

Zukunft der Akut- und Notfallversorgung: für mehr Patientensicherheit und Effizienz

Die Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland – kurz SmED – wird Patienten ab 1. Januar 2020 unter 116117 zur Verfügung stehen. Unter dieser Rufnummer bieten die Kassenärztlichen Vereinigungen eine telefonische Ersteinschätzung der akuten Beschwerden an und vermitteln eine der Dringlichkeit angemessene ärztliche Versorgung.

Mit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) am 11. Mai 2019 ist der Weg frei für ein erweitertes Patienten-Angebot in der Akut- und Notfallversorgung. Spätestens zum 1. Januar 2020 steht die Telefonnummer 116117 bundesweit rund um die Uhr zur Verfügung – 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche. Nach telefonischer Ersteinschätzung werden dort Termine bei Haus- und Fachärzten vermittelt. Patienten erhalten eine Empfehlung, mit welchen akuten Beschwerden eine Vorstellung in einer Krankenhausnotaufnahme angezeigt ist. In Notfällen erfolgt die Übergabe an den Rettungsdienst. In einigen Regionen wird auch die Möglichkeit einer ärztlichen Telekonsultation angeboten.

Patienten in die richtige Versorgungsebene lenken

Mit dem softwaregestützten Verfahren „**Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED)**“ werden Patienten von qualifiziertem Personal durch strukturierte Fragen in die richtige Versorgungsebene zur weiteren Abklärung ihrer Beschwerden gelenkt.

„Wir haben konkrete Maßnahmen und Instrumente, um die Versorgung im Akutfall zielgerichtet und passgenau sicherzustellen. SmED ist dabei ein zentraler Baustein im Programm der Kassenärztlichen Vereinigungen. Das evidenzbasierte Verfahren ermöglicht eine sichere Empfehlung, wer tatsächlich die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen muss. Zudem verfolgen wir das Prinzip des gemeinsamen Trensens von Portalpraxen und Notfallambulanzen der Kliniken. Dies hat auch der Sachverständigenrat in seinem letzten Gutachten dringend empfohlen“, sagte Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

In der Schweiz erprobtes Verfahren

Grundlage von SmED ist ein in der Schweiz erprobtes Ersteinschätzungsverfahren, das für die Anwendung in Deutschland adaptiert wurde. Abgefragt werden Patientendaten wie Geschlecht und Alter, chronische Krankheiten, Vorerkrankungen

und Medikation, Leitsymptome und Begleitbeschwerden. Die Software unterstützt die strukturierte Abfrage, die durch geschulte Fachkräfte durchgeführt wird. Das Ergebnis ist nicht eine Diagnose, sondern eine **Einschätzung der Dringlichkeit**. „Neben der Einordnung der Beschwerden bietet SmED auch eine Dokumentation für die Weiterbehandlung. Wer nicht an ein Krankenhaus verwiesen wird und keinen dringlichen Arzttermin benötigt, sollte beruhigt sein. Eventuell kann auch eine telefonische ärztliche Beratung weiterhelfen. Insgesamt kann so eine hohe Versorgungssicherheit und ein besserer Einsatz der immer knapperen Arztzeit erreicht werden“, so Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

„Die medizinischen Inhalte des Systems basieren auf dem Projekt ‚Red Flags‘ des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bern, bei dem mehr als 250 wissenschaftliche Arbeiten berücksichtigt wurden. Diese werden bei neuen Erkenntnissen laufend aktualisiert. In der Schweiz haben wir sehr gute Erfahrungen mit dem System gemacht. Bei etwa 50 Prozent der Anrufenden ist eine Selbstbehandlung empfohlen worden. Bei weniger als einem Prozent lag ein lebensbedrohlicher Notfall vor, der andernfalls vielleicht übersehen worden wäre“, erklärte Dr. Andreas Meer, Geschäftsführer der Schweizer in4medicine AG, die das Ersteinschätzungssystem SMASS (Swiss Medical Assessment System) konzipiert hat. Für die laufende Weiterentwicklung sowie für Qualitätssicherung und Evaluation sowie für die Bereitstellung der Software in Deutschland hat das Zi einen mehrjährigen Kooperationsvertrag mit dem aQua-Institut und in4medicine geschlossen.

Zur Anpassung und Weiterentwicklung hat das Zi zudem einen medizinischen Beirat gebildet. SmED wird über das Zi allen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stehen, die die Software in ihren Telefonvermittlungszentralen und in den Bereitschaftspraxen einsetzen können. Auch Krankenhäuser können die Software lizenzieren.

– Nach Informationen des Zi –

Neues Bündnis stellt Maßnahmen gegen Ärztemangel vor

Mit starken Partnern will der Freistaat Sachsen die Gesundheitsversorgung für die Zukunft absichern und insbesondere im ländlichen Raum neue Wege gehen. Mitglieder des am 3. Juni 2019 in Dresden gegründeten Bündnisses sind neben dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die AOK Plus.

Das Maßnahmenpaket umfasst Aktivitäten zur Ärztegewinnung ebenso wie neue Modelle für den ländlichen Raum und die klare Forderung nach mehr Studienplätzen für Mediziner. Das Bündnis fordert zudem alle Akteure im Gesundheitssystem auf, sich einzubringen und an der Gestaltung der Versorgungslandschaft mitzuwirken.



Das neue Bündnis zur medizinischen Versorgung haben unterschrieben: neben Sachsens Gesundheitsministerin Barbara Klepsch (vorn) Erik Boden-dieck für die Sächsische Landesärztekammer, Dr. Klaus Heckemann für die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Rainer Striebel für die AOK PLUS und Hubertus Jaeger für die Krankenhausgesellschaft Sachsen (v.l.)

Mehr Medizinstudienplätze

Eine Hauptforderung des Bündnisses ist die Erhöhung der Medizinstudienplätze in Sachsen um zusätzlich 100 Studienplätze pro Jahr. Eine aktuelle Studie des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung zeigt, dass dieser Bedarf für Absolventen der Humanmedizin zwingend erforderlich ist. Des Weiteren müssen hochschuleigene Auswahlverfahren verbindlich werden, da gute Noten allein noch keinen guten Arzt machen. Zudem wird das Bündnis die Studienplätze für Humanmedizin im Ausland (Ungarn) in den kommenden zwei Jahren von bisher 20 auf 40 Plätze verdoppeln. Die Finanzierung der zusätzlichen Studienplätze erfolgt durch den Freistaat Sachsen.

„Mit dem Bündnis gehen wir gemeinsam neue Wege. Die Anforderungen an das medizinische Versorgungssystem und die vertragsärztliche Versorgung haben sich verschoben. Wir brauchen perspektivisch deshalb unter anderem mehr Ärzte für Sachsen und neue Modelle für die medizinische Versorgung. Ein entscheidender Baustein bleibt für mich die Einführung einer Landarztquote, um vorab bereits Ärzte für den ländlichen Raum zu gewinnen“, betonte Gesundheitsministerin **Barbara Klepsch**.

Höhere Aufwandsentschädigung für Lehrpraxen

Weiterhin wird das Bündnis angehende Ärzte finanziell unterstützen. **Hubertus Jaeger**, Vorsitzender des Vorstandes der Krankenhausgesellschaft Sachsen: „Wir wollen künftig beispielsweise die jungen Medizinstudierenden im Praktischen Jahr finanziell unterstützen. Dies ist angesichts eines bundesweiten Wettbewerbs um den ärztlichen Nachwuchs unerlässlich. Eine angemessene Vergütung im PJ kann die Attraktivität der sächsischen PJ-Angebote erheblich steigern. Das werden wir durch gezielte Förderung der Krankenhäuser bzw. akademischen Lehrpraxen begleiten.“ Niedergelassene Ärzte im ländlichen Raum, die als akademische Lehrpraxis junge Ärzte ausbilden, sollen eine höhere Aufwandsentschädigung pro Praxis und Student erhalten.

Dr. Klaus Heckemann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung: „Die Ausbildungskapazitäten in Deutschland reichen bei Weitem nicht aus, um allen geeigneten und motivierten Abiturienten, die Arzt werden wollen, ein Medizinstudium zu ermöglichen, wenngleich das Interesse am Medizinstudium und am Arztberuf groß ist. Der KV Sachsen obliegt jedoch der Auftrag, die hausärztliche und fachärztliche Versorgung für die Bevölkerung des Freistaates Sachsen sicherzustellen. Mit Sorge nehmen wir deshalb wahr, dass sich insbesondere in ländlichen Gebieten ein Mangel an Haus- und Fachärzten abzeichnet. Als Reaktion darauf setzt die KV Sachsen seit 2013 das Modellprojekt „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“ um, bei dem 20 Studenten im deutschsprachigen Studiengang Humanmedizin an der Universität Pécs in Ungarn gefördert werden. Auch wenn wir uns bereits in diesem Sommer über die ersten dortigen Absolventen freuen, sehen wir es als dringend notwendige Forderung an, so schnell wie möglich ausreichend Studienplätze für zukünftige Haus- und Fachärzte in Sachsen zu schaffen.“

Mentoring-Programme ausbauen

Zur ärztlichen Tätigkeit gehören heute auch Abrechnung und Versicherung, Arbeitsschutz, Personalführung sowie Rechte und Pflichten gegenüber den Krankenkassen. Das Bündnis wird Ärzte bei der Niederlassung und bei der Berufsausübung unterstützen. Unter anderem sollen Mentoring-Programme für niedergelassene Ärzte zur Regressvermeidung weiter ausgebaut werden.

Bestehende Fördermöglichkeiten im ländlichen Raum werden verstärkt, damit Ärzte wirksam unterstützt werden, die sich neu niederlassen wollen. Das erfolgreiche Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ soll mit einer Imagekampagne bei seiner Arbeit für die Nachwuchsgewinnung und die Anwerbung von Ärzten für den Freistaat Sachsen unterstützt werden.

Neue Ansätze und Berufsbilder

Weiterhin will das Bündnis eine zukunftsfeste Versorgungslandschaft insbesondere auch im ländlichen Raum mit mobiler Medizin, Arztassistenz und Digitalisierung gestalten. Dafür unterstützt das Bündnis u. a. Modelle zur Delegation und trägt neue Berufsbilder wie nichtärztliche Praxisassistenten und den Physician Assistant in die Fläche.

Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer: „Mit dem Ausbau digitaler Strukturen kann es gelingen, Patientinnen und Patienten in ländlichen Regionen weiterhin wohnortnah zu versorgen und gleichzeitig Ärztinnen und Ärzte zu entlasten. Ziel der Digitalisierung ist auch eine bessere sektorenübergreifende Versorgung, damit keine Betreuungslücken bei hilfsbedürftigen Menschen entstehen.“

Rainer Striebel, Vorsitzender des Vorstandes der AOK PLUS: „Neue Ansätze wie Impfbusse, Satellitenpraxen und Patientenbusse sowie neue Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und telemedizinische Ideen gilt es gemeinsam mit den Akteuren vor Ort auszuprobieren und einzuführen. Dabei sollen insbesondere die Ärzte entlastet und unnötige Bürokratie verringert werden.“

Grundlage für das Maßnahmepapier sind unter anderem eine aktuelle Studie des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung, das Gutachten zu den Auswirkungen des demografischen Wandels für den Bedarf an Absolventen der Humanmedizin (Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung) und die Sozialberichterstattung in Sachsen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz).

Das gesamte Papier „Wir versorgen Sachsen. Selbstverwaltung und Politik gründen Bündnis für medizinische Versorgung“ ist auf der Website des SMS abrufbar.

Informationen

www.sachsen.de > Gesundheit > Gesundheitswesen
> Medizinische Versorgung > Gesundheitsbündnis
„Wir versorgen Sachsen“

www.zi.de > Publikationen > Zi-Paper
> 15/2019 „Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze
in Deutschland“

– Information des Sächsischen Staatsministeriums
für Soziales und Verbraucherschutz –

Reform der Bedarfsplanung beschlossen: bundesweit 3.500 neue Arztsitze

In der ambulanten Versorgung werden rund 3.500 zusätzliche Arzt- und Psychotherapeutesitze geschaffen. Das ist ein Ergebnis der überarbeiteten Bedarfsplanung, die der Gemeinsame Bundesausschuss am 16. Mai 2019 beschlossen hat. Neue Niederlassungsmöglichkeiten gibt es danach vor allem für Hausärzte und Psychotherapeuten.

Zu den Neuerungen gehört, dass bei der Festlegung des Bedarfs neben der Zahl der Einwohner sowie deren Alter und Geschlecht künftig noch stärker die Morbidität berücksichtigt wird. Aufgrund des neuen Morbiditätsfaktors wurden die Verhältniszahlen aller Ärzte und Psychotherapeuten zur Einwohnerzahl in einem Planungsbereich neu berechnet. Für einige Fachgruppen wurde zudem das Versorgungsniveau systematisch angehoben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) greift mit dem Beschluss wesentliche Impulse des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auf, das er 2017 in Auftrag gegeben hatte und das im Sommer 2018 veröffentlicht wurde.

Sportlicher Zeitplan

Durch die Reform der Bedarfsplanung ergeben sich insgesamt rund 3.500 neue Niederlassungsmöglichkeiten. Den größten Zuwachs verzeichnen Hausärzte mit rund 1.500 neuen Sitzen, Psychotherapeuten mit rund 800, Nervenärzte mit rund 480 und Kinder- und Jugendmediziner mit rund 400 neuen Sitzen.

Mit dem jetzt gefassten Beschluss halte die Selbstverwaltung die Frist 1. Juli 2019 ein, die die Politik mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz für die Reform vorgegeben hat, betonte KBV-Vize-Vorstandschef Dr. Stephan Hofmeister. Den Zeitplan für die Umsetzung nannte er „sportlich“. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen hätten ab Inkrafttreten des Beschlusses sechs Monate Zeit, die neuen Vorgaben umzusetzen.

Die neue Richtlinie bildet Hofmeister zufolge den Bedarf an Ärzten und Psychotherapeuten noch besser ab und ermöglicht eine passgenauere Planung. Es müsse aber allen klar sein, dass „mit dem Beschluss zunächst nur mehr Sitze auf dem Papier geschaffen werden. Neue Ärzte gibt es damit nicht auf Knopfdruck“, sagte er. Es sei weiterhin erforderlich, den Arztberuf attraktiver zu machen und sich aktiv um den ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchs zu kümmern, da Planung keinen Mangel beseitigen kann.

Neue Quoten für Internisten, Nervenärzte und Psychosomatiker

Änderungen gibt es bei der Planung von Sitzen für Facharztinternisten mit bestimmten Schwerpunkten. Die Gruppe wird zwar weiterhin gesamthaft geplant. Neu sind aber Mindestquoten und Maximalquoten, um ein ausgewogenes Verhältnis unterschiedlicher Schwerpunkte sicherzustellen und dem Aufkauf von Praxen kleinerer Schwerpunkte vorzubeugen.

So wird für Kardiologen, Gastroenterologen, Pneumologen und Nephrologen eine Obergrenze eingeführt. Sie legt letztlich fest, wie viele Internisten eines Schwerpunktes es in einem Planungsbereich maximal geben soll. Dies kann Auswirkungen auf die Nachbesetzung haben: Wird beispielsweise die Obergrenze der Kardiologen von 33 Prozent überschritten, darf der freie Sitz eines Gastroenterologen oder eines Rheumatologen nicht mit einem Kardiologen besetzt werden. Bestehende Arztsitze können gleichwohl nachbesetzt werden.

Bei den Rheumatologen wird eine Mindestquote von zunächst acht Prozent eingeführt. Das heißt: Acht Prozent der Facharztinternisten sollen laut Bedarfsplanung Rheumatologen sein. In Planungsbereichen, wo die Quote nicht erreicht wird, können sich Bewerber in dem sonst für Internisten gesperrten Bereich niederlassen. So entstehen rund 100 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Rheumatologen. Weitere Mindestquoten gibt es für Nervenärzte, für die Verteilung der Psychiater und Neurologen sowie für Psychosomatiker.

Erreichbarkeit für vier Fachgruppen vorgegeben

Die regionalen Landesausschüsse können schon jetzt einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellen, wenn die Versorgung der Bevölkerung in einer Region (perspektivisch) nicht sichergestellt werden kann. Für die Prüfung eines solchen Bedarfs soll künftig die Erreichbarkeit der Ärzte stärker berücksichtigt werden – zunächst für vier Fachgruppen. Danach sollen 95 Prozent der Patienten der Region zum Hausarzt nicht länger als 20 Minuten Fahrtzeit mit dem Auto benötigen. Die Erreichbarkeit für Kinder- und Jugendmediziner wurde auf 30 Minuten, für Gynäkologen und Augenärzte auf 40 Minuten festgelegt.

Aktualisierung der Gebietsstände

Im Zuge der Reform hat der G-BA gleichzeitig die Zuschnitte der Planungsbereiche sowie deren Typisierung an die aktuellen Gebietsstände der Landesplanung angepasst. Dadurch können sich im Einzelfall Änderungen in der Zusammensetzung der Planungsbereiche ergeben.

Das Bundesgesundheitsministerium hat nun zunächst zwei Monate Zeit, den Beschluss des G-BA zu prüfen. Bei Nichtbeanstandung wird er im Bundesanzeiger veröffentlicht und

tritt am Folgetag in Kraft. Mit Inkrafttreten beginnt die sechsmonatige Frist der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Umsetzung.

Die letzte große Reform der Bedarfsplanung wurde 2012 beschlossen und ging auf das Versorgungsstrukturgesetz zurück. Damals wurden unter anderem ein neuer Demografiefaktor sowie vier Versorgungsebenen eingeführt, in denen Ärzte und Psychotherapeuten seitdem unterschiedlich feinmaschig verteilt sind.

– Information der KBV –

Impfquoten bei Schulanfängern zu niedrig

Die Impflücken bei Masern sind weiterhin zu groß. Das geht aus den Auswertungen zu Impfquoten hervor, die das Robert Koch-Institut (RKI) am 2. Mai 2019 im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht hat.

Zwar haben 97,1 Prozent der Schulanfänger die erste Impfung bekommen. Aber bei der entscheidenden zweiten Masernimpfung gibt es große regionale Unterschiede, so dass auf Bundesebene die gewünschte Impfquote von 95 Prozent noch immer nicht erreicht wird. Nach den neuen Daten des RKI sind gut 93 Prozent der Schulanfänger 2017 zweimal gegen Masern geimpft. Die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten oder auch gegen Kinderlähmung haben bei den Schulanfängern jedoch bereits im dritten Jahr in Folge abgenommen. Die Daten zeigen, dass gemeinsame Anstrengungen der am Impfsystem beteiligten Akteure notwendig sind, um hohe Impfquoten zu erreichen und zu halten.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Trotz aller Aufklärungskampagnen sind die Impfquoten in den vergangenen Jahren nicht entscheidend gestiegen. Deshalb muss die Masernimpfung in Kindergärten und Schule verpflichtend werden. Denn wer sich impft, schützt nicht nur sich selbst, sondern auch die Gemeinschaft. 95 Prozent der Bevölkerung müssen gegen

Masern geimpft sein, damit diese hochansteckende Viruserkrankung ausgerottet werden kann. Das ist unser Ziel.“

Dem Robert Koch-Institut wurden für 2018 insgesamt 543 Masernerkrankungen übermittelt, im laufenden Jahr sind es bereits mehr als 300 Fälle. „Fast die Hälfte der Erkrankten sind junge Erwachsene, das weist auf die großen Impflücken in diesen Altersgruppen hin“, betont Lothar H. Wieler, Präsident des RKI. Die Ständige Impfkommission empfiehlt für die nach 1970 Geborenen, die Impfung nachzuholen, wenn im Impfpass keine oder nur eine Masernimpfung aus der Kindheit vermerkt ist oder der Impfstatus unklar ist.

Informationen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Impfen

– Nach Informationen des Robert Koch-Institutes –

Gesundheitsministerin startet Projekt „Impfbus“ für Sachsen

Wer sich impfen lässt, schützt nicht nur sich, sondern auch Andere! Sachsens Gesundheitsministerin Barbara Klepsch hat Anfang Mai am BSZ Pirna-Copitz das Projekt „Impfbus“ gestartet.



In der mobilen Arztpraxis können sich Berufsschüler und Lehrer an ihrer Schule über Infektionskrankheiten und Impfungen informieren. Zudem besteht die Möglichkeit, den Impfausweis vom medizinischen Fachpersonal kontrollieren zu lassen und fehlende Impfungen direkt nachzuholen. Der Impfbus fährt innerhalb von fünf Wochen elf Berufschulzentren in sieben sächsischen Landkreisen an: Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Bautzen, Mittelsachsen, Zwickau, Leipziger Land, Görlitz und Meißen. Dabei werden Schülern und Auszubildenden ab 18 Jahren sowie Lehrern Impfungen sowohl gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Kinderlähmung als auch gegen Masern, Mumps, Röteln angeboten. Ziel ist es, die jungen Erwachsenen für das Thema Impfen zu sensibilisieren, aufzuklären und Impflücken zu schließen.

„Jugendliche und junge Erwachsenen haben selten Arztkontakte, die zum Impfen genutzt werden könnten. Mit dem Impfbusprojekt haben wir eine Möglichkeit gefunden, diese Altersgruppe zu erreichen und junge Menschen anzuregen, sich über den eigenen Impfstatus Gedanken zu machen.“, sagte die Ministerin.

Informationen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Impfen

– Nach Informationen des Sächsischen Ministeriums für Soziales und Verbraucherschutz –

PraxisWissen Häusliche Krankenpflege

Zur Verordnung häuslicher Krankenpflege bietet die KBV jetzt eine Broschüre an: Das Serviceheft „Häusliche Krankenpflege – Hinweise zur Verordnung für Ärzte“ enthält grundlegende Informationen zur Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie Praxisbeispiele.

Die Broschüre umfasst 20 Seiten und kann kostenfrei bei der KBV bestellt werden, zudem steht sie auch als Webversion bereit.

Das Wichtigste in kompakter Form

Eine Übersicht zeigt anschaulich, was häusliche Krankenpflege leistet, welche Formen kombiniert werden können und wie lange häusliche Krankenpflege verordnet werden darf. Ärzte erfahren, was sie beim Ausfüllen des Ordnungsformulars beachten sollten, Wissenswertes zur Genehmigung durch die Krankenkasse und zur Zusammenarbeit mit Pflegediensten. Auch wichtige Unterschiede zur häuslichen Pflege zulasten der gesetzlichen Pflegeversicherung werden erläutert. Das Heft berücksichtigt wichtige Neuerungen, die es in den vergangenen Jahren gab, zum Beispiel die Unterstützungspflege und die im April 2019 erweiterten Verordnungsmöglichkeiten bei der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Neuerungen und Praxisbeispiele

Die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten, die Vertragsärzte seit 2017 im Rahmen häuslicher Krankenpflege verordnen können, wird in einem Praxisbeispiel beleuchtet. Davon gibt es insgesamt fünf in der Broschüre. Hierbei wird jeweils der Fall kurz geschildert und auf die Begründung der Verordnung eingegangen.

Broschüre kostenfrei bestellen

Die Broschüre „Häusliche Krankenpflege – Hinweise zur Verordnung für Ärzte“ kann kostenfrei aus der KBV-Mediathek heruntergeladen oder als gedrucktes Exemplar über den dortigen Warenkorb-Button bestellt werden.



Informationen und Download

www.kbv.de > Mediathek > Publikationen
> PraxisWissen

– Information der KBV –