

# ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute,



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Diese Röntgenröhre aus den 1920er-Jahren ist eines von rund 700 medizinhistorischen Exponaten, die zurzeit in der Ausstellung „Herzblut – Geschichte und Zukunft der Medizintechnik“ im Technoseum in Mannheim zu sehen sind. Lesen Sie mehr darüber auf Seite 3.

## Märchenstund‘ hat Gold im Mund

Die Mär von der teuren doppelten Facharztschiene: Was wirklich dahinter steckt

**Fachärzte in der Niederlassung, Fachärzte in der Klinik. Diese „doppelte Facharztschiene“ wollen manche am liebsten abschaffen. Doch bedeutet doppelt wirklich überflüssig?**

Immer wieder gibt es Stimmen, wie die von Dr. Alexis von Komorowski vom Landkreistag Baden-Württemberg, die laut darüber nachdenken, ob es notwendig ist, Fachärzte auch in der Niederlassung statt ausschließlich am Krankenhaus zu haben. Die einen wollen damit dem (Fach-)Ärztetangel

begegnen, andere wollen die vermeintlich hohen Kosten senken, wieder andere die Wertschöpfung fachlicher Tätigkeit in anonymen Konzernen aufgehen lassen.

„Es ist voll daneben und von keinerlei Sachkenntnis geprägt, die doppelte fachärztliche Versorgung als teures und ineffektives System zu bezeichnen. Das ist qualitativ und quantitativ falsch“, ist KVBW-Vorstand, Dr. Norbert Metke, überzeugt. „Allein durch die Übernahme vieler Behandlungen von der Klinik in die ambulante Versorgung tragen die Fachärzte zur Fi-

nanzierung der Krankenversorgung in Deutschland bei.“ Im Jahr 2013 haben niedergelassene Fachärzte in Baden-Württemberg unter anderem 95.000 Katarakt-OPs, 960.000 MRTs, 656.000 ambulante Strahlentherapien durchgeführt – im Jahr 1990 waren es jeweils null!

Niedergelassene ambulante Medizin heißt nahe am Patient. In keinem anderen Land stehen den Hausärzten und ihren Patienten schneller fachärztliche Termine zur Verfügung als in Deutschland.

Metke empfiehlt der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG):

„Die Forderung der DKG nach einer fünffach höheren Vergütung für ambulante Notfälle als diese den niedergelassenen Ärzten zusteht, zeigt, dass die Verwaltungsbürokratie der Krankenhäuser gut daran täte über die eigene Effektivität der Strukturen statt über eine Aufteilung der Claims in Wildwest-Manier nachzudenken. Denn das geht zu Lasten der Patienten, aber auch zu Lasten der am Krankenhaus tätigen Ärzte.“

Weitere Hintergründe zum Märchen von der „doppelten Facharztschiene“ finden Sie auf Seite 2.

## Finanzielle Anreize für Substitutionsbehandlung

KVBW-Vorstand gewährt finanzielle Beihilfe für die Weiterbildung Suchtmedizin

**Um als Vertragsarzt die Zusatzbezeichnung Suchtmedizin zu erhalten, muss eine entsprechende Weiterbildungsveranstaltung besucht werden. Die Kursgebühr dafür kann von der KV Baden-Württemberg übernommen werden.**

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist die Erklärung des Arztes, dass er mindestens zwei Jahre lang in der eigenen Praxis Substitutionsbehandlungen für

GKV-Patienten durchführt. Hierfür muss der Arzt eine schriftliche Erklärung einreichen.

Zusammen mit den Nachweisen über den Erwerb der Zusatzbezeichnung und die Kosten des Weiterbildungskurses muss er dann einen Antrag bei der KV stellen, die Substitutionsleistungen erbringen zu können. Auf dieser Grundlage wird die Übernahme der Kosten geprüft.

Dass sich die Arbeit mit Substitutionspatienten lohnt, kann man auf Seite 10 dieser ergo-Ausgabe lesen.

Nach dem Motto: „Wenn der Patient nicht zum Arzt kommen kann, kommt der Arzt zum Patienten“ ist Dr. Frank Matschinski mit seinem „Sub-mobil“ am Bodensee unterwegs, um seine Patienten zu versorgen. Hintergrund: In den letzten Jahren haben viele substituierende Ärzte im Bodenseekreis die Substitutionsbehandlung aufgegeben – die Versorgung war nicht mehr gesichert.

➔ Weitere Informationen: 0711 7875-3336

## NäPa- Genehmigungen

Seit Januar fördern die Krankenkassen die speziell qualifizierte, nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPa) in Hausarztpraxen mit zusätzlichem Honorar. Die Hausbesuche der NäPa werden über zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) abgerechnet und zu 100 Prozent zu festen Preisen vergütet.

Für Hausbesuche muss die GOP 03062 zu 17,05 Euro und für Mitbesuche die GOP 03063 zu 12,53 Euro abgerechnet werden. Eine Abrechnung ist bereits dann möglich, wenn eine NäPa zur Ausbildung angemeldet ist. Darüber hinaus erfolgt eine strukturelle Förderung, welche von der KVBW automatisch zugesetzt wird (GOP 03060 zu 2,26 Euro für maximal 584 Behandlungsfälle je Praxis und Quartal, reduziert um die Zahl der im aktuellen Quartal in HzV-Verträgen behandelten Patienten).

Bei den genannten GOP handelt es sich um genehmigungspflichtige Leistungen. Beantragen Sie daher schon jetzt die Abrechnungsgenehmigung. Dann können Sie die Leistung im Quartal 2/2015 abrechnen. Den entsprechenden Antrag finden Sie auf der Homepage der KVBW.

Für die Abrechnung mit der KVBW müssen gemäß Bundesvorgaben bedauerlicherweise auch sämtliche HzV-Fälle mit angegeben werden, um dies bei der strukturellen Förderung gemäß der EBM-Vorgabe zu berücksichtigen (siehe oben). Die Berücksichtigung erfolgt aber ausschließlich durch das Anlegen eines KV-Falles mit der Kennziffer (Pseudo-GOP 88192 oder 88194) und wird nur für die Fallzählungen gemäß EBM (hausärztliche Zusatzpauschale, Laborbudget, NäPa) verwendet.

➔ Weitere Informationen sowie den Antrag auf Genehmigung finden Sie auf [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Abrechnung & Honorar » Aktuelles Außerdem hilft die Abrechnungsberatung gerne weiter: 0711 7875-3397

Antrag auf Genehmigung



## Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist ein fruchtloses Unterfangen, immer alles verstehen zu wollen. Dies ist vielleicht die einzige Erkenntnis, die aus der neuesten Aktion von KBV-Chef Dr. Andreas Gassen zu ziehen ist.

In einem gemeinsamen Schreiben mit der Deutschen Krankenhausesgesellschaft (DKG) an Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) hat Gassen Änderungen bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im Rahmen des aktuellen Versorgungsstärkungsgesetz gefordert. Weder seine Vorstandskollegin Regina Feldmann, noch die Vertreterversammlung oder der beratende Fachausschuss Fachärzte der KBV noch die KBV-Verwaltung waren darüber informiert und sind völlig überrascht worden.

Die Änderungen, die von Gassen und DKG gefordert wurden, würden die Gewichte bei der ASV zugunsten der Krankenhäuser verschieben und zu Lasten der Fachärzte und KVen gehen. Es würde quasi eine automatische Öffnung des Krankenhauses für die ambulante Behandlung aller „schweren Erkrankungen“ und nicht nur, wie bisher, „deren schwerer Verlaufsformen“ erfolgen.

Keine einzige KV in Deutschland hat sich der Haltung von Gassen angeschlossen, breiter könnte die Front der Ablehnung im KV-Lager nicht sein. Für den Gesundheitsminister dagegen ist das Schreiben ideal, kann er doch nun davon ausgehen, dass sich bei diesem komplexen und strittigen Thema die beiden wichtigsten Beteiligten – KBV und DKG – einig sind.

Wir müssen nun versuchen, das wieder einzufangen. Ob es gelingen wird, ist äußerst fraglich. Professionelle Interessenvertretung sieht anders aus. Die politische Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit der Ärzteschaft wird dadurch nicht unbedingt gefördert. Dabei bräuchten wir gerade das dringender denn je – vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussion. Schade!



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

*N. Metke*

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

*J. Fechner*

# Ausgabeneffektiv und qualifiziert

Die ambulante fachärztliche Versorgung ist das kostengünstigere Modell

**Die Öffnung des Krankenhauses für die ambulante fachärztliche Versorgung ist ein Modell zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen. Wesentlich effektiver ist die fachärztliche Versorgung in der Niederlassung – das belegen die Zahlen.**

Bereits 2007 konnte eine Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) aufzeigen, dass Deutschland im internationalen Vergleich nicht durch eine hohe Facharzt-dichte auffällt – trotz gleichzeitig stationär und ambulant tätiger Fachärzte. Im Gegenteil: Deutschland liegt im unteren Drittel. Empirische Belege für die

These, dass eine ausschließlich auf Krankenhäuser konzentrierte fachärztliche Tätigkeit Einsparpotenziale generiert, finden sich nicht. Zumal Wiederholungsuntersuchungen ein insgesamt seltenes Phänomen sind. Beispielsweise wurden wiederholte Röntgenuntersuchungen innerhalb von 360 Tagen in einer Häufigkeit zwischen einem und fünf pro 10.000 Versicherten, sowie CTs oder MRTs in einer Häufigkeit zwischen zwei und zehn pro 10.000 Versicherten beobachtet, so das IGES-Gutachten.

Durch den Wegfall von doppelten Untersuchungen, die aber meist indiziert sind, könnte damit ein Einsparpotenzial zwischen 0,05 % und

0,2 % in der gesetzlichen Krankenversicherung generiert werden. Damit würde der Beitragssatz zwischen 0,01 und 0,03 Beitragspunkten gesenkt werden. „Damit nicht genug. Denn diesem Einsparpotenzial stehen höhere Ausgaben für lange Wege in die Klinik, Wartezeiten sowie teurere Angestelltenstrukturen gegenüber“, sagt KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke.

Darüber hinaus könne nicht von einer doppelten Versorgung gesprochen werden, sagt Metke. „Im Gegenteil: Unsere niedergelassenen Fachärzte leisten heute vieles, was die Kliniken nicht mehr anbieten.“

Doch Metke weiß auch: „Stationäre Versorgung ist dort notwen-

dig, wo sie unambingbar ist. Und die Tätigkeit und Belastung bei mäßiger Bezahlung der Krankenhausärzte können nur unsere Bewunderung finden.“ Deswegen fordert Metke, dass die Krankenhausbehandlung auf das Spektrum beschränkt bleibt, wo sie zum Nutzen aller ist. Denn: „Wenn immer mehr Fachärzte aus der Niederlassung abwandern und nur noch ausschließlich in großen (Klinik-)Zentren behandeln würden, wären wir noch weiter entfernt von einer flächendeckenden fachärztlichen Versorgung.“ Und das sei sicher nicht das, was sich Patienten wünschen und Bürgermeister der Gemeinden und kleinen Städte möchten.

## Aus Mangel kann kein Überfluss entstehen

Fehler des Hausarzt-EBM dürfen sich beim Facharzt-EBM nicht wiederholen



Fruchtloses Hin- und Hergeschiebe: Berliner Sandkastenspiele um den Facharzt-EBM

**Intelligent ist, wer einen Fehler nicht zwei Mal macht. Genau das aber scheint bei der Neufassung des Facharzt-EBM vergessen zu werden.**

Die Einführung des neuen Hausarzt-EBM 2012 hat in der Ärzteschaft in Ba-Wü zu massiven Protesten geführt. Sowohl die Vertreterversammlung der KVBW als auch viele Mitglieder hatten sich unisono gegen die damals neu eingeführten Regelungen gewandt. Die Kritik war einfach: Für neue Leistung muss es neues Geld geben. Genau das aber war nicht der Fall, wurden doch neue Leistungen durch eine Absenkung der Versichertenpauschale finanziert und damit von den Hausärzten selbst bezahlt.

Umso ärgerlich ist es, dass daraus nichts gelernt wurde. Denn nach dem Hausarzt-EBM steht nun eine Überarbeitung des Facharzt-EBM an. Grundlage ist der Auftrag des Gesetzgebers im SGB V, wonach „in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen ist, ob die

Leistungsbeschreibung der Bewertungen noch auf dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik ist sowie den Erfordernissen der Rationalisierung im Rahmen der wirtschaftlichen Leistungserbringung entspricht.“ KBV und GKV-Spitzenverband hatten sich daher vorgenommen, den Facharzt-EBM sowohl in Bezug auf die GOPs als auch die Bewertungen der einen einzelnen Gebührenziffern weiter zu entwickeln.

Inzwischen aber ist das Déjà-vu zum Hausarzt-EBM frapierend. Denn auch beim neuen Facharzt-EBM sollen neue Leistungen durch eine Absenkung der Grundvergütung bezahlt werden. Das Ergebnis ist mehr Bürokratie, Planungunsicherheit und eine reine Umverteilung des Mangels. Auch die Idee mehr Einzelleistungen auszuweisen, um das Leistungsspektrum besser abzubilden, gab es bereits beim Hausarzt-EBM. Doch weiß man bereits heute, dass dies nicht zu einer höheren Vergütung geführt hat; es war eine reine l'art-pour-l'art-Aktion.

Der Vorstand der KVBW hat sich daher eindeutig geäußert. Er lehnt einen Facharzt-EBM in dieser Form kategorisch ab und fordert einen Verzicht auf eine strukturelle Reform, bis eine Zusage der Finanzierung neuer Leistungen durch die Krankenkassen auf Bundesebene erfolgt. KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke fordert: „Die Reform darf nicht zu einer Umverteilung zwischen den Fachgruppen führen.“ Sollte es Gewinnergruppen geben, dürften diese nur durch asymmetrische Verteilung von Zuwächsen, nicht aber durch eine Umverteilung realisiert werden. Metke dazu: „Nie wieder wollen wir ein Honorarchaos wie in den Jahren 2008/2009.“

In seiner Haltung baut der Vorstand auf die Unterstützung der Berufsverbände in Ba-Wü. In einer Umfrage unter den Verbänden, die durch die KVBW vorgenommen wurde, haben sich fast alle Verbände gegen die Reform ausgesprochen. Metke ist sicher: „Wir können alles. Außer jedes Berliner Sandkastenspiel akzeptieren.“

### Themen

GESUNDHEITSPOLITIK

#### Wie gesund ist Deutschland?

Für eine bessere Prävention und Therapie der typischen Volkskrankheiten: Nationale Kohorte untersucht 200.000 Bürger

5

KVBW-WELT

#### eHealth Forum Freiburg

World Café diskutiert Möglichkeiten von E-Health in Deutschland

6

KVBW-WELT

#### Vom Arzt zum Model

Baden-Württembergische Ärzte und Psychotherapeuten beim Shooting für KBV-Imagekampagne

8

UNTERNEHMEN PRAXIS

#### Kampf gegen Adipositas bei Kindern

Ludwigsburger Leuchtturmprojekt 9+12 entwickelt neues Beratungskonzept

9

UNTERNEHMEN PRAXIS

#### Substitution auf Ration

Ravensburger Arzt versorgt substituierte Patienten im umgebauten Wohnmobil

12

ARZT & THERAPEUT

#### Sport auf Rezept

Mehr Bewegung täte uns allen gut – zukünftig können Ärzte ihren Patienten eine Verordnung dafür ausstellen

12

ARZT & THERAPEUT

#### Gesetze in der Praxis

Der Praxisinhaber als Arbeitgeber muss Gesetzestexte seinen Mitarbeitern zugänglich machen

14

ARZT & THERAPEUT

#### MAK-Tipp

Patientensicherheit in der Praxis – Fehler- und Risikomanagement sind wichtige Erfolgsfaktoren

14



# Schlagende Herzen: Organ oder Maschine?

Ausstellung in Mannheim: 400 Jahre Entwicklung in der Medizintechnik weist den Weg in die Zukunft

*In der Hauptsache zufrieden – so lautet das Ergebnis einer Umfrage unter den Besuchern der Ausstellung „Herzblut – Geschichte und Zukunft der Medizintechnik“ im Mannheimer Technoseum. Gefragt wurden sie jedoch nicht nach ihrem Urteil über die Ausstellung, sondern nach ihrer Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung in Deutschland. Ein Ergebnis, das erstaunen kann vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussion. Vielleicht aber hat das positive Votum etwas mit dem Ort der Umfrage zu tun: dem „Wartezimmer der Zukunft“ am Ende der Ausstellung.*

Am Eingang wird der Besucher vom sprichwörtlichen Herzen der Ausstellung empfangen: Eine 3D-Rekonstruktion eines schlagenden Herzens – erstellt aus einer Vielzahl computertomografischer Aufnahmen – zeigt den pulsierenden Muskel in Aktion. Dem lebendigen Organismus gegenübergestellt ist ein modernes Linksherzunterstützungssystem. Damit ist das Thema auf den Punkt gebracht: der Mensch im Spannungsfeld moderner Medizintechnik.

„Die Ausstellung bietet einen Rundgang durch die Geschichte der wissenschaftlich fundierten Medizin vom 16. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Dabei schaut sie nicht nur zurück, sondern auch auf den aktuellen Stand der Medizintechnik“, fasst Projektleiter Dr. Alexander Sigelen die Idee der Ausstellung zusammen. „Wir wollen die Tendenzen zeigen, die für die Zukunft wichtig werden können.“ Dabei seien nicht nur die technischen Innovationen von Bedeutung, sondern auch die ethischen und gesellschaftlichen Fragestellungen, die durch die Möglichkeiten der modernen Medizin aufgeworfen werden.

## Gehobene Schätze

Der Eingangssequenz folgt eine beeindruckende Schau von rund 700 Exponaten aus vier Jahrhunderten, die zum größten Teil aus dem Landesmuseum für Technik und Arbeit stammen. „Wir sammeln seit 25 Jahren Objekte zur Medizin und Medizintechnik. Inzwischen haben wir 3.000 Exponate und nur ein kleiner Teil ist in unserer Dauerausstellung zu sehen. Wir wollten diese Schätze heben“, erklärt Sigelen. Für diese Ausstellung hinzugekommen sind Leihgaben von Firmen aus der Medizintechnik und von Forschungseinrichtungen.

## Geburtsstunde der modernen Medizin

Erste Station in die Vergangenheit ist ein ovaler Saal, der an ein anatomisches Theater aus dem 16. Jahrhundert erinnert. In dieser Zeit begannen Anatomen das Innere des Menschen zu erforschen. Organe, Knochengestützte, Nervenbah-

nen und Blutgefäße wurden untersucht; der Blutkreislauf entdeckt. Das Bild vom Menschen wandelte sich, mehr und mehr wurde der Körper als wohlgeordneter Mechanismus interpretiert.

Dafür steht, neben den vielen historischen Exponaten, die gläserne Frau als Sinnbild des kartierten Menschen. Die Skulptur aus den Werkstätten des Dresdner Hygiene-Museums lädt ein, die eigene Anatomie zu erforschen. Mit Leuchtdioden lässt sich durch den Körper navigieren – ein großer Spaß vor allem für die jüngeren Besucher der Ausstellung.

Bis sich auch Diagnostik und Therapie den neuen Erkenntnissen anpassen, hat es allerdings noch



Die gläserne Frau lädt ein zur Entdeckung des eigenen Körpers.

eine ganze Weile gedauert. Urin-schau, Aderlass und die Verabreichung von Einläufen blieben noch lange Zeit die gängigen Mittel der ärztlichen Kunst. Exponate wie ein Aderlassschnepper, mit dem man die Blutgefäße öffnen konnte, aus dem 18. Jahrhundert oder ein Klistierautomat aus dem 19. Jahrhundert zeigen dies anschaulich.

## Der Blick ins Körperinnere

Erst Ende des 19. Jahrhunderts veränderte sich auch die ärztliche Praxis: Stethoskop, Mikroskop und Röntgenröhre machen das Körperinnere sichtbar; Vorgänge im Körper wurden mess- und zählbar. Hinzu kamen Erkenntnisse über Hygiene, Keimfreiheit und Narkose – die moderne Medizin war geboren.

Mit der Entdeckung der Röntgenstrahlung am Ende des 19. Jahrhunderts halten bildgebende Verfahren Einzug in die Medizin. Abbildungen des Körperinneren, erzeugt mit Hilfe von Röntgen-

strahlen, Magnetfeldern und Schallwellen, werden zur Grundlage von Diagnostik und Therapie.

Die Begeisterung für diese Entdeckungen und ihren vermeintlichen Nutzen schwappten so manches Mal in den Alltag. Ein schönes Beispiel dafür ist das Schuhröntgengerät Schucoskop. Es stand bis in die 1960er-Jahre hinein in vielen Schuhgeschäften, um damit Schuhe und Füße zu durchleuchten. Der Kunde sollte mit optimal angepassten Schuhen nach Hause gehen. Aus dem Verkehr gezogen wurde es erst, als sich die Erkenntnis über die große gesundheitliche Belastung für die Schuhverkäuferinnen durchsetzte, die die Funktion des Gerätes täglich demonstrierten.

theter geübt werden. Dabei werden Originalgeräte genutzt, deren Bewegungen vom Simulator mit Hilfe von Sensoren erfasst werden. Davon ausgehend werden dann echte Patientendaten vom Computer in virtuelle Gefäße umgesetzt und auf einen Bildschirm gespielt. Sigelen berichtet: „Wir haben hier auch immer mal wieder Besucher, die als Patienten schon selbst eine Katheteruntersuchung hatten. Sie sind dann besonders interessiert daran, wie so etwas funktioniert.“

## Operieren üben

Ein besonderes Highlight stellt der Versuchsaufbau dar, bei dem der Umgang mit minimalinvasiven

entlassen in das „Wartezimmer der Zukunft“. Manch einer wird hier mit einem flauen Gefühl ankommen und sich fragen, was in Zukunft noch alles denk- und machbar sein wird. Bereits jetzt verschwimmen die Grenzen zwischen notwendiger, medizinischer Versorgung und ethisch bedenklicher Selbstoptimierung. So wachsen die Zahlen der in Deutschland durchgeführten Schönheitsoperationen stetig, der Trend zur Verbesserung von Aussehen und Leistung scheint in der Mitte der Gesellschaft angekommen zu sein.

Vor diesem Hintergrund thematisieren die Ausstellungsmacher die aktuelle medizinische Versorgung – visualisiert mit Karten vom



Minimalinvasive Operationen sind kinderleicht? Wohl kaum!



Das vollständige Ensemble einer Karlsruher Hausarztpraxis aus den 1960er-Jahren mag manchem Besucher noch vertraut sein.

## Mitmachen erwünscht

Besonders viel Spaß machen – und das nicht nur den Kindern – die vielen interaktiven Angebote der Ausstellung. Moderne Trainingsgeräte, wie sie auch in der Ausbildung von Medizinstudenten verwendet werden, laden zum Mitmachen ein. „Man sieht aktuelle Entwicklungen, man kann viel ausprobieren. Gerade im Bereich der medizinischen Simulatoren haben wir einiges, was man als Laie, aber auch als Arzt einmal ausprobieren kann“, wirbt Sigelen.

Mit dem Simulator zur direkten Ophthalmoskopie wird die Augenspiegelung unterrichtet. Beim Blick durch das Okular sieht man virtuelle Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern. Die naturgetreuen Netzhäute können wie bei realen Patienten untersucht werden. Und das System kontrolliert, ob man wirklich alle Punkte der Netzhaut abgesehen hat.

An einem anderen Simulator können Eingriffe mit dem Herzka-

chirurgischen Instrumenten geübt werden kann. Zwei Fasszangen und ein Laparoskop sind in einem Kasten installiert; der Besucher kann versuchen, Holzwürfel auf Drähte zu ziehen. Für die meisten Besucher ist kaum vorstellbar, wie Chirurgen damit feine Schnitte und Nähte setzen können.

Am Ausstellungsende schließlich geht der Besucher noch durch das „Ersatzteillager“. Eine beeindruckende Technikschaue zeigt, wie sehr die moderne Technik inzwischen in den Körper und seine Funktionen eingreift: Seh- und Hörhilfen, Prothesen als Ersatz für Gliedmaßen, implantierte Prothesen wie künstliche Gelenke, Herzschrittmacher oder künstlichen Organersatz; bis hin zum Herzen, das mit einem Herzunterstützungssystem zumindest zeitweise ersetzt werden kann.

## „Wartezimmer der Zukunft“

So schließt sich der Erzählkreis der Ausstellung, der Besucher wird

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung und demografischen Zahlen. Hier können die Besucher an der Befragung teilnehmen, in der sie unter anderem gefragt werden, wie sie die ärztliche Versorgung – Erreichbarkeit, Wartezeit und Versorgungsdichte – in ihrem Wohnumfeld empfinden.

Die Antworten darauf sind überwiegend positiv. Vielleicht ein Ergebnis der Ausstellung? Der ein oder andere mag erleichtert sein, den vormodernen Zeiten der Medizin entkommen zu sein. Zumal den Ausstellungsmachern eine beeindruckende Schau über die Möglichkeiten der modernen Medizin und Medizintechnik gelungen ist. Und so geht der Besucher mit dem Gefühl aus der Ausstellung, in Deutschland medizinisch hervorragend versorgt zu sein.

➔ „Herzblut – Geschichte und Zukunft der Medizintechnik“ ist noch bis zum 7. Juni 2015 im Technoseum in Mannheim zu sehen. [www.technoseum.de](http://www.technoseum.de)



Dr. Clever freut sich auf weitere vier Jahre an der Spitze der LÄK.

## Niedergelassener bleibt Präsident der Landesärztekammer

Dr. Ulrich Clever im Amt bestätigt

Dr. Ulrich Clever aus Freiburg ist von der Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit überwältigender Mehrheit erneut zum Präsidenten der Landesvertretung gewählt worden. In seiner Antrittsrede versprach er, sein vor vier Jahren definiertes Ziel, die Präsenz und Wahrnehmung der Ärztekammer bei den Bürgern zu erhöhen, weiter zu verfolgen. Er sagte: „Mein Leitmotiv war und ist: Das Ohr an der Basis zu haben und dem Gehörten eine Stimme zu geben, die draußen deutlich vernommen wird – sowohl im Lande als auch in Berlin.“

Er betonte die wichtige Rolle der ärztlichen Selbstverwaltung und benannte die Herausforderung für die nächsten Jahre: „Der ärztliche Nachwuchs muss sich besser in der Arbeit der Ärztekammer wiederfinden. Wir müssen mehr junge Ärzte motivieren, sich in der ärztlichen Selbstverwaltung zu engagieren. Vor allem die Frauen.“

Der 61-jährige Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit eigener Praxis in Freiburg war bereits seit 2011 Präsident der rund 65.000 Ärzte im Land. Sein berufspolitisches Engagement begann er wenige Jahre nach seiner Niederlassung 1991 als Delegierter der Vertreterversammlung der Kassennärztlichen Vereinigung Südbaden. Kurze Zeit später stieg

er zusätzlich in die ehrenamtliche Arbeit für die Bezirksärztekammer Südbaden ein. Seit 2005 ist er Delegierter der KVBW-Vertreterversammlung. Clever ist darüber hinaus Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer.

Neuer Vizepräsident der Kammer ist Dr. Matthias Fabian, Facharzt für Innere Medizin aus Stuttgart. Zum neuen Rechnungsführer wählten die Delegierten Dr. Norbert Fischer, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Ulm. Als Schriftführer wurde der Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Dr. Michael Deeg aus Freiburg, wiedergewählt.

Mitglieder des Vorstandes der Landesärztekammer sind kraft Amtes auch die Anfang Februar gewählten Präsidenten der vier Bezirksärztekammern: Dr. Herbert Zeuner, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde aus Heidelberg, Dr. Klaus Baier, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Sindelfingen, Dr. Michael Schulze, Facharzt für Anästhesiologie aus Tübingen sowie Dr. Ulrich Voshhaar, Facharzt für Anästhesiologie aus Offenburg.

Als weitere Beisitzer im Vorstand wurden gewählt: Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aus Stuttgart, Dr. Frank J. Reuther, Facharzt für Rechtsmedizin sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aus Ulm, ferner Dr. Stefan Bilger, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Dossenheim.

*Wenn man von Tübingen etwa 30 km südöstlich fährt, gelangt man in das romantische Killertal mit hübschen kleinen Orten mit Fachwerkhäusern. Landschaftlich reizvoll gelegen, krankt diese Region an dem Problem, das viele ländliche Gebiete haben: Kaum ein junger Arzt will dahin, wo sich Fuchs und Has' gute Nacht sagen.*

„Was nutzt es mir, wenn der Kopf im Kühlschrank ist und die Füße im Feuer liegen? Dies ist nur statisch gesehen eine normale Temperatur.“ Mit diesem Bild veranschaulicht der Bürgermeister Harry Ebert bei einer Podiumsdiskussion in Burladingen im Killertal den Standpunkt der Politik, es gebe genug Ärzte, es bestehe nur eine Stadt-Land-Verteilungsproblematik.

Auf einer Veranstaltung, zu der die SPD-Kreisfraktion um MDL Martin Haller eingeladen hatte, diskutierten Vertreter aus dem Gesundheitswesen mit Sozialministerin Katrin Altpeter darüber, wie es zu verhindern sei, dass Burladingen bald zur arztfreien Zone wird. Der 12.000-Einwohner-Ort ist, was die Versorgung mit Medizinern betrifft, eigentlich noch ganz gut aufgestellt. Doch das könnte sich bald ändern, denn der Altersdurchschnitt der Ärzte liegt bei 59 Jahren. Wann die Situation brisant wird, ist also nur eine Frage der Zeit und damit geht es Burladingen wie vielen ländlichen Gemeinden in Baden-Württemberg.

Dabei könnten schon morgen, erklärt KVBW-Vize Dr. Johannes Fechner, in Burladingen vier Ärzte eine Zulassung bekommen. Die Gründe für die Landflucht sind schnell ausgemacht: „Wer hier als Arzt anfängt, hat natürlich auch seinen Partner im Blick“, so Fechner. „Bekommt meine Ehe-

frau oder mein Ehemann einen Job, gibt es genug Infrastruktur für die Kinder?“ Rund 75 Prozent der Medizinstudienanfänger sind heute weiblich, da ist es klar, dass eine Anstellung, gegebenenfalls in Teilzeit, attraktiv ist. „Rund 50 Prozent der Neuzugänge, die wir im Jahr 2014 hatten, waren angestellte Ärzte“, sagt Fechner. Sei es Hausbau oder die Verschuldung durch teure Praxisinvestitionen – nur wenige junge Mediziner wollten sich heute so langfristig binden.

Burladingens Antwort auf den Ärztemangel ist daher ein vier Millionen Euro teures Ärztehaus, für

die Burladinger Ärztin Dr. Ulrike Abt. Nach vielen Klinikjahren habe sie sich als Hausärztin niedergelassen, weil sie gerne Kontakt zu den Menschen habe. Selbst aus der Region kommend, habe sie immer eine tiefe Verbundenheit mit dem Killertal verspürt. Allerdings seien die zeitlichen Anforderungen an die Ärzte immens: Zehn bis zwölf Stunden Arbeit pro Tag, dazu seien bis vor kurzem zwei- bis dreimal pro Woche und an jedem zweiten Wochenende Bereitschaftsdienste hinzugekommen. Glücklicherweise sei dies durch die Notfalldienstreform Vergangenheit.

Die Medizinerin hält daher Ärztekoooperationen für ein Modell der Zukunft, etwa von Haus- und Fachärzten. Auch Altpeter fasst zusammen: „Die guten alten Zeiten“ der „Rundumversorgung“ durch den Hausarzt gehören der Vergangenheit an. Dass der Arztberuf einem Wandel unterliege, bestätigt auch Fechner. Die Einzelpraxis sei ein Auslaufmodell, da die nachkommende Ärztegeneration das nicht mehr wolle. Die KVBW habe daher vielfältige Anstrengungen unternommen, um Ärzte aufs Land zu locken, wie etwa durch das von der KVBW



Landarztpraxis: aussterbende Spezies?

dessen Bau Bürgermeister Ebert gerne Landeszuschüsse hätte. Die mochte die Ministerin aber nicht versprechen. Sie verwies stattdessen auf das Landärzte-Förderprogramm, das niederlassungswillige Ärzte mit bis zu 30.000 Euro bezuschusst. Ob allein eine solche Förderung das Land attraktiver macht, ist jedoch fraglich.

Eine bessere Vergütung für die sprechende Medizin fordert

gedforderte Modell der regiopraxis, in dem Ärzte kooperieren. Doch zwingen könne auch die KVBW keinen Arzt, aufs Land zu gehen; noch immer sei der Arztberuf ein freier.

Selbst bei besserer Vergütung für die sprechende Medizin sei dies noch ein Traum, resümiert Altpeter: „Und ein Traum ist nur erfüllbar, wenn ich Menschen habe, die ihn erfüllen.“

## Kriminaltango mit Ärzten:

### Referentenentwurf zum Anti-Korruptionsgesetz

Das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) hat im Februar den Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen“ veröffentlicht. Damit soll der Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch eingeführt und eine Gesetzeslücke geschlossen werden. Alle Heilberufe, die für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordern, sind einbezogen, auch psychologische Psychotherapeuten und Apotheker.

Bei Verordnung keine Gegenleistung

Strafbar macht sich demnach, wer bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder der Überweisung von Patienten eine Gegenleistung verlangt, sich versprechen lässt oder annimmt. Strafbar macht sich auch, wer den Angehörigen eines Heilberufes eine Gegenleistung für Medikamentenverordnungen oder Patientenüberweisungen anbietet, verspricht oder gewährt. Es ist ein Strafmaß von bis zu drei Jahren Freiheitsstrafe oder eine Geldstrafe vorgesehen. In besonders schweren Fällen sollen es sogar bis zu fünf Jahre Freiheitsstrafe sein, etwa bei gewerbsmäßi-

gem Handeln oder bei Teilnahme Mehrerer.

Bei Verdacht auf Korruption kann dieser nur auf Antrag verfolgt werden. Einen Strafantrag stellen können die jeweilige Ärztekammer, Berufsverbände sowie Krankenkassen und Pflegekassen. Zusätzlich soll im SGB V die stärkere Zusammenarbeit von Krankenkassen und KVen bei der Korruptionsbekämpfung festgeschrieben werden.

Kritik aus der Ärzteschaft

Vor allem die unspezifische Formulierung des „korruptiven Verhaltens“ im vorliegenden Gesetzentwurf wird kritisiert. Damit würde Verunsicherung geschaffen und De-



nunziationen begünstigt, so die Kritiker. Eine genauere Definition sei notwendig, auch um Korruption und gewünschte Kooperation abgrenzen zu können. Der KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke stellte dazu fest: „Sinn der Gesetzgebung kann es nicht sein, jede Form von Kooperationen zu kriminalisieren. Zumal Kooperationen in Arztnetzen, Selektivverträgen und Gemeinschaftspraxen das Gebot der Stunde und politisch gewollt sind.“

Als ebenso schwierig werden Telefonüberwachungen von Praxen – bei Verdacht auf besonders schwere Delikte – debattiert. Ärzten warnen vor einer Aushebelung der ärztlichen Schweigepflicht.

Nach Schätzungen werden den Patienten durch Korruption jährlich zehn Milliarden Euro vorenthalten.





Auf [www.nationale-koorte.de](http://www.nationale-koorte.de) finden sich die Beschreibungen der typischen Reihenuntersuchungen.

## Wie gesund ist Deutschland?

200.000 Bürger werden regelmäßig untersucht

„Gemeinsam forschen für eine gesündere Zukunft“ – so lautet das Motto der Nationalen Kohorte (NAKO), die im Oktober 2014 begonnen hat. In den nächsten Jahren werden bundesweit 200.000 Teilnehmer zwischen 20 und 69 Jahren in 18 Studienzentren regelmäßig medizinisch untersucht und zu Lebensgewohnheiten und sozialem Umfeld befragt.

Ziel des in dieser Dimension bisher einmaligen Großprojektes in Deutschland ist die verbesserte Prävention, Früherkennung und Therapie der typischen Volkskrankheiten wie Krebs, Diabetes und Demenz. In Baden-Württemberg ist die NAKO in zwei Studienzentren aktiv: Freiburg und Mannheim.

Die wissenschaftliche Herausforderung der NAKO besteht darin, das Zusammenspiel der Faktoren, die bei der Entstehung einer Erkrankung eine Rolle spielen, zu erforschen. Warum wird der eine krank, der andere aber bleibt gesund? Welchen Einfluss haben genetische Faktoren, Umwelteinflüsse oder die Arbeitswelt auf die Gesundheit des Einzelnen? „Diesen Fragen können wir nur dann auf den Grund gehen, wenn wir von möglichst vielen Bürgern aus unterschiedlichem Lebensumfeld detaillierte Informationen vorliegen haben“, erklärt Dr. Karin Halina Greiser, Leiterin des Studienzentrums Mannheim und des wissenschaftlichen Stabes der NAKO.

An der NAKO sind 25 Forschungseinrichtungen beteiligt. Die Laufzeit wird voraussichtlich 20 bis 30 Jahre betragen. Bund, Länder und die Helmholtz-Gemeinschaft fördern die Studie mit 210 Millionen Euro. Vier Hauptziele sind definiert:

- die Identifikation von ursächlichen Zusammenhängen zwischen Lebensstil- und Umweltfaktoren einerseits und chronischen Erkrankungen und funktionellen Beeinträchtigungen andererseits,
- die Untersuchung von geografischen und sozioökonomischen Unterschieden in Gesundheitsstatus und Krankheitsrisiko sowie die Aufklärung der möglichen Ursachen,

- die Verbesserung der Risikoverhersagemodelle zur Identifikation von Personen mit erhöhtem Risiko für chronische Krankheiten, um personalisierte Präventionsstrategien zu ermöglichen,
- die Evaluation von Präventionsmarkern und präklinischen Phänotypen.

Zufällig ausgewählte Bürger werden zur Teilnahme eingeladen. Bis Januar 2015 konnten bereits rund 1.000 Studienteilnehmer in den Studienzentren in Mannheim und Freiburg untersucht werden. In den nächsten vier Jahren werden es insgesamt 20.000 Bürger in Baden-Württemberg sein. Danach erfolgen regelmäßige Befragungen und Nachuntersuchungen nach demselben Muster.

Das Programm umfasst unter anderem kardiovaskuläre Untersuchungen, Lungenfunktionsmessungen und Messungen der Körperzusammensetzung. Außerdem werden die Teilnehmer auf ihre neurokognitive Fähigkeiten, muskuloskeletale Funktionen und die orale Gesundheit untersucht. Bioproben wie Blut, Speichel, Nasenabstrich und Stuhl werden für die wissenschaftliche Auswertung eingelagert. Zusätzlich erhalten die Teilnehmer des Studienzentrums Mannheim sowie zum Teil auch die aus Freiburg ein MRT (Ganzkörper, Gehirn und Herz).

„Der Erfolg der Studie steht und fällt mit dem Engagement der Bevölkerung. Jeder Teilnehmer trägt dazu bei, die Erforschung der Volkskrankheiten voranzubringen, sodass wir langfristig eine bessere Gesundheitssituation in Deutschland haben werden“, betont Prof. Dr. Karin Michels, Projektleiterin der NAKO in Freiburg. „Daher appellieren wir an die niedergelassenen Ärzte, uns zu unterstützen.“

Erfahrungsgemäß würden sich viele der eingeladenen Bürger an ihre Ärzte wenden, um mehr über die Studie zu erfahren oder sich Rat bei der Entscheidung für eine Teilnahme zu holen. Davon ist auch Dr. Johannes Fechner, KVBW-Vorstand, überzeugt und bittet die Niedergelassenen: „Erläutern Sie im Gespräch mit Ihren Patienten die Relevanz der Studie, ihren Sinn und Nutzen.“

# 70 Jahre Ärzteblatt

Jubiläumsausgabe blickt zurück auf die Anfänge

„Zu neuem Beginn!“ rief Dr. Franz Koebner, der neue Schriftleiter des „Württembergischen Ärzteblattes“, im April 1946 den Ärzten in Württemberg zu. Erst knapp ein Jahr war seit Kriegsende vergangen, als sich die Ärzteschaft im Südwesten wieder formierte und „...dem Verlangen nach Wiederherstellung einer württembergischen ärztlichen Zeitschrift Ausdruck“ gab.

Es funktionierte trotz der Lebensumstände und der Mangelwirtschaft – Papier war kaum vorhanden – und durch das „wohlwollende Verständnis der zuständigen Stellen der Militärregierung“. Zwar noch im bescheidenen Umfang von anfangs zehn Seiten, widmete sich das württembergische Ärzteblatt dennoch einer „Fülle von Aufgaben“.

Neben der „...Würdigung und Freiheit des ärztlichen Standes, [die] Sorge um die wirtschaftliche Lage der ärztlichen Arbeit...“ wollte die Schriftleitung „...einen bescheidenen Beitrag zur Wiedergewinnung des Ansehens des deutschen Arztes in der Welt [...] leisten, das durch die Vergangenheit so schwer gelitten hat.“ Die Redaktion war angetreten, „...den geistigen Schutz zu beseitigen, der

aus dem Mißbrauch ärztlicher Eingriffe und pseudomedizinischer Afterswissenschaft entstanden ist.“

So begann das württembergische Ärzteblatt in schwierigen Zeiten und begleitet seitdem den ärztlichen Stand im Südwesten. In diesem Jahr nun feiert das Ärz-

teschen Gesundheitspolitik. Entstanden ist ein spannender Überblick über 70 Jahre (berufspolitische Arbeit, die das Ärzteblatt Baden-Württemberg begleitet hat.

Eine Rückschau impliziert immer auch Fragen an heute und



Württembergisches Ärzteblatt 1946

teblatt Baden-Württemberg seinen 70. Jahrgang. In einer Jubiläumsausgabe blicken Herausgeber und Chefredaktion zurück auf vergangene Ausgaben und widmen sich der Geschichte des Periodikums. Dazu beleuchtet die Festschrift schlaglichtartig die wechselvolle Geschichte der baden-württembergischen und deut-

morgen: Welche Themen sind im Jahr 2015 wichtig für den Arzt und den ärztlichen Nachwuchs? Wo liegen die Herausforderungen für den ärztlichen Berufsstand im 21. Jahrhundert? ergo sprach darüber mit Dr. Oliver Erens, der als Chefredakteur hauptverantwortlich ist für Themen und Inhalt des Ärzteblattes Baden-Württemberg.

## Fragen an den Chefredakteur Dr. Oliver Erens

### Nach welchen Kriterien entscheiden Sie über die Beiträge im ÄBW?

Das wichtigste Kriterium für eine Veröffentlichung im ÄBW ist die Regionalität: Alles, was im baden-württembergischen Gesundheitssektor geschieht, ist potenziell interessant und berichtenswert für unsere

Dr. Oliver Erens

Leser. Besonderes Augenmerk liegt dabei naturgemäß auf dem ärztlichen Stand und seinen Körperschaften. Und natürlich muss das Blatt bei der Erfüllung seiner Chronistenpflicht und in der aktuellen Berichterstattung immer neutral bleiben.

### Welches (gesundheits-)politische Ereignis, über das Sie im ÄBW berichtet haben, hat sich Ihnen besonders eingeprägt?

Ein ganz herausragendes Ereignis der jüngsten Vergangenheit waren die Feierlichkeiten zum 150-jährigen Jubiläum der ärztlichen Selbstverwaltung und hier der Vortrag des ehemaligen Bundesverfassungsrichters Prof. Dr. Paul Kirchhof, der die Zuhörer in freier und geschliffener Rede zu fesseln wusste. Das war eine sprichwörtliche Sternstunde. Darüber hinaus gehören für mich die Deutschen Ärztetage zu den wichtigsten Veranstaltungen, über die ich im ÄBW ausführlich berichte. Auch wenn sie nicht streng dem zuvor genannten Regionalitätsprinzip entsprechen, so werden sie doch von der zweitgrößten Ärztekammer aus Baden-Württemberg und ihren Mitgliedern entscheidend mitgeprägt. Nicht unerwähnt bleiben dürfen auch die Vertreterversammlungen der KVBW, deren Output sich seit der Fusion und Professionalisierung mehr als vervielfacht hat. Dass ich an diesen Veranstaltungen teilnehmen

und im ÄBW berichten kann, ist ein großes Privileg. Ferner erinnere ich mich an zahlreiche Protestveranstaltungen der Niedergelassenen oder Demos der Krankenhausärzte, die ihrem Unmut über die Sozialgesetzgebung Luft gemacht und ihre Forderungen eindrucksvoll in die Öffentlichkeit getragen haben. Für alle geschilderten Begebenheiten gilt: hier wurde und wird Geschichte geschrieben, und ich bin froh und stolz, dass ich dazu beitragen kann, dass sie nicht vergessen wird.

### Wo sehen Sie in den nächsten fünf Jahren die wichtigsten Herausforderungen für die Ärzteschaft in Baden-Württemberg?

Für mich ist das zentrale Problem der kommenden Jahre der Ärztemangel, der sich leider weiter verschärfen wird, und die damit einhergehenden Versorgungsprobleme. Ich sehe darin aber auch Chancen, wie beispielsweise die Notwendigkeit einer engeren Kooperation, sowohl zwischen Kollegen vor Ort als auch zwischen den Sektoren. Und es wird weiterhin sehr spannend bleiben, wie die Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung der Zukunft aussehen wird, ob wir endlich eine GOÄ-Novelle hinbekommen und wie sich der Arztberuf weiter wandeln wird.

### Sie haben sich für die Jubiläumsausgabe durch das Archiv des Ärzteblattes gearbeitet. Was hat Sie besonders beeindruckt?

Die Lektüre der historischen Ärztenblätter war faszinierend. So manches Sujet in alten Ausgaben kam mir sehr vertraut vor; manchmal schien es sogar der aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Diskussion entlehnt. Zum Beispiel: „Die Ärzte sehen ihre materielle Existenz gefährdet. Die Krankenhäuser kommen mit den Einnahmen nicht aus und sie bezahlen darum die angestellten Ärzte zu schlecht. Die Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften nähern sich der Zahlungsunfähigkeit. Und einer gibt dem anderen die Schuld.“ Ein Text aus unseren Tagen, könnte man meinen. Dabei stammt er aus dem Jahre 1950!

# „Von Null auf Hundert“

World Café in Freiburg diskutiert über E-Health in Deutschland

**Konstruktiv, kreativ und kooperativ – so beschreiben die meisten Teilnehmer die Atmosphäre eines World Café. Und genauso urteilen auch die Teilnehmer des World Café, das die Organisatoren des eHealth Forum im März veranstalteten: „Von Null auf Hundert entstand eine tolle Diskussion.“**

Als Workshop-Methode eignet sich ein World Café vor allem dafür, mit Teilnehmern unterschiedlicher Herkunft und kontroverser Meinung ein Thema offen zu diskutieren. Dies wollten auch die Organisatoren des eHealth Forum, als sie für den 5. März eine bunte Mischung aus Patienten, Politikern, Ärzten, Vertretern der Krankenkassen, IT-Experten und Wissenschaftlern nach Freiburg einluden. Rund 50 Teilnehmer diskutierten über die

Nutzung von E-Health-Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen.

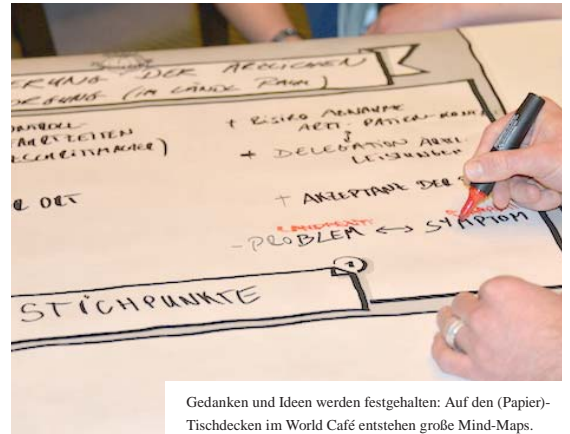
Entstanden war die Idee zum World Café in den Planungsphasen des Programmbeirates für das eHealth Forum 2015. Nach vier erfolgreich durchgeführten Veranstaltungen wollten die Experten zum fünften Geburtstag des eHealth Forum ein besonderes Programm zusammenstellen. Doch das war gar nicht so leicht. Viele Themen hatte man schon auf den vergangenen Tagungen diskutiert, viele gute Projekte waren bereits vorgestellt.

Die ungeklärten Fragen wie die politischen Rahmenbedingungen, einheitliche Standards und sichere Leitungen waren zwar vielfach angesprochen worden, doch weit entfernt von Lösungen.

So luden die Organisatoren zum World Café und führten an diesem Abend drei Fragerunden durch:

1. Welche Perspektiven und Chancen sehen Sie in E-Health?
2. Kann E-Health dazu beitragen, die Versorgung im ländlichen Raum zu sichern?
3. Welche Maßnahmen sind notwendig, um E-Health-Anwendungen in Deutschland zu etablieren?

Die Teilnehmer waren sich einig: Für die Weiterentwicklung von E-Health sind mehr Patientenbeteiligung, klare und bessere gesetzliche Rahmenbedingungen sowie mehr Gestaltungsspielraum für Ärzte und Krankenkassen notwendig. Als große Hürde beurteilten sie die Skepsis gegenüber einer zentralen Speicherung von Patientendaten. Hier sei es wichtig, bei Patienten und Ärzten Vertrauen zu schaffen und die Vorteile der neuen Kommunikationsmöglichkeiten herauszustellen. Wenn die Technik nicht mehr als Technik wahrgenommen würde, wäre ein wesentlicher Schritt erreicht.



Gedanken und Ideen werden festgehalten: Auf den (Papier-)Tischdecken im World Café entstehen große Mind-Maps.

Insgesamt war der Abend ein Erfolg. „Jeder konnte seine Sicht einbringen und es war interessant die Sichtweise der anderen Beteiligten im Gesundheitswesen zu hören“, urteilte ein Diskutant.

Die Organisatoren wollen nun die neu gewonnenen Erkenntnisse im Rahmen des eHealth Forum

Freiburg am 9. Mai präsentieren und sie unter anderem mit dem Vertreter des Gesundheitsministeriums diskutieren. Man kann gespannt sein, ob diese Diskussion dann ebenso offen verläuft wie dieser Abend in Freiburg.

➔ Anmeldungen zum eHealth Forum Freiburg: [www.ehealth-forum-freiburg.de](http://www.ehealth-forum-freiburg.de)

## Chance verpasst?

### Das neue E-Health-Gesetz der Bundesregierung stößt auf Kritik

*Den einen geht es zu weit, den anderen geht es nicht weit genug. Der Entwurf des neuen E-Health-Gesetzes wird in der Ärzteschaft äußerst konträr diskutiert. Skeptiker äußern Bedenken bezüglich des Datenschutzes und bemängeln, dass eine adäquate Honorierung der ärztlichen Leistung fehle. Befürworter sind der Meinung, dass der Gesetzesentwurf nicht weit genug gehe und zu viele Gelegenheiten verpasse und Fragen offen ließe.*

ergo bat die beiden Organisatoren des eHealth Forum Freiburg – zwei langjährige Streiter für gute E-Health-Konzepte – um ihre Einschätzung: Stefan Leutzbach, Mitglied des Bezirksbeirat Freiburg der KVBW, und Dr. Michael Lauk, Vorstand der bwcon südwest.

#### Wie schätzen Sie den Entwurf des neuen E-Health-Gesetzes ein?

**Lauk:** Mittlerweile sind alle Beteiligten massiv digitalisiert. Arztpraxen, Krankenhäuser, die Kassen und die KVBW und letztlich auch die Patienten. Jeder für sich. Doch sind diese verschiedenen Netze nicht miteinander verbunden. Und wir haben zu wenig, was auf den Patienten zentriert ist. Wenn der Patient Daten in die Hand bekommt, mit denen er sich um seine Daten selbst kümmern, auch löschen kann, wäre das ein riesiger Schritt voran. Technologisch sind diese Tools kein Problem, auch nicht von der Kostenseite.

Ich glaube, dass sich damit auch das Akzeptanzproblem in Bezug auf den Datenschutz lösen ließe. Wir wissen aus anderen Ländern, dass die Zustimmung für derartige Systeme sehr hoch ist, da die Patienten selbst entscheiden können, welche Daten sie wem zugänglich machen. Leider fehlt ein solcher Ansatz in dem neuen Gesetz.

#### Mit einem solchen patientenzentrierten System meinen Sie aber nicht die eGK?

**Leutzbach:** Nein. Denn damit hat der Patient keinen Zugriff auf die Daten. Die eGK ist kein Schritt nach vorn in Sachen Arzt-Patienten- oder Arzt-Arzt-Kommunikation.



Stefan Leutzbach



Dr. Michael Lauk

Was passiert beispielsweise, wenn der Patient zum zweiten Mal im Quartal ohne Kärtchen kommt? Dann wird der Datensatz auf der Karte nicht aktualisiert.

#### Das Gesetz sieht vor, dass der Patient zukünftig einen Anspruch auf einen Medikationsplan hat – auf Papier und freiwillig auf der eGK. Was halten Sie davon?

**Leutzbach:** Patienten, die viele Medikamente nehmen, bekommen sowieso schon seit Jahr und Tag einen Zettel, auf dem alles steht. Das ist nicht neu, das hat jeder. Nur: Was bringt dem Patienten der Medikamentenplan auf der eGK? Er kann zu Hause nicht darauf zugreifen.

**Lauk:** Wenn Patienten Medikamente von verschiedenen Ärzten bekommen, die nicht zusammenpassen, ist das ein Problem. Das erfordert Kommunikation. Wenn etwas falsch läuft, wünschen sich viele Patienten, dass der Hausarzt anruft oder eine SMS schickt. Oder im Plan online etwas ändert. Dafür aber müssen die Ärzte – insbesondere die Hausärzte – aktiv auf die Patienten zugehen. Und dafür müssen sie natürlich bezahlt werden. Hier verpasst das Gesetz eine weitere Chance.

#### Ein weiterer Punkt im Gesetzesentwurf ist die obligate Einführung des elektronischen Arztbriefs. Ist das ein Element, was die Telemedizin voranbringt?

**Leutzbach:** Für mich ist zu wenig erfasst, was ein elektronischer Arztbrief ist. Ist das schon einer, der über Computer-Fax geschickt wird? Ist das der Versand einer pdf- oder einer Word-Datei? Das ist im Gesetz nicht festgelegt. Also

haben wir wieder ein Riesenspektrum an Möglichkeiten, wo jede Praxis selbst entscheiden kann.

Prinzipiell ist die Idee richtig und gut. Aber sie birgt auch das Risiko, dass man sich auf bestimmte Dinge verlässt und nicht mehr zum Telefon greift. Wenn etwas wirklich wichtig ist, dann spreche ich direkt mit meinen Kollegen.

Außerdem habe ich Sorge, dass es die Industrie mit ihrer Schnittstellendiskussion auch dieses Mal wieder schafften wird, die schnelle Umsetzung zu behindern. Aus diesem Grund sollte man Startup-Unternehmen eine Chance geben.

#### Skeptiker sagen, dass die Compliance der Patienten durch E-Health noch schlechter wird, denn dann seien sie noch mehr auf sich allein gestellt.

**Leutzbach:** Die Bereitschaft der Menschen, freiwillig Daten aus ihrem täglichen Leben zu sammeln, ist unglaublich groß geworden. Das ist ein Fundus an wertvollen Informationen, die wir nutzen können, um gute Medizin zu machen. Die ist vielleicht viel wirksamer, weil wir viel kontinuierlicher verfolgen können, was passiert, und kostengünstiger, weil wir rechtzeitig reagieren.

Die Frage ist, ob wir es schaffen, den Leuten klar zu machen, dass es ein Vorteil sein kann, diese Informationen auch zu nutzen. Und das Ganze dann – gemeinsam mit der Industrie – auf einen Weg zu bringen, der nicht unnötig viel kostet. Es ist absurd, dass die gleiche Applikation, die ich freiwillig für 29 Euro im App Store kaufe, innerhalb der medizinischen Versorgung 1.500 Euro kostet – obwohl sie kein bisschen mehr kann.

**Lauk:** Hinzu kommt, dass wir oft die emotionale Ansprache vergessen. Es ist ein Unterschied, ob ich jemandem einen dicken roten Knopf an den Arm hänge und ihn damit stigmatisiere oder ob jemand eine schicke Apple Watch am Arm hat. Das gilt auch für einen 70-Jährigen.

#### Also ist das E-Health-Gesetz eine verpasste Chance?

**Leutzbach:** Es geht mir einfach nicht weit genug. Wir werden – aus vielerlei Gründen – in den nächsten Jahren eine räumliche Konzentrierung von ärztlicher Versorgung erleben. Wir werden also nicht drum herumkommen, den Informationsaustausch drastisch zu intensivieren. Und Daten auf eine andere Art und Weise zugänglich zu machen, um Entscheidungen, die vor Ort nicht mehr getroffen werden, möglich zu machen. Natürlich mit ausreichender Sicherheit.



# Wie spreche ich patientisch?

Richtig kommunizieren – mehr Adhärenz erreichen

„Wie sag ich's meinem Patienten?“ Das dürfte sich so mancher Arzt fragen, wenn es um die Kommunikation geht. Denn nicht selten klaffen riesige Lücken zwischen dem, was der Arzt vermitteln will und dem, was beim Patienten ankommt. Wie es richtig geht, weiß Kommunikations-trainer Oliver Keifert.

Oft hilft es, ganz plastisch zu sprechen, sagt Oliver Keifert und schwingt die Pinsel. Die sollen bei der Veranstaltung „Sprechen Sie schon patientisch“ – Mit Methode zu mehr Therapieerfolg“ im Rahmen der Medizin 2015 zeigen, wie man richtig kommuniziert. Die Pinsel helfen bei der Kommunikation mit COPD-Patienten, erklärt Keifert. „Viele Internisten, Pneumologen und Hausärzte tun sich schwer, zu erklären, dass Rauchen das Flimmerepithel in der Lunge zerstört.“ Das gehe besser mit den drei verschiedenen Pinseln: Der mit den langen Borsten zeigt das gesunde Epithel, der mit den mittellangen Pinselhaaren das schon geschädigte Epithel und der mit den

abgenutzten stellt das Epithel dar, bei dem der Schutz längst dahin ist.

**Patientisch sprechen heißt auch Augen und Hände einbeziehen**

Keiferts Aktionen mit Pinseln, Teesieben und Tennisbällen sollen für eine stark visualisierte Kommunikation werben. Nur knapp 50 Prozent der Patienten haben laut WHO-Schätzung eine gute Compliance. Weil sie andere Therapievorstellungen haben oder weil sie schlecht den Ausführungen des Arztes nicht folgen können, da sie Fachtermini nicht verstehen. „Die Kommunikation“, führt Keifert weiter aus, „läuft nur zu einem ganz kleinen Teil, nämlich zu zehn Prozent, über die sachliche Ausführung. Über 50 Prozent wird durch die Körpersprache transportiert.“

Ganz wichtig seien Gestik, Mimik und Stimme, um damit Vertrauen zum Patienten zu schaffen: „Die Patienten schauen ganz genau auf Augen und Mundwinkel. Daher ist es ganz wichtig, dass sich der Arzt in wichtigen Therapiege-

sprächen sprichwörtlich auf Augenhöhe begibt.“ Daher solle man darauf achten, ob man auf gleicher Höhe sitzt oder der Patient hochschauen muss. Es helfe auch, dass man Dinge, die man erklärt, auch zeigt oder vormacht, also beispielsweise das Inhalationsgerät dem Patienten in die Hand gibt. „Eine gute Kommunikation ist authentisch. Das, was rüberkommen muss, und das, was ausgerückt werden soll, muss zusammenpassen.“

**Gemeinsam verantwortlich für Therapieentscheidungen**

Wichtig sei in diesem Zusammenhang auch der Begriff Adhärenz, der den der Compliance in letzter Zeit abgelöst habe: „Da gibt es einen kleinen, aber feinen Unterschied. In beiden Begriffen geht es um das Erreichen von Therapieerfolg. Der Unterschied ist, dass Compliance eher bedeutet, dass der Patient den Anweisungen des Arztes folgt, während Adhärenz mehr das Zusammenspiel, also das The-



Reden mit Händen und Füßen: so versteht's auch der Patient.

rapiebündnis zwischen Arzt und Patient meint.“ Der Arzt schaut hier, ob der Patient das Gesagte verstehen und die Therapieoptionen und Lebensstilinterventionen überhaupt umsetzen kann. Der Begriff Adhärenz ist sozusagen basisdemokratisch und das unterscheidet ihn von dem der Compliance.

**Wertschätzend, verständlich und positiv**

Die Sprache der Patienten nutzen, die Meinung des Patienten ein-

beziehen und ab und an mal loben – das sind einige Bausteine auf dem Weg zur Adhärenz. Je weniger Ängste und Bedenken der Kranke hat, desto größer auch seine Therapieerfolge. „Schaffen Sie daher positive Gedanken“, so Keifert. Ein Satz wie „Wenn Sie die Tabletten nicht nehmen, werden Sie sterben“, verunsichert eher, während die Aussage: „Wenn Sie diese Tabletten nehmen, können Sie vielleicht bald wieder kleine Spaziergänge machen“ den Patienten viel eher zur Therapieerfolge motiviert.

## Sicher ins sichere Netz

KV-SafeNet® bietet optimale Anbindung

*Lange Zeit galt es als vollkommen indiskutabel, sensible Patienten- und Honorardaten elektronisch zu übertragen. Doch das ist Schnee von gestern: zeitsparend, papierlos, günstig, unkompliziert – viele niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten nutzen mit steigendem Interesse die Vorteile der elektronischen Kommunikation mit Kollegen und anderen Beteiligten im Gesundheitswesen.*

Die Nutzer profitieren von den vielen Möglichkeiten: Neben der Quartalsabrechnung versenden sie medizinische Dokumentationen, elektronische Arztbriefe und Nachrichten unkompliziert und sicher direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS). Auch der Gesetzgeber hat die Zeichen der Zeit erkannt und will mit dem anstehenden E-Health-Gesetz Informations- und Kommunikationstechnologie in der Gesundheitsversorgung verstärkt etablieren. So ist in dem Gesetz unter anderem eine pauschale Honorierung für den Versand von elektronischen Arztbriefen vorgesehen.

Damit wird nicht nur für Praxisnetze und große Praxen eine Anbindung ans sichere Netz der KVen (SNK), Deutschlands größtes Gesundheitsnetz, attraktiv. Das SNK stärkt als ärztliches Netz, das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den KVen betrieben wird, in erster Linie die Interessen der Niedergelassenen. Ärzte und Psychotherapeuten können schon heute mit den angebotenen Onlinediensten zahlreiche Vorteile der gesicherten IT-gestützten Kommunikation nutzen. Datenschutz und Datensicherheit werden groß geschrieben, um den besonders hohen Sicherheitsanforderungen im Gesundheitswesen gerecht

zu werden. Die geschützte Übertragung von Patienten- und Honorardaten – im SNK kein Problem!

Mit einem KV-SafeNet®-Anschluss können Praxen schon für circa 15 Euro monatlich ihr gesamtes Praxisnetz ans SNK anbinden. Hierfür muss die Praxis einen speziell zertifizierten Provider beauftragen, der sie mit einer VPN-Router („Blackbox“) ausstattet. Dieser Router baut ein Virtual Private Network (VPN) mit einem besonders hohen Sicherheitsstandard auf und blockiert den Zugriff von außen auf das Praxisnetz. Durch Einhaltung der KV-SafeNet®-Richtlinie ist sichergestellt, dass die hohen Anforderungen an die IT-Sicherheit und den Datenschutz erfüllt werden. Und sollte es mehr als einen Rechner in der Praxis geben, ist dies auch kein Problem.

Neben dem bekannten KVBW-Mitgliederportal erreichen die Nutzer im SNK zahlreiche Anwendungen. Dafür steht KV-Connect als Kommunikationskanal zur Verfügung. KV-Connect ermöglicht – direkt aus dem jeweiligen PVS heraus – den sicheren Datenaustausch zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, KVen und weiteren medizinischen Partnern. Alle übertragenen Nachrichten werden dabei automatisch verschlüsselt. Heute schon möglich sind Anwendungen wie die iClick-Abrechnung, elektronische Dokumentationen und Arztbriefe. Interessant dabei: Der eArztbrief

besteht nicht aus Worten, sondern aus strukturierten Teilen. Damit ist die technische Voraussetzung für eine einfache Übernahme in die Praxis-IT gegeben – unabhängig vom jeweiligen PVS.

Ärzte und Psychotherapeuten, die sich gegen KV-SafeNet® entscheiden, erreichen das KVBW Mitgliederportal vorerst noch mit der KV-Ident-Karte. KV-Ident bietet für Anwender, die hauptsächlich ihre Quartalsabrechnung übertragen möchten, eine gute Alternative für einen mobilen Zugriff eines Einzelrechners ins SNK. KV-Ident wird voraussichtlich ab 2016 durch die Weiterentwicklung KV-Ident Plus abgelöst.

### Das bietet Ihnen ein KV-SafeNet®-Anschluss

- Höchste Sicherheit beim Online-Datentransfer dank Verschlüsselungs-Hardware
- Einfacher und direkter Datenaustausch – mit der KV und mit Kollegen, die das sichere Netz ebenfalls nutzen
- Ein Klick genügt: mit KV-Connect Arztbriefe, Nachrichten, Labordaten und die Abrechnung elektronisch versenden – direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS)
- Das Praxisteam kann Online-Angebote ununterbrochen und sicher von jedem Praxisrechner aus nutzen

➔ Sie haben Fragen zur Online-Anbindung Ihrer Praxis? Dann wenden Sie sich an unserer Berater für IT in der Praxis: 0711 7875-3570

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

## Medizin 2015: Vorstände zum Anfassen

Spontantität und gute Laune zeigte der Vorstandsvorsitzende der KVBW, Dr. Norbert Metke, als er seinen Vortrag bei der Fachmesse Medizin 2015 vom Podium an den Kaffeetisch verlegte. „Das ist doch viel persönlicher“, sagte Metke. Und obendrein könne man beim Fachgespräch Kaffee trinken und Kekse essen. „Rahmengesetzgebung für das Gesundheitswesen – was nun?“ hieß der geplante Vortrag. Sicherlich ließe es sich über die eine oder andere Facette des Gesetzes vortrefflich streiten. Doch an diesem Nachmittag sprachen alle vor allem über die geplanten Regelungen für eine Praxisabgabe.



Dr. Metke im Gespräch

Auch Dr. Johannes Fechner, KV-Vize, setzte bei der Medizin auf das persönliche Gespräch von Arzt zu Arzt. Am Stand der KV konnten sich interessierte Ärzte in Gesprächen mit Fachberatern zudem über die Themen Qualitätssicherung, Niederlassung, Praxisabgabe und

vielen mehr unterhalten. Auch hier dominierte ein Thema die Gespräche. Niederlassungsberaterin Ilka Latuske: „Ein Dauerbrenner in den Beratungen war bei den niedergelassenen Ärzten das Versorgungsstärkungsgesetz. Viele plagt die Sorge, die eigene Praxis überhaupt nicht mehr weitergeben zu können. Es gibt auch Unsicherheiten in der Frage einer Entscheidung und der Frage, wie finde ich überhaupt einen Nachfolger.“

➔ Weitere Informationen geben die Niederlassungsberater

### Freiburg

Ilka Latuske, 0761 884-4207,

ilka.latuske@kvbwue.de

Martin Döhmel, 0761 884-4217,

martin.doehmel@kvbwue.de

### Karlsruhe

Inga Fink, 0721 5961-1238,

inga.fink@kvbwue.de

Jan Ulrich Schuster, 0721 5961-1193,

janulrich.schuster@kvbwue.de

Heike Lange, 0721 5961-1301,

heike.lange@kvbwue.de

### Stuttgart

Iris Bauer, 0711 7875-3188,

iris.bauer@kvbwue.de

Stefanie Kieser 0711 7875-3188,

stefanie.kieser@kvbwue.de

T.-A. Wieland 0711 7875-3053,

thilo-alexander.wieland@kvbwue.de

### Reutlingen

Andreas Steinhilber, 07121 917-2239,

andreas.steinhilber@kvbwue.de

## Hausarzt bei der Leichenschau

Wenn Patienten zu Hause verstorben sind, alarmieren die Angehörigen in manchen Fällen sowohl den Hausarzt als auch den Bereitschaftsdienst. Dies ist verständlich aus Sicht der Angehörigen, doch ärgerlich für den diensthabenden Arzt. Besonders, wenn er lange Wegstrecken zurücklegen und dann feststellen muss, dass die Leichenschau bereits vom Kollegen Hausarzt erbracht wurde. Daher der Appell an die Hausärzte: Fragen Sie bitte die Angehörigen, ob auch der Kollege vom Bereitschaftsdienst angerufen wurde und benachrichtigen Sie ihn dann umgehend. Das ist ein kleiner kollegialer Gefallen, der dem Bereitschaftsarzt unter Umständen lange Wegstrecken ersparen kann!

### 116 117 Neue Nummer für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Ab dem 27. Mai diesen Jahres wird der ärztliche Bereitschaftsdienst in Baden-Württemberg unter der bundeseinheitlichen und kostenlosen Nummer 116 117 erreichbar sein. Damit entfallen die bisherigen regionalen Rufnummern für den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Wer zukünftig die 116 117 anruft, erhält über eine automatische geografische Zuordnung per Bandansage einen Hinweis auf die zuständige Notfallpraxis. Patienten, die nicht mobil sind, werden gebeten in der Leitung zu bleiben. Sie werden anschließend an die zuständige Rettungsleitstelle weitergeleitet, welche das Beschwerdebild aufnimmt und die Hausbesuchsanforderung telefonisch an den diensthabenden Arzt im Fahrdienst vermittelt. Für den Arzt ändert sich nicht viel. Allerdings sollte er darauf achten, dass seine Rufnummer korrekt im Dienstplanungsprogramm für den ärztlichen Bereitschaftsdienst „BD-Online“ eingepflegt ist, damit die Leitstelle nicht die falsche Nummer kontaktiert.

Eine Bitte in eigener Sache: Der diensthabende Arzt sollte sich spätestens drei Stunden vor Dienstbeginn telefonisch bei der Leitstelle melden, um den Dienstantritt zu bestätigen. Ansonsten machen sich die Mitarbeiter der Rettungsleitstelle auf die Suche nach Ersatz. In einem der nächsten Rundschreiben wird es Informationsmaterial zur 116 117 für die Patienten zur Auslage in den Praxen geben: Plakate für die Praxis sowie Visitenkarten zur Weitergabe an die Patienten.

Die ärztlichen Kreis- und Notfallpraxisbeauftragten werden im Rahmen von regionalen Abendveranstaltungen an den BD-Standorten über die Einführung der 116 117 in Baden-Württemberg informiert. Die Einladungen zu diesen Informationsveranstaltungen sind bereits versandt worden.



Um die Puderquaste kommen auch Männer nicht drumherum: Martin Honeck in der Maske.

# Ich bin Arzt oder Psychotherapeut...

...aber heute bin ich Model

*Normalerweise sitzt Jale Asan an fünf Tagen in der Woche in ihrer Praxis und behandelt ihre kleinen Patienten. An diesem Tag macht die 35-jährige Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin einen ungewöhnlichen Job: Sie nimmt bei einem Casting der KBV teil und wird so vielleicht zu einem Gesicht der Imagekampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“*

Maske, Kostüm, ein kurzes Briefing und ab geht's zum Fotoshooting. Da hilft kein Singen zum Entspannen – Asan ist ziemlich aufgeregt. Kein Wunder, denn sie steht zum ersten Mal vor der Kamera in einem Fotostudio und modelhaftes „Posing“ ist ihr als Psychotherapeutin fremd. Doch der Fotograf ist präzise in seinen Anweisungen und im Hintergrund läuft zur Entspannung Musik.

„Geht da noch etwas mehr Drive?“, fragt der Fotoassistent nach dem ersten Durchlauf. Es geht, sagt Asan und bald sind die Fotos im Kasten. Asan ist eine der Kandidaten aus Baden-Württemberg, die in

einem kleinen Ort in der Nähe von Frankfurt zwei Tage lang gecastet werden. Wird sie ausgewählt, wird ihr Gesicht möglicherweise bald auf allen Straßen und Plätzen im Land zu sehen sein – als Teil der Imagekampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KVEn.

Die Aktion geht mittlerweile ins dritte Jahr (ergo berichtete). Sie zeigt keine Models, sondern reale

therapeuten wählen. Asan hat die Kampagnenplakate bereits vor zwei Jahren an einem Bahnhof gesehen und fand die Aussagen schon damals passend. Als sie den Bewerbungsauftrag auf der Homepage der KV Baden-Württemberg gelesen hat, entschied sie spontan, mitzumachen.

Dr. Martin Honeck, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Todtnau im Schwarzwald, hat heute nicht den vollen Durchblick. Der 40-jährige Vater dreier Kinder musste ohne Brille auf die Bühne. Das gibt ihm einerseits mehr Präsenz, es hat aber andererseits bei -6 Dioptrien seine Tücken. Honeck hat in ergo von dem Aufruf gelesen und fand die Kampagne innovativ und gleichzeitig amüsant. Gut findet er, dass Ärzte mal nicht im Kittel und mit Stethoskop dargestellt werden, sondern in Zivilkleidung und mit einem passenden Spruch, den sie mit ihrem Beruf verbinden, wie etwa: „Ich bin nicht dort, wo es sich lohnt, sondern dort, wo man mich braucht.“

Honeck sagt: „Landarzt zu sein kann ich nur empfehlen. Mit meiner Teilnahme an der Kampagne möchte ich jungen Ärzten das auch vermitteln.“ Ein Bild von ihm mit einer Unterschrift soll anderen Ärzten zeigen: „Der arbeitet auf dem Land, ist 40 Jahre alt und zufrieden mit seiner Situation.“

Dass es wert ist, den Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen, möchte auch Dr. Jochen Bauer, hausärztlicher Internist aus Esslingen, transportieren. Er ist seit einem Jahr niedergelassen und hat vorher zehn Jahre in der Klinik gearbeitet. Klinikalltag bringe viel mehr Arbeit mit sich, bei-

## Die Kampagne und ihre Gesichter

Seit 2013 läuft die erfolgreiche Arzt-Imagekampagne der KBV und der KVEn. Mit TV-Spots, Großflächenplakaten, Flyern sowie durch gezielte Aktionen an Universitäten soll der Arztnachwuchs geworben beziehungsweise das Image der Niedergelassenen verbessert werden.

Über 100 Ärzte und Psychotherapeuten hatten sich für das Fotoshooting bei Frankfurt beworben, 30 neue Gesichter werden ab Mai die Botschaften der Kampagne in die Öffentlichkeit tragen. Welche Gesichter tatsächlich die Sache der Niedergelassenen vertreten, wird Mitte April entschieden sein. Im Mai und im November erhalten alle Praxen per Post ein Infopaket mit Materialien zum Thema, darunter ein Patientenmagazin, das im Wartezimmer ausgelegt werden kann, Wartezimmerplakate und Terminzettelblöcke im Kampagnen-Look.



Dr. Martin Honeck: Der passende Slogan fehlt noch.



Dr. Jochen Bauer



Nachbearbeitung der Kampagnenbilder



Jale Asan mit dem Fotografen bei der Bildauswahl

spielsweise abends und an den Wochenenden. Im Sinne der Work-Life-Balance sei die Niederlassung besser. Besonders, ergänzt sein Kollege Honeck, seit durch die Notfalldienstreform die Dienstbelastung deutlich gesunken sei.

Dass die Kampagne in diesem Jahr politischer geworden ist und die Neuerungen durch das Versorgungsstärkungsgesetz kritisiert, finden die Ärzte und die Psychotherapeutin gut. Jochen Bauer: „Ein Großteil der Patienten honoriert, was wir niedergelassenen Ärzte für sie tun, doch unser Image hat auch gelitten, beispielsweise wenn es um IGeL-Leistungen geht. Insofern finde ich es gut, dass die KV sagt, wir tun aktiv etwas für das zu Recht gute Image unserer Niedergelassenen.“



# „Wir kriegen sie alle“

Ludwigsburger Pädiater kämpft gegen Adipositas

*Es ist ihm seit langem ein Anliegen: Der Kinder- und Jugendarzt Dr. Thomas Kauth kämpft gegen Übergewicht und Bewegungsmangel bei Kindern. Jeden Tag sieht er adipöse Kinder in seiner Praxis und weiß wie mühsam und häufig erfolglos die Therapie von Adipositas ist. Er setzt daher schon lange auf Prävention.*

Kauth praktiziert seit 1993 als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Ludwigsburg. Hier initiierte er eine lokale Arbeitsgruppe aus Hebammen, Frauenärzten und Kinder- und Jugendärzten, die ein Konzept zur Prävention von Adipositas durch positive frühkindliche Prägung entwickelte. Kauth und seine ärztlichen Kollegen wissen, dass sie früh in der Beratung der Familien ansetzen müssen. Und sie wissen auch, dass sie prädestiniert sind für diese Aufgabe.

„Wir kriegen sie alle“, freut sich Kauth. „100 Prozent der schwangeren Frauen gehen zum Gynäkologen, 96 Prozent aller Säuglinge kommen zu uns zur U3-Vorsorgeuntersuchung.“ Beste Vorausset-

Entstehung von Übergewicht, Typ 2-Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen.

peb unterstützt 9+12

Um das Projekt in die Praxis umsetzen zu können, nahm Kauth im Jahr 2010 Kontakt zur „Plattform Ernährung und Bewegung“ (peb), einem bundesweiten Netzwerk zur Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, auf. Dieses war 2004 auf Initiative des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz gegründet worden.

Mit Hilfe eines Expertenkreises der peb und einer eigens dafür eingestellten Koordinatorin wurde aus der Ludwigsburger Idee das Pilotprojekt „9+12 – gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“: 35 Prozent der Ludwigsburger Frauenärzte, Hebammen und Kinder- und Jugendärzte nahmen an dem Projekt teil. „Das war ganz schön viel, wenn man bedenkt, dass die Kollegen unentgeltlich mitgearbeitet haben“, sagt Kauth.

Jede 9+12-Teilnehmerin konnte vier Termine beim Gynäkologen,



9+12 erhielt 2013 den Präventionspreis der deutschen Adipositasgesellschaft.

zungen also, um eine umfassende Beratung und Begleitung von Frauen während der Schwangerschaft und des ersten Lebensjahrs des Kindes – 9+12 Monate – zu gewährleisten. Mit dem Ziel, die typischen Risikofaktoren positiv zu beeinflussen: die Ernährung und Bewegung während der Schwangerschaft, die Entscheidung fürs Stillen, die Säuglingsernährung.

## Epigenetik und Adipositas

Die Grundlage für diesen Präventionsansatz ist der Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, der 2008 herausgearbeitet hatte, dass die Veranlagung zu Adipositas bereits im Embryo- und Säuglingsalter angelegt wird. Die frühkindliche Prägung und Umweltfaktoren beeinflussen entscheidend die Epigenetik beim Kind. Durch die Veränderung der strukturellen Oberfläche der Chromosomen verändert sich die genetische Information, der Phänotyp wird entsprechend angelegt. Und damit auch die mögliche, spätere

zwei bei der Hebamme und vier beim Kinder- und Jugendarzt wahrnehmen. In zweieinhalb Jahren Projektlaufzeit wurden so bei über 1.000 Frauen 3.500 standardisierte Beratungen mit über 100.000 Fragen und Antworten durchgeführt. Begleitet wurde das Projekt durch eine externe wissenschaftliche Evaluation, die die Ludwigsburger 9+12-Frauen mit einer bundesweiten Online-Panel-Gruppe verglich. In die Ludwigsburger Interventionsgruppe konnten in besonders hohem Maß schwangere Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen mit Übergewicht zu Beginn der Schwangerschaft zur Teilnahme motiviert werden.

## Hervorragende Ergebnisse

Im Ergebnis hatten die 9+12-Frauen ein besseres Wissen über Ernährung und Bewegung, sie steigerten ihre Essensmengen während der Schwangerschaft in geringerem Umfang und sie trieben mehr Sport. Sie stillten ihre Säuglinge häufiger, ernährten ihre Kinder besser und

legten mehr Wert auf die Bewegungsförderung des Kindes.

Nur zwölf Prozent der Neugeborenen in Ludwigsburg waren übergewichtig – in der Vergleichsgruppe waren es 19 Prozent. Bei den inzwischen ein- bis anderthalb-Jährigen sind es bei den 9+12-Kindern nur 14 Prozent, die übergewichtig sind; in der Vergleichsgruppe sind es 23 Prozent.

Nun geht es darum die Fortführung des Projektes zu sichern. Kauth wünscht sich für Ludwigsburg ein follow-up, also eine Begleitung der Kinder durch die gesamte Kinder- und Jugendzeit. „Damit könnte man sehr schön die Langzeiteffekte erfassen.“

Das naheliegende Ziel jedoch ist die Integration des Projektes in die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen. „Es ist nicht realistisch, damit weiter zu machen, wenn die Kollegen die Beratung weiterhin unentgeltlich erbringen“, sagt Kauth. Die teilnehmenden Ärzte müssen ein Honorar bekommen, die Hebammen müssen abrechnen können. „Wir sind gerade dabei, gemeinsam

## Hygiene in der Arztpraxis Richtige Auswahl von Flächendesinfektionsmitteln

**Krankheitserreger können monatlang auf Flächen überleben und über Hände, Staub oder Gegenstände auf Patienten übertragen werden. Daher ist die Flächendesinfektion in der Arztpraxis eine wichtige Maßnahme, um die Infektionskette zu unterbrechen und die Übertragung von Krankheiten zu verhindern.**

Bei der Auswahl von Flächendesinfektionsmitteln müssen neben der VAH-Listung die jeweiligen spezifischen Anforderungen und das Erregerspektrum berücksichtigt werden.

■ Sauerstoffabspaltende Verbindungen und Aldehyde (zum Beispiel Glutaraldehyd) haben die breiteste Wirksamkeit. Aufgrund von Geruchsbelastigungen und hoher Toxizität sind diese Produkte aber nicht für den Routinegebrauch zu empfehlen.

■ Quaternäre Ammoniumverbindungen (QAVs) sind in den letzten Jahren auf Grund vieler positiver Eigenschaften vermehrt auf den Markt gekommen (geringe Toxizität, gute Schmutzlösung, gute Materialverträglichkeit, Geruchslosigkeit). Allerdings haben sie Lücken im Wirkspektrum bei Viren und auch bei den gramnegativen Keimen, die wegen ihrer Multiresistenz (MRGN) eine zunehmende Rolle spielen. Die QAVs bleiben auf der Oberfläche haften und bilden mit der Zeit einen klebrigen Film, der regelmäßig wieder abgetragen werden muss.

■ Alkoholische Flächendesinfektionsmittel haben einen schnellen Wirkeintritt und trocknen schnell. Wegen der Abgabe der Dämpfe an die Umgebungsluft besteht erhöhte Brandgefahr. Daher ist das Mittel nur für kleine Flächen geeignet.

Flächen können mit zubereiteten oder gebrauchsfertigen Desinfektionsmittellösungen und/oder mit konfektionierten desinfektionsmittel-getränkten Vliestüchern desinfiziert werden. Für eine wirksame Desinfektion muss die vorgeschriebene Konzentration-Zeit-Relation eingehalten werden. Der Einstunden-Wert ist dabei zu bevorzugen. Unter normalen Bedingungen kann die Fläche nach Abtrocknung wieder benutzt werden.

Bezüglich der Erregerwirksamkeit gilt es verschiedene Wirkbereiche, je nach zu erwartendem Erregervorkommen, abzudecken:

- Für routinemäßige Desinfektionsarbeiten deckt ein VAH-gelistetes Desinfektionsmittel einen Großteil der relevanten Erreger ab.
- Bei Verdacht oder bestätigtem Auftreten einzelner Erreger (zum Beispiel Rota-, Noro-, Adenovirus, Mykobakterien) muss das Desinfektionsmittel entsprechend wirksam sein.
- Das gesamte Virusspektrum deckt ein vom Robert Koch Institut gelistetes Desinfektionsmittel mit dem Wirkspektrum AB/viruzid ab ([www.rki.de](http://www.rki.de) » Infektionsschutz » Infektions- und Krankenhaushygiene » Desinfektion).

Alle Daten finden sich in den Produktinformationen der Hersteller. In jedem Fall lohnt sich ein Blick in die Produktinformation, da die Hersteller teilweise sehr unterschiedliche Erreger ausgetestet haben und für diese spezifische Konzentrationen und Einwirkzeiten angeben.

➔ Weitere Informationen zur Desinfektion von Flächen können Sie dem Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ ab Seite 50 entnehmen. Er kann auf der Homepage der KVBW heruntergeladen werden. [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Qualität » Qualitätssicherung » Hygiene/Medizinprodukte

### Absprechpartner:

Nicole Nahlinger-Strohm  
07121 917-2365  
[nicole.nahlinger-strohm@kvbawue.de](mailto:nicole.nahlinger-strohm@kvbawue.de)  
Jasmin Bollinger  
07121 917-2126  
[jasmin.bollinger@kvbawue.de](mailto:jasmin.bollinger@kvbawue.de)

### VAH-Listung

Der Verbund für Angewandte Hygiene (VAH) fördert die wissenschaftliche Bearbeitung und Umsetzung hygienerelevanter Themen. Zu den Mitgliedern im VAH gehören wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie Experten aus den Bereichen Hygiene, Öffentliches Gesundheitswesen und Infektiologie. Die Desinfektionsmittel-Liste des VAH enthält alle zertifizierten Produkte mit Wirkstoffbasis, Einwirkzeiten, Konzentration sowie weitere Informationen. Sie ist zu finden unter: [www.vah-online.de](http://www.vah-online.de)

mit der KVBW zu prüfen, wie wir die Leistungen der Gynäkologen und Kinder- und Jugendärzte in einen vertraglichen Rahmen mit den Krankenkassen in Baden-Württemberg

gießen können“, sagt Kauth. „Ich hoffe, dass wir das mit unserer KV hinkriegen, denn auch die anderen Länder und Berlin schauen auf uns.“ ergo wird weiter berichten.

## Erfolgreiche Zusammenarbeit

**KVBW und Landesärztekammer haben gemeinsam eine hilfreiche Broschüre für die Praxis erstellt: Hinweise zur Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) in der ambulanten und stationären Versorgung.**

Die Beratungspraxis zeigt, dass es einen hohen Informationsbedarf bei den Ärzten gibt, in welchen Fällen, in welcher Form und mit welchem Inhalt ärztliche AU-Bescheinigungen ausgestellt werden müssen. Daher behandelt die Broschüre die grundlegenden Regelungen und erläutert das richtige Vorgehen. Grundsätzlich lassen sich folgende Fallgruppen unterscheiden: Es gibt Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit (AU)

- im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung,
- im Fall einer planbaren, stationären Behandlung,
- bei Fortdauer der stationären Behandlung,
- im Fall der stationären Behandlung in einem Notfall.

Hinzu kommen Sonderfälle wie AU-Bescheinigungen für Arbeitslose oder Schwangere.

➔ Die Broschüre wird in Kürze auf der Homepage der KVBW zur Verfügung stehen. Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an den Rechtsbereich der KVBW: 0711 7875-3145

# Substitution auf Rädern

Suchtmediziner rollt mit Substitutionsmobil durch den Bodenseekreis



Michaela Matschinski, Dr. Frank Matschinski, Streetworker Holger Bernhard und Hund Jack warten montags am Sub-Mobil auf die Patienten.

Wenn man sich auf die Zehenspitzen stellt, kann man ein kleines bisschen vom Bodensee sehen. Der Ort, an dem Dr. Frank Matschinski montags seine Patienten empfängt, ist ungewöhnlich. Er liegt hinterm Bahnhof, auf dem Gelände des Gemeindepsychiatrischen Zentrums in Überlingen. Wo andere Menschen Urlaub machen, da wollte er arbeiten. Hier steht nun sein Substitutionsmobil.

Außen sieht es aus wie ein gewöhnliches Wohnmobil. Innen gibt es gemütliche rote Sitze, einen Tisch, an dem Matschinski und Streetworker Holger Bernhard mit den Patienten sprechen. Ehefrau und Krankenschwester Michaela

Matschinski bereitet Methadon, Polamidon oder Buprenorphin vor. Zwei der Patienten strecken bereits ihre Köpfe rein: Tassilo\* (33) und Thomas\* (48). Tassilo wird seit zehn Jahren substituiert, Thomas bereits seit 20 Jahren. Ihre Geschichten ähneln denen vieler Opiatabhängiger: Eine unglückliche Liebe, psychische Instabilität, Selbstmordgefährdung, das Heroin als vermeintliche Heilung. Seit vielen Jahren sind sie nun stabil, haben eine Arbeit oder eine Beziehung. Damit gehören sie genau in die Zielgruppe für das Substitutionsmobil.

## Lange Substitutionserfahrung

Die Matschinskis bauten bereits 1995 in Stuttgart eine Substi-

tutionspraxis auf, 2007 dann in Ravensburg nördlich des Bodensees, wo circa 200 Patienten behandelt werden.

Doch was war mit den Patienten in Lindau, Biberach oder Überlingen? Nach und nach hatten viele Kollegen Matschinskis die Substitution aufgegeben und die Patienten mussten lange Wege mit öffentlichen Verkehrsmitteln auf sich nehmen, um zur Ravensburger Praxis zu kommen. Gerade bei stabilen Patienten, die eine Arbeit haben, sind bis zu sechs Stunden Abwesenheit beim Arbeitgeber kaum zu erklären. Da lag es nahe, dass nicht der Patient zum Arzt kommt, sondern umgekehrt, meint Matschinski, und die Idee des Substitutionsmobils war geboren. „Zudem hatte

sich am Ravensburger Bahnhof eine Drogenszene gebildet. Die war der Ravensburger Kommunalpolitik ein Dorn im Auge.“

## Take home

Die meisten der Patienten, die über das Sub-Mobil versorgt werden, bekommen Take home, das heißt, sie erhalten für meist sechs Tage pro Woche ihre Dosierung per Rezept. Das Methadon können sie dann in der Apotheke abholen. Wenn sie ins Wohnmobil kommen, nehmen sie eine Tagesdosis unter Sicht des Arztes ein. Ein Plausch mit dem Arzt und dem Streetworker gehört dazu. Während Michaela Matschinski den Bluttest für das Drogenscreening vorbereitet, erzählen die Patienten dem Arzt die ganz alltäglichen Sorgen, von Knöllchen, Kindererziehung und Knast.

Tassilo hat vier Jahre seines Lebens dort zugebracht, meist wegen Diebstahls. Das Methadon gibt ihm Stabilität, sodass er arbeiten kann. Die Krankheit sieht man ihm nicht mehr an. Opiatabhängigkeit, so Matschinski, sei eine chronische Erkrankung, die oft 20 bis



Tassilo geht es heute besser.

30 Jahre dauert. Ziel sei daher nicht immer, die Patienten dauerhaft zu entwöhnen: „Viele wollen gar nicht aussteigen, weil es so schwierig ist, wieder in die Substitution reinzukommen, wenn sie rückfällig werden, etwa durch psychische Belastung.“

## Intensiv und spannend

Die Substitution, findet er, sei ein spannender und anspruchsvoller Bereich der Medizin, der von der Psychiatrie über die innere Medizin, Infektiologie, Psychosomatik bis hin zur Chirurgie alles abdeckt.

Zu den meisten seiner Patienten entwickelt der Mediziner eine sehr intensive Beziehung, „weil wir sie über viele Jahre begleiten, unsere Patienten kommen mindestens einmal die Woche, man geht mit ihnen durch alle Krisen.“

Diese sind allgegenwärtig in einem Leben, das von der Sucht bestimmt wird. Ebenso wie die Tatsache, dass nichts sicher ist. Weswegen Michaela Matschinski auch die Buprenorphin-Pille klein mahlt und das Methadon mit Tee vermischt – damit es nicht unter der Zunge gebunkert und auf dem Schwarzmarkt verkauft werden kann.

Tassilo und Thomas leben so normal es eben geht, wenn man abhängig ist. Sie genießen es – dazu gehört auch, dass Thomas jetzt zur Substitution radeln kann. Und die Matschinskis? Arbeiten dort, wo andere Urlaub machen. Immerhin kann man vom Standplatz aus den Bodensee sehen – wenn man sich ein kleines bisschen auf die Zehenspitzen stellt.

\* Name von der Redaktion geändert

## Arzt fragt, KV antwortet

### Aktuelle Fragen aus dem Verordnungsmanagement

Präparate mit fiktiver Zulassung sind Arzneimittel, die sich vor 1978 im Verkehr befanden und aufgrund damaliger arzneimittelrechtlicher Bestimmungen lediglich formell registriert wurden. Nach den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes von 1978 erlosch diese fiktive Zulassung und es musste innerhalb einer Übergangsfrist eine Nachzulassung beantragt werden. Die behördliche Prüfung der Anträge auf Nachzulassung ist bei einigen fiktiv zugelassenen Arzneimitteln aufgrund laufender Klageverfahren bis heute noch nicht endgültig abgeschlossen.

**Im aktuellen Honorarversand habe ich eine Anlage 35 zur Frühinformation Arzneimittel mit einer Übersicht von fiktiv zugelassenen Arzneimitteln erhalten. Was bedeutet das für mich?**

Einzelne gesetzliche Krankenkassen haben im vergangenen Jahr die Verordnung fiktiv zugelassener Arzneimittel aus dem Jahr 2013 beanstandet und ungefähr 1.200 Prüfungen an die Prüfungsstelle in Baden-Württemberg weitergeleitet, da sie laut einem BSG-Urteil nicht zur Erstattung verpflichtet sind. Daraus resultierten einige Regresse.

**Bei meiner Verordnungsstatistik fehlt die Anlage 35. Was bedeutet das für mich?**

Wenn Sie diese Anlage nicht erhalten haben, haben Sie im Quartal 3/2014 keine fiktiv zugelassenen Arzneimittel verordnet.



**Sind fiktiv zugelassene Arzneimittel gar nicht mehr verordnungsfähig?**

Doch, allerdings nur auf Privatrezept. Sie sind weiterhin verkehrsfähig, jedoch nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Grundsätzlich können gesetzliche Krankenkassen demnach auch künftig Prüfanträge stellen.

**Wie soll ich meinen Patienten das erklären, die auf ihre Präparate schwören?**

Um Sie bei den Gesprächen mit Ihren Patienten zu unterstützen, haben wir eine Patienteninfo zum Thema fiktiv zugelassene Arzneimittel verfasst, die auf unserer Homepage zur Verfügung steht. Link siehe rechts oben.

**Meine Software warnt mich nicht davor, dass ein Präparat nur fiktiv zugelassen ist. Wie kann ich mich zukünftig vor Regressen diesbezüglich schützen?**

Um Ihnen einen schnellen Überblick zu bieten, haben wir die uns bekannten fiktiv zugelassenen Arzneimittel auf unserer Homepage für Sie zusammengestellt. Wir prüfen diese Liste quartalsweise und erneuern sie bei Bedarf. Bitte aktualisieren auch Sie den Stand Ihrer Information! Zusätzlich können Sie in der Fachinformation den Zulassungsstatus des jeweiligen Arzneimittels nachlesen ([www.fachinfo.de](http://www.fachinfo.de)). Ausführliche Infos erhalten Sie auf [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de). Nutzen Sie die Suchfunktion mit dem Stichwort „fiktiv“!



Patienteninfo zum Thema fiktiv zugelassener Arzneimittel: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Verordnungen » Arzneimittel » Regressgefahr

### Aktuelles aus der Abrechnung

**Ist es nach belegärztlichen oder vollstationären Eingriffen möglich, die postoperativen GOP's 31600ff EBM abzurechnen?**

Die GOP's 31600ff. sind lediglich nach ambulanten Eingriffen aus Kapitel 31.2 EBM abrechnungsfähig. Nach belegärztlichen Eingriffen ist ausschließlich die GOP 99600 berechnungsfähig. Sofern diese nicht durch den Operateur selbst abgerechnet werden, ist immer ein entsprechender Überweisungsschein erforderlich.

Nach vollstationären Eingriffen stehen die GOP's 31600ff./99600 nicht zur Verfügung. Sofern weitere Leistungen erbracht werden, sind diese im Rahmen des EBM abrechnungsfähig.

**Können die GOP's 03370ff. wieder abgerechnet werden, wenn ein Patient nicht mehr im Rahmen der speziellen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (SAPV) betreut wird?**

Ja, sofern der Arzt in dem betreffenden Quartal nicht an der SAPV-Betreuung beteiligt war.



## „Notwendige Pflichten so geräuschlos wie möglich erledigen“

Bürokratieabbau durch Einblick ins Fortbildungskonto der Kammer

Bei zahlreichen Qualitäts-sicherungsvereinbarungen von ADHS bis Zytologie müssen die Teilnehmer regelmäßig den Besuch definierter Fortbildungen nachweisen, um weiterhin an der Vereinbarung teilnehmen zu können (ergo 3-2014 berichtet).

Bisher erinnerte die KVBW die Teilnehmer an die Vorlage. Da kamen häufig mehrere Anschreiben von unterschiedlichen Sachbearbeiterinnen zusammen. Leider lässt sich dieses Verfahren nicht umgehen. Aber vereinfachen, mit einem Blick ins Fortbildungskonto der Landesärztekammer.

### Informationsaustausch nur mit Einverständniserklärung

Die meisten Ärzte führen mittlerweile ein elektronisches Fortbildungskonto bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Es enthält alle notwendigen Informationen; die KV muss sie sich dort einfach abholen. Voraussetzung hierfür ist die Einwilligung des

Arztes. Das bedeutet nicht, dass die KV über alle Fortbildungen der Ärzte informiert ist: Selbst wenn der Arzt zugestimmt hat, dass der Nachweis über ein Fortbildungszertifikat im Rahmen der Fortbildungspflicht an die KV geliefert wird (§ 95 d SGB V), bekommt diese nur das Datum des Zertifikats, nicht die Informationen zu den einzelnen Veranstaltungen.



Dieses Verfahren macht vieles einfacher: Der Arzt muss nicht mehr an die Vorlage der Fortbildungsnachweise denken und bekommt auch nicht mehr so viel Post von der KV. „Uns war wichtig, das Verfah-

ren für die davon betroffenen Kolleginnen und Kollegen möglichst ‚geräuschlos‘ zu machen. Gleichzeitig wollten wir eine Vereinfachung für die Verwaltung“, freut sich Dr. Norbert Metke, Vorsitzender der KV Baden-Württemberg.

### Und so funktioniert der Einblick ins Fortbildungskonto:

Ab sofort können Ärzte die entsprechende Einwilligung geben. Sie müssen sich dazu in ihr Konto bei der Landesärztekammer einloggen ([www.aerztekammer-bw.de/Ärzte/Fortbildung](http://www.aerztekammer-bw.de/Ärzte/Fortbildung)). Die notwendige Erklärung zur Datenfreigabe erfolgt unter dem Reiter „Kontostandauskunft“. Das neue Verfahren greift dann ab 2016. Anfang 2016 erhält die KV eine Datenlieferung in Bezug auf die in 2015 absolvierten Fortbildungen. „Wir hoffen, dass möglichst viele Kolleginnen und Kollegen davon Gebrauch machen und ab 2016 damit eine ganze Anzahl weniger Briefe der KV in den Praxen landen“, so Metke abschließend.

## QM – Jährliche Selbstbewertung nicht vergessen

Eingefahrene Strukturen hinterfragen

Ärzte und Psychotherapeuten sind zur Selbstbewertung ihrer Praxis verpflichtet. Dazu gehört laut Qualitätsmanagement-Richtlinie „...eine schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis hinsichtlich der Ziele und Inhalte des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements...“ und „die Festlegung von konkreten Zielen für den Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.“ Ziel und Zweck der regelmäßigen Selbstbewertung ist es, Verbesserungsmöglichkeiten zu finden und ‚eingefahrene‘ Strukturen zu hinterfragen.

### Checkliste zur Selbstbewertung

Normalerweise startet eine Praxis mit der Selbstbewertung und hat dann vier Jahre Zeit, um die QM-Elemente und -Instrumente umzusetzen beziehungsweise einzuführen. Im fünften Jahr steht wieder eine Selbstbewertung an und von da an jährlich. Das kann man allerdings schnell mal vergessen.

Hier hilft die KVBW mit einer Checkliste zur Selbstbewertung für die Praxis. Mit dieser Hilfe kann leicht angekreuzt werden, wo die Praxis augenblicklich steht. Eingeschätzt werden können beispielsweise relevante Behandlungsabläufe, die Sicherheit der Patienten, aber auch das Miteinander der Praxismitarbeiter, wie etwa Aufgabenordnung und Verantwortlichkeiten sowie das Hygienemanagement der jeweiligen Arztpraxis.

Es lohnt sich, die Checkliste auszufüllen, denn einerseits kann man den Ist-Zustand der Praxis selbst bewerten und andererseits einschätzen, inwieweit die in der QM-Richtlinie geforderten Instrumente des QM umgesetzt worden sind.

Bei Fragen stehen die Mitarbeiter der QM-Beratung gerne zur Verfügung.

➔ Weitere Informationen und Anforderung der Checkliste: QM-Fachberater unter Praxisservice 0711 7875-3300

# Fragen und Antworten: Datenschutz in der Arztpraxis

## Übergabe Patientenakten

„Ein Patient hat das Recht auf die Einsicht seiner Patientenakte.“ Diesen Satz kann man zunehmend in der Presse lesen, da er Teil des neuen Patientenrechtegesetzes ist. Für den Arzt stellen sich in diesem Zusammenhang konkrete Fragen: Wie soll er mit der Patientenakte umgehen, wenn er die Praxis übergibt oder vorhat, ins Ausland zu gehen? Ein kniffliges datenschutzrechtliches Problem, mit dem sich viele Ärzte an Ute Wutzler, KVBW-QM-Beraterin wenden.

### Wie muss der Arzt mit den Patientenakten umgehen, wenn er die Praxis übergibt?

Die Patientenakten gehen nicht automatisch mit der Praxisübergabe an den Arzt, der die Praxis übernimmt, über. Sie gehören nicht zur Ausstattung der Praxis. Grundsätzlich hat also der übergabende Arzt die Aufgabe, die Patientenakten ordnungsgemäß aufzubewahren. Die Aufbewahrungspflicht endet in der Regel zehn Jahre nach dem Behandlungsende (Strahlenbehandlung 30 Jahre). Nach Ablauf dieser Fristen müssen die Akten ordnungsgemäß vernichtet werden.

### Wie kann er die Akten ordnungsgemäß aufheben?

Zum Beispiel, wenn er sie in seinen eigenen Räumen aufbewahrt. Eine Übergabe an ein privates Archivunternehmen ist nicht gestattet. Innerhalb der „alten“ Praxis können die Unterlagen mittels eines sogenannten Zwei-Schrank-Modells gelagert werden. Das bedeutet, dass der die Praxis übernehmende Arzt die Patientenakten in einem gesonderten, verschlossenen Kartenschrank aufbewahrt. Der Praxisübergeber bleibt zunächst Eigentümer. Bei Praxisübernahme wird dann eine Verwahrungsklausel vereinbart. Der Praxisübernehmer kann die Patientenakten von Fall zu Fall entnehmen und einsehen, aber nur dann, wenn der frühere Patient ihn zu einer Behandlung aufsucht und dem auch zustimmt.

### Reicht dann eine mündliche Zustimmung?

Im Zweifelsfall nein. Um rechtlich auf der sicheren Seite zu sein, sollte man das Einverständnis schriftlich einholen. Laut Urteil des Bundesgerichtshofs vom 11. Oktober 1995 scheidet die Annahme einer mutmaßlichen oder stillschweigenden Einverständniserklärung aus. Wir empfehlen daher, vielleicht

schon für den Praxisübergeber, peu à peu von den Patienten die Zustimmung schriftlich einzuholen.

### Gibt es Ausnahmen von dieser Regelung?

Ja, wenn der Praxisübergeber vorher mit einem Partner in einer Gemeinschaftspraxis gearbeitet hat und dieser Partner dann die Praxis übernimmt. Dann ist keine Einverständniserklärung nötig.

Aber Vorsicht: Wenn der Arzt einen anderen Arzt angestellt hat, benötigt dieser, sollte er die Praxis übernehmen, wieder die Zustimmung des Patienten.

### Und was geschieht, wenn der Arzt ins Ausland geht?

Auch wenn die Aufbewahrungspflicht mit unverhältnismäßigen Schwierigkeiten verbunden ist, der Arzt umzieht oder auswandert, kommt er leider nicht drum herum. Dies gilt übrigens auch für die Erben eines verstorbenen Arztes.

➔ Weitere Informationen:



Merkblatt zur Aufbewahrung von Praxisunterlagen: [www.aerztekammer-bw.de](http://www.aerztekammer-bw.de)

QM-Fachberater unter Praxisservice 0711/7875-3300

## Keine Information ohne Einverständniserklärung

Der Orthopäde Dr. Müller fordert beim Radiologen Dr. Maier den Kernspinbericht vom Patienten Herrn Schuster an. Was früher kein Problem war, ist heute nicht mehr erlaubt. Der Radiologe kann nur noch dann einen Befund an einen Arzt weitergeben, wenn eine schriftliche Einwilligung des Patienten vorliegt. Was den ärztlichen Alltag ungemein erschwert, ist leider nicht zu umgehen – aus Datenschutzgründen.

### Auf welcher gesetzlichen Vorlage basiert dies?

Aufgrund Artikel 1 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) wurde unter anderem die Dokumentationspflicht des Hausarztes durch die Änderungen des § 73 Abs. 1b) SGB V erweitert und verstärkt.

Zugleich wurden die Patientenrechte dahingehend konkretisiert, dass eine Weiterleitung von Behandlungsdaten und Befunden nur nach schriftlicher Einwilligung des Patienten zwischen den Leistungserbringern erfolgen darf.

Auch bei der Mit- und Weiterbehandlung (zum Beispiel Überweisung) können Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten nicht von einem konkludenten Einverständnis ausgehen. Es ist immer eine schriftliche Einwilligungserklärung einzuholen.

Wenn ein Arzt vom Patienten erfährt, dass er bei einem anderen Arzt zu einer Untersuchung war, ist doch eigentlich schon sichergestellt, dass der Datenschutz gegeben ist, da es der Arzt nur vom Patienten wissen kann?

Nein, rechtlich gesehen ist dies keine Einwilligung im Sinne des Gesetzgebers. Es berechtigt den betreffenden Arzt auch nicht, entsprechende Behandlungsdaten und Befunde bei einem anderen Leistungserbringer abzufragen.

### Wie kann man mit dem Problem im Alltag umgehen?

Zu Beginn der Behandlung sollten Ärzte eine entsprechende Erklärung durch den Versicherten/Patienten unterschreiben lassen.

➔ Weitere Informationen: QM-Fachberater unter Praxisservice 0711 7875-3300

# Hausarzt im Berberdorf

Medizinische Versorgung von Obdachlosen im umgebauten Truck

**Ein Mal pro Woche ist Doc Martin mit seiner rollenden Arztpraxis unterwegs. In einem umgebauten Truck versorgt er im Landkreis Esslingen rund 600 Patienten aus sozialen Randgruppen allgemeinmedizinisch.**

12 Uhr mittags in Esslingen. Zwischen B10 und der Esslinger Vogelsangbrücke liegt das „Berberdorf“, das von der Evangelischen Gesellschaft für Menschen in Notlagen (EVA) unterhalten wird.

Es ist eine Siedlung mit Schrebergartencharme mit einem Dutzend möblierten Holzhäusern und Bauwagen. Hier lebt Hans\*, mit 70 der älteste Bewohner. Hans ist Raucher, Alkoholiker und von Jahrzehnten auf der Platte gezeichnet. Er ist ein langjähriger „Kunde“ von Doc Martin, der eigentlich Dr. Martin Ulbricht heißt und als praktischer Arzt in Zell unter Aichelberg arbeitet. Die gemeinsame Zigarette der beiden ist ein eingespieltes Begrüßungsritual. Man kennt sich, man hat Vertrauen.

Als Hans sich im vergangenen Winter den Arm gebrochen hatte, wurde Doc Martin gerufen. Er brachte ihnen sogar persönlich ins Krankenhaus, nachdem sich nach ein paar Tagen die Versorgungssituation vor Ort als unhaltbar herausstellte und er die Versorgung vor Ort abrechnen musste.

Hier wie an allen Orten, die Ulbricht heute mit seiner mobilen Arztpraxis anfährt, begegnet er Patienten, die er seit vielen Jahren begleitet. Es sind Menschen am Rande der Gesellschaft, meist ohne Wohnung. Er hat sich ihr Vertrauen durch Engagement, echtes Interesse und Diskretion in kleinen Schritten erworben.

**Am Anfang war ein Kühlwagen**

Dafür musste er anfangs einige Hürden überwinden. Denn das Gesetz sieht die ambulante, medizinische Versorgung ausschließlich in immobilten Praxen vor. Dass das Praxismobil trotzdem rollt, ist der

ausgebaut: mit einer Ausstattung, die dem Standard einer Praxis der hausärztlichen Grundversorgung entspricht. Doc Martin kann in dem 7,5-Tonner sogar EKGs und Ultraschalluntersuchungen durchführen. Der Strom dafür kommt aus Solarzellen.



Vom Kühlwagen zur mobilen Arztpraxis: der Truck von Doc Martin



Auf Augenhöhe: Doc und Berber kennen sich schon lange.

Bezirksärztekammer zu verdanken, die Doc Martin zu diesem Zweck von der Niederlassungspflicht befreit hat.

Den alten Truck hat er gemeinsam mit Freunden und Patienten vom Kühlwagen zur Arztpraxis

Zu seinem Leistungsspektrum gehören aber auch Impfungen, ein Akutlabor für Blutzuckerspiegel und Entzündungsmarker sowie Urinstit. Blutproben für spezialisierte Analysen holt ein Labor direkt am LKW ab. Muss ein Fach-

arzt hinzugezogen werden, sucht Doc Martin Kollegen, die seinem besonderen Klientel gegenüber aufgeschlossen sind.

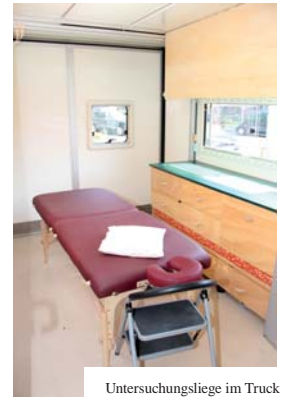
**Arme sind häufig multimorbid**

Unter den Patienten von Doc Martin sind Herzranke, Hypertoniker, Diabetiker, Schmerzpatienten, psychisch Kranke, aber auch HIV-Infizierte oder Patienten mit Leberzirrhose. Viele haben schwere Hauterkrankungen und offene Beine oder andere Wunden von Stürzen oder Schlägereien. Fehlernährung und Kälte, fehlende Hygiene, Alkohol- und Drogenmissbrauch tun ihr übriges. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Obdachlosen liegt deutlich unterhalb der Regel. Daher fordern Experten, obdachlose Menschen in das medizinische Regelleistungssystem besser einzubinden. Eine Akut- und Notfallversorgung reiche nicht aus.

**Und wer bezahlt das alles?**

Über zwei Drittel der Patienten besitzt eine Krankenversicherungskarte. Für sie erhält Doc Martin die gleiche Vergütung wie für andere Kassenpatienten auch. Und der Rest? „Bei Kranken ohne Versicherungszustand zuckt der Arzt die Schulter und tut seine Arbeit“, antwortet Doc Martin lakonisch. Und setzt sich zudem bei den Kassen dafür ein, dass die Patienten (wieder) in den Besitz einer Karte kommen.

Verordnungen allerdings sind problematisch – selbst bei Patienten mit Versicherungskarte. Denn es mangelt häufig am Geld für Rezeptgebühr oder Zuzahlungen. Daher verordnet Ulbricht, wenn möglich, bewährte und bezahlbare Hausmittel. In Härtefällen übernimmt er die Rezeptgebühr auch mal selbst – unterstützt von anonymen Spendern.



Untersuchungsliege im Truck

**Leben mit Sinn füllen**

Auch während Doc Martin auf Tour ist, läuft sein Praxisbetrieb, dafür sorgen ein angestellter Arzt, ein Assistent und sein Praxisteam. Reihum begleitet ihn eine der Medizinischen Fachangestellten: „Die Arbeit mit diesen besonderen Patienten macht uns jedes Mal aufs Neue bewusst, dass nicht alle Menschen auf der Sonnenseite des Lebens geboren werden. Das macht uns dankbar“, sagt eine der Helferinnen.

Doc Martin will weitermachen. Selbst wenn die Patienten schwierig sind, so wie Hans mit dem gebrochenen Arm, der aus dem Krankenhaus getürmt ist, zurück in sein Berber-Zuhause. Und der jetzt wieder beidhändig Zigarette und Bierflasche halten kann. Immerhin hat er in dem Dorf eine Unterkunft, Nahrung, Kleidung und medizinische Versorgung. Doch, so Doc Martin, fehle ihm etwas Wesentliches, etwas, das ein erfülltes Leben erst möglich macht: eine Aufgabe, Verantwortung, Perspektive – kurz: ein Lebenssinn. Doc Martin scheint seinen gefunden zu haben.

\*Name von der Redaktion geändert

## Wie aus Nichtbewegten bewegte Menschen werden: Sport auf Rezept

**Dass Sport einen positiven Einfluss auf Gewicht, körperliche und geistige Gesundheit hat, dürfte eigentlich bekannt sein. Wenn da nur nicht der innere Schweinehund wäre.**

Hier soll jetzt der Arzt aktiv werden. Mit dem „Rezept für Bewegung“ könnte er bald seinen Patienten den notwendigen Anstoß geben.

**Wie sieht das Rezept für Bewegung aus?**

Es hat DIN A5-Größe und ähnelt einem normalen Verordnungsrezept. Es enthält die Versichertenkartennummer sowie Stempel und Unterschrift des Arztes. Der Arzt kann auf dem Formular ankreuzen, welche Trainingsschwerpunkte er dem Patienten empfiehlt. Zum Beispiel Übungen für das Herz-Kreislauf-, das Muskel-Skelett-System oder zur Stressbewältigung.

**Wann soll ein Arzt dieses Rezept ausstellen?**

Wenn der Arzt (mehr) Bewegung als nützlich für die Gesundheit des Patienten erachtet. Unter Umständen kann vor Ausstellen des Rezeptes eine Sporttauglichkeitsuntersuchung des Patienten angezeigt sein.

Mit dem Rezept gibt der Arzt dem Patienten gleichzeitig Tipps, wo er geeignete Sportangebote von Vereinen in seiner Umgebung im Netz findet ([www.sportprogesundheit.de](http://www.sportprogesundheit.de)) » Sport und Gesundheit « Bewegungsangebote in Ihrer Nähe) oder überreicht ihm eine Broschüre mit möglichen Sportangeboten.

Die Sportangebote sind mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT zertifiziert und werden von Übungsleitern geleitet, die über eine besondere Qualifikation in der Prävention verfügen.

**Wie kommt der Arzt an die Materialien?**

Mit dem Start in den Modellregionen im zweiten Quartal 2015 kann der Arzt bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg ein Starterpaket bestehend aus Rezepten, Broschüren mit dem regionalen Sportangebot und ein Plakat für die Praxis bestellen.

**Warum sollte ein Rezept aus Bewegungsmuffeln bewegte Menschen machen?**

Der Arzt hat ein recht hohes Ansehen bei seinen Patienten. „Mein Arzt“ steht an der Spitze der akzeptierten Berufe. Ein Hinweis von ihm ist daher sicher etwas anderes, als der berühmte Vorsatz von Neujahr. Rein subjektiv brauchen Menschen es eben immer, „schwarz auf weiß“ und da ist dieses Stück Papier möglicherweise ein Stück mehr Motivation.

## Das Rezept für Bewegung ...

... ist eine gemeinsame Aktion von der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin (DGSP), des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) und der Bundesärztekammer. In einigen Bundesländern läuft die Aktion bereits, in Baden-Württemberg startet sie in Biberach, Freiburg, Heilbronn und Karlsruhe im 2. Quartal 2015 und ist auf drei Jahre ausgelegt. Noch gibt es für Ärzte keinen finanziellen Benefit, wenn sie das „Rezept für Bewegung“ verordnen. Doch Landesärztekammerpräsident Dr. Ulrich Clever sieht in der Arzt-Patienten-Beziehung den

Schlüssel zum Erfolg. „Wenn der Arzt als charismatische Person den richtigen Moment findet, einen Anstoß zu einer Veränderung bei den Lebensgewohnheiten zu geben, dann nimmt der Patient diese Anregung mit nach Hause“, sagte er bei der Vertragsunterzeichnung auf der Messe Medizin 2015 in Stuttgart. „Die baden-württembergische Ärzteschaft will mit dem „Rezept für Bewegung“ ein Zeichen dafür setzen, dass ihr breitgefächerte Präventionsangebote ein Anliegen sind – unabhängig von einem eventuell zukünftigen Präventionsgesetz.“



Dr. Ulrich Clever, Klaus Tappesser, Heinz Janalik und Dr. Erwin Grom (v.l.n.r.)





Kommt die Botschaft richtig an? Manchen Satz eines Arztes versteht der Patient falsch.

## „Sie sind ein Risikopatient!“

99 typische Ärzte-Sätze. Oder: Wie entstehen Missverständnisse?

Arzt sagt X, Patient hört Y – und oft liegen X und Y weit auseinander. Wie schwierig es ist, gemeinsam auf den gleichen Kenntnisstand über Krankheit und Therapie zu kommen, beschreibt Werner Bartens in seinem Buch „Das sieht aber gar nicht gut aus“.

Nehmen wir den Satz: „Sie sind ein Risikopatient“, den ein Arzt im Vorgespräch zu einer Operation etwas gedankenlos ausspricht. Der Patient hört ihn, erschrickt und denkt: „Ich habe kaum Chancen, den Eingriff zu überleben.“ Dabei hatte der Arzt lediglich gemeint: „Ein paar Blutwerte sind erhöht.“ Der Arzt weiß, dass der Patient mit seinem Übergewicht und Bluthochdruck zu einer Risikogruppe gehört, wodurch der vorgesehene Eingriff etwas schwieriger werden könnte. Außerdem möchte er dem Patienten

dringend empfehlen, abzunehmen und mehr Sport zu treiben.

Doch leider versteht der Patient ihn vollkommen anders: Er denkt, er sei besonders schlecht dran, seine Heilungschancen seien mies und er könne sowieso nichts mehr machen. Diese Ängste manifestieren sich in der Folge in einem schwierigen Heilungsprozess, der weiteren Verschlechterung der Blutwerte und damit des Gesamtzustands des Patienten. Der Patient wird durch die Warnung des Arztes möglicherweise noch kränker, statt gesünder.

Diesen – schon vielfach untersuchten – Nocebo-Effekt beschreibt Werner Bartens ausführlich in seinem Buch. So sei in der Fachliteratur der Fall eines Patienten bekannt, der nicht an einem Tumor starb, sondern daran, dass er glaubte, an einem Tumor zu sterben. Und auch wenn es in den meisten Fällen nicht so dramatisch endet, hat Bartens

dennoch viele Beispiele dafür, wie fatal manch gedankenlos gesprochener Satz eines Mediziners sein kann.

Werner Bartens wirbt mit seinem Buch dafür, an die unterschiedlichen und Ausgangssituationen von Arzt und Patient zu denken. Der Arzt und Wissenschaftsjournalist plädiert dafür, sich auf den anderen einzulassen. Und auch wenn er deutlich auf der Seite der Patienten steht, ist ihm mit seinem Buch eine anregende und lohnende Lektüre gelungen – auch für Ärzte. Sie können damit lernen ihre Patienten ein wenig besser zu verstehen. Und begreifen, warum Patienten aus dem X ein Y machen.

➔ Werner Bartens: Das sieht aber gar nicht gut aus. Was wir von Ärzten nie wieder hören wollen. Pantheon, München 2013, 158 Seiten, 12,99 Euro.

## Eine Zukunft für Fyrras Nassry

Etappensiege für irakischen Asylbewerber

In der letzten ergo-Ausgabe erzählten wir die Geschichte des irakischen Mediziners Fyrras Nassry, der nach dem Bombentod seiner Familie versucht, ein neues Leben in Deutschland aufzubauen. Die Stimmung des Asylbewerbers war ziemlich pessimistisch, da zahlreiche bürokratische und rechtliche Hürden seinen Weg zu versperren schienen. Doch nach und nach erreichen die Redaktion freudige Nachrichten. Kathrin Dyckerhoff, Nassrys Begleiterin, informiert die Redaktion kontinuierlich per E-Mail über Fyrras' Etappensiege auf dem Weg zum Arzt in Deutschland.

19. Dezember 2014

„Am 14. Januar hat Fyrras seinen Sprachtest für den Medizinkurs, am 24. Januar 2015 die Sprachprüfung für den Integrationskurs an der VHS. Im März 2015 beginnt dann der achtmonatige Vorbereitungskurs für die „Kenntnisprü-

fung für ausländische Ärzte“. (...) Ende November haben wir eine mündliche Zusage der Arbeitsagentur bekommen, dass sie den Kurs finanziell unterstützen! Das sind super tolle Neuigkeiten. Mit Bestehen der Kenntnisprüfung kann Fyrras Ende 2015 die Approbation in Deutschland beantragen und wieder als zugelassener Arzt arbeiten. Damit bekommt er auch endgültig ein Bleiberecht in Deutschland – unabhängig vom Ausgang des Asylverfahrens.“

21. Januar 2015

„Es gibt erfreuliche Neuigkeiten von Fyrras. Vergangenen Mittwoch hatte er seine Aufnahmeprüfung für den Medizintest. Gestern kam das Ergebnis: Er hat bestanden! Nun kann er am 2. März mit dem medizinischen Vorbereitungs-Kurs starten.

(...) Nach einigem Hin und Her bekommt Fyrras nun die Genehmigung, vorzeitig aus dem Asylheim ausziehen. Ein ehrenamt-



Fyrras Nassry

licher Helfer hat für Fyrras ein Ein-Zimmer-Appartement im ehemaligen Schwesternwohnheim des Schorndorfer Krankenhauses gefunden. Diese Wohnung kann er ab 1. Februar beziehen. Die Mietkosten werden für die Dauer des Kurses (also bis Ende Oktober) vom Landratsamt übernommen!“

25. Februar 2015

„Gerade heute haben wir Fyrras' Zeugnis bei der VHS abgeholt. Er hat den DTZ (Deutsch-Test für Zuwanderer) mit B1-Niveau bestanden. Mit fast voller Punktzahl.“

Nun ist also wirklich die Bahn frei für Fyrras, um in eine gute Zukunft in Deutschland zu starten. Die KVBW wünscht weiterhin alles Gute.

## Fachlicher Austausch zum Thema Essstörungen

Networking für Ärzte und Psychotherapeuten

Der Arbeitskreis Essstörungen veranstaltet an zwei Terminen das „Forum Essstörungen“ für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten.

Am 22. April referiert von 19.30 Uhr bis 21.30 Uhr Dr. Manuel Enzenhofer in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Tunzhoferstraße 14-16 in Stuttgart über das Thema „Therapie der Adipositas mit und ohne Binge-Eating-Störung“. Enzenhofer ist Oberarzt in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Stuttgart. Anschließend gibt es Gelegenheit zum fachlichen Austausch. Ein weiteres „Forum Essstörungen“ ist für den 8. Oktober geplant.

Der Arbeitskreis Essstörungen besteht aus einem Zusammenschluss von Vertretern verschiedener Beratungsstellen. Die Veranstaltungen richten sich an die niedergelassenen Ärzte aller Fachrichtungen, die sich mit dem Thema Essstörungen beschäftigen.

Zwei- bis dreimal jährlich findet das „Forum Essstörungen“ statt. Die Veranstaltungen werden vom Arbeitskreis initiiert und dienen dem Networking und Austausch zwischen niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzten.



Anmeldung bis 17. April 2015

Für die Veranstaltung gibt es 4 Fortbildungspunkte

➔ Geschäftsstelle des AK Essstörungen: 0711 305685-40 info@abas-stuttgart.de

## Gesundheitliche Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen

Sozialministerium schreibt Präventionspreis aus

Nach 2011 und 2012 schreibt das Sozialministerium Baden-Württemberg wieder den „Großen Präventionspreis“ für 2015 aus. Mit der Ausschreibung sollen besonders nachahmenswerte Projekte in den nachfolgenden drei Kategorien prämiert werden: werdende Mütter und Eltern, Kinder von 0-3 Jahren, Jugendliche von 13-18 Jahren.

Zur Teilnahme sind alle Einrichtungen, Organisationen und private Initiativen eingeladen, die Netzwerke zur Gesundheitsförderung und Prävention anbieten.

Es sollten Projekte in Baden-Württemberg sein, die ein gesundes Aufwachen für Kinder und Jugendliche unabhängig von sozi-



alem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht unterstützen. Außerdem Voraussetzung: Die Projekte müssen bereits etabliert und langfristig angelegt sein.

➔ www.praeventionsstiftung-bw.de

## Vorsicht bei Werbeaktion

Verlag wirbt mit falschen Angaben

Einige Verwirrung stiftete im Januar eine Werbeaktion des Fachverlags Jüngling aus Unterschleißheim. In einem Werbebrief schrieb der Verlag die Praxen in Baden-Württemberg an und bot Vordrucke für die Arztpraxis an – insbesondere Formulare zur Todesbescheinigung. Der Verlag warb dafür mit dem Hinweis, dass die KVBW ab 1. Januar 2015 keine derartigen Formulare mehr liefern würde. Das aber ist falsch. Denn „Todesbescheinigungen“ wurden noch nie von der KVBW kostenfrei ausgeliefert und mussten immer schon über den Verlag Kohlhammer bestellt werden.

Darüber hinaus bot der Jüngling Verlag Vordrucke wie Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen, Überweisungsscheine und noch einiges mehr zum Kauf an. Auch hier sollten die Praxen genau hinschauen. Denn diese Formulare gibt es schon immer kostenfrei für KVBW-Mitglieder und können über den Verlag Kohlhammer bezogen werden.

➔ Wenn Sie weitere Fragen zu Formularen haben, wenden Sie sich bitte an den Praxisservice: 0711 7875-3300 praxisservice@kvbwue.de

# Aushangpflichtige Gesetze in Arztpraxen

Regelungen zum Arbeitsschutz müssen für Mitarbeiter zugänglich sein

**Sobald ein Arbeitgeber einen Mitarbeiter beschäftigt, muss er seiner gesetzlichen Informationspflicht für bestimmte Gesetze nachkommen: Das gilt auch für Arzt- beziehungsweise psychotherapeutischen Praxen!**

**Welche Gesetze beziehungsweise Vorschriften muss ein Arbeitgeber aushängen?**

Hauptsächlich handelt es sich um Regelungen, die den Arbeitsschutz betreffen. Daneben sind aber auch Grundgesetze betroffen:

- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)
- Arbeitszeitgesetz (ArbZG)
- Arbeitsgerichtsgesetz (ArbGG) – Auszug (auslegungspflichtig bei regelmäßiger Beschäftigung von mehr als fünf Arbeitnehmern)
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB, arbeitsrechtliche Vorschriften, auslegungspflichtig bei regelmäßiger Beschäftigung von mehr als fünf Arbeitnehmern)
- Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) (auslegungspflichtig bei regelmäßiger Beschäftigung mindestens eines Jugendlichen)
- Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung
- Ladenschlussgesetz (LSchlG), wenn mindestens ein Arbeitnehmer beschäftigt wird
- Mutterschutzgesetz (MuSchG) (auslegungspflichtig bei regelmäßiger Beschäftigung von mehr als drei Frauen)
- Röntgenverordnung (RöV)
- Sozialgesetzbuch (SGB) VII – Gesetzliche Unfallversicherung (Auszug)
- Gefahrstoffverordnung (GefStoffV)



Gesetzestexte müssen für jeden Mitarbeiter erreichbar sein.

- Biostoffverordnung (BioStoffV)
- Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft (UVV)

**Wie sind die Rechtsvorschriften bekannt zu machen?**

Generell müssen die Gesetze so zur Verfügung gestellt werden, dass die Mitarbeiter ohne besondere Anstrengung diese einsehen können.

Eine Bekanntmachung ausschließlich in elektronischer Form ist nur erlaubt, wenn sichergestellt ist, dass alle Arbeitnehmer die entsprechenden Vorschriften an frei zugänglichen Computern einsehen können.

Der Arbeitgeber kann die entsprechenden Vorschriften an geeigneter Stelle in der Praxis aushängen oder dem Mitarbeiter aushändigen. Wichtig ist, dass die Gesetze jeweils auf dem aktuellen Stand sind.

**Welche Folgen hat ein Verstoß gegen die Aushangpflicht?**

Wird die Information unterlassen oder nicht ausreichend vorgenommen und ein Mitarbeiter hat dadurch einen Schaden erlitten, kann dies zivilrechtliche Folgen haben wie Schadensersatzansprüche oder Bußgelder.

➔ **Informationen zum Thema**

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg informiert zur Aushangpflicht unter [www.aerztekammer-bw.de](http://www.aerztekammer-bw.de) » Ärzte » Merkblätter und Recht » Arzt und Recht

Eine Zusammenfassung über die aushangpflichtigen Gesetze in Arztpraxen bietet der ecomed Verlag „Aushangpflichtige Gesetze für medizinische Einrichtungen“. Die Gesetzestexte finden Sie einzeln auch im Internet unter folgenden Seiten: [www.bgw-online.de](http://www.bgw-online.de), [www.bundesrecht.juris.de](http://www.bundesrecht.juris.de), [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

## „Mein PraxisCheck“ zum Thema Impfen

Mit einem neuen Online-Test können Praxen ihr Impfmanagement schnell und einfach überprüfen. Der neue PraxisCheck auf [www.kbv.de](http://www.kbv.de) richtet sich an alle Ärzte, die Impfungen durchführen. Anhand von elf Fragen können sie in wenigen Minuten herausfinden, wie gut ihre Praxis in diesem Punkt ist und was sie noch verbessern können. Die Themen reichen von Information und Aufklärung der Patienten über die Beschaffung und Lagerung von Impfstoffen bis zum Risiko- und Fehlermanagement.



**Weitere Themen: Informationssicherheit und Hygiene**

„Mein PraxisCheck“ ist ein wichtiger Baustein im Qualitätsmanagement. Er wurde von der KBV gemeinsam mit Vertragsärzten und anderen Experten entwickelt. Die Fragen, Bewertungen und Empfehlungen basieren auf QEP, dem Qualitätsmanagement-System der Kassenzärztlichen Vereinigungen und der KBV.

**Teilnahme ist kostenfrei**

Teilnehmer des neuen Tests klicken sich durch insgesamt elf Fragen. Zur Auswahl stehen jeweils vier Antwortmöglichkeiten. Nach dem Test erhält jeder Teilnehmer eine ausführliche Auswertung. Darin findet er auch praktische Tipps und Empfehlungen, was die Praxis noch optimieren kann. Dabei bleibt jede Praxis absolut anonym. Es werden keine persönlichen Daten wie Name oder IP-Adresse gespeichert. Erfasst werden lediglich einige freiwillige Angaben zum Beispiel zur Berufsgruppe. Die Teilnahme an „Mein PraxisCheck“ ist kostenfrei.



[www.kbv.de/html/mein\\_praxischeck.php](http://www.kbv.de/html/mein_praxischeck.php)

## Anmeldung KV-Newsletter



Beziehen Sie die Schnellinfo oder den Newsletter der KVBW? Wir stellen Ihnen kurzfristig Informationen zu aktuellen Themen zur Verfügung. Für den Vorstand hat der Austausch mit den Mitgliedern

eine große Bedeutung. Der Umwelt zuliebe sollen die papierlosen Informationswege stärker genutzt werden. Machen Sie es wie viele andere Kollegen: Teilen Sie uns Ihre E-Mail-Adresse und Arztnummer mit und erhalten Sie die elektronischen Infos des Vorstands

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



## MAK-Tipp: Seminar Patientensicherheit in der Praxis Fehler- und Risikomanagement als wichtige Erfolgsfaktoren

Niedergelassene Ärzte sind zu einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (QM) verpflichtet. Wichtige Elemente dabei sind Risiko- und Fehlermanagement. Die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde um Mindeststandards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme ergänzt. Neue Anforderungen an die Patientensicherheit für die Arztpraxen hat auch das Patientenrechtegesetz festgeschrieben.

Doch die neuen Vorgaben des Gesetzgebers sind in den Praxen häufig nicht hinreichend bekannt oder sie lassen sich im Arbeitsalltag nur schwer umsetzen. Unser Seminar unterstützt Sie darin, potenzielle Risiken für die Praxis zu erkennen und ein effizientes Fehler- und Risikomanagement aufzubauen. Sie erfahren, wie Sie die Sicherheit Ihrer Patienten erhöhen und gleichzeitig Ihre Praxisabläufe nachhaltig verbessern können. Darüber hin-

aus lernen Sie die Vorteile des betrieblichen Vorschlagswesens kennen. Schwerpunkte der Veranstaltung sind gesetzliche Vorgaben, Risikomanagement in der Arztpraxis, Aufbau eines Fehlermanagements und natürlich: Was ist Patientensicherheit überhaupt?

Das Seminar besteht aus Vorträgen mit Fallbeispielen und Diskussionen sowie Gruppenarbeit. Es richtet sich an Ärzte jeder Fachrichtung sowie an alle Mitarbeiter, die mit den Themen Qualitäts- und Fehlermanagement in der Praxis betraut sind.

**Ort und Zeit:**  
BD Reutlingen  
12. Mai 2015, 15.00 Uhr bis 19.00 Uhr  
Seminarnummer R200  
Kosten: 85 Euro  
**Anmeldungen:** [www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de)

## Honorierung Krebsregister

Bisher wurde die Aufwandsentschädigung für Ärzte zur Meldung an das Krebsregister Baden-Württemberg für eine Diagnosemeldung mit zwei Euro vergütet, für eine Therapie- und Verlaufsmeldung gab es jeweils einen Euro.

KBV, GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft konnten sich bislang nicht auf eine Honorarsteigerung einigen. Nun kann auf der Basis eines Schiedspruchs vom 24. Februar 2015 eventuell rückwirkend ab dem Jahr 2014 mit einer deutlich höheren Honorierung gerechnet werden – laut Schiedsamtpruch 18 Euro für eine Tumormeldung.

Wir werden in den Amtlichen Bekanntmachungen sowie im nächsten ergo darüber berichten, wie hoch die Vergütung künftig tatsächlich sein wird.



# Seminare der Management Akademie (MAK)

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB- Punkte	Seminar- Nr.
<b>BETRIEBSWIRTSCHAFT / ZULASSUNG</b>							
<b>Der Weg zur wirtschaftlich erfolgreichen Praxis</b>							
<b>Modul 1: Ärztliches Honorar – Einnahmen aus freiberuflicher Tätigkeit</b>	Ärzte, die sich niederlassen wollen oder gerade erst niedergelassen haben.	7. Mai 2015 (Modul 1)	Jeweils von 17.30 bis 21.00 Uhr	BD Stuttgart	55,- je Modul	4	S 64/1
<b>Modul 2: Von der betriebswirtschaftlichen Planung zur erfolgreichen Praxisführung</b>	Nicht für Psychotherapeuten	21. Mai 2015 (Modul 2)					S 64/2
<b>Zweiam statt einsam: Kooperationen richtig gestalten</b>	Ärzte und Psychotherapeuten	20. Mai 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	65,-	5	S 67
<b>Die erfolgreiche Praxisabgabe</b>	Ärzte und Psychotherapeuten	23. Mai 2015	10.00 bis 13.00 Uhr	BD Karlsruhe	45,-	4	K 73
<b>Die erfolgreiche Praxisabgabe</b>	Ärzte und Psychotherapeuten	27. Juni 2015	10.00 bis 13.00 Uhr	BD Reutlingen	45,-	4	R 74
<b>Schenken und vererben – aber richtig!</b>	Ärzte und Psychotherapeuten	17. Juni 2015	17.00 bis 20.00 Uhr	Friedrichshafen	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	0	R 82
<b>Ärzte online – rechtssicher im Internet auftreten</b>	Ärzte und Psychotherapeuten	22. April 2015	17.00 bis 19.30 Uhr	BD Karlsruhe	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	3	K 84
<b>Starterseminar</b>	Ärzte, die sich neu niedergelassen haben	20. Juni 2015	9.00 bis 13.00 Uhr	BD Freiburg	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	F 271
<b>Starterseminar</b>	Psychotherapeuten, die sich neu niedergelassen haben	27. Juni 2015	9.00 bis 13.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	S 274
<b>KOMMUNIKATION</b>							
<b>Bad News: Wie überbringe ich schwierige Botschaften?</b>	Ärzte und Praxismitarbeiter	17. Juni 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	98,-	7	S 86
<b>Kommunikation im Raum: Professionelle Praxisgestaltung leicht gemacht</b>	Ärzte, Psychotherapeuten und leitende Mitarbeiter	29. April 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	85,-	7	S 120
<b>QUALITÄTSMANAGEMENT</b>							
<b>Patientensicherheit in der Praxis: Fehler- und Risikomanagement als wichtige Erfolgsfaktoren</b>	Ärzte und Praxismitarbeiter	12. Mai 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	85,-	7	R 200
<b>Patientensicherheit in der Praxis: Fehler- und Risikomanagement als wichtige Erfolgsfaktoren</b>	Ärzte und Praxismitarbeiter	27. Oktober 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	85,-	7	K 201
<b>QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG</b>							
<b>Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung</b>	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	9. Mai 2015	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	110,- (Ärzte) 85,- (MTRA)	8	S 266/1
<b>Aktualisierung der Fachkunde nach Strahlenschutzverordnung</b>	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	8./9. Mai 2015	freitags 16.00 bis 19.15 Uhr samstags 9.00 bis 12.30 Uhr	BD Stuttgart	110,- (Ärzte) 85,- (MTRA)	8	S 266/2
<b>Kombinierte Aktualisierung nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung</b>	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)	8./9. Mai 2015	freitags 16.00 bis 19.15 Uhr samstags 9.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	140,- (Ärzte) 110,- (MTRA)	12	S 266/1+2
<b>Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen – Fortbildung für die Fallfindung und motivierende Beratung in der ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis</b>	Ärzte und Psychotherapeuten	11. Juli 2015	9.30 bis 16.30 Uhr	BD Karlsruhe	80,-	9	K 277
<b>Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen – Fortbildung für die Fallfindung und motivierende Beratung in der ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis</b>	Ärzte und Psychotherapeuten	26. September 2015	9.30 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	80,-	9	S 278
<b>MAK-TIPP</b>							
<b>Patientensicherheit in der Praxis: Fehler- und Risikomanagement als wichtige Erfolgsfaktoren</b>	Ärzte und Praxismitarbeiter	12. Mai 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	85,-	7	R 200
<b>Patientensicherheit in der Praxis: Fehler- und Risikomanagement als wichtige Erfolgsfaktoren</b>	Ärzte und Praxismitarbeiter	27. Oktober 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	85,-	7	K 201



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

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

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

## IMPRESSUM

**ergo**  
Ausgabe 1 / 2015  
Zeitung der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Baden-Württemberg  
ISSN 1862-1430

**Erscheinungstag:**  
1. April 2015

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

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

**Redaktion:**  
Eva Frien, Swantje Middendorff

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

**Mitarbeiter dieser Ausgabe:**  
Christoph Apel, Jörg Armbruster, Janik Betz, Jasmin Bollinger, Suzana Dimitriou, Stefanie Eble, Dr. Oliver Erens, Susanne Flohr, Joaquin González, Ulrich Junger, Renate Matener, Nicole Nähliger-Strom, Simone Peukert, Jens Sommer, Camina Wisk, Dr. Michael Woxgen

**Fotos und Illustrationen:**  
S. 1 TECHNOSEUM; S. 2 iStockphoto/greg801; S. 3 TECHNOSEUM; S. 4 LÄK BW, picture alliance/dpa, picture alliance/blickwinkel; S. 5 Nationale Kohorte, LÄK BW; S. 6 Guido Burkhardt, privat; S. 7 doc stock/BSIP; S. 8 KBV; S. 9 fotolia/kravchanshadom; S. 11 fotolia/Brian Jackson; S. 12 Rezept für Bewegung, Messe Stuttgart; S. 13 doc stock/F1online RM, doc stock/BSIP; iStockphoto/DNF-Style, privat; S. 14 picture alliance/dpa, KBV; S. 16 privat, Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit, KBV-Verlag, Frank-Speth (Illustration)

**Erscheinungsweise:**  
vierteljährlich

**Auflage:**  
24.300 Exemplare

**Gestaltung und Produktion:**  
Uwe Schönthaler

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

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

**ergo auch im Internet:**  
www.kvbawue.de » Presse » Publikationen

## Kaltenmaier rückt nach

Der 53-jährige Allgemeinmediziner Christoph Kaltenmaier folgt als Delegierter Ekkehard Rübsam-Simon nach, der im vergangenen Jahr die Vertreterversammlung verlassen hatte. Kaltenmaier ist seit 1993 im nordbadischen Aglastershausen niedergelassen. Berufspolitisch hat er sich fast sein ganzes Berufsleben engagiert, beispielsweise beim Medi Verbund Baden-Württemberg und der nordbadischen Ärzteinitiative. Bereits in der KV Nordbaden war er Mitglied in der Vertreterversammlung. Nach der Fusion der vier baden-württembergischen KVen wurde Kaltenmaier Sprecher der Bezirksbeiräte in Nordbaden. Kaltenmaier ist unter anderem Mitglied im Zulassungsausschuss und der Notfalldienstkommission.



Christoph Kaltenmaier

Der Vater dreier Kinder freut sich auf seine neue Aufgabe in der VV: „Wir stehen seit 1996 auf der Schwelle zur Staatsmedizin und mit dem neuen Versorgungsgesetz wird noch allerhand auf uns zukommen. Durch die KVBW und die Ärztekammer können wir Ärzte uns hierzu positionieren. Ich möchte mich einbringen, um die Freiberuflichkeit zu erhalten und auch in Zukunft die Arbeit machen zu dürfen, die ich gelernt habe.“

## Vom OP an den Schreibtisch: Anästhesistin im Krimi-Fieber

*Neonazianschläge, eine Polizistin mit einem Alkoholproblem und bequeme Leichenentsorgung in der Pathologie: In diesem Krimi ist allerhand los. Die Anästhesistin Anne Kuhlmeier entwirft in ihrem Roman „Es gibt keine Toten“ einen rasanten Plot um die Polizistin Marlene Katz, die ihren Job kündigt und in einer Leipziger Sicherheitsfirma anfängt.*

So ungewöhnlich wie das „Vorstellungsgespräch“ (Anbaldeln in einer Kneipe), so dubios ist auch die Sicherheitsfirma, die sich nach und nach als private Vereinigung gegen rechte Gewalt entpuppt und zur Re-

alisierung ihrer Ziele auch zu ungesetzlichen Methoden greift. Deren brutale Methoden stehen denen der Nazis in nichts nach.

Die 1961 geborene Autorin Kuhlmeier studierte in Leipzig Medizin und arbeitet als Anästhesistin, Schmerztherapeutin und ärztliche Psychotherapeutin. Vor zehn Jahren begann sie mit dem Schreiben und empfindet die Beschäftigung mit der Literatur als sinnvolle Ergänzung zu ihrer Tätigkeit als Ärztin. „Es gibt keine Toten“ ist spannend geschrieben und beeindruckt durch den Hang zu teils verwegenen Metaphern („Das Glitzern im Blau wurde bedrohlich“). Und der Leser, der hartnäckig Gutes und Böses auseinanderhalten will, ist manchenmal verwirrt...

Da heißt es durchhalten, denn bis zum Ende wird nichts verraten. Am besten man hält es beim Lesen wie Marlene Katz: Zur Beruhigung während der Lektüre sollte man sich mit etwa einer halben Flasche Hochprozentigem anästhetieren, zur Not in der Pathologie, zwischen Exponaten von Neonazi-Hirnen.

➔ Anne Kuhlmeier: Es gibt keine Toten“, KBV-Verlag, Hillesheim 2014, 260 Seiten, 9,50 Euro. Ebenfalls im KBV-Verlag erscheint demnächst Kuhlmeiers neuer Kriminalroman „Nighttrain“.



## Sommerkonzerte des Stuttgarter Ärzteorchesters

Das Stuttgarter Ärzteorchester gibt sich am Freitag, den **26. Juni 2015 um 20 Uhr** in der KV Baden-Württemberg im Albstadtweg 11 in Möhringen die Ehre.

Am **Samstag, den 27. Juni 2015 um 20 Uhr** geben die Musiker ein Konzert in der Stuttgarter Liederhalle mit Nina Karmon (Violine) und Dr. Arnold Waßner

(Dirigent). Gegeben werden **Édouard Lalo**, Symphonie espagnole d-Moll für Violine und Orchester op.21 und **Robert Schumann**, Sinfonie Nr.4 d-Moll op.120

➔ Eintritt 15,- Euro / 5,- Euro Karten für beide Konzerte bei SKS Russ Tel. 0711-1635321 und an der Abendkasse

## Zum Tode von Prof. Dr. Albrecht Hettenbach

Der Vorstand und die Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg trauern um Prof. Dr. Albrecht Hettenbach, der am 10. Februar im Alter von 64 Jahren nach schwerer Krankheit verstorben ist. Hettenbach war neben seiner Tätigkeit als Chefarzt der Frauenklinik in Göppingen und ermächtigter Gynäkologe mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie lange Jahre berufspolitisch engagiert. Von 2005 bis zu seinem Tod war er als Delegierter in der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg ein wichtiges Bindeglied zu den ermächtigten Ärzten. Gleichzeitig trat er als Bezirksbeirat für die Interessen der Region Nord-Württemberg ein. Darüber hinaus war er Mitglied der Bundesärztekammer, sowie der

Landesärztekammern Baden-Württemberg und Nordwürttemberg.

Seine langjährige berufspolitische Weggefährtin, Bezirksbeirätin Dr. Anne Gräfin Vitzthum, beschreibt Hettenbach als eher still und konzipiant, zugleich unmissverständlich und mutig, wenn es darum gehe, die Interessen der Ärzte zu vertreten. „Er konnte aber auch unbequem und provokant werden, wenn ein Streit, auch unter den Kollegen, zu entgleisen drohte.“ Er hinterlasse Spuren. „Professor Hettenbach ist ein Vorbild für all jene, die sich nicht scheuen, den Karren zu ziehen“, fügt sie hinzu. „Wir haben mit Prof. Dr. Hettenbach nicht nur einen berufspolitischen Wegbegleiter der ärztlichen Selbstverwaltung verloren, sondern auch einen guten



Freund“, ergänzt KVBW-Vorstandsvorsitzender Dr. Norbert Metke. „Seine positive Lebenseinstellung, sein Pragmatismus und sein auf Ausgleich statt Konfrontation abzielender Charakter werden uns ein Beispiel sein.“ Albrecht Hettenbach hinterlässt eine Frau und vier erwachsene Söhne.



Ambitionierte Freizeitsportler starten bei den Sportweltspielen.

## Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit in Irland

Limerick wird in diesem Jahr der Austragungsort der 36. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit vom 18. bis 25. Juli sein. Die wichtigsten Neuerungen: Extra-Medigames für Kinder, die neue Sportart Tag-Rugby und gemeinsa-

mes Wohnen im olympischen Dorf. Zu den Sportweltspielen der Hobbysportler werden aller Voraussicht wieder 2.500 Sportler aus mehr als 50 Ländern eintreffen.

Teilnehmen können Ärzte, Apotheker sowie Kollegen aus den

medizinischen und pflegenden Berufen. Auch Studenten und Auszubildende aus den Fachbereichen können sich akkreditieren. Ein gesundheitliches Attest und der Spaß am Leistungssport sind Voraussetzungen.

Die Freizeitsportler starten in 25 Einzel- und Mannschaftsdisziplinen. Von Tennis und Golf über Leichtathletik und Schwimmen bis hin zu Radrennen und Fußball reicht die Liste der Disziplinen. Gestartet wird in fünf Altersklassen. Anmeldungen werden noch bis zum 15. Juli entgegengenommen, notfalls kann man sich auch noch vor Ort am 18. Juli anmelden.

Die Sportweltspiele bieten unter anderem einen internationalen Kongress für Sportmedizin, einen Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus aller Welt und ein Kulturprogramm an.

➔ Die Teilnahme- und Unterkunftskosten, Teilnahmebedingungen und Anmeldeöglichkeiten finden Sie auf [www.sportweltspiele.de](http://www.sportweltspiele.de)

