

# ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute.

**KVBW**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Wo geht die gesundheitspolitische Reise hin, bleibt Gröhe Gesundheitsminister?

## Einfach weiter so?

*Nach der Bundestagswahl wird das gesundheitspolitische Feld bestellt*

**Noch steht keineswegs fest, wie die neue Bundesregierung aussehen wird. Alle Prognosen über die gesundheitspolitische Ausrichtung der nächsten Legislaturperiode sind daher im Augenblick reine Kaffeesatzleserei. Aller Voraussicht nach wird die Gesundheitspolitik aber nicht die Koalitionsverhandlungen bestimmen; da stehen andere Themen im Vordergrund.**

Gleichwohl hat die Kanzlerin Angela Merkel in ihrer Wahlanalyse die Enttäuschung vieler Wähler und damit auch das gute Abschneiden der AfD unter anderem mit dem Ärztemangel im ländli-

chen Raum begründet. Ein „Weiter so“ sollte es also sicher nicht geben.

Zumindest wenn damit die vielen kleinen, vermeintlichen Verbesserungen gemeint sind, die der Gesetzgeber von einer Reform zur nächsten immer wieder präsentiert. Sie führen nur zu mehr Bürokratie und machen alles noch komplizierter. Davon haben die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in den vergangenen Jahren genug gehabt. Es sei nur an die „Aufkaufregel“ oder die Terminservicestellen erinnert.

Und schon gar nicht sollte der Gesetzgeber daran denken, Themen, die gerade erst neu geregelt wurden, schon wieder zu ändern.

Dazu gehört zum Beispiel die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Bevor sie nicht ganz abgeschafft wird, sollte sie nicht schon wieder reformiert werden. Erst in diesem Jahr hat die KV Baden-Württemberg mit den Krankenkassen im Land die Richtgrößen abgelöst und die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf eine neue Basis gestellt. Da wäre es wenig hilfreich, wenn das schon wieder geändert würde – bevor es überhaupt Erfahrungen mit dem neuen System gibt.

Überhaupt sollte es bei dem Trend zu mehr Regionalisierung bleiben, meint auch Dr. Norbert Metke, KVBW-Vorstand. „Angesichts des aktuellen Honorarab-

schlusses von mageren 1,18 Prozent auf Bundesebene setzen wir in Baden-Württemberg ein weiteres Mal auf das gute Verhältnis zu unseren Partnern vor Ort.“

So wenig es ein einfaches „Weiter so“ geben sollte, so sehr sollte die Politik für eine gewisse Stabilität der Rahmenbedingungen für die Ärzte und Psychotherapeuten sorgen. Dazu zählen: Entbudgetierung, Notfalldienst, Entbürokratisierung, Stärkung der Ärzte in MVZs und mehr Wettbewerb unter den Kassen. „Wir haben genug Themen auf der Agenda. Wir sollten sie endlich anpacken“, so Metke. Mehr dazu lesen Sie auf Seite 2.

## Gegen Grippe impfen

Die baden-württembergischen Landesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen, der Landesapothekerverband und die KVBW starten ihre diesjährige Gripeschutzkampagne. Unter der Schirmherrschaft von Sozialminister Manne Lucha rufen die Verbände dazu auf, sich gegen Influenza impfen zu lassen.

Mit dem Appell weisen sie darauf hin, dass Impfen der wirksamste Schutz gegen die Grippe darstellt, vor allem für Gefährdete wie Kinder, Schwangere, ältere Menschen oder chronisch Kranke. Jährlich sterben über 700 Menschen in Deutschland an den Folgen von Influenza.

In Baden-Württemberg übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für die Impfung für alle Versicherten. Im Rahmen der Kampagne erhalten Haus-, Kinder-, Jugend- und Frauenärzte bereits Informationsmaterial für die Praxis.

➔ [www.lass-dich-impfen.de](http://www.lass-dich-impfen.de)

## Versorgungsbericht

Ärzte und Therapeuten in Baden-Württemberg leisten viel und setzen sich mit aller Kraft für eine gute Versorgung der Menschen im Südwesten ein. Dies dokumentiert der jährliche Qualitäts- und Versorgungsbericht der KVBW, der jetzt wieder von der Website heruntergeladen werden kann. Er beinhaltet Berichte über Projekte, die – mit Hilfe von Niedergelassenen – auf die Beine gestellt wurden oder noch in Planung sind: beispielsweise das Telearzt-Projekt DocDirekt oder CoCare, das die ärztliche Versorgung von Menschen in Pflegeheimen verbessern soll. Daten und Fakten zur Qualität und Versorgung vervollständigen den Bericht.

➔ [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)  
 Presse » Publikationen » Versorgungsbericht

### Substitution erleichtern

*Attraktivität steigern*

Die Substitutionsbehandlung bewahrt Drogenabhängige vor Beschaffungskriminalität und gesundheitlichen Risiken. In Baden-Württemberg versorgen momentan über 430 Ärzte die 9.600 Patienten. Doch viele dieser Ärzte sind jetzt an der Grenze zum Ruhestand. Vorstands-Vize Dr. Johannes Fechner spricht im Interview über die Konsequenzen.

(Mehr auf Seite 3)

### Weniger Bürokratie

*Heilmittel-Richtlinie*

Die Heilmittel-Richtlinie und der Heilmittel-Katalog werden nach G-BA-Beschluss überarbeitet. Die 15 Jahre alte Richtlinie mit Katalog sind kaum noch die passende Grundlage für eine zeitgemäße Heilmittelversorgung. Hinzu kommt der hohe bürokratische Aufwand. KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke erklärt im Interview auf Seite 4, warum die Überarbeitung wichtig und längst überfällig ist.

### Resilienz für Ärzte

*Widerstand nicht zwecklos*

Chronischer Stress und Burnout sind Probleme, mit denen jeden Tag Patienten in die Arztpraxen kommen und Hilfe suchen. Wie aber sieht es bei den Ärzten selbst aus? Wie sie mit den Belastungen in ihrem eigenen beruflichen Alltag umgehen können, ohne ihre Gesundheit zu gefährden, erzählt ein Psychologischer Psychotherapeut.

(Mehr auf Seite 8)

## Grußwort

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

alle Jahre wieder geht es in Berlin ums Geld. Die Honorarverhandlungen auf Bundesebene endeten mit einem mageren Plus von 1,18 Prozent für das Jahr 2018. Das bedeutet zum Beispiel bei den Hausärzten 70 Cent pro Fall im Quartal mehr! Empörend, wie wir finden. Das zeigt deutlich, wie wenig offenbar dem GKV-Spitzenverband in Berlin die 60 Millionen Behandlungsfälle pro Jahr im Ländle wert sind – im Gegensatz zu den Kassen in Baden-Württemberg.

Wir fordern daher, neben mehr Regionalisierung, eine radikale Systemänderung: Der EBM muss grundlegend überarbeitet werden, unter Einbezug einer anderen Patientensteuerung. Vielleicht muss sogar das SGB V bezüglich der Struktur ärztlicher Vergütung grundsätzlich verändert werden – mit dem Ziel eine leistungsadäquate Vergütung für eine den Patienten zustehende Versorgungstiefe.

Verweigert man uns diesen Schritt, wird niedergelassene Tätigkeit auf heutigem Niveau der Vergangenheit angehören. Das Selbstausbeutungsprogramm hat Grenzen. Nur unter veränderten Bedingungen können wir junge Ärzte auch weiterhin zur Niederlassung motivieren. Und das beginnt bereits mit der Entscheidung für das Medizinstudium.

Derzeit prüft das Bundesverfassungsgericht die Platzvergabe fürs Medizinstudium. Wir meinen: Wir brauchen Menschen, die sich niederlassen wollen. Wir müssen sie fördern und nicht daran hindern, ihren Weg zu gehen. Wir unterstützen beispielsweise durch die KVBW-Verbundweiterbildung, die wir jetzt gemeinsam mit Universitätseinrichtungen, Kammern, Kassen und Krankenhausgesellschaft auf den Weg gebracht haben.

Und wenn der Arzt tatsächlich nicht mehr vor Ort ist? Unsere Tele-Ärzte von DocDirekt stehen kurz vor dem Start. Vielleicht machen Sie auch noch mit?

Herzlichst Ihre



**Dr. Norbert Metke**  
Vorstandsvorsitzender  
der KV Baden-Württemberg

**Dr. Johannes Fechner**  
Stellvertretender Vorsitzender  
der KV Baden-Württemberg

# Weniger Bürokratie, mehr Zeit für Patienten

Wo die neue Bundesregierung Hand anlegen sollte



Ärzte möchten sich auf die Versorgung ihrer Patienten konzentrieren.

**Wie die neue Bundesregierung letztendlich aussehen wird, ist noch ebenso unklar wie die Ausrichtung der Gesundheitspolitik. Die Themen jedoch, die die Niedergelassenen betreffen, liegen auf der Hand.**

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten brauchen endlich eine adäquate und unbudgetierte Vergütung. Hat sich doch die Budgetierung längst als leistungsfeindlich herausgestellt. Notwendig wäre daher eine differenzierte Mengensteuerung als Grundlage für eine Entbudgetierung. Es ist dringend

Zeit, dass die neue Bundesregierung handelt, zumal es im Kassenlager hier durchaus Bewegung gibt.

So hat sich die TK schon vor einigen Jahren für ein Modell ausgesprochen, in dem die ärztlichen Leistungen ausbudgetiert werden und nur die technischen Leistungen einer mengenabhängigen dynamischen Vergütung unterliegen.

Denkbar wäre auch, die Grundleistungen auszubudgetieren, den Erstkontakt oder auch den Katalog der besonders förderungswürdigen, ausbudgetierten Leistungen auszuweiten: Beispiel Substitution. „Warum nicht auch onkologische

Leistungen, die Geriatrie oder andere hierunter fallen lassen“, fragt sich KV-Chef Dr. Norbert Metke. Passende Leistungen zur Ausbudgetierung gebe es genug.

### Notfalldienst

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat vor wenigen Wochen einen Teil seines neuen Gutachtens vorgestellt. In die Vorschläge für den Notfalldienst sind viele Elemente der bestehenden Struktur in Baden-Württemberg eingeflossen: Zentrale Notfallpraxen an Krankenhäusern, Koordination der 116117 über die Rettungsleitstellen und telemedizinische Aspekte (siehe Seite 5).

Klar ist, dass es auf Dauer auf eine enge Zusammenarbeit zwischen stationär und ambulant hinauslaufen wird. „Daher muss der Notfalldienst auch ausbudgetiert werden, die Leistungen haben nichts in der Gesamtvergütung zu suchen“, fordert Metke.

### Entbürokratisierung

Jede Minute, die ein Arzt oder Psychotherapeut mit Bürokratie

verbringt, kann er nicht für die Patientenversorgung nutzen. Einer der Hauptkritikpunkte, die Ärzte und Psychotherapeuten in der KBV-Mitgliederbefragung jedes Jahr äußern, besteht darin, dass sie zu wenig Zeit für die Patienten haben. Es wird daher eine der wesentlichen Aufgaben der Bundesregierung sein, viele Regelungen auf den Prüfstand zu stellen und Aufwand und Ertrag abzuwägen.

### Stärkung der Ärzte in MVZs

Gut beraten wäre die Politik, wenn sie Monopolisierungstendenzen in der Versorgung entgegenwirken würde. „Wenn MVZs eine bestimmte Größe überschreiten und zum einzigen Anbieter in einer Region werden, wird es kritisch“, sagt Metke. „da damit die niedergelassene Versorgung durch ‚Konzernmedizin‘ ersetzt werde.“

Daher wäre es wichtig, die Zahl der Arztsitze in MVZs zu diskutieren und gleichzeitig keine renditegesteuerten Investoren in MVZs zuzulassen. „Gesundheitsversorgung darf nicht Teil des Kapitalmarktes werden“, so Metke. „denn Gesundheit ist keine Ware sondern ein ethisches Gut.“ ks

## Alle sind gefragt!

Tele-Ärzte bei DocDirekt müssen nicht in Tuttlingen oder Stuttgart sitzen

**Die Schweizer tun es, die Schweden tun es und bald auch die Schwaben – zunächst in den beiden Modellregionen Stuttgart und Tuttlingen. Wenn der eigene, behandelnde Arzt nicht zu erreichen ist, können Patienten bei akuten Erkrankungen einen Tele-Arzt von DocDirekt anrufen und sich von diesem niedergelassenen Arzt – wenn möglich – per Telefon oder Video behandeln lassen.**

In Schweden sind es schnell wachsende Start-up-Unternehmen, die die Behandlung via Smartphone anbieten; in der Schweiz behandeln Ärzte der Firma Medgate die Patienten bestimmter Krankenkassen täglich tausendfach per Telefon. In Tuttlingen und Stuttgart wird die KVBW in ihrem Modellprojekt DocDirekt ab 2018 die telemedizinische Beratung von Patienten erproben – als Teil der vertragsärztlichen Versorgung.

Doch was für die Patienten gilt – es dürfen nur Menschen aus Stuttgart und Tuttlingen bei DocDirekt anrufen – gilt keinesfalls für die Tele-Ärzte. Sie sollen aus ganz Baden-Württemberg kommen. „Wir schränken unsere Suche nach Tele-Ärzten nicht auf bestimmte Regionen ein“, erklärt Dr. Johannes Fechner, stellvertretender KV-Vorstand, und fügt mit einem Augenzwinkern hinzu: „Liebend gern nehmen wir auch Badener.“ Schließlich sei das ein wesentlicher Teil der Idee von DocDirekt. Wenn der Arzt vor Ort

fehlt, kann sich der Patient an einen Arzt wenden, der nicht zwingend in der Nähe sitzt. „So wollen wir testen, ob wir die angespannte Lage, die in manchen Regionen aufgrund des akuten Arztmangels herrscht, entzerren können“, erklärt Fechner eines der Ziele von DocDirekt.

### Wie funktioniert DocDirekt?

Ruft der Patient werktags zwischen 9.00 Uhr und 19.00 Uhr DocDirekt an, landet er zunächst bei einer Medizinischen Fachgesellschaft im „Callcenter“ der KV. Diese erfasst das Beschwerdebild und die Daten des Patienten. Stellt sie dabei fest, dass es sich um einen lebensbedrohlichen Notfall handelt, leitet sie den Anruf direkt weiter an die 112. Andernfalls erstellt sie in der webbasierten Software ein „Ticket“, das über eine sichere Leitung an einen Tele-Arzt von DocDirekt weitergegeben wird.

### Ortsunabhängige Arbeit

Der Tele-Arzt, der in seiner eigenen Praxis irgendwo im Ländle sitzt, kann auf seinem PC über dieselbe Software das „Ticket“ aufrufen. Er prüft die eingegebenen Informationen und ruft dann den Patienten zurück. Er erhebt die Anamnese und kann den Patienten im Idealfall abschließend beraten. Falls der Patient verschreibungspflichtige Arzneimittel braucht oder doch von einem Arzt persön-

lich gesehen werden sollte, leitet ihn der Tele-Arzt an eine dienstbereite Praxis weiter. Dies kann eine PEP-Praxis (patientennah erreichbare Portalpraxis) oder eine KVBW-Notfallpraxis sein – dann wieder in Stuttgart oder Tuttlingen.

### Wer kann sich bewerben?

Bewerben kann sich jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt. „Allerdings suchen wir anfangs in erster Linie Haus-, Kinder- und Jugendärzte“, schränkt Fechner ein. „Möglicherweise erkennen wir aber schnell, dass wir auch Kollegen anderer Fachrichtungen brauchen.“

Die Tele-Ärzte werden vor Projektstart intensiv geschult, um auf die spezifischen Anforderungen einer Fernberatung und -behandlung vorbereitet zu sein. „Ein weiteres wichtiges Ziel von DocDirekt ist es herauszufinden, wie gut eine Fernbehandlung per Telefon und Video funktioniert“, so Fechner.

Die Tele-Ärzte können selbst entscheiden, wie viel Zeit sie pro Woche für DocDirekt aufwenden möchten. Sie erhalten 25 Euro pro Anruf außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung – durch Zusatzmittel, die die Krankenkassen in Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt haben. sm

➔ Interesse, bei DocDirekt mitzumachen? Melden Sie sich: 0711 7875-3880 oder [docdirekt@kvbwue.de](mailto:docdirekt@kvbwue.de)

## Themen

GESUNDHEITSPOLITIK	
<b>Integrierter Notfalldienst</b>	
Strukturen verschmelzen	5
KVBW – WELT	
<b>Was ist meine Praxis wert?</b>	
Eine Orientierungshilfe	7
KVBW – WELT	
<b>Gemeinsam Zukunft gestalten</b>	
Ein Modellprojekt widmet sich dem Ärztemangel	8
UNTERNEHMEN PRAXIS	
<b>Auf der sicheren Seite</b>	
Leitfäden helfen bei wirtschaftlicher Verordnung.	9
UNTERNEHMEN PRAXIS	
<b>Endlich Vertragsarzt</b>	
Hilfe bei der Niederlassung	10
ARZT UND THERAPEUT	
<b>Krankheit im Paradies</b>	
Eine Ärztin berichtet von den Philippinen	12
ARZT UND THERAPEUT	
<b>Therapie statt Rückfall</b>	
Psychotherapie von Sexualstraftätern	14
LETZTE SEITE	
<b>Wie ein Thriller</b>	
Das Leben eines Kinderherzchirurgen	16

# Substitutionsbehandlung stärken

## Substitutionsbehandlung für Ärzte attraktiv machen

„Es gibt immer noch junge Mediziner, die dafür ‚brennen‘, und denen muss man es einfach machen.“

Sie waren Teil der Alt-68er Revoluzzer-Szene und mussten stets mit einem staatsanwaltlichen Verfahren rechnen: die Ärzte, die in den 80er Jahren die Substitutionstherapie Opiat-abhängiger in Deutschland durchgesetzt haben. Zwar hat die „Sucht auf Krankenschein“ – wie sie damals von Kritikern bezeichnet wurde – sich durchgesetzt, doch fehlen heute jene, die sie einst auf den Weg gebracht haben: engagierte Ärzte. Dr. Johannes Fechner, Stellvertreter der Vorstandsvorsitzender der KVBW, möchte junge Ärzte dazugewinnen. Im ergo-Interview erklärt er wie und warum.



Dr. Johannes Fechner

Die Substitution kann Drogenabhängige vor Beschaffungskriminalität, Prostitution, gesundheitlichen Risiken wie Hepatitis C oder Infektionskrankheiten bewahren. Insofern war die Erkenntnis, dass Sucht eine Krankheit ist, eine sehr kluge. In Baden-Württemberg versorgen aktuell gut 300 aktive Ärzte (133 im Konsiliarverfahren) über 9.600 Patienten auf stabilem Niveau. Die Ärzte, die das übernommen haben, sind aber jetzt an der Grenze zum Ruhestand. Bisher gab es in jedem Landkreis noch ausreichend Ärzte, die sich beteiligt haben. Doch wir haben immer wieder in einzelnen Regionen von

Baden-Württemberg die Alarmmeldung, dass wir keinen substituierenden Arzt mehr finden. Die Konsequenz ist für uns, dass wir im Moment die Substitutionsversorgung neu aufsetzen.

### Wie denn genau?

Da die Zahl der Ärzte zurückgeht, müssen wir die Versorgung konzentrieren. Wir sind mit den kommunalen Ebenen, den Landratsämtern und Bürgermeistern in intensivem Kontakt, beispielsweise in Böblingen und Göppingen, um zu sehen, wie die kommunale Ebene miteinbezogen werden kann. Ich sehe die Substitution als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Zwar hat die KV den Sicherstellungsauftrag hierfür bekommen, aber wir können das nicht alleine stemmen, weil wir die Unterstützung der kommunalen Ebene benötigen. Die meisten Bürgermeister wollen sich auch beteiligen, um in ihren Orten eine Szenebildung und Beschaffungskriminalität zu vermeiden.

### Gibt es konkrete Vorstellungen?

Wir planen zum Beispiel in Böblingen ein Behandlungszentrum zusammen mit dem Landkreis, der sich um die Räumlichkeiten kümmert, und mit der Drogenberatung, deren psychosoziale Beglei-

## „Neues Behandlungszentrum geplant“

tung ja ein ganz wichtiger Bestandteil des Behandlungskonzeptes ist – neben der Methadonvergabe. Das Konzept ist: Alle Beteiligten sollen möglichst in räumlicher Verzahnung ein Angebot machen. Wir werden dann mit mehreren Ärzten in Form einer Praxisgemeinschaft

## Neue Verordnung erlaubt mehr Eigenverantwortung

Am 30. Mai 2017 ist die Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV) in Kraft getreten. Bis zur Veröffentlichung im Bundesanzeiger herrscht aber noch altes Recht. Mit der Neuordnung soll die Verantwortung der Ärzte gestärkt und die Versorgung der Abhängigen verbessert werden. Ärzte sollen mehr Rechtssicherheit bekommen. So sollen mehr Ärzte für die Teilnahme an der Substitutionsbehandlung gewonnen werden, heißt es in der Verordnung. Nach der Änderung sollen Opioidabhängige das Substi-

tutionsmittel zwar weiterhin nur im Beisein von Fachpersonal einnehmen, doch es gibt Ausnahmen von diesem Grundsatz: In begründeten Einzelfällen dürfen Substitutionsärzte ein Mittel zur eigenverantwortlichen Einnahme künftig für den Bedarf von bis zu 30 Tagen (statt wie bisher sieben Tage) verschreiben. Dies gilt für Patienten, die einen gefestigten Umgang mit ihrem Suchtverhalten haben.

Die wohnortnahe Versorgung der Betroffenen soll ebenfalls verbessert werden. Viele erreichen heutzutage durch die Therapie ein höheres

Lebensalter und sind als Folge ihrer Suchterkrankung auf Pflege- oder Rehabilitationsmaßnahmen angewiesen. Deshalb dürfen jetzt auch Reha-Einrichtungen, Gesundheitsämter, Alten- und Pflegeheime sowie Hospize Substitutionsmittel ausgeben. Besteht ambulanter Versorgungsbedarf, sollen Ärzte bei einem Hausbesuch künftig das Substitutionsmittel dem Patienten zum unmittelbaren Verbrauch überlassen können. Diese neue Regelung gilt auch für ambulante Pflegedienste.

mit Nebenbetriebsstellen gemeinsam die Patienten versorgen.

### Es ist für Ärzte nicht sonderlich attraktiv, Substitutionspatienten zu versorgen. Wird sich das durch die Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) ändern?

Es gibt nun Erleichterungen für die Ärzte, beispielsweise wurde die Vergütung jetzt noch einmal angepasst. Speziell in Baden-Württemberg haben wir mit den Kassen vereinbart, dass eine Million mehr für die Substitution zur Verfügung steht – extrabudgetär. Es ist auch ein Fortschritt, dass nichtärztliches Personal in Pflegeheimen die Substitution vornehmen darf. Denn nicht nur die Ärzte werden älter, sondern auch die Substitutionsbedürftigen. Sie kommen ins Pflegeheim und können künftig dort ihre Substitutionsmittel vom Fachpersonal erhalten. Vorher musste der Arzt praktisch jedes Mal zur Sichtvergabe ins Heim fahren.

Leider sind die gesetzlichen Vorgaben immer noch enger gefasst als beispielsweise in der Schweiz. Das betrifft zum Beispiel die Urlaubszeiten oder Vertretungszeiten. Und nach wie vor ist es strafbewehrt, wenn sich der Arzt nicht an die in Deutschland doch noch strengen Auflagen hält. In der Schweiz oder in anderen europäischen Ländern wird das



Fast normal leben: drogensubstituierte Patientin aus Karlsruhe

liberaler gehandhabt: Zum Beispiel, wenn die Kontrolle des Beigebrauchs unterbleibt, hat das in der Schweiz weniger dramatische Folgen als bei uns in der Bundesrepublik.

### Kann die KV den Ärzten Anreize bieten?

Wir finanzieren beispielsweise die Ausbildung bei den Bezirksärztekammern. Die Kosten für den Erwerb der Fachkunde Suchtmedizin übernimmt die KVBW, wenn der Arzt zusagt, drei Jahre zu substituieren: Die KV Baden-Württemberg veranstaltet außerdem in regelmäßigen Abständen einen Erfahrungsaustausch für die Substitutionsärzte. In den vier Regionen Baden-Württembergs gibt es zudem Qualitätssicherungskommissionen Substitution, die die Ärzte in schwierigen Fragen beraten.

Ich denke, dass wir nach wie vor bei der Vergütung nachbessern müssen, denn diese ist immer noch nicht attraktiv genug und entspricht weder dem Aufwand noch dem persönlichem Einsatz. Substitutionstherapie ist insgesamt noch nicht ausreichend gewürdigt und da ist Geld eine Form der Anerkennung.

### An wen können sich interessierte Ärzte wenden?

An die QS-Kommissionen, die

Bezirksbeiräte oder auch an mich. Die KVBW kann auch Hilfe anbieten, etwa durch Hospitationen in Schwerpunktpraxen. Interessierte Ärzte könnten auch Patienten im Konsiliarverfahren betreuen oder sich an den eingangs besprochenen Zentren beteiligen und die Patienten versorgen.

Wir haben als KV Einfluss genommen, um die Verbesserung in der BtMVV durchzusetzen. Insbesondere unser Sozialministerium hat sich in der letzten Novellierungsrunde sehr engagiert und die Änderungen über den Bundes-

## „Vergütung wurde angepasst“

rat umsetzen können. Wir hoffen jetzt, dass es gelungen ist, die Substitution attraktiver zu machen. Glücklicherweise gibt es immer wieder Ärzte, die sich genau diesem Patientenkreis gerne und aufopferungsvoll widmen und damit gute Ergebnisse erzielen. Diesen jungen Mediziner, die für die Substitution „brennen“, muss man es einfach machen. ef

## Neue GOPs

### Take-Home-Vergabe und Konsiliarverfahreng

Zur Abbildung des Aufwandes bei der Behandlung von Opiatabhängigen im Rahmen der Take-Home-Vergabe wird die GOP 01949 in den EBM aufgenommen.

Auch ein nicht suchtmittelmedizinisch qualifizierter Arzt kann Patienten mit Substitutionsmitteln behandeln, wenn er sich zu Beginn der Behandlung mit einem suchtmittelmedizinisch qualifizierten Arzt abstimmt sowie sicherstellt, dass sich sein Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens

einmal in jedem Quartal dem suchtmittelmedizinisch qualifizierten Arzt vorstellt. Auf diese Weise können höchstens zehn Patienten gleichzeitig mit Substitutionsmitteln behandelt werden.

Für die konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliarverfahrens wird die GOP 01960 aufgenommen.

Die neuen GOPs 01949 und 01960 werden extrabudgetär vergütet.

## Save the Date!

### Erfahrungsaustausch Substitution

BD Reutlingen  
Haldenhausstraße 11  
Samstag, 2. Dezember 2017  
10.00 Uhr bis 16.30 Uhr

#### Weitere Termine:

Freiburg: 18. April 2018  
Karlsruhe: 14. März 2018

➔ Weitere Informationen und Anmeldung: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)

# 15 Jahre sind genug

*Zu viel Bürokratie, zu wenig Evidenz: Heilmittel-Richtlinie und -Katalog werden überarbeitet*



Die Verordnung des richtigen Heilmittels muss einfacher werden.

**Es ist soweit: Die Überarbeitung von Heilmittel-Richtlinie (HMR) und Heilmittel-Katalog (HMK) wird im G-BA in Angriff genommen. Die 15 Jahre alte HMR mit HMK ist kaum noch die passende Grundlage für eine zeitgemäße und evidenzbasierte Heilmittelversorgung. Hinzu kommt der hohe bürokratische Aufwand, der dringend gemindert werden muss. Einen wesentlichen Beitrag zu dem Reformvorhaben leistet der KVBW-Vorstandsvorsitzende Dr. Norbert Metke. Er vertritt die Vertragsärzte im Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ im G-BA und hat bereits im April mögliche Reformsätze vorgelegt. Nun hat das Plenum des G-BA den Startschuss für die Verhandlungen gegeben.**

**Dr. Metke, warum ist die Überarbeitung von HMR und HMK so wichtig?**

HMR und HMK sind mittlerweile zum Symbol einer arzt- und patientenfernen Überbürokratisierung geworden. Die Regelungen sind einfach zu komplex geworden, alle haben damit zu kämpfen: Ärzte, Heilmittelerbringer, Patienten und auch die Krankenkassen.

**Können Sie das genauer beschreiben?**

Bei jeder Verordnung muss der Arzt unterscheiden zwischen Erst- und Folgeverordnung sowie Verordnung außerhalb des Regelfalls. Er muss die Leitsymptomatik in bis zu sieben verschiedene Symptomkomplexe unterteilt angeben. Und schließlich muss er noch unterscheiden können zwischen vorran-

gigen, optionalen und ergänzenden Heilmitteln. Außerdem gibt es dann noch die Vorgaben für die besonderen Verordnungsbedarfe sowie die Voraussetzungen für den langfristigen Heilmittelbedarf.

**Bilden HMR und HMK überhaupt noch den aktuellen medizinischen Kenntnisstand ab?**

Nein. Das ist der andere Grund für unser Reformvorhaben. Es ist mehr als fraglich, ob die über 15 Jahre alte HMR noch den Kriterien einer evidenzbasierten Medizin entspricht. Und ob ihre Anwendung eine ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung der Patienten sicherstellt. Das ist alles zu bezweifeln.

**Gibt es weitere Gründe?**

Der dritte Grund unseres Vor-

stoßes sind die Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich der Heilmittel. Denn wir haben es hier mit einer doppelten Mengenbegrenzung zu tun. Zum einen gibt es die definierte Verordnungsmenge des Regelfalls nach HMK. Zum anderen haben wir die Vorgaben des SGB V zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit. Hier müssen wir dringend mehr Klarheit und Sicherheit für die Ärzte schaffen, welches der letztendlich entscheidende Faktor ist. Die Gerichte gehen davon aus, dass der Richtwert das Entscheidende ist. Also müssen wir den Ansatz der doppelten Mengenbegrenzung besprechen.

**Wie sehen ihre konkreten Reformvorschläge aus?**

Wir plädieren dafür, dass die Angabe von „Leitsymptomatik“ und „Therapieziel“ auf dem Rezept wegfällt. Schließlich ist die nach ICD-10 kodierte Diagnose das zentrale Element der Heilmittelverordnung, gegebenenfalls um einen Freitext ergänzt. Eine darüber hinausgehende Ausführung ist daher verzichtbar und medizinisch nicht sinnvoll. Auch die Angabe des „Therapieziels“ macht keinen Sinn, da in der Regel das Ziel einer Heilmitteltherapie aus der Diagnose hervorgeht.

Auch die Differenzierung nach vorrangigen, optionalen und ergänzenden Heilmitteln hinterfragen wir. Der Arzt soll nur noch primäre (bisher vorrangige) Heilmittel verordnen. Die optionalen Hilfsmittel werden hier integriert.

Außerdem ist es dringend notwendig, die Heilmittel auf ihre Evidenz hin zu prüfen. Wir wollen das schrittweise tun und zunächst iden-

tifizieren, wo eine Evidenzüberprüfung notwendig ist. Aus meiner Sicht wäre es dann auch konsequent, diejenigen Heilmittel aus dem HMK zu streichen, die keine Evidenzlage vorweisen können.

**Und wie optimistisch sind Sie, was die Verhandlungen betrifft?**

Wir freuen uns, dass der G-BA nun beschlossen hat, dieses Reformvorhaben zu unterstützen. Wir haben jetzt einen offiziellen Auftrag. Aber sicher werden die konkreten Überlegungen und Ausformulierungen noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Ich denke, wir



Dr. Norbert Metke

brauchen mindestens noch das ganze nächste Jahr, um eine gemeinsame Grundlage mit allen Beteiligten für eine Reform zu finden. Ich hoffe, dass auf der Berliner Bühne ein Wunder eintritt, nämlich so pragmatisch gemeinsam Lösungen zu finden, wie das in Baden-Württemberg üblich ist. Sie wissen ja: Wir in BaWü können alles. *sm*

## Hausärzte wieder auf dem Vormarsch

*Patienten über einen langen Zeitraum begleiten*

**Nachwuchsmediziner können sich wieder vorstellen, nach dem Ende ihres Studiums als Hausarzt zu arbeiten. Das ist das Ergebnis einer gemeinsamen Umfrage des Hartmannbundes (HB) und der Techniker Krankenkasse (TK), an der sich rund 300 Studierende der Medizin beteiligt haben.**

Knapp jeder zweite Studierende in Baden-Württemberg zieht dies in Betracht. Etwa 20 Prozent sind noch gänzlich unentschieden und jeder dritte strebt eine Spezialisierung als Facharzt an. Für knapp 60 Prozent wäre auch eine Tätigkeit als Landarzt interessant.

Der positivste Aspekt der Hausarztstätigkeit ist laut Umfrage, dass man Patienten über einen langen Zeitraum begleiten kann. So sahen das knapp 90 Prozent der Befrag-

ten. Etwa die Hälfte glaubt außerdem, dass der Hausarzt als Lotse eine wichtige Schaltstelle im Gesundheitswesen ist. Acht von zehn Studierenden denken auch, dass die hausärztliche Tätigkeit ein großes medizinisches Spektrum abdeckt.

Wichtig ist es für die künftigen Ärzte aber vor allem, dass sie eine gute Kinderbetreuung und ein gutes Schulangebot am Tätigkeitsort vorfinden (73 Prozent) und dass ausreichende Angebote für Freizeit und Kultur zur Verfügung stehen (58 Prozent).

„Die vielfältigen Bemühungen der vergangenen Jahre, den Hausarzt-Beruf attraktiver zu machen, tragen nun Früchte“, sagte Andreas Vogt, Leiter der TK-Landesvertretung Baden-Württemberg. Beispiele seien das 2012 aufgelegte Landärzteprogramm der

Landesregierung, mit dem Hausärzten in unterversorgten Gebieten bis zu 30.000 Euro Unterstützung erhalten können. Zudem wurde das Fach Allgemeinmedizin an den medizinischen Hochschulen des Landes gestärkt durch die Bildung des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin an der Uniklinik Heidelberg. Auch die Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten bei der Weiterbildung und die Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen – etwa das Förderprogramm „Ziel und Zukunft“ – verbessern die hausärztliche Versorgung.

Die KVBW fördert seit 2015 mit diesem Projekt Praxisübernahmen und Praxisneugründungen sowie weitere Maßnahmen in ausgewiesenen Fördergebieten mit bis zu 60.000 Euro je Praxis. *pm*



Für junge Mediziner wieder attraktiv: Hausarzt auf dem Land

# Gemeinsam (be)handeln

Ideen zu einer integrierten Notfalldienststruktur

**Der Sachverständigenrat – die „Wirtschaftsweisen“ – im Gesundheitswesen hat sein nächstes Gutachten für Mitte nächsten Jahres angekündigt. Einen Teil davon hat er aber bereits jetzt vorgestellt. Hauptthema: Vorschläge für eine bundesweite Reform der Organisation des Notfalldienstes.**

Die Vorschläge sehen eine weitgehende Neuausrichtung der Struktur der organisierten Notfallversorgung vor – insbesondere für Patienten, die fußläufig, eigeninitiativ das Krankenhaus ambulant aufsuchen. Nach den Vorstellungen des Rates sollen ärztlicher Bereitschaftsdienst und Klinikambulanzen zusammengelegt werden: zu einem integrierten Notfallzentrum. Sie sollen als organisatorisch eigene Einrichtungen gemeinsam von den Krankenhäusern und den KVen, unter der Leitung der KVen, betrieben werden. In den integrierten

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist so etwas wie die „Wirtschaftsweisen“ der Gesundheitspolitik. Zu seinen Aufgaben gehört es, regelmäßig Gutachten zu relevanten Fragen des Gesundheitswesens zu erstellen und die Bundesregierung zu beraten. Vorsitzender ist Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Professor für Allgemeinmedizin an der Universität in Frankfurt/Main.

ten Notaufnahmen sollen dann Krankenhausärzte und Vertragsärzte nach einem Triage-System gemeinsam die Patienten versorgen. Wer ambulant behandelt werden kann, wird von den niedergelassenen Ärzten versorgt, die Kliniken übernehmen die stationären Fälle. Die Einrichtungen sollen 24 Stunden an sieben Tagen die Woche geöffnet sein.

Ausdrücklich verweist der Sachverständigenrat darauf, dass eine solche Einrichtung nicht in jedem Krankenhaus vorhanden sein muss. Die Länder sollen die Zahl und die Orte bestimmen, gegebenenfalls auch ausschreiben. Unklar ist, ob es dann überhaupt noch einen ärztlichen Bereitschaftsdienst in heutiger Form geben kann.

## Leitstelle koordiniert Patienten

Der Rettungsleitstelle, die die beiden Rufnummern 112 und 116117 disponieren soll, kommt eine zentrale Aufgabe zu. Sie weist den Patienten nach deren Anruf Termine in den integrierten Notaufnahmen zu und vermittelt gegebenenfalls sogar zu einem niedergelassenen Arzt. Patienten, die keinen Termin haben, aber trotzdem eine Notaufnahme aufsuchen, werden dort erst dann behandelt, wenn Kapazitäten frei sind; Patienten mit Termin werden vorgezogen. Damit findet eine Art Patientensteuerung statt. Zudem wollen die Mitglieder des Rates erreichen, dass die niedergelassenen Ärzte ihre Öffnungszeiten in den Abend-

stunden und auf die Samstage ausweiten. Dazu soll es entsprechende Anreize geben.

Ausdrücklich vorgesehen ist eine intensive Unterstützung durch IT-Systeme und einheitliche Prozesse. Der Notfalldienst würde zudem nicht mehr aus dem Budget der Vertragsärzte vergütet, sondern in einen eigenen Bereich überführt werden.

## Positive Reaktion

Bundesminister Hermann Gröhe (CDU) hat den Rat für seine Vorschläge gelobt, KBV-Chef Dr. Andreas Gassen hat ebenfalls grundsätzliche Unterstützung signalisiert. Zurückhaltend war die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Geschäftsführer Georg Baum war wenig begeistert von den Notfallzentren unter Führung der KVen. Für den Spitzenverband der Krankenkassen gehen die Empfehlungen des Rates ebenfalls in die richtige Richtung, aber auch hier Zurückhaltung, was eigenständige Notfallzentren an den Krankenhäusern angeht.

Wie geht es weiter? Die Umsetzung dieser Vorschläge wäre extrem aufwändig und komplex – auch wenn die Politik noch so überzeugt von ihrer Richtigkeit wäre. Sie betreffen neben Bundes- auch Landes- und Kommunalrecht sowie viele Beteiligte mit sehr unterschiedlichen Interessen. Dementsprechend regt der Rat Modellprojekte an, in denen diese Struktur erprobt werden könnte.



Koordinierte Patientenbehandlung

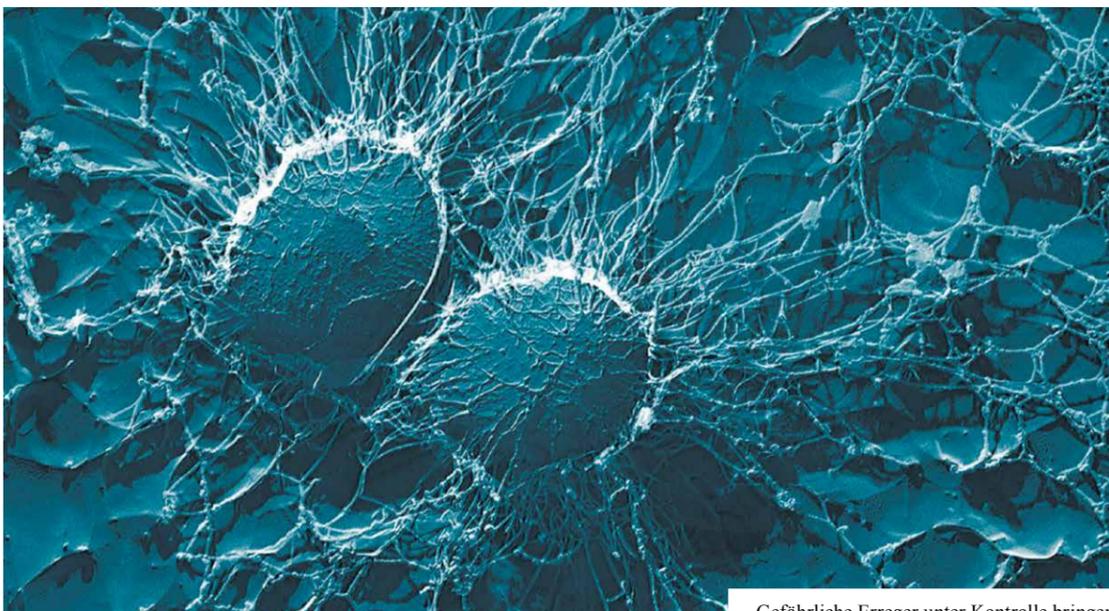
## Mit gutem Beispiel voran

Viele Elemente des Vorschlags werden den Ärzten in Baden-Württemberg bekannt vorkommen. Ausdrücklich hat der Sachverständigenrat die Notfalldienstreform im Land gelobt und sich in vielen Bereichen daran orientiert: Beispielsweise ist die Zusammenfüh-

rung von 112 und 116117 bei den Rettungsleitstellen in BaWü schon Realität. Und die Idee des Rates, dass Anrufer außer bei offensichtlich dringenden Notfällen zunächst mit besonders geschultem Personal oder einem Arzt für eine Erstberatung verbunden werden, hat ihre Entsprechung im DocDirekt-Projekt der KVBW. ks

## „Man sollte kritischer verordnen“

Durlacher Hausärztin berichtet über RESIST



Gefährliche Erreger unter Kontrolle bringen

Als der Penicillin-Entdecker Alexander Fleming 1945 den Nobelpreis für Medizin entgegennahm, ahnte er schon, dass Antibiotika irgendwann einmal nicht mehr wirksam sein würden. Heute sterben in Deutschland schätzungsweise bis zu 4.000 Menschen jährlich, weil

sie sich mit multiresistenten Keimen anstecken. Um die Zunahme von MRSA einzudämmen, bedarf es vielfältiger Anstrengungen. Zum Beispiel mit RESIST, einem Projekt der KBV, neun KVen und den Ersatzkassen (vdek), das vom Innovationsfonds gefördert wird.

Ziel ist es, nicht indizierte Antibiotikaverordnungen zu vermeiden und die Verschreibung von Breitspektrumantibiotika zu verringern. Auch in Baden-Württemberg können sich Ärzte in das Programm einschreiben.

Marianne Difflipp-Eppele, Allgemeinmedizinerin aus Karlsruhe

Durlach und Bezirksbeirätin der KV Baden-Württemberg, hat das bereits getan: „Ich bin immer für innovative neue Projekte zu haben, weil ich einfach neugierig bin. Mein Ziel ist es, so wenig und so sinnvoll wie möglich Antibiotika zu verordnen. Zwar bin ich auch in der Vergangenheit schon sehr sorgfältig in der Auswahl der Antibiotika gewesen, aber man kann immer dazulernen. Die Patienten kommen gerade jetzt in der Erkältungszeit häufig und wollen ein Antibiotikum, damit sie schneller gesund werden. Es ist oft sehr aufwändig, sie zu überzeugen, dass ein Antibiotikum bei einer simplen Erkältung keinen Sinn macht.“

Um den teilnehmenden Ärzten diese Arbeit zu erleichtern, erhalten sie von der KVBW ein Starterpaket. Enthalten sind Praxisinformationen zur praktischen Umsetzung des Projekts, Praxisposter, Patientenflyer und Entscheidungshilfen zur Antibiotikatherapie mit evidenzbasierten Wirkstoffempfehlungen. Difflipp-Eppele hat die Materialien bereits in der Praxis ausgelegt und die vorgeschriebene Onlineschulung gemacht: „Da habe ich noch ein paar Tipps bekommen, wie ich meine Patienten zur Einsicht bringen kann.“ Doch, appelliert sie, es gebe nicht nur fordernde Patienten:



Marianne Difflipp-Eppele

„Dass man kritischer verordnen sollte, muss sich auch unter uns Ärzten noch mehr verbreiten. Und auch dafür ist RESIST gut geeignet. Ich fürchte nur, dass diejenigen, die beim Projekt mitmachen, sowieso schon zurückhaltend verordnen.“ ef

➔ Weitere Informationen: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Verträge und Recht » Verträge von A bis Z » RESIST



# Was macht eigentlich ... Norbert Bonauer?

„Alles andere als KV...“



Verrückte Sachen machen: Norbert Bonauer

Der 66-jährige Diplom-Kaufmann lenkte fast 40 Jahre lang die Geschicke der KV-Verwaltung in Nordbaden. Nach dem Studium kam er als Assistent und dann Stellvertreter des Hauptgeschäftsführers zur KV Nordbaden in Karlsruhe. Später wurde er selbst Haupt-

geschäftsführer und in der darauf folgenden Zeit der KV Baden-Württemberg Leiter der Bezirksdirektion und Vorstandsbeauftragter. Norbert Bonauer war immer ein kompetenter Ansprechpartner für die nordbadischen Ärzte. Seit fünf Jahren ist er im Ruhestand – und hat weniger Zeit denn je.

Wenn man in etwa 4.000 Meter Höhe an der Tür eines Flugzeugs steht und nach unten blickt, könnte man eventuell auf die Idee kommen, einen Schritt zurück statt nach vorne zu gehen. Nicht so Bonauer. Denn der Schritt nach vorne beim Tandem-Fallschirmsprung war nur einer von vielen in Richtung eines neuen Lebens „nach der KV“.

## Zeit für die Familie

Ein anderer war der Gang aufs Standesamt. Durch die Heirat mit seiner Renate wurde Bonauer neben Ehemann auch gleich Vater einer erwachsenen Tochter sowie Großvater. Seither gibt es ein volles Opa- und Omaprogramm für die drei Enkel, besonders die sechsjährige Marie. Dann geht es zum Beispiel zum Kindermalen in die Kunsthalle, zum Eis essen und zum kleinen Eisbären ins Kino: Alles ganz schön zeitaufwändig: „Ich hab

noch nie so wenig Zeit gehabt wie jetzt“, schmunzelt Bonauer, „ich weiß, das sagt jeder, aber es stimmt, ich habe viele Termine, man trifft Freunde und alte Kollegen, macht Urlaub, Haus und Garten sind zu pflegen, es ist immer irgendetwas zu tun.“

## Freizeitkapitän

Mit einem schicken Charterboot in Friesland oder in den brandenburgischen Gewässern auf Havel oder Spree zu schippern, entspannt Körper und Seele. Das Boot dann auch selbst zu führen, machte ein weiterer Schritt möglich: die Motorbootführerscheine „Binnen“ und „See“ mit den zugehörigen Funkscheinen. Ein Zweitstudium, ein weiterer Traum für „danach“, ist in der Warteschleife: keine Zeit.

Durch die Gänge der KV gehen, in die Büros und nach den Mitarbeitern schauen: Bonauer war ein Chef, der sich kümmerte, einer zum Anfassen. „Ich denke manchmal an die Kollegen, wir treffen uns ab und zu im kleinen Kreis der Alten und noch Ak-

tiven. Dann und wann lese ich Zeitungsberichte, darüber, was sich politisch tut. Und wenn ich zurückdenke, denke ich am liebsten an die Zeit, als ich gestalterisch für die Belange der Ärzte tätig sein konnte, doch plagen mich weder Alb- noch Sehnsuchtsträume.“

Die Pläne für die Zukunft: lange gesund bleiben und viele verrückte Sachen machen, wie etwa Reisen, Schifffahren oder Fallschirm-Tandemspringen: „Ich



Entspannung pur

war höchst überrascht, dass ich keine Angst hatte; man verlässt sich dabei auf die Technik und den Tandemmaster“, lacht Bonauer, greift sein Jackett und meint, er müsse weiter: „Die nächsten Termine – ich komme ein andermal wieder.“ ef

## Anschlussversorgung ohne Lücken

Verordnungen im Rahmen  
des Krankenhaus-Entlassmanagements

Patienten haben ab dem 1. Oktober 2017 nach einer voll- oder teilstationären oder nach einer stationsäquivalenten Behandlung im Krankenhaus einen Anspruch auf ein Entlassmanagement.

Demnach dürfen die Krankenhäuser feststellen, welche ambulanten Leistungen nach dem Klinikaufenthalt nötig sind und diese

einleiten. Der entlassende Arzt informiert den Patienten über die Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und stellt für einen nahtlosen Übergang einen Entlassplan auf. Am Entlasstag erhält der Patient – wenn der Patient einwilligt auch der Arzt, der die Anschlussversorgung durchführt – einen Entlassbrief.

Krankenhäusern ist es zukünftig auch erlaubt, Verordnungen

von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von häuslicher Krankenpflege oder Soziotherapie auszustellen und eine Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Arzneimittel dürfen sie in der kleinsten Packungsgröße verschreiben, um die Übergangsphase von der stationären in die ambulante Versorgung zu überbrücken.

Die weiteren Verordnungen können die Versorgung von einem Zeitraum von einer Woche nach der Entlassung gewährleisten. Das gilt auch für Leistungen wie häusliche Krankenpflege und Heilmittel. Die KVBW wird einen Fragen-Antworten-Katalog erstellen und auf der Homepage hinterlegen, um die Vertragsärzte bei möglichen Fragen zum Entlassmanagement zu unterstützen. ef/cs

## Einweisung ins Krankenhaus

Psychotherapeuten dürfen jetzt verordnen

Seit Juni können Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei bestimmten Indikationen Verordnungen für Krankenhausbehandlungen und Krankentransporte ausstellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die entsprechenden Richtlinien angepasst.

Psychotherapeuten dürfen Patienten in ein Krankenhaus einweisen, wenn diese aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen stationär behandelt werden müssen. Dies gilt bei Diagnosen, bei denen nach der Psychotherapie-Richtlinie

eine Psychotherapie sowie eine neuropsychologische Therapie möglich sind. Für die übrigen Indikationen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10-GM muss sich der Psychotherapeut mit dem behandelnden Arzt abstimmen.

Psychotherapeuten, die einem Patienten eine Krankenhausbehandlung verordnet haben, können ihm auch die Fahrt dorthin verordnen. Voraussetzung ist, dass die Beförderung medizinisch notwendig ist und der Patient aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann, beispielsweise mit seinem Pkw oder öffentlichen Verkehrsmitteln.

Fahrten zur ambulanten Behand-

lung sind nur bei dauerhafter Mobilitätseinschränkung ordnungsfähig. Diese kann vorliegen bei Schwerbehinderung (Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“), Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 3, 4 oder 5) oder bei psychischen Erkrankungen, die mit einer starken Einschränkung der Mobilität einhergehen. Patienten müssen sich die Fahrten zur ambulanten Behandlung vorab von ihrer Krankenkasse genehmigen lassen, damit diese die Kosten übernimmt.

Mit der Anpassung der Richtlinie voraussichtlich ab 1. Januar 2018 dürfen Psychotherapeuten außerdem Soziotherapie sowie Maßnahmen zur psychotherapeutischen Rehabilitation verordnen.

➔ Weitere Informationen: [www.kbv.de](http://www.kbv.de) » [Aktuell](#) » [Praxisnachrichten vom 08.06.2017](#)

## 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](mailto:pressereferat@kvbawue.de) oder über [www.kvbawue.de/kvbw-newsletter](http://www.kvbawue.de/kvbw-newsletter)

## Termine melden!

Die **Terminservicestelle (TSS)** benötigt **Terminmeldungen – insbesondere von Fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkten wie Rheumatologie, Endokrinologie sowie von Psychotherapeuten.**

Ärzte und Psychotherapeuten können das Webportal eTerminservice der KVen nutzen, um die Termine einzutragen, die sie freihalten (Richtwert: mindestens drei Termine pro Arzt und Woche; bei Psychotherapeuten einmal 50 Minuten Sprechstunde pro Woche und/oder einmal 50 Minuten Akutbehandlung pro Monat.) Die Zugangsdaten für den Terminservice liegen im Dokumentenarchiv des Mitgliederportals bereit. In Ausnahmefällen können Termine auch per Fax oder E-Mail gesendet werden.

Rückmeldung über Termine, die die Terminservicestelle an Patienten vergeben hat, erhalten Praxen seit 1. Mai 2017 automatisiert aus der Software eTerminservice. Daher müssen Fachärzte und Psychotherapeuten in ihrem Praxisprofil unbedingt einen Benachrichti-

gungskanal (E-Mail oder Fax) einrichten. Die bisherige manuelle Fax-Benachrichtigung bei TSS-Terminbuchungen entfällt.

Seit 1. April 2017 werden auch Termine bei Psychotherapeuten von der Servicestelle vermittelt. Seitdem hat sich die Zahl der Anrufer bei der Terminservicestelle nahezu verdoppelt. Während im März 2017 1.862 Anrufer registriert wurden, waren es im Juli 3.461. Insgesamt wurden bei der Terminservicestelle seit Februar 2016 31.408 Anrufe entgegengenommen, 10.633 Termine konnten vermittelt werden.

➔ eTerminservice (Kontakt für Ärzte) 0711 7875-3960, [terminservice@kvbawue.de](mailto:terminservice@kvbawue.de)  
eTerminservice (Kontakt für Psychotherapeuten) 0711 7875-3949, [terminservice@kvbawue.de](mailto:terminservice@kvbawue.de) » [Praxis Unternehmen Praxis](#) » [IT & Online-Dienste](#) » [Terminservicestelle](#)

# „Roter Knopf“ für Lungenkranke

Fachärztliche Präsenz auch im ländlichen Raum sicherstellen

**Ärztmangel ist kein neues, aber nach wie vor ein drängendes Problem. Um es zu lösen, werden innovative Projekte gebraucht, die einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung leisten. In einer kleinen Serie in ergo werden die Projektvorschläge vorgestellt, die beim ZuZ-Innovationsfonds überzogen haben. Wie etwa ein Projekt, das die Versorgung von Lungenkranke im ländlichen Raum verbessern soll.**

Die Asthmatiker und COPD-Patienten in Baden-Württemberg haben oft lange Anfahrtswege zu ihrem Facharzt – besonders auf dem Land. Das Problem: Viele Pneumologen konzentrieren sich in größeren Städten und in Großpraxen. Wie kann man also dafür sorgen, dass diese Patienten seltener zur Sprechstunde kommen müssen und trotzdem gut versorgt werden? Diese Frage stellten sich die Initiatoren des Projektes „IT-gestützte Flächenversorgung, speziell in der Pneumologie“ aus Ulm.

Projektverantwortlicher Dr. Michael Barczok, Lungenfacharzt erklärt: „Asthma und COPD sind Krankheitsbilder, die man relativ gut planen kann. Man legt einen

Ablauf über einen längeren Zeitraum fest, sagt beispielsweise bei Pollenallergikern, sie sollen in der Pollensaison ein Cortisonspray benutzen. Dies können sie dann aber vermutlich im Herbst weglassen, dann aber eine Hyposensibilisierung beginnen.“ Wenn es gelingt, alle Beteiligten über moderne Kommunikationskanäle zu vernetzen, dann könnten Kontrolltermine beim Arzt eingespart werden und die Termine an Notfallpatienten vergeben werden.

## Individueller Behandlungsplan

Mit dem Tool „Patientenfigurator“, einer Art elektronischer Patientenakte, könnte die Planung festgelegt werden. Das Verhalten von Lungen- und Hausarzt, Patienten und Apotheker soll in die elektronische Patientenakte aufgenommen werden. Alle Beteiligten haben darauf Zugriff. So sieht der Lungenarzt beispielsweise, ob der Patient das Medikament überhaupt in der Apotheke abgeholt hat und sich an seinen individuellen Behandlungsplan hält. Der Hausarzt kann weitere Ergebnisse eintragen, wie etwa Ergebnisse eines Labortests. Der Patient selbst kann protokollieren, wie er sich fühlt oder was er benötigt.



Lungenerkrankungen können gut in dem IT-Projekt behandelt werden.

Barczok: „Das Ziel ist, dass ich den Patienten besser im Blick habe als früher. Außerdem bekommt er einen ‚roten Knopf‘ für einen Notfalltermin. Dann kann er innerhalb von 24 Stunden in die Praxis kommen, was für viele COPD-Patienten eine enorme Beruhigung ist.“

## Start im neuen Jahr

Noch ist das Projekt „IT-gestützte Flächenversorgung, speziell in der Pneumologie“ in der Planungsphase. Gerade wird die technische Infrastruktur entwickelt. Geplant ist, dass sich etwa 60 Praxen beteiligen. Gefördert

wird das Konzept nicht nur durch den Innovationsfonds von „Ziel und Zukunft Baden-Württemberg“ (ZuZ) der KVBW sondern es erhielt auch einen Förderbescheid vom Sozialministerium, überreicht von Landwirtschaftsminister Peter Hauk und Sozialminister Manne Lucha. ef

## Was ist meine Praxis wert?

KVBW bietet „Orientierungshilfe Praxiswert“ an



Orientierung bringt Zufriedenheit bei beiden.

**Wer seine Praxis abgeben möchte, dem stellen sich viele Fragen. Wie finde ich einen geeigneten Nachfolger? Was ist meine Praxis wert? An wen kann ich mich mit meinen Fragen wenden? Die KV Baden-Württemberg hat Lösungen. Und sie bringt Abgeber und Nachfolger an einen Tisch.**

Etwa 500 Mal im Jahr bekommen die betriebswirtschaftlichen Fachberater der KVBW Anfragen von Ärzten oder Psychotherapeuten auf den Tisch. Sie sollen mit ihrer neutralen Sicht den Wert einer Praxis ermitteln, um den Mitgliedern eine Orientierung zu geben, wie viel sie für ihre Praxis verlangen können, wenn sie sie abgeben möchten.

Die „Orientierungshilfe zum Praxiswert“ wird für die Mitglieder kostenlos angeboten. Die KV-Berater ermitteln den Wert mit Hilfe einer modifizierten Ertragswertmethode. So wird der Gesamtwert der Praxis

**„schnelle  
Bearbeitung,  
unkomplizierte  
Antragstellung“**

bestimmt, bestehend aus einem materiellen Wert, in dem sich das Mobilium, die gerätetechnische Ausstattung und die Einbauten widerspiegeln, und dem „Goodwill“, dem immateriellen Wert, der etwas über die

Stellung der Praxis in ihrem Umfeld aussagt. Dazu zählen die Patientenstruktur, die zuweisenden Ärzte, der Standort der Praxis und die Arztdichte, die Umsatzzahlen und der Gewinn. Beraterin Carola Bullinger aus der BD Karlsruhe erklärt: „Eine Praxisbewertung bedarf einer fundierten Vorabanalyse der Ist-Daten sowie eines Blickes in die Zukunft.“ Der ermittelte Wert kann als Basis für Verkaufsverhandlungen verwendet werden, ist aber unverbindlich für beide Seiten.

Auch für einen potenziellen Praxisnachfolger ist die Beratung interessant, denn die KV-Berater können den Kontakt zwischen Abgeber und Nachfolger herstellen. Neben dem Einblick in die Struktur seiner Wunschpraxis erhält Letzterer eine auf der betriebswirtschaftlichen Analyse basierende Liquiditätsprognose. Sie kann ihn bei der Entscheidungsfindung unterstützen und als Teil des Businessplans bei Finanzierungsgesprächen verwendet werden.

Auch wenn es bis zur Praxisabgabe noch etwas dauert: „Es macht durchaus Sinn, frühzeitig eine Praxisbewertung in Auftrag zu geben“, so Bullinger, „weil wir auf Optimierungspotenzial hinweisen. Das heißt, man kann mit Blick auf den Verkauf gemeinsam nach Lösungsansätzen suchen und effizienzsteigernd gegensteuern, wenn man wirtschaftliche Probleme rechtzeitig erkennt.“

Häufig wird nach Durchschnittswerten für Praxen gefragt. Doch diese würden einer Praxis nicht gerecht werden. „Wir bestimmen immer den individuellen Wert der Pra-

xis, weisen aber darauf hin, dass der zu vereinbarende Preis davon abweichen kann. Welcher Verkaufserlös erzielt wird, ist eine Frage von Angebot und Nachfrage“, sagt Bullinger. Sicher ist jedoch: „Wenn man als Existenzgründer eine ertragsreiche Praxis zu einem vertretbaren Preis übernimmt, verringert sich nicht nur das unternehmerische Risiko, sondern der bezahlte Preis stellt in der Regel einen Startvorteil ge-

**„freundlicher,  
kompetenter und  
sehr fundierter  
Service“**

genüber einer Neugründung dar.“ Indem man als Nachfolger in die Abschlagszahlungen des Vorgängers eintreten kann, verfügt man vom ersten Monat an über beachtliche KV-Einnahmen. Hinzu kommen fast immer ein vorhandener Patientenstamm, ein eingespieltes Praxisteam und strukturierte Arbeitsabläufe.

Die Orientierungshilfe Praxisbewertung ist von Prof. Ernst Troßmann von der Universität Hohenheim mittlerweile zum zweiten Mal als „vollständige Zukunftsorientierung“ und als „wissenschaftlich fundiert und in sich schlüssig“ bezeichnet und testifiziert worden. ef

## Patienten vertrauen den niedergelassenen Ärzten

**Gleich zwei Erhebungen belegen, dass das Vertrauensverhältnis zu den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sehr gut ist. Gleichzeitig spiegeln sie die Folgen des demografischen Wandels in Deutschland wider.**

Wie auch in den Vorjahren haben 90 Prozent der Befragten das Vertrauensverhältnis zu ihren Ärzten mit „gut“ bis „sehr gut“ bewertet. Sehr gute Noten erhielt auch die Kommunikation der Niedergelassenen mit ihren Patienten. Insgesamt 92 Prozent der Befragten haben auf Basis der Ausführungen ihres zuletzt besuchten Arztes besser verstanden, mit welcher Krankheit sie konfrontiert sind. Ebenso viele konnten auch gut nachvollziehen, wie ihre Behandlung aussieht und was sie selbst dazu beitragen können.

Im Auftrag der KBV hatte die Forschungsgruppe Wahlen im Zeitraum vom 15. Mai bis zum 27. Juni 2017 eine telefonische Umfrage bei über 6.000 Versicherten zu ihrer Einschätzung der Versorgungssituation in Deutschland gemacht. Zusätzlich führte die Patientenprojekte GmbH eine qualitative Untersuchung mit Fokusgruppen mit ähnlichen Fragestellungen in vier verschiedenen Regionen durch. kbv

# Resilienz für Ärzte

*Widerstand ist alles andere als zwecklos!*



Wenn die Belastung zu hoch wird: Resilienz stärken.

**Chronischer Stress und Burn-out sind Probleme, mit denen jeden Tag Patienten in die Arztpraxen kommen und Hilfe suchen. Wie aber sieht es bei den Ärzten selbst aus? Wie gehen sie mit den Belastungen, die ihre Gesundheit gefährden, in ihrem eigenen beruflichen Alltag um?**

## Warum Ärzte häufig leiden

Wissenschaftliche Untersuchungen, die sich mit psychischen

Belastungen von Ärzten beschäftigen, weisen regelmäßig darauf hin: Ärzte sind, neben Lehrern, die am häufigsten vom Burn-out-Syndrom betroffene Berufsgruppe in Deutschland. Eine 2011 von der Uniklinik Heidelberg veröffentlichte Studie über „Resilienz im Arztberuf“ bezeichnet diesen sogar als „besonders gesundheitsgefährdende Tätigkeit“.

Die Anforderungen an Ärzte sind enorm und vielschichtig: Sie sind Behandler, stehen als Unter-

nehmer oder Kollegen im Wettbewerb, müssen neben fachlichen Fortbildungen auch immer mehr Bürokratie bewältigen und haben ein oft viel zu hohes Arbeitspensum. Dazu kommen der hohe ethische Anspruch des Arztberufs und die daraus resultierenden Erwartungen der Patienten. Kein Wunder also, dass manche Ärzte permanent an ihren Grenzen sind – geistig, körperlich und emotional. Zusätzliche Belastungen, auch im privaten Bereich, können das

labil gewordene innere Gleichgewicht schnell kippen lassen. Im schlimmsten Fall kann es zum Burn-out mit Folgeerkrankungen wie Angstzuständen, Depressionen, Substanzmissbrauch bis hin zur Suizidgefahr kommen.

## Wie kann man Resilienz entwickeln?

„Welche Belastungen am Ende zum Burn-out führen können, hängt stark von der Persönlichkeit der Betroffenen ab“, meint Fritz Erhardt, der als Psychologischer Psychotherapeut in Wüstenrot praktiziert. „Nicht jedem fällt es leicht, die persönliche Belastung zu begrenzen. Der Arztberuf fordert viel inneres Engagement und ist sehr leistungsorientiert. Das fängt beim Numerus Clausus für das Studium an und setzt sich in der gesamten Ausbildungszeit bis in die eigene Praxis fort.“ Erhardt rät deshalb, genau zu beobachten, wann für einen selbst Stress entsteht und welche Faktoren ihn auslösen. „Wer seine eigenen Grenzen erkennt, kann sie mit den beruflichen Anforderungen in Einklang bringen und eine Überforderung vermeiden. Dabei kann auch der Austausch mit Kollegen helfen oder eine Supervision, wie zum Beispiel eine Balint-Gruppe zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung. Ärzte nehmen diese Möglichkeiten aber noch viel zu selten wahr.“

Außerdem empfiehlt Erhardt, persönliche Beziehungen zu pflegen und privaten Interessen genügend Raum zu geben. „Das kann

beispielsweise in einer Gemeinschaftspraxis dadurch geschehen, dass einer der Ärzte um 7.00 Uhr anfängt und nachmittags aufhört und der andere erst spät beginnt und bis 19.00 Uhr arbeitet. So bleibt das Angebot für die Patienten umfassend und die Praxis arbeitet effizient.“

## Auch die Institutionen sind gefordert

Bereits 2005 hat der 108. Deutsche Ärztetag die Politik aufgefordert, „bei allen Regelungen vertragsärztlicher Tätigkeit [zu] berücksichtigen, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte langfristig nicht über ihre körperlichen und psychischen Grenzen hinaus belastet werden“. Auch die Ärztekammern sollen für ihre Mitglieder Informations- und Hilfsangebote entwickeln.

Das jüngste derartige Angebot hat die Bezirksärztekammer Nordbaden am 1. August dieses Jahres gestartet: Das Pilotprojekt „Kollegielle Anonyme Ärztliche Beratung“ (KAAB) bietet Erstberatungen von Ärzten für Ärzte an, die Anzeichen eines Burn-out an sich selbst entdecken oder ihre Belastungssituation vorbeugend verbessern möchten. Die Beratung erfolgt ausschließlich anonym im Internet; Name und Kontaktdaten werden an keiner Stelle abgefragt. *mf*

➔ Mehr Informationen:

<http://www.aerztekammer-bw.de> » [Ärzte](#) » [Ihre Kammern](#) » [BÄK Nordbaden](#) » [Kollegielle Anonyme Ärztliche Beratung](#)

## Gemeinsam Zukunft gestalten

**In den Gemeinden in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg sieht es nicht anders aus als in vielen anderen ländlichen Gemeinden: Hausärzte fehlen, Fachärzte sind nur noch in den größeren Städten zu finden. Und doch gibt es einen Unterschied: Ein zukunftsweisendes Modellprojekt widmet sich dem Problem.**

Die Vertreter der Landkreise Schwarzwald-Baar, Rottweil und Tuttlingen haben die Herausforderung angenommen. Sie betrachten die medizinische Grundversorgung als einen elementaren Aspekt der Daseinsvorsorge und damit ihrer Verantwortung gegenüber den Bürgern.

Gemeinsam mit der KVBW haben sie daher Anfang 2017 das „Modellprojekt zur Sicherung der ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg“ gegründet, das alle Beteiligten zusammenbringt: Regionalpolitiker und Gemeinderäte, Ärzte und Apotheker, Krankenkassen und KV. Und nicht zuletzt hat jeder einzelne Bürger die Möglichkeit, sich am Dialog zu beteiligen und Einfluss auf die weitere Entwicklung zu nehmen.

Dafür wird es – nach den bereits stattgefundenen Auftaktveranstaltungen im Juli – bis zum März 2018 Zukunftswerkstätten geben, in denen neue konzeptionelle Ideen zur Gesundheitsversorgung und Nachwuchsgewinnung entwickelt werden sollen. Diese Veranstaltungen werden nicht auf Kreisebene stattfinden, sondern sehr viel kleinräumiger in einzelnen Gemeinden. So wollen die Projektverantwortlichen die regionalen Diskussionen anstoßen und jeweils individuelle Lösungen schaffen, die zu den konkreten Bedingungen vor Ort passen.

Darüber hinaus wurden akademische Partner gewonnen: Das Institut für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt und das wissenschaftliche Beratungsinstitut Quaestio begleiten das Modellprojekt wissenschaftlich. Vertreter beider Institutionen haben zu den Auftaktveranstaltungen bereits umfangreiche Analysen zur ambulanten medizinischen Versorgung in den Landkreisen vorgelegt. Nun gilt es gemeinsam die Zukunft zu gestalten. *sm*

➔ Mehr zum Modellprojekt finden Sie hier: [www.landarzt-sbh.de](http://www.landarzt-sbh.de)

## Hygiene-Ecke

### Anzeigepflicht für Waagen in der Heilkunde



Gut gewogen ist halb gewachsen!

**Alle Waagen, die in Deutschland in der Heilkunde eingesetzt werden, müssen gemäß der Mess- und Eichverordnung (§1 Abs. 2 Nr. 3) geeicht sein. Entsprechende Waagenarten, wie sie auch in Arztpraxen angewendet werden, sind Personenwaagen und Säuglingswaagen. Für Säuglingswaagen gilt darüber hinaus eine regelmäßige Nacheichungspflicht: Sie müssen alle vier Jahre nachgeeicht werden. Für Personenwaagen (Steh-, Sitz-, Lifter-, Plattformwaagen) besteht diese Pflicht hingegen nicht: Ist eine Personenwaage bei der Anschaffung geeicht, unterliegt sie keiner regelmäßigen Eichfrist.**

Seit dem 1. Januar 2015 gilt außerdem eine Anzeigepflicht für die in der Heilkunde eingesetzten Waagen. Bis spätestens sechs Wochen nach der ersten Nutzung müssen medizinische Waagen beim zuständigen Eichamt angezeigt werden (§32 Mess- und Eichgesetz). Die entsprechende Registrierung erfolgt elektronisch mit einem durch das Eichamt zur Verfügung gestellten Formular. Die Meldeplattform in Baden-Württemberg ist auf der Seite des Eich- und Beschusswesens [www.mebw.de](http://www.mebw.de) unter dem Stichwort „Zur Verwenderanzeige“ zu finden. Alternativ kann auch der Anzeige-Service des Waagen-Herstellers genutzt werden; namhafte Hersteller von medizinischen Waagen bieten das an. Mit der eingeführten Anzeigepflicht soll die Über-

wachung des Eichgesetzes durch die Behörde erleichtert werden.

Werden nicht oder fehlerhaft geeichte Waagen verwendet oder zu spät angezeigt, stellt dies eine Ordnungswidrigkeit dar und kann mit einem Bußgeld geahndet werden. *ka*

### Alle Pflichten im Zusammenhang mit der Verwendung von medizinischen Waagen in der Arztpraxis im Überblick:

- Nur geeichte Waagen kaufen und verwenden,
- Säuglingswaagen alle vier Jahre eichen lassen (Geeichte Personenwaagen haben eine unbegrenzte Eichgültigkeit),
- neu angeschaffte medizinische Waagen innerhalb von sechs Wochen nach der ersten Nutzung beim Eichamt anzeigen,
- Waagen, die vor dem 1. Januar 2015 in Betrieb genommen wurden, müssen nicht angezeigt werden.

# Auf der sicheren Seite

Therapieleitfäden helfen bei der wirtschaftlichen Verordnung und können vor Regressen schützen

**Arzneimittel wirtschaftlich verordnen? Nicht immer ganz leicht. Davon kann vermutlich jeder niedergelassene Arzt ein Lied singen. Vor allem bei Krankheiten, deren Therapie verschiedene Optionen bietet, ist es für den Niedergelassenen oft schwierig einzuschätzen, ob er mit einer bestimmten Arzneimitteltherapie wirtschaftlich handelt.**

Um hier für die Ärzte für mehr Sicherheit zu sorgen, ist die KVBW im Jahr 2013 gemeinsam mit den Krankenkassen und den gemeinsamen Prüfungseinrichtungen einen ganz neuen – vorbildlichen – Weg gegangen. Im Rahmen des Projekts „Rationale Pharmakotherapie spezifischer Krankheitsbilder“ brachte sie Orientierungshilfen für eine wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln bei bestimmten Krankheitsbildern auf den Weg. Und zwar gemeinsam und im Einvernehmen mit Krankenkassen

und Prüfeinrichtungen.

In den Leitfäden werden alle Therapieoptionen hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit in einer Stufentherapie im Therapieverlauf dargestellt. Orientiert sich ein Arzt in der Arzneimitteltherapie hinsichtlich der Indikationsstellung, Kontrolle und Dauer an den Empfehlungen der Therapieleitfäden, gilt diese als wirtschaftlich. Sollte es zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung kommen, werden die Therapieleitfäden zur Bewertung oder Indikation der Verordnungsweise herangezogen. „Hat sich der Arzt nach den Empfehlungen unserer Therapieleitfäden gerichtet, ist er auf der sicheren Seite“, wirbt Dr. Norbert Metke, Vorstand der KV Baden-Württemberg.

Die ärztliche Therapiefreiheit wird hierdurch nicht eingeschränkt. Wie bei jeder Behandlung sollte der Arzt auch in der Arzneimitteltherapie gerade bei der Wahl aufwändiger, mit mehr Nebenwirkungen verbundener oder auch teurer



Wirtschaftlich verordnen dank Therapieleitfäden

Therapieoptionen die zugrunde liegenden Entscheidungen nachvollziehbar dokumentieren.

Den ersten Aufschlag machte die KVBW mit einem Leitfaden zur Osteoporosetherapie. In Kooperation mit Professor Dr. Dr. Christian Kasperk (Leiter der Sektion Osteologie an der Uniklinik Heidelberg) wurde im Februar 2013 der Leitfaden erstellt, im Verordnungsforum 25 veröffentlicht und seitdem kontinuierlich aktualisiert.

Anknüpfend daran erschienen weitere Therapieleitfäden zur Demenz, zum nicht-neoplastisch bedingten chronischen Schmerzsyndrom, zur unipolaren Depression und zur spezifischen Immuntherapie. Ein Therapiehinweis zur chronischen Hepatitis C wird derzeit überarbeitet; weitere folgen zeitnah. Diese Texte verfassten die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen zusammen mit namhaften externen Autoren sowie mit der Unter-

stützung von Vertragsärzten, der KVBW und den Krankenkassen. „Da ist uns etwas Einmaliges gelungen“, erklärt Metke. „Wir haben es geschafft, uns mit allen Vertragspartnern auf diese Therapieempfehlungen zu einigen. Und die Ärzte müssen in diesen Fällen keine Prüfung mehr fürchten.“ Weitere Leitfäden für verordnungsrelevante Krankheitsbilder seien in Planung.

Auch mit der Abschaffung der Richtgrößen bei den Arzneimittel-Verordnungen und der Einführung der neuen Richtwert-Systematik in der Wirtschaftlichkeitsprüfung setzen die Vertragspartner für die Zukunft auf die Veröffentlichung gemeinsamer abgestimmter Therapieleitfäden als Orientierungsmöglichkeit. *kas/sm*

➔ Sie finden die Leitfäden auf der Homepage der gemeinsamen Prüfungseinrichtungen: [www.gpe-bw.de](http://www.gpe-bw.de) » [Facharztgruppen](http://www.facharztgruppen.de)

## Alles was Recht ist

Eine neue Rubrik beantwortet juristische Fragen aus der Praxis



Das Team in der Rechtsberatung: Katja Schwalbe, Dr. Leonie Hübner, Diana Wöhr, Holger Schmidt (v.l.n.r.)

**ergo hat eine neue Rubrik. An dieser Stelle werden die Mitarbeiter des Rechtsbereichs der KVBW künftig rechtliche Fragestellungen aus dem Praxisalltag erläutern oder über wichtige Entscheidungen aus der Rechtsprechung informieren. Den Anfang macht die Vorstellung der Rechtsberatung selbst: Was bietet sie den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten? Wo liegen ihre Grenzen?**

Ein Patient kommt nach seinem Sommerurlaub in die Praxis und möchte rückwirkend eine Arbeitsunfähigkeit attestiert bekommen. Wie sollte sich der Arzt verhalten?

Die Polizei ruft in einer Praxis an: Sie sucht dringend ein vermisstes 15-jähriges, schwangeres Mädchen und fragt nach, ob es in der Praxis zur Behandlung war. Darf der Arzt darüber Auskunft geben?

Ein 14-jähriger Junge möchte eine Psychotherapie machen, seine Eltern sollen dies aber möglichst nicht gleich erfahren.

Heikle Situationen aus der Pra-

xis, für die es bei der KVBW kompetente Ansprechpartner gibt, die weiterhelfen können. „In solchen Fällen bekommt der Arzt oder Psychotherapeut von uns qualifizierte Auskünfte. Wir können ihn unter dem rechtlichen Gesichtspunkt bei der Entscheidungsfindung unterstützen“, erläutert Rechtsanwältin Yvonne Motzer, Leiterin des Rechtsbereichs.

„Wir beraten zu allen Themen des originären Vertragsarztrechts und bearbeiten mehr als 2.000 Fälle pro Jahr. Vertragsärztliche und -psychotherapeutische Pflichten in all ihren Spielarten sind die großen Themen. Daneben klären wir den Arzt und Psychotherapeuten natürlich auch über seine Rechte auf“, ergänzt Dr. Leonie Hübner, Sachgebietsleiterin, Allgemeine Rechtsfragen und Widerspruchsausschüsse. „Aber letztlich bleibt es immer bei der persönlichen Entscheidung des Arztes.“

Die Mitarbeiter des Rechtsbereichs dürfen nur zu Themen beraten, die dem behördlichen Auftrag der KVBW entsprechen. „Zum

Beispiel ist eine Gestaltung individueller Verträge ausgeschlossen. Das ist Aufgabe der freien Rechtsanwaltschaft auf der Grundlage des Rechtsdienstleistungsgesetzes“, erklärt Hübner.

„Auch bei strafrechtlichen Einschätzungen halten wir uns eher bedeckt“, so Hübner weiter. Typisches Beispiel dafür sei das Antikorruptionsgesetz. „Dazu werden wir viel angerufen und geben auch gern allgemeine Auskünfte zum Inhalt des Gesetzes und zu abstrakten typischen Risikokonstellationen.“ Die strafrechtliche Bewertung des Einzelfalles müssten sie und ihre Kollegen jedoch auch der freien Anwaltschaft überlassen. Vielen Ärzten helfe aber bereits eine erste inhaltliche Einschätzung für ihre Entscheidungsfindung weiter.

Grundsätzlich berät Hübner gemeinsam mit ihrem Team alle Mitglieder der KVBW. „Melden Sie sich bei uns, wir unterstützen Sie gern“, lädt Hübner abschließend ein. *sm*

➔ Rechtsbereich der KVBW: [recht@kvbawue.de](mailto:recht@kvbawue.de)

## Gemeinsam gegen Hausarztmangel

KVBW-Verbundweiterbildung gegründet

Mit strukturfördernden Maßnahmen sollen zukünftig mehr junge Ärzte für die Allgemeinmedizin gewonnen werden, damit die hausärztliche Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, gesichert wird.

Um dies zu realisieren, haben sich die Landes- und Bezirksärztekammern und die Universitäten in Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm auf ein gemeinsames Weiterbildungsprogramm für Ärzte in Weiterbildung verständigt, die KVBW-Verbundweiterbildung<sup>plus</sup>.

Angehende Hausärzte haben mit dem Programm die Möglichkeit, an einem begleitenden Seminarprogramm teilzunehmen und im Mentoring-Programm Unterstützung während der Weiterbildung zu erhalten. Weiterbilder werden in Train-the-Trainer-Seminaren unterstützt. Für angehende Allgemeinärzte, die sich in die KVBW-Verbundweiterbil-

dung<sup>plus</sup> einschreiben, und für Weiterbilder in Klinik und Praxis, die mit der KVBW-Verbundweiterbildung<sup>plus</sup> kooperieren, werden daher zukünftig regionale Ansprechpartner in Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm zur Verfügung stehen. Für niedergelassene weiterbildende Ärzte und für Krankenhäuser, die die Bildung eines Weiterbildungsverbundes planen, wird es an den Bezirksärztekammern Ansprechpartner geben. Darüber hinaus sind die zuständigen Bezirksärztekammern weiterhin die Ansprechpartner für Fragen der ärztlichen Weiterbildung.

Das KVBW wird durch die kooperierenden Kliniken und Praxen sowie durch Mittel gemäß der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V finanziert. *pm*

➔ Weitere Informationen: [www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de](http://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de)

## Arzt-Patienten-Forum

Die Veranstaltungsreihe „Arzt-Patienten-Forum – Gesundheit im Gespräch“ ist in das Wintersemester mit über 100 Veranstaltungen gestartet. Die Reihe wird von der KVBW und dem VHS-Landesverband veranstaltet und trägt erfolgreich zur Gesundheitsbildung bei. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten informieren in allgemeinverständlichen Vorträgen über Gesundheitsthemen aller Art. Im Anschluss können sich die Besucher mit ihren Fragen direkt an die Referenten wenden.

Das aktuelle Programm bietet wieder Vortragsveranstaltungen zu

vielen verschiedenen Krankheitsbildern wie Bluthochdruck, Tinnitus oder Parkinson. Wenn auch Sie Ihre Patienten auf die Veranstaltungsreihe aufmerksam machen wollen, dann bestellen Sie bei der KVBW Plakate und Flyer für Ihre Praxis. Ganz bequem über die Website der KVBW können Sie das Bestell-PDF herunterladen, am Monitor ausfüllen und – wenn Sie möchten – auch gleich per Knopfdruck als E-Mail an uns senden. Danach erhalten Sie die Unterlagen direkt in Ihre Praxis.

➔ [www.kvbawue.de/ap-forum-bestellformulare/](http://www.kvbawue.de/ap-forum-bestellformulare/)

# Endlich Vertragsarzt!

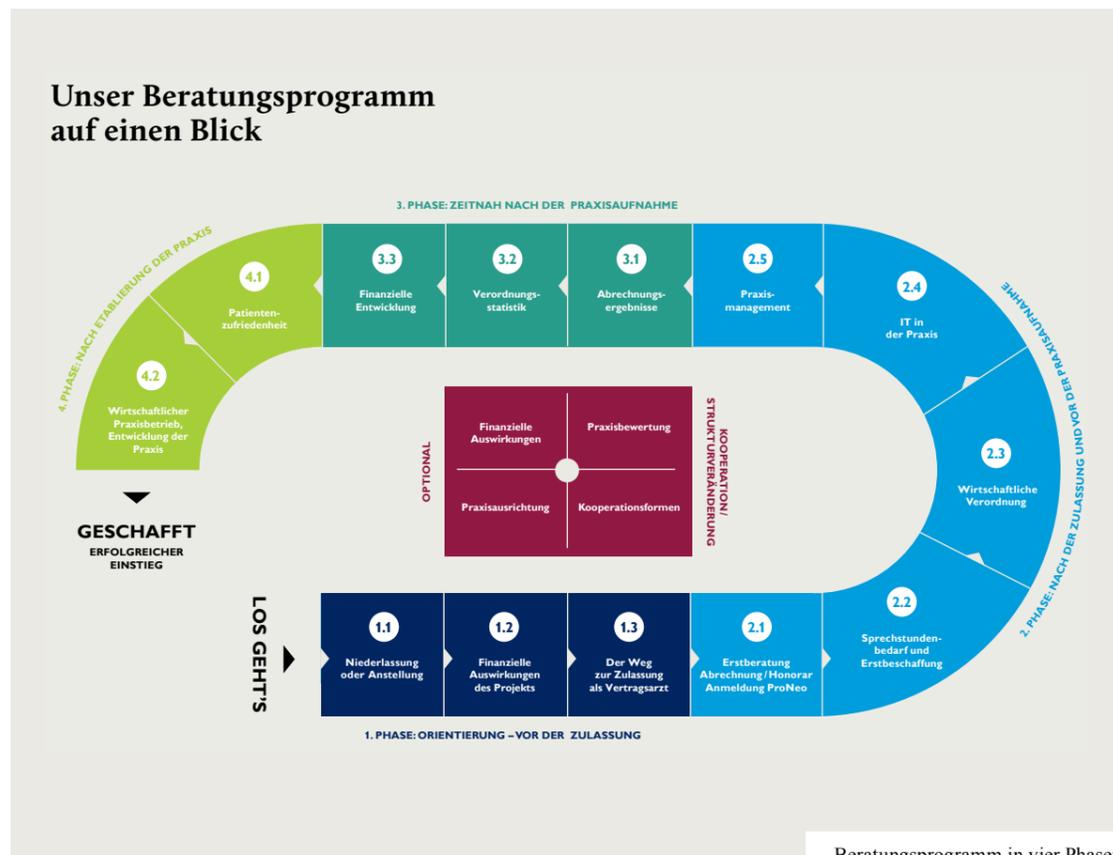
Neuer Flyer zeigt Weg von der ersten Orientierung bis zur Niederlassung

Das Studium ist geschafft, die Weiterbildung absolviert, jetzt kann's losgehen: Man könnte sich eigentlich niederlassen. Doch wo gibt es gemäß Bedarfsplanung überhaupt Möglichkeiten, welche Niederlassungsoptionen sind machbar und wer kann durch den gesetzlichen Richtliniend-Schub Fragen gibt es Berater der KV. Sie unterstützen von Beginn an, damit das Projekt „Endlich Vertragsarzt!“ bestmöglich gelingt.

„Los geht's“ heißt es in einem Schaubild auf dem jetzt neu entwickelten Beratungs-Flyer der KVBW. Und das sieht so aus: Start in dunkelblau, weiter geht's in hellblau und türkis und endet in apfelgrün. Wie bei einem Brettspiel sind die Stationen abgebildet, die ein Mitglied absolvieren sollte: vor und zu Beginn der niedergelassenen Tätigkeit.

## Leitfaden zeigt Richtung an

Vor dem Start ins Berufsleben als Vertragsarzt wenden sich die meisten als erstes an die Niederlassungsberatung der KVBW. Doch, so KVBW-Sachgebietsleiterin Marian Buchholz-Kupferschmid vom Geschäftsbereich Service und Beratung: „Wir haben festgestellt, dass wir einen Leitfaden für unsere Mitglieder brauchen, damit die Beratungsangebote nicht mehr nach dem Zufallsprinzip genutzt werden. Denn bisher haben manche Ärzte unsere Angebote gar nicht in Anspruch nehmen können, weil sie nichts davon wussten.“



Beratungsprogramm in vier Phasen

## Die nächsten Beratungen werden gleich vermittelt

Schon mit der Nachricht über den Eintrag in das Arztregister, spätestens wenn sich Ärzte das erste Mal in der KV beraten lassen, erhalten sie den Leitfaden.

Buchholz-Kupferschmid: „In der Niederlassungsberatung stehen Fragen wie die Standortwahl, Zulassungsvoraussetzungen und vieles mehr im Vordergrund. Steht das Konzept, empfiehlt der Berater den Gang zur betriebswirtschaftlichen Beratung.“

Im Kern geht es dabei um eine fundierte Liquiditätsplanung mit Berechnung der geplanten Investitionen und Beratung über die Finanzierungsmöglichkeiten. Die Kontaktdaten der zuständigen Berater werden praktischerweise gleich mitgegeben, oder, wenn organisatorisch möglich, sofort Termine vereinbart.

Der Arzt muss natürlich nicht zwangsläufig alle Beratungsangebote in Anspruch nehmen, er kann auch Angebote überspringen. Das Basisangebot wird ergänzt durch optionale Beratungsmöglichkeiten

bei Strukturveränderungen oder zu möglichen Kooperationsformen und deren finanzielle Auswirkungen auf die Liquidität sowie die Abrechnung und das Honorar. Auch Praxisbewertungen gehören zum Angebot.

## Vier Phasen bis es heißt: Geschafft!

Die Beratung wird gegliedert in vier Phasen: Die Orientierung (vor der Zulassung), nach der Zulassung und vor der Praxisaufnahme, zeitnah nach der Praxisaufnahme

und nach der Etablierung der Praxis. Wenn die ersten Jahresabschlüsse der Praxis vorliegen, kann man sehen, wie sich die Praxis entwickelt. Am Ende heißt es dann: Geschafft! Erfolgreicher Einstieg in die Vertragsarztstätigkeit.

„Als KV-Berater dürfen wir immer wieder erfahren, dass die Angebote von unseren Mitgliedern sehr geschätzt werden. Umso wichtiger ist es für uns, das Know-how der Experten aus dem Haus einem größeren Kreis bekannt zu machen“, sagt Buchholz-Kupferschmid. ef

➔ Weitere Informationen gibt es beim Praxisservice der KVBW: 0711 7875-3300; [praxisservice@kvbawue.de](mailto:praxisservice@kvbawue.de)

## Vorteile und Bonus für das neue Mitglied der KVBW:

- Keine weiteren Kosten für die Inanspruchnahme der Service- und Beratungsangebote,
- strukturierte und nach außen kommunizierte optimale Folge der Angebote,
- zentraler Kontakt zur Koordination – ohne Suche nach Ansprechpartnern,
- vielfältige Angebote über alle praxisrelevanten Themen.
- Erfahrung und Know-how der Experten unterstützen die individuellen Pläne und begleiten Sie auf dem Weg in die Versorgung.

## Arzt fragt, KV antwortet

### Aktuelles aus der Abrechnung

#### Notfalldienst

#### Ist der Erschwerungszuschlag nach GOP 01223/01224 auch bei erschwelter Kommunikation aufgrund Alkoholisierung oder auch auf Grund von Sprachbarrieren (Fremdsprache) abrechnungsfähig?

Nein. Der EBM bezieht sich explizit auf die Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose. Nur wenn diese eine besonders aufwändige Versorgung in Rahmen des Notfalldienstes erfordert, kann der Schwerezuschlag abgerechnet werden.

In der Regel ist die Alkoholisierung nicht der eigentliche Grund der Behandlung. Daher ist der Schweregradzuschlag mit Begründung „Alkoholisierung“ nicht abrechenbar. Das selbe gilt für Sprachbarrieren.

#### Mitbehandlung im Notfalldienst

#### Kann im Rahmen des organisierten Notfalldienstes bei Aufsuchen mehrerer Personen in einer Familie für jede behandelte Person die volle Besuchspauschale GOP 01418 abgerechnet werden?

Nein. Der Besuch weiterer Kranker derselben sozialen Gemeinschaft ist auch im Notfalldienst mit der GOP 01413 abzurechnen. ab

### Verordnungsmanagement

#### Fehlerliste Verordnungen (Arzneimittel)

In der Fehlerliste (Anlage 76 zum Honorarversand) informiert die KV praxisbezogen unter anderem über potenziell prüfrelevante Verstöße gegen einige wichtige Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie.

#### Was muss ich machen, wenn ich eine Fehlerliste erhalte?

Zunächst vorab: Die Fehlerliste stellt keine Nachforderung dar, sondern dient ausschließlich Ihrer Information!

Bei bestimmten Arzneimitteln, die grundsätzlich nicht zulasten der GKV ordnungsfähig sind, sollten Sie künftig keine Kassenrezepte mehr ausstellen. Dies gilt zum Beispiel für orale Antihypotonika oder die Kombination von Dipyridamol mit ASS. Bei anderen Arzneimitteln hingegen kann die Verordnungsfähigkeit von der Indikation abhängen. Diese sollten Sie prüfen und im Fall einer Richtlinien-Abweichung künftige Verordnungen auf Kassenrezept vermei-

den. So kann beispielsweise ein Diclofenac-haltiges, verschreibungspflichtiges Gel bei Gelenksbeschwerden oder traumatisch bedingten Ödemen nicht auf Muster-16-Rezept verordnet werden.

#### In meinen Unterlagen fehlt die Fehlerliste. Was bedeutet das?

Die Fehlerliste erhalten Sie nur, wenn im jeweiligen Quartal Verordnungen ausgestellt wurden, die gegen die hinterlegten Regelungen verstoßen.. rf

➔ Weitere Informationen: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Vorsicht Nachforderung



# Die rechte Hand des Doktors

*Delegation: Qualifizierte Assistenten entlasten den Arzt*

**In Großbritannien, den USA und in den Niederlanden seit Jahren anerkannt, steckt er in Deutschland noch in den Kinderschuhen: der Beruf des Arzt- oder Praxisassistenten. Hierzulande gibt es Berufsbilder mit unterschiedlichen Qualifikationen: das Studium zum Physician Assistant (PA), die Fortbildung Medizinischer Fachangestellter zu nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa) und zu Versorgungsassistenten (VERAH).**

Die Versorgungsforschung weiß seit Jahren, dass sich durch den demografischen Wandel, die steigenden Betreuungsanforderungen und den Ärztemangel die Versorgungsstrukturen tiefgreifend verändern müssen. Praxisassistenten – egal, ob VERAH oder NäPa – nehmen Ärzten nicht nur Hausbesuche ab. Durch die Übernahme delegierbarer Leistungen entlasten sie den Arzt und leisten einen Beitrag zur qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung. Auch die Arbeitsbelastung des medizinischen Personals in der Klinik und in Großpraxen steigt: An der Schnittstelle Arzt-Pflegepersonal kann entlastend der Physician Assistant eingesetzt werden. Er erledigt delegierbare ärztliche Tätigkeiten und assistiert bei Operationen.

## PA's werten Arztberuf auf

Ebenso profitieren hausärztliche Gemeinschaftspraxen und Pati-

enten mit leichteren akuten Beschwerden: Viele Tätigkeiten von der Blutentnahme bis zum Verfassen von Berichten können an PAs delegiert werden. Dabei sollen die Assistenten den Arzt nicht ersetzen, sondern seine Arbeit ergänzen und ihn entlasten. Der Stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Johannes Fechner weiß: „Allein in Stuttgart sind bereits heute 30 Hausarztstühle nicht mehr besetzt und landesweit werden bald 500 Hausarztstellen fehlen. Wir brauchen die PAs.“ Dass der PA als „Arzt light“ eine Konkurrenz darstellen könne, glaubt er nicht: „Wir Ärzte stellen die Diagnose und bestimmen zum Beispiel die Arzneimitteltherapie, insofern sind wir unverzichtbar. Die PAs werten unseren Berufsstand sogar auf, da sie uns vieles abnehmen und wir uns intensiver um die Patienten kümmern können.“

## Fachhochschulstudium Physician Assistant

Im Mai hat der Deutsche Ärztetag in Freiburg das Delegationsmodell „Physician Assistant“ zur Arzterleichterung und -unterstützung befürwortet. Das Modell soll nun in allen Landesärztekammern, in denen entsprechende Studiengänge existieren oder eingerichtet werden, als Grundlage für die Zusammenarbeit mit den Hochschulen dienen. Das Studium wird von wenigen Fachhochschulen angeboten und dauert sechs bis acht Semester. Bewerben können sich aus-

gebildetes Pflegepersonal und Arzthelfer. Das Studium gliedert sich in Theorie-Unterricht, ein wissenschaftliches Projekt sowie praktische Arbeit in Form von Hospitanzen.

Der Arztassistent wird für den praktischen Einsatz als unterstützende Kraft ausgebildet und arbeitet auf der Ebene zwischen Pflegepersonal und Arzt. In großen Praxen können die PAs damit durchaus zur Entlastung beitragen.

Doch Dr. Norbert Metke, KVBW-Vorstand, warnt: „Es kann hier nur um Delegation gehen. Wie zwar von vielen dialektisierten Gesundheitspolitikern gefordert, besteht doch keine Augenhöhe zwischen Arzt und anderen medizinischen Berufen. Für eine gleiche Augenhöhe muss man gleich groß sein. Die zwölfjährige Ausbildung des Arztes und die jahrzehntelange Erfahrung kann nicht durch andere Gesundheitsberufe mit wesentlich kürzeren Ausbildungszeiten ersetzt werden.“ Metke sagt Ja zur Delegation unter Verantwortung des Arztes – auch erweitert –, aber Nein zur Substitution. Denn sie schade dem Patienten und schaffe weitere Schnittstellen. „Derer benötigen wir aber deutlich weniger.“

## Fortbildung für Medizinische Fachangestellte

Nicht-ärztlicher Praxisassistent: NäPa absolvieren einen bis zu 271-stündigen berufsbegleitenden



Physician Assistants: Studierende an der Dualen Hochschule BW

Lehrgang, die Anrechnung der Qualifikation als VERAH ist möglich. Im Rahmen der delegierbaren ärztlichen Leistungen übernehmen NäPa Hausbesuche, bei denen der direkte Arztkontakt medizinisch nicht notwendig ist. Sie werden für die Betreuung geriatrischer Patienten, die Wundversorgung oder das Erbringen palliativmedizinischer Leistungen ausgebildet. Oft sind sie Case Manager, die die Koordination mit Kliniken, Pflegediensten und anderen Stellen übernehmen.

Versorgungsassistent Hausarztpraxis: VERAHs sind aus Hausarztpraxen nicht mehr wegzudenken. Bundesweit gibt es schon

mehr als 6.500. Sie werden in 200 Stunden in Wund- und Präventionsmanagement sowie Case Management qualifiziert.

Besonders qualifizierte Mitarbeiter sind ein Gewinn für jede Praxis: Sie profitieren finanziell und ideell, wenn man die gezielte Versorgung chronisch kranker und alter Menschen betrachtet. Zudem werten Praxisinhaber die Tätigkeit ihrer Mitarbeiter auf. Hausbesuche erlauben oft einen entspannteren Kontakt zu Patienten. Die so gewonnenen Informationen zu Befinden und aus dem Umfeld des Patienten sind auch für den Arzt hilfreich. *mara*

# Die Telematik kommt ...

*... was jetzt noch fehlt*

**Ärzte und Psychotherapeuten sollten überlegt und in aller Ruhe entscheiden, wann sie ihre Praxis an die Telematik-Infrastruktur (TI) anbinden. Aktuell gibt ihnen das E-Health-Gesetz bis zum 30. Juni 2018 Zeit. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat jedoch bereits signalisiert, die Frist für den verpflichtenden Versicherten-**

**stammdatenabgleich (VSDM) bis zum Jahresende 2018 verlängern zu wollen.**

Damit reagiert das BMG auf die fehlende Technik. Denn bisher existiert nur ein einziges Konnektor-Modell, das geeignet ist, Praxen mit der TI zu vernetzen, und selbst dieser Konnektor ist noch nicht zertifiziert. Mit weiteren An-

biotern auf dem Markt sollten die Preise fallen, doch die kommen nicht vor 2018.

Einige IT-Häuser bieten den Praxen schon jetzt die Bestellung der TI-Komponenten an. Die Kasernenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mahnt hingegen zur Ruhe. Die Finanzierungsvereinbarung sieht vor, dass Praxen im vierten Quartal 2017 für einen Konnektor

2.358 Euro erhalten. Konnektoren, die später auf den Markt kommen, könnten durchaus günstiger zu erwerben sein. Daher sinken diese Ausstattungspauschalen von Quartal zu Quartal um zehn Prozent. Den Praxen sollte dadurch jedoch kein Nachteil entstehen, da es sich für sie um einen durchlaufenden Posten handelt.

Alle benötigten Komponenten für den TI-Betrieb sollen voraussichtlich im vierten Quartal zertifiziert sein. In den Folgemonaten ist damit zu rechnen, dass weitere Anbieter zertifizierte Konnektoren zur Verfügung stellen. „Die Ärzte sollten keinen Vertrag unterschreiben, der nicht vorsieht, dass die Preise gelten, die im Lieferquartal vereinbart sind. Sonst könnte die Gefahr bestehen, dass man auf Kosten sitzen bleibt“, warnt Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstands der KBV. Die Höhe der Erstattung richtet sich nämlich nicht nach dem Zeitpunkt der Bestellung, sondern nach der Inbetriebnahme. Das heißt: Sämtliche Pauschalen und Zuschläge, die die Krankenkassen für Anschluss und Betrieb der TI zahlen, erhalten Praxisinhaber erst,

wenn sie erstmals bei einem Patienten die Versichertenstammdaten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) online prüfen.

Sinnvoll ist eine Bestellung folglich nur dann, wenn die Firma zusichern kann, dass der Konnektor noch im selben Quartal in der Praxis installiert wird. Das setzt auch voraus, dass der für die Anmeldung in der TI benötigte Praxisausweis (SMC-B-Karte) vorliegt. Der war jedoch zum Redaktionsschluss dieser ergo-Ausgabe noch ebenso wenig lieferbar wie Konnektoren und Kartenterminals. *mk*

➔ Auf unserer Homepage informieren wir regelmäßig über den aktuellen Stand zum Rollout der TI: [www.kvbawue.de/ti/](http://www.kvbawue.de/ti/)



Fragen beantwortet Ihnen das Team IT in der Praxis: 0711 7875-3570, [itp@kvbawue.de](mailto:itp@kvbawue.de)

## Fünf Schritte zur Telematik-Infrastruktur (TI)

### 1. Praxischeck durchführen

Klären Sie mit dem Anbieter Ihres Praxisverwaltungssystems (PVS), welche Voraussetzungen für die Installation der TI-Komponenten erfüllt sein müssen.

### 2. Angebot einholen

Fordern Sie ein aufgeschlüsseltes Angebot über Geräte und Dienstleistungen bei Ihrem PVS-Anbieter an.

### 3. Bestellprozess

Beantragen Sie Ihren Praxisausweis (SMC-B-Karte) bei einem

hierzu zugelassenen TSP (Trusted Service Provider), also einem zertifizierten Kartenhersteller (nicht bei der KV!). Klären Sie bei Ihrem Anbieter ab, ob alle erforderlichen TI-Komponenten verfügbar sind.

### 4. Installationstermin vereinbaren

Eine Installation kann erst erfolgen, wenn alle Komponenten (Konnektor, Kartenterminal, SMC-B-Karte) zertifiziert und erhältlich sind.

### 5. Pauschalen erhalten

Vereinbaren Sie einen Termin für

die Installation mit Ihrem Vertriebspartner beziehungsweise Ihrem Systemhaus. Bestellung und Installationsdatum sollten möglichst innerhalb eines Quartals liegen!

### 5. Pauschalen erhalten

Die Zahlung der Pauschalen durch die KVBW erfolgt nach Ende des Abrechnungsquartals, in dem Sie erstmals den Online-Abgleich der Versichertenstammdaten auf der eGK (VSDM) durchgeführt haben – automatisch, ganz ohne Antrag.

# Krankheit und Armut im Paradies

Auslandseinsatz in Mindanao musste wegen Terrorgefahr vorzeitig beendet werden



Gröschel mit kleiner Patientin



Medizin, Spiel und ein Lächeln



„Nicht nur Hightech-Medizin“

**Was in Erinnerung bleibt, sind die Bilder der Kinder: unterernährt, mit einem vom Kwashiorkor-Hungerödem geschwollenen Hungerbauch. Kinder, die dringend Vitamine und eine energiereiche Ernährung benötigen. Die medizinische Hilfe, die die Hilfsorganisation German Doctors in vielen Teilen der Welt anbietet, ist nur möglich durch die ehrenamtliche Arbeit von Ärzten – wie etwa von Dr. Verena Gröschel, die schon zweimal im Einsatz auf den Philippinen war.**

„Ehrenamtlich im Ausland zu arbeiten, spukte schon sehr lange in meinem Kopf herum, eigentlich schon seit dem Studium“, erzählt die niedergelassene Allgemeinmedizinerin aus dem nordbadischen Brühl. „Doch erst machte ich meinen Facharzt in Allgemeinmedizin, dann habe ich zwei Kinder bekommen und wollte sie natürlich nicht allein lassen, so lange sie klein waren. Doch vor zwei Jahren ging das beruflich ganz gut und dann konnte es losgehen.“

## Mindanao/Philippinen

Die Koffer packte Gröschel 2015 das erste Mal, dann wieder im Februar dieses Jahres. Vor ihren sechs Wochen Einsatz stand ein Grundkurs in tropischer Medizin und Projektseminare als Vorbereitung auf die Einsatzorte. Die Arbeit ist ehrenamtlich, die Praxisvertretung hatte sie aus eigener Tasche bezahlt, ebenso wie die Hälfte der Flugkosten.

German Doctors betreibt seit 1985 ein Projekt in Mindanao auf den Philippinen; seither gab es be-

reits über 2.000 unentgeltliche Einsätze. Gröschel arbeitete zunächst in einem der beiden Armenhospitäler: „Das war sozusagen ein behütetes Arbeiten, man wurde begleitet von einem erfahrenen Arzt, den man fragen konnte, wenn man Hilfe brauchte. Außerdem gibt es auch ein Labor, um einen Blut-, Urin- oder Stuhltest zu machen.“

Die Menschen, die Gröschel behandelte, leiden unter Bluthochdruck, Infektions- und Atemwegserkrankungen, Magen-Darm-Krankheiten, aber auch tropischen Krankheiten oder Lepra. Durch schlechte hygienische Voraussetzungen kommt es oft zu Wurm- und Parasitenbefall oder auch zu Krätze.

## Armut im Paradies

„Was mich besonders berührt, ist die extreme Armut“ erklärt Gröschel, „die Kinder mit Mangel- oder Unterernährung, deren Mütter nicht genug Milch haben. Die größeren Kinder nehmen sich das wenige Essen und für die Kleinen bleibt nichts übrig. So etwas bekommt man als Arzt in Deutschland nicht zu sehen.“ Dadurch dass die Kinder so geschwächt sind, werden für sie banale Erkrankungen, die dann in einer Lungenentzündung enden, lebensgefährlich. Das ist für mich als Mutter und Ärztin schwer zu sehen.“

Aber auch Erwachsene sind ausgemergelt. Nicht selten sei es, dass ausgewachsene Männer nur 40 kg auf die Waage brächten. „Das Paradoxe ist diese Armut im Paradies. Die Landschaft mit den Urwäldern ist traumhaft, doch die Menschen leben teilweise zu zwölft mit Haustieren in einem einzigen Raum.“

## Rolling Clinics

Nach dem Einsatz im Hospital geht es für die German Doctors normalerweise in fahrenden Ambulanzen in die entlegensten Ecken der Insel. Dort wird per Plakat die Ankunft der Doctors angekündigt und die Bewohner stellen sich an, werden gemessen und gewogen; die am schlimmsten Betroffenen werden zuerst behandelt. Einige haben sich für den Arztbesuch extra Kleidung geliehen, um nicht in Lumpen erscheinen zu müssen.

Doch diesmal wurde daraus für Gröschel nichts. Der Sechs-Wochen-Einsatz wurde schon nach

drei Wochen beendet, denn die Sicherheitslage spitzte sich zu. Im überwiegend christlich geprägten Land wüteten die Terrorgruppen Abu Sayyaf und IS. Der deutsche Botschafter drängte: „Ihr müsst sofort raus.“ Und so wurde Gröschels 54. Geburtstagsfest gleichzeitig auch das Abschiedsfest.

## Weitere Einsätze

Für Gröschel wird der Einsatz in Mindanao nicht der letzte sein. Sie plant, mit Kleidung und Spielzeug im Gepäck, bald wieder in ein Einsatzgebiet zu fahren, vielleicht nach Indien: „Man kann schon sagen, dass diese Arbeit irgendwie

süchtig macht, obwohl man ja einiges investiert. Doch man bekommt so viel mehr zurück. Es ist toll zu sehen, wie man mit kleinen Sachen den Kindern ein Lächeln in das Gesicht zaubern kann, zum Beispiel, indem man Stifte und Papier verschenkt oder Luftballons. Ich denke, eine Hightech-Medizin muss nicht unbedingt sein. Es ist wichtig, dass man manchmal einfach da ist und sich die Sorgen der Menschen anhört und ihnen Empathie entgegenbringt. Dafür sind sie so dankbar.“

Und das Lachen der Kinder und deren Dankbarkeit, so Gröschel, bleiben im Gedächtnis und entschädigen. ef

## German Doctors

German Doctors ist ein Verein, der in medizinischen Notstandsgebieten von Entwicklungsländern tätig ist. Jährlich gehen mehr als 300 Ärzte nach Indien, Bangladesch, Kenia, Sierra Leone und auf die Philippinen in den Einsatz. Finanziert wird der Verein durch Spenden. Die Ärzte arbeiten jeweils sechs Wochen ehrenamtlich an einem Projekt. Sie bezahlen die Hälfte der Flugkosten selbst.

### Weitere Informationen:

[www.german-doctors.de](http://www.german-doctors.de)

### Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN:  
DE26 5502 0500 4000 8000 20  
BIC: BFSWDE33MNZ  
Stichwort: Hilfe weltweit



Weitere Einsätze sind geplant.

# Was hab' ich?

Wenn Patienten ihre Ärzte nicht verstehen, hilft ein kostenloses Übersetzungsangebot im Internet



Gesundheitskompetenz steigern: Patienten wünschen sich Befunde in einfacher Sprache.

Die meisten Ärzte kennen das noch aus den Anfängen ihres Studiums: Man wird mit medizinischen Fachbegriffen bombardiert und versteht erst mal nur Bahnhof. So geht es Patienten häufig, wenn sie ihre Diagnose oder einen Patientenbrief erhalten. Dieses Problem erkannten auch die Gründer von „Was hab' ich?“ und entwickelten einen Übersetzungsservice für medizinische Befunde und Arztbriefe. So will das gemeinnützige Dresdner Unternehmen die Verständigung

zwischen Arzt und Patient verbessern.

Für die Kommunikation unter Ärzten sind medizinische Fachbegriffe unverzichtbar, wenn komplexe Sachverhalte eindeutig und mit wenigen Worten kommuniziert werden sollen – für Patienten sind sie jedoch oft unverständlich. Mit Übersetzungen von medizinischen Befunden oder Arztbriefen in einfache Sprache sowie Kommunikationsschulungen für Medizinstudenten macht „Was hab'ich“ den Fachjargon auch für Laien verständlich.

So funktioniert's

Patienten reichen ihre Dokumente – anonymisiert – über die Website „www.washabich.de“ ein. Ehrenamtlich tätige Medizinstudenten (mindestens im achten Fachsemester) und Ärzte übersetzen sie dann, in schwierigeren Fällen unterstützt von Konsiliarärzten, in allgemeinverständliche Sprache. Mit einem passwortgeschützten Link kann man seine fertige Übersetzung einige Tage später kostenfrei herunterladen. „Was hab'ich?“ haben sich wohl sehr viele Patien-

ten seinerzeit gefragt. Nur zwölf Minuten nachdem die Website 2011 gestartet war, ging der erste Befund zur Übersetzung ein. Seitdem wurden rund 32.000 Befunde übersetzt und außerdem rund 1.600 Mediziner durch ihre Übersetzertätigkeit oder in Kommunikationskursen für eine verständlichere Kommunikation mit ihren Patienten sensibilisiert.

Behandlungsverständnis fördert den Behandlungserfolg

Als „Arzt-Patienten-Kommunikation auf Augenhöhe“ beschreibt Ansgar Jonietz, Geschäftsführer und einer der drei Unternehmensgründer, die Vision am Anfang des Projekts. Denn wenn Patienten ihre Erkrankung und die Behandlungsoptionen richtig verstehen, verbessert sich ihre eigene Gesundheitskompetenz: Sie können mit ihrem Arzt die optimale Behandlungsentscheidung treffen und ihr Verhalten besser an ihre gesundheitliche Situation anpassen. Das bestätigt auch das positive Feedback, das Jonietz und sein Team schon von vielen Ärzten erhielten, wenn deren Patienten ihnen von der Befund-Übersetzung berichtet hatten.

Die Macher betonen dabei aber ausdrücklich, dass ihr Angebot keine Zweitmeinung zu den eingereichten Befunden darstellt. Auch Interpretationen der Dokumente und Therapieempfehlungen werden bei „Was hab'ich?“ nicht gegeben, das bleibt allein Sache des behandelnden Arztes.

Nicht nur die Patienten profitieren

Auch für die mitmachenden Medizinstudenten und Ärzte ist ihre ehrenamtliche Arbeit ein Gewinn. Sie erweitern ihr Fachwissen mit jeder Befund-Übersetzung um einen konkreten Krankheitsfall. So verbessern sie ihre eigenen Fähigkeiten, komplexe medizinische Sachverhalte schnell zu verstehen, zu beurteilen und sie den Patienten verständlich zu vermitteln.

Geschäftsführer Jonietz ist überzeugt, dass die Ehrenamtlichen ihr ganzes Berufsleben lang von ihrer Übersetzertätigkeit und den dafür erhaltenen Schulungen profitieren. Sie können ihre Patienten mit leicht verständlicher Kommunikation viel besser erreichen.

Aktive Übersetzer erhalten außerdem als Dank für ihr Engagement einen kostenlosen e.Med-Zugang bei springermedizin.de.

Auch Hochschulen haben Interesse

In Anlehnung an die internen Schulungen für ehrenamtliche Mitarbeiter hat „Was hab'ich?“ einen Kurs entwickelt, den die medizinische Fakultät der Universität Dresden seit 2014 regelmäßig als Wahlfach anbietet, um angehenden Ärzten schon im Studium die leicht verständliche Kommunikation mit ihren künftigen Patienten nahebringen. Auch an den Universitäten Heidelberg und Marburg fanden solche Kurse bereits statt. mf

➔ [www.washabich.de](http://www.washabich.de)

## Ein Marktplatz für Praxen

Die KVBW hat die Börsen auf ihrer Internetseite neu gestaltet

Vor zehn Jahren ist die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg mit der Praxisbörse auf ihrer Internetseite gestartet. Ärzte und Psychotherapeuten können hier inserieren, wenn sie ihre Praxis aus Altersgründen abgeben wollen oder nach Praxen suchen, die zum Verkauf stehen. Aktuell haben fast 400 Niedergelassene aus ganz Baden-Württemberg ihre Praxen mit detaillierten Beschreibungen eingestellt. Etwa jeder Dritte findet auf diesem Weg tatsächlich einen potenziellen Nachfolger.

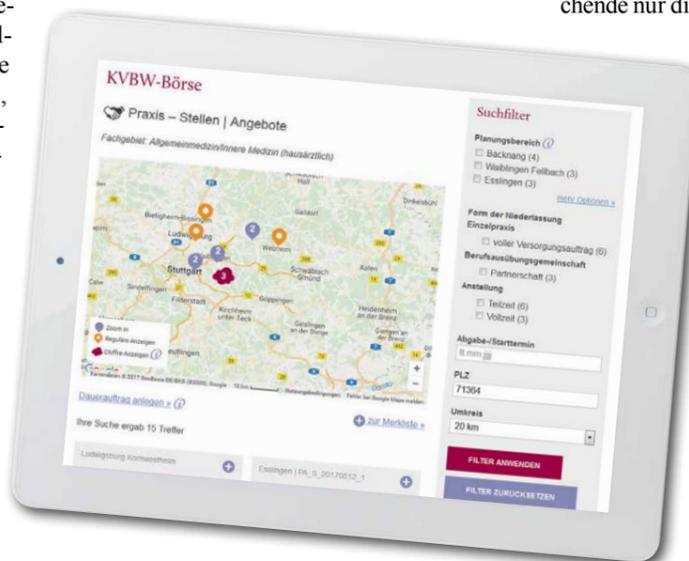
Inzwischen hat sich das Angebot über Praxissuche und Praxisabgabe hinaus weiterentwickelt. Wer einen Famulaturplatz zu besetzen hat oder ein EKG-Gerät verkaufen möchte, kann die Internetseite der KVBW ebenfalls als kostenlose Vermittlungsplattform nutzen. Neben Praxen können Mitglieder hier Stellen für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten, Ärzte in Weiterbildung oder Famulanten, Ko-

operationen, Praxisräume sowie Geräte annonciieren. Dabei entscheiden die Inserenten selbst je nach Bedarf, welche Detailinformationen wie Übernahmepreis, Mietkosten oder Personalstand sie veröffentlichen möchten. Anonyme Chiffre-Anzeigen sind ebenfalls möglich. Die Börsen der KVBW leben von der Aktualität der Einträge. Deshalb kontaktiert die KV regelmäßig die Inserenten, um abzufragen, ob die Anzeige noch relevant ist. Falls ja lässt sich das Inserat unkompliziert verlängern oder inhaltlich anpassen.

Alle Börsen unter einem Dach

Anfang September hat eine technisch neu entwickelte Online-

Plattform die bisherigen Börsen abgelöst. Hauptanliegen bei der Entwicklung war, die bis dato se-



paraten Anwendungen benutzerfreundlich unter einem Dach zusammenzufassen. Das vereinfacht die Bedienung. Wo es vormals sieben Einstiegsoptionen mit teilweise komplexen Formularen gab, eröffnet nun ein einziges einfaches

Suchformular, das zwischen Angeboten und Gesuchen und den verschiedenen Kategorien unterscheidet, den Weg in die Börsenwelt. Die Suchergebnisse lassen sich anschließend effektiv und übersichtlich nach individuellen Kriterien filtern. So erhalten Suchende nur die Inserate, die wirklich

für sie interessant sind. Neu ist auch die Möglichkeit einer Umkreissuche, die über Google Maps die Suchergebnisse anschaulich auf einer Karte darstellt.

Für den Fall, dass nicht gleich etwas Passendes dabei ist, lässt sich die Suche übrigens auch automatisieren. „Dauerauftrag“ heißt die Funktion, mit der sich ein E-Mail-Abonnement zu den persönlichen Suchkriterien einrichten lässt. Damit werden die Interessenten informiert, sobald eine neue Anzeige passend zur eigenen Suchanfrage veröffentlicht wird.

Bedarf steigt

Wie wichtig es ist, dass die KVBW ihre Mitglieder bei der Abgabe und Übernahme von Praxen engagiert unterstützt, zeigt die aktuelle Altersstatistik. 55 Jahre alt sind die Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Baden-Württemberg derzeit im Durchschnitt. Rund ein Drittel der niedergelassenen Hausärzte im Ländle sind älter als 60 Jahre. Das macht deutlich, dass in den nächsten zehn bis 15 Jahren eine Vielzahl von jungen Ärzten und Psychotherapeuten benötigt wird, um zumindest das derzeitige Niveau zu halten. Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder nach Kräften bei der Suche nach einem Nachfolger. Neben Online-Angeboten wie der neuen Börse und persönlichen Beratungsgesprächen fördert die KVBW den medizinischen Nachwuchs mit dem Programm „Ziel und Zukunft Baden-Württemberg“ (ZuZ) auch finanziell. mk

➔ [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Börsen

Gerne helfen wir Ihnen bei Fragen zu den Börsen weiter:

Team Sicherstellung/Praxisbörse  
0721 5961-1697

[praxisboerse@kvbawue.de](mailto:praxisboerse@kvbawue.de)

# Therapie hilft, Rückfälle zu vermeiden

*Sexualstraftäter müssen Selbst- und Impulskontrolle entwickeln*

**Ärzte und Psychotherapeuten haben manchmal eine schwierige Klientel. Das gilt in besonderem Maße für Sexualstraftäter. Wenn diese auf Bewährung mit der Auflage zu einer Therapie entlassen werden, sind sie in einer speziellen Einrichtung gut aufgehoben, wie etwa in der Psychotherapeutischen Ambulanz der Bewährungshilfe Stuttgart e.V./PräventSozial gGmbH.**

Ein Großteil der Patienten von Heinz Jürgen Pitzing hat schwere Straftaten zu verantworten – etwa 40 Prozent haben Kinder oder Jugendliche missbraucht, andere sind beispielsweise für sexuelle Gewalt verurteilt worden (circa 12 Prozent), für Körperverletzung (20 Prozent) oder gar Mord beziehungsweise Totschlag (12 Prozent). Etwa 150 Personen werden es in diesem Jahr sein.

Eines haben sie alle gemeinsam, sagt der therapeutische Leiter der Psychotherapeutischen Ambulanz in Stuttgart: „Das größte Problem ist, dass keiner freiwillig hierherkommen will. Die Straftäter suchen uns auf gerichtliche Weisung im Rahmen einer Bewährungsstrafe oder Führungsaufsicht auf und haben eigentlich ‚keine Lust‘ auf Therapie.“ Ein Drittel habe die Einsicht, dass etwas nicht stimmt, ein weite-

res Drittel würde ohne Weisung nicht kommen „und der Rest sagt, ich weiß gar nicht, was ich hier soll.“

Im Durchschnitt kommen die Straftäter einmal die Woche oder alle 14 Tage in einer Zeitspanne von durchschnittlich zweieinhalb Jahren zur Therapie. Im Zweifelsfall sind es auch mehrere Jahre. Denn oberste Priorität – und das unterscheidet sich von der Arbeit eines niedergelassenen Psychotherapeuten – so Pitzing, ist die Vermeidung weiterer Straftaten und Opfer.

## Konfrontation mit der Tat

„Wir arbeiten in der Therapie die Straftat mit den Patienten auf. Dazu beleuchtet man das Deliktszenario, die Situation vor der Straftat, die Konflikte und die Entwicklung der Sexualität des Straftäters. Oft stellt sich dabei heraus, dass der Täter früher selbst Opfer war.“ Besonders wichtig ist die Konfrontation des Täters mit seiner Tat. So soll es gelingen, ihn zu Empathie mit dem Opfer zu bewegen. Schwierig bei Patienten, die die eigene Tat leugnen, bagatellisieren oder die Wahrheit verzerren, um schuldhaftige Emotionen zu vermeiden: „Eines unserer ersten Therapieziele ist es, die therapeutische Beziehung aufzubauen und den Patienten im Gespräch dazu zu motivieren, dass er

sich für seine eigenen Defizite und die Schäden, die er angerichtet hat, interessiert. Doch er soll auch spüren, dass wir ihm weiterhelfen können in der Bewältigung seiner gegenwärtigen Situation.“

## Stabilisierung

Gerade in der Zeit nach der Haftentlassung benötigen Täter in besonders hohem Maße Begleitung. Der therapeutische Ansatz der Bewährungshilfe ist ganzheitlich, die Beteiligten arbeiten bei der Resozialisierung eng zusammen: Sozialarbeiter vermitteln in allen Bereichen des alltäglichen Lebens, helfen bei der Wohnungssuche, kooperieren mit Betreutem Wohnen, Gerichten, Ärzten und Kliniken. Auch soziale Bindungen – durch die Haft oft sehr eingeschränkt – werden gefördert.

Zwar soll auch die psychische und körperliche Stabilität der Patienten verbessert werden und psychische Störungen werden therapiert, jedoch nur, wenn sie deliktrelevant sind. Pitzing: „Das ist der wesentliche Unterschied zu niedergelassenen Psychotherapeuten. Wir in der forensischen Ambulanz betrachten nicht allein die Angststörung, sondern schauen als erstes, was deliktrelevant ist, was dazu geführt hat, dass der Täter diese Straftat begangen hat, und

dann wird diese Störung behandelt.“ Beispielsweise, in dem die Selbst- und Impulskontrolle entwickelt wird und Strategien zum Lösen von Konflikten gefunden werden.



Heinz Jürgen Pitzing

## Herausforderungen

Grundlage der Therapie ist ein schriftlicher Behandlungsvertrag. In diesem muss der Patient den Psychotherapeuten von der Schweigepflicht entbinden, damit dieser intervenieren kann, falls erneut eine Gefahr durch den Straftäter droht. Kritiker sehen darin das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Psychotherapeut und Patienten bedroht, halten eine tragfähige therapeutische Beziehung dadurch für gar nicht möglich. Doch das ist für Pitzing nicht die einzige Herausforderung in der Arbeit mit Sexualstraftätern.

„Unsere Patienten sind ein sehr schwieriges Klientel, mit einem hohen Anteil an psychischen Störungen mit Süchten, komorbiden Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, deren Behandlung hohe fachliche Anforderungen in Psychotherapie und Forensik erfordert.“ Erschwert werde die Therapie zusätzlich durch mangelnde Compliance und Unzuverlässigkeit. Doch die Zahlen geben dem Konzept Recht, so der Psychotherapeut, und zitiert eine Statistik des Justizministeriums aus dem Jahr 2007: Nur 8,7 Prozent der therapierten Sexualstraftäter werden einschlägig rückfällig – bei den unbehandelten sind es 22 Prozent. ef



Nach dem Knast: Neuanfang wagen

## Heilmittel

### Ambulante Ernährungstherapie

**Der G-BA hat den Beschluss gefasst, dass die Heilmittel-Richtlinie zum 1. Januar 2018 um ein neues Heilmittel – die ambulante Ernährungstherapie – erweitert wird.**

Die ambulante Ernährungstherapie umfasst als Teil des Behandlungsplans insbesondere die Beratung zur Auswahl und Zubereitung natürlicher Nahrungsmittel. In Absprache mit dem Arzt erstellt der Ernährungstherapeut krankheitsspezifische Diäten und Ernährungspläne.

Die lebenslange Behandlung mittels Ernährungstherapie ist ausschließlich vorgesehen für Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (zum Beispiel Phenylketonurie, Harnstoffzyklusdefekte, Glykogenosen) und Mukoviszidose (Cystische Fibrose), bei denen eine Ernährungstherapie als alternative medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung drohen.

Die Verordnung erfolgt durch einen Vertragsarzt, der auf die Behandlung von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose spezialisiert ist.

Ziel ist eine verbesserte sowie wohnortnahe Versorgung der Patienten. Die Diagniseliste des langfristigen Heilmittelbedarfs wird in diesem Zuge um die Diagnosen „Seltene angeborene Stoffwechselerkrankung“ und „Zystische Fibrose“ E84.- (Mukoviszidose) frühestens zum 1. Januar 2018 erweitert.

Zur Leistungserbringung werden Fachkräfte wie Diätassistenten, Ökotrophologen und Ernährungswissenschaftler mit speziellen Kenntnissen und einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung von den Krankenkassen zugelassen. mm/mr

## MAK-Tipp: Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen

**Wie jeder Unternehmer muss auch der Freiberufler seine Liquiditätsreserven nutzen. Dazu zählt unter anderem die Steuer, die mit Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer fast 50 Prozent des Gewinns abschöpft. Reich im Alter oder reich'ts im Alter? Das „Alterseinkünftegesetz“ verringert die Rente durch drastische Erhöhung der Besteuerung. Wie man Steuern sparen und privat vorsorgen kann, darum geht es im Seminar „Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen“.**

Existenz- und Alterssicherung bedeutet, einen Vermögensstock aufzubauen und damit jederzeit über entsprechende Zahlungsmittel zu verfügen. Das gilt für den Praxisbereich sowie die private Lebensführung. Ziel des Seminars ist es, mit Vorträgen, Fallbeispielen und Diskussionen zu zeigen, wie Chancen zur Steuerersparnis erfolgreich genutzt werden können. So stellt sich die Frage, ob die Fremdfinanzierung auch nach Wegfall des Steuerprivilegs der Lebensversicherungen ihre Attraktivität behält und wie man auf die Abgeltungssteuer am besten re-

agiert. Darüber hinaus geht es darum, die seit 2005 gesunkenen Steuersätze intelligent zu nutzen.

Die Veranstaltung richtet sich an alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die mehr Informationen über die steuerlichen Gestaltungsspielräume ihrer freiberuflichen Tätigkeit erhalten wollen. Das Seminar wird mit Unterstützung der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer durchgeführt. Die Teilnahme ist kostenlos, die Anmeldung erwünscht.

Die Schwerpunkte des Seminars sind unter anderem: die rich-

tige Steuerstrategie, Abschreibungen richtig gestalten, Leasing contra Bankkredit, Geld verdienen mit der richtigen Finanzierung, steuersparende „Beteiligung“ von Ehegatten, Partnern und Kindern am Gewinn der Praxis, sinkende Steuersätze als Gestaltungsmotto, Arbeits-, Miet- und Darlehensverträge mit Ehegatten und Kindern, Schenkung der Praxisimmobilie an nahe Angehörige und Rückvermietung, verkaufen statt verschenken – eine intelligente Alternative im Familienverband und vorgezogene Altersrente.

### Seminarnummer

K 69

### Referenten

Prof. Dr. Vlado Bicanski  
Rechtsanwalt, Steuerberater

### Termin

22. November 2017  
15:00 Uhr bis 19:00 Uhr

### Ort

KVBW Karlsruhe  
Keßlerstraße 1  
76185 Karlsruhe

### Anmeldung

MAK,  
siehe Seite 15  
[www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de)

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
<b>ABRECHNUNG / VERORDNUNG</b>							
<b>GOÄ für Einsteiger</b>	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	8. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	98,-	5	S 20
<b>Sicher durch den Richtlinien-Dschungel</b> Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	Ärzte	10. November 2017	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	65,-	8	R 41
<b>BETRIEBSWIRTSCHAFT / ZULASSUNG</b>							
<b>Arbeits-Lebens-Zeit-Gleichgewicht: Was macht erfolgreiches Lebensmanagement aus?</b>	Ärzte und Psychotherapeuten	29. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Tübingen	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	R 64
<b>Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen</b>	Ärzte und Psychotherapeuten	22. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Karlsruhe	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	K 69
<b>Starterseminar</b>	Haus-/Fachärzte, die sich neu niedergelassen haben	25. November 2017	9.00 bis 13.00 Uhr	Karlsruhe	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	K 275
<b>PRAXISMANAGEMENT</b>							
<b>Wiederbelebende Sofortmaßnahmen</b>	Ärzte und Praxismitarbeiter	18. November 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	BD Reutlingen	115,-	10	R 114
<b>Auf- und Ausbau extrabudgetärer Leistungen</b>	Ärzte und Praxismitarbeiter	6. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Karlsruhe	98,-	7	K 133
<b>QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG</b>							
<b>DMP-Einführungsveranstaltung</b>	Neu niedergelassene Vertragsärzte, die ins DMP einsteigen und aktuell eine oder mehrere DMP-Genehmigungen erhalten haben, als auch Vertragsärzte, welche die DMP-Kenntnisse auffrischen möchten. Die Veranstaltung wird als Fortbildungsnachweis für das DMP anerkannt.	29. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	BD Stuttgart	80,-	4	S 242
<b>Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin/Normalinsulin spritzen (ZI)</b>	Ärzte und Praxismitarbeiter	9. Dezember 2017 (Arzt und Mitarbeiter) 12. Dezember 2017 (Mitarbeiter) 13. Dezember 2017 (Mitarbeiter)	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Freiburg	155,- (Ärzte) 199,- (MFA)	9	F 254
<b>DMP Brustkrebs – Fortbildungsveranstaltung Psychoonkologie</b>	Hausärzte, die am DMP Brustkrebs teilnehmen bzw. teilnehmen möchten. Hausärzte und Fachärzte erfüllen mit ihrer Teilnahme den im DMP Brustkrebs jährlich geforderten Fortbildungsnachweis „Psychoonkologie“	Modul 1: Psychoonkologische Betreuung 22. November 2017	14.00 bis 15.30 Uhr	Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	2	S 260 / 1
<b>DMP Brustkrebs – Einführungsveranstaltung zum DMP Brustkrebs und Fortbildungsveranstaltung Psychoonkologie</b>	Hausärzte, die am DMP Brustkrebs teilnehmen bzw. teilnehmen möchten. Hausärzte und Fachärzte erfüllen mit ihrer Teilnahme den im DMP Brustkrebs jährlich geforderten Fortbildungsnachweis „Psychoonkologie“	Modul 1 + 2: Einführungsveranstaltung + Psychoonkologische Betreuung 22. November 2017	14.00 bis 19.00 Uhr	Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	6	S 260 / 1+2



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

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

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



#### IMPRESSUM

ergo Ausgabe 4 / 2017  
Zeitung der Kassenärztlichen Vereinigung  
Baden-Württemberg  
ISSN 1862-1430

**Erscheinungstag:**  
23. Oktober 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](mailto:ergo@kvbwue.de)

**Mitarbeiter dieser Ausgabe:**  
Karin Artz (ka), Ulrich Junger (ab), Markus Fuchs (mf),  
Dr. Richard Fux (rf), Kassenärztliche Bundesvereinigung  
(kbv), Melanie König (mk), Martina Mildenberger  
(mm), Martina Rahner (mr), Marion Raschka (mara),  
Claudia Speier (cs), Karen Schmidt (kas)

**Fotos und Illustrationen:**  
S.1 picture alliance/dpa; S.2 KVBW/Jürgen Altmann,  
fotolia/ladysuzi; S.3 KVBW/Jürgen Altmann,  
picture alliance/Uli Deck/dpa; S.4 photophonie,  
KVBW/Jürgen Altmann, Wavabreak Media LTD/  
ddp images; S.5 picture alliance/ZB, ddp images,  
privat; S.6 privat; S.7 ddp images/Jens Schlüter,  
ddp images/Robert Kneschke; S.8 ddp images/  
Shotshop/Monkey Busin, ddp images; S.9 ddp  
images; S.10 fotolia; S.11 DHBW/Klaus Mellenthin;  
S.12 privat; S.13 ddp images/lev dolgachov; S.14  
privat, ddp images/dapd; S. 16 Stuttgarter Ärzte-  
orchester, Rowohl

**Erscheinungsweise:**  
vierteljährlich

**Auflage:**  
24.300 Exemplare

**Gestaltung und Produktion:**  
BERNETBRANDS

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:**  
Berufsbezeichnungen im Text stehen immer  
sowohl für die männliche als auch für die weibliche  
Form.

**ergo auch im Internet:**  
[www.kvbwue.de](http://www.kvbwue.de) » Presse » Publikationen

# Engagement für Bedürftige

Dr. Gisela Dahl gestorben



Dr. Gisela Dahl

Das langjährige Vorstandsmitglied der KVBW, Dr. Gisela Dahl, ist im Oktober nach kurzer schwerer Krankheit verstorben. 1943 in Paris geboren, war Dahl seit 1974 als Allgemeinmedizinerin in Stuttgart niedergelassen. Sie hinterlässt einen Ehemann und drei Kinder. Nach der Fusion der KVBW war sie von 2005 bis 2010 Mitglied des

Vorstandes, zuständig für den Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung und damit in einer für die KVBW herausfordernden Zeit als Vorstandsmitglied tätig. Zuvor war sie bereits Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordwürttemberg und zahlreicher Gremien der Kammer. Der Vorstand der KV Baden-Württemberg, Dr. Norbert

Metke und Dr. Johannes Fechner, reagiert betroffen auf den Tod von Dahl: „Wir haben sie als engagierte Kämpferin für die Belange der Ärzteschaft kennengelernt. Besonders beeindruckt hat uns ihr Einsatz für soziale Projekte in der Stadt Stuttgart, aber auch in fernen Ländern wie Peru, wo sie sich mit ihrem 'Urwaldprojekt' um die medizinische Versorgung vor Ort gekümmert hat. Frau Dr. Dahl hat auch großartiges Engagement gezeigt, als hier in direkter Nähe der KV in Stuttgart eine Flüchtlingsunterkunft eingerichtet wurde. Sofort war sie bereit, einen Großteil der Flüchtlinge medizinisch zu versorgen. Ihre Erfahrung aus anderen Ländern, ihr pragmatisches Vorgehen, aber auch die Tatsache, dass sie mehrere Sprachen fließend sprach, hat ihr bei dieser Arbeit geholfen. Dahl hat für Ihr Engagement eine Reihe von Auszeichnungen bis hin zum Bundesverdienstkreuz erhalten. Wir werden sie in guter Erinnerung behalten.“ ef

## „Weggefährte und streitbarer Kämpfer“

Zum Tod von Ekkehard Ruebsam-Simon

Der Diplom-Politologe und Facharzt für Allgemeinmedizin Ekkehard Ruebsam-Simon ist im August nach langer schwerer Krankheit im Alter von 73 Jahren gestorben. Der Allgemeinmediziner wurde 1944 in Bischleben/Erfurt geboren und war seit 1987 in Bammental niedergelassen. Als Arzt war er ein Quereinsteiger: Nach einer Lehre als Schriftsetzer und einer Tätigkeit als Korrektor in Zeitungsverlagen studierte er erst Politologie und arbeitete als Lehrbeauftragter in Berlin, um dann ab 1975 Medizin zu studieren. Ruebsam-Simon engagierte sich lange Jahre berufspolitisch, war beispielsweise stellvertretender Vorsitzender des Medi-Verbundes Baden-Württemberg, Vorsitzender von Medi Nordbaden und der Nordbadischen Ärzteinitiative, Mitglied der Vertreterversammlung der Landesärztekongresse und der KV Baden-Württemberg sowie Delegierter des Deutschen Ärztetages. Für Dr. Christoph Kaltenmaier, ehemaliger Bezirksbeirat der KV



Ekkehard Ruebsam-Simon

Baden-Württemberg, war Ekkehard Ruebsam-Simon ein langjähriger Weggefährte: „Ich lernte ihn in der Gründungszeit der Nordbadischen Ärzteinitiative kennen. Für mich als frisch niedergelassenen und jungen berufspolitischen Arzt war er von Anfang an ein väterlicher Freund. Er begleitete, beriet und beeinflusste mich positiv bei meiner berufspolitischen Entwicklung in der KV, der Nordbadischen Ärzteinitiative und bei

MEDI. Für mich ist der zwar drohende, aber jetzt zu frühe Tod von Ekkehard ein persönlicher Verlust. Durch seine vorausschauende, analysierende und harmonisierende Art wird er mir aber immer ein Vorbild nicht nur in meinem berufspolitischen Leben bleiben.“ Die KV Baden-Württemberg trauert um Ekkehard Ruebsam-Simon als einen streitbaren Kämpfer in der Standespolitik und einen wertvollen Menschen. ef

## Psychosomatischer Tag der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg

Ärzte aller Fachrichtungen lädt die Bezirksärztekammer am Samstag, 21. Oktober 2017, dazu ein, beim 27. Psychosomatischen Tag ihre Kenntnisse über das Wechselspiel zwischen Körper und Psyche zu vertiefen. In Vorträgen und Arbeit in Kleingruppen geht es um die

Themen psychosomatische Versorgung in Stuttgart und Region, atypische Essstörungen bei Erwachsenen und Medienkonsum bei Kindern und Jugendlichen. Die Teilnahme kann auf die Weiterbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ angerechnet werden.

➔ BÄK Nordwürttemberg, Jahnstraße 5, 70597 Stuttgart 21. Oktober 2017, 9 Uhr bis 15.30 Uhr 61 Euro inklusive Schulungsunterlagen und Verpflegung, Fortbildungspunkte: 7 Anmeldung: Tel 0711 76981-562/-570, Fax 0711 76981-500, [fortbildung@baek-nw.de](mailto:fortbildung@baek-nw.de)

## Stuttgarter Ärzteorchester



Traditionsreiches Orchester

Das Stuttgarter Ärzteorchester ist wieder mit seinen traditionellen Winterkonzerten zu hören. Am 1. Dezember 2017 um 20 Uhr in den Räumen der KVBW im Albstadtweg 11 in Stuttgart-Möhringen und am 2. Dezember 2017, ebenfalls um 20 Uhr in der Liederhalle Stuttgart im Mozartsaal. Das Programm umfasst das Konzert für Violine und Orchester Nr.1 D-Dur op.6 von Niccolò Paganini sowie und Robert Schumanns dritte Sinfonie in Es-Dur op.97 („Rheinische“). Als Solist wird Lewin Creuz, Violine, er-

wartet; Dr. Arnold Waßner dirigiert. Der Eintritt beträgt 15 Euro. Karten für beide Konzerte gibt es bei SKS Russ (0711 55066077) und an der Abendkasse.

Das Ärzteorchester wurde 1960 von einer kleinen Gruppe musikbegeisterter Stuttgarter Ärzte gegründet. Inzwischen ist das Orchester zu einem stattlichen Sinfonieorchester mit circa 50 Musikern herangewachsen, dessen Künstler noch immer überwiegend aus der Ärzteschaft sowie verwandten Berufen kommen.

## Spannend wie ein Thriller

Lebensgeschichte eines Kinderherzchirurgen

„René erzählt auf faszinierende Weise von Geheimnissen des Herzens, die mir ganz unbekannt sind. Ich empfinde seine Art, darüber zu sprechen, fast als lyrisch.“ *Selbst als Autor nicht unbekannt, zeigte sich der 2015 verstorbene Henning Mankell tief beeindruckt von der Arbeit des Kinderherzchirurgen René Prêtre. Dass aus den Erzählungen des weltberühmten Schweizer ein Buch geworden ist, kann als Geschenk gelten.*



In seiner Autobiografie erzählt Prof. Dr. René Prêtre mit viel Leidenschaft seinen Weg vom schweizer Bauernjungen zu einem angesehenen Herzchirurgen. Seine Maxime: „Wenn du gut werden willst, musst du zehn Jahre lang zehn Stunden am Tag arbeiten.“ 2009 wählten ihn seine Landsleute zum „Schweizer des Jahres“ – unter anderem für das Engagement seiner Stiftung „Le Petit Cœur“ in Mosambik und Kambodscha. Prêtre berichtet in seinem Buch vom Kampf gegen den viel zu frühen Tod eines Kindes, von Hoffnung und Zweifeln und vom Glück, das er empfindet, wenn ein Kinderherz wieder zu schlagen beginnt.

Kinderherzchirurgen sind die Seiltänzer unter den Artisten. Eigentlich werden sie überall auf der Welt gebraucht. Herzfehler sind die am häufigsten angeborenen Fehlbildungen, jedes Kind ist davon betroffen. Früher wurden diese Kinder – wenn überhaupt – erst kurz vor der Einschulung operiert; viele Babys starben bereits unmittelbar nach der Geburt. Heute können Herzchirurgen rund 95 Prozent dieser Kinder retten.

Mittlerweile ist es pure Routine, wenn Prêtre bei Operationen ein Leben anhält: wenn er im grellen Neon-Licht von OP-Strahlern das Herz aufschneidet und die Herz-Lungen-Maschine den Kreislauf

übernimmt. In drei Jahrzehnten als Herzchirurg hat er, seit 2012 Professor und Klinikdirektor der Herzchirurgie am Universitätsspital Lausanne, fast 9.000 Herzen operiert: „Herzen von Radprofis, groß wie Melonen, Herzen von Teenagern, groß wie Äpfel, Herzen von Frühchen, groß wie Pflaumen.“ Und er staunt trotzdem immer noch: „Wenn ich mit dem Skalpell ein Herz geöffnet habe, dringe ich in eine Welt voller Mysterien vor.“

Ein gesundes Herz schafft 80.000 Kontraktionen am Tag, aber das Herz ist für Prêtre mehr als eine Pumpe. Es ist ein Symbol für das Leben. Und für die Liebe. „Die Wissenschaft hat das Herz all seiner Geheimnisse beraubt. Aber es ist für mich immer noch ein magischer Moment, wenn es ein letztes Mal schlägt oder wieder zu schlagen beginnt.“ Dieses Buch ist nichts für schwache Nerven. *mara*

➔ René Prêtre: „In der Mitte schlägt das Herz – Von der großen Verantwortung für ein kleines Leben“, Rowohlt 2017, ISBN: 978-3-498-05278-2, 19,95 Euro