

# ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Die KVBW geht neue Wege. Im Modellprojekt DocDirekt werden Patienten von Tele-Ärzten per Telefon und Video beraten. Mehr dazu lesen Sie auf den Seiten 2 und 5.

## Perinatale Prävention

Das Projekt „GeMuKi – Gemeinsam gesund: Vorsorge plus für Mutter und Kind“ wird für vier Jahre vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Damit soll die fachübergreifende Gesundheitsberatung für Schwangere und junge Eltern an die bestehenden Schwangerschafts- und Kinder-vorsorgeuntersuchungen gekoppelt werden. Im Fokus der Beratungen stehen unterstützende Angebote zu ausgewogener Ernährung und mehr Bewegung.

GeMuKi ist das Gemeinschaftsprojekt von vier Partnern; federführend ist die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb). peb wird das Projekt zusammen mit dem Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Uniklinik Köln, dem Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme (FOKUS), der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der BARMER sowie weiteren Kooperationspartnern umsetzen. GeMuKi baut auf den Erkenntnissen und Erfahrungen aus dem peb-Projekt „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“ auf.

Schwerpunktmäßig geht es um Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft. peb-Vorstandsmitglied und Kinder- und Jugendarzt Dr. Thomas Kauth aus Ludwigsburg betont: „Damit zeigt sich, dass unsere Pionierarbeit in der perinatalen Prävention Früchte trägt. Ich bin mir sicher, dass die konsequente und flächendeckende Nutzung der Vorsorgeuntersuchen in der Schwangerschaft und den ersten Lebensmonaten ein wirkungsvoller Hebel ist, um die spätere Gewichtsentwicklung und die Gesundheit von Mutter und Kind langfristig positiv zu beeinflussen.“

KVBW-Vorstands-vize Dr. Johannes Fechner bestätigt: „Wir sehen im Projektansatz eine wertvolle Ergänzung der Versorgung und freuen uns daher, dass wir das Projekt in Baden-Württemberg umsetzen können.“

GeMuKi geht voraussichtlich im Herbst 2017 an den Start. Augenblicklich laufen noch Verhandlungen zu den Vertragsdetails wie etwa die Behandlungspauschale für die teilnehmenden Ärzte. Im nächsten ergo wird darüber berichtet werden.

## „Konzept ist aufgegangen“

KVBW-Vorstand berichtet der VV über Ergebnisse der Richtgrößen-Ablösung im ersten Quartal 2017

**Für den Vorstandsvorsitzenden der KVBW, Dr. Norbert Metke, war es eines der wichtigsten Ziele seiner ersten Amtszeit: die Ablösung der Richtgrößen, die seit 20 Jahren viele Ärzte bei der Verordnung von Arzneimitteln immer wieder in Bedrängnis brachten. Nun konnte er Vollzug melden.**

Es war eine Meldung nach Metkes Geschmack: Erfolg auf ganzer Linie, die neue Richtwert-Systematik funktioniert.

„Zu Beginn hatten wir relative Befürchtungen“, räumte Metke ein. Schließlich habe keiner einschätzen können, ob auch die Krankenkassen das neue, von der KVBW

entwickelte System mittragen würden. „Doch wir waren sehr überzeugend und hatten auf der Krankenkassenseite äußerst entgegenkommende Partner.“

Die zweite Befürchtung betraf die Einschätzung, wie gut die vielen Modellrechnungen, die vorab erstellt wurden, wirklich waren. Würden sie den realen Berechnungen standhalten?

Sie hielten stand, wie Metke nun vermelden konnte. Bei der Vertreterversammlung präsentierte er die Ergebnisse für das erste Quartal 2017, die nur einen Schluss zuließen: „Das Konzept ist aufgegangen.“

Von 10.912 Praxen, die Arzneimittel verordnen, waren 215 Praxen

– 1,97 Prozent – auffällig. Das heißt sie überschritten ihren praxisindividuellen Richtwert um mehr als 25 Prozent. Zum Vergleich: Im Jahr 2015 waren es noch 2.087 Praxen, also knapp 20 Prozent.

Diese Unterlagen zwar nicht alle einem Regress, doch die Ärzte waren oftmals über zwei Jahre im Ungewissen und sahen sich mit Prüfanträgen konfrontiert – so lange dauerten die Nachberechnungen anhand einer als intransparent empfundenen Filtersystematik. Das war unzumutbar für die Praxen und führte nicht zuletzt zur Fehlversorgung von Patienten.

Sowohl die Ärzte profitieren von der neuen Systematik als auch die Patienten. Metke legte dar,

dass die Gesamtausgaben für Arzneimittelverordnungen im ersten Quartal 2017 in Baden-Württemberg um 2,8 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt lagen. Das sei nochmal weniger als im ersten Quartal 2016, wo es noch 2,2 Prozent waren. Metke dazu: „Ein Kompliment an die Kollegen“, und führte weiter aus, dass dieses Ergebnis auf der neuen praxisindividuellen Systematik beruhe. Zusammen mit einer Sensibilisierung der Ärzte durch informative Maßnahmen hin zu einer rationalen Pharmakotherapie käme es zu diesen Einsparungen.

Weitere Details zur neuen Richtwert-Systematik und den Ergebnissen finden Sie auf Seite 2.

### Wahl 2017

Parteiprogramme

Der Wahlkampf hat begonnen und die Parteien haben im Juni ihre Wahlprogramme präsentiert. Die wichtigsten gesundheitspolitischen Themen stehen fest: Die Bürgerversicherung beziehungsweise das duale Versicherungssystem, die Sicherstellung der ambulanten Versorgung und einiges mehr. Wie diese Themen einzuordnen sind und was sie für die KV und die Niedergelassenen letztendlich bedeuten, erläutert Dr. Norbert Metke.

(Mehr auf Seite 3)

### Digital Health ...

... auf Dänisch

Das eHealth Forum Freiburg hat sich mittlerweile als Kongress zur Digitalisierung im Gesundheitswesen etabliert. Rund 260 Gäste informierten sich über das Trendthema. Der Blick nach Dänemark verdeutlichte, dass Deutschland in Sachen Vernetzung des Gesundheitswesens hinterher hinkt. Patienten, Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser haben dort Zugang zu Gesundheitsdaten auf einem staatlichen E-Health-Portal.

(Mehr auf Seite 6)

### DocDirekt...

...bei Anruf Behandlung

In den Modellregionen Tuttlingen und Stuttgart wird die KVBW eine Plattform zur digitalen Patientenkommunikation einrichten. Damit bringt sie als erste KV ein telemedizinisches Projekt auf den Weg. Bei akuten Erkrankungen können Bürger, wenn sie ihren behandelnden Arzt nicht erreichen, bei DocDirekt anrufen. Ein Tele-Arzt berät sie telefonisch und per Video und leitet bei Bedarf an eine Bereitschaftspraxis weiter.

(Mehr auf Seite 2)



## Grußwort

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

erinnern Sie sich noch wie es war, als Sie das erste Mal in der eigenen Praxis gearbeitet haben? Wie haben Sie sich gefühlt, was haben Sie gedacht, was sich unter ärztlicher Tätigkeit vorgestellt? Vermutlich dachten Sie eher an ihre Patienten als an Bürokratie oder das Kreuz, das Sie bei „Aut Idem“ setzen müssen, wenn Sie Ihrem Patienten das für ihn geeignete Arzneimittel verschreiben wollen. Wirtschaftlich verordnen und dabei Regresse fürchten zu müssen, ist das Kreuz, mit dem Niedergelassene leben. Im letzten Jahr hat die KVBW ein Konzept entwickelt, die Arzneimittel-Richtgrößen abzulösen. Dieses Konstrukt sollte Ärzten helfen, ohne Angst und rational verordnen zu können. Das Quartal 1/2017 zeigt, das Konzept ist aufgegangen.

Auf bundespolitischer Ebene rumort es. Wahlprogramme werden entwickelt und dann „den Gegenbenheiten angepasst“. Wackelt die Privatversicherung mit der Einführung der Bürgerversicherung? Die Diskussion um Delegation und Substitution von ärztlicher Leistung wird von uns kritisch begleitet.

Niedergelassene Ärzte fehlen, das ist nichts neues. Was spräche dagegen, sich zur Entlastung einen Physician Assistant in die Praxis zu nehmen? Nichts – solange er bei seiner Tätigkeit in den beruflichen Grenzen bleibt. Delegation ja, Substitution ärztlicher Leistungen eindeutig nein. Arztassistenten sind keine „Ärzte light“ und Ärzte und Psychotherapeuten wollen und müssen erste Ansprechpartner für die Patienten bleiben.

Ein Thema des Ärztetages war eine Digitalisierungsstrategie, die ethische und datenschutzrechtliche Grundlagen umfasst und die Rolle digitaler Methoden in der Versorgung klärt. Wir sind schon einen Stück weiter und haben das Modellprojekt DocDirekt ins Leben gerufen.

Einen schönen Sommer wünschen Ihre



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

*N. Metke*

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

*J. Fechner*

# Sicher verordnen

## Neue praxisindividuelle Richtwert-Systematik bildet Versorgungsrealität deutlich besser ab

„Das Ziel ist erreicht.“

**Dr. Norbert Metke, Vorstandsvorsitzender der KVBW, zeigte sich auf der vergangenen Vertreterversammlung äußerst zufrieden mit den Ergebnissen der neuen Richtwert-Systematik. Er präsentierte die Zahlen aus dem ersten Quartal 2017.**

Danach werden deutlich weniger Praxen bei ihren Arzneimittelverordnungen auffällig (vgl. Seite 1). „Die neue Richtwert-Systematik funktioniert“, freute sich Metke und erklärte: „Jede Praxis erhält von der KVBW einen praxisindividuellen Richtwert. Dieser bildet die individuelle Morbidität der Praxis deutlich besser ab.“ Dadurch würde die Angst vor Regressen geringer, Fehl- oder Unterversorgung aus Verschreibungsangst gehören der Vergangenheit an.

Ein weiteres wichtiges Element der Richtwert-Systematik ist der Wegfall der Fallzahlbetrachtung. Somit ist die Frühinfo über das Ordnungsverhalten für Patienten im Kollektiv- und Selektivvertrag verlässlich. Neuer Bezug ist der „Verordnungspatient“ (VOP): Nur diejenigen Patienten, die auch wirklich ein Rezept erhalten, gehen in die Berechnungen ein. „Durch die VOP fällt das Risiko Versorgerpraxis weg“, sagte Metke. „Jeder Patient, der eine Verordnung erhält, trägt zum Richtwert-Volumen der Praxis bei.“

Die Grundlage für die Berechnung des praxisindividuellen Richtwertes bilden die Arzneimittel-Therapiebereiche (AT), in denen sich die nach Anwendungsgebieten zusammengehörenden Wirkstoffe bündeln. Je nach Fach-

gruppe variieren die AT; sie verdeutlichen damit die jeweiligen Versorgungsschwerpunkte.

„Bei der Zuweisung der AT zu den jeweiligen Fachgruppen lagen wir in der Hauptsache richtig“, kommentierte Metke das Ergebnis weiter. Auch die meisten Schwerpunkttätigkeiten hätten zu keiner vermehrten Auffälligkeit geführt.

Ausnahmen gab es: „Wir wussten schon vorher, dass wir vermutlich ein paar AT nachjustieren müssen. Unter anderem müssen wir den sogenannten AT ‚Rest‘ noch einmal überarbeiten“, kündigte Metke an.

Im Übrigen gilt auch mit der neuen Systematik das Prinzip „Beratung vor Regress“. Bei Praxen, die ihren praxisindividuellen Richtwert das erste Mal um mehr als 25 Prozent überschreiten,

kommt es zu einer Beratung, die eine Nachforderung ersetzt. Noch davor werden mögliche Praxisbesonderheiten noch einmal geprüft und berücksichtigt. Erst bei einer nochmaligen Überschreitung des Richtwertes gibt es dann tatsächlich eine Nachforderung.

Neu zugelassene Ärzte erhalten darüber hinaus noch einen besonderen Schutz. „Wir haben eine Art Welpenschutz eingeführt“, so Metke. Neue Praxen werden in ihren ersten zwei Prüfzeiträumen zwar geprüft, müssen aber bei Akzeptanz einer Beratung keine Nachforderung fürchten. „Wir wollen den neuen Ärzten damit die Gelegenheit verschaffen, sich mit dem Thema Verordnungen und Wirtschaftlichkeitsprüfung langsam vertraut zu machen“, erklärte Metke abschließend. *sm*

## DocDirekt: Veranstaltung in Tuttlingen

**In den nächsten zwei Jahren wird die KVBW für Patienten in den Modellregionen Tuttlingen und Stuttgart eine Plattform zur digitalen Patientenkommunikation einrichten. Damit bringt sie als erste KV ein telemedizinisches Projekt auf den Weg.**

40 Ärzte aus der Region Tuttlingen waren einer Einladung der KVBW gefolgt und informierten sich im Juni über das Modellprojekt. Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorsitzender der KVBW, erläuterte die genauen Abläufe.

### So funktioniert DocDirekt

Bei akuten Erkrankungen können Bürger aus den Modellregionen, wenn sie ihren behandelten Arzt nicht erreichen, werktags zwischen 9 und 19 Uhr bei DocDirekt anrufen – statt möglicherweise die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufzusuchen.

Eine speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) erfasst die Daten des Patienten: Name, Adresse, Versichertenstatus und Beschwerdebild. Stellt die MFA fest, dass es sich um einen lebensbedrohlichen Notfall handelt, wird der Anruf an die 112 weitergeleitet. Andernfalls erstellt die MFA ein „Ticket“, das an den Tele-Arzt von DocDirekt weitergegeben wird.

Der Tele-Arzt ruft den Patienten zurück und erhebt die Anamnese. Im Idealfall kann der Patient abschließend beraten werden. Ist es erforderlich, den Patienten mit



DocDirekt: Schnelle ärztliche Hilfe am Telefon

verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu behandeln oder ihn taggleich körperlich durch einen Arzt zu untersuchen, wird der Tele-Arzt den Patienten an eine dienstbereite Praxis weiterleiten. Dies kann eine PEP-Praxis (Bereitschafts-Praxis) oder Notfallpraxis der KVBW in der Modellregion sein.

Der Patient erhält per Mail oder SMS einen Code, mit dem er sich bei der zugewiesenen Praxis meldet. Dort behandelt ein zugelassener Haus- oder Facharzt den Patienten weiter.

### Fragen aus der Modellregion

Die Tuttlinger Ärzte hörten interessiert zu, äußerten aber auch Bedenken, ob sie diese Patienten noch mitversorgen können, obwohl die Arbeitsdichte schon jetzt

hoch ist. Sie wünschten sich, dass die KVBW bei dem neuen Angebot klarstellt, dass DocDirekt-Patienten keinen Anspruch auf Hausbesuche, eine bevorzugte Behandlung oder Weiterbehandlung in der PEP-Praxis haben.

Die Frage, ob HzV-Patienten teilnehmen können, konnte Fechner klar mit Ja beantworten. Die AOK Baden-Württemberg sei damit einverstanden, dass auch im Selektivvertrag eingeschriebene Patienten DocDirekt in Anspruch nehmen können. Wer als PEP-Praxis teilnimmt, braucht keine weitere technische Ausstattung; die Abrechnung erfolgt über die eigene Software.

Auch die Frage nach dem Honorar konnte beantwortet werden: Der Telearzt soll 20 bis 25 Euro pro

Anruf erhalten – extrabudgetär. Fechner: „Wir wissen von anderen Anbietern, dass ein Gespräch inklusive Dokumentation rund 15 Minuten dauert.“ Die Ärzte in den PEP-Praxen erhalten einen Fallwertzuschlag von 20 Euro, zudem wird der Fall außerhalb der Quotierung vergütet. Ebenso werden DocDirekt-Fälle aus der Fallzahlzuwachsbegrenzung herausgenommen.

### Wie geht es weiter?

Die KV wird den Ärzten in Tuttlingen und Stuttgart die Teilnahmebedingungen schriftlich zukommen lassen. Danach werden Ärzte, die sich zur Teilnahme bereit erklären, zu einer weiteren Info-Veranstaltung eingeladen. Das Modell soll zum Jahresende starten. *mt*

## Themen

GESUNDHEITSPOLITIK  
AKTUELL

**KBV legt Acht-Punkte-Programm vor**  
KBV 2020 enthält Vorschläge für hochwertige ambulante medizinische Versorgung 4

KVBW-WELT

**Für den Patienten da sein**  
Arzt-Imagekampagne startet in neue Runde 6

KVBW-WELT

**Viele gute Ideen**  
Die Sieger des ZuZ-Innovationswettbewerbs 7

KVBW-WELT

**KV-Ident-Karte hat ausgedient**  
So gelingt der Umstieg per VPN-Verbindung 8

UNTERNEHMEN PRAXIS

**Ärztehaftung**  
Nachhaftungs-Versicherung für ausscheidende Ärzte 9

UNTERNEHMEN PRAXIS

**So verstehen wir uns besser**  
Kultursensiblen Umgang kann man lernen. 10

UNTERNEHMEN PRAXIS

**Praxisumzug**  
Was man beachten muss 11

ARZT & THERAPEUT

**Was macht eigentlich Jan Geldmacher?**  
Eine Spurensuche bei einem ehemaligen KVBW-Vorstand

LETZTE SEITE

**Martin Luther, der unartige Patient**  
„Seuffzen und schreyen“ 16



# Was kommt auf die Niedergelassenen zu?

Gesundheitspolitische Parteiprogramme zur Bundestagswahl 2017

Am 24. September ist Bundestagswahl. Der Wahlkampf hat begonnen und die Parteien haben im Juni ihre Wahlprogramme präsentiert. Die wichtigsten gesundheitspolitischen Themen stehen fest: die Bürgerversicherung versus Gesundheitsfonds und duales Versicherungssystem, die Überwindung der ambulanten Sektorengrenzen in der ambulanten und stationären Versorgung, die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung, die Digitalisierung der Medizin und die Substitution versus Delegation ärztlicher Leistungen. Wie er diese Themen gesundheitspolitisch einordnet, erläutert der KVBW-Vorstandsvorsitzende Dr. Norbert Metke.

An erster Stelle steht die parteiübergreifende Diskussion um die Sicherung der Finanzierung des Gesundheitssystems sowie um alternative Einnahmen- und Ausgabenstrukturen. Beispiel 2017: Die Gesamtausgaben der GKV werden bei geschätzten 229,14 Milliarden Euro liegen – mit einem Zuschuss vom Bund von vermutlich 14,4 Milliarden, dies aber

bei einem guten Polster im Gesundheitsfonds von 9,1 Milliarden Euro.

„Die Stabilität der Einnahmen und die Finanzierung von GKV sowie den teilweise internen Problemen der PKV wird auf jeden Fall Thema sein, unabhängig in welcher Koalition. Abhängig von der Zusammensetzung einer neuen Bundesregierung sind aber die Themen Bürgerversicherung und Einheitliche Gebührenordnung“, so Metkes Einschätzung. „Die niedergelassenen Ärzte sind tief verunsichert in Bezug auf die zukünftige Ausgestaltung des Gesundheitssystems und damit ihre zukünftige Rolle in der ambulanten medizinischen Versorgung.“ Daher fordert er „mehr Sicherheit und Perspektive für unsere Existenzen.“

## Bürgerversicherung und sektorenübergreifende Vergütung

Metke warnt vor allem vor der Urform der Idee einer Bürgerversicherung. Der Ersatz von GOÄ und EBM durch eine Einheitliche Gebührenordnung (EGO) – bei Fortsetzung der Budgetierung ärztlicher und ärztlich veranlasseter Leistungen – führe zum unmittelbaren Zusammenbruch der medizinischen Versorgung in Deutschland. Vor allem dann, wenn, wie dies in einer Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung gefordert wird, die Mittel der PKV nicht komplett dem GKV-System zugeführt würden und die unterschiedliche regionale Verteilung und die Verteilung zwischen den Fachgruppen der PKV-Ausgaben unberücksichtigt blieben.

Noch dazu sei die Bürgerversicherung ein steuerfinanziertes, staatlich dominiertes Einheitssystem, das, so wie rudimentär angedacht, bei unzähligen offenen Fragen keiner wollen könne. Auch die Vorschläge der anderen Parteien können Metke nicht ganz überzeugen. Die völlig richtige Idee einer sektorenübergreifenden Vergütung gleicher Leistungen bezeichnet er zwar als wünschenswert, aber als politische Fata Morgana. Jeder wisse, dass dies nicht finanzierbar sei und dass die heute noch gegebene Finanzierbarkeit des ambulanten Systems alleine auf den schlanken Erbringungsstrukturen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten beruhe. Kompromisslos fordert er die weitere Entbudgetierung auf der Grundlage eines von seiner

Struktur her völlig neuen EBM. „Vorstellungen aus BW liegen hierzu vor.“ Einen Kritikpunkt formuliert er an alle Parteien: „In allen Programmen fehlt der Faktor einer notwendigen Patientenmitverantwortung und die Übernahme der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass nur ein Mehr an Patientenkoordination das System auf dem heutigen Qualitätsniveau finanzierbar hält.“ Es sei schade, dass man hierzu in Bezug auf das Kollektivsystem keinen Mut habe und Lösungen ausschließlich auf dem Rücken der Ärzte und Psychotherapeuten sowie deren Mitarbeitern und Familien und auf der Grundlage waghalsiger neuer Finanzierungsformen andenke.

Struktur her völlig neuen EBM. „Vorstellungen aus BW liegen hierzu vor.“ Einen Kritikpunkt formuliert er an alle Parteien: „In allen Programmen fehlt der Faktor einer notwendigen Patientenmitverantwortung und die Übernahme der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass nur ein Mehr an Patientenkoordination das System auf dem heutigen Qualitätsniveau finanzierbar hält.“ Es sei schade, dass man hierzu in Bezug auf das Kollektivsystem keinen Mut habe und Lösungen ausschließlich auf dem Rücken der Ärzte und Psychotherapeuten sowie deren Mitarbeitern und Familien und auf der Grundlage waghalsiger neuer Finanzierungsformen andenke.

## Ja zur Delegation auf Augenhöhe – Nein zur Substitution durch Minderqualifizierte

Ansätze zur Delegation sowie zur Substitution ärztlicher Leistungen führen alle Parteien im Programm, die meisten Aussagen aber sind nicht eindeutig, eher schwammig und lassen alles offen. Ganz anders der KV-Vorstandsvorsitzende: Metke spricht ein klares „Ja“ zur Teamarbeit und zur Delegation bestimmter Aufgaben,

aber auch ein deutliches „Nein“ zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten aus. Eine „Zusammenarbeit auf Augenhöhe“ ginge nur bei gleicher Körpergröße, sprich identischer Qualifikation. „Die Komplexität moderner Medizin bedingt ganzheitliche Betrachtung – nur der Arzt hat Medizin ganz gelernt“, so Metke.

## Digitalisierung und Digital Healthcare

Schließlich ist die zukünftige Stärkung und konsequentes Vorbringen der Telemedizin eines der großen gesundheitspolitischen Themen. Metke weiß: „Die Bevölkerung will Digital Healthcare einschließlich Fernbehandlung als Ergänzung zum klassischen Arzt-Patienten-Kontakt, das ist heute schon Realität in vielen Ländern.“ Die KVBW sei mit dem Modellversuch DocDirect hierauf bestens vorbereitet. „Denn wenn wir uns dieses Marktes nicht sofort, tief, umfassend und endgültig annehmen, geht diese Entwicklung an uns vorbei. Wir als Niedergelassene in BW wollen und werden beim Thema Digital Healthcare führend sein. Wir brauchen kein zweites Dieselgate.“

## Die wichtigsten Gesundheitsthemen im Parteienvergleich

### Duales Versicherungssystem versus Bürgerversicherung

#### CDU/CSU

- Festhalten an Dualität von PKV und GKV
- Wettbewerb der Krankenkassen und -versicherungen erhalten – faire Wettbewerbsbedingungen schaffen
- Solidarisches Finanzierungssystem, Abwendung vom Konzept der Kopfpauschale

#### SPD

- Rückkehr zur paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer
- Einführung der Bürgerversicherung – Privatversicherte können dabei wählen, ob sie in die Bürgerversicherung wechseln wollen
- Neue, einheitliche Honorarordnung für Niedergelassene

#### FDP

- Dualität von PKV und GK
  - Fairer Wettbewerb zwischen PKV und GKV sowie der jeweiligen Versicherungen untereinander
  - Verbesserung Portabilität Altersrückstellungen
  - Verbesserung Rückkehrmöglichkeiten aus PKV in GKV

#### GRÜNE

- Paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Abschaffung aller Zuzahlungen und Zusatzbeiträge
- Einführung der Bürgerversicherung
- Angleichung Arzthonorare EBM und GOÄ

#### LINKE

- Solidarische Gesundheitsversicherung (alle Bürger, alle Einkommen, Abschaffung Beitragsbemessungsgrenze, paritätische Finanzierung, Abschaffung Zusatzbeiträge und Zuzahlungen, Überführung der aktuell in der PKV versicherten Personen

### Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung

#### CDU/CSU

- Sektorübergreifende Gestaltung der Bedarfsermittlung, Planung und Vergütung

#### SPD

- Integrierte Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung in der politischen Verantwortung der für die Daseinsvorsorge zuständigen Länder

#### GRÜNE

- Erhöhung des Einflusses der Kommunen und Regionen bei der Sicherstellung der Versorgung

#### LINKE

- Zusammenarbeit von Arztpraxen, Krankenhäusern und Versorgungszentren sowie gemeinsame Bedarfsplanung
- Wissenschaftlich fundierte kleinräumige Bedarfsplanung für alle Gesundheitsberufe

### E-Health / Digitalisierung

#### CDU/CSU

- Einsatz von Telemedizin, um qualitativ hochwertige medizinische Versorgung unabhängig vom Wohnort zugänglich zu machen
- Stärkung Telemedizin, volle Datenhoheit beim Patienten

#### SPD

- Ausbau telemedizinischer Anwendungen
- Telematik-Infrastruktur als Plattform für ein zeitgemäßes Zusammenwirken von ambulante und stationärem Bereich, von Reha und Pflege
- Schaffung eines digital vernetzten Gesundheitswesens mit einem beispiellosen Schutzniveau sensibler Daten

- Sicherstellung des Zugangs der Patienten zu ihren Daten über digitales Patientenfach

#### GRÜNE

- Stärkung der Digitalisierung im Gesundheitswesen
- Selbstbestimmter Zugang für Patienten zu ihren Daten
- Alle Patienten erhalten Anspruch auf eine sichere und vernetzte elektronische Patientenakte

### Überwindung Sektorengrenze ambulant – stationär

#### CDU/CSU

- Bessere Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten soll dafür sorgen, dass die Versorgung auf die Patienten persönlich zugeschnitten wird

#### SPD

- Verbesserung der Situation der Krankenhäuser (Notfallambulanzen, Pflege etc.)

#### FDP

- Ambulante Versorgung stärken
  - Haus- und Fachärzte sind die Basis der flächendeckenden und hochwertigen ambulanten Versorgung
  - Zentralisierte Versorgungsformen haben sich bisher nur punktuell als praktikabel erweisen
- Starke stationäre Versorgung mit sinnvoller Profil- und Zentrenbildung

#### LINKE

- Polikliniken als Rückgrat der ambulanten Versorgung
- Verbesserung der Situation der Krankenhäuser
- Verbindlicher Pflegeschlüssel
- Abschaffung DRG-System
- Beteiligung Bund an Investitionskostenfinanzierung
- Verhinderung/Rücknahme von Privatisierung



# KBV is back!

Vorstand legt Acht-Punkte-Programm „KBV 2020“ vor

**Die KBV ist zurück auf der politischen Bühne. Bei der Vertreterversammlung beim Ärztetag Ende Mai in Freiburg demonstrierte das neue Vorstandsteam Einigkeit und politischen Handlungswillen. Dr. Andreas Gassen will mit seinen Vorstandskollegen Dr. Stephan Hofmeister und Dr. Thomas Kriedel die „Ärmel hochkrempeln und für unsere Forderungen und Lösungsansätze in den nächsten Monaten kämpfen.“**

Schon im letzten Jahr hatten die KBV und die Länder-KVen das Konzept „KBV 2020 – Versorgung gemeinsam gestalten“ erarbeitet. Es enthält Vorschläge für eine hochwertige ambulante medizinische Versorgung der Zukunft. „Mit KBV 2020 haben wir im vergangenen Jahr einen Prozess angestoßen, der jetzt zu einem Acht-Punkte-Forderungskatalog verdichtet ist“, sagte Gassen. „Diesen Forderungskatalog werden meine Vorstandskollegen und ich in den kommenden Monaten vehement in die politische Debatte einbringen.“

Das Programm beginnt mit der Forderung an die Politik, sich ausdrücklich zu den Prinzipien der freiberuflichen Berufsausübung als Basis für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung zu bekennen. Eine funktionierende Selbstverwaltung sei dafür ein unabdingbares Element, erklärte Gassen. „Das KV-System hat als organisierende und sicherstellende Struktur keine Gewinnerzielungsabsicht. Das unterscheidet uns von den meisten Akteuren im Gesundheitswesen.“

## Ambulant vor stationär

Gassen betonte die Notwendigkeit von Veränderung: „KBV 2020 heißt nichts anderes, als den Strukturwandel zu gestalten, den wir erwarten. Daran richten sich unsere Vorschläge aus.“ Nach wie

vor gelte das gesetzlich verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“. Angesichts der immer noch wachsenden Zahl ambulanter Behandlungen müssen daher die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht angepasst werden, heißt es in dem Acht-Punkte-Programm. Dazu zähle zum Beispiel auch die Weiterentwicklung des Belegarztwesens, in dem die hausärztliche Kompetenz eingebunden werden müsse, führte Gassen weiter aus.

Weitere Forderung im Programm: Die ambulanten Not- und Bereitschaftsdienste müssen mit allen Beteiligten weiterentwickelt werden. Hofmeister sagte dazu: „Der Bereitschaftsdienst ist eine der Kernaufgaben des Sicherstellungsauftrages, derer wir uns verstärkt annehmen müssen. Wir müssen ihn so gut machen, dass unsere Patienten ihn als ein gutes Angebot wahrnehmen.“

Möglichen Begehrlichkeiten seitens der Krankenhäuser, den Notfalldienst zu übernehmen, erteilte er eine deutliche Absage: „In der überwiegenden Zahl der Fälle handelt es sich zweifelsfrei nicht um zeitkritische medizinische Notfälle. Deshalb ist auch der Ausbau klinischer Notfallstrukturen, die extrem teuer sind, nicht die richtige Antwort.“

## Ärztemangel begegnen

Das Programm thematisiert in mehreren Punkten den wachsenden Bedarf an niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. „Die steigende Krankheitslast muss endlich in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden“, forderte Gassen. Die Bedarfsplanung muss von einer reinen Zulassungsplanung zu einer echten Bedarfsplanung weiterentwickelt werden, steht im Katalog. Die Festlegung darf sich nicht ausschließlich an der Demografie der Bevölkerung orientieren, sondern muss um Indikation und regionale Besonder-



Auch die KBV-VV-Delegierten aus Baden-Württemberg unterstützen KBV 2020.

heiten erweitert werden. „Wenn beispielsweise die psychischen Erkrankungen zunehmen, dann brauchen wir mehr Sitze für Psychotherapeuten – so einfach ist das und so selbstverständlich!“, forderte Gassen.

Eng verknüpft mit der Frage nach mehr Arztzeit sind die Möglichkeiten der Digitalisierung. Für eine „mit kühlem Kopf gedachte Digitalisierung der Gesundheitsversorgung, die auch wirklich allen nutzt“, warb Kriedel. Eine solche muss, so steht es im Forderungskatalog, auf wirkliche Innovationen ausgerichtet sein und den Kriterien sicher, aufwandsneutral und nutzbringend entsprechen sowie Interoperabilität gewährleisten.

Auch dem Thema Nachwuchs widmet sich das Programm: Das Medizinstudium muss stärker an der Patientenversorgung ausgerichtet und die Förderung der ambulanten Weiterbildung ausgebaut

werden. Gassen dazu: „Wieso sollten nicht auch motivierte Leute ohne Einser-Abitur gute Ärzte werden?“ Und warb für alternative Zugänge zum Medizinstudium. Und in Richtung Politik sagte er: „Die Landarztquote ist doch nur ein hilfloser Versuch, mit staatlicher Planung im Nebel der Zukunft zu stochern. Wir brauchen beim Medizinstudium flexible Lösungen.“

## Aufhebung der Budgetierung

„Wir denken an die langfristige Entwicklung von Investitionen und an die Nachwuchsgewinnung, an die Weiterbildung und an die digitale Vernetzung“, schloss Gassen. „All das kann nur gewährleistet werden, wenn die Praxen finanziell stark aufgestellt sind.“ Im Programm wird gefordert: Die Budgetierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistung

muss beendet werden. Um dem steigenden ambulanten Behandlungsbedarf zu begegnen, ist eine bedarfsgerechte Koordination der Inanspruchnahme ärztlicher Leistung erforderlich. Der EBM ist entsprechend anzupassen.

Gassen möchte insbesondere eine verbesserte Koordinierung über zum Beispiel primärärztliche Modelle: „Wir haben dazu bereits Vorschläge gemacht und ich werde als KBV-Vorsitzender nicht müde, diese zu wiederholen.“ *sm*

➔ Das Acht-Punkte-Programm „KBV 2020“ finden Sie auf der Website der KBV: [www.kbv.de](http://www.kbv.de) » [Aktuell](#) » [Politik](#)



Nürnberger Ärzteprozess: Zeugin zeigt ihre Narben – Folge medizinischer Experimente im KZ Ravensbrück.

## Medizin ohne Menschlichkeit

70 Jahre Nürnberger Ärzteprozesse

**In diesem Jahr jährt sich die Urteilsverkündung im Nürnberger Ärzteprozess 1947 zum 70. Mal. Welche historische Bedeutung hat dieser erste von zwölf Nachfolgeprozessen, die dem Nürnberger Hauptkriegsverbrecherprozess folgten? Warum waren es gerade die Ärzte, die noch vor Militärs und Wirtschaftsführern als erste angeklagt wurden? Was wurde ihnen zur Last gelegt? Damit beschäftigt sich eine Veranstaltung in Stuttgart.**

In den Blick der Ankläger und Richter kamen insbesondere die medizinischen Versuche an Menschen sowie die Euthanasieverbre-

chen. Der Prozess wurde in der Öffentlichkeit und in der internationalen und deutschen Ärzteschaft stark beachtet, aber auch kritisch aufgenommen. Unter anderem hatte er den Nürnberger Kodex zur Folge, der bis heute maßgeblich die Zustimmungspflicht von Betroffenen bei medizinischen Versuchen regelt und vorschreibt.

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg veranstaltet gemeinsam mit weiteren Partnern einen Studientag. Die Fachvorträge und Diskussionen richten sich bewusst nicht nur an ein Fachpublikum, sondern an alle an diesen Themen Interessierte, ungeachtet des historischen Vorwissens. In ei-

nem abschließenden Podiumsgespräch werden einzelne Themen und Fragestellungen vertieft und diskutiert. *läk*

### Termin

27. September 2017  
14.00 Uhr bis 20.00 Uhr

### Ort

Hospitalhof Stuttgart

### Teilnehmerbeitrag

10 Euro

### Anmeldung

Programm und Anmeldemöglichkeit: [www.lernortgeschichte.de](http://www.lernortgeschichte.de) » „Medizin ohne Menschlichkeit“



# Ärztetag will Digitalisierung gestalten

250 Delegierte aus ganz Deutschland trafen sich zum Austausch in Freiburg

**Freiburg im Mai: Vier Tage lang debattierten auf dem 120. Deutschen Ärztetag rund 250 Delegierte aus ganz Deutschland über zahlreiche gesundheits-, sozial- und berufspolitische Themen. ergo fasst einige Beschlüsse zusammen.**

Ein Schwerpunktthema war die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Sie hat das Potenzial, Prozesse und grundsätzliche Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung zu verändern. Die Delegierten haben sich intensiv mit den Chancen und Risiken der neuen technischen Möglichkeiten beschäftigt und keinen Zweifel daran gelassen, dass die Ärzteschaft die Veränderungsprozesse aktiv mitgestalten will und muss, um nicht außen vor zu sein.

## Fernbehandlung

Anders als oftmals vermutet, ist die Fernbehandlung keinesfalls durch das ärztliche Berufsrecht generell verboten. Vielmehr ist ein sehr weites Spektrum telemedizinischer Versorgung von Bestandspatienten mit der ärztlichen Berufsordnung vereinbar.

In Baden-Württemberg schafft die LÄK außerdem die Möglichkeit, in Modellprojekten die ärztliche Behandlung ausschließlich über Kommunikationsnetze – ohne vorherigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt – zu testen.

Konkret unterstützen die Delegierten das Delegationsmodell „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“. Physician Assistant ist ein hochschulisch qualifizierter Gesundheitsberuf (Bachelor-Niveau), der vom Arzt delegierte Aufgaben übernimmt.

## Sicherstellung

Die Delegierten haben sich für die Entwicklung neuer Konzepte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ausgesprochen. Leitgedanken dabei sollten eine stärkere Ausrichtung auf die Behandlung chronisch kranker Patienten sowie auf Prävention und Rehabilitation sein. Zu berücksichtigen sei auch die Weiterentwicklung intra- und interprofessioneller regionaler Versorgungsstrukturen, einschließlich einer sektorenübergreifenden Versorgung.

Auch die Förderung der Gesundheitskompetenz der Patienten sowie die Anpassung der Vergütungsstruktur an die veränderten Versorgungskonzepte seien zu berücksichtigen.

## Unabhängige Ärzte

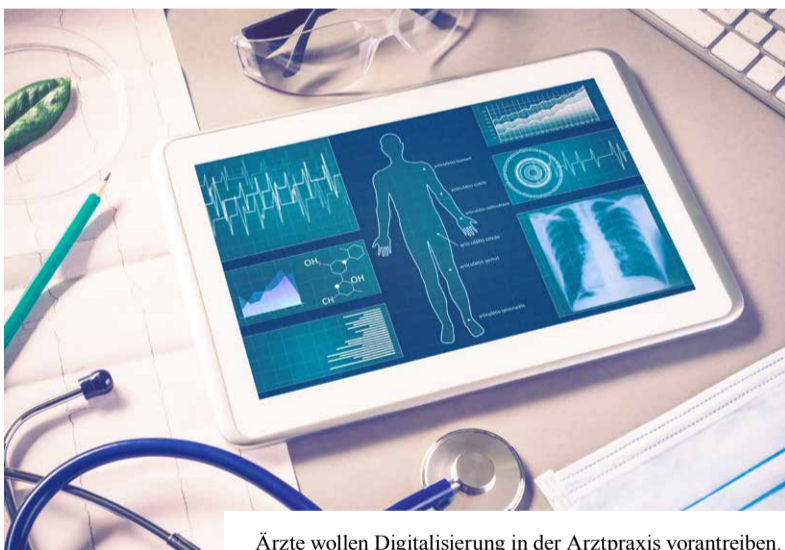
Die Unabhängigkeit von ärztlichen Entscheidungen auch für angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung müsse sichergestellt sein. Die Delegierten stellten klar, dass vertraglich gesetzte Anreize wie

GOÄ-Novelle gegeben. Die Delegierten begrüßten insbesondere die Einbindung der ärztlichen Berufsverbände und Fachgesellschaften. Die BÄK muss nun die vorliegenden Änderungsvorschläge zum Leistungsverzeichnis mit dem PKV-Verband und der Beihilfe abstimmen.

## Innovationsstau begegnen

Mit Sorge blicken die Ärzte auf den Innovationsstau im ambulanten Sektor. Sie fordern rechtliche und institutionelle Maßnahmen, die eine Einführung von Innovationen analog zur stationären Versorgung auch in den ambulanten GKV-Bereich garantieren. Im stationären Bereich dürfen Innovationen sofort eingeführt werden, falls sie vom G-BA nicht verboten wurden. *sm*

➔ Alle Beschlüsse und einen ausführlichen Bericht über den 120. Deutschen Ärztetag finden Sie auf: [www.baek.de](http://www.baek.de)



Ärzte wollen Digitalisierung in der Arztpraxis vorantreiben.

Mehrere Modellprojekte werden derzeit von der Landesärztekammer geprüft. Ein Kriterienkatalog soll dabei die Einhaltung von medizinischen Standards sowie Datenschutz- und Qualitätsanforderungen sicherstellen.

## Für Delegation

Der Ärztetag hat sich für Modelle der Übertragung ärztlicher Aufgaben nach dem Delegationsprinzip ausgesprochen, aber die Substitution ärztlicher Leistungen durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgelehnt. Ärzte hätten die Gesamtverantwortung für die Diagnose und Behandlung.

Leistungsvariablen der ärztlichen Berufsordnung widersprechen.

Der Ärztetag betrachtet mit Sorge, dass sich in immer mehr Bereichen der ambulanten Versorgung konzernartige Strukturen ausbilden. Die Delegierten forderten den Gesetzgeber auf, die Größe solcher Strukturen zu begrenzen. Die Zulassungsausschüsse müssen ihre Entscheidungen auch weiterhin im Sinne einer guten regionalen Versorgung treffen können.

## Verhandlungen GOÄ

Der Ärztetag hat der Bundesärztekammer klare Rückendeckung für die weiteren Verhandlungen der



## Pfälzer unterstützen jetzt FALK

Die KV Rheinland-Pfalz wurde neues Mitglied bei FALK, der Freien Allianz der Länder-KVen. Damit erhält FALK bundesweit noch mehr politisches Gewicht. Nun vertritt FALK etwa 88.000 Niedergelassene in Deutschland.

2011 hatten sich die KVen Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern zu FALK zusammengeschlossen. Später traten Westfalen-Lippe und das Saarland bei. Gemeinsam vertreten sie die Interessen der Länder auf Bundesebene und positionieren sich zu wichtigen

gesundheits- und versorgungspolitischen Themen. Im Schwerpunkt der Arbeit der länderübergreifenden Kooperation steht die Freiberuflichkeit der Praxen und ein breiter Handlungs- und Gestaltungsspielraum der ärztlichen Selbstverwaltung auf Landesebene. Im Vordergrund steht dabei die Ablehnung jeglicher Konvergenz als Verschiebung von Mitteln zwischen den KVen. Denn: Leistungsabhängige Vergütung ist die Angelegenheit der Kassen und nicht Aufgabe des Ausgleichs zwischen den KVen.

# LUST AUF NEUES?

Die KVBW macht sich mit DocDirekt auf den Weg in die Zukunft. Kommen Sie mit als

## Tele-Arzt / Tele-Ärztin

Wir suchen Sie als Hausarzt/-ärztin oder Kinder- und Jugendarzt/-ärztin. (Auch andere Fachgruppen sind uns willkommen.)

- Sie behandeln Patienten per Telefon und / oder Video.
- Sie bekommen eine kostenlose webbasierte Software, über die Termine zur Telefonsprechstunde vermittelt werden.
- Sie entscheiden selbst, wie viel Zeit Sie pro Woche für DocDirekt aufwenden möchten.
- Sie bekommen eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung.
- Sie erhalten eine Schulung von einem erfahrenen externen Dienstleister.

**Haben Sie Interesse? Dann freuen wir uns, wenn Sie sich melden unter 0711 / 7875-3880 oder [docdirekt@kvbwue.de](mailto:docdirekt@kvbwue.de)**

Alles Gute.

**KVBW**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



»Ich arbeite für Ihr Leben gern.  
Und fördere, was alle fordern:  
den ärztlichen Nachwuchs.«

Dr. Janine Feurer  
Hausärztin

Dr. Johannes Grünitz  
Hausarzt

Um auch in Zukunft für unsere Patienten da zu sein,  
denken wir niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten  
bereits heute an die ambulante Versorgung von morgen.  
Mehr erfahren Sie auf [www.ihre-aerzte.de](http://www.ihre-aerzte.de)

Die Haus- und  
Fachärzte

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

Die neuen Kampagnen-Plakate zeigen das reale Arbeitsumfeld der Ärzte.

## Für den Patienten da sein – auch bei Gegenwind

Arzt-Imagekampagne startet in neue Runde

„Ich arbeite für Ihr Leben gern: Morgens. Mittags. Und am Lebensabend; ... auch die Nacht durch und bei Gegenwind.“ Plakate mit diesen Aussagen und Portraits von Ärzten und Psychotherapeuten in ihrem realen Arbeitsumfeld sind seit einigen Wochen wieder in den deutschen Städten zu sehen. Sie sind Teil der Arzt-Image-Kampagne von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Plakatschaltung veranschaulicht die hohe Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung in den unterschiedlichsten Lebensbereichen: im sozialen Brennpunkt der Großstadt, auf dem Land oder im Pflegeheim.

### Ärztliche Kompetenz darstellen

Mit der Kampagne soll deutlich gemacht werden, was die niederge-

lassenen Ärzte und Psychotherapeuten jeden Tag leisten, so die KBV. Herausgestellt werde auch, welche Fülle von Maßnahmen die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits ergriffen haben, um die ambulante medizinische Versorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen sicherzustellen.

Die Plakatschaltung wird von vielfältigen Informationsmaterialien der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen begleitet. So gibt es ein Kampagnen-Booklet im Pflaster-Design, das über die Leistungen und Herausforderungen der ambulanten Versorgung informiert.

Themenschwerpunkte sind unter anderem die Versorgung einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen sowie erfolgreiche Kooperationen bei der ambulanten und stationären Versorgung.

### Infopakete für die Praxen

Ärzte und Psychotherapeuten können die Kampagne auch in diesem Jahr wieder unterstützen. Bereits Anfang Juni erhielten alle Praxen ein Infopaket mit einem Wartezimmerplakat sowie drei Exemplare der neuen Ausgaben des Patientenmagazins „Zimmer Eins“ – diesmal zum Schwerpunktthema „Freiheit“. Alle Materialien können auf der Kampagnenwebseite [www.ihre-aerzte.de](http://www.ihre-aerzte.de) gegen eine geringe Schutzgebühr nachbestellt werden.

### Lass dich nieder: Werben für die Niederlassung

An den Hochschulen mit medizinischen Fakultäten werden Motive der Nachwuchskampagne aufgestellt. Darüber hinaus wird die Internetseite [www.lass-dich-nieder.de](http://www.lass-dich-nieder.de) sowie die Präsenz auf Facebook [www.facebook.com/lassdichnieder/](http://www.facebook.com/lassdichnieder/) weiter ausgebaut. *ef*

## Entlastung für Ärzte bei Datenlieferung von Kammern an die KVBW

Die KVBW hat mit der Landesärzte- und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg Datenlieferungsverfahren vereinbart, um Ärzte zu entlasten: Dabei geht es um die Nachweise von Fortbildungsverpflichtung und von spezifischen Fortbildungen bei einzelnen Vereinbarungen. Für beides gilt: Aus Datenschutzgründen ist für jedes Verfahren gesondert die Einwilligung notwendig.

Bei der Vorlage von Zertifikaten zum Nachweis der Fortbildung (§ 95 d SGB V) geben sowohl Ärzte- als auch Psychotherapeutenkammer die Information über den

Erwerb eines Zertifikats direkt an die KVBW weiter, wenn Ärzte dies autorisieren.

Bei der Landesärztekammer (LÄK) müssen diese dazu in ihrem Fortbildungskonto unter dem Reiter „Fortbildungszertifikat“ bei der Beantragung des Zertifikats einen Haken setzen bei: „Ja, ich stimme der Übermittlung des Zertifikats an die KVBW zu“, anschließend muss die LANR eingegeben werden. Bei der Landespsychotherapeutenkammer muss auf dem schriftlichen Antrag auf Erteilung eines Zertifikats die Einwilligung angekreuzt und ebenfalls die LANR angegeben werden. *sf*

Das zweite Datenlieferungsverfahren betrifft nur die Landesärztekammer. Aus vielen Vereinbarungen von ADHS bis Zytologie ergeben sich Verpflichtungen zum Nachweis spezifischer Fortbildungsveranstaltungen, die die KV anfordern muss.

Wer sich das Zusammensuchen und Versenden der Nachweise ersparen will, kann der KV einmal jährlich einen Auszug aus dem Fortbildungskonto zukommen lassen. Die dazu erforderliche gesonderte Datenfreigabe kann man über das LÄK-Fortbildungskonto erklären, indem unter „Jährliche Datenübermittlung an die KVBW“ die LANR eingegeben wird. *sf*

## Dänemark zeigt, wie digitale Medizin geht

eHealth Forum Freiburg

Das eHealth Forum Freiburg hat sich in Baden-Württemberg mittlerweile als bedeutender Kongress zur Digitalisierung im Gesundheitswesen etabliert: Rund 260 Gäste informierten sich am 13. Mai im Haus der Ärzte in Freiburg über das Trendthema E-Health.

Stefan Leutzbach, programmverantwortlicher Arzt und Mitglied des Bezirksbeirats Freiburg, freute sich über das große Interesse: „Inzwischen werden die Chancen der digitalen Medizin auch bei Ärzten und Krankenkassen gesehen. Unser Forum richtet sich konsequent an den Bedürfnissen und Problemen der alltäglichen Versorgung der Patienten aus. Es soll dazu beitragen, neue Ideen und Produkte in die Patientenversorgung zu bringen.“

### Elektronische Gesundheitsakte für alle ab Geburt

Der Blick nach Dänemark beim „Trendspotting“ verdeutlichte, dass Deutschland in Sachen Vernetzung des Gesundheitswesens hinterherhinkt. In Dänemark haben alle Patienten, Ärzte, Apotheken und öffentlichen Krankenhäuser Zugang zu Gesundheitsdaten auf dem staatlich geführten E-Health-Portal „sundhed.dk“, berichtete Dr. Morten Elbaek Petersen, Direktor des Portals. Mit der Geburt erhält jeder Däne eine Identifikationsnummer, über die der Zugang zu dem Portal erfolgt. Rund 1,7 Millionen Besuche verzeichnet das Portal monatlich. Die Akzeptanz in der Bevölkerung sei hoch, so Petersen weiter: So hätten Umfragen gezeigt, dass 24 Prozent der Dänen glauben, der Behandlungsverlauf habe sich durch die Nutzung des E-Health-Portals verbessert; 41 Prozent sagten, sie hätten durch den Zugriff auf die Daten ein besseres Verständnis ihrer Krankheit gewonnen.

### Cloud-Technologie in Krankenhäusern

Das Krankenhaus der Zukunft braucht nicht nur hochqualifizierte Ärzte und Pflegekräfte, es benötigt auch intelligente Medizintechnik und Informationstechnologie – und entscheidungsstarke Führungskräfte, so das Fazit von Gerald Götz, Leiter des Technologiemanagements am Städtischen Klinikum München (StKM). Im StKM wird modernste Cloud-Technologie für klinische Zwecke eingesetzt. Dem berechtigten Nutzer wird dabei durch eine zentrale Anwendungsbereitstellung innerhalb der Private Cloud des Klinikums Zugriff auf alle Anwendungsprogramme, Datenspeicher und Archive weltweit via Internet ermöglicht.

Die Verarbeitung der benötigten Daten und Bereitstellung der jeweils erforderlichen Programme und Applikationen findet dabei in streng gesicherten und redundanten unternehmenseigenen Rechenzentren statt. Im Ergebnis können klinische Entscheidungsprozesse beschleunigt und damit auch die Behandlungsqualität und Kosteneffizienz gesteigert werden.

### Start-up-Gewinner

Junge Unternehmen auch von außerhalb der Gesundheitsbranche beeinflussen zunehmend die Patientenversorgung. Das eHealth Forum Freiburg vergab 2017 zum ersten Mal einen Preis für Start-ups mit neuen Ansätzen zur Versorgung und Betreuung von Patienten.

Das Publikum war die Jury und entschied sich für das Produkt mesana der corvolution GmbH. Das Team um Dr. Silvester Fuhrhop hat einen Sensor entwickelt, der es Patienten ermöglicht, sich von zu Hause aus einem Gesundheits-Check zu unterziehen. Zwei Tage lang werden 16 Vitalparameter detailliert erfasst und in einem persönlichen Gesundheitsbericht bewertet. *mt*



Von links nach rechts: Stefan Leutzbach (KVBW), Dr. Michael Lauk (Vorstand bwcon), Dr. Silvester Fuhrhop (mesana, corvolution GmbH)



# Viele gute Ideen gefunden

Die Sieger des ZuZ-Innovations-Wettbewerbs

**Baden-Württemberg sucht neue Ärzte. ZuZ – das Projekt Ziel und Zukunft Baden-Württemberg findet und fördert sie. Nun gab es einen Wettbewerb, den ZuZ ausgelobt hat: Innovative Projekte wurden gesucht, die einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung leisten. Im Oktober war Bewerbungsschluss – jetzt sind die besten innovativen Versorgungsmodelle gefunden. 28 eingereichte Projektvorschläge gab es, zwölf werden gefördert und in einer kleinen Serie in ergo vorgestellt. Eines davon ist MAG 1 – Mannheim gegen Einsamkeit.**

Die Spanne zwischen Sofa und Essecke – auf diesen paar Metern spielte sich Lieselottes Leben ab. Hin und her gehen, ab und an ein Kissen ausschütteln, die Wände anstarren. Was jetzt so eng und überschaubar ist, war einmal so reich. Denn Lieselotte war verheiratet, hat Familie. Doch der Ehe-

projektverantwortliche sind die Allgemeinmediziner Dr. Werner Besier und Dr. Manfred Mayer: „Wir sind hier in Mannheim schon seit vielen Jahren im Gesundheitswesen vernetzt. In einem Versorgungsforschungsprojekt, das sich mit der Koronaren Herzkrankheit, Diabetes und Schmerz befasste, haben wir festgestellt, dass sich all diese Krankheiten verschlimmern, wenn Einsamkeit dazu kam und sich daraus eine Depression entwickelte. Dann dachten wir, hier müssen wir etwas tun.“

MAG 1 war geboren. Ärzte, Sozialarbeiter, Leiter von Pflegeeinrichtungen und der ambulanten geriatrischen Rehabilitation setzten sich zusammen, um einen Ausweg aus dem Problem Einsamkeit zu finden. Auch die Kliniken konnten für das Projekt gewonnen werden. Sie gründeten ein Netzwerkbüro, schulten ehrenamtliche Paten. Diese nehmen Kontakt mit Hilfesuchenden auf, dokumentieren den Hilfebedarf und konzipieren einen Hilfeplan. Ein älterer



Gemeinsam statt einsam: Lieselotte mit Patin Lydia

mann ist schon vor 16 Jahren gestorben und Kinder und Enkel leben weit weg in München. Viel zu viel Zeit machte die 90-Jährige depressiv. Diese Geschichte, die man einer SWR-Dokumentation entnehmen kann, bewegt. Sie sei, so erzählt die alte Dame, „versunken im Dunst der Traurigkeit“.

Doch das hat jetzt ein Ende, denn Lieselotte hat seit kurzem eine Patin. Die Ehrenamtliche kümmert sich um sie, geht mit ihr spazieren oder in eine Kindertagesstätte, wo Lieselotte den Kleinen Brote schmiert oder mit ihnen spielt. Dass sie jetzt wieder aktiv am Leben teilhaben kann, macht das Projekt MAG 1 – Mannheim gegen Einsamkeit möglich. Pro-

Mensch möchte beispielsweise gerne zu einer Veranstaltung der Kulturkirche – wie kann man den Fahrdienst organisieren und wer begleitet ihn?

In regelmäßigen Fallbesprechungen treffen sich Paten, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegeeinrichtungen. Alle Beteiligten können über ein sicheres IT-Netzwerk miteinander kommunizieren. So soll es gelingen, einsame Menschen wieder in die Gesellschaft einzugliedern und ihre Lebensqualität zu verbessern. Für Lieselotte scheint dies gelungen zu sein. *ef*

➔ Weitere Infos und Video von Linda Rodriguez: [www.mageins.de](http://www.mageins.de)

## ZuZ-Innovationsförderung

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.

Das ZuZ-Programm wird aus einem Fonds finanziert, der zu gleichen Teilen von der KVBW und den Krankenkassen gespeist wird. Pro Jahr stehen rund 5,4 Millionen Euro zur Verfügung.



Gemeinsames Singen macht Spaß und stärkt die Lunge ebenso wie die Psyche.

## „Atemlos durch die Nacht“

Wie ein Chor Atemwegserkrankten aus der sozialen Isolation hilft

**Wer eine Atemwegserkrankung hat, kennt das: Jeder Atemzug kostet Kraft. Spaziergehen, Treppen steigen – was für andere selbstverständlich ist, wird zur Anstrengung. Können Atemlose also das tun, wofür man eigentlich viel Luft braucht: Singen? Ja, und es kann sich sogar positiv auf die Gesundheit auswirken, sagt Bezirksbeirat Dr. Michael Barczok. Der Ulmer Lungenfacharzt begleitet seit kurzem den „Chor der Atemlosen“.**

„Eine Patientin hat einen solchen Chor in den USA gesehen und mich gefragt, ob wir das auch machen könnten.“ Barczok fand die Idee gut und fing an, auf Facebook für die Sache zu werben.

Mit Unterstützung einer Atemtherapeutin und dem Gesangsverein „Gemütlichkeit“, der die Räumlichkeiten zur Verfügung stellt, ging es ans Werk – mit inzwischen 40 Atemlosen.

Die Lungenemphysem-, COPD-Patienten und Asthmatiker treffen sich alle 14 Tage, manche mit, manche ohne Sauerstoffgerät. Vor der Probe wird mit einer Atemtherapeutin trainiert. Das Singen, so Barczok, tue den Patienten gut. „Sie müssen ja eine gute Atemtechnik entwickeln. Viele Patienten mit Atemwegserkrankungen haben eine oberflächliche, geschwächte Atmung und kommen in Atemnot wegen der schlechten Sauerstoffversorgung.“ Beim Singen müsse man die Zwerchfellatmung lernen, um die Stimme richtig einzusetzen

und Luft einzuteilen. Und das ist etwas, was der Atmung guttue, erklärt Barczok. Das wurde bereits in Studien nachgewiesen.

Die Muskulatur der Lunge und die körperliche Leistungsfähigkeit verbessert sich durch das Singen, ebenso wie die Lebensqualität. Dazu kommen positive Effekte auf die Psyche der Sänger.

Die atemlosen Chormitglieder freuen sich jetzt auf ihren ersten Auftritt im Dezember. Barczok macht mit – als Sänger, da die Männer in der Minderheit sind: „Wir werden vermutlich keine Wagneroper aufführen. Es geht einfach darum, dass man die Patienten aus der sozialen Vereinsamung rausholt. Man trifft sich, man lacht, man singt. Es ist einfach ein ungezwungenes Miteinander.“ *ef*

## Neu: Notfalldienst wird Geschäftsbereich

Kerstin Schubert ist neue Geschäftsbereichsleiterin

**Die Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Baden-Württemberg hat bundesweiten Vorbildcharakter. In zwei Jahren ist es der KVBW gelungen, ein flächendeckendes Netz von 120 Notfallpraxen vorwiegend an Krankenhäusern zu etablieren. 85 Notfallpraxen werden von der KV betrieben und organisiert. Damit sind auch die Aufgaben für die Verwaltung gewachsen.**

Grundsätzlich nimmt das Thema Notfalldienst und Sicherstellung einen wachsenden Stellenwert ein. Daher hat der Vorstand den Notfalldienst aus dem Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung herausgelöst und einen eigenen Geschäftsbereich „Notfalldienst und neue Versorgungsformen“ etabliert. Die Leitung übernimmt Kerstin Schubert aus Freiburg, die die Notfalldienstreform von Anfang an begleitet hat. Der Bereich Notfalldienst hat rund 1.000 Mitarbeiter, davon 960 geringfügig Beschäftigte MFA und knapp 40 Mitarbeiter in der Verwaltung. Die ergo-Redaktion hat mit Kerstin Schubert gesprochen.

**Ist mit der Reform nicht schon die meiste Arbeit getan?**

Ganz bestimmt nicht. Wir haben zukunftsfähige Strukturen geschaffen und die Notfallpraxen an den Start gebracht. Nun gilt es, die Abläufe zu optimieren, falls nötig anzupassen und natürlich weiterzuentwickeln.

**Welche Aufgaben werden Sie zuerst angehen?**

Wir werden den Betrieb in den KV-Notfallpraxen standardisieren und die Prozesse weiter optimieren. Aktuell ziehen wir mit zwei großen Notfallpraxen (Heidelberg und Bruchsal) in Kliniken. Dies ist oft aufwändiger als eine neue Notfallpraxis zu gründen. Wenn historisch gewachsene und lieb gewordene Gewohnheiten abgeschafft oder umgestellt werden, müssen wir uns die Akzeptanz immer wieder neu erarbeiten.

In unserem Geschäftsbereich wird gerade eine neue Organisationsebene etabliert: unsere Koordinatoren. Sie stellen eine sehr wichtige Verbindung insbesondere zu den Gruppenleitern im Praxismanagement dar. Wir bemühen uns zwar immer wieder vor Ort zu sein, zum Beispiel bei Teamgesprächen oder -schulungen, doch unsere Zeit ist begrenzt. Mir ist wichtig, dass wir gemeinsam unsere guten Strukturen weiterentwickeln.

**Was ist mit „neuen Versorgungsformen“ gemeint?**

Die KVBW möchte die Versorgungslandschaft weiterentwickeln und neue Modelle erproben. Zunächst möchten wir modellhaft Portalpraxen an Krankenhäusern eröffnen. Dort sollen tagsüber Patienten ambulant behandelt werden, die nicht ins Krankenhaus gehören. Ebenso werden wir im Rahmen des Modellprojektes DocDirekt die Etablierung der PEP-Praxen unterstützen. Diese sollen die Patienten behandeln, die nicht telemedizinisch behandelt werden konnten.

**Hört sich nach viel Arbeit an. Müssen Sie neue Mitarbeiter einstellen?**

Es ist sehr viel Arbeit. Aber die Herausforderung nehmen wir gerne an. Mein Führungskräfte-Team ist schon lange dabei und hat maßgeblich zum Erfolg der Reform beigetragen. Hierfür bin ich sehr dankbar. Darüber hinaus kann ich glücklicherweise auf erfahrene und kompetente Mitarbeiter zurückgreifen. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit und neue Herausforderungen. Es bleibt spannend. *mt*



# Die KV-Ident-Karte hat ausgedient

So gelingt der Umstieg auf die Online-Abrechnung per VPN-Verbindung



Elektronischer Schlüsselanhänger: Token kommt in die Praxen.

Die Online-Abrechnung über das Internet erfolgt zukünftig aufgrund erhöhter Sicherheitsanforderungen nur noch besonders geschützt. Wer bisher noch die KV-Ident-Karte nutzt, kommt damit bald nicht mehr in das Mitgliederportal der KVBW. Die Online-Dienste im geschützten Mitgliederportal sind künftig ausschließlich über ein virtuelles privates Netzwerk (VPN) erreichbar. Der Datenaustausch funktioniert dann über einen Tunnel, der die Kommunikationspartner miteinander verbindet und verhindert, dass unbefugte Dritte die zur KV übertragenen Daten abfangen.

Die KVBW bleibt bei der Umstellung ihrer Linie treu und erspart ihren Mitgliedern Investitionen in teure Hardware. Sie ermöglicht einen Zugang zu ihren Online-Diensten, der für die Praxen weder Gebühren noch großen technischen Aufwand bedeutet.

Eine spezielle Software, die die Mitglieder kostenlos herunterladen können, stellt den VPN-Tunnel zum KVBW-Mitgliederportal her. An die Stelle der KV-Ident-Karte tritt der KV-Ident Plus Token, ein elektronischer Schlüsselanhänger, der per Knopfdruck Einmal-Passwörter generiert.

## Starterpaket bekommen und Token aktivieren

Alle Ärzte und Psychotherapeuten, die bisher noch die KV-Ident-Karte (Grid Card) nutzen, bekommen automatisch ihr Starterpaket für KV-Ident Plus mit der Post und finden darin ihren Token und eine Anleitung zum Aktivieren und Installieren. Um böse Überraschungen bei der Quartalsabrechnung zu vermeiden, sollten sie daraufhin keine Zeit verlieren, ihren Token online aktivieren, die VPN-Software installieren und testen. Es handelt sich um eine gängige und vielfach erprobte Software, bei deren Installation allerdings dieselben Probleme auftreten können wie bei jeder anderen Installation von Sicherheitsanwendungen.

## Brückenbau ins Sichere Netz

Das Sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK) bleibt für die Kommunikation zwischen Ärzten und Psychotherapeuten und ihrer KV vorerst unersetzlich. Zwar soll in naher Zukunft die Telematikinfrastruktur (TI) alle Akteure des Gesundheitswesens im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vernetzen und einen sicheren Online-Austausch von Informationen ermöglichen. Mittelfristig

werden auch Online-Abrechnung und Mitgliederportal über diese Infrastruktur laufen. Doch der flächendeckende Aufbau der TI kommt derzeit nur langsam voran. Mit KV-Ident Plus baut die KVBW ihren Mitgliedern deshalb eine Brücke ins SNK – ganz ohne Maut. Das SNK ist so aufgebaut, dass es an die TI kompatibel angebunden werden kann. *mk*

➔ Fragen zu KV-Ident Plus? Hilfestellungen und Videoanleitungen:



[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » [Praxis](#) » [Unternehmen Praxis](#) » [IT](#) » [Sicheres Netz der KV](#) » [KV-Ident Plus](#)

Ansprechpartner: 0711 7875-3555, [mitgliederportal@kvbawue.de](mailto:mitgliederportal@kvbawue.de)

## KV-Ident Plus im Überblick

### Sie benötigen:

PC, der die Anforderungen gemäß [www.kvbawue.de/systemcheck](http://www.kvbawue.de/systemcheck) erfüllt, also:

- Internetzugang,
- aktuelles Betriebssystem und
- aktuellen Browser.

### KV stellt zur Verfügung:

- Token
  - ➔ Zifferngenerator zur Erzeugung von Einmal-Passwörtern
- kostenlose VPN-Software
  - ➔ Aufbau geschützter Datentunnel zum Portal

### Vorteile:

- Sicher, gebührenfrei und ortsunabhängig

### Einschränkungen:

- Installation der VPN-Software nur auf einem vom Praxisverwaltungssystem getrennten Computer
  - ➔ Datenschutz und Datensicherheit!



Dr. Jürgen de Laporte

Dr. Jürgen de Laporte ist hausärztlicher Internist aus Esslingen. Immer wieder ist er in seinem Fachgebiet damit konfrontiert, keine hinreichende Erklärung für die somatischen Beschwerden seiner Patienten zu finden. Was dann folgt, ist für den Mediziner eine beschwerliche Spurensuche, bei der er aber, wie er im ergo-Interview verrät, durchaus auf Unterstützung hoffen kann.

### Herr Dr. de Laporte, was macht die Diagnose Seltener Erkrankungen so schwer?

Für den Hausarzt stehen in der Differentialdiagnose unklarer Beschwerden die Somatisierungsstörungen ganz oben, aber auch Seltene Erkrankungen sollten mehr in Betracht gezogen werden. Parallel zur somatischen Abklärung unklarer Beschwerden müssen psychosomatische Symptome wahrgenommen und doku-

## Die Nadel im Heuhaufen suchen

Zusammenarbeit bei der Suche nach Seltenen Erkrankungen

mentiert werden. Der subjektive Beschwerdedruck, das übermäßige Beschäftigen mit der Krankheit und die hohe Gespanntheit können Hinweise auf somatoforme Störungen sein. Der Patient ist aber von einer körperlichen Ursache überzeugt. Da beginnt die parallele Abklärung (somatisch/psychisch, hausärztlich/fachärztlich, ambulant/stationär). Sind keine wesentlichen psychobehavioralen Kriterien zu finden und nehmen die Beschwerden über längere Zeit zu oder sind Hinweise aus der Familienanamnese vorhanden, kann die Suche nach einer Seltenen Erkrankung beginnen und die kann in vielen Fällen jahrelang dauern.

### Was wünschen sich Ärzte an Unterstützung zur Abklärung?

Sie wünschen sich einfach ein direktes Kurz-Telefonat mit einem Spezialisten eines Zentrums für Seltene Erkrankungen, um das weitere Vorgehen abzustimmen. Schön wäre es, wenn der Spezialist sich auf Fax-/Mail-Anfrage des Niedergelassenen telefonisch melden könnte. Das ist beispielsweise schon an der Uni Tübingen möglich, wo es seit 2009 das Zentrum für Seltene Erkrankungen (ZSE) gibt. Innerhalb des ZSE gibt es seit 2011 die erste

deutsche ärztliche Fortbildungsakademie für Seltene Erkrankungen (FAKSE), die bis heute 16 sehr gut besuchte spezialisierte Fortbildungen veranstaltet hat. Das ZSE hat auch eine Ärztelotsin, Dr. Jutta Eymann, die telefonisch befragt werden kann.

### Gibt es sonst noch Unterstützungsmöglichkeiten?

Nicht in jedem Zentrum sitzt ein Spezialist für die geschätzt 8.000 verschiedenen Seltenen Erkrankungen. Spezialwissen für Menschen, bei denen bereits eine Seltene Erkrankung diagnostiziert wurde, findet sich bei den Selbsthilfegruppen, vertreten durch die Allianz Chroni-

scher Seltener Erkrankungen (ACHSE). Auf der Internetplattform ORPHANET kann man leider aktuelle von überholten Daten kaum unterscheiden. In Deutschland sind zwei Datenbanken am Start: das ZIPSE (Zentrales-Informationsportal über Seltene Erkrankungen), zu finden unter [www.portal-se.de](http://www.portal-se.de) und der SE-Atlas.

### Auch die KVBW bietet Fachtagungen zum Thema an. Was erwarten Sie von solch einem Angebot?

Neben dem erwähnten „heißen Draht“, um kurz telefonisch oder per E-Mail die ersten Schritte bei einem Anfangsverdacht auf eine Seltene Erkrankung besprechen zu können, wären Fallvorstellungen per Telefon/Videokonferenz interessant. Vorstellbar wären auch internetbasierte Fallvorstellungen. Hilfreich wäre in diesen Fällen, die meist umfangreiche Patientenakte elektronisch einsehen zu können. So könnten sowohl Zentren als auch Niedergelassene schneller und effizienter kommunizieren und die Patienten früher Gewissheit oder die richtige Therapie erhalten. *ef*

### ➔ Zentrum für Seltene Erkrankungen Tübingen

Dr. Jutta Eymann  
Montag, Mittwoch, Donnerstag  
9:30 bis 11:30 Uhr  
07091 2985170  
[lotsin@zse-tuebingen.de](mailto:lotsin@zse-tuebingen.de)

### ➔ SE-Atlas

Versorgungsatlas für Menschen mit Seltenen Erkrankungen  
[www.se-atlas.de](http://www.se-atlas.de)

## Plakate für APF

Die Veranstaltungsreihe „Arzt-Patienten-Forum – Gesundheit im Gespräch“ (APF) trägt erfolgreich zur Gesundheitsbildung bei. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten informieren in allgemeinverständlichen Vorträgen über Krankheiten, Vorbeugung, Diagnose und Behandlung. Patienten können Fragen stellen und erhalten individuelle Auskunft. Wenn Sie in Ihrer Praxis für die Veranstaltungen, die von der KVBW und dem VHS-Landesverband veranstaltet werden, werben möchten, dann bestellen Sie bei der KVBW die APF-Plakate – direkt per Mauseklick. Der bisherige Versand der Formulare per Rundschreiben entfällt.

➔ [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » [Praxis](#) » [Service](#) » [Bestellservice](#) » [Arzt-Patienten-Forum Bestellung](#)





# Ärztehaftung – abgesichert im Ruhestand?

Die Nachhaftungs-Versicherung für Ärzte, die nicht mehr praktizieren

**Große Verantwortung, hohe Risiken – Ärzte arbeiten an Leib und Leben des Patienten. Eine umfassende Berufshaftpflichtversicherung ist für sie daher essenziell. Und zwar nicht nur während der ärztlichen Tätigkeit, sondern auch darüber hinaus. Was bei dieser Nachhaftungs-Versicherung zu beachten ist, schildert Olga Zöllner, Prokuristin der Funk Hospital GmbH, Leitung Funk Ärzte Service, aus Hamburg.**

Jedem Arzt können im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit Fehler unterlaufen, die erhebliche wirtschaftliche Folgen haben. Die Berufsordnung der Ärzte schreibt daher vor, dass Ärzte sich ausreichend gegen Haftpflichtansprüche absichern müssen, die im Zusam-

menhang mit der Ausübung ihres Berufes stehen.

Was aber ist, wenn der Arzt aus seinem beruflichen Leben ausscheidet und in den wohlverdienten Ruhestand tritt? In diesem Fall sollte auch der Versicherungsschutz auf den Prüfstand gestellt werden. Denn ob und in welchem Umfang eine Berufshaftpflichtversicherung weiterhin erforderlich ist, hängt oft vom Einzelfall ab.

## Zeitpunkt des Schadens entscheidend

Für den Arzt besteht ein Versicherungsschutz aus der Berufshaftpflichtversicherung, sofern die schadensursächliche Behandlung sowie das Datum des Schadenseintritts bei dem Patienten in die

aktive Laufzeit der Arzt-Haftpflichtversicherung fallen.

Wenn aber zwischen dem Behandlungsfehler des Arztes und dessen Folgen eine längere Zeitspanne liegt, in der sich der praktizierende Arzt zur Ruhe gesetzt hat, der Arzt also im Ruhestand mit den Schadensersatzansprüchen von früheren Patienten konfrontiert wird, kommt es maßgeblich auf den Zeitpunkt des tatsächlichen Schadenseintritts an. Nicht entscheidend ist dagegen der Zeitpunkt der Schadensmeldung sowie der Kenntnis des Patienten vom Schaden. Selbst nach der Beendigung der beruflichen Tätigkeit sollten Ärzte daher ihren Versicherungsschutz noch aufrechterhalten. Denn im Zweifel haften sie sonst mit ihrem privaten Vermögen.

## Mit einer Nachhaftungs-Versicherung auf der sicheren Seite

Im Regelfall wird die Berufshaftpflichtversicherung mit dem Ausscheiden aus dem Arztberuf beendet. Für den Fall jedoch, dass ein Patient einen Schadensersatzanspruch nach der vollständigen Beendigung der ärztlichen Tätigkeit geltend macht, schützt in der Regel nur der Abschluss einer Nachhaftungs-Versicherung.

Die Nachhaftungs-Versicherung umfasst Haftpflichtansprüche aus der bisherigen ärztlichen Tätigkeit des Arztes, die nach deren Beendigung eintreten können. Sie betrifft sowohl niedergelassene als auch angestellte Ärzte. Während bei manchen Haftpflicht-Versicherern die Nachhaftung für einen vorübergehenden Zeitraum

von in der Regel fünf Jahren bedingungsgemäß als versichert gilt, verzichten einige Risikoträger auf eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung.

Für den Umfang der Nachhaftungs-Versicherung gelten die bis zum Zeitpunkt der Beendigung der ärztlichen Tätigkeit vereinbarten Deckungssummen und Bedingungen.

## Individuelle Versicherungsberatung

Diese Hinweise ersetzen nicht eine individuelle Beratung. Eine Prüfung des persönlichen Versicherungsbedarfes ist daher entscheidend. Nutzen Sie die Möglichkeit einer kostenfreien Beratung, die jedes Versicherungsunternehmen anbietet, um Deckungslücken und Doppelversicherungen zu vermeiden. *oz*

## Bello darf rein!

Blindenführhunde in Arztpraxen gestattet



Blindenhunden darf der Zugang zur Praxis nicht verweigert werden.

**Ein Hund in der Praxis? Das geht doch gar nicht! Hygienevorschriften und die Belästigung anderer Patienten sind Grund genug für Ärzte und medizinische Fachangestellte, das Mitbringen von Hunden zu untersagen. Doch eine Ausnahme gibt es: den Blindenführhund.**

Ein Blindenführhund ist kein Grund, einen Patienten nicht zu behandeln. Das Erste Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) schreibt vor, dass Sozialleistungen, also auch eine medizinische Behandlung, barrierefrei erbracht werden müssen.

Dazu gehört auch, dass Blindenführhunde mit in die Arztpraxen genommen werden dürfen. Denn ohne Blindenführhunde sind blinde Menschen in ihrer Bewegungsfreiheit erheblich eingeschränkt.

Blindenführhunde darf man nicht mit anderen Hunden gleichsetzen – obwohl in der Regel beide bellen können! Nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V) gelten sie nicht als Tiere, sondern als medizinische Hilfsmittel und sind als Untergruppe der Produktgruppe 99 „Verschiedenes“ im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt. Damit sind sie sozusagen „vergleichbar“ mit

einem weißen Langstock (Blindenstock) oder einem Rollstuhl.

Das Hygienierisiko ist bei Blindenhunden gering: Sie müssen regelmäßig von einem Tierarzt geimpft und gegen Parasiten behandelt werden. Und natürlich darf auch ein Blindenhund die Arztpraxis nur in gesundem Zustand betreten. Der Führhundhalter muss zusätzlich den Impfausweis des Hundes bei

sich tragen, um die Gesundheit des Blindenhundes nachweisen zu können.

Die Idee, den Hund draußen auf der Straße zu lassen und die Arztpraxis ohne ihn zu betreten, ist für den Halter, also den Patienten, weder zumutbar noch zulässig. Er hat sich gegenüber der Krankenkasse verpflichtet, die Aufsicht des Hundes zu jeder Zeit zu übernehmen.

Der Hintergrund ist, dass die Krankenkasse die Beschaffungskosten eines solchen speziell ausgebildeten Führhundes übernimmt. Sollte der Halter seine Aufsichtspflicht verletzen und dem Hund würde etwas zustoßen, würde er von der Kasse nicht ersetzt werden. Daher ist es Führhundehaltern nicht möglich, den Hund ohne Aufsicht vor der Tür der Praxis zu lassen. *sg*

## Suchtmedizin-Fortbildungen

Schulungen für Ärzte und Nichtärztliche Medizinische Fachberufe

### Fortbildung für Ärzte: „ABC der Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten“

Die Teilnehmer sollen die erforderlichen Kenntnisse für die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung opiatabhängiger Patienten erwerben, um diese selbstständig oder im Konsiliarverfahren durchführen zu können, um das Behandlungsverfahren kennenzulernen oder um mehr Sicherheit in dem Behandlungsverfahren zu erlangen. Zielgruppe sind Ärzte mit Fachkunde Suchtmedizin oder Ärzte, bei denen Suchtmedizin Bestandteil der Facharztanerkennung ist, sowie Ärzte, die sich für eine Schulung in der substitutionsgestützten Behandlung interessieren.

### Termin/Ort:

Samstag, 23. September 2017  
10.00 Uhr bis 16.00 Uhr  
Landesärztekammer Baden-Württemberg,  
Albert-Schweitzer-Saal, Jahnstraße 38A, Stuttgart

### Lerninhalte

- Grundlagen und Praxis der substitutionsgestützten Behandlung opiatabhängiger Patienten: Indikation, Substitute, Durchführung
- Rechtliche Grundlagen: BtMW novelliert, Richtlinien (BtM-Rezepte, Bevorratung, Sicherheit, Formulare)
- KV-Modalitäten und Abrechnung

**Teilnehmerbeitrag:** kostenfrei, bitte anmelden

### Weitere Informationen:

LÄK BaWü, Jahnstraße 40, 70597 Stuttgart, Tel.: 0711 76989-24, E-Mail: helene.mangold@laek-bw.de, www.aerztekammer-bw.de

### Fortbildung für nichtärztliche Fachberufe: Suchtmedizinische Versorgung 2017/18

Ziel des Seminars ist es, Praxismitarbeiter zu befähigen, bei der Diagnose und Therapie suchtkrank Menschen fach- und situationsgerecht mitzuwirken und delegierbare ärztliche Leistungen durchführen zu können. Das Curriculum umfasst 60 Stunden. Die Inhalte sind auf den Wahnteil des Fachwirtes für ambulante Versorgung anrechenbar. Vier der 60 Stunden sind über eine Hausarbeit abzuleisten, die dann Grundlage eines abschließenden Kolloquiums ist. Teilnehmerzahl: 25.

### Lerninhalte

- Kommunikation, Gesprächsführung, Motivation
- (Rechtliche) Grundlagen der Suchtmedizin
- Abhängigkeitserkrankungen
- Kooperation in therapeutischen Netzwerken
- Suchtmedizinische Notfälle, Praxismanagement

### Termine

24./25. November 2017	Teil I
19./20. Januar 2018	Teil II
23./24. Februar 2018	Teil III
9./10. März 2018	Teil IV

### Ort

Haus der Ärzte, Sundgaullee 27, Freiburg

**Teilnehmerbeitrag** 580,- Euro

### Anmeldung und Information

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung Südbaden, Jochen Ruf, Tel. 0761 600-4751/4736, Fax 600-4744 www.baek-sb.de/akademie

### Für eine Mitnahme eines Blindenführhundes in eine Arztpraxis gelten folgende Voraussetzungen:

- Der Hund muss ein speziell ausgebildeter Führhund und als solcher mit dem Führgeschirr gekennzeichnet sein.
- Der Assistenzhund darf nicht krank, verletzt oder von Parasiten befallen sein.
- Das Personal oder andere Patienten dürfen den Hund weder streicheln noch mit ihm spielen.
- Der Blindenführhund darf nicht auf eine Intensiv- oder Isolierstation.



# So verstehen wir uns besser

*Kultursensible Kommunikation verhindert Missverständnisse*

**Wenn zwei sich nicht verstehen, kann es an der unterschiedlichen Sprache liegen. Doch meist steckt mehr dahinter. Erfolgreiche Kommunikation im Arzt-Patienten-Dialog scheitert nicht erst seit dem Flüchtlingszustrom an Sprachbarrieren. Auch kulturelle Andersartigkeit und Vielfalt verursachen Störungen im sprachlichen Austausch. Um ihnen im Arbeitsalltag souverän zu begegnen, bedarf es praxisnaher Lösungen und Fingerspitzengefühl.**

In Deutschland leben über 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Wenn sie medizinische Hilfe benötigen, kommt es oft zu Missverständnissen – auch

außerhalb der rein sprachlichen Ebene. Beispielsweise fühlen sich Muslime häufig aufgrund ihres Glaubens und ihrer Tradition verpflichtet, sich behandeln zu lassen. Ein Wort wie „Therapieabbruch“ kann hier verheerend wirken.

Oder: In vielen Kulturen zählt nur eine körperliche Erkrankung, psychische Erkrankungen gibt es nicht. Der Patient fühlt sich nur mit Tabletten oder Spritzen richtig behandelt.

Auf der anderen Seite stehen Ärzte und Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit häufig unter Druck und nehmen das Verhalten von Patienten mit Migrationsgeschichte persönlich, so dass Stress entsteht.

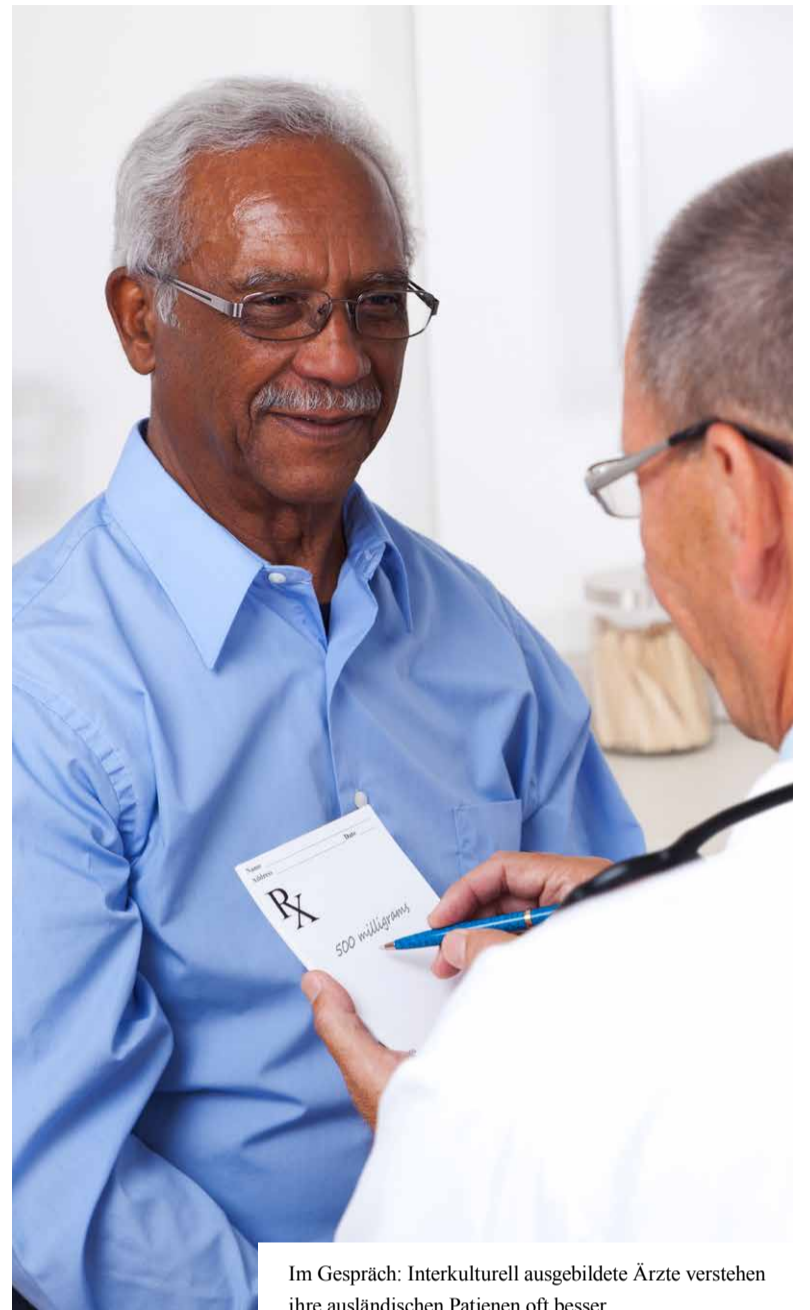
Entsprechend aus- und weitergebildete Ärzte könnten dem Ge-

sundheitssystem sowohl fachliche, ethische und humanitäre als auch ökonomische und rechtliche Vorteile verschaffen. Studien belegen, dass Patienten, die bei interkulturell ausgebildeten Ärzten in Behandlung sind, seltener weitere Ärzte konsultieren und weniger Kosten verursachen. Mangelndes Verständnis führt außerdem häufig zu Non-Compliance, was Weiteres nach sich ziehen kann.

Gerade ging das nordrhein-westfälische Modellprojekt zur empathischen und interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation (EI-AP-K) in die praktische Phase. Seit März können sich im „Essener Modell“ Dozententeams aus Ärzten und Sprachdidakten beziehungsweise Sprachtrainern zur Ausbildung anmelden. Starten sollen die ersten Module Anfang 2018.

Geplant sind sechs Module mit je 38 Unterrichtseinheiten innerhalb einer Woche in den Fächern Didaktik, Kommunikation, Simulation Sprachdidaktik, Feedback und Implementierung. Die Dozententeams sollen das „Essener Modell“ erlernen und danach an ihren jeweiligen Klinikstandorten umsetzen, um dadurch Missverständnissen und Behandlungsfehlern vorzubeugen.

Auch in die Ausbildung wurde das Thema aufgenommen: Seit 2004 haben Medizinstudierende in Gießen die Möglichkeit, das Wahlfach „Medizin und Migration“ zu belegen. An der Universität Hamburg wurde das Wahlpflichtfach „Interkulturelle Kompetenz und internationale Medizin“ installiert und ein migrationssensibler Anamnesebogen entwickelt. Auch andere



Im Gespräch: Interkulturell ausgebildete Ärzte verstehen ihre ausländischen Patienten oft besser.

## MAK-Seminar

### Kultureller Vielfalt im Arbeitsalltag souverän begegnen

Die Seminarteilnehmer lernen kulturelle Unterschiede kennen und erfahren, welche Bedeutung die Kommunikation in verschiedenen Kultur- und Traditionskreisen hat. Dabei soll Interesse daran geweckt werden, sich aktiv mit der Thematik und allen Patienten, gleich welcher Kultur, auseinanderzusetzen. Zielgruppe sind alle Mitarbeiter in der Praxis, bei Interesse können auch niedergelassene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten teilnehmen.

#### Termin

Mittwoch, 18. Oktober 2017  
15.00 bis 19.00 Uhr

#### Ort

KVBW Stuttgart,  
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart,

#### Kosten

98,- Euro

**Anmeldung:** MAK, siehe S. 15

#### Kontakt

0711 7875-3535, [info@mak-bw.de](mailto:info@mak-bw.de)

Universitäten berichten von einem zunehmenden Interesse an Studienangeboten zu kultursensibler Kommunikation.

Auch einige Ärztekammern berichten von einer steigenden Nachfrage an speziellen Weiterbildungsprogrammen. An einigen Stellen im Medizinbetrieb, etwa in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Palliativmedizin, wird explizit auf transkulturelle Ge-

sichtspunkte hingewiesen. Am besten kommt das Thema an, wenn die kultursensible Gesprächskompetenz-Vermittlung in andere Themenblöcke – wie etwa Diabetes – integriert wird. Doch nur eine kontinuierliche Weiterbildung (siehe MAK-Angebot links) für Ärzte und Mitarbeiter zur Kultursensibilisierung überwindet auf Dauer kulturelle Barrieren. *mara*

## Arzt fragt, KV antwortet

### Aktuelles aus der Abrechnung

#### GOP 80230

**Ist die 80230 für alle Telefonate (auch von Medizinischen Fachangestellten) sowie für Befundanforderungen, die mit der stationären Behandlung eines Patienten zu tun haben, berechnungsfähig?**

Die 80230 ist lediglich für Telefonate von Niedergelassenen mit Krankenhausärzten abrechnungsfähig. Telefonate der MFA sind nicht abrechnungsfähig. Befundanforderungen nach stationärer Behandlung und Anrufe in Ihrer Praxis erfüllen nicht den Leistungsinhalt der 80230.

### ICD Kodierhilfe

**Gibt es ein Werkzeug zur Unterstützung der Diagnosenkodierung?**

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) unterstützt die Vertragsärzte bei der

Kodierung nach der ICD-10-GM über Kodier-Manuale und Thesauren. Die unterschiedlichen Kodier-Hilfen finden sich auf der Homepage des Zi ([www.zi.de](http://www.zi.de)). *ab*

### Verordnungsmanagement

**Gibt es neue Vorgaben bei der Verordnung von Schuheinlagen?**

Ja. Zum 1. April 2017 hat der GKV-Spitzenverband die Produktgruppe 08 „Einlagen“ des Hilfsmittelverzeichnis an den anerkannten Stand von Medizin und Technik angepasst. Einlagenarten wie etwa solche aus Leichtmetall und Edelstahl oder Fersenschalen wurden gestrichen und neue Herstellungsverfahren sowie Abdrucktechniken berücksichtigt. In den Produktgruppen wurden einzelne Begrifflichkeiten überarbeitet, um die Funktionen der Produkte stärker hervorzuheben. Zukünftig sollen stützende Einlagen, Bettungseinlagen zur

Entlastung und stützende, korrigierende/entlastende Schaleneinlagen immer als langsohlige Einlagen gefertigt werden, so dass in der Verordnung kein zusätzlicher Hinweis dazu notwendig ist.

Um den Bedürfnissen der Betroffenen ausreichend Rechnung zu tragen und aus hygienischen Gründen erhalten Versicherte im Rahmen der Erstversorgung in der Regel zwei Paar orthopädische Einlagen. Die Notwendigkeit einer Mehrfachausstattung mit Einlagen und die Nutzungsdauer sind im Einzelfall von der Lebensweise des Versicherten, der Art und Beschaffenheit der Einlage und den sich gegebenenfalls verändernden Erfordernissen des zu behandelnden Fußes (insbesondere bei Kindern im Wachstumsalter) abhängig. Im Allgemeinen ist bei einer Versorgung mit zwei Einlagenpaaren von einer Nutzungsdauer von mindestens einem Jahr auszugehen. *mm*

➔ [www.hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de](http://www.hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de) » [Hilfsmittelverzeichnis](#) » [Hilfsmittelverzeichnis anzeigen](#) » [Einlagen](#)





# In neuen Räumen

Was Ärzte beim Umzug ihrer Praxis beachten müssen

**Das Angebot ist verlockend: fünf Zimmer, ein großer Wartebereich, dazu ein voll ausgestattetes Labor und das alles zu einem akzeptablen Preis. Will ein Arzt mit seiner Praxis umziehen, darf er sich nicht allein vom Immobilienangebot leiten lassen. Er muss vor allem die Regelungen zur Verlegung des Praxis-sitzes beachten.**

Bevor er den Umzugswagen bestellen kann, muss der Praxisinhaber beim Zulassungsausschuss für Ärzte eine Genehmigung zur Verlegung des Vertragsarztsitzes beantragen. Das gilt für alle Umzüge, bei der sich die Praxisanschrift ändert – die Entfernung zwischen alter und neuer Praxis spielt dabei keine Rolle. Lediglich ein Umzug innerhalb desselben Gebäudes ist genehmigungsfrei.

Der Zulassungsausschuss erteilt die Genehmigung mit Wirkung für die Zukunft. Das heißt, die Verlegung des Vertragsarztsitzes hat statusrelevanten Charakter, die Genehmigung kann nicht rückwirkend erteilt werden. Die Praxisinhaber sollten den Antrag also rechtzeitig (etwa vier Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses) vor dem Umzug stellen. Ansonsten droht die Zwangs-



pause: Ohne einen genehmigten Vertragsarztsitz hat der Arzt keine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung mehr.

## Antrag stellen

Bei dem Antrag auf Verlegung muss neben dem Zeitpunkt der Verlegung der zukünftige Vertragsarztsitz konkret angegeben werden. Der „Ort der Niederlassung als Arzt (Vertragsarztsitz)“ wie es im SGB V heißt, ist nicht eine Ortschaft im Sinne einer Verwaltungseinheit oder eines Teils

einer Ortschaft. Der (künftige) Vertragsarztsitz ist der konkrete Ort, hat also eine konkrete Praxisanschrift. Die Angabe dieser Praxisanschrift ist maßgebend für die Prüfung des Verlegungsantrages. Denn der Zulassungsausschuss darf die Verlegung des Vertragsarztsitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

## Genehmigung

Die „Gründe der vertragsärztlichen Versorgung“ sind Umstände, die die Sicherstellung der Patientenversorgung betreffen. Dazu

werden die Versorgungslage und die Bedarfsplanung herangezogen. So hat das Bundessozialgericht von vornherein die Verlegung in solche Planungsbereiche ausgeschlossen, die für die Arztgruppe wegen Überversorgung gesperrt sind. Vor einem möglichen Umzug sollte sich der Vertragsarzt also den neuen Planungsbereich genau anschauen.

Auch wenn der Vertragsarzt beabsichtigt, seinen Arztsitz innerhalb eines Planungsbereiches in einen schon gut versorgten Teil dieses Planungsbereichs zu ver-

## Genehmigungspflichtige Leistungen

**Vor dem Umzug der Praxis muss der Arzt auch an die genehmigungspflichtigen Leistungen denken, die er in den neuen Räumlichkeiten erbringen will. Dafür muss er sich an die Qualitätssicherung der KVBW wenden.**

### Vier Fälle sind hier zu unterscheiden:

- Die bisherigen Leistungen werden in den neuen Praxisräumen erbracht → Formlose Mitteilung an die KVBW: „Folgende Leistungen biete ich weiterhin an.“
- Geräte (zum Beispiel Sonografiegerät) werden mitgenommen → Formlose Mitteilung an die KVBW: „Ich verwende das bisherige Gerät weiter.“
- Neue Geräte werden angeschafft → Einreichung des neuen Herstellernachweises
- Standortbezogene Genehmigungen (zum Beispiel ambulantes Operieren) → Neue Erklärung an die KVBW zu den Räumlichkeiten *jh*

➔ Bei weiteren Fragen wenden Sie sich an die Mitarbeiter der Qualitätssicherung. Diese können auch ein Statusblatt der bisherigen Genehmigungen zur Verfügung stellen. Die Mitarbeiter finden Sie hier: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Qualitätssicherung » Genehmigungspflichtige Leistungen. Oder Sie schreiben an: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

gen, kann der Zulassungsausschuss den Antrag ablehnen. Denn die Prüfung der Versorgungslage erstreckt sich auch auf den bisherigen Vertragsarztsitz. Und wenn durch den Umzug der Praxis eine lokale Unterversorgung am alten Praxissitz droht, wird der Zulassungsausschuss möglicherweise nicht zustimmen. Umgekehrt allerdings darf die Verlegung nicht mit dem Argument abgelehnt werden, die unmittelbare Umgebung am neuen Standort sei gut versorgt.

Wenn keine Bedenken aus Gründen der vertragsärztlichen

Versorgung gegen die Verlegung des Praxissitzes bestehen, muss der Zulassungsausschuss dem Antrag entsprechen. Der Umzug kann stattfinden. *kl*

➔ Bei weiteren Fragen geben die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses des jeweiligen Regierungsbezirks, also Ihrer „regionalen KV“, Auskunft. Hier erhalten Sie auch das Antragsformular über die Genehmigung der Verlegung des Vertragsarztsitzes:

[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Niederlassung » Zulassungsausschuss

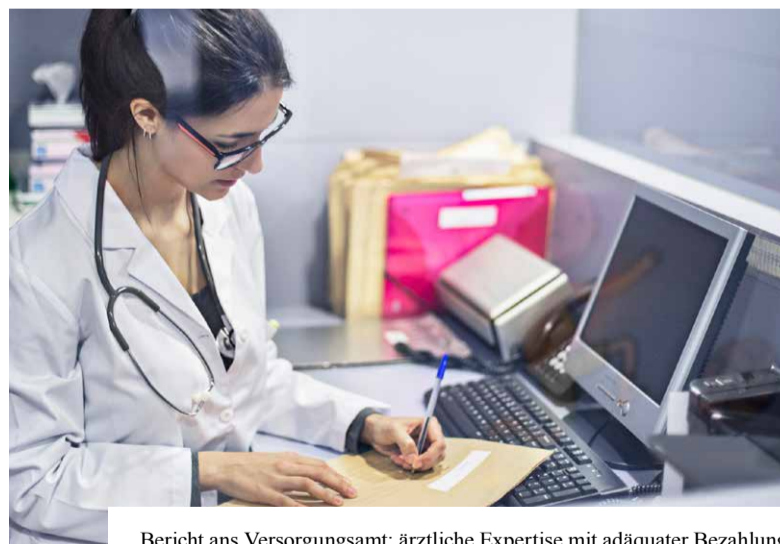
# Arztberichte an Versorgungsämter

Je nach Aufwand nach Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz angemessen vergüten lassen

**Es ist leider häufige Praxis bei der Klärung versorgungsrechtlicher Ansprüche von Patienten, dass das Versorgungsamt anruft und um die Übersendung des letzten Berichts an den mitbehandelnden Facharzt bittet. Die übliche Vergütung: 50 Cent! Zu Recht stößt dies in der Ärzteschaft auf Unverständnis. ergo erklärt, was der Arzt wirklich tun muss – und kann.**

Anfragen von Versorgungsämtern sind nur dann zu beantworten, wenn eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt. Dieser muss den Arzt dafür von seiner ärztlichen Schweigepflicht entbunden haben.

Die Patienten werden diese Einwilligung häufig schon deshalb erteilen, weil sie ein Interesse daran haben, dass dem Versorgungsamt die gewünschten Informationen zur Verfügung gestellt werden. Denn hiervon hängt oft ab, ob die Versorgungsämter die gewünschte Leistung erbringen, zum Beispiel einen beantragten Schwerbehindertenausweis aus-



Bericht ans Versorgungsamt: ärztliche Expertise mit adäquater Bezahlung

stellen. Insoweit entspricht der Bericht fürs Versorgungsamt den Pflichten aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten. Allerdings nur in dem Umfang, in dem die konkrete Fallfrage des Versorgungsamtes die ärztliche Expertise erfordert und sie tatsächlich von der Einwilligung gedeckt ist.

Daher muss also der Arzt in der Regel bei jeder Auskunft ans Versorgungsamt prüfen und even-

tuell mit dem Patienten abstimmen, welche Informationen konkret benötigt werden. Der Arzt erstellt eine fallbezogene Expertise, die zwar in der Feststellung münden kann, dass eine Befundkopie ausreicht, die jedoch nicht zwingend darin münden muss. Es ist keinesfalls Sache der Versorgungsämter, den Umfang der gewünschten Auskunft zu definieren und sich mit einer Kopie „zufriedenzugeben“.



Deshalb will die KVBW die Ärzte darin bestärken, sich ihre Mühe adäquat vergüten zu lassen. Der Versorgungsanspruch des Patienten hängt von der ärztlichen Expertise ab, der Arzt durchbricht seine Schweigepflicht – wenn auch gerechtfertigt im Interesse des Patienten. Der Arzt sollte sich also seinen Bericht entsprechend den Regeln des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (JVEG) mit – je nach Aufwand – zwischen 38 und 75 Euro vergüten lassen. Sollten die Versorgungsämter nicht damit einverstanden sein, kann der Arzt darauf hinweisen, dass dies die gesetzlich geregelte Vergütung darstellt, die nicht unterschritten werden sollte; gegebenenfalls ist es auch möglich, im Wege eines Kompromisses die Vergütung frei mit dem Versorgungsamt zu vereinbaren. *lh/kas*

➔ Weiteres in unserer Broschüre „Um Antwort wird gebeten“: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Presse » Publikationen » Broschüren  
Fragen beantwortet Ihnen der KVBW-Rechtsbereich: [recht@kvbawue.de](mailto:recht@kvbawue.de)

## Praxis- und Jobbörsen

Möchten Sie Ihre Praxis übergeben und haben noch keinen Nachfolger gefunden? Suchen Sie Praxisräume oder -mieter? Sind Sie derzeit auf der Suche nach einer Anstellung? Brauchen Sie einen Vertreter? Machen Sie auf sich aufmerksam und inserieren Sie Ihre Wünsche und Anforderungen: Die Börsen der KVBW bieten Ihnen Unterstützung!

➔ Alle Praxis-, Job- und Kooperationsangebote und -gesuche finden Sie hier: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Börsen » Suchen. Sie können sich direkt in die Börsen eintragen, Daten abrufen oder auch Kontakte anfordern. Gerne beraten wir Sie auch persönlich unter 0711 7875-1697.

	
<b>Praxisbörse</b> Sie suchen eine Praxis? Sie suchen einen Praxisnachfolger?	<b>Kooperationsbörse</b> Sie suchen (PG/BAG)? Sie suchen eine Koopera-
<a href="#">Praxis suchen »</a>	<a href="#">Nachfolger suchen »</a>



# Mehr Ärzte - mehr KVBW

Praxen mit mindestens vier Ärzten waren eingeladen zum „Tag der Großpraxen“

Ende Mai fand bei der KVBW in Stuttgart der „Tag der Großpraxen“ statt. Eingeladen waren Ärzte und Mitarbeiter von über 600 Praxen mit mehr als vier Ärzten. Ziel der Veranstaltung war es, zentrale Fragestellungen großer Organisationseinheiten herauszuarbeiten und Unterstützung beim Management anzubieten. Dr. Michael Barczok, VV-Delegierter und Mitinhaber einer großen pneumologischen Gemeinschaftspraxis in Ulm, fasst die Ergebnisse zusammen.

„Dr. Johannes Fechner, der stellvertretende KVBW-Vorstand, eröffnete die Veranstaltung mit einem Ausblick auf die anstehenden strategischen Anforderungen an die KVBW. Es sei eine Tatsache, dass sich immer mehr MVZ oder BAG zu größeren Einheiten zusammenfinden, aus denen heraus dann nicht selten flächendeckend Versorgung, zum Beispiel durch Nebenbetriebsstätten, organisiert werde. Deutlich im Steigen begriffen sei hierbei die Zahl der Kolleginnen und Kollegen, die angestellt tätig werden. Dem müsse die KV Rechnung tragen. Das war ein positives Signal, denn insbesondere im Bereich von Zulassung

und Qualitätssicherung tauchen immer wieder Probleme auf; beispielsweise wenn Vertretungen in Nebenbetriebsstätten organisiert werden müssen oder ein flexibler Geräte- und Personaleinsatz erforderlich ist. Die Weiterentwicklung der Verwaltungsstrukturen hält mitunter nicht Schritt mit dem Tempo, in dem ärztliche Kooperationsformen sich entfalten. Hinzu kommen flexiblere Arbeitszeitmodelle und ein rasch ansteigender Anteil von ärztlichen Kolleginnen. Sie haben spezielle Anforderun-

gen an Arbeitsplatz und Arbeitszeit, denen auch hinsichtlich zulassungsrechtlicher Fragestellungen oder genehmigungspflichtiger Leistungen Rechnung getragen werden muss.



Dr. Michael Barczok: „Bei der Umsetzung der ASV unterstützt uns die KVBW schnell und effektiv.“

derlich ist. Die Weiterentwicklung der Verwaltungsstrukturen hält mitunter nicht Schritt mit dem Tempo, in dem ärztliche Kooperationsformen sich entfalten. Hinzu kommen flexiblere Arbeitszeitmodelle und ein rasch ansteigender Anteil von ärztlichen Kolleginnen. Sie haben spezielle Anforderun-

Vieles hat sich in der KV bereits positiv entwickelt, etwa die Kommunikation mit den Mitarbeitern in den einzelnen Abteilungen. Immer wieder aber gibt es Verzögerungen und es kommt zu einem erhöhten Aufwand durch die rechtlichen oder satzungsmäßigen Rahmenbedingungen. Das ist bei-

spielsweise bei der Abrechnung einer ärztlichen Leistung ärgerlich. Hier ein vernünftiges Verhältnis zwischen hochwertiger Qualitätssicherung einerseits und schneller Anpassung an betrieblich notwendige Veränderungen andererseits zu gewährleisten, muss ein gemeinsames Anliegen von uns und der KV sein.

Dass die KVBW in der Lage ist, schnell und effektiv unsere Arbeit zu unterstützen, hat sich für mich insbesondere bei der Abwicklung der ASV gezeigt. Die Umsetzung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist ein echtes Bürokratiemonster. Die vielfachen formalen Anforderungen umzusetzen, ist für ein großes Krankenhaus mit entsprechenden Verwaltungsstrukturen sicher machbar. Wir in der Praxis haben aber schnell gemerkt, dass wir genau diese Verwaltungsebene nicht besitzen. Wohl oder übel muss sich die Praxisleitung abseits ihrer eigentlichen ärztlichen Aufgaben damit herumschlagen.

In Baden-Württemberg hat die KV dieses Manko schnell erkannt. Sie hat sowohl bei der Abarbeitung formaler Hürden als auch bei der Abrechnung einen extrem guten Job gemacht und die niederge-

lassenen Ärzte entscheidend unterstützt.

Auch an anderen Beispielen wurde klar, dass große Praxen in Zukunft ohne Praxismanager und einer Verwaltungsstruktur nicht gegen Krankenhäuser und Konzern-MVZ bestehen werden. Hier kann die KV unterstützen. Sie kann zumindest Teile dieser Verwaltungs- und Beratungsstruktur bereitstellen, so im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Beratung, die große Erfahrung in diesem speziellen Bereich besitzt und auf umfangreiche Kennzahlen und ein gezieltes Benchmarking zurückgreifen kann.

Weitere Beiträge der Veranstaltung beschäftigten sich mit der „strategischen Positionierung im ambulanten Umfeld“ und der „Rechtsprechung zur Nachbesetzung bei Anstellung“. Nachmittags ging es in drei Workshops zu „Arbeitsrecht“, „interner Honorarverteilung in Großpraxen“ und „gelingenem Praxismanagement“ mit teils rauchenden Köpfen richtig zur Sache. Manche Praxen hatten sich hier mit mehreren Teilnehmern strategisch positioniert, um aus allen Bereichen etwas für ihre Praxen mitnehmen zu können.

Mein Fazit der Veranstaltung: Die KV ist gefordert und willens, die in großen Praxen individuell auftretenden Probleme aufzugreifen, nach Lösungen zu suchen, von denen alle profitieren können und Dienstleistungen für ihre Mitglieder kontinuierlich weiterzuentwickeln.“

## Was macht eigentlich ...

### Dr. Jan Geldmacher?

„Es machte von Anfang an großen Spaß.“

**Der Facharzt für Innere Medizin Dr. Jan Geldmacher war Vorstandsmitglied der KV Südbaden und gehörte von 2005 bis 2010 dem Vorstand der KV Baden-Württemberg an. Vor seinem hauptamtlichen berufspolitischen Engagement war er niedergelassen in einer großen Facharztpraxis in Emmendingen. 2011 hat er noch einmal neu angefangen und sich als Hausarzt in Gartow (Niedersachsen) niedergelassen.**

„Ich kam nach Gartow und als erstes kam mir ein Seeadler entgegengefliegen. Ich dachte, hier bin ich richtig. Denn das einzige Hobby, das ich immer gepflegt habe, ist ab und zu Vögel beobachten.“ So schildert Geldmacher seinen ersten Eindruck der neuen Heimat. Das ist jetzt sechs Jahre her.

Als Ende 2010 seine Vorstandszeit bei der KVBW zu Ende ging, fühlte er sich mit 66 Jahren noch lange nicht alt genug, um sich zur Ruhe zu setzen. Er las im SPIEGEL von einem Dorf nahe der ehemaligen deutsch-deutschen Grenze,

das dringend nach einem Hausarzt suchte. Das machte ihn neugierig. Und dann war es wie so oft im Leben: Der erste Eindruck zählte. Zu dem Seeadler kamen noch ein Bürgermeister, der ihn mit offenen Armen empfing, sowie ein befreundeter Architekt, der gleich die Umbaumaßnahmen für die passenden Räume präsentieren konnte, hinzu. Den letzten Ausschlag gab seine Frau: „Sie wollte gern in den Norden zurück, nachdem ich sie nach Freiburg entführt hatte.“

Räume waren also vorhanden, Personal fand Geldmacher über die dörflichen Beziehungen und sogar ein Angebot, die Eröffnung der Praxis mit 50.000 Euro zu fördern, lag auf dem Tisch. Dies allerdings nahm Geldmacher nicht an: „Entweder es lohnt sich, dann brauche ich das Geld nicht, oder es lohnt sich nicht, dann helfen die 50.000 Euro auch nicht.“

„Es machte von Anfang an großen Spaß“, erzählt Geldmacher. Doch es ist kaum zu glauben: Bereits nach dem ersten Quartal bekam er einen Brief von der KV mit der Androhung eines Regresses von 16.000 Euro. „Für mich war das kein

Problem, ich bin ein altes Schlachtrösser, ich kann das erklären.“ Aber welche Idiotie stecke dahinter, sagt Geldmacher, wenn so etwas einem jungen Doktor passiert. Der wisse doch gar nicht, was er machen soll.

Überhaupt ärgern ihn so manche Dinge: die ungleiche Vergütung gleicher Leistungen für Haus- und Fachärzte oder die schlecht durchdachten Regelungen für die Fahrtkostenübernahme bei ambulanten Untersuchungen. „Hier wohnen Leute, die ich ins Krankenhaus einweisen muss, weil sie nicht selber fahren können oder sich die Taxifahrt nicht leisten können.“ Gerade in den ländlichen Gegenden mit sterbenden Nachbarschaften sei das ein großes Problem.

Einmischen will er sich allerdings nicht mehr. Die Berufspolitik hat er endgültig hinter sich gelassen. „Die acht Jahre in Südbaden und die sechs Jahre in der KVBW waren genug. Ich habe viel gelernt, es war eine schöne Zeit. Aber Funktionär – das war nie mein Lebensziel.“

Der Erfolg seiner Praxis gibt ihm Recht. „Ich bin jemand, der in altertümlicher Weise seine Praxis führt. So ist kein Bildschirm zwi-



Dr. Geldmacher ist mehr als zufrieden in seiner neuen Heimat.

schen mir und dem Patienten aufgebaut. Ich sitze ihm gegenüber und schreibe in alles auf, was der Patient mir erzählt.“ Inzwischen hat er rund 1.250 Scheine im Quartal, versorgt Patienten in 15-km-Umkreis, im dezentralen Notfalldienst sogar im Umkreis von 60 Kilometern.

Auf die Frage, wie lange er noch praktizieren will, antwortet

er: „Als ich nach Gartow kam, habe ich gesagt: zehn Jahre. Wenn man mich heute fragt, sage ich immer noch zehn Jahre! Dann bin ich 81 Jahre alt. So lange ich so gut drauf bin, arbeite ich weiter. Und ich hoffe, dass meine Mitarbeiter mir rechtzeitig sagen, wenn ich zur Gefahr für die Patienten werde.“

So einen Hausarzt wünscht sich wohl jedes Dorf! sm



# Pflege weltweit

Das Leben im Alter macht nationale Unterschiede

**Pflegenotstand, Altersarmut, Missstände in Pflegeeinrichtungen: Kein Tag, an dem das Leben im Alter nicht in den Negativschlagzeilen auftaucht. Im Jahr 2030 werden bis zu vier Millionen Menschen allein in Deutschland pflegebedürftig sein, gleichzeitig sollen eine halbe Million Pflegekräfte fehlen. Lösungen? Fehlende! Ein Blick über den nationalen Tellerrand lohnt sich auch in Sachen Pflege.**

Wenn in deutschen Pflegeheimen Missstände aufgedeckt werden, schlägt die öffentliche Empörung hohe Wellen. Dabei versagt das System mit Vorankündigung: Eine ausgebildete Altenpflegerin kümmert sich tagsüber um bis zu 13, nachts um 40 alte Menschen. Und das ist nur der Durchschnittswert.

Auch wenn die Pflege statt im Heim zu Hause stattfindet, fehlt es an Geld und Anerkennung. Experten fordern deshalb, die häusliche Pflege besser zu entlohnen und Hilfsangebote zu intensivieren. Alternative Angebote wie Mehrgenerationen-Wohnprojekte mit nachbarschaftlicher Hilfe sind noch selten, auch hier gäbe es Entwicklungspotenzial.

Angesichts steigender Lebenserwartung und niedriger Geburtenraten sehen sich Länder in aller Welt dem gleichen demografischen Trend gegenüber: Die Bevölkerung altert mit einer drastischen Zunahme der Zahl Hochbetagter. Wie gehen andere Nationen damit um?

## Dänemark, Schweden, Norwegen, Island, Finnland

Die Pflegesysteme der fünf nordischen Länder hat die Friedrich-Ebert-Stiftung mit dem deutschen verglichen. Die nordischen Staaten haben demnach gemeinsam, dass sie ältere Menschen so

lange wie möglich dabei unterstützen, selbstbestimmt zu leben. Hier entscheidet meist die Kommune, wer welche Hilfe erhält, und passt diese an die Situation des Einzelnen an. Die Städte und Gemeinden sorgen für Bring- und Fahrdienste, Treffen im Seniorenzentrum, Betreuung zu Hause und für Lohnausgleich für pflegende Angehörige. Pflegestufen wie in Deutschland gibt es nicht.

Obwohl ältere Menschen in den skandinavischen Ländern einen geringeren Anteil an der Bevölkerung stellen als in Deutschland, beschäftigt der kommunale Altenhilfeservice ein Vielfaches dessen an Personal, was in Deutschland bei Pflegediensten und Heimen im Einsatz ist. Auch die öffentlichen Ausgaben liegen – bezogen auf die Wirtschaftskraft – deutlich höher. Unsere nördlichen Nachbarn verfügen über hochentwickelte und großzügige öffentliche Pflegesysteme. Der Anteil an häuslicher Pflege ist gering, wer aber Angehörige pflegen will, wird kräftig unterstützt. So die Ergebnisse des Ancien-Longtermcare-Projects. Das hat praktische Auswirkungen: In Norwegen beurteilen mehr als sieben von zehn Altenpflegekräften ihren Arbeitsplatz als ausgezeichnet oder gut (im Vergleich Deutschland 48 Prozent), so die TU Berlin in einer aktuellen Studie. Das mag daran liegen, dass auf vier betroffene Norweger eine volle Pflegekraft entfällt. Auch fühlen sich in den nordeuropäischen Staaten nur etwa 20 Prozent des Personals durch Burnout gefährdet, in Deutschland sind es 48 Prozent.

## Schweiz

Die Schweiz hat erkannt, dass einem Mangel an Pflegekräften nur entgegengewirkt werden kann, wenn in den Pflege- und



Indien: Die Not unter den alten Menschen ist groß.

Altenheimen ausgezeichnete Arbeitsbedingungen herrschen. Die Arbeitsbelastung ist im Vergleich zu anderen Ländern geringer, es bleibt mehr Zeit für die Bewohner, so eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums 2014.

In der Schweiz betreut eine Pflegekraft in 24 Stunden im Durchschnitt acht Patienten, in Deutschland sind es 13. Dazu kommt die bessere Entlohnung: Verglichen mit deutschen Pflegeheimen fällt das Gehalt in der Schweiz deutlich höher aus, für eine 30-Stunden-Woche werden durchschnittlich 66.000 Schweizer Franken (etwa 61.000 Euro) bezahlt.

## Großbritannien

Das britische Allgemeinwesen sieht keine Pflegeversicherung vor.

Wer im Alter Unterstützung braucht, muss selbst dafür aufkommen. Viele Engländer verkaufen sogar ihr Eigenheim, um sich das Leben im Alter überhaupt leisten zu können. Beschäftigte in Pflegeheimen weisen eine hohe Arbeitsunzufriedenheit auf und verdienen schlecht.

Anders ist die Situation in Schottland, wo alte Menschen ein Recht auf persönliche Pflege haben. Die jeweilige Stadtverwaltung beurteilt, wer in welchem Maße pflegebedürftig ist und welche Hilfen er bekommt. Ab einem gewissen Vermögenswert werden Pflegebedürftige anteilmäßig zur Kasse gebeten.

## Russland

Pensionäre stellen heute in Russland die Bevölkerungsgruppe mit dem geringsten sozialen

Schutz dar. Die Renten entsprechen nicht den festgelegten Minimalsätzen für den Lebensunterhalt, zudem werden sie häufig mit zeitlicher Verzögerung ausbezahlt.

Da dem Gesundheitswesen bislang nur drei Prozent des Bruttoinlandsprodukts vonseiten der Regierung zugewiesen werden, ist dessen Zustand im Weltmaßstab auf den 130. Platz abgesackt.

In ein russisches Altenheim geht niemand freiwillig. Statt staatlicher Unterstützung suchen russische Senioren Rückhalt in der Familie, was zunehmend nicht funktioniert. Deshalb kümmern sich laut amtlicher Statistik derzeit über fünf Millionen sogenannte „Wächterinnen“ im 24-Stunden-Dauereinsatz um Alte und Kranke. Sie stammen in der Regel aus zentralasiatischen Ländern und werden mager entlohnt.

## Indien und China

Während in Europa verschiedene Modelle der öffentlichen Altenpflege existieren, steckt sie in Indien und China noch in den Kinderschuhen. In China gibt es immerhin ein Rentensystem für Städter. Hier entstehen deshalb nach und nach Alten- und Pflegeheime. Medizinische Grundversorgung ist in aller Regel auch auf dem Land gegeben.

Indische Familien haben es erheblich schwerer. Für Delhi über elf Millionen Einwohner gibt es vier staatliche Altersheime. Teure private Heime sind überbucht, Pflegefälle werden meist nicht aufgenommen. Zwar gibt es Regierungspläne für eine bessere Versorgung der Älteren, aber wer derzeit außerhalb der Familie Hilfe sucht, ist auf private und spendenfinanzierte Projekte angewiesen. *maria*

# „Mein PraxisCheck“ Patientensicherheit

**Patienten vor Schaden zu schützen, ist ein Hauptziel des Qualitätsmanagements in Praxen. Daneben geht es darum, haftungsrechtlichen Konsequenzen vorzubeugen. Mit dem neuen Online-Test „Mein PraxisCheck Patientensicherheit“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) können Ärzte und Psychotherapeuten ihren Umgang im Praxisalltag mit dem Thema Patientensicherheit überprüfen.**

Mit dem Online-Test auf [www.kbv.de/praxischeck](http://www.kbv.de/praxischeck) können Praxen mit wenigen Klicks herausfinden, wie es bei ihrer täglichen Arbeit um Gefahrenquellen und Risiken für Patienten steht. Die Themen reichen von sicheren Behandlungsabläufen und Arbeitsbedingungen bis zum Verhalten im Schadensfall. Konkret geht es beispielsweise um Aspekte wie Praxisausstattung, Ge-

rätesicherheit, Hygiene, Infektions- und Strahlenschutz sowie Regeln zur Kommunikation und Informationsweitergabe.

## Kostenfrei und anonym

Teilnehmer des Tests klicken sich durch fünf Fragen. Zur Auswahl stehen jeweils vier Antwortmöglichkeiten. Wird eine Antwort angeklickt, bekommt der Nutzer sofort ein praxisnahes Feedback. Dabei wird auch darauf hingewiesen, ob er in diesem Punkt etwas verbessern könnte.

Nach dem Check erhält jeder Teilnehmer einen ausführlichen Ergebnisbericht. Darin sind auch praktische Tipps und Empfehlungen aufgeführt, wie Fehler vermieden und Abläufe im Praxisalltag noch reibungsloser gestaltet werden können. Dabei bleibt jede Praxis absolut anonym. Es werden keine persönlichen Daten wie Name oder IP-Adresse

gespeichert. Erfasst werden lediglich einige freiwillige Angaben, zum Beispiel zur Berufsgruppe.

## Weitere Themen: Qualitätsmanagement, Hygiene, Informationssicherheit und Impfen

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



Jetzt testen:  
Mein PraxisCheck  
Patientensicherheit  
[www.kbv.de/praxischeck](http://www.kbv.de/praxischeck)





Die Hitze genießen können nicht alle älteren Menschen, für viele ist sie sehr beschwerlich.

## Leben mit der Hitze

Ärzte können Hitze-Newsletter des Deutschen Wetterdienstes abonnieren

Mai und Juni haben schon erste Hitzerekorde geschlagen, weitere heiße Tage oder Wochen können folgen. Hitzewellen sind ein ernsthaftes Problem für die Gesundheit, dies hat das Jahr 2003 gezeigt. Als Folge davon haben viele europäische Länder Hitzewarnsysteme aufgebaut. Der Deutsche Wetterdienst (DWD) warnt täglich von Mai bis Ende August, wenn Warnschwellen überschritten werden, und informiert darüber in einem Newsletter. Der könnte gerade für Ärzte interessant sein.

drinnen und nicht draußen auf. Daher sind die Innenraumbedingungen von großer Bedeutung für die Belastung von Menschen durch Hitze.

Das Hitzewarnsystem richtet sich besonders an Alten- und Pflegeheime, aber auch an die Allgemeinbevölkerung. Aktuelle Hitzewarnungen werden über einen Newsletter, das Internet oder via Smartphone-App verteilt. Ist eine Hitzewarnung herausgegeben, werden von den zuständigen Gesundheitsbehörden der Bundesländer Interventionsmaßnahmen eingeleitet.

➔ Informationen und Anmeldung zum Newsletter:



[www.dwd.de](http://www.dwd.de) »  
Newsletter »  
Hitzewarnungen

und allgemein zur Gesundheit über



[www.dwd.de](http://www.dwd.de) »  
Klima und Umwelt »  
Klima und Umweltberatung »  
Gesundheit

„Wir möchten Ärzte regelmäßig vorwarnen, wenn eine Hitzewelle bevorsteht, damit diese die Medikation umstellen können, besonders bei älteren Menschen“, erläutert Prof. Dr. Andreas Matzarakis vom Zentrum für Medizin-Meteorologische Forschung des Deutschen Wetterdienstes in Freiburg. Denn Patienten und vor allem kranke Menschen, die Medikamente nehmen, sind durch die Auswirkungen von lang andauernder Hitze besonders betroffen. Würden Ärzte vor Hitze rechtzeitig gewarnt, könnte eine angepasste Medikation ein wichtiges Puzzleteil im Hitzewarnsystem und den Handlungsempfehlungen und -maßnahmen sein, so Matzarakis.

Als einziges Hitzewarnsystem weltweit berücksichtigt der DWD auch die thermischen Bedingungen während der Nacht in Innenräumen. Vor allem ältere, kranke und schwache Menschen halten sich die meiste Zeit des Tages

## MAK-Tipp: Quer- oder Neueinsteiger – wir erleichtern Ihnen den Start in den Praxisalltag

**Die vertragsärztliche Versorgung ist durch eine Vielzahl an Regelungen und Vorschriften geprägt, die einem ständigen Wandel unterliegen. Das ist eine Herausforderung für die Mitarbeiter, besonders wenn in einer Arztpraxis Mitarbeiter aus anderen Berufen beschäftigt sind. Daher richtet sich dieses MAK-Seminar zum Beispiel an Ehepartner, die in der Praxis anfangen, Wieder- und Quereinsteiger, aber auch neu eingestelltes Personal.**

Mit dem Seminar werden die Mitarbeiter beim Einstieg in die Praxistätigkeit unterstützt. Wir helfen ihnen dabei, sich in den

zahlreichen Bestimmungen schneller zurechtzufinden, vermitteln Grundkenntnisse zur vertragsärztlichen Tätigkeit und den angrenzenden Bereichen, führen in die Struktur der vertragsärztlichen Versorgung ein und ermöglichen ein Kennenlernen der Kassenärztlichen Vereinigung und ihrer Ansprechpartner. Angefangen bei der Vergütung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen bis hin zum Umfang des gesetzlichen Leistungsanspruchs lernen die Kursteilnehmer alle Inhalte kennen, die für den Praxisalltag wichtig sind.

Darüber hinaus gehen die Referentinnen auf die Grundlagen der Abrechnung beziehungsweise der Gebührenordnung ein und erläutern

die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Richtlinien. Ein Überblick über weitergehende Informationsmöglichkeiten zu den relevanten Themenbereichen rundet die Veranstaltung ab.

Anhand von Vorträgen mit Fallbeispielen und Diskussion sowie praktischen Übungen gehen die Referentinnen unter anderem ein auf Themen wie Patientenaufnahme und Abrechnungsmanagement, vertrags- und privatärztliche Leistungen, Gebührenordnung, Abrechnung, Vergütung, Genehmigungspflichtige Leistungen, Verschlüsselung der Diagnosen, Arznei- und Heilmittelverordnung inklusive Prüfkonzept sowie Vordrucke und Verträge.

**Seminarnummer**  
R 168

**Referentinnen**  
Anne-Kristin Gräf  
Marian Buchholz-Kupferschmid

**Termin**  
Donnerstag 19. Oktober 2017  
9:00 Uhr bis 17:00 Uhr

**Ort**  
KVBW Reutlingen  
Haldenhausstraße 11  
72770 Reutlingen

**Preis**  
145,- Euro

**Anmeldung:** MAK, siehe S. 15

## Ärzte für RESIST gesucht

Mitmachen und Antibiotikaresistenzen vermeiden

**Um die Zunahme multiresistenter Keime einzudämmen und die Wirksamkeit bestehender Antibiotika zu erhalten, haben der Ersatzkassenverband, die KBV und neun KVen ein Projekt zur Verringerung unnötiger Antibiotikaverordnungen entwickelt: RESIST.**

Ziel ist es, Ärzte und Patienten für das Thema Resistenzbildungen zu sensibilisieren und zu einem verantwortungsvolleren Umgang mit Antibiotika bei akuten Atemwegsinfekten zu motivieren. Patienten sind Versicherte der Ersatzkassen (BARMER, TK, DAK, KKH, hkk und HEK). In Baden-Württemberg können 454 Ärzte teilnehmen. Teilnahmeberechtigt sind Allgemeinmediziner, Kinderärzte, Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Interessierte Ärzte schreiben sich in das Versorgungsmodell ein und absolvieren eine obligatorische Online-Schulung im Fortbildungsportal der KBV im Sicheren Netz

der KVen (SNK). Nach Abschluss der Fortbildung erhalten die Teilnehmer ein Zertifikat, das sie bei der KV Baden-Württemberg einreichen müssen.

Die Starterpauschale beträgt je Arzt einmalig 200 Euro für die erfolgreiche Teilnahme an der Online-Schulung und die Umsetzung der erforderlichen Abläufe in der Arztpraxis.

Die Programmpauschale (GOP 81252) beträgt 450 Euro je Quartal, wenn der teilnehmende Arzt im Abrechnungsquartal mindestens 20 Patienten nach den Vorgaben des Modellprojekts versorgt hat. Die Programmpauschale vergütet den Zusatzaufwand des Arztes für vertiefende Beratungsgespräche, die Erläuterung von Informationsmaterialien und die Einbeziehung der Patienten in die Therapieentscheidung. Projektzeitraum ist der 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2019.

➔ Weitere Informationen »:  
[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) » Praxis » Qualitätssicherung » Genehmigungspflichtige Leistungen » RESIST

## Tipp für Arzt und Psychotherapeut

**Wussten Sie, dass Sie abgesehen von den Honorarunterlagen, die Ihnen zur Quartalsabrechnung von Ihrer KV zugeschickt werden, ergänzende wertvolle Informationen in Ihrem Dokumentenarchiv des Mitgliederportals finden?**

Zum Beispiel können Sie anhand der Gebührennummernübersicht und Honorarzusammenstellung nach GOP jede einzelne abgerechnete Leistung nachvollziehen. Auch die Auslastung Ihres Gesprächsbudgets oder des NÄPa- oder auch Struktur-Zuschlags ist einsehbar.

Darüber hinaus finden Sie im Portal Ihre DMP-Feedbackberichte sowie weitere interessante Informationen rund um Ihr Unternehmen Praxis: Berichte zum Einzugsgebiet und den Zuweisern der Praxis oder die kodierten ICD-Nummern im Vergleich zu Ihrer Fachgruppe.

➔ Neugierig geworden? Dann schauen Sie doch einfach mal rein in Ihr Dokumentenarchiv – für Unterstützung bei der Navigation in Ihrem persönlichen Bereich des Mitgliederportals wenden Sie sich an Ihre Abrechnungsberatung: 0711 7875-3397.



# Seminare der Management Akademie (MAK)

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar- Nr.
<b>ABRECHNUNG / VERORDNUNG</b>							
<b>EBM für Einsteiger</b>	Facharztpraxen, Praxismitarbeiter und Auszubildende	20. September 2017	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	98,-	6	S 07
<b>GOÄ für Einsteiger</b>	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	13. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Karlsruhe	98,-	5	K 17
<b>GOÄ für Einsteiger</b>	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	27. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Konstanz	98,-	5	F 23
<b>GOÄ für Einsteiger</b>	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	4. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	98,-	5	R 24
<b>GOÄ für Fortgeschrittene</b>	Ärzte, Praxismitarbeiter nicht für Psychotherapeuten	20. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Karlsruhe	98,-	5	K 26
<b>Sicher durch den Richtlinien- Dschungel</b> Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	Ärzte	15. September 2017	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	65,-	8	F 39
<b>Verordnung von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr</b>	Ärzte und Praxismitarbeiter	14. September 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	BD Reutlingen	45,-	3	R 44
<b>Verordnung von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr</b>	Ärzte und Praxismitarbeiter	5. Oktober 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	BD Karlsruhe	45,-	3	K 46
<b>BETRIEBSWIRTSCHAFT / ZULASSUNG</b>							
<b>Der Weg in die eigene Praxis</b> Modul 1: Der Weg in die eigene Praxis Modul 2: Facharzt! Was nun? Modul 3: Von der betriebswirtschaftlichen Planung zur erfolgreichen Praxisführung Modul 4: Investition, Finanzierung und Steuern	Ärzte, die sich niederlas- sen wollen oder gerade erst niedergelassen haben. Nicht für Psycho- therapeuten	Modul 1: 7. Oktober 2017 Modul 2: 9. November 2017 Modul 3: 16. November 2017 Modul 4: 23. November 2017	Modul 1: 10.00 bis 14.00 Uhr Modul 2-4: jeweils von 17.30 bis 21.00 Uhr	Mannheim	Modul 1: Kostenlos: Anmeldung erforderlich Modul 2-4: je 65,- Euro	Modul 1: 5 Modul 2-4: Je 4	K 52/1 K 52/2 K 52/3 K 52/4
<b>Erfolgreiche Praxisgründung für Psy- chotherapeuten: Mit Expertenwissen in eine sichere Zukunft</b> Modul 1: Der Weg in die eigene Praxis Modul 2: Betriebswirtschaft und Abrechnung Modul 3: Investition und Finanzierung	Psychotherapeuten, die sich niederlassen wollen oder gerade erst nieder- gelassen haben.	Modul 1: 12. Oktober 2017 Modul 2: 19. Oktober 2017 Modul 3: 26. Oktober 2017	jeweils 17.30 bis 21.00 Uhr	BD Stuttgart	Modul 1: Kostenlos: Anmeldung erforderlich Modul 2-3: je 65,- Euro	4 je Modul	S 53/1 S 53/2 S 53/3
<b>Die erfolgreiche Praxisabgabe</b>	Ärzte und Psychotherapeuten	16. September 2017	10.00 bis 13.00 Uhr	BD Stuttgart	65,-	4	S 57
<b>Starterseminar</b>	Haus-/Fachärzte, die sich neu niedergelassen haben	23. September 2017	9.00 bis 13.00 Uhr	BD Reutlingen	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	R 274
<b>QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG</b>							
<b>Hautkrebs-Screening</b>	Hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemein- medizin, Fachärzte für Innere Medizin, Prak- tische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung	23. September 2017	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Freiburg	195,-	8	F 239
<b>Hautkrebs-Screening</b>	Hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemein- medizin, Fachärzte für Innere Medizin, Prak- tische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung	18. November 2017	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	195,-	8	S 237



Für Fragen steht das Team  
der MAK unter

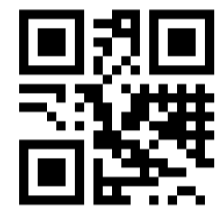
**0711 7875-3535**

zur Verfügung.

Sichern Sie sich jetzt Ihren  
Seminarplatz. Nutzen Sie  
den Weg der Onlineanmel-  
dung unter: [www.mak-bw.de](http://www.mak-bw.de)

Auf unserer Website finden  
Sie weitere aktuelle Infor-  
mationen zu unseren Semi-  
naranangeboten.

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



## IMPRESSUM

ergo Ausgabe 3 / 2017  
Zeitung der Kassenärztlichen Vereinigung  
Baden-Württemberg  
ISSN 1862-1430

Erscheinungstag:  
2. August 2017

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

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

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

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

Mitarbeiter dieser Ausgabe:  
Ulrich Junger (ab), Selina Grupp (sg), Susanne  
Flohr (sf), Jasmin Heizmann (jh), Dr. Leonie  
Hübner (lh), Kassenärztliche Bundesvereinigung  
(kbv) Melanie König (mk), Rüdiger Kucher (rk),  
Landesärztekammer (läk), Kristin Lippmann (kl),  
Martina Mildenerberger (mm), Marion Raschka  
(mara), Frederik Schneeweiß (fs), Katja Schwalbe  
(kas), Martina Tröscher (mt), Olga Zöllner (oz)

Fotos und Illustrationen:  
S.1 fotolia/animafiora; S.2 iStock/Wavebreak-  
media; S.4 KBV, picture alliance/akg-images; S.5  
fotolia/adam121; S.6 KBV; S.7 iStock/Highway-  
starz-Photography, privat; S. 8 KV Bayerns, KVBW/  
Andrea Nuding; S.9 iStock/bobbymn; S.10 iStock/  
gchutka, fotolia; S.11 fotolia/Dmitry Lobanov,  
iStock/xavierarnau; S.12 KVBW/Andrea Nuding;  
S.13 iStock/viniciusfrp, KBV; S.14 iStock/Goldfa-  
ery; S.16 picture alliance/akg-images, privat, ddp  
images/Joerg Koch, Frank Speth (Illustration)

Erscheinungsweise:  
vierteljährlich

Auflage:  
24.300 Exemplare

Gestaltung und Produktion:  
Uwe Schönthaler

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

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

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



## Des Rätsels Lösung diagnostiziert

Arzt veröffentlicht Buch über Kaspar Hauser

**Die bewegende und rätselhafte Geschichte eines Findelkindes, das 1828 plötzlich in Nürnberg auftauchte, wollten schon viele lösen. Unzählige Theorien gab es über die Herkunft des jungen Kaspar Hauser, der fünf Jahre später mutmaßlich von einem Meuchelmörder umgebracht wurde. Der Karlsruher Nervenarzt Günter Hesse hat eine weitere hinzugefügt und seine Theorien in einem Buch veröffentlicht.**

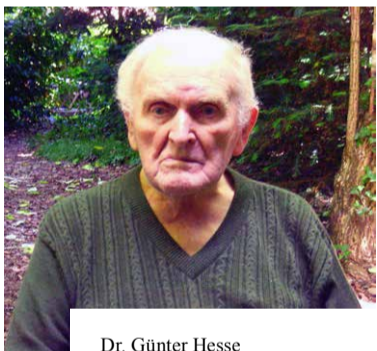
Seit 50 Jahren forscht der inzwischen 97-jährige Hesse über Kaspar Hauser. Als Ergebnis stellt er fest: Kaspar Hauser war keinesfalls ein jahrelang gefangen gehaltener badischer Prinz, sondern der hirnkranke Sohn eines katholischen Pfarrers aus Tirol. Er starb auch nicht durch die Attacke eines Mörders, sondern habe sich durch einen reflexiv-epileptischen Anfall versehentlich selbst tödlich verletzt.

Hesses Diagnose (Temporalappen-Epilepsie) basiert auf dem Obduktionsbericht und einer Studie des Rechtsgelehrten Paul Johann Anselm Feuerbach, dem Pflegevater Hausers. Demnach habe der Pflegling zahlreiche Missbildungen an Hirn, Haut, Muskeln und Knochen aufgewiesen und an Epilepsie, Epidermolysis bullosa hereditaria, Schwachsinn und Sprachstörungen gelitten. Die Epidermolysis bullosa hereditaria sei ein seltenes, erbliches Lei-

den, das die Badener Adelsfamilie wohl nicht hatte, wohl aber gehäuft in Gebieten der Alpen von Tirol und Salzburg nachgewiesen werden könne. Auf den Gedanken, der Findling könne ein Sohn eines Tiroler Pfarrers gewesen sein, brachte Hesse Virgilius. Kaspar habe im Traum dekliniert: „Virgilius, Virgili, Virgilio“. Gemeint gewesen sei aber nicht der römische Dichter, sondern der Kirchenpatron Virgilius, der ihn auf die Spur des Tiroler Pfarrers Wolfgang Hechenberger geführt habe.

Diese Ausführungen mögen etwas abenteuerlich erscheinen. Überdies sprechen auch immer noch Indizien für die Prinzentheorie. Zum Beispiel konnte in einer Analyse des Blutes an einer Unterhose Hausers zwar keine Verwandtschaft mit dem Adelshaus nachgewiesen werden, doch gab es Übereinstimmungen mit einer Hauser-Haarlocke – wobei die Überlieferungsgeschichte der Locke ungeklärt ist. So gibt es auch heute noch jede Menge Unstimmigkeiten an der Geschichte des Kaspar Hauser. Wer also gerne weiterrätselt, kann dies gestrost tun.

➔ Günter Hesse, „Kaspar Hauser, der Sohn des Pfarrers und Botanikers Wolfgang Hechenberger aus Tirol, spricht Latein. Und kommt aus M.L.Ö“, Deutsche Literaturgesellschaft, ISBN 978-3-03831-123-2, 16,20 Euro



Dr. Günter Hesse



Unterhose Kaspar Hausers mit der Blutspur des Mordanschlags

## Klinische Themen aus der Psychosomatik

Psychosomatischer Tag der Bezirksärztekammer

Wenn man vermehrt keine körperliche Ursache für die Beschwerden des Patienten feststellen kann, könnte hinter der somatischen Krankheit ein psychisches Leiden stecken. Eine kontinuierliche Auffrischung und Erweiterung der Kenntnisse im Fachgebiet der Psychosomatik ist für Ärzte aller Fachrichtungen sehr wichtig. Hierfür bietet die Bezirksärztekammer Nordwürttemberg am 21. Oktober 2017 von 9.00 Uhr bis 15.30 Uhr einen Psychosomatischen Tag in der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Jahnstraße 5 in Stuttgart an. Themen: „Psychosomatische Versorgung in Stuttgart und Region. Von der Kurzintervention in der Praxis zur stationären Therapie“, „Atypische Essstörungen bei Erwachsenen. Nahrungsmittelunverträglichkeiten, unklare Diarrhoen und Schluckstörungen“ und „Medienkonsum bei Kindern und Jugendlichen“.

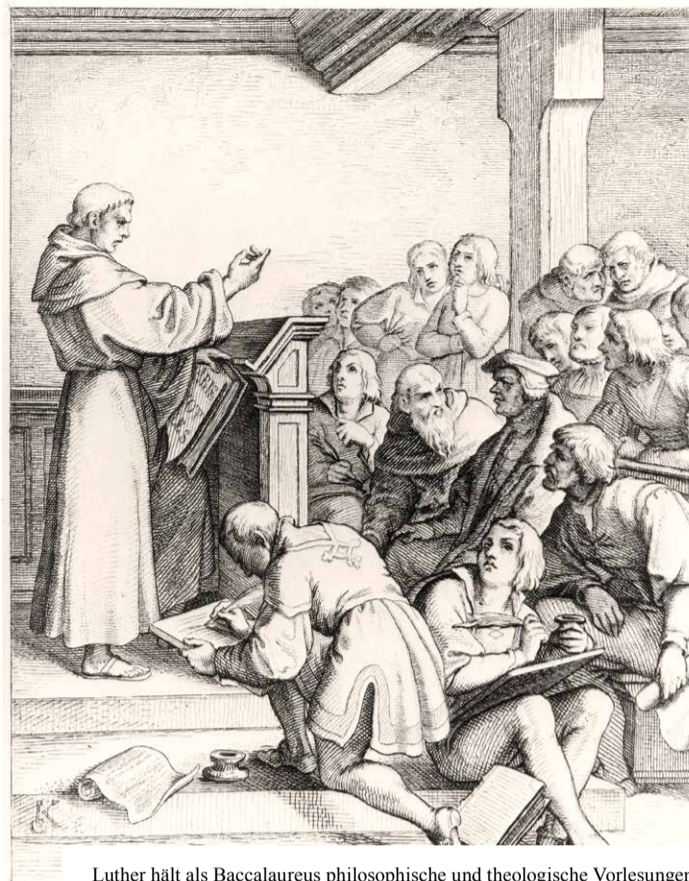
Die Teilnahme kann auf die Weiterbildung Psychosomatische Grundversorgung angerechnet werden. Die Teilnahme kostet 61 Euro inklusive Schulungsunterlagen und Verpflegung. Fortbildungspunkte: 7.

### Anmeldung

Online-Anmeldung über SVmed, das Mitgliederportal der Ärztekammer (auch für Psychotherapeuten) Bei einem bestehenden Konto: [www.aerztekammer-bw.de](http://www.aerztekammer-bw.de) » Meine LÄK (Fortbildungsanmeldung). Bei einer Neuregistrierung im Portal: [www.aerztekammer-bw.de](http://www.aerztekammer-bw.de) » portal

### Ansprechpartner

Fachbereich Fortbildung  
Tel.: 0711 76981-562/-570  
Fax: 0711 76981-500  
[fortbildung@baek-nw.de](mailto:fortbildung@baek-nw.de)



Luther hält als Baccalaureus philosophische und theologische Vorlesungen.

## „Oh Herr, höre doch mein Seuffzen und schreyen und hilf mir“

Martin Luther, der unartige Patient

**Als er am 31. Oktober vor 500 Jahren seine 95 Thesen verfasste (der Thesenanschlag an die Wittenberger Stadtkirche ist wohl eine Legende), war es ihm eigentlich noch ganz wohl. Doch vier Jahre später, mit 38 Jahren, ging's bereits bergab. Der Reformator Martin Luther war gar nicht so gesund, widerstandsfähig und kraftvoll wie ihn zum Beispiel Hans Holbein der Jüngere als „Hercules Germanicus“ darstellte. Im Gegenteil: Am Artenreichtum seiner Erkrankungen hätte jeder Arzt und Psychotherapeut seine reine Freude gehabt.**

Nicht krankenversichert, weder gesetzlich noch privat, weit entfernt von EBM, GOÄ und modernen Arzneimitteln: Im 16. Jahrhundert krank zu sein, war kein

Spaß. Martin Luther, im Winter 1537 im hessischen Schmalkalden eigentlich mit dem Verfassen der berühmten Schmalkaldischen Artikel beschäftigt – dem Glaubensbekenntnis der evangelisch-lutherischen Kirche – war halb wahnsinnig vor Schmerzen.

Hervorgerufen wurden sie durch sein „Steinleiden“ und den daraus resultierenden schweren Koliken. Seit einer Woche kam es schon nicht mehr zur Diurese. „Oh Herr, höre doch mein Seuffzen und schreyen und hilf mir“, bat Luther in seiner Not.

Doch nichts half dagegen, bis Luther, begleitet von seinem Arzt und Freund Prof. Dr. Georg Sturtz aus Erfurt, die holprige Heimreise nach Wittenberg mittels Pferdewagen antrat. Durch die Stöße des Fuhrwerks kamen schließlich

die Verursacher der Schmerzen zutage: Sechs Steine, einer davon bohnen groß.

Das Buch „Luthers Leiden“ des inzwischen verstorbenen Berliner Arztes Hans-Joachim Neumann schildert – mit Luthers eigenen, sehr anschaulichen Beschreibungen – mit welchen Krankheiten sich dieser herumplagen musste. Magen- und Gallenprobleme, Gicht, Angina Pectoris, Ohrensausen, Kopfweh, ja sogar Depressionen und Halluzinationen sollen ihn gequält haben. Auch von Hämorrhoiden und Verstopfungen blieb er nicht verschont: „Ich esse, was mir schmeckt und leid darnach, wie ich kann“.

Und seine Ärzte? Die rieten ihm zu Bewegung und Diät. Doch Luther war kein einfacher Patient, von Compliance keine Spur. „Denn es were kein Mensch in der Welt, der so ungern aus der Apotheke esse und truenke als er.“ Mäßigkeit war nicht seine Sache, er liebte das Essen und sein Naumburger Bier, nicht jedoch die Behandlungen, den Aderlass beispielsweise oder gegen die Verstopfung „sechs Löffelchen Butter“ sowie Einläufe mit einem Klistier.

Die schlechte Gesundheit muss sich Luther – laut Neumann – 21-jährig durch seinen Aufenthalt im Erfurter Augustinerkloster geholt haben: mit Fasten, Nachtwachen und Exerzitien. Beinahe „zu todt gefasst“ habe er sich, so Luther.

Auf „die Herrgottsflicker“ und deren Kunst war er übrigens nicht so gut zu sprechen: „Unglücklich ist der Mensch, der von der Hilfe und dem Consil der Ärzte abhängt.“ Da vertraute er mehr auf Gattin Katharina von Bora, seiner „herzliebenden Doctorin“. Und ganz so schlecht scheint es die ehemalige Nonne ja nicht gemacht zu haben. Denn trotz seiner vielen Leiden erreichte Martin Luther das 63. Lebensjahr.

➔ Hans-Joachim Neumann „Luthers Leiden, Die Krankheitsgeschichte des Reformators“, Wichern Verlag Berlin, 2. Auflage 2016

