

ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Sport ist auch für Menschen mit Handicap wichtig. Gegenseitige Hilfe bei Sport und Aktivität ermöglicht die Selbsthilfe. Mehr auf S. 16

Ärzte für CoCare

Die Vorbereitungen für das Innovationsfondsprojekt CoCare zur Verbesserung der Pflegeheimversorgung in Baden-Württemberg laufen (ergo 1/2017 berichtete). Ab dem vierten Quartal 2017 wird es in den Landkreisen Böblingen, Rottweil, Ludwigsburg und dem Neckar-Odenwald-Kreis umgesetzt. Gesucht werden dafür noch teilnehmende Haus- und Fachärzte.

Das Projekt wird über einen Zeitraum von drei Jahren aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert.

Projektpartner sind die KVBW, die gesetzlichen Kassen, das Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg (ZGGF) und die Sektion Versorgungs- und Rehabilitationsforschung (SEVERA) des Uniklinikums Freiburg sowie die nubedian GmbH in Kooperation mit dem Forschungszentrum Informatik (FZI) in Karlsruhe.

Im Rahmen des Projekts wollen die Projektpartner Maßnahmen erproben und wissenschaftlich untersuchen, wie die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeheimen optimiert werden kann. Ziel des Projektes ist die Reduktion von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen und Krankentransporten.

Im Mittelpunkt steht unter anderem die Verbesserung der Zusammenarbeit und des Informationsflusses zwischen Pflegekräften und Haus- und Fachärzten. Dazu wird im Rahmen des Projekts eine elektronische Patientenakte zur Verfügung stehen, auf die sowohl das Personal im Pflegeheim als auch die teilnehmenden Ärzte – auch direkt von ihrer Praxis aus – zugreifen können.

Außerdem sollen gemeinsame haus- und fachärztliche Visiten, Schulungen, Quartals- und Jahresgespräche, interdisziplinäre Fallkonferenzen, ein koordiniertes Medikations- und Kathetermanagement zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen angeboten werden. Teilnehmende Ärzte erhalten eine zusätzliche, leistungsadäquate Vergütung.

Das Modellprojekt wird wissenschaftlich evaluiert – mit dem Ziel, die Strukturen und die adäquate Vergütung in die Regelversorgung zu integrieren.

➔ Weitere Informationen: cocare@kvbawue.de

Alles Psycho oder was?

Die neue Psychotherapie-Richtlinie trat zum 1. April in Kraft und bringt umfangreiche Änderungen

Beschwerden von Patienten über lange Wartezeiten für einen Termin bei einem Psychotherapeuten – die Probleme in der psychotherapeutischen Versorgung sind bei der Politik angekommen. Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat die Bundesregierung festgelegt: Die Patienten sollen einen niederschweligen Zugang erhalten und das Versorgungsangebot insgesamt flexibler werden. Dafür wurde jetzt die Psychotherapie-Richtlinie geändert.

Konkret bedeutet dies, dass der Behandlungsbedarf künftig besser abgeklärt und Patienten in akuten Krisen schneller behandelt werden

sollen. Außerdem sind die Genehmigungsschritte seitens der Krankenkassen vereinfacht worden.

Sprechstunden anbieten

Einer psychotherapeutischen Behandlung wird ab 1. April 2018 verpflichtend immer eine psychotherapeutische Sprechstunde vorgeschaltet. Bereits seit 1. April 2017 sind die Psychotherapeuten verpflichtet, pro Woche mindestens 100 Minuten Sprechstunden bei einem vollen Versorgungsauftrag anzubieten.

Eine Sprechstundeneinheit dauert 25 Minuten. Hier soll der Behandlungsbedarf abgeklärt und mit dem Patienten das weitere

Vorgehen entschieden werden. Ab 1. April 2018 muss ein Patient mindestens zwei Sprechstundeneinheiten wahrnehmen, bevor eine Akutbehandlung oder Richtlinien-Psychotherapie (mit zwei bis vier vorgeschalteten probatorischen Sitzungen) beginnen kann.

Erwachsene Patienten dürfen pro Krankheitsfall bis zu sechs Sprechstunden in Anspruch nehmen, bei Kindern und Jugendlichen sind es zehn, damit auch Gespräche mit den Bezugspersonen geführt werden können.

Außerdem müssen die Psychotherapeuten künftig telefonische Erreichbarkeit sicherstellen, pro Woche mindestens 200 Minuten. Die Zeiten werden der KVBW

mitgeteilt, die die Termine im Internet veröffentlicht.

Akutbehandlung

Neu eingeführt wird eine Akutbehandlung für Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Symptome eine zeitnahe Behandlung benötigen. Den Bedarf dazu stellt der Psychotherapeut in der Sprechstunde fest. Die Akutbehandlung ist keine Psychotherapie im Sinne der Richtlinie.

Eine Genehmigung der Krankenkasse ist nicht erforderlich, die Behandlung muss nur angezeigt werden. Die Akutbehandlung darf maximal 600 Minuten, unterteilt in 25-Minuten-Einheiten, umfassen.

(Weiter auf S. 2)

Nach der Wahl ...

... ist vor der Wahl

Nach der KV-Wahl im letzten Jahr waren in den ersten beiden Vertreterversammlungen des Jahres 2017 noch einmal Wahlen angesagt. Beratende Fachausschüsse, Notfalldienst- und Finanzausschuss sowie KBV-Delegierte mussten bestimmt werden.

In Berlin bei der KBV wurde die Führungsspitze neu gewählt – erstmals als Trio, wie politisch gewollt. Strategisches Ziel: KBV 2020.

(Mehr auf Seite 3)

Telemedizin

Modellprojekt der KVBW

In zwei Modellregionen in Baden-Württemberg sollen sich Patienten ab Oktober per Telefon und Video von einem niedergelassenen Arzt beraten lassen können. Die Vertreterversammlung hat für dieses Projekt grünes Licht gegeben. Die KVBW wird damit die erste KV sein, die eine digitale Patientenversorgung testet. Ermöglicht wurde dieses Projekt auch durch von den Krankenkassen zusätzlich bereitgestellte finanzielle Mittel.

(Mehr auf Seite 8)

Risiken und ...

... Nebenwirkungen

Die Bürgerversicherung kommt nach der Bundestagswahl, zumindest, wenn es nach den Vorstellungen von SPD, Grünen und Linkspartei geht.

Welche Auswirkungen ihre Einführung hätte, vermag heute noch niemand genau zu sagen. Aber Tendenzen lassen sich bereits absehen. Und man kann vermuten: Der „Beipackzettel“ ist nicht ohne Risiken und Nebenwirkungen.

(Mehr auf Seite 4)

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Habemus praesidium“. In Berlin ist der neue Vorstand der KBV gewählt worden – mit großen Mehrheiten. Wir aus Baden-Württemberg gratulieren herzlich, nutzen aber die Gelegenheit, uns für die kommende Amtsperiode von den Berlinern etwas zu wünschen: Die KBV soll Stärke und Programmatik zeigen, wenn es um die Belange der Niedergelassenen geht.

Eine unserer drängendsten Aufgaben ist die Lösung der Probleme in der ambulanten Versorgung. Wir in Baden-Württemberg arbeiten mit Hochdruck daran, unter anderem mit dem Einsatz von Digital Healthcare. In dieser Beziehung tut sich einiges. Auch die KV Baden-Württemberg ist nicht untätig: Als erste KV bringt sie ein Modellprojekt auf den Weg, das dem Patienten eine Versorgung per Telefon und erforderlichenfalls Video anbieten wird (mehr darüber lesen Sie auf S. 8). Möglich wird dies vor allem durch die Lockerung des Fernbehandlungsverbots durch die Ärztekammer Baden-Württemberg.

In den vergangenen Jahren konnten wir in zähen Verhandlungen für Zuwächse des Honorares sorgen. Auch in diesem Jahr konnten wir ein akzeptables Ergebnis erzielen: drei Prozent beziehungsweise circa 82 Millionen mehr (siehe Bericht rechts).

Sie kennen diesen Vorstand als streitbar, wenn es um die Verteidigung der Belange der Niedergelassenen geht. Aktuell zornig macht uns die Honorierung der Psychotherapie, die der Erweiterte Bewertungsausschuss gegen die Stimmen der Psychotherapeuten und Ärzte gerade beschlossen hat. Die Vergütung berücksichtigt in keiner Weise die Qualifikation der Beteiligten und den mit den neuen Leistungen verbundenen Aufwand. Nach unserer Einschätzung wird dadurch der Wille des Gesetzgebers konterkariert, ein flexibles und kurzfristiges Angebot psychotherapeutischer Leistungen zu schaffen, da mit der geringen Vergütung keine Anreize verbunden sind.

Herzlichst Ihre



Dr. Norbert Metke
Vorstandsvorsitzender
der KV Baden-Württemberg

N. Metke

Dr. Johannes Fechner
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Baden-Württemberg

J. Fechner

Bessere und schnellere Behandlung

Psychotherapie-Richtlinie mit Sprechstunden, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe

Mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie soll die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessert werden – durch einen direkteren und schnelleren Kontakt zu ihrem Psychotherapeuten.

Neu ist die Akutbehandlung (siehe Seite 1), an die sich eine klassische Richtlinien-Psychotherapie anschließen kann. Das kann weiterhin eine Kurz- oder Langzeittherapie sein. Davor müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen stattfinden, in denen Psychotherapeut und Patient klären, ob die beiden Persönlichkeiten und das gewählte Verfahren passen.

Kurz- und Langzeittherapie

Die Stundenkontingente für eine Kurz- oder Langzeittherapie

sowie die Art der Bewilligung (Anzeige, Antrag, gutachterpflichtiger Antrag) wurden angepasst. Zukünftig wird es einen Bewilligungsschritt weniger geben, was hoffentlich die bürokratische Abwicklung erleichtert.

Rezidivprophylaxe

Wird ein Therapiekontingent der Langzeittherapie nicht aufgebraucht, kann es zum Therapieende für eine Rezidivprophylaxe verwendet werden, etwa wenn der Patient einen Rückfall hat. Das schließt aber nicht aus, dass der Patient einen neuen, dann gutachterpflichtigen Antrag bei seiner Krankenkasse stellen kann.

In besonders begründeten Fällen können Behandlungen auch über die in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Höchstgren-

zen hinaus beantragt und genehmigt werden.

Gruppentherapie

Der Gesetzgeber möchte die Gruppentherapie stärken. Neben Veränderungen in der Gruppengröße und anderen Erleichterungen soll auch eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie möglich sein. Hier kann ein Patient durch verschiedene Psychotherapeuten behandelt werden. Diese stimmen sich in ihrem Gesamtbehandlungsplan ab.

KV-Terminservicestelle (TSS)

Der Gesetzgeber hat vorgegeben, dass psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlungen ab April 2017 auch über die Terminservicestelle (TSS) der KV

vermittelt werden sollen (siehe S. 8). Die TSS vermittelt einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde, um den Behandlungsbedarf abzuklären. Wird dann ein Bedarf für eine Akutbehandlung festgestellt und kann/möchte der Psychotherapeut die weitere Behandlung nicht übernehmen, kann er dem Patienten eine Bestätigung ausstellen, auf der ein Dringlichkeitscode aufgebracht wird.

Mit diesem kann sich der Patient dann erneut an die TSS wenden. Sie soll einen Termin innerhalb von vier Wochen vermitteln, wobei die Entfernung vom Wohnort bis zu 30 Fahrminuten betragen kann. Einen „Wunschtermin“ bei einem „Wunschtherapeuten“ kann die TSS nicht garantieren. *ks*

➔ Weitere Informationen auf www.kvbawue.de » Aktuelles

Honorarvereinbarung 2017

Orientierungspunktwert wurde erhöht und Honorarunterschiede ausgeglichen

Die Honorarverhandlungen für 2017 sind abgeschlossen. Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Land ein stolzes Honorarplus von insgesamt drei Prozent vereinbaren. Das entspricht rund 82 Millionen Euro an zusätzlichen Mitteln, die überwiegend symmetrisch auf alle Arztgruppen verteilt werden. Damit profitieren alle Ärzte und Psychotherapeuten von dem Abschluss.

Im Rahmen der Morbiditätsorientierten (budgetierten) Gesamtvergütung (MGV) erhöht sich der Orientierungswert um 0,9 Prozent auf einen regionalen Punktwert von 10,53 Cent. Durch die Veränderungsrate, in der sich die demografische Entwicklung und der Anstieg der Morbidität widerspiegelt, erhöht sich die MGV um weitere 0,3964 Prozent. Endlich ermöglichte der Gesetzgeber auch den Abbau ungerechtfertigter Honorarunterschiede zu anderen Bundesländern. Die KVBW konnte im Rahmen der gesetzlichen Grenzen erreichen, dass die Unterschiede im Vergleich zum Bundesdurchschnitt abgebaut werden. Die MGV wird für Baden-Württemberg um weitere 0,6475 Prozent angehoben. In diesem Zusammenhang wird die Auszahlungsquote für die Freien Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch besonders gestützt.

Extrabudgetär

Ein besonderes Anliegen der KVBW in den Verhandlungen ist stets, Leistungen aus der budgetierten Vergütung herauszulösen



Zuwächse für alle Fachgruppen

und als Einzelleistungen vergüten zu können. Einzelleistungen werden zu festen Preisen bezahlt und unterliegen keiner Mengenbegrenzung.

Der Vorstand konnte erneut erreichen, dass die bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen erhalten bleiben. Dies gilt insbesondere für das ambulante Operieren nach Paragraph 115b SGB V inklusive der damit im Zusammenhang stehenden Begleitleistungen. Zuschläge bleiben erhalten, insbesondere für die Leistungen des Mammografie-Screenings, der Substitution und der belegärztlichen Leistungen nach Kapitel 36, sowie für die Leistungen nach den GOP 13311, 17370, 08410 bis 08416 EBM, sofern sie auf Belegarztschein erbracht werden.

Besondere Förderung

Folgende Förderungen bleiben in unveränderter Höhe: Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex, Praxisklinische Beobachtung und Betreuung, Heimbesuche, Motivationspauschale im Rahmen

der subkutanen Immuntherapie (SCIT), Ermächtigte Einrichtungen nach Paragraph 119a, Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder.

Neu hinzu kommen als Förderungen/neue Leistungen: Radiologie bei onkologischen Patienten, erweiterte Beratung/Betreuung von Schwangeren bei gesicherter Diagnose auf Gestationsdiabetes, Schulung zum Gestationsdiabetes, orthopädische Vorsorgeuntersuchung bei Kindern und Heranwachsenden im 11. und 12. Lebensjahr, Zuschlag bei Behandlung des diabetischen Fußes, Substitution (Förderinhalte noch in Planung), Wachkoma (Förderinhalte noch in Planung).

Die Förderung von psychiatrischen Gesprächsleistungen wird auf rund drei Millionen Euro aufgestockt und die Höhe des Zuschlags erhöht. Für einzelne Gebührenwerte aus der Onkologie-Vereinbarung (BMV-Ä) stellen die Krankenkassen im Land circa sieben Prozent mehr an Finanzvolumen zur Verfügung. Einzelheiten zu den Fördervoraussetzungen und Förderinhalten können Sie einer Gesamtübersicht entnehmen unter www.kvbawue.de » Praxis » Abrechnung & Honorar » Einzelleistungen.

Zusätzliche Fördermittel

Zusätzlich fördern die Krankenkassen den Notfalldienst mit zwölf Millionen Euro sowie innovative Versorgungsmodelle mit rund 1,9 Millionen Euro. Darüber hinaus stehen 16 Millionen Euro für die Vergütung der Erstellung und Aktualisierung von Medikationsplänen und 2,5 Millionen Euro für die Erhöhung der Finanzierung von nichtärztlichen Praxisassistenten zur Verfügung. *ks*

Themen

KVBW-WELT

Resistenzen vermeiden

Das Innovationsfondsprojekt RESIST fördert den leitliniengerechten Einsatz von Antibiotika. *6*

KVBW-WELT

Neue Frauenärztin in Empfen

Praxis wurde durch KVBW gefördert. *7*

UNTERNEHMEN PRAXIS

Drum prüfe, wer sich ewig bindet

Was man bei der Anstellung beachten muss *9*

UNTERNEHMEN PRAXIS

Ohne Kärtchen geht nichts

Wenn der Patient ohne eGK in die Praxis kommt *11*

ARZT & THERAPEUT

Hygiene-Ecke

Behördliche Praxisbegehungen, Teil 3 *11*

ARZT & THERAPEUT

Eine Angelegenheit des Herzens

Vor 50 Jahren wurde das weltweit erste Herz transplantiert. *13*

ARZT & THERAPEUT

Wenn das Stethoskop zur Bedrohung wird

Kompliziert wird's, wenn Demenzkranke den Arzt aufsuchen. *13*

ARZT & THERAPEUT

Vorsicht bei Statuswechsel

QS-Genehmigungen mitnehmen *14*

LETZTE SEITE

Feiner Unterschied

O(h)rale Einnahme *16*

Nach der Wahl ist vor der Wahl

VV bestimmt KBV-Delegierte und Mitglieder der Fachausschüsse

Nach der KV-Wahl im letzten Jahr waren in den ersten beiden Vertreterversammlungen des Jahres 2017 noch einmal Wahlen angesagt. Gewählt wurden die beratenden Fachausschüsse, die Vorstand und Vertreterversammlung bei Entscheidungen unterstützen, die die jeweilige Ärztegruppe betreffen.

Auch der Notfalldienst- und Finanzausschuss sowie die KBV-Delegierten mussten bestimmt werden. VV-Vorstandsvorsitzender Dr. Frank-Dieter Braun und seine Stellvertreterin Dr. Anne Gräfin Vitzthum waren bereits im alten Jahr wiedergewählt worden.

■ Delegierte für die KBV-Vertreterversammlung

Der erste Wahlgang galt den Delegierten für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Neben Dr. Norbert Metke und Dr. Johannes Fechner, die aufgrund ihres Amtes automatisch VV-Mitglieder sind, wurden drei weitere Mitglieder sowie deren Stellvertreter gewählt. Alle fünf abgesandte Delegierte nehmen an den Vertreterversammlungen der KBV teil und können so Einfluss auf die Berliner Entscheidungen nehmen, die die Rahmenbedingungen für Baden-Württemberg bilden.

- Dr. med. Norbert Metke
- Dr. med. Johannes Fechner
- Dr. med. Berthold Dietsche
- Dr. med. Werner Baumgärtner
- Dr. med. Rolf Stiasny

■ Beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung

Der beratende Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung besteht aus acht Mitgliedern. Von diesen muss jeweils mindestens eines als Allgemeinarzt, eines als Internist und eines als Kinder- und Jugendarzt zugelassen sein.

- Dr. med. Berthold Dietsche
- Marianne Difflipp-Eppele
- Dr. med. Thomas Heyer
- Dr. med. Jürgen Herbers
- Dr. med. Markus Klett
- Dr. med. Stephan Roder
- Dr. med. Roland Fressle
- Dr. med. Michael Eckstein

■ Beratender Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung

Der beratende Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung besteht aus acht Mitgliedern, von denen jeweils ein Mitglied ein Vertreter aus den Gebieten der konservativen Medizin, ein operativ tätiger Arzt, ein Vertreter der methodendefinierten Fächer und ein ermächtigter Krankenhausarzt sein muss.

- Dr. med. Rolf Stiasny
- Dr. med. Uwe de Jager
- Markus Haist
- Dr. med. Michael Barczok
- Dr. med. Bärbel Grashoff
- Dr. med. Burkhard Lembeck
- Dr. med. Norbert Smetak
- Prof. Dr. med. Burkard Lippert

■ Beratender Fachausschuss für Psychotherapie

Zwölf Mitglieder wurden für den beratenden Fachausschuss für Psychotherapie gewählt. Der Ausschuss setzt sich zusammen aus fünf Psychologischen Psychotherapeuten, einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und sechs überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten, von denen einer vorwiegend auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätig sein soll.

Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten

- Dr. rer. soc. Peter Baumgärtner
- Uwe Keller
- Dr. rer. soc. Alessandro Cavicchioli
- Dr. phil. Dipl.-Psych. Daniel Weimer
- Dr. phil. Wolfgang Bürger
- Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf

Ärztliche Psychotherapeuten

- Dr. med. Bernhard Schuster
- Dr. med. Harald Schuler
- Dr. med. Regine Simon
- Dr. med. Ramona Vetter
- Dr. med. Thomas Dornacher
- Dr. med. Karl Metzner

■ Beratender Fachausschuss für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten

Im beratenden Fachausschuss für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten sind acht Mitglieder vorgesehen: Es müssen drei ärztliche Mitglieder aus der hausärztlichen Versorgung, drei ärztliche Mitglieder aus der fachärztlichen Versorgung, entweder ein Facharzt für (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für psychotherapeutische Medizin oder ein überwiegend psychotherapeutisch tätiger Arzt sowie ein Psychologischer Psychotherapeut oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut vertreten sein.

- Dr. med. Sigrid Birrenbach, FA für Allgemeinmedizin
- Dr. med. Jürgen Braun, FA für Nervenheilkunde
- Dr. med. Barbara Bühler, FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Dr. med. Clemens Christ, FA für Chirurgie
- Dr. med. Susanne Doll, FA für Innere Medizin
- Dr. med. Albrecht Hofmeister, FA für Allgemeinmedizin
- Sarah Metzger, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
- Dr. med. Kristina Zimmermann, FA für Allgemeinmedizin

■ Außerdem wurden der Finanzausschuss, der über die korrekte Verwendung der Haushaltsmittel wacht, sowie der Notfalldienstausschuss besetzt.

Finanzausschuss

- Dr. med. Klaus Baier
- Dr. rer. soc. Alessandro Cavicchioli
- Dr. med. Manfred Eissler
- Dr. med. Susanne Blessing
- Dr. med. Norbert Smetak

Notfalldienstausschuss

- Dr. med. Norbert Fischer
- Rainer Gräter
- Dr. med. Christoph Kaltenmaier
- Birgit Kloos
- Dr. med. Hans-Michael Oertel
- Prof. Dr. med. Wolfgang Linhart
- Dr. med. Frederik Lörtsch
- Dr. med. Wolfgang Miller
- Dr. med. Doris Reinhardt
- Dr. med. Regine Simon

➔ Möchten Sie mehr über die Vertreterversammlung, die Ausschüsse, deren Aufgaben und Mitglieder wissen? Dann schauen Sie doch unter: www.kvbawue.de » Über uns » Vertreterversammlung



Dr. Andreas Gassen



Dr. Thomas Kriedel



Dr. Stephan Hofmeister

KBV-Führungstrio setzt neuen Kurs

„KBV 2020“ als gemeinsames Ziel

In Berlin wurden im März der Vorstand der KBV sowie die Vorsitzenden der Vertreterversammlung gewählt.

Dr. Andreas Gassen, Orthopäde aus Düsseldorf, wurde mit deutlicher Mehrheit in seinem Amt als Vorstandsvorsitzender bestätigt. Zweiter Vorsitzender wurde Dr. Stephan Hofmeister, Allgemeinmediziner aus Hamburg. Hofmeister war bisher stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg. Gewählt wurde aufgrund gesetzlicher Vorgaben erstmals auch ein Dritter im Bunde, der weder an der haus- noch an der fachärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung beteiligt sein darf: Dr. Thomas Kriedel, ehemaliges Vorstandsmitglied der KV Westfalen-Lippe, komplettiert das neue Führungstrio.

Alle drei betonten nach ihrer Wahl den gemeinsamen Teamgeist. „Wir Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten können offen in die Debatten gehen – jeder weiß, was man inhaltlich von uns zu erwarten hat. Nun kommt es darauf an, dass wir gemeinsam in die Politik hineinwirken und jene Durchschlagskraft zurückgewinnen, die wir wegen vieler Querelen in den vergangenen Jahren eingebüßt haben“, erklärte Gassen. Hofmeister versprach: „Gemeinsam werden wir im Vorstand als gut abgestimmtes Kollegialorgan arbeiten und gemeinsam nach außen wirken.“

Kriedel ergänzte: „Die Digitalisierung ist ein Thema, für das ich mich schon lange engagiere. Schließlich müssen wir uns für die Anpassung der Arbeitsbedingungen in der Versorgung an die Erwartungen junger Ärztinnen und Ärzte einsetzen. Dazu gehören die Entlastung von arztfremden Tätigkeiten, kurz: die Entbürokratisierung, die Bedingungen für Angestellte, vernetztes Arbeiten mit Kollegen und anderen Gesundheitsberufen.“

Alle drei wollen nun das Konzept „KBV 2020“ auf den Weg bringen, mit dem die KBV wieder deutlich mehr Einfluss auf politische Gremien gewinnen will. Gemeinsam mit den Landes-KVen wurde dieses Positionspapier erarbeitet, das unter anderem eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Kliniken sowie den Kommunen und den nichtärztlichen Gesundheitsberufen vorsieht. Außerdem sind darin Vorschläge formuliert, wie die Behandlung von Patienten künftig besser koordiniert werden kann.

Vor der Vorstandswahl hatten die 60 Delegierten bereits Dr. Petra Reis-Berkowicz zur VV-Vorsitzenden gewählt. Reis-Berkowicz ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und in Gefrees/Oberfranken niedergelassen. Zu ihrer ersten Stellvertreterin wurde Dipl.-Psychologin Barbara Lubisch gewählt, Psychologische Psychotherapeutin aus Aachen. Zum zweiten Stellvertreter bestellten die Delegierten Dr. Rolf Englisch, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe aus Bielefeld.

ef, sm

Risiken und Nebenwirkungen

Ein Beipackzettel zur Bürgerversicherung

Kommt nach der Bundestagswahl die Bürgerversicherung? Unbedingt, wenn es nach den Vorstellungen von SPD, Grünen und Linkspartei geht.

Die Bürgerversicherung soll nach dem Willen der Parteien künftig die einheitliche Versicherung für alle Bürger werden. Die SPD möchte den privat Versicherten die Möglichkeit geben, in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu wechseln, Grüne und Linkspartei wollen die Private Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung abschaffen und alle Einkünfte in die Berechnung der Beiträge einbeziehen. Alle Befürworter wollen, dass die Beiträge wieder paritätisch finanziert werden, also die Zusatzbeiträge wegfallen. Die Konsequenz ist, dass es nur noch eine einheitliche Gebührenordnung gibt.

Welche Auswirkungen die Bürgerversicherung hätte, vermag niemand genau zu sagen. Aber Tendenzen lassen sich heute bereits absehen.

Die Einnahmen aus der PKV sind bisher für die Praxen wichtig, um die budgetierte und im EBM



Bittere Pille Bürgerversicherung?

deutlich zu geringe Vergütung abzufedern. Nur so können die Praxen wirtschaftlich überleben und eine hochqualifizierte Versorgung von GKV-Patienten gewährleisten.

Umverteilung

Eine einheitliche Gebührenordnung würde zu starken Umver-

teilungen zwischen den Arztgruppen und den Praxen führen. Praxen, die heute hohe Privateinnahmen haben, würden an Honorar verlieren, Praxen mit einem geringen PKV-Umsatz gewinnen. Wie hoch der Umverteilungseffekt ist, ist im Moment jedoch noch schwer einzuschätzen. Zumal die Differenz zwischen EBM und

GOÄ nicht bei allen Leistungen gleich ist. Es wird also auch hier noch einmal Unterschiede geben können.

Betroffen wären besonders die Fachärzte, da hier die PKV-Leistungen nicht nur höher vergütet werden sondern auch unbudgetiert sind. In den Wahlprogrammen ist nichts darüber zu finden, dass die Budgetierung aufgehoben werden soll. Ebenso ist nicht gewährleistet, dass insgesamt die gleichen Mittel zur Verfügung stehen.

Absehen lassen sich auch Umverteilungen zwischen den Bundesländern. Da die Mittel über den Gesundheitsfonds verteilt werden, würde es Verschiebungen von den Bundesländern mit einem hohen PKV-Anteil hin zu denen mit einem niedrigen Anteil geben. Baden-Württemberg würde dabei verlieren.

Beiträge

Die Auswirkungen auf die Beiträge sind ebenfalls schwer zu prognostizieren. Es gibt eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass sich vor allem die Beamten und Selbstständigen für einen Wechsel in die Bürgerversicherung entscheiden, da sie dort günstiger versichert wären. Das betrifft vor allem die Familien (in der PKV gibt es keine kostenfreie Mitversicherung der Familien-

angehörigen) und die Versicherten mit einem hohen Leistungsumfang, also etwa chronisch kranke Patienten. Das hätte dann zur Folge, dass die Leistungsausgaben unter Druck geraten.

Umsetzungsaufwand

Die Bürgerversicherung wäre die mit Abstand weitreichendste Reform, die es im Gesundheitswesen jemals gegeben hat. Klar ist, dass der Umsetzungsaufwand immens wäre. Womit sich die Frage nach dem Sinn stellt.

Die Parteien verweisen vor allem darauf, dass das heutige System ungerecht sei, da die PKV-Patienten den GKV-Patienten gegenüber bevorzugt würden („Zwei-Klassen-Medizin“). Unabhängig von der Frage, ob dieser Vorwurf überhaupt gerechtfertigt ist: Die Versicherten könnten sich auch künftig Privilegien „erkaufen“. Bereits heute können sie eine private Zusatzversicherung für ein Einbettzimmer im Krankenhaus, eine Chefarztbehandlung sowie eine Zahnzusatzversicherung abschließen.

Ein Argument allerdings lassen alle Befürworter aus: Keiner behauptet, dass im heutigen System die Patienten, egal ob GKV oder PKV, nicht ausreichend versorgt würden ks

Ab Juli 2017: Telematik- infrastruktur (TI)

eCard wird weiter ausgebaut – Praxen müssen Technik umrüsten

Schon lange war die Einführung der bundesweiten Telematikinfrastruktur (TI) angekündigt, nun wird sie zum 1. Juli 2017 nach der Erprobungsphase schrittweise ausgerollt. Künftig sollen Praxen, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Akteure des Gesundheitssystems durch die TI, eine digitale Plattform für den Datenaustausch, miteinander vernetzt sein. Hierfür gibt das E-Health-Gesetz einen konkreten Fahrplan mit Fristen vor.

Die Anwendungsmöglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) werden damit weiter ausgebaut. Als erste Funktion wird das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) möglich sein: Beim Stecken der eGK ins Kartenterminal wird automatisch geprüft, ob die eGK gültig ist und die gespeicherten Stammdaten aktuell sind. Auch die Aktualisierung erfolgt online und automatisch. Sollte eine Adressänderung des Patienten bei der Krankenkasse vorliegen, werden die aktuellen Daten auf die eGK geschrieben und die Praxis kann entscheiden, ob sie die neuen Daten ins Praxisverwaltungssystem übernimmt. Ab 1. Juli 2018 ist die Durchführung des VSDM – beim ersten Patientenkontakt im Quartal – für Vertragsärzte und -psychotherapeuten gesetzlich verpflichtend. Ärzten, die ihrer Prüfpflicht dann nicht nachkommen, droht eine gesetzliche Kürzung ihrer vertragsärztlichen Vergütung um ein Prozent.

Für die Praxen bedeutet dies, dass für eine Anbindung an die TI neue technische Komponenten, etwa ein Konnektor, angeschafft und installiert werden müssen. Der Konnektor verbindet, ähnlich wie ein Internet-Router, das Praxis-IT-System mit der „Außenwelt“ und schirmt mithilfe moderner Verschlüsselungstechnologie die Nutzung der über die TI angebotenen elektronischen Anwendungen vom Internet ab. Die bisherigen Kartenterminals werden voraussichtlich durch neue, von der gematik („Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte“) zer-



Das Versichertenstammdatenmanagement wird als erste Funktion möglich sein.

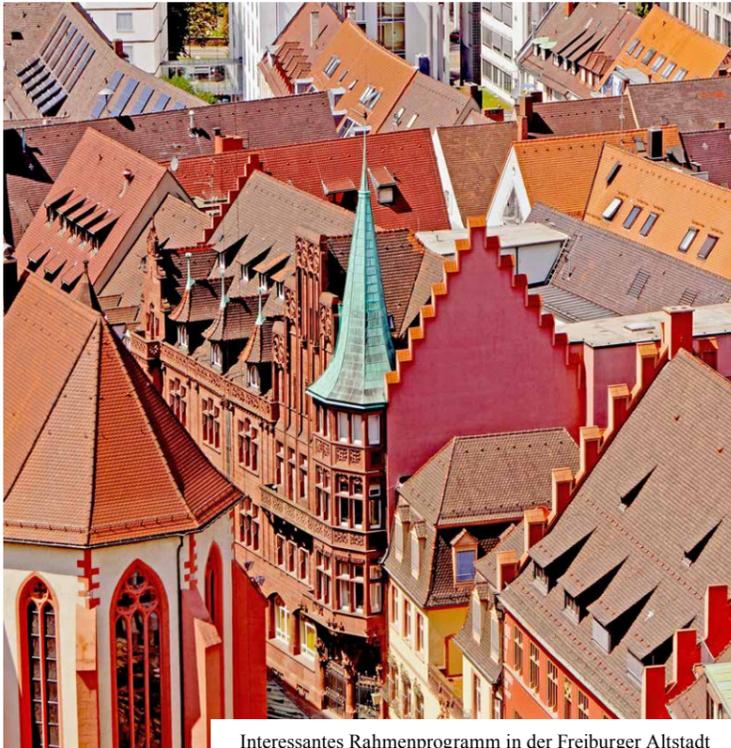
tifizierte Kartenterminals ausgetauscht. Darüber hinaus wird für die Ausstattung der Praxis eine elektronische Institutionskarte (SMC-B) als „Praxisausweis“ benötigt. Außerdem braucht der Arzt oder der Psychotherapeut – zu einem späteren Zeitpunkt – den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA), der ihn eindeutig im elektronischen Netz identifiziert und eine rechtssichere digitale Unterschrift (QES) ermöglicht.

Die technischen Komponenten werden nach dem Abschluss der Erprobungsphase voraussichtlich im vierten Quartal 2017 verfügbar sein. Die Institutionskarte erhalten niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten über die KVBW, den elektronischen Heilberufsausweis auf Antrag bei der Landesärztekammer. Die Beschaffung und Installation erfolgt durch einen zugelassenen IT-Dienstleister, also durch das Systemhaus, das auch das Praxisverwaltungssystem betreibt. KBV und GKV-Spitzenverband schlossen im Mai eine Vereinbarung über die Finanzierung der Kosten für Anschaffung, Installation und Betrieb. Danach beträgt die Erstattung für die Anschaffung eines Konnektors 2.620 Euro, für das stationäre Kartenterminal 435 Euro und für das mobile 350 Euro. Hinzu kommt eine Starterpauschale von einmalig 900 Euro sowie definierte Beträge für den laufenden Betrieb. fs

➔ Fragen dazu? Unsere IT-Berater helfen weiter: 0711 7875-3570, itp@kvbwue.de

Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) ab Juli 2017

- Bundesweite Vernetzung aller Akteure im Gesundheitssystem,
- Start mit der automatischen Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der Gesundheitskarte,
- verschiedene technische Komponenten für Vertragsärzte und -psychotherapeuten erforderlich,
- Ausstattung der Praxen beginnt voraussichtlich im vierten Quartal 2017,
- zur Refinanzierung der Kosten und zur Vergütung laufen aktuell Verhandlungen auf Bundesebene.



Interessantes Rahmenprogramm in der Freiburger Altstadt

Deutscher Ärztetag in Südbaden

Fachthemen, internationales Flair und Kultur gibt es in Freiburg

Der 120. Deutsche Ärztetag findet in diesem Jahr vom 23. bis zum 26. Mai in Freiburg statt. Für den Landesärztekammerpräsidenten Dr. Ulrich Clever ein Heimspiel. Und so freut er sich, den Kollegen seine Klein-Kapitale zu präsentieren, die internationales Flair, eine exzellente Universität, Kunst und Kultur, aber auch Gemütlichkeit bietet.

Am Dienstag, den 23. Mai 2017, wird der Ärztetag um 10.00 Uhr im Konzerthaus eröffnet. Die Arbeitssitzungen des Plenums finden in der Messe Freiburg statt: Am Dienstag,

den 23. Mai von 14 Uhr bis 18 Uhr, Mittwoch und Donnerstag jeweils von 9.00 Uhr bis 18.00 Uhr, Freitag, den 26. Mai von 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr. Behandelt werden Themen wie die Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit, praxistaugliche Konzepte für Kooperationen im Gesundheitswesen. Top-Thema werden die Digitalisierung im Gesundheitswesen und deren Chancen und Risiken sein.

Das Rahmenprogramm des Ärztetags bietet Unternehmungen wie die „Green City Tour“ – das Öko-Modellviertel Vauban wird vorge-

stellt. Eine Tour führt durch das historische Freiburg und kulinarisch Interessantes lässt sich bei einer Seilbahnfahrt ebenso entdecken wie beim Rundgang „Köstliches Freiburg“, bei dem den Geheimnissen von Schwarzwälder Schinken und Guglhupf auf den Grund gegangen wird.

ef

➔ Informationen unter:
www.aerztekammer-bw.de »
DÄT2017 »
Onlineanmeldung

„Gern klagt man, auch auf hohem Niveau“

Das deutsche Gesundheitssystem ist das Wunschziel vieler anderer Europäer

Dr. Günter Danner ist ausgewiesener Experte für internationale Gesundheitssysteme. Der studierte Ökonom ist stellvertretender Direktor der Europaververtretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel und befasst sich seit Langem mit den sozialen Sicherungssystemen insbesondere der EU. Mit ergo sprach er über nötige und mögliche Anpassungen des deutschen Gesundheitssystems.

Freie Arztwahl, doppelte Facharztschiene und Freiberuflichkeit des niedergelassenen Arztes sind drei der wichtigsten Merkmale des deutschen Gesundheitssystems. Können diese Grundpfeiler auch in Zukunft noch standhalten? Oder müssen sie den schrumpfenden Ressourcen zum Opfer fallen?

Die freie Arztwahl, nicht zu verwechseln mit beliebigem „doctor hopping“, dürfte ein Qualitätsmerkmal bleiben. Gerade bei chronisch Kranken und in den belastenden Phasen schwerer Krankheit ist sie menschlich wichtig. Dies befestigt ein ambulantes fachärztliches Angebot in Niederlassung und Freiberuflichkeit. Ohne Freiberuflichkeit kämen industrialisierte Versorgungsformen mit unberechenbaren Definitionen des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Allerdings wird sich die betriebswirtschaftliche Existenzform wohl von der Einzelpraxis zu neuen Kooperationsmodellen hin entwickeln. Aktuell wird derzeit Bewährtes von der EU erneut angegriffen. Hier sollte aus Deutschland mehr geschehen.

Irgendeine Art von Versorgungssteuerung ist zukünftig aber auch bei uns notwendig. Worauf müssen sich Ärzte und Patienten einstellen?

Jede Steuerung sollte im Patienten- und im Systeminteresse liegen. Kann sie neue Logikpotenziale im Prozessablauf eröffnen, so stabilisiert sie das System. Vielleicht kann sie Lücken schließen und somit etwas verbessern. Aber sie ist kein geeignetes Verkündigungsvehikel für systemstrukturelle Endzeitstimmung. Wir brauchen mehr humanitäts- und ethikgestützte Ratio in der patientenorientierten Gestaltung und eine bessere Ablauforganisation der teuersten Versorgungsphasen. Hier sind üblicherweise nahezu alle Versorgungsakteure wie Spital, Facharzt in Niederlassung und Hausarzt beteiligt.

Unbestritten gibt es in anderen Gesundheitssystemen Europas eine rigidere Patientensteuerung.

Können Sie sich ähnliche Modelle auch für Deutschland vorstellen?

Oft erscheint Mangelsteuerung durch Versagen und Warteliste im wissenschaftlichen Tarnanzug als Priorisierung von Behandlungsfällen. Ultimatives Steuerungselement ist dann die fehlende Zahlungsfähigkeit des Kostenträgers. Anderswo wird gar in die Schattenzahlung oder den Privatkonsum abgedrängt. Klar lassen sich Staatssysteme einfach zentral lenken – der Arzt ist abhängig Beschäftigter, oft mit Fixgehalt, der Patient muss hinnehmen, was er örtlich vorfindet. Wir müssen unser System ökonomisch tragfähig erhalten. Dazu gehören die laufende Suche nach mehr Logik in der Mittelverwendung und bessere Vernetzung. Besonders dort, wo „das große Geld“ ausgegeben wird: immerhin 80 Prozent der Ausgaben für 20 Prozent der schwerkranken Versicherten und extra viel – moralisch völlig in Ordnung – im letzten Lebensjahr. Ein Kopieren des Auslands hilft da kaum weiter.

„Macht es doch so wie in Dänemark!“ funktioniert also nicht?

Es ist ziemlich einfältig, einzelne Systemtechniken von der einen in eine völlig andere Versorgungswelt zu übertragen. Daher sollte man bei Betrachtung ausländischer Systeme stets das Ganze im Auge haben. Insbesondere die wachsende Diskrepanz zwischen Sozialrechtszusagen und örtlich echt verfügbarer Versorgung. Die Euro- und Schuldenkrise hat hier teilweise Verwüstungen angerichtet, die auch in Brüssel nicht ins heile Gesamtbild passen wollen. Wer mehr Telemedizin möchte, muss nach Skandinavien oder Finnland schauen. Auch dabei ist jedoch ein Seitenblick auf die Kompatibilität mit heimischen Strukturen sinnvoll.

Wie groß ist die Krise des deutschen Gesundheitssystems wirklich? Klagen wir auf zu hohem Niveau?

Hätten wir eine Krise, so wäre sie dennoch das Wunschziel von Millionen sozialversorgte Mit-Europäern. Wir haben gelegentlich Verdruss – mit der eigenen Rolle oder grundsätzlicher Art. Gern klagt man, auch auf hohem Niveau. Es ist auch akademisch mitunter chic, einmal so richtig „das Ende“ von allem ausgemacht zu haben.



„Freie Arztwahl bleibt Qualitätsmerkmal für deutsches Gesundheitswesen.“

Wichtig ist, dass soziale Stabilität und volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit eng verzahnt sind. Deutschland muss daher produktiv bleiben. Schulden der öffentlichen Hand, egal ob „für uns“ oder als „EU-Verbindlichkeiten“, sind dabei ein großes Risiko. Wo Schuldenabbau fehlt, zerfällt der Sozialstaat rasch. Im Wahljahr gilt es, auch hierzulande, auf allzu generöse Auslobungen des Nichtvorhandenen besonders zu achten.

Können Sie sich ein gemeinsames Sozialsystem in der EU vorstellen?

Unser System verknüpft relativ höhere Freiheitsgrade – Selbstverwaltung statt direkter Staatsregie – mit Wahlmöglichkeiten für Patienten und einer Reihe intelligenter Beschaffungssystematiken. Die Beitragsfinanzierung mit Finanzhoheit der Kassen – diese könnte höher sein – befreit uns von der Abhängigkeit der anderswo schwankenden Steuereinnahmen. Heute sind etliche Systeme als Folge der Überschuldung im freien Fall. Ein EU-Einheitsmodell war 1992 nicht möglich und ist heute undenkbar. Der kleinste gemeinsame Nenner wäre kaum mehr herstellbar ohne gigantische Transfers. EU-Standards wären daher heute stets ein Problem. Gefahr droht von der schleichenden Aufgabe der Subsidiarität im Sozialbereich bei der immer schwierigeren Suche nach EU-Kompromissmasse. Wir, also alle Akteure, sollten daheim und in Brüssel mehr für unseren Sonderweg tun. Das betrifft Kassen- und Systemautonomie genauso wie Freiberuflichkeit. Auch bei oft gegenteiligen Interessen gilt es, genügend Gemeinsamkeiten intelligent darzulegen.

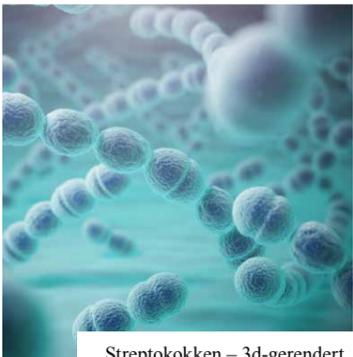
sm

Resistenzen vermeiden

Innovationsfondsprojekt RESIST fördert leitliniengerechten Einsatz von Antibiotika

Etwa 39 Millionen Antibiotikaverordnungen erfolgen in Deutschland pro Jahr. Selbstverständlich gehen in der Regel die meisten Ärzte verantwortungsvoll mit dem Thema um. Dennoch sind Verbesserungen zum Beispiel bei der Verordnung von Reserveantibiotika möglich – und medizinisch notwendig. Die Zunahme multiresistenter Keime muss gestoppt und die Wirksamkeit bestehender Antibiotika bewahrt werden.

Hier setzt das Projekt RESIST an, das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird. RESIST möchte dazu beitragen, eine verlässliche und sichere Versorgung mit Anti-



Streptokokken – 3d-gerendert

biotika dauerhaft zu erhalten und zugleich vermeidbare Neben- und Wechselwirkungen zu verhindern. Das Projekt zeichnet sich durch einen niedrighwelligen Ansatz nah am Versorgungsalltag aus.

Unter dem Motto „Antibiotika bewusst anwenden – Resistenzen vermeiden“ sollen im Rahmen des Modellprojektes Ärzte und Patienten für das Thema Resistenzbildungen sensibilisiert werden. Ärzte sollen zu einem geringeren und sehr gezielten Einsatz von Antibiotika bei akuten Atemwegsinfektionen der oberen und unteren Atemwege motiviert werden und Breitbandantibiotika leitliniengerechter einsetzen.

RESIST wird federführend vom Verband der Ersatzkassen (vdek) zusammen mit der KBV, dem Institut für Allgemeinmedi-

zin der Universitätsmedizin Rostock und neun KVen durchgeführt. Am Projekt teilnehmen können Haus-, HNO-, Kinder- und Jugendärzte der KVBW.

Interessierte Ärzte schreiben sich ab dem zweiten Quartal 2017 bei der KVBW in das Versorgungsmodell ein. Danach absolvieren teilnehmende Ärzte ebenfalls im zweiten Quartal eine obligatorische Online-Schulung im Fortbildungsportal der KBV. Dafür ist ein Zugang zum Sicherem Netz der KVen (SNK) zwingend erforderlich. Die Schulung fokussiert auf eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation und die Grundlagen der rationalen und leitliniengerechten Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen und unteren Atemwege.

Für den Einsatz im Praxisalltag erhalten teilnehmende Ärzte Poster, Patienteninformationen und Entscheidungshilfen, die eine intensivierte Beratung der Patienten unterstützen sollen.

Patienten – Versicherte der Ersatzkassen – werden vom dritten Quartal 2017 bis zum zweiten Quartal 2019 im Vertrag behandelt. Mit Beginn der Erkältungssaison 2018 erhalten die eingeschriebenen Ärzte einen Feedbackbericht, der Informationen zum Antibiotikaverordnungsverhalten über alle teilnehmenden Ärzte im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmern in Baden-Württemberg enthält.

Teilnehmende Ärzte bekommen eine Starterpauschale von 200 Euro für die obligatorische Online-Schulung und die Vorbereitung der Praxis. Daneben wird eine Behandlungspauschale pro Arzt von 450 Euro je Quartal vergütet, soweit mindestens 20 Ersatzkassen-Patienten im Projekt betreut wurden. Die gesamte ärztliche Vergütung beträgt 3.800 Euro über zwei Jahre. Im Bezirk der KVBW können 431 Haus-, HNO-, Kinder- und Jugendärzte teilnehmen. Die Teilnahme erfolgt entsprechend dem Antragsengang bei der KVBW und wird von dort schriftlich bestätigt. Anschließend erhalten teilnehmende Ärzte ein Starterpaket. *rk*

RESIST



Weitere Informationen zu RESIST finden Sie hier: www.kvbawue.de » Praxis » Qualitätssicherung » Genehmigungspflichtige Leistungen » RESIST

Fragen zur Teilnahme am Projekt RESIST beantwortet Ihnen Antonella Sciarretta: 0761 884-4384, antonella.sciarretta@kvbawue.de

Ärzte, die bisher noch keinen Anschluss an das SNK zur Teilnahme an der obligatorischen Online-Schulung haben, erhalten weitere Informationen bei der IT-Beratung der KVBW: 0711 7875-3570, itp@kvbawue.de

Mit E-Health zur besseren Versorgung

Preis ausgelobt für Start-ups im Bereich Digital Healthcare

Spätestens seit Verabschiedung des E-Health-Gesetzes haben Healthcare-Start-ups gute Aussichten in Deutschland. Das deutsche Gesundheitswesen öffnet sich zunehmend für E-Health und wird damit interessant für Unternehmen, die mit neuen Ansätzen die Versorgung der Patienten verbessern möchten.

Das eHealth Forum Freiburg vergibt 2017 zum ersten Mal einen von verschiedenen Förderern ausgelobten Preis für Start-ups aus dem Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen. In einem Vorentscheid am 8. März 2017 wurden die drei Start-ups corvolution GmbH, AmbiGate GmbH und Medizinische Planungssysteme GmbH (MPS) von der Jury auserkoren, ihre Idee beim eHealth Forum am 13. Mai 2017 zu präsentieren. Dort werden die Teilnehmer die Jury sein und entscheiden, welche Idee sie für sinnvoll und zukunftsorientiert halten.

corvolution GmbH

Der Gesundheitssensor mesana der corvolution GmbH hat die Größe einer Streichholzschachtel. Wie ein Pflaster unter die Brust geklebt, erfasst er 48 Stunden lang in einem Gesundheits-Check Daten zu Herzgesundheit, Stressbelastung, Fitness und Schlafqualität seines Trägers. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt corvolution, wie Nutzer auf gesundheitliche Risiken reagieren und ihre Potenziale besser nutzen



48 Stunden Check up: der Gesundheitssensor mesana

können. Die Dienstleistung richtet sich an Ärzte, Fitnessstudios oder Physiotherapeuten ebenso wie an das betriebliche Gesundheitsmanagement von Unternehmen.

AmbiGate GmbH

70 Prozent der Deutschen leiden an Rückenschmerzen, zwölf Prozent haben chronische Rückenprobleme. Die Rückfallrate liegt bei 80 Prozent. Die Gründe hierfür sind fehlende Übungen zu Hause und der Mangel an Prävention. Auf einem PC oder via Konsole mit angeschlossener 3D-Kamera und installierter eReha-Software kann der Patient die – individuell für ihn – freigeschalteten Übungen absolvieren. Dabei wird er von einem „Realtime-Feedback“ unterstützt, um falsche Ausführungen zu erkennen und zu verbessern.

MPS GmbH

Mit der Software ChemoCompile bietet die MPS GmbH eine umfassende, modulare und plattformunabhängige Therapie- und Qualitätsmanagement-Software. Sie ermöglicht insbesondere kleinen und mittelgroßen medizinischen Einrichtungen mit geringen technischen und finanziellen Ressourcen einen qualitativen und quantitativen Sprung in der chemotherapeutischen Behandlung. ChemoCompile wurde in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Freiburg erarbeitet und unterstützt onkologisch-hämatologische Kliniken, Versorgungszentren und Praxen bei einer hochwertigen und kostengünstigen Planung und Verwaltung von Chemotherapien. *mt*

Fragen rund um die ärztliche Tätigkeit?

Die KV Baden-Württemberg stellt regelmäßig Broschüren zu aktuellen Themen zum Herunterladen bereit. Darunter sind zum Beispiel Leitfäden zum Thema Antikorruptionsgesetz, Erläuterungen zu den Abrechnungsunterlagen oder Broschüren zur Honorarsystematik. Neu aufgelegt wurde das Heft „Um Antwort wird gebeten“.

Behandelt wird das heikle Thema „Ärztliche Schweigepflicht und Auskunftspflicht“. Es ist ein Leitfaden zum richtigen Umgang mit Anfragen von Patienten, Krankenkassen, MDK oder auch Staatsanwaltschaft und Polizei. Mit dieser Broschüre soll es einen Überblick über den rechtlichen Rahmen der Auskunftspflicht geben. Es informiert aber auch, auf welchem Weg die Daten übermittelt werden kön-



nen und wie sie dafür gegebenenfalls vergütet werden. Da sich in einigen Bereichen Änderungen ergeben haben, wurde nun eine aktualisierte Version erarbeitet. Nutzen Sie die Broschüre als Nachschlagewerk.

➔ Das Heft kann auf der Website der KVBW heruntergeladen werden: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Broschüren



Anmeldung KV Newsletter

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

➔ Anmeldung an pressereferat@kvbawue.de oder über www.kvbawue.de/kvbw-newsletter





Dr. Stefanie Zingerle hat die Praxis ganz nach ihren Vorstellungen eingerichtet.

She knows how the bunny runs

Dr. Stefanie Zingerle ist neue Frauenärztin in Empfingen – ZuZ sei Dank

Wer eine eigene Praxis eröffnen will, muss allerhand wagen: Geräte anschaffen, einen Kredit aufnehmen, Personalverantwortung übernehmen und sich betriebswirtschaftliches Know-how aneignen. Dr. Stefanie Zingerle hat genau das getan: Räumlichkeiten angemietet, umgebaut und die Praxis ganz nach ihren Vorstellungen eingerichtet. Dass das reibungslos klappte, hat sie auch der Förderung durch die KVBW zu verdanken.

In Empfingen ist der Hirsch manchmal pink und trägt Bollenhut. Unter dem Hirsch (der hängt

dass alles so gut geklappt hat. Die Praxis ist bereits gerammelt voll.“

Arbeiten auf dem Land

Die Praxis von Zingerle liegt auf dem Land, in Empfingen, nahe Horb am Neckar. Die Frauenärztin hat sich die Gegend ganz gezielt ausgesucht. Die Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen vor Ort klappt gut. Sie wohnt mit ihrem Mann und ihren beiden drei und fünf Jahre alten Kindern in Hechingen, ist in der Gegend aufgewachsen, hat dort studiert und später am Krankenhaus gearbeitet. Dem Familienleben aber, so die Ärztin, waren die Wochenend- und Nacht-

Förderung mit ZuZ

In Empfingen und Umgebung sind Frauenärzte rar. Rein rechnerisch könnten sich noch zweieinhalb weitere Frauenärzte dort niederlassen. In besonders ausgewiesenen Gebieten fördert die KVBW die Niederlassung von Ärzten mit dem Programm „Ziel und Zukunft Baden-Württemberg“ (ZuZ).

Zingerle: „Ich habe auf der Homepage der KV nach freien Arztsitzen gesucht und dabei ZuZ entdeckt. Im KV-Rundschreiben wurde dann angekündigt, dass nach der Förderung der Hausärzte auch die für Fachärzte kommen wird. Eine Niederlassungsberaterin der KV empfahl mir, einen Antrag zu stellen.“

Ende Januar kam die Förderzusage der KVBW. Losgelegt hat Zingerle schon im Herbst: Den Umbau planen, eine Facebook-Seite auf die Beine stellen, eine Termin-Hotline einrichten. Letztere bot bereits Termine an, bevor die Praxis eröffnet war, da die Bank eine Gewährleistung sehen wollte, dass Patientinnen kommen.

Pink und genau ihr Style

Wer die Praxis betritt, sieht als erstes pink: eine Puppenküche für die Kinder, Wandfarbe, Kleidung, Möbel, Bilder. Die Patientinnen sollen sich wohlfühlen. Und das tun sie offensichtlich auch.

Im Wartezimmer sitzen Mutter und Tochter. Die Tochter hat MS und ist nicht sehr mobil. Die Mutter erzählt, sie sei – seit sie in der Gegend wohnt – nicht mehr beim Frauenarzt gewesen. Das war 2002.



Beschäftigung auch für die kleinen Begleiterinnen der Mütter

an der Wand) sitzt Stefanie Zingerle an ihrem nagelneuen Schreibtisch und strahlt. Die ersten sechs Wochen nach der Praxiseröffnung liefen glatt: „Ich bin sehr froh und sehr erleichtert,

dienste gar nicht förderlich. Das wirke sich auf die Stimmung aus. Da ist die Arbeit als Niedergelassene schon geregelter: „Nachts kann ich wieder schlafen, die Wochenenden sind frei, das ist schön.“

„Die meisten Frauen haben Probleme.“

Von der Niederlassung, erzählt Zingerle, haben Krankenhausärzte oft völlig falsche Vorstellungen: „Man denkt in der Klinik, die niedergelassenen Frauenärzte machen nur Vorsorge, man hält die Tätigkeit nicht für interessant. Das stimmt aber ganz und gar nicht.“

Als Niedergelassene zu arbeiten sei etwas völlig anderes: „Du hast die Herausforderung, in relativ kurzer Zeit herauszufinden, ob etwas nicht stimmt. Die meisten Frauen haben Probleme, einige wurden verschleppt, weil die Frauen schon lange nicht mehr bei Frauenärzten waren. Ich habe in den ersten sechs Wochen sogar schon einige Karzinome entdeckt.“ Auch bei der Mutter hat sie etwas gefunden. Nichts Schlimmes, eine Zyste, doch sie soll operiert werden.



Hirsch mit Hut: Pink macht gute Laune.

Niederlassung empfehlenswert

Für die Zukunft hat die 35-jährige Zingerle jede Menge Pläne: im Herbst eine MFA ausbilden, Lehrpraxis der Tübinger Uni werden, später vielleicht ambulant operieren. Bereut hat sie die Niederlassung keinen Tag: „Ich kann es den Kollegen nur empfehlen, in die Niederlassung zu gehen. Es ist spannender als man denkt und ich muss sagen, nach sechs Wochen hat sich meine Lebensqualität deutlich verbessert.“ ef

Umfrage zur Situation angestellter Ärzte im ambulanten Bereich

Immer mehr junge Mediziner entscheiden sich in der vertragsärztlichen Versorgung für eine Tätigkeit als angestellter Arzt. Eine bundesweite Umfrage unter angestellten Ärzten im ambulanten Bereich soll deren Situation und Bedürfnisse ermitteln. Seit März haben mehr als 10.000 Ärzte in Deutschland den Fragebogen per Post erhalten.

Erste Ergebnisse werden im Sommer erwartet

Im Mittelpunkt der Befragung steht, wie die in freien Praxen und anderen Einrichtungen angestellten Ärzte bei ihrer Tätigkeit und in ihrer weiteren Entwicklung optimal unterstützt werden können. Erfragt wird unter anderem, wie der Berufsweg vom Studienabschluss zur Tätigkeit im ambulanten Bereich verlaufen ist. Zudem geht es um den Arbeitsort und das Arbeitsumfeld sowie die berufli-

che Perspektive. Da viele Erwartungen und Bewertungen auch von der persönlichen Lebenssituation geprägt sind, sind auch einige demografische Fragen enthalten. Insgesamt dauert die Beantwortung nicht mehr als 15 Minuten. Dies ist per Post, per Fax oder online möglich. Mit den ersten Ergebnissen wird im Sommer dieses Jahres gerechnet.

Angaben werden anonym erfasst

Die Befragung führen die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit der KBV und der Universität Trier durch. Die Angaben werden anonym erfasst und von den Wissenschaftlern ohne Personenbezug ausgewertet. Die angeschriebenen Ärzte wurden per Zufallsprinzip ausgewählt. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollen strukturelle Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung abgeleitet werden. kbv

Infos zur medizinischen Rehabilitation

Die KBV hat eine Broschüre zum Thema „Medizinische Rehabilitation – Hinweise zur Verordnung“ aufgelegt. Informieren soll sie über die Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Wichtige Regeln und Grundlagen werden unter anderem durch Praxisbeispiele veranschaulicht.



➔ Bei Interesse können Sie die Broschüre per E-Mail (versand@kbv.de) kostenlos bestellen oder als PDF-Dokument downloaden: www.kbv.de/html/1150_26504.php



Passgenau für psychotherapeutische Praxen

Neues QEP Manual® erschienen

Ein neues Angebot unterstützt psychotherapeutische Praxen beim Aufbau eines internen Qualitätsmanagement-Systems: Ein neues QEP Manual® speziell für Psychotherapeuten ist als neuer Baustein von QEP® erschienen.

Das Manual bietet viele Umsetzungsvorschläge mit praktischen Tipps, Checklisten zur Selbstbewertung, Praxisbeispiele sowie Mustervorlagen auf CD-ROM. Es ist genau an die Abläufe psychotherapeutischer Praxen angepasst.

Mit einer Vielzahl an fachspezifischen Unterstützungselementen hilft es Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten, die häufig ohne Mitarbeiter ihre Praxis führen, beim Aufbau und der Weiterentwicklung eines praxisin-

ternen Qualitätsmanagement-Systems.

Praktische Beispiele

Das Manual bietet anschauliche Umsetzungsvorschläge und praktische Tipps von Psychotherapeuten für Psychotherapeuten. Die rund 200 Seiten umfassende Publikation enthält beispielsweise Hinweise und Musterdokumente zur Terminvergabe und zum telefonischen Erstkontakt oder zum Thema Datenschutz und Datensicherheit. Auch für den Bereich der Therapieentscheidung und -planung gibt es nützliche Informationen und Ablaufbeschreibungen, zum Beispiel zur Beantragung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen oder zur Erstellung von Behandlungsplänen für Patienten.

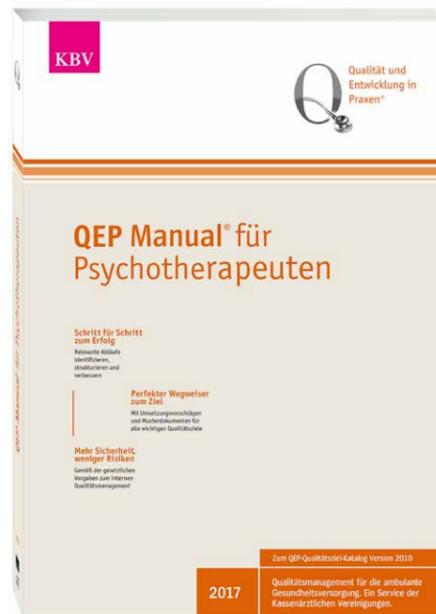
Psychotherapie-Richtlinie

QEP® kann auch als Umsetzungshilfe für Neuerungen im Rahmen der ab 1. April 2017 in Kraft getretenen Psychotherapie-Richtlinie genutzt werden: für die Organisation der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe.

Das Qualitätsmanagement-Verfahren QEP® – „Qualität und Entwicklung in Praxen“ wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen als Serviceangebot eigens für die Niedergelassenen entwickelt, um sie bei der Einführung des internen Qualitätsmanagements (QM) zu unterstützen. So bietet QEP® für alle praxisrelevanten Themen

Qualitätsziele und konkrete Vorschläge zur Umsetzung an. kbv

➔ Das QEP Manual® für Psychotherapeuten kann beim Deutschen Ärzteverlag bestellt werden: shop.aerzteverlag.de » Bücher/ E-Medien » Gesundheitsmanagement » Qualitätsmanagement



Call a doc

KVBW-Modellprojekt: Behandlung am Telefon

Erstmals in Deutschland wird in der vertragsärztlichen Versorgung eine telemedizinische Patientenversorgung erprobt. In einem Modellprojekt der KVBW sollen niedergelassene Ärzte Patienten per Telefon und Video beraten, nachdem das Fernbehandlungsverbot von der Landesärztekammer für entsprechende Modellprojekte aufgehoben wurde.



Medizinische Beratung am Bildschirm

Das Projekt geht damit über die Videosprechstunde hinaus, die zum 1. April im EBM eingeführt wurde. Die Vertreterversammlung hat dem Vorstand grünes Licht für das Projekt in zwei Modellregionen gegeben.

KV-Vorstand Dr. Johannes Fechner misst dem Modell hohe Bedeutung bei: „Mit dem Projekt wollen wir erreichen, dass nicht mehr so viele Patienten in die Krankenhausambulanzen gehen, die dort nicht hingehören.“

Arztkontakt

Die Patienten werden die Möglichkeit haben, sich telefonisch an die KVBW zu wenden. Dort nimmt eine MFA die Beschwerden des Patienten und seine Daten auf. Lebensbedrohliche Notfälle leitet

sie sofort an den Rettungsdienst weiter, ansonsten wird der Fall in ein Portal gestellt. Haus- und Fachärzte, die an dem Projekt teilnehmen, können das „Ticket“ auf ihrem PC aufrufen und rufen den Patienten per Telefon oder Videotelefonie zurück. Außerdem können Fotos via Smartphone übertragen werden. Ist die persönliche Vorstellung des Patienten beim Arzt notwendig, wird dieser an eine „Bereitschafts-Praxis“ oder Notfallpraxis weitergeleitet.

„Wir begeben uns hier auf absolutes Neuland“, betont Fechner. „Viele Fragen müssen wir noch beantworten. Aber wir sind sicher, dass die niedergelassenen Ärzte selbst ein solches Angebot machen müssen, bevor ein privater Anbieter kommt und die ‚Spielregeln‘ bestimmt.“ Fechner weiter: „Die Krankenkassen unterstützen das Projekt durch zusätzliche Mittel. Sobald die Rahmenbedingungen klar sind, informieren wir ausführlich.“

Fernbehandlungsverbot gelockert

Möglich wurde dieses Projekt durch eine bundesweit einmalige Entscheidung der Landesärztekammer Baden-Württemberg: Sie ermöglicht durch eine Änderung der Berufsordnung künftig Modellprojekte, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden. Bisher durfte Telemedizin nur im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts zum Einsatz kommen. ks

Terminservicestelle:

Bitte jetzt auch Psychotherapie-Termine melden

Elektronische Meldung von Sprechstunden und Akutbehandlungsterminen

Seit 1. April 2017 müssen nach gesetzlicher Vorgabe die Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen Patienten Termine für ein Erstgespräch bei Psychotherapeuten vermitteln. Dies regelt die neue Psychotherapie-Richtlinie. Dabei geht es um Termine für die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung. Eine Überweisung ist generell nicht erforderlich. Was dabei alles zu bedenken ist, erläutert die zuständige KVBW-Sachgebietsleiterin Corinna Pelzl.



Corinna Pelzl

Wie viele Sprechstunden-Termine sollen der TSS gemeldet werden?

In der neuen Psychotherapie-Richtlinie ist vorgesehen, dass Therapeuten bei vollem Versorgungsauftrag wöchentlich 100 Minuten, das heißt, zwei Termine zu je 50 Minuten, für Sprechstunden zur Verfügung stellen müssen. Bei einem halben Versorgungsauftrag sind es 50 Minuten. Die KVBW hat jedoch die Möglichkeit, bei dieser Vorschrift auf die konkrete regionale Versorgungssituation Rücksicht zu nehmen. Bei vollem Versorgungsauftrag sollte daher ein Terminfenster von 50 Minuten pro Woche für die psychotherapeutische Sprechstunde – derzeit noch auf freiwilliger Basis – zur Verfügung gestellt werden. Bei halbem Versorgungsauftrag sind es dann 25 Minuten pro Woche.

Welche Patienten haben Anspruch auf eine Akutbehandlung?

Patienten, die eine Akutbehandlung benötigen, müssen vorher eine psychotherapeutische Sprechstunde aufgesucht haben. Denn Voraussetzung für die Ver-

mittlung eines Termins durch die Terminservicestelle ist, dass der Psychotherapeut im Formular „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde“ (PTV 11) eine Empfehlung für eine Akutbehandlung ausgesprochen hat (Dringlichkeitscode). Eine Ausnahme besteht, wenn der Patient aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder aus einer rehabilitativen Behandlung entlassen wird. Dann kann er sich direkt an die Terminservicestelle wenden

Wie viele Termine für Akutbehandlungen sollen Psychotherapeuten melden?

Auch hier bitten wir um Meldung eines Terminfensters von mindestens 50 Minuten – jedoch pro Monat – bei vollem Versorgungsauftrag. Bei halbem Versorgungsauftrag sollte ein Terminfenster von 25 Minuten pro Monat gemeldet werden.

Wie meldet man einen Termin?

Die Terminmeldung erfolgt elektronisch mit Hilfe der Software „eTerminservice“. Eine genaue Anleitung hierzu ist bereits im März in einem Sonder-Rundschreiben versandt worden. ef

Und wenn man dazu noch Fragen hat?

Wenden Sie sich gerne an unsere Terminservicestelle.

Kontaktdaten:

0711 7875-3949 (bitte diese Nummer nicht an Patienten weitergeben), terminservice@kvbwue.de, Fax: 0711 7875-483891

Telefonisch erreichen Sie die Terminservicestelle: Montag bis Donnerstag von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr, Freitag von 8 bis 12 Uhr

➔ www.kvbawue.de » Praxis » Unternehmen Praxis » IT & Online-Dienste » Terminservicestelle



„Drum prüfe, wer sich ewig bindet“

Anstellung ist (k)eine (Übergangs)lösung



Rechtsanwalt Dr. Jörg Fecker

Angestellte Ärzte in Vertragsarztpraxen sind schon lange keine Ausnahme mehr. Im Gegenteil: Ihre Anzahl steigt kontinuierlich an, über 3.000 waren es 2016 in Baden-Württemberg. Um das Verhältnis zwischen Praxisinhaber und angestelltem Arzt auf eine gesunde Basis zu stellen, ist ein gut durchdachter Anstellungsvertrag notwendig. Damit beide Seiten davon profitieren, sollte man einige Punkte beachten. Rechtsanwalt Dr. Jörg Fecker hat die wichtigsten zusammengestellt.

Beginn und Dauer des Arbeitsverhältnisses

Da die Anstellung eines Arztes in der Vertragsarztpraxis vom Zulassungsausschuss genehmigt werden muss, sollte das Anstellungsverhältnis unbedingt unter die aufschiebende Bedingung der Erteilung sowie die auflösende Bedingung des Wegfalls der Genehmigung gestellt werden. Bei der Begründung von Anstellungsverhältnissen mit Ärzten, die zuvor auf ihre Zulassung zugunsten des Praxisinhabers verzichtet haben,

gelten weitere Besonderheiten.

Fehlen die entsprechenden Bedingungen im Anstellungsvertrag, würde das Arbeitsverhältnis (fort-) bestehen, eine Beschäftigung des angestellten Arztes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und eine Abrechnung der erbrachten Leistungen wären jedoch verboten. Die Rechtswirksamkeit der auflösenden Bedingung ist allerdings nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht gesichert, sofern andere ausreichende Beschäftigungsmöglichkeiten bestehen. Dies kann Anlass sein, den Anstellungsvertrag ausschließlich auf die vertragsärztliche Versorgung zu begrenzen.

Vertragsdauer – Befristung, Kündigungsregelungen

Gemäß Kündigungsschutzgesetz entsteht Kündigungsschutz nach Ablauf einer sechsmonatigen Wartefrist nur in größeren Betrieben (Praxen), die insgesamt mehr als zehn Arbeitnehmer beschäftigen. Teilzeitarbeitsverhältnisse werden dabei auf Grundlage gesetzlicher Vorgaben anteilig berücksichtigt.

In kleineren Praxen kann der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis unter Einhaltung der maßgeblichen Kündigungsfrist ohne einen Kündigungsgrund beenden. Daher ist hier eine sachgrundlose Befristung nur vor dem Hintergrund zu erwägen, dass beispielsweise eine Trennung auch im Falle des Eintritts von Sonderkündigungsschutz – zum Beispiel bei Schwangerschaft – ohne behördliches Zustimmungsverfahren möglich ist.

Eine Befristung des Arbeitsverhältnisses sollte in erster Linie von Praxen in Betracht gezogen werden, die dem Kündigungsschutzgesetz unterliegen. Dies kann in beiderseitigem Interesse liegen; auch dem anzustellenden Arzt kann die Befristung eine Chance bieten.

In gesperrten Planungsbereichen sollte der anstellende Arzt bei der Entscheidung über Befristung und Kündigungsfristen die möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten für eine rechtzeitige Nachbesetzung berücksichtigen. Der Verzicht auf eine Befristung und auch die Wahl längerer Kündigungsfristen können hier sinnvoll sein. Verlängerungen der gesetzlichen Kündigungsfristen sind allerdings nur wirksam, wenn sie für beide Vertragsparteien gelten.

Beschäftigungsort

Grundsätzlich sollten sich die Vertragspartner ausdrücklich über die Orte verständigen, wo der angestellte Arzt arbeiten soll. Ist eine Tätigkeit (auch) außerhalb des Vertragsarztsitzes (zum Beispiel in Nebenbetriebsstätten) vorgesehen, so sollte dies in den Arbeitsvertrag aufgenommen werden. Ferner sollten sich die Parteien verständigen, ob und unter welchen Voraussetzungen Fahrzeiten zu vergüten sind.

Arbeitszeitregelung

Neben der Regelarbeitszeit (wöchentlich oder monatlich) sollten die Vertragspartner eine Vereinbarung bezüglich der Verpflichtung zu Überstunden treffen. Auch sollte die Teilnahme des angestellten Arztes am vertragsärztlichen Notdienst festgelegt werden.

In jedem Fall sollten sich die Partner über die Abgeltung von Überstunden und Notdiensten verständigen. Je nach Vergütungsmodell können die Vertragsparteien beispielsweise vereinbaren, dass eine bestimmte Anzahl dieser (Überstunden-)Zeiten durch die Vergütung abgegolten ist. Im Übrigen müssen sie sich einigen, inwieweit solche Zeiten durch Freizeit oder finanziell ausgeglichen werden.

Vergütung

Sollten sich die Vertragsparteien darauf verständigen, dass es neben der Festvergütung einen variablen Vergütungsanteil geben soll, sollten sie auf klare und transparente Regelungen achten: Einigen sich die Parteien beispielsweise auf eine Beteiligung des angestellten Arztes an dem von ihm erwirtschafteten Honorarumsatz, sollten sie ebenfalls regeln, inwieweit etwaige nachträgliche Honorarkürzungen, etwa aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, berücksichtigt werden.

Haftung/Haftpflichtversicherung

Sofern der angestellte Arzt über keine eigene Haftpflichtversicherung verfügt, muss der Praxisinhaber sicherstellen, dass auch die Haftung des angestellten Arz-

tes mitversichert wird. Daher sollten die Vertragsparteien rechtzeitig vor Aufnahme der Tätigkeit die Bedingungen klären, zu denen der angestellte Arzt in die Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers eingeschlossen wird. Würde ansonsten der angestellte Arzt persönlich von einem Patienten in Anspruch genommen, hätte er einen Freistellungsanspruch gegen den Arbeitgeber.

Unabhängig davon sollte der angestellte Arzt prüfen, ob für ihn eine eigene Haftpflichtversicherung wichtig ist, um zum Beispiel bei der Ausübung von Nebentätigkeiten – Erstellung von Gutachten, KV-Notdiensten – versichert zu sein.

Wettbewerbsverbot

Der Arbeitgeber sollte prüfen, ob er die Beschäftigung eines angestellten Arztes mit einem nachvertraglichen Wettbewerbsverbot verbinden möchte, um seinen Patientenkreis zu schützen. Ein solches Verbot kann er über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses aussprechen. Im Gegenzug muss er dem ausgeschiedenen Mitarbeiter eine Vergütung in Höhe der Hälfte der zuletzt bezogenen (Gesamt-)Bezüge bezahlen.

Das Wettbewerbsverbot muss zeitlich und räumlich begrenzt sein – passend zum Patientenkreis. Ein nachvertragliches Wettbewerbsverbot muss gut überlegt sein. Anderenfalls besteht das Risiko, dass der Arbeitgeber zur Zahlung der Karenzentschädigung verpflichtet ist, ohne dass er den ehemals angestellten Arzt wie gewünscht für den Zeitraum des Verbots von seinen Patienten fernhalten kann.

➔ Haben Sie Fragen? Dann wenden Sie sich bitte an den Rechtsbereich der KVBW: recht@kvbawue.de

Zu früh gefreut?

Cannabis-Verordnung von vielen Unsicherheiten begleitet

„Hanf aus der Apotheke“, „Kiffen als Kassenleistung“, „Cannabis auf Rezept“. Anfang März feiert die Presse die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes. Betroffene Patienten sind begeistert, bei den Ärzten macht sich Unsicherheit breit. Denn einige wichtige Details sind – bislang noch – ungeklärt.

Schon die Formulierung des Gesetzes ist sehr weich: Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf die Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten (beziehungsweise auf Arzneimittel mit dem Wirkstoff Nabilon), wenn für sie keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung steht. Oder wenn diese nach der begründeten Einschätzung des Arztes nicht mehr angewendet werden

kann. Zudem muss eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Veränderung des Krankheitsverlaufs bestehen.

Auf jeden Fall muss also der Arzt gegenüber der Krankenkasse seine Medikation begründen und hierzu einen Arztfragebogen der entsprechenden Krankenkasse mit Angaben zum Patienten ausfüllen. Die gute Nachricht: Der Antrag, den der Patient an die Krankenkasse stellt, kann nur in begründeten Fällen abgelehnt werden.

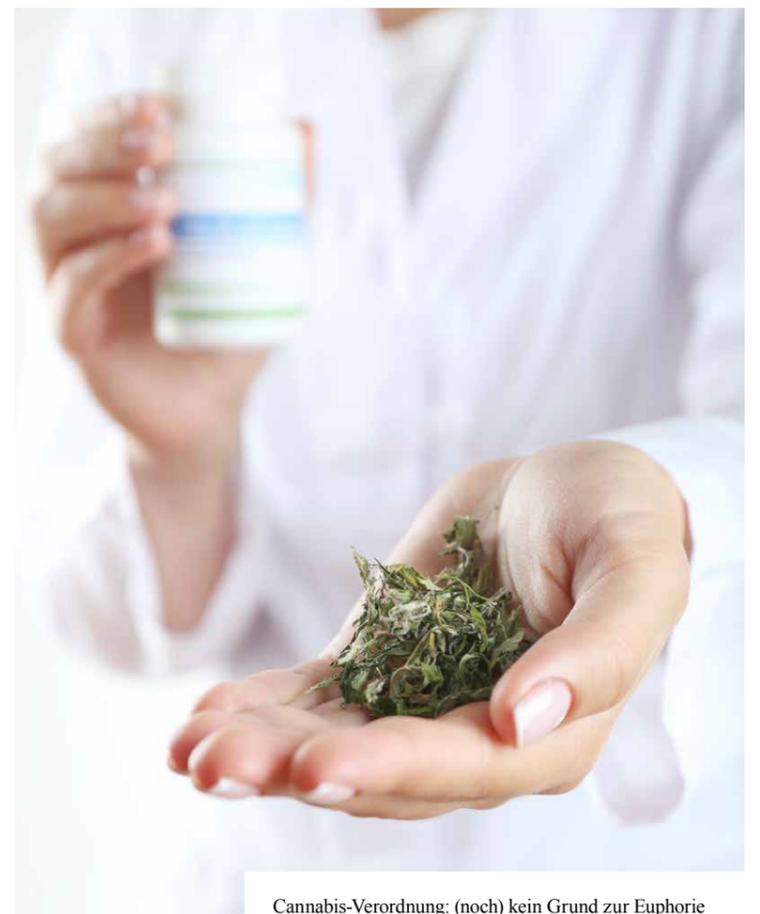
Zweites Problem: Für die Behandlung von Spastiken bei Multipler Sklerose, von chemotherapiebedingtem Erbrechen oder von Anorexie bei AIDS liegt zwar Evidenz vor. Und auch bei Patienten mit chronischen Schmerzen, psychiatrischen Erkrankungen oder Epilepsie kann Cannabis Wirkung zeigen. Doch gibt es so gut wie keine Studie, die die Wirksamkeit von Cannabis wirklich zweifelsfrei

belegt. Ist die Verordnung genehmigt, muss der Arzt entscheiden, in welcher Form und Menge er das Cannabis verschreibt. Blüten und Extrakte dürfen in einer bestimmten Maximalmenge für 30 Tage verordnet werden. Bei Cannabisblüten muss außerdem die Sorte angegeben werden. Die Verordnung von Vaporisatoren für die Inhalation und Dosierlöffeln ist noch unklar, solange sie nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen sind.

Schließlich behalten sich die Krankenkassen derzeit noch die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Cannabis-Verordnungen vor – trotz vorheriger Genehmigung.

Es muss also noch einiges geklärt werden, bis auch die Ärzte gemeinsam mit ihren Patienten in Euphorie verfallen können. *sm*

➔ Weitere Informationen über die Verordnung von Cannabis finden Sie im *Verordnungsforum* 41 (Mai 2017).



Cannabis-Verordnung: (noch) kein Grund zur Euphorie



Die Therapieform und -dauer soll zukünftig der Heilmittelerbringer bestimmen.

Für die Blankoverordnung

Arzt soll weiterhin die Dauer der Physiotherapie bestimmen

Wenn ein Patient Heilmittel erhält, sollen seit 11. April im Rahmen von Modellvorhaben vom Arzt Blankoverordnungen bei der Verordnung der Heilmittel ausgestellt werden können. Das hat der Gesetzgeber so festgelegt. Doch was bedeutet das für Patienten, Arzt und Physiotherapeuten? KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke und Dr. Johannes Fechner schätzen die Lage ein.

Auch weiterhin stellt bei dieser Versorgungsform der Arzt die Di-

agnose, der Heilmittelerbringer aber soll die Therapieform und -dauer sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. Damit sollen die Heilmittelerbringer stärker in die Versorgungsverantwortung eingebunden werden. In Modellvorhaben in allen Bundesländern soll getestet werden, ob diese Versorgungsform für die Regelversorgung geeignet ist.

Pro Blankoverordnung

Metke spricht sich für die Blankoverordnung aus: „Ich bin ein

entschiedener Verfechter der Blankoverordnung, weil die Physiotherapeuten die Qualifikation haben, abhängig vom Krankheitsverlauf, das geeignete Heilmittel selbst festzulegen.“

Therapiedauer und -verlauf feststellen

„Dennoch ist kompromisslos darauf zu bestehen, dass der Arzt weiterhin die Dauer der Therapie festlegt.“ Sonst werde dem Arzt jede Möglichkeit der Verlaufskontrolle genommen, so Metke weiter.

„Physiotherapie ist auch im längerfristigen Verlauf einer Erkrankung nur eine von vielen Therapiemöglichkeiten. Häufig müssen gar keine Maßnahmen ergriffen werden, stattdessen kann ein Gespräch ausreichend sein oder eine Medikation, eine operative Versorgung oder auch eine psychotherapeutische Behandlung“, erläutert Metke. Die Differentialindikation im Verlauf kann nur der Arzt selbst stellen.

Kompetenz durch Ausbildung

Fechner ergänzt: „Oft ist es nach initialer Diagnosestellung und beim Aufstellen einer Verdachtsdiagnose gerade der Verlauf der Therapie, der die Richtigkeit der Diagnose bestätigt oder widerlegt.“

Nur der Arzt mit seiner zwölfjährigen Ausbildung habe das gesamte Spektrum der medizinischen Versorgung erlernt. Daher könne in der Regel nur er die umfängliche, gegebenenfalls korrigierte Diagnose stellen. „Die Festlegung der Therapiedauer entzieht dem Arzt die Kontrollmöglichkeit im bisherigen Umfang und führt damit zu weniger Therapiesicherheit des Patienten“, warnt Fechner.

Direktzugang in Sicht

Die Vereinbarungen für die Modellversuche werden laut Vorgabe des Gesetzgebers nur zwischen Krankenkassen und den

Physiotherapieverbänden geschlossen. Die Ärzte sind nicht beteiligt. Der Bundesrat hat sich zudem dafür ausgesprochen, dass die Patienten die Möglichkeit eines Direktzugangs zur Physiotherapie erhalten. Und das, obgleich die Heilmittelausgaben seit Jahren steigen.

Koordination der Behandlung wichtig

Metke erklärt abschließend: „Es ist zu bedenken, dass bei fehlgeschlagenen Behandlungsverläufen zukünftig nicht mehr der Arzt alleine, sondern schwerwichtig der Physiotherapeut haftet. Dennoch gehe ich davon aus, dass der Großteil der Physiotherapeuten im Land auch zukünftig wie bisher die bewährte Koordination zwischen Patient, Arzt und Physiotherapeut wählen wird, um gemeinsam die Diagnose und die Dauer der Therapie unter Federführung des Arztes zu gestalten.“ *kvbw*

Mit motivierten Mitarbeitern in die Zukunft

unternehmensWert:Mensch fördert auch Arztpraxen

Wie gut ist Ihre Praxis aufgestellt, um zukünftigen personellen Herausforderungen zu begegnen? Wo besteht Handlungsbedarf? Welche konkreten Lösungen passen zu Ihnen? unternehmensWert:Mensch hilft Ihnen, diese Fragen zu beantworten.

Das bundesweite Programm unterstützt kleine Unternehmen und Arztpraxen, eine zukunfts-fähige und mitarbeiterorientierte Personalpolitik zu entwickeln. Hierzu werden Beratungen in vier Handlungsfeldern gefördert: Personalführung, Chancengleichheit & Diversity, Gesundheit sowie Wissen & Kompetenz. Professionelle Berater

erarbeiten maßgeschneiderte Konzepte und Maßnahmen für eine erfolgreiche Personalpolitik.

Ziel des Förderprogrammes ist es, nachhaltige Lern- und Veränderungsprozesse in der Arztpraxis anzustoßen und eine Unternehmenskultur zu etablieren, die zu motivations-, gesundheits- und innovationsförderlichen Arbeitsbedingungen beiträgt.

Das Programm umfasst drei Schritte: In einer Erstberatung wird der Handlungsbedarf ermittelt. Eine Prozessberatung wird vor Ort in der Praxis durchgeführt, in einem Ergebnisgespräch wird das Erreichte besprochen.

Förderberechtigt sind Unternehmen, die weniger als zehn Beschäftigte und mindestens einen

sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Vollzeit haben. Sie erhalten bis zu 80 Prozent Zuschuss zu den Kosten der Prozessberatung. Die Restkosten tragen die Unternehmen selbst.

unternehmensWert:Mensch wird finanziert aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

➔ Interessierte können sich bei den Erstberatungsstellen melden:

Metropolregion Rhein-Neckar
Meike Stenzel: 0621 10708-125
meike.stenzel@m-r-n.com

WFG Schwäbisch Hall mbH
Melanie Schleich: 07904 94599-15
schleich@wfgsha.de

Arzt fragt, KV antwortet

Aktuelle Fragen aus dem Verordnungsmanagement

Verordnung Krankbeförderung: Neue Pflegegrade beachten

Zum 1. Januar 2017 wurden die bisherigen Pflege-stufen in Pflegegrade umgestellt. Was muss ich bei der Verordnung einer Krankbeförderung beachten?

Bisher konnten Sie Fahrten zu ambulanten Behandlungen verordnen, wenn der Patient in Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft war. Seit 1. Januar 2017 können diese Fahrten nun für Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 verordnet werden, wenn sie wegen dauerhafter (somatischer oder kognitiver) Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. Hierbei gilt:

- Bei Pflegegrad 4 und 5 ist von dauerhafter Mobilitätseinschränkung auszugehen.
- Bei Pflegegrad 3 muss die Mobilitätseinschränkung im Einzelfall ärztlich beurteilt werden, wenn eine Einstufung ab 1. Januar 2017 erstmalig erfolgt.



- Bei Patienten, die bis zum 31. Dezember 2016 in der Pflegestufe 2 eingestuft waren und ab dem 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft werden, ist keine gesonderte Feststellung der Mobilitätseinschränkung erforderlich und die Verordnung einer Krankbeförderung kann ausgestellt werden.

Das Muster 4 „Verordnung einer Krankbeförderung“ wird im Laufe des Jahres 2017 angepasst. Bis dahin dürfen die alten Vordrucke verwendet werden. Es wird – wie bisher – das Kästchen „Merkzeichen ‚aG‘, ‚Bl‘, ‚H‘ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt“ angekreuzt.

Der Patient muss die von Ihnen ausgestellte Verordnung zusammen mit dem neuen Einstufungsbescheid bei seiner Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen. *mm*

Aktuelles aus der Abrechnung

Vertretung bei Asylbewerber-Abrechnung

Kann ich für die Behandlung eines Asylbewerbers in der Urlaubs-/Krankheitsvertretung einen Vertreterschein (Scheinuntergruppe 42) anlegen?

Nein. Es gibt keine Vertretung bei Asylbewerbern. Der Patient muss grundsätzlich einen Behandlungsausweis vorlegen, der vom zuständigen Kostenträger ausgestellt wird. Ist die Behandlung dringend erforderlich, kommt gegebenenfalls die Abrechnung als Notfall (Scheinuntergruppe 43) in Frage. Zu beachten sind in diesem Fall teilweise vorliegende Genehmigungsvorbehalte bei einigen Ämtern.

Behandlungsausweise bei Asylbewerber-Abrechnung

Müssen die Behandlungsausweise der Asylbewerber mit der Abrechnung bei der KVBW eingereicht werden?

Ja, im Original und mit Praxisstempel versehen. *ab*

Hygiene-Ecke

Behördliche Praxisbegehungen (Teil 3)

In Teil 3 der ergo-Serie „Praxisbegehungen“ geht es um die Überwachung von Medizinprodukten mit Messfunktion sowie die Überwachung der Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen nach dem Medizinproduktegesetz. Dafür ist in Baden-Württemberg das Eich- und Beschusswesen des Regierungspräsidiums Tübingen zuständig.

Medizinprodukte mit Messfunktion

Medizinprodukte mit Messfunktion müssen in regelmäßigen Abständen einer messtechnischen Kontrolle unterzogen werden. Dabei wird die Messgenauigkeit überprüft und festgestellt, ob das Medizinprodukt die zulässigen Abweichungen einhält. Unter diese Kontrollpflicht fallen beispielsweise Ton- und Sprachaudiometer, nichtinvasive Blutdruckmessgeräte, Ergometer oder Augentonometer. Die Prüffristen zur messtechnischen Kontrolle sind in Anlage 2 der Medizinpro-

dukte-Betreiberverordnung festgelegt. Die Eichämter überprüfen, ob die Prüffristen und die Dokumentationen (Medizinproduktebücher, Prüfprotokolle und so weiter) eingehalten wurden. 2015 fanden in Baden-Württemberg über 400 Inspektionen dieser Art in Arztpraxen statt.

Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen

Praxen, die laboratoriumsmedizinische Untersuchungen durchführen, müssen dies qualitätsgesichert tun. Dies leitet sich aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (§ 9) und der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ (RiLiBÄK) ab. Betroffen sind alle Praxen, die selbst Analyte in Blut-, Urin- oder Liquorproben quantitativ bestimmen. Notwendig sind Kontrollprobeneinzelmessungen in festgelegten Zeitabständen mit speziell hierfür konzipierten Kontrolllösungen (interne Qualitätssicherung). Die Praxen müssen ge-

gebenfalls Ringversuche (externe Qualitätssicherung) nachweisen. Außerdem müssen sie ein QM-System nach Vorgabe der Richtlinie eingeführt haben.

Michael Pernus, Leiter des Eichamtes Freiburg, erläutert, was noch getestet wird: „Wir überprüfen unter anderem, ob es zu fehlerhaften Messergebnissen gekommen ist und ob die Praxen Maßnahmen ergriffen haben, diese zu beseitigen. Es wird auch untersucht, inwieweit die Mitarbeiter mit den Analysesystemen vertraut sind. All dies muss dokumentiert werden und ins QM-Handbuch eingearbeitet werden.“

Eichämter kündigen Praxisbegehungen an

Für die Überwachung von Medizinprodukten und die Überwachung der Qualitätssicherung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen sind in den Eichämtern verschiedene Personen zuständig. Dadurch finden Praxisbegehungen gegebenenfalls auch unabhängig voneinander statt. Medizinprodukte mit Messfunktion werden immer im Rahmen



Medizinprodukte muss man regelmäßig messtechnisch prüfen.

einer Praxisbegehung und damit am Betriebsort der Messgeräte überprüft. Bei festgestellten Verstößen wird ein Bußgeldverfahren eingeleitet.

Für die Überwachung der Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen dagegen geht zunächst ein Fragebogen an die Praxis. Damit verschaffen sich die Eichämter einen ersten Überblick, ob eine Begehung der Praxis überhaupt notwendig ist.

Das Ergebnis der Vor-Ort-Überprüfung wird schriftlich mitgeteilt. Bei Abweichungen müssen die Praxen diese umgehend beseitigen. Die

Begehungen sind kostenpflichtig. Die Eichämter Albstadt, Fellbach, Freiburg, Heilbronn, Karlsruhe, Mannheim, Ravensburg und Ulm sind zur Durchführung der Praxisbegehungen berechtigt. ka

➔ Weitere Informationen: Eichamt-Begehungen und Medizinprodukte-Management bei den Hygiene-Beratern der KVBW: 07121 917-2131, hygiene-und-medinprodukte@kvbawue.de
Qualitätsmanagement bei den QM-Beratern der KVBW: 0711 7875-3300, praxisservice@kvbawue.de



Behandlung auf Rechnung oder Ersatzverfahren: Ohne eGK steckt der Arzt im Dilemma.

Ohne Kärtchen geht (fast) nichts

Wenn der Patient ohne eGK in die Praxis kommt

Es ist ein tägliches Ärgernis in den Praxen: Patienten, die keine Gesundheitskarte (eGK) vorlegen können. Nicht nur bei akuten Erkrankungen, auch bei lang vorher geplanten Terminen kommen Patienten immer wieder ohne ihre Chipkarte – trotz ihrer Verpflichtung, diese vor der Behandlung vorzulegen.

Damit steckt der Arzt im Dilemma: Er darf den Patienten nicht wegschicken, er muss ihn behandeln – gegen Rechnung. Vorher muss er ihn allerdings über die Privatliquidation aufklären. Nur wenn der Patient damit nicht einverstanden ist und er nicht sofort behandelt werden muss, darf der Arzt die Behandlung verweigern.

Behandlung auf Rechnung

Nach der Behandlung hat der Patient zehn Tage Zeit, eine gül-

tige eGK nachzureichen. Nach Ablauf dieser Zeit kann der Arzt für die Behandlung eine Privatvergütung verlangen. Legt der Patient bis zum Ende des Quartals seine Gesundheitskarte vor, die zum Zeitpunkt der Behandlung gültig war, muss der Arzt dem Patienten das Geld zurückzahlen. Das gilt auch, wenn die Krankenkasse des Versicherten bis zum Ende des Quartals nachweist, dass der Patient versichert ist. Der Arzt rechnet danach die Behandlung wie gewohnt als Kassenleistung ab.

Für Verordnungen gilt: Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel kann der Arzt seinem Patienten privat verordnen. Dazu vermerkt er auf dem Privatrezept „ohne Versicherungsnachweis“. Der Patient trägt die Kosten selbst, kann aber versuchen, sich das Geld von seiner Krankenkasse erstatten zu lassen. sm

Ersatzverfahren

In zwei Fällen kann der Arzt das Ersatzverfahren anwenden: wenn die Karte sich nicht einlesen lässt und bei einer Notfallbehandlung, bei der keine eGK vorgelegt werden kann.

Dafür muss die Praxis vom Patienten folgende Daten erheben:

- Bezeichnung der Krankenkasse,
- Name und Geburtsdatum des Versicherten,
- Versichertenart,
- Postleitzahl des Wohnorts,
- nach Möglichkeit die Versicherungsnummer.

Der Versicherte bestätigt durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5), dass er gesetzlich krankenversichert ist. Bei Notfallbehandlungen wird das Vordruckmuster 19 (Notfalldienst) verwendet. sm

Persönliches Fortbildungskonto nutzen

Kein Versand von Kontoauszügen durch die Landesärztekammer

Seit Anfang 2017 können alle baden-württembergischen Ärzte im Portal der Landesärztekammer Baden-Württemberg den aktuellen Punktestand in ihrem persönlichen Fortbildungskonto einsehen, online ihr Konto verwalten und ihr Fortbildungszertifikat beantragen.

Dafür ist lediglich die einmalige Selbstregistrierung unter www.aerztekammer-bw.de/portal mit abschließender Bestätigung durch die zuständige Bezirksärztekammer notwendig. Ein Versand von Kontoauszügen durch die Landesärztekammer – wie in der letzten Ausgabe von ergo berichtet – erfolgt nicht, da der aktuelle Einblick ins eigene Fortbildungskonto jederzeit online möglich ist.

Zertifikat bei 250 Punkten

Das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer ist eine einfache Möglichkeit, den Fortbildungsnachweis nach Paragraph 95d SGB V zu führen. Jedes Kammermitglied erhält auf Antrag ein Fortbildungszertifikat ausgestellt, wenn mindestens 250 Fortbildungspunkte in den letzten fünf Jahren nachgewiesen werden.

Genug Zeit einplanen

Um dem Nachweis der Fortbildungsverpflichtung Genüge zu

tun, muss alle fünf Jahre der Fortbildungsnachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg geführt werden.

Die Frist des Fünf-Jahres-Zeitraums beginnt an dem von der KVBW mitgeteilten Termin. Deshalb sollte jeder Arzt und Psychotherapeut seine Fortbildungsbemühungen danach ausrichten und berücksichtigen, dass zwischen Beantragung des Fortbildungszertifikats und dem Ablauf des Fünf-Jahres-Zeitraums genügend Zeit bleibt (am besten drei Monate). So kann die Landesärztekammer den Antrag bearbeiten, prüfen und das Fortbildungszertifikat versenden.

Der Fortbildungsnachweis muss der KVBW spätestens am letzten Tag des Fünf-Jahres-Zeitraums vorliegen. Für die Fristwahrung ist der Eingang des Fortbildungszertifikats bei der KVBW maßgebend.

Die KVBW schreibt die betroffenen Ärzte und Psychotherapeuten bereits neun Monate vor dem KV-Stichtag an – dann ist noch ausreichend Zeit, den Punktestand zu komplettieren. läk

➔ Weitere Informationen unter www.aerztekammer-bw.de/portal



Preis für Dr. Gurr



Team Schleißinger (links) und Gurr

Der Allgemeinmediziner Dr. Michael Gurr aus Eisenberg in der Pfalz hat den zweiten Preis beim Erfolgsrezept-Praxis-Preis gewonnen. Gemeinsam mit dem Infor-

matiker Hans-Georg Schleißinger hat er das Konzept einer Online-Sprechstunde entwickelt (ergo 1/2017 berichtete), bei der Patienten mit dem Arzt per Computer,

Smartphone oder Tablet in Kontakt treten können. Möglich macht das eine datengeschützte Verbindung, die Schleißinger erdacht hat. Beraten werden können damit Patienten, die weniger dringliche gesundheitliche Probleme haben; abgerechnet wird mit der GOÄ. Die Kosten für den Patienten liegen bei zehn bis 30 Euro. Vorteil für Arzt und Patient: Der Kontakt kann orts- und zeitunabhängig erfolgen.

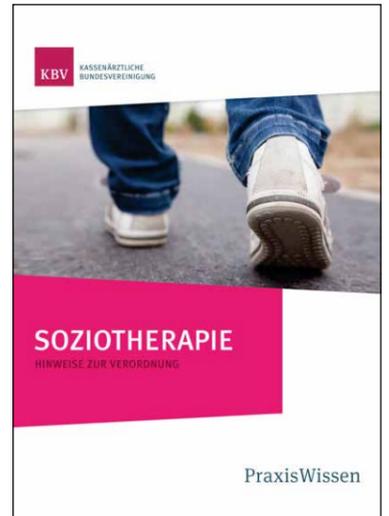
Der Erfolgsrezept-Praxis-Preis wird vom Verlag Springer Medizin, zu der auch die Ärzte Zeitung gehört, und dem Unternehmen UCB Innere Medizin initiiert. Bewerben konnten sich Ärzte und Praxisteams, die innovative Ideen für die Praxis kreativ umsetzen. Die Gewinner erhielten Praxis-Analyse-Tools und Buchpreise. Der erste Preis ging an Dr. Hans-Jürgen Beckmann aus Nordrhein-Westfalen für das Projekt einer Videosprechstunde, der dritte Preis an Dr. Klaus Edel aus Rotenburg für die Idee eines Patientenfragebogens bei Herzinsuffizienz. ef

Praxiswissen Soziotherapie: Neue Broschüre bietet Hinweise zur Verordnung

Eine neue zwölfseitige Broschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bietet Hinweise zur Verordnung von Soziotherapie – ein Hilfsangebot für psychisch schwer kranke Patienten. Sie werden mithilfe der Soziotherapie unterstützt, selbstständig ambulante Therapieangebote in Anspruch zu nehmen und möglichst eigenständig zu leben.

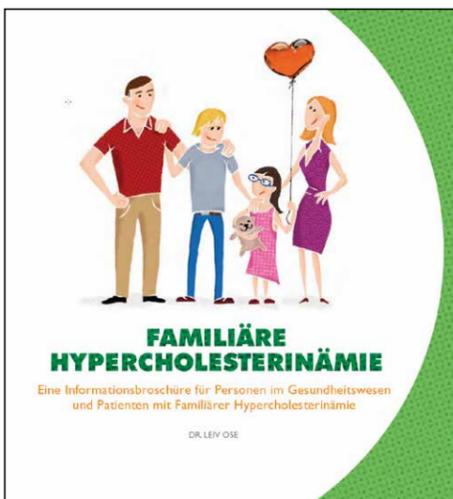
In dem Heft wird das Betreuungsangebot vorgestellt und gezeigt, wie die Zusammenarbeit zwischen Facharzt, Soziotherapeut und Patient funktioniert.

Schwerpunkt bildet die Verordnung: Für welche Patienten ist Soziotherapie geeignet? Welche Ärzte dürfen die Leistung verordnen? Was ist bei einer Überweisung zu beachten? Diese und weitere Fragen werden in der Broschüre beantwortet. Praxisbeispiele runden das Angebot ab.



Das Serviceheft „Soziotherapie“ ist in der Reihe „PraxisWissen“ der KBV erschienen – zunächst als PDF-Dokument, das kostenlos heruntergeladen werden kann unter www.kbv.de/910181. Demnächst wird es aktualisiert und in gedruckter Form vorliegen. kbv

Broschüre informiert über familiäre Hypercholesterinämie



Die Patientenorganisation Cholco e.V. hat eine Broschüre zum Thema vererbte Fettstoffwechselstörungen aufgelegt, die sich an betroffene Kinder und deren Eltern richtet. In Form eines Kinderbuches wird darüber informiert, was eine Fettstoffwechselstörung ist, warum sie vererbt werden kann, welche Untersuchungen die Kinder benötigen und wie sie mit der Krankheit leben

können. Auch zu Ernährungsweise, Sport, Medikamenten und der Apherese erfahren die Leser einiges. Die Informationsbroschüre kann auf der Homepage von CholCo e.V. heruntergeladen werden.

➔ www.cholco.org » Service » Downloads



Mustervorlage für Hygieneplan veröffentlicht

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (CoC) bei der KVBW hat ein Muster für einen Hygieneplan in der Arztpraxis herausgegeben. Ziel ist es, den Verantwortlichen in den Praxen ein Unterstützungs- und Serviceangebot an die Hand zu geben, wenn sie einen praxisinternen Hygieneplan erstellen wollen.

In der Mustervorlage werden fachübergreifend hygienerelevante Abläufe einer Praxis detailliert dargestellt. Sie erstrecken sich

über Maßnahmen der Basishygiene, baulich-funktionelle Gestaltung, Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten sowie die Aufbereitung von semikritischen und kritischen Medizinprodukten.

➔ Die Mustervorlage des Hygieneplans gibt es hier: www.kvbawue.de » Praxis » Qualitätssicherung » Hygiene & Medizinprodukte

Eine Word-Version kann bei der KVBW angefordert werden: 07121 917-2131, hygiene-und-medizinprodukte@kvbawue.de

Was macht eigentlich ...? Dr. Richard Barabasch

Der 1941 in Ettlingen geborene Allgemeinmediziner Dr. Richard Barabasch war von 1972 bis 2010 niedergelassen in Muggensturm. Seit 1996 war er Bezirksbeirat, im Vorstand und langjähriger Delegierter der Vertreterversammlung der KV Nordbaden sowie der KV Baden-Württemberg. Auch bei zahlreichen Veranstaltungen der KV hat er sich engagiert: bei Vorträgen und Veranstaltungen, um die Position der Ärzte zu vertreten. Oder bei Gesundheitsmessen und dem KV-Mobil, wo er als Arzt Ansprechpartner der Patienten war.

Das Leben nach der KV sieht „nach wie vor spannend“ aus, findet Barabasch. Er ist immer noch Hausarzt mit Leib und Seele, arbeitet als

Arzt im Bayerischen Pommersfelden. Er bietet außerdem eine hausärztliche Sprechstunde in einer Aufnahmeeinrichtung sowie einer Unterkunft für Flüchtlinge an. Auch wenn Flüchtlinge abgeschoben werden, ist er dabei. Denn wenn es bereits im Vorfeld ein medizinisches Problem gibt, wird dabei ärztliche Unterstützung angefordert, um ernsthafte gesundheitliche Probleme auszuschließen.

Neben der Arbeit wecken zahlreiche andere Dinge sein Interesse. Für Abwechslung sorgt zum Beispiel das Engagement im Verein Marionettentheater Bamberg und dem Philosophicum Bamberg. Letzteres organisiert Veranstaltungen zu philosophisch-medizinischen

Themen für Ärzte, Studenten und medizinisches Fachpersonal. Trotzdem gehört Barabaschs Herzblut immer noch der KV: „Sie fehlt mir sehr, da ich mich in meiner Arbeit als Standespolitiker sehr persönlich eingebunden gefühlt und mich auch gerne engagiert habe.“ Die KV-Angelegenheiten, beispielsweise die Wahlen bei der KBV, gehen ihm „auch aus der Ferne betrachtet unter die Haut“. Doch wohlfehlen könne man sich auch im Leben nach der KV.

Dazu gehöre für ihn das Philosophieren – zum Beispiel über die Wahrheit. Wichtig sei ihm jetzt eine belebende Energie. Um die zu erhalten, ist als nächstes ein Ayurveda-Trip nach Sri Lanka geplant.



Gutes Beispiel: Barabasch als ärztlicher Berater beim KV-Mobil

Danach müsste auch wieder genügend Energie vorhanden sein, um seine Frau, die Leiterin einer karitativen Einrichtung in Bamberg ist, mit Rat und Tat zu unterstützen. „Und arbeiten werde ich weiter“, lacht er und beendet dann rasch

das Gespräch. „Keine Zeit mehr“, denn es geht zu einer Diabetologie-Fortbildung nach Berlin. Und wenn er schon in der Nähe ist, steht auch noch etwas Kultur auf dem Programm: der Besuch des neuen Museums Barberini in Potsdam. ef

Eine Angelegenheit des Herzens

Vor 50 Jahren wurde das weltweit erste Herz transplantiert

In loser Folge berichten wir in ergo über berühmte Ärzte und Wissenschaftler, die Außergewöhnliches geleistet haben, sowie über große medizinische Errungenschaften der vergangenen Jahrzehnte. In ergo 04/2016 war es die erste Röntgenaufnahme in der Geschichte. Hier stellen wir – anlässlich des 50sten Jahrestages – den Herzchirurgen Christiaan Barnard und die erste erfolgreiche Herztransplantation vor.

Scheinbar unermüdlich pumpt das Herz fast 180 Millionen Liter Blut im Laufe eines Menschenlebens durch den Körper. Doch was passiert, wenn der Herzmuskel schlapp macht? Fast 50.000 Deutsche sterben jährlich an Herzmuskelschwäche. Eine Herztransplantation ist manchmal die letzte Chance – erstmals gelungen am 3. Dezember 1967. Christiaan Barnard führte sie erfolgreich durch.

Der historische Tag im südafrikanischen Kapstadt begann mit einer persönlichen Tragödie: Eine 25-Jährige wurde bei einem schweren Autounfall getötet. Schnell war klar, dass die junge Frau eine medizinisch geeignete Spenderin für Louis Washkansky war, der seit fast einem Monat im

nahegelegenen Groote-Schuur-Krankenhaus auf eine Herztransplantation wartete. Der Patient schien zwar alles andere als ideal: Er war Diabetiker und Raucher mit einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. Jedoch war sich das Team um Professor Dr. Christiaan Neethling Barnard (1922 bis 2001) darin einig, dass man das Wagnis eingehen müsse; zumal sich die US-Amerikaner zur gleichen Zeit ebenfalls auf der Zielgeraden für die erste Herztransplantation befanden und die Südafrikaner im internationalen Wettbewerb nicht das Nachsehen haben wollten.

Barnard studierte Medizin in Kapstadt, wo er auch promovierte und seine Assistenzzeit verbrachte. Eine chirurgische Fachausbildung erhielt er an der Universität von Minnesota in den USA. Er leitete am 3. Dezember 1967 in den frühen

Morgenstunden das 31-köpfige Operationsteam. Louis Washkansky wurde in einer fünfstündigen Operation das Herz der tödlich verunglückten Frau verpflanzt. Die Operation war insofern erfolgreich, als der Patient 18 Tage überlebte.

Damit begann ein neues Kapitel in der Medizin, das international lebhaft diskutiert wurde. Und das, obwohl Christiaan Barnard selbst nach seiner ersten Herzverpflanzung schrieb: „Für die Mediziner war meine Operation keine Überraschung. Stete Fortschritte auf dieses Ziel hin wurden von Immunologen, Biochemikern, Chirurgen und Spezialisten anderer medizinischer Fachgebiete in den letzten Jahrzehnten überall in der Welt gemacht.“

Um eine Abstoßung des fremden Organs zu verhindern, wurden Washkanskys Immunkräfte weitestgehend außer Kraft gesetzt.



Schrieb neues Kapitel in der Medizingeschichte: Dr. Christiaan Barnard

So starb er nach knapp drei Wochen an einer Lungenentzündung. Der zweite Patient, Dr. Philip Blaiberg, wurde am 2. Januar 1968 transplantiert und lebte 19 Monate mit dem verpflanzten Herzen.

Dennoch setzte sich die Transplantationsmedizin zunächst noch nicht weltweit durch. Einen Aufschwung erlebte sie erst um das Jahr 1980, als der Wirkstoff Cyclosporin eingesetzt wurde, um die Abstoßung fremder Organe zu unterdrücken.

Auch nach der ersten Herztransplantation machte Barnard mit weiteren spektakulären Operationen von sich reden. 1983 schließlich musste der Herzspezialist seine Tätigkeit als Chirurg aufgeben, da er an schwerer Arthritis litt.

Heute stellt die Herztransplantation die letzte Alternative dar, um schwerkranken Patienten mit einer

terminalen Herzerkrankung eine therapeutische Option zu bieten. Im Jahr 2015 wurden in Deutschland 286 Herztransplantationen in 22 Kliniken durchgeführt.

Die Zahl der Patienten auf der Warteliste für eine Herztransplantation geht laut der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) seit 2009 zurück. Grund dafür ist, dass Herzunterstützungssysteme heutzutage erfolgreich auch längerfristig eingesetzt werden können. Trotzdem sterben nach wie vor Menschen an einem schwachen Herzen, weil es zu wenige Spender gibt.

Derzeit liegt die Überlebensrate ein Jahr nach der Herztransplantation bei rund 85 Prozent, nach fünf Jahren bei 65 Prozent. Den Grundstein für das Überleben hat Christiaan Barnard mit seinem Team gelegt. *mara*

Behandlung unter erschwerten Bedingungen

Wenn Demenzkranke den Arzt aufsuchen

Mit dem demografisch bedingten wachsenden Anteil älterer Patienten steigt auch die Zahl demenzkranker Menschen, die in die Arztpraxen kommen. Experten schätzen, bis 2050 wird sich die Zahl der Demenzkranken in Deutschland von jetzt knapp 1,6 Millionen auf rund 3 Millionen erhöhen. Ärzten und Praxismitarbeitern stellt sich daher immer häufiger die Aufgabe, auf die speziellen Bedürfnisse von Demenzpatienten eingehen zu müssen, ohne dass die Praxisabläufe darunter leiden, und die Patienten trotz knappem Zeitbudget angemessen zu behandeln.

Das Stethoskop wird zur Bedrohung

Menschen mit Demenz können ihre Wahrnehmungen häufig nicht mehr zuordnen und reagieren auf die ungewohnte Umgebung in der Arztpraxis und eingesetzte Instrumente oder Apparaturen mit Verunsicherung oder Angst. Das führt manchmal dazu, dass Untersuchungen und Behandlungen erschwert werden, weil die Patienten deren Sinn nicht mehr erkennen und sich verweigern. In jeder Praxis übliche Gegenstände, wie Einmalhandschuhe, Stethoskop, Spritzen oder die Blutdruckmanschette,

können von Demenzkranken als Bedrohung erlebt werden. Aber auch einfache Handlungen, wie das An- und Ausziehen von Klei-

All diese Probleme im Umgang mit Demenzpatienten fordern Zeit und Geduld – knappe Ressourcen im Praxisalltag.



Begegnung mit Empathie hilft

dungsstücken oder tiefes Atmen beim Abhören der Lunge, stellen sie bereits vor große Probleme, wenn ihre Bewegungsvorstellung durch die Erkrankung gestört ist.

Mit Voranschreiten der Demenz büßen die Patienten dann auch zunehmend ihre Kommunikationsfähigkeit ein. Wortschatz und Sprachverständnis gehen immer mehr verloren und sie können ihre Beschwerden nicht mehr erklären und Fragen oder Therapieempfehlungen nicht mehr verstehen. Ein Sehtest beispielsweise ist wenig aufschlussreich, wenn nicht klar wird, ob der Patient die gezeigten Zeichenfolgen nicht erkennen oder nur nicht mehr benennen kann.

Wie können also Ärzte und Praxismitarbeiter mit der wachsenden Herausforderung Demenz umgehen und betroffene Patienten effektiv und effizient behandeln?

Bereits ein kleines Lächeln kann ein Wunder bewirken!

Sylvia Kern, die Geschäftsführerin der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg, ist überzeugt, dass viele Probleme vermieden werden können, wenn es gelingt, Verständnis dafür zu entwickeln, wie Demenzkranke ihre Umwelt erleben. „Menschen mit Demenz sind meist zutiefst

verunsichert und haben Angst, fremdbestimmt und bevormundet zu werden. Sie spüren, dass vieles nicht mehr funktioniert, was früher leicht und selbstverständlich war. Einfache Dinge wie das Einhalten von Terminen oder die Einnahme von Medikamenten werden schnell zur totalen Überforderung“, so Sylvia Kern. Wie Demenzkranke den Verlust des Bezugs zu Zeit, Raum, Personen und

Situationen empfinden, beschreibt sie, „als ob wir in einer ausländischen Stadt weder Sprache noch Schriftzeichen verstehen und dann den Weg zum Bahnhof finden müssen, weil unser Zug bald fährt. Das ist Stress pur!“ Sylvia Kern empfiehlt deshalb beim Umgang mit Demenzkranken Zuwendung, Geduld, Verständnis – und: „Bereits ein kleines Lächeln kann ein Wunder bewirken!“ *mf*

Tipps für den Umgang mit demenzkranken Patienten im Praxisalltag

- Begegnen Sie Demenzkranken auf Augenhöhe und mit Empathie. Das schafft Vertrauen und erhöht die Bereitschaft, bei Untersuchung und Behandlung „mitzumachen“ – auch wenn die Patienten nicht immer verstehen, warum.
- Einfache Sätze mit nur einer Information helfen Demenzerkrankten beim Verstehen. Manchmal sind auch Wiederholungen von Aussagen nötig. Die Ansprache mit dem Namen, Gesten und vorsichtige Berührungen können die Aufmerksamkeit erhöhen.
- Angehörige können helfen. Sie geben als Begleitpersonen Sicherheit, können die Praxisangestellten (zum Beispiel bei Kommunikationsproblemen) entlasten und zu Hause auf die Einnahme von Medikamenten oder die Umsetzung ärztlicher Empfehlungen achten.
- Ein klares Farbkonzept, gut sichtbar beschriftete Räume und andere Orientierungshilfen erleichtern Demenzpatienten den Arztbesuch. Ein Sitzplatz mit Überblick, die Begleitung vom Wartebereich in den Behandlungsraum und möglichst kurze Wartezeiten vermindern Verunsicherung und Unruhezustände.
- Alle Mitarbeiter in der Praxis sollten über das Krankheitsbild der Demenz informiert sein und die wichtigsten Regeln im Umgang mit Demenzkranken kennen. Ein praxisintern erarbeiteter Leitfaden mit den wichtigsten Abläufen und Richtlinien kann hier unterstützen.

Vorsicht bei Statuswechsel

Niedergelassen, angestellt oder im MVZ: QS-Genehmigungen mitnehmen!

Früher war das Vertragsarztrecht eine sehr statische Angelegenheit: Es wurde bestimmt von der Vorstellung, dass der Arzt in einer Einzelpraxis alleine tätig wird. Gemeinschaftspraxen waren überwiegend fachgleich angelegt. Die Reformen in den letzten Jahrzehnten brachten neue Möglichkeiten der Berufsausübung als Arzt oder Psychotherapeut im ambulanten Bereich. Dabei gibt es einiges zu beachten.

Dauerhafte Anstellungen mit und ohne Leistungsbegrenzung sind heute ebenso möglich wie der Zusammenschluss zu überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften oder die Kooperation im Rahmen von Teilberufsausübungsgemeinschaften. Aus einem Vertragsarzt-/psychotherapeuten kann ein Angestellter werden und umgekehrt. Zulassungsrechtlich ist mittlerweile sehr viel möglich.

Genehmigungspflichtige Leistungen

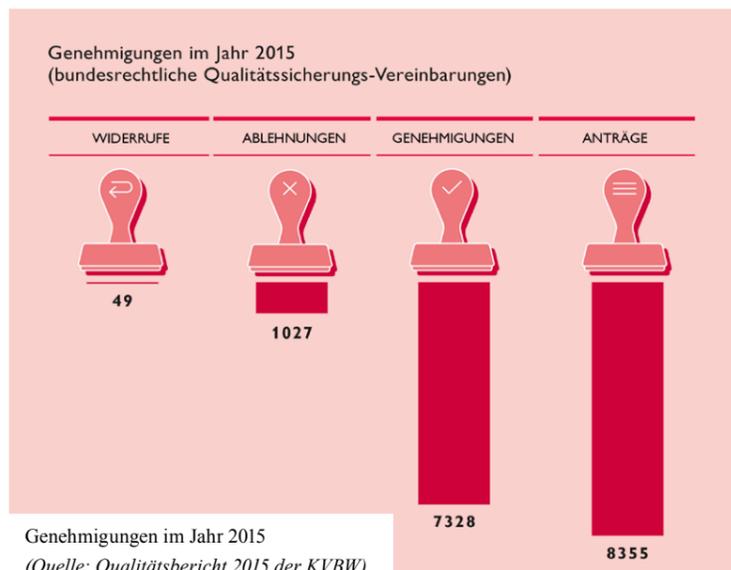
Was immer in dieser Hinsicht getan wird, um den Beruf in der gewünschten Weise zu gestalten: Die Genehmigungen dürfen nicht vergessen werden. Praktisch jeder Arzt, jeder Psychotherapeut verfügt heute über Genehmigungen zur Abrechnung qualifikationsgebundener Leistungen. Die meisten gehen davon aus, dass diese Genehmigungen ein „Arzt-/Psychotherapeutenleben lang“ erhalten bleiben. Das ist aber nicht so.

Vorsicht bei Änderungen

Genehmigungen sind nicht nur an die Person desjenigen gebunden, der die Leistung erbringt. Sie sind auch davon abhängig, wie die Berufsausübung organisiert wird. Ändert sich daran etwas, muss für

die betreffende Leistung erneut eine Genehmigung erteilt werden und zwar auf Antrag. Besonders gravierend wirkt sich dies aus, wenn der bisherige Praxisinhaber und sein Angestellter die Rollen tauschen. Das bedeutet, dass automatisch alle bisher bestehenden Genehmigungen, sei es für Röntgen oder DMP, Sonografie oder Psychosomatik, für beide Beteiligten erlöschen und neu beantragt werden müssen.

gültiger Unterschrift benötigt. Deshalb rät Dr. Michael Viapiano, Geschäftsbereichsleiter Qualitätssicherung und Ordnungsmanagement: „Nutzen Sie die sich bietenden, vielfältigen Möglichkeiten, Ihre Berufsausübung im ambulanten Bereich zu organisieren. Aber wann immer Sie etwas daran ändern wollen, vergessen Sie Ihre Genehmigungen nicht.“ Er empfiehlt: „Greifen Sie zum Hörer und rufen Sie in der Quali-



Streichungen vermeiden – KV kontaktieren

Auch die Aufnahme der Tätigkeit an einem weiteren Ort führt teilweise dazu, dass Genehmigungen extra dafür erteilt werden müssen, zum Beispiel bei allen apparativen Leistungen oder dem ambulanten Operieren.

Das ist leider sehr bürokratisch, aber unumgänglich. Natürlich kann die KVBW auf vorhandene Unterlagen zurückgreifen. Von Gesetzes wegen darf sie aber nicht einfach die entsprechenden Umschreibungen vornehmen. Daher wird ein neuer Antrag mit rechts-

tätssicherung an. Die Mitarbeiter dort helfen Ihnen so unbürokratisch wie möglich. Damit es bei der Abrechnung kein bitteres Erwachen gibt, weil Leistungen mangels Genehmigung gestrichen wurden.“

→ www.kvbawue.de » Praxis » Qualitätssicherung » Genehmigungspflichtige Leistungen



Fortbildungspflicht für angestellte Ärzte

Was Angestellte und Arbeitgeber beachten müssen

Auch angestellte Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen der Fortbildungsverpflichtung. Sie müssen alle fünf Jahre ein Fortbildungszertifikat ihrer Kammer auf der Basis von 250 Fortbildungspunkten erwerben. Der tatsächliche Beschäftigungsumfang in der Praxis ist unerheblich, sodass auch geringfügig Beschäftigte bis zu zehn Wochenstunden der Fortbildungspflicht unterliegen.

Nachweispflichtig ist aber nicht der Angestellte selbst, sondern der jeweilige Arbeitgeber. Er hat dafür Sorge zu tragen, dass das Zertifikat zum Termin vorgelegt wird. Die KV informiert beide, also sowohl Angestellte als auch Arbeitgeber, zu den üblichen Fristen über das anstehende Auslaufen der Nachweisfrist (vergleiche auch den Beitrag auf Seite 11).

Sanktionen vermeiden

Es gelten die gleichen Sanktionen wie für Zugelassene und Ermächtigte. Allerdings wird das Honorar des Arbeitgebers von der KV gekürzt, wenn das Fortbildungszertifikat des Angestellten nicht fristgerecht vorgelegt wird. Für die Berechnung der Kürzung werden die Regelungen für Berufsausübungsgemeinschaften angewendet; das heißt, es wird nur das Honorar gekürzt, das der angestellte Arzt erwirtschaftet hat. Kann das Zertifikat nicht innerhalb der Nachholfrist von acht Quartalen vorgelegt werden, muss die KV bei den Zulassungsgremien einen Antrag auf Beendigung der Anstellungsgenehmigung stellen.

Fortbildungspunkte sammeln

Kennen Sie schon die Fortbildungsangebote der Management Akademie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (MAK)? Die meisten Kurse der MAK sind von den Kammern anerkannt. Als Arzt oder Psychotherapeut erhalten Sie also wertvolle Punkte für Ihr Fortbildungszertifikat.

→ www.mak-bw.de
0711 7875-3535

Wichtig: Wechselt ein Angestellter das Arbeitsverhältnis im ambulanten Bereich und ist mit der Vorlage des Zertifikats im Verzug, wird das Honorar des neuen Arbeitgebers sofort gekürzt. Es empfiehlt sich daher dringend für die Arbeitgeber, sich von den Bewerbern das letzte Zertifikat zeigen zu lassen.

Antrag auf Verlängerung stellen

Übt der Angestellte seine Tätigkeit mindestens drei Monate lang aufgrund von Krankheit, Mutterschutz/Elternzeit, Weiterbildung oder ähnlichem nicht aus, können Praxisinhaber/MVZ und Angestellter gemeinsam einen Antrag auf Verlängerung der Nachweisfrist stellen. Dieser muss vor Auslaufen der Nachweisfrist bei der KV gestellt werden. Das Formblatt kann über die KVBW-Homepage heruntergeladen oder telefonisch angefordert werden. sf

→ Weitere Informationen den Antrag auf Fristverlängerung: www.kvbawue.de » Praxis » Qualitätssicherung » Fortbildungspflicht

se-atlas bündelt Informationen für Menschen mit Seltenen Erkrankungen

Ziel von se-atlas ist es, einen Überblick über die Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (SE) in Deutschland zu geben. Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Internet-Informationsportal richtet sich an Betroffene, Angehörige, Ärzte, nicht-medizinisches Personal und die breite Öffentlichkeit.

se-atlas bündelt bereits bestehende Datenquellen: Webseiten von Fachgesellschaften, Selbsthilfeorganisationen oder Experten. Die Informationsplattform ist seit 2015 online und wird stetig durch Rückmeldungen aktualisiert. Jeder, der eine Einrichtung melden möchte, kann sich registrieren und durch die Redaktion freischalten lassen.

Der Fokus von se-atlas wurde zunächst auf die Versorgungsmöglichkeiten und Selbsthilfeorganisa-

tionen in Deutschland gelegt. Eine langfristige Erweiterung für andere Länder ist geplant.

se-atlas ist im Rahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit Seltenen Erkrankungen umgesetzt worden. Projektpartner sind unter anderem die Medical Informatics Group (MIG) des Universitätsklinikums Frankfurt, die Frankfurter und Tübinger Referenzzentren für Seltene Erkrankungen, ORPHANET Deutschland (Medizinische Hochschule Hannover) und die Selbsthilfeorganisation Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE e.V.).

→ www.se-atlas.de
info@se-atlas.de



MAK-Tipp: Hygiene – der Weg zu einer erfolgreichen Desinfektion im Praxisalltag

Für einen wirksamen Infektionsschutz ist es wichtig, Übertragungswege von Erregern zu kennen. So ist es möglich, an den richtigen Stellen einzugreifen und Infektionsketten wirkungsvoll zu unterbrechen. Eine wichtige Rolle spielt dabei die richtige Desinfektion.

Die Kursteilnehmer lernen, wie ein wirksamer Infektionsschutz in der Praxis gelingen kann. Sie erfahren, welche Arten von Erregern es gibt, wie diese inaktiviert werden können und warum es wichtig ist, das richtige Desinfektionsmittel auszuwählen. Das Seminar richtet sich an

alle Ärzte und Mitarbeiter, die in einer Praxis tätig sind und ihr Basis-Hygiene-Wissen über Desinfektion vertiefen wollen. Schwerpunkte sind unter anderem Mikrobiologie, Übersicht der hygienerlevanten Krankheitserreger sowie Grundlagen der Desinfektion und Wirkstoffgruppen von Desinfektionsmitteln.

Seminarnummer: K 299

Referenten:

Christian Neudeck, Krankenpfleger, Staatlich anerkannte Hygienefachkraft und Siegfried Niklas, Fachkraft für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Fortbildungspunkte: 7

Termin: Dienstag 18. Juli 2017, 15.00 Uhr bis 19.00 Uhr,

Ort: KVBW Karlsruhe,

Preis: 98,- Euro

Anmeldung: MAK, siehe S. 15

→ Zum Internationalen Tag der Händehygiene am 5. Mai stellt das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte ein Video zum Thema auf die Homepage: www.kvbawue.de » Presse » Kommunikationskanäle » Videos

Seminare der Management Akademie (MAK)

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB- Punkte	Seminar- Nr.
VERORDNUNG							
Verordnung von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr	Ärzte und Praxismitarbeiter	22. Juni 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	BD Freiburg	45,-	3	F 49
BETRIEBSWIRTSCHAFT / ZULASSUNG							
Juristische Fallstricke im Praxisalltag – Stolpersteine erkennen und frühzeitig umgehen	Ärzte und Psychotherapeuten	31. Mai 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	K 61
Schenken und vererben – aber richtig!	Ärzte und Psychotherapeuten	28. Juni 2017	17.00 bis 20.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	0	S 71
Starterseminar	Haus-/Fachärzte, die sich neu niedergelassen haben	20. Mai 2017	9.00 bis 13.00 Uhr	BD Freiburg	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	F 272
PRAXISMANAGEMENT							
Fit im Bereitschafts- bzw. Notfalldienst	Teilnehmer am ärztlichen Bereitschafts- bzw. Notfalldienst	19. Mai 2017	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	165,-	8	K 115
QUALITÄTSMANAGEMENT							
Datenschutz in der Praxis	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	20. Juni 2017	9.00 bis 16.30 Uhr	Konstanz	145,-	10	F 205
QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG							
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin / Normalinsulin spritzen (ZI)	Ärzte und Praxismitarbeiter	24. Juni 2017 (Arzt und Mitarbeiter) 27. Juni 2017 (Mitarbeiter) 28. Juni 2017 (Mitarbeiter)	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	155,- (Ärzte) 199,- (MFA)	9	S 252
DMP Asthma / COPD – strukturierte Schulungsprogramme NASA und COBRA	Ärzte und Praxismitarbeiter	Basisseminar: 19. Mai 2017 NASA: 20. Mai 2017 COBRA: 3. Juni 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	Basisseminar: 65,- NASA/ COBRA: je 135,- jeweils 75,- für Materialkosten NASA / COBRA	9 (1 Tag) 5 (1/2 Tag)	S 257/1 S 257/2 S 257/3
Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	20. Mai 2017	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	125,- (Ärzte) 98,- (MTRA)	8	S 265/1
Aktualisierung der Fachkunde nach Strahlenschutzverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	19./20. Mai 2017	freitags 16.00 bis 19.15 Uhr samstags 9.00 bis 12.30 Uhr	BD Stuttgart	125,- (Ärzte) 98,- (MTRA)	8	S 265/2
Kombinierte Aktualisierung nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	19./20. Mai 2017	freitags 16.00 bis 19.15 Uhr samstags 9.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	155,- (Ärzte) 125,- (MTRA)	12	S 265/1+2
Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	21. Oktober 2017	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	125,- (Ärzte) 98,- (MTRA)	8	S 266/1
Aktualisierung der Fachkunde nach Strahlenschutzverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	20./21. Oktober 2017	freitags 16.00 bis 19.15 Uhr samstags 9.00 bis 12.30 Uhr	BD Stuttgart	125,- (Ärzte) 98,- (MTRA)	8	S 266/2
Kombinierte Aktualisierung nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	20./21. Oktober 2017	freitags 16.00 bis 19.15 Uhr samstags 9.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	155,- (Ärzte) 125,- (MTRA)	12	S 266/1+2
VERANSTALTUNGEN ZU AKTUELLEN THEMEN							
Auf- und Ausbau extrabudgetärer Leistungen	Ärzte und Praxismitarbeiter	17. Mai 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	98,-	7	S 132
Kultureller Vielfalt im Arbeitsalltag souverän begegnen	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	12. Juli 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	98,-	7	F 73



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 / 2017
Zeitung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
ISSN 1862-1430

Erscheinungstag:
8. Mai 2017

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

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

Redaktion:
Eva Frien (ef), Swantje Middeldorff (sm)

Anschrift der Redaktion:
Redaktion ergo
KVBW Bezirksdirektion Karlsruhe
Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe
Telefon 0721 5961-1209
Telefax 0721 5961-1188
ergo@kvbwue.de

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Karin Artz (ka), Jörg Fecker (jf), Susanne Flohr (sf),
Marcus Fuchs (mf), Reinhold Hauser (läk),
Ulrich Junger (ab), Rüdiger Kucher (rk),
Maria Mildenerberger (mm), Marion Raschka (mara),
Frederik Schneeweiß (fs), Dorothee Seidl (ds),
Kai Sonntag (ks), Martina Tröscher (mt)

Fotos und Illustrationen:
S. 1 vdek/Anna Spindelndreier; S. 2 fotolia/WavebreakMediaMicro; S. 3 KBV; S. 4 fotolia/keifamily,
ddp images/Lennart Preis; S. 5 ddp images/Ernst
Pieber, Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum
Bergmannsheil GmbH; S. 6 mesana, fotolia/
fotolaxrender, VISCHER&BERNET; S. 7 KVB; S. 8
KBV, fotolia/ Photographee.eu; S. 9 privat, fotolia/
Africa Studio; S. 10 fotolia/WavebreakMediaMicro,
S. 11 fotolia/Klaus Eppel, fotolia/Picture-Factory;
S. 12 privat, KVB; cholco e.V.; S. 13 picture alliance,
fotolia/ Ocskay Bence; S. 16 privat, fotolia/STU-
DIO GRAND QUEST, vdek/Miriam Welz/Luisa
Braas/Hannah Lu Verse, 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

Selbsthilfe ein Gesicht geben

vdek-Wanderausstellung zeigt Menschen mit Behinderungen

Nicht allein sein, sich unterstützen oder einfach jemanden haben, der zuhört, wenn man nicht mehr weiterweiß: Das kann Selbsthilfe leisten. Etwa 50.000 Selbsthilfegruppen gibt es in Deutschland. Um der Selbsthilfe ein Gesicht zu geben, hat der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) junge Menschen dazu eingeladen, sich fotografisch mit dem Thema auseinanderzusetzen. Die Schirmherrschaft des Wettbewerbs „WAS KANN SELBSTHILFE?“ übernahm Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Die besten Arbeiten wurden prämiert und sind derzeit auf Wanderschaft.



Schmerzen und Mobbing: Jette hat Fibröse Dysplasie.

Sehenswert und berührend sind aber nicht nur die Fotografien der prämierten Künstler. So zeigt Luisa Braas, Studentin aus Köln, in ihren Arbeiten die Isolation, die zwischen Menschen möglich sein kann. Und Miriam Welz hat die junge Jette fotografiert. Sie ist an Fibröse Dysplasie erkrankt. Die Krankheit verformte ihr Gesicht und verursacht Schmerzen. Doch das Mädchen, das auch darunter leidet, angestarrt und gemobbt zu werden, lässt sich nicht beirren und hat einen YouTube-Beauty-Channel eröffnet. Welz zitiert dazu den deutschen Schriftsteller Gustav Freytag: „Wer ein Herz für Schönheit hat, findet sie überall.“

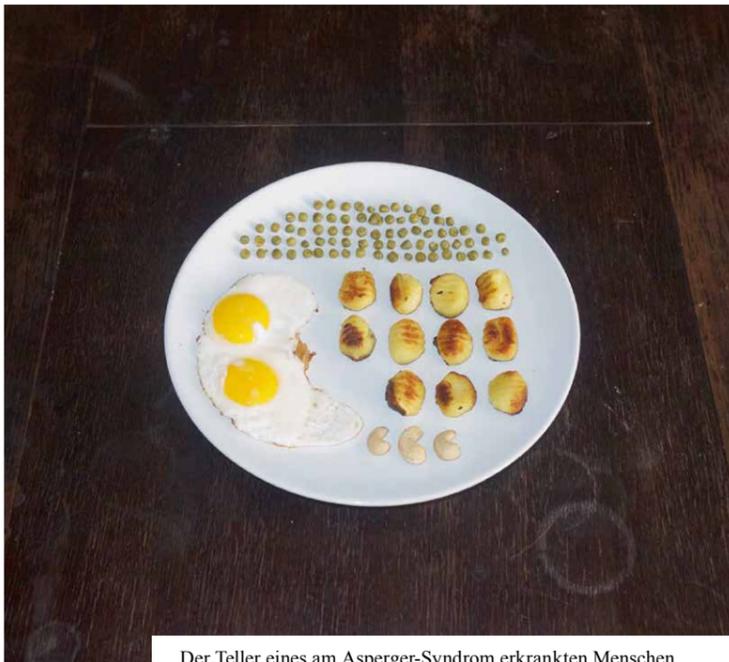
Herz für Schönheit hat, findet sie überall.“

➔ Informationen sowie alle Ausstellungstermine: www.vdek.de » Der Verband » Vdek-Fotowettbewerb

gien. Die Arbeiten stammen von jungen Kunst- und Fotostudenten sowie freien Fotografen, die teilweise selbst von einer unheilbaren Krankheit betroffen sind.

So leidet Benedikt Ziegler, der den ersten Preis erhalten hat, seit seiner Jugend an juveniler rheumatoider Arthritis. Portraitiert werden aber auch Betroffene mit Multipler Sklerose, Down-Syndrom, Krebserkrankungen, Menschen, die sich selbst verletzen oder solche mit schweren Hauterkrankungen.

Die Erbsen nach oben, die Gnocchi nach rechts, Spiegeleier und Cashewnüsse streng getrennt sowie geometrisch ausgerichtet am Rand – wer hätte es gewusst, so sieht der Teller eines am Asperger-Syndrom erkrankten Menschen aus. Die Fotografien der Ausstellung zeigen Menschen mit Behinderungen, schweren Erkrankungen, deren Alltag und ihre Bewältigungsstrate-



Der Teller eines am Asperger-Syndrom erkrankten Menschen

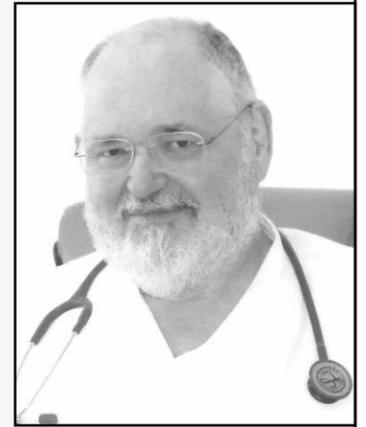


Selbsthilfe kann helfen, aus der Isolation herauszukommen.

Trauer um Dr. Udo Saueressig

Der Allgemeinmediziner ist im Februar nach langer, schwerer Krankheit gestorben. Saueressig wurde 1953 in Mannheim geboren und war seit 1990 in Lobbach niedergelassen. Er studierte Humanmedizin im Saarland, in Heidelberg und Mannheim. Sein beruflicher Weg führte ihn auch ins Ausland. So arbeitete er beispielsweise von 1985 bis 1988 als Assistenzarzt in Südafrika. Sein Leben hat er in seiner Autobiographie „Die Ich-Revolution“ aufgezeichnet. In den letzten Berufsjahren war die Hypnosetherapie der Schwerpunkt seines beruflichen Interesses.

Saueressig hatte sich viele Jahre lang berufspolitisch engagiert: So war er beispielsweise von 2007 bis 2015 Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer Nordbaden, Delegierter der Landesärztekammer seit 1998 und Delegierter der ehemaligen Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden. Die Nordbadische Ärzteinitiative (NAI) hat er mitbegründet.



Seine schwere Erkrankung zwang ihn in den letzten beiden Jahren, sich zurückzuziehen. Saueressig starb friedlich im Kreise seiner Familie. Er hinterlässt eine Frau und zwei erwachsene Söhne. Die Familie verband zeitlebens eine große Liebe für das Meer. Saueressig fand daher seine letzte Ruhe in der Nordsee.

Die KVBW dankt Udo Saueressig für sein Engagement als Landarzt und Berufspolitiker. Herzliche Anteilnahme gilt seiner Familie.

Der kleine, aber feine Unterschied

Medikament bitte „o(h)ral“ einnehmen

Ziemlich überrascht über seine Entdeckung war ein Hals-Nasen-Ohrenarzt aus dem oberbayerischen Weilheim. Routinemäßig untersuchte Dr. Christian Lübbers den Gehörgang eines vierjährigen Mädchens, das über Ohrenscherzen klagte, und traute seinen Augen kaum, als „eine ziemlich eklige Pampe“ zum Vorschein kam. Die Eltern hatten die „o(h)rale Einnahme“ von Globuli wohl etwas zu wörtlich genommen.

Lübbers entfernte weiße, teilweise aufgelöste Kügelchen aus dem Gehörgang des Mädchens. Er

verschrieb der kleinen Patientin gegen ihre „eindeutig bakterielle Mittelohrentzündung“ Schnupfenspray, Schmerzmittel und einen antibiotischen Saft. Den betroffenen Eltern erklärte der HNO-Arzt, was tatsächlich unter „oralen Einnahme“ zu verstehen sei.

Durch einen Eintrag bei Twitter teilte er seine ungewöhnliche Entdeckung mit der Öffentlichkeit: „Kind mit einer akuten eitrigem Mittelohrentzündung 10 Globuli aus dem Gehörgang geholt... #Homöopathie wirkt: Dummheit potenziert sich.“

Lübbers ist es mittlerweile gewohnt, verschiedenste „Heilmit-



tel“ aus Gehörgängen zu fischen. „Relativ häufig“ fänden sich dort Knoblauchzehen oder Zwiebelstücke. Dann rieche es in seiner Praxis wie in einer Dönerbude. ds

