf seine Weise macht sich Dr. Kaiser über den Hausarztmangel auf dem Land lustig. Über das, was man als Arzt zu ertragen hat, über Bürokratie, Gesundheitspolitik und mangelnden Respekt in den Medien, über Beschimpfungen wie Abzocker, Pfuscher, Dilettant. Er ist ein „Medicus domesticus“ und liebt doch seinen Beruf.

Regisseur, Kameramann, Cutter: Kaiser alias Bruddler macht alles allein. Youtube-Videos zu den

unterschiedlichsten Themen zu produzieren ist neben der Imkerei und dem Sammeln von Schildkrötenfiguren eines seiner vielen Hobbies. Und ein sehr erfolgreiches noch dazu, die Klicks geben ihm recht.

Wer viereinhalb witzige Minuten zu einem ersten Thema sehen will, sollte den Link aufrufen. Tipp für Nichtschwaben: Zunächst einen Grundkurs „Schwäbisch für Ausländer“ machen oder oi Dictionäre zur Hand nehmen. Denn Eugen Bruddler schwätzt über alles, nur ned uff Hochdeidsch.

➔ www.youtube.com/watch?v=VNn1aFsqO1c

