

ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Sollen die Impfzentren wieder öffnen? Baden-Württemberg setzt derzeit auf die Niedergelassenen und niederschwellige Impfangebote.

Abwesenheit digital melden

Wenn Sie selbst nicht in Ihrer Praxis sein können, müssen Sie jeweils Fachkolleg*innen für die Patientenversorgung organisieren. Bei längerer Abwesenheit sind Sie verpflichtet, die KVBW zu informieren und gegebenenfalls eine Genehmigung zu beantragen. Beides funktioniert nun auch auf digitalem Weg über das KVBW-Mitgliederportal.

Vorteile sind, dass das Verfahren jetzt papierlos funktioniert, die Personendaten aus dem Landesarztregister übernommen werden können und man eine Übersicht über alle online eingereichten Abwesenheiten erhält. Rückfragen können direkt über das Portal gestellt werden.

Vertretungen müssen laut Pandemiegebot ab dem 2. Kalendertag mit den Kolleg*innen abgestimmt werden sowie der KVBW gemeldet und den Patient*innen mitgeteilt werden. Ab dem 8. Kalendertag muss die Abwesenheit über das Mitgliederportal angezeigt werden. Genehmigungspflichtig ist erst eine Abwesenheit ab 65 Arbeitstagen.

➔ Support Mitgliederportal
0711 7875-3555
mitgliederportal@kvbawue.de

Ärzte helfen

Die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ unterstützt Arztfamilien in schwierigen Lebenslagen und stellt damit ein einmaliges Hilfswerk innerhalb der Ärzteschaft dar. Unterstützt werden damit Kinder in Not geratener Ärzt*innen, Waisen aus Arztfamilien und Ärzte und Ärztinnen in besonders schweren Lebenslagen.

Unterstützt werden die Betroffenen mit kollegialer Solidarität, finanzieller Förderung von Schul- und Studiausbildung und Fortbildung sowie durch schnelle und unbürokratische sonstige Hilfe. Die Hartmannbund-Stiftung bittet um Spenden auf das Konto der Apotheker- und Ärztebank.

➔ Spendenkonto:
IBAN DE88 3 006 0601 0001 4869 42,
BIC DAAEDEDXXX



www.hartmannbund.de

Schwammige Grenzen

Wie die Ärzteschaft auf Übernahmeangebote von Apotheken und Physiotherapiepraxen reagieren sollte

In den letzten Tagen der aktuellen Koalition hat sich die Politik noch eines Themas angenommen, das für die Niedergelassenen von großer Bedeutung ist. Es geht darum, die Grenzen zwischen den einzelnen Heilberufen aufzuweichen.

So werden beispielsweise im Herbst die Apotheken in drei Testregionen in Baden-Württemberg Gripeschutzimpfungen anbieten. Für den Landesapothekerverband (LAV) ist das nur der Einstieg. Er bewirbt die Leistungen der Apotheken mit einer Kampagne, bei der „eine Hauptaussage bleibt, dass die ortsnahe Apotheke der Ort für niederschwellige, valide

und kompetente Information und Beratung rund um die Gripeschutzimpfung ist.“ Ina Hofferberth, Geschäftsführerin des LAV, sagt dazu: „Grundsätzlich sehe ich, dass die Durchführung von Gripeschutzimpfungen in den Apotheken auch ein Türöffner für die Zukunft ist. Das Impfangebot ist eine von vielen pharmazeutischen Dienstleistungen, die künftig von Apotheken erbracht werden sollen. Wir sollten uns hier einbringen und zeigen, dass wir offen und kompetent neue honorierte Aufgaben wahrnehmen wollen.“

Dies scheint auch im Interesse der Krankenkassen zu liegen, denn zumindest die AOK Baden-Württemberg vergütet den Apotheken die

Impfung zu einem Satz, der deutlich über dem der Arztpraxen liegt.

Auch in einem anderen Bereich geht die Diskussion weiter. Kürzlich hat im Deutschen Bundestag eine Anhörung über den Direktzugang für Patient*innen zur Physiotherapie stattgefunden; eine Überweisung durch den Hausarzt oder die Fachärztin ist dann nicht mehr erforderlich.

Und die Bundesregierung hat noch kurz vor dem Ende der Legislaturperiode ein Gesetz erlassen, das den Kassen Modellprojekte in den Bundesländern vorschreibt, in denen Leistungen von Ärzt*innen auf Pflegepersonal übertragen werden sollen. Ausdrücklich ist hier vom „Ersatz des Arztes“ die Rede. Es wäre

also keine Überraschung, wenn das Thema in der Gesundheitspolitik der nächsten Jahre eine Rolle spielen würde, egal wie die neue Regierung sich zusammensetzt.

Bisher konnte die KVBW keine Versorgungsengpässe bei der Gripeschutzimpfung erkennen – abgesehen von fehlendem Impfstoff. Zwar lassen Studien aus anderen Staaten darauf schließen, dass die Impfquoten steigen, wenn die Influenza-Impfungen auch in Apotheken angeboten werden. Fraglich ist aber, ob das auf Deutschland 1:1 übertragbar ist. Und auch bei der Versorgung mit Heilmitteln kann die KVBW bisher keine Probleme erkennen. Lesen Sie mehr zum Thema auf Seite 2. ks

Impfauskunft

Und die Konsequenzen?

Immer wieder fragen viele Mitglieder bei der KV Baden-Württemberg nach: Kann ein Arzt oder eine Ärztin arbeitsrechtliche Maßnahmen gegen Mitarbeitende ergreifen, die sich nicht impfen lassen wollen? Denn seit dem 10. September haben Praxisinhaber die Möglichkeit, Mitarbeitende zum Impfstatus zu befragen. Die Antwort und eine ausführliche Begründung von der Rechtsabteilung der KVBW lesen Sie auf Seite 6.

Wie es cool ...

... laufen kann

Es klingt erst mal ziemlich ungewöhnlich und vermutlich haben die wenigsten Praxen eine wie sie: Nina Möllering, gelernte Journalistin, ist Geschäftsführerin der Hausarztpraxis Dr. Schubert in Ehingen. Im ergo-Interview erzählt sie, welche Aufgaben sie hat, was sie als Erstes geändert hat und welche Vorteile das Einstellen einer eigenen Geschäftsführerin für eine Arztpraxis haben kann.

(Mehr auf Seite 8)

Verharmlosung

... bis Gegenwehr

Der Umgang mit Pandemien fördert bei Menschen ganz bestimmte Verhaltensmuster zutage, die sich in der Geschichte immer wiederholen. Das hat Professorin Dr. Karen Nolte, Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Heidelberg festgestellt. Sie reichen von Verharmlosung, Schuldzuweisungen und Gegenwehr bis hin zu Verschwörungstheorien. Ein Blick zurück in die Geschichte.

(Mehr auf Seite 3)

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

und täglich grüßt das Murmeltier: Erst Ende September wurden die Impfzentren geschlossen und keine zwei Monate später wird der Ruf nach ihrer Wiedereröffnung schon wieder laut. Gleichzeitig geben Politiker Empfehlungen zur Booster-Impfung – wieder einmal ganz unabhängig von der wissenschaftlichen Einschätzung des RKI. Einige in der Politik haben noch nicht verstanden, was sie mit ihrem Gerede anrichten. Die Impfskeptiker werden dadurch noch mehr in ihrer Haltung bestärkt, alle anderen werden nur verunsichert.

Und Sie? Sie müssen viel Zeit aufwenden, um die Verunsicherung der Patientinnen und Patienten auszugleichen. Und „ganz nebenbei“ impfen Sie wacker in ihren Arztpraxen weiter, nur diesmal eben Booster- statt Erst- und Zweitimpfungen. Manchmal am Rande der Geduld und nicht selten am Rande der Kraft. Zusätzlich stellt sich so mancher oder so manche von Ihnen in Pop-up-Impfzentren hin und versucht, die immer noch Impfunwilligen zu überzeugen, nicht selten beschimpft von Impfgegnern.

Wenigstens eines ist nun wieder besser. Kurz vor Redaktionsschluss erreichte uns die erfreuliche Meldung des Sozialministeriums, dass wenigstens die Impfstoffbestellung auf eine Ein-Wochen-Frist umgestellt worden ist. Der nächste Schritt wäre nun, den Dokumentationsaufwand für die Auffrischimpfung zu reduzieren.

Eine schöne Geste zum Schluss: Sozialminister Manne Lucha hat uns gebeten, ein großes Dankeschön an Sie auszurichten. 72 Prozent der Bevölkerung ab zwölf Jahren sind – trotz aller Hürden – inzwischen vollständig geimpft. Das reicht noch nicht, ist aber eine tolle Leistung, die vor allem Ihnen zu verdanken ist.

Herzlichst Ihre



Dr. Norbert Metke
Vorstandsvorsitzender
der KV Baden-Württemberg

N. Metke

Dr. Johannes Fechner
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Baden-Württemberg

J. Fechner

Ohne Ärztinnen und Ärzte geht gar nichts

Ein paar Einblicke in die Versorgungslandschaft der Zukunft

Wenn die Politik schon über Verbesserungen in der Versorgung sprechen möchte, dann sollte sie auch für Diskussionen offen sein.

Nach den aktuellen gesetzlichen Vorschriften dürfen nur Apotheken Arzneimittel ausgeben. Aber ist das noch zeitgemäß? Etwa bei Hausbesuchen im Notfalldienst, wenn der Arzt oder die Ärztin dort ein Rezept ausstellt: Warum wird den Patient*innen dann zugemutet, noch in eine Apotheke fahren zu müssen, um das Medikament zu besorgen. Vor allem in den ländlichen Regionen, bei Alleinerziehenden oder Personen mit eingeschränkter Mobilität ist das mit erheblichem Aufwand verbunden. Das gilt auch für „normale“ Hausbesuche. Denn diese Patient*innen können das Haus nicht verlassen – sonst müsste ja gar kein Hausbesuch erfolgen.

Auch der diesjährige Deutsche Ärztetag hat es befürwortet: Wenn Ärzt*innen nur die zehn häufigsten Arzneimittel, die im Rahmen von Hausbesuchen verordnet werden, direkt ausgeben (und dann natürlich auch abrechnen) würden, könnte damit wahrscheinlich der Großteil des Bedarfs bereits abgedeckt werden.

Auch die Erfahrungen aus der Pandemie mit digitalen Angeboten sollten weiter ausgebaut werden. So ist die Videosprechstunde zum Alltag in vielen Praxen geworden und hat einen festen Platz in der Versorgung eingenommen.



Auch Apotheken wollen zukünftig Gripeschutzimpfungen anbieten.

Warum also nicht auch Internetapotheken stärken? Das betrifft übrigens auch die Praxen. Sprechstundenbedarf könnte durchaus auch über Internetapotheken bestellt werden. Falls dann auch noch die Preise günstiger wären, würde sich das positiv auf das Regressrisiko auswirken.

Physiotherapie

Die Physiotherapeut*innen drängen schon lange drauf, gegen-

über den Ärzt*innen aufgewertet zu werden. Aktuell gibt es Pläne für Blankorezepte. Das würde bedeuten, dass die Physiotherapeut*innen mehr Freiheit haben, welche Therapiemaßnahmen dann genau ausgeführt werden. Das

Kosten erheblich steigen würden, zumal auch andere Heilmittelberufe auf eine solche Regelung drängen würden.

Bessere Versorgung

Die Ärzteschaft sollte offen sein, wenn es um Verbesserungen in der Versorgung geht. Änderungen der Zuständigkeiten können nur aus diesem Grund überhaupt einen Sinn ergeben. Zusätzliche Kosten oder mehr Bürokratie sollte nicht daraus resultieren. Und eines ist ganz klar: Die Übernahme von ärztlichen Leistungen darf keine Einbahnstraße sein! Der KVBW-Vorstand sieht die Ärzteschaft für die kommenden Diskussionen gut gewappnet. Denn es zeigt sich immer ganz schnell: Ohne Ärztinnen und Ärzte geht es nicht! *ks*

Start der eAU

Übergangsfrist bis Mitte des Jahres 2022

Seit 1. Oktober 2021 sind alle Ärzte und Ärztinnen verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln. Der „gelbe Schein“ auf Papier und als Blankoformular fällt weg. Allerdings bleibt Papier vorerst noch unverzichtbar: Die Arztpraxis muss zusätzlich zur digitalen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) einen einfachen Ausdruck auf Normalpapier mit handschriftlicher Unterschrift für Versicherte und Arbeitgeber erstellen.

Da in vielen Praxen die notwendigen technischen Voraussetzungen für die eAU noch nicht zur Verfügung stehen, hat die KBV mit dem GKV-Spitzenverband eine Übergangsregelung bis zum 30. Juni 2022 in einer Richtlinie vereinbart. Somit können bis dahin Krankschreibungen und Rezepte auch im neuen Jahr in Papierform ausgestellt werden. Übergangsweise kann dabei das alte Verfahren des Musters 1 („gelber Schein“) oder des analogen Ausdrucks der AU per Blankoformularbedruckung angewendet werden.

Ärztinnen und Ärzte sollten sich trotz Übergangsregelung frühzeitig

auf die Umstellung vorbereiten, denn ab Mitte 2022 ist die Übermittlung von Krankschreibungen nur noch auf digitalem Weg an die Krankenkassen zulässig. Eine Umstellung auf das digitale Verfahren ist auch während des laufenden Quartals möglich. Neben der Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) ist als Grundvoraussetzung ein Upgrade des TI-Konnektors notwendig (mindestens PTV-3, besser PTV 4+). Darüber hinaus sind ein KIM-Dienst, ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) und ein Praxisverwaltungssystem-Update für eAU erforderlich.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte eine Blitzumfrage bei den Niedergelassenen zur Testphase der eAU durchgeführt. Dabei ergab sich ein nicht zufriedenstellendes Bild: 674 Praxen aus den KV-Bereichen Brandenburg, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Westfalen-Lippe gaben an, für die Übermittlung der eAU entsprechend technisch vorbereitet gewesen zu sein. Von diesen Praxen berichteten 59, dass sie AU-Bescheinigungen erfolgreich elektronisch übermittelt haben. Bei einzelnen Krankenkassen wie der TK sei dies in mehr als der Hälfte der

Fälle gelungen. Andere Kassen, insbesondere des AOK- und BKK-Systems, seien nicht durchgängig oder gar nicht erreichbar gewesen.

Bemängelt wurde zudem der Zeitverzug, mit dem die Kassen die ordnungsgemäße Übertragung bestätigt haben. Offensichtlich dauerte dieser Vorgang bis zu 30 Minuten. Es wurden Beispiele berichtet, wonach auch nach übermittelter Eingangsbestätigung zu einem späteren Zeitpunkt eine Fehlermeldung versendet wurde – mit der Konsequenz des postalischen Papierversands.

Auch wurden Probleme berichtet, wonach bei der Überprüfung des Versichertenstatus dieser initial bestätigt wurde, Minuten später jedoch wurde die eAU wegen Nichtversicherung abgelehnt.

Telefonisch waren die Kassen nur mit erheblichem Zeitverzug zu erreichen, Wartezeiten von mehr als 20 Minuten wurden berichtet. Vorübergehend haben auch große Kassen aufgrund von Annahmeproblemen ihre E-Mail-Adressen aus dem Verzeichnisdienst genommen, wodurch diese Kassen nicht erreichbar waren. *mt/kbv*

➔ Informationen zur eAU
www.kvbawue.de/eau

Themen

GESUNDHEITSPOLITIK 4
AKTUELL

TI-Sanktionen

Das Tor für Ausnahmen hat sich geöffnet.

GESUNDHEITSPOLITIK 5
AKTUELL

Sie sind die Neuen

Erste Studierende der Landarztquote

KVBW - WELT 6

Ziel erreicht

Telemedizin-Projekt docdirekt entlastet Praxen und Notaufnahmen

KVBW - WELT 7

SmED hilft bei der Ersteinschätzung

Wie die Software funktioniert und die Mitarbeitenden bei der 116117 unterstützt.

KVBW - WELT 11

Alles, was Recht ist

Juristische Fragen, heute: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

ARZT UND THERAPEUT 13

Leben schützen oder beim Sterben helfen?

Hinweise der BÄK zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität

ARZT UND THERAPEUT 14

Das kann sich sehen lassen

Eine Statistik zur ärztlichen Leistung in der Pandemie

LETZTE SEITE 16

COVID auskurieren

Therapie zu Hause

Impfgegnern drohten drei Tage Gefängnis oder 50 Mark Geldstrafe

Pandemien in der Geschichte und ihre Parallelen

Als sich gegen Ende des 15. Jahrhunderts die Syphilis in Europa ausbreitete, hatte man als Verursacher vielfältige Erklärungen: So vermutete der Arzt und Naturphilosoph Paracelsus, dass die Geschlechtskrankheit aus einem sexuell umtriebigen Leben resultierte. Verdächtig wurde auch eine ungünstige Planetenkonstellation. So oder so, die Erkrankung konnte auf gar keinen Fall aus dem eigenen Land stammen, sondern kam, ganz sicher, von woanders.

Professorin Dr. Karen Nolte, Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Heidelberg, ist sich sicher: Der Umgang mit Pandemien fördert bei Menschen ganz bestimmte Verhaltensmuster, die sich mit Blick auf die Geschichte immer wiederholen.

„Da ist einmal der Mechanismus der Verharmlosung. Das kann man eigentlich am Anfang jeder Pandemie beobachten, sehr schön auch anhand der Cholera-Epidemie in Hamburg im Jahr 1892. Dort wiegelte der Senat erst einmal ab und sagte, es handele sich um saisonale Brechdurchfälle. Bis die Verantwortlichen zugegeben haben, dass es ein wirkliches Problem gab, dauerte es eine Weile, was auch damit zusammenhängen kann, dass Hamburg eine Handelsstadt ist und man wusste, die Konsequenz wäre, den Handelsverkehr einschränken zu müssen.“

Othering

Als der ehemalige US-Präsident Donald Trump Corona als Wuhan-Grippe bezeichnete, befand er sich in bester geschichtlicher Tradition. Denn der zweite gängige Mechanismus, so Medizinhistorikerin Nolte, ist das sogenannte Othering: „Das heißt, dass man den Ursprung einer Pandemie einer anderen Nation oder einer anderen Bevölkerungsgruppe zuschreibt.“ Wie etwa bei der Spanischen Grippe 1918/19 mit 50 Millionen Toten, die ihren Ursprung nicht in Spanien, sondern wohl in den USA hatte. Oder bei der Hongkong-Grippe, die möglicherweise aus China kam. Die Syphilis gar hatte ganz verschiedene Namen, je nachdem, wo man sich gerade befand. In Deutschland hieß sie französische Krankheit, in Frankreich jedoch die maladie anglaise (= englische Krankheit).

Im Laufe der Geschichte wurden immer wieder auch die Juden verdächtig, Schuld zu haben, etwa an der Pest 1348: „Man behauptete, die Juden hätten die Brunnen vergiftet, und bei der Cholera hat das Proletariat angenommen, die Reichen wollten die Armen vergiften, was ja auch eine gewisse Plausibilität hat, weil Cholera-Kranke recht ähnlich aussehen wie Menschen, die mit Arsen vergiftet werden“, erklärt Nolte.

Verschwörungstheorien

Wer sich gegen Corona impfen lässt, ist spätestens nach zwei Jahren tot, setzt sich mit der Impfung auf jeden Fall größeren gesundheitlichen Gefahren aus als durch das Virus, die Impfung macht unfruchtbar und das Virus ist aus dem Labor entwischt. Jeder hat einen oder mehrere dieser Gedanken schon gehört. Verschwörungstheorien gedeihen immer da besonders gut, wo der Mensch mit Unerklärlichem konfrontiert ist, sich ohnmächtig fühlt angesichts einer unsichtbaren Gefahr – damals schon wie auch heute in der Coronapandemie.

Laut Nolte zeigt sich darin ein weiteres Muster: „Diese Muster kehren immer wieder, in unserer heutigen Pandemie noch mal befeuert durch die sozialen Medien. Das ist kein neues Phänomen, sondern eher ein Versuch der Menschen, etwas, was sie sich nicht erklären können, mit einfachen Mustern zu deuten. Dazu kommt eine Spaltung der Gesellschaft durch die Pandemie, denn immer gibt es Menschen, die von der Situation profitieren, die gute Geschäfte machen, und andere wiederum, die ökonomisch abgehängt werden. Ein vielfach anzutreffendes Phänomen bei Pandemien ist, dass es immer die Ärmsten trifft.“

Verweigerung

Auch Masken- und Impfgegnern sind nicht neu, weiß Karen Nolte: „Bei der Spanischen Grippe in den USA, wo man in San Francisco in der ersten Welle eine Maskenpflicht eingeführt hat, hat man die Pandemie ganz gut managen können. Erst in der zweiten Welle gab es dann eine Verweigerung, ein Phänomen: In dieser absoluten Krise, in der alle Menschen Angst hatten und nicht abschätzen konnten, was passiert, haben sie mitgezogen und sich an die Regeln gehalten. Und in dem Moment, wo die Regeln gelockert wurden, kam natürlich eine Diskussion auf, warum in dem einen Bereich gelockert wurde und in einem anderen nicht. So entstand Widerstand und die Leute fingen an, das kritisch zu sehen.“

Gegenwehr

Auch in Deutschland war man dem Impfen gegenüber schon früher kritisch, beispielsweise anlässlich des Reichsimpfgesetzes 1874 zum Pockenschutz der Kinder. Zuwiderhandlungen gegen die Impfpflicht wurden mit drei Tagen Gefängnis oder 50 Mark Geldstrafe geahndet (zum Vergleich: ein Maurer in München verdiente laut historischen Quellen um 1875 ca. 3,50 Mark pro Tag). Groß war im Reichstag die Ge-



Professorin Dr. Karen Nolte
Direktorin des Instituts für
Geschichte und Ethik der
Medizin der Universität
Heidelberg

genwehr: Die Impfpflicht müsse aufgehoben werden, weil „der Impfwang ein barbarischer Eingriff in die persönliche Freiheit des Menschen, ärger als der Gewissenszwang, (...) die Nebenwirkungen des Impfens häufig schrecklicher Art durch Übertragung und Erzeugung resp. Weckung anderer Krankheiten“ seien. Dies kann man den stenographischen Berichten über die Verhandlungen im Deutschen Reichstag zur Impfpflicht entnehmen. Karen Nolte: „Mit der Einführung des Gesetzes 1874 haben sich die ersten Impfgegner-Vereine gegründet. Ich denke, dass es im Moment ein bisschen schief läuft in der öffentlichen Diskussion. Diese moralisch aufgeladene Diskussion zum Impfen bewirkt letztendlich das Gegenteil von dem, was man will. Man will die Leute, die sich nicht impfen lassen wollen, unter Druck setzen, indem man sie indirekt als gemeinschaftsschädigend bezeichnet. Impfskeptiker treibt man so weiter in eine Verweigerungshaltung. Menschen, die sich wirklich nicht impfen lassen wollen, finden Mittel und Wege, es nicht zu tun.“

Trügerische Sicherheit

Erkenntnisse aus der Geschichte sind lehrreich für die Gegenwart. Doch obwohl es im 20. Jahrhundert auch andere große Epidemien gab, wie etwa die Hongkong-Grippe 1968, bei der in Deutschland 40.000 Menschen starben, hat uns Corona irgendwie „kalt erwischt“. Medizinhistorikerin Nolte: „Durch die großen Impfprogramme seit den 1960er Jahren gab es die trügerische Gewissheit, dass wir quasi eine immunisierte Gesellschaft sind und dass uns nichts passieren kann. Man hat immer auf die Länder im globalen Süden geschaut, wo es gefährliche Epidemien gab, und geglaubt, das wird uns hier in Europa nicht erreichen.“ In einer immunisierten Gesellschaft haben Eltern nie erlebt, dass Kinder an Polio oder Tuberkulose sterben können oder sehr schwer erkranken.

Der Anfang vom Ende?

Viele Seuchen, sagen Forscher, hinterlassen tiefe Spuren bei den Menschen, Wut und Trauer. Sie können aber auch Lust am Leben und Innovationsprozesse nach sich ziehen. Anderthalb Jahre leben wir jetzt mit der Pandemie. Immer wieder, so Nolte, stelle man ihr diese Fragen: Wann hört es auf? Oder muss man mit der Pandemie leben? Und wann tritt dann so etwas wie Normalität wieder ein? „Hochspannende Fragen. Ich werde auch häufig gefragt, wie in früheren Zeiten das Ende einer Pandemie sozusagen gefeiert wurde. Ein Ende ist nicht klar zu benennen, das ist ein schleichernder oder fließender Prozess. Irgendwann tritt so etwas ein wie Normalität. Ich würde sagen, wir sind schon fast in einem Modus der Normalität.“

Und dann, hoffentlich, eines Tages, vielleicht ist es der 15. März 2022, wacht man morgens auf und stellt fest, es ist vorbei, und zwar ganz einfach, still und leise, ohne dass man es so richtig bemerkt hat.

ef



Kontrahenten: Dr. Anthony Fauci und Donald Trump



Drosten, Müller, Söder in Sträflingskleidung: Corona-Leugner sind nicht zimperlich in der Wahl ihrer „Feinde“.



Die Schiffe blieben im Hafen: Während der Cholera-Epidemie 1892 in Hamburg wurde der Handel eingestellt.

Nach der Wahl

Positionspapier der KBV

„Gemeinsam Versorgung gestalten“



KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen

Die Bundestagswahlen im September fanden unter besonderen Bedingungen statt. Die Pandemie hat die Bedeutung des ambulanten Sektors für die Gesundheitsversorgung und unsere Gesellschaft deutlich aufgezeigt. Vor diesem Hintergrund legte die KBV ihre Positionen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in der nächsten Legislaturperiode vor.

Aus Sicht der KBV stellt das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen und Patient*innen die Grundlage der Versorgung dar. Dafür muss die freiberufliche Berufsausübung – vornehmlich in inhabergeführten Praxen – sowie eine funktionierende Selbstverwaltung weiter gewährleistet bleiben. Doch die Herausforderungen sind gewaltig. Die Pandemie hat gezeigt, dass die ambulanten Praxen das Gros der Versorgung übernehmen müssen. Immer mehr Krankheiten können in immer höherem Maße ambulant behandelt werden. Dafür muss der ambulante Sektor gestärkt werden, doch bedarf es dazu einer effektiven Steuerung des „derzeit beliebigen und unkoordinierten Zugangs zur medizinischen Versorgung“.

Digitalisierung

Einer der Schwerpunkte der neuen Regierung wird der weitere Ausbau der Digitalisierung im Gesundheitswesen sein. Für die KBV muss dabei das Hauptaugenmerk auf dem Mehrwert für die Nutzerinnen und Nutzer liegen. Entscheidend ist, dass künftig vor allem die medizinischen Versorgungsprozesse in den Blickpunkt geraten.

Notfalldienst

Schon heute bietet der ambulante Sektor für die Patient*innen verschiedene Zugangswege für die Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten an. Künftig wird deren Vermittlung in die richtige Versorgungsebene noch ausgebaut. Für die Weiterentwicklung muss aus Sicht der KBV an die kooperativen Strukturen zwischen ambulantem und stationärem Bereich

angeknüpft werden. Kein neuer Sektor muss gebildet werden.

Qualitätssicherung

Die KBV kritisiert, dass sich die Qualitätssicherungsinstrumente in den vergangenen Jahren immer mehr zu einem „hyperkomplexen bürokratischen Kontrollinstrument“ entwickelt haben. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung muss daher wieder „zu einem transparenten und praktikablen Instrument“ werden, „welches ausschließlich dem Zweck dient, die Qualität des sektorenübergreifenden Behandlungsgeschehens zum Nutzen der Patientinnen und Patienten zu fördern und zu sichern.“

Delegation

Mehr ambulante Behandlungen und gleichzeitig zurückgehende Arztzeit erfordern neue Kooperationsmöglichkeiten mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Die KBV sieht hierin auch Modelle der Delegation, „nach denen Ärztinnen und Ärzte zeitlich begrenzt Teile der ärztlichen Heilkunde auf Angehörige entsprechender qualifizierter Gesundheitsfachberufe übertragen.“

Weiterbildung

Wenn immer mehr Behandlungen ambulant vorgenommen werden, sieht die KBV Handlungsbedarf in der Weiterbildung. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass die Krankenhäuser ihre Behandlungen immer mehr spezialisieren. Ärztinnen und Ärzten fehlen so die Kenntnisse der Krankheitsbilder in den ambulanten Praxen. Daher müsse Weiterbildung verstärkt auch in den Praxen stattfinden – was sich in der Allgemeinmedizin schon seit Jahren bewährt hat. Die KBV fordert „Möglichkeiten, leichter vom Krankenhaus in die Arztpraxis zu wechseln. Dies kann auch dazu beitragen, die Niederlassung für den medizinischen Nachwuchs attraktiver zu machen.“ Schließlich sieht die KBV Handlungsbedarf in der Nachwuchsgewinnung, vor allem „durch deutlich mehr ambulante Ausbildungsanteile im Studium.“

ks

Ärztliche TI-Sanktionen

Das Tor für Ausnahmen hat sich geöffnet

Der Gesetzestext ist unmissverständlich: Bei Praxen, die den Anschluss an die Telematik-Infrastruktur (TI) nicht durch einen Versichertenstammdatenabgleich nachweisen können, muss die KV einen Abzug vom Honorar vornehmen. Etwa 1,5 Millionen Euro zieht die KVBW daher pro Quartal insgesamt von den Honoraren ab. Etwa zehn Prozent der Praxen sind davon betroffen. Ausnahmen sind im Gesetz nicht vorgesehen. Die KVBW wollte das aber so nicht stehenlassen.



Widerspruch gegen Honorarabzug einlegen

Denn immer wieder einmal sind im Alltag Situationen aufgetreten, in denen ein Honorarabzug eigentlich nicht vertretbar wäre. Aus diesem Grund hat die KVBW die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gebeten, die rechtliche Ausgestaltung zu prüfen.

Und siehe da: Die KBV sieht durchaus einen Rahmen, in dem ein Honorarabzug nicht verhältnismäßig wäre und daher auch nicht vorgenommen werden müsste. Das Tor ist damit nicht mehr komplett geschlossen. Keinen Zweifel lässt die KBV aber daran, dass diese Situationen eher die Ausnahmen darstellen sollten.

Denkbar wäre es beispielsweise, wenn die TI-Anbindung

faktisch nicht möglich ist. Das könnte etwa der Fall sein, wenn an einem Praxisstandort gar keine adäquate Internetverbindung zur Verfügung steht. Denkbar wäre es auch bei bestimmten Konstellationen von Praxisneugründungen. Weitere Szenarien sind denkbar, die Beispiele sollen lediglich die Thematik umreißen.

Für die KVBW ist damit auch der Weg vorgegeben, über den eine solche Ausnahmeregelung durch die Mitglieder geltend gemacht werden könnte. Da der Honorarabzug Gegenstand des Honorarbescheides ist, müsste das Mitglied dagegen Widerspruch einlegen. Dabei müssten die

Gründe, warum eine Ausnahmeregelung greifen sollte, dargelegt und nachgewiesen werden. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens würde die KVBW dann den Anspruch prüfen. Wichtig für die Mitglieder: Der Widerspruch muss korrekt eingelegt werden. Das betrifft vor allem die Fristen, die im Honorarbescheid im Rechtsbehelf genannt sind.

Das Gutachten der KBV bezieht sich im Übrigen nur auf den Honorarabzug im Rahmen der TI-Anbindung. Es bezieht sich nicht auf den Honorarabzug, wenn eine Praxis nicht die Voraussetzungen für die elektronische Patientenakte (ePA) geschaffen hat. ks

Welchen Beitrag können Arztpraxen zum Umweltschutz leisten?

Doktorandenduo hat Niedergelassene befragt

Für effektiven Klimaschutz braucht es alle in Deutschland, auch die Arztpraxen. Darin sind sich die Doktorandin Marlene Thöne aus Tübingen und ihr Kollege Nikolaus Mezger aus Halle (Saale) einig. Doch haben Niedergelassene daran Interesse und welche Unterstützung benötigen sie dafür? Das wollten die beiden mit einer bundesweiten wissenschaftlichen Befragung herausfinden.

Zwischen Oktober 2020 und Februar 2021 antworteten 1.683 Ärztinnen und Ärzte aus allen Bundesländern und Fachrichtungen. Zur Thematik „Wie lässt sich der ökologische Fußabdruck senken und was können Ärztinnen dafür tun?“ thematisierten Mezger und Thöne die Bereiche Energie, Mobilität, Finanzen, Material, Diagnostik und Patientenberatung. Insgesamt habe sich herauskristallisiert, dass die Bereitschaft groß sei, Klimaschutzmaßnahmen in den Praxen zu ergreifen. Laut den Initiatoren der Studie war der Diskussionsbedarf darüber, wie man sich für Klimaschutz engagieren könne, überraschend hoch. Viele hatten Wünsche hinsichtlich Checklisten, Fortbildungen und Hilfestellungen. Einige teilten ihre Erfahrungen mit,

zum Beispiel mit praxis-eigener regenerativer Energieerzeugung. Andere wollten Frustration über das Müllaufkommen durch viele Einwegmaterialien loswerden. Auch die Frage, wie die klimafreundliche Transformation der Praxis finanziert werden soll, trieb die Befragten um. Eine große Mehrheit sah Klimaschutz als ärztliche Aufgabe an.



Nach Berechnungen der Nichtregierungsorganisation „Health Care Without Harm“ trägt das weltweite Gesundheitswesen mit 4,4 Prozent der globalen Treibhausgasemissionen mehr zum Klimawandel bei als der weltweite Flugverkehr (drei Prozent). Für Deutschland sind es sogar über fünf Prozent der bundesweiten Emissionen.

Für den Weg von Arztpraxen in Richtung Klimaneutralität gebe es laut Mezger und Thöne vielseitige Möglichkeiten: Die Verwendung von Ökostrom, Recyclingpapier, eine Umweltbeauftragte in der Arztpra-



„Gesundheit und Klima gehören zusammen“: Niedergelassene sehen sich verantwortlich

xis, Teamsitzungen, in denen konkrete Klimaschutzmaßnahmen für die Praxis diskutiert werden, all dies sei denkbar. Das Wichtigste sei aber die Multiplikatorenfunktion von Ärztinnen und Ärzten: Sie könnten auf Mitarbeitende und Patient*innen hinwirken und diese von einer gesünderen und gleichzeitig klimafreundlichen Lebensweise überzeugen, beispielsweise in Bezug auf Mobilität und Ernährung. ef

➔ Zusammenfassung der Studie www.sciencedirect.com



➔ www.klimawandel-gesundheit.de/umfrage-arztpraxen

Sie sind die Neuen

Erste Studierende nach der Landarztquote beginnen im Herbst

In ländlichen Gebieten Baden-Württembergs nimmt der Ärztemangel zu, der Nachwuchs fehlt. Die Landesregierung will diesem Trend entgegenwirken und stellte erstmalig 75 zusätzliche Medizin-Studienplätze für diejenigen zur Verfügung, die sich verpflichten, später zehn Jahre als Allgemeinmediziner*innen in einem hausärztlich unterversorgten Gebiet tätig zu sein. Doch ist dies tatsächlich attraktiv für junge Menschen? Immerhin müssen sie sich für lange Zeit verpflichten und bei Nichteinhaltung bis zu 250.000 Euro Strafe zahlen. ergo hat zwei der zukünftigen Studierenden interviewt.

Nathalie Koppenhöfer aus Alfdorf und Jan Eichhorn aus Bönnigheim studieren im Ulm beziehungsweise Heidelberg.

Frau Koppenhöfer und Herr Eichhorn, wie kamen Sie darauf, sich zu bewerben?

Koppenhöfer: Das Interesse an der Medizin war schon sehr früh da. Und im zweiten oder dritten Lehrjahr habe ich gemerkt, dass ich gerne studieren möchte, und habe dann von der Landarztquote gehört. Das war für mich eine super Möglichkeit, weil ich mich später eher in der Praxis sehe.

Eichhorn: Nach dem Abitur wusste ich gar nicht, was ich machen wollte, ich hatte noch keinen richtigen Plan für mein späteres Leben. So habe ich ein freiwilliges soziales Jahr in der Klinik gemacht und dann festgestellt, dass mir die Arbeit dort Spaß macht. Da ist in mir langsam der Wunsch gewachsen, Mediziner zu werden. Meine Abinote war aber definitiv zu schlecht fürs Studium. Während meiner Ausbildung zum Rettungsassistenten ist dieser Wunsch immer stärker geworden.

Und hat es Sie nicht abgeschreckt, sich so lange zu verpflichten?

Eichhorn: Das war natürlich schon eine Frage, doch ich komme selbst aus einer Kleinstadt und in meinem Herzen ist einfach der ländliche Bereich; mit dem Menschenschlag komme ich besser zurecht. Ich will ein Team haben, das ich kenne, ortsansässig sein. Es ist für mich keine Einschränkung, Landarzt zu sein. Während meiner Arbeit in Berlin habe ich die Heimat oft vermisst. Die Stadt ist wuselig und trubelig und in Großstädten hat man sehr viele verschiedene Menschen mit oft ganz anderen medizinischen Problemen und Ansprüchen als auf dem Land.



Nathalie Koppenhöfer
aus Alfdorf ist 24 Jahre alt und arbeitet als Gesundheits- und Krankenpflegerin im Krankenhaus.



Jan Eichhorn
aus Bönnigheim ist 27 und ausgebildeter Notfallsanitäter.

Koppenhöfer: Ich komme vom Land, bin hier verwurzelt, nur zur Ausbildung war ich in Ulm. Da habe ich gemerkt, dass das Städtische nicht so meins ist. Das ist hier einfach meine Heimat, ich kenne viele Leute aus meinem Ort. Das ist völlig anders als in der anonymen Stadt. Hier gibt es noch einige Ärzte, aber die gehen in den nächsten Jahren in den Ruhestand und es wird einen großen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten geben. Ich weiß zwar noch nicht, wo ich dann mal arbeite, aber vielleicht kann ich hierbleiben.

Das Auswahlverfahren war doch recht anspruchsvoll. Wie war es für Sie?

Koppenhöfer: Ich finde das Verfahren echt gut. Mein Abschnit war nicht besonders gut, doch man kann für verschiedene Tätigkeiten Punkte gutgeschrieben bekommen. Ich bin schon immer ehrenamtlich aktiv gewesen, habe letztes Jahr Examen gemacht, arbeite im medizinischen Bereich,

da gibt es Zusatzpunkte. Gut finde ich, dass es ein mündliches Auswahlgespräch gibt, denn da wird der Mensch gesehen, es wird drauf geguckt, wie die Motivation ist. Wenn man eine Ausbildung hat im medizinischen Bereich, sieht man auch, was auf einen zukommt, wie der Arztberuf ist.

Eichhorn: Genau. Auf das persönliche Gespräch habe ich mich gefreut, weil ich gedacht habe, so kann man seine Motivation besser überbringen. Ich habe ja sieben Jahre lang im Rettungsdienst gearbeitet, ich weiß, wie die Patienten sind, was später das tägliche Brot sein wird.

Und wie stellen Sie sich die Arbeit später vor? Die Work-Life-Balance?

Koppenhöfer: Ich glaube, dass die Leute zu allen Uhrzeiten – auch sonntags oder abends – kommen und sagen: Hey, kannst du mir helfen? Auf dem Land ist das einfach so. Das macht das Ländliche aus. Du gehst dann nicht einfach wie in der Klinik nach Hause und bist fertig mit dem Job. Auf dem Land sagen sich einige Patienten auch, ich gehe nicht ins Krankenhaus, sondern fahre erst zum Arzt, den kenne ich, mal kucken, was der sagt, und dann entscheide ich. Man muss den richtigen Weg finden, inwieweit man das zulässt.

Eichhorn: Man wird wahrscheinlich häufiger mal angesprochen auf ein gesundheitliches Problem, aber ich denke, das gehört einfach dazu und es ist irgendwie auch schön, wenn die Leute sich auf einen verlassen können und wertschätzen, was man macht. Das andere wird sich dann ergeben mit Frau und Kindern und was den Ort betrifft, wo wir tätig sein werden. Es wurde uns auch gesagt, dass auf die Lebenssituation der Ärzte eingegangen wird. Ich habe da gar keine Bedenken, dass man damit nicht glücklich werden sollte.

Sie halten die Landarztquote also für ein gutes Instrument?

Eichhorn: Ich halte sie für eine sehr gute Sache, weil damit auch diejenigen eine Chance bekommen, die beim Abi noch nicht gewusst haben, was sie machen wollen. Allerdings ist es wahrscheinlich erst mal ein Tropfen auf den heißen Stein. Doch wenn man diese Quote ausweiten würde, könnte es schon eine gute Verbesserung geben. Ich denke, dass man gerade über die Landarztquote eher die Leute findet, die aufs Land wollen. Und wenn sie erstmal zehn Jahre dort arbeiten, ist es womöglich so, dass sie sich gar nichts anderes mehr vorstellen können. Außerdem: Man hat doch die soziale Verpflichtung. Das könnte man doch gar nicht über das Herz bringen, seine Stammpatienten im Stich zu lassen, die man seit zehn Jahren kennt.

ef

Hilfe suchen, Hilfe finden

Relaunch für Online-Portal für Betroffene sexueller Gewalt

Acht Jahre nach dem Start im Jahr 2013 wurde das Hilfe-Portal Sexueller Missbrauch rundum erneuert. Unter dem Motto „Hilfe suchen, Hilfe finden“ bietet die Website Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften einen schnellen Zugang zu Hilfen und Informationen zum Thema sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend. Auch Menschen, die sich Sorgen um ein Kind machen oder Fragen zum Thema haben, erhalten hier Unterstützung.

„Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche betrifft die gesamte Gesellschaft. Es gibt sie überall“, sagt Johannes-Wilhelm Rörig, Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs der Bundesregierung (UBSKM) und Initiator des Hilfe-Portals. „Meist findet sie im sozi-

alen Nahfeld statt, dort, wo sie niemand vermuten möchte: in Familien, in der Nachbarschaft, im Sportverein oder online. Betroffene und ihr Umfeld brauchen dann schnell zugängliche und passgenaue Unterstützung. Wer Hilfe sucht, muss auch Hilfe finden können. Genau das ist das Ziel des neuen Hilfe-Portals.“

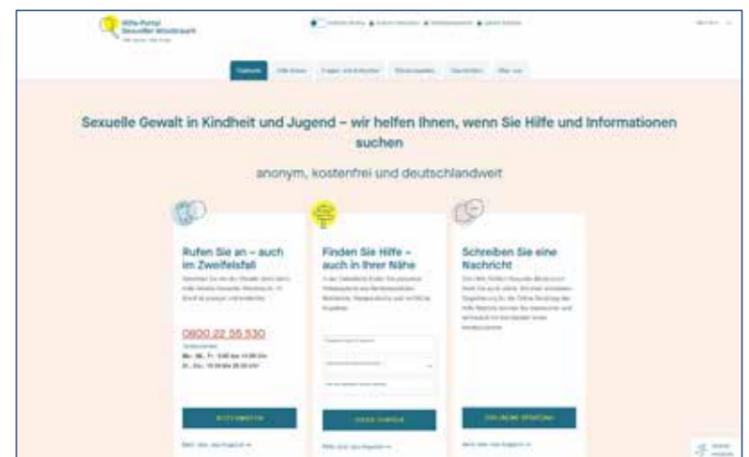
Hilfe vor Ort, Therapie, Mut

Mit dem Relaunch bündelt das Portal die Zugangswege: Ratsuchende können per Telefon oder über die Online-Beratung Kontakt zum Hilfe-Telefon Sexueller Missbrauch aufnehmen. Sie können aber auch in der umfangreichen Datenbank nach einem passenden Hilfeangebot vor Ort oder nach weiteren telefonischen und Online-Hilfeangeboten suchen. Es gibt einen Überblick zu den The-

men Hilfe in Krisen, Beratung, Therapie, finanzielle Hilfen, Recht, Prävention und Selbsthilfe sowie zu organisierter, sexualisierter und ritueller Gewalt. In den „Geschichten, die Mut machen“ berichten Betroffene und Helfende in Interviews von persönlichen Erfahrungen. Sie sprechen darüber, was ihnen geholfen hat, wie sie anderen helfen – und natürlich darüber, was ihnen Mut macht.

Unterstützung gesucht

Zum Portal gehört auch eine Datenbank mit deutschlandweiten Hilfsangeboten. Hier sind Beratungsstellen, medizinische und therapeutische Einrichtungen, rechtliche Angebote sowie Krisendienste und Zufluchtsstätten gelistet. Noch sind es nicht genug, das Hilfe-Portal bittet an dieser Stelle



Nach Relaunch: www.hilfe-portal-missbrauch.de

um weitere Unterstützung. So werden auch Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen gesucht, die traumaspezifisch arbeiten und/oder sich traumaspezifisch fortgebildet haben, insbesondere Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie sowie Fachärzt*innen mit dem Zusatztitel „Psychotherapie“. Interessierte können sich unter www.hilfe-portal-missbrauch.de/ueber-uns/registrierung registrieren. Über die Arztnummer oder die Mitgliedschaft in einer der Berufskammern wird die Approbation überprüft.

pm

➔ www.hilfe-portal-missbrauch.de

Ziel erreicht

Telemedizin-Projekt docdirekt entlastet Praxen und Notaufnahmen

docdirekt, die Online-Sprechstunde der KVBW, ist erfolgreich. Das zeigt der nun veröffentlichte Evaluationsbericht: Mit Fernbehandlungen bei docdirekt können die Arztpraxen und Notaufnahmen in Baden-Württemberg entlastet werden.

„Es freut mich, dass wir mit docdirekt dazu beitragen können, das bestehende Gesundheitssystem zu entlasten, und ein ergänzendes Angebot in der ambulanten Versorgung geschaffen haben“, fasst Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVBW, das Ergebnis zusammen. „50 Prozent der Patientinnen und Patienten, die docdirekt in Anspruch genommen haben, hätten sonst die Notaufnahme aufgesucht und 20 Prozent eine Arztpraxis“, erklärt Fechner. Rund 70 Prozent der Patientenanliegen konnten abschließend behandelt werden. „Wir haben gezeigt, dass Telemedizin eine wichtige Ergänzung zur Regelversorgung sein kann“, so Fechner weiter. So sei es nur folgerichtig, dass die KVBW-Vertreterversammlung die Fortführung des Projektes für die nächsten zwei Jahre beschlossen hat.

Wissenschaftliche Evaluation

Das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck hat das Projekt wissenschaftlich begleitet. „Das Hauptprojektziel, Arztpraxen und Notaufnahmen um vermeidbare Besuche zu entlasten, konnte mit docdirekt erreicht werden“, erklärt der Institutsdirektor Prof. Dr. Jost Steinhäuser. Weitere Ergebnisse: Am wichtigsten bei einer ausschließlichen Fernbehandlung wurde von den Teilnehmenden der

„schnelle ärztliche Kontakt“ empfunden. Ebenfalls wichtig fanden die Patient*innen den „Datenschutz“ und „geschulte Teleärzte“. Der Aspekt „Bequemlichkeit“, wie beispielsweise nicht im Wartezimmer sitzen zu müssen, spielte hingegen eine untergeordnete Rolle.



App von docdirekt: Bei akuten gesundheitlichen Beschwerden stehen Ärztinnen und Ärzte via App, Website und Telefon zur Verfügung.

Außerdem ergab die Evaluation: Die Tätigkeit bei docdirekt könnte besonders für Ärzt*innen attraktiv sein, die flexibel aus dem Homeoffice in Elternzeit oder im Ruhestand die telemedizinische Behandlung in Teilzeit erbringen. docdirekt könnte also dabei helfen, die Anzahl der ambulant tätigen Ärzt*innen zu erhöhen, und damit zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung beitragen.

Vorreiterprojekt

docdirekt ging am 16. April 2018 an den Start. Voraussetzung war die Genehmigung durch die Landesärztekammer Baden-Württemberg, die im Rahmen von Modellversuchen die Fernbehandlung ermöglicht hat. Die KVBW erprobte damit erstmals die ausschließliche Fernbehandlung für Kassenpatient*innen. Bis zum 16. April 2020 behandelten die Tele-Ärzt*innen von docdirekt insgesamt 3.090 Fälle. Während in der Startphase noch unter 40 Fälle im Quartal registriert wurden, stieg die Zahl der Fernbehandlungen im dritten Quartal 2019 auf über 600. Von August 2019 bis Mitte März 2020 war docdirekt an die zentrale Rufnummer 116117 angebunden. Über eine Tastenwahl konnten Patient*innen sich direkt für eine telemedizinische Behandlung entscheiden. Diese Aufschaltung hatte einen starken Effekt auf die Nutzerzahlen. Von März bis Oktober 2020 musste docdirekt von der 116117 entkoppelt werden, um den starken Anstieg der Anrufe rund um das SARS-CoV-2-Geschehen bewältigen zu können. Seit November 2020 ist docdirekt wieder über die 116117 zu erreichen.

Ausblick

Langfristig plant die KVBW eine Ausweitung der Öffnungszeiten bei docdirekt, um insbesondere die Zeiten außerhalb der normalen Praxiszeiten abzudecken. Neben der strategischen Weiterentwicklung sollen auch technische Neuerungen einfließen. So wurde bereits die Verfügbarkeit der App auf die Tabletnutzung ausgeweitet. Weitere Entwicklungsschritte werden folgen; die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet unaufhaltsam voran. *mt/sm*



Ja, ich will!

KVBW startet interne

Impfkampagne für ihre Beschäftigten

In der KVBW sieht es ähnlich aus wie im restlichen Land: Noch immer gibt es einige Mitarbeitende, die sich bisher aus den unterschiedlichsten Gründen (noch) nicht gegen Corona haben impfen lassen. Ein internes Team hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, die Kolleg*innen doch noch für den Piks zu motivieren, und startet mit der Unterstützung des Vorstands und der Geschäftsführung eine Impfkampagne.

Ja, ich will! So lautet das Motto der Kampagne und ist die Antwort auf einige Fragen, die das Kampagnenteam den Kolleg*innen stellt: Spontan mit Freunden in den Biergarten, wieder unbeschwert ins Kino gehen oder gemeinsam für die Mannschaft fiebern? Mit Plakaten, Videobotschaften vom Vorstand und geimpften Beschäftigten soll die Motivation zur Impfung erhöht werden. Auf der Kampagnen-Intranetseite stehen Informationen und Wegweiser zur Impfung bereit.

Impfaktion machte den Anfang

Im Juni 2021 fand in Zusammenarbeit mit den Betriebsärzt*innen und dem Bezirksbeirat eine Impfaktion für die vier Standorte der KVBW statt. Rund 300 Beschäftigte ließen sich damals gegen Corona impfen. Andere Mitarbeiter*innen hingegen waren bereits geimpft oder hatten zu dieser Zeit schon einen Termin in einem Impfzentrum oder einer Praxis gebucht.

„Mit unserer aktuellen Impfkampagne möchten wir diejenigen erreichen, die einfach noch nicht zum Impfen gekommen sind oder sich bisher nicht entscheiden konnten“, erklärt Florian Luthle. Er ist Referent der Geschäftsführung und Mitorganisator der Impfkampagne. „Oft ist es auch einfach ein Gespräch unter Kolleginnen und Kollegen, das zum Impfen motiviert. Wir wollen auf jeden Fall nichts unversucht lassen.“ *se*

Konsequenzen aus der Impfauskunft?

Was man tun kann, wenn Mitarbeitende nicht geimpft sind

Immer wieder erleben Mitarbeitende der KVBW, dass aus den ständig wechselnden Gesetzen in Pandemiezeiten Unsicherheiten der Mitglieder resultieren. Häufige Fragen werden im FAQ-Komplex auf der Webseite der KVBW immer aktuell beantwortet. Im Moment fragen sich viele Mitglieder: Kann ein Arzt oder eine Ärztin arbeitsrechtliche Maßnahmen gegen Mitarbeitende ergreifen, die sich nicht impfen lassen wollen?

Nein, arbeitsrechtliche Maßnahmen sind nicht möglich. Aufgrund der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes haben Ärzt*innen die Möglichkeit, ihre Arbeitneh-

mer nach deren Impfstatus zu fragen. Dieses Informationsrecht bedeutet nicht, dass gegen ungeimpfte Mitarbeitende arbeitsrechtliche Maßnahmen ergriffen werden können. Die Mitarbeitenden sind zwar zur Information über ihren Impfstatus verpflichtet, eine Impfverpflichtung besteht in Bezug auf Corona dagegen gerade nicht.

Diese Informationspflicht der Mitarbeitenden ermöglicht dem Arzt oder der Ärztin lediglich, das Betätigungsfeld der ungeimpften Mitarbeitenden aus Infektionsschutzgesichtspunkten gegebenenfalls entsprechend zu verändern beziehungsweise anzupassen. Die Maskenpflicht in der Arztpraxis

gilt weiterhin. Rechtsgrundlage ist die Coronaverordnung zur Maskenpflicht in Arztpraxen. *ym*

➔ Weitere Informationen zum Impfen:
www.kvbawue.de/coronavirus/impfung

Informationen vom Sozialministerium zur Maskenpflicht:



„Wo fehlt's denn?“

Ersteinschätzungsverfahren SmED bei der 116117 im Einsatz

Seit Jahren ist zu beobachten, dass Patient*innen bei Beschwerden direkt in ein Krankenhaus gehen. Die Gründe sind vielfältig. Viele schätzen die Dringlichkeit ihrer Beschwerden nicht richtig ein oder wissen nicht, an wen sie sich wenden können. Ein Anruf unter der Nummer 116117 schafft Klarheit und wird aufgrund einer Software zur medizinischen Ersteinschätzung – SmED – zielgenau weiterhelfen. Wie das neue Tool funktioniert, berichtet Annika Muras, Sachgebietsleiterin im Geschäftsbereich „Notfalldienst und neue Versorgungsformen“ der KVBW.

Wie funktioniert SmED?

Das gut geschulte, medizinische Personal nimmt den Anruf bei der 116117 entgegen. Mithilfe der Software wird ein strukturierter Fragenkatalog abgearbeitet. Die Software nimmt primär Haupt- und Begleitbeschwerden auf und stützt sich auf die Schilderungen des aktuellen Zustands des Anrufers. Nach wenigen Minuten steht eine erste Einschätzung der Dringlichkeit des Falles fest, die zwei Ergebnisse liefert. Zum einen den Zeitpunkt, an dem eine ärztliche Versorgung stattfinden sollte, zum anderen geht es um die angemessene Versorgungsebene: Rettungsdienst, ärztlicher Bereitschaftsdienst oder Arztpraxis.

Wie wird gewährleistet, dass Notfälle zuverlässig erkannt werden?

Akute und lebensbedrohliche Notfälle werden selektiert und direkt vor Einstieg in die weiterführende Befragung herausgefiltert. Die folgende strukturierte Abfrage gewährleistet

eine hohe Patientensicherheit, da abwendbare gefährliche Verläufe zuverlässig identifiziert werden. Die Schulung der Disponentinnen im Umgang mit SmED ist ein wesentlicher Bestandteil des Systems. Die Software ist als Medizinprodukt zertifiziert und unterliegt somit strengen Qualitätsregulationen.

Was ist der Unterschied zu einer Triage?

SmED geht mit den konkreten Handlungsempfehlungen für die Patientinnen und Patienten, der Beschwerdedokumentation und einer Überführung in eine ambulante oder stationäre Behandlung sowie einer möglichen Terminvereinbarung einen anderen Weg als klassische Triage-Systeme in Kliniken. Diese haben einen anderen Erfassungszweck und schätzen die Patienten nach einer zeitlichen und ressourcenbasierten Dringlichkeit ein, um den Zeitpunkt der Behandlung zu bestimmen.

Wer hat SmED entwickelt?

SmED geht auf ein etabliertes und evidenzbasiertes Modell aus der Schweiz zurück, das dort in der medizinischen Telefonie seit mehreren Jahren im Einsatz ist. Das System wurde an deutsche Verhältnisse angepasst und den Strukturen unseres Gesundheitswesens entsprechend weiterentwickelt.

Wie sind Ihre Erfahrungen mit SmED?

Seit Etablierung der Servicestelle KV SiS BW und der sukzessiven Ablösung der Rettungsleitstellen wird jeder Anrufer mit einem medizinischen Anliegen bei der 116117 mithilfe von SmED eingeschätzt und in die jeweils zur Ver-



Annika Muras

fügung stehende Ressource weitergeleitet. Darüber hinaus wurde SmED an drei Notfallpraxisstandorten in Baden-Württemberg am sogenannten „gemeinsamen Tresen“ bei der Patientenaufnahme eingesetzt. Mit rund 18.000 Assessments während der Projektphase konnten in den letzten Monaten positive Erfahrungen gesammelt werden.

Wie geht es weiter? Wird SmED künftig flächendeckend im ärztlichen Bereitschaftsdienst eingesetzt?

Die KVBW hat am bundesweiten Versorgungsforschungsprojekt zur medizinischen Ersteinschätzung DEMAND teilgenommen und erhält demnächst Ergebnisse dieser Studie. Hiervon und von möglichen gesetzlichen Vorgaben ist abhängig, ob SmED in allen Notfallpraxen implementiert wird. Die KVBW blickt mit den teilnehmenden Praxisteams gespannt auf die weitere Entwicklung. mt

116117 – Die 24-Stunden-sieben-Tage-die-Woche-Nummer

KV SiS BW – das Servicecenter für die gute medizinische Versorgung

Rund um die Uhr ist sie für Anrufer*innen erreichbar: die Servicenummer 116117. Das hat der Gesetzgeber vorgeschrieben. Dafür zuständig ist die KVBW-Tochtergesellschaft, die KV SiS BW Sicherstellungs-GmbH. Sie vermittelt landesweit Akutarzttermine für Patientinnen und Patienten, unterstützt also die Terminalservicestelle (TSS). Auch für diejenigen, die nachts und am Wochenende den ärztlichen Notfalldienst erreichen wollen, ist sie Ansprechpartnerin. An den Standorten Mannheim und Bruchsal arbeiten insgesamt 90 Mitarbeiter*innen, die den Menschen helfen, wenn sie ein medizinisches Problem haben.

Es gibt Tage, da braucht Dörte Breckwoldt gute Nerven. Wenn diejenigen, die anrufen, ungeduldig sind, aggressiv oder jemanden suchen, den sie anschnauzen können. „Wo bin ich hier? Bei der 116117? Ich möchte mit einem Namen sprechen, nicht mit einer Nummer! Ich habe solche Knieschmerzen und halte es nicht mehr aus.“ Tief einatmen, ausatmen. Breckwoldt, die am Standort Bruchsal tätig ist, kann mit solchen Anrufen umgehen. Die kommen immer wieder vor bei der KV SiS BW, 24 Stunden am Tag und 7 Tage pro Woche.

„Zwischen 500 und 1.400 Anrufe am Tag bedienen wir an bei-

den Standorten. Ein Mitarbeiter hat also in der Schicht zwischen 30 und 60 Telefonate.“ weiß Geschäftsführer Daniel Herrmann, 53. Der ausgebildete Kaufmann hat langjährige Erfahrung mit dem Aufbau von Callcentern in der freien Wirtschaft und kümmert sich mit der jeweiligen Schichtleiterin darum, dass alles rund läuft.

Es läuft, doch oft nur mit Geduld. Dörte Breckwoldt hat inzwischen die Namen und Daten der Frau mit den Knieschmerzen aufgenommen. Bei der Anamnese hilft ihr dabei ein strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsprogramm (SmED) (siehe Interview oben) und ihr qualifizierter medizinischer Background. Den haben hier alle Mitarbeiter*innen in der medizinischen Linie.

Breckwoldt verfügt über eine angenehme, beruhigende Stimme, fragt routiniert nach den Beschwerden der Patientin mit den Knieschmerzen. „Ist der Knöchel geschwollen? Wo liegt der Schmerz bei einer Skala von 1 bis 10?“ Merkwürdig entspannt sich die Frau, freut sich, dass sie einen Arzttermin gleich am nächsten Tag bekommen kann. Erleichtert bedankt sie sich. Breckwoldt legt auf, dokumentiert noch den Fall. Es klingelt wieder. Wie wird die Laune des nächsten Anrufers sein? Zur „psychologischen Erstversorgung“ der Calltaker*innen

gibt es in der Küche Unmengen von Stößkram.

Die Telefonistinnen vermitteln Anrufe aus 30 bis 40 Prozent der Notfalldienstbereiche in Baden-Württemberg. Bis Mitte 2022 soll der Rest dazukommen.

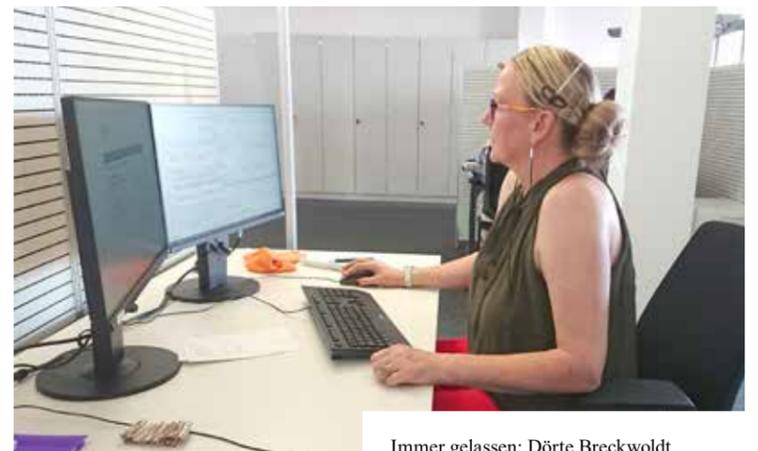


Daniel Herrmann

Die meisten Anrufe kommen Freitag bis Sonntag, wenn die Praxen geschlossen sind. Nachts ist es eher überschaubar. Nur etwa 50 Menschen brauchen zwischen null und sechs Uhr morgens Hilfe, erklärt Herrmann. Und nicht immer geht es um ein medizinisches Problem: „Manche suchen einfach das Gespräch. Unsichere Eltern wissen nicht, was sie tun sollen, wenn ihr Kind Fieber hat. Ältere Menschen fürchten eine Hospitalisierung und wollen den Rettungsdienst nicht alarmieren. Sie rufen lieber eine Versorgungs-

ebene tiefer an und fragen, ob ein Arzt vorbeikommen kann.“

Die Disponent*innen entscheiden dann über die richtige Versorgungsstufe, ob die Senior*innen tatsächlich sofort einen Arzt benötigen, am nächsten Tag in eine



Immer gelassen: Dörte Breckwoldt

Arztpraxis gehen sollen oder doch ins Krankenhaus müssen. So können Patientenströme gesteuert und Kliniken entlastet werden.

Dabei unterstützen wird ein Ausbau an künstlicher Intelligenz, denn digital ist bei den KVen einiges geplant: Mittels eines Voicebot-Systems sollen die Anrufer bereits am Telefon durch ein Abfragesystem der medizinischen Ersteinschätzung gelöst werden, bevor sie die Calltaker*innen erreichen. Erste Erfahrungen konnten mit dem Covid-Voicebot bereits gesammelt werden. Auch über die

Website der 116117 soll ein bundesweites Selbstabfragetool für die Betroffenen etabliert werden, bei dem am Ende eine Handlungsempfehlung oder bei Bedarf eine Vermittlung mit den Calltaker*innen steht. „Ich bin ein Fan von Digitalisie-

rung“, lacht Daniel Herrmann, „ich glaube, dass man ganz viel Gutes für die Patientinnen und Patienten erreichen kann, wenn durch verbesserte Abstimmungsprozesse Fehler oder Verständigungsschwierigkeiten vermieden werden können.“ Doch die Digitalisierung könne nie den persönlichen Dialog ersetzen, denn gerade dann, wenn es Menschen schlecht gehe, erwarteten sie eine persönliche Absicherung ihrer Fragen. „Und am Ende steht in letzter Verantwortung immer der Arzt oder die Ärztin.“ ef

„Wie es cool laufen kann ..“

Eine etwas andere Praxisform mit unternehmerischen Grundsätzen

Es klingt erst mal ziemlich ungewöhnlich und vermutlich haben die wenigsten Praxen eine wie sie: **Nina Möllering, gelernte Journalistin, ist Geschäftsführerin der Hausarztpraxis Dr. Schubert in Ehingen. Möllering hatte sich nach dem Studium besonders für Unternehmensstrukturen interessiert, insbesondere für Prozessentwicklung und -optimierung und eine eigene Firma gegründet. Wo sie irgendwann Dr. Schubert traf. Gemeinsame Buch- und Moderationsprojekte folgten, dann kam das „Praxisprojekt“ und Schubert fragte sie, ob sie bei ihm einsteigen wolle. Im ergo-Interview erzählt Möllering, wie das ist, Geschäftsführerin in einer Arztpraxis zu sein.**

Frau Möllering, warum braucht eine Praxis eine Geschäftsführerin?

Weil die Aufgaben einer Praxis haargenau die gleichen sind wie bei jedem anderen Unternehmen dieser Welt auch. Die Vorstellung, dass die ganzen Aufgaben von einer Person allein gelöst werden, trifft nicht zu.

Eine Praxis ist ein mittelständisches Unternehmen, hat Angestellte in diversen Funktionen und bietet Dienstleistungen an, hat Kunden, die Patienten, die oft ganz unterschiedliche Zielgruppen sind. Es ist eine unternehmerische Aufgabe, das alles optimal zu organisieren, zu verwalten und zu entwickeln. Denn wir wollen ja ein Unternehmenswachstum haben wie jede andere Branche auch. Daher ist es wichtig, die Aufgaben klar zu verteilen.

Und was haben Sie geändert?

Wir haben bei uns eine klare Trennung zwischen medizinischem und nicht medizinischem

Bereich gemacht. Das heißt, Dr. Schubert und ich haben entschieden, all das, was mit dem direkten Patientenkontakt zu tun hat, wie Sprechstunde, Anamnese, Diagnose, Hausbesuche, alles, was mit der unmittelbaren medizinischen Versorgung zu tun hat, obliegt allein seiner Verfügungsgewalt.

Alles, was nicht medizinisch ist, sprich Personalfragen, KV-Abrechnungen, Steuerberater, also alles andere, ist in meiner Hand. Im nächsten Schritt haben wir angefangen, die Praxis in Abteilungen aufzuteilen, die Abteilung Labor, die Abteilung Arzt-Sprechstunde, die Abteilung Geschäftsleitung, die Abteilung Empfang.

”

„Wie du dich unternehmerisch aufstellst, hast du als Arztpraxis allein in der Hand.“

Und so kann sich Dr. Schubert allein der Medizin widmen ...

Genau. Für ihn ist es wichtig, dass er den Menschen so gut wie möglich medizinische Versorgung anbieten kann – denn beim Rückgang der Hausarztpraxen im ländlichen Raum strömen immer mehr Menschen in unsere Praxis. Und im Sinne des Unternehmenswachstums und der optimierten Patientenversorgung möchten wir sie natürlich so gut es geht versorgen. Das geht aber nur, wenn sich Dr. Schubert in seiner Funktion als Arzt ganz auf diese Aufgabe konzentrieren kann und nicht gleichzeitig ein komplettes Unternehmen führen muss. Das ist zu viel. Und es ist auch nicht zielführend. Warum auch, jedes andere

Unternehmen dieser Welt macht es auch nicht so. Warum soll es dann eine Arztpraxis tun?

Und die Patientinnen und Patienten?

Während meiner Zeit beim SWR als Reporterin waren die Zielpersonen die Hörer und das kam mir jetzt zugute in der Zusammenarbeit mit dem Arzt. Wie spreche ich mit meinen Patienten, was biete ich ihnen an und wie bringe ich das rüber?

Wir haben zum Beispiel einen Newsletter eingeführt, den wir nur verschicken, wenn irgendwas Neues, Relevantes kommt, wie jetzt bei Corona. Ich gehe auch ganz gern mal zu Hausbesuchen mit, einfach, weil ich den Bezug zum Kunden nicht verlieren will. Ich will wissen, für wen wir das machen.

Und die IT?

Das ist bei uns ein ganz großes Thema! Ganz viel driftet in die Richtung Digitalisierung und die Arztpraxis muss schauen, wie sie damit zurechtkommt, was sie davon nutzt und wie sie es einsetzt.

Man muss letztendlich sehen, was davon tatsächlich für den Praxisalltag sinnvoll ist und was nicht. Es soll ja nicht zuerst die Technik kommen und danach die Anwendung in der Praxis, sondern erst muss der Bedarf in der Praxis da sein, dann sucht man sich die passende Anwendung dazu.

Bedeutet „Unternehmen Praxis“ also weg vom Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis hin zur Kundenorientierung?

Aber nein! Ich finde es nur wichtig, sich bewusst zu machen, dass man als Hausarztpraxis gleichzeitig ein Unternehmen ist. Das macht das Arbeiten viel leicht-



Geschäftsführerin mit neuen Ideen: Nina Möllering

ter. Und wie du dich unternehmerisch aufstellst, hast du als Arztpraxis allein in der Hand. Das kann ganz cool laufen! Man muss nur offen sein und die Möglichkeiten im Blick haben.

Ein Beispiel: Ich wollte gerne eine Dame am Empfang für das Telefon einstellen, eine sehr sympathische, erfahrene Frau, doch sie wohnte in Nördlingen, zu weit entfernt. Schade, dachte ich, das klappt nicht.

Stimmt nicht! Wenn andere Unternehmen ihre Callcenter-Mitarbeiter in Indien arbeiten lassen können, dann kann ich ja meine Mitarbeiterin für den Telefondienst am Empfang von Nördlingen aus einsetzen. Also betreut jetzt eine Mitarbeiterin vom Homeoffice aus für uns den Empfang.

Das sind Lösungen, die sich auf einmal auftun, wenn man raus geht und schaut, wie es Unternehmen machen. *ef*

MAK-TIPP

ONLINE-KURS „Mittel und Wege: Verordnung von Heilmitteln“

Heilmittel bilden einen der Eckpfeiler in der Patientenversorgung durch die Arztpraxis. Doch wie oft gibt es auch hier einige Hindernisse, die auf dem Weg zur richtigen Verordnung überwunden werden wollen. Beispielsweise die Heilmittel-Richtlinie, die Diagnoseliste für besondere Verordnungsbedarfe und den langfristigen Heilmittelbedarf. In diesem Online-Kurs lernen die Teilnehmenden neben den theoretischen Hintergründen ebenso, diese wichtigen Nachschlagewerke aktiv anzuwenden.

Tagtäglich kommen Patient*innen mit Heilmittelbedarf in die Praxis. Und immer wieder stellt sich dann die Frage: Welches Heilmittel ist für den aktuellen Fall geeignet? Welche Mengen dürfen verordnet werden und wie häufig? Was muss aufs Rezept? Und ist das Heilmittel überhaupt zulasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnungsfähig? Diesen und vielen weiteren Fragestellungen gehen die zwei Module dieses Online-Kurses auf

den Grund. Anhand von Fallbeispielen aus der Praxis begegnen die Teilnehmenden der Materie Heilmittel interaktiv, selbstbestimmt und im eigenen Tempo.

Zielgruppe

Der Online-Kurs richtet sich an alle Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in der Praxis, die mit der Verordnung von Heilmitteln zu tun haben, und diesbezügliche Kenntnisse erwerben, erweitern oder auffrischen wollen.

Arbeitsformen

Interaktiver, multimedialer Online-Kurs zur selbstständigen und selbstbestimmten Erarbeitung der Lerninhalte. Dieser Kurs kann jederzeit auf allen Endgeräten – vom Desktop-Computer bis zum Smartphone – ohne Einschränkungen angesehen werden.

Dauer:

90 Minuten

Schwerpunkte

- Wie funktioniert die Heilmittel-Richtlinie?
- Heilmittel richtig verordnen: Indikation, Verordnungsmengen, Frequenzempfehlungen etc.
- Der Verordnungsfall: Definition, Beginn und Ende
- Ein Dokument für alle: das Muster 13
- Wirtschaftliche Heilmittelverordnung
- Thema Richtwert: Volumen, Berechnung und Prüfung
- Die Heilmittel-Informationsstatistik
- Besondere Verordnungsbedarfe und langfristiger Heilmittelbedarf

Kosten:

98 Euro

Fortbildungspunkte: 4

Seminarnummer:

eL08/21

Kodierunterstützung für Praxen

Direkt und digital – ab Januar 2022 in der Praxissoftware

Praxen erhalten im nächsten Jahr einen digitalen Helfer, der sie beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützen soll. Denn mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den Auftrag erhalten, verbindliche Vorgaben zum Kodieren zu erstellen und zum 1. Januar 2022 einzuführen. Ziel war es, die Kodierqualität zu verbessern und die Kodierung in Krankenhaus und Praxis zu vereinheitlichen. Durch neue Kodiervorgaben soll laut KBV keine neue Bürokratie entstehen. Im Gegenteil: Das Kodieren soll leichter werden.

Eine im Praxisverwaltungssystem integrierte Codesuche oder automatisch angezeigte Hinweise zum Kodieren gibt es bereits jetzt. Wird das Krankheitsbild aber komplexer, kann sich die Suche nach einem genauen Diagnoseschlüssel mitunter schwierig gestalten. Die neue Kodierunterstützung kombiniert bestehende und neue Funktionen rund um die Kodierung. Regelungen der ICD-10-GM werden damit transparenter und leichter anwendbar.

Der Kodierhelfer wird in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht Niederge-

lassenen direkt beim Kodieren zur Verfügung – ob bei der Abrechnung oder bei der Angabe der Diagnose auf dem Krankenschein.



Kodieren soll leichter werden.

Funktionen der Kodierunterstützung

Eine neue Funktion ist der Kodier-Check zur Plausibilisierung von gewählten Codes, der bei vier Diagnosebereichen im Hintergrund läuft. Neben der ICD-10-GM ist künftig auch die Verschlüsselungsanleitung, herausgegeben vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), in die Praxissoftware eingebunden.

Bewährte Funktionen wie die Codesuche und die Kennzeichnung von Dauerdiagnosen wurden überarbeitet und stehen weiter für alle Diagnosebereiche bereit.

So funktioniert der Kodier-Check

Der neue Kodier-Check startet für vier Diagnosebereiche mit hohen Fallzahlen und einer komplexen Kodierung: Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen eines Bluthochdrucks. Geben Praxen einen Code aus diesen Diagnosebereichen an, beginnt ein Kodierregelwerk im Hintergrund mit der Prüfung. Passt etwas nicht, meldet es sich und gibt beispielsweise den Hinweis, dass ein spezifischerer ICD-10-GM-Code vorhanden ist, und bietet diesen direkt zur Auswahl an.

Anlegen von Dauerdiagnosen weiter möglich

Die Funktion, Behandlungsdiagnosen eines Quartals so zu kennzeichnen, dass sie auch in den Folgequartalen automatisch in die Abrechnungsunterlagen übernommen werden können, bleibt erhalten. Neu ist, dass diese Funktion künftig auch für anamnesti-

KODIER-CHECK: START MIT 4 DIAGNOSEBEREICHEN			
			
HERZINFARKT	SCHLAGANFALL	DIABETES MELLITUS	BLUTHOCHDRUCKFOLGEN
ICD-Gruppe: Ischämische Herzkrankheiten	ICD-Gruppe: Zerebrovaskuläre Krankheiten	ICD-Gruppe: Diabetes mellitus	ICD-Gruppe: Hypertonie
ICD-Kategorien im Kodier-Check: I21, I22, I25	ICD-Kategorien im Kodier-Check: I60, I61, I62, I63, I64, I69	ICD-Kategorien im Kodier-Check: E10, E11, E12, E13, E14	ICD-Kategorien im Kodier-Check: I11, I12, I13

Bei diesen Diagnosebereichen prüft das Kodierregelwerk im Hintergrund.

sche Diagnosen bereitsteht und in jeder Praxissoftware aktiviert ist.

Eine zusätzliche Funktion bietet die Kodierunterstützung speziell für den „akuten Herzinfarkt“ und den „akuten Schlaganfall“. Sollen die entsprechenden Codes mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für gesichert als Dauerdiagnose neu abgespeichert werden, erhält der Anwender einen Hinweis. Denn akute Diagnosen sind in aller Regel als Dauerdiagnosen ungeeignet, und für den Herzinfarkt und Schlaganfall sieht die ICD-10-GM spezifische Codes für die dauerhafte Schädigung und Behandlung vor.

Infoangebot für Praxen

Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen Sie beim Start mit der neuen Kodierunterstützung: Neben dem Informationsangebot im Internet

wird es ein Serviceheft in der Reihe PraxisWissen (Beilage im Deutschen Ärzteblatt) sowie Erklärvideos zu verschiedenen Problematiken und Sachverhalten rund ums Kodieren geben.

Warum Kodieren wichtig ist

Alle Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen sind seit dem Jahr 2000 gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie möglich zu kodieren, zum Beispiel auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Abrechnungsunterlagen. Die Kodierung erfolgt nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10-GM. *kbv/ef*

➔ Weitere Informationen, Kodierbeispiele sowie ein Erklärvideo zur ambulanten Kodierunterstützung: www.kbv.de/html/kodieren.php

Videotherapie kann vieles – aber nicht alles!

Leserbrief zum Artikel Videotherapie in der Psychotherapie in ergo 2/2021

Im vergangenen Jahr hat die videoassistierte Behandlung einen Aufschwung erlebt. Führten in Baden-Württemberg im 4. Quartal 2019 gerade einmal zwölf Psychotherapiepraxen Videosprechstunden durch, waren es ein Jahr später bereits über 2.000, also 50 Prozent aller Praxen. Dies zeigt, dass viele Psychotherapeut*innen das Medium genutzt haben, um die Versorgung ihrer Patient*innen aufrechtzuerhalten, wenn ein unmittelbares persönliches Treffen wegen Infektionsrisiken oder pandemiebedingten Einschränkungen nicht möglich war. Auch wenn zwischenzeitlich etliche empirische Befunde zur Wirksamkeit des videotherapeutischen Vorgehens vorliegen, gibt es auch berechtigte Skepsis. So fehlt doch der sichere therapeutische Raum und der unmittelbare Kontakt, wo die Menschen umfassend in all ihren Ausdrucksmöglichkeiten erlebt werden können.

Die Kollegin Hartmann-Strauss hat in der letzten ergo-Ausgabe die Argumente für eine Videotherapie verdeutlicht und versucht, die existierenden Vorbehalte gegen den Einsatz der Technik zu entkräften. Ihr Engagement, Kolleg*innen zu ermutigen, sich dem Medium anzunähern, ist zu begrüßen. Doch ergänzt werden muss das Plädoyer pro Videotherapie mit dem Hinweis auf die Grenzen und Kontraindikationen.

Die empirischen Forschungsergebnisse der Arbeitsgruppen in Berlin, Ulm und Tübingen



weisen darauf hin, dass Videotherapie wirkt, aber nicht bei jedem und nicht bei jeder psychischen Störung. Es hat sich gezeigt, dass die Abbruchquote bei einer Videotherapie dann am geringsten ist, wenn neben den Videositzungen zusätzlich in bestimmten Intervallen Termine im unmittelbaren persönlichen Kontakt stattfinden. Die Studien zeigen ferner, dass Menschen, die sich mit digitalen Medien schwertun, für Videotherapie nur wenig geeignet sind. So werden insbesondere ältere Menschen weniger gut mit Videotherapie erreicht. Für Krisen muss es die Möglichkeit des Gesprächs in der Praxis geben. Und nicht zuletzt ist immer wieder sorgfältig zu prüfen, ob das Videoformat eher zur Aufrechterhaltung einer Störung führt, beispielsweise bei sozialen Ängsten oder Zwangsstörungen.

Die diagnostische Abklärung wird regelhaft im persönlichen Gespräch in der Praxis empfohlen. Nur so können Menschen in ihrer Gesamtheit mit allen verbalen, para- und nonverbalen Informationen erlebt werden. Denkstörungen, Substanzmittelgebrauch, Interaktionsverhalten und Emotionalität lassen sich zuverlässiger erfassen. Deshalb sehen die Berufsordnungen vor Aufnahme einer Videobehandlung grundsätzlich den unmittelbaren persönlichen Kontakt vor. Für die Zeit der Pandemie wurden zeitlich befristete Ausnahmeregelungen geschaffen, um für dringend hilfesuchende Menschen eine Erstkontaktmöglichkeit per Video zu schaffen. Wir befürworten diese Ausnahmeregelung, aber wir begrüßen ebenso, dass zukünftig der Erstkontakt wieder im direkten persönlichen Gespräch stattfindet.

Videotherapie kann mit einem Therapietermin in der Praxis nicht gleichgesetzt werden. Beide haben ihre eigenen Qualitäten und Vorteile, und eine Kombination kann in vielen Fällen hilfreich sein. Eine Behandlung ausschließlich am Bildschirm muss hinsichtlich Wirksamkeit, Risiken und Kontraindikationen erst noch eingehend beforscht werden.

Dr. Peter Baumgartner und Dr. Michael Ruland

Vorsitzende Beratender Fachausschuss Psychotherapie

Schuknecht neuer VV-Delegierter

Johannes Glaser, Allgemeinmediziner aus Leimen, hat seine Zulassung aus Altersgründen zurückgegeben und scheidet aus der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg aus. Der 1951 geborene Glaser hat sich langjährig in der Selbstverwaltung engagiert, so nicht nur als Delegierter in der Vertreterversammlung (VV) der KVBW, sondern auch als Delegierter in der Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Nordbaden sowie der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Gesundheitspolitisch aktiv, gehörte Glaser als einer der Gründer der nordbadischen Ärzte-Initiative NAI nicht nur langjährig dem Vorstand von MEDI Nordbaden/NAI, sondern auch dem Geschäftsführenden sowie Erweiterten Vorstand von MEDI Baden-Württemberg an.

Nachfolger als Delegierter in der KVBW-Vertreterversammlung ist Dr. Bernhard Schuknecht, Facharzt für Orthopädie aus Heidelberg, von der MEDI-Liste Nordbaden. *ef*



➔ www.kvbawue.de/vertreterversammlung

Ortsunabhängig und individuell gegen Rücken- und Knieschmerzen trainieren

OrthoHero-BKK-Vertrag bietet Trainingsprogramm per App

Wer unter Rückenschmerzen oder Knieproblemen leidet, dem kann Bewegung helfen, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden wiederzuerlangen. Eine individuelle digitale Trainings-therapie mittels Herodikos-App soll dabei unterstützen und Betroffene direkt mit ihren Ärzten und Ärztinnen vernetzen. So sollen Operationen vermieden oder das Befinden in der post-operativen Rehabilitationsphase verbessert werden. Der OrthoHero-BKK-Vertrag zu dieser app-gestützten Bewegungstherapie ist im Oktober an den Start gegangen. Einer, der dabei aktiv mitgewirkt hat, ist der Orthopäde Dr. Karsten Braun.

Herr Dr. Braun, was unterscheidet diese App von den üblichen Gesundheitsapps?

Dr. Braun: Seit 2019 können Apps als DiGAs vom Vertragsarzt rezeptiert werden. Für viele Fachgebiete ist das eine sinnvolle Therapieergänzung. In der Orthopädie und Unfallchirurgie hat sich aber noch nicht viel getan. Stand heute zeigt der Blick ins DiGA-Verzeichnis nur eine einzige für Erkrankungen am Bewegungsapparat zugelassene Anwendung (www.vivira.com). Denn Entwickler scheuen den aufwändigen Zulassungsprozess. Kostenträger kritisieren zurecht maßlos über- teuerte Preise von DiGAs im Vergleich zu dem gängigen ärztlichen oder physiotherapeutischen Honorar.

Und Ärzte verordnen DiGAs offenbar eher selten?

Für die Verordnung einer DiGA erhalten Ärzte bei Abrechnung der EBM-Ziffer 01470 lediglich 2,00 Euro. Die Motivation von Ärzten, Apps zu „Mondpreisen“ zu verordnen, ist bei einer derart krassen Ungleichbehandlung und fehlenden Wertschätzung ihrer Arbeit nahezu null. Nichtverordnung ist Ausdruck ihrer Protesthaltung. Ärzte kritisieren weiterhin die fehlende individuelle Abstimmung der von der App vermittelten Inhalte auf den zu behandelnden Patienten.



Während sich der Gesetzgeber einen positiven Effekt in der Versorgung von Patienten verspricht, gehen DiGA in der derzeitigen Form am Behandlungsalltag vorbei. Diese Apps bieten keinen Interventionsmechanismus für den Fall, dass Patienten sie trotz Verordnung nicht nutzen. Die meisten Apps lassen Patienten mit der Therapie und auftretenden Problemen allein im heimischen Wohnzimmer. Viele Anwendungen schlummern dann auf dem Smartphone des Patienten. Das wollten wir vom Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ändern mit dem OrthoHeroBKK Vertrag und einer App, die ärztlich indiziert und gesteuert wird.

Die Herodikos-App im OrthoHeroBKK Vertrag ist eben nicht eine DiGA aus dem BfARM Verzeichnis, sondern hier wird ganz bewusst ein anderer Weg über einen Selektivvertrag gegangen.

Welche Vorteile hat die App für die Patient*innen?

Es gibt einen patientenindividuellen Trainingsplan und drei obligate ärztliche Untersuchungen sowie die Möglichkeit weiterer Monitorings während eines dreimonatigen Nutzungszeitraums der Herodikos-App zur Übungsanleitung für Patienten mit Rücken- und Knieleiden. Dadurch stellen wir einen hohen Nutzen, Mehrwert und Attraktivität für den Patienten sicher. Das Programm zur Bewegungstherapie kann ortsunabhängig und ohne Terminwartzeiten als Alternative

oder Ergänzung zu pharmazeutischen oder invasiven Versorgungsformen beziehungsweise Heil- und Hilfsmittelversorgungen genutzt werden. Dies bietet für die beteiligten Krankenkassen Wirtschaftlichkeitsvorteile und für die teilnehmenden Fachärzte ein leistungsgerechtes Honorar zwischen 95 und 150 Euro je nach Nutzungsdauer und Anzahl der Monitorings sowie ein reduziertes Regressrisiko im Heilmittelbereich.

Die Leistungsabrechnung der Ärzte erfolgt dabei extrabudgetär on top zum regulären KV-Honorar mit speziellen Pseudoziffern schlank und einfach über die KVBW. Mit dem von uns verhandelten Vertrag wollten wir eine Blaupause liefern für



Dr. Karsten Braun

ähnliche Verträge anderer Fachgebiete und mit weiteren Krankenkassen und damit einen bundesweiten Roll-out des Projekts im orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich ermöglichen.

Welche Patienten können teilnehmen?

Patienten mit Rücken- und Knieleiden, die bei einer der 42 derzeit am OrthoHeroBKK-Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen der Vertragsarbeitsgemeinschaft Süd versichert sind. Es gibt eine ICD-basierte Liste mit zulässigen Indikationen. Diese soll im Verlauf auf weitere Krankheitsbilder erweitert werden.

Und welche Ärzte können teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind Fachärzte für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin mit Zulassung und Hauptbetriebsstätte als Vertragsarzt, Anstellung in einem MVZ oder Ermächtigung im Bereich der KVBW. Teilnahmevoraussetzungen sind unter anderem eine Online-Vertragsschulung sowie ein Eintrag auf dem Patientenportal www.orthinform.de. Weitere Einzelheiten sind der gegenüber dem BVOU abzugebenden Teilnahmeerklärung zu entnehmen.

Dank der guten Zusammenarbeit zwischen dem BVOU, der Vertragsarbeitsgemeinschaft Süd der Betriebskrankenkassen, des App-Herstellers Herodikos und der KVBW als Abrechnungsdienstleister konnten wir pünktlich zum 1. Oktober 2021 starten. Ärzte, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und in den Vertrag eingeschrieben sind, erhalten umgehend vom BVOU ihr Starterpaket und können ihre Patienten in den Vertrag einschreiben und mit der Therapie beginnen. *ef*

➔ Weitere Informationen: www.bvou.net/orthohero

OrthoHero auf www.kvbawue.de: www.kvbawue.de/orthohero



DiGA-Verzeichnis: www.bfarm.de/diga



COVID-Studie in Praxen

Krankheitsberichte sind für die systematische Erforschung der Erkrankung durch das Coronavirus von großer Bedeutung und können einen wichtigen Beitrag zur Pandemiebekämpfung leisten. Die meisten COVID-Erkrankten in Deutschland werden von Hausarztpraxen medizinisch betreut, doch es gibt bisher kaum strukturierte Daten zum ambulanten Behandlungsverlauf von COVID-Patient*innen. Diese Forschungslücke soll mit dem ABC-19-Register geschlossen werden.

Mit dem wertvollen Wissen zu bedeutsamen Begleitkrankheiten, Krankenhauseinweisungen, Spätfolgen und Komplikationen können Arzt*innen die Datensammlung des Registers unterstützen. Besonders gefragt sind Praxen,

die ihre COVID-19-Patient*innen dauerhaft betreuen. Wenn Praxen Interesse haben teilzunehmen, können sie sich an das IGES – Institut für Gesundheitsforschung wenden. Sie erhalten Informationen zur Studie, das Studienprotokoll und eventuell einen Studienvertrag. Nach einer Einweisung in den Studienablauf erhalten sie Zugangsdaten für die elektronische Dokumentation und können mit der Datenerfassung beginnen. Während der Studie werden die Teilnehmenden von einem Studienteam betreut. Die Teilnahme wird mit 50 Euro pro eingeschlossenem Fall vergütet. *zi*

➔ Infos/Ansprechpartner: www.iges.com/abc19
Steffen Lütke,
Clinische Studien Gesellschaft (CSG)
030 230 809 28
abc19@csg-germany.com

Arzt fragt, KV antwortet

Aktuelles aus der Abrechnung

Thema: Gültigkeit Überweisungsschein

Manche Praxen nehmen Überweisungen aus dem Vorquartal nicht mehr an oder fordern Überweisungen aus dem aktuellen Quartal an. Wie lange gilt ein Überweisungsschein?

Überweisungen sind quartalsübergreifend gültig.

Grundsätzlich orientiert sich die Gültigkeit einer Überweisung nicht an Quartalsgrenzen. Dies gilt auch bei ermächtigten Ärzten, soweit der Ermächtigungsbescheid keine Beschränkungen auf Überweisungen aus dem aktuellen Quartal enthält. Zu beachten ist, dass bei Überweisungsscheinen immer eine gültige eGK einzulesen ist; dies gilt auch bei Überweisungsscheinen aus dem Vorquartal.



Besonderheit bei sonstigen Kostenträgern (Bundeswehr, Polizei etc.): Diese Patient*innen benötigen immer eine Überweisung für das jeweils aktuelle Behandlungsquartal. Ausnahmen sind bei den sonstigen Kostenträgern im Einzelfall denkbar, so zum Beispiel in Praxen, welche nur auf Überweisung tätig werden können (so etwa Laborärztinnen, Radiologen, Ermächtigte etc.)

Bitte beachten Sie die korrekte Datumsangabe, um unnötige Bürokratie zu vermeiden. Als Quartal ist stets das aktuelle Abrechnungsquartal (Behandlungsquartal) einzutragen, auch wenn das Ausstellungsquartal der Überweisung davon abweicht. *ab*

Per Click zu mehr Wissen

Trotz Internetrecherche: Patient*innen vertrauen ihren Ärzt*innen

Auch wenn sich über zwei Drittel der Patientinnen und Patienten nach einem Arztbesuch über ihre Symptome, Diagnosen oder verschriebenen Medikamente im Internet weiter informieren, ist doch in den seltensten Fällen mangelndes Vertrauen zu ihrem Arzt oder zu ihrer Ärztin der Grund. Das ergab eine repräsentative Befragung, deren Ergebnisse vom Branchenverband Bitkom unlängst veröffentlicht wurden.

Danach gehen 67 Prozent der Internetnutzer im Anschluss an einen Arztbesuch online; das sind etwas mehr als 2020, als es 61 Prozent waren. 14 Prozent holen regelmäßig entsprechende Informationen online ein, 30 Prozent tun dies manchmal und 23 Prozent selten. „Die Digitalisierung stärkt die Souveränität der Patientinnen und Patienten. Im Internet und durch eine wachsende Zahl hochwertiger Gesundheits-Apps können die Menschen sich heute umfassend über Gesundheitsthemen informieren“, sagt Dr. Ariane Schenk, Experte für digitale Gesundheit beim Bitkom. „Während der Coro-

napandemie ist das Bewusstsein für die eigene Gesundheit noch einmal leicht gestiegen.“

Den meisten Befragten geht es darum, alternative Behandlungsmethoden zu suchen (68 Prozent) oder sich generell zusätzliche Informationen etwa zu Diagnose, Behandlung oder Erkrankung einzuholen (63 Prozent). 56 Prozent suchen nach einer Zweitmeinung und 44 Prozent recherchieren Al-



Vertrauensvolle Beziehung: Arzt und Patient

ternativen zu Medikamenten. Ein Viertel (25 Prozent) gibt auch zu, sich nicht mehr an alle Details aus dem Arztgespräch erinnern zu können. 23 Prozent haben die Erläuterungen von Ärztin oder Arzt

nicht verstanden. Insgesamt steht im Vordergrund, den Arztbesuch zu ergänzen: Lediglich jeder Siebte (14 Prozent) hat kein Vertrauen in die zuvor gestellte Diagnose gehabt.

Ein etwas geringerer Teil der Internetnutzer, aber noch immer mehr als die Hälfte (56 Prozent), recherchiert bereits vor dem Arztbesuch Symptome im Netz. Bei den Frauen (61 Prozent) ist dieses Verhalten dabei deutlich ausgeprägter als bei den Männern (51 Prozent). „Frauen achten traditionell etwas besser auf ihre Gesundheit als Männer und gehen auch häufiger zu Ärztinnen und Ärzten“, so Schenk.

Grundlage der Angaben ist eine Umfrage, die Bitkom Research im Auftrag des Digitalverbands Bitkom durchgeführt hat. Im Mai 2021 wurden dabei 1.157 Personen in Deutschland ab 16 Jahren telefonisch befragt. Die Umfrage ist repräsentativ. pm

Fortbildungsverpflichtung

Sonderregelungen aufgrund der Pandemie

Trotz Coronapandemie darf die Pflicht zur kontinuierlichen Fortbildung nicht aus den Augen verloren werden. Verschiedene Sonderregelungen erleichtern die Situation, können sich aber auch in Einzelfällen nachteilig auswirken. Hierbei sind zwei Aspekte zu beachten.

1. Wann endet der persönliche Fortbildungszeitraum bei der KVBW?

Durch eine coronabedingte Sonderregelung wurde der Fünfjahreszeitraum für den Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung gegenüber der KVBW um ein Jahr verlängert. Wer sein neues Fristende erfahren möchte, wendet sich an die zuständigen Mitarbeitenden der KVBW. Auch im ersten Erinnerungsschreiben neun Monate vor Ablauf der Frist wird über dieses Fristende informiert.

2. Welche Fortbildungspunkte des bei der Landesärztkammer oder Landespsychotherapeutenkammer geführten Fortbildungskontos können für den Nachweis der Erfüllung der

Fortbildungsverpflichtung eingebracht werden?

- Sowohl die Landesärztkammer BW als auch die Landespsychotherapeutenkammer BW haben ihren Mitgliedern 2020 beziehungsweise 2021 einmalig 50 zusätzliche Fortbildungspunkte für Selbststudium Corona gutgeschrieben.
- Mitglieder der LÄK BW: Fortbildungspunkte, die zum Datum der Antragsstellung älter sind als fünf Jahre, können von der LÄK BW nicht mehr auf das Fortbildungszertifikat angerechnet werden. Sollte dies der Fall sein, helfen die Mitarbeitenden der KVBW.
- Mitglieder der LPK BW: Die LPK erkennt die Verlängerung um ein Jahr durch die KV an. Sie berücksichtigt bei der Zertifikatserteilung einen um zwölf Monate verlängerten Nachweiszeitraum von insgesamt sechs Jahren.

Sollten Sie aufgrund der Verlängerung in einem Fortbildungszeitraum Punkte für ein zweites Fortbildungszertifikat erworben haben, würde das zweite Zertifikat verfallen. Bitte nehmen Sie vor Beantragung des zweiten Zertifikats unsere telefonische Beratung in Anspruch.

➔ Ansprechpartnerinnen:
Heike Götz, 07121 917-2361;
fortbildungspflicht@kvbawue.de
Dagmar Wannemacher, 07121 917-2389;
fortbildungspflicht@kvbawue.de

Alles, was Recht ist

Juristische Fragen aus der Praxis

In dieser ergo-Rubrik erläutern die Mitarbeiter*innen des Rechtsbereichs der KV Baden-Württemberg rechtliche Fragen aus dem Praxisalltag oder informieren über wichtige Entscheidungen aus der Rechtsprechung. Heute geht es um häufige Fragen zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Kann eine AU-Bescheinigung wirklich nur bis zu drei Tagen rückwirkend ausgestellt werden?

Nach der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie ist das Ausstellen einer AU-Bescheinigung in der Regel nur bis zu drei Tagen rückwirkend zulässig. Auch wenn die Drei-Tages-Grenze also das Übliche darstellen soll, ist nach dieser Formulierung eine großzügigere Rückdatierung nicht ausgeschlossen. Dies gilt allerdings nur, wenn der Arzt oder die Ärztin sich sicher ist, dass die AU im rückdatierten Zeitraum tatsächlich vorlag.

Dabei ist zu beachten, dass die Beweiskraft der AU-Bescheinigung umso geringer wird, je länger der Rückdatierungszeitraum ist. Es können also mit zunehmender Rückdatierungsdauer eher Zweifel des Arbeitgebers und/oder der Krankenkasse am Bestehen der AU aufkommen, was wiederum zu einer Überprüfung der AU durch den MDK füh-

ren kann. In diesem Falle müsste der Arzt oder die Ärztin ausführen, weshalb er der Ansicht ist, dass die AU bereits ab dem von ihm angegebenen Zeitpunkt bestand.

Vor allem aber ist zu berücksichtigen, dass eine rückwirkend ausgestellte AU-Bescheinigung nicht zum rückwirkenden Krankengeldanspruch führt; denn für das Entstehen des Krankengeldanspruches ist der Tag der Feststellung der (rückwirkenden) AU maßgeblich und nicht der Tag, auf den der AU-Beginn zurückdatiert wurde.

Besteht aber noch ein Entgeltfortzahlungsanspruch des Arbeitnehmers, so schadet dies bezüglich einer Rückdatierung nicht. Es ist nur darauf zu achten, dass die AU-Bescheinigung nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz üblicherweise spätestens am vierten Tag dem Arbeitgeber vorgelegt werden muss.

Was bedeutet in Bezug auf den Krankengeldanspruch „lückenlose Feststellung der AU“ genau?

Da der Anspruch auf Krankengeld vom Tag der ärztlichen Feststellung der AU an entsteht, ist beim Ausstellen von Folgebescheinigungen zu beachten, dass keine zeitliche Lücke zwischen den einzelnen Bescheinigungen entsteht.

Häufig ist unklar, was in diesem Zusammenhang unter einer „zeitlichen Lücke“ zu verstehen ist. Nach dem Gesetzeswortlaut muss die Folge-

feststellung der AU spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der AU erfolgen. Samstage gelten in diesem Zusammenhang nicht als Werktage. Beispiel: Wenn eine Ärztin einen Patienten bis zum Freitag krankgeschrieben hat, entsteht keine Lücke in der AU-Feststellung, wenn die nächste AU-Bescheinigung dann am darauffolgenden Montag ausgestellt wird. Zu empfehlen ist aber dennoch, die AU-Bescheinigung immer auch über das Wochenende auszustellen.

Besteht auch ein Anspruch auf Kinderkrankengeld, wenn nicht das Kind, sondern der üblicherweise betreuende Elternteil erkrankt ist?

Oft werden wir gefragt, ob das Muster 21 der Vordruckvereinbarung (Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes) auch dann ausgestellt werden kann, wenn nicht das Kind selbst erkrankt ist, sondern der Elternteil, der es üblicherweise betreut.

In diesen Fällen möchte der andere Elternteil, der die Betreuung dann übernimmt, das Kinderkrankengeld in Anspruch nehmen, um so keinen Urlaub oder Gleitzeit nehmen zu müssen.

Der gesetzliche Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht grundsätzlich nur, wenn das Kind selbst krank ist; es kann hier also im Falle der Er-



krankung des üblicherweise betreuenden Elternteils das Muster 21 nicht ausgestellt werden. Genauso wenig kann für den nun betreuenden Elternteil eine AU-Bescheinigung ausgestellt werden, da dies wiederum nur dann möglich wäre, wenn dieser selbst erkrankt wäre. Ein spontan entstehender Betreuungsbedarf des eigenen Kindes ist kein Grund, aus dem eine AU-Bescheinigung ausgestellt werden kann. Für das Jahr 2021 besteht aber pandemiebedingt eine Ausnahme hinsichtlich des Kinderkrankengeldes: Denn dieser Anspruch entsteht 2021 auch dann, wenn Schulen und andere Betreuungseinrichtungen pandemiebedingt geschlossen wurden oder das Kind aufgrund eines in der Schule oder in der Betreuungseinrichtung aufgetretenen Infektionsfalles in Quarantäne muss. Daher ist der Grundsatz, dass eine tatsächliche Erkrankung des Kindes vorliegen muss, 2021 nicht uneingeschränkt gültig. Als notwendiger Nachweis gegenüber der Krankenkasse dient hierfür eine Bescheinigung der Betreuungseinrichtung. kats/db

Termine melden!

Die Terminservicestelle (TSS) benötigt Terminmeldungen – insbesondere von fachärztlichen Internist*innen mit den Schwerpunkten Rheumatologie, Kardiologie, Endokrinologie, Pneumologie, aber auch von Dermatolog*innen, Radiolog*innen (MRT) und Neurolog*innen.

Wie viele Termine pro Quartal die Terminservicestelle von Ihnen braucht, erfahren Sie auf unserer Website. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen können ihre Terminmeldungen über das Mitgliederportal vornehmen. Rückmeldung über Termine, die die Terminservicestelle an Patient*innen vergeben hat, erhalten Praxen automatisiert aus der Software eTerminservice. Daher muss im Praxisprofil unbedingt ein Benachrichtigungskanal (E-Mail/Fax) eingerichtet sein.

eTerminservice (Kontakt für Ärzte)
0711 7875-3960
terminservice@kvbawue.de

Termine pro Quartal
www.kvbawue.de/pdf3253

Benutzeranleitung
www.kvbawue.de/
terminservicestelle

Deutsch-französisches Interesse an grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung groß

Bürgerumfrage zur Gesundheitsversorgung im PAMINA-Gebiet

Die Gesundheitsversorgung von Franzosen und Deutschen grenzüberschreitend möglich machen und so das Gesundheitssystem im PAMINA-Gebiet verbessern – das ist das Ziel des vom Eurodistrikt PAMINA und seinen Partnern initiierten INTERREG-Projekts „Offre de soins PAMINA Gesundheitsversorgung“. Doch wie sehr wünschen sich die Bürger und Bürgerinnen beider Länder diese grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung? Eine Bürgerbefragung im ersten Quartal 2021 hat danach gefragt.



Gebiet des Eurodistrikt
©www.eurodistrict-pamina.eu

Die Umfrage konzentrierte sich insbesondere auf die Versorgung im Krankenhaus und die Einrichtung eines grenzüberschreitenden Gesundheitszentrums. Die bereitgestellten Elemente liefern wertvolle Informationen über die Bedürfnisse und Erwartungen der Befragten.

90 Prozent der Befragten waren daran interessiert, ein grenzüberschreitendes Gesundheitszentrum aufzusuchen. Die Hauptgründe sind die Möglichkeit einer besseren Versorgung und die Erweiterung des Versorgungsangebots. Vorbehalte gab es jedoch bezüglich der Rückerstattung von Leistungen.

Für 75 Prozent der Befragten würde ein grenzüberschreitendes Gesundheitszentrum ihre Bedürfnisse erfüllen können. Einige die-

ser Bedürfnisse stimmen auch überein: 26 Prozent der Befragten auf französischer und 26 Prozent auf deutscher Seite nennen die Allgemeinmedizin als wichtigstes Bedürfnis. Die Mehrheit der Befragten, die nach Deutschland oder Frankreich reisen, um Fachkräfte zu konsultieren, tun dies aufgrund der geografischen Nähe. Die Sprachbarriere wurde hierbei zwar erwähnt, scheint aber kein großes Hindernis für die Versorgung zu sein.

Das INTERREG-Projekt „Offre de soins PAMINA Gesundheitsversorgung“, das 2019 startete, bringt 22 französische und deutsche Partner mit Expertise im Gesundheitsbereich zusammen, um die Versorgung in der PAMINA-Region zu entwickeln. Die Arbeit umfasst sowohl die Zusammenar-

beit im stationären Bereich (Krankenhaus-Kooperationen) als auch die Zusammenarbeit im ambulanten Bereich. Das Projekt verfolgt zwei Ziele: Im Bereich der Krankenhausmedizin sollen krankhausübergreifende Partnerschaftvereinbarungen geschlossen werden. Im ambulanten Bereich (Primärversorgung) liegt der Schwerpunkt auf der Durchführung einer Machbarkeitsstudie für die Einrichtung eines grenzüberschreitenden Gesundheitszentrums im PAMINA-Gebiet. *pm*

➔ Weitere Informationen zur Bürgerbefragung



www.eurodistrict-pamina.eu

Großes Vertrauen in leistungsfähige Praxisteam

KBV-Versichertenbefragung belegt fachliche Kompetenz

Über eine Milliarde Arzt-Patienten-Kontakte in den Praxen jährlich sprechen eine deutliche Sprache: Im ambulanten Bereich erfolgt ein Großteil der medizinischen Versorgung – zusätzlich zur Behandlung der Menschen in Zeiten der Coronapandemie. Die Patientinnen und Patienten sind sehr zufrieden und haben großes Vertrauen zu ihren Haus- und Fachärzt*innen. Das belegen die Ergebnisse der diesjährigen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Die Ergebnisse zeigten eindrucksvoll, wie leistungsfähig die ambulante Versorgung in den Praxen der Niedergelassenen und ihrer Teams ist, stellte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, fest.

Die fachliche Kompetenz ihrer Ärztinnen und Ärzte stuften 91 Prozent der Befragten mit gut oder sehr gut ein. Und auch das Vertrauensverhältnis lag mit 90 Prozent auf einem sehr hohen Niveau.

Die Zahl der Praxisbesuche ist im Vergleich zum Vorjahr um etwa fünf Prozent gesunken. Zudem kamen weniger Patientinnen und Patienten mit akuten Problemen in die Praxis. 80 Prozent der Befragten hatten in diesem und dem vergangenen Jahr bei ihrem Praxisbesuch auch Kontakt zum Arzt oder zur Ärztin. Im langfristigen Schnitt bis 2019 waren es noch 86 Prozent.

Bei den Wartezeiten in der Praxis hat sich ein Trend verstärkt:

Während bis zum vergangenen Jahr um die 26 Prozent der Patientinnen und Patienten über 30 Minuten im Wartezimmer gewartet haben, waren es in diesem Jahr nur noch 15 Prozent. Deutlich zugenommen haben im Vergleich zur Vor-Corona-Zeit die Videosprechstunden. Die Hälfte der Befragten nutzt sie bereits oder würde sie nutzen. Vor zwei Jahren waren es noch 37 Prozent.

Die Versichertenbefragung geht auch auf die bevorstehenden Herausforderungen für die Gesundheit und das Gesundheitssystem ein. Die Ängste vor Personalmangel in den Pflegeberufen (16 Prozent) sowie vor Pandemien und Infektionskrankheiten (13 Prozent) haben die Sorge vor einem Ärztemangel auf den dritten Platz gerückt (9 Prozent).

Für die Versichertenbefragung der KBV hat die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH vom 29. März bis 26. April 2021 in Deutschland insgesamt 6.193 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger telefonisch befragt. *kbv*

➔ Weitere Ergebnisse und Informationen finden Sie auf der Website der KBV unter www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php.



Es geht wieder los – Arzt-Patienten-Forum startet

Plakate und Flyer können auf
der KVBW-Website bestellt werden

Nach coronabedingter Pause ist die Veranstaltungsreihe „Arzt-Patienten-Forum – Gesundheit im Gespräch“ bereits im September in das Wintersemester 2021/2022 mit über 130 Veranstaltungen gestartet. Die Reihe wird von der KVBW und dem VHS-Landesverband veranstaltet und trägt erfolgreich zur Gesundheitsbildung bei. Niedergelassene Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen informieren in allgemeinverständlichen Vorträgen über Gesundheitsthemen. Im Anschluss können sich die Besucher*innen mit ihren Fragen direkt an die referierenden Haus- und Fachärzt*innen wenden.

Das aktuelle Programm bietet wieder Vorträge zu vielen verschiedenen Krankheitsbildern wie Depressionen, Rückenschmerzen, Schilddrüsenerkrankungen sowie zum diesjährigen Motto der Deutschen Herzstiftung „Herz unter

Druck – Ursachen, Diagnose und Therapie des Bluthochdrucks“ und zu präventiven Themen wie dem Impfen.

Wenn Praxen ihre Patient*innen auf die Veranstaltungsreihe aufmerksam machen wollen, dann können sie bei der KVBW Plakate und Flyer für die Praxis bestellen. Seit neuestem geht das ganz bequem über die Website der KVBW.

Sie können 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 gewünschten Unterlagen direkt in Ihre Praxis. *sb*

➔ www.kvbawue.de/ap-forum-bestellformulare
Claudia Eisele, 0721 5961-1185
claudia.eisele@kvbawue.de
Maria Emling, 0721 5961-1452
maria.emling@kvbawue.de

Ganz schnell und bequem die Richtige finden

Online-Stellenbörse für medizinische Berufe in Süddeutschland

Heutzutage nutzen Stellensuchende vorwiegend digitale Stellenbörsen, um den für sie passenden Job zu finden. Die Verlagsgemeinschaft Atlas Gentner GbR (VAG) hat daher eine digitale Stellenbörse für medizinische Berufe entwickelt, die unter www.aerzte-markt.de zu finden ist.

Auf der Website muss der Suchende eigentlich nur die Berufsbezeichnung und den Ort eingeben und schon erhält er passende Angebote. Man kann die Suche nach den Jobs nach Bereichen, Regionen oder nach Umkreisen von bis zu 100 Kilometern näher eingrenzen. Es ist auch möglich, einen Job-Alert zu erstellen und sich direkt online zu bewerben. Für die Jobsuche durchforstet das Programm über 100.000 Einzelquellen nach Angeboten.

Inserenten wiederum erreichen einen großen Leserkreis: Eine Online-Anzeige erscheint zusätzlich automatisch in den gedruckten Ausgaben des Bayerischen Ärzteblattes sowie des Ärzteblattes Baden-Württemberg. Damit erreichen die Inserenten garantiert 142.100 Ärztinnen und Ärzte in Bayern und Baden-Württemberg – zusätzlich zur digitalen Reichweite. Umgekehrt erscheinen Anzeigen aus den gedruckten Ärzteblättern, den Mitgliederzeitschriften der Landesärztekammern in Bayern sowie der Landesärztekam-



mer und der KVBW automatisch in der digitalen Stellenbörse aerzte-markt.de. *gen*

➔ Kontakt
Verlagsgemeinschaft Atlas Gentner GbR
0711 63672-0
support@aerzte-markt.de

Mit Pocken gegen Pocken

Schriftstellerin Lady Montagu kämpft früh für Impfungen

In loser Folge stellen wir in ergo berühmte Ärztinnen und Wissenschaftler vor, die Außergewöhnliches geleistet haben, sowie große medizinische Errungenschaften der vergangenen Jahrzehnte. In dieser ergo-Ausgabe erzählen wir von einem Durchbruch in der Immunisierung. Als Impfpionierin gilt Lady Montagu, die vor 300 Jahren ein Impfverfahren aus dem Orient mit nach England brachte und Medizingeschichte schrieb.

Sie war die Tochter eines Herzogs und reich geboren: Doch Mary Wortley Montagu (1689 bis 1762) hielt nichts vom Müßiggang adliger Damen. Selbstbewusst, intelligent und eigenwillig nahm sie Einfluss auf das Leben der Londoner Gesellschaft des 18. Jahrhunderts – und auf die Entwicklung von Impfungen.

Statt des vom Vater ausgesuchten Ehemanns heiratete die attraktive Lady Mary den späteren britischen Botschafter Sir Edward Wortley Montagu. Sie veröffentlichte Gedichte und schrieb Texte über die lockere Moral des britischen Adels. Außerdem äußerte sie sich provokativ über Frauenrechte. Dabei genoss sie keineswegs ein unbeschwertes Leben: Lady Marys Schönheit verging, als sie sich 1715 mit den Pocken



Interessiert an orientalischer Kleidung und Heilmethoden: Lady Mary Wortley Montagu

ansteckte. Sie kam mit dem Leben davon, allerdings von tiefen Narben gezeichnet; auch ihr Augenlicht hatte gelitten.

Bereits im 16. Jahrhundert hatten die Pocken unvorstellbares Leid über Europa gebracht. Die Sterblichkeit war enorm hoch, fast jeder dritte Erkrankte starb an der Seuche. 300 bis 500 Millionen Pockenopfer waren es allein im 20. Jahrhundert, bis die Krankheit 1980 dank Impfungen ausgerottet war.

Die Rettung kommt aus dem Orient

Im Jahr 1717 änderte sich Lady Marys Leben, als ihr Ehemann Botschafter am Osmanischen Hof wurde. In Konstantinopel, dem heutigen Istanbul, widmete sie sich weiter der Schriftstellerei und

beschrieb, wie Frauen in der Türkei lebten. Bei Recherchen im Türkischen Bad konnte sie beobachten, dass dort nur wenige Frauen Pockennarben hatten.

Ihre türkischen Gastgeberinnen luden die junge Frau zum Ritual einer Variolation (Blattern, lat. Variolae) ein: Mit einer schnellen Bewegung ritzt eine Frau ein wenig die Haut am Arm eines Kindes. Auf dem blutenden Strich verteilt sie etwas Eiter und bedeckt die kleine Wunde, um die Blutung zu stillen. Man versicherte ihr, dass das Verfahren ungefährlich sei.

Lebenslang immun, keine Narben

Die Direktübertragung lebender Pockenviren war eine traditionelle Methode, die meist Frauen aus Griechenland oder Armenien

anwendeten. Pockenkranken entnahmen sie Eiter aus den Pusteln und verabreichten ihn Gesunden. Nach etwa zehn Tagen begannen die Behandelten, milde Symptome zu entwickeln, blieben lebenslang immun und trugen kaum Narben davon. Das Verfahren wurde auch in China und Afrika genutzt, war aber im Westen unbekannt.

Zurück in England erlebte Lady Mary, wie dort 1721 die Pocken wüteten, und wollte ihre Erkenntnisse in der Heimat umsetzen. Nach einer erfolgreichen Variolation an ihrer Tochter erteilte König Georg I. ihr die Erlaubnis, sie an Sträflingen auszuprobieren. Der Schutz funktionierte. Das Interesse bei Hof wuchs, zwei Enkelinnen des Königs wurden „geimpft“ und waren fortan immun. Trotzdem war Lady Montagu lebenslang Anfeindungen durch Mediziner und Laien ausgesetzt.

Doch nach und nach etablierte sich das Verfahren. Ihre Vorarbeit öffnete eine wichtige Tür im Kampf gegen die Pocken. Anstelle der Variolation entwickelte der englische Arzt Edward Jenner dann 1796 die Vakzination, eine sicherere Impfung – aufbauend auf den Erkenntnissen von Lady Mary Montagu. *mara*

Leben schützen oder beim Sterben helfen?

Bundesärztekammer unterstützt mit Hinweisen zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität

Sterbehilfe dürfte für Ärztinnen und Ärzte mehr als für jeden anderen Menschen mit einem ethischen Dilemma verbunden sein. Sollen oder können diejenigen, die sich dem Schutz des Lebens und der Gesundheit verpflichtet haben, auch beim Tod behilflich sein? Wie geht man als Mediziner*in mit dem Todeswunsch einer Person um und wie sieht es mit der Strafbarkeit aus? Die Bundesärztekammer hat im Sommer einen Leitfaden herausgegeben.



Möchte ein Medikament zur Selbsttötung erhalten können: Schwerverkrankter Harald Mayer (r.) verklagte das BfArM.

Das Bundesverfassungsgericht hat im vergangenen Jahr einen rechtlichen Rahmen geschaffen.

Es hat entschieden, dass der im Jahr 2015 eingeführte Straftatbestand der „geschäftsmäßigen Tötung“ nicht mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Das „Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben“ sei Ausdruck persönlicher Autonomie des Suizidwilligen. Es schließe die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen.

Die Orientierungshilfe der Bundesärztekammer erklärt das komplexe Phänomen „Suizidalität (Veränderung unendlichen Leids)“ und verdeutlicht die Unterscheidung zu den „Todeswünschen (Lebenssatttheit)“ einer Person. Ebenso beleuchtet wird, was

das Bundesverfassungsgericht unter Suizidalität, Suizidhilfe oder einem freiverantwortlichen Suizid versteht.

Das Papier bietet einen rechtlichen Handlungsrahmen zum angemessenen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen und zeigt auf, welche Handlungen von Ärzt*innen rechtlich zulässig und welche verboten sind. Es werden also die erlaubten Formen, nämlich die Behandlungsbegrenzung, die Sterbebegleitung, und auch verbotene Handlungen erläutert. Letzteres betrifft das Töten auf Verlangen, aber auch die Hilfe zu einem Suizid, der nicht freiverantwortlich begangen wurde – wenn dem Suizidenten bei-

spielsweise die Einsichtsfähigkeit fehlt. Auch die ärztlichen Aufgaben bei Suizidgedanken oder Todeswünschen, wie etwa die Empfehlung alternativer Therapien wie palliativmedizinische oder psychotherapeutische Angebote, finden Erwähnung.

Am Ende des Papiers steht die Feststellung der Autoren: „Kein Arzt kann zur Mitwirkung an einer Selbsttötung verpflichtet werden. Dies gilt sowohl im rechtlichen Sinne (zum Beispiel mit Blick auf eine künftige gesetzliche Regelung der Suizidhilfe), als auch im moralischen Sinne.“ Die individuelle Entscheidung in der konkreten Situation bleibt also immer in der Verantwortung eines Arztes oder einer Ärztin. *bäk*

→ Die Orientierungshilfe:
www.bundesaerztekammer.de

Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB; Stand: 25.06.2021 (Deutsches Ärzteblatt | Jg. 118 | Heft 29–30 | 26. Juli 2021)



Was tun, wenn man im Ausland behandelt werden möchte?

Digitaler Patientenleitfaden für Deutsche, Franzosen und Schweizer

Patientinnen und Patienten, die grenznah in Deutschland, Frankreich oder in der Schweiz wohnen und sich im anderen Land ärztlich behandeln lassen wollen, wissen oft nicht, ob und wie das geht. Ein Online-Leitfaden informiert sie über ihre Rechte und bietet ihnen hilfreiche Tipps, unter anderem zur Kostenerstattung. Erstellt wurde er vom Trinationalen Kompetenzzentrum TRISAN für grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich und verschiedenen weiteren Partnern.

Diejenigen, die eine Behandlung benötigen, füllen auf der Webseite ein paar kurze Fragen aus, etwa zur Nationalität oder zum Ort der Krankenversicherung. Dann wird ihnen ein passgenaues Infoblatt bereitgestellt. Ein Beispiel wäre etwa, wenn eine Frau in Frankreich entbinden möchte, weil Familie oder Partner dort ansässig sind, ein anderes Beispiel wäre, wenn eine Person in Frankreich Urlaub macht und sich dort einer Dialyse unterziehen muss. In beiden Fällen haben sie durch die EHIC, die Europäische Krankenversichertenkarte, Anrecht auf Behandlungen, die zum französischen Leistungskatalog gehören, wenn es sich um medizinisch notwendige Behandlungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer handelt. Bei Aufenthalten im Krankenhaus fallen Eigenanteile und Zuzahlungen an. Franzosen, die sich in Deutschland behandeln lassen wollen, müssen beachten, dass ihre EHIC nur zwei Jahre gültig ist und der Arzt oder die Ärztin sie im Falle einer Behandlung ohne EHIC in der Regel privat abrechnen wird. *trf*

Patientenleitfaden:

www.trisan.org/tools/patientenleitfaden



LEISTUNGSSTARK UND PATIENTENNAH AMBULANTE VERSORGUNG IN DER CORONA-PANDEMIE

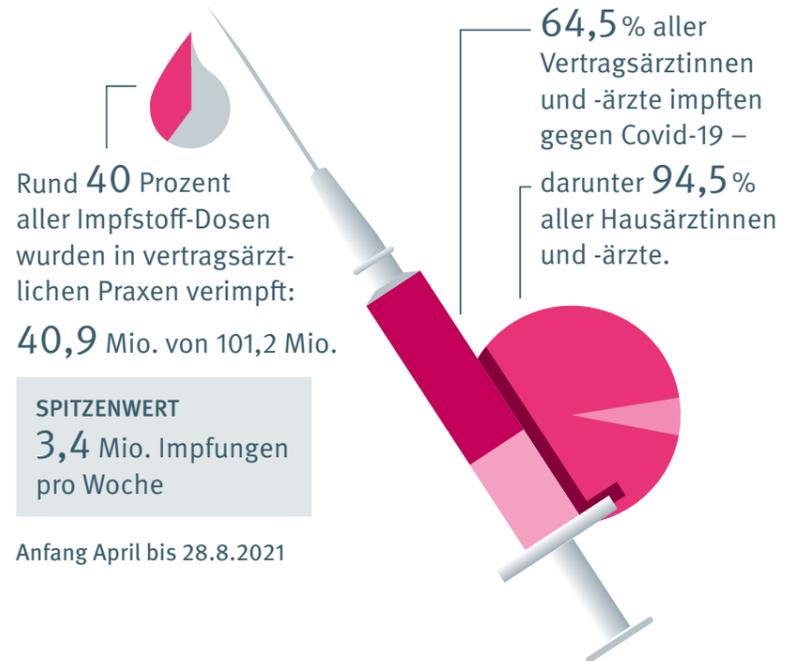
Die Corona-Pandemie hat den Wert einer Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems deutlich gemacht: Wer krank ist, muss in der Regel nicht ins Krankenhaus. Denn die rund 100.000 haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Praxen ermöglichen eine niedrigschwellige, wohnortnahe Versorgung der Menschen.

➔ Mehr Infos: www.kbv.de/html/corona-bilanz.php

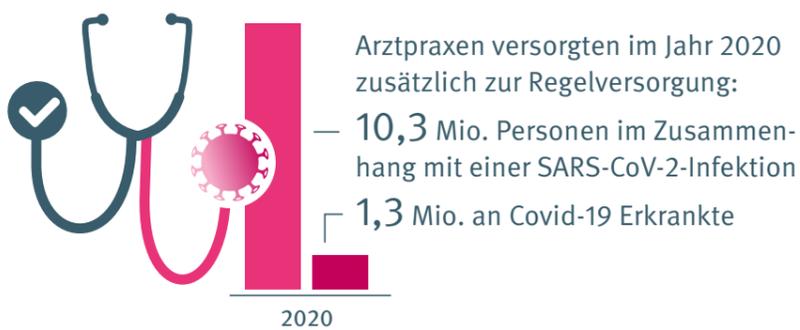


DIE WICHTIGSTEN KENNZAHLEN

➔ WEGBEREITER AUS DER PANDEMIE IMPFTURBO PRAXEN



➔ AMBULANT VERSORGT ZUSÄTZLICH ZUR REGELVERSORGUNG



➔ PRAXEN ALS SCHUTZWALL ENTLASTUNG DER KRANKENHÄUSER

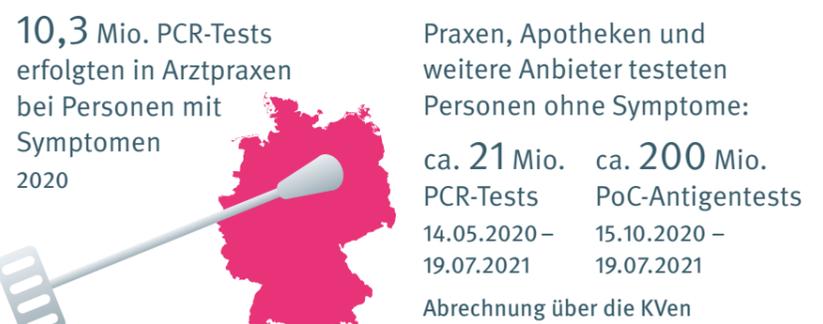


➔ UNBÜROKRATISCHE LÖSUNGEN FÜR DIE VERSORGUNG ÜBER 60 SONDERREGELUNGEN

Durch die Vereinbarungen der KBV mit den Partnern der Selbstverwaltung hatten die Praxen mehr Spielraum, die Versorgung aller Patienten unter Pandemie-Bedingungen sicherzustellen, zum Beispiel:

- ➔ mehr telefonische Konsultationen
- ➔ Versand von Folgerezepten und anderen Verordnungen
- ➔ mehr Videosprechstunden

➔ TESTUNGEN FRÜH UND FLÄCHENDECKEND

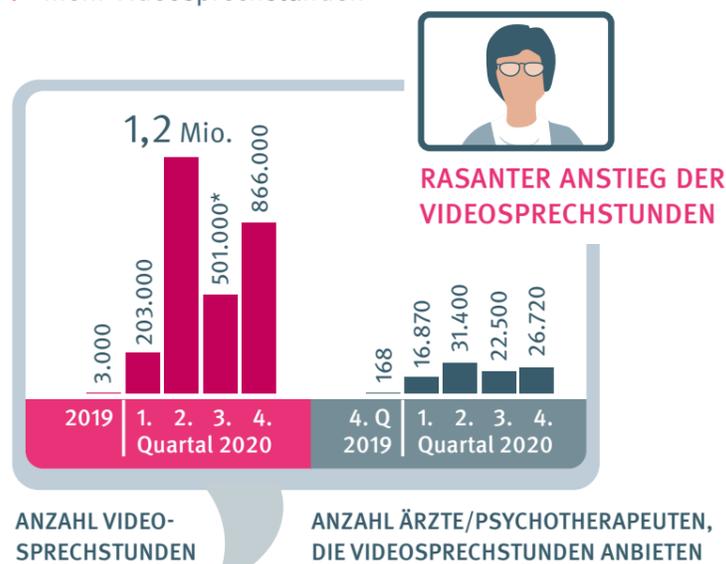


➔ 116117 INFORMATIONEN RUND UM DIE UHR

Von der Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVen zur „Corona-Hotline“: 67 Mio. Anrufe



Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; Stand: August 2021



* Im 3. Quartal 2020 sanken Infektionszahlen.

Seminare der Management Akademie (MAK)

Live-Online-/Präsenz-Seminare

Weitere Angebote unter: www.online-kurse.mak-bw.de

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB- Punkte	Seminar-Nr.
ABRECHNUNG / VERORDNUNG							
EBM für Einsteiger	Haus-/Kinderarztpraxen, Praxismitarbeitende und Auszubildende	9. Februar 2022	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	98,-	6	R 06
GOÄ für Einsteiger	Ärzte, Praxismitarbeitende, nicht für Psychotherapeuten	23. Februar 2022	15.00 bis 19.00 Uhr	Live-Online	98,-	5	oL 28F
BETRIEBSWIRTSCHAFT/ZULASSUNG							
Der Weg in die eigene Praxis							
Modul 1: Facharzt! Was nun?	Ärzte, die sich in eigener	26. März 2022	9.30 bis 13.00 Uhr		Modul 1 kostenlos:		oL 62S/1
Modul 2: Von der betriebswirtschaftlichen Planung zur erfolgreichen Praxisführung	Praxis niederlassen wollen. Nicht für Psychotherapeuten	28. April 2022	16.00 bis 19.30 Uhr	Live-Online	Anmeldung erforderlich	Je Modul 4	oL 62S/2
Modul 3: Telematik und Steuern		5. Mai 2022	16.00 bis 19.30 Uhr		Modul 2+3 je 69,-		oL 62S/3
PRAXISMANAGEMENT							
Intensivkurs Praxismanagerin	Nicht-ärztliche Mitarbeitende	7. bis 11. Februar 2022	jeweils 9.00 bis 14.00 Uhr	Live-Online	669,-	0	oL 119S
QUALITÄTSMANAGEMENT							
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Ärzte jeder Fachrichtung sowie alle für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit Verantwortlichen in der Praxis	29. März 2022	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Freiburg	149,-	10	F 142
Basiskurs Qualitätsmanagement	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeitende	11./12. März 2022	freitags 15.00 bis 19.00 Uhr samstags 9.00 bis 14.00 Uhr	Live-Online	229,-	15	oL 146R
QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG							
Hygiene in der Arztpraxis	Ärzte und Praxismitarbeitende	22. März 2022	15.00 bis 19.00 Uhr	Live-Online	98,-	7	oL 179R

eLearning-Kurse

www.online-kurse.mak-bw.de

Kursname	Zielgruppe	Weitere Informationen
Grundlagen der Hygiene in der Arztpraxis	Ärzte und Praxismitarbeiter, die in einer Praxis tätig sind und ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Hygiene erwerben, auffrischen oder festigen wollen	Kurs-Nr.: eL01/21 Gebühr: 59,- Dauer: 45 Min., vertont, FB-Punkte: 2
(K)eine Kunst: Kommunikation im Praxisalltag	Praxismitarbeiter, die ihr Grundverständnis von Kommunikation auffrischen oder erweitern wollen; gerne auch für Ärzte, Psychotherapeuten oder Auszubildende	Kurs-Nr.: eL02/21 Gebühr: 39,- Dauer: 30 Min., unvertont, FB-Punkte: 0
Sicher ist sicher: Datenschutz im Praxisalltag leben und managen	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter und Auszubildende, die Kenntnisse zum Datenschutz erlangen, erweitern oder vertiefen wollen	Kurs-Nr.: eL03/21 Gebühr: 98,- Dauer: 90 Min., vertont, FB-Punkte: 4
Hieb- und stichfest: Verordnung von Schutzimpfungen	Ärzte und Praxismitarbeiter, die aktuell oder künftig Impfungen durchführen und Kenntnisse über deren Hintergründe und Verordnung erwerben, auffrischen oder festigen wollen	Kurs-Nr.: eL04/21 Gebühr: 98,- Dauer: 100 Min., vertont, FB-Punkte: 4
Jetzt zählt's: Hausärztliche Grundlagen des EBM	Ärzte und Praxismitarbeiter in Hausarztpraxen, die Leistungen nach dem EBM abrechnen und diesbezügliche Kenntnisse erwerben, erweitern oder auffrischen wollen	Kurs-Nr.: eL05/21 Gebühr: 98,- Dauer: 110 Min., vertont, FB-Punkte: 4
Ach du liebe Zeit! Zeit- und Selbstmanagement in der Praxis	Praxismitarbeiter, die sich mehr Struktur und ein effektives Zeitmanagement in ihrem Arbeitsalltag wünschen	Kurs-Nr.: eL06/21 Gebühr: 59,- Dauer: 45 Min., vertont, FB-Punkte: 2
Wirkstoff Wissen: Verordnung von Sprechstundenbedarf	Ärzte und Praxismitarbeiter, die Kenntnisse zur Verordnung von SSB erwerben, erweitern oder auffrischen wollen	Kurs-Nr.: eL07/21 Gebühr: 98,- Dauer: 90 Min., vertont, FB-Punkte: 4
Mittel und Wege: Verordnung von Heilmitteln	Ärzte und Praxismitarbeiter, die Kenntnisse zur Verordnung von Heilmitteln erwerben, erweitern oder auffrischen wollen	Kurs-Nr.: eL08/21 Gebühr: 98,- Dauer: 90 Min., vertont, FB-Punkte: 4



Informieren Sie sich auf der Website der MAK www.mak-bw.de, welche Veranstaltungen als Live-Online-Seminare angeboten werden. Für Fragen steht das Team der MAK unter **0711 7875-3535**

zur Verfügung.

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

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

www.mak-bw.de



IMPRESSUM

ergo Ausgabe 3 / 2021

Zeitung der Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg
ISSN 1862-1430

Erscheinungstag:
16. November 2021

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

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

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

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

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Jörg Armbruster (ab), David Bohnet (db), Bundesärztekammer (bäk), Stefanie Eble (se), Gentner-Verlag (gen), Ulrich Junger (ab), Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv), Simone Peukert (ab), Marion Raschka (mara), Katja Schwalbe (kats), Kai Sonntag (ks), Trisan Kompetenzzentrum (tr), Yvonne Motzer (ym), Service und Beratung (sb), Martina Tröschler (mt), Dr. Michael Wosgien (ab), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (zi)

Fotos und Illustrationen:
S.1 mauritius images/Westend61/Nabiha Dahhan;
S.2 iStockphoto/lechatnoir, KVBW/Jürgen Altmann;
S.3 Hendrik Schröder, Unternehmenskommunikation
Medienzentrum Uniklinik Heidelberg, ddp/abaca
press, picture alliance/Jochen Eckel, picture-alliance/
Illustrated London News Ltd.; S. 4 picture alliance/
Flashpic/Jens Krick, mauritius images/Pixtal, Dexter
Früh; S. 5 Kerstin Kühnle-Baum, privat, www.hilfeportal-missbrauch.de; S. 6: AppStore/docdirect,
mauritius images Chromorange/Ernst Weingartner;
S.7 Denise Claus, privat; S.8 Ferdinand Lengner; S.9
KBV, mauritius images/Westend61/HuberStarke,
S.10 Jochen Schreiner, fotolia; S.11 mauritius images/
Image Source, fotolia; S.12 www.eurodistrict-pamina.eu;
S. 13 picture alliance/dpa/Uli Deck, picture-
alliance/Mary Evans Picture Library, iStockphoto/
ELIKA; S.14 KBV; S.16 picture alliance/dieKLEINERT.
de/Käthe deKoeS, privat, HUMA, Sportweltspiele
der Medizin, mauritius images/dieKleinert/Kostas
Koufogiorgos

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Auflage:
25.400 Exemplare

Gestaltung und Produktion:
Uwe Schönthalter

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

ergo auch im Internet:
www.kvbwue.de » Presse » Publikationen



Bello bitte reinlassen!

Blindenführhunde sind
wertvolle Helfer für Sehbehinderte

Zwar hat ergo bereits mehrmals darüber informiert, doch scheint es immer noch Unsicherheit darüber zu geben, ob Blindenhunde in eine Arztpraxis mitgenommen werden dürfen. Für die Arztpraxen mag es hygienisch fragwürdig sein, für Sehbehinderte helfen die Tiere, sich normal im Alltag bewegen zu können. Daher die Bitte sehbehinderter Menschen an die ergo-Redaktion, dieses Anliegen an die Praxen weiterzuleiten.

Laut Bundesverfassungsgericht darf es blinden Menschen nicht untersagt werden, mit ihrem Blindenführhund in eine Arztpraxis zu kommen. Sie wären durch ein solches Verbot in verfassungswidriger Weise wegen ihrer Behinderung benachteiligt. Medizinische Behandlungen müssen nach dem Sozialgesetzbuch barrierefrei erbracht werden.

Zudem ist das Hygienierisiko bei Blindenhunden laut Robert Koch-Institut (RKI) gering. Allerdings gilt: Der Hund muss ein speziell ausgebildeter Führhund sein. Er darf nicht krank, verletzt oder von Parasiten befallen sein. Er darf nicht in Reinnräume der Praxis. Personal und Patient*innen haben keine Hundephobie oder -allergie und sie dürfen den Hund weder streicheln noch mit ihm spielen. Vor und nach dem Kontakt mit dem Tier müssen die Hände desinfiziert, alternativ gewaschen werden. An Stellen, mit denen der Blindenführhund in Kontakt war, sollte man eine Scheuer-Wisch-Desinfektion durchführen.

Auf keinen Fall darf der Hund vor der Tür gelassen werden, denn sehbehinderte Patient*innen verpflichten sich gegenüber der Krankenkasse, den Hund jederzeit zu beaufsichtigen. Sollte dem Hund etwas zustoßen, würde er von der Kasse nicht ersetzt werden. sm



41. Sportweltspiele der Medizin 2022 in Portugal

Internationale Sportveranstaltung für Mediziner*innen und Angehörige medizinischer Fachberufe

Angesichts der Covid-19-Pandemie ist die 41. Ausgabe der World Medical & Health Games erneut verschoben worden, und zwar auf den 3. bis 10. Juli 2022. Austragungsort bleibt Vila Real de Santo Antonio in Portugal an der Algarve.

Über 20 Disziplinen werden angeboten, unter anderem: Badminton, Basketball, Volleyball, Fuß-

ball, Luftgewehr- und Luftpistolen-schießen, Gewichtheben, Judo, Halbmarathon, Leichtathletik, Mountainbiking, Orientierungslauf, Boccia (Boule), Radfahren, Schwimmen, Squash, Tennis, Tischtennis, Triathlon und Volleyball.

➔ Weitere Informationen und Anmeldung:
www.sportweltspiele.de

Beruhigt zu Hause auskurieren

Covid-19-Patientenüberwachung

durch App jetzt in ganz Baden-Württemberg möglich

Wie sinnvoll ist es, COVID-19-Erkrankte mithilfe einer App sicher medizinisch zu begleiten und zu behandeln, während diese sich zu Hause auskurieren können? Die Hausärzte und Hausärztinnen am Spritzenhaus in Baiersbronn haben es ausprobiert. Dr. Wolfgang von Meißner über die Anwendung:

„Hilfreich ist die App besonders am Wochenende. Die Patienten geben dreimal am Tag ihre Vitalparameter ein, wie Puls, Temperatur, Herz- und Atemfrequenz. Sie können Fragen zu ihrem Gesundheitszustand beantworten, angeben, ob sie unter Atemnot oder Brustenge leiden, und immer wenn sie einen Wert angeben, der pathologisch ist, sieht man in einem Ampelsystem: Es wird Orange.

Wenn sie kritische Werte eingeben, wechselt die Ansicht auf Rot. Durch diese Überwachung weiß ich: Solange alles auf Grün steht, ist alles gut.

Ich schaue mir die Werte dreimal am Tag an, auch am Wochenende, also mit dem Laptop von zu Hause aus – und dann sehe ich immer sofort, ob sich jemand verschlechtert oder verbessert hat. Das hat vor allem dadurch gut funktioniert, dass die Patienten durch das Pulsoximeter ihre Sauerstoffsättigung eingeben. Wir konnten dadurch zum Beispiel einmal jemanden bereits am Wochenende ins Krankenhaus einweisen, den wir



Dr. W. von Meißner
Arzt

Dr. Wolfgang von Meißner

sonst erst am Montag hätten einweisen können. Bei zwei anderen Patienten mit medizinischem Background konnten wir das Krankenhaus komplett vermeiden, indem wir Heimsauerstoff bereitstellten. Wir haben die Patienten dann einmal am Tag zu Hause besucht und dreimal täglich auf die Werte geschaut. Ich konnte auch auf Knopfdruck eine Videosprechstunde mit den Patienten machen und hatte so wirklich eine 5-Sterne-Überwachung.“ ef

HUMA-App

Die App der Firma Huma Therapeutics GmbH hat die Koordinierungsstelle Telemedizin Baden-Württemberg (KTBW) gemeinsam mit der KVBW auf den Weg gebracht.

Die Anwendung wurde zuerst in einer Pilotphase in Modellregionen in Baden-Württemberg erprobt, jetzt ist sie im ganzen Land verfügbar. Das Projekt wird durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gefördert.

