

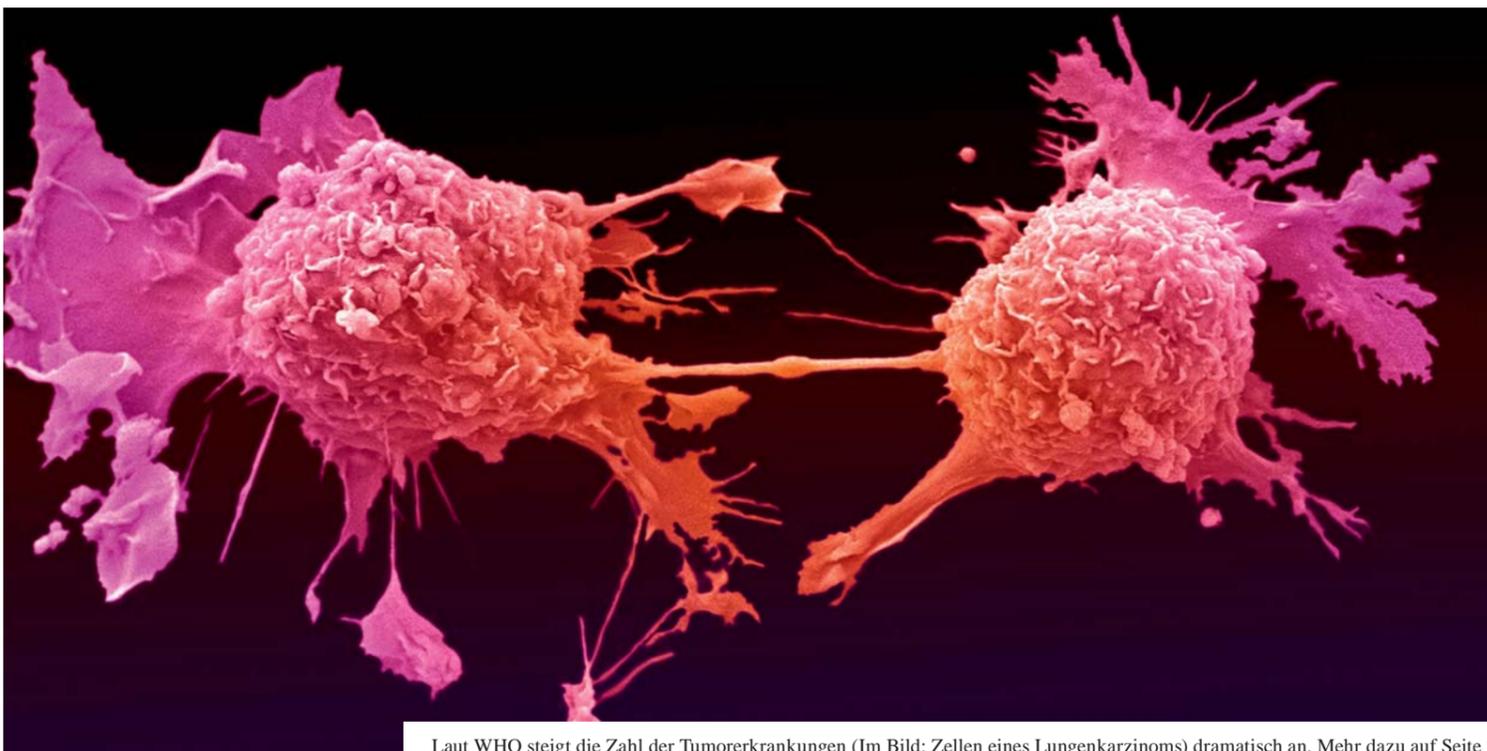
ergo

www.kvbawue.de

Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Laut WHO steigt die Zahl der Tumorerkrankungen (Im Bild: Zellen eines Lungenkarzinoms) dramatisch an. Mehr dazu auf Seite 2.

Der Arzt ist das Ross,...

... die Budgetierung der Reiter. Oder: Wie der Mangel an Facharztterminen entsteht

Es ist eines der aktuell meist diskutierten Themen in der ambulanten Versorgung: die Wartezeiten auf Facharzttermine. Kaum eine Woche vergeht, in der nicht Politiker, Kassenfunktionäre und andere Interessensvertreter sich darüber öffentlich äußern. Und oft genug mit bloßen Vermutungen und ohne exakte Kenntnis der Zahlen die Ärzteschaft pauschal diffamieren.

Umso erstaunlicher ist es, dass es noch kein Jahr her ist, als in einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) 60 Prozent der GKV-Patienten bestätigten, dass sie innerhalb von einer Woche einen Termin beim Fach-

arzt bekommen haben. 20 Prozent warten länger als drei Wochen auf einen Termin. Dabei darf allerdings nicht vergessen werden, dass Fachärzte viele Routineuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen durchführen, bei denen es aus medizinischer Sicht keine Rolle spielt, ob sie ein paar Wochen früher oder später stattfinden.

Bei der KVBW liegen gerade einmal 110 Patientenbeschwerden wegen nicht zeitnaher Termine vor – bei etwa 70 Millionen Behandlungsfällen im Jahr. Und Notfallpatienten werden immer zeitnah versorgt, auch bei stark ausgelasteten Fachärzten.

Oft wird vergessen, dass sich das Leistungsspektrum der Fach-

ärzte – und damit ihre Auslastung – in den letzten 20 Jahren rasant weiterentwickelt hat. Wurden 2010 in Baden-Württemberg 92.000 Katarakt-Operationen, 800.000 MRT-Untersuchungen und 723.000 ambulante Strahlentherapien durchgeführt, waren es 1990 jeweils: 0.

Angesichts dieser Zahlen und der aktuellen Diskussion um die Wartezeiten ist es besonders kurios, dass Teile der Politik die Zahl der Fachärzte weiter einschränken möchten. Die Regelungen, nach denen die Übergabe von Praxen in übertensorgten Gebieten schon jetzt erschwert wird, sollen noch einmal verschärft werden.

Zweifellos gibt es Fälle, in denen Patienten lange auf einen Ter-

min warten müssen. Die Ursache dafür ist zunächst einmal ganz einfach: Wartezeiten bei Fachärzten entstehen durch das Auseinanderklaffen zwischen dem Angebot an Terminen und der Nachfrage der Patienten.

Nur in seltenen Fällen sind sie einer falschen Verteilung geschuldet. Denn auch das kommt schon mal vor: Bei einem Arzt stehen die Patienten Schlange, während beim Kollegen Leere im Wartezimmer herrscht. Nur regulieren lässt sich dies vermutlich nicht.

Warum aber klaffen Angebot und Nachfrage auseinander? Lesen Sie eine Einschätzung dieser Frage von KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke auf Seite 2.

„Danke Oma!“

Wer hierzulande keine null oder eins vor dem Abi-Notendurchschnitt stehen hat, kann von einem Medizinstudium in der Regel nur träumen, und das, obwohl Deutschland auf einen Ärztemangel zusteuert und Ärztenachwuchs dringend gesucht wird.

Das könnte sich jetzt ändern: Die Nürnberg Medical School bietet ab August in Zusammenarbeit mit dem dortigen Klinikum und der österreichischen „Paracelsus Medizinische Privatuniversität“ Salzburg ein Medizinstudium an. Abschluss: „Dr. med. univ.“. Hier kommt es nicht mehr auf den Numerus clausus an, sondern auf die finanziellen Möglichkeiten: 67.500 Euro soll die fünfjährige Ausbildung kosten. Dies entspricht in etwa den Kosten eines Studiums im europäischen Ausland.

Die Jungmediziner absolvieren ihre praktische Ausbildung in den städtischen Krankenhäusern, die Theorie vermittelt die TH Nürnberg. Als Aufnahmetest dient ein Fünf-Stunden-Check in Physik, Chemie und Biologie. Aufgenommen werden zunächst 50 Studenten, 250 sollen es im weiteren Verlauf werden.

Mit diesem Konstrukt entsteht in Deutschland etwas sehr Ungewöhnliches, denn angehende Medizinstudenten, die nicht den notwendigen Numerus clausus haben und keine 13 Wartesemester hinter sich bringen wollen, konnten bisher nur im Ausland, beispielsweise England oder Ungarn, studieren. Jetzt bietet sich auch in Deutschland eine Alternative.

Ein solches Studienangebot ruft naturgemäß konträre Meinungen hervor. Viele aber sehen in diesem Vorstoß eine dringend benötigte Alternative zur staatlichen Hochschule. „Wir sollten uns alle bei den Müttern und Vätern, Omas und Opas bedanken, die ein solches Studium unterstützen“, meint KV-Vorstand Dr. Norbert Metke. „Denn die Familien fangen hier etwas auf, was eigentlich die Aufgabe des Staates wäre: Ausreichend Studienplätze zur Verfügung zu stellen und damit für genügend ärztlichen Nachwuchs in Deutschland zu sorgen.“

Auch bezüglich der fachlichen Ausbildung hat Metke wenig Bedenken – im Gegenteil: „Die Studenten, die nach dem Physikum an ausländischen Universitäten zurück nach Deutschland kommen, schneiden im Staatsexamen häufig merkbar besser ab als die Studenten mit der Vorklinik in Deutschland.“

Neue Datenstelle im Gesundheitswesen

Im Koalitionsvertrag der Großen Koalition steht als Absichtserklärung, dass ein Qualitätsinstitut neu gegründet werden soll, das sektorenübergreifend Routinedaten sammelt, auswertet und einrichtungsbezogen veröffentlicht. Dieses Institut soll damit die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses unterstützen und ergänzen.

Gerüchten zufolge soll sich bereits ein eingetragener Verein um die Übernahme dieser Aufgabe im Arzneimittelbereich bewerben; er möchte als „Arzneimittel-Daten-Analyse-Center“, abgekürzt ADAC, tätig werden. Als besondere Fähigkeit weist dieser Verein darauf hin, dass es ihm möglich sei, Auswertungen und Ergebnisrankings zu erstellen, ohne dass ausreichende und umfassende Daten vorliegen müssen. Im Arzneimittelbereich verspricht er, Arzneimittel-Messungen nach Offiziellem Gusto unter dem Stichwort AMNOG vornehmen zu können.

Obamacare überfällig

Versicherung made in USA

In Deutschland nur schwer vorstellbar: Wer keinen Arbeitgeber hat, der eine Krankenversicherung anbietet, oder sich keine Krankenversicherung leisten kann, bleibt unversichert. Bis heute gibt es in den USA keine allgemeine Krankenversicherungspflicht. Krankenversicherung wird oft als Privatsache betrachtet – teilweise mit fatalen Folgen.

(Mehr darüber auf Seite 6)

Notfälle und Katastrophen

Know-how für alle Fälle

Tritt in der Praxis plötzlich ein Notfall auf, müssen alle Handgriffe sitzen. Die QM-Richtlinie sieht vor: Notfallmanagement als QM-Instrument hilft, Notfälle strukturiert, qualifiziert und rasch zu versorgen. Was dabei zu bedenken ist, welche Notfallsausstattung wo vorhanden sein muss und wie das Praxispersonal zu reagieren hat, darüber informiert das QM-System QEP.

(Mehr darüber auf Seite 10)

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zurzeit geht es Schlag auf Schlag. Seit Anfang des Jahres sind sieben neue Notfallpraxen an den Start gegangen, bis Mai werden es weitere fünf sein: Bad Mergentheim, Künzelsau, Singen, Albstadt und Balingen. In Ulm ist die Notfallpraxis am Bundeswehrkrankenhaus angesiedelt. Hier haben es sich der Chefarzt des Krankenhauses, Generalarzt Dr. Kalinowski und der Oberstarzt Dr. Grüne vom Verteidigungsministerium nicht nehmen lassen, den Vertrag mit der KVBW persönlich zu unterschreiben.

Nicht immer sind die Pressekonferenzen zur Eröffnung so prominent besetzt, dennoch ist uns die Aufmerksamkeit der Medien, insbesondere der Lokalpresse gewiss. Die Neuordnung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist ein Thema, das die Menschen im Land interessiert. In den allermeisten Fällen ist die Berichterstattung positiv, auch wenn es mancherorts kritische Nachfragen gibt.

Auch einige wenige Kollegen äußerten vehement ihren Unmut. Eine Ärzteschaft fordert sogar die sofortige Aussetzung der Neuordnung. Der Vorstand nimmt diese Bedenken gegen die Notfalldienstreform ernst und stellt sich den Kritikern. Dabei setzen wir auf Information und Aufklärung.

Die Vertreterversammlung hat im vergangenen Jahr – in enger Abstimmung mit den Bezirksbeiräten, den Notfalldienstbeauftragten und Notfalldienstkommissionen – die Reform mit nur einer Gegenstimme beschlossen. Wir haben Notfalldienstbereiche zusammengelegt, zentrale Notfallpraxen eingerichtet, die Honorierung im Notfalldienst erheblich verbessert.

All dies haben wir getan, um weiterhin unserem wichtigsten Auftrag nachzukommen: der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung im Land. Wir sind fest von der Wichtigkeit und Richtigkeit dieser Reform überzeugt und vertreten dies Ihnen und allen niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten gegenüber.

Dennoch: Mögliche Kritik nehmen wir sehr ernst! Ob aus der Bevölkerung oder aus der Ärzteschaft. Dafür stehen wir bereit und beantworten gern Ihre Fragen. Doch an der grundsätzlichen Entscheidung für die Reform des Notfalldienstes werden wir nicht rütteln.



Dr. Johannes Fechner
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Baden-Württemberg

Kommentar von Dr. Norbert Metke Dank an die Fachärzte

Der Mangel an fachärztlichen Kapazitäten hat eine Vielzahl von Ursachen. Begrenzte Kapazitäten sind politisch ausdrücklich gewollt und im Gesetz geregelt. Ärzte bekommen über die Budgetierung ein Kontingent an Patienten pro Quartal zugewiesen. Wenn sie mehr behandeln, ist der Restpunktwerk nicht mal mehr kostendeckend; die ärztliche Leistung bleibt unbezahlt. Viele Fachärzte schränken daher ihr Angebot bei Erreichen der Budgetgrenze ein. Ist das verwunderlich?

Weiter führen Richtgrößen bei Verordnungen dazu, dass Ärzte bei der Aufnahme verordnungsin-

tensiver Patienten zögerlich sind. Auch das ist kaum erstaunlich und den Ärzten nicht zu verdenken.

Und schließlich ist auch die Zahl an Fachärzten – ebenfalls politisch gewollt – begrenzt. Die Bedarfsplanung wurde vor 20 Jahren eingeführt, um die Niederlassung von Ärzten zu verhindern. Damals sprach man von der sogenannten Ärzteschwemme. Inzwischen ist Ärztemangel das Thema. Trotzdem sind aktuell etwa 85 Prozent der Planungsbezirke bei den Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung rechnerisch überversorgt und damit für Neuzulassungen gesperrt. In

ganz Baden-Württemberg dürfen sich aktuell gerade einmal 8,5 Augenärzte und Gynäkologen, zwölf HNO-Ärzte, 5,5 Hautärzte und sieben Orthopäden zusätzlich niederlassen. Und kein einziger fachärztlicher Internist oder Radiologe.

Wenn Angebot und Nachfrage auseinanderklaffen, könnte natürlich auch die Nachfrage gesenkt werden, um ein Gleichgewicht herzustellen. Aber das wäre äußerst unbequem für die Politik. Die Aufhebung der Budgetierung und weiterer Beschränkungen wären daher die richtige Antwort. Doch die Drohung einer Terminvergabestelle bei den

KVen ist für die Politik einfacher. Die Ärzteschaft wird eine eigene Lösung anbieten müssen, um der Politik zuvorzukommen.

Im Gespräch ist die Einführung von Eilüberweisungen für Patienten, die besonders dringend einen Termin beim Facharzt benötigen. Diese wird es aber ohne eine Ausbudgetierung nicht geben, sonst bezahlen die Ärzte die Eilbehandlungen wieder selbst.

Wichtig wäre auch, die Regresse weiter abzubauen und mehr Rechtssicherheit für die Ärzte zu garantieren. Immerhin sieht der Koalitionsvertrag hier eine Verbesserung vor.

Tumorerkrankungen haben stark zugenommen

Lungen- und Brustkrebs häufigste Todesursache in Deutschland



Weniger Knochen-, Magen- und Darmkrebstote – gute medizinische Versorgung in BaWü

Es ging durch alle Medien: Die WHO verkündete Anfang Februar 2014, dass die Zahl der Krebserkrankungen weltweit drastisch ansteigt. Vor allem Lungen- und Brustkrebs sind die häufigste Todesursache bei Tumorerkrankungen in Deutschland. Wie die Statistik und die Präventionsmaßnahmen im Ländle aussehen, hat ergo einmal näher beleuchtet.

Immer mehr Menschen in Baden-Württemberg sterben an Krebserkrankungen. So das Fazit des Statistischen Landesamtes zum Weltkrebstag im Februar. Die Statistik weist einen kontinuierlichen Anstieg seit dem Jahr 2006 auf. Ein Plus von gut 52 Prozent verzeichnen die Sterbefälle verursacht durch Leberkrebs – eine in absoluten Zahlen eher seltene Krebsart – gefolgt von Speiseröhrenkrebs mit einem Anstieg von etwa 33 Prozent. Dicht dahinter folgt mit einer Erhöhung von rund 32 Prozent die Todesursache Hautkrebs. Bei Frauen ist es nach wie

vor der Brustkrebs, der am häufigsten tödlich endet – auch wenn der Anteil der Sterbefälle durch Brustkrebs inzwischen rückläufig ist. Lungen- und Leberkrebs als Todesursache steigen dagegen rasant an.

Bei Männern haben weiterhin Lungen-, Darm- und Prostata-tumoren am häufigsten zum Tod geführt. Aber auch hier zeigt die Statistik, dass sich vor allem ein starker Anstieg bei Leber- und Hautkrebs abzeichnet.

Es gibt aber auch erfreuliche Entwicklungen. In Baden-Württemberg sterben insgesamt weniger Menschen an Knochen-, Magen- und Darmkrebs. Dies ist vor allem der guten medizinischen Versorgung und den Therapiemöglichkeiten in Land zu verdanken. Die niedergelassenen Ärzte bieten ein breites Spektrum an Präventionsmaßnahmen an und erzielen mit ihrer Aufklärungsarbeit eine enorme Sensibilisierung in diesem Bereich. Das lässt sich auch an den im letzten Jahr geleisteten Vorsorgeleistungen im Land ablesen.

Rund 925.000 Hautkrebscreenings führten die speziell zertifizierten Haus- und Hautärzte im Jahr 2013 durch. Zur Darmkrebsfrüherkennung wurden knapp 50.000 Koloskopien gemacht. Bei der Brustkrebsvorsorge weist die Statistik knapp 332.000 abgerechnete Mammographiescreenings auf. Baden-Württemberg ist in der Prävention gut aufgestellt.

Dennoch bleibt ein unbeackertes Feld: Bisher nutzen lediglich 20 Prozent der Männer über 45 Jahren Früherkennungsuntersuchungen. Vor allem Urologen, Allgemeinmediziner und Internisten sollten daher explizit auf ihre männlichen Patienten einwirken – die KVBW wird das öffentlichkeitswirksam unterstützen.

Aktuell fordert die KBV, das Angebot zur Darmkrebsvorsorge für Männer anzupassen. Neue Statistiken zeigen, dass deutlich mehr Tumoren früher erkannt werden könnten, wenn Männer schon vor dem 50. Lebensjahr Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung hätten.

Themen

Die Dritte Seite

Urdu, Farsi oder nonverbal

Die medizinische Versorgung von Asylbewerbern in der Landeserstaufnahmearbeitung für Flüchtlinge 3

GESUNDHEITSPOLITIK Neue Gesichter...

...auf dem gesundheitspolitischen Parkett werden vorgestellt. 4

GESUNDHEITSPOLITIK Servus Dr. Andreas Köhler

Ein politisches Schwerkrieg verlässt die Bühne; Dr. Andreas Gassen kommt als Nachfolger. 5

KVBW-WELT Spezialfachärztliche Versorgung

Die Richtlinie für die erste Erkrankung tritt zum 1. April in Kraft. 8

UNTERNEHMEN PRAXIS Abrechnungs-Check leicht gemacht

Die Information zur Gesamtabrechnung als Frühwarnung – damit am Ende nichts unnötig vom Honorar abgezogen wird 9

UNTERNEHMEN PRAXIS Wenn sich der Arzt in der Politik engagiert

– geht das zusammen? Dr. Jürgen Haas aus Wernau im Kreis Esslingen zeigt: Es geht! 11

ARZT & THERAPEUT QM bei Dialyse

Dialysepatienten werden durch Längsschnittbetrachtung besser versorgt. 10

ARZT & THERAPEUT DonauDocs sind wieder aktiv

Auf der Suche nach dem Ärzte-Nachwuchs: Tuttlinger Jungmediziner starten zweite Veranstaltung. 13

Mit Händen und Füßen...

... oder die Probleme der ärztlichen Versorgung in der LEA

Wer in Deutschland Asyl beantragt, kommt als erstes in einer der zentralen Aufnahmestellen der Länder unter – in Baden-Württemberg ist das die Landeserstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge (LEA) in Karlsruhe. Viele dieser Menschen haben eines gemeinsam: Sie sind gezeichnet durch Verfolgung und Folter oder traumatisiert durch Krieg. Was sie dringend benötigen, ist medizinische Versorgung.

Unter der Woche steht in der LEA täglich für zwei Stunden ein Arzt zur Verfügung. An diesem Montag ist es der Allgemeinmediziner Dr. Reinhart van Briel. Sein erster Patient ist ein Mann aus Bosnien und Herzegowina. Der Mann kann nur sehr wenig Deutsch, doch er hat eine Medikamentenpackung dabei und schnell wird klar: Körperlich fehlt ihm aktuell nichts, doch er leidet vermutlich an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Als junger Mann hat er das Massaker von Srebrenica erlebt, bei dem 1995 etwa 8.000 Männer ums Leben kamen. Mittlerweile 40, wirkt der Mann, wie so viele der Patienten von Dr. van Briel, wesentlich älter. Der Mediziner weist den Mann an die Kollegin in der psychiatrischen Sprechstunde.

Weder Malaria noch Denguefieber

Die Patienten, die zu Dr. van Briel kommen, haben in der Regel Bagatellerkrankungen wie Rük-

ckenschmerzen oder altersbedingte Arthrose, hinzu kommen Verletzungen und psychische Erkrankungen. Auffällig ist daher der erhöhte Gebrauch von Psychopharmaka.

„Viele erhoffen sich in Deutschland aber auch eine Operation, die in ihrem Heimatland nicht durchgeführt werden kann“, erklärt Dr. van Briel. Behandelt werden dürfen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur akute beziehungsweise schmerzhafte Erkrankungen. Sechs bis acht Wochen bleiben die

„

„Spannender als der Tatort“

Asylbewerber in der Landeserstaufnahmeeinrichtung, dann werden sie auf andere Unterkünfte im Land verteilt. Nicht viel Zeit für Dr. van Briel. Viele Patienten sieht er daher nur zwei- bis dreimal, die Behandlung von nicht akuten Erkrankungen muss bis nach dem Transfer warten.

Urdu, Farsi, serbisch oder mit Händen und Füßen

Mediziner, die Menschen aus allen Teilen der Welt behandeln, stehen in der Kommunikation vor besonderen Herausforderungen. Manche der Patienten bringen Dolmetscher mit, andere behelfen sich

mit der telefonischen Übersetzung durch Verwandte oder Freunde und vielfach hilft auch Schwester Bozena. Die gebürtige Polin spricht serbisch, kroatisch und russisch. Wenn alles nicht hilft, nimmt Dr. van Briel Hände und Füße zur Hilfe. Zuguterletzt hilft auch der klinische Gesamteindruck des Patienten bei der Einschätzung.

Die ständige Müdigkeit von Patientin Alisa

Nicht unkritisch ist der Zustand von Alisa, einer jungen Roma aus dem ehemaligen Jugoslawien. Sie ist korpulent und klagt über Müdigkeit und Schwindel, Symptome, die bei Asylbewerbern häufig vorkommen. Dr. van Briel misst einen besorgniserregenden Blutdruck von 180:130. Deshalb darf Alisa nicht gehen, sondern muss sofort ein Medikament einnehmen. Während sie draußen wartet, untersucht Dr. van Briel ihren Mann. Er hat starke Rückenschmerzen und van Briel will Schlimmeres ausschließen.

Währenddessen erklärt er, dass die Compliance bei Asylbewerbern nicht immer die beste sei. Alisa beispielsweise bekommt exakt die in den Leitlinien der Hochdruckliga empfohlenen Medikamente. Dass sich ihr Blutdruck trotz allem nicht bessert, weist darauf hin, dass sie die Arzneimittel nicht regelmäßig einnimmt.

Im Gespräch mit ihrem Ehemann stellt sich schließlich heraus, was die Ursache sein könnte: Auch



Landeserstaufnahmeeinrichtung in Karlsruhe



Rückenschmerzen plagen diesen Mann aus Sri Lanka.

er nimmt die Medikamente von Alisa ein.

Kein Schrebergarten, keine Karienvögel, etwas Nützliches tun

Das wollte Reinhart van Briel, als er vor dreieinhalb Jahren seine Hausarztpraxis altersbedingt aufgab. Da kam es ihm gerade entgegen, dass das Gesundheitsamt in Karlsruhe Ärzte suchte, die bei einer Masernimpfaktion in der LEA aushelfen sollten. Van Briel impfte und blieb als Arzt auf Honorarbasis. Für ihn genau das richtige Gleichgewicht zwischen Arbeit und Ruhestand: „Ich mache es sehr gerne. Hier zu arbeiten ist spannender als der Tatort, denn ich habe lauter spannende Patienten. Ich denke, man kann mit relativ wenigen Mit-

teln einen Patienten mit einem kleinen Lächeln entlassen. Diese Menschen haben Sorgen, haben Ängste, und wenn man sie ein bisschen aufängt oder einfach mit ihnen redet, dann wird selbst der Wütendste zu einem Lamm.“

Manchmal ist Zeit für ein Lächeln

Van Briels letzter Patient an diesem Tag ist ein Mann aus Georgien. Der Arzt hatte ihn zur genaueren Untersuchung in eine Klinik geschickt. Nach einer Ultraschalluntersuchung und einer Biopsie stellte sich heraus: Die unklare Raumforderung in der Leber ist glücklicherweise nichts Gefährliches. Für die Kommunikation reicht ein Daumen nach oben. Beide lächeln.

Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten

Unweit der Landeserstaufnahmeeinrichtung befindet sich der Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. Karlsruhe.

Dr. Katharina Corrinth hat lange in psychiatrischen Einrichtungen gearbeitet und kümmert sich nach ihrer aktiven Berufstätigkeit hier um traumatisierte Flüchtlinge:



„Einfach da sein und zuhören“

„Wir haben mittwochs und freitags eine offene Sprechstunde. In der ersten Stunde verständigen wir uns mit Händen und Füßen, für den weiteren Kontakt organisiere ich einen Dolmetscher. Die Patienten haben in der LEA eine Akutversorgung und eine psychiatrische Sprechstunde. Hier erhalten sie eine Flüchtlingsberatung und psychotherapeutische Zuwendung. Die meisten Menschen kommen aus Kriegsgebieten, waren in Haft und die Probleme sind eigentlich bei allen ähnlich. Sie haben Schlafstörungen, Alpträume oder Ängste, fühlen sich bedroht, wachen in der Nacht schreiend auf und sind richtige Nervenbündel. Durch die Flucht und die aktuellen Lebensumstände wird's natürlich nicht besser. Letzte Woche war beispielsweise ein 26-jähriger Kurde bei mir zur Beratung, der wegen Kontakten zu der kurdischen Partei BDP in der Türkei gefoltert worden und über Schlepper nach Deutschland gekommen ist. Als Folge der Folter klagt er über Schlafstörungen, Alpträume, hat psychosomatische Kopf- und Nackenschmerzen.“

Ich glaube, das Allerwichtigste ist, dass wir hier sind und zuhören. Ich denke, dass Asylbewerber oft das Gefühl haben, sie seien nicht willkommen, niemand glaubt ihnen ihr schlimmes Schicksal und sie sollen möglichst schnell wieder gehen. Hier

können sie ihre Geschichte erzählen und man hört ihnen zu. Das ist für viele das erste Mal, dass sie zur Ruhe kommen können. Ich schaue dann, was für eine psychische Erkrankung sie haben und mache einen Medikamentenvorschlag an einen Arzt von der LEA, da ich hier keine Medikamente verschreiben darf.

Die Zusammenarbeit mit Dr. van Briel läuft sehr gut, er verschreibt das Arzneimittel und die Patienten können es kostenlos in der Apotheke holen. Trotzdem lindert man nur die Symptome, man kann Schlafstörungen mildern, man kann Ängste oder Depressionen dämpfen. Doch das, was die Leute erlebt haben, können wir hier nicht aufarbeiten. In der LEA bleiben sie nur kurz, deswegen sehen wir die Patienten hier nur zwei bis drei Mal. Das ist sehr schade, denn irgendwie wächst man mit den Patienten zusammen. Über ihre Anwälte erfahren wir dann manchmal, was aus dem Asylantrag geworden ist.“

Zahlen & Fakten

13.853 Menschen kamen laut Statistik des Integrationsministeriums im Jahr 2013 nach Baden-Württemberg. Die meisten Asylbewerber kamen aus **Serbien (1.878)**, **Mazedonien (1.466)**, **Syrien (1.312 Personen)**, gefolgt von **Pakistan (1.042 Personen)** und der **Russischen Föderation (911 Personen)**. Die Landeserstaufnahmeeinrichtung (LEA) bietet Platz für 1.150 – mit Außenstellen für 2.000 Menschen.

Die Flüchtlinge werden durch zwei Allgemeinmediziner, eine Psychiaterin und eine Kinderärztin medizinisch versorgt.

Alte und Neue in Berlin: die Player in der Gesundheitspolitik

Bisher Unbekannte, Generalisten und ausgewiesene Experten betreten politisches Parkett für die Dauer einer Legislaturperiode

Seit der Wahl zum 18. Deutschen Bundestag im Herbst und den daraus hervorgegangenen Regierungsparteien CDU/CSU und SPD sind einige neue, aber auch viele bekannte Gesichter auf dem Parkett der Gesundheitspolitik erschienen. ergo stellt die wichtigsten Akteure vor.

Bundesgesundheitsminister: Hermann Gröhe

Der bisherige CDU-Generalsekretär stammt aus Nordrhein-Westfalen und trat schon mit 14 Jahren der Jungen Union bei. Der als Rechtsanwalt in Köln zugelassene Gröhe gehört seit 1994 dem Deutschen Bundestag an. Von 1998 bis 2005 war er Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für Menschenrechte, 2005 bis 2008 Justiziar der CDU/CSU-Fraktion. 2008 wurde der 52-Jährige als Staatsminister ins Kanzleramt berufen.

Gröhe gilt als sachlich, freundlich und fair. Er war maßgeblich am erfolgreichen Bundestagswahlkampf der CDU beteiligt. Hermann Gröhe ist verheiratet und hat vier Kinder.

Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit: Dr. Edgar Franke

Der 1960 geborene Hesse war zunächst als Rechtsanwalt und als Professor tätig. Seit 2009 ist Franke Mitglied im Bundestag. Neben dem Vorsitz des Gesundheitsausschusses fungiert er seit 2011 als Berichterstatter der Arbeitsgruppe Rechtspolitik der SPD-Bundestagsfraktion. Außerdem ist er seit 2014 stellvertretendes Mitglied im Verteidigungsausschuss sowie stellvertretendes Mitglied im Gemeinsamen Ausschuss von Bundesrat und Bundestag. Franke ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Gesundheitspolitische Sprecher der Fraktionen SPD: Hilde Mattheis

Mattheis wurde 1954 geboren, ist Hauptschullehrerin und seit 1995 im SPD-Landesvorstand Baden-Württemberg, seit 1997 stellvertretende Landesvorsitzende (Südwürttemberg). 1999 bis 2007 war sie Landesvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen (AsF) Baden-Württemberg, und seit 2005 Mitglied im SPD-Parteivorstand.

Seit 2002 ist Hilde Mattheis Mitglied des Bundestages. Sie fungiert in der SPD-Fraktion als stellvertretende Sprecherin der Arbeitsgruppe Gesundheit und als Berichterstatterin für die Bereiche Pflege, Psychiatrie, Armut und Gesundheit sowie als Sprecherin der Arbeitsgruppe Verteilungsgerechtigkeit. Mattheis ist verheiratet und Mutter von zwei Töchtern.



Hermann Gröhe



Hilde Mattheis



Dr. Edgar Franke



Jens Spahn



Annette Widmann-Mauz



Ingrid Fischbach



Harald Weinberg



Maria Klein-Schmeink

CDU/CSU: Jens Spahn

Der 1980 geborene Bankkaufmann und Politologe (B.A.) ist bereits seit 2009 gesundheitspolitischer Sprecher seiner Fraktion. 1995 trat er in die Junge Union ein. Seit 2002 ist er Mitglied des Deutschen Bundestages. Hier war er ab November 2005 stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Ausschuss für Gesundheit. Er war Mitglied in der Koalitions-Arbeitsgruppe von CDU/CSU und SPD, die die Gesundheitsreform 2007 vorbereitete.

Bündnis 90/Die Grünen: Maria Klein-Schmeink

Die 1958 geborene Soziologin engagierte sich in der Kommunal- und Landespolitik. Seit 1986 ist Klein-Schmeink im Grünen-Kreisverband in Münster; 1993 bis 2009 war sie Mitglied im Rat der Stadt Münster und von 1995 bis 2009 war sie dort Fraktionssprecherin. Seit 2009 ist sie Mitglied des Bundestages, Mitglied des Gesundheitsausschusses und Sprecherin für Prävention und Patientenrechte der Fraktion Bündnis 90/Die Grü-

Die Baden-Württembergischen Mitglieder des Gesundheitsausschusses

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat in der 18. Legislaturperiode insgesamt 37 Mitglieder (CDU/CSU: 18 Mitglieder, SPD: elf Mitglieder, Die Linke: vier Mitglieder, Bündnis 90/Die Grünen: vier Mitglieder) und noch einmal die gleiche Anzahl an stellvertretenden Mitgliedern.

In ihrer arbeitsteiligen Funktionsweise ernennen die einzelnen Fraktionen dabei Berichterstatter zu bestimmten Beratungsgegenständen (in Klammern genannt), die eine Vorlage für die Stellungnahme des kompletten Ausschusses vorbereiten. Diese dient wiederum als Entscheidungsgrundlage für das gesamte Parlament.

Für die CDU/CSU-Fraktion sitzen folgende ordentliche Mitglieder aus Baden-Württemberg im Gesundheitsausschuss: Michael Hennrich aus Nürtingen (Arzneimittelversorgung und Apotheken), Karin Maag aus Stuttgart (ambulante Versorgung) und Lothar Riebsamen aus Pfullendorf (stationäre Versorgung). Heinz Wiese aus Ehingen fungiert als stellvertretendes Mitglied.

Die baden-württembergische SPD wird durch die ordentlichen Mitglieder Heike Baehrens aus Göppingen (Inklusion und EU-Gesundheitspolitik) und Hilde Mattheis aus Ulm (Pflege, Psychiatrie, Armut und Gesundheit) vertreten.

Im nächsten ergo werden die Mitglieder aus Baden-Württemberg genauer vorgestellt.

nen. Maria Klein-Schmeink ist Mutter eines Kindes.

Die Linke: Harald Weinberg

Weinberg ist seit 2009 Mitglied des Bundestages. Er wurde 1957 geboren, studierte Gesellschaftswissenschaften und engagierte sich gewerkschaftlich sowie in der Friedensbewegung. Politisch aktiv war er ab 2005 bei der Partei „Arbeit & soziale Gerechtigkeit – Die Wahlalternative“ (WASG). Im Bundestag ist Weinberg Obmann der Linken im Gesundheitsausschuss, stellvertretendes Mitglied im Petitionsausschuss und Mitglied im Arbeitskreis Gesundheit, Pflege, Behindertenpolitik. Darüber hinaus war er Mitglied der Parlamentarischen Versammlung des Euro-Parates.

Parlamentarische Staatssekretärinnen: Annette Widmann-Mauz

Widmann-Mauz ist bereits seit 2009 parlamentarische Staatssekretärin, seit 2012 Mitglied des CDU-Bundesvorstands. Die 1966 in Tübingen geborene Politikerin studierte Politik- und Rechtswissenschaften und wurde 1984 Mitglied der Jungen Union (JU) und der CDU. Von 1985 bis 1989 gehörte sie dem JU-Landesvorstand in Baden-Württemberg an und wurde 1986 stellvertretende Landesvorsitzende.

Seit 1991 gehört die Politikerin dem CDU-Landesvorstand von Baden-Württemberg an und ist seit 2003 stellvertretende CDU-Landesvorsitzende. Seit 1995 ist sie Landesvorsitzende der Frauen Union in Baden-Württemberg und seit 1999 stellvertretende Vorsitzende des CDU-Bundesfachausschusses Frauenpolitik. Annette Widmann-Mauz ist verheiratet.

Ingrid Fischbach

Fischbach wurde 1957 geboren und war als Lehrerin tätig. Seit 1990 ist sie Mitglied der CDU, 1998 wurde sie Mitglied des Deutschen Bundestages. In ihrer ersten Legislaturperiode war sie Beauftragte für Kirchen und Religionsgemeinschaften der CDU/CSU-Fraktion und von 2007 bis 2009 Vorsitzende der Gruppe der Frauen der Unions-Fraktion im Deutschen Bundestag. In ihrer zweiten Legislaturperiode war sie stellvertretende Vorsitzende der Arbeitsgruppen Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Arbeit und Soziales ihrer Fraktion, sowie stellvertretendes Mitglied in den gleichnamigen Bundestagsausschüssen. Parallel wurde sie in dieser Zeit stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Fischbach ist verheiratet und hat eine Tochter.



Politisches Schwergewicht verlässt die Bühne

Rücktritt von Dr. Andreas Köhler bedeutet Ende einer Ära

Wer ihm einmal begegnet ist, spürt sofort eine gewisse Präsenz. Diese kann sympathiebesetzt sein, doch er strahlt auch eine gewisse Unnachgiebigkeit aus, bezeichnet den Umgang mit sich selbst als „nicht immer prickelnd“. Und: er ist und war ganz bestimmt kein politisches Leichtgewicht. Doch Andreas Köhler hat in der ärztlichen Selbstverwaltung einiges bewirkt – das sagen auch manche, die ihm skeptisch gegenüberstanden.

1960 in Hambrücken in Baden geboren, trat Köhler nach dem Studium der Medizin und Betriebswirtschaft 1995 als Referent in die KBV ein. Auch in Baden-Württemberg gab er ein kurzes Gastspiel: 1998 in der KV Südwürttemberg als Referent für Grundsatzfragen. Dort erinnert man sich an ihn als agilen Einzelkämpfer und Workaholic.

Bereits im Juni des Jahres 1998 ging er wieder zurück zur KBV, diesmal als Leiter des Dezernates Gebührenordnung und Vergütung. Schnell führte der Weg steil nach oben. Köhler wurde Stellvertreter der Hauptgeschäftsführer, 2004 Hauptgeschäftsführer und 2005 Vorstandsvorsitzender. In seiner Zeit kamen und gingen die Stellvertreter: Dr. Ulrich Weigeltdt und Dr. Carl-Heinz Müller. Zuletzt kam es zur Konfrontation mit Regina Feldmann.

Köhler gilt als streitbarer Ärztefunktionär, der sich für das Kollektivvertragssystem einsetzte und als Experte des komplizierten Honorarsystems. Immerhin gelang es ihm, in Verhandlungen mit den Kassen erhebliche Honorarsteigerungen für die Ärzte auszuhandeln.

Für Schlagzeilen war er immer gut – so ging es in den vergangenen Monaten unter anderem um Un-

stimmigkeiten bezüglich KBV-Immobilien oder um die Streitereien in der KBV-Vertreterversammlung. Versuche, ihn abzusetzen – wie es einige Delegierte mit einem Abwahlantrag Ende letzten Jahres versuchten – parierte er souverän.

Kurz nach einer KBV-Vertreterversammlung im November hat Dr. Andreas Köhler einen schweren Herzinfarkt erlitten – eine Warnung, mehr auf seine Gesundheit zu hören und einen Gang herunterzuschalten. Folgerichtig ist Köhler im Januar dieses Jahres zurückgetreten. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg wünscht ihm für die Zukunft alles Gute und vor allem Gesundheit.

Was immer er in Zukunft beruflich oder privat tun wird, er wird sich sicherlich treu bleiben, denn, wie er selbst einmal sagte: „Sie können aus einem Ackergaul kein Zirkuspferd machen“.

Auf der Suche nach dem Konsens

Dr. Andreas Gassen neuer KBV-Chef

„Wir müssen einen Neuanfang starten“, hatte Dr. Andreas Gassen bereits als Delegierter der KBV-VV gefordert. Und in den letzten Wochen als Kandidat für das höchste KBV-Amt immer wieder für Einigkeit zwischen Haus- und Fachärzten gekämpft. Nun hat er es in der Hand: Am 28. Februar wählte die Vertreterversammlung der KBV den 51-jährigen Orthopäden zum neuen KBV-Vorstandsvorsitzenden.



Dr. Andreas Gassen

Nach der Wahl forderte er Vernunft von allen Beteiligten: „Ohne Einigkeit kommen wir nicht voran. Wenn wir uns zerfasern, haben wir verloren.“ Das System selbst sei wirkungsvoll, es funktioniere, davon ist Gassen überzeugt. An die verschiedenen Lager in der KBV-VV appelliert er deutlich: „Die Beteiligten müssen verstehen, dass man sich intern mal streiten oder unterschiedlicher Meinung sein kann, aber nach außen muss

man Einigkeit beweisen.“ Sein Hauptanliegen sei es, eine vereinigte KV hinzukriegen und für Ruhe in der KBV zu sorgen. In Richtung Politik sagt er: „Als erstes werden wir uns den Koalitionsvertrag vornehmen und eine Stellungnahme der KBV erarbeiten.

Im Koalitionsvertrag gibt es etliche Punkte, die uns nicht gefallen.“

Wie gut ihm die Integration gelingen wird und ob er es schafft, eine Konsenslinie zwischen Haus- und Fachärzten und innerhalb des KBV-Vorstands zu finden, werden die nächsten Wochen zeigen. Einfach wird es wohl nicht. Das Misstrauen zwischen den Lagern ist nach wie vor sehr hoch.

Dr. Andreas Gassen blickt auf eine vergleichsweise kurze Karriere in den Gremien der Selbstverwaltung zurück. Der Orthopäde aus Düsseldorf ist seit 2008 Delegierter der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, seit 2011 stellvertretender Vorsitzender der KBV-VV. Als Facharzt hat er sich in verschiedenen berufspolitischen Organisationen engagiert, seit 2013 ist er Vorsitzender des Spitzenverbandes der Fachärzte Deutschlands sowie Präsident des Bundesverbandes der Orthopäden und Unfallchirurgen.

„g’sund“ vor dem Start

Information im Wartezimmer

Die Nachfragen in der Patientenberatung der KV Baden-Württemberg fördern es zu Tage: Nur wenige Patienten wissen, was eine Kassenärztliche Vereinigung ist, was sie macht oder wofür sie zuständig ist. Und sie haben allenfalls eine Ahnung davon, was ihr Arzt oder Psychotherapeut vor Ort mit der KVBW zu tun hat.

Das soll sich nun ändern. Die KVBW plant eine Patientenzeitung, die vier- bis sechsmal im Jahr an alle Arzt- und Psychotherapeuten-Praxen verschickt wird: ein Angebot an die Niedergelassenen, „g’sund“ als Wartezimmerzeitung zu nutzen. Jede Ausgabe wird mit jeweils fünf Exemplaren ausgeliefert – die erste Ausgabe kommt voraussichtlich im Mai.

Die Idee: Die KVBW macht Werbung in eigener Sache und für alle Ärzte und Psychotherapeuten im Ländle. „g’sund“ wird auf vier Zeitungsseiten über die Leistungsfähigkeit und Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung berichten. Ärzte und Psychotherapeuten werden zu Wort kommen und von ihrem ärztlichen Alltag erzählen.

Daneben werden die verschiedenen Aufgaben der KV ein wichtiges Thema sein. Qualitätssicherung, Zulassung und Sicherstellung, Notfalldienstreform – ohne die KV wären Politik und Verwaltung nur

schlecht in der Lage, diese gesellschaftlich relevanten Aufgaben zu erfüllen.

Kleine Erklärstücke blicken auf die – für Patienten oftmals undurchsichtigen – Strukturen des GKV-Systems: Was macht der G-BA? Wer entscheidet wann und wie über die Bezahlung von Medikamenten durch die Krankenkassen? Was ist im AMNOG geregelt?



In möglichst einfacher Sprache sollen die komplexen Zusammenhänge erklärt werden, die alle GKV-Versicherten betreffen.

Eine ganze Seite ist dem Service gewidmet: Gesundheitstage, Arzt-Patienten-Foren, medcall – das gesamte KV-Angebot für Patienten soll beworben werden. Eine bunte Seite am Schluss rundet die Zeitung ab.

Ein bisschen mehr Trinkgeld

ZiPP veröffentlicht Jahreport 2012

Geringfügige Ertragszuwächse, weiterhin hohe Anzahl an Wochenstunden, mehr Investitionen – so lautet kurz zusammengefasst das Ergebnis des aktuellen Jahresberichts 2012 des Zi-Praxis-Panels (ZiPP). In den Augen der KVBW ist dies keine leistungsgerechte Vergütung.

Der Bericht des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) zeigt, dass die Niedergelassenen im Jahr 2010 nur geringfügig mehr umgesetzt haben als in den Vorjahren. Nach Abzug der Praxiskosten beläuft sich der Jahresüberschuss als so genannter Reinerlös – von diesem gehen dann nach Steuer noch Sonderausgaben und Weiteres ab – im Durchschnitt auf 138.000 Euro. Damit kommen die Ärzte auf weniger als 27 Euro in der Stunde. Bei durchschnittlich 50 Wochenstunden.

Der Praxisumsatz stieg zwischen 2008 und 2010 um 3,4 Prozent. Auch die Investitionen in die Praxen verzeichneten einen Anstieg. Die Abschreibungsraten lagen um 6,2 Prozent höher als im Vorjahr.

Damit kommt das ZI auf ein anderes Ergebnis als der GKV-Spitzenverband. Der hatte Ende Februar das Durchschnittseinkommen eines niedergelassenen Arz-

tes mit 166.000 Euro beziffert. Nach Meinung des ZI gibt diese Zahl die Wirtschaftslage der Niedergelassenen nicht korrekt wieder. Der Grund: Der Spitzenverband greift in seiner Berechnung auf Daten des Statistischen Bundesamtes zurück, in denen umsatzstarke Praxen systematisch überrepräsentiert sind.

Das ZiPP hingegen rechnet mit Daten aus der steuerlichen Jahresüberschussrechnung, die von rund 5.000 Praxen zur Verfügung gestellt wurden. Die Ergebnisse des ZiPP lassen sich mit der Fachgruppenverteilung und der Umsatzstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung validieren.



Obamacare: teuer aber überfällig

American Spirit verhindert staatliche Krankenversicherung

Ende Februar berichtete die *Ärztzeitung* über einen Fall in den USA, wodurch die „Selbst-Versicherung“ von AOL in finanzielle Schieflage geraten ist – „nur“ wegen zweier kranker Babys. Die Folge war die Kürzung der Sozialleistungen für alle Versicherten bei AOL und der rücksichtslose, Schuld zuschreibende Umgang mit den Familien der kranken Kinder.

In Deutschland nur schwer vorstellbar, ist dieser Fall exemplarisch für das US-amerikanische Krankenversicherungssystem. Bis heute gibt es in den USA keine allgemeine Krankenversicherungspflicht. Krankenversicherung wird allgemein als Privatsache betrachtet. Staatliche Gesundheitsfürsorge gibt es für Einwohner über 65, für jüngere nur in Ausnahmefällen. 45,7 Millionen Menschen (15,3 Prozent) sind nicht krankenversichert. Nur wenige haben Anspruch auf staatliche Fürsorge (27,8 Prozent): Medicaid übernimmt die Gesundheitsversorgung für Menschen mit geringem Einkommen. Die anderen sind privat (8,9 Prozent) oder über ihren Arbeitgeber (59,3 Prozent) versichert.

Viele Unternehmen bieten ihren Mitarbeitern eine Krankenversicherung an: „Self-Insurance“. Laut Nachrichtensender CNN funktioniert das bereits für Unter-

nehmen ab 500 Mitarbeitern. Doch der Fall von AOL und den kranken Babys, die jedes rund eine Million Dollar brauchten, zeigt, dass selbst mit einem Mitarbeiterstamm von 5.000 Mitarbeitern die Risikogemeinschaft noch zu klein ist, um hohe Gesundheitskosten einzelner Mitglieder abzufedern.

Viele Unternehmen schließen daher eine „Stop-Loss Insurance“ ab, die ab einer bestimmten Summe die Kosten übernimmt. Im Fall von AOL fehlte diese Rückversicherung und so geriet das System ins Trudeln. Auch vielen anderen, vor allem kleineren, Unternehmen wurden die Kosten für die Gesundheitsfürsorge ihrer Mitarbeiter in den vergangenen Jahren zu hoch. Im Jahr 2000 boten noch 68 Prozent der Kleinunternehmen eine Krankenversicherung an, im Jahr 2007 nur noch 57 Prozent.

Krank ohne Versicherung

Wer keinen Arbeitgeber mit Krankenversicherung hat oder sich aus anderen Gründen keine Krankenversicherung leisten kann oder will, bleibt unversichert. Eine Studie aus dem Jahr 2008 ergab, dass Patienten Gesundheitsleistungen im Wert von 30 Milliarden Dollar selbst gezahlt haben und unbezahlte Leistungen von 56 Milliarden Dollar erhalten haben. Die Notfallversorgung leisten meist die

Ambulanzen der Krankenhäuser. Allerdings werden hier – durch mangelnde Nachsorge – Krankheiten oft nicht geheilt. Nichtversicherte haben gegenüber Versicherten ein 25 Prozent höheres Risiko, an einer Krankheit zu sterben.

Gesundheitsreform lässt sich nur schwer durchsetzen

Und dennoch: Die Zustimmung für eine verbesserte, staatlich regulierte Gesundheitsversorgung ist nicht sehr groß. Der ur-amerikanische Gedanke „Jeder ist seines eigenen Glückes Schmied“ reicht weit.

Manch Vertreter der Republikaner spricht gar von einer kommunistischen Idee, wenn es um eine staatliche Krankenversicherung geht. Libertäre Strömungen lehnen jegliche Regulierung ab und erklären, dass staatliche Gesundheitsfürsorge kein Menschenrecht sei. Sie setzen allein auf die Freiwilligkeit und wollen jede Form von Krankenversicherungen abschaffen. Selbst die staatliche Überwachung der Arztausbildung oder der Medikamentenproduktion halten sie für überflüssig. Ihre Devise: Der freie Markt regelt alles.

Angesichts solcher Positionen hatte es Präsident Barack Obama nicht leicht, seine Idee einer Gesundheitsreform durchzusetzen. Doch der erste Schritt ist seit 2010



Freiwilligkeit oder Zwang? Obamacare spaltet die Gemüter.

getan, weitere werden folgen. Auch Obama lehnt eine allgemeine Krankenversicherungspflicht ab, eine Ausweitung staatlicher Hilfsysteme hat er dennoch durchgesetzt. Zudem gibt es finanzielle Anreize für Unternehmen, an der Self-Insurance festzuhalten. Für die Versicherten wird es staatlich subventionierte Erleichterungen geben. Die Armutsgrenze für Medicaid wird angehoben, Menschen mit höherem Einkommen erhalten Zuschüsse zu den Versicherungs-

beiträgen oder können sie steuerlich absetzen. Insgesamt wird das den amerikanischen Staat in den nächsten zehn Jahren 940 Milliarden Dollar kosten. Ob und wie gut dies durch Steuererhöhungen – vor allem für Besserverdienende – finanziert werden kann, allein daran wird Obamacare wohl gemessen werden.

Und das Fazit für Deutschland? Auch wenn unser System sicher nicht perfekt ist, hat es dennoch das Zeug zum Exportschlager.

10 Jahre G-BA

Das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung feiert Geburtstag

Es begann mit Viagra®. Bis zum 4. August 1998 tagte der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Verborgenen. Doch an diesem Tag entschied er, dass Sildenafil (Viagra®) nicht von der Krankenkasse bezahlt werden würde. Das Medikament gegen erektile Dysfunktion war kurz zuvor auf den Markt gekommen und die KBV prognostizierte Kosten von bis zu 20 Milliarden Euro für die GKV.

Mit seiner Entscheidung stand der Bundesausschuss plötzlich im Fokus der Öffentlichkeit. Welcher Ausschuss? Wer entscheidet da über die Leistungsinhalte der GKV und damit über die Bezahlung von Arzneimitteln und Therapien? Viele GKV-Versicherte fragten sich erstmals, welche Bedeutung der Ausschuss für ihre Versorgung hatte.

Die große öffentliche Aufmerksamkeit war der letzte Anstoß für eine grundlegende Reform des wichtigsten Instrumentariums der Selbstverwaltung. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 wurden verschiedene Entscheidungsgremien der Selbstverwal-

tung auf Bundesebene zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zusammengelegt, er konstituierte sich am 13. Januar 2004.

Wesentlichstes Reformelement war die Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen. Neben den Vertretern der Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäuser

Medikamente, prüft innovative Therapien und überwacht die Qualität in der medizinischen Versorgung – immer auf der Basis bester verfügbarer Evidenz. Insgesamt 1.500 Beschlüsse hat der G-BA zur Ausgestaltung des GKV-Leistungskataloges bisher getroffen. Ein machtvolles Instrument der ge-

Hermann Gröhe sieht hier die Zukunft: „Selbstverwaltung ist ein modernes und zukunftsweisendes Prinzip, das ich voll und ganz bejahe.“ So ist es nur folgerichtig, dass die neue Regierungskoalition eine Ausweitung der Kompetenzen des G-BA plant. In einem Referententwurf zur „Weiterent-

gegenüber der Arbeit des IQWiG, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, stattfinden wird, das seit zehn Jahren die evidenzbasierte Bewertung des aktuellen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren als Grundlage für Entscheidungen des G-BA liefert.



nahmen nun auch Patientenvertreter im Plenum Platz. Allerdings lediglich mit einem Antrags- und Mitberatungsrecht ausgestattet – mitentscheiden dürfen sie nicht.

Der erste unparteiische Vorsitzende Rainer Hess setzte von Anfang an auf größtmögliche Transparenz. Plenumsitzungen sind öffentlich, die Pressekonferenzen danach eine eiserne Regel. Seit zehn Jahren entscheidet der G-BA über die GKV-Zulassung (neuer)

meinsamen Selbstverwaltung, das in Zukunft wohl noch stärker wird.

Dies machten auch die Reden zur Feierstunde im Januar 2014 deutlich. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA seit 2012, ist überzeugt, „dass Selbstverwaltung kein überkommenes Relikt ist, sondern die gemeinsam gelebte Wahrnehmung von Verantwortung für das Wohlergehen von Versicherten und Patienten.“ Und auch der neue Gesundheitsminister,

wicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ wird der G-BA beauftragt, ein „fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ zu gründen. Es soll ein Institut sein, das dem G-BA direkt zuarbeitet und eine „dauerhafte und zuverlässige Unterstützung des G-BA“ bietet. Noch ist unklar, wie die Ergänzung oder Abgrenzung

Darüber hinaus plant die Bundesregierung die Übertragung weiterer Aufgaben an den G-BA. Beispielsweise soll er die Kriterien festlegen, nach denen die Mittel aus einem Investitionsfonds von jährlich 300 Millionen Euro vergeben werden. Damit könnte der G-BA noch stärker in die Förderung von innovativen Versorgungsmodellen eingreifen und entscheiden, in welche Richtung die Versorgungsforschung geht.

Beste Noten für Notfalldienst

Patientenbefragungen in Notfallpraxen

Den Anfang machten im vergangenen Jahr die Notfallpraxen in Sigmaringen, Reutlingen, Freudenstadt und Freiburg. Hier führte die KVBW erste anonymisierte Patientenbefragungen durch, um die (neuen) Notfallpraxen auf ihrem Weg zu begleiten und stetig zu verbessern.

Fühlen sich die Patienten in den Notfallpraxen gut versorgt? Wie urteilen sie über Ärzte und Medizinische Fachangestellte? Wie gefällt ihnen die Ausstattung? Fragen, deren Antworten für die Evaluation der Abläufe und Patientenversorgung in den Notfallpraxen wichtig sind. Fragen, die die KVBW zukünftig in jeder Notfallpraxis einmal im Jahr ihren Patienten stellen wird.

Der zweiseitige Fragebogen wurde im Zeitraum eines Wochenendes an die Patienten verteilt. In allen vier Praxen füllten um die 100 Patienten die Bögen aus – mit einem durchweg positiven Ergebnis. Das Personal vor Ort und die KVBW können hoch zufrieden sein. Denn die Noten, die die Patienten dem Ablauf und der Versorgung gegeben haben, waren gut bis sehr gut.

Das Praxisteam erhielt für seine Kompetenz und Freundlichkeit in allen Praxen Durchschnittswerte von 1,3 bis 1,5. Auch die Beurteilung der diensttuenden Ärzte

war positiv: Gründlichkeit bei der Diagnose, Erläuterung der Untersuchung, Beratung zur Therapie – die Patienten waren äußerst zufrieden und gaben Noten zwischen 1,4 und 1,6.

Einzig die Ausstattung und Organisation der Notfallpraxen wurde in Teilen als verbesserungswürdig erachtet. Hier wurden Durchschnittsnoten von 2 vergeben. Am häufigsten wurden ein schlechtes Leitsystem im Krankenhaus und die wenig ansprechende Ausstattung der Wartezimmer angemerkt.

Die oftmals im Vorfeld der Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes befürchtete Kritik, dass die Patienten zu weit fahren müssten, äußerten die Befragten nicht. Die überwiegende Zahl der Patienten gab an, nicht länger als 20 Minuten gebraucht zu haben – zumal die allermeisten mit dem Auto in die Praxis gefahren waren. Nur wenige hatten länger gebraucht und eine verschwindend kleine Gruppe war mit öffentlichen Verkehrsmitteln gekommen.

Die KVBW nimmt dieses positive Feedback nicht zum Anlass, sich auf dem Erreichten auszuruhen. Im Gegenteil: Die Vorschläge für eine bessere Beschilderung in den Kliniken oder für eine freundlichere Ausstattung der Wartezimmer werden geprüft und gegebenenfalls umgesetzt.

Privatärzte endgültig raus

KV und Kammern uneinig über Notfalldienstordnung

Ab 1. April muss der ärztliche Bereitschaftsdienst ohne die Privatärzte auskommen. Vorerst.

Die Bezirksärztekammer Südbaden war die letzte, die das Handtuch geworfen hat. Letztes Jahr hatte bereits die Bezirksärztekammer Südwürttemberg die Kooperationsvereinbarung zwischen Ärztekammer und KVBW gekündigt. Nordwürttemberg war noch nie dabei und auch Nordbaden hat bereits angekündigt, die Vereinbarung, mit der die Ärztekammer die Regelung des Notfalldienstes an die KVBW überträgt, zu kündigen. Grund für die nun aufgekündigte Kooperation liegt in der Unvereinbarkeit der Notfalldienstordnungen von Kammern und KV.

KV-Vize Dr. Johannes Fechner, hauptverantwortlich für die Notfalldienstreform, zeigte sich wenig erfreut über diese Entwicklung: „Die neue Rechtslage schafft neue Ungleichbehandlungen: Privatärzte zahlen keine Umlage und müssen sich nicht am Notfalldienst beteiligen. Andererseits werden PKV-versicherte Patienten, die in den Notfallpraxen auflaufen, sicherlich nicht weggeschickt werden.“ Fechner appelliert an die privatärztlichen Kollegen: „Privatärzte,

die freiwillig am Notfalldienst teilnehmen wollen, können das weiterhin tun. Wir werden niemanden ausschließen.“ Im Gegenteil: Die KVBW arbeitet derzeit an einer Vereinbarung, die mit all jenen getroffen werden soll, die sich freiwillig zum Notfalldienst einteilen lassen. Ähnlich wie bei den sogenannten Poolärzten, die hauptsächlich Vertretungen für niedergelassene Kollegen übernehmen, soll es auch für die Privatärzte die Möglichkeit geben, sich einzubringen. „Wir sind optimistisch, dass wir dafür einige Kollegen gewinnen können. Schließlich gab es auch schon in Nord-Württemberg immer Ärzte, die sich freiwillig beteiligt haben.“

Die neue Situation war entstanden, nachdem einige Privatärzte gegen ihre Dienstverpflichtung erfolgreich geklagt hatten. Bereits im November vergangenen Jahres hatte die Vertreterversammlung der Landesärztekammer beschlossen, eine einheitliche Notfalldienstordnung zu erarbeiten, die für ganz Baden-Württemberg gelten soll. Allerdings wird es wohl bis 2015 dauern, bis diese neue Rechtsgrundlage vorliegt. Fechner ist optimistisch, dass es zur Einigung kommt und „...wir die Privatärzte ab 2015 wieder im Boot haben.“



Patienten fühlen sich in den Notfallpraxen gut versorgt.

Ein Drittel neu

Zulassungsausschüsse für die nächsten vier Jahre konstituiert

Ein 1.000 Seiten starkes Manuskript, eng beschrieben mit Gesetzestexten; zusammengefasst in einem sieben Zentimeter hohen Papierstapel. Als Mitglied in einem der Zulassungsausschüsse der KVBW könnte es einem himmelangst werden – angesichts der Unterlagen, die es zu Beginn der KVBW-Fortbildungsveranstaltung für Ausschussmitglieder gibt. Doch die KVBW-Mitarbeiter aus dem Geschäftsbereich Zulassung und Sicherstellung nehmen dem Ungemüt schnell den Schrecken.

Bezirksdirektion Stuttgart, Ende Januar 2014: Rund 70 Ärzte sind zusammengekommen, um sich von den KVBW-Mitarbeitern über ihre Aufgaben, Rechte und Pflichten in den Zulassungsausschüssen für Ärzte aufklären zu lassen. Im Publikum sitzen altgediente Ausschussmitglieder neben neu verpflichteten Ärzten und Psychotherapeuten. Gut ein Drittel der bisherigen Ausschussmitglieder haben zum Ende des vergangenen Jahres ihr Amt abgegeben, neue Ärzte und Psychotherapeuten sind nachgerückt. Insgesamt 117 werden jetzt für die Sitzungsperiode von vier Jahren die Arbeit übernehmen.

Die Mitglieder verteilen sich auf jeweils fünf Ausschüsse an allen vier Standorten der KVBW: einen Zulassungsausschuss für Ärzte und einen für Psychotherapeuten sowie einen Berufungsausschuss für Ärzte, einen für Psychotherapeuten und einen Zulassungsausschuss für Angelegenheiten der gesonderten fachärztlichen Versorgung. Mitglied kann jeder niedergelassener Arzt und Psychotherapeut werden, der sich in der ärztlichen Selbstverwaltung engagieren möchte. Allerdings sollte man eine gewisse Affinität zu Ge-

setzestexten, Richtlinien und Rechtsprechung haben. Denn die Grundlage für Ausschussarbeit bilden nicht weniger als sechs Texte: das fünfte und zehnte Buch Sozialgesetzbuch, die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, die Bedarfsplanungs-Richtlinie, das Sozialgerichtsgesetz und der Bundesmantelvertrag-Ärzte. Die Ausschüsse entscheiden beispielsweise über die Zulassung von Vertragsärzten, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren sowie über die Ermächtigung von (Krankenhaus-)Ärzten und Institutionen. Auch über Kooperationsformen oder die Entziehung einer Zulassung beziehungsweise

tet daher seine Zuhörer, immer mit Sachverstand und Augenmaß zu entscheiden und – vielleicht noch wichtiger – immer gute Begründungen zu schreiben.

In den Ausschüssen sitzen Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Sie beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Kommt es zu Widersprüchen gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse, werden diese im Berufungsausschuss verhandelt. Unterstützt wird die Ausschussarbeit durch die Geschäftsstellen in



den Widerruf von Ermächtigungen beraten sie. Damit sind sie die wichtigsten Exekutivorgane in der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Und das bedeutet möglicherweise auch, entgegen den eigenen Wunschkonstellationen zu handeln: „Auch wenn dem Einzelnen die ein oder andere gesetzliche Regelung nicht gefällt, die Ausschussmitglieder müssen auf deren Grundlage entscheiden“, betont Peter Ramolla, Sachgebietsleiter in der Zulassung. Ramolla bit-

den Bezirksdirektionen. Sie machen die Sitzungsvor- und -nachbereitung, schreiben das Protokoll und kümmern sich um die Logistik rund um die Sitzungen. Und sie handeln als Ohr und Sprachrohr der Ausschüsse in sitzungsfreier Zeit.

Insgesamt bis zu 8.500 Verfahren verhandeln die Ausschüsse im Jahr. Trotz Gebührenerhebung sind die Verfahren jedoch nicht kostendeckend: Die notwendigen zwei Millionen Euro teilen sich KVBW und Krankenkassen je zur Hälfte.

ASV wird konkret

Tuberkulose – die erste seltene Erkrankung für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung steht fest

Nun ist es endlich soweit: Die ASV – die ambulante spezialfachärztliche Versorgung – geht an den Start. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Richtlinie für die erste Erkrankung erlassen. Die Anlage zur spezialfachärztlichen Versorgung der Tuberkulose und atypischen Mykobakteriose tritt voraussichtlich am 1. April 2014 in Kraft. Derzeit in Arbeit und zum 1. Juli erwartet: die Anlage zu den gastrointestinalen Tumorerkrankungen.



Bei der Tuberkulose befallen Mykobakterien die Lunge.

Mit der Neufassung des Paragraphen 116b SGB V, auf dem die ASV beruht, entsteht ein Versorgungsbereich, in dem sich interdisziplinäre Ärzteteams – Niedergelassene und Klinikärzte – gemeinsam ambulant um schwer kranke Patienten kümmern können. Dabei gelten für alle Beteiligten die gleichen Regeln und Standards. Waren in der alten Fassung des Paragraphen 116b nur Krankenhäuser für diese spezialisierte Behandlungsform zugelassen, können nun auch Teams aus niedergelassenen Ärzten die Leistungen abrechnen.

Bereits 2012 hatte der Gesetzgeber die ASV auf den Weg gebracht. Seit März 2013 lag die Richtlinie mit den grundsätzlichen Anforderungen vor. Der Gesetzgeber hat für die ASV drei Bereiche benannt: Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie onkologische Erkrankungen, HIV/AIDS oder Multiple Sklerose; seltene Erkrankungen wie Tuberkulose, Mukoviszidose oder Hämophilie; hochspezialisierte Leistungen wie die Brachytherapie.

Mit der Anlage zur Tuberkulose hat der G-BA nun die erste

Konkretisierung beschlossen und verabschiedet. Das Kernteam zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Tuberkulose-Patienten sollte sich aus einem Lungenspezialisten, einem Internisten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie, einem Facharzt für Mikrobiologie sowie – sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden – zusätzlich einem Kinderarzt zusammensetzen.

Teams dieser Zusammensetzung können zum 1. April ihre gewünschte Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss (ELA) anzeigen. Die Formulare werden voraussichtlich Ende März vorliegen, die Geschäftsstelle des ELA, die bei der KVBW angesiedelt ist, wird sie zur Verfügung stellen.

Mit den ersten ASV-Abrech-

nungen rechnet die KVBW für das dritte Quartal 2014. Deswegen ist zum jetzigen Zeitpunkt zwar schon die große Linie für die Abrechnungen festgelegt, Details allerdings müssen noch geklärt werden. Die Systemhäuser, die die Praxissoftware aktualisieren müssen, sind verpflichtet, zum 1. April weitere Feldkennungen zu implementieren, die die Identifikation des ASV-Teams über eine ASV-Nummer möglich machen. Welche Institution diese Nummer vergeben wird, ist derzeit noch unklar, da hierfür eine Ausschreibung vorzunehmen ist.

Die Abrechnung der ASV-Leistungen kann vom Vertragsarzt entweder direkt mit jeder einzelnen Kasse oder aber wie gewohnt über die KVBW erfolgen. Diese Option hat der Gesetzgeber vorgesehen,

sodass eine entsprechende Beauftragung der KVBW notwendig ist. Die KVBW wird den jeweils betroffenen Vertragsärzten vor Start der Richtlinie ein Formular für diese Beauftragung zur Verfügung stellen.

Rechnet der Vertragsarzt über die KVBW ab, gibt er eine Abrechnung ab, in der die ASV-Leistungen eindeutig ausgewiesen sind, und die die KVBW durch die ASV-Kennzeichen separat weiterverarbeitet. Daraus wird sich eine gesonderte Aufstellung der nach Paragraph 116b SGB V abgerechneten Leistungen ergeben – als Grundlage für die Auszahlung an den Arzt und die Honorarforderung an die Kassen. Damit ist die Bearbeitung und Auszahlung der ASV-Leistungen vor der restlichen KV-Abrechnung möglich. Unklar ist derzeit noch, ob auch weitere hinzugezogene Ärzte, die nicht Mitglied des benannten ASV-Teams sind, dennoch über die mitgeteilte ASV-Nummer abrechnen können.

Auch das voraussichtlich notwendige Bereinigungsverfahren innerhalb der Fachgruppentöpfe ist derzeit noch offen. Doch ist jetzt schon klar, dass es innerhalb der ASV keine Mengenbegrenzung geben wird.

Auch entsprechend gekennzeichnete Verordnungen fließen weder in das Arzneimittelbudget der KV, noch in das Richtgrößenvolumen der Ärzte mit ein.

→ Alle notwendigen Formulare finden Sie auf www.kvbawue.de. Außerdem bietet die KVBW eine ASV-Hotline 0711 7875-3338 ASV-Hotline@kvbawue.de

Anmeldung KV-Newsletter

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

→ Anmeldung an pressereferat@kvbawue.de oder über www.kvbawue.de/kvbw-newsletter



Hilfe für Gesundheitstage

Mitglieder, die in ihrer Region einen Gesundheitstag planen, erhalten einen speziellen Service der KVBW. Die KV-Mitarbeiter unterstützen beim Standaufbau und -abbau oder führen Gesundheitstests durch. Dafür können Messgeräte und Teststreifen für Cholesterin- oder Blutzuckertests bereitgestellt werden. Zur Anmeldung kann das in der ergo-Anlage beigefügte Formular verwendet werden. Oder einfach anrufen bei:

→ Corinna Pelz
0711 7875-3538
gesundheitsbildung@kvbawue.de

Gesunde Kommune – St. Georgen gewinnt Förderpreis

Interview mit Dr. Johannes Probst

St. Georgen im Schwarzwald-Baar-Kreis gehört zu den zehn führenden Kommunen in Baden-Württemberg bei der Gesundheits-Prävention für ihre Bürger. Dafür erhielten die Verantwortlichen im Januar 2014 den Förderpreis „Gesunde Kommune“, der mit 5.200 Euro dotiert ist. Einer der Initiatoren ist Dr. Johannes Probst, Facharzt für Allgemeinmedizin in St. Georgen und als VV-Delegierter und Sprecher des Bezirksbeirats der BD Freiburg bei der KVBW aktiv.

Wann fanden die ersten Gesundheitstage statt?

Im Jahr 1993 fand die erste Gesundheitswoche statt. Seither sind wir jährlich für jeweils eine Woche mit täglichem Programm vor Ort.

Wie kamen Sie auf die Idee Gesundheitstage zu organisieren?

1992/1993 kam es unter Gesundheitsminister Horst Seehofer zu angedrohten Einschnitten in der Versorgung unserer Patienten. Als Antwort darauf wollte ich durch mehr praktizierte Nähe im Arzt-Patientenverhältnis den drohenden Keil zwischen Ärzteschaft und Patienten verhindern.

Was ist ihre Motivation dabei?

Meine Motivation veränderte sich im Laufe der Jahrzehnte.

Die Anfänge waren – wie bereits erwähnt – strategisch begründet. In der Folge und mit zunehmender Funktionalität in der KV und Ärztekammer – seit 1993 bin ich Delegierter der KV – war die eigene Praxis und der Praxisort die Spielwiese, auf der wir als Ärzteschaft Erfahrung sammeln. Dies konnte ich dann, erfahrungsgemäß, in die Landespolitik einbringen.

Was ist der Vorteil einer solchen Aktion gegenüber Prävention in den Arztpraxen?

Während Krankheiten oder Beschwerden den Patienten zum Besuch in der Arztpraxis zwingen, ist die Teilnahme an präventionsorientierten Veranstaltungen freiwillig und damit deutlich weniger angstgeprägt. Zudem wird hier der Patient angeleitet, etwas für sich ganz persönlich zu tun. Das über die Pflicht als Arzt hinausgehende Engagement für die Gesundheit der Patienten wird von den Patienten mit Anerkennung und Achtung honoriert und fördert das Zusammenleben in der Kommune.

Haben Sie bei Ihren Gesundheitstagen jedes Jahr die gleichen Angebote oder variiert das Programm?

Die Programme variieren erheblich. Während früher eher Stoffwechsel- und Zivilisationskrankheiten im Fokus standen, sind inzwischen die Themen schwerpunktmäßig für die ge-



Dr. Probst organisiert seit über 20 Jahren Gesundheitstage.

samte Kommune definiert. Im Jahr 2013 war das Motto „Bewegung und Ernährung“. In diesem Jahr veranstalten wir eine kommunale Seniorenmesse mit Prävention der Erkrankungen des höheren Lebensalters und einem Kammerkonzert – Musik als Medizin.

Was haben Sie erreicht?

Die Gesundheitswoche ist inzwischen fester Bestandteil des kommunalen Lebens, eingebettet in den Veranstaltungskalender des Jahres und aus dem kommunalen Leben nicht mehr wegzudenken. Prävention ist dadurch greifbar und wird von Kindergärten, Schulen und Vereinen gelebt.

Abrechnungs-Check leicht gemacht

Es geht ums Geld – KV-Service bietet umfassende Info und Frühwarnung

Jedes Quartal gibt es für Niedergelassene das notwendige, aber auch lästige Übel der Quartalsabrechnung und wie so oft liegen die Tücken im Detail. Hier soll ein besonderer KV-Service helfen: Die Information zur Gesamtabrechnung ist eine frühe Warnung, damit am Ende nichts unnötig vom Honorar abgezogen wird.

Sofort nach Bearbeitung und Korrektur der Quartalsabrechnungen erhalten die Mitglieder der KV Baden-Württemberg die Information zur Gesamtabrechnung. Sie besteht aus meist mehreren Blättern Papier, die aufmerksam gelesen werden sollten, denn hier geht es ums Geld.

Bei dem Schreiben handelt es sich nicht um einen Verwaltungsakt oder Bescheid, es ist einfach ein informelles Schreiben, das den Mitgliedern die Arbeit leichter machen soll, so Reinhard Schmidt, Sachgebietsleiter Abrechnungsberatung: „Wir informieren unsere Mitglieder über die gemäß Gebührenordnung notwendigen Korrekturen der Abrechnung. Auf

dieser Basis wird das Honorar berechnet, wenn sich das Mitglied nicht bei der KV meldet und etwaige Fehler korrigieren lässt.“

Es besteht ein deutlicher Informationsbedarf, denn tatsächlich passieren immer wieder Fehler in der Abrechnung, sei es durch Flüchtigkeitsfehler bei der Eingabe der Leistungsnummer, vergessene Diagnosen oder – bedingt durch Fehler im Praxisverwaltungssystem – nicht übermittelte Scheine. „Dass Scheine nicht an die KV übermittelt werden, ist selten, aber es passiert hin und wieder“, so Schmidt. Daher stellt die KV auch eine Übersicht über die Anzahl der eingereichten und abgerechneten Fälle zur Verfügung. Es empfiehlt sich, diese Zahl mit der Fallzahl aus der eigenen Abrechnungssoftware zu vergleichen.

Ein weiterer Kernpunkt des Schreibens: Ärzte und Psychotherapeuten werden zum einen über gestrichene Leistungen informiert (Minus vor der GOP). Außerdem werden – im Interesse der Mitglieder – Leistungen hinzugefügt. Zum Beispiel bestimmte Strukturpauschalen oder Wegegelder (er-

kennbar an einem Plus vor der GOP).

„Seit etwas über einem Jahr“, fügt Ines Zimmermann, Sachgebietsleiterin Abrechnungsberatung, hinzu, „informieren wir unsere Mitglieder sozusagen vorbeugend über Fehler in der Abrechnung, die noch keine Korrektur nach sich ziehen. Zum Beispiel bei fehlenden Diagnosen. Erkennbar sind diese Hinweise daran, dass weder ein Plus noch ein Minus vor der Leistung steht. Das bedeutet, hier erhält unser Mitglied erst einmal einen Hinweis auf einen Fehler. Auch diese Mitteilung sollte sorgfältig studiert werden, denn wird der Fehler in der darauffolgenden Quartalsabrechnung nicht behoben, muss die Leistung gegebenenfalls gestrichen werden.“

Wird bei der Durchsicht deutlich, dass etwas vergessen wurde oder sich ein Zahlendreher eingeschlichen hat, ist es wichtig sich schnell mit der Abrechnungsberatung in Verbindung zu setzen oder die Abrechnung zu korrigieren. Hierzu kann die letzte Seite der Information zur Gesamtabrechnung verwendet werden. Dort gibt es ei-



Früher Check der Abrechnung hilft Geld sparen...

nen Faxvordruck, der bereits mit dem Namen des Mitglieds und der KV-Faxnummer ausgestattet ist: Nur noch Patientennamen eintragen, Änderungen und Begründung notieren und fertig.

Wichtig: Das Fax muss bis spätestens zum Ende des zweiten Quartalsmonats bei der KVBW eingegangen sein. Ab diesem Zeitpunkt enden die Möglichkeiten der Abrechnung, noch Änderungen vorzunehmen. Übrigens: Diesen Service in Anspruch zu nehmen, lohnt sich auf jeden Fall, denn bis zu diesem Zeitpunkt kann die KV noch problemlos Änderungen vornehmen; später, bei einem formaljuristischen Widerspruch hingegen, werden nachträgliche Korrekturen der Abrechnung generell abgewiesen.

→ Weitere Informationen:
Abrechnungsberatung
0711/7875-3397
abrechnungsberatung@kvbwue.de

Arzt fragt, KV antwortet

**Gesprächsleistung nach
GOP 03230/04230**

In BaWü wurde im Quartal 4/13 auch das übersteigende Punktzahlvolumen als Teil des Regelleistungsvolumens vergütet. Gilt dies auch 2014?

Nein. Ab dem ersten Quartal 2014 wird das EBM-Gesprächsbudget auch in Baden-Württemberg umgesetzt. Die Ausnahmeregelung der Vergütung sämtlicher Gesprächsleistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens gilt ab 1. Januar 2014 nicht mehr, da uns Bundesvorgaben dazu zwingen, die wir badauerlicherweise umsetzen müssen.

**Uhrzeitangabe im NFD
Müssen die Notfallkonsultationspauschalen nach den Gebührennummern 01214, 01216 und 01218 auch mit Uhrzeitangabe versehen werden?**

Ja. Dies ist erforderlich, um eine korrekte Dienstzuordnung hinsichtlich der Förderung vornehmen zu können.

**Geriatric
Können die GOPs 03360 und 03362 EBM abgerechnet werden bei körperlich behinderten Patienten vor dem vollendeten 70. Lebensjahr, deren Versorgung auf Grund ihrer körperlichen und geistigen Verfassung mit hohem Aufwand verbunden ist?**

Nach der Präambel 3.2.4 EBM (Hausärztliche geriatriche Versorgung) können bei Patienten vor dem vollendeten 70. Lebensjahr die Gebührennummern 03360 und 03362 EBM lediglich bei den in der Präambel festgelegten gesicherten Erkrankungen abgerechnet werden. Dazu zählen Demenz, Alzheimer, Parkinson mit schwerer Beeinträchtigung.

„Patenkinder“ starten in den ärztlichen Berufsalltag

Das bringt's: ProNeo – Projekt für neue Mitglieder wird sehr gut angenommen

Wer eine eigene Praxis eröffnen möchte, steht vor einer Reihe von Fragen. Da ist es gut, wenn es jemanden gibt, der sich um einen kümmert, so wie etwa ein Pate das machen würde. Daher haben die Abrechnungsberater der KV vor einem guten Jahr ein Programm ins Leben gerufen, das den Start erleichtern soll. Eine erste Bilanz.

ProNeo heißt das Intensivbetreuungsprogramm für Ärzte und Psychotherapeuten, die sich neu niederlassen möchten. Es funktioniert so: Jedes neue Mitglied erhält nach der Zulassung ein persönliches Einladungsschreiben zur Abrechnungs-Erstberatung, eine Info zum Angebot sowie das Teilnahmeformular für ProNeo. Dies kann er zurückfaxen und wird dann in das Programm aufgenommen.

Das neue Mitglied erhält daraufhin seine ganz persönliche Ansprechpartnerin für alle Fragen rund um die Abrechnung und das Honorar, für die Dauer eines Jahres. Diese KV-Mitarbeiterin hilft über die Stolpersteine bei der Abrechnungserstellung, klärt Abrechnungsfragen, lotst durch die Abläufe in der KV und stellt Kontakte zu den Beratern anderer Fachbe-

reiche her. Sie versichert sich regelmäßig, ob alles klar geht oder noch Bedarf zur Hilfe besteht.

Ein gutes Jahr nach dem Start verzeichnet ProNeo regen Zulauf: 320 „Patenkinder“ sind in der Betreuung. Jeder Pate kümmert sich um zehn bis 20 Neustarter, eine Tätigkeit, die für beide Positionen fruchtbar sein kann, da es sehr angenehm ist, eine persönliche Beziehung zum „Kunden“ aufzubauen.

Diana Maisch ist eine der Patinnen. Sie betreut in der BD Karlsruhe zurzeit 18 Personen. Der persönliche Kontakt, sagt sie, bringe beiden Parteien etwas: „Ich habe festgestellt, dass ProNeo sehr gut aufgenommen wird. Ärzte und Psychotherapeuten fühlen sich gut aufgehoben, da sie wissen, es kümmert sich jemand um sie. Wenn sie anrufen, haben sie eine Betreuerin, die sich auskennt. Und wenn ich jemandem helfen konnte und bei der Verabschiedung ein positives Feedback höre, also wenn ein Arzt oder Psychotherapeut sagt, das war eine schöne Zeit und eine gute Begleitung, dann tut mir das gut.“

Um zu sehen, wie das Projekt insgesamt ankommt, haben die Projektinitiatoren eine Evaluation

gestartet, auch um Verbesserungspotenziale identifizieren zu können. Da die Aktion zur Stunde noch läuft, kann die Untersuchung zwar noch nicht endgültig bewertet werden, Trend ist aber, dass 90 bis 95 Prozent der Befragten hinsichtlich der Gesprächsatmosphäre, der Beantwortung ihrer Fragen und des Gesamtpaketes mit sehr gut bis gut bewertet haben. Für 80 Prozent wurde durch ProNeo der Einstieg in die vertragsärztliche beziehungsweise vertragspsychotherapeutische Tätigkeit erleichtert. 85 Prozent würden den Service weiterempfehlen.

Besonders gut gefallen hat den Teilnehmern einfach „an die Hand genommen und geführt zu werden“ sowie das Wissen „um einen zuverlässigen Partner im Hintergrund“ – das ist einigen Kommentaren zu entnehmen. Doch die Neuniedergelassenen haben auch einige Wünsche an die KV, wie etwa die Flut der Abkürzungen einzudämmen, die Abrechnung verständlicher zu machen und das Programm auf

ein zweites Jahr auszudehnen. Neue Aufgaben für die KVBW. „Wir arbeiten daran,“ verspricht Sachgebietsleiterin Ines Zimmermann.



„Patenkind“ Uta Peter

Uta Peter, Psychotherapeutin aus Ettlingen, ist von Diana Maisch betreut worden:

„ProNeo hat mir einfach ein Stück Sicherheit gegeben. Wenn man anfängt mit der Selbstständigkeit, ist das schon auch mit einem ziemlichen finanziellen Risiko verbunden. Man kann am Anfang viel falsch machen. Da fand ich es sehr hilfreich, von Diana Maisch auf Dinge aufmerksam gemacht zu werden, auf die ich achten muss.“

Patientenrechtegesetz hat Auswirkungen auf Abläufe in der Praxis

QM hilft bei der Bewältigung der neuen Regeln

Wie muss die Behandlung in der Arztpraxis dokumentiert werden? Wie soll der Patient über eine Therapie oder einen Eingriff informiert werden? Welches Recht hat der Patient, seine Akten einzusehen? Fragen, die in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen mit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes neu gestellt werden müssen. Denn mit dem Gesetz fanden neue Paragraphen Eingang in das Bürgerliche Gesetzbuch, die bindend sind für das Verhalten und Vorgehen in Arztpraxen. Um hier schnell auf den neuesten Stand zu kommen, empfiehlt die KVBW die Nutzung von QM-Systemen.

Die Paragraphen 630a bis 630g BGB konkretisieren beispielsweise die Dokumentationspflicht der Behandlung: Danach muss die Behandlung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang in der Patientenakte dokumentiert werden. Dies ist gewährleistet, wenn die Dokumentation noch am Tag der Behandlung erfolgt. Sie kann

in Papierform oder elektronisch geführt werden und muss „veränderungsfest“ sein. Bei späteren Berichtigungen muss der Arzt sicherstellen, dass die vorgenommenen Änderungen nachvollziehbar sind, inklusive Änderungsdatum.



Das Recht des Patienten, in seine Krankenakte Einsicht zu nehmen, wurde mit dem neuen Gesetz deutlich weiter gezogen: Er hat nun das Recht einer „unverzöglichen Einsicht“ – glücklicherweise ergänzt durch eine praktische Ergänzung: Das Patientenrecht muss nur gewährt werden in dem Maß

und Umfang, wie es der Praxisablauf gestattet. Mit anderen Worten: Der Patient kann nicht nachts anrufen und den Arzt oder Psychotherapeuten in die Praxis bitten, um dort seine Akte anzusehen. Die Einsichtnahme sollte in der Regel wäh-

wehrt werden. Dafür kann der Arzt dem Patienten Ausdrucke seiner Unterlagen oder die Übertragung der Daten auf mobile Datenträger anbieten. Selbstverständlich können die Kosten dafür – Kopien, Datenträger und Arbeitszeit – dem Patienten in Rechnung gestellt werden. Sogar die Übermittlung der Daten per E-Mail ist eine Möglichkeit. Allerdings sollte der Arzt dann vorher das ausdrückliche Einverständnis des Patienten einholen – zu hoch ist das Datensicherheitsrisiko. Weitere Regelungen betreffen die Einsichtnahme der Akte nach dem Tod eines Patienten durch dessen Erben.

Schließlich definieren die neuen Paragraphen die Informationspflicht des Arztes über die bisherige Aufklärungspflicht hinaus. Neben verständlichen Informationen über Diagnose, voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung und Therapie muss der Arzt nun auch über die Möglichkeit informieren, dass Krankenkassen Kosten nicht erstatten könnten. Diese Informationspflicht reicht allerdings nur soweit, wie dem Arzt In-

formationen bekannt sind – er muss lediglich auf sein Nichtwissen hinweisen. Zusätzlich ist der Arzt nun verpflichtet, dem Patienten Abschriften der Unterlagen, die dieser im Zusammenhang mit der Aufklärung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

Mit dem neuen Patientenrechtegesetz müssen bestimmte Abläufe in der Praxis neu organisiert werden. Um hier schnell auf dem neuesten Stand zu sein, empfiehlt die KVBW die Nutzung von Qualitätsmanagement-Systemen. Das von KBV und KVBW empfohlene QEP – aber auch andere Qualitätsmanagementmodelle – bietet Handhaben, mit deren Hilfe sich die neuen Vorschriften in Praxen umsetzen lassen. Vor allem Checklisten erleichtern die Kontrolle.

Darüber hinaus plant die KVBW derzeit gemeinsam mit Landesärztekammer und -psychotherapeutenkammer eine Broschüre zum neuen Patientenrechtegesetz.

➔ Weitere Informationen: Praxisservice: 0711 7875 3300 praxisservice@kvbawue.de

Notfälle, Brände oder andere Katastrophen

Mit Checklisten und Notfalltraining gut vorbereitet

Tritt in der Arztpraxis plötzlich ein Notfall ein, müssen alle Handgriffe sitzen. Die Qualitätsmanagement-Richtlinie sieht vor: Notfallmanagement hilft als QM-Instrument, Notfälle strukturiert, qualifiziert und rasch zu versorgen. Im Folgenden ein paar Tipps dazu.

Bei medizinischen Notfällen sollen laut QM-System „QEP“ folgende Kriterien erfüllt sein: Eine Checkliste mit Kriterien zur Identifikation von Notfallpatienten existiert, es gibt einen Notfallplan zur sofortigen Versorgung der Patienten, das Praxisteam ist in der Versorgung von Notfallpatienten fortgebildet und alle relevanten Personen und Einrichtungen können im Notfall unverzüglich informiert werden.

Sinnvoll ist es zunächst, zu überlegen, welche Notfälle in der Praxis vorkommen könnten und sie inklusive Symptome in einer Checkliste festzuhalten. In einem Ablaufplan für den Worst Case sollten die Verantwortlichkeiten festgelegt werden. Es muss klar sein, wer der Hauptverantwortliche für die Versorgung des Notfallpatienten ist, wer ihm dabei assistiert

und wer die Rettungsleitstelle kontaktiert. Ein jährliches Notfalltraining garantiert, dass im Zweifelsfall alles glatt läuft.

Ein wesentlicher Aspekt ist die richtige Notfalleinrichtung. Es gibt keine gesetzliche Vorschrift, die besagt, welche Notfallmedikamente und -instrumente in die Not-



fallausstattung gehören. Dies ist vom Leistungsspektrum der Praxis abhängig. So ist beispielsweise ein Defibrillator nur für Praxen erforderlich, die Ergometrien oder Operationen durchführen. Die Notfalleinrichtung muss rasch verfügbar sein und sollte regelmäßig überprüft werden: Ein Verantwortlicher

im Praxisteam muss abgelaufene Medikamente aussortieren, verbrauchte Materialien ersetzen und bei der stromabhängigen Ausstattung für Batterien sorgen.

Analoges gilt bei Brandfällen: Die brandschutzrechtlichen Vorschriften sollten den Mitarbeitern bekannt sein, ein Brandschutzplan sollte erstellt werden und alle wichtigen Nummern griffbereit sein. Auch bei Brandfällen muss das Equipment regelmäßig überprüft und das Personal geschult werden.

Und die anderen Katastrophen? Es gibt sie – Gott sei Dank – selten, aber manchmal passieren sie doch. Zum Beispiel eine lecke Gasleitung, Überschwemmungen oder sogar kriminelle Übergriffe. Hier sollte man nicht selbst Hand anlegen, sondern Polizei oder Feuerwehr anrufen und angrenzende Praxen und Nachbarn informieren. Last, but not least: Eine Inventarliste der Praxis hilft, die Ansprüche gegenüber den Versicherungen geltend zu machen!

➔ Praxisservice: Tel. 0711 7875-3300 oder praxisservice@kvbawue.de

„Palliative Praxis - Projekte für alte Menschen“

Die Robert-Bosch-Stiftung sucht innovative Wege und Ideen, wie durch gute palliative Praxis die Situation alter Menschen in der letzten Lebensphase verbessert werden kann. Im Programm „Palliative Praxis – Projekte für alte Menschen“ werden Praxisprojekte gefördert, die in Altenpflegeeinrichtungen, der häuslichen Pflege oder in Akutkrankenhäusern Wege und Qualitätsmaßstäbe aufzeigen, wie palliative Praxis umgesetzt und zum festen Bestandteil in der Betreuung alter Menschen werden kann. Die geförderten Projekte sind vielfältig. Neben Vernetzung und Kooperation mit anderen Institutionen, Trägern und Professionen können auch Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeiter und Entwicklung einer palliativ-hospizischen Kultur Thema einer Projektanfrage sein. Förderfähige Projekte müssen eine

dauerhafte Umsetzung der palliativen Praxis zum Ziel haben. Mit der aktuellen Ausschreibung stellt die Robert-Bosch-Stiftung in den Jahren 2011 bis 2014 insgesamt bis zu 720.000 Euro zur Verfügung. Ziel des Programms ist es, durch die Förderung von innovativen Praxisprojekten die Situation alter Menschen in der letzten Lebensphase zu verbessern. Das Programm richtet sich unter anderem an Träger von ambulanten Diensten und Altenhilfeeinrichtungen sowie Arztpraxen, Krankenhäuser, Hospize, Kommunen und Landkreise. Bewerbungsfrist ist der 15. April 2014.

➔ Weitere Informationen zum Bewerbungsverfahren: Julia Hoeter, 0711 46084-133 julia.hoeter@bosch-stiftung.de

Leben im Alter angenehmer machen

Das Sozialamt der Stadt Stuttgart bietet den „Bürgerservice Leben im Alter“ an. Interessierte können sich kostenlos zu allen Fragen des Älterwerdens und der Pflege informieren. Geboten werden telefonische Beratung, Beratungsgespräche in Stadtteilbüros oder bei den Senioren zu Hause, ambulante Pflegedienste, Essensversorgung, Krankengymnastik

und vieles mehr. Die Mitarbeiter des Sozialamtes bieten auch Unterstützung beim Umzug in ein Pflegeheim, Fragen zur Finanzierung oder helfen Angehörigen, die bei der Pflege Entlastung suchen.

➔ Tel 0711 216-59099 Mo bis Mi: 9-15.30 Uhr Do 9-17 Uhr; Fr 9-15 Uhr www.stuttgart.de/leben-im-alter



Ein Haas mit viel Humor und Lust auf dörfliches Leben und Ehrenamt

„Bekannt wie ein bunter Haas“

Wernaus zweiter stellvertretender Bürgermeister ist Allgemeinarzt

Hausarzt und ehrenamtliches Gemeinderatsmitglied – geht das zusammen? Dr. Jürgen Haas aus Wernau im Kreis Esslingen, nahe Stuttgart, zeigt: Es geht!

Die Hausarztpraxis von Allgemeinmediziner Dr. Jürgen Haas liegt dem Wernauer Rathaus schräg gegenüber. Als Dr. Haas die Praxis im Jahr 1983 übernahm, schenkte er dieser Tatsache allerdings wenig Beachtung. Als gebürtiger „Schwob“ und nach Studium in Tübingen und klinischer Ausbildung in Esslingen war er auf der Suche nach einer Praxis in einer kleinen Gemeinde: „Ich wollte schon immer in eine ländliche Gegend als Allgemeinarzt. Mich im dörflichen Leben engagieren, ein Ehrenamt übernehmen, beim Musikverein Bier zapfen.“

Die Kommunalpolitik allerdings stand zunächst nicht auf seiner Agenda. Sieben Jahre später änderte sich das schlagartig. Animiert durch einen Freund wurde Haas Mitglied bei den Freien Wählern und ließ sich auf die Liste für die Gemeinderatswahl setzen. „Ich war kommunalpolitisch völlig unbeleckt. Ich habe gar nicht gewusst, was da auf mich zukommen kann. Und dennoch wählten mich die Leute sofort“, erzählt Haas. Als Arzt habe man eben noch immer eine besondere Stellung in einem Ort wie Wernau, der trotz der 12.000 Einwohner eine eher dörfliche Struktur hat.

Inzwischen ist Haas seit 20 Jahren Gemeinderatsmitglied und seit

2009 der zweite Stellvertreter des Bürgermeisters. In dieser ehrenamtlichen Funktion erfüllt er primär repräsentative Aufgaben. „In Wernau gibt es rund 100 Vereine. Alle haben ihre Feste und Jubiläen. Und alle erwarten, dass der Bürgermeister oder einer seiner Stellvertreter vorbeikommen. Im Sommer gibt es an fast jedem Wochenende ein oder zwei Termine.“

Eine andere, von Haas sehr gern übernommene Pflicht sind die Jubiläumsbesuche. Einwohnern, die ihren 80., 85., oder 90. Geburtstag feiern, wird offiziell gratuliert. Haas erzählt, wie aufschlussreich für ihn vieler dieser Besuche sind: „Bei uns gibt es eine Menge hochbetagter Leute, die ungeheure Lebensgeschichten zu erzählen haben. Man versteht dann besser, warum die Leute so sind, wie sie sind. Hart gegen sich selbst – auch in der Krankheit.“

Das Gemeinderatsmitglied Haas reizt in erster Linie die politische Arbeit: „Dadurch hat sich mein Horizont erweitert. Ich habe gelernt, wie viele Überlegungen vor einer großen Entscheidung liegen.“ In den 20 Jahren hat er sich schon in viele Themen eingearbeitet. „Man wächst allmählich in die Aufgabe rein. Und irgendwann hält man eine Rede über ein Thema, mit dem man sich vorher noch nie beschäftigt hat.“

Dies alles kostet Zeit. Zeit für die Gemeinderatssitzungen, Zeit für die Ausschusssitzungen, für die Fraktionssitzungen. Zeit, die sich Haas sehr gerne nimmt. „Ich finde,

es ist ein schönes Amt. Mir macht das Spaß. Es ist eine Arbeit, die nah beim Menschen ist. Wie in meiner Praxis auch.“

Die Arbeit in der Praxis trennt Haas allerdings deutlich von der Politik. „Zu Patienten, die mich darauf ansprechen, sage ich, das machen wir ein anderes Mal. Auch den Wahlkampf halte ich komplett raus. Alles andere könnte ich ja gar nicht mit meinem ärztlichen Ethos vereinbaren.“

Auf politischer Ebene ist die medizinische Versorgung in Wernau derzeit kein Thema. Noch ist die ärztliche Betreuung aller Patienten garantiert. Und auf einen möglichen, kommenden Ärztemangel sei man gut vorbereitet, meint Haas, der selbst im „Haus der Gesundheit“ praktiziert, das mehrere Praxen vereint. „Das ist nicht nur gut für die Patienten, es ist auch attraktiv für junge Kollegen, die sich hier niederlassen möchten“, ist Haas überzeugt.

Gerade hat der 64-Jährige noch einmal in die Praxis investiert; und seine derzeitige Weiterbildungsassistentin wird in die Praxis mit einsteigen. Aber noch ist von Ruhestand nicht die Rede: „Ich mache noch weiter. Ich könnte zwar bald aufhören, aber ich will nicht. Weder als Arzt noch als Gemeinderat.“

Die nächsten Kommunalwahlen sind im Mai. Ob Haas noch einmal Stimmenkönig wird, wie bei den letzten Wahlen, lässt sich jetzt noch nicht voraussagen – aber wiedergewählt wird er sicher, dann bereits für die fünfte Legislaturperiode.

Nach 13 Jahren wird Windows XP nicht mehr unterstützt

Nach fast 13 Jahren stellt Microsoft am 8. April 2014 endgültig den Support für das Betriebssystem Windows XP ein. Microsoft wird ab diesem Zeitpunkt keinerlei Updates mehr zur Verfügung stellen. Das hat unmittelbare Auswirkungen auf die Sicherheit des Systems.

Denn Kenner komplexer und umfangreicher Softwareprodukte wissen: Den komplett fehlerlosen Code gibt es nicht. Und auch nach zwölf Jahren Anwendungszeit gibt es immer noch genügend Fehler und Löcher in den Tiefen des Systems, die Microsoft künftig nicht

mehr stopfen wird. Mit einem solchen schlecht gepflegten System sollte sich kein Anwender ins Internet begeben. Schon gar nicht Arztpraxen, auf deren Rechnern die sensiblen Patientendaten liegen.

Aber auch andere Gründe sprechen für die Umstellung auf ein modernes Betriebssystem. Neue Soft- und Hardware setzt aktuelle Windows-Versionen voraus und falls PC-Probleme auftreten, bietet Microsoft keine Hilfe mehr an.

Grund für das Support-Ende ist der normale Lebenszyklus der Microsoft-Software, der sich meist auf rund zehn Jahre begrenzt.

Arbeitgeber Gesundheitswesen

Jeder achte Deutsche arbeitet im Gesundheitswesen. Das sind über fünf Millionen Menschen. Laut Statistischem Bundesamt wächst die Branche Gesundheitswesen stärker als der Rest der Wirtschaft. Die Zahlen basieren auf einer Statistik zum Stichtag Ende 2012. Im Vergleich zum Vorjahr sind es 95.000 Arbeitskräfte mehr (plus 1,9 Prozent), seit dem Jahr 2000 ist die Beschäftigtenzahl in der Gesundheitsbranche

sogar um fast 23 Prozent gestiegen, also plus 950.000 Arbeitskräfte. Die Zahl der Arbeitsplätze ist damit in den vergangenen 14 Jahren dreimal so stark gestiegen wie in der Gesamtwirtschaft. Dreiviertel aller Beschäftigten im Gesundheitswesen sind Frauen. Besonders hoch ist der Anteil mit gut über 85 Prozent in der Pflege.

Zusätzliche Jobs sind in fast allen Bereichen entstanden: 12.000 in der Pflege, 7.000 in den Praxen.

Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen optimieren

Forschungsprojekt der Universität Ulm gestartet

Die Universität Ulm will mit dem Projekt „Denies – Diagnosewege seltener Erkrankungen in der Primärversorgung“ Experteninterviews mit Hausärzten und Fachärzten führen. Gesucht werden Ärzte, die für ein Interview von etwa einer Stunde Dauer mit Mitarbeitern des Instituts zur Verfügung stehen. Voraussetzung dafür ist, dass die Ärzte erwachsene Patienten mit einer seltenen Erkrankung behandeln. Mit der Befragung soll festgestellt werden, wie der Diagnoseweg vom Hausarzt bis zum Fachzentrum und wieder zurück beeinflusst wird, wenn bei einem Patienten der Verdacht auf eine seltene Erkrankung besteht.

Die Forscher gehen davon aus, dass der Diagnoseweg der Patienten mit einer seltenen Erkrankung die Richtung der Behandlung bestimmt. „Um die langwierige Diagnosestellung bei Patienten mit einer seltenen Erkrankung besser auf deren Beeinflussbarkeit beurteilen zu können, sind fundierte Kenntnisse über Faktoren erforderlich, die den Diagnoseweg positiv oder negativ beeinflussen können“, so die Projektleiterin Dr. Anita Hausen. „Wir gehen davon aus, dass der Patient als Ausgangspunkt des Diagnosewegs den Hausarzt als einer der Primärver-

sorger anspricht. Wir möchten wissen, nach welchen Kriterien der Hausarzt bei Verdacht auf eine seltene Erkrankung den Diagnoseweg wählt. Er wird bei einer unklaren Diagnose den Patienten zur weiteren Abklärung an einen Facharzt oder Fachzentrum überweisen. Uns interessieren die Einflussfaktoren, die den Diagnoseweg der Patienten in ein Fachzentrum oder zu einem Facharzt und zurück zum Hausarzt bestimmen.“



Der Untersuchungszeitraum der Studie läuft vom 1. Dezember 2013 bis zum 30. November 2015. Die Untersuchung wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Kooperationspartner ist die KV Baden-Württemberg. Dieser ergo-Ausgabe liegt ein Informationsblatt mit Faxformular bei, das interessierte Ärzte ausfüllen können.

➔ Weitere Informationen:
Projektleiterin: Dr. Anita Hausen MPH,
0731 500-31102

Gezielte Anamnese kann Gewalttaten gegen Kinder entlarven

Neues Kompetenzzentrum soll bereits Studenten briefen

Die Kriminalstatistik von 2012 zeigt, dass in Deutschland durchschnittlich drei Kinder pro Woche durch Gewalt oder Vernachlässigung getötet wurden. Mit steigender Tendenz. Häufig kündigen sich solche Gewaltverbrechen an. Genau hier setzt das neue Konzept eines medizinischen Kompetenzzentrums an, das bereits Medizinstudenten für das Thema sensibilisieren soll.

Ein Säugling kommt mit Verbrennungen in die Kinderarztpraxis. Als einen schrecklichen Unfall bezeichnen die Eltern die Situation. Bei der Behandlung entdeckt der Arzt viele Hämatome. Doch die Schweigepflicht und die eigene Unsicherheit zwingen viele Ärzte in eine Konfliktsituation. Was tun bei einer bloßen Vermutung?

Hier setzt das bundesweit erste Kompetenzzentrum für Kinderschutz in der Medizin des Universitätsklinikums Ulm an. Vom Land Baden-Württemberg angestoßen, leisten die gründenden Ärzte Pionierarbeit in Sachen Kinderschutz, die unter anderem schon im Medizinstudium beginnt. Das Kompetenzzentrum ist die Sammelstelle, die Fachwissen im Bereich Kinderschutz bündelt und aufarbeitet. In Kombination mit rechtlichen Bestimmungen sollen umfassende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erarbeitet werden. Im Sommersemester erhalten die Medizin-

studenten in Ulm wöchentlichen Unterricht, bei dem das genaue Hinschauen geschult wird.

Erste Seminare haben Ärzte des Kompetenzzentrums bereits mit Probestudenten absolviert. Reale Fallbeispiele zeigten den Teilnehmern, mit welcher erschreckenden Diagnosen die Ärzte in Praxen oder Kliniken konfrontiert werden und wie sie in solch einer Situation am besten vorgehen. Aktuell bemüht sich das Zentrum um einen „Shaken Baby Syndrome Simulator“ – eine lebensgroße Puppe mit einem transparenten Schädel. Durch Schütteln des Körpers werden die Gehirnnareale aufgezeigt, die durch diese heftige Bewegung irreparable Schäden davontragen.

Wenn dann tatsächlich eine Kindesmisshandlung entdeckt wird, stellt sich für Mediziner die Frage nach der Schweigepflicht. Was viele nicht wissen: Bereits vor einem Jahr wurde sie im Zusammenhang mit Kinderschutzfällen gelockert. In diesen Fällen kann der Arzt die Jugendhilfe einschalten.

Spezialisierte Mediziner haben hier einen praktischen Tipp für die niedergelassenen Mediziner: Im Zweifelsfall kann der Arzt den kleinen Patienten unter einem Vorwand in die Klinik einweisen lassen und diese vorab über den Verdacht informieren. In der Klinik als Schutzraum kann dann in Ruhe eine Klärung herbeigeführt werden.



„Kleine Patienten im Zweifelsfall unter einem Vorwand in die Klinik einweisen“

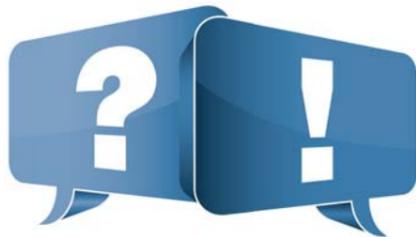
Das Wichtigste überhaupt ist letztendlich eine sorgfältige Anamnese zu stellen. Gewaltverbrechen gegen Kinder können oft durch gezieltes Nachfragen entlarvt werden. Schwieriger ist das Erkennen eines sexuellen Missbrauchs. Hier hat die

Universität Ulm im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Bildung ein spezielles e-Learning-Verfahren entwickelt. Dabei werden Kurse für medizinisch-therapeutische Berufe angeboten, die den Teilnehmern helfen sollen,

auch solche Verbrechen rechtzeitig zu erkennen.

➔ Mehr darüber unter www.missbrauch.elearning-kinderschutz.de oder www.kvbawue.de » Qualität » Qualitätssicherung » Frühe Hilfen

Arzt fragt, KV antwortet



Aktuelle Fragen aus dem Verordnungsmanagement

Schon lange haben viele Ärzte den Wunsch geäußert, im Rahmen eines Notfalls – ohne das Risiko eines Regresses einzugehen – Adrenalin Autoinjektoren wie Fastjekt®, Anapen® oder Jext® einsetzen und als Sprechstundenbedarf verordnen zu können. Denn diese Möglichkeit bietet viele Vorteile.

Kann ich Adrenalin-Autoinjektoren inzwischen als Notfallmedikament über den Sprechstundenbedarf beziehen?

Adrenalin unverdünnt intramuskulär zu verabreichen, statt es intravenös zu geben, hätte einige Vorteile. Dadurch kann in einer Notfall- und Stresssituation sofort reagiert werden – ohne beispielsweise eine Glasampulle öffnen zu müssen und den Inhalt in einer

Spritze aufzuziehen. Diese Argumentation wird durch die Fachinformation sowie den Berufsverband der Allergologen und den Bundesverband der Pneumologen unterstützt.

Adrenalin Autoinjektoren können jedoch nach wie vor nicht als Sprechstundenbedarf bezogen werden, da die Kosten von Autoinjektoren vielfach höher seien als die Kosten einer Adrenalin-Ampulle, so die Argumentation der Kostenträger. Außerdem befindet sich bereits eine Ampulle auf dem Markt, die laut Fachinformation unverdünnt intramuskulär verabreicht werden kann und darf.

Die zusätzliche Zeit, die das Öffnen einer Glasampulle und das Aufziehen der Spritze in Anspruch nehmen, sei nicht ausschlaggebend. Darüber hinaus spiele auch die relativ kurze Haltbarkeit der Autoinjektoren (zwischen 20 und 24

Monate) eine Rolle, da diese möglicherweise nicht verwertet würden und entsorgt werden müssten.

Könnte man denn eine Mengengrenzung einführen und beispielsweise maximal einen Autoinjektor pro Praxis und Quartal als Sprechstundenbedarf zulassen?

Diese Idee fand bei den Kostenträgern keine Zustimmung. Der KVBW ist es aber gelungen, eine Kompromisslösung zu finden. Praxen, die Autoinjektoren im Notfall einsetzen, können diese nachträglich auf den Namen des Patienten ausstellen. So bleiben lediglich nicht genutzte Autoinjektoren Sache des Arztes. Die Kosten im Notfall übernehmen die Kostenträger. So ist die KVBW die einzige KV, bei der man Autoinjektoren im Notfall zumindest indirekt als Sprechstundenbedarf verordnen kann.

Qualitätssicherung durch Längsschnittbetrachtung

Dialysepatienten werden besser versorgt

Seit Januar erfassen Dialysezentren neben allgemeinen Personendaten auch die Krankheitsgeschichte der Patienten und deren Behandlung für sogenannte Längsschnittbetrachtungen. Die Daten werden – auch wenn ein Patient das Dialysezentrum wechselt oder die Dialyse an einem Urlaubsort in Deutschland in Anspruch nimmt – lückenlos patientengebunden gesammelt.

Eine zentrale Datenstelle erfasst die Behandlungsdaten, die von den Dialysezentren übermittelt werden, und wertet sie aus. Aus den Berichten können die Dialysezentren ihren individuellen Verbesserungsbedarf erkennen, geeignete Maßnahmen einleiten und deren Erfolg bei der nächsten Auswertung überprüfen – die Qualität von Dialyseleistungen wird kontinuierlich verbessert. KV-Vorstand Dr. Norbert Metke begrüßt die Neuerung: „Die Verfolgung von ‘Patientenkarrieren’ ist in wissenschaftlicher Hinsicht und für die Qualitätssicherung von ganz besonderer Bedeutung. Niereninsuffizienz ist für die Patienten eine

große Belastung, die durch eine hohe Behandlungsqualität verringert werden kann. Deshalb sind alle Dialysezentren zu weitreichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet.“



Die Prognose für Patienten, die auf eine Dialyse angewiesen sind, hängt von ganz verschiedenen Faktoren ab. Zum Beispiel von der Qualität der Blutreinigung. „Unter idealen Umständen haben Dialysepatienten nur eine etwas geringere Lebenserwartung als Menschen mit gesunden Nieren. Diesem Ziel können wir mit den Längsschnittbetrachtungen noch näher kommen“, hofft Metke.

In Baden-Württemberg gibt es rund 10.000 Dialyse-Patienten, deren Blut mehrmals pro Woche in einer Dialyse-Station gereinigt werden muss, da die Nieren ihren Dienst versagt haben.

Tuttlingen sucht wieder junge Mediziner

DonauDocs öffnen Praxen für Hospitanten

Im vergangenen Sommer hatten fünf junge Mediziner an der Donau – die so +genannten DonauDocs – sich besonders engagiert, um Nachwuchs für die Praxen in ihrer Region zu werben. Mit Erfolg.

Mit Unterstützung von Stadt, Landkreis und KV gab es zwei Informationstage rund um das Thema Niederlassung. Das Engagement hat sich gelohnt: Eine Teil-

nehmerin der DonauDoc-Tage hat sich zum 1. Januar in einer landärztlichen Gemeinschaftspraxis niedergelassen (siehe Kasten), eine weitere Teilnehmerin beginnt ihre Weiterbildung im April bei einem Landarzt und ein PJ-Student möchte einen Teil der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin in einer Praxis in Tuttlingen absolvieren.

Grund genug für die DonauDocs, in die zweite Runde zu gehen. Am 8. Und 9. Mai finden die

2. DonauDoc-Tage in Tuttlingen statt. Die Veranstaltung wendet sich an junge Mediziner und Medizinstudenten. Das Programm sieht wieder individuelle Hospitationen in den Praxen vor, ein „Getting together“ im Rathaus, bei dem in Vorträgen Erfahrungsberichte frisch Niedergelassener zu hören sind. Über Wege in die Selbstständigkeit und entsprechende Fördermöglichkeiten informieren Mitarbeiter der KVBW. Der zweite Tag



Tuttlingen bietet viel Lebensqualität.

beginnt mit einer historischen Stadtführung und einem „Fit-for-Praxis“-Lauf mit Kammerpräsident Dr. Ulrich Clever. Dieser informiert in einem Referat über Jobperspektiven für junge Mediziner und der KVBW-Vorstand Dr. Norbert Metke möchte den Nachwuchs-Docs in einem Vortrag die „Angst vor der Niederlassung“ nehmen: „Niedergelassener Arzt ist einer der schönsten Berufe der Welt. Leider hat dieser Beruf bei den jungen Medizinerinnen mittlerweile ein kleines Imageproblem. Wie man hochqualifizierte Medizin mit seinem Lebensentwurf, Familie, Freunde und Freizeit vereinbaren kann und wie man durch verschiedenste Einstiegshilfen wie Niederlassungs-, BWL-Beratung, Fördermöglichkeiten oder das ProNeo-Projekt der KV (siehe Seite 9) unterstützt werden kann, das wollen wir bei der Veranstaltung zeigen. Und den jungen Kollegen damit die Angst vor dem – auch aus finanzieller Sicht – schwierigen Start nehmen.“

➔ Weitere Informationen: www.DonauDocs.de
Anmeldung bis zum 15. April 2014

Finanzspritze fürs Niederlassen

Die Stadt Tuttlingen will Ärzten, die sich neu niederlassen, einen Zuschuss zur Praxiseinrichtung gewähren. Gefördert werden können die Ärzte drei Jahre lang mit 400 Euro pro Monat. Dafür müssen sich die Mediziner verpflichten, fünf Jahre lang in Tuttlingen oder einem der Stadtteile als niedergelassener Arzt zu arbeiten.

➔ Ines Saffrin
Leiterin der Stabstelle Referat des Oberbürgermeisters
0 74 61 / 99 - 309

Nachwuchs für die Docs an der Donau



Dr. Carina Muñoz-Cárceles, 33, ist eine der Nachwuchs-DonauDocs. Sechs Jahre hat sie in einer Klinik in Freiburg gearbeitet, zum 1. Januar begann sie als hausärztliche Internistin in der Praxis ihres Vaters in Tuttlingen – zunächst in Anstellung.

setzung wäre ich nicht nach Tuttlingen gekommen. Wieder in meine Heimatstadt zurückzukommen hat Vorteile, denn wir haben ein kleines Kind, bei dessen Betreuung jetzt die Oma helfen kann. Tuttlingen ist landschaftlich reizvoll, der Bodensee ist nah. Die Arbeit in der Praxis fand ich bisher nur positiv und deutlich entspannter, denn in der Klinik habe ich Vollzeit gearbeitet und hatte sehr viele Wochenend- und Nachtdienste. Das ist mit Kind fast nicht möglich. Jetzt arbeite ich Teilzeit und da mein Kind noch klein ist, bin ich auch von den Notfalldiensten befreit.

Natürlich ist das Arbeiten in der Praxis auch anstrengend, das Wartezimmer ist voll und es ist ein hoher Arbeitsaufwand, aber es ist einfach ein anderes Spektrum. Man betreut die Patienten deutlich intensiver als in der Klinik, denn dort sieht man sie maximal eine Woche und wahrscheinlich nie wieder. In der Praxis hat man ein viel engeres Verhältnis zu den Patienten. Insgesamt ist das Arbeiten in der Praxis deutlich entspannter und die Atmosphäre sehr familiär. Daher würde ich das Hausarztleben absolut weiterempfehlen. Ich werde später wahrscheinlich die Praxis meines Vaters übernehmen.“

„Die Veranstaltung der DonauDocs war für mich sehr hilfreich. Es waren verschiedene Vertreter von der KV da, Hausärzte und auch Politiker. Für mich war extrem wichtig, dass mein Mann – er ist Jurist – hier eine Arbeit bekommen hat, denn das ist im ländlichen Gebiet nicht ganz einfach und da hat man uns bei der Suche nach einem Arbeitsplatz unterstützt. Ohne diese Voraus-

Mit VERAH unterwegs zu den Patienten

Wie Delegation in der Praxis den Arzt entlasten kann

Ein Seniorenwohnheim in der Nähe von Böblingen. Irina Wintermut ist zu Besuch bei Frau Michel. Die alte Dame ist 92 und noch ganz rüstig. Sie sitzt im Rollstuhl und ist gerade am Grauen Star operiert worden. Ihre Besucherin ist eine VERAH, eine entlastende Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis.

Irina Wintermut schaut nach dem Rechten und nimmt Blut ab. Frau Michel ist guter Dinge, sie plaudert etwas, was es zum Mittagessen gab, wie es gerade so geht. Danach werden die Beine untersucht. Sie hat Wasser in den Beinen, doch das Ulcus ist inzwischen gut verheilt. Zum Abschied gibt's ein Lächeln, ein Stückchen Schokolade von Frau Michel und die Bitte, ja alles Frau Doktor auszurichten. Irina Wintermut packt ihre Arbeitstasche zusammen und fährt zurück zur Praxis.

Die 28-Jährige arbeitet seit fünf Jahren im Ärzteteam 24 in Böblingen, in dem unter anderem die Allgemeinärzte Dr. Silke und Dr. York Glienke tätig sind. Vor drei Jahren hat sie die Ausbildung zur VERAH absolviert. Einmal die Woche, am Mittwochnachmittag, packt sie ihre Tasche und be-

sucht vier Stunden lang Patienten zu Hause. Auf die Idee gebracht hat sie ihr Chef, Dr. York Glienke: „Durch die demographische Entwicklung sind ja kaum noch hausärztliche Kollegen greifbar und auch der Nachwuchs ist rar. Gleichzeitig steigen die Patientenzahlen. Das alles zehrt an unseren Ressourcen und jetzt müssen wir sehen, wie wir das bewältigen. Leider können wir Ärzte uns nicht klonen, daher müssen wir auf gute Mitarbeiterinnen in der Praxis zurückgreifen, die die Qualifikation aufbringen, Routinetätigkeit durchzuführen und uns Ärzte so zu ersetzen, dass der Workflow gesteigert werden kann.“



Damit Irina ihren Chef entlasten kann, hat sie laut Curriculum des Instituts für hausärztliche Versorgung im Deutschen Hausärzterverband 200 Stunden VERAH-Qualifikation nachgewiesen, Kurse in Wundmanagement, Präventionsmanagement und Casemanagement absolviert, um nach drei Monaten als Abschlussarbeit eine Fallstudie zu schreiben. Anfangs war der Arzt bei ihren Hausbesuchen noch dabei. Doch mittlerweile geht Irina allein zu den Stammpatienten, nimmt Blut ab, misst den Blutdruck oder behandelt Wunden. Die Verantwortung hat dabei immer der Arzt, er muss zugleich Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht nachkommen. Höchstpersönliche Leistungen wie Anamnese, Diagnostikstellung oder operative Eingriffe dürfen nicht delegiert werden. Auch Spritzen darf die MFA außerhalb der Praxis nicht setzen. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung bespricht Irina immer mit Dr. Glienke.

Ihr selbstständiges Arbeiten empfindet die VERAH als Bereicherung: „Ich habe das Privileg, die Patienten zu Hause besuchen zu dürfen. Sie haben meine Telefonnummer und können immer anrufen, wenn etwas ist. Und wenn man seine Stammpatienten hat,



Qualifikation und Einfühlungsvermögen

entwickelt sich natürlich auch ein persönliches Verhältnis.“ Neulich beispielsweise rief eine Frau an, deren Mann ein Karzinom hat und zu Hause gepflegt wird. Irina half bei dem Formularwust, um ein Krankenbett zu beschaffen und bemerkte dabei auch, dass der Patient dehydriert war. Nach Lagebesprechung mit Dr. Glienke gab es einen Tropf und die Situation des Patienten stabilisierte sich.

Das Prinzip VERAH lässt sich besonders gut in die Selektivverträge implementieren und wird in Baden-Württemberg bisher nur dort geför-

dert. In der Praxis Glienke gibt es drei weitere VERAHS in Ausbildung. Für York Glienke ein Zukunftsmodell, das man auch für die Behandlung von multimorbiden Patienten anwenden könnte: „Je mehr VERAHS hier arbeiten, desto mehr können sie sich spezialisieren. Wir versuchen, die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten zu verbessern, damit sie gezielt Tätigkeiten ausüben können, die attraktiver sind als die administrative Tätigkeit in der Praxis. Wir sind dadurch sehr entlastet, davon bin ich fest überzeugt.“

Polio meldet sich oft nach Jahrzehnten zurück

Impfstoff-Erfinder wäre im Jahr 2014 hundert Jahre alt geworden

Möglicherweise war ihm nicht ganz wohl, vielleicht stand ihm der Schweiß auf der Stirn oder sein Puls begann zu rasen. Es war Anfang der 1950er Jahre, als Dr. Jonas Salk sich, seine Frau, seine Kinder und seine Mitarbeiter mit einem unbekanntem Impfstoff behandelte. Nicht wenige Mediziner testeten im Selbstversuch ihre eigenen Forschungen. Entweder winkten sensationelle Erkenntnisse oder ein tragischer Tod – Salk riskierte alles und entdeckte einen Impfstoff gegen Poliomyelitis. 2014 wäre er hundert Jahre alt geworden.

Poliomyelitis galt als eine der größten Geißeln der Menschheit. 1914 starben allein 27.000 Menschen in den USA an Polio, in den 50er Jahren litten in Deutschland fast 44.000 Menschen an der Viruserkrankung. Der amerikanische Arzt und Immunologe Jonas Salk arbeitete seit 1947 an der Bekämpfung der Kinderlähmung. Möglich wurde dies, weil eines der berühmtesten Polioopfer – der amerikanische Präsident Franklin D. Roosevelt – seine Studien mit Stiftungsgeldern unterstützte.

Salks erste Forschungsergebnisse waren nicht gerade ermutigend. 1954 – er hatte den Selbstversuch überlebt – startete ein Großversuch mit der Impfung von mehr als 1,8 Millionen Kindern. Doch etliche Kinder erkrankten, elf starben und 200 von ihnen beka-

men lebenslange Lähmungen. Man hatte die Kinder mit einer Spritzimpfung behandelt und ein Test ergab, dass das Virus in sieben von zehn Proben nicht richtig abgetötet war. Den Durchbruch brachte schließlich ein Impfstoff des Mikrobiologen Dr. Albert Sabin, der mit stark abgeschwächten

Polioviren geschluckt werden konnte.

Die Impfung gegen Kinderlähmung hat sich inzwischen fast weltweit durchgesetzt, seit 2002 gilt Europa als poliofrei. Doch die Sicherheit vor der Krankheit ist trügerisch: Bis Januar 2014 meldete die WHO 23 Fälle von Polio in Syrien, weitere in Afghanistan und der Türkei sind bekannt, eine Einschleppung nach Deutschland wird befürchtet. Doch während in der Mitte des letzten Jahrhunderts noch fast jeder Arzt mit der Krankheit in Berührung kam, sehen heutzutage junge, angehende Ärzte keine Patienten mehr mit Polio.

Obendrein meldet sich die Erkrankung, oft nach Jahrzehnten, bei Menschen zurück, die glauben, sie überwunden zu haben: als Post-Polio-Syndrom. Schätzungsweise 100.000 Menschen in Deutschland sind betroffen, die Dunkelziffer ist hoch. Die Folgeerscheinung einer Poliomyelitis-Erkrankung verursacht unter anderem Müdigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen sowie Muskelschwächen und wird häufig zu spät erkannt. Ein Grund, weswegen die KV Baden-Württemberg für den Herbst ein Symposium zum Thema Post-Polio-Syndrom plant (siehe Kasten).

Nach wie vor ist die Impfung der beste Schutz vor der Erkrankung. Die Poliomyelitis-Impfung (IPV) gehört laut Schutzimpfungsrichtlinie auch heute noch in den Impfkalendar von Säuglingen,

Ärzte gesucht: Behandlung von Post-Polio soll verbessert werden

Derzeit plant die KV Baden-Württemberg eine Tagung zum Thema Post-Polio-Syndrom. Sprechen werden unter anderem ein Vertreter des Post-Polio-Zentrums in Koblenz, des Bundesverbands Poliomyelitis e. V. sowie Neurologen und Schmerztherapeuten. Die Veranstaltung soll auch dazu genutzt werden, Ärzte zur Behandlung des Post-Polio-Syndroms bei Betroffenen zu gewinnen. In der nächsten ergo-Ausgabe wird das Programm veröffentlicht werden.

➔ **Interessierte Ärzte bitte melden bei: Daniela Fuchs, Kooperationsberatung Ärzte und Selbsthilfegruppen (KOSA) 07121 917-2396**



Pionier im Kampf gegen Polio: Dr. Jonas Salk

Kindern und Jugendlichen sowie unter gewissen Voraussetzungen von Erwachsenen. Die Verdienste von Jonas Salk sind also noch immer unbestritten; mittlerweile ist man auch wieder zu seiner Applikationsweise der Spritzimpfung zurückgekehrt.

In seinen späten Jahren beschäftigte sich der Forscher unter

anderem mit der Bekämpfung von Krebs und suchte einen Impfstoff gegen Aids. 1995 starb Jonas Salk. Ob ihm seine Frau seinen Selbst- und Familienversuch übel nahm, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Fest steht nur, dass seine Ehe scheiterte und er 1970 Francoise Gilot heiratete – einst Muse und Geliebte von Pablo Picasso.

Machen Sie mit: Online-Befragung zu Praxiskosten

Auf der Homepage des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) können niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten seit 7. März etwa sechs Wochen lang an einer Befragung zu ihren Praxiskosten teilnehmen.

Der Fokus liegt auf zwei Kostentreibern: Berufshaftpflichtversicherungen und Praxisverwaltungssysteme. In beiden Bereichen sind die

Preise in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen und belasten zunehmend die Praxen. Der Zeitaufwand der Befragung wird auf etwa 45 Minuten geschätzt; Teilnehmer erhalten eine Aufwandspauschale in Höhe von 50 Euro. Für Rückfragen von Ärzten richtet das ZI eine Hotline ein.

➔ www.zi-pp.de

Inhaltlich neutral die Diskussion steuern

MAK-Training mit Know-how für angehende QZ-Moderatoren

Ein Lächeln ist ein Lächeln, zusammengezogene Augenbrauen bedeuten nichts Gutes, eine laute Stimme wirkt bedrohlich – was gibt es da misszuverstehen? Einiges, denn Kommunikation – auch die nonverbale – ist eine schwierige Sache und eine der wichtigsten Säulen, wenn es um die Arbeit eines Qualitätszirkel-Moderators geht. Um diese und um vieles mehr geht es im MAK-Tipp.

Seit mehr als 20 Jahren haben sich Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung durchgesetzt. Wer einen QZ als Moderator leiten möchte, braucht den Nachweis einer entsprechenden Qualifikation. „Um diese zu erwerben, empfiehlt sich das Training für QZ-Moderatoren, das die KV Baden-Württemberg anbietet“, erklärt Referent Dr. Michael Viapiano. „Es zeigt in Vorträgen, mit Fallbeispielen, Diskussionen und Rollenspielen, worauf es bei der Moderation ankommt. Dabei geht es beispielsweise um die Grundlagen der Kommunikation und Moderation, Methoden und Techniken der Qualitätszirkel

arbeit, Dokumentation, den Umgang mit „schwierigen“ Teilnehmern und auch das Selbstverständnis des Moderators.“

Hausarzt Dr. Thomas Ledig aus Ditzingen ist seit vielen Jahren QZ-Moderator. Er schätzt es, die QZ zu organisieren und Themen zu planen und vorzubereiten. Jüngeren Kollegen würde er diese Tätigkeit unbedingt weiterempfehlen, „denn in den nächsten Jahren wird eine ganze Generation älterer

Ärzte die Arbeit aufgeben. Daher denke ich, wir brauchen unbedingt den Input jüngerer Kolleginnen und Kollegen, um deren Arbeitsweisen zu erlernen und in den QZ umzusetzen.“

➔ Die nächsten Termine stehen am 16. und 17. Mai in Karlsruhe an. Preis: 75 Euro inclusive Unterlagen, Verpflegung und Getränke. Weitere Informationen unter www.mak-bw.de

Einstieg für QZ-Moderatoren

Voraussetzung für die Anerkennung als QZ-Moderator ist unter anderem das KVBW-Moderatorentertraining oder die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“. Moderatoren eines anerkannten Qualitätszirkels erhalten eine Aufwandsentschädigung von 75 Euro für die Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung und Protokollierung der QZ-Sitzung. Dies ist begrenzt auf sechs Sitzungen pro Qualitätszirkel jährlich. Voraussetzung ist, dass die Sitzungen regelmäßig stattfinden.

Wollen Moderatoren ihren Qualitätszirkel als Fortbildung anerkennen lassen, müssen sie einen entsprechenden Antrag bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg stellen.

➔ Dies geht online unter www.aerztekammer-bw.de

Seminare der Management-Akademie (MAK)

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB- Punkte	Semi- nar-Nr.
BETRIEBSWIRTSCHAFT / ZULASSUNG							
Der Weg zur wirtschaftlich erfolgreichen Praxis Modul 1: Ärztliches Honorar – Einnahmen aus freiberuflicher Tätigkeit Modul 2: Von der betriebswirtschaftlichen Planung zur erfolgreichen Praxisführung	Ärzte, die sich niederlassen wollen oder gerade erst niedergelassen haben. Nicht für Psychotherapeuten	Modul 1: 15. Mai 2014 Modul 2: 5. Juni 2014	Jeweils 17.30 bis 21.00 Uhr	BD Stuttgart	55,- je Modul	4	S 52/1 S 52/2
Alternativen zur Selbstständigkeit	Angestellte Ärzte	25. Juni 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	S 55
Die erfolgreiche Praxisabgabe	Ärzte und Psychotherapeuten	10. Mai 2014	10.00 bis 13.00 Uhr	BD Karlsruhe	45,-	4	K 61
Schenken und vererben – aber richtig!	Ärzte und Psychotherapeuten	7. Mai 2014	17.00 bis 20.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	0	S 67
Starterseminar	Ärzte, die sich neu niedergelassen haben	4. Juni 2014	17.00 bis 21.00 Uhr	BD Freiburg	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	F 265
Starterseminar	Ärzte, die sich neu niedergelassen haben	28. Juni 2014	9.00 bis 13.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	S 268
Starterseminar	Ärzte, die sich neu niedergelassen haben	26. September 2014	17.00 bis 21.00 Uhr	BD Reutlingen	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	R 266
Starterseminar	Psychotherapeuten, die sich neu niedergelassen haben	21. November 2014	17.00 bis 21.00 Uhr	BD Karlsruhe	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	K 267
PRAXISMANAGEMENT							
Erste Hilfe am Kind	Ärzte und Praxismitarbeiter	24. Mai 2014	9.00 bis 16.00 Uhr	BD Stuttgart	110,-	10	S 110
Ruhe bewahren – Beschwerdemanagement im Praxisalltag	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	20. Mai 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	85,-	7	R 147
QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG							
Moderatorenttraining für Qualitätszirkel	Ärzte und Psychotherapeuten	16./17. Mai 2014	freitags 15.00 bis 20.00 Uhr samstags 9.00 bis 16.00 Uhr	BD Karlsruhe	75,-	18	K 211
Moderatorenttraining für Qualitätszirkel	Ärzte und Psychotherapeuten	4./5. Juli 2014	freitags 15.00 bis 20.00 Uhr samstags 9.00 bis 16.00 Uhr	BD Stuttgart	75,-	18	S 212
Moderatorenttraining für Qualitätszirkel	Ärzte und Psychotherapeuten	19./20. September 2014	freitags 15.00 bis 20.00 Uhr samstags 9.00 bis 16.00 Uhr	BD Reutlingen	75,-	18	R 214
Moderatorenttraining für Qualitätszirkel	Ärzte und Psychotherapeuten	5./6. Dezember 2014	freitags 15.00 bis 20.00 Uhr samstags 9.00 bis 16.00 Uhr	BD Stuttgart	75,-	18	S 213
Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung: Mit schriftlicher Prüfung. Voraussetzung: abgeschlossene medizinische Ausbildung. Kursdauer fünf Tage	Ärzte und Praxismitarbeiter	15.-17. Mai 2014 23./24. Mai 2014	9.00 bis 17.00 Uhr	Regionalbüro Mannheim	340,-	41	K 227
Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung: Mit schriftlicher Prüfung. Voraussetzung: abgeschlossene medizinische Ausbildung. Kursdauer fünf Tage	Ärzte und Praxismitarbeiter	26.-28. Juni 2014 4./5. Juli 2014	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	340,-	41	S 224
DMP Asthma / COPD – strukturierte Schulungsprogramme NASA und COBRA	Ärzte und Praxismitarbeiter	Basisseminar: 16. Mai 2014 NASA: 17. Mai 2014 COBRA: 24. Mai 2014	15.00 bis 19.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	120,- (1 Tag) 170,- (1 ½ Tage) pro Teilnehmer NASA/ COBRA jew. 67,- für Materialkosten NASA / COBRA	9 (1 Tag) 5 (1/2 Tag)	S 247/1 S 247/2 S 247/3
Disease-Management-Programme (DMP) – weiterführende Fortbildungen DMP Diabetes mellitus Typ 2, DMP Asthma / DMP COPD, DMP Koronare Herzkrankheit (KHK). Aktuelle Informationen zu den DMP und zur DMP-Dokumentation	Hausärzte, die an der Vereinbarung zu den entsprechenden DMP-Programmen teilnehmen	4. Juni 2014	14.30 bis 18.30 Uhr	BD Reutlingen	80,-	5	R 249



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

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

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

IMPRESSUM

ergo
Ausgabe 1 / 2014
Zeitung der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg
ISSN 1862-1430
Erscheinungstag:
20. März 2014
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, Swantje Middeldorff
Anschrift der Redaktion:
Redaktion ergo
KVBW Bezirksdirektion Karlsruhe
Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe
Telefon 0721 5961-0
Telefax 0721 5961-1188
E-Mail eva.frien@kvbawue.de
Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Christoph Apel, Meike Ackermann, Stefanie Eble,
Michael Hedergott, Dr. Norbert Metke,
Dr. Johannes Probst, Kai Sonntag, Martina
Tröscher, Dr. Michael Viapiano
Fotos und Illustrationen:
S. 1 docStock/VisualsUnlimited; S. 2 iStock/mar-
vinh; S. 4 Laurence Chaperon, Susie Knoll/Florian
Jaenicke, Stephan Baumann, Studio Wiegand,
Bundestagsfraktion DIE LINKE; S. 5 picture-alliance/
dpa, KBV, ZIPP; S. 6 ddp images/Newscom, G-BA;
S. 7 fotolia/ Syda Productions, Fotolia/Marco2811;
S. 8 iStock/Jan-Otto, privat; S. 9 iStock/kilukilu,
privat; S. 10 fotolia/momius, fotolia/apops;
S. 11 Universität Ulm, S. 12 fotolia/smikeymikey1,
fotolia/ Tyler Olson, fotolia; S. 13 privat; S. 14
ddp images/United Archives, ZIPP; S. 16: privat,
CeGaT GmbH, Frank Speth (Illustration)
Erscheinungsweise:
vierteljährlich
Auflage:
24.300 Exemplare
Gestaltung und Produktion:
Uwe Schönthaler
Die Redaktion behält sich die Kürzung von
Leserzuschriften vor. Die in dieser Zeitschrift
veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich
geschützt. Abdruck nur mit Genehmigung des
Herausgebers.
Anmerkung:
Die Begriffe „Arzt“ und „Psychotherapeut“ im
Text stehen immer sowohl für die männliche als
auch für die weibliche Berufsbezeichnung.
ergo auch im Internet:
www.kvbawue.de » Presse » Publikationen

35. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit in Oberösterreich

Bei dem vom 21. bis 28. Juni 2014 stattfindenden Wettkampf kommen in Wels in Oberösterreich wieder etwa 2.500 Sportbegeisterte aus mehr als 50 Ländern zusammen.

Die akkreditierten Freizeitsportler starten in 25 Einzel- und Mannschaftsdisziplinen, wovon die meisten in Altersklassen eingeteilt sind. Teilnehmen können Mediziner sowie Kollegen aus den medizinischen und pflegenden Berufen. Auch Studenten und Auszubildende können akkreditiert werden. Die Sportweltspiele bieten eine große Anzahl Disziplinen und Startmöglichkeiten für Amateursportler. Von Tennis und Golf über Leichtathletik und Schwimmen bis hin zu Radrennen und Fußball

reicht die Liste der Sportarten, bei denen auch Freunde und Angehörige der Teilnehmer ohne Wertung mitstarten können.

Neben den sportlichen Wettkämpfen bieten die Sportweltspiele einen internationalen Kongress für Sportmedizin und einen Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus aller Welt. Ein gesundheitliches Attest und der Spaß am Leistungssport sind Voraussetzungen für die Teilnahme. Gestartet wird in fünf Altersklassen. Anmeldungen werden noch bis zum 15. Juni angenommen oder direkt vor Ort am 21. Juni.

➔ Weitere Informationen:
www.sportweltspiele.de

Neuer VV-Delegierter

Dr. Harro Sauter, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Echterdingen, übernimmt den Platz in der Vertreterversammlung, der nach dem Abschied von Dr. Birgit Annen frei geworden war. Dr. Sauter ist kein Unbekannter in der VV: Als Delegierter saß er bereits in der ersten KVBW-VV von 2005 bis 2010. Dr. Sauter ist seit über 25 Jahren niedergelassener Kinderarzt und engagiert sich seit langem berufspolitisch. Unter anderem ist er VV-Delegierter in der nordwürttembergischen Bezirksärztekammer.



Leben und Arbeiten

Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen, ist vor allem für Frauen noch immer ein Problem. Und was für andere Berufsgruppen gilt, ist umso mehr für Ärzte und Psychotherapeuten keine leichte Aufgabe. Daher hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Homepage entwickelt, auf der Betroffene berichten, wie sie Beruf und Familie vereinbaren und die Praxis kinderfreundlich gestalten. Unter www.praxis-und-familie.de finden Interessierte gute Beispiele von anderen „Arzteltern“, in der Rubrik „Arbeitsplatz Praxis“ werden Entlastungsmöglichkeiten in Elternzeit und Kinderbetreuung oder bei der Arbeitszeit vorgestellt, in „Unternehmen Praxis“ geht’s um Zeitmanagement und Kinderbetreuung. Auch über Möglichkeiten zum Wiedereinstieg in die Praxis und entsprechende Hilfsangebote wie Kurse von Kammern und KVen wird informiert.

Nachruf Ursula Haferkamp



Im Februar verstarb Dr. med. Ursula Haferkamp nach kurzer schwerer Krankheit im Alter von 59 Jahren.

Das berufspolitische Engagement von Ursula Haferkamp war bezüglich der Breite – Vorsitz der Initiative niedergelassener Frauenärzte, Ärztekammer, KV-Delegierte – sehr eindrucksvoll. Und Zeugnis ihres Selbstverständnisses, sich nach Kräften in die Gesellschaft einzubringen. Mit dem gleichen Engagement und mit der

ihr eigenen empathischen Fähigkeit übte sie ihren ärztlichen Beruf aus, mit warmer menschlicher und ärztlicher Zuwendung.

In der KV war sie als Beirätin der Bezirksdirektion Freiburg über sechs Jahre engagiert aktiv. Dabei bestach sie durch eine glückliche Mischung von klaren strategischen Gedanken und dem Versuch, stets in jedem Kollegen primär den Menschen zu sehen und in den berufsbezogenen Fragestellungen die praktikable Lösung zu suchen. Nicht ohne die Bereitschaft, dort, wo es angebracht war, auch mal Zähne zu zeigen. Im Kreis von lauter männlichen Kollegen wusste sie sich nicht nur zu behaupten, sondern nutzte ihre weibliche Rolle und übernahm damit immer auch fürsorgende Momente.

Mit großer Zielstrebigkeit und sehr geschicktem Handeln nahm sie sich der Entwicklung und Verwirklichung „ihrer“ Notfallpraxis in Vil-

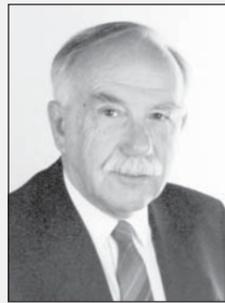
lingen-Schwenningen an. Mit Uschi Haferkamp als steter Promotor und beharrlicher Kümmerin konnte die Notfallpraxis schließlich institutionalisiert werden.

Für unsere KV und für uns als berufspolitische Kollegen war sie ein Geschenk. Bestechend ihre offensichtliche Fähigkeit, ohne negative Energien, ohne Druck oder Aggression überall da Wirkung zu erzielen, wo es ihr darauf ankam. Sie wirkte an und durch sich und setzte Maßstäbe für ein menschliches Miteinander.

Die Gnadenlosigkeit ihrer Krankheit und ihr noch immer unfassbarer Tod bestürzten die Kollegenschaft und Patienten gleichermaßen. Was bleibt, ist ihre gelebte Liebe, mit der sie auf die Menschen zu- und die gestellten Aufgaben anging. Da lebt sie in uns allen weiter.

Dr. Johannes Probst, Bezirksbeirat
Im Namen der Kollegen

„Außergewöhnliche Persönlichkeit und exzellenter Kenner des Kassenarztesrechtes“



Die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg betrauern den Tod von Rolf Liebold. Der Diplom-Betriebswirt war langjähriger Hauptgeschäftsführer der KV Nordwürttemberg. Er übernahm das Amt im Jahr 1968 und bekleidete es bis zu seinem Ruhestand 1987.

In vielen Ausschüssen auf Bundesebene brachte Rolf Liebold

Fachwissen und Erfahrung ein und prägte so maßgeblich die Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung im gesamten Bundesgebiet. Als ausgezeichnete Kenner des Kassenarztesrechtes schrieb er weit über 1.600 Fachartikel und machte sich damit weit über die Grenzen Baden-Württembergs einen Namen. Gemeinsam mit dem ehemaligen Bundespräsidenten Gustav Heinemann, später eigenverantwortlich, war er Herausgeber des vierbändigen Werks „Kassenarztrecht“. Hinzu kamen zwei Werke zum Zahnarztrecht und zur zahnärztlichen Gebührenordnung sowie ein Handlexikon für den Kassenarzt. Zudem hatte er die Schriftleitung für „Die KV-Abrechnung“ inne. Er gehörte zu den Mitbegründern des Gebührenord-

nungskommentars „Wezel/Liebold“ und dem jetzt dreibändigen Werk zu den ärztlichen Gebührenordnungen EBM und GOÄ.

„Wir verlieren mit Rolf Liebold eine außergewöhnliche Persönlichkeit und einen exzellenten Kenner des Kassenarztesrechtes, der sich große Verdienste um das System der Kassenärztlichen Vereinigungen erworben hat. Die Niedergelassenen sind ihm daher zu großem Dank verpflichtet“, so der Vorstandsvorsitzende der KV Baden-Württemberg, Dr. Norbert Metke. Rolf Liebold war Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft sowie des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Er starb am 17. Dezember 2013 im Alter von 91 Jahren.



EU-Innovationspreis geht an Tübinger Humangenetikerin

Die Europäische Kommission hat den EU-Preis an Dr. Saskia Biskup aufgrund ihrer Forschung zur Verbesserung der Diagnostik von schwerwiegenden Erkrankungen wie etwa Epilepsie oder Tumorerkrankungen verliehen.

Die neue Diagnostik erlaubt es, die Ursachen genetischer Krankheiten viel schneller aufzuklären, indem Veränderungen im Erbgut, die diese Krankheiten auslösen, mit Hilfe der Hochdurchsatz-Sequenzier-Technologie viel schneller und kostengünstiger als früher diagnostiziert werden können.

Dies passiert, indem man alle bekannten Gene – bei Epilepsien über 400 oder bei erblichen Tumorerkrankungen etwa 100 – mit dieser Technik parallel, statt bisher nacheinander untersuchen kann. Dadurch können Therapieentscheidungen unterstützt und der Krankheitsverlauf beeinflusst werden.



Saskia Biskup arbeitet in einer humangenetischen Praxis in Tübingen, am Klinikum in Stuttgart und ist Mitgründerin und Geschäftsführerin der Tübinger CeGaT GmbH.

Der 42-jährigen Medizinerin ist die Kombination ihrer Arbeit – Patientenkontakt und Forschung – besonders wichtig. Zu dem mit 100.000 Euro dotierten Preis sagt sie: „Ich freue mich sehr, dass die EU auch in Zukunft viel Geld für innovative Forschung bereitstellt.“