

ergo

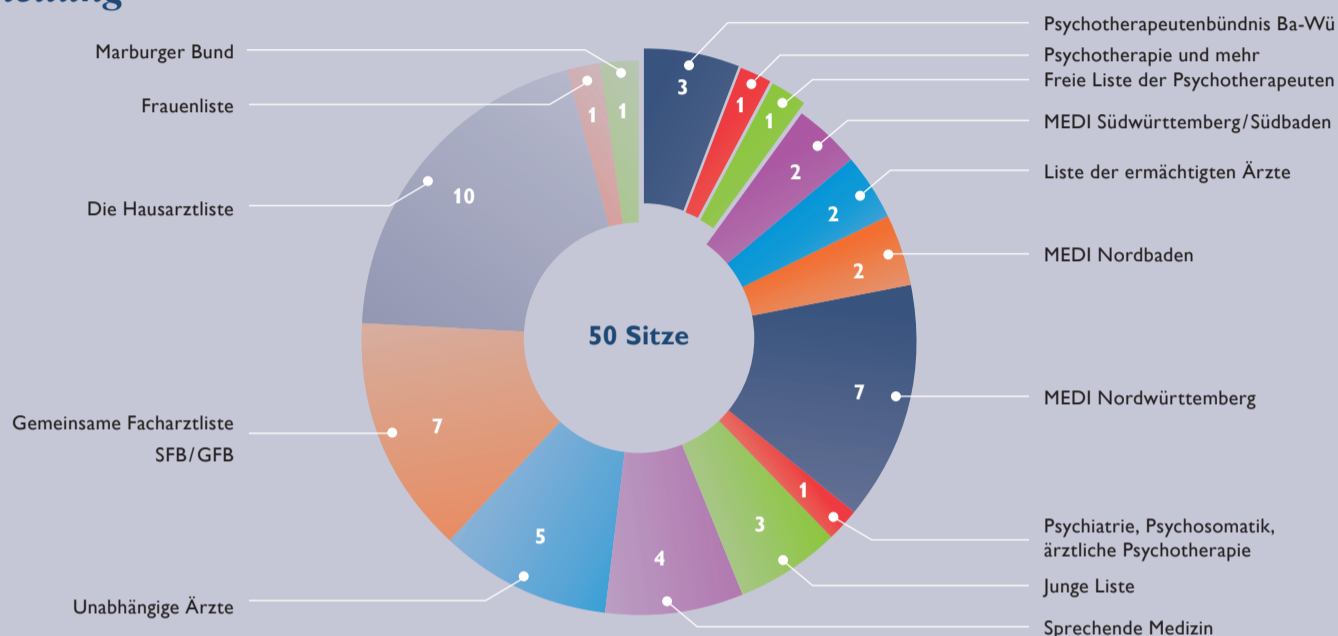
www.kvbawue.de

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Vertreterversammlung der KVBW 2017-2022 Sitzverteilung



Wahlen abgeschlossen

Ärzte und Psychotherapeuten haben die Delegierten für ihr Parlament und die Bezirksbeiräte bestimmt

Die Ergebnisse der KV-Wahl 2016 stehen nun doch schlussendlich fest. Vertreter von 15 Listen sind in der neuen Vertreterversammlung vertreten. 50 Delegierte sitzen im „Parlament der Ärzte und Psychotherapeuten“; 18 Vertreter (36 Prozent) ziehen neu in die Versammlung ein.

Etwa 20.600 Mitglieder der KV Baden-Württemberg waren bis zum 23. September aufgerufen, über ihre Vertreter in der ärztlichen Selbstverwaltung zu entscheiden. Die Wahlbeteiligung lag bei gut 40 Prozent. Der Frauenanteil im neuen Parlament liegt bei 20 Prozent (zehn Delegierte).

Für die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (KJP) sind fünf Sitze in der VV reserviert.

Der Landeswahlausschuss hat die Gewählten nun von ihrer Wahl benachrichtigt und aufgefordert, sich binnen sieben Tagen über die Annahme der Wahl schriftlich zu erklären. Die konstituierende Sitzung wird am 26. Oktober in Stuttgart stattfinden. Dann stehen bereits wichtige Entscheidungen an: die Wahl der beiden Vorsitzenden der Vertreterversammlung, die wiederum die Wahl für den KVBW-Vorstand einleiten. Dieser wird voraussichtlich Anfang Dezember

gewählt. Die neue Amtsperiode beginnt am 1. Januar 2017 und dauert sechs Jahre.

KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke zeigte sich sehr zufrieden mit der Wahlbeteiligung, insbesondere vor dem Hintergrund der unglücklichen Zwischenfälle, die die Wahl begleitet hatten: „Wir halten die Wahlbeteiligung von mehr als 40 Prozent für sehr beachtlich. Schließlich haben sich vermutlich etliche Kollegen die Mühe gemacht, die Stimmzettel mehrmals auszufüllen.“ Metke bedankte sich ausdrücklich für das große Engagement – sowohl bei den Ärzten und Psychotherapeuten als auch beim Landeswahlausschuss: „Der Ausschuss hat die Auszählung der Stimmzettel zur besonderen Wahlparty gemacht. Dank der Nachtschicht kann die konstituierende Sitzung nun fristgerecht stattfinden.“

Zeitgleich mit der Wahl zur Vertreterversammlung der KVBW fanden die Wahlen der Bezirksbeiräte für die vier Bezirksdirektionen (Freiburg, Karlsruhe, Reutlingen, Stuttgart) der KVBW statt.

Die kompletten Ergebnisse der Wahl zur Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg und der Wahl der Bezirksbeiräte für die Amtszeit 2017 bis 2022 finden Sie als PDF-Übersicht auf der Homepage der KVBW.

Honorar

Im Herbst beginnen die Verhandlungen mit den Krankenkassen über das Honorar 2017 in Baden-Württemberg. Erste Empfehlungen dafür gibt es von der Bundesebene. Dort haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband in langen und schwierigen Verhandlungen auf eine Empfehlung für den Orientierungspunkt (OPW) verständigt.

Der GKV-Spitzenverband hat eine Absenkung gefordert, im Ergebnis wird der OPW um 0,9 Prozent angehoben. Geeignet haben sich die Vertragspartner auch auf die Vergütung des Medikationsplanes, der ab Oktober eingeführt wird. Werden alle Bestandteile zusammengerechnet, steigt die Vergütung gemäß Bundesempfehlung um 1,7 Prozent.

Das Honorar in Baden-Württemberg setzt sich aus weiteren Komponenten zusammen, die nun verhandelt werden. Die KVBW lag immer deutlich über der Empfehlung des Bundes. Dies wird auch das Ziel für 2017 sein. Denn gute Medizin hat ihren Preis.

Versorgung

Der Bericht zur ambulanten medizinischen Versorgung 2016 mit der Anlage Qualitätsbericht erscheint Mitte Oktober. Mit Daten und Fakten beschreibt er die Versorgungssituation in Baden-Württemberg.

Skizziert wird zum Beispiel, welche Förderprogramme die Niederlassung voranbringen sollen, wie der Stand der Umsetzung des E-Health-Gesetzes ist, wie die Terminservicestellen der KVen an den Start gegangen sind und was die KV unternimmt, um die Niederlassung attraktiver zu gestalten.

Im Themenkomplex „Qualität“ wird der Leser über die Arbeit der Qualitätszirkel im Land informiert, erfährt mehr über den Erfahrungsaustausch für substituierende Ärzte und die Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Praxispersonal.

➔ www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Versorgungsbericht

Bedarfsplanung: Alles im Plan?

Eine kritische Betrachtung

Wie viele Ärzte Deutschland braucht, regelt die Bedarfsplanung. Doch ob die Einwohnerzahl einer Region die richtige Kenngröße ist, um zu entscheiden, wie viele Ärzte welcher Fachrichtung für die ambulante medizinische Versorgung benötigt werden, darüber kann man geteilter Meinung sein. Lesen Sie mehr zur Bedarfsplanung und die aktuellen Entwicklungen auf Seite 3.

Besuch vom Amt

Wie man sich rüsten kann

Praxen und MVZs werden zunehmend mit Besuchen von Behörden konfrontiert, die kontrollieren, ob Hygiene- und Medizinprodukte-Vorschriften eingehalten werden. In vielen Arztpraxen löst die Ankündigung einer behördlichen Inspektion Unsicherheit aus. Doch auf eine solche Praxisbegehung kann man sich gut vorbereiten.

(Mehr auf Seite 11)

Das Prinzip Hoffnung

Professioneller Umgang mit Schwerkranken

Wenn ein Patient an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leidet, hängt der Erfolg einer Therapie stark von der inneren Einstellung ab. Mobilisiert er seine inneren Kräfte, um zu kämpfen oder fügt er sich in sein Schicksal? Prof. Dr. Rolf Verres, Facharzt für Psychotherapie, erläutert im Interview das Prinzip Hoffnung in der Medizin.

(Mehr auf Seite 14)

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Was für eine turbulente Zeit! Das Wahlergebnis für die VV-Wahlen steht fest. Danke, dass Sie das ausgehalten haben: Sie als Wähler und Sie als Kandidaten. Dreimal wählen zu müssen, ist inakzeptabel, der gesamte Vorgang wird intern intensiv aufgearbeitet. Unter anderem muss eine neue Wahlordnung der KVBW das Ergebnis in der kommenden Legislaturperiode sein.

Und auf der Bundesebene? Herbststürme. Alle Jahre wieder. Beim Honorar legen zunächst KBV und GKV-Spitzenverband die Grundlage. Der Orientierungswert soll um 0,9 Prozent erhöht werden, dazu erhalten wir zusätzlich 0,4 Prozent für die Morbidität und die Demografie. Außerdem wird der vom Gesetzgeber vorgegebene Medikationsplan vergütet – allerdings auf überaus niedrigem Niveau. Ein Prozentchen mehr, ein Prozentchen weniger wird weder die aktuellen Probleme in den Praxen in Baden-Württemberg noch in der Republik lösen. Und auch eine Niederlassungswelle ist dadurch nicht zu erwarten.

Das heutige System der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung mit unterschiedlichen, kaum mehr nachvollziehbaren Anpassungsfaktoren ist ablösungswürdig. Dazu bedarf es des Muts der Ärzte, der Gesellschaft ein System anzubieten, in dem sie im Vergleich zu heute einen Mehrwert sehen kann: mehr Patientensteuerung, mehr Patientenmitverantwortung, striktes Zuführen des Patienten auf die Versorgungsebene, die er für seine Erkrankung benötigt.

Da liegen die Ressourcen!

Wir konnten in den vergangenen Jahren für Baden-Württemberg ordentliche Zuwächse verhandeln und immer mehr Leistung ausbudgetieren. Für 2017 fangen wir in den nächsten Wochen mit den Verhandlungen an. Drücken Sie uns die Daumen!

Herzlichst Ihre



Dr. Norbert Metke
Vorstandsvorsitzender
der KV Baden-Württemberg

N. Metke

Dr. Johannes Fechner
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Baden-Württemberg

J. Fechner

Keine echte Not im Notfalldienst

KVBW-Vize Dr. Johannes Fechner mit Konzepten gegen den Patientenstrom in die Krankenhäuser

Husten, Schnupfen, Heiserkeit: Die deutschen Krankenhäuser klagen zunehmend über Patienten, die mit banalen Erkrankungen die Notaufnahmen verstopfen. 25 Millionen Menschen sind es pro Jahr; laut einer Studie des Aqua-Instituts steigt diese Zahl um vier bis neun Prozent jährlich. Sie verursachen damit einen riesigen Zeit- und Kostenaufwand – und behindern die Versorgung stationärer Patienten.

Gefordert wird daher von vielen in der politischen Diskussion eine bessere Kooperation zwischen den Krankenhäusern und Notfallpraxen der KV, um den Patientenansturm aufzunehmen. Ein Kommentar dazu von Vorstandsvize Dr. Johannes Fechner:

„Wir sind stolz sagen zu können, dass vieles von dem, was in der Aqua-Studie gefordert wird, in der KVBW schon längst realisiert ist. In der Notdienstreform sind wir aktuell bei einer Zielerfüllung von 97 Prozent angelangt. Fast überall im Land gibt es bereits Notfalldienstpraxen am Krankenhaus, in denen die Niedergelassenen den Patientenstrom abfedern. Im Vorfeld der Reform sind wir bei jedem Krankenhausmanager vorstellig geworden und haben Kooperationen besprochen. Viele von ihnen waren

dankbar, dass wir den Kliniken mit den Notfallpraxen Patienten abnehmen, die ihnen wirtschaftlich keine Vorteile bescheren. Am Ende ist eine „Triple-win“-Situation gelungen: für die Versicherten, die KV-Mitglieder und die Krankenhäuser.

Hohe Zuwachsraten haben wir allerdings, wenn die Patienten zu den Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte nicht in die Praxen gehen, sondern die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen. Es gibt gerade unter jüngeren Patienten einen Trend zum „One stop-Shopping“. Man geht ins Krankenhaus in der Erwartung, schnell multidisziplinär versorgt zu werden. Die Krankenhäuser sind hier doppelzünftig. Denn auf der einen Seite öffnen sie ihre Türen und werben um Patienten, beklagen sich dann aber über die zunehmende Zahl ambulanter „unechter“ Notfallpatienten. Das verursacht hohe Kosten, die die Krankenhäuser massiv einfordern. Das Geld würden sie allerdings nicht von den Krankenkassen, sondern aus dem Topf der niedergelassenen Ärzte bekommen. Ich halte daher eine Gebühr für die Nutzung der Notfallpraxen für den richtigen Weg.

Wir müssen neue Wege gehen, die in eine konkrete Patientensteuerung münden. So planen wir inzwischen zwei oder drei Portal-

praxen in Südbaden, die als allgemeinärztliche Praxen an einem Krankenhaus Patienten behandeln, die – zu normalen Sprechstundenzeiten – in die Notaufnahme gehen, dort aber nicht hingehören. Die Gespräche dafür sind schon weit fortgeschritten.

Die Finanzierung der Portalpraxen ist allerdings ein noch ungelöstes Problem. Man stelle sich ein Krankenhaus der Zentralversorgung mit 150 Notfallpatienten pro Tag vor. Wenn man davon die krankhauspflichtigen Patienten abzieht, bleiben täglich 25 bis 50 Personen – damit kann man keine Praxis betreiben. Also müssen wir überlegen, wie wir als KV in der Anfangsphase dem Vertragsarzt die Einrichtung bezahlen oder eine Umsatzgarantie geben.

Eine andere Variante verfolgen wir in Stuttgart. Dort würden wir tagsüber gerne einen Allgemeinarzt unmittelbar in eine Notfallaufnahme integrieren. Der Kollege

könnte beim Krankenhaus angestellt werden, um am Freitag das Entlassmanagement der Patienten zu übernehmen.

Ein weiteres Projekt ist die Erweiterung von MedCall, unserem Patiententelefon. Ich würde mich freuen, wenn die neue Vertreterversammlung 2017 grünes Licht für dieses Projekt geben würde.

Wir wollen die bisherige Terminalservicestelle in ein Callcenter erweitern und versuchsweise testen, ob das von den Patienten angenommen wird. Dann könnten Patienten bei kleineren medizinischen Problemen kompetenten telefonischen Rat erhalten. Das Unternehmen Medgate in der Schweiz zeigt, dass das funktioniert. Wir müssen in Deutschland nur einen Weg finden, die Finanzierung sicherzustellen. Für mich ist klar: Wenn die KV das Thema verschläft, machen es andere. Einzelne Krankenkassen sind da schon weiter als die KVen.“



Nur Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen gehören in die Notaufnahme des Krankenhauses.

Ärztliche Kompetenz wird ad absurdum geführt

Heil- und Hilfsmittelgesetz gefährdet die Patientensicherheit

Der KVBW-Vorstandsvorsitzende, Dr. Norbert Metke, geht mit der Politik hart ins Gericht und sieht ärztliche Kompetenz verhöhnt. Grund ist das vom Bundeskabinett verabschiedete Heil- und Hilfsmittelgesetz.

Der Gesetzentwurf sieht für die Heilmittelversorgung Modellversuche vor, bei denen der Physiotherapeut zum einen das Heilmittel selbst auswählt (Blankorezeptur), zum anderen die Dauer einer Heilmitteltherapie allein bestimmt.

Besser auf den Arzt verlassen

„Wir begrüßen es ausdrücklich, dass den Physiotherapeuten mehr Freiheit bei der Wahl der konkreten Behandlung gegeben werden soll. Denn häufig ergibt sich die richtige Therapie erst im Verlauf einer Erkrankung“, so Metke. Doch die Regelung, dass alleine der Physiotherapeut nach initialer ärztlicher Diagnose die Dauer einer Therapie bestimmen soll, hält Metke für unverantwortlich. Sie stehe der Patientensicherheit entgegen: „Nur der Arzt kann und muss daher aufgrund seiner zwölfjährigen Aus- und Weiterbildung die Gesamtverantwortung für Diagnose und Therapie tragen.“ Man dürfe nicht vergessen, dass Physio-

therapeuten und andere Anbieter von Heilmitteln nur eine dreijährige Berufsausbildung absolviert



Ärztliche Verantwortung:
Dauer der Therapie

haben. Die Patienten sollten sich daher auf die Expertise ihres Arztes verlassen.

Nacharbeit ist nötig

Metke sieht also noch dringenden Nachbesserungsbedarf am Gesetz. „Zur alleinigen Verantwortung des Arztes gehört unabdingbar, dass er die Dauer der Therapie festlegt und den Verlauf kontrolliert. Der Arzt muss überprüfen, ob Diagnose und Therapie während der Behandlung zusammenpassen oder ob eine Therapie zu beenden ist.“ Schließlich sei die Behandlung

durch den Physiotherapeuten nur eine von vielen therapeutischen Möglichkeiten neben medikamentösen und operativen Maßnahmen oder einer Gesprächstherapie. Gerade das könne nur der Arzt entscheiden, denn er kenne die Krankheitsgeschichte des Patienten. „Wie sollen die Ärzte Therapien verordnen und dafür gerade stehen, wenn ihnen der Einfluss auf wesentliche Parameter genommen wird?“

Mehr Qualität

Bei aller Kritik sieht Metke auch die positiven Aspekte des Gesetzes: „Wir begrüßen die beabsichtigten Änderungen im Hilfsmittelbereich und gehen davon aus, dass bei der Hilfsmittelversorgung neben der Kostenhygiene wieder mehr Qualität Einzug hält. Ebenso ist jede evidenzbasierte Verbesserung in der Versorgung chronischer Wunden zu befürworten.“

Metke fordert die Bundesregierung auf, das Gesetz nachzubessern und dabei ärztlichen Sachverstand mit einzubeziehen. Metke abschließend: „Wir akzeptieren nicht, dass ärztliche Kompetenz und Leistung ad absurdum geführt wird und dass – gesetzlich festgelegt – Versorgung von Gesundheitsberufen geleistet wird, die das nicht leisten können.“

Themen

- GESUNDHEITSPOLITIK
Innovationsfonds
Innovative Versorgungsprojekte fördern – Gesundheitsversorgung verbessern 4
- GESUNDHEITSPOLITIK
Am Netz
Telematikinfrastruktur soll bis 2018 stehen 5
- KVBW-WELT
Neue Ärzte braucht das Land
Ärzteförderprogramm zeigt deutliche Erfolge 6
- UNTERNEHMEN PRAXIS
Sprechstunde beim Psychotherapeuten
Psychotherapierichtlinie wurde beschlossen 9
- UNTERNEHMEN PRAXIS
Das Impressum wird oft vernachlässigt
Was man bei der Praxis-Homepage beachten muss 10
- LETZTE SEITE
Ziemlich beste Ärzte
Französische Tragikomödie „Der Landarzt von Chaussy“ im Kino 16

Alles im Plan?

Die Bedarfsplanung – eine kritische Betrachtung



Wie viel Zeit sich der Arzt für seine Patienten nehmen kann, hängt auch von der Bedarfsplanung ab.

Wie viele Ärzte Deutschland braucht, regelt die Bedarfsplanung. Doch ob die Einwohnerzahl einer Region Auskunft darüber geben kann, wie viele Ärzte welcher Fachrichtung für die ambulante medizinische Versorgung wirklich benötigt werden und ob die Bedarfsplanung ein sinnvolles Steuerungsinstrument ist, darüber kann man geteilter Meinung sein.

Dr. Bertold Dietsche, Vorsitzender des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg, brachte es beim Hausärztetag 2012 auf den Punkt: „Die Bedarfsplanung ist erfolgreich. Sie hat erfolgreich dazu geführt, dass sich keine Hausärzte mehr niederlassen.“

Seit 1993 ist die Zahl der Arztsitze in Deutschland kontingentiert. Horst Seehofer (CSU) als Bundesgesundheitsminister hat sie eingeführt, mit dem Ziel Neuzulassungen von Ärzten zu verhindern und damit den Beitragssatz der Krankenkassen zu stabilisieren.

Deutschland wurde damals in Planungsbezirke aufgeteilt. Für jeden Planungsbezirk wurde auf Basis des Jahres 1990 das bestehende Arzt-Einwohner-Verhältnis zugrunde gelegt. Als ausreichende Versorgung wurde der Versorgungsgrad 100 Prozent definiert. Steigt dieser auf über 110 Prozent, wird der Planungsbezirk für Neuzulassungen gesperrt. Bestehende Praxen dürfen aber an einen Nachfolger übergeben werden, wenn die Praxis versorgungsrelevant ist. Der Landesausschuss als gemeinsames Gremium von Ärzten/Psychotherapeuten und Krankenkassen rechnet drei Mal im Jahr den Bedarfsplan neu und legt die Versorgungsgrade fest.

Wenig mehr Arztsitze

2012 waren noch fast alle Planungsbezirke sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Bereich in Baden-Württemberg gesperrt. Bei den Hausärzten sind inzwischen jedoch etwa 60 Prozent der Planungsbezirke offen. Bei den Fachärzten der allgemeinen Versorgung gibt es bei rund 15 Prozent noch Niederlassungsmöglichkeiten, fast immer aber nur maximal ein Sitz. Denn 2013 wurde die Bedarfsplanung überarbeitet, neue Fachgruppen sind hinzugekommen, die Planungsbezirke wurden neu festgelegt. Für die Hausärzte gilt seitdem der Mittelbereich, für die Fachgruppen der allgemeinen Fachärzte der Stadt-/Landkreis, für die spezialisierten Fachärzte die Region und für einige wenige Fachgruppen der gesamte KV-Bezirk als Planungsbezirk. Auch die Verhältniszahlen wurden überprüft, allerdings mit einer klaren politischen Vorgabe: Es durfte nur eine vorher festgelegte Zahl an Arztsitzen hinzukommen.

Wie viel Arzt ist nötig?

Von Anfang an war die Systematik der Bedarfsplanung umstritten. Die Zahlen der Versorgungsgrade, auf den Zehntel-Prozentsatz gerechnet, zeichnen ein „objektives“ Bild der Versorgungssituation, das der Realität nur begrenzt standhält. Und schon gar nicht der Einschätzung der Patienten. Bereits die Verhältniszahlen sind umstritten, weil sie nicht wissenschaftlich belegt werden können.

War die Versorgung zum Zeitpunkt 1990 ausreichend? Nach welchen Kriterien wurde das festgelegt? Darüber hinaus gibt die

Bedarfsplanung nicht die räumliche Verteilung innerhalb des Planungsbezirkes vor. Gravierend ist weiter, dass die Verhältniszahlen nur über Kopffzahlen, genauer: Versorgungsanteile, gerechnet werden. Nicht berücksichtigt wird aber, wie viele Patienten ein Arzt überhaupt behandelt. Übergibt ein Arzt mit 1.500 Patienten im Quartal seine Praxis an einen Nachfolger, der aber nur 1.000 Patienten behandelt, ändert sich in der Bedarfsplanung nichts. Aber 500 Patienten pro Quartal müssen sich einen neuen Arzt suchen. Ebenso werden Spezialisierungen nicht berücksichtigt, da nur in Fachgruppen gedacht wird.

Stadt und Land im Blick

Interessant ist ein Blick auf die aktuellen Zahlen. Keineswegs spie-

gelt die Bedarfsplanung die immer geäußerte Haltung wider, es gebe einen Ärztemangel auf dem Land und einen Überschuss in der Stadt. Gesperrte Mittelbereiche für die Hausärzte sind unter anderem: Bad Wildbad, Münsingen, Riedlingen, Ehingen, Achern, Künzelsau, Wertheim. Komplette offen ist dagegen die Region Stuttgart.

Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gibt es etwa im Alb-Donaukreis, in den Landkreisen Calw, Rottweil oder im Main-Tauber-Kreis nur jeweils eine offene Fachgruppe. Aktuell existieren für Augenärzte 12,5 freie Arztsitze, aber rechnerisch 53,2 zu viel – wohlgerneht als Grenze zur Überversorgung, also 110 Prozent Versorgungsgrad.

Bei den Frauenärzten könnten sich in ganz Baden-Württemberg sieben zusätzliche Ärzte niederlas-

sen, aber 97,3 müssten aufhören, bis alle Planungsbereiche wieder offen wären.

Noch deutlicher ist das bei den Kinderärzten, wo ein freier Arztsitz 195,9 Sitzen in der Überversorgung entgegensteht. Anders sieht es bei den Hausärzten aus. Allein in der Region Stuttgart könnten sich 155,5 neue Hausärzte niederlassen, alle Bereiche sind offen.

Gerade im ländlichen Raum machen sich die Tücken der Statistik bemerkbar: Dort wohnen relativ wenige Menschen. Bei hohen Verhältniszahlen haben Änderungen bei der Anzahl von Ärzten große Auswirkungen auf den Versorgungsgrad. Sehr hohe oder sehr niedrige Versorgungsgrade werden dort nur durch verhältnismäßig wenige Ärzte hervorgerufen.

Aufkaufregel

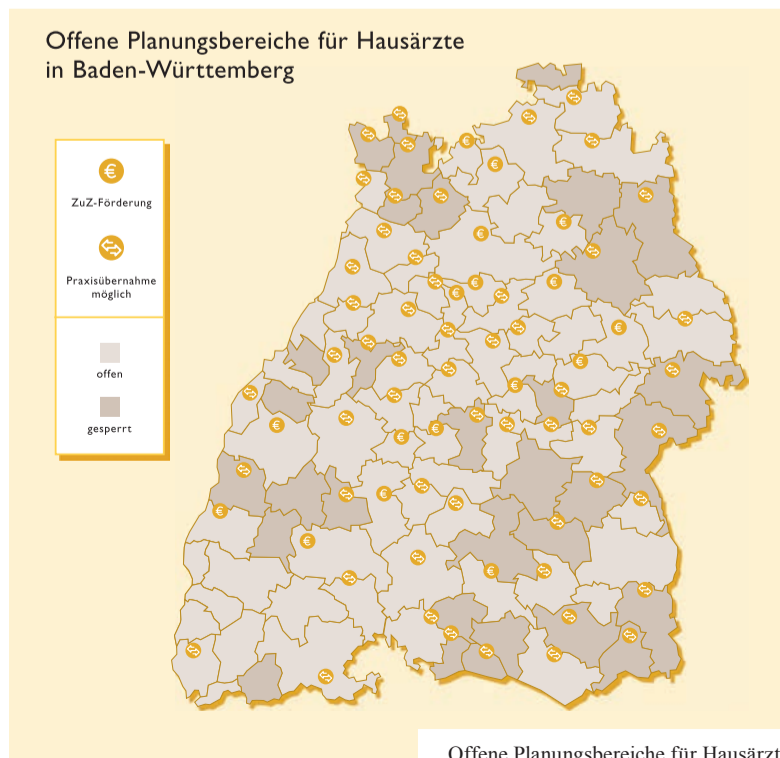
Trotz ihrer Schwächen hat die Bedarfsplanung immer noch weitreichende formelle Konsequenzen. Praxisverlegungen innerhalb eines gesperrten Bezirks sind mit Hürden verbunden, der Gesetzgeber hat die Übergabe von Praxen erschwert („Aufkaufregel“) und macht das an der Bedarfsplanung fest. Die kommunalen Spitzenverbände wollen Einfluss auf die Bedarfsplanung nehmen, weil sie sich eine Verbesserung der lokalen Versorgung davon versprechen. Auch der Gesetzgeber hält nach wie vor viel von der Bedarfsplanung und hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Richtlinie zu überarbeiten. Ziel: Kleinteiligere Versorgungssteuerung, mehr Fachgruppen. Ergebnis: offen.

Ärzte lassen sich nicht „steuern“

Also alles im Plan? Die Bedarfsplanung war von Anfang an – und daran hat sich bei allen Reformen bis heute nichts geändert – ein Niederlassungsverhinderungsinstrument. Heute ist die KVBW froh um jeden Arzt, der sich niederlassen möchte. Die „Marktmacht“ liegt bei den jungen Ärzten, die sich nicht steuern lassen wollen. Sie lächeln nur müde, wenn die KVBW versucht, sie in eine weit entfernte Region zu „steuern“, wo es möglicherweise einen freien Arztsitz in der Fachgruppe gibt.

Weiterhin nicht berücksichtigt wird die Mobilität der Patienten. Heute gehört es zum Sicherstellungsauftrag der KVBW für jeden Stadt- und Landkreis ein praktisch vollständiges fachärztliches Angebot vorzuhalten. Doch auch die ältere Generation ist so mobil wie nie zuvor.

Die Patienten suchen vor allem bei den Fachärzten keineswegs immer den Arzt auf, der in der kürzesten Entfernung zum Wohnort seine Praxis hat. Sie nehmen vielmehr weite Wege in Kauf, um genau dort behandelt zu werden, wo sie sich die beste Versorgung versprechen. Planwirtschaft in der Medizin: gescheitert. ks



Innovationsfonds trifft Entscheidungen

Förderwürdige Projekte der Versorgungsforschung und neuer Versorgungsformen werden ausgesucht

Seit 2015 gibt es ihn – den Innovationsfonds für das Gesundheitswesen. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat ihn vorgesehen, um die medizinische Versorgung zu stärken. Für die Versorgungsforschung und die Förderung neuer Versorgungsformen gibt es zwischen 2016 und 2019 jährlich 300 Millionen Euro. Professor Josef Hecken, Vorsitzender des Innovationsfonds, erklärt im ergo-Interview, was gefördert werden kann.

Wer kann sich für die Förderung bewerben?

Der Kreis der möglichen Antragsteller ist nicht begrenzt. Maßgeblich ist allein, ob das Vorhaben, für das eine Förderung beantragt wird, den gesetzlichen Förderkriterien und den vom Innovationsausschuss festgelegten Schwerpunkten entspricht.

Die Bewerbungsfrist ist abgelaufen – haben Sie einen ersten Eindruck zu den Projekten?

Die Antragsfrist für die Einreichung der Anträge zur ersten Förderwelle im Bereich neue Versorgungsformen gemeinsam mit den Anträgen zur wissenschaftlichen Begleitung von bestehenden Selektivverträgen und zur Evaluierung der SAPV-Richtlinie des G-BA endete am 19. Juli. Hier wurden insgesamt 138 Anträge eingereicht.

Im Zuge einer zweiten Förderwelle im Bereich neue Versorgungsformen wurden 107 Anträge gestellt.

Im zweistufigen Verfahren der Versorgungsforschung hat der Innovationsausschuss beim G-BA aus den insgesamt 296 eingereichten Projektskizzen die Antragsteller mit den überzeugendsten Konzepten aufgefordert, ausformulierte und vollständige Förderanträge vorzulegen. Diese Anträge werden derzeit geprüft und auch durch den Expertenbeirat begutachtet. Anschließend werden sie durch den Innovationsausschuss bewertet.

Dann erst folgt der Beschluss über die Förderfähigkeit der Projekte. Die große Bandbreite der

Forschungsvorhaben zeigt, dass die Zielsetzung des Innovationsfonds genau das richtige Feld adressiert.

Die Anträge enthalten in vielen Fällen wichtige Fragestellungen und innovative Lösungsansätze, von denen wir uns weitreichende Implikationen für die Verbesserung der Versorgung erhoffen. Im vierten Quartal 2016 werden die ersten Antragsteller vom Innovationsausschuss über das Ergebnis der Antragsprüfung unterrichtet werden. Positive Förderentscheidungen werden wir auf den Internetseiten des Innovationsausschusses veröffentlichen.

Vor einer definitiven Entscheidung kann ich noch keine Beispiele

nennen. Ich möchte aber auf die Förderschwerpunkte verweisen, die wir festgelegt hatten und auf die sich die eingereichten Anträge beziehen. Dies sind für den Förderbereich „neue Versorgungsformen“ Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten, Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie

„Wichtige Fragestellungen und innovative Lösungsansätze“

sowie Arzneimitteltherapiesicherheit, telemedizinische Versorgungsmodelle oder Versorgungsmodelle für Ältere, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Pflegebedürftige oder Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit seltenen Erkrankungen.

Der Förderbereich „Versorgungsforschung“ enthält die Förderschwerpunkte Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit in der Versorgung, die Verbesserung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität für bestimmte Patientengruppen, innovative Konzepte patientenorientierter

Pflege unter Berücksichtigung der Arbeitsteilung und der Schnittstellen sowie der Integration ausländischer Pflegefachkräfte in den Versorgungsalltag. Gefördert werden sollen auch die Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung, die Erforschung von Ursachen, Umfang und Auswirkungen administrativer und bürokratischer Anforderungen im Gesundheitswesen auf die Patientenversorgung sowie die Entwicklung geeigneter Lösungsansätze.

Nach welchen Kriterien werden nun die Projekte ausgesucht?

Die Entscheidung über die Förderung trifft der Innovationsausschuss auf Grundlage der gesetzlichen Förderkriterien, anhand der Kriterien und Anforderungen aus der jeweiligen Förderbekanntmachung und unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenbeirats. Dazu finden derzeit intensive Beratungen statt.

Wie können gelungene Projekte in die Regelversorgung überführt werden?

Dies hängt zunächst sicher von den jeweiligen Projekten und deren Inhalten beziehungsweise Zielsetzungen ab. Grundsätzlich kann laut Gesetzesbegründung die Überführung in die Regelversorgung durch eine Änderung der Richtlinien des G-BA oder erforderlichenfalls auch durch eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgen.

➔ www.innovationsfonds.g-ba.de



Auch Telemedizin wird gefördert.

Prävention von Kindesmissbrauch

Befragung der Praxen startet

Eine Umfrage des Missbrauchsbeauftragten der Bundesregierung bei niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten startet Anfang Oktober. Dabei geht es darum, einen Überblick zu erhalten, inwieweit sich Praxen mit dem Thema „Prävention von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen“ beschäftigen und wo Unterstützungsbedarf besteht.

Befragt werden sollen rund 1.000 Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, Gynäkologen, Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeuten. Die nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Ärzte und Psychotherapeuten werden vom Deutschen Jugendinstitut (DJI), das die Erhebung durchführt, angeschrieben und um eine Teilnahme gebeten. Der Fragebogen wird anonym beantwortet und beansprucht etwa 15 Minuten. Die Befragung läuft von Anfang Oktober bis Mitte November. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unterstützt die Umfrage und bittet alle Ärzte und Psychotherapeuten, die den Fragebogen erhalten, teilzunehmen.

Ärzte und Psychotherapeuten haben eine Schlüsselrolle, wenn es

darum geht, sexuellen Missbrauch bei betroffenen Kindern und Jugendlichen zu erkennen beziehungsweise sie vor sexualisierter Gewalt zu schützen. Daneben stehen sie aufgrund ihrer Vertrauensstellung Kindern, Jugendlichen und Familien als kompetente Ansprechpersonen zur Seite und weisen auf weitere Hilfen hin. Die Erkenntnisse aus der Befragung

können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellem Missbrauch weiter zu verbessern.

Zweite Stufe des Monitoring-Projektes

Die Befragung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ist die zweite Stufe eines Monitoring-Projektes des Missbrauchsbeauftragten Johannes-Wilhelm Rörig, das sich mit der Umsetzung der Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ befasst. In der ersten Stufe waren in Zusammenarbeit mit Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden besonders gelungene Ansätze mit Vorbildcharakter im ambulanten Gesundheitsbereich sowie Verbesserungspotenziale identifiziert worden. Die Ergebnisse der Fallstudien flossen in die Entwicklung des Fragebogens ein. pm



Grippeimpfkampagne startet

Ärzte werden um Unterstützung gebeten

Mit dem Slogan „Lass dich impfen. Jetzt!“ wird die gemeinsame Impfkampagne der KV Baden-Württemberg, der Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, des Landesapothekerverbandes und der Mylan Healthcare GmbH vor der Grippeimpfung im Oktober starten. Ziel der Kampagne ist es, die Grippeimpfquote zu steigern. Angesprochen werden sollen vor allem Menschen über 60, chronisch Kranke und Schwangere.

Besonders Ärzte als erste Ansprechpartner der Patienten können dazu beitragen, die Impfquoten zu erhöhen. Sie werden daher gebeten, sich aktiv an der Kampagne zu beteiligen und die Patienten zum Impfen aufzufordern. Die Impfdosen sind bereits lieferbar und können bestellt werden. Mit dem letzten Rundschreiben der KV Baden-Württemberg hat die Praxen bereits ein Grippe-Starterkit mit Plakaten und Postkarten zum Auslegen in den Praxen erreicht.

Auch in Apotheken, Krankenkassen und Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg werden Plakate und Postkarten verteilt. Eine eigene Homepage informiert

über den aktuellen Stand der Dinge. Die Kampagne wird ergänzt durch ein Erklär-Video für die sozialen Netzwerke und Filme und Berichte in den Medien.

Baden-Württemberg bildet das Schlusslicht bei den Grippeimpfquoten. Das Robert Koch Institut (RKI) erstellt seit Anfang der 2000er-Jahre Analysen der Impfquoten auf Basis der Abrechnungsdaten der KVen. Laut dieser kontinuierlichen Überwachung lag die Grippeimpfquote bei den Über-60-Jährigen in der Saison 2014/15 bundesweit bei 36,7 Prozent. Während aber in Sachsen-Anhalt 56,7 Prozent dieser Altersklasse geimpft wurden, waren es in Baden-Württemberg nur 21,1 Prozent. kr

➔ www.lass-dich-impfen.de



Am Netz

Gemeinsame Telematikinfrastruktur soll bis 2018 stehen

Das E-Health-Gesetz verpflichtet die gematik zu einem straffen Zeitplan für die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI). Bereits 2018 sollen nach Wunsch des Gesetzgebers alle Beteiligten an die TI angebunden sein. Alexander Beyer, Geschäftsführer der gematik, ist verantwortlich für die Einhaltung des Plans. ergo gegenüber erklärt er, auf welche Schwierigkeit die gematik stößt und ob der Plan zeitlich einzuhalten ist.

Trotz verbindlichem Zeitplan platzte bereits der erste Termin für die Tests zum Versichertenstammdatenmanagement (VDSM) im Juni. Warum?

Der gesetzliche Termin gibt vor, dass die erforderlichen Maßnahmen für die bundesweite Einführung der Telematikinfrastruktur bis zum 30. Juni 2018 abgeschlossen sein sollen. Dies soll sicherstellen, dass bis zum Jahr 2018 neben den (bereits angebundenen) Krankenkassen auch die vertragsärztlichen Einrichtungen angebunden werden können. Die

Arbeiten hierzu sind sehr weit vorangekommen. Das zentrale Netz ist bereits aufgebaut, alle Krankenkassen sind, wie gesagt, bereits angeschlossen und die Kriterien für Anbieter und Produkte sowie Zulassung sind definiert.

In einem letzten Schritt werden alle zugelassenen Komponenten und Dienste auf ihre Praxistauglichkeit geprüft (Erprobung). Dies bereiten wir ebenfalls gerade vor. Hierbei kommt es zu Verzögerungen. Die gematik prüft momentan die neu von der Industrie entwickelten Geräte, um sie nach der ebenfalls noch ausstehenden Zertifizierung durch das Bundesamt für Informationssicherheit (BSI) für den Praxistest zuzulassen. Von der Verzögerung betroffen sind vor allem die sogenannten Konnektoren (eine Art sicherer Router) für die Arztpraxen, die noch nicht zur Verfügung stehen

Wie sieht es mit dem weiteren Fahrplan für die Einführung von Anwendungen aus – Beispiel Notfalldatenspeicherung und Elektronischer Medikationsplan?

Wir stehen kurz davor, erstmalig das gesamte Gesundheitswesen sicher über die TI zu verbinden. Sektorenübergreifend und mit einem einheitlichen Sicherheitskonzept, um sensible medizinische Daten nach aktuellstem Stand der Technik zu schützen. Dies ist ein Meilenstein für die Modernisierung des Gesundheitswesens.

Sobald dieses Netz bundesweit da ist und alle Leistungserbringer angeschlossen sind, werden die weiteren Anwendungen Zug um Zug wie geplant folgen. Bereits jetzt ziehen wir bestimmte Schritte vor, um möglichst frühzeitig Erkenntnisse für die spätere Einführung zu gewinnen. So wird aktuell das Anlegen von Notfalldatensätzen in der Region Münster gemeinsam mit dem Uniklinikum Münster und verschiedenen Ärzten der Region erprobt.

Im E-Health-Gesetz ist geregelt, dass bereits ab Oktober 2016 bundesweit Patienten, die mehr als drei Medikamente einnehmen, Medikationspläne erstellen und ausdrucken lassen können. Dies sind alles wichtige Vorarbeiten für die

angestrebte digitale Vernetzung und wir sind zuversichtlich, dass wir gemeinsam mit unseren Gesellschaftern den Zeitplan für die Einführung halten werden.

Allen Beteiligten drohen Sanktionen, wenn die im E-Health-Gesetz genannten Termine nicht eingehalten werden. Denken Sie, die Politik lässt mit sich reden, wenn sich Termine verzögern?

Bislang haben wir keinerlei Signale zu einer Veränderung der Fristen aus dem E-Health-Gesetz aus dem Ministerium erhalten. Ge-



Alexander Beyer

sundheitsminister Hermann Gröhe hat in der Öffentlichkeit immer wieder betont, dass er an den Fristen festhalten wird. *mt*

Die gematik

Die Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte mbH – gematik – ist eine gemeinsame Organisation der Spitzenverbände von Kostenträgern und Leistungserbringern im deutschen Gesundheitssystem. Gesellschafter sind Ärzte, Krankenhäuser und der Bund der Krankenkassen. Die Gründung basiert auf gesetzlichen Grundlagen gemäß SGB V und sollte die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auf den Weg bringen. Dafür

wurde 2005 die gematik gegründet. Inzwischen ist Konzeption und Aufbau der Telematikinfrastruktur (TI) die Hauptaufgabe der gematik. Die TI soll ein sicheres, sektorübergreifendes, digitales Netz für alle Beteiligten im Gesundheitswesen werden. Die gematik strebt damit eine offene und attraktive Kommunikationsplattform an, die zur Modernisierung des Gesundheitswesens beiträgt. Heute arbeiten rund 260 IT-Experten, Anwendungsspezialisten und Projektleiter für das Unternehmen in Berlin.

➔ www.gematik.de

Patienten in Baden-Württemberg hochzufrieden mit Ärzten und Psychotherapeuten

Vertrauensverhältnis ist die Basis einer stabilen Arzt-Patienten-Beziehung

Gute Nachrichten: 95 Prozent der Befragten sind mit ihrem Arzt sehr zufrieden, die Wartezeiten in den Praxen sind angemessen, das Arzt-Patienten-Verhältnis hochgeschätzt. Das ergab eine aktuelle, repräsentative Versichertenbefragung der KBV.

96 Prozent der Befragten schätzen die fachliche Kompetenz sowie 94 Prozent auch das Vertrauensverhältnis zum Arzt als Wurzel einer stabilen und intakten Arzt-Patienten-Beziehung als sehr gut bis gut ein – bei den Haus- und Fachärzten. Wirklicher Unmut zeigt sich kaum: Nur jeweils einer von 100 Patienten äußert sich dahingehend, dass die Arzt-Patienten-Beziehung beziehungsweise das medizinische

Know-how des Arztes „überhaupt nicht gut“ sei.

Beste Noten ergaben sich natürlich auch besonders für den Südwesten. Die baden-württembergischen Ärzte und Psychotherapeuten liegen sowohl in puncto Fachkompetenz als auch beim Vertrauensverhältnis im Ländervergleich mit an der Spitze. Wir können eben „alles“.

85 Prozent aller Befragungsteilnehmer aus Baden-Württemberg waren in den letzten zwölf Monaten in der Praxis eines niedergelassenen Arztes oder Therapeuten, um sich behandeln oder beraten zu lassen. 31 Prozent der Befragten gaben an, nur beim Hausarzt gewesen zu sein, 13 Prozent nur beim Facharzt und 41 Pro-

zent sowohl beim Haus- als auch beim Facharzt.

Kurze Wartezeiten – auch ohne Terminservicestellen

Bemerkenswert sind die Ergebnisse auch im Hinblick auf die Wartezeiten: Nach eigenen Angaben haben 53 Prozent aller Befragten für ihren letzten Arztbesuch entweder „sofort“ (32 Prozent) oder „innerhalb von drei Tagen“ (21 Prozent) einen Termin bekommen. 47 Prozent aller Befragten warteten länger als drei Tage.

Dabei gibt es aber grundsätzlich große Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten: Zum einen gehen fast doppelt so viele Befragte ohne vorherige Terminabsprache

direkt zum Hausarzt. Und zum anderen haben dort 40 Prozent innerhalb eines Tages einen Termin erhalten. Beim Facharzt sind es knapp die Hälfte (48 Prozent), die bis zu drei Wochen oder länger warten.

Bei vielen dieser Termine handelt es sich jedoch um planbare, nicht akute Arztbesuche wie Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen oder Impfungen. Die anderen Facharztpatienten erhalten innerhalb einer Woche oder früher einen Termin bei ihrem Arzt, und zwar bei dem jeweiligen Wunscharzt. Das ist im internationalen Vergleich nahezu einmalig.

Selbst wenn Patienten auf einen Termin beim Arzt warten müssen, sehen sie dies in der Regel nicht als Problem an. Bei Befragten, die mindestens einen Tag auf den Termin warten, wird diese Zeit nur von neun Prozent aus Baden-Württemberg als „zu lange“ empfunden.

Terminvermittlung nicht jedem bekannt

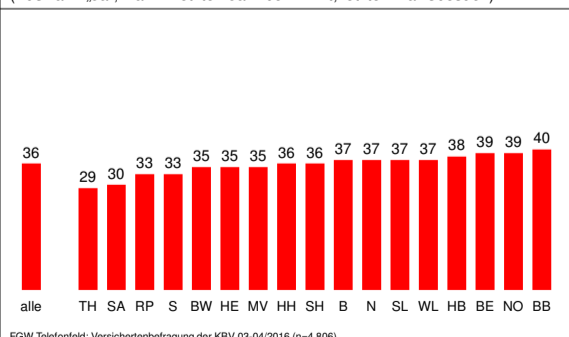
Die Patienten wurden auch zum Bekanntheitsgrad der seit Januar 2016 bei der KVBW eingerichteten Terminservicestelle befragt. Ergebnis war, dass nur 62 Prozent überhaupt von deren Existenz Kenntnis haben; hiervon finden 78 Prozent die Einrichtung gut. Über die Hälfte (57 Prozent) würde die Terminservicestelle jedoch nur

in Anspruch nehmen, wenn sie sich den Facharzt selbst aussuchen könnten. Die vollständigen Ergebnisse der repräsentativen KBV-Versichertenbefragung 2016 finden Sie auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de). *cp/tb*

Zur Umfrage

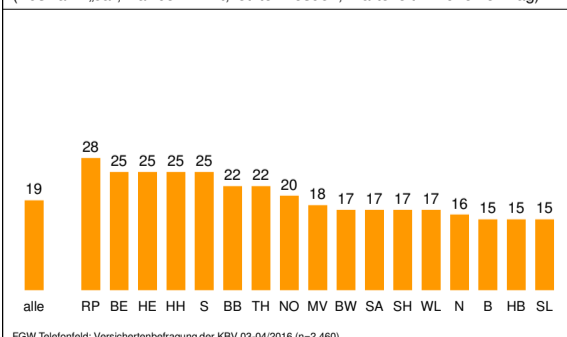
Bereits seit 2006 führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) regelmäßig Befragungen zur Zufriedenheit der Versicherten mit der ambulanten ärztlichen Versorgung durch. In der aktuellen Umfrage beantworteten 6.113 Teilnehmer – 796 in Baden-Württemberg – Fragen zu Häufigkeit und Anlässen von Arztbesuchen. Die Umfrage wurde im März/April dieses Jahres von der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH durchgeführt. Bei den telefonischen Umfragen kommen selbst erstellte, regional geschichtete Stichproben zum Einsatz, die die gleiche Qualität erfüllen müssen wie die für Hochrechnungen benutzten Stichproben. Die Auswahl der Haushalte und die Auswahl der zu befragenden Personen erfolgt dabei immer streng nach dem Zufallsprinzip, da nur so repräsentative Ergebnisse erzielt werden können.

Wartezeit für Termin: Über drei Tage
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



Insgesamt 36% der Befragten mussten sich länger als drei Tage gedulden, bis sie für ihren letzten Arztbesuch den Termin bekommen haben. Signifikante Abweichungen zum durchschnittlichen Gesamtergebnis sind hier ebenfalls nicht vorhanden.

Wartezeit für Termin: „Hat mir zu lange gedauert“
(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt; letzter Besuch; Wartezeit mind. einen Tag)



10% aller Befragten bzw. 19% derjenigen mit mindestens einem Tag Wartezeit hat es zu lange gedauert, bis sie für ihren letzten Arztbesuch einen Termin bekommen haben, ohne dass dabei auf regionaler Ebene signifikante Abweichungen zum durchschnittlichen Gesamtergebnis auftreten.

Sie arbeiten für ihr Leben gern

Imagekampagne Ärzte und Psychotherapeuten geht zu Ende

Sie bilden sich ständig fort, sie setzen sich für ihre Patienten ein, sie arbeiten sehr viel und sie tun es für ihr Leben gern: die Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland. Um dies der Öffentlichkeit zu vermitteln, startete vor drei Jahren eine Imagekampagne. Dabei zeigen die Niedergelassenen selbst Gesicht. Eine Bilanz.

Noch nie gab es über einen so langen Zeitraum eine bundesweite Kampagne der Ärzte und Psychotherapeuten. Im April 2013 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ vorgestellt. Kinospots, Plakate, Homepage, Anzeigen, Aktionen an den Hochschulen – über viele Kanäle wurde die Botschaft der Kampagne übermittelt.

Einer der Initiatoren war KVBW-Chef Dr. Norbert Metke, gemeinsam mit Geschäftsführerin Susanne Lillie. „2012 hatten wir massive Auseinandersetzungen mit dem GKV-Spitzenverband um die Honorierung. Wir mussten erkennen, dass dieser eine regelrechte Kampagne gegen die niedergelassenen Ärzte geführt hat. Und wir stellten fest, dass wir dem medial nichts entgegensetzen konnten. In der Politik mussten wir zunehmend wahrnehmen, dass der niedergelassene Arzt und Psycho-

therapeut an Bedeutung verliert. Die Bevölkerung hat sich an die Leistung unserer Mitglieder gewöhnt und fordert eher mehr. Daher wollten wir auf den unersetzbaren Wert hinweisen, den Ärzte und Psychotherapeuten aufgrund ihrer Kompetenz für die Gesellschaft darstellen.“

Lebensnah und sympathisch

Eindrucksvolle Plakatmotive mit den Gesichtern von Ärzten in Nahaufnahmen, die auf Großflächenwänden bundesweit veröffentlicht wurden, waren der sichtbarste Teil der Kampagne. Lebensnah und sympathisch wurden die Ärzte gezeigt – ein deutlicher Gegensatz zu der sonst auf Hochglanz getrimmten Werbefotografie. 2014 kam die Kampagne um Werbung für den medizinischen Nachwuchs hinzu.

Die Website www.lass-dich-nieder.de wurde eingerichtet, auf der über Niederlassungsmöglichkeiten informiert wird. Die Plakatmotive wurden frecher und auf die Jungen zugespitzt. Dazu kamen Aktionen an Hochschulen.

2015, im Zuge der Beratungen um das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, wurde die Kampagne politisch. Sie richtete sich vor allem gegen die Einrichtung der Terminservicestellen und die „Aufkaufregel“. Der Slogan wurde erweitert, zum Beispiel: „Wir

arbeiten für Ihr Leben gern – wenn die Politik uns lässt“.

Erfolgreich und preisgekrönt

Evaluationen haben gezeigt: Die Wahrnehmung der Kampagne ist hoch. Insgesamt 33 Prozent der Bevölkerung in den Landeshauptstädten kennt sie. Auch das Ansehen der Berufsgruppe Ärzte ist gestiegen: von 72 Prozent in den Großstädten kurz nach Kampagnenstart auf 80 Prozent in den Landeshauptstädten im Mai 2016. „Insgesamt hat die Kampagne großen Einfluss auf das positive Bild von Ärzten in der Öffentlichkeit“, resümiert die Agentur ressourcenmangel die aktuelle Evaluation.

Sogar in einer Bundestagsdebatte fand die Kampagne Erwähnung – ein gutes Zeichen, wenn sich die Politik „auf den Schlipf getreten“ gefühlt hat. Genau darin bestand das Ziel.

Auch den Vergleich mit den Kampagnen anderer Organisationen muss „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ nicht scheuen. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie hat mit dem dreifachen Budget und einer wesentlich längeren Laufzeit nur eine unbedeutend höhere Bekanntheit erzielt. Ähnlich fällt auch der Vergleich zur Nachwuchskampagne des Zentralverbands des Deutschen Handwerks aus.



Eigentlich war das Ende der Kampagne für 2016 vorgesehen. Doch nun hat die KBV-Vertreterversammlung beschlossen, sie um ein Jahr zu verlängern. Es soll gezeigt werden, wie die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten die ambulante Versorgung auch unter schwierigen Bedingungen si-

cherstellen. „Gut, dass wir dieses Instrument auch weiter nutzen. Die Auseinandersetzungen mit Politik und Krankenkassen werden eher größer als kleiner werden“, bilanziert Metke. ks

➔ www.ihre-aerzte.de

Neue Ärzte braucht das Land

ÄrztEFörderprogramm Ziel und Zukunft Baden-Württemberg (ZuZ) zeigt deutliche Erfolge

Das Förderprogramm „Ziel und Zukunft (ZuZ)“ der KVBW hat sich als Erfolgsrezept erwiesen. Nun wird es erweitert. Neben den Hausärzten werden künftig auch Fachärzte bei Praxisübernahme und Neugründung sowie Innovationsprojekte nachhaltig gefördert.

Im Sommer des vergangenen Jahres wurde das Förderprogramm, das dem Land neue Ärzte beschern soll, von der Vertreterversammlung beschlossen. Ärzte, die in einem der Fördergebiete eine Praxis gründen oder übernehmen, eine Zweigpraxis eröffnen oder einen Arzt anstellen, können im Rahmen des Programms bis zu 60.000 Euro erhalten. Hinzu kommt ein Zuschlag auf die Vergütung von bis zu zehn Euro pro Fall für fünf Jahre.

Situation entspannter

Seit Herbst 2015 konnten Förderanträge gestellt werden. KVBW-Vorstandsvize Dr. Johannes Fechner kann nach einem Jahr bilanzieren, dass ZuZ erstmals nach Jahren des Stillstands zur Ansiedlung von neuen Hausärzten in den Fördergebieten geführt habe. „Wir freuen uns, dass wir in

der Zwischenzeit zwei Mittelbereiche aus dem Förderprogramm herausnehmen konnten, weil sich die Situation dort entspannt hat, nachdem wir durch ZuZ neue Hausärzte anwerben konnten.“ Konkret betrifft das die Mittelbereiche Vaihingen/Enz und Bietigheim/Bissingen. Für Fechner zeigt das, dass Förderprogramme wirken und die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen in der Lage ist, gemeinsam zu handeln und die Probleme anzugehen.

Fachärzte fördern

ZuZ umfasste bislang nur die Förderung von hausärztlichen Niederlassungen. Fördergebiete sind

aktuell die Mittelbereiche Eberbach, Horb am Neckar und Öhringen, unabhängig davon, in welchen Gemeinden dieser Mittelbereiche die Niederlassung erfolgt. Hinzu kommen einzelne Gemeinden, bei denen in Einzelfällen auch eine Förderung erfolgen kann. Die KVBW-Vertreterversammlung hat im Juli beschlossen, die Förderung auch auf Fachärzte auszuweiten und die entsprechende Förderrichtlinie verabschiedet. Die Fördergebiete werden derzeit erarbeitet und in Kürze veröffentlicht.

Innovationsprojekte gesucht

Weiter hat die Vertreterversammlung beschlossen, dass die

KVBW ihr Förderprogramm erweitert. Ziel ist es, innovative Versorgungsmodelle zu unterstützen, die einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung leisten.

Bis zum 28. Oktober 2016 können Zusammenschlüsse von Vertragsärzten zur kooperativen ambulanten medizinischen Versorgung eingereicht werden. Die Förderung umfasst Projekte, in denen Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) oder telemedizinische Anwendungen zum Einsatz kommen. Sie sollen räumliche Distanzen überbrücken und dadurch die Versorgung vor allem in ländlichen Regionen sicherstellen. Die Projekte können sich auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzten oder zwischen Ärzten und Patienten beziehen und nichtärztliches Fachpersonal mit einbinden.

„Mit diesem Ideenwettbewerb bieten wir eine Plattform, um neue Versorgungsansätze zu testen, die die Qualität, Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung verbessern“, wirbt Fechner für das Programm. Praxen, die sich beteiligen, können pauschal 2.000 Euro je Praxis erhalten und bis zu 1.500 Euro zusätzlich für die Erweiterung der Hard- und Software.

Versorgung aufrecht erhalten

Das ZuZ-Programm wird aus einem Fonds finanziert, der zu gleichen Teilen von der KVBW und den Krankenkassen gespeist wird. „Wir freuen uns, dass wir gemeinsam mit den Kassen das Programm auflegen konnten. Beide Förderpartner haben Interesse daran, die Versorgung auch in ländlichen Gebieten aufrecht zu erhalten“, erläutert der KV-Vorsitzende Dr. Norbert Metke.

Für das ZuZ-Programm stehen pro Jahr rund 5,4 Millionen Euro zur Verfügung. Metke sieht in dem Erfolg von ZuZ auch ein positives Signal an die Politik. „Im Rahmen der letzten Gesundheitsreform, dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im vergangenen Jahr, wurde die Möglichkeit geschaffen, dass in Baden-Württemberg ein solcher Fonds zur Förderung der Niederlassung geschaffen wurde. Wir haben das damals begrüßt und sofort mit den Krankenkassen umgesetzt. Es zeigt sich, dass es erfolgreich ist, wenn den Beteiligten der Selbstverwaltung entsprechende Spielräume gegeben werden.“ ks

➔ www.kvbawue.de » Über uns » Engagement » ZuZ: Ziel und Zukunft



In Kanada werden Hausärzte per Plakat gesucht – Baden-Württemberg hat ZuZ.

Every hero needs a doctor!?

Präventionsmüde Jugendliche werden durch Vorsorgekampagne angesprochen

Bundesweit wird die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 zu wenig beachtet. Tendenziell ist die Zahl weiter rückläufig. Dagegen sind Ärzteschaft, Schulen und Gesundheitsdezernat des Landkreises Ludwigsburg in den Jahren 2013 und 2014 gemeinsam erfolgreich vorgegangen. Die mehrfach ausgezeichnete J1-Initiative „Every hero needs a doctor!“ konnte die Quote der 12- bis 14-Jährigen im Landkreis, die zur J1 gingen, deutlich steigern. An diesen Erfolg wollte die KVBW mit einer landesweiten Kampagne an Baden-Württembergs Schulen anknüpfen. Nun liegen erste Zahlen vor.

Mit der Aktion ist es gelungen, die Abwärtstendenz in einen Aufschwung zu verwandeln. So lautet die Zwischenbilanz der KVBW.

Für die Evaluation wurde die J1-GOP 01720 mit dem jeweiligen Vorjahresquartal verglichen. Im vierten Quartal 2015 war bei den Kinder- und Jugendärzten ein Anstieg von rund sechs Prozent zu beobachten. Vor Weihnachten verbuchten die meisten Hausärzte allerdings einen leichten Rückgang, weil die meisten Untersuchungen erwartungsgemäß auf das neue Jahr terminiert worden waren. Im ersten Quartal 2016 lag der Anstieg bei den Kinder- und Jugendärzten wieder bei rund sechs Prozent. Bei den Hausärzten fiel die Steigerung mit

16 Prozent deutlicher aus. Allein rund 1.300 im Kollektivvertrag versicherte Jugendliche mehr als im Vorjahreszeitraum haben bis zum 31. März von der Vorsorgeuntersuchung Gebrauch gemacht.

KVBW-Vize und Hausarzt Dr. Johannes Fechner ist zufrieden: „Die Kampagne konnte mit verhältnismäßig geringem Aufwand mehr Jugendliche für die wichtige Präventionsuntersuchung gewinnen. Da die Bereitschaft zur J1 tendenziell sinkt, ist diese Steigerung insgesamt höher zu bewerten. Der Ansatz war richtig: Schulen und Klassenverbände sind für diese Zielgruppe ein idealer Kooperationspartner. Ihnen gebührt unser Dank für die tolle Unterstützung.“

Zum jetzigen Zeitpunkt liegen nur Zahlen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Kollektivvertrag vor. Die Bilanz über das gesamte Schuljahr einschließlich der Selektivverträge wird Mitte 2017 erwartet. *rm*

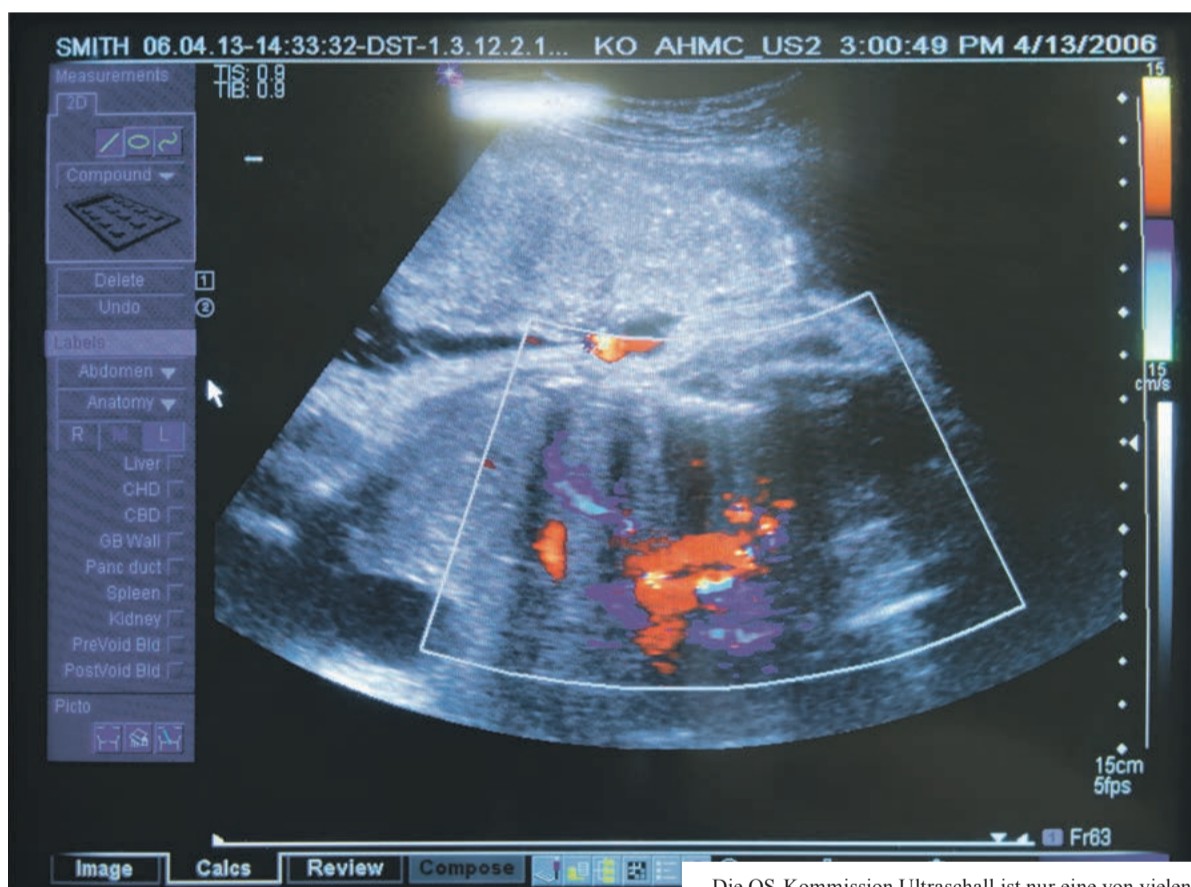


J1

Im Rahmen der J1 werden Auffälligkeiten frühzeitig entdeckt, aber auch Fragen zur Sexualität beantwortet oder die Gefahren durch Drogenkonsum thematisiert. Damit ist sie für die Jugendlichen an der Schwelle zum Erwachsenwerden eine wichtige Untersuchung. Die J1-Kampagne startete nach den Herbstferien 2015. Über die Klassenlehrer wurden die Schüler der Klassen 7 zur J1 eingeladen und die Eltern gleichzeitig darüber informiert.

Mit viel Liebe zum Ultraschall

Als Mitglied einer Qualitätssicherungskommission die Selbstverwaltung mitgestalten



Die QS-Kommission Ultraschall ist nur eine von vielen.

Die Qualitätssicherungskommissionen der KVBW begutachten Behandlungsdokumentationen, beurteilen Stichproben und prüfen Indikationen. Sie beraten KV-Mitarbeiter in Genehmigungsverfahren oder bei der Bearbeitung von Widersprüchen. Darüber hinaus führen Kommissionsmitglieder fachspezifische Kolloquien durch und beraten bei Bedarf ihre Fachkollegen. Damit wird auch immer wieder die hohe Qualität der ärztlichen Arbeit bestätigt.

Eine QS-Kommission setzt sich in der Regel aus vier im jeweiligen Gebiet erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen. Ein Mitglied übernimmt den Vorsitz. Mitglieder und Vorsitzender werden vom KV-Vorstand berufen. In einigen QS-Kommissionen müssen auch Vertreter der Krankenkassen benannt sein.

Dr. Krauth, Sie waren 1982 Gründungsmitglied der Ultraschall-Kommission in Heidelberg. Was hat Sie seinerzeit motiviert, mit der Kommissionsarbeit zu beginnen?

Ultraschall als Diagnostikmethode hat mich von Beginn an begeistert. Anfang der Achtzigerjahre, als die Technik noch in den Kinderschuhen steckte, konnte ich als Oberarzt im Krankenhaus schon sehr früh viele Erfahrungen in der Anwendung dieser Methode sammeln. Als ich dann gefragt wurde, ob ich Interesse hätte, bei der KVBW in der Qualitätssicherungskommission Ultraschall mitzuarbeiten, konnte ich bereits über 20.000 durchgeführte Sonografien vorweisen. Vor diesem Hintergrund hat mich die Aufgabe in der Kommission gereizt, sodass ich sofort zugesagt habe.

Was macht Ihnen besonders Spaß an der Kommissionsarbeit?

Ich habe sehr viel dazu gelernt. Die Sonografie als „verlängerter Untersuchungsfinger des Arztes“ fasziniert mich sehr. Meine Begeisterung ist im Laufe der Jahre – auch durch meine Kommissions-tätigkeit – nicht weniger geworden. Gleichzeitig habe ich sehr viel zurückbekommen. Für die Tipps und Ratschläge an die Kollegen habe ich viel Dankbarkeit erfahren. Auch den Austausch mit den anderen Kommissionsmitgliedern habe ich immer als sehr wertvoll empfunden.

Was finden Sie gar nicht gut? Was würden Sie ändern wollen, wenn Sie es könnten?

Generell halte ich Qualitätsprüfungen als qualitätssichernde Maßnahmen für richtig. Ohne Überprüfung lässt die Qualität ei-

ner Leistung auf Dauer nach. Die Arbeit einer Ultraschall-Kommission darf aber nicht zu einem reinen Prüfgeschäft nach einem vorgegebenen Schema verkommen.

Objektive Prüfkriterien und Checklisten sind zwar hilfreich und für die Vergleichbarkeit von Ergebnissen aus Qualitätsprüfungen notwendig. Zu viele Vorgaben lassen aber wenig Spielraum für eine individuelle Gesamtbewertung. Und diese ist in der Überprüfung von Ultraschallbildern und Befunddokumentationen wichtig. Nur so lässt sich erkennen, wo zum Beispiel die Ursachen für eine schlechte Bildqualität liegen. Qualitätssicherung und Qualitätsförderung funktioniert nur, wenn die Kollegen für die Anwendung der Methode Hilfestellung und Verbesserungsvorschläge bekommen.

Würden Sie – mit Ihrer heutigen Erfahrung – noch einmal Kommissionsmitglied werden?

Die Entwicklung in den letzten Jahren war immens. Die Gerätetechnik ist immer besser geworden und die Bandbreite des diagnostischen Spektrums hat sich deutlich erweitert. Mit dieser Entwicklung mussten wir auch in der Kommission Schritt halten.

Dadurch hat sich unser Aufgabenschwerpunkt im Laufe der Jahre verändert. Qualitätsprüfungen und damit die Begutachtung von Dokumentationen der Kollegen haben eine viel höhere Gewichtung bekommen. Sie sind mittlerweile mit sehr viel Aufwand verbunden. Trotzdem würde ich mich heute wieder für eine Mitarbeit entscheiden. Im Mittelpunkt unserer Arbeit standen immer das Interesse am fachlichen Weiterkommen und die Möglichkeit, unser Wissen an Kollegen weiterzugeben.

Würden Sie die Tätigkeit jungen Kollegen empfehlen?

Von Kollege zu Kollege

Die Qualitätssicherungskommissionen beurteilen Stichproben, begutachten Behandlungsdokumentationen, bewerten Sonografie- und Röntgenbilder, prüfen Indikationen und beraten KVBW-Mitarbeiter in Genehmigungsverfahren und bei der Bearbeitung von Widersprüchen. Darüber hinaus führen Kommissionsmitglieder fachspezifische Kolloquien durch und beraten ihre Fachkollegen. In der Regel setzt sich eine Kommission aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen. Ein Mitglied übernimmt den Vorsitz. Mitglieder und Vorsitzende werden vom Vorstand der KV Baden-Württemberg in Abstimmung mit den Bezirksbeiräten berufen.

Mein Credo als Kommissionsmitglied war immer: „Gute Arbeit leisten, auch wenn es schwer fällt“. Das Engagement lohnt sich. Daher möchte ich an die jüngeren Kollegen appellieren, sich einzubringen und ein Ehrenamt zu übernehmen. Speziell für eine Mitarbeit in der Ultraschallkommission sollten sie viel Liebe für Ultraschall als Untersuchungsmethode mitbringen.

Herzlichen Dank für das Gespräch.

ka



Dr. Günter Krauth

Die Selbstverwaltung der KVBW

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ist verantwortlich für über 20.000 Mitglieder im Land. Um ihre vielfältigen Aufgaben wahrnehmen zu können, gibt es nach dem Selbstverwaltungsprinzip verschiedene Gremien und Ausschüsse, die die Verwaltungsmitarbeiter der KVBW bei ihrer Arbeit unterstützen. Ärzte und Psychotherapeuten engagieren sich darin ehrenamtlich. Mit der neuen Amtsperiode der Vertreterversammlung müssen auch wieder viele Gremien neu besetzt werden: eine Gelegenheit, in der gemeinsamen Selbstverwaltung mitzuarbeiten.

VV, Ausschüsse und ihre Aufgaben im Überblick

Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) ist das oberste Organ der KVBW. Sie wird alle sechs Jahre von allen KVBW-Mitgliedern gewählt. An der Spitze der 50 Delegierten stehen der Vorsitzende der Vertreterversammlung und ein Stellvertreter. Die ehrenamtlichen Delegierten der Vertreterversammlung treffen alle Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung und überwachen den hauptamtlichen Vorstand.

Fachausschüsse der Vertreterversammlung

Die Mitglieder der Fachausschüsse werden von den Delegierten vorgeschlagen und gewählt.

- **Fachausschuss Hausärzte** acht Mitglieder, mindestens jeweils ein Allgemeinarzt, ein Internist, ein Haus- und Jugendarzt
- **Fachausschuss Fachärzte** acht Mitglieder, mindestens jeweils ein Vertreter aus der konservativen Medizin, ein operativ tätiger Arzt, ein Vertreter der methoden-definierten Fächer, ein ermächtigter KH-Arzt
- **Fachausschuss Psychotherapie** zwölf Mitglieder, davon fünf Psychologische Psychotherapeuten, ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und sechs überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte, von denen einer vorwiegend auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätig sein soll

peuten, ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und sechs überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte, von denen einer vorwiegend auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätig sein soll

- **Fachausschuss angestellte Ärzte und Psychotherapeuten** acht Mitglieder, davon drei Hausärzte, drei Fachärzte, ein ärztlicher Psychotherapeut und ein psychologischer Psychotherapeut
- **Finanzausschuss** fünf Mitglieder
- **Notfalldienstausschuss** elf Mitglieder

Bezirksbeiräte

Die Bezirksbeiräte beraten den Vorstand in wichtigen Fragen die verschiedenen Regionen betreffend. Sie sind das Bindeglied zwischen den Mitgliedern und dem Vorstand. So können sie zum Beispiel deren Ideen aufgreifen und für die Umsetzung sorgen. Sie sind auch Ansprechpartner für die Belange von neuen Mitgliedern. Pro Bezirksdirektion gibt es einen Bezirksbeirat mit jeweils vier Ärzten und einem Psychotherapeuten. Die Bezirksbeiräte werden für sechs Jahre gewählt.

Gemeinsame Selbstverwaltung

Landesweit tätige Gremien – zum Teil paritätisch besetzt mit Vertretern der Ärzte/Psychotherapeuten und der Krankenkassen

Landesausschuss

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg beschließt nach dem SGB V auf Grundlage des Bedarfsplans über den Stand der vertragsärztlichen Versorgung. Er stellt fest, ob eine Über- oder Unterversorgung vorliegt und besteht aus jeweils neun Vertretern von Ärzten und Krankenkassen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von der KV bestellt. Die Amtsperiode dauert vier Jahre.

Erweiterter Landesausschuss

Der erweiterte Landesausschuss entscheidet über die Verfahren zur ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung. Er besteht aus jeweils neun Vertre-

tern von Ärzten, Krankenkassen und der Landeskrankenkassengesellschaft.

ARGE Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung (ARGE WP) ist Trägerin für die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen, bestehend aus der Gemeinsamen Prüfungsstelle und dem Gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Die Gemeinsame Prüfungsstelle führt Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch und entscheidet, ob bei Verordnungen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen wurde.

Der Gemeinsame Beschwerdeausschuss beruft zur praktischen Durchführung seiner Aufgaben vier Kammern, die über die Widersprüche gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle entscheiden. Jede

Kammer ist mit je drei ärztlichen Vertretern und Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden besetzt.

Qualitätssicherungskommissionen

Die 49 QS-Kommissionen der KVBW prüfen und überwachen die genehmigungspflichtigen Leistungen, die von KVBW-Mitgliedern erbracht werden. Sie führen fachspezifische Kolloquien durch und beraten ihre Kollegen.

Eine QS-Kommission setzt sich in der Regel aus vier ärztlichen Mitgliedern zusammen, eines übernimmt den Vorsitz. Mitglieder und Vorsitzende werden vom Vorstand der KV berufen. In einigen QS-Kommissionen müssen auch Krankenkassenvertreter benannt sein.

Gremien auf Bezirksebene – je eines pro Regierungsbezirk

Zulassungsausschüsse

Den Zulassungsausschüssen obliegt die Zulassung von Ärzten und Psychotherapeuten. Sie entscheiden auch über die Ermächtigung von Krankenhausärzten, eine Verlegung des Praxissitzes oder die Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung. Sie entscheiden nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuches und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Sie bestehen aus Vertretern der Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter und ihre Stellvertreter werden für vier Jahre bestellt.

Sicherstellungsausschüsse

Die Sicherstellungsausschüsse beraten den jeweiligen Zulassungsausschuss zu lokalen Versorgungsfragen und gibt Empfehlungen. Mitglieder sind vier Ärzte und Psychotherapeuten so-

wie zwei KVBW-Mitarbeiter. Sie werden für sechs Jahre gewählt.

Plausibilitätsausschüsse

Die Plausibilitätsausschüsse prüfen die Honorarabrechnungen auf Plausibilität und sachlich-rechnerische Richtigkeit. Jeweils zwei ärztliche Mitglieder und zwei KVBW-Mitarbeiter sitzen im Plausibilitätsausschuss. Sie werden für sechs Jahre gewählt.

Widerspruchsausschüsse

Die Widerspruchsausschüsse entscheiden im Auftrag des Vorstandes über die ärztlichen Widersprüche unter anderem gegen Honorarverteilungs- und Begrenzungsmaßnahmen, Bescheide aus dem Bereich der Qualitätssicherung, der Sicherstellung einschließlich des organisierten Notfalldienstes und dem Ordnungsmanagement.

Der Widerspruchsausschuss besteht aus zwei ärztlichen Mitglie-

dern und zwei KVBW-Mitarbeitern (mindestens einer muss die Befähigung zum Richteramt besitzen). Sie werden für sechs Jahre gewählt.

Disziplinausschüsse

Die Disziplinausschüsse sind zuständig für die Durchführung von Disziplinarverfahren. Ein Vorsitzender und ein Beisitzer müssen Mitglied der KVBW sein, der zweite Beisitzer muss die Befähigung zum Richteramt haben. Sie werden für sechs Jahre gewählt.

Notfalldienstkommissionen

Die Notfalldienstkommissionen bestehen aus sechs ärztlichen Mitgliedern und einem KVBW-Mitarbeiter, die für sechs Jahre gewählt werden. Sie entscheiden unter anderem über die Änderung oder Zusammenlegung, Errichtung und Schließung von Notfalldienstbereichen.

Regionalbüro Mannheim schließt

Zum 30. November 2016 schließt die KV Baden-Württemberg das Mannheimer Regionalbüro. Darüber hinaus wird auch der Standort Heidelberg, an dem nur noch sehr wenige Mitarbeiter der KV Baden-Württemberg ihre Tätigkeit ausübten, im Laufe des Dezembers 2016 geschlossen und nach Karlsruhe verlagert.

Der Vorstand hat Ende 2013 ein Standort- und Strukturkonzept für die KVBW beschlossen. Ziel war es, die organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen, damit die KVBW langfristig ihre Aufgaben wahrnehmen kann. Dazu gehört eine Reihe von organisatorischen Maßnahmen, unter anderem auch die Entscheidung, künftig nur noch an den vier Standorten Freiburg, Karlsruhe, Stuttgart und Reutlingen vertreten zu sein.

Die Möglichkeit der Standortkonzentration ergab sich kurzfristig: Die Bezirksärztekammer Karlsruhe ist aus dem bislang gemeinsam mit der KVBW genutzten Ärztehaus in

Karlsruhe ausgezogen. Die dort nun frei werdende Fläche soll ab Ende dieses Jahres von den Mitarbeitern des Regionalbüros Mannheim sowie Heidelberg genutzt werden.

Vorgesehen ist, dass der Umzug nach Karlsruhe bis Anfang Dezember 2016 abgeschlossen ist. Bis Ende November stehen Ihnen die Mitarbeiter in Mannheim noch mit Rat und Tat zur Seite. An der Erreichbarkeit Ihrer gewohnten Ansprechpartner wird sich auch nach dem Umzug nichts ändern. Sie erreichen die Mitarbeiter in Karlsruhe unter den bekannten Rufnummern. *ks*

➔ Bei allgemeinen Fragen wenden Sie sich bitte an den Praxisservice: 0711 7875-3300
praxisservice@kvbawue.de

Abrechnungsberatung: 0711 7878-3397
abrechnungsberatung@kvbawue.de

Beim Psychotherapeuten soll es jetzt eine Sprechstunde geben

Psychotherapierichtlinie sieht Akutbehandlung und telefonische Erreichbarkeit vor



Schneller Termin in der psychotherapeutischen Sprechstunde

Die Vertreter der Psychotherapeuten und der Krankenkassen hatten sich im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf die Änderungen der Psychotherapierichtlinie geeinigt. Auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte schon zugestimmt – und doch machte es in letzter Minute weitere Auflagen, so dass die endgültige Regelung nun erst im November veröffentlicht werden kann. Klar ist bis jetzt: Künftig gibt es eine zeitnahe Sprechstunde beim Psychotherapeuten. Für die Patienten bedeutet dies, dass sie bei Vermittlung durch die Terminservicestelle Anspruch auf einen schnellen Termin im Rahmen dieser Sprechstunde haben.

Die Sprechstunde und damit eine Zugangssteuerung in die Psychotherapie ist die weitreichendste Änderung der neuen Psychotherapierichtlinie. Zur Erinnerung: Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die Beteiligten in der gemeinsamen Selbstverwaltung beauftragt, die Psychotherapierichtlinie zu ändern. Ziel sollte unter anderem sein, eine psychotherapeutische Sprech-

stunde einzurichten und die Akutversorgung zu fördern.

Für die erste Abklärung im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde stehen 50 bis 150 Minuten zu Verfügung. Als Ergebnis erhält der Patient eine Empfehlung für das weitere Vorgehen: Akutbehandlung, Psychotherapie oder ganz andere Maßnahmen wie Beratungsstelle oder stationäre Behandlung. Das BMG sieht die Praxen in der Pflicht, diese Sprechstunden anzubieten. Eine Verpflichtung für die Patienten wird nach der Intervention des BMG höchstwahrscheinlich erst nach einer Übergangszeit eingeführt.

Neue Leistung bedeutet immer auch neues Geld. Wie hoch die Vergütung ausfallen wird und mit welchen Kriterien sie genau verbunden ist, steht allerdings noch nicht fest. Hierüber muss der Bewertungsausschuss entscheiden.

Antragsfreie Akutbehandlung

Weiter hat der G-BA entschieden, dass eine antragsfreie Akutbehandlung eingeführt wird. Damit können Patienten nach der Abklärung in der Sprechstunde in dringenden Fällen zeitnah und schnell

– ohne bürokratische Hürden – psychotherapeutisch behandelt werden. Auch hier steht noch nicht fest, wie das Angebot vergütet wird. Darüber hinaus wird im Rahmen der neuen Richtlinie der Begriff der „Rezidivprophylaxe“ eingeführt.

Telefonische Erreichbarkeit

Alle Psychotherapiepraxen mit einem vollen Versorgungsauftrag müssen künftig für eine bestimmte Zeit pro Woche telefonisch für Patienten erreichbar sein. Dies kann persönlich oder mit Hilfe von Personal gewährleistet werden. Die Zeiten müssen der KVBW gemeldet werden.

Inkrafttreten

Voraussichtlich sollen die Änderungen am 1. April 2017 in Kraft treten. Das Datum spielt eine Rolle, da die Änderung der Psychotherapierichtlinie Voraussetzung dafür ist, dass Termine bei Psychotherapeuten auch von der Terminservicestelle vermittelt werden müssen. Die KVBW wird ihre Mitglieder ausführlich über die Änderungen informieren, sobald sie endgültig beschlossen sind. ks

Von einem der auszog, um Landarzt zu werden

Die regiopraxisKVBW in Baiersbronn hat Zuwachs bekommen

Vier Jahre ist es her, da haben sich drei engagierte Mediziner in Baiersbronn einen Traum erfüllt: Sie wollten dem Ärztemangel im ländlichen Raum entgegenwirken. Mit Hilfe eines Investors und der KVBW eröffneten sie erste regiopraxisKVBW des Landes. Mittlerweile sind aus drei Mediziner sechs geworden. Neben zwei Angestellten gibt es dort jetzt noch einen weiteren Niedergelassenen.

An einem schönen Sonntag ging Dr. Wolfgang von Meißner mit seiner Frau spazieren. Die Gegend war idyllisch. „Da sahen wir die regiopraxis am alten Spritzenhaus und ich dachte, ich könnte mich mal erkundigen. Und es klappte. Nach sechs Wochen war klar, dass ich nie wieder mit der Allgemeinmedizin aufhören und auch nie wieder ins Krankenhaus will, so gut hat es mir hier gefallen.“

Menschen statt Fälle

Dass ein Anästhesist aus Stuttgart Hausarzt in Baiersbronn wird, ist eher ungewöhnlich. Von Meißner zog es der Liebe wegen in den Schwarzwald. Seine Frau wollte an einem Krankenhaus im Schwarzwald eine Fortbildung absolvieren, er wollte sie begleiten. Der Plan: Einen zweiten Facharzt machen, um danach wieder im Krankenhaus arbeiten zu können. Von Meißner begann den Quereinstieg

in die Allgemeinmedizin.

Dazu gehört beispielsweise eine Kursweiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung und die zweijährige Weiterbildung in einer Allgemeinarztpraxis. In der regiopraxisKVBW hieß das: Die ersten Monate einfach mitlaufen, zuschauen, sich vertraut machen, einlassen auf eine Arbeit, die so anders ist als die im Krankenhaus.

„Man wird hier alt mit den Patienten. In einer Allgemeinarztpraxis kommen immer die gleichen Patienten mit unterschiedlichen Krankheiten. Im Krankenhaus war es gerade andersrum, da waren es Fälle und ob die dann auch einen Namen haben oder ob der Fall Eltern hat oder Kinder, das war zweitrangig. Wenn man mal die Allgemeinmedizin geschnuppert hat, dann kann man nicht mehr loslassen, das ist eine ganz andere Medizin“, schwärmt von Meißner.

Der Quereinstieg

Der Einstieg in die Allgemeinmedizin lief reibungslos. Hier bot die regiopraxisKVBW einige Vorteile: Räumlichkeiten und Equipment waren bereits vorhanden und hervorragend ausgestattet, die Niederlassung und das Arbeiten im Team sehr angenehm.

Der erste eigene Patient war ein Diabetiker, der sehr in Sorge war, weil sein Hausarzt die Praxis geschlossen hatte und er sich nach langen Jahren einem anderen Arzt

anvertrauen musste: „Wir waren beide aufgeregt. Als junger Quereinsteiger kann ich natürlich nicht einen alten Hasen ersetzen, der 30 Jahre seine Praxis hatte. Aber die Patienten waren alle ganz lieb zu mir, haben ihre Akten mitgebracht und wir sind sie gemeinsam durchgegangen.“

Die größte Detektivarbeit

Mittlerweile ist von Meißner mit seinen Patienten vertraut, kennt die Verwandtschaftsverhältnisse. Langweilig ist ihm die Allgemeinmedizin auch nach zweieinhalb Jahren nicht: „Anfangs dachte ich, man behandelt nur Husten, Schnupfen, Heiserkeit, doch man hat ein ganz breites Spektrum. Die Arbeit in der Allgemeinmedizin ist Detektivarbeit. Immer muss man entscheiden, ob es sich um etwas Gefährliches handelt oder ob man noch abwarten kann. Wir haben wöchentlich Notfälle wie Herzinfarkte, Lungenembolien oder frische Thrombosen.“

Jetzt läuft's doch erst rund

Die Stadt, Kunst und Kultur fehlen von Meißner nicht. Was er sehen möchte, kann er auch von Baiersbronn aus erreichen. Er wünscht sich, dass das Konzept regiopraxisKVBW mehr junge Ärzte anzieht, die die Land- der Stadtluft vorziehen und die 24-Stunden-Dienste im Krankenhaus gegen ge-

regelte Arbeitszeiten tauschen möchten. Es lohne sich, findet von Meißner: „Ich habe hier noch keinen Niedergelassenen getroffen, der die Tage und Monate bis zur Rente zählt. Hier erlebe ich nur Ärzte, die sagen, ich bin jetzt zwar schon 70, aber aufhören kann ich mir nicht vorstellen. Mein Kollege Ernst Rudolf Klumpp, gerade 65 geworden, sagt, jetzt läuft's ja erst so richtig rund. Der kann sich nicht vorstellen, in naher Zukunft aufzuhören.“

➔ Weitere Informationen zum Quereinstieg in die Allgemeinmedizin: www.allgemeinmedizin-bw.de



Über die regiopraxisKVBW: www.hausaerzte-am-spritzenhaus.de



V.l.n.r.: Dr. Wolfgang von Meißner, Dr. Veit Hägele, Carolin Reu, Ernst-Rudolf Klumpp und Dr. Dieter Krampitz. Dr. Michael Seitz war gerade in Urlaub.

regiopraxisKVBW

Das ist das regiopraxisKVBW-Modell: Hausärztlich orientierte Ärztezentren sollen einen exzellenten Service für Patienten leisten und erstklassige Arbeitsbedingungen für junge Ärzte bieten. Das Modell berücksichtigt die Freiberuflichkeit des Arztes und senkt das wirtschaftliche Risiko; die jungen Mediziner können in eine bestehende Praxisstruktur hineinwachsen. In Baiersbronn ist im Jahr 2012 die erste regiopraxis an den Start gegangen. Initiiert wurde sie von den Ärzten Ernst Rudolf Klumpp, Dr. Dieter Krampitz und Dr. Michael Seitz. Hinzugekommen sind Carolin Reu als angestellte Ärztin und Dr. Veit Hägele als Arzt in Weiterbildung. Dr. Wolfgang von Meißner ist seit April niedergelassen. Das regiopraxis-Modell ist der Vorgänger von ZuZ (siehe S. 6).

Fachärzte für Anästhesiologie können belegärztlich tätig sein

Häufig gestellte Frage an die Mitarbeiter der KVBW ist, ob Fachärzte für Anästhesiologie, die am Krankenhaus anästhesiologische Leistungen für Belegärzte anderer Fachgruppen erbringen und abrechnen wollen, die Möglichkeit haben, eine eigene Belegarztanerkennung zu beantragen. Dies ist schon seit längerem der Fall. Grund hierfür ist eine Änderung in Paragraph 40 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte zum 1. Oktober 2013. Nach erfolgter Anerkennung als Belegarzt hat der Anästhesist dann die Möglichkeit, die entsprechenden Ziffern des Kapitels 36 EBM abzurechnen. *mj*

➔ Den Antrag auf Anerkennung als Belegarzt gibt es auf der Homepage: www.kvbawue.de » praxis » niederlassung » vertragsarztpflichten » belegarzt



Weitere Informationen

Maren Junker, 0761 8 84 - 42 32, & Alexia Waller, 0761 884 - 4187 oder belegarzt@kvbawue.de

Das Impressum wird oft vernachlässigt

Namen, Anschrift und zuständige Kammer müssen auf Praxishomepage angegeben werden



Immer aktuell: Impressum der Website

Viele Ärzte setzen heutzutage auf die Homepage als Werbemöglichkeit für die eigene Praxis. Ganz zu Recht, denn gerade jüngere Patienten informieren sich gerne zunächst im Internet, bevor sie eine Arztpraxis aufsuchen. Doch rechtlich gilt es, bestimmte Regeln zu beachten. Gerade das Impressum bleibt im Laufe der Zeit oft unbeachtet, wenn es erst einmal erstellt ist. So sind die dortigen Angaben

schnell veraltet, ohne dass man es so recht bemerkt. Was wichtig ist und was hineingehört, gibt es hier im Überblick.

Grundangaben

Jeder Betreiber einer Internetseite muss bestimmte Informationen „leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar“ halten. Das heißt, Ärzte müssen auf der Homepage den vollständi-

gen Namen, die komplette Anschrift der Niederlassung und die Daten zu schnellen Kontaktaufnahme angeben, also E-Mail-Adresse, Telefonnummer und gegebenenfalls Fax-Nummer. Nicht vergessen werden darf die Rechtsform des Betriebes. Dies ist eine Vorgabe für den Fall einer rechtlichen Auseinandersetzung.

Freie Berufe

Ärzte als Angehörige eines freien Berufes müssen spezifische Angaben zur gesetzlichen Berufsbezeichnung machen (Arzt), den Staat nennen, der die Berufsbezeichnung verliehen hat, die zuständige Kammer (Landesärztekammer Baden-Württemberg) und die einschlägigen berufsrechtlichen Regelungen. Das bedeutet, es muss im Impressum zwingend auf die Berufsordnung der Ärzte der Landesärztekammer Baden-Württemberg verwiesen werden. Hier reicht allerdings ein Link.

Gerne vergessen wird bei Vertragsärzten, die jeweilige KV zu nennen, also beispielsweise die KV Baden-Württemberg (nicht etwa Nordbaden oder Süd-Württemberg).

Außerdem notwendig sind die Umsatzsteueridentifikationsnum-

mer und – falls der Seitenbetreiber eine besitzt – die Wirtschaftsidentifikationsnummer.

Journalistische Inhalte

Wenn Sie als Praxisbetreiber spezielle Behandlungsarten selbst beschreiben oder eine aktuelle Rubrik mit Praxisnews besitzen, müssen Sie nach dem Rundfunkstaatsvertrag einen Verantwortlichen mit Namen und Anschrift angeben. Das liest sich dann so wie in den meisten Zeitschriften: „Verantwortlicher für den Inhalt der Homepage gemäß Paragraph 55 Abs. 2 Rundfunkstaatsvertrag ist...“.

Welche Angaben im Impressum verpflichtend sind, ist einem Merkblatt der Landesärztekammer Baden-Württemberg zu entnehmen. *ef*

➔ www.aerztekammer-bw.de » Ärzte » Merkblätter und Recht » Merkblätter » Merkblatt Internet-Präsentation

Der Berufsordnung ist zu finden unter folgendem Pfad: www.aerztekammer-bw.de » Ärzte » Merkblätter und Recht » Merkblätter » Arzt und Recht » Kammerrecht » Berufsordnung

Arzt fragt, KV antwortet

Aktuelle Fragen aus dem Verordnungsmanagement

HPV Impfung

Welche Impfstoffe stehen zur Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) zur Verfügung?

Neben dem bivalenten Impfstoff Cervarix® (HPV-Typen 16 und 18) und dem quadrivalenten Impfstoff Gardasil® (HPV-Typen 6, 11, 16 und 18) ist seit Kurzem zusätzlich ein neunvalenter Impfstoff auf dem Markt. Er ist unter der Bezeichnung Gardasil® 9 erhältlich.

Dieser enthält neben den Typen 6,11,16 und 18 fünf zusätzliche HPV-Typen (31, 33, 45, 52 und 58), die für 15-20 Prozent aller Zervixkarzinome verantwortlich gemacht werden.*

Laut STIKO können alle drei verfügbaren Impfstoffe (bi-, quadri-, neunvalent) zur Reduktion der Krankheitslast durch das Zervixkarzinom und dessen Vorstufen verwendet werden.

Wie viele Impfdosen werden zur Immunisierung mit den Impfstoffen gegen HPV benötigt?

Personen zwischen neun und 14 Jahren sollten zur Immunisierung mit Cervarix® oder Gardasil® 9 zwei Dosen verabreicht bekommen. Der Impfabstand zwischen diesen zwei Dosen sollte fünf bis 13 Monate betragen. Ab einem Alter von 15 Jahren ist für beide Impfstoffe die Verabreichung von drei Impfdosen vorgesehen. Die Impfungen mit Cervarix® sollten in den Monaten null, eins und sechs erfolgen, die Impfungen mit Gardasil® 9 in den Monaten null, zwei und sechs.

Die Immunisierung mit dem quadrivalenten Impfstoff Gardasil® ist für Neun- bis 13-Jährige mit einem Zwei-Dosen- Impfschema möglich. Der Impfabstand sollte sechs Monate betragen. Ab 14 Jahren sind drei Dosen erforderlich, die Gabe erfolgt in den Monaten null, zwei und sechs.

Entfallen nach vollständiger Immunisierung die Routineuntersuchungen zur Früherkennung eines Zervixkarzinoms?

Nein, die Impfung ist kein Ersatz für Routineuntersuchungen zur Zervixkarzinom-Früherkennung. Da kein Impfstoff zu 100 Prozent wirksam ist und die Impfstoffe nicht vor jedem HPV-Typ oder zum Zeitpunkt der Impfung bereits bestehenden HPV-Infektionen schützen, bleiben die Routineuntersuchungen von entscheidender Wichtigkeit und sollten entsprechend den lokalen Empfehlungen unverändert durchgeführt werden.

Werden die Kosten des neunvalenten Impfstoffs von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet?

Da es keine Änderungen in der Schutzimpfungs-Richtlinie Anlage 1 gibt und die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg keine leistungsrechtlichen Einschränkungen bekundet haben, können Sie Gardasil® 9, wie auch die anderen HPV-Impfstoffe zu Lasten der GKV verordnen und die Impfleistung mit der GOP 89110 A und B abrechnen. Die Verordnung erfolgt auf den Namen des Patienten. *tk*

* STIKO: Anwendung des neunvalenten Impfstoffs gegen Humane Papillomviren (HPV). Epidemiol Bull Nr. 16 2016

Aktuelle Fragen aus der Abrechnung

Selbstaussgestellte Scheine

Wann und wie kann ein Behandlungsschein ohne Einlesedatum der elektronischen Gesundheitskarte angelegt werden?

Im Rahmen des Ersatzverfahrens kann ein Abrechnungsschein (Scheinuntergruppe 00) in folgenden Fällen angelegt werden:



- Der Patient hat die Krankenkasse oder die Versichertenart gewechselt (Vorlage alte Karte),
- die Karte, das Kartenterminal oder der Drucker ist defekt,
- bei Hausbesuchen steht kein mobiles Kartenlesegerät zur Verfügung und es können keine in der Praxis vorgefertigten Formulare verwendet werden.

Dieses Verfahren ist auch anzuwenden bei einziger Leistung im Quartal für:

- das Ausstellen des Rezepts,
- das Ausstellen des Überweisungsscheins,
- Telefonate,
- das Übermitteln der Befunde durch Praxispersonal im Auftrag des Arztes.

Dagegen unterscheidet man die Anlage einer selbst-ausgestellten Überweisung (Scheinuntergruppe 20), die nur angewendet wird für die Abrechnung von Aufträgen von Zahnärzten, von ausschließlich auf Überweisung tätig werdenden Arztgruppen sowie bei der Abrechnung von quartalsübergreifenden Probenuntersuchung durch bestimmte Fachgruppen. *ab*

Hygiene-Ecke

Musterhygieneplan für gastroenterologische Praxen

Bisher beschrieb der Musterhygieneplan Gastroenterologie die hygienerlevanten Abläufe einer gastroenterologischen Praxis in zwei unterschiedlichen Aufbereitungsverfahren: die manuelle sowie die maschinelle Reinigung und Desinfektion.

Aufgrund der Nachfrage wurde nun zusätzlich eine Version für die teilmaschinelle Aufbereitung vorgelegt. Mit der weiteren Veröffentlichung können jetzt alle in der Praxis gängigen Aufbereitungsverfahren abgebildet werden: Reinigung und Desinfektion von Endoskopen, endoskopischem Zusatzinstrumentarium und Zubehör – jeweils im maschinellen, manuellen oder teilmaschinellen Verfahren.

Veröffentlicht wurden die drei Versionen des Hygieneplans vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (CoC), das bei der KVBW angesiedelt ist. Für weitergehende Informa-

tionen zu den beschriebenen Hygienemaßnahmen wird auf die Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ verwiesen. *md*

→ Die drei Versionen des Musterhygieneplans Gastroenterologie sowie der Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ stehen auf der Website der KVBW zur Verfügung: www.kvbawue.de » Praxis » Qualitätssicherung » Hygiene & Medizinprodukte



Eine Word-Version, die für die individuelle Anpassung der eigenen Praxis benötigt wird, kann bei den Hygieneberaterinnen der KVBW angefordert werden. 07121 917-2131 hygiene-und-medizinprodukte@kvbawue.de



Richtige Reinigung von Endoskopen: Das CoC hilft.

Überraschender Besuch vom Gesundheitsamt

Gut gerüstet für behördliche Praxisbegehungen

Praxen und Medizinische Versorgungszentren werden zunehmend mit Besuchen von Behörden konfrontiert, die im Rahmen von Praxisbegehungen kontrollieren, ob Hygiene- und Medizinprodukte-Vorschriften eingehalten werden. Dazu sind sie gesetzlich verpflichtet. In vielen Arztpraxen löst die Ankündigung einer behördlichen Inspektion Unsicherheit oder gar Ängste aus. Doch auf eine solche Praxisbegehung kann man sich gut vorbereiten – wie, das zeigt eine kleine ergo-Serie. Teil 1 widmet sich der Hygiene.

Auf Grundlage des bundesweit geltenden Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind die Gesundheitsämter zuständig, die Infektionshygiene zu überwachen. Während ambulant operierende Praxen und Dialyseeinrichtungen einer Routineüberwachung unterliegen, können Gesundheitsämter in Bezug auf alle anderen Praxen frei entscheiden, ob und in welcher Regelmäßigkeit sie diese überprüfen; bei den 38 Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg fällt die Begehungspraxis sehr unterschiedlich aus.

Generell sind die Gesundheitsämter dabei, ihre Begehungen in den ambulant operierenden Einrichtungen auszuweiten. Die gute Nachricht: Im Regelfall – und ohne Anlass – werden sie angekündigt. Bei einem konkreten Anlass (zum Beispiel bei einer Beschwerde durch einen Patienten) und dem Verdacht einer akuten Patientengefährdung erfolgt der Besuch des Gesundheitsamts aber auch schon mal ohne Ankündigung.

Verantwortlich dafür, dass die Hygiene-Vorschriften korrekt ein-

gehalten werden, ist die Leitung der Praxis oder des MVZ. Sie trägt die Gesamtverantwortung für alle Hygiene-Maßnahmen und -Dokumentationen und steht damit besonders im Fokus der infektiologischen Überwachung.

Was überprüft wird

Bei einer Praxisbegehung begutachtet der durch das Gesundheitsamt geschickte Vertreter die räumlichen, organisatorischen und personellen Hygiene-Aspekte der Praxis. Dabei geht es schwerpunktmäßig um folgende Fragestellungen:

- Existiert ein praxisspezifisch ausgearbeiteter Hygieneplan?
- Wird das Personal in Hygienefragen unterwiesen?
- Werden die Maßnahmen der Händehygiene korrekt umgesetzt?
- Wie sind Praxisreinigung, -desinfektion und Wäscheaufbereitung organisiert?
- Werden Medikamente korrekt gelagert und verabreicht?
- Wird die Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz korrekt umgesetzt?
- Bei Durchführung ambulanter Operationen:
 - Führt die Praxis eine Infektions- und eine Antibiotika-Verbrauchs-Statistik?
 - Sind die Anforderungen nach der Landes-Hygieneverordnung in Bezug auf Hygiene-Fachpersonal – Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft, hygienebeauftragter Arzt – erfüllt?

Feedback

Nach einer Begehung erhält die Praxis ein Feedback und gegebenenfalls eine Auflistung der festgestellten Abweichungen oder

Mängel. Zudem erheben die meisten Gesundheitsämter für die Praxisbegehung eine Gebühr.

Die Beseitigung bestimmter Mängel wird oftmals mit einer Frist versehen, beispielsweise, wenn eine Dokumentation als Handlungsanleitung erstellt werden muss. Bei gravierenden Hygiene-Fehlern, die eine akute Patientengefährdung darstellen, kann das Gesundheitsamt die Praxistätigkeit einschränken und die Praxis im schlimmsten Fall schließen.

Vorbereitet sein

Bei angekündigten Praxisbegehungen bleibt in der Regel Zeit, sich frühzeitig zu rüsten, die nötigen Unterlagen bereitzulegen und das Praxispersonal zu schulen. Eine konkrete Handlungsanweisung bietet eine Broschüre zur Praxisbegehung der KBV. Und natürlich unterstützen die Hygiene-Berater der KV Baden-Württemberg sowohl bei der Vorbereitung einer Begehung als auch im Nachgang bei der Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen oder der Erfüllung eventueller Auflagen. *ka*

→ Weitere Informationen: 07121 917-2131 hygiene-medizinprodukte@kvbawue.de

Auf der Homepage der KVBW finden sich Informationen zum Thema, darunter auch der Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“: www.kvbawue.de » Praxis » Qualitätssicherung » Hygiene & Medizinprodukte



Save the Date: 3. Hygienetag der KV Baden-Württemberg

Hygiene ist wichtig! Um gesundheitliche und unternehmerische Risiken zu minimieren, müssen Praxen stets auf dem neuesten Stand sein.

Beim 3. Hygienetag wird es um folgende Schwerpunktthemen gehen: Hygiene bei übertragbaren Krankheiten sowie behördliche Begehungen zur Kontrolle der technischen Sicherheit von aktiven Medizinprodukten und mögliche Konsequenzen für Praxisleitung und Mitarbeiter bei Hygienefehlern.

Zur Vertiefung gibt es am Nachmittag mehrere parallele Workshops: Hygienemaßnahmen bei multiresistenten Erregern, Mikrobiologie und geeignete Desinfektionsverfahren, Aktion Saubere Hände sowie Kommunikation für Hygieneverantwortliche in der Arztpraxis. Weitere Informationen zum Hygienetag wird es im nächsten

Rundschreiben geben. Für die Teilnahme an der Veranstaltung können Fortbildungspunkte der Landesärztekammer BW erworben werden.

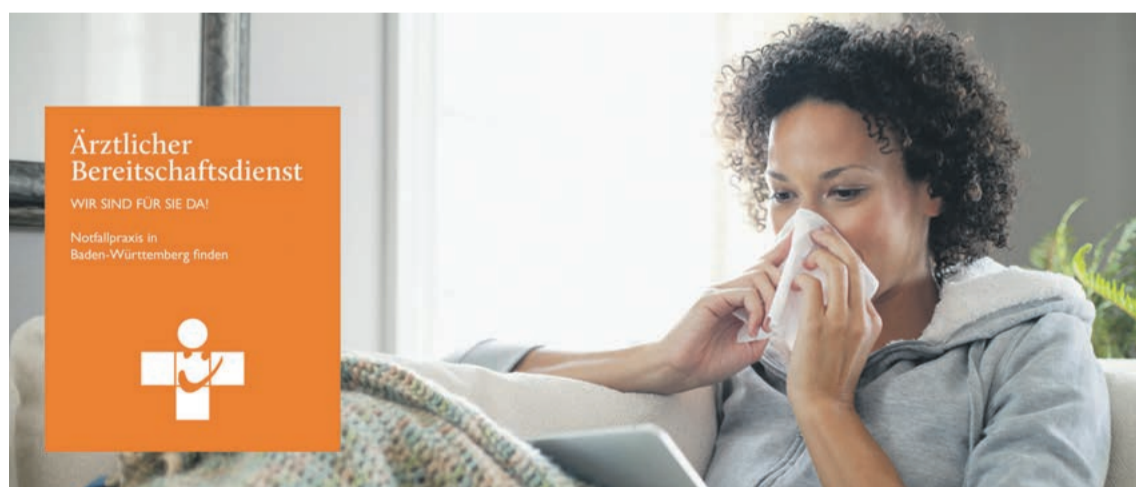
Termin

Samstag, 18. März 2017
9.30 Uhr bis 16.30 Uhr
KVBW Bezirksdirektion Stuttgart
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Teilnahmegebühr: 125 €
Kursnummer: S 269

Anmeldung

www.mak-bw.de
Das Team der MAK erreichen Sie:
Fon 0711 7875-3535
Fax 0711 7875-483888
info@mak-bw.de



Bequeme Arztsuche per App

Patienten können jetzt ganz einfach per Wisch auf ihrem Smartphone die passende Notfallpraxis in ihrer Nähe finden – egal, wo sie gerade sind. Möglich macht's die neue App der KV Baden-Württemberg. Angezeigt wird die 116 117, die bundesweit einheitliche Rufnummer für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Baden-Württemberg sowie die unterschiedlichen Nummern der

kinderärztlichen, augenärztlichen und HNO-ärztlichen Notfallpraxen. Zu jeder Praxis werden Detailinformationen wie Öffnungszeiten und Adresse angezeigt. Die Notfallpraxen können über die Eingabe eines Ortes oder einer Postleitzahl gefunden werden, möglich ist auch die Suche über GPS. Die Route kann berechnet werden. Patienten können die Praxis in ihrer Nähe als Favorit markieren.

Suchen Sie mit Ihrem Android-Gerät im Google Play Store nach dem Stichwort "Notfallpraxen". Mit einem Klick installieren Sie dann die kostenlose App auf Ihrem Gerät. In Kürze gibt es die App auch für Apple-Geräte. *ef*

→ iOS-Version: 5.1 oder höher
Android-Version: 2.3.3 oder höher.
Die App ist nicht für Windows-Phones geeignet.

Eine Heimat für die Sumpfdeckelschnecke

Landarzt hat sich an der schwäbischen Alb sein eigenes Naturparadies geschaffen



Fit für die Praxis: Harry Seik

Irgendetwas stimmt mit diesem Arzt nicht, dachten sich die Bürger im schwäbischen Riedlingen-Neufra und betrachteten den neuen Dorfdoc misstrauisch. Ein Mediziner muss eine Villa mit einem gepflegten Rasen drumherum besitzen. Dieser hier trägt Gummistiefel und fährt nach der Praxis nicht mit dem Cabrio, sondern dem Traktor. Harry Seik machte aus einem Acker ein Biotop. Und er lud Eva Frien ein, sich sein Frosch- und Fischparadies einmal anzusehen.

Mitgebracht hatte ich hübsche kleine rote. Anziehen sollte ich praktische schlammgraue. Die schlammgrauen Gummistiefel reichen nämlich bis zum Knie und schützen besser vor allem, was so krecht und fleucht. Und es krecht so einiges.

Kröten statt Weizen

Drei Hektar groß ist das Areal, das Harry Seik in den Achtzigerjahren erwarb. Zwei Bauernhäuser standen drauf, der Rest war Acker. Seik machte sich ans Werk: Gras mähen, Bäume fällen, einen Bagger kaufen. „Damit habe ich Teiche ausgehoben und angelegt, ganz zum Verdross der Dorfbewölkerung. Die Leute sagten: So ein grüner Spinner, aus fruchtbarem Ackerland macht der Krotelöcher (Krötenlöcher)!“ erinnert er sich.

Der „grüne Spinner“, mittlerweile 70 Jahre alt, sah's gelassen und baggerte weiter. Eins, zwei, drei, vier, mittlerweile 13 Gewässer sind es. Der größte Teich hat 2.000 Quadratmeter und ist drei Meter tief, der kleinste ist zwei Quadratmeter groß. Wo einst der Weizen im Wind wogte, quaken jetzt Frösche und fliegen Schmetterlinge.

Die Führung beginnt. Voran

der Doc, die Schlammgrauen und ich hinterher. Gleich merke ich, wozu sie gut sind.

Im schwäbischen Urwald

„Ringelnattern sind gesellige Tiere. Heute ist schönes Wetter, da sind sie vielleicht draußen. Sie werden bis zu 1,40 m lang“, informiert mich Seik, während wir durch fast mannshohes Gestrüpp zum ersten Teich balancieren; über instabilen Untergrund durch abgestorbene Baum- und Pflanzenreste. „Aber sie sind scheu“, beruhigt er mich, „und Sie passen nicht in ihr Beuteschema. Wenn Sie eine Maus oder ein Frosch wären allerdings...“

Kein Stadtmensch

Als sich Seik vor 34 Jahren – nach dem Studium in Bonn – als Hausarzt niederließ, wollte er unbedingt auf's Land. Ganz und gar kein Stadtmensch sei er, noch nie gewesen, sagt er. Gezogen habe es ihn deshalb in die Nähe des Ortes, wo er aufgewachsen ist.

Seiks verzauberter Garten ist natürlich gewachsen und größtenteils so belassen, wie die Natur es richtet. Ein wunderbarer Ort war das für die drei inzwischen erwachsenen Kinder. Nur ab und an müsse er Hand anlegen, wenn beispielsweise Brunnenkresse einen Teich zuwuchere. „So viel Arbeit ist es nicht“, meint Seik, „und die Praxis geht vor.“

Ein Geben und Nehmen

Als Arzt auf dem Land kann man sich nicht so richtig verstecken – auch wenn man sich in sein eigenes Biotop zurückgezogen und gerade Urlaub hat. Und so kommt ab und an ein Patient vorbei und sucht des Arztes Rat. So auch

heute. Doch die Gefälligkeit sei gegenseitig, so sei das eben auf dem Land, freut sich Seik: „Wenn ein Teich durch Faulschlamm zu verlanden droht, kommt einer meiner jungen Patienten und hilft beim Ausbaggern.“

Der Schlammpeitzger atmet dreifach

Mit seinem wilden Garten will der Arzt dazu beitragen, dass die Artenvielfalt im Tierreich erhalten bleibt. Bedrohte Tierarten hat er aus Gewässern in Deutschland und dem Ausland importiert und ihnen ein neues Zuhause geschaffen – mit für sie idealen Voraussetzungen.

Zum Beispiel für die Sumpfdeckelschnecke oder den Schlammpeitzger, eine Fischart, die außer über die Kiemen auch über die Haut und den Darm atmen kann. Irrsinnig findet Seik die Monokultur durch die Landwirtschaft in Deutschland: „In meiner Kindheit gab es viele Blumenwiesen. Bald wird es hier so sein wie in Kalifornien, wo ganze Bienenvölker auf Reisen geschickt werden, weil es vor Ort keine mehr gibt, um Pflanzen zu bestäuben.“

Das Biotop gibt Seik Kraft für seine Arbeit als Arzt und hält ihn fit. Noch bis 75 will er praktizieren und er macht es gern. „Ich kann die Leute hier doch nicht im Stich lassen“, spielt er auf die prekäre Nach-

Anmeldung KV-Newsletter

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

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



wuchssituation an. „Als ich 65 wurde, gab es ein Gerücht, dass ich aufhöre. Da pilgerten die ganze alten Leutchen zu mir und fragten, was sie jetzt tun sollten.“

Quak macht ein Frosch und sitzt dick und grün auf einer Seerose. Er wirkt irgendwie zufrieden. Fast wie zur Bestätigung dessen, was Seik als nächstes sagt: „Wir leben alle durch die Natur. Ich als Arzt muss etwas für den Erhalt der Natur tun, so wie jeder andere Mensch auch.“ *ef*

Was sagen die Kollegen?

Patientenfallkonferenzen als originäres Instrument der Qualitätszirkelarbeit

Viele Ärzte und Psychotherapeuten kennen das: Sie haben einen schwierigen Fall in der Praxis und würden gern mit Kollegen darüber sprechen. Oder sie möchten einen neuen Behandlungsplan für einen Patienten entwickeln, alternative Therapien besprechen. Doch bei vielen ist das im Praxisalltag kaum möglich.

Für solche Fachgespräche haben sich inzwischen viele Qualitätszirkel in Baden-Württemberg etabliert. Insbesondere eine Patientenfallkonferenz kann dabei unterstützen, die eigene Behandlungspraxis anhand von aktuellen Patientenfällen – schwerpunktmäßig chronisch Kranken – in der Gruppe zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Die strukturierte Fallbesprechung dauert je Fall 60 bis 90 Minuten und erfolgt in vier Phasen.

In Phase I stellt der Arzt den

Fall vor und beschreibt insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung. Das medizinische Problem wird in Phase II geschildert. In Phase III werden gemeinsam die Evidenzquellen geprüft, Leitlinien und EBM miteinander verglichen. Am Schluss – in Phase IV – wird schließlich gemeinsam ein Behandlungsplan erstellt, der stundentauglich übernommen werden kann.

Der Qualitätszirkelmoderator führt die Gruppe durch die Fallbesprechung. Die Dokumentation erfolgt auf speziell dafür entworfenen Moderationsplakaten. So haben alle Teilnehmer die Möglichkeit, während des Treffens auf das bisher Niedergeschriebene zurückzugreifen.

Der Nutzen dieser Methode liegt für den vorstellenden Arzt auf der Hand. Aber auch die anderen Mitglieder des Qualitätszirkels profitieren: Sie lernen an einem exem-

plarischen Fall auch für ihre eigene Praxis.

Interessierte Moderatoren können sich das Instrument der Patientenfallkonferenz unter anderem durch ein Online-Tutorial der KBV aneignen. Zudem ist die Patientenfallkonferenz im Qualitätszirkel-Handbuch der KBV unter Ziffer 4.2 veröffentlicht. Seit kurzem ist das Qualitätszirkel-Handbuch auch im KV Safenet unter Downloads „Module für die Qualitätszirkelarbeit“ zu finden.

Mittlerweile gibt es in Baden-Württemberg rund 1.250 Qualitätszirkel, davon circa 850 mit mindestens vier Qualitätszirkelsitzungen im Jahr. Die ersten Qualitätszirkel wurden bereits vor über 20 Jahren gegründet. *mm*

Aufgeschrieben: Pille, Salbe und Co.

Medikationsplan soll für mehr Transparenz in der Arzneimittelverordnung sorgen

Ab 1. Oktober haben Patienten Anspruch auf einen Medikationsplan. So sieht es das E-Health-Gesetz vor. Den Medikationsplan erhalten auf Wunsch alle Patienten, die mindestens drei verordnete, systemisch wirkende Medikamente einnehmen. Die Anwendung muss dauerhaft – mindestens an 28 Tagen – erfolgen. Der Arzt muss nicht nur auf die Bitte des Patienten hin den Plan ausstellen, er muss die betroffenen Patienten auch über ihren Anspruch informieren.

Zum einen soll der Medikationsplan Patienten einen verständlichen Überblick darüber geben, welche Medikamente sie einnehmen

und wie sie wirken. Zum anderen sollen mit dem Plan auch alle behandelnden Ärzte stets über sämtliche Verordnungen informiert sein.

Vor allem ältere Patienten sind oft überfordert, wenn sie mehrere Medikamente einnehmen müssen. Sie verwechseln die Dosierung und den Zeitpunkt der Einnahme. Für viele Patienten stellt ein Medikationsplan daher eine sinnvolle Information dar. Auch viele mitbehandelnde Ärzte bekommen einen besseren Überblick darüber, was ihre Patienten an Medikamenten einnehmen. Oft genug bekommt der Arzt, wenn er den Patienten danach fragt, nur unzureichende Antworten: die gelbe oder die grüne Pille?! Das führt dazu, dass Wechselwirkungen nicht ausreichend berücksichtigt werden können.

Medikationsplan		für: Rudolf Testmann		geb. am: 19.10.1959		
ausgedruckt von:		Praxis Dr. Michael Müller		Schloßstr. 22, 10555 Berlin		
Tel.: 030-1234567		E-Mail: dr.mueller@kv-net.de		ausgedruckt am: 25.04.2016		
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Einheit	Hinweise	Grund
Metoprolol succinat	Metoprolol succinat TA	95 mg	Tabl	1 0 0 0	Stück	Herz/Blutdruck
Ramipril	Ramipril-ratiopharm	5 mg	Tabl	1 0 0 0	Stück	Blutdruck
Insulin aspart	NovoRapid Penfill	100 E/ml	Lösung	20 0 20 0	I.E.	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen
Simvastatin	Simva-Aristo	40 mg	Tabl	0 0 1 0	Stück	Blutfette
zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente						
Fentanyl	Fentanyl ABZ 75 µg/h Matröglafaser	2,375mg	Pflast	alle drei Tage 1	Stück	auf wechsellnde Stellen aufkleben
Selbstmedikation						
Johanniskraut	Laif Balance	900 mg	Tabl	1 0 0 0	Stück	Stimmung

Beispiel Medikationsplan

Der Medikationsplan muss alle Medikamente enthalten, die der Vertragsarzt selbst verordnet hat. Zusätzlich sollen auch alle anderen

Arzneimittel aufgeführt werden, sofern der Arzt Kenntnis davon hat. Dazu zählen auch Medikamente, die der Patient direkt in der Apotheke kauft. Weiter sind auf dem Medikationsplan Einnahmegrund, Dosierung, Wirkstoff und gegebenenfalls Hinweise zur Einnahme aufgeführt. Seine Erstellung wird durch die Praxisverwaltungssysteme unterstützt.

Die Hausärzte sind zum Ausstellen des Medikationsplans verpflichtet; Fachärzte nur dann, wenn der Versicherte keinen Hausarzt hat. Der erstausstellende Arzt ist zur weiteren Aktualisierung verpflichtet, alle weiteren behandelnden Ärzte dürfen den Plan ergänzen. Ebenso können die Apotheken den Medikationsplan vervollständigen.

Der Medikationsplan ist darauf angelegt, für mehr Transparenz und Sicherheit in der Arzneimittelverordnung zu sorgen. Doch es gibt auch Kritik. Dr. Norbert Metke, Vorstandsvorsitzender der KVBW, bezweifelt, dass der neue Medikationsplan die Probleme in der Praxis löst: „Der Medikationsplan ist ja

nicht verpflichtend. Die Patienten können frei entscheiden, ob sie überhaupt einen Medikationsplan möchten. Und sie entscheiden, welche Medikamente dort eingetragen werden. Damit ist der Medikationsplan oft genug eine unzuverlässige Information.“ Metke kritisiert, dass damit wieder einmal der Arzt das Risiko trage. Denn er könne nicht wissen, in welchen Fällen er sich auf den Medikationsplan verlassen kann. „Das uralte Problem, dass wir Ärzte oft nicht wissen, ob und welche Medikamente der Patient überhaupt einnimmt, ist damit nicht gelöst“, bilanziert Metke.

Obwohl der Medikationsplan im E-Health-Gesetz festgelegt wurde, hat er mit E-Health zunächst nichts zu tun. Erst ab 2018 soll der Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Mit dem Start am 1. Oktober wird der bundeseinheitliche Medikationsplan zunächst auf Papier ausgestellt und dem Patienten mitgegeben. Mit Hilfe eines aufgedruckten Barcodes lassen sich die im Plan enthaltenen Informationen einfach einlesen. Dafür allerdings ist ein Barcode-Scanner notwendig, dessen Kauf für den Arzt bisher nicht verpflichtend ist.

Die Softwarehäuser wurden aufgefordert, die Verordnungssoftware um den bundeseinheitlichen Medikationsplan zu ergänzen und von der KBV zertifizieren zu lassen. Spätestens zum 1. April 2017 muss er verwendet werden. Bis dahin können übergangsweise auch noch andere Pläne genutzt werden. *sm*

➔ Weitere Informationen finden Sie bei der KBV: www.kbv.de » Ser vice für die Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Therapiesicherheit

Sie suchen? Wir finden!

Die Praxis-, Kooperations- und Jobbörse der KV Baden-Württemberg

Sie möchten Ihre Praxis abgeben, sind auf der Suche nach einem Kooperationspartner oder einem Angestellten? Wir unterstützen Sie dabei! Einfach. Schnell. Kostenfrei.

Sie haben die Möglichkeit, eigene Inserate einzustellen, in der Datenbank nach geeigneten Interessenten zu suchen und mit diesen in Kontakt zu treten.

Zudem erhalten Sie durch die Teilnahme am Dauerauftragssystem der Börsen immer die neuesten

Angebote, die auf Ihre Suchkriterien zutreffen.

Im Zeitraum von Januar bis Juli 2016 konnten bereits 115 Nachfolger an Praxisinhaber vermittelt werden. Das entspricht einem Drittel der vorhandenen Praxisangebote!

➔ Haben wir Ihr Interesse geweckt? Gerne beraten wir Sie individuell bezüglich der Börsennutzung. Sie erreichen uns unter 0761 884 – 4224 oder per E-Mail an praxisboerse@kvbwue.de.



Mit dem Ring an der linken Hand

Die erste Röntgenaufnahme ist eine Familienproduktion

Anna Bertha Röntgen muss eine mutige Frau gewesen sein. Und eine Frau, die ihrem Mann bedingungslos vertraute. Denn ihre Hand war es, die Wilhelm Conrad Röntgen am 22. Dezember 1896 das erste Mal mit seinen neu entdeckten X-Strahlen durchleuchtete.

Nur wenige Tage zuvor hatte der Würzburger Physikprofessor bei Versuchen mit Kathodenstrahlen zufällig eine neue Art von Strahlen entdeckt, die er X-Strahlen nannte. Ihm war ein Leuchten auf einer beschichteten Oberfläche aufgefallen, das nicht von den Kathodenstrahlen kommen konnte. Von ihnen wusste man, dass sie Glas nicht durchdringen konnten. Die neuen Strahlen aber konnten das. Röntgen machte daraufhin weitere Versuche und stellte schnell fest, dass sie auch andere Objekte durchleuchteten. Schließlich bat er am 22. Dezember seine Frau, ihm ihre Hand zur Verfügung zu stellen. Sie war bis zu diesem Zeitpunkt die einzige, die wusste, dass er an einer geheimnisvollen Entdeckung arbeitete.

Anna Röntgen zögerte nicht – obwohl ihr Mann ihr nicht sagen konnte, ob die neuen Strahlen nicht doch gefährlich sind. So wurde die Röntgenaufnahme ihrer Hand das erste Röntgenbild, das in der Öffentlichkeit bekannt wurde. Röntgen wusste, er hatte eine wichtige Entdeckung gemacht. Seine drei wissenschaftlichen Veröffentlichungen über die neuen X-Strahlen elektrisierten die Fachwelt.

Am 23. Januar 1896 präsentierte Röntgen seine Entdeckung vor der Physikalisch-Medizinischen Gesellschaft in Würzburg. Alle wichtigen Persönlichkeiten der Stadt – Wissenschaftler, Bürgermeister, Offiziere – saßen im Hörsaal, als Röntgen am Ende seiner Vorlesung den Anatom Professor Albert von Kölliker bat, eine X-Strahlen-Aufnahme seiner Hand machen zu dürfen. Von Kölliker kam dem Wunsch Röntgens gern nach und ließ seine Hand durchleuchten. Das Auditorium war begeistert und von Kölliker schlug vor, die neuen Strahlen „Röntgenstrahlen“ zu nennen. Danach war die weitere Entwicklung nicht

mehr aufzuhalten. Was auch daran lag, dass Röntgen – von Natur aus eher bescheiden und introvertiert – auf die Patentierung seiner Entdeckung verzichtete. So konnten die Röntgenstrahlen sofort von allen angewendet und weiter erforscht werden. Röntgen erhielt seinen Lohn durch die große wissenschaftliche Anerkennung. Und durch den Nobelpreis für Physik, den er 1901 als erster Mensch überhaupt verliehen bekam.

Seine Frau übrigens begleitete ihn nicht nach Stockholm zur Preisverleihung. Sie blieb zu Hause, passte auf die Tochter auf und tat ansonsten das, was von einer Professorengattin im wilhelminischen Deutschland erwartet wurde. Sie unterstützte ihren Mann und seine Arbeit ein Leben lang.

Ihrem Mut ist es zu verdanken, dass wir ein so frühes Zeugnis der Entdeckung der Röntgenstrahlen Mannes haben. Und sie selbst? Sie zeigte sich gebührend beeindruckt von der Arbeit ihres Mannes: „Ich habe meinen Tod gesehen“, soll sie bei der Betrachtung der Aufnahme gesagt haben. *sm*



Mit Ehering an der Hand

„Kampfgeist kann man nicht von allen Patienten erwarten“

Professioneller Umgang mit Angst und Hoffnung bei schwerkranken Patienten

Wenn ein Patient mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert wird, hängt der Erfolg einer Therapie stark von seiner inneren Einstellung ab. Mobilisiert er all seine inneren Kräfte, um zu kämpfen oder fügt er sich in sein Schicksal? Und was davon ist besser? Prof. Dr. Rolf Verres, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, erläutert im ergo-Interview das Prinzip Hoffnung in der Medizin.

Warum gehört Hoffnung zu den wichtigsten Ressourcen in der Medizin?

Wenn wir die Compliance von Patienten fördern wollen, geht das nur, wenn wir eine gewisse Übereinstimmung zwischen den Vorstellungen des Arztes und denen

des Patienten erreichen. Es geht mir hierbei nicht nur darum, ob Arzt und Patient ähnliche Konzepte zur Bekämpfung der Erkrankung haben, sondern es geht mir um die emotionale Seite des Patienten. Sie wird in der Medizin zu wenig betrachtet, weil viele Ärzte die Gefühle von Menschen als etwas wahrnehmen, was wissenschaftlich nicht erfassbar ist und daher ausgeblendet werden sollte.

Viele Patienten haben aber Angst vor der Therapie oder vor der Stigmatisierung. Diese Ängste können wir dann in den Griff bekommen, wenn wir Hoffnung schaffen.

Wie kann der Arzt dem Patienten die Angst nehmen?

Schwerkranke Menschen werden von vielen Ängsten geplagt: die

Angst vor Verstümmelung, vor einer Chemotherapie, vor Stigmatisierung, dem Tod oder davor, nicht mehr für die Familie da sein zu können. Der Arzt kann die Angst des Patienten nur dann lindern, wenn er diese wirklich verstanden hat und darauf im Gespräch so eingeht, dass der Patient sich ernst genommen fühlt und spürt, dass er als Mensch interessiert.

Dieses Begleiten und Schützen können wahrscheinlich Ärzte am besten leisten, die selbst Angst, Depression und Verzweiflung in ihrem Leben kennen und sie als natürliche menschliche Gefühle würdigen. In der Psychotherapie nennen wir das „Haltefunktion“ des Therapeuten. Das bedeutet, dass der Therapeut zeitweise nicht handelt, sondern Fragen stellt, um das Verständnis der Situation zu vertiefen oder einfach nur die Gefühle des Patienten ohne Lösungsversuche aushält und annimmt. Hoffnung kann entstehen, indem man beispielsweise vermittelt, dass die Nebenwirkungen der Therapie durch flankierende Maßnahmen einigermaßen abgefedert werden können; dass man fragt, wie die Partnerschaft ist; dass man auf Selbsthilfegruppen eingeht und ähnliches.

Ein wichtiges Stichwort ist auch Empowerment. Das bedeutet, dass wir die inneren Kräfte der Patienten stärken, ein Selbstwertgefühl zurückspiegeln und die Patienten nicht nur als bedauernswerte Opfer einer Krankheit betrachten, sondern als Menschen, die eine Kraft haben.

Kann man auch Hoffnung geben, wenn es objektiv keine mehr gibt?

Ich bin fest davon überzeugt, dass jeder Mensch Hoffnung hat, dass sie eine Art existenzielle Grundkonstante ist. Der Arzt muss nur die richtige Art von Hoffnung herausfinden. Viele Ärzte glauben, dass zum Beispiel bei Krebs Hoffnung sich hauptsächlich darauf bezieht, länger leben zu dürfen. Doch die meisten Patienten hoffen, dass sie sich aufgehoben fühlen können. Als Arzt muss man aber auch aushalten können, wenn ein Patient sich „stoisch“ in sein Schicksal fügt. Kampfgeist kann man nicht von allen kranken Menschen erwarten.

Aber wie soll der Arzt mit seiner eigenen Belastung umgehen?

Viele Ärzte haben Angst vor der Angst der Patienten. Sie denken, wenn sie Ängste ansprechen, ist das ein Fass ohne Boden und dann öffnet sich ein unkontrollierbares Gefühlschaos. Doch Ärzte sollten versuchen, die Ängste der Patienten als Realität anzuerkennen und nicht als etwas, was sie persönlich belastet.

Je mehr ich den gesamten Patienten einschließlich seiner emotionalen Verfassung erfassen kann, desto besser kann ich ihm professionell helfen. Insofern muss ich keine Angst vor den Ängsten der Patienten haben, sondern nehme sie als wichtige und hilfreiche Informationsquelle für meine Professionalität.

Zudem müssen auch die Belastungen der Behandler offener angesprochen werden können: Wann fühlt sich ein Arzt überfordert, hat ein Burn-Out, braucht selbst Unterstützung, um Gelassenheit zu entwickeln, um sich stark und kompetent zu fühlen? Das funktio-



Prof. Dr. Rolf Verres, geboren 1948, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Diplom-Psychologe, war Ärztlicher Direktor des Institutes für medizinische Psychologie der Universität Heidelberg. Seit 2013 ist er emeritiert.

niert nicht einfach durch das Ausblenden von Ängsten, sondern das geht am besten, wenn man sich die Psychologie als wirkliche Unterstützung der körperlichen Behandlung bewusst macht. *ef*

➔ Weitere Informationen zu einer MAK-Veranstaltung mit Prof. Verres am 30. November 2016 finden Sie auf S. 15 bei den Veranstaltungen der Management Akademie.

Ärzte, die an einem DMP Brustkrebs teilnehmen wollen, müssen eine Fortbildungsveranstaltung Psychoonkologie für Hausärzte und Fachärzte besuchen.

MAK-Tipp: Wege zur Arztentlastung – für ein kooperatives Miteinander von Ärzten und Mitarbeitern

Wieder mehr Zeit für sich selbst und den Patienten haben, sich primär der Diagnostik und Therapie widmen können – wäre das nicht schön? Doch permanenter Zeitdruck, zunehmende Bürokratie und ökonomische Zwänge belasten häufig den Praxisalltag und drängen die Medizin immer weiter in den Hintergrund. Ein wesentlicher Teil der ärztlichen Arbeitszeit geht für Verwaltung, Praxisorganisation und -führung verloren. Neben der eigentlichen Aufgabe – der medizinischen Versorgung der Patienten – kommen dabei auch persönliche Belange oft zu kurz.

Das MAK-Seminar zeigt Möglichkeiten der Delegation und wie Ärzte sie erfolgreich für die Praxis nutzen können. Die Teilnehmer erfahren anhand von Fallbeispielen, Diskussionen, praktischen Übungen und Rollenspielen, wie sie sich durch selbstständige Mitarbeiter entlasten und deren Arbeitsplatz zugleich attraktiver gestalten können. Außerdem lernen sie Wege kennen, um die Praxis-Mitarbeiter durch empfangen- und zielorientierte Kommunikation, Wertschätzung und Vorbildlichkeit nachhaltig für ihre Arbeit zu motivieren.

Schwerpunkte der Fortbildung: Den persönlichen Führungsstil optimieren, Ressourcen und Entlastungspotenziale von Mitar-

beitern erkennen, nutzen und fördern, Mitarbeiterunterstützung im Arzt-Patienten-Kontakt, Präventions-Beratungen und Schulungen durch die Medizinische Fachgesellschaft, Delegation, Optimierung der Kommunikation. Seminarteilnehmer lernen darüber hinaus durch mehr Planung Ruhe in den Praxisablauf zu bringen, Zeitfresser aufzuspüren und vieles mehr.

Das Seminar richtet sich an Ärzte und deren Erstkräfte beziehungsweise leitende Praxismitarbeiter. Tipp: Kommen Sie mit Ihrem qualifizierten Praxismitarbeiter und lassen Sie sich gemeinsam neue Wege zur effektiven Zusammenarbeit aufzeigen.

Seminarnummer F 134

Referentin Ariane Hanfstein, Systemischer Führungskräfte- und Teamcoach, Kommunikationstrainerin, Konfliktmoderatorin

Termin Mi, 26. Oktober 2016, 15.00 bis 19.00 Uhr, KVBW Freiburg Sundgauallee 27, 79114 Freiburg

Kosten 89 Euro

Anmeldung Über die Management Akademie, Kontakt siehe S. 15

IGeL-Kodex hat sich bewährt

Praxen können bei der KVBW Plakate mit den zehn IGeL-Regeln bestellen und in ihren Praxen aushängen. Sie verpflichten sich damit, die Regeln gegenüber den Patienten einzuhalten, etwa sie über den Nutzen der Behandlung aufzuklären und einen schriftlichen Behandlungsvertrag mit ihnen abzuschließen.

KVBW-Vorstandschef Dr. Norbert Metke hat in Stuttgart eine positive Bilanz der Aktion gezogen. „Mehr als 1.000 Praxen haben das IGeL-Plakat bestellt. Wenn man berücksichtigt, dass IGeL nur in wenigen Fachgruppen eine Rolle spielen, ist das ein ausgezeichnetes Ergebnis.“

Metke beklagte die öffentliche Diskussion um IGeL, die aus seiner Sicht wenig sachgerecht geführt werde. „Die pauschale Verurteilung von IGeL halte ich für verfehlt. Dabei wird verschwiegen, dass der Leistungskatalog der GKV aus medizinischer Sicht keineswegs vollständig ist, sondern Lücken enthält, die durch IGeL gefüllt werden müssen. Noch vor wenigen Jahren war vieles, was heute von den Krankenkassen bezahlt wird, eine IGeL. Zum Beispiel Melanomscreening oder Osteodensitometrie.“

Gleichzeitig werde vergessen, dass viele IGeL von den Patienten selbst nachgefragt werden, so Metke weiter. „Die Patienten



bestimmen den Markt, auf dem auch Apotheker, Heilpraktikern und sogar Krankenkassen mitmischen.“ Da sei es doch allemal besser, wenn der Arzt – mit seiner Kompetenz – entscheidet, ob IGeL Sinn machen oder nicht. „IGeL? Ja, aber nur beim Besten: beim Arzt“, meint Metke. *ef*

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
ABRECHNUNG/VERORDNUNG							
EBM-Workshop	Augenärzte und Praxismitarbeiter	26. Oktober 2016	15.00 bis 18.30 Uhr	BD Stuttgart	89,-	5	S 19
EBM-Workshop	Neurologen und Praxismitarbeiter	23. November 2016	15.00 bis 18.30 Uhr	BD Stuttgart	89,-	5	S 20
Sicher durch den Richtlinien-Dschungel Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	Ärzte	11. November 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	65,-	8	R 45
BETRIEBSWIRTSCHAFT							
Ganzheitliches Arbeits-Lebens-Zeit-Management	Ärzte und Psychotherapeuten	9. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Karlsruhe	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	K 70
Starterseminar	Ärzte, die sich neu niedergelassen haben	26. November 2016	9.00 bis 13.00 Uhr	Karlsruhe	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	K 287
KOMMUNIKATION							
Breaking Bad News: Wie sag ich's den Patienten?	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	25. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	98,-	7	S 81
PRAXISMANAGEMENT							
Wiederbelebende Sofortmaßnahmen	Ärzte und Praxismitarbeiter	12. November 2016	9.00 bis 16.00 Uhr	BD Reutlingen	115,-	10	R 123
Finden und Binden von Mitarbeitern	Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsverantwortung	30. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	89,-	7	F 145
QUALITÄTSMANAGEMENT							
Patientensicherheit in der Praxis: Fehler- und Risikomanagement als wichtige Erfolgsfaktoren	Ärzte und Praxismitarbeiter	8. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	89,-	7	F 228
QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG							
DiSko-Schulungsprogramm: Wie Diabetiker zum Sport kommen	Ärzte und Praxismitarbeiter	9. November 2016	15.00 bis 19.30 Uhr	BD Freiburg	89,- 75,- je Schulungsordner	7	F 267
Disease-Management-Programme (DMP) – weiterführende Fortbildungen, aktuelle Informationen zu den DMP, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma/DMP COPD, Diabetes mellitus Typ 2	Hausärzte, die an der Vereinbarung zu den entsprechenden DMP-Programmen in der ersten Versorgungsebene teilnehmen	23. November 2016	14.30 bis 18.30 Uhr	Karlsruhe	80,-	5	K272
DMP Brustkrebs – Einführungsveranstaltung zum DMP Brustkrebs und Fortbildungsveranstaltung Psychoonkologie	Hausärzte, die am DMP Brustkrebs teilnehmen möchten	Modul 1: Psychoonkologische Betreuung 30. November 2016	14.00 bis 15.30 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	2	S 274/1
DMP Brustkrebs – Einführungsveranstaltung zum DMP Brustkrebs und Fortbildungsveranstaltung Psychoonkologie	Hausärzte, die am DMP Brustkrebs teilnehmen bzw. teilnehmen möchten	Modul 1 + 2: Einführungsveranstaltung + Psychoonkologische Betreuung 30. November 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	6	S 274/1+2
Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologie-assistenten (MTRA)	29. Oktober 2016	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	115,- (Ärzte) 89,- (MTRA)	8	S 280/1
Aktualisierung der Fachkunde nach Strahlenschutzverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologie-assistenten (MTRA)	28./29. Oktober 2016	freitags 16.00 bis 19.15 Uhr samstags 9.00 bis 12.30 Uhr	BD Stuttgart	115,- (Ärzte) 89,- (MTRA)	8	S 280/2
Kombinierte Aktualisierung nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung	Ärzte und Medizinisch-technische Radiologie-assistenten (MTRA)	28./29. Oktober 2016	freitags 16.00 bis 19.15 Uhr samstags 9.00 bis 16.30 Uhr	BD Stuttgart	145,- (Ärzte) 115,- (MTRA)	12	S 280/1+2
VERANSTALTUNGEN ZU AKTUELLEN THEMEN							
Kultursensibler Umgang bei Menschen mit Migrationshintergrund							R 307
Workshop 1: Schaffen einer interkulturellen Kompetenz	Ärzte und Psychotherapeuten	10. Dezember 2016	10.00 bis 16.30 Uhr	BD Reutlingen	45,-	7	Separates Anmeldeformular
Workshop 2: Gesprächsführung bei traumatisierten Menschen mit Migrationshintergrund							



Für Fragen steht das Team der MAK unter

0711 7875-3535

zur Verfügung.

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

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

www.mak-bw.de



IMPRESSUM

ergo Ausgabe 4/2016
Zeitung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
ISSN 1862-1430

Erscheinungstag:
8. Oktober 2016

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

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

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

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

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Jörg Armbruster (ab), Karin Artz (ka), Tobias Binder (tb), Marion Dorbath (md), Ulrich Junger (ab), Tanja Krummrein (tk), Renate Matenaer (rm), Michaela Mutzke (mm), Corinna Pelzl (cp), Kerstin Vanessa Rupp (kr), Kai Sonntag (ks), Martina Tröscher (mt), Dr. Michael Wosgien (ab)

Fotos und Illustrationen:
S. 2 iStock/vm, iStock/KatarzynaBialasiewicz;
S. 3 iStock/sturti; S. 4 mauritius images/Blend Images/Ariel Skelley, shutterstock/Estrada Anton, Unabhängiger Beauftragter für Fragen des Kindesmissbrauchs; S. 5 gematik, KBV; S. 6 KBV/ressourcenmangel, mauritius images/Kevin Law/Alamy; S. 7 ddp images/Ian Lishman/Juice Ima; S. 9 iStock/KatarzynaBialasiewicz; S. 10 fotolia/Zerbor; S. 11 iStock/kot63; S. 13 KBV, mauritius images/Arterra Picture Library/Alamy; S. 14 Friederike Hentschel; S. 16 Alameda Film, Schwarzkopf&Schwarzkopf, privat, Frank Speth (Illustration)

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Auflage:
24.300 Exemplare

Gestaltung und Produktion:
VISCHER&BERNET

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

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

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

Ziemlich beste Ärzte

Neu im Kino: Französische Tragikomödie „Der Landarzt von Chaussy“

Ärzte sind häufig die schlechtesten Patienten, so heißt es. Dr. Jean-Pierre Werner ist seit über 30 Jahren Landarzt, als er selbst gezwungen wird, sich mit einer schlimmen Diagnose auseinanderzusetzen: ein Hirntumor, inoperabel, linksseitig.

Der in seinem Dorf sehr beliebte Arzt ist Tag und Nacht für seine Patienten da, hat für ihre Sorgen und Nöte immer ein offenes Ohr. Doch seine eigene Erkrankung kann er niemandem

mitteilen, nicht dem Sohn, seiner Mutter oder den Freunden. Und so versucht er allein zurechtzukommen, mit der Diagnose, der Chemotherapie, der ungewissen Zukunft. Als ihn Symptome wie Gesichtsfeldausfälle zunehmend in seiner Arbeit behindern, schickt ihm ein befreundeter Arzt eine attraktive und selbstbewusste Vertretung, Dr. Nathalie Delezia. Aber Jean-Pierre, der sich für unersetzbar hält, ist nicht bereit, sie zu akzeptieren. Er konfrontiert sie ohne Warnung mit der Kauzigkeit der Dorfbewohner und deren anfängliche Ablehnung gegen unbekannte (weibliche) Ärzte. Doch Nathalie ässt sich nicht kleinkriegen und nach und nach werden sie ein ziemlich gutes Team.

Der Mediziner und Regisseur Thomas Lilti zeichnet ein authentisches Portrait eines Landarztes und seiner Arbeit. Deutschen Landärzten könnte einiges bekannt vorkommen: Der Ärztemangel auf dem Land, dem man mit Gesundheitszentren, dem Import ausländischer Ärzte oder Patiententaxis beikommen will, die Beziehung zu den Patienten, die man duzt und deren

Familienverhältnisse man über Generationen kennt oder ethische Konflikte bei schwerkranken Patienten. Dann nämlich, wenn man einem 92-jährigen multimorbiden Patienten versprochen hat, zu Hause bleiben zu dürfen. Was aber, wenn er im Krankenhaus länger leben würde?

In den Hauptrollen spielen der aus „Ziemlich beste Freunde“ bekannte François Cluzet als Jean-Pierre und Marianne Denicourt als Nathalie. Und sie machen das ziemlich gut und ohne jede Rührseligkeit. Auch, wenn der Moment für sich spricht. Beispielsweise, als Jean-Pierre, sonst nicht für Gefühlsausbrüche bekannt, seiner Mutter einen Kuss auf die Stirn gibt und sagt: „Ich liebe Dich“. Eine Schwäche angesichts der eigenen Endlichkeit. Das sind starke Momente. Auch, wenn der Arzt seinen Beruf resümiert: „Wir müssen den Tatsachen ins Auge sehen. Die Natur ist grausam. Wir Ärzte reparieren nur, was die Natur verbockt hat, kämpfen ständig gegen die Grausamkeit. Aber wir wissen, dass sie am Ende gewinnen wird.“

„Der Landarzt von Chaussy“ ist eigentlich eine Liebesgeschichte: eine sehr, sehr vorsichtige zwischen einem Arzt und einer Ärztin und eine lebenslange zwischen einem Mann und seinem Beruf. ef



Vorsichtige Annäherung: Jean-Pierre und Nathalie

Raus aus der Praxis, rein ins Abenteuer

Mannheimer Arztehepaar geht nach Papua-Neuguinea

Papua-Neuguinea ist weit davon entfernt, ein funktionierendes Gesundheitssystem zu besitzen. Medizinische Versorgung wird dringend gebraucht. Tausende sterben jährlich an Malaria, Tuberkulose und Aids. Dr. Florian Schwöbel hängt seinen Job als niedergelassener Orthopäde an den Nagel und machte sich mit Frau Katrin, ebenfalls Ärztin, und drei Kindern auf den Weg zu dem südpazifische Inselstaat, um dort drei Jahre zu arbeiten. Per E-Mail beschreibt er der Redaktion seine Motivation.



Ehepaar Schwöbel mit Ben, Isabella und Teresa

„Meine Frau und ich waren bereits am Studienende für eine kurze Zeit in Tansania und hatten erste Erfahrungen mit der Medizin in einem anderen Setting als in Deutschland gesammelt. Wir waren uns einig, dass wir irgendwann noch einmal gerne in die Entwicklungshilfe gehen würden.“

Nach der Facharztausbildung absolvierte ich eine Zusatzausbildung zur speziellen Unfallchirurgie und ließ mich in einer orthopädischen Gemeinschaftspraxis nieder. Doch die Arbeit in der Praxis entsprach nicht der Vorstellung von Medizin wie ich sie praktizieren möchte. Insbesondere die mangelnde Zeit für die Patienten, die vielen Patienten mit Befindlich-

keitsstörungen und die Einengung der Therapie durch Budgets trugen dazu bei. Daher begann ich, darüber nachzudenken, wie es weitergehen könnte.

Als wir die Stellenanzeige von der evangelisch-lutherischen Mission in der Zeitung sahen, riefen wir an und erkundigten uns. Man sagte uns, dass sich schon viele für die Stelle interessiert hätten. Die meisten hätten jedoch abgesagt, weil die Entlohnung ihnen zu gering war oder der Ehepartner vor Ort nicht arbeiten könnte. Sie hätten gerne ein Arztehepaar für die Stelle. Kurz vor Weihnachten bekamen wir die Stelle dann zugesagt.

Zurzeit sind wir in Brisbane Australien, wo wir eine kleine Woh-

nung gestellt bekommen haben und auf unsere Visa und die Registrierung bei der Ärztekammer für Papua-Neuguinea warten.

Dort werden wir eine vierwöchige Einarbeitungszeit in einem Krankenhaus absolvieren. Die Kinder (zwölf, zehn und sieben Jahre) werden zu Hause mit dem Deutschen Fernschulprogramm unterrichtet. Damit wir uns beide auf die Medizin konzentrieren können, werden wir dabei von einem Volontär aus dem evangelischen Freiwilligendienst unterstützt. Wir werden im Krankenhaus auf Karkar Island arbeiten.“

Wie es weitergeht in Papua-Neuguinea, wird ergo in einer der nächsten Ausgaben berichten. ef

111 Gründe, Arzt zu sein – eine Hommage an den schönsten Beruf der Welt



Die meisten unserer Leser haben wahrscheinlich zumindest einen guten Grund, Arzt geworden zu sein. Und in vielen Fällen wird die Begründung – möglicherweise – ähnlich ausfallen. Falk Stirkat, 32, hat sogar 111 Gründe – Grund genug, ein Buch darüber zu schreiben.

In zwölf Kapiteln erklärt Stirkat, warum Arzt wirklich der beste Beruf der Welt ist – manchmal aus etwas eigennütigen Motiven („Lassen Sie mich durch, ich bin Arzt“ oder weil man sich als Arzt selbst krankschreiben kann), manchmal aus ideellen (weil man als Arzt wirklich etwas bewirken und sogar heilen kann).

Stirkat wendet sich im Buch auch an die Patienten, empfiehlt ihnen beispielsweise, dass sie sich lieber ihrem topausgebildeten Arzt statt Dr. Google anvertrauen sollen, erichtet über den Arzt als Studenten, über Krankenhaus und Notfälle („Ich kam, sah und intubierte“). Un erwähnt bleibt natürlich auch nicht der Niedergelassenen (Weil niedergelassene Ärzte die letzte Bastion gegen das Praxissterben sind).

Der Autor wirbt beim Patienten für Verständnis und Einsehen, fordert beispielsweise auf, nicht wegen einer Erkältung die Notfallambulanz des Krankenhauses aufzusuchen und resümiert: „Vielleicht denken Sie beim nächsten Mal, wenn Sie einen niedergelassenen Arzt aufsuchen, welche Leistung er eigentlich für unsere Gesellschaft erbringt. Das Wegfallen der haus- und fachärztlichen Versorgung für unser Sozialsystem wäre ungefähr so katastrophal wie das Aussterben der Bienen für die Natur. Danke also an alle Übriggebliebenen!“

Der junge Autor vollbringt in seinem Buch den Spagat, sowohl Ärzte als auch Patienten anzusprechen und zwar so, dass man immer wieder schmunzelt und sich selbst oder andere wiedererkennt. Vergessen wird auch nicht, die manchmal schwierigen Verhältnisse im deutschen Gesundheitssystem zu erwähnen – auf die humorvolle Art. ef

➔ Falk Stirkat: 111 Gründe, ein Arzt zu sein. Schwarzkopf & Schwarzkopf, Berlin 2016. € 9,99.

