

ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Die Bedrohung durch das Coronavirus hat vieles ausgebremst. Auch diese ergo-Ausgabe kommt mit deutlicher Verspätung in die Praxen. Neben den üblichen Praxisthemen findet sich daher auch eine erste Zwischenbilanz der Bewältigung der Krise in diesem Heft.

Leuchtturmprojekte

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat eine neue Website online gestellt. Hier informiert es über die zahlreichen innovativen Versorgungsiniciativen der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Fokus stehen dabei insbesondere aktuelle Versorgungskonzepte zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie. Ziel des neuen KV-Innovations-scouts ist es, innovative Leuchtturmprojekte in der ambulanten Medizin auf einer gemeinsamen digitalen Plattform sichtbar zu machen. Neben den COVID-19-Versorgungsmodellen sind hier über 40 erfolgreiche Initiativen der 17 KVen beschrieben. Die Website ist in sechs thematische Bereiche gegliedert: Notfallversorgung, Sicherstellung, Digitalisierung, Vernetzung und ländliche Versorgung.

➔ www.kv-innovationsscout.de

Kalt erwischt

Die Krise kam plötzlich – doch Ärzte und KV haben sie gemeistert

Ein kleines bisschen ist Ruhe eingekehrt in den Büros der beiden Vorstände der KVBW, Dr. Norbert Metke und Dr. Johannes Fechner. Doch so ganz durchzuatmen wagen die beiden noch nicht. Die vergangenen Monate waren arbeitsreich und anstrengend und neben Corona gab und gibt es jede Menge zu tun. Im Folgenden ziehen sie Bilanz und berichten, welche Themen jetzt (wieder) wichtig sind.

„Die letzten Monate waren extrem belastend. Das Virus hat uns alle kalt erwischt“, gesteht Metke. Und doch sei in Deutschland die Corona-Pandemie bisher einigermaßen glimpflich verlaufen. „Das

ist das Verdienst der Disziplin der Menschen, des dezentralen ambulanten Versorgungsspektrums und der Hochleistungsfähigkeit des stationären Bereiches.“

Neben all dem bemerkenswerten Engagement der niedergelassenen Hausärzte in ihren eigenen Praxen, in den schnell eingerichteten Fieberambulanzen und den Corona-Schwerpunktpraxen habe er als Orthopäde sich vor allem auch über das Engagement der Fachärzte gefreut: „Sie haben den Hausärzten und den Krankenhäusern den Rücken freigehalten, indem sie das versorgt haben, was fachärztlich ambulant versorgt werden konnte.“

„Wir haben zu Beginn der Pandemie gebeten, aufschiebbarer

handlungen zu vermeiden. Dies sehen wir jetzt in den Abrechnungszahlen“, erläutert Fechner. Im ersten Quartal verzeichnet die KVBW einen Fallzahlrückgang um neun Prozent über alle Fachgruppen. Bei den Hausärzten waren es 4,5 Prozent, bei den Hautärzten acht Prozent, bei Augenärzten neun Prozent und bei Orthopäden sechs Prozent weniger. „Das zeigt, dass in der Coronapandemie immer noch auf hohem Niveau Versorgung stattgefunden hat, aber verschiebbare Behandlungen verschoben wurden.“

Noch ist die Pandemie nicht vorbei. Das Virus ist noch lange nicht besiegt, noch immer infizieren sich Menschen, noch immer

gibt es Verläufe, in denen Patienten schwer erkranken. Und noch immer sterben Menschen. „Aber die schlimmsten Befürchtungen sind nicht eingetreten und Zustände wie in anderen Ländern sind uns bisher glücklicherweise erspart geblieben“, zeigen sich Metke und Fechner erleichtert.

Die KVBW muss jetzt viele Themen abarbeiten, die eine Folge der Pandemie sind. So arbeitet die Abrechnungsabteilung gerade unter Hochdruck daran, den Rettungsschirm (90 Prozent des GKV-Vorjahresumsatzes), den der Gesetzgeber etabliert hat, für jede einzelne Praxis zu berechnen.

„Wir haben mit hochkooperativen Krankenkassen Vereinbarungen erzielt, wie der Rettungsschirm genau ausgestaltet werden soll“, berichtet Metke. „Außerdem haben wir uns geeinigt, wie die Kosten für Material, Schutzausrüstung und Infrastruktur finanziert werden.“

Gleichzeitig läuft die Abrechnung der Leistungen aus den Fieberambulanzen und den Corona-Schwerpunktpraxen.

Doch die Pandemie hat auch dazu geführt, dass viele Themen in den Hintergrund getreten sind – erledigt haben sie sich dadurch aber nicht. Sie sind nach wie vor präsent und treten jetzt wieder in den Vordergrund. Welche Themen die KVBW und die Vorstände beschäftigen, lesen Sie auf Seite 2. ks

Patienten zufrieden

In den Notfallpraxen der KVBW wird man bestens versorgt: Das ist das Ergebnis einer Patientenumfrage. In den Kategorien Ärztliche Behandlung, Leistung des Praxisteam, Erreichbarkeit sowie Organisation und Ausstattung vergaben die Patienten jeweils die Schulnote „sehr gut“. An der Umfrage beteiligten sich 6.410 Patienten in 88 Notfallpraxen.

Besonders zufrieden waren die Patienten mit der Beratung durch den behandelnden Arzt. Sie vergaben Noten zwischen 1,0 und 1,9. Auch den nichtärztlichen Teams wurde mit Noten von durchschnittlich 1,1 ein freundliches und kompetentes Verhalten bescheinigt.

Erfreulich ist auch die gute Erreichbarkeit der Notfallpraxen. Über 73 Prozent der Patienten erreichen eine Praxis in weniger als 20 Minuten. Nur neun Prozent der Patienten waren länger als 30 Minuten unterwegs.

„Es ist toll, wenn man von den Patienten eine so positive Rückmeldung bekommt“, freut sich der stellvertretende KVBW-Vorstandsvorsitzende, Dr. Johannes Fechner. „Das ist vor allem für unsere Ärzte sowie die Medizinischen Fachgesellschaften eine Anerkennung. Sie leisten großartige Arbeit.“

Telemedizin ...

... gewinnt an Bedeutung

Ärzte in Baden-Württemberg können die Fernbehandlung bald auch bei neuen Patienten nutzen und diese künftig am Telefon, per Videogespräch oder per Chat behandeln, auch wenn sie zuvor nicht in der Praxis waren. Möglich wird dies durch die neue Regelung für die ausschließliche ärztliche Fernbehandlung in der Berufsordnung der baden-württembergischen Landesärztekammer, die am 1. Juni 2020 in Kraft trat.

(Mehr auf Seite 4)

Coronasplitter ...

... Engagement in der Krise

In der Coronakrise haben zahlreiche Ärzte Fieberambulanzen aufgebaut und sie neben der eigenen Praxis betrieben. Oder sie haben ihre eigene Praxis als Corona-Schwerpunktpraxis zur Verfügung gestellt. Orthopäden haben einen orthopädisch-chirurgischen Notdienst eingerichtet, um die Kliniken an den Wochenenden zu entlasten. Und Kollegen sind aus dem Ruhestand zurückgekehrt, um in Abstrichstellen zu arbeiten. Lesen Sie all das und mehr auf Seite 3.

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ohne Vorbereitung mussten wir in den Krisenmodus umschalten und völlig neue Prioritäten setzen. So gehörte es bisher nicht zu unseren Aufgaben, Masken, Desinfektionsmittel und weiteres Schutzmaterial zu besorgen und an unsere 21.000 Mitglieder zu verteilen. Doch die Krise verlangte es und aus der KV wurde innerhalb kürzester Zeit ein funktionierendes Logistikunternehmen. Die KVBW-Mitarbeiter haben toll mitgezogen und Unglaubliches geleistet. Das macht uns wirklich stolz.

Und wir sind stolz, dass sich die niedergelassenen Ärzte, allen voran die Hausärzte, als Fels in der Brandung erwiesen haben. Von 210.000 Verdachtsfällen im März versorgten die Hausärzte über 90 Prozent. Ein besonderer Dank dafür gilt auch den Medizinischen Fachangestellten in den Praxen.

Gerade in Krisenzeiten zeigt sich, dass auf das ambulante System Verlass ist. Wir haben in Abstimmung mit Landräten und Bürgermeistern über 60 Abstrichstellen und Fieberambulanzen eröffnet und über 250 Corona-Schwerpunktpraxen initiiert. Es gab mobile Ärzte für Hausbesuche bei COVID-19-Patienten, wir haben Betreu-Teams für Pflegeheime angeregt und uns um die Befundung der Patienten gekümmert, deren Tests negativ waren.

Wir haben viel Lob für unsere Arbeit von der Öffentlichkeit, von der Politik, den Krankenkassen und unseren Mitgliedern bekommen. Das hat gutgetan. Wir haben unseren Beitrag geleistet, dass unser Land gut durch die Pandemie gekommen ist. Und wenn 80 Prozent der COVID-19-Patienten ambulant versorgt wurden, ist das ein Beweis dafür, wie leistungsfähig der ambulante Sektor ist. Und wir danken Kollegen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern für die enge Koppelung und die bewundernswerte Arbeit an den COVID-19-Erkrankten.

Herzlichst Ihre



Dr. Norbert Metke
Vorstandsvorsitzender
der KV Baden-Württemberg

N. Metke

Dr. Johannes Fechner
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Baden-Württemberg

J. Fechner

Ärzte für grüne Landschaften – Heilmittelkatalog – Telemedizin

Zahlreiche Aufgaben stehen für die KV Baden-Württemberg an

Möglicherweise befinden wir uns in einer Talsohle zwischen zwei Coronawellen. Und wie beim Auge eines Hurrikans ist klar: Es ist nur scheinbar still. Und selbst wenn keine weitere große Welle mehr kommt, sind für die KVBW und ihre beiden Vorstände noch jede Menge Aufgaben zu erledigen.

Versorgung

„Wie ein Mantra tragen wir das nun schon seit Jahren vor: Die Versorgungsprobleme nehmen zu und es betrifft keineswegs nur den ländlichen Raum, sondern auch die Städte“, benennt Dr. Johannes Fechner das drängendste Problem. Im öffentlichen Bewusstsein ist es in den letzten Monaten ein wenig in den Hintergrund getreten, weil die Zeitungen voll mit Corona waren. Aber geändert hat sich nichts. Eher im Gegenteil: Die Brandherde nehmen zu.

„Wer den Bedarfsplan vom Februar 2020 mit dem vor fünf Jahren vergleicht, kann feststellen, dass die Landschaft immer grüner

wird. Immer mehr Mittelbereiche sind für Neuzulassungen offen und daher auf unseren Karten grün markiert“, sagt Fechner.

Gleichzeitig wird der Beratungsbedarf bei den Mitgliedern immer größer; und auch der Aufwand, den die KVBW für die Nachbesetzung einer Praxis betreiben muss, immer höher. „Ende letzten Jahres hatten wir ein Versorgungsproblem in Schopfheim im Landkreis Lörrach. Hier hat eine große Hausarztpraxis geschlossen, die eine enorme Lücke hinterlassen hat“, berichtet Fechner. Im Ergebnis gibt es nun zwar ein MVZ mit mehreren angestellten Ärzten. Doch dafür war ein erheblicher Aufwand erforderlich. „Wir mussten einen Betreiber für das MVZ organisieren, die Stadt musste Räume zur Verfügung stellen und die Ärzteschaft war aktiv, um Ärzte zu finden.“

Neufassung EBM

Zum April 2020 ist ein neuer EBM in Kraft getreten, in dem vor allem die technischen Leistungen

neu bewertet wurden. „Zwar haben wir die Mitglieder umgehend darüber informiert. Aber während der Krise ist das Thema ins Hintertreffen geraten“, so Dr. Norbert Metke. „Welche Auswirkungen die Reform haben wird, werden wir noch nicht so schnell abschätzen können. Die aktuelle Abrechnung ist noch von der Coronakrise und dem Rettungsschirm geprägt.“

Servicenummer 116117

Vor gut einem Jahr ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in Kraft getreten, das unter anderem den Serviceausbau der 116117 vorgibt. Auch da gibt es noch einiges zu tun. Die KVBW hat dafür eine Tochtergesellschaft – die KVSisBW – gegründet. „Da wollen wir bis Jahresende vorankommen“, verspricht Fechner, „allerdings sind wir auch hier durch Corona ausgebremst worden.“

Heilmittel

Voraussichtlich am 1. Oktober tritt die neue Heilmittel-Richtlinie

mit einem neuen Heilmittelkatalog in Kraft. „Nach vielen Jahren der Verhandlung mit den Krankenkassen auf Bundesebene, die ich für die Ärzteschaft geführt habe, ist es nun endlich soweit. Wir bekommen einen deutlich entbürokratisierten Heilmittelkatalog“, freut sich Metke. Und verspricht umfassende Informationen für die Mitglieder in den kommenden Wochen.

Telemedizin

„Anfang des Jahres hatten wir noch neun Ärzte, die über die Genehmigung für eine Videosprechstunde verfügten, jetzt haben wir über 4.000.“ Die Krise hat bei der Digitalisierung der Patientenversorgung einen ungeahnten Boom ausgelöst. Auch docdirekt – das Telemedizinprojekt der KVBW – wurde weiterentwickelt. „Wir haben einen neuen technischen Partner“, sagt Fechner. ks

Vorläufig Rechtssicherheit

Förderungswürdige Leistungen dürfen weiter abgerechnet werden

Eins zu null im Rechtsstreit zum Thema Honorarzuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen. Die KVBW hat im Schulterchluss mit der AOK Baden-Württemberg und dem BKK Landesverband Süd beim Landessozialgericht (LSG) gegen das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) einen Etappensieg – einstweiligen Rechtsschutz – errungen. Damit können zunächst alle förderungswürdigen Leistungen weiter vergütet werden. Doch das grausame Spiel des BAS mit Patienten und Ärzten geht weiter.

Worum geht es? Die KVBW hat sich in der Vergütungsvereinbarung 2020 mit den Krankenkassen auch auf Zusatzhonorare für besonders förderungswürdige Leistungen geeinigt – letztendlich festgelegt durch das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in seinem Schiedsspruch vom Dezember 2019. Doch dieser Schiedsspruch wurde vom BAS beanstandet. Damit waren fast alle in Baden-Württemberg geregelten förderungswürdigen Leistungen infrage gestellt; insgesamt eine Summe von etwa 70 Millionen Euro.

Laut BAS sollen bestimmte Vorgaben des Bewertungsausschusses missachtet worden sein, wonach die Kassen und die KVBW im Vorfeld überprüfbare Förderziele hätten festlegen müssen. Die-

sen Vorwurf weist die KVBW energisch zurück mit der Begründung, genau dies getan zu haben. Im Kern geht es dabei um eine Grundsatzfrage im Gesundheitswesen: Wie weit reicht die Rechtsaufsicht des BAS?

Der KVBW-Vorstandsvorsitzende, Dr. Norbert Metke, äußert sich dazu deutlich: „Aus unserer Sicht ist die Beanstandung des BAS rechtswidrig, weil es damit seinen Rahmen als Rechtsaufsicht verlässt.“ Metke beklagt, dass vor allem die Versorgung besonders sensibler Patientengruppen von der Entscheidung betroffen sei. „Dies ist ein Schlag ins Gesicht aller schwerstkranker Patienten und ihrer Ärzte!“ Die Kürzung würde Leistungsbereiche wie Pflegeheimbesuche, die geriatrische Basisversorgung, Frühförderung behinderter Kinder, die Versorgung onkologischer Patienten und Rheumapatienten, Kindervorsorgeuntersuchungen sowie die Drogen-substitution betreffen.

Doch nun gibt es vorerst Entwarnung. „Wir hatten angekündigt, uns auf allen Ebenen gegen diese Beanstandung zur Wehr zu setzen, und hatten einstweiligen Rechtsschutz dagegen beantragt“, gibt sich Metke kämpferisch. Der Etappensieg ist erreicht: „Das LSG Baden-Württemberg hat die Auffassung der KVBW und der gesamten mit klagenden Krankenkassen vollumfänglich bestätigt!“

Das Verfahren in der Hauptsache steht allerdings noch aus. Aber Metke ist sich sicher, dass der derzeitige Beschluss ein erster Fingerzeig ist. Aus diesem Grund wird die KVBW alle Förderungen unter Vorbehalt auszahlen. Das kann gut gehen, wenn die KVBW und die Krankenkassen auch in der Hauptsache Recht bekommen. Falls das Gericht hingegen dem BAS Recht geben sollte, müssten die zu viel ausbezahlten Förderungen von den Ärzten zurückgefordert werden.

So oder so wird es wohl langwierige juristische Auseinandersetzungen geben, bei der die KVBW bereit ist, auf allen Ebenen für die Belange der Niedergelassenen in Baden-Württemberg zu kämpfen. Sie hat Gesundheitsminister Jens Spahn und viele Berufsverbände um Schützenhilfe gebeten, um eine Gesetzesänderung des SGB V in die Wege zu leiten. Die KVBW will damit gewährleisten, dass die mit den Krankenkassen einvernehmlich vereinbarten Regelungen zur Optimierung der regionalen Patientenversorgung künftig nicht mehr verhindert werden können. Metke: „Wir wollen weiter eine Regionalität in der Versorgungsgestaltung haben und keinen bundesweiten Kahlschlag, im Sinne eines bundesrepublikanischen Versorgungseinheitsbrieves, der von fernen Behörden gesteuert wird. Dafür werden wir antreten!“ kvbw

Themen

GESUNDHEITSPOLITIK	4
AKTUELL	
Substitution stärken	
Viele Substitutionsärzte gehen in den Ruhestand. Ein Substitutionspakt soll die Versorgung sichern.	
KVBW - WELT	6
Millionenbeträge für junge Ärzte	
ZuZ-Förderprogramm	
KVBW - WELT	8
Organe der Zukunft	
3D-Druck – ein Blick in die Zukunft	
ARZT UND THERAPEUT	12
Altersversorgung für Ärzte	
Ein Interview mit der Präsidentin der BW-Versorgungsanstalt für Ärzte	
ARZT UND THERAPEUT	13
Kindeswohl gefährdet	
Was Ärzte tun können.	
ARZT UND THERAPEUT	14
Die Polizei ruft – muss der Arzt eilen?	
Aus der Rubrik „Alles, was Recht ist“	
ARZT UND THERAPEUT	15
Alles online	
Die Angebote der MAK	
LETZTE SEITE	16
RKI im Nationalsozialismus	
Eine Aufarbeitung	
LETZTE SEITE	16
Corona-Einsatz	
KV-Mitarbeiter berichten.	



CORONASPLITTER

Einmal bitte alles, aber schnell – Engagement in der Coronakrise

In den besonderen Zeiten der Coronakrise, in denen es zunächst an allem fehlte, wie etwa an Arbeitskraft, Schutzausrüstung und Hygieneartikeln, bedarf es manchmal besonderer Ideen, um Probleme zu lösen. Oder man muss einfach die Ärmel hochkrepeln und selbst anpacken. Zahlreiche Ärzte haben aus eigener Initiative Fieberambulanzen mit aufgebaut und sie neben der regulären Praxis betrieben. Oder sie haben sich bei uns gemeldet, um ihre eigene Praxis als Corona-Schwerpunktpraxis zur Verfügung zu stellen. Ältere Kollegen sind aus dem Ruhestand zurückgekehrt, um in Abstrichstellen zu arbeiten, Studierende kamen aus den Unis. Sehen Sie selbst.



**Orthopädische Notfallpraxis gegründet:
Dr. Lembeck,
Orthopäde aus Ostfildern und Landesvorsitzender des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)**

„In den Zeiten der ersten Coronawelle war es wichtig, das Klinikpersonal zu schützen. Anders als in Italien und Frankreich sollten daher möglichst viele Patienten mit

orthopädischen und chirurgischen Notfällen nicht gezwungen sein, eine Krankenhausambulanz aufzusuchen. Daher haben wir für die Lockdown-Zeiten Praxen in Baden-Württemberg gesucht, die auch am Samstag und Sonntag für diese Notfälle zur Verfügung stehen. Mitgemacht haben circa 50 Praxen pro Wochenenddienst – recht flächendeckend in Baden-Württemberg. Die Patienten haben das gut aufgenommen und waren froh, nicht in eine Krankenhausambulanz gehen zu müssen. Das Patientenaufkommen war unterschiedlich – zwischen fünf und 40 Patienten pro Tag. Die Arbeit in der Praxis war entspannt – ambulante Facharztpraxen sind auf ganz andere Behandlungszahlen ausgelegt. Ein enorm hoher Aufwand war die organisatorische und kommunikative Arbeit – der Notfalldienst inklusive Organisation, die Abrechnung und vieles mehr mussten binnen einer Woche organisiert werden. Das hat mich über mehrere Tage und Wochen extrem eingespannt. Auf das Ergebnis sind wir als BVOU aber auch ein klein bisschen stolz. Wir danken allen Beteiligten, den Krankenkassen, insbesondere der AOK Ba-Wü und der BKK Bosch, für ihre Unterstützung. In der Krise erkennt man, wie wertvoll es ist, dass in Baden-Württemberg die Akteure in der Gesundheitsversorgung seit Jahren eng zusammenarbeiten.“

**Urologischen Notdienst ins Leben gerufen:
Dr. Michael Rug, Urologe aus Karlsruhe und Vorsitzender des Landesverbands der Urologen**

„Die Idee kam mir, als ich vom Klinikum Karlsruhe angesprochen wurde. Dort sind häufig am Wochenende Patienten durch einen Krankentransport gebracht worden, die verstopfte Katheter hatten. Da dachte ich, das kann man anders organisieren. Der Transport der Patienten war nämlich wegen der notwendigen Schutzmaßnahmen ziemlich aufwendig. Wir haben den urologischen Notdienst in einer Woche auf die Beine gestellt. Das Ziel war, die Kliniken und auch die Notfallzentralen von urologischen Notfällen zu entlasten, nach dem Vorbild der Orthopäden. So gab es in ganz Baden mindestens eine Praxis pro Region, die pro Wochentag von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr offen war; insgesamt waren es 40 Praxen. Außerhalb dieser Zeit waren viele per Handy für Notfälle erreichbar. Das ging so an drei Wochenenden, am Osterwochenende haben wir angefangen und dann die zwei letzten Wochenenden im April. Dann entspannte sich die Situation und die Betroffenenzahl hat sich reduziert, sodass wir den Service wieder eingestellt haben. Falls die zweite Welle kommen sollte, haben wir aber unsere Listen mit Freiwilligen, und bei Bedarf stehen wir sofort wieder bereit.“

Spuckschutz Marke Eigenbau: Dr. med. Olaf Morlok, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aus Engelsbrand,

ließ sich eine „Corona-Schutzwand“ von seinem Haus- und Hof-Zimmermann Volker Huber (rechts im Bild) bauen. Er freute sich auch über das „Coronaschutzpaket“ mit Atemschutzmasken und Desinfektionsmittel der KVBW und schrieb zurück: „Wie erstaunt und hochofret bin ich nun, diese täglich benötigten und noch immer knappen Mittel in Fülle zu haben und das alles so unkompliziert! Ich danke Ihnen sehr für Ihren ausgezeichneten Service, auch in Krisenzeiten.“



**Gynäkologische Fieberambulanz mitinitiiert:
Dr. Christina Bär, Gynäkologin in Freiburg**

„Nachdem die erste Schwangere positiv getestet wurde, war klar, dass wir das Risiko für unsere Patientinnen, aber auch für das Praxisteam minimieren müssen, zumal zu Beginn der Pandemie entsprechende Schutzausrüstung gefehlt hat. Außerdem wollten wir möglichst viele Patientinnen ambulant versorgen, um die Kliniken zu entlasten und dort Betten für schwerkranke Corona-Patientinnen freizuhalten. In relativ kurzer Zeit konnten wir eine zentrale Anlaufstelle für schwangere Patientinnen mit Verdacht auf Corona und Corona-positiv getestete Schwangere

auf dem Messegelände einrichten, ergänzend zur allgemeinen Fieberambulanz. Somit war die Voraussetzung geschaffen, infizierte Patientinnen nicht in der Praxis behandeln zu müssen. Die gute Atmosphäre in der Fieberambulanz, die professionellen Strukturen und die kollegiale Stimmung fand ich bemerkenswert. Allen Beteiligten – den MFA, der KVBW, dem Sicherheitsdienst, der Stadt Freiburg und der Uniklinik, die die medizinischen Geräte gestellt hat – gilt unser Dank. Die Fallzahlen in der Fieberambulanz waren überschaubar. Das lag sicher daran, dass die Zahl der Neuinfektionen mittlerweile sehr niedrig ist und sich die schwangeren Frauen sehr schnell abgeschottet und bestmöglich geschützt haben, sodass es erfreulicherweise nicht zu vielen Infizierten kam. Mögen wir dankbar sein, dass wir von der großen Krankewelle wie in Italien oder dem nahen Elsass bisher verschont geblieben sind.“

**In Emmendinger Fieberambulanz gearbeitet:
Medizinstudent Dominik Mester, 25, aus Marburg**

„Ich habe mich während der Kontaktbeschränkungszeit zufällig in Südbaden aufgehalten und von der Fieberambulanz dort gehört, da die Mutter meiner Freundin im Krankenhaus arbeitete und von der Fieberambulanz wusste. Da bin ich einfach hingegangen und habe mit dem Leiter Dr. Kölblin gesprochen. Eine Woche später konnte ich dann anfangen, das ging alles sehr unkompliziert und spontan. Meine Aufgabe war es, bei den Patienten Fieber zu messen, die Temperatur und den Puls sowie die Atemfrequenz. Ich musste auch die schriftlichen Formalitäten erledigen. Wenn es noch mehr geworden wäre – so war es abgesprochen – hätte ich auch eine Triage machen sollen. Doch zum Glück waren die Patientenzahlen nicht so hoch. Einmal hatten wir einen Patienten, der war so ängstlich, dass er es ablehnte, seinen Mundschutz abzunehmen. Ich musste ihm klarmachen, dass wir ja nur dann einen Abstrich machen können, wenn der Mundschutz eben nicht drauf ist. Es hat dann doch noch funktioniert. Es war gut, durch meine Tätigkeit Routine zu bekommen und auch einmal diese Ausnahmesituation zu erfahren. Vermutlich werde ich das nicht noch einmal erleben, in einer Pandemie-Situation in Schutzausrüstung so zu arbeiten, wie wir es getan haben. Unter der Woche hatten wir etwa zehn Patienten pro Stunde. Für mich war es eine schöne Erfahrung, ich habe mich gefreut, helfen zu können, und ich glaube, dass das nützlich für mein späteres Arbeitsleben sein wird.“

Minister Lucha will Drogen-Ersatztherapie stärken

Pakt für Substitution geschlossen

In Baden-Württemberg gehen immer mehr Substitutionsärzte in den Ruhestand. Nachwuchskräfte sind schwer zu gewinnen. Es wird zunehmend schwieriger, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Das weiß auch die Landesregierung.

„Wenn wir nicht gegensteuern, droht in den nächsten Jahren in allen Stadt- und Landkreisen eine Unterversorgung substituierter Patientinnen und Patienten“, warnte Sozial- und Integrationsminister Manne Lucha anlässlich des „Substitutionsgipfels“ in Stuttgart. Ende letzten Jahres hatte das Ministerium gemeinsam mit der KVBW die Vertreter aller an der Substitution beteiligten Institutionen eingeladen. Das Thema sollte wieder mehr Aufmerksamkeit erlangen, Lösungswege für eine bessere Substitutionsversorgung erarbeitet werden. Am Ende stand der „Pakt für Substitution“, in dem sich alle Akteure verpflichten, in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen für eine bessere Organisation der Substitutionsbehandlung zu sorgen.



Diamorphinvergabe in einer Substitutionspraxis

Eine zentrale Rolle bei der Substitution kommt zweifellos noch immer den niedergelassenen Ärzten zu. Derzeit versorgen rund 300 Ärzte (davon 100 im Konsiliarverfahren) circa 10.570 substituierte Patienten. Neue Versorgungsformen wie interdisziplinäre suchtmittelmedizinische Institutsambulanzen an Kliniken sollen zukünftig hinzukommen. „Wichtig ist aber auch, dass die Patientinnen und Patienten neben der Substitution eine teilhabeorientierte psychosoziale Begleitung in enger Kooperation mit der Kommunalen Suchthilfe erhalten“, erklärte Lucha.

Ziel des Pakts ist die zeitnahe Stabilisierung und Verbesserung der Substitutionsversorgung vor Ort. Minister Lucha dankte den Partnern ausdrücklich für ihre aktive Mitwirkung: „Der Pakt für Substitution bringt deutlich zum Ausdruck, dass die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Substitution in Baden-Württemberg von den beteiligten Institutionen als eine gemeinsame Aufgabe verstanden wird.“ Wenn die Patienten durch eine gelungene Substitutionsbehandlung wieder in die Gesellschaft integriert werden könnten und den illegalen Drogenszenen in den Städten und Gemeinden entgegengewirkt werden könne, liege dies auch im Interesse der Allgemeinheit.

Partner des Pakts sind neben dem Ministerium und der KVBW die Krankenkassen, der Landkreis- und der Städtetag, die Landesstelle für Suchtfragen, die Landesärztekammer, die Landesapothekerkammer und die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. sm

Im Gespräch mit Dr. Johannes Fechner zum Substitutionsgipfel

Herr Dr. Fechner, Sie waren als KVBW-Vertreter beim Substitutionsgipfel. Wie war's?

Was gut ist: Es gibt ein gemeinsames Ziel. Minister Lucha und auch alle anderen beteiligten Institutionen wollen das Gleiche wie wir: die Versorgung substituierter Patienten sichern. Aber wir wissen leider auch sehr genau, wie schwierig das inzwischen ist. Immer mehr Substitutionsärzte gehen in den Ruhestand. Nachwuchsärzte sind nur schwer für die Aufgabe zu gewinnen. Daher denken wir langfristig auch über die Ermächtigung von Institutsambulanzen nach, haben dies auch im Pakt zugesagt. Doch im Moment liegt unser Hauptaugenmerk noch auf Förderung und Unterstützung bereitwilliger Vertragsärzte.

Was heißt das konkret?

Wir haben schon im Sommer 2019 unser Förderprogramm „Ziel und Zukunft“ (ZuZ) angepasst. Seitdem unterstützen wir Mitglieder, die ihre Praxis speziell auf die substitutionsgestützte Behandlung Suchtkranker ausrichten wollen. Bis zu 20.000 Euro zahlen wir an Ärzte, die Substitutionspatienten in größerer Zahl übernehmen, beispielsweise weil eine Praxis in der Umgebung geschlossen hat. Auch

Ärzte, die neu an der Substitutionsbehandlung teilnehmen möchten, können bis zu 2.500 Euro Fördergeld bekommen. Außerdem übernehmen wir die Kosten für den Kurs, der für die Erlangung der Zusatzqualifikation nötig ist.

Was ist außerdem wichtig, um mehr Nachwuchs gewinnen zu können?

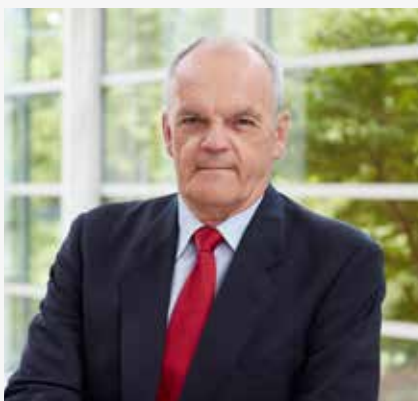
Glücklicherweise hat der G-BA schon im Jahr 2018 dafür gesorgt, dass die substituierenden Ärzte besser abgesichert sind. Ein vorrangig abstinenzorientierter Behandlungsansatz wurde von einem therapeutischen Ansatz mit weiter gefasster Zielsetzung abgelöst. Deutlicher als bisher wird nun berücksichtigt, dass es sich bei der Opioidabhängigkeit um eine schwere chronische Erkrankung handelt, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Der G-BA änderte zudem die Dokumentationsanforderungen an die substituierenden Ärzte; der bürokratische Aufwand hat sich deutlich reduziert.

Außerdem hat die Einführung des Konsiliarverfahrens geholfen. Ärzte ohne Zusatzqualifikation dürfen bis zu zehn Substitutionspatienten versor-

gen, wenn sie regelmäßig einen Konsiliararzt mit Zusatzqualifikation hinzuziehen.

Und wie steht es mit der Vergütung?

Im Substitutionspakt haben wir auch verabredet, dass das Abrechnungssystem vereinfacht werden soll. Natürlich müssen alle ärztlich indizierten Behandlungsleistungen abrechenbar sein. Aber auch Fallbesprechungen und Vernetzungs- und Koordinationsleistungen sollen ausreichend berücksichtigt wer-



„Substitutionsärzte besser fördern“

den. Die Vergütung für die Konsiliarregelung soll nachgebessert werden. Glücklicherweise sind die Krankenkassen ebenfalls Partner im Substitutionspakt, so dass wir all dies auch wirklich umsetzen können. sm

Telemedizin jetzt für alle Patienten in Baden-Württemberg möglich

Corona-Krise verleiht Videosprechstunde

beachtlichen Aufschwung



Telekonsultation wird von Ärzten und Patienten gut angenommen.

Ärzte in Baden-Württemberg können die Fernbehandlung bald auch bei neuen Patienten nutzen und diese auch am Telefon, per Videogespräch oder per Chat behandeln, auch wenn sie zuvor noch nicht in der Praxis waren. Möglich wird dies durch die neue Regelung für die ausschließliche ärztliche Fernbehandlung in der Berufsordnung (Paragraf 7 Absatz 4), die am 1. Juni 2020 in Kraft trat.

Zuvor war die Fernbehandlung von neuen Patienten nur im Rahmen von Modellprojekten, wie etwa beim Telemedizinprojekt der KV Baden-Württemberg, docdirekt, möglich. Für „Bestandspatienten“ galt die Möglichkeit der Fernbehandlung allerdings seit jeher.

Kammerpräsident Dr. Wolfgang Müller sagte: „Damit geht Baden-Württemberg im Einklang mit den anderen Landesärztekammern diesen Schritt zur weiteren Integration der Fernbehandlung in die tägliche Patientenversorgung.“

Die bisher gemachte Erfahrung innerhalb der Modellprojekte zeige, dass die Telekonsultation von Ärzten und Patienten überwiegend sehr positiv angenommen werde. Aktuell verleihe die Corona-Krise der Telemedizin eine zusätzliche Bedeutung und Dringlichkeit. Die telemedizinische Begegnung vermeide die Ansteckungsgefahr für den Betroffenen, für Mitpatienten und für das medizinische Personal.

Die baden-württembergische Ärzteschaft habe damit Rechtssicherheit für alle Kolleginnen und Kollegen geschaffen, die die Möglichkeiten der Patienten-Fernbehandlung nutzen wollen, betonte Müller.

Nach seinen Worten sei sie eine sinnvolle Ergänzung, die den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt aber nicht ersetze. Bereits im Sommer 2016 hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg – bundesweit als Vorreiter – die ärztliche Berufsordnung geändert, um die ausschließliche ärztliche Fernbehandlung im Rahmen von Modellprojekten zu ermöglichen, und die Ergebnisse auch evaluiert. Demnach werden „docdirekt“ der KVBW, das privatärztliche Projekt der TeleClinic sowie die weiteren Angebote von den befragten Ärzten und Patienten positiv bewertet. So berichten bei „docdirekt“ die Tele-Ärzte, dass sie die meisten Anfragen abschließend klären konnten. In vielen Fällen ging es um Beratung, wenn Patienten unsicher waren. Der durchschnittliche Kontaktsuchende ist 37,7 Jahre alt. Video, Telefon und Chat werden zur Kommunikation etwa gleich häufig genutzt. lāk

➔ Wie die Videosprechstunde funktioniert und wie sie abgerechnet werden kann – mehr darüber finden Sie auf Seite 7 dieser ergo-Ausgabe.

Behalten Sie den Durchblick!

Es ist gar nicht so einfach, den Überblick über die unterschiedlichen Coronatests zu behalten. Voraussetzungen, Procedere und Vergütung für einen Abstrich müssen je nach Konstellation in der Praxis beachtet und unterschieden werden.

Hatten ursprünglich nur diejenigen Versicherten Anspruch auf einen Test auf SARS-CoV-2, die typische Symptome aufwiesen, so sind inzwischen weitere Optionen hinzugekommen. Nun werden in bestimmten Fällen auch die Kosten für Tests bei Personen übernommen, die keine Symptome haben.

Welche drei Konstellationen derzeit in der Praxis anfallen können, zeigt die KBV-Grafik auf dieser Seite. Neben den Tests für die symptomatischen Patienten können Vertragsärzte auch die Testung asymptomatischer Patienten abrechnen, die durch ihre Corona-App gewarnt wurden. Beide Abrechnungen erfolgen über den EBM; die Laborleistung wird jeweils über das Formular 10C beauftragt.

Die dritte Fallkonstellation ist die Testung asymptomatischer Patienten auf Anordnung des Gesundheitsamtes. Durch die Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) sind Reihentests in Kitas, Schulen oder Pflegeheimen möglich, wenn in der jeweiligen Einrichtung ein Fall aufgetreten ist. In Pflegeheimen und Pflegediensten kann auch unabhängig von aufgetretenen Fällen getestet werden. Ob ein solcher Reihentest durchgeführt wird, entscheidet das zuständige Gesundheitsamt und beauftragt gegebenenfalls Vertragsärzte mit der Abstrichentnahme und der Laboruntersuchung (Formular OEGD). Ohne ÖGD-Auftrag dürfen diese Untersuchungen nicht durchgeführt werden.

Zusätzlich gibt es in Baden-Württemberg einen Landesvertrag – in der Grafik nicht aufgeführt –, der für Tests bei asymptomatischen Patienten weitere, gesonderte Regelungen vorsieht: Zum Beispiel bei Aufnahmen in Alten-/Pflege- oder Behindertenheimen ist keine Beauftragung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst notwendig.

sm



➔ Die jeweils aktuellen Regelungen finden Sie auf: www.kvbawue.de »Praxis« Aktuelles » Coronavirus SARS-CoV-2 » Abrechnung

TESTS AUF SARS-COV-2 IN DER PRAXIS INFORMATIONEN FÜR VERTRAGSÄRZTE

AUF EINEN BLICK



Über die Evidenz des Maskentragens

Sind Maskenträger besser vor Übertragung von Krankheitserregern geschützt? Aspekte zur aktuellen Studienlage

Mittlerweile gibt es infolge intensiver Forschung durch die COVID-19-Pandemie eine Evidenz zur Frage der Wirksamkeit des Tragens von Masken. Dies kommt in einer Interims-Leitlinie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom Juni 2020 zum Ausdruck, die sich auf internationale Studienergebnisse bezieht. Weitere Studien wurden vom Robert-Koch-Institut (RKI) und im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht.

2015 hieß es im Bundesgesundheitsblatt, dass gut geplante und durchgeführte Studien zum präventiven Wert des Atemschutzes fehlen. Allerdings: „Metaanalysen verschiedener retrospektiver Untersuchungen zeigen jedoch eine signifikante Reduktion der Verbreitung respiratorischer Erkrankungen, wenn ein Atemschutz in die Präventionsmaßnahmen einbezogen war.“ Mittlerweile zeigen mehrere Studien die nachgewiesene Wirkung mit Evidenz normierter Atemschutzmasken und medizinischer MNS-Masken sowie von Alltagsmasken.

Atemschutzmasken mit oder ohne Ventil (FFP2- oder FFP3-Masken) nach DIN EN 149
Sie zählen zur persönlichen Schutzausrüstung (PSA) und schützen besonders den Träger vor Tröpfchen und Aerosolen bei dichtem Sitz und korrektem Tragen. Sein Gegenüber genießt nur Schutz bei einer FFP-Maske ohne Ausatemventil. Das Gesamtrückhaltevermögen (Filterleistung des Materials und Undichtigkeiten zwischen Maske und Gesicht) beträgt zumindest bei FFP2-Masken 95 Prozent, bei FFP3-Masken 98 Prozent.

Medizinische Mund-Nasen-Schutz-Masken (MNS) nach DIN EN 14683
Diese Medizinprodukte können den Träger begrenzt vor Tröpfcheninfektionen durch Viren, Bakterien und andere Erreger schützen, wenn es gelingt, Undichtigkeiten zwischen Maske und Gesicht zu minimieren. Schutz genießt vor allem das Gegenüber des Trägers durch Auffangen von Spritzern und Sekrettröpfchen. Die bakterielle Fil-

terleistung beträgt mindestens 95 Prozent. Weitere Informationen siehe „Einbettung“ rechts.

Alltagsmasken ohne einheitliche Qualitätsanforderungen
Sie können zum Auffangen von Spritzern und Sekrettröpfchen und zum Mindern von Zerstäubungen beitragen. Sie können den Träger begrenzt schützen, wenn es gelingt, Undichtigkeiten zwischen Maske und Gesicht zu minimieren. Schutz genießt vor allem das Gegenüber des Trägers durch Auffangen von Spritzern und Sekrettröpfchen. Sie schützen deutlich schlechter als medizinische MNS. Bei dicht strukturiertem Material ist die Leistung in der Regel besser als bei lockerem Material. aoe

➔ Umfangreiche Liste zu Studientiteln finden Sie auf: www.kvbawue.de/wirksamkeit-masken

hygiene-und-medizinprodukte@kvbawue.de
07121 917-2131

Hintergrund-Informationen

- **Freisetzung:** Mehr oder weniger kleinere oder größere Sekrettröpfchen werden zum Beispiel beim Atmen, Sprechen, Singen, Niesen, Husten freigesetzt von Mund- und Nasenschleimhaut.
- **Einbettung:** Respiratorische Erreger wie Viren und Bakterien, die von Mensch zu Mensch übertragen werden, liegen in der Regel nicht nackt vor. Sie sind eingebettet in kleinere oder größere Sekrettröpfchen, die verschiedene Übertragungsarten mitbestimmen.
- **Tröpfchenübertragung:** Hierzu kommt es, wenn größere Sekrettröpfchen der Atemwege (> 5 µm) auf die Schleimhäute der oberen Atemwege oder Augen-Bindehaut einer anderen Person aufreffen.
 - Beim Niesen und Husten entstehen besonders viele größere Sekrettröpfchen. Größe und Masse bewirken, dass sie meist nur kürzere Strecken zurücklegen. Sie sinken in einer Bahn relativ schnell nach unten und setzen sich ab.
- **Aerosolübertragung:** Kleinere Sekrettröpfchen der Atemwege (< 5 µm) können mit der Atemluft direkt in die tiefen Atemwege einer anderen Person gelangen. Sie umgehen wichtige Barrieren der oberen Atemwege. Infektiöse Aerosole können in Räumen Übertragungen bewirken, nachdem infizierte Personen diese bereits verlassen haben.
 - Beim Atmen und Sprechen entstehen besonders viele Aerosole. Geringe Größe und Masse bewirken, dass sie in der Luft relativ lange schweben können. So verbreiten sie sich auch über größere Distanzen. Sie setzen sich – wenn überhaupt – nur langsam ab.

Virtuelles Sprechzimmer soll Versorgung von älteren Menschen verbessern

Telemedizinprojekte besonders für ländlichen Raum geeignet

Innovative, kreative Ideen zu fördern und damit etwas gegen den Ärztemangel zu tun, das ist das Ziel des ZuZ-Ideenwettbewerbs der KV Baden-Württemberg. Denn innovative Projekte, die einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung leisten, werden dringend gebraucht. In einer kleinen ergo-Serie werden die Projektvorschläge vorgestellt, die beim ZuZ-Innovationsfonds überzeugt haben. Wie etwa ein Projekt, das die Versorgung von Menschen in einem Seniorenheim im ländlichen Raum verbessern soll.

Wenn die Bewohner im Seniorenzentrum Murgtalblick außerhalb der einmal wöchentlichen Visite ein gesundheitliches Problem haben, müssen sich die behandelnden Ärzte der Arztpraxis am Spritzenhaus nun nicht mehr ins Auto setzen. Dr. Wolfgang von Meißner hat das Projekt „Virtuelles Sprechzimmer im Altenheim“ ins Leben gerufen. Statt 25 Minuten das Murgtal entlang bis zum Heim zu fahren, geht er jetzt lediglich in ein speziell eingerichtetes Sprechzimmer, das sich bis auf ein kleines Mikrofon mit Ka-

mera nicht von einem normalen Sprechzimmer unterscheidet. Gesparte Zeit: pro Fall etwa eineinhalb Stunden für Behandlung, Hin- und Rückfahrt.

Virtuelles Sprechzimmer

Wenn die Mitarbeiter des Murgtalblicks eine Visite anfordern (dies noch ganz analog mit Fax), erzeugt von Meißner für die datengeschützte Ende-zu-Ende-Verschlüsselung einen Code, den diese im Krankenzimmer im Heim in den Rechner eingeben müssen. Das Equipment dort sind Beamer mit Leinwand, Minikamera und Laptop.

„Der Hauptvorteil ist, dass wir die Patienten sehen können, beispielsweise eine Wunde und deren Verlauf. Ich kenne ja jeden der 100 Patienten persönlich. Es geht bei der Videokonsultation hauptsächlich um die Zwischenstände, hat sich der Zustand des Patienten verbessert. Auch die Entscheidung bei kritischen Fällen, ob jemand ins Krankenhaus muss oder nicht, das lässt sich tatsächlich gut lösen“, erzählt von Meißner.

Von der Idee bis zur Realisierung des Angebots hat es etwas gedauert. Das angepeilte Ziel, 2017

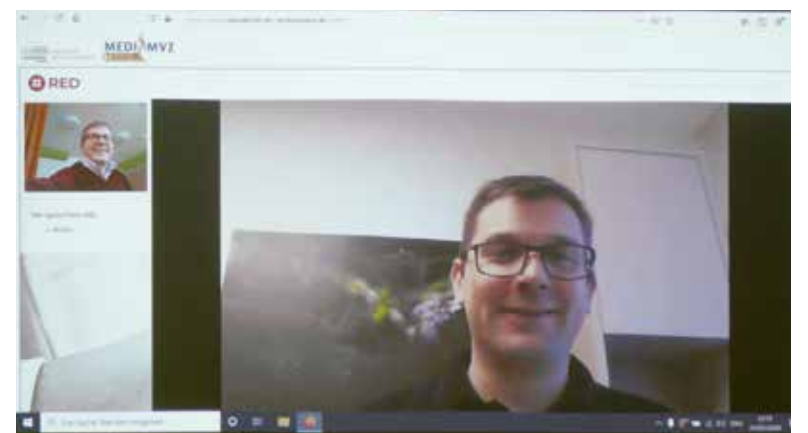
an den Start zu gehen, hatte sich auf 2019 verschoben. Grund war nicht nur das langsame Internet auf dem Land. Es musste auch ein Anbieter gefunden werden, der unter diesen Voraussetzungen ein gutes Bild und einen guten Ton liefern kann. Und, so von Meißner: „Das Hauptproblem oder das Schwierigste, wenn Sie Videosprechstunde anbieten möchten, ist, einen Dienstleister zu finden, der eine datenschutzrechtlich unbedenkliche Lösung anbietet.“

Einfache Lösungen gefragt

Das funktioniert jetzt alles wie geplant, doch kritisch anzumerken hat von Meißner, dass die Pflegekräfte im Heim keine mobile Lösung haben, um beispielsweise die Patienten in ihren Zimmern aufzusuchen. Sie müssen die mobil eingeschränkten Patienten in den Raum mit dem festinstallierten Equipment bringen. Auch die Ärzte seien räumlich an zwei feste Büros gebunden. Eine mobile, schnelle und unkomplizierte Lösung, wie etwa ein sicherer Messengerdienst auf dem Smartphone, müsse her und daran werde auch gearbeitet. Je einfacher die Handhabung, desto



Dr. Wolfgang von Meißner demonstriert mit seinem Bruder und ...



... Kollegen Paul Blicke das virtuelle Sprechzimmer im Seniorenzentrum.

größer die Akzeptanz bei den Ärzten und auch beim Heimpersonal, findet Meißner. Allerdings müsse – so die Förderbedingung der KV – die Verbindung zertifiziert und datenschutzrechtlich einwandfrei sein. Das Projekt wird mit insgesamt 12.000 Euro vom ZuZ-Innovationsfonds gefördert. Nach Ende des Förder-

zeitraums werden die geförderten Projekte evaluiert.

Was die Telemedizin betrifft, so sind die Ärzte vom Spritzenhaus jederzeit für Neues offen. Doch, so von Meißner: „Die Videosprechstunde wird erst dann richtig interessant, wenn das elektronische Rezept beziehungsweise die AU dazukommt.“ *ef*

Millionenbeträge für junge Ärzte

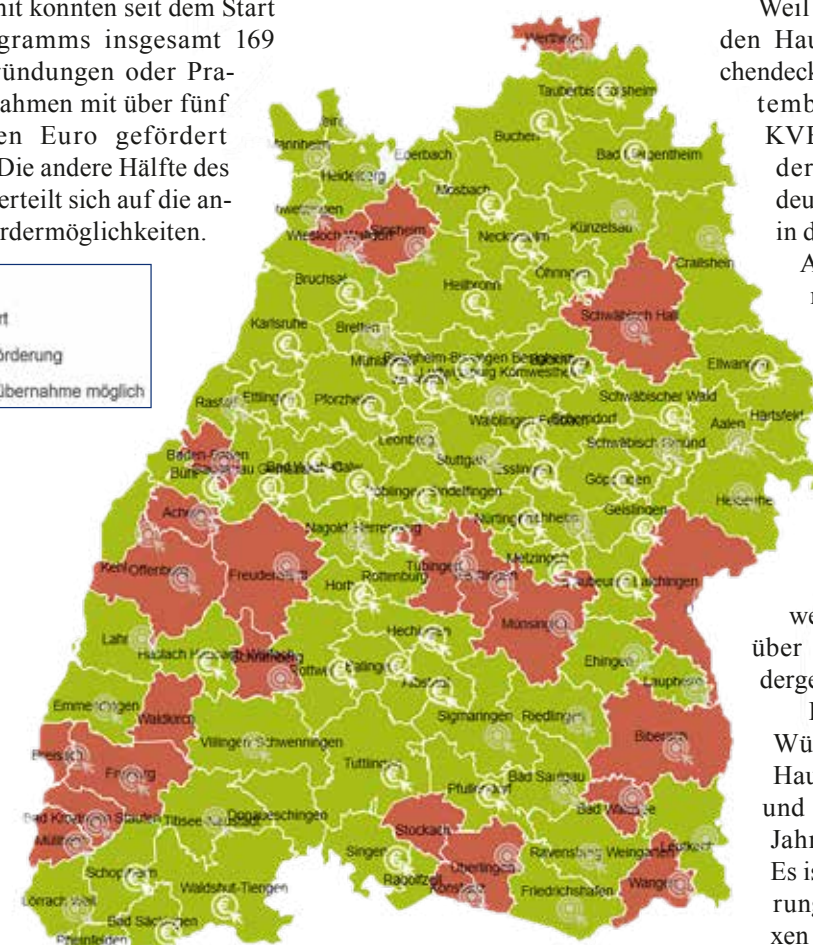
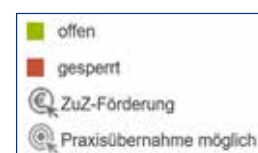
ZuZ-Förderprogramm zur Niederlassung wird immer besser genutzt

Die Erfolgsstory geht weiter. Das Förderprogramm „Ziel und Zukunft“ (ZuZ) der KVBW nahm im letzten Jahr deutlich mehr Förderanträge entgegen als im Vorjahr und erhöhte das Fördervolumen. Seit 2015 unterstützt die KVBW mit ZuZ die Niederlassung von Haus- und Fachärzten sowie die Anstellung von Ärzten in Praxen. Die Förderung von Kooperationen, Hospitationen und Medizin-Studierenden kommt hinzu.

„Wir freuen uns, dass unser Förderprogramm so erfolgreich ist. Das Fördergeld ist gut angelegt, denn jeder geförderte Haus- und Facharzt leistet einen wichtigen Beitrag zur ärztlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen“, weiß der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVBW, Dr. Johannes Fechner. „Insgesamt haben wir seit dem Start des Programms 496 Anträge mit 11,8 Millionen Euro als Fördergeld aus dem Strukturfonds unterstützt.“

Allein im Jahr 2019 wurden 71 Förderanträge für Niederlassungen und Praxisübernahmen bewil-

ligt. Damit konnten seit dem Start des Programms insgesamt 169 Praxisgründungen oder Praxisübernahmen mit über fünf Millionen Euro gefördert werden. Die andere Hälfte des Geldes verteilt sich auf die anderen Fördermöglichkeiten.



Überall leider grüne Landschaften: Die für die Niederlassung offenen Gebiete dominieren; ZuZ erhöht die Anzahl der Fördergebiete auf sieben Mittelbereiche.

Weil das Problem der fehlenden Hausärzte inzwischen flächendeckend in ganz Baden-Württemberg besteht, hat die KVBW die Anzahl der Fördergebiete für Hausärzte deutlich erhöht. Aktuell wird in den sieben Mittelbereichen Albstadt, Balingen, Donauessingen, Eberbach, Öhringen, Ostalb 3/Schwäbischer Wald und Tuttlingen die Niederlassung von Hausärzten flächendeckend, also in allen Gemeinden dieser Regionen, gefördert. Darüber hinaus sind in weiteren 38 Mittelbereichen über 100 Gemeinden als Fördergebiete ausgewiesen.

Insgesamt sind in Baden-Württemberg circa 4.321 Hausärzte über 60 Jahre alt und werden in den nächsten Jahren in Ruhestand gehen. Es ist eine große Herausforderung, für diese Hausarztpraxen Nachfolger zu finden.

Neben dem Mangel an Hausärzten sieht sich die KVBW zunehmend auch mit Problemen bei

der Sicherstellung der Versorgung mit bestimmten Facharztgruppen konfrontiert. Gefördert werden daher inzwischen auch verschiedene Facharztgruppen in ausgewiesenen Planungsbereichen.

Haus- und Fachärzte, die eine Praxis gründen oder eine bestehende Praxis in Fördergebieten übernehmen, können eine Förderung von bis zu 80.000 Euro beantragen. Eröffnungen von Zweigpraxen in Fördergebieten werden mit maximal 40.000 Euro bezuschusst. Außerdem wird die Anstellung eines Arztes in der Praxis gefördert.

Neben der Niederlassungsförderung bildet ein Nachwuchsprogramm die zweite Säule des Förderprogramms. Für Hospitationen von Nachwuchsmedizinern in Praxen baden-württembergischer Vertragsärzte erhalten diese für drei Monate bis zu 2.500 Euro. Außerdem kann für das Wahlterial Allgemeinmedizin in einer Praxis ein Zuschuss für den Studierenden im Praktischen Jahr beantragt werden. Junge Mediziner können so die Arbeit in einer Arztpraxis kennenlernen. *sm*

➔ Eine Übersicht zu den Fördergebieten, Facharztgruppen und Förderkriterien ist auf der Website der KVBW zu finden: www.kvbawue.de/zuz



Videosprechstunde: Wie funktioniert's, wie wird abgerechnet?

Antworten auf die wichtigsten Fragen

Im letzten ergo hatten wir bereits über die Möglichkeiten der Videosprechstunde berichtet. Nun, in Coronazeiten, erlebt die Videosprechstunde einen Boom. Im Februar dieses Jahres hatten nur neun Praxen eine Videosprechstunde angeboten, inzwischen haben über 4.000 Praxen sie eingerichtet. Dementsprechend viele Fragen erreichen die Abrechnungsberatung der KVBW. Ines Zimmermann, Sachgebietsleiterin in der Abrechnungsberatung, erklärt im Interview, worauf es ankommt.

Frau Zimmermann, was macht die Videosprechstunde so attraktiv?

Sie ist eine Alternative für den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und flexibel nutzbar. Möglich ist sie bei allen Indikationen bei bekannten und unbekanntem Patienten.

Welche Arztgruppen können die Videosprechstunde einsetzen?

Fast alle Arztgruppen – außer Laborärzte, Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen.

Und Psychotherapeuten?

Grundsätzlich erfordert die Psychotherapeutische Sprechstunde weiterhin die Anwesenheit der Patienten: Insbeson-

dere für Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung ist der unmittelbare persönliche Kontakt im Regelfall notwendig. Gegebenenfalls muss die Sprechstunde auf ein Mindestmaß reduziert werden, um Infektionsrisiken zu minimieren.

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie kann es im Einzelfall sinnvoll sein, Patienten den Weg in die Praxis nicht zuzumuten. Hierfür wurde die Psychotherapievereinbarung für einen begrenzten Zeitraum angepasst. Dies erlaubt es, diagnostische Einschätzungen und eine Einleitung von Psychotherapie auch per Video vorzunehmen. Eine Psychotherapie kann somit im Einzelfall auch ohne persönlichen Kontakt zwischen Patienten und Therapeut beginnen.

Was sind die Grundvoraussetzungen, wenn ich die Videosprechstunde anbieten möchte?

Sie darf grundsätzlich nur in den Praxisräumen durchgeführt werden. Außerdem gibt es gewisse Anforderungen bezüglich der Technik und des Datenschutzes, zum Standard der Kamera, zur Bildschirmdiagonale, zur Mindestbandbreite, zum Mikrofon und so weiter. Beim Datenschutz muss die Sicherheit der Verarbeitung personenbezogener Daten gewährleistet sein, die Patienten müssen in die Datenverarbeitung durch den Videodienstleister einwilligen. Zudem muss die Videosprechstunde in einer Privatsphäre störungs-

frei ablaufen können, etwa in geschlossenen Räumen. Jeder, der im Raum anwesend ist, muss sich vorstellen, und Aufzeichnungen (Video oder Audio) der Patientengespräche sind nicht gestattet. Es kann nur ein von der KBV zertifizierter Videodienstleister genutzt werden; dies muss der KVBW über ein entsprechendes Meldeformular schriftlich bestätigt werden.

Was kann man im Rahmen der Videosprechstunde abrechnen?

Leistungen der Videosprechstunde sind zum Beispiel die GOPs 01450 (Zuschlag je Kontakt), 01444 (Zuschlag Authentifizierung eines unbekanntem Patienten), 01442 (Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflege(fach)kräften), 01451 (Anschubförderung Videosprechstunde wird von KV zugesetzt), die Versicherten-/Grundpauschale sowie bestimmte Gesprächsleistungen (GOP 01952, 03230, 04230, 04355, 04430, 14220, 14222, 16220, 21216, 21220, 22220, 22221, 23220 und 30708). Auch bestimmte psychotherapeutische Leistungen aus dem EBM-Kapitel 35 können abgerechnet werden. Die gesamte Liste würde den Rahmen hier sprengen, wir haben sie im Internet für die Mitglieder zusammengestellt.

Außerdem gibt es besondere Kennzeichnungen, die zu beachten sind. So muss die GOP 88220 auf den Fall angegeben werden, wenn im gesamten Quartal ausschließlich Videokontakte stattfinden. Kommt der Patient zusätzlich auch noch in die Praxis, müssen alle Leistungen, die per Video durchgeführt wurden, mit dem Buchstaben V (für Psychotherapeuten U anstatt V bei Probatorik), W (Einbezug Bezugsperson), Y (Rezidivprophylaxe), Z (Rezidivprophylaxe und Einbezug) gekennzeichnet werden.

Werden die Versicherten-/Grundpauschalen und Zuschläge in voller Höhe gezahlt?

Die Pauschalen nebst Zuschlägen werden in voller Höhe gezahlt, wenn im selben Quartal ein persönlicher Kontakt stattfindet. Erfolgt der Kontakt ausschließlich per Video, werden sie gekürzt, und zwar je Fachgruppe zwischen 20 bis 30 Prozent.

Ist die Anzahl der Videosprechstunden begrenzt?

Es dürfen maximal 20 Prozent der jeweiligen Leistung (GOP) und Fallzahlen im Quartal per Videosprechstunde durchgeführt werden, für den Rest ist ein persönlicher Kontakt erforderlich. Allerdings gibt es in Coronazeiten eine Ausnahme: Die Begrenzungsregelung wird vorerst bis zum Ende des Quartals 3/2020 ausgesetzt. ef

➔ Alle wichtigen Informationen zur Videosprechstunde:

www.kvbawue.de » Praxis » Aktuelles/coronavirus SARS-CoV-2 » Videosprechstunde

„Im Einzelfall gleichwertig“

Psychotherapie per Video aber nur eine Ergänzung

Michael Feyerabend, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut aus Tübingen, hat während der Coronakrise schon reichlich Erfahrungen mit der Videosprechstunde sammeln können. Welche, erläutert er im ergo-Interview.

Herr Feyerabend, wie unterscheidet sich die Videosprechstunde von der persönlichen Behandlung eines Patienten?

Das ist stark davon abhängig, ob man den Patienten schon eine Weile kennt oder ob der Kontakt neu ist. Ich selbst hatte die Videosprechstunde noch nicht im Erstkontakt, aber ich weiß von Kollegen, dass das mit manchen Jugendlichen ganz gut geht.

Man darf die Videosprechstunde aber nicht Behandlung nennen, es ist eher ein „die Beziehung warmhalten“, eine Überbrückung der bereits laufenden Behandlung. Ob dies funktioniert, ist auch stark altersabhängig.

Mit kleinen Patienten ist das extrem schwierig. Bei ihnen ist der direkte Kontakt besonders wichtig, man ist sich relativ nah und die Kommunikation ist ganz vielschichtig. Da haben wir die Stimmfarbe, die Stimmhöhe, den Blickkontakt, die von Bedeutung sind. Man liest mal ein Buch vor oder spielt ein Spiel miteinander. Per Video ist das kaum zu ersetzen.

Bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen kann Videokontakt fast gleichwertig sein. In seltenen Situationen kann ein Patient sich vielleicht sogar genau über dieses Me-

dium im Einzelfall leichter damit tun, schambesetzte Dinge zu äußern.

Wie sieht die psychotherapeutische Situation der Patienten während der Coronakrise aus?

Ist die häusliche Situation einigermaßen günstig, ist ein Elternteil zu Hause, habe ich von den Eltern in den ersten Wochen ganz häufig die Formulierung gehört „Es geht erstaunlich gut“. Viele dachten erst, um Gottes willen, es werden bestimmt die schlimmsten sechs Wochen, die auf uns zukommen. Doch es war besser als befürchtet. Zwar sind die Eltern mehr gefordert, beispielsweise durch Homeschooling, doch der Schulstress ist insgesamt geringer und unterm Strich fallen ganz viele Zusatztermine der Kinder



Michael Feyerabend

Wochen war ja noch alles im Sondermodus, aber gerade ein Teil der hochbelastenden Situationen, das veränderte soziale Gefüge, die Arbeitslosigkeit, wirtschaftliche Not, das wird jetzt bei den kritischen Familien sehr zuschlagen.

Und Ihr Resümee zur Videosprechstunde?

Ich bin in jedem Fall dankbar, dass es diese Möglichkeit der Behandlung gibt. Die KBV hat sehr schnell die bürokratischen Hürden weggeschoben und die Begrenzung auf 20 Prozent der Leistungen für diese Phase aus dem Weg geräumt, so dass wir die Videosprechstunde wirklich gut einsetzen können. Als Reglersatz würde ich das eher infrage stellen, doch in Ausnahmefällen, beispielsweise bei jemandem, der eine Körperbehinderung hat oder pflegebedürftig ist, kann es eine sehr gute Sache sein. ef

weg, wie Sport, Musik oder Pfadfindertreffen. Dann erzählen die Eltern, Geschwister spielen wieder miteinander, und sie haben auf einmal viel Zeit mit ihrem Kind. Dadurch blühen manche Kinder regelrecht auf. Auf der anderen Seite gibt es auch die Familie mit vier Kindern in einer Dreizimmerwohnung im achten Stock eines Hochhauses, da kann das Thema der häuslichen Gewalt ganz massiv werden. In den ersten

Wo die Organe in Zukunft wachsen

Ein Besuch in einer 3D-Druckwerkstatt für Organe

Man sieht eine Art Palette mit menschlichen Nasen. Vier Stück, rosige Hautfarbe, eigentlich ganz normal aussehend, doch angeordnet auf einer Art Nährlösung statt auf einem menschlichen Kopf. Der 3D-Druck dieser Nasen ist, ebenso wie die Herstellung von Knorpel und Haut für Ohren, schon heute Stand der Technik. Welche wissenschaftlichen Wunder in Zukunft zu erwarten sind, erklärt die Biochemikerin Prof. Ute Schepers vom Karlsruher Institut für Technologie (KIT) ergo-Redakteurin Eva Frien.



Prof. Ute Schepers

Die Forscherin beschäftigt sich mit Medikamentenentwicklung mithilfe eines „Organ on a chip“. Die Idee: Wenn man eine Art Miniaturorgan auf Chips (Objektträger) druckt und an diesem menschlichen Material Medikamente testet, könnte man dadurch in Zukunft auf ethisch bedenkliche Tierversuche und Tests an menschlichen Probanden verzichten. „Von etwa 10.000 Wirkstoffen, die in der Industrie getestet werden, gehen 250 in den Tierversuch, 50 werden am Menschen getestet, doch nur eins kommt auf den

Markt. Die 50 also, die am Menschen getestet werden, scheitern noch wegen der Nebenwirkungen oder der nicht vorhandenen Wirkung“, erklärt Schepers.

Diese Nebenwirkungen können oft verheerend sein, denn die Wirkung von Tier zu Mensch ist nicht eins zu eins übertragbar. So gibt es in Deutschland zwar drei Millionen Tierversuche pro Jahr, aber nur 46 Medikamente, die auf den Markt kommen.

Der Arzneimitteltest außerhalb des menschlichen Körpers hat noch einen weiteren Vorteil: Medikamente wirken bei Menschen durch verschiedene genetische Voraussetzungen mitunter völlig unterschiedlich, mal gut, mal gar nicht, mal mit starken Nebenwirkungen. Eine passgenaue Medikamentierung, also eine personalisierte Medizin, könnte jedem Individuum genau das geben, was es braucht. Schepers hat daher auch die Idee einer Art Zelldatenbank, in der die Menschen ihre Zellen einlagern könnten, um im Bedarfsfall eine maßgeschneiderte Medizin zu erhalten.

„Organ on a chip“

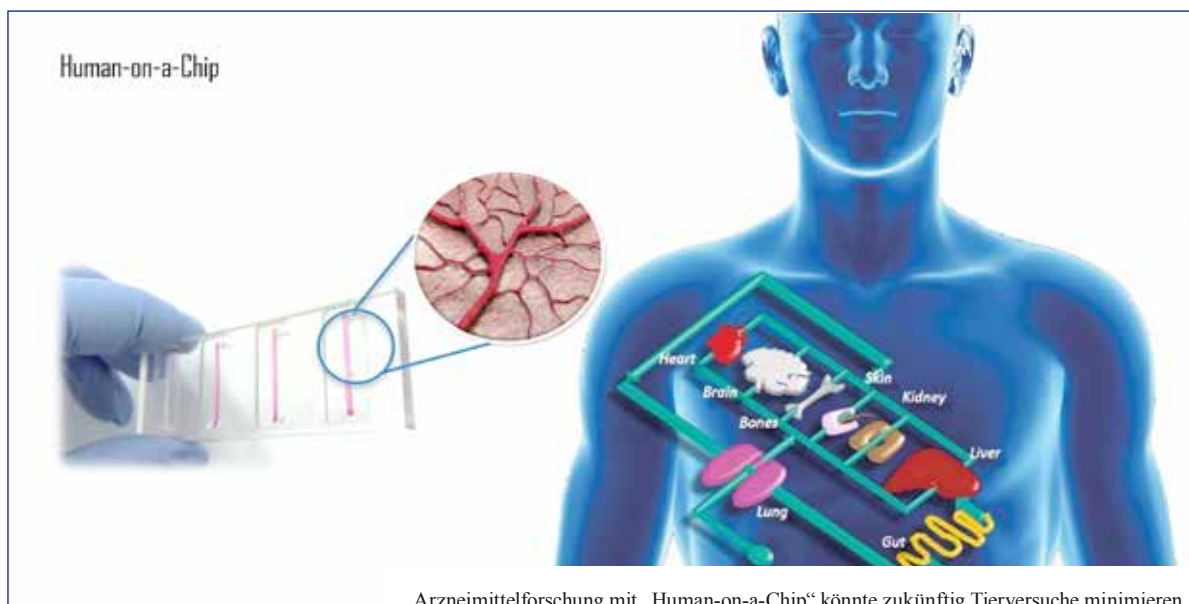
Auf dem Chip werden zunächst künstliche Blutgefäße nachgebildet. Anschließend wird Zellmaterial wie etwa Leber- oder Herzzellen schichtweise vom 3D-Drucker auf die Blutgefäße gedruckt. „Sie sehen natürlich nicht aus wie richtige Organe, sondern sind der Form nach kleine Würfelchen“, erläutert die Forscherin. Die Organe können durch einen Blutfluss miteinander verbunden wer-

den, man erhält einen „Multiorganchip“ und kann so den Menschen auf dem Chip sozusagen „nachbauen“. Über die künstlichen Blutbahnen können die zu testenden Medikamente in die miniaturisierten Organe gelangen und deren Wirkung beziehungsweise Toxizität getestet werden. Aber: Natürlich hat man (noch)

gedruckt. Dabei wurden einem Menschen Fettgewebe entnommen und daraus Herzzellen hergestellt. In mehreren Schritten sind diese Zellen zu einer Art Biotinte verarbeitet worden, die durch einen 3D-Drucker dann Schicht für Schicht zu einem Herzen gedruckt wurden. Noch funktioniert dieses „Herzchen“ mit den Ausmaßen eines Fö-

dien mit Schweinen nötig, in die man dann diese Herzen verpflanzt. Das wird noch länger dauern, schätzungsweise zehn bis 20 Jahre bis zu den ersten präklinischen Versuchen.“

Das wäre eine großartige Nachricht für mehr als 9.500 Menschen, die in Deutschland auf eine Organtransplantation warten. Immerhin:



Arzneimittelforschung mit „Human-on-a-Chip“ könnte zukünftig Tierversuche minimieren.

nicht den Menschen eins zu eins auf dem Chip. In vielen Chips fehlen das Immunsystem und sehr häufig auch die Nerven.

Herz in Aussicht?

Auch wenn man bis jetzt die Komplexität eines menschlichen Organs noch nicht vollständig abbilden kann, so ist doch vorstellbar, dass es bald soweit sein könnte. Israelische Forscher haben im letzten Jahr bereits einen Prototyp eines menschlichen Herzens

tus-Herzens nicht wie gewünscht, es kann sich nicht synchron zusammenziehen. „Jedoch“, sagt Schepers, die mit den israelischen Forschern in Sachen Herz zusammenarbeitet, „wenn man die rasante Entwicklung vom ersten Zeldruck bis heute betrachtet, könnten wir vielleicht schon in fünf Jahren so weit sein, dass wir ein Herz drucken können. Das heißt aber nicht, dass es dem Patienten eingepflanzt werden kann. Wir müssen erst schauen, funktioniert dieses Herz so, wie es soll. Dazu sind viele Stu-

Herzklappen, Organteile und Muskelfasern, die man nach einem Infarkt auf das Herz aufsetzt, gibt es schon. Und; Schepers zeigt mir das Bild von druckfrischen Erbsen aus dem Bocusini 3D-Drucker, manchmal haben auch profanere Druckerzeugnisse große Wirkung, weil sie zum Beispiel Dysphagie-Patienten neue Lebensqualität schenken können. Wer sein Essen normalerweise nur püriert zu sich nehmen kann, freut sich an Erbsen, die wenigstens ein bisschen so aussehen wie das Original. ef

Auf direktem Weg zur Approbation

Neues Studium der Psychotherapie sichert Qualität und stärkt den Berufsstand

Die Ausbildung der Psychotherapeuten bekommt eine neue gesetzliche Grundlage. Ein fünfjähriges Universitätsstudium wird zur Voraussetzung für die Erteilung der Approbation.

„Nach 15 Jahren Debatte ist es vollbracht. Psychotherapeuten erhalten künftig die Approbation nach einem Studium, das wesentlich nach den Vorstellungen der Profession gestaltet wurde“, freute sich Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), im November letzten Jahres, als das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom Bundesrat verabschiedet wurde.

Künftig wird es ein Direktstudium Psychotherapie geben. Es gliedert sich in ein dreijähriges Bachelor- und ein zweijähriges Masterstudium und wird mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung abgeschlossen. Die Approbation wird bei bestandener Prüfung erteilt. Der neue Studiengang soll erstmals zum Wintersemester 2020 angeboten werden.

Das neue Studium löst das bisher vorausgesetzte Studium der Psychologie bei Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise (Sozial-)Pädagogik bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ab. Als neue Berufsbezeichnung nach dem Studium wird die Psychotherapeutin beziehungsweise der Psychotherapeut eingeführt. Ärzte, die Psychotherapie anbieten, können sich ärztliche Psychotherapeuten nennen.

In Ergänzung zur Einführung des neuen Studiums hat der Bundesrat darüber hinaus einer neuen Approbationsordnung für Psychotherapeuten zugestimmt. Diese wird voraussichtlich

ab 1. September 2020 in Kraft treten. „Psychotherapeuten werden bereits im Rahmen eines Bachelor- und Masterstudiums wissenschaftlich und praktisch so umfangreich für die Ausübung der psychotherapeutischen Heilkunde ausgebildet, dass sie eine Approbation erhalten können“, erklärte Munz. „Damit setzt das neue Studium Maßstäbe in der Qualifizierung für die psychotherapeutische Versorgung.“ Voraussetzung für die Erteilung der Approbation ist das Bestehen einer staatlichen Prüfung.

An das Studium soll eine nach jeweiligem Landesrecht organisierte Weiterbildung in stationären oder ambulanten Einrichtungen angeschlossen werden. Erst danach ist die Versorgung gesetzlich Versicherter möglich.

„Prekäre Verhältnisse, die unserem Nachwuchs bisher während des Psychiatriejahres zugemutet wurden, wird es in der Weiterbildung nicht mehr geben“, stellte Munz fest. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich werden die Behandlungsleistungen, die Psychotherapeuten in Weiterbildung (PiW) im Rahmen ihrer Weiterbildung erbringen, von den Krankenkassen vergütet. Das galt bisher zwar schon im ambulanten Bereich für angehende Psychotherapeuten, im stationären Bereich hingegen gab es keine Gegenfinanzierung. Wie bei Ärzten in Weiterbildung wird es auch für die Psychotherapeuten in allen Abschnitten der Weiterbildung eine Anstellung mit angemessener Vergütung und geklärtem rechtlichem Status geben.

Mit dem Reformgesetz kommen aber auch enorme Herausforderungen auf den Berufsstand zu. Die Universitäten und die Psychotherapeutenkammern stehen vor großen Aufgaben: Die Studiengänge müssen eingerichtet und die darauf aufbau-



enden Weiterbildungsordnungen erarbeitet werden. „Ein großes Anliegen unserer Profession ist es nun, dass an den Universitäten zukünftig alle Verfahren fachkundig unterrichtet werden, wie das die neue Approbationsordnung vorsieht“, sagt Ulrike Böker, VV-Delegierte in der KVBW-Vertreterversammlung und stellvertretende Vorsitzende des Verbands der Vertragspsychotherapeuten Baden-Württemberg. „Nur auf dieser Grundlage können sich Studenten dann auch fundiert entscheiden, welches Richtlinienverfahren sie in der Weiterbildung auswählen.“

Über die Möglichkeit der Universitäten, evidenzbasiert und forschungsnah auszubilden, freut sich Rolf Wachendorf, ebenfalls VV-Delegierter und Berichterstatter Psychotherapie des KVBW-Vorstandes. „Dies sichert die Zukunftsfähigkeit der Psychotherapie in der GKV. Die Weiterentwicklung der Psychotherapie ist angesichts der gestiegenen Versorgungsverantwortung der Profession unabdingbar.“ Die Zukunftsaufgaben anzugehen und dabei Verfahrensproporz-Diskussionen hintanzustellen, sieht Wachendorf als künftiges Erfolgsrezept an und ergänzt: „Auch eine Kooperation der Universitäten zur Ausbildung ärztlicher Psychotherapeuten sollten wir nun angehen.“ sm

Ein besonderes Team für besondere Patienten

Behindertenärztin berichtet über ärztliche Versorgung von behinderten Erwachsenen

Die medizinische Versorgung erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung soll optimiert werden – durch ein Netz von medizinischen Zentren (MZEB). Noch vor der Corona-Krise hatte unsere Autorin Swantje Middendorff Gelegenheit, das MZEB in Reutlingen zu besuchen.

Es ist ein warmer Empfang. In den hellen und großzügigen Räumen begrüßt mich die Allgemeinmedizinerin Bauda Aletta van Soest. Erste Station: das Behandlungszimmer. Es ist rollstuhlgerecht, bietet viel Platz und hat neben der normalen Untersuchungsliege auch noch ein großes, kuschelig aussehendes Couchbett. „Unsere Patienten sind oft sehr angespannt, wenn sie zu uns kommen. Viele haben Angst vor der ungewohnten Umgebung, lassen sich nicht gerne anfassen. Da hilft es, wenn wir ihnen eine angenehme Atmosphäre schaffen und sie erst einmal alles aus der Distanz anschauen können“, erklärt mir van Soest.

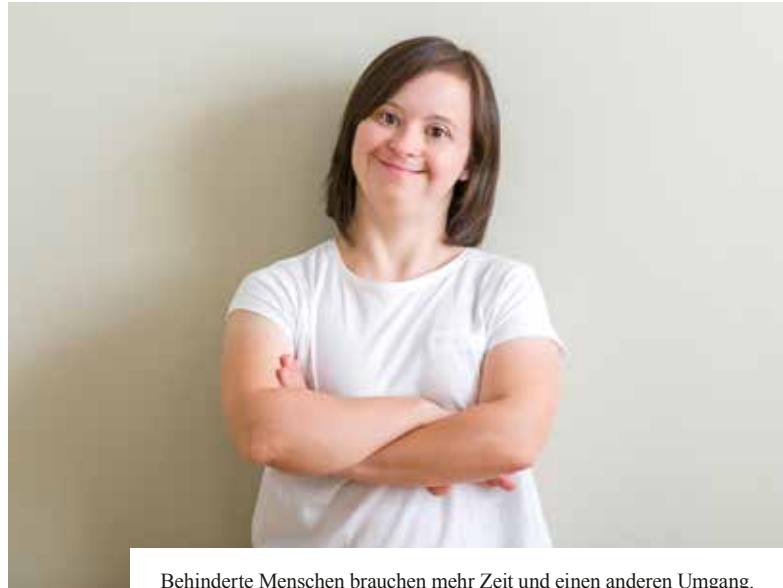
Van Soest ist sowohl Allgemeinmedizinerin als auch niederländische Fachärztin für Behindertenmedizin. „Als Niederländerin habe ich die nur dort angebotene Weiterbildung absolviert“, erklärt sie. „In Deutschland bin ich die

Einzig mit diesem Abschluss.“ Neben ihren allgemeinmedizinischen Aufgaben übernimmt sie vor allem Lotsenfunktion für ihre Patienten. Sie koordiniert die Behandlungen durch die verschiedenen Fachkollegen, kümmert sich um die rich-

Hausarzt ersetzen“, betont van Soest. „Die meisten unserer Patienten haben einen langjährigen Hausarzt, der sie und ihre besonderen Bedürfnisse gut kennt.“ Ins MZEB kämen zum Beispiel Menschen, bei denen eigentlich alltäg-

Oder es kommen Patienten mit einer besonderen Fragestellung. „Viele unserer Patienten haben schwere Behinderungen mit komplexen Begleiterkrankungen.“ Sie brauchen regelmäßige Kontrollen, an denen Kollegen ganz unterschiedlicher Fachrichtungen beteiligt werden müssen. „Das Problem ist, dass die meisten niedergelassenen Fachärzte nicht auf die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung eingestellt sind.“ Man brauche viel Zeit und einen adäquaten Umgang mit diesen Patienten. „Unsere Patienten können oft nicht gut kommunizieren oder teilen sich auf eine andere, für uns ungewohnte Form mit. Sie können beispielsweise Schmerzen häufig gar nicht benennen.“

Und schließlich werden Menschen behandelt, die in einer Krise stecken. Dabei muss es gar nicht vorrangig um physische Veränderungen oder einen Krankheitszustand gehen; oft ist eine auffällige Verhaltensänderung der Anlass zur Konsultation. „Wir haben es uns im MZEB zum Prinzip gemacht, dass wir den Patienten in seiner Gesamtheit betrachten: Wir machen sowohl eine umfassende internistische Untersuchung, eventuell ergänzt um fachärztliche Diagnostik, als auch eine psychiatri-



Behinderte Menschen brauchen mehr Zeit und einen anderen Umgang.

tige Versorgung mit Hilfsmitteln, plant Eingriffe und Krankenhausaufenthalte für die Patienten. Das gesamte Team des MZEB besteht neben van Soest aus zwei Psychiatern, einer Psychologin, einer Sozialpädagogin, Physiotherapeuten und einer Krankenschwester. „Wir wollen und können keinesfalls den

liche Behandlungen vorgenommen werden müssen, die der Hausarzt aber nicht machen kann. „Wir übernehmen immer dann, wenn etwas sehr schwierig ist oder länger dauert. Also beispielsweise Blutentnahmen oder Impfungen bei Patienten, die sich nicht spritzen lassen wollen.“

MZEB Reutlingen

Das Medizinische Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung in Reutlingen gehört zur Stiftung BruderhausDiakonie. Die Stiftung ist seit langen Jahren in der Behindertenhilfe tätig. Das Medizinisch Therapeutische Zentrum beschäftigt seit über 20 Jahren Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit 2018 ergänzt das MZEB den ärztlichen Dienst und bietet allgemeinmedizinische und psychiatrische Behandlung aus einer Hand. Die oft langwierige Behandlung der Patienten wird nicht immer durch die pauschale Vergütung, die das MZEB direkt mit Krankenkassen verhandelt hat, gedeckt. Das fehlende Geld kommt aus der Stiftung.

sche Beurteilung.“ Und weil körperliche oder psychiatrische Befunde nicht immer die entscheidenden Antworten geben können, gehört natürlich auch die Psychologin mit zum Team.

„Wir haben hier etwas, was die normale Arztpraxis oft nicht hat: Zeit, spezielle Kenntnisse und verschiedene Blickrichtungen. Gemeinsam versuchen wir immer, ein Gesamtbild des Patienten, seiner Erkrankung und der psychosozialen Auswirkungen zu erstellen. Und dann Behandlungsvorschläge zu entwickeln.“ Wenn das gelungen ist, gehen die Patienten meist zurück in ihren Alltag. Und zurück zu ihrem Hausarzt. *sm*

„Trüffelschweine“ für digitale Lösungen

Interdisziplinäre Teams für mehr Patientensicherheit und Behandlungsqualität

An dieser Stelle wollten wir eigentlich über das traditionsreiche eHealth-Forum der KV BW berichten. Doch wie so vieles fiel es in Corona-Zeiten leider aus und mit ihm viele interessante Berichte über digitale Entwicklungen, wie etwa über das health innovation hub (hih) des BMG. Martina Tröscher hat mit dem Director Medical Care des hih, Dr. Philipp Stachwitz, gesprochen.

Was ist Ihre Aufgabe im hih?

Das hih soll Sparringspartner, Brückenbauer und Umsetzungsunterstützer sein – bei allem, was die Digitalisierung des Gesundheitswesens im Sinne einer verbesserten Versorgung unterstützt. Wir sollen als „Trüffelschweine“, so Minister Spahn, digitale Lösungen identifizieren, die die Patientensicherheit und Behandlungsqualität verbessern. Dabei ist für uns die Digitalisierung kein Selbstzweck, sondern hat ihre Daseinsberechtigung nur an den Stellen, an denen sie eine positive, behandlungsunterstützende Wirkung entfaltet. Meine Aufgabe als

ambulanter Schmerztherapeut ist die medizinisch-ärztliche Perspektive mit Schwerpunkt in der ambulanten Versorgung, also immer wieder den Blick auf umsetzbare und medizinisch nachgefragte Lösungen zu lenken. Dabei ist mir das Übersetzen zwischen Ärzten und medizinischem Personal und der Welt der „Techies“ ein besonderes Anliegen.

Was können die Experten des hih besser als die Fachleute im BMG?

Es geht nicht um „besser als“, sondern vielmehr um „ergänzend zu“. Alle Mitglieder unseres Teams kommen aus der Gesundheitswirtschaft. Ärzte, Start-up-Szene, ITler, Data Scientists, KH-Management, Medizinrechtler. Wir haben das große Glück, mit den fachkundigen BMG-Mitarbeitern einen lebhaften Austausch führen zu können – mit dem gemeinsamen Ziel, die Versorgung für Patienten und Behandelnde zu verbessern. Hier sind wir die Brückenbauer und Übersetzer.

Was ist Ihre persönliche Motivation für die Mitarbeit im hih?

Eine am Patienten und seinen eigenen Ressourcen orientierte Medizin, ein salutogenetischer Ansatz und das in der Schmerzmedizin etablierte bio-psycho-soziale Krankheitsmodell sind für mich kein Widerspruch zur Digitalisierung. Im Gegenteil! Digitalisierung kann uns ideal unterstützen, weil sie den schnellen Zugang zu umfassenderen Informationen sowie die Wissenschaftlichkeit und den Erkenntnisgewinn in der Medizin massiv fördert. Sie kann uns auch von administrativen und dokumentarischen Aufgaben entlasten, die ja auch sein müssen. Und Digitalisierung kann die Patienten und ihre Rolle als aktiv an ihrer Gesundheit oder Gesunderhaltung Beteiligte stärken.

Warum tut sich das deutsche Gesundheitswesen mit der Digitalisierung so schwer?

Unser Gesundheitswesen bietet allen Menschen den Zugang zu einer sehr hochwertigen medizinischen Versorgung. Darauf dürfen wir stolz sein. Aber unsere Stärken, der Ausgleich von Interessen, die Suche nach der besten Lösung im Dialog der Selbstverwaltung und das regionale und föderale Organisationsprin-

zip der Versorgung erweisen sich in der Digitalisierung möglicherweise eher als hinderlich. Und schließlich der Datenschutz ...

Bei vielen Ideen mangelt es an der Umsetzung in der Regelversorgung. Wie wollen Sie das voranbringen?

Wir brauchen Lösungen, die für Ärzte und andere Beschäftigte im Gesundheitswesen echten Nutzen bringen und im Alltag vor Einführung erprobt wurden. Und so einfallslos es klingt. Geld. Die Knäusrigkeit, mit der in den letzten 15 Jahren geschachert wurde, wenn es darum ging, Niedergelassene und Krankenhäuser finanziell bei der Digitalisierung zu fördern, tut der Sache nicht gut und hat bis jetzt wahrscheinlich viel mehr gekostet, als wenn man beizeiten ausreichend Finanzmittel bereitgestellt hätte.

Was ist Ihre Vision von der Zukunft der Medizin?

Eine Medizin, die weniger Reparaturbetrieb ist, sondern die Fähigkeit der Patienten unterstützt, sich gesund zu erhalten oder es wieder zu werden. Dafür braucht es viele Men-



Dr. Philipp Stachwitz

schen, die Menschen begleiten und deren Arbeit wertgeschätzt und angemessen honoriert wird. So, wie aktuell für die Pflege zu Recht eingefordert. Digitalisierung ist dabei selbstverständliches Hilfsmittel, das alle Bereiche durchdrungen hat, uns inhaltlich bei vielen medizinischen Fragen unterstützt und die Versorgung erleichtert. Sie erlaubt uns ganz andere Einblicke, als wir sie ohne sie haben. Weil heute noch so unendlich viel Wissen auf Papier oder in unerschlossenen Daten-silos unentdeckte Terra incognita bleibt.

Wo stehen wir 2030?

Wir arbeiten mit einer übergreifenden elektronischen Patientenakte und beschreiben (fast) kein Papier mehr. *mt*

Ungewöhnlich schnell

Masernschutzgesetz gilt seit 1. März

Mit großer Mehrheit verabschiedete der Bundestag am 14. November 2019 in dritter Lesung das Masernschutzgesetz. Die Debatte war wenig kontrovers und auch der nachfolgende Termin im Bundesrat war nur noch Formsache. Am 1. März dieses Jahres trat das Gesetz in Kraft.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn erklärte die Motivation für das schnelle Gesetz: „Wir wollen möglichst alle Kinder vor einer Masernansteckung bewahren. Denn Masern sind in höchstem Maße ansteckend und können einen sehr bösen, teils tödlichen Verlauf nehmen. Deshalb führen wir einen verpflichtenden Impfschutz gegen Masern in der Kita, Schule und bei der Kindertagespflege ein. Auch wer dort arbeitet, muss sich impfen lassen.“

Informationsmöglichkeiten

Von Beginn an hatte das Bundesgesundheitsministerium ein hohes Tempo vorgelegt; die politischen Vorzeichen für ein solches

Gesetz waren so gut wie nie. Doch durch das schnelle Gesetzgebungsverfahren hatten die Betroffenen wenig Gelegenheit und Zeit, sich

chere Aufklärung eine Website freigeschaltet: www.masernschutz.de. Hier finden nicht nur Ärzte, sondern auch Schulen, Kitas und Ar-



Einführung in Windeseile: Impfung gegen Masern muss nun nachgewiesen werden

ausführlich auf alle durch das Gesetz entstehenden Fragen vorzubereiten.

Daher haben das Bundesgesundheitsministerium und die Bundeszentrale für gesundheitli-

cheitgeber Antworten auf ihre Fragen.

Bei der KVBW war das Masernschutzgesetz Chefsache. „Wir wussten, es würde schnell gehen mit dem Gesetz. Daher haben wir

versucht, alle wichtigen Fragen und Antworten, die bei unseren Ärzten in den Praxen zum Thema auftauchen könnten, vorzubereiten“, berichtet Dr. Norbert Metke, Vorstandsvorsitzender der KVBW. Ergebnis sind ausführliche FAQ auf der Website der KVBW sowie ein Merkblatt mit den praxisrelevanten Fragen.

Nachweispflicht

Viele der Fragen, die an den Beratungstelefonen der KVBW gestellt werden, beziehen sich auf den Nachweis, der von Kindern und Jugendlichen sowie von denjenigen Erwachsenen, die in entsprechenden Einrichtungen arbeiten, gefordert wird.

Der Masernschutz wird entweder durch eine vollständige Dokumentation im Impfausweis oder ein ärztliches

Zeugnis über eine ausreichende Immunität gegen Masern nachgewiesen. Die Immunität kann durch einen Bluttest (Titerbestimmung) festgestellt werden. Allerdings ist die Titerbestimmung so-

wie das Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung – im Zusammenhang mit der Umsetzung des Masernschutzgesetzes – keine Leistung der GKV. Diese müssen privat abgerechnet werden.

Berufliche Indikation Masernimpfung

Zwischenzeitlich ist auch geregelt, was anfangs für Irritation in den Praxen führte. Die STIKO hatte bei beruflicher Indikation für eine Masernimpfung von Anfang an zwei Impfdosen empfohlen. Doch war diese Empfehlung nicht zeitgleich in der Schutzimpfungs-Richtlinie Anlage 1 umgesetzt worden. Dadurch konnte zunächst nur eine einmalige Impfung zulasten der GKV durchgeführt werden.

Inzwischen wurde die Richtlinie angepasst. Wenn also zwei Impfungen notwendig sind, werden auch beide Impfungen von den Krankenkassen bezahlt. *sm*

→ www.masernschutz.de

www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Impfungen » FAQ Masernschutz

Arzt fragt, KV antwortet



Aktuelles aus der Abrechnung

Abrechnung Portokosten

Als die Patienten nicht in die Praxis kommen konnten, konnte ich für das Zuschicken von Rezepten, Überweisungsscheinen oder einer AU (nach telefonischer Feststellung der Arbeitsunfähigkeit), Porto abrechnen. Wie lange gilt das?

Vorsicht! Diese Regelung war befristet bis zum 30. Juni 2020. Seitdem können Sie für den Versand von Arzneimittelrezepten, anderen notwendigen Verordnungen sowie Überweisungen nichts mehr abrechnen!

Laborleistungen nach gewichtsreduzierendem Eingriff

Können Laborleistungen nach einem gewichtsreduzierenden Eingriff als vertragsärztliche Leistungen abgerechnet werden?

Wird die Operation kassenfinanziert als Krankenbehandlung durchgeführt, dann handelt es sich auch bei medizinisch notwendigen Nachsorgeleistungen um eine vertragsärztliche Leistung. In diesen Fällen sind die Laborleistungen abrechnungsfähig. Bei reinen Wunschleistungen oder Screening-(Vorsorge)-Maßnahmen sind die Laborleistungen keine GKV-Leistungen, da die gesetzlichen Vorsorgeleistungen abschließend im SGB V definiert sind. Bei Komplikationen handelt es sich immer um eine vertragsärztliche Leistung, auch dann, wenn der Eingriff als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) erfolgte.

Allergologische Anamnese

Kann ich für eine allergologische Anamnese und/oder zur Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse von Allergietestungen etwas abrechnen?

Ja, seit dem 1. April 2020 ist hierfür die Gebührennummer 30100 möglich. Diese ist je vollendete 5 Minuten (65 Punkte bzw. 7,14 Euro) und bis zu viermal im Krankheitsfall abrechnungsfähig.

Corona-App

Ein Patient kommt mit einer Warnmeldung in der Corona-App und wünscht eine Abklärung für sich und die Familie. Wie ist dies zu dokumentieren und was kann ich abrechnen?

Bitte überzeugen Sie sich vom Warnhinweis der Corona-App und vermerken Sie dies in der Patientendokumentation. Ausschließlich für die Fälle bei Warnung über die Corona-App ist zum Ausschluss einer Erkrankung die Versicherten-/Grundpauschale und für die Abstrichentnahme die GOP 02402 abrechnungsfähig. Die App soll einen möglichen Kontakt mit einem mit dem Coronavirus Infizierten signalisieren, der in der Regel außerhalb der Familie stattgefunden hat. Eine Testung der asymptomatischen Familienangehörigen ist nicht routinemäßig vorgesehen, kann jedoch durch den ÖGD veranlasst werden, wenn die Person mit der Warnmeldung positiv auf das Coronavirus getestet wird. *ab*

Aktuelle Fragen aus dem Verordnungsmanagement

Erweiterte Reha-Leistungen für pflegende Angehörige

Im Reha-Bereich gibt es Änderungen – stimmt das?

Ja, Sie können pflegenden Angehörigen, bei denen die Krankenkasse der zuständige Kostenträger ist, eine stationäre Reha verordnen, auch wenn ambulante Reha-Leistungen aus medizinischer Sicht ausreichend wären. Hintergrund ist, dass es für pflegende Angehörige schwierig sein kann, ambulante Maßnahmen in den Tagesablauf zu integrieren. Währenddessen kann der Pflegebedürftige zum

Beispiel in einer Kurzzeitpflege untergebracht werden oder auch in derselben Einrichtung wie der pflegende Angehörige.

Welche Personen zählen zu den pflegenden Angehörigen?

Damit sind vorrangig Familienmitglieder sowie Verwandte gemeint, aber auch ehemalige Eheleute, die pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 1–5) nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegen.

Gibt es für die Reha-Verordnung für pflegende Angehörige ein neues Formular?

Nein, aber zum 1. April 2020 wurde das Muster 61 für die Reha-Verordnung an die oben genannten Neuerungen angepasst. Für die Kennzeichnung, dass es sich um einen pflegenden Angehörigen handelt, und für die Mitversorgung des Pflegebedürftigen stehen Ihnen neue Ankreuzfelder zur Verfügung. Außerdem gab es weitere kleinere Änderungen auf dem Vordruck.

Bis wann müssen die alten Muster-61-Formulare aufgebraucht werden?

Die Verwendung der alten Vordrucke war nur bis zum 30. Juni 2020 zulässig (der ursprüngliche Stichtag 1. April 2020 wurde Corona-bedingt verschoben). Seit dem 1. Juli 2020 muss das neue Formular verwendet werden.

Wenn Sie bisher beim Kohlhammer-Verlag Ihre Verordnungsvordrucke bestellt haben, bekommen Sie automatisch ein Erstaussstattungspaket zugeschickt. Für alle anderen empfiehlt es sich, rechtzeitig die neuen Formulare beim Kohlhammer-Verlag zu bestellen. Das neue Muster 61 ist zum 1. Juli 2020 auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt. *rf*

→ Weitere Informationen:

KBV-Praxisnachrichten Medizinische Reha: www.kbv.de/html/1150_43702.php

Im Zweifelsfall auch an die Seltenen denken

Wie man in der Arztpraxis mit seltenen Erkrankungen umgehen kann

In der Summe betrachtet sind seltene Erkrankungen gar nicht so selten. Bis zu 8.000 Seltene, so schätzt man, gibt es. Etwa vier Millionen Menschen in Deutschland sind davon betroffen. Doch wenn sie in die Arztpraxen kommen, beginnt oft ein jahrelanger Spießrutenlauf für die Patienten und ein Suchen nach der Nadel im Heuhaufen für den Arzt. Dr. Michel Barczok, Lungenfacharzt aus Ulm, hat sich damit beschäftigt, wie man die Nadel findet.

Sie haben sich mit dem Erkennen der Seltenen beschäftigt. Was hat Sie da am meisten beeindruckt?

Da war zum Beispiel eine Patientin mit dem Kartagener Syndrom, einer seltenen angeborenen Erkrankung der Atemwege. Diese Menschen haben alle möglichen Beschwerden, auffällig ist aber vor allem, dass die Organe oft seitenverkehrt angeordnet sind. Dieses Mädchen hatte also sozusagen das Herz auf der falschen Seite. Eigentlich kann man das beim Röntgen nicht übersehen, es springt einem sozusagen direkt ins Gesicht. Das Kind wurde ab dem Alter von fünf Monaten bis zum zehnten Lebensjahr immer wieder geröntgt und nie hat ein Arzt reagiert.

Warum nicht?

Man dachte immer, man hat beim Röntgen rechts und links verwechselt oder das Kind stand verkehrt herum am Röntgengerät. So eine Krankheit ist eben extrem selten. Ich selbst habe so etwas nur zweimal in meinem Arbeitsleben gesehen. Obwohl es also so augenfällig war, hat es zehn Jahre gedauert, bis ein Arzt den Verdacht auf das Kartagener Syndrom geäußert hat. Das ist das Drama an den seltenen Erkrankungen. Man denkt nicht dran, es kann sogar sein, dass man mit dem Auge drauf gesto-

ßen wird und es doch übersieht oder falsch beurteilt. Es geht daher vor allem um die Frage, warum es oft so lange dauert, bis seltene Erkrankungen erkannt werden und was kann man tun, um das zu verbessern. Der Umstand eben, dass sie selten sind, führt dazu, dass im „Grundrauschen der normalen Krankheiten“, die man jeden Tag so sieht, diese Erkrankungen untergehen.

Wie können die Ärzte sich selbst dafür sensibilisieren?

Das ist eben das Problem. Wir sollten immer im Hinterkopf haben, auch während des „Schnell-arbeiten-müssens“ in der Sprechstunde, bei wiederholten, ungewöhnlichen Erkrankungen kurz innezuhalten und mal darüber nachzudenken. Viele Patienten heutzutage informieren sich ja auch über das Internet. Das muss man als Arzt manchmal auch ernst nehmen. Wir müssen uns angewöhnen, dass wir Menschen mit ihrer Vorgeschichte ernsthaft zuhören und darüber nachdenken, dass es sich wirklich um eine seltene Erkrankung handeln könnte. Voraussetzung ist aber, dass man als Student schon mal davon gehört hat, damit man überhaupt die Chance hat, sich an eine derart spezielle Erkrankung zu erinnern.

Wenn man also einen Verdacht auf eine seltene Erkrankung hat, welche Unterstützung gibt es für Ärzte?

Es gibt schon eine ganze Reihe von Möglichkeiten, etwa spezifische Datenbanken abfragen wie www.orpha.net. Dort kann man beispielsweise



Josephine hat das Williams-Beuren-Syndrom. Sie ist eine von 4 Millionen Menschen mit einer Seltenen Erkrankung in Deutschland. ACHSE ist für sie da.

Symptome eingeben und bekommt aus der Kombination dieser Symptome Vorschläge möglicher Erkrankungen. Dieses Portal bietet auch eine Datenbank zu seltenen Erkrankungen, Experten und Einrichtungen, eine Übersicht über klinische Studien und laufende Forschungsprojekte sowie Selbsthilfegruppen.

Können auch die Patienten mithelfen?

Ja. Es ist sinnvoll, wenn die Patienten sich so eine Art Checkliste machen, damit sie dem Arzt einen komprimierten Verlauf ihrer Erkrankung anbieten können. Sie sollten aufzeichnen, bei welchen Ärzten sie waren, welche Diagnosen gestellt sowie

welche Medikamente verabreicht wurden. Das Zentrum für seltene Erkrankungen Tübingen bietet dafür auf seiner Website eine einseitige Vorlage an. Da wird zum Beispiel nach bestimmten Symptomen und nach Diagnosen gefragt. Alle entscheidenden Informationen werden für den behandelnden Arzt auf einer einzigen DIN-A4-Seite zusammengefasst, denn wir Ärzte haben natürlich immer das Problem, dass wir einfach zu wenig Zeit haben. Eine solche Zusammenfassung wäre meines Erachtens auch gut geeignet für die Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt, denn der normale Überweisungsschein ist leider keine Hilfe, weil da meistens nur ein Verdacht geäußert wird.

Wer könnte den Arzt entlasten?

Wir haben in unserer Praxis zum Beispiel eine erfahrene pneumologische Fachassistentin, die die Anamnese systematisiert mit dem Patienten erstellt. Mit dem Ergebnis kann sich der Arzt dann auf die Überlegung konzentrieren, was das Problem sein könnte.

Wenn dann aber die Diagnose gestellt ist, heißt es ja noch nicht, dass der Patient auch gut behandelt werden kann!

Ja, das ist richtig, aber zumindest bei uns in Baden-Württemberg kann man sich an die ZSE-Verbände der

Universitätskliniken wenden, die europaweit miteinander koordiniert sind. Das heißt, man hat dann immer die Chance, dass man irgendwo einen Spezialisten für gerade diese spezielle Erkrankung findet, der besonders viel darüber weiß.

So kann das Wissen gebündelt und gemeinsames Therapieren erprobt werden. Das ist sozusagen eine große ärztliche Intelligenz, die für den Patienten im Einzelfall verfügbar ist. Wir haben diese Strukturen, wir können sie nutzen. ef



Dr. Christine Mundlos
Ärztliche Beratung zu seltenen Erkrankungen, 030 3300708-0
christine.mundlos@achse-online.de
www.achse-online.de

■ **Versorgungsatlas für Menschen mit seltenen Erkrankungen**
www.se-atlas.de

■ **Europäische Datenbank über alle Seltenen Erkrankungen:**
www.orpha.net

■ **Zentren für Seltene Erkrankungen (ZSE):**
In Baden-Württemberg gibt es ZSE in Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen und Ulm.
www.seltene-erkrankungen.info

■ **Meldebogen:**



Broschüren über Richtwertsystematik und Heilmittelverordnung neu aufgelegt

Seit 2017 wird das praxisindividuelle Richtwertvolumen nach der neuen Richtwertsystematik berechnet. Gerechter und transparenter sollte es werden und inzwischen gibt der Erfolg der KVBW recht: In den letzten beiden Jahren gab es deutlich weniger Prüfanträge und Regresse bei Verordnungen von Arzneimitteln. Auch bei der Verordnung von Heilmitteln muss auf die Wirtschaftlichkeit geachtet werden – hier bietet die Verordnung eines „besonderen Verordnungsbedarfs“ oder „langfristigen Heilmittelbedarfs“ die Möglichkeit, schwerkranke Patienten ausreichend zu versorgen.

Beide Bereiche – Richtwertsystematik für Arzneimittelverordnungen und Heilmittelverordnungen – sind komplex und unterliegen ständigen Veränderungen und Anpassungen. Für beide Themen bietet die KVBW daher Überblicksbroschüren an, deren Neuauflagen nun auch online zur Verfügung stehen.

➔ **Das Sonderheft „Richtwertsystematik Arzneimittel – Grundlagen und aktuelle Hinweise“** bietet Erläuterungen der notwendigen Begrifflichkeiten mit anschaulichen Rechenbeispielen sowie Tabellen zur beispielhaften Zuordnung der Wirkstoffe zu den jeweiligen Arzneimittel-Therapiebereichen.

www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte

➔ **Die Heilmittel-Broschüre „Besondere Verordnungsbedarfe / Langfristiger Heilmittelbedarf“** enthält neben grundlegenden und aktuellen Informationen wie den fachgruppenspezifischen Richtwerten eine vollständige Diagnoseliste. Zum 1. Januar 2020 neu hinzugekommen ist das Lipödem als „besonderer Verordnungsbedarf“. sm

www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Heilmittel » Besonderer / langfristiger Bedarf

Trotz Corona: Referenten gesucht!

Die Planer des „Arzt-Patienten-Forums – Gesundheit im Gespräch“ arbeiten daran, baldmöglichst wieder eine Veranstaltungsreihe auf die Beine stellen zu können. Daher werden nach wie vor Referenten gesucht.



Das Arzt-Patienten-Forum hat Tradition: Schon seit über 20 Jahren veranstalten die KVBW und der VHS-Landesverband gemeinsam diese Vortragsreihe. Über 65 Volkshochschulen in Baden-Württemberg bieten ein Programm an, bei dem niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und weitere Experten aus dem Gesundheitswesen über Vorbeugung, Diagnose und Behand-

lung von Krankheiten informieren. Es geht beispielsweise um Themen wie Arthrose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Wechseljahre. Besucher haben die Möglichkeit, sich direkt mit Fragen an die Referenten zu wenden. Interessierte Ärzte können sich gerne telefonisch melden. ef

➔ **Weitere Informationen**
Claudia Eisele, Tel.: 0721 5961-1185
Maria Emling, Tel.: 0721 5961-1452

Medizinpionier, Revolutionär und mehr ...

Der Mannheimer Arzt Adam Hammer (1818–1878)

In loser Folge stellen wir im ergo berühmte Ärzte und Wissenschaftler vor, die Außergewöhnliches geleistet haben. In dieser ergo-Ausgabe erzählen wir von einem politischen und medizinischen Tausendsassa.

Eingehend hatte er den Patienten untersucht, viel Sorgfalt auf das Herz verwendet, schließlich auf einen Herzinfarkt geschlossen. Das war im Wien des Jahres 1876; und der Arzt Adam Hammer war damit der Erste, der diese Diagnose an einem lebenden Menschen stellte.

Johann Adam Hammer, am 27. Dezember 1818 im badischen Mingolsheim geboren, hat als Arzt Pionierarbeit geleistet. Zudem war er Revolutionär, Auswanderer, Republikanisches Parteimitglied in Missouri, Hochschulgründer in St. Louis/USA, Professor und für kurze Zeit gar Brauereibesitzer.

Wissenschaftler

Während seines Medizinstudiums an der Universität Heidelberg hörte Adam Hammer Vorlesungen bei namhaften Professoren. Mit Erfolg schloss er das Studium 1842 in Chirurgie, Geburtshilfe

und Innerer Medizin ab. Die Promotion musste er sich zunächst versagen, da das Geld knapp war.

Auf neueste medizinische Kenntnisse setzte Hammer in seiner Praxis in Mannheim. Als einer der ersten Ärzte im deutschsprachigen Raum setzte er 1847 Äther zur Schmerzbekämpfung bei einer Geburt ein und nutzte diesen auch bei Operationen.

Revolutionär

Adam Hammer war Mediziner, zugleich aber auch in der Politik aktiv. Er schloss sich den Deutschkatholiken an, forderte eine demokratische Republik und die Abschaffung der Monarchie. Nach diesen Agitationen musste er 1848 Mannheim verlassen. Ihm blieb, um Verhaftung und Gefängnis zu entgehen, nur der Weg ins Ausland. Zusammen mit vielen anderen „Forty-Eighters“, so etwa auch dem Anführer der Revolution, Friedrich Hecker, flüchtete Hammer nach Amerika.

Hochschulgründer

St. Louis/Missouri wurde zu Adam Hammers neuem Wirkungskreis. Er eröffnete eine Praxis und war, wie schon in seinem Heimatland, politisch engagiert. So setzte er sich etwa für die Abschaffung der Sklaverei ein und trat 1854 der neu gegründeten Republikanischen Partei bei.

Um die Medizinerbildung in Amerika zu verbessern, gründete Adam Hammer mehrere Hochschulen nach deutschem Vorbild. Obwohl diesen kein langer Bestand beschieden war, nahm er so dennoch Einfluss auf das medizinische Ausbildungswesen. „A man who intends to become a physician, must necessarily commence his studies with the natural sciences“, schrieb Hammer 1852.

Chirurg und Bierbrauer

Während eines Europa-Aufenthalts 1853 erwarb Hammer in Paris an der dortigen Universität



Hammer gehörte zu den badischen Revolutionären.

seinen Dokortitel in Medizin und er suchte die Universität Würzburg auf, wo Rudolf Virchow Vorlesungen hielt.

Politik, Soziales, Medizin, Kultur – Adam Hammer betätigte sich in den verschiedensten Bereichen. Gar eine angeschlagene bayerische Brauerei versuchte er zusammen mit seinen zwei Brüdern wieder auf die Füße zu stellen; musste aber erkennen, dass ihm die notwendigen Kenntnisse fehlten.

Während des Amerikanischen Bürgerkrieges diente Adam Hammer von 1862 bis zu dessen Ende 1865 aufseiten der Unionsarmee als freiwilliger Militärarzt. Zahlreiche Amputationen hat er in dieser Zeit gemacht. Viele seiner Patienten – deutlich mehr als zu dieser Zeit üblich – sollen den Eingriff überlebt haben. Auch von Augenoperationen aus dieser Zeit

wird berichtet und dass er einem Soldaten einen künstlichen Darmausgang gelegt habe.

„Ein Fall von thrombotischem Verschlusse ...“

1878 veröffentlichte die Wiener Medizinische Wochenschrift unter dem Titel: „Ein Fall von thrombotischem Verschlusse einer der Kranzarterien des Herzens“ Adam Hammers Diagnose, die er zwei Jahre zuvor bei seinem Wienbesuch gestellt und durch eine Autopsie bestätigt hatte. Seine Zelte in St. Louis hatte der Arzt zu dieser Zeit bereits abgebrochen und sich wieder in Deutschland – in Wiesbaden – niedergelassen.

Am 4. August 1878 verstarb der verheiratete, kinderlos gebliebene Adam Hammer mit 59 Jahren während eines Urlaubs in Bad Griesbach. ja

Sichere Anlagen – sichere Rente

Präsidentin meldet gutes Geschäftsjahr 2019 und bleibt auch in der Krise optimistisch

Seit fast 70 Jahren gibt es die **Baden-Württembergische Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte**. Als „gesetzliche Rentenversicherung“ für die angestellten und niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte sorgt sie für deren Altersvorsorge. Doch wie sicher ist diese Rente? ergo hat bei der Präsidentin der Versorgungsanstalt, Dr. med. dent. Eva Hemberger, nachgefragt.



Dr. Eva Hemberger

Frau Dr. Hemberger, Sie berichten jährlich über die Entwicklung der Versorgungsanstalt; können Sie uns mehr zu ihrer Kontinuität sagen?

Die Versorgungsanstalt begleitet die Teilnehmer vom ersten Tag ihrer Berufstätigkeit bis über ihren Tod hinaus zur Versorgung ihrer Hinterbliebenen, also jahrzehntelang. Unser Versicherungsmathematiker rechnet jedes Jahr 99 Jahre im Voraus. Schon allein deswegen sind unsere Entscheidungen politisch und auf Kontinuität ausgelegt – vergleichbar mit dem Versicherungsbetrieb. Darin liegt der Erfolg der Versorgungsanstalt seit nunmehr 68 Jahren.

Können Sie, bevor wir das abgelaufene Geschäftsjahr 2019 beleuchten, vor dem Hintergrund der derzeitigen Coronapandemie überblicken, wie und in welcher Form sich die schwierige Situation auf die Versorgungsanstalt auswirkt?

Glücklicherweise ist die Versorgungsanstalt im offenen Deckungsplanverfahren finanziert, einem Mischsystem aus Umlage und Kapitaldeckung. Der aktuelle Punktwert wird zu mehr als 60 Prozent aus der Umlage (Beiträge) und zu weniger als 40 Prozent aus der Kapitaldeckung gestützt. Diese zwei Standbeine geben der Versorgungsanstalt große Stabilität, so dass auch ein derzeitiger Rückschlag an den Kapi-

talmärkten das Fundament der Versorgungsanstalt nicht gefährdet. Rechtzeitige, kluge Reservebildung unterstützt diese Stabilität.



Mit einem sicheren finanziellen Polster kann man im Alter sorglos leben.

Was können Sie in Bezug auf die Stabilität der Umlageseite im abgelaufenen Geschäftsjahr 2019 berichten?

Wir haben eine gute Stabilität, ja sogar einen Zuwachs der Teilnehmerzahlen, da Baden-Württemberg nach wie vor ein Zuzugsland ist. Die Zahl der aktiven Teilnehmer stieg um 2,18 Prozent auf 62.456, die Zahl der abgabepflichtigen Pflichtteilnehmer sogar um 2,9 Prozent auf 53.716. Auch die eingegangenen Versorgungsabga-

ben haben sich um 3,97 Prozent auf 873,1 Millionen Euro erhöht. Damit überstiegen sie erneut die Summe an Versorgungsleistungen in Höhe

von 682,9 Millionen Euro. Zugleich erhöhte sich die Zahl der Versorgungsempfänger um 2,95 Prozent auf 23.681. Zum Jahresende 2019 hatten wir 18.713 Ruhegeldempfänger.

Die Finanzmärkte und die Niedrigzinsphase sorgen für viele Herausforderungen. Hier ist die Versorgungsanstalt gefragt, die richtigen Antworten zu finden. Wie hat sich im Jahr 2019 die Vermögensanlage entwickelt?

Uns ist die hohe Verantwortung für die Vermögensanlage stets bewusst, da die Kapitalanlage die zweite Säule unseres Punktwerts ist. Die Herausforderung in einer Niedrigzinsphase, den Rechnungszins und die sich aus der steigenden Lebenserwartung unserer Teilnehmer ergebende zusätzliche Belastung zu erwirtschaften, nur um die Renten überhaupt halten zu können, ist sehr groß. Bedenken Sie, dass Dynamisierungen erst dann möglich sind, wenn dies erfüllt ist. Mit dem sehr guten Jahresergebnis 2019 hat der Verwaltungsrat einerseits eine Dynamisierung zum 1. Juli 2020 um 1,23 Prozent beschlossen. Zusätzlich hat er aber auch in Hinblick auf die sich verschärfende Risikolage die Sicherheitsrücklage auf 11 Prozent des Deckungsstocks angehoben. Aus heutiger Sicht eine sehr gute Entscheidung. Die Rendite des Deckungsstocks betrug 4,56 Prozent. Mit diesem Jahresergebnis dürfen wir zufrieden sein.

Und wie ordnen Sie die Kosten für den laufenden Betrieb ein?

Diese sind nach wie vor sehr niedrig. Die Verwaltungskosten betragen, bezogen auf die Einnahmen, nur 1,02 Prozent. Von 100 Euro an Einnahmen kommen somit knapp 99 Euro dem Teilnehmer zugute.

Wir danken für das Gespräch.
wk/sm



Friedlich und behütet: „Frühe Hilfen“ unterstützen gefährdete Familien zum Wohl des Kindes.

Was tun, wenn das Kindeswohl gefährdet ist?

Ärzte finden Unterstützung durch interdisziplinären Austausch

Ein gesundes und fröhliches Kind, das unter bestmöglichen Bedingungen aufwachsen kann – das wünschen sich fast alle Eltern. Probleme bei der Schwangerschaft und im Umgang mit dem Baby stellen sie jedoch manchmal vor besondere Herausforderungen. Doch was ist, wenn ein solcher Fall in der Praxis auftaucht, möglicherweise das Kindeswohl gefährdet ist? Dann kann man sich an die „Frühe Hilfen“ wenden. Die Idee: Von interdisziplinärem Know-how von Arzt und Familienhilfe profitieren alle Beteiligten. Austausch gibt es in einer Familienfallkonferenz, die die Fälle genau betrachtet und für die belasteten Familien Unterstützung organisiert.

Mitarbeiterinnen des Kriseninterventionsdienstes des Jugendamts und der interdisziplinären Frühförderstelle ist zusammengekommen, um in einer Familienfallkonferenz über den Fall einer jungen Mutter zu sprechen.

Mutter während der Schwangerschaft kam hinzu. Nach einem Kaiserschnitt und zwei Tagen Intensivstation hatte sich der Säugling zwar prächtig erholt, doch die Mutter war durch die frühe Geburt traumatisiert.

In der Folge lässt sie das Kind Tag und Nacht nicht aus den Augen, schläft nicht mehr, aus Angst, das Baby könne aufhören zu atmen. Ihre Reaktion auf das Kümern der Ärztinnen ist Aggression. Der Verdacht: postpartale Depression. Wie soll man mit dem Fall umgehen? Eissler bittet um Einschätzung.

Familienfallkonferenz

Eine Familienfallkonferenz nimmt sich des Falles in vier Phasen an. In Phase eins werden der Fall vorgestellt und Verständnisfragen der Zirkelteilnehmenden zum Fall gestellt. Es folgen eine Fallanamnese und eine Einschätzung des Risikos durch alle Teilnehmenden. Gefragt wird beispielsweise: Gibt es Risiko- und Schutzfaktoren? In Phase vier folgt idealerweise die



Der Fall, den die Kinderärztin Dr. Birgit Eissler aus ihrer Praxis präsentiert, ist kompliziert. Es geht um einen 14 Monate alten Jungen, der in der 33. Schwangerschaftswoche geboren wurde. Zu klein, zu leicht, zu schwach war das Kind, eine Infektion bei der

Entwicklung eines Masterplans. Alle Phasen werden moderiert von Kinderarzt Dr. Joachim Suder und Sozialpädagogin Christine Utecht, Leiterin des Jugend- und Familienberatungszentrums Tübingen.

Schutzfaktoren und Lösungs-ideen

Die Runde stellt fest, dass die Familie trotz einiger Schutzfaktoren wie die psychische Stärke des Vaters, die gute Bindung zur Kinderärztin und die Resilienz des Kindes Hilfe von außen benötigt. Sozialpädagogin Utecht fasst zusammen: „Die niederschwelligste Idee wäre, die Frühen Hilfen in die Kinderarztpraxis einzuladen, die Beteiligten bekannt zu machen und im Gespräch zunächst die positiven Aspekte zu schildern, auf die die Mutter stolz sein kann. Danach kann sie mit kleinen Schritten unterstützt werden, beispielsweise mit einer Frühförderung. Auch soziale Kontakte sollten gefördert werden. Wichtig ist, Distanz zwischen Mutter und Kind zu bringen, um das gute Gedeihen des Kindes auf den Weg zu bringen.“

Fragen und Einschätzungen

Die Teilnehmerinnen dieser Runde fragen zunächst: Gab es eine psychische Vorerkrankung der Mutter? Gibt es eventuell Familienangehörige, deren Kind schwer krank ist? Darf das Kind spielen, so wie es möchte? Sind die Eltern berufstätig und wie sind sie sozial eingebunden, haben sie Familie? Wie reagiert die Mutter auf die Empfehlungen der Ärztin? Die Einschätzung der Expertinnen ist, dass die Mutter eine psychische Störung aufweist, die tief in der Vergangenheit verwurzelt sein könnte. Ihre Vorstellung scheint zu sein, dass das Kind nur dadurch glücklich und gesund ist, wenn die Mutter sich aufopfert und geradezu Unmenschliches leistet, auch auf Kosten der eigenen Gesundheit, der des Kindes und auf Kosten der Ehe. Zudem stellt sich heraus, dass die Mutter sich mit verschiedenen Krankheitssymptomen des Kindes bei unterschiedlichen Institutionen vorgestellt hat. Legt der Krankheitsgewinn ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom der Mutter nahe?

Hilfreiche Tipps und Ideen für die behandelnde Ärztin Eissler. „Meine Fragen sind letztendlich geklärt und ich bekam einen Strauß an Möglichkeiten genannt, die ich ausprobieren werde. Ich bin gespannt, wie es weitergeht.“

Mit der Coronakrise fiel das aktuelle Treffen der Gruppe aus, kollegiale Tipps gab's vorerst nur telefonisch. Die Familienhelfer hoffen nun auf ein nächstes Treffen nach den Ferien. *ef*

Frühe Hilfen schützen Kinder

2007 hat das Bundesfamilienministerium als Antwort auf Fälle von Misshandlungen und Kindstötungen in Deutschland das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ ins Leben gerufen. Zum Schutz der Kinder ist eine enge Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen wesentlich. Kinder-, Haus- und Frauenärzte sind oft die ersten Fachkräfte, die Kinder im Alter von null bis drei Jahren oder schon während der Schwangerschaft auf ihre gesunde Entwicklung hin untersuchen können.

Seit September 2010 gibt es die „Frühen Hilfen“ bei der KVBW. Hier soll die Struktur der ärztlichen Qualitätszirkel genutzt werden, um Familienfallbesprechungen durchzuführen. Ziele sind unter anderem eine bessere Kooperation und Kommunikation zwischen Jugendamtsmitarbeitern und Ärzten sowie Psychotherapeuten, um gemeinsame Fälle interdisziplinär zu besprechen.

Das Projekt wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert und wissenschaftlich begleitet.

Viel Arbeit auch in Vor-Coronazeiten

Viele Erwerbstätige in Gesundheits- und Pflegeberufen sind in der Ausnahmesituation der Corona-Pandemie besonders stark beansprucht, und viele von ihnen sind Tag und Nacht im Einsatz – auch an den Wochenenden.

Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, zählten Ärzte auch vor der Corona-Krise zu den Berufsgruppen mit besonders langen Arbeitszeiten. So arbeitete im Jahr 2018 ein knappes Drittel (32 Prozent) der 445.000

Ärzte in Deutschland in der Regel mehr als 48 Stunden pro Woche.

Ärzte haben nicht nur überdurchschnittlich lange Wochenarbeitszeiten, sie arbeiten auch häufiger als in allen anderen untersuchten Berufen im Gesundheitswesen über ihren 65. Geburtstag hinaus. Neun Prozent der Ärzte waren im Jahr 2018 in der Altersgruppe 65 plus – der Anteil war damit dreimal so hoch wie in den Gesundheits- und Pflegeberufen insgesamt sowie unter allen Erwerbstätigen.

47 Prozent der Ärzteschaft waren Frauen. Dies entsprach exakt dem Frauenanteil an allen Erwerbstätigen in Deutschland.

Im gesamten Gesundheitswesen stellten Frauen hingegen 79 Prozent der Erwerbstätigen. Besonders hoch waren die Frauenanteile beispielsweise bei Arzt- und Praxishilfen (98 Prozent), in Berufen in der Haus- und Familienpflege, in medizinisch-technischen Berufen in Laboratorien oder Radiologien sowie in Berufen der Altenpflege (jeweils 84 Prozent). *des*



Viel zu tun haben die Menschen in Gesundheits- und Pflegeberufen.

Alles, was Recht ist

Juristische Fragen aus der Praxis

In dieser ergo-Rubrik erläutern die Mitarbeiter des Rechtsbereichs der KV Baden-Württemberg rechtliche Fragen aus dem Praxisalltag oder informieren über wichtige Entscheidungen aus der Rechtsprechung. Heute geht es um diese Frage:

Die Polizei ruft – muss der Arzt zur Haftfähigkeitsuntersuchung eilen?

Ohne die ärztliche Feststellung der Haftfähigkeit darf niemand in polizeilichen Gewahrsam genommen werden. Oft werden – häufig im vertragsärztlichen Notfalldienst – die Vertragsärzte beziehungsweise die im vertragsärztlichen Notfalldienst tätigen Ärzte für diese Haftfähigkeitsuntersuchung von der Polizei angefordert. Es stellt sich daher immer wieder die Frage, ob die Vertragsärzte beziehungsweise die im vertragsärztlichen Notfalldienst tätigen Ärzte verpflichtet sind, dieser Anforderung nachzukommen.

Grundsätzlich gehört zur vertragsärztlichen Versorgung auch die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten in Notfällen außerhalb der Dienstzeiten der Anstaltsärzte, soweit die Behandlung nicht auf andere Weise gewährleistet ist (Paragraf 75 Absatz 4 SGB V). Die alleinige Feststellung der Gewahrsamsfähigkeit beziehungsweise -unfähigkeit stellt aber gerade keine Behandlung in diesem Sinne dar und ist mithin keine gesetzlich verpflichtende vertragsärztliche Aufgabe. Nichtsdestotrotz kann diese vom Vertragsarzt freiwillig übernommen werden und ist dann von der Polizei nach der GOÄ zu vergüten.

Oft wird bei dem Festgenommenen, bei dem die Haftfähigkeit zu prüfen ist, aber auch zeitgleich Behandlungsbedürftigkeit vorliegen. Da die Behandlung – wie schon erwähnt – zu den vertragsärztlichen Pflichten gehört, muss sie auch im vertragsärztlichen Notfalldienst erfolgen und kann dann gegebenenfalls unweigerlich in die Prüfung der Haftfähigkeit beziehungsweise in die Feststellung der Haftunfähigkeit münden. Diese Feststellung zur Haftprüfung ist dann quasi als Annex zur ärztlichen Behandlung – und somit auch im Rahmen der vertragsärztlichen Verpflichtung – vorzunehmen.

Dabei ist aber seitens der Polizei zu beachten, dass der Arzt im vertragsärztlichen Notfalldienst hinsichtlich der Behandlung der Festgenommenen organisatorische Unterstützung benötigt. So sollte die Polizei nach Möglichkeit und vorheriger Abklärung den Betroffenen in die Notfall- beziehungsweise Arztpraxis bringen.

Fazit: Werden die Haftunfähigkeitsuntersuchungen angemessen nach GOÄ vergütet, so kann der angefragte Arzt der Anforderung der Polizei nach Überprüfung der Haftfähigkeit auch dann nachkommen, wenn sonst keine weitere Behandlung des zu Untersuchenden notwendig ist. Die Polizei sollte bereit sein, den Arzt entsprechend organisatorisch zu unterstützen (zum Beispiel, indem sie auf Wunsch des Arztes den zu Untersuchenden in die Arzt- beziehungsweise Notfallpraxis bringt).

➔ Weitere Fragen beantworten unsere Rechtsexperten: recht@kvbwue.de



Die Haftfähigkeit muss festgestellt werden.

Ein Notfall? Dann rufen Sie an!

Alle wichtigen Nummern in einer App – jetzt downloaden

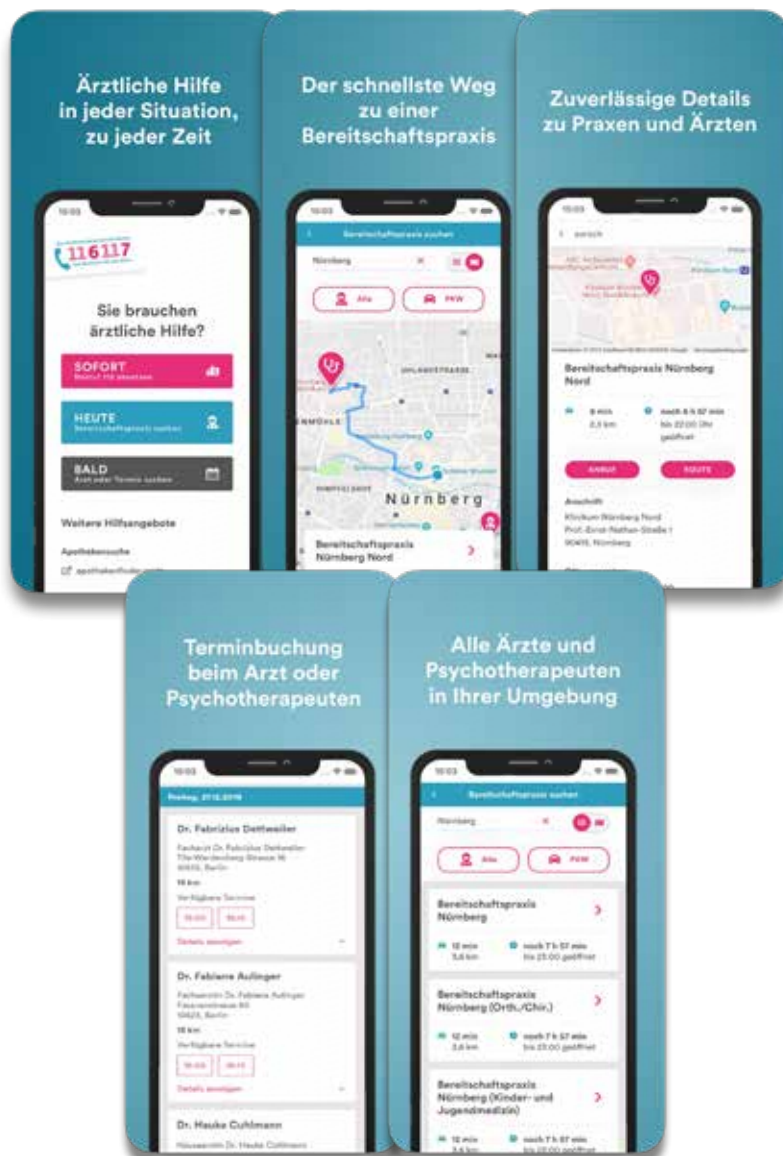
Im Notfall schnell die richtige Nummer zur Hand haben, das ist für Patienten oft ein Problem.

Daher hat die KBV alle wichtigen Infos zusammengefasst, die die Patienten für den Notfall benötigen. Die App ist eine Ergänzung zum Telefon- und Onlineangebot der 116117. Zu finden sind Bereitschaftsdienstpraxen und alle ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen in Deutschland. Sie bietet auch die Buchung von Facharztterminen und eine Karten- und Listendarstellung.

Der User kann drei Dringlichkeitsstufen auswählen: „sofort“, „heute“ und „bald“. Wer beispielsweise „sofort“ anwählt, landet beim Notruf 112. Patienten können außerdem Termine direkt über die Terminservicestellen buchen. Bis Ende 2020 sollen weitere Funktionen hinzukommen wie etwa eine Spracheingabe. Außerdem soll in Zukunft der telemedizinische Dienst docdirekt erreichbar sein.

Die kostenlose App gibt es im Google Play Store oder im Apple App Store oder über die KBV-Homepage.

➔ www.kbv.de/html/116117-app.php



Datenschutzbeauftragter: Pflicht künftig erst ab 20 Personen

Gesetzgeber lockert Vorgaben für Kleinunternehmen und Arztpraxen



Praxen brauchen künftig erst ab 20 Personen einen Datenschutzbeauftragten. Der Bundestag hatte im vergangenen Sommer eine entsprechende Gesetzesänderung beschlossen. Mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt ist diese Ende letzten Jahres in Kraft getreten.

Um kleine und mittlere Unternehmen sowie ehrenamtlich tätige Vereine zu entlasten, hat der Gesetzgeber die Personenzahl, ab der bei nichtöffentlichen Stellen ein Datenschutzbeauftragter zu benennen ist, von bisher zehn auf 20 Personen angehoben. Ist eine Da-

tenschutz-Folgenabschätzung erforderlich, muss jedoch unabhängig von der Personenzahl ein Datenschutzbeauftragter benannt werden.

Seit Mai 2018 greift die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in allen Mitgliedstaaten der EU. Wegen der DSGVO mussten nationale Gesetze angepasst werden. Durch das 2. Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz (DSAnpUG-EU) ist das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) nun nachgebessert worden. uw

➔ Weitere Informationen: QM und Beratung zum Praxismanagement: Tel.: 0711 7875-3300

KBV-Kampagne #Ihre Abwehrkräfte

Fokus auf Leistung der Ärzte und Psychotherapeuten in der Coronapandemie

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im April die Kampagne #IhreAbwehrkräfte gestartet, die die Leistungen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten und der Kassenärztlichen Vereinigungen während der Coronapandemie in den Fokus rückte. Die Kampagne verdeutlichte in verschiedenen Medien, dass die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems maßgeblich von der Arbeit in den 100.000 niedergelassenen Praxen abhängt.

Um diese Rolle für das Gesundheitssystem zu untermauern, stand die Kampagne unter dem Motto „#IhreAbwehrkräfte“.

Hohe mediale Sichtbarkeit

Die Kampagne fand multimedial statt: So erschienen Anzeigen in den Tageszeitungen Frankfurter Allgemeine Zeitung und Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Die Welt und Die Welt am Sonntag, Stern, Spiegel und FOCUS. Auch in Online-Medien wurde die Kampagne auf Bannern gezeigt. kbv

#IhreAbwehrkräfte

Anhand von Fakten und persönlichen Einzelgeschichten dokumentierte die Kampagne insbesondere, in welchem Ausmaß COVID-19-Patienten im ambulanten Bereich behandelt werden, wie Praxen den Regelbetrieb aufrechterhalten und wie die anlaufende Phase der Lockerung medizinisch flankiert wird.

Mehr Informationen:

www.kbv.de/html/ihreabwehrkraefte.php



6 von 7 Corona-Patienten müssen nicht ins Krankenhaus.
So schützen die Praxen die Kapazitäten in den Kliniken.

Rund 25.000 Praxen bieten Videosprechstunden an.
So ermöglichen wir ärztliche und psychotherapeutische Beratung, ohne Infektionen zu riskieren.

Rund 500 Testzentren im ambulanten Bereich stehen zum Einsatz bereit.
So helfen wir, die Ausbreitung des Virus einzudämmen.

Wir haben die Leitstellen der 116117 auf 1.750 Callcenter-Mitarbeitende aufgestockt.
So sichern wir unsere Servicequalität.

In unseren Laboren können täglich 110.000 Tests durchgeführt werden.
Durch erhöhte Testkapazitäten helfen wir, das Virus unter Kontrolle zu bringen.

Das Dortmunder Stadion ist jetzt eine Corona-Praxis.
So finden wir mit engagierten Partnern kreative Lösungen vor Ort und erhöhen unsere Kapazitäten.

Gute Nachrichten für Ihre Gesundheit
Mit rund 100.000 Praxen halten wir das Gesundheitssystem trotz COVID-19-Krise täglich am Laufen. Wir setzen dabei alle Hebel in Bewegung, um die ambulante Versorgung zu organisieren. Die Leitstellen der 116117 stocken ihr Personal auf, um schneller jede Anfrage zu Corona und allen anderen Krankheiten beantworten zu können. Labore erweitern ihre Testkapazitäten und es werden bundesweit Testzentren errichtet. Dabei verlieren wir auch unsere anderen Patientinnen und Patienten nicht aus dem Blick. So tragen wir dazu bei, die Krise zu bewältigen.

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG
#IhreAbwehrkräfte

Die Anzeige lief in allen großen Tageszeitungen: Beeindruckende Zahlen verdeutlichen die Leistung der niedergelassenen Ärzte.

MAK-Tipp

eLearning Kurs „Jetzt zählt's: Hausärztliche Grundlagen des EBM“

Seit Juni hat die Management Akademie (MAK) ihre Präsenzveranstaltungen wieder aufgenommen. In Zeiten der Corona-Pandemie ist Sicherheit das oberste Gebot. Die Kurse finden daher unter Berücksichtigung aller wichtigen Hygiene- und Abstandsregelungen statt. Allerdings stehen wegen des Abstandsgebots nur begrenzte Plätze pro Seminar zur Verfügung. Außerdem gibt es nach wie vor das Online-Kursprogramm, das erst vor Kurzem um ein Training zu den hausärztlichen Grundlagen des EBM erweitert wurde.

Sie gehört unverrückbar zum Praxisalltag dazu und ist Kernaufgabe von Arzt und Praxismitarbeiter: die Abrechnung auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

Aber auch wenn man sich tagtäglich mit dieser Thematik befasst und die Praxissoftware zusätzlich unterstützt – bei den zahlreichen Änderungen lässt sich eine so komplexe und dynamische Mate-

rie kaum gänzlich erfassen. Das Online-Angebot zum EBM in der hausärztlichen Praxis hilft dabei, auf dem neuesten Stand zu bleiben.

Virtuelle MFA unterstützt Lernende

Fünf umfassende Online-Module erklären den EBM auf spielerische und interaktive Weise. In diesem multimedialen Online-Kurs zur selbstständigen und selbstbestimmten Erarbeitung der Lerninhalte wird der Nutzer von der virtuellen MFA Melanie Graf begleitet. Graf hat gerade erst frisch in der Praxis angefangen. Gemeinsam mit ihr geht der Nutzer auf die Suche nach einem mysteriösen Zahlencode im EBM.

Sie tauchen auf ihrem gemeinsamen Weg in die Welt der GOPs ein und lernen die verschiedenen Besonderheiten, Kombinationsmöglichkeiten und Wechselwirkungen kennen. Von alltäglichen Themen wie der Versichertenpauschale und den hausärztlichen Gesprächen bis hin-

zur Abrechnung von Laboruntersuchungen oder Bereitschaftsdiensten – der Kurs gibt innerhalb von 110 Minuten die wichtigsten Antworten zur sicheren Anwendung des EBM in der Hausarztpraxis.

Zielgruppe

Der Online-Kurs richtet sich an alle Ärzte und Mitarbeiter in der Hausarztpraxis, die Leistungen nach dem EBM abrechnen und diesbezügliche Kenntnisse erwerben, erweitern oder auffrischen wollen.

Dieser Kurs ist vollständig responsiv und kann somit auf allen Endgeräten – vom Desktop-Computer bis zum Smartphone – ohne Einschränkungen angesehen werden.

Schwerpunkte

- Aufbau, Bedeutung und Begrifflichkeiten des EBM
- Arztgruppenübergreifende, allgemeine GOPs: Ärztlicher Bereit-

schaftsdienst, unvorhergesehene Inanspruchnahme, Besuche, Früherkennung, Kleinchirurgie und Leistungen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

- Der hausärztliche Versorgungsbereich: Versicherten- und Chronikerpauschalen, hausärztliche Gespräche, geriatrische und palliativmedizinische Betreuung, NāPa
- Arztgruppenübergreifende spezielle GOPs: Laboruntersuchungen, Ultraschalldiagnostik, Psychosomatik und Wegegebühren
- Kostenpauschalen

Fortbildungspunkte 4

Seminarnummer eL 05/20

Kosten 98,00 Euro

Direktkontakt

Tel.: 0711 7875-3535
info@mak-bw.de

Weitere interessante Themen unseres eLearning-Programms

- eL 01/20: Grundlagen der Hygiene in der Arztpraxis
- eL 02/20: (K)eine Kunst: Kommunikation im Praxisalltag
- eL 03/20: Sicher ist sicher: Datenschutz im Praxisalltag leben und managen
- eL 04/20: Hieb- und stichfest: Verordnung von Schutzimpfungen
- eL 05/20: Jetzt zählt's: Hausärztliche Grundlagen des EBM

Buchen Sie Ihre Kurse rechtzeitig. Zur Erleichterung der Anmeldung nutzen Sie am besten unsere Online-Anmeldung unter www.mak-bw.de.

→ Weitere Fragen zu unseren Seminarangeboten im Präsenz- und Online-Format beantwortet das Team der Management Akademie (MAK) unter:

Tel.: 0711 7875-3535
Fax: 0711 7875-48-3888
info@mak-bw.de

Die MAK freut sich auf Ihren Besuch!



IMPRESSUM

ergo Ausgabe 1 / 2020

Zeitung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
ISSN 1862-1430

Erscheinungstag:
24. Juli 2020

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@kvbawue.de

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Julia Alber (ja), Jörg Armbruster (ab), Statistisches Bundesamt (Destatis) des, Dr. Richard Fux (fux), Ulrich Junger (ab), Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv), Wolfgang Korgor (wk), Kulturverlag Kadmos (kad), Landesärztekammer (lāk), Anette Oehl (aoe), Simone Peukert (ab), Katja Schwalbe (kats), Kai Sonntag (ks), Martina Tröschler (mt), Dr. Michael Wosgien (ab), Ute Wutzler (uw)

Fotos und Illustrationen:
S.1 Adobe Stock/galitskaya; S.2 KVBW/Jürgen Altmann; S.3 Adobe Stock/Blue Planet Studio, Britt Schilling, Regina Sablotny, privat; S.4 KVBW/Jürgen Altmann, Adobe Stock/agenturfotografie; S.5 KBV; S.6 privat; S.7 Adobe Stock/shangarey, privat; S.8 vasQlab, privat, Adobe Stock/Neiron Photo; S.9 Adobe Stock/Krakenimages.com, Robert Lehmann Fotografie; S.10 Adobe Stock/Mediaparts; S.11 achse e.V., Adobe Stock/THANANIT; S.12 picture alliance/akg, Adobe Stock/vectorfusionart; S.13 Adobe Stock/Tomsickova, Adobe Stock/VadimGuzhva Adobe Stock/auremar; S.14 Adobe Stock/Dan Kosmayer, KBV, Adobe Stock/Sudarsan Thobias; S.15 KBV; S.16 Kulturverlag Kadmos, privat

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:
Aus Gründen der leichten Lesbarkeit verzichtet ergo auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Personenbezeichnung. Die Verwendung der männlichen Form steht daher immer sowohl für die männliche als auch die weibliche Bezeichnung.

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

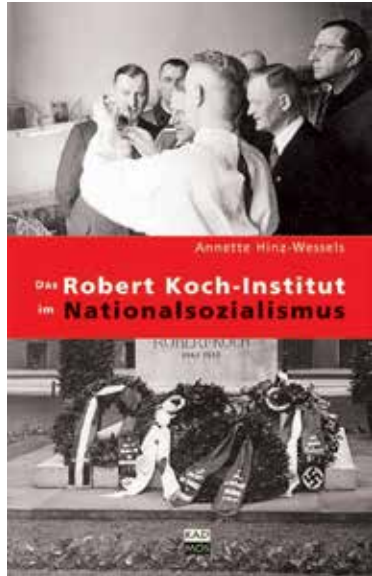
Buchtipps

Das Robert Koch-Institut im Nationalsozialismus

Schon 2012 erschienen, erfährt dieses Buch in Coronazeiten ein „Revival“: Annette Hinz-Wessels' Studie über das Robert Koch-Institut (RKI) im Nationalsozialismus. Das Buch ist das Ergebnis eines zweijährigen Forschungsprojektes des Berliner Instituts für Geschichte der Medizin. Dabei sollten die Verstrickungen des RKI während des Nationalsozialismus und Verbrechen gegen die Menschlichkeit aufgeklärt werden. Initiator und Finanzier war das RKI selbst.

Das RKI war zwischen 1933 und 1945 als staatliche Forschungseinrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens eng in das nationalsozialistische Gesundheitssystem eingebunden. Die Studie untersucht den personellen und organisatorischen Umbau des Instituts unter der NS-Diktatur und analysiert den Einfluss von NS-Ideologie und Kriegspolitik auf einzelne Forschungs- und Arbeitsfelder. Beleuchtet werden zum Beispiel Personalentlassungen nach der Machtübernahme durch die Nazis, Erb- und Rassenforschung am Beispiel der Tuberkulose und Serologie oder Menschenversuche im KZ

Buchenwald. Das Buch wurde ausgezeichnet durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundesärztekammer und die KBV mit dem Forschungspreis zur Rolle der Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus. *kad/ef*



➔ Annette Hinz-Wessels: Das Robert Koch-Institut im Nationalsozialismus, Kulturverlag Kadmos, ISBN 978-3-86599-463-9, broschuriert 19,90 Euro, gebunden 29,80 Euro



Einheitliche Standards für COVID-19-Daten finden

Gesundheitsorganisationen starten cocos-Initiative

Führende Akteure des Gesundheitswesens haben sich in den vergangenen Wochen zur cocos-Initiative zusammengeschlossen. Gemeinsames Ziel von cocos (Corona Component Standards) ist es, einheitliche Datenformate und Standards für COVID-bezogene Daten zusammenzuführen. Damit soll eine gemeinsame Grundlage für unterschiedliche Anwender, Entwickler und Forscher geschaffen werden.

Hintergrund: Während der Corona-Pandemie entstehen derzeit in der Wissenschafts-, Tech- und Start-up-Szene unabhängig voneinander vielfältige Lösungen zur Erforschung von und zum Umgang mit COVID-19. Die cocos-Initiative will darauf hinwirken, dass die vielen kreativen und guten Ansätze effektiv gebündelt werden und optimiert zum Einsatz gebracht werden können.

Die neue gemeinsame Online-Plattform heißt cocos.team. Hier können bereits erarbeitete Empfehlungen von Standards eingesehen und neue Standards vorgeschlagen werden, die für die Entwicklung von Lösungen im

Kampf gegen Corona genutzt werden können und ein Zusammenführen von Daten beispielsweise zu Forschungszwecken erleichtern.

Dr. Bernhard Tenckhoff (KBV): „Es ist gerade jetzt wichtig, dass wir die bestehenden Aktivitäten und Erfahrungen zur Standardisierung von medizinischen Daten bestmöglich bündeln und die bereits etablierten Prozesse unbürokratisch beschleunigen, damit wir schnell sektorübergreifend belastbare Daten zur Erforschung, dem Monitoring und der Behandlung von COVID-19 bekommen und damit Leben retten können.“

cocos wurde initiiert von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem health innovation hub (hih) des Bundesministeriums für Gesundheit und Health Level 7 (HL7) Deutschland. Weitere Akteure sind das Robert Koch-Institut (RKI), das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die Medizininformatik-Initiative (MII), das Netzwerk Universitätsmedizin und der Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg). *kbv*

KV-Mitarbeiter im Coroneinsatz

Manuela Weiß,
KV-Abrechnungsberaterin,
arbeitete vier Wochen lang in
der Abstrichstelle in Belzhag-
Kupferzell



„Ich bin sehr dankbar für die Zeit in Belzhag. Es war eine großartige Erfahrung und ich werde diese Zeit in meinem Leben nicht vergessen. Ich habe viel Schreckliches und viel Leid gesehen, aber auch, wie man gemeinsam etwas erschaffen und bewirken kann und dass aus fremden Menschen eine Familie wird, die gemeinsam für eine Sache kämpft und zusammenhält.“

Ich habe die Ärzte an den Autos unterstützt, mit Laboren und den Ärzten bezüglich der Abrechnung gesprochen, die Proben „laborfertig“ gemacht, die Mitarbeiterinnen vom Landratsamt auf den Quartalswechsel hingewiesen, um die richtige Überweisung zu bekommen.

Ich hatte nie Angst, ich wusste, ich bin gut geschützt und wir unterstützen uns gegenseitig und passen aufeinander auf. Teilweise waren die Patienten super verängstigt und hilflos und wussten nicht, was passiert, wenn wir als „Astronautenmenschen“ auftraten. Das war am Anfang sehr erschreckend und beunruhigend. Ich habe dann angefangen, den Patienten zum Abschied zu winken, weil man ja unser Lachen hinter der Maske und dem Visier nicht sieht. Das war super, die Leute mussten dann grinsen und haben auch gewunken. So hatte ich wenigstens das Gefühl, sie gehen mit einem Lächeln von der Abstrichstelle.“

„Unser Vorstandsvorsitzender Dr. Norbert Metke bat mich, aufgrund des akuten Mangels Desinfektionsmittel herzustellen und unseren Notfallpraxen und Mitgliedern zur Verfügung zu stellen. Das Institut für organische Chemie der Universität Stuttgart-Vaihingen hatte uns angeboten, 400 Liter Isopropylalkohol zur Verfügung zu stellen und diese im Institut zu Desinfektionsmittel zu verarbeiten. Nach Kontaktaufnahme mit Prof. Clemens Richert, dem Geschäftsführenden Direktor des Instituts für Organische Chemie, stellte sich heraus, dass hierzu freundlicherweise das komplette Team der Chemikalienausgabe bereitstand.“

So habe ich mit meiner Kollegin Rebecca Larosa an der Uni Vaihingen mit dem Leiter der Chemieausgabe und einer Chemikerin über 400 Fünf-Liter-Kanister Desinfektionsmittel hergestellt. Inhaltsstoffe waren Wasser, Glycerin, Isopropylalkohol und Wasserstoffperoxid, zusammengemixt in einem Kanister und ordnungsgemäß deklariert.

Unser Logistikzentrum war in der Anfangszeit froh über die Lieferung dieser wenn auch relativ kleinen Menge, denn dadurch hat es die Versorgung kurzfristig sicherstellen können. Es war nämlich nicht klar, ob und wann unsere Bestellung von der Bundesebene eintrifft oder wann lokale Chemieunternehmen lieferfähig sind. Es war zu Beginn auch schwer, an geeignete Kanister zu kommen – der Markt war wie leergefegt. Für mich war die Tätigkeit abseits des KV-Alltags sehr interessant und befriedigend. Ich freue mich, etwas Sinnvolles beitragen zu können.“

Thomas Göckler,
Apotheker aus dem Geschäftsbereich
Verordnungsmanagement, stellte selbst
Desinfektionsmittel her



Simone Schramm,
Gruppenleiterin Interne Dienste, war
für Logistik und Verteilung der Schutz-
ausrüstung mitverantwortlich



„Da es am Anfang der Pandemie keinen wirklich definierten Prozess für eine so große Lager- und Versandlogistik gab, wurden die Schutzausrüstungs-Sendungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) sowie KVBW-Eigenbeschaffungen über Nacht nach Stuttgart angeliefert und auch versandt. Die Internen Dienste führen Schutzausrüstung oder Desinfektionsmittel aus und holten nebenbei beschaffte Ware vor Ort ab. Alles in allem stellte uns dies vor wirkliche Herausforderungen, vor allem hinsichtlich der Lagerräumlichkeiten, der Versandaktionen an Notfallpraxen und an Haus- und Fachärzte sowie der Abholungen von beschaffter Schutzausrüstung oder Desinfektionsmittel. Wir legten lange Strecken zurück, von Balingen über Buchloe (Allgäu) bis Nürnberg. Ein Arbeitstag dauerte manchmal 14-16 Stunden, aber für uns stand im Vordergrund zu helfen.“

Wir konnten ein wenig dazu beitragen, die Situation zu verbessern, sprich den wichtigsten Akteuren, den Ärzten, die benötigte Schutzausrüstung zu liefern. In dieser Zeit hat jeder einzelne in den Internen Diensten sein Bestes und noch mehr gegeben, egal wie viele Stunden er gearbeitet hat, egal welche Anforderungen kamen, und das alles in angenehmer Atmosphäre. Alles in allem – trotz viel Stress und Arbeit – hat es uns gezeigt, dass wir in schweren Zeiten als KV zusammenhalten können und wollen! Ein riesengroßes Dankeschön nochmals an alle Kollegen der KV, die uns so toll unterstützt haben!“