

Wissenschaftler belegen:

Patienten und Ärzte profitieren vom AOK-Hausarztvertrag

Pauschale 1
kontaktunabhängig
pro Jahr
65 Euro

Pauschale 2
kontaktabhängig
pro Quartal
max. 3 x 40 Euro

Pauschale 3
Zuschlag für
chronisch kranke
Patienten
max. 4 x 25 bis
30 Euro

Vorhaltezuschläge,
Einzelleistungen,
ergebnisabhängige
Zusatzvergütungen

MEDI Marktplatz hilft die Praxisnachfolge zu regeln

Künftig unterstützt MEDI Praxisgründer und -abgeber mit neuem Service und Know-how.

PNP-Vertrag mit Modul Psychotherapie gestartet

Der Vertrag ermöglicht eine besser strukturierte und flexiblere Versorgung als im KV-System.

MEDI lässt Streikrecht für Ärzte prüfen

Niedergelassene möchten das Streikrecht. Was Klinikärzte dürfen, sollte ihnen auch erlaubt sein.

Sichern Sie die Vorteile für Ihre Praxis und Ihre Patienten:

Jetzt AOK-Versicherte in Facharztverträge einschreiben!

AOK-Versicherte, die bereits am Hausarztprogramm teilnehmen, können sowohl vom Hausarzt als auch vom Facharzt in das AOK Facharztprogramm eingeschrieben werden und dadurch neben der qualitätsgesicherten Behandlung von zusätzlichen Service-Angeboten profitieren.

MEDI  **VERBUND**
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

Unser Projekt Hausarztverträge funktioniert!

Liebe Leserin, lieber Leser,

es war mir eine große Freude, die Ergebnisse der HZV-Evaluation der beiden Professoren Gerlach und Szecsenyi beim Hauptstadtkongress in Berlin mitpräsentieren zu dürfen. Denn nun haben wir valide Daten, die zeigen: Unser Projekt Hausarztverträge funktioniert und trägt dazu bei, Schief lagen im System zu korrigieren. Chronisch kranke HZV-Patienten werden in Baden-Württemberg besser versorgt und fühlen sich besser betreut. Hausärzte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, werden besser vergütet und sind zufriedener. Der Einsatz von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis führt zu einer nachweislich höheren Entlastung der Kollegen und die Praxismitarbeiterinnen fühlen sich durch ihre Tätigkeit und Qualifizierung aufgewertet. Die Refinanzierung stimmt, es werden mehr rabattierte und weniger Me-Too-Präparate verordnet – ohne dass die Versorgung der Patienten schlechter wäre.

Unsere Verträge sind keine Sparverträge, obwohl unsere Kritiker das immer wieder gerne ausblenden. Den gleichen Gegenwind, den wir bei den Hausarztverträgen von Politikern, Körperschaften und selbsternannten Experten hatten, haben wir nun bei unseren Facharztverträgen. Die gleichen Personen stehen aber in der ersten Reihe, wenn es darum geht, dass wir die Sinnhaftigkeit dieser Verträge beweisen sollen.

Die Ergebnisse aus der HZV-Evaluation zeigen uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Deswegen werden wir auch Facharztverträge für alle Fachgruppen weiterentwickeln. Die

Alternative wäre ein Weiterwurschteln im KV-System und die Umsetzung der Vorgaben aus Berlin. Ohne funktionierende Hausarztverträge gibt es keine Facharztverträge im Sinne der neuen Versorgung. Ohne Facharztverträge werden aber auch die Hausarztverträge ins Leere laufen. Das Zauberwort heißt kollegiale Zusammenarbeit und Schnittstellendefinition zwischen den Versorgungsbereichen.

Die Studie der Professoren Gerlach und Szecsenyi war nicht die letzte ihrer Art. Wir werden auch die Facharztverträge evaluieren und die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten prüfen lassen. Ich bin sicher, dass auch diese Ergebnisse gut sein werden, wenn wir die Selektivverträge als notwendige Ergänzung zum Kollektivsystem annehmen und sie mit Leben füllen.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

W. Baumgärtner

Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender



Gute Stimmung bei den Vertragspartnern und den Professoren in Berlin.



MEDI arbeitet an wasserdichten Musterverträgen für prä- und poststationäre Leistungen.



TITELGESCHICHTE

- 9 **HZV-Evaluation: Ergebnisse lassen Vertragspartner triumphieren**
- 11 **Metke: Vertrag ist auch ein Plus für Fachärzte**

DIALOG

- 6 **MEDI Vorsitzender Dr. Werner Baumgärtner: »Nirgendwo steht, dass wir auf das Streikrecht verzichtet hätten!«**
- 8 **Die Ergebnisse der Umfrage zum Streikrecht für Niedergelassene**
- 8 **GASTKOMMENTAR – DR. JUR. JOACHIM B. STECK**
- 8 **»Überholt und nicht haltbar«**

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 12 **Teilgemeinschaftspraxen sind keine Zuweisungskartelle**
- 13 **PNP-Vertrag startet mit dem Modul Psychotherapie**
- 14 **Fachärzte profitieren von der Sofortabrechnung nach Einschreibung im 73c-Vertrag**
- 15 **Die fünf wichtigsten Fragen zur Sofortabrechnung**
- 16 **HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN: Was bringt mir die Einführung des Gesamtziffernkranzes?**

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 17 **Wenn zwei Ärzte plötzlich fehlen**

AUS BRANDENBURG

- 18 **MEDI Brandenburg punktet mit neuem Online-Sekretariat**

GESUNDHEITSPOLITIK

- 19 **Kassenmär Fangprämien: Mit MEDI sind Ärzte auf der sicheren Seite**
- 20 **STIMMEN AUS DEN MEDI PRAXEN – »Nicht vorhandene Seriosität« und »Ärzte an den Pranger gestellt«**
- 22 **MENSCHEN BEI MEDI – Frank A. Fasco, Orthopäde in Pirmasens**
- 24 **Renate Hartwig und MEDI: Ende eines Schulterchlusses**
- 25 **FÜR SIE GELESEN – Burkhard Veigel »Wege durch die Mauer«**

ARZT & RECHT

- 26 **Urteil zum Praxismarkt: BSG weist Ausschüsse in die Schranken**
- 27 **ASS. JUR. FRANK HOFMANN BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN: Was genau ist die persönliche Leistungserbringung?**

BUSINESS

- 28 **Sie möchten einen Kurs buchen oder ein Ärztehaus bauen?**
- 29 **IMPRESSUM**
- 30 **NEUE MITARBEITER BEI MEDI – Sven Kleinknecht und Fabian English**
- 31 **Kooperation mit Merz Pharmaceuticals im Bereich Demenz**

PRAXISMANAGEMENT

- 32 **Vorsicht vor Diskriminierungs-Vorwürfen von Bewerbern!**
- 34 **MEDI baut neuen Marktplatz für Praxisgründer und Praxisabgeber auf**

PRAXISTEAM

- 36 **Praxis-Chefs dürfen Mobbing nicht ignorieren**
- 32 **Sinnvolle Alternativen zur normalen Tastatur**

„Nirgendwo steht, dass wir auf das Streikrecht verzichtet hätten!“

Eine große Mehrheit der Niedergelassenen möchte das Streikrecht. Das ergab eine Umfrage, die MEDI Deutschland im Frühjahr in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz durchgeführt hat. Geantwortet haben 6.609 Mitglieder und Nicht-Mitglieder. Für den MEDI Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner ein klares Votum. Er erhebt das Streikrecht zum MEDI Thema und will es juristisch auf nationaler und europäischer Ebene prüfen lassen.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, überrascht Sie das Ergebnis der Umfrage?

Baumgärtner: Nein, ich habe mit etwa 10% Rücklauf gerechnet. Auch mit der großen Zustimmung habe ich gerechnet. Immerhin ist ein großer Teil der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen mit ihren Rahmenbedingungen mehr als unzufrieden. Viele haben noch nicht resigniert und unterstützen uns.

MEDITIMES: Auf der anderen Seite erinnern wir uns alle noch gut an die großen Ärzteproteste für fünf, sechs Jahren. Damals waren viele Niedergelassene auch motiviert, aber als es an die Praxisschließungen ging, die wohlgemerkt zwei, drei Tage dauern sollten, hatte ein Teil Ihrer Kollegen deswegen schon Bauchschmerzen...

Baumgärtner: Hätten wir damals Streikrecht gehabt, wären unsere Praxisschließungen so lange gelaufen, bis wir unsere Forderungen durchgesetzt hätten. Da wir nach gängiger Meinung von Politik, Kassen und KVen nicht streiken durften und dürfen, liefen unsere Protestaktionen unter dem Begriff Praxisschließungen und nicht unter Streik. Auch mit den Praxisschließungen befanden wir uns in einem juristischen Graubereich, denn wir haben als Vertragsärzte ja den Sicherstellungsauftrag, dürfen nicht einfach die Praxen schließen, sondern müssen unsere ge-

setzliche Vorgaben und die der KVen umsetzen. Deshalb fürchteten viele Kolleginnen und Kollegen Reaktionen der Kassen und Sanktionen der KVen. Es wurde ja in der Öffentlichkeit immer wieder mit dem Entzug der Kassenzulassung ge-

droht und ohne Kassenzulassung ist das Gros der Praxen pleite. Auch der in Bayern knapp gescheiterte Ausstieg ist am Drohszenario des SGB V gescheitert, das nicht nur ich für verfassungswidrig halte.

MEDITIMES: Was möchte MEDI Deutschland nun anders machen?

Baumgärtner: Wir wollen grundsätzlich klären, ob wir als niedergelassene Ärzte in Deutschland Streikrecht haben. Dazu wollen wir mit einer nationalen Klage beginnen und, falls das erste Urteil vor einem deutschen Sozialgericht negativ ausfällt, uns an die EU-Kommission und den Europäischen Gerichtshof wenden. Dazu wird es nach der Sommerpause in einem Bundesland einen Streik geben, den wir auch so nennen werden. Wir gehen davon aus, dass dieser Streik mit einer entsprechenden Begründung verboten wird und auf dieser Basis können wir dann klagen.

MEDITIMES: Nun ist ja der Arztberuf ein freier Beruf. Wozu brauchen niedergelassene Mediziner, die, ähnlich wie Anwälte, Steuerberater oder Architekten, ebenfalls selbstständig sind, ein Streikrecht?

Baumgärtner: Der Arztberuf ist in Deutschland nur noch auf dem Papier des Berufsrechts der Kammern frei. Ansonsten sind wir als niedergelassene Ärzte frei das unternehmerische Risiko zu tragen ohne Einfluss auf unsere Bezahlung zu haben. Die Praxen setzen mehr oder weniger widerspruchslos jedes Quartal jede Vorgabe der Politik und der KVen um. Die Regelungsdichte des SGB V hat inzwischen einen Grad erreicht, der jede Freiberuflichkeit erstickt hat.

Das Streikrecht hat nichts mit dem kollektiven Systemausstieg zu tun

MEDITIMES: Das Streikrecht darf ja nicht verwechselt werden mit der kollektiven Rückgabe der ärztlichen Zulassung...

Baumgärtner: Richtig, das sind zwei Paar Stiefel. Haben wir ein Streikrecht, dann können wir die Praxen schließen ohne die Kassenzulassung zu verlieren. Streiks sind wiederholbar, ein wichtiges und flexibles Instrument zur Durchsetzung von Interessen. Die Zulassungsrückgabe ist ein einmaliges Ereignis, gedacht als letzter gemeinsamer Schritt zur Rückgewinnung von Freiberuflichkeit und planbaren wirtschaftlichen Verhältnissen. Es ist schon unglaublich, dass es in einem demokratischen Staat unter Strafe steht, wenn Ärzte aus einem staatlich dominierten System aussteigen, zumal die Patientenversorgung immer gewährleistet wäre, aber eben nicht unter Selbstausbeutung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.



MEDITIMES: Um die Zulassungsrückgabe ist es ja sehr still geworden...

Baumgärtner: Wolfgang Hoppenthaller ist am Systemausstieg gescheitert, was nicht hätte sein müssen, ich war in Nürnberg dabei und es war knapp. Wir sind in Baden-Württemberg von Anfang an andere Wege gegangen. Man kann den Ausstieg nicht erzwingen, aber man muss die Option offen halten. Wenn der Zeitpunkt kommt, wo es Mehrheiten für einen Ausstieg gibt, dann müssen die Körbe schon da und gefüllt sein. Sonst verliert man wertvolle Zeit. Aktuell ist in Baden-Württemberg die Motivation für einen kollektiven Systemausstieg sehr gering, was an den Hausarzt- und Facharztverträgen, an der Querfinanzierung der Praxen durch GOÄ und IGeL und an einer besseren KV-Honorarpolitik liegt, die wir eng begleiten. Dennoch bleiben, wenn es nach mir geht, die Körbe weiter offen. Man weiß ja nie...

MEDITIMES: Kommen wir wieder zurück zum Streikrecht. Sie haben das Thema ja bereits juristisch prüfen lassen. Mit welchem Ergebnis?

Warum dürfen niedergelassene Ärzte in anderen europäischen Ländern streiken?

Baumgärtner: Wir haben eine erste Prüfung auf nationaler Ebene durchgeführt. Dabei kam heraus, dass eigentlich nirgendwo steht, dass wir niedergelassene Ärzte auf das Streikrecht verzichten hätten. Zumindest wurde bis jetzt nichts derartiges gefunden. Insofern ist unser Streikverbot juristisch abgeleitet. Deshalb gehen wir jetzt daran prüfen zu lassen, ob diese Ableitungen angesichts sich verändernder politischer und gesetzlicher Rahmenbedingungen noch haltbar sind. Eine der juristischen Ableitungen sagt ja, wir hätten auf das Streikrecht zugunsten des Kollektivvertrags verzichtet. Dieser hat sich aber deutlich verändert und ist durch Integrationsversorgung, Öffnung der Krankenhäuser und Selektivverträge quasi durchlöchert.

MEDITIMES: Das heißt, die Chancen auf ein Streikrecht stehen gut?

Baumgärtner: National weniger, denn die Sozialgerichte haben als oberste Maxime die Aufrechterhaltung des Systems. Dem werden auch Grundrechte geopfert. Dennoch berücksichtigen Sozialgerichte auch das Berufsrecht und dort steht ja in §1, der Arztberuf ist ein freier Beruf, auch der angestellte Arzt. Warum angestellte Ärzte in Kliniken dann streiken dürfen, im MVZ wegen des Sicherstellungsauftrags aber nicht und die niedergelassenen Ärzte schon gar nicht, obwohl sie einem System dienen müssen, dem der einzelne hilflos ausgeliefert ist, sind spannende Fragen. Auf europäischer Ebene rechne ich mir größere Chancen aus, denn warum Ärzte in anderen europäischen Ländern streiken dürfen und in Deutschland nicht, wird zu klären sein.

MEDITIMES: Welche konkreten Schritte wird MEDI nun unternehmen?

Baumgärtner: Wir bereiten den ersten offiziellen Streik von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland vor,

der, wie ich bereits sagte, frühestens nach der Sommerpause kommen soll. Dann geht es in Deutschland in die Instanzen der Sozialgerichte. Parallel dazu steigen wir auf europäischer Ebene ein. Unsere Vorstände haben dazu grünes Licht gegeben.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, vielen Dank für das Gespräch und viel Erfolg.

Fortsetzung Seite 8

Die Ergebnisse der Umfrage


Insgesamt haben 6.609 Niedergelassene aus Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz an der Umfrage teilgenommen. 6.343 Teilnehmer sind für ein Streikrecht, 125 dagegen.

Die meisten Rückmeldungen kamen aus Baden-Württemberg. Dort haben insgesamt 3.054 Niedergelassene von 13.546 geantwortet, davon 1.867 MEDI Mitglieder. 2.920 sind für ein Streikrecht.

In Bayern wurden 18.969 Niedergelassene angeschrieben, 1.986 haben an der Fax-Umfrage teilgenommen, davon

86 Mitglieder. 1.913 sind für das Streikrecht.

In Hessen wurden 8.291 Niedergelassene angeschrieben, 1.142 haben an der Umfrage teilgenommen. 1.084 sind für ein Streikrecht.

In Rheinland-Pfalz wurden 2.707 angeschrieben. 427 haben geantwortet, davon 108 MEDI Mitglieder. 426 sind für ein Streikrecht. Anders als in den anderen Ländern wurde in Rheinland-Pfalz nur einmal ausgesendet. 

as

GASTKOMMENTAR


Dr. jur. Joachim B. Steck

Fachanwalt für Arzt- und Medizinrecht



»Überholt und nicht haltbar«

Das Streikrecht ist in Art. 9 Abs. 3 GG verfassungsrechtlich garantiert. Die Rechtsauffassung, Ärzte dürften generell nicht streiken, ist überholt und nicht haltbar. Dies gilt insbesondere für angestellte Ärzte. Dabei versteht es sich von selbst, dass im Falle eines Ärztestreiks ein funktionierender Notfalldienst aufrechterhalten werden muss. Bei den Vertragsärzten ist immer wieder von dem historischen Verzicht auf das Streikrecht die Rede. Zwar sind die Vertragsärzte nicht bei den Kassenärztlichen Vereinigungen oder bei den Krankenkassen angestellt, ihr freiberuflicher Status ist dennoch durchlöchert wie ein „Schweizer Käse“.

Ihr Pflichtenkatalog erscheint endlos, ihre Quasiverstaatlichung ist kaum von der Hand zu weisen. Der Ruf vieler Vertragsärzte und ihrer Verbände nach einem Streikrecht als ultima ratio ist Ausdruck eines nicht mehr als „waffengleich“ empfundenen Systems. Viele Vertragsärzte fühlen sich wehrlos. Immerhin bedient sich der Staat ihrer ärztlichen Leistungen, ohne ihnen die Vorzüge eines Beamten oder wenigstens eines festen, angemessenen Gehalts zu gewährleisten. Gleichwohl ist zu erwarten, dass die Sozialgerichte den Vertragsärzten kein Streikrecht zusprechen werden. Man darf hier mehr auf die Begründung als auf das Ergebnis gespannt sein. 



HZV-Evaluation: Ergebnisse lassen Vertragspartner triumphieren

Im AOK-Hausarztprogramm werden chronisch kranke Patienten besser versorgt als in der Regelversorgung und die Ärzte sind zufriedener. Das belegt eine unabhängige wissenschaftliche Untersuchung, die beim Hauptstadtkongress in Berlin vorgestellt wurde. Die Vertragspartner triumphieren: Sie haben sich von den Kritikern nicht unterkriegen lassen und werden ihre 73er-Verträge weiter ausbauen.



Die Evaluations-Ergebnisse wurden in der Anlaufphase des Vertrags, genauer gesagt in den Jahren 2009 und 2010 erhoben, und dürften so manchen Kritiker verstummen lassen. Denn die mit der Studie beauftragten Universitäten Frankfurt/Main und Heidelberg kommen dabei nicht nur zu dem Schluss, dass insbesondere chronisch Kranke besser und strukturierter versorgt werden als in der Regelversorgung. Teilnehmende Hausärzte sind auch mehrheitlich mit ihrem Beruf zufriedener und sehen im Hausarztvertrag die bessere Versorgungsform. So lautet das Fazit der beiden Wissenschaftler Prof. Dr. Joachim Szecsenyi (Universität Heidelberg) und Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Universität Frankfurt): Hausarztverträge nach dem Baden-Württembergischen Vorbild bieten Haus-

ärzten und ihren Praxisteams die notwendigen Arbeitsbedingungen, um Verantwortung für die künftige Versorgung einer immer älter und gesundheitlich bedürftigeren Bevölkerung zu übernehmen. Deshalb und auch angesichts der 1,1 Millionen teilnehmenden AOK-Versicherten sowie 3.500 Hausärzte sind sich die Vertragspartner in ihrer Forderung an die Politik einig: Sie muss ihre Verhinderungshaltung aufgeben und endlich bessere Rahmenbedingungen für Direktverträge nach dem Baden-Württemberg-Muster schaffen.

Insbesondere chronisch Kranke werden besser versorgt

Joachim Szecsenyi fasst die ersten Kernergebnisse der Untersuchung zusammen: „Die Patienten sind insgesamt zu-

fröhliche Gesichter beim Hauptstadtkongress: Joachim Szecsenyi, Ferdinand Gerlach, Christopher Hermann, Ulrich Weigeldt, Berthold Dietsche und Werner Baumgärtner.

friedener und fühlen sich umfassender betreut als die Vergleichsgruppe in der Regelversorgung. Chronisch Kranke haben bei ihrem Hausarzt im Schnitt pro Halbjahr fast zwei Kontakte mehr. Gleichzeitig sehen wir, dass unkoordinierte Facharztbesuche um rund 30 % zurückgehen“.

Für Dr. Berthold Dietsche, Chef des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg, zeigt dieses Fazit, dass Vorhaltungen in Richtung Abschiebung der schwierigen

Fortsetzung Seite 10

Fortsetzung

**HZV-Evaluation:
Ergebnisse lassen
Vertragspartner
triumphieren**

Behandlungsfälle wegen weitgehend auf Pauschalen beruhender Arzthonorierung damit ein für alle Mal passé sind. Mehr noch: „Der Hausarzt kann sich nun endlich wieder intensiver um seine Patienten kümmern und deren Behandlung im Sinne seiner Lotsenfunktion besser koordinieren“ so auch Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender des MEDI Verbunds.

Ein weiterer Beleg für die erhöhte Betreuungsintensität sind laut Szecsenyi die Einschreibequoten in die DMPs: „Sie waren unter den Vertragsteilnehmern zum Teil doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe. Das ist besonders wichtig, weil durch diese Programme Krankheitskomplikationen nachweislich verringert werden können.“

**Wissenschaftler:
Vertrag sollte Nachahmer finden**

Die Studien belegen außerdem: Die Hausärzte profitieren von der Teilnahme am Hausarztvertrag. Trotz etwas stärkerer Arbeitsbelastung fühlen sie sich weniger gestresst und sind außerdem motiviert, notwendige Veränderungsprozesse in der Praxisorganisation anzustoßen“, erklärt der zweite Studienleiter Ferdinand Gerlach. Gründe dafür sieht er vor allem

darin, dass sich Hausärzte durch die Verträge in ihrer Arbeit aufgewertet fühlen. Und da der Mehraufwand durch ein höheres Einkommen kompensiert werde, steige auch die Arbeitszufriedenheit. Auch der durch den Vertrag verstärkte Einsatz besonders qualifizierten Praxispersonals (sogenannte VERAH = Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) habe zu einer spürbaren Entlastung für die Hausärzte geführt. Die VERAH unterstützen den Arzt bei Tätigkeiten wie z. B.

Hausbesuchen und Medikamentenmanagement. Insgesamt ist es für den Frankfurter Versorgungsforscher mit dem Hausarztvertrag erstmals gelungen, eine bessere Alternative zur bestehenden Regelversorgung in die Praxis umzusetzen. „Schief lagen in der Versorgung durch das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung sind korrigierbar. Der Vertrag in Baden-Württemberg trägt dazu bei, die organisierte Verantwortungslosigkeit in unserem Gesundheitssystem zu beenden und sollte Nachahmer finden“, rät Gerlach und fügt hinzu: „Wir stehen noch ganz am Anfang der Entwicklung und es wird noch eine Weile dauern, bis sich die volle Wirkung des Vertrags entfaltet hat.“ Er betont außerdem, dass es sich bei

Nachhaltige Hausarztverträge bringen ...

...eine **bessere Versorgung** von chronisch Kranken:



- 1 Intensivere Betreuung durch den Hausarzt
- 2 Weniger unkoordinierte Facharztbesuche
- 3 Zusätzliche Unterstützung durch Versorgungsassistentin
- 4 Effektiverer Medikamenteneinsatz

**Fazit:
Zufriedene Patienten –
Zufriedene Ärzte**

Quelle: Wissenschaftliche Untersuchung des AOK-Hausarztvertrags in Baden-Württemberg
Prof. F. Gerlach, Universität Frankfurt/Main; Prof. J. Szecsenyi Universitätsklinikum Heidelberg

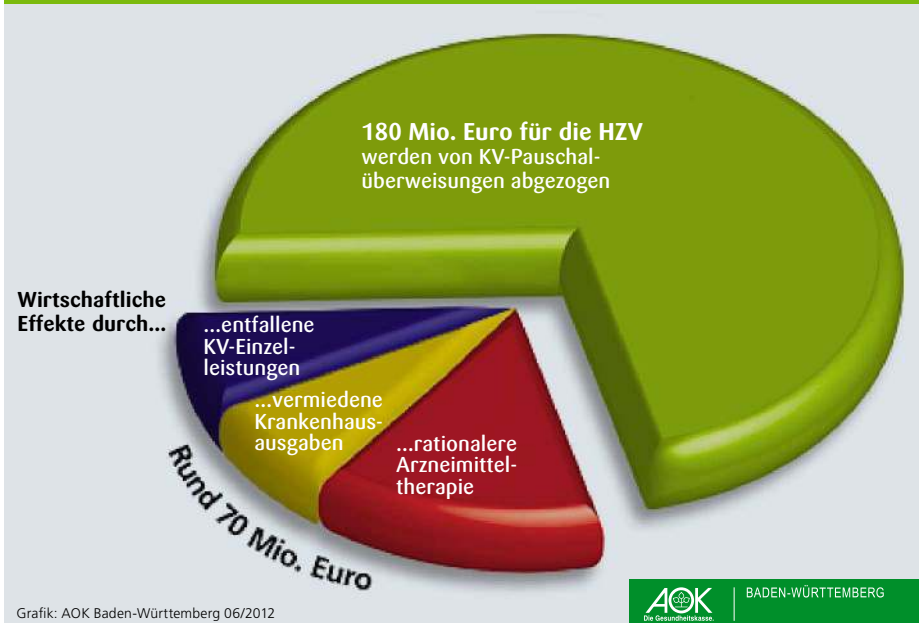


Ferdinand Gerlach bei der Pressekonferenz.

*Wir erwarten im weiteren
Zeitverlauf noch erheblich
stärkere Effekte*

Der AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg ist sauber finanziert.

HZV-Investition 2011 insgesamt 250 Mio. Euro



dieser Evaluation um die bundesweit erste kontrollierte wissenschaftliche Untersuchung handele, die sich mit der Wirkung von HZV-Verträgen beschäftigte.

Für den Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, bringen es die Studienergebnisse auf den Punkt: „Die AOK Baden-Württemberg investiert mit dem Hausarztvertrag in eine bessere Versorgung ihrer Versicherten, die Hausärzte haben wieder mehr Spaß an ihrem Beruf und das Ganze ist solide finanziert.“ Laut Hermann hat die AOK im letzten Jahr rund 250 Millionen Euro im Rahmen des Vertrags in die bessere Versorgung investiert. Dieser Betrag werde durch geringere Überweisungen an die KV und durch Wirtschaftlichkeitseffekte insbesondere bei den Arzneimittel- und Krankenhausausgaben refinanziert. „Das ist

hervorragend angelegtes Geld, weil es gerade Menschen zugute kommt, die schwer krank sind“, so der AOK-Chef. Außerdem befinde sich seine Krankenkasse auf einem stabilen Wachstumskurs: 2011 hatte die Südwest-AOK 130.000 neue Versicherte, in den ersten fünf Monaten dieses Jahres waren es bereits 50.000.

Angelina Schütz

→ Weitere Informationen zu den Evaluationsergebnissen finden Sie auf www.hzv-aktuell.de

Metke: HZV ist auch ein Plus für Fachärzte

Der Vorstandsvorsitzende der KV Baden-Württemberg, Dr. Norbert Metke, hat die Ergebnisse der Evaluation der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung begrüßt: „Dieser KV-Vorstand ist angetreten, die Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Gegnern der HZV-Verträge zu beenden, die zu unsäglichen Grabenkämpfen in der Ärzteschaft geführt haben. Die Ergebnisse zeigen, dass das eine richtige Entscheidung gewesen ist. Wir möchten positive Effekte aus den HZV-Verträgen dahingehend prüfen, ob wir sie nicht auch in die Regelversorgung übernehmen können.“ Die Qualitätssteigerungen in der HZV könnten sich auch positiv auf die Regelversorgung auswirken. „Wenn ein am Vertrag teilnehmender Arzt beispielsweise durch Qualitätszirkel seine Patienten besser versorgt, profitieren auch Nicht-HZV-Patienten davon.“

Metke begrüßt die Ergebnisse der Evaluation auch aus fachärztlicher Sicht: „Die HZV-Verträge in Baden-Württemberg erleichtern die fachärztliche Tätigkeit, da sie die unstrukturierte Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen bei gleichen Patientenzahlen reduziert haben. HZV-Verträge schaffen Rahmenbedingungen, in denen fachärztliches Know-how die Patienten erreicht, die es benötigen. Damit ist die HZV ein Plus für den Facharzt.“

as

Die Lotsenfunktion des Hausarztes wird akzeptiert



Joachim Szecsenyi präsentierte die Ergebnisse.



Teilgemeinschaftspraxen sind keine Zuweisungskartelle

Teilgemeinschaftspraxen erhalten die Freiberuflichkeit und nützen Arzt wie Patient. Ob das Modell zu Unrecht als berufswidrig kritisiert wird, prüft jetzt ein Gericht.

Bei einer Teilgemeinschaftspraxis (TGP) schließen sich Ärzte zur gemeinsamen Behandlung von Patienten zusammen. Die Kooperation ist auf ein bestimmtes Leistungsspektrum beschränkt, wie etwa die eines Pädiaters mit einem Neurologen zur Behandlung von Kindern mit neurologischen Problemen. Aber auch andere Modelle sind denkbar: MEDI fördert ein Konzept, das die Kooperation von Ärzten bei individuellen Gesund-

heitsleistungen (IGeL) und Privatpatienten vorsieht. An dieser Zusammenarbeit können sich Hausärzte und Fachärzte einschließlich der überweisungsgebundenen Arztgruppen beteiligen. MEDI will damit auch ein Gegengewicht zu Klinikambulanzen und Medizinischen Versorgungszentren schaffen und die freiberufliche ambulante Versorgung stärken. Zurzeit gibt es in Baden-Württemberg rund zehn TGPs mit MEDI Ärzten.

OLG-Urteil steht noch aus

Im Fall des Landgerichts Mosbach hatte die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs die Niedergelassenen verklagt. Der Kooperationsvertrag der MEDI Ärzte sah die Beteiligung von Radiologen vor. Die Wettbewerbshüter sahen darin und in der teilweise pauschalen Gewinnverteilung einen Verstoß gegen die Berufsordnung (BO). Das Landgericht wies die Klage ab. Das in der BO normierte Verbot verstoße gegen das Grundrecht auf freie Berufsausübung, hieß es zum einen. Außerdem werde das Verbot der Zuweisung

gegen Entgelt durch die Gewinnverteilung nicht umgangen.

Gegen das Urteil hat die Wettbewerbszentrale Berufung vor dem Oberlandesgericht (OLG) Karlsruhe eingelegt. Nach einer mündlichen Verhandlung hat das OLG auf Wunsch der Beteiligten auf das schriftliche Verfahren umgeschwenkt. Denn ohne weitere Verhandlungen geht das Verfahren schneller und billiger vonstatten. Ein Urteil ist in den nächsten Monaten zu erwarten. ■

din

„Eine Teilgemeinschaftspraxis nützt Arzt und Patient“, erklärt der Justitiar von MEDI, Frank Hofmann. „Die therapeutischen Spielräume werden erweitert und durch die Zusammenarbeit erfolgt eine Weiterentwicklung und Spezialisierung des Fachwissens. Die Patienten profitieren davon, dass die Ärzte ihre Behandlungen aufeinander abstimmen.“

Unberechtigte Kritik

Doch die Zusammenschlüsse sind in die Kritik geraten. Fachjuristen und Bezirksärztekammern sehen darin aufgrund der internen Honorar- und Gewinnverteilung einen Verstoß gegen die Berufsordnung (BO) – insbesondere wenn Laborärzte und Radiologen beteiligt sind. Da sie in der Regel nicht an der Leistungserbringung beteiligt seien, würden ihnen mittels TGPs Patienten gegen Entgelt zugewiesen, lautet die Argumentation. Das verbiete die BO jedoch. Teilweise wird sogar von „Zuweisungskartellen“ gesprochen, mit denen die Gesetze umgangen werden sollen.

Diese Kritik ist jedoch unberechtigt“, macht Justitiar Hofmann klar. Es sei nicht nachvollziehbar, dass das Zuweisungsverbot nur bei TGPs thematisiert werde, „während es bei sonstigen Kooperationen wie regulären Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren keine Rolle zu spielen scheint.“ Denn hier könnte eine „Kick-Back“-Problematik genau so konstruiert werden.

Dem Vorwurf der „Zuweisungskartellen“ widerspricht Hofmann: Im Vordergrund stehe doch, dass Ärzte so ihr Fachwissen weiterentwickeln, fach- und standortübergreifende Leistungen anbieten, sich in diagnostisch schwierigen Fällen austauschen und schnell kompetente Zweitmeinungen einholen könnten.

Erfolg vor Gericht

Rückenwind für seine Ansicht hat MEDI durch ein Urteil des Landgerichts Mosbach bekommen, das in einer MEDI TGP mit vier Radiologen 2010 keinen Verstoß gegen die Berufsordnung sah (*siehe Kasten*). Um Missverständnissen künftig vorzubeugen, schlägt MEDI außerdem eine Änderung der BO vor. ■

Diana Niedernhöfer

PNP-Vertrag startet mit dem Modul Psychotherapie

Ab sofort können sich Versicherte der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK in den bundesweit ersten Facharztvertrag für Psychotherapie einschreiben. Mit dem Bereich Psychotherapie startet damit das erste Modul des PNP-Vertrages (Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie). Die bereits rund 100.000 am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Versicherten sind schon in den neuen Vertrag eingeschrieben. Versorgungsbeginn ist der 1. Juli, für Versicherte der Bosch BKK ist es der 1. Oktober.



„Wir können Krankheiten behandeln, bevor sie chronisch werden“, so Rolf Wachendorf.

Vertragspartner des PNP-Vertrags sind die AOK Baden-Württemberg, die Bosch BKK sowie die ärztlichen und psychotherapeutischen Vertragspartner MEDI Baden-Württemberg, der Landesverband des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV) sowie die Freie Liste der Psychotherapeuten. Laut den Vertragspartnern wurde das angepeilte Quorum von 450 Ärzten zwar noch nicht vollständig erreicht. Man habe die Verteilung der eingeschriebenen Psychotherapeuten aber sorgfältig geprüft – das Ziel des Quorums, die flächendeckende Versorgung sicherzustellen, sei erreicht.

„Wir sind froh, dass wir mit diesem innovativen Versorgungsansatz im Bereich Psychotherapie endlich auf den Versorgungsbeginn zusteuern, denn psychische Erkrankungen sind ein permanent ansteigendes Versorgungsproblem“, so Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. „Der neue Vertrag ist spezifisch auf die Bedürfnisse unserer Versicherten in Baden-Württemberg zugeschnitten und ermöglicht ihnen eine signifikant schnellere, strukturiertere und flexiblere Versorgung.“

Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg, ergänzt: „Der PNP-Vertrag ist ein wirkliches Novum: Wir sind von diesem Vertrag

hundertprozentig überzeugt, weil er die richtigen Versorgungsanreize setzt und zudem ein deutliches Honorarplus gegenüber der KV-Regelversorgung ermöglicht. Wir gehen davon aus, dass sich in den nächsten Monaten kontinuierlich weitere Psychotherapeuten einschreiben werden, weil der Vertrag klare Vorteile für die Patienten bietet. Bei den Vertragsbestandteilen Psychiatrie und Neurologie bin ich ebenfalls zuversichtlich, dass wir mittelfristig mit der Versorgung starten können.“ Ein Hauptvorteil für zuweisende Hausärzte sei die vertraglich vereinbarte schnellere Terminvergabe, die im KV-System ein wesentliches Nadelöhr darstelle, so Baumgärtner.

Mehr Versorgungsoptionen für teilnehmende Patienten

Psychotherapeut Rolf Wachendorf von der Freien Liste der Psychotherapeuten unterstreicht die Vorteile des Vertrags aus seiner Sicht. So erhält beispielsweise ein teilnehmender Patient bei Verdacht auf eine Depression spätestens nach 14 Tagen einen Ersttermin bei einem Psychotherapeuten, im Notfall auch am gleichen Tag. Ist eine Behandlung nötig, schließt sich innerhalb von 14 Tagen ein Behandlungstermin an. Mit Ausnahme der langwierigen Psychoanalyse entfallen zudem alle aufwändigen Gutachterverfahren zur Klärung der Kostenübernahme, sodass die Therapie unbürokratisch

und ohne Verzögerung sofort beginnen kann. „Wir können damit Krankheiten behandeln, bevor sie chronisch werden. Dabei helfen uns besonders der im Vertrag geregelte bürokratiefreie schnelle Beginn einer Einzel- wie Gruppenpsychotherapie, die zeitnahe Versorgung innerhalb weniger Tage, wie auch der unkomplizierte Einbezug von Bezugspersonen, der speziell für Familien wichtig ist“, fasst der Experte zusammen.

„Der Vertrag geht völlig neue Wege, um die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern“, bestätigt Dr. Alessandro Cavicchioli, Landesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung in Baden-Württemberg: „Das Behandlungskonzept wird sehr individuell auf das Störungsbild zugeschnitten und richtet sich nach den Vorgaben der Leitlinien und dem wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie.“

eb

Unser Angebot Terminblöcke DIN A6

Menge: 50 Stück
 Format: DIN A6: 10,5 cm x 14,8 cm
 Blatt: 100
 Druck: 4/0-farbig Eurokala
 Papier: 80 g/m² Offset hochweiß
 Preis: 50 Stück mit je 100 Blatt
 für nur 200,- Euro
 (inkl. MwSt. zzgl. Versand)
**Bestellformulare unter
 Telefon: 0711 80 60 79-0
 oder www.medi-verbund.de**



Fachärzte profitieren von der Sofortabrechnung nach Einschreibung im 73c-Vertrag

Vom ersten 1. Juli an können Fachärzte, die neue Patienten in das Facharztprogramm einschreiben, ihre erbrachten Leistungen sofort abrechnen. Ein wichtiger Vorteil für viele der mehr als 300 teilnehmenden Kardiologen und Gastroenterologen! Die Regelung gilt auch für den PNP-Vertrag.

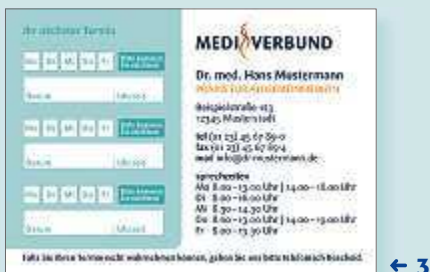
Dank der Sofortabrechnung können Fachärzte ihre Leistung bereits im selben Quartal, in dem die Einschreibung erfolgt, abrechnen. Das ist ein deutlicher Gewinn für die Fachärzte, insbesondere bei Patienten, die beim Erstkontakt eine umfangreiche Untersuchung benötigen oder absehbar keine Folgekontakte haben, wie das beispielsweise bei einer Vorsorgekoloskopie der Fall ist. Gleichzeitig profitieren HZV-Versicherte von schnellen Terminen und Serviceleistungen wie Abendsprechstunden für Berufstätige bei Fachärzten und Psychotherapeuten, die sich an der Sofortabrechnung beteiligen.

„Damit haben wir eine wichtige Änderung im Sinne der Fachärzte auf den Weg gebracht“, freut sich der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner. „Ärzte

haben nun finanzielle Vorteile vom ersten Tag der Einschreibung an. Diese Neuheit im 73c-Vertrag dürfte daher für einen kräftigen Schub an eingeschriebenen Patienten sorgen“, ist Baumgärtner überzeugt.

„Mit der Sofortabrechnung nach Einschreibung haben wir im Bereich der Versorgungsverträge abermals einen innovativen Akzent gesetzt, der zeigt, wie durch eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Vertragspartner pragmatische Lösungen im gemeinsamen Interesse von Patienten und Ärzten möglich sind“, ergänzt Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, der in diesem Zusammenhang die konstruktive Haltung der KV Baden-Württemberg explizit betont. ■

eb



DIE FÜNF WICHTIGSTEN FRAGEN

1. Kann jeder Arzt/Psychotherapeut, der am Facharztprogramm teilnimmt, die Sofortabrechnung ab dem 1. Juli automatisch umsetzen oder gibt es dafür ein bestimmtes Verfahren?

Zur Sofortabrechnung gibt es eine Ergänzungsvereinbarung. Die an §73c-Verträgen teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten können dieser Vereinbarung freiwillig beitreten und von der Managementgesellschaft dafür zugelassen werden. Im PNP-Vertrag gilt die Sofortabrechnung zunächst nur für die psychologischen Psychotherapeuten und die ausschließlich psychotherapeutischen Ärzte.

2. Welche Patienten kann man nach der neuen Regelung behandeln?

Patienten, die bereits aktive HZV-Teilnehmer sind. Deshalb sollte für die Sofortabrechnung nach Einschreibung immer die Teilnahme an der HZV geprüft werden. Patienten, die bereits ins Facharztprogramm eingeschrieben sind, können natürlich ebenfalls, wie bisher, über den entsprechenden Facharztvertrag abgerechnet werden.

3. Erfolgt die Vergütung in vollem Umfang nach §73c?

Für die Versicherten, die für die Sofortabrechnung eingeschrieben werden, gelten bereits die Regelungen zur schnellen Terminvergabe, Abendsprechstunde und Vorteile im Zusammenhang mit der Leistungserbringung. Demnach wird die Leistung auch nach §73c vergütet. Lediglich bei den Versicherten, die nicht gültig ins Teilnehmerverzeichnis des Vertrags kommen (z.B. bei Widerruf des Versicherten oder die Teilnahmeerklärung kommt nicht bei der Kasse an), wird eine reduzierte Vergütung ausbezahlt.

4. Was muss ich bei der Abrechnung besonders beachten?

Die Sofortabrechnung muss immer spätestens bis zum 5. des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats (also 5. Januar, 5. April, 5. Juli, 5. Oktober) bei der MEDIVERBUND AG eingehen. Wer diese Termine versäumt, kann seine Abrechnung nicht mehr bei der AG einreichen, sondern muss versuchen, über die KV abzurechnen. Darüber hinaus muss die Abrechnung fehlerfrei sein!

Denn die MEDIVERBUND AG kann weder Korrekturen noch Ergänzungen vornehmen – das verbietet die zur Sofortabrechnung mit der AOK BW getroffene Vereinbarung.

5. Angenommen ein Patient wird erst im übernächsten Quartal ins Teilnehmerverzeichnis des Vertrags aufgenommen. Kann ich ihn bis zu diesem Zeitpunkt dennoch über den Vertrag abrechnen?

Sie können einen Patienten zwei Quartale hintereinander nach der Sofortabrechnung behandeln und abrechnen. Das dürfte die Zeit bis zur Aufnahme ins Versichertenverzeichnis und bis zur Anzeige in der Software überbrücken. Für diese zwei Quartale sollten Sie dann alle Leistungen (auch ggf. Leistungen, die vor der Unterschrift des Versicherten im Quartal erbracht wurden) über den Vertrag abrechnen. Allerdings muss der Versicherte für diese beiden Quartale jeweils eine Teilnahmeerklärung unterschreiben, die Sie dann unverzüglich an die Krankenkasse schicken sollten. ■■■

vm

HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN



Foto: fotolia

Was bringt mir die Einführung des Gesamtziffernkranzes?

Was genau ist der Gesamtziffernkranz (GZK) bei den 73er-Verträgen?

Für Teilnehmer an den Selektivverträgen gelten bisher getrennte Aufstellungen der EBM-Ziffern, die nicht mehr über die KV abgerechnet werden dürfen. Das sind die sogenannten Ziffernkranze (Anlage 12 Anhang 1 in jedem Vertrag).

Die Umsetzung eines GZK bedeutet, dass künftig für die 73er-Verträge der AOK eine einheitliche EBM-Aufstellung gelten soll – inklusive aller Leistungen aus den Hausarzt- und Facharztverträgen. Die EBM-Ziffern dieser Gesamtaufstellung können für Patienten, die sich in Selektivverträge eingeschrieben haben, nicht mehr über die KV abgerechnet werden. Das gilt für alle Ärzte in einer Praxis (BAG, MVZ). Der Gesamtziffernkranz gilt für HZV-Versicherte nur dann, wenn sie auch in das AOK Facharztprogramm eingeschrieben sind. Andernfalls gilt der ursprüngliche 73b-HZV-Ziffernkranz.

Warum wird ein GZK eingeführt?

Patienten, die in das Facharztprogramm eingeschrieben sind, sollten von Ärzten versorgt werden, die auch an diesen Verträgen teilnehmen. Der Patient und seine dort abgebildete Versorgung werden durch die AOK bei der KV-Vergütung bereinigt. Die Bereinigung kommt dem Selektivvertragshonorar zugute. Das bedeutet, dass bei der KV dafür keine Gelder mehr zur Verfügung stehen.

Selektivverträge sollen sich zum zweiten Sektor neben der Regelversorgung ent-

wickeln. Deswegen soll eine Vermischung ärztlicher Leistung in den beiden Systemen möglichst vermieden werden. Im Sinne eines „geordneten Miteinanders von Kollektiv- und Selektivvertrag“ werden die Vertragspartner trotzdem darauf achten, dass Ihre Leistung auch in Zukunft adäquat abgebildet wird und die Verträge entsprechend weiterentwickelt werden.

Welche Leistungen muss ich besonders beachten?

Die Vertragsabteilung der MEDIVERBUND AG zählt dazu vor allem Sonografieleistungen (Schilddrüsenultraschall, Abdomenultraschall, ...) und die Gastroskopie.

Was ist in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem MVZ zu beachten?

Beispiel: Ein Kardiologe nimmt am 73c-Vertrag teil und befindet sich in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem MVZ mit einem Nephrologen, der nicht am Vertrag teilnimmt. Der Nephrologe erbringt nun (möglicherweise auch aufgrund vertragsfremder Diagnosen wie

z.B. Niereninsuffizienz) Leistungen bei einem 73c-Patienten, z.B. Blutabnahme oder Sonographieleistungen des Gesamtziffernkranzes. Die Sonographieleistung rechnet er nicht über die KV ab. Gleiches ist auch für die Anforderung der Laborleistung zu beachten (kein 10a-Schein für Laborziffern aus dem Ziffernkranz). Die Leistungen für diesen 73c-Patienten werden über die Abrechnungsziffern im Selektivvertrag vergütet.

Was kann ich tun, wenn der Gesamtziffernkranz Leistungen enthält, die ich bisher über die KV abgerechnet habe? Z.B. weil ich als Internist ohne Schwerpunkt am Kardiologie-/Gastroenterologievertrag teilnehme.

1. Prüfen Sie, ob Sie sowohl am Kardiologie- als auch am Gastroenterologievertrag zusätzlich teilnehmen können.
2. Prüfen Sie, ob folgende besonderen Härtekriterien auf Sie zutreffen:
 - a. Die entsprechenden Leistungen sind solche, die in der Regelversorgung als Freie Leistung oder Einzelleistungen bzw. Leistungen, die in einer entsprechenden Logik vergütet werden.
 - b. Betragen die Leistungen 10% Ihres Umsatzes mit der AOK?
 - c. Sind die gängigen Qualitätsstandards vorhanden um bestimmte zusätzliche Leistungen aus anderen Selektivverträgen abzurechnen (z.B. KV-Mengenvorgaben für die Gastroskopie)?

Aus Gründen der flächendeckenden Versorgung und zur Vermeidung von unzumutbaren betriebswirtschaftlichen Belastungen können also Ausnahmeregelungen geschaffen werden.

Ungeachtet dessen können auch zusätzliche Härtefälle beschlossen werden.



Fotos: Tamara Arne

Silke Schill, Thomas Rademacher und Verena Mayer

Wir beantworten gerne Ihre Fragen

Wenn zwei Ärzte plötzlich fehlen

Der kleine rheinland-pfälzische Ort Weilerbach erlangte Anfang März traurige Berühmtheit, als dort ein 78-jähriger Rentner zwei Ärzte in ihrer Praxis erschoss. Die Bewohner müssen nicht nur mit dem Schock über das Gewalterlebnis zurechtkommen. Dem Ort fehlen plötzlich zwei Ärzte.

Pfarrerin Dorothee Wüst spricht von „Schock-Starre“ und von „Problemen, das Gleichgewicht zu halten“. Die KV Rheinland-Pfalz nimmt mit „Fassungslosigkeit und tiefer Trauer“ Stellung. Und auch die Mitarbeiter von MEDI Südwest sind schockiert. Dabei wollen es Geschäftsführer Axel Motzenbäcker und Vorstandsassistentin Magda Itrich jedoch nicht bewegen lassen. Sie verschicken ein Rundschreiben an möglichst viele Ärzte, einen Hilfe-Aufruf, mit dem sie einerseits den Hinterbliebenen ihr Mitgefühl ausspre-

chen. Andererseits lenken sie das Augenmerk auf die erschwerte Patientenversorgung in Weilerbach und Umgebung. Sie bitten jeden Arzt darum, sich zu melden, der die Möglichkeit hat, in der allgemeinmedizinischen Praxis in Weilerbach auszuweichen oder dort längerfristig zu arbeiten: Sind Sie oder kennen Sie Ärzte, die im organisierten Notdienst arbeiten und bereit wären, hier einzuspringen? Auf diesen Hilferuf meldeten sich tatsächlich rund 15 Ärzte, die kurzfristig Kapazitäten frei hatten und Hilfe anboten. An-

dere schickten Faxe, um die Aktion zu unterstützen und sich für das Engagement zu bedanken.

Ein Ärzteverbund kann deutlich mehr sein als eine berufspolitische Vernetzung passiver Beitragszahler und aktiver Vorstände. Wichtiger ist die Kommunikation auf einer menschlichen Ebene mit dem Ziel, auch alltägliche Probleme der Ärzte zu lösen. Bei Magda Itrich melden sich beispielsweise Ärzte, die erstmalig mit Regressforderungen oder anderen rechtlichen Problemen konfrontiert sind. Ihnen kann sie neuerdings die Kooperation mit einem Rechtsanwalt empfehlen, der ein erstes Beratungsgespräch kostenlos durchführt. Die junge Assistentin hat viele Ideen, sie würde am liebsten viel häufiger auch die Möglichkeiten der sozialen Netzwerke nutzen, um Informationen unter Ärzten in Hochgeschwindigkeit weiterzugeben. Aber dann bremst sie sich wieder selbst: Die meisten Ärzte sind bekanntlich nach wie vor an eine Kommunikation per Telefon und Fax gewöhnt. ■■■

Ruth Auschra

MEDI Brandenburg punktet mit neuem Online-Sekretariat

In Bernau, nordöstlich von Berlin, übernimmt ein externes Sekretariat mit zwei Mitarbeitern seit einigen Wochen verschiedene Aufgaben für MEDI Brandenburg. Zum Beispiel wird hier die Mitgliederdatei verwaltet und der offizielle Schriftverkehr des Vorstands erledigt. Dieser kann nun online auf alle Dokumente zugreifen. Aber das ist nur ein Vorteil...



Foto: webpro24

Katja und Sven Schilling vom Online-Sekretariat WebPro24 bei der Arbeit.

Der Vorsitzende von MEDI Brandenburg, Dipl.-Med. Heinz Uhlmann, hat seine Praxis in Oranienburg. Sein Stellvertreter Dipl.-Med. Hartmut Kuske sitzt in Bernau-Schönow, die zweite Stellvertreterin Dr. Martina Herrmann in Potsdam. Die Strecke von Uhlmann über Kuske zu Herrmann ist knapp 100 km lang und führt quer durch das staugeplagte Berlin. Und Manfred Küchen, der Schriftführer des Vereins, residiert in Schwedt an der Oder, an der polnischen Grenze also. Ob die langen Wege der Grund sind, weshalb die Vorsitzenden von MEDI Brandenburg über neue Kommunikationswege nachgedacht haben?

Auf jeden Fall haben sie Katja und Sven Schilling gefunden und engagiert. Ihr Büro ist in Bernau bei Berlin und nennt sich WebPro24. Die beiden sind keine Neulinge, was Ärztefragen und Organisationswege angeht: Katja Schilling arbeitet hauptberuflich in der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer in Berlin und Sven Schilling ist Außendienstmitarbeiter für Kabel Deutschland, wo er Hauseigentümer und Hausverwaltungen betreut. Nebenbei pflegen die beiden auch In-

ternetauftritte, dazu zählt auch der von MEDI Brandenburg.

In erster Linie managen die Schillings aber seit März 2012 den offiziellen Schriftverkehr vom Vorstand zu Medien, Presstellen und anderen Organisationen. Zuerst mussten die vorhandenen Dokumente überarbeitet und auf Vordermann gebracht werden. Inzwischen verschicken sie mehrere Schriftsätze pro Monat, beispielsweise Einladungen zu Mitglieder- versammlungen oder anderen Anlässen. Auch an der Vorarbeit für die Brandenburger Kammerwahlen 2012 waren sie beteiligt. Die Mitgliederdatei ist jetzt professionell organisiert und wird ständig aktuell gehalten – eine echte Entlastung für die Vorstandsmitglieder.

Auf einem Online-Speicher sind alle Schriftstücke und Entwürfe abgespeichert, sodass alle Vorstandsmitglieder darauf Zugriff haben und wenn nötig Korrekturen einfügen können. Datenschutzrechtliche Probleme entstehen hierdurch nicht, wie Sven Schilling erklärt: „Im Online-Speicher sind alle Daten verschlüsselt hinterlegt und wir sind verpflichtet, alle Daten vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben.“

Und wie finden es anrufende Mitglieder, wenn sie mit einem Online-Sekretariat verbunden werden? „Unser Service wird sehr gut angenommen“, sagt Sven Schilling, „der Vorsitzende Uhlmann ruft uns nach Versendung von Schriftstücken sogar manchmal an und ist begeistert, dass er Post von sich selbst erhalten hat“.



Ruth Auschra

→ **Kontakt Daten**

MEDI Brandenburg

Sekretariat:

sekretariat@medi-verbund-brandenburg.de

Vorstand:

info@medi-verbund-brandenburg.de
www.medi-verbund-brandenburg.de

→ www.webpro24.de

Kassenmär Fangprämien: Mit MEDI sind Ärzte auf der sicheren Seite

Pünktlich zum Ärztetag 2012 konnte man wieder einmal lesen, wie korrupt Ärzte sind. Angeblich verdienen sie sich eine goldene Nase, indem sie Patienten in Kliniken überweisen, die ihnen dafür so genannte Fangprämien zahlen. Ärzte- und Krankenhausverbände wehrten sich vehement dagegen. MEDI geht einen Schritt weiter und bereitet Musterverträge für prä- und poststationäre Leistungen vor – voll und ganz legal.



Um die Aussagen der Studie zu überprüfen, müsste man sie lesen können – und das ist gar nicht so einfach. Denn die Ergebnisse liegen nur als kommentierte Zusammenfassung vor. Keine Zeitschrift hat die Studie bisher veröffentlicht, die unter der Leitung von Prof. Kai-D. Bussmann im Economy & Crime Research Center der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg erstellt wurde. Dort verweist man an den Auftraggeber, den GKV-Spitzenverband. Und der kann die komplette Studie leider nicht weitergeben, weil die Schlussfassung noch redigiert würde. Also hat die Öffentlichkeit nur Zugang zur Zusammenfassung.

Welche Daten sind bekannt?

Im Auftrag des Economy & Crime Research Center hat TNS Emnid Bielefeld im Herbst 2011 bundesweit telefonische Befragungen durchgeführt, und zwar mit

- 600 niedergelassenen Ärzten (zehn Fachärzteguppen mit jeweils 60 Ärzten)
- 361 nicht-ärztlichen Leistungserbringern (z.B. Apotheken, Sanitätshäuser, Hörgeräteakustiker, Orthopädieschuhmacher oder Physiotherapeuten)
- 180 leitenden Mitarbeitern stationärer Einrichtungen (Krankenhäuser, Reha- und Kureinrichtungen sowie Pflegeheime)

Die Menschen am Telefon wurden nach ihrer Selbsteinschätzung und nach ihrer Einschätzung der Gesundheitsbranche gefragt. Welche Formulierungen dabei explizit eingesetzt wurden, geht aus der Zusammenfassung nicht hervor. Jedenfalls ging es um das Wissen und die Einstellung der Interviewpartner zu berufs- und sozialrechtlichen Rechtsnormen sowie zur Zuweisungspraxis. Fazit des Studienautors: „Das wesentliche Ergebnis der empirischen Studie ist die Selbsteinschätzung von niedergelassenen

Fortsetzung Seite 18

Der Aufmacher
der BZ vom
23. Mai 2012.

Fortsetzung

Kassenmär Fangprämien: Mit MEDI sind Ärzte auf der sicheren Seite

Ärzten, leitenden Mitarbeitern stationärer Einrichtungen und von nicht-ärztlichen Leistungserbringern, dass Patientenzuweisungen gegen Entgelt und

andere wirtschaftliche Vorteile im deutschen Gesundheitswesen keine Einzelfälle, sondern eine verbreitete Praxis sind.“

Um die Einschätzungen der Befragten ging es bei der Untersuchung also, ähnlich den Umfragen mit Kamera und Mikro bei den Besuchern einer Fußgängerzone. Auch Ärzte aus Klinik und Praxis, Apotheker, Orthopädienschuhmacher oder Physiotherapeuten werden am Telefon

die Frage beantworten, ob sie glauben, dass es Fangprämien gibt. Aber sind solche Antworten relevant für eine seriöse Studie?

Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes erklärte in der Pressekonferenz am 22. Mai: „Zuweisungen gegen Entgelt sind in Deutschland gängige Praxis“. Prof. Karl Lauterbach geht noch weiter. Er spricht von Mafia-Verhältnissen, von Schmiergeld und erklärt öffentlich, schon seit Jahren von diesen Praktiken zu wissen. Woher, verrät er leider nicht. Bekanntlich ist er auch Mitglied des Aufsichtsrates der Rhön-Klinikum AG. Zahlt das Rhön-Klinikum vielleicht Fangprämien an niedergelassene Ärzte? „Ganz sicher nicht“, antwortet Hans-Jürgen Heck, Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Konzern Rhön-Klinikum AG, auf Anfrage der **MEDITIMES**: „Es gibt bei uns eine eindeutige Betriebsvereinbarung, an die sich alle 53 Kliniken zu halten haben: Zuweiserpauschalen sind verboten“. Aus den Sana-Kliniken kommt eine ähnliche Stellungnahme, auch der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum, äußert sich empört: „Die Krankenkassen verdächtigen und verurteilen auf unseriöser Datenbasis Ärzte und Krankenhäuser. Das weisen wir auf das Schärfste zurück. Wenn von 153.000 Ärzten gerade einmal 64 Einschätzungen abgeben, ist es absolut böswillig, daraus den Schluss zu ziehen, dass 27.000 niedergelassene Ärzte gegen das Gesetz verstoßen.“

MEDI Vertrag schließt Fangprämien aus

Die Zusammenfassung der sogenannten Studie erwähnt kurz und beispielhaft die prä- und poststationären Leistungen. Typische Fangprämien? „Keinesfalls“, wehren sich MEDI Justiziar Frank Hofmann und Johannes D. Glaser, Vorstandsmitglied von MEDI Baden-Württemberg. Gemeinsam entwickeln sie den neuen MEDI Mustervertrag. Er soll die Grundlage für die Kooperation zwischen niedergelassenen Hausärzten/Internisten (Extramodule für andere Fachrichtungen) und allen interessierten Krankenhäusern der Region gemäß dem neuen § 115a SGB V

STIMMEN AUS DEN MEDI PRAXEN

» Nicht vorhandene Seriosität «

Mit dem Begriff „Studie“ wird hier eine nicht vorhandene Seriosität vorgegaukelt. Die einzigen harten Fakten der „Originalarbeit“ aus den entsprechenden Grafiken belegen:

- Dass 83% der befragten Ärzte konstatieren, Zuweisungen gegen wirtschaftliche Zuwendungen seien klar verboten.
- Dass für 82% der Ärzte Entgeltforderungen ihrem Berufsethos widersprechen.

In inzwischen über 35 Jahren ärztlicher Tätigkeit in Klinik und Praxis ist mir bei keiner einzigen Klinik und keinem einzigen Arzt eine „Fangprämie“ bekannt geworden, wohl aber investigative Journalisten, die krampfhaft einen Zeugen derartigen Fehlverhaltens suchen. ■■■

*Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe,
Schmerz- und Palliativzentrum Göppingen,
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Schmerztherapie*

» Ärzte an den Pranger gestellt «

Wenn die Kassen „große Steine ins Wasser werfen“, können sie sich auf eins verlassen: Egal, ob es eine wissenschaftliche Grundlage gibt oder nicht, werden erst einmal genügend Wellen in alle Richtungen ausgelöst. Irgendetwas wird dann schon negativ hängen bleiben. Im Mittelalter nannte man das „an den Pranger stellen“.

Wissen diese von den Kassenmitgliedern teuer bezahlten Spitzenfunktionäre des Spitzenverbands der Krankenkassen eigentlich, was sie mit solchen Artikeln über angebliche Fangprämien oder Ärztepfusch erreichen? Wenn Ärzte kriminalisiert und unter

Generalverdacht gestellt werden und damit noch mehr Ärzte aus dem Land gejagt werden (das Ausland nimmt diese in Deutschland teuer ausgebildeten Ärzte mit „Kusshand“), dann verschärft sich der jetzt schon zunehmend bedrohliche Ärzte-Mangel unverantwortlich zu Lasten der ärztlichen Versorgung ihrer Mitglieder noch weiter dramatisch! ■■■

*Johannes D. Glaser,
Facharzt für Allgemeinmedizin, Leimen.
Hauptgeschäftsführer
„MEDI Gesundheitsnetz Rhein-Neckar“,
Vorstandsmitglied
MEDI Baden-Württemberg*



Johannes D. Glaser arbeitet an einer besseren Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors mit.

zur prä- und poststationären Behandlung von Patienten bilden.

Ziele des Vertrags sind eine von Politik und Kassen gewünschte bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung zum Vorteil der Patienten. Dabei soll die Krankenhausseite entlastet werden (neue Kapazitäten für die schwierigen Fälle, Abbau von Liegezeiten

gen wurden den Krankenhäusern bereits über die DRG-Pauschalen vergütet. Wenn Leistungen auf die niedergelassenen Ärzte übertragen werden, müssen sie also gemäß GOÄ extra erstattet werden. „Aus dem GKV-Topf können diese Leistungen nicht vergütet werden, das käme einem Abrechnungsbetrug gleich“, weiß Glaser. Und umsonst dürfen ärztliche Leistungen bis auf wenige strenge Ausnahmen auch nicht erbracht werden.

Der MEDI Mustervertrag schließt direkte und indirekte Fangprämien aus – finanzielle Anreize ohne Bezug zu tatsächlich erbrachten Leistungen sind ausgeschlossen. Der Patient kann laut Vertrag nur nach vorheriger schriftlich dokumentierter Aufklärung über seine freie Krankenhauswahl in das Kooperations-Krankenhaus eingewiesen werden. Auch kann jedes andere Krankenhaus der Region diesem Krankenhaus-Kooperationsvertrag beitreten. Damit ist eine einseitige Bevorzugung bestimmter Krankenhäuser ausgeschlossen.

Es ist schwer, Belege für die Anschuldungen zur Fangprämie zu finden.

Wenn Ärzte kriminalisiert werden, verschärft sich der Ärztemangel

mit dadurch automatisch geringerem Krankenhauskeim-Risiko, schnellere Termine für stationäre Patienten-Neuaufnahmen), indem die niedergelassenen Ärzte prä- und poststationäre Behandlungen übernehmen, die den Krankenhäusern bereits mit den DRG-Pauschalen vergütet sind.

Die Patienten nehmen Glasers Erfahrung nach dieses einer humanen Medizin entsprechende Angebot liebend gerne an. Sie kommen schneller wieder zurück in ihr gewohntes häusliches Umfeld, müssen keine Fahrten organisieren und sparen sich lange Wartezeiten zur ambulanten Behandlung in den Kliniken, wo sie mit stets wechselnden Ärzten je nach Dienstplan konfrontiert sind.

Die prä- und poststationären Leistun-

Eigentlich gibt es nur zwei Möglichkeiten: Entweder es gibt stichhaltige Beweise für eine illegale Zuweisung gegen Entgelt. Dann ist nicht einzusehen, warum die Straftäter nicht zur Rechenschaft gezogen werden. Schließlich gibt es längst ein Verbot der Zuweisung gegen Entgelt. Oder es gibt diese Beweise nicht. Worum handelt es sich dann bei den gezielt veröffentlichten Hinweisen über angeblich massenhaft gezahlte Fangprämien? ■■

Ruth Auschra

→ Weitere Fragen zum MEDI Mustervertrag beantworten Ihnen:
Frank Hofmann:
f.hofmann@medi-verbund.de
Johannes D. Glaser:
jdglaser@gmx.de



MENSCHEN BEI MEDI

Frank A. Fasco

Orthopäde in Pirmasens

In Pirmasens, nahe der deutsch-französischen Grenze also, hat Frank A. Fasco seit fast 15 Jahren eine große konservativ-orthopädische Einzelpraxis. Bei MEDI ist er schon lange nicht nur Mitglied, sondern wirkt auch aktiv mit. Für ihn war diese Entscheidung nicht ungewöhnlich: Verantwortung für andere übernimmt er schon seit seiner Schulzeit.

Dieses Engagement zieht sich wie ein roter Faden durch sein Leben. Während andere in der Schule Frust schoben, engagierte sich Fasco als Schülersprecher. Als Leistungssportler spielte er nicht nur Handball, sondern übernahm den Posten des Mannschaftsführers. Und heute will er nicht nur Orthopäde sein, sondern seiner Verantwortung als Arzt genügen. Also engagiert er sich seit der Gründung von MEDI Pirmasens in der Geschäftsführung, ist seit 2009 stellvertretender Vorstand von MEDI in Rheinland-Pfalz und seit 2011 Sprecher der Geschäftsführung in Pirmasens. „Nebenbei“ hat er vor zwei Jahren eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft gegründet, hat sich als MEDI Kandidat in die VV der KV Rheinland-Pfalz wählen lassen, ist Mitglied im Hauptausschuss der KV und in verschiedenen Gremien (Ultraschallkommission, Beschwerdeausschuss und Zulassungsausschuss). Seit zehn Jahren ist er außerdem stellvertretender Landesobmann des Berufsverbandes der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU).

Hin und wieder sieht man den MEDI Arzt sogar in der Zeitung: Fasco engagiert sich auch in der „Rheinpfalzsprechstunde“. Dieses MEDI Projekt mit der größten regionalen Tageszeitung läuft

bereits seit mehreren Jahren. Jeden Monat stellt ein anderes MEDI Mitglied seine ärztliche Kompetenz für die Leserschaft zur Verfügung. Der Orthopäde hat schon fünfmal teilgenommen, die Resonanz in der Bevölkerung ist sehr gut.

Warum dieses Engagement?

Die Gründe für sein Engagement liegen für ihn auf der Hand: „Ärzte sind einerseits Individualisten, weshalb sie auch Probleme haben, sich auf eine Interessenvertretung zu einigen“, beschreibt er,

„andererseits können auch Ärzte nur gemeinsam Erfolg haben“. Problematisch ist es seiner Erfahrung nach allerdings oft, dass jeder Arzt erst einmal schaut, ob sich nicht vielleicht doch ein anderer zuständig fühlt. Viele gehen am Wochenende wohl lieber auf den Golfplatz oder einem anderen Freizeitvergnügen nach als in einen Sitzungsraum. „Die Realität ist leider oft ernüchternd“, so Fasco.

Als großes Problem sieht er die häufig

fehlende Verbindlichkeit, wenn es darum geht etwas durchzusetzen. Auch aus diesem Grund unterstützt er das Ärztenetz Südwest, ein regionales Ärztenetz, welches sich aus MEDI heraus entwickelt hat. Wie nicht anders zu erwarten, übernimmt er auch hier Verantwortung – er ist Mitglied der Geschäftsführung.

Fasco ist keiner, der lange zuschaut, wenn ihn etwas stört. Er packt lieber zu und holt notfalls auch mal die Kohlen aus dem Feuer. „Ich versuche, Interessen zu bündeln“, sagt Fasco nachdenklich „und ich wünsche mir, dass gerade die MEDI Mitglieder erkennen, dass wir nur gemeinsam stark sind und uns so den nötigen Respekt verschaffen können, der für unsere Arbeit unabdingbar ist“.

„Erfolg ist Teamarbeit“

Der Ärztemangel auf dem Land ist zum Beispiel ein Thema, das dem Orthopäden unter den Nägeln brennt. Bekanntlich gehen alte Ärzte in Rente und junge Ärzte zieht es in die ganze Welt, aber nicht in die Pfalz. In Kooperation mit dem Ärztenetz Südwest, MEDI und der KV Rheinland-Pfalz soll hier ein Modellversuch zum Erhalt der medizinischen Versorgung in strukturschwachen ländlichen Gebieten starten. Er sieht die mangelnde Attraktivität der ärztlichen Freiberuflichkeit als Ursache für die immer deutlicher werdenden Versorgungsmängel.

Ähnlich wie viele seiner Kollegen ärgert

Ärzte können nur gemeinsam Erfolg haben

sich auch Fasco über Politiker, die „seit Ulla Schmidt“ die Ärzte „durch die Hintertür enteignen“. Aber er sieht andererseits auch, dass nicht nur die Ärzte Opfer dieser Politik sind. Der Schwarze Peter liegt bei den Kranken, wenn es nicht nur auf dem Land immer schwieriger wird, die medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten. Eine Entwicklung in Richtung Staatsmedizin will er verhindern. Stattdessen möchte er lieber daran

„Auch Einlagen helfen schon“

RHEINPFALZ-SPRECHSTUNDE: Orthopäde Fasco über Prothesen und Gelenke

„Ruhig stellen von Gelenken ist auf Dauer nicht gut. Die ‚rosten‘ ein.“ Das erklärte gestern Frank Fasco am Redaktionstelefon einem Leser. Der Orthopäde war für 90 Minuten Gast der RHEINPFALZ-Sprechstunde in Zusammenarbeit mit dem Ärzteverbund Medi zum Thema Endoprothesen.

„Je weniger Bewegung, desto weniger Gelenkflüssigkeit wird produziert und auch die Bänder und Sehnen schrumpfen“, so Fasco. Den 50-jährigen Anrufer mit einer Fehlstellung der Beine plagten Knieprobleme. Deshalb denke er über eine Knieprothese nach.

„Ob das sinnvoll ist, hängt von ihrer beruflichen und sportlichen Belastung ab und auch vom bisherigen Verschleiß des Gelenks“, so Fasco. Grundsätzlich müsse aber gesagt werden, dass 50 Jahre noch recht jung für eine Prothese sei: „Je jünger der Patient, desto aktiver ist ja noch sein Knochen. Eine Prothese hat je nach Belastung eine Lebensdauer von vielleicht zehn Jahren. Jüngere Patienten belasten sie natürlich auch mehr.“ Fasco empfahl dem Anrufer, es erstmal mit Einlagen oder Schuherhöhungen zu versuchen. Auch eine Unterschenkel-Operation könne eventuell Abhilfe schaffen.

Einer Anruferin bereitet die zwei Jahre alte Hüftprothese Kummer: „Die Schmerzen sind wieder da wie vor der Operation.“ Fasco schloss nicht aus, dass die Patientin wieder zu viel Sport treibe. Sie räumte auch ein, mit Step-Aerobic wieder angefangen zu haben. Der Arzt empfahl stattdessen Walking, Skilanglauf, Schwimmen oder Radfahren. „Alles was mit abrupten



Frank Fasco, niedergelassener Orthopäde aus Pirmasens, am Redaktionstelefon. FOTO: BUCHHOLZ

Stopp-Bewegungen zu tun hat, ist nicht gut.“

Um zu überprüfen, ob die Prothese der Dame sich gelockert hat, empfahl er eine nuklearmedizinische Knochenszintigrafie: „Das ist ungefährlich und gibt Klarheit. Es kann nämlich auch sein, dass nur die Sehnen gereizt sind.“ Das schöne an der Orthopädie sei schließlich, dass es meistens objektive Befunde gebe.

Auch Kassenpatienten haben bei ärztlicher Verschreibung Anspruch auf eine Prothese, für die bis zu

fünfstelligen Beträge anfallen würden. Allerdings sei der Kostendruck im Gesundheitssystem auch dahingehend zu spüren, dass auf die Art der Prothese Einfluss genommen werde.

Welche Klinken sind in Deutschland führend bei Bandscheiben-Prothesen? Diese Frage eines Lesers beantwortete Fasco mit dem Hinweis auf die Berliner Charité und das Münchner Krankenhaus Rechts der Isar: „Die bestimmen auch bei der Forschung in diesem Bereich die Richtung.“ (wkr)

Frank A. Fasco engagiert sich auch in den Medien.

arbeiten, die ärztliche Freiberuflichkeit attraktiv zu erhalten. MEDI hat bei diesem Ziel für ihn eine zentrale Funktion: „Hier können wir die Interessen aller niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bündeln, sodass wir gemeinsam gegen eine Schmalspurmedizin vorgehen können“.

Seine Abneigung gegenüber einer unflexiblen medizinischen Versorgung zeigt sich auch in seiner Praxis. Natürlich bietet er die üblichen Leistungen an, die evidenzbasiert und leitliniengerecht sind. Zusätzlich gibt es bei ihm aber auch noch weitere Therapiemöglichkeiten, die individuell nachgefragt werden und beispielsweise dann zum Einsatz kommen, wenn ein Patient trotz chronischer Schmerzen keine Operation will. Von Bioresonanz über Knorpelschutz bis hin

zur Stoßwelle will er seinen Patienten etwas anbieten können, was wirkt. Auch diese Entscheidung gehört für ihn zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit dem Arztberuf. „Ich will sorgfältig arbeiten und keine Scharlatanerie machen“, erklärt er, „aber ich will mich auch nicht in das Korsett der Kassenmedizin pressen lassen“.

„GKV und PKV haben die Innovationen verpasst“

Individuelle Gesundheitsleistungen dürfen seiner Überzeugung nach nicht pauschal verdammt werden. „Weder in der gesetzlichen noch in der privaten Krankenversicherung sind die Innovation der letzten Jahre hinreichend abgebildet“, stellt der Orthopäde fest. Er weiß aber, dass die Patienten innovative medizi-

nische Methoden zunehmend einfordern. „Schon aus diesem Grund muss ein Arzt sich mit moderner Medizin auseinandersetzen“, so Fasco.

Natürlich bietet er nur Methoden an, die einen Nutzen haben. Eine Alternative dazu sieht er für die Ärzte nicht. Soll man Patienten lieber alternative Angebote vorenthalten und sie zum Heilpraktiker schicken? IGeL kategorisch abzulehnen ist seiner Ansicht nach genauso falsch wie die Vorstellung, nur noch IGeL verkaufen zu müssen. Verantwortung ist auch hier wieder sein Stichwort: „Wichtig ist ein verantwortlicher Umgang mit Selbstzahler-Leistungen“, sagt er, „Auswüchse im positiven wie auch im negativen Sinn wird es leider immer geben“.

Wünsche an die gute Fee

Nur mal angenommen, es käme eine gute Fee vorbei. Was würde Frank Fasco sich von ihr wünschen? „Es wäre eine echte Erleichterung, wenn ich einfach arbeiten könnte, ohne permanent auf Budget, Fallzahlen, Richtgrößen und juristische Fallstricke achten zu müssen. Wenn ich Patienten individuell je nach Interesse und Situation behandeln könnte. Wenn ich einem jungen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nicht nur sechs Mal Krankengymnastik aufschreiben könnte, sondern in der Lage wäre, in Kooperation mit dem Physiotherapeuten ein Konzept für ihn zu entwickeln. Wenn ich grundsätzlich aufhören könnte zu überlegen, ob mein Budget schon an der Grenze ist oder noch nicht. Wenn wir wieder zurückkehren könnten zur Freiheit einer medizinischen Behandlung, die nicht durch Politik oder Kassen gesteuert wird.“

Eine lange Wunschliste, die wenig zu tun hat mit Fascos Blick in die Zukunft: „Der wahrscheinliche politische Wechsel im kommenden Jahr wird für uns freiberuflich tätige Ärzte wieder eine große Herausforderung werden“, fürchtet er. ■■

Ruth Auschra

Renate Hartwig und MEDI: Ende eines Schulterchlusses

Wer vor vier, fünf Jahren bei den MEDI Kundgebungen zum kollektiven Systemausstieg dabei war, erinnert sich vermutlich noch gut an Renate Hartwig. Die streitbare Schwäbin hat sich damals vehement für die Freiberuflichkeit der Ärzte und bessere Rahmenbedingungen für die Praxen eingesetzt. Heute sieht sie in MEDI einen Gegner.

Möchte jemand wissen, wer Renate Hartwig ist und was sie so macht, erfährt es bei Wikipedia: „Renate Hartwig war ursprünglich als Sozialarbeiterin tätig. Einer breiten Öffentlichkeit wurde Hartwig durch ihre kritischen Bücher über die Sekte Scientology bekannt, die sie schrieb, als sie sich einige Jahre gegen diese Organisation einsetzte. Später kritisierte sie zunehmend andere Kritiker von Scientology. Sie beendete ihre Scientology-Kritik im Jahr 2002. Im Jahr 2000 gründete sie die „Aktion Eule“, in deren Rahmen Unternehmer als Sponsoren für den Jugendroman „Gefährliche Neugier“ der Autorin auftraten, wodurch die Bücher an Schulklassen verschenkt werden konnten. Derzeit tritt sie als – nach eigener Sichtweise – Fürsprecherin von Patienten und Hausärzten gegen die von „Kapitalinteressen“ dominierte Gesundheitspolitik auf.“

Was dort geschrieben steht, ist sicher korrekt. Denn sonst hätte die Publizistin mit der Kämpfernatur längst ihre Rechtsanwälte gegen die Darstellung in Gang gesetzt. Derartiges droht sie jedem an, der Falsches über sie in der Öffentlichkeit behaupten würde – auch einem der Autoren dieses Artikels.

Früher unterstützte Renate Hartwig MEDI, wie hier bei der Korbaktion im Juni 2008 – gerne auch gegen Honorar.

Neue Feindbilder: HÄVG...

Ärzten ist Renate Hartwig vor allem als Sprecherin der Aktion „Schulterchluss Arzt und Patient“ bekannt geworden, die nach einer ersten Aktion im Juni 2008 am 13. September 2009 erneut im Münchner Olympiastadion zu einem Massenprotest gegen den „Ausverkauf unseres Gesundheitswesens“ aufgerufen hatte. Knapp 30.000 Menschen waren in die Sportarena gekommen, um gemeinsam mit dem Bayerischen Hausärzterverband (BHÄV) und seinem damaligen Vorsitzenden Dr. Wolfgang Hoppenthaller für den Erhalt des Hausarztes und dessen angemessene Honorierung zu werben. Für den BHÄV ging es dabei auch

damals schon immer um den HZV-Vertrag nach § 73b SGB V, den er mit der AOK Bayern abgeschlossen hatte und der den teilnehmenden Hausärzten wirtschaftliche Sicherheit versprach. Auf zahlreichen Veranstaltungen des BHÄV war ein Auftritt der Schulterchluss-Aktivistin von begeisterten Ärzten umjubelter Höhepunkt. Doch Mitte 2011 drehte sich der Wind.

Renate Hartwig waren Dokumente aus dem Deutschen Hausärzterverband zugespielt worden, in denen es um finanzielle Interessen von Verbandsfunktionären und Unternehmen wie der Compugroup ging. Sie alle waren an den Verwaltungseinnahmen aus den HZV-Abrechnungen interessiert. Seitdem ist die enge Verbindung zwischen Hartwig und dem Hausärzterverband gestört. Schon beim Bayerischen Hausärztetag im Juli 2011 in Bad Gögging fehlte erstmals ihr Name auf der Rednerliste. Zum Feindbild von Renate Hartwig zählen seitdem nicht nur amerikanische Investorengruppen wie Kaiser Permanente oder deutsche Klinikkonzerne wie Rhön-Kliniken oder Helios, sondern nun auch der DHÄV und die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG), die für die Umsetzung der HZV-Verträge und die Abrechnung gegründet wurde.

...und MEDI

Im Zuge ihres Kampfes gegen die HÄVG ist auch MEDI in ihr Visier geraten. Ihr



Vorwurf: MEDI arbeitet mit der HÄVG zusammen. Dem Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner wirft sie vor, einem Gespräch mit ihr aus dem Wege zu gehen. Dieser kann sich nicht erinnern, in den letzten Jahren einen Anruf oder Brief von Renate Hartwig bekommen zu haben.

Ihre Angriffe auf die HÄVG und deren Geschäfte gipfelten Ende April in einem TV-Beitrag des ARD-Magazins Plusminus, in dem der neue PNP-Vertrag in Baden-Württemberg thematisiert wurde. Dort warnte sie: „Patienten sollen mit kürzeren Wartezeiten und Wegfall von Medikamentenzuzahlungen geködert werden, bei diesem Modell mitzumachen.“ Die Patienten wollten nicht, dass ihr Arzt in einen Vertrag hineinschaut und prüfe, „wo kann ich bei dem Patient sparen, damit ich am Schluss mehr Geld bekomme.“

Werner Baumgärtner kann die Kritik nicht nachvollziehen: „Unsere Verträge sind doch keine Sparverträge! Sie ermöglichen unseren Patienten eine bessere Versorgung, die die Versicherten keinen Cent mehr kostet. Die Teilnahme an den Verträgen ist absolut freiwillig und das einzige, was dort schwarz auf weiß steht, sind Qualitätsanforderungen und die Höhe der ärztlichen Vergütung.“ Spartipps suche man dort vergeblich. „Daher vermute ich, dass Frau Hartwig unsere Verträge bewertet, ohne sie zu kennen“, so Baumgärtner weiter. Er versteht die Schelte auch deswegen nicht, da „die gleiche Frau, die nun gegen uns unterwegs ist, uns öffentlich und gegen Honorar bei der Korbaktion unterstützt hat, obwohl wir bereits damals mit der AOK einen Hausarztvertrag verhandelt hatten, um für die Praxen bessere Rahmenbedingungen zu erzielen.“ Diese Vorhaben wurden auch bei den Kundgebungen 2008 in Stuttgart klar und unmissverständlich thematisiert – im Beisein von Renate Hartwig.

„Ärzte laufen ihren Funktionären hinterher“

Von einer Wende in ihrer Politik will Hartwig nichts wissen. Sie habe sich für die Sache der Hausärzte engagiert, aber nicht für die Selektivverträge. „Ich bin

FÜR SIE GELESEN

Burkhard Veigel Wege durch die Mauer

Fluchthilfe und Stasi
zwischen Ost und West




Wege durch die Mauer
Fluchthilfe und Stasi zwischen Ost und West



Wir würden dieses Buch hier vermutlich nicht vorstellen, wenn es über den Autor nicht eine ganz besondere Geschichte zu erzählen gäbe: Burkhard Veigel war 23 Jahre alt, als die Berliner Mauer gebaut wurde. Er wurde einerseits einer der erfolgreichsten Fluchthelfer. Für etwa 650 Menschen suchte er einen Weg durch die Mauer. Er half dabei mit, Tunnel unter der Mauer hindurch zu graben, baute einen Cadillac zum Fluchtwagen um oder kundschaftete Wege durch die Kanalisation aus.

Andererseits war der junge Mann aber auch noch Medizin-Student an der FU Berlin und später niedergelassener

Orthopäde in Stuttgart. Man ahnt es bereits: Hier berichtet ein ehemaliger MEDI Arzt von seinen Erlebnissen als Fluchthelfer!

Der Verlag ist übrigens auch Anbieter von Führungen durch die Berliner Unterwelten. Vielleicht eine Idee für den nächsten Berlin-Urlaub?  ra

→ **Edition Berliner Unterwelten**

2. Auflage 2011

Taschenbuch, 488 Seiten


ISBN-10: 3943112098

19,90 Euro

→ www.berliner-unterwelten.de

nicht vom Saulus zum Paulus geworden. Ich halte dieses System für korrupt und ich sehe, dass Ärzte sich korrumpieren lassen“, ist ihre Überzeugung. Über die Hausarztverträge habe sie niemals gesprochen, beteuert die Aktivistin, auch nicht am 7. Juni 2008 im Olympiastadion. Die CSU habe den bayerischen Hausärzten den § 73b versprochen, wenn sie sich aus dem Wahlkampf heraushielten. Anschließend seien auch prompt die Wahlplakate gegen die Partei aus den Wartezimmern im Freistaat verschwunden.

War ihr Eintreten für die Hausärzte von

2007 bis 2011 letztendlich also nur ein Missverständnis? Gegenüber der **MEDITIMES** räumt sie ein, dass ihre Idee des Schulterschlusses von Ärzten und Patienten wohl gescheitert sei, „weil die Ärzte nicht solidarisch sind und ihren Funktionen hinterher laufen“. Hinter diesen aber stünden Berater, die aus der ganzen Sache Geld machten. 

Klaus Schmidt/ Angelina Schütz



Urteil zum Praxiswert: BSG weist Ausschüsse in die Schranken

Künftig können Ärzte ihre Praxis ohne unnötige Gängelung des Zulassungsausschusses verkaufen. Denn das Gremium darf sich nur noch im Ausnahmefall einmischen und den Praxispreis bestimmen, wie das Bundessozialgericht (BSG) unlängst entschieden hat.

Nur wenn der Niedergelassene und der am besten geeignete Bewerber sich nicht über den Preis einigen können, darf der Zulassungsausschuss (ZA) oder der Berufungsausschuss (BA) dem Gericht zufolge den Verkehrswert der entsprechenden Praxis schätzen lassen – am besten per externen Sachverständigen (*siehe Kasten*). „Das Bundessozialgericht hat damit deutlich gemacht, dass Zulassungsgremien kein generelles Recht zur Kaufpreiskontrolle oder gar zum Kaufpreisdiktat haben“, erklärt der Fachanwalt für Medizinrecht Dr. jur. Joachim B. Steck.

Das hat zum einen zur Folge, dass Ärzte nicht mehr ohne Grund entmündigt werden. „Zum anderen werden die Nachbesetzungsverfahren, die ja oft unter einem erheblichen Zeitdruck stehen, nicht mehr zu Lasten der Ärzte unnötig in

die Länge gezogen“, sagt der Tübinger Anwalt. Denn bisher haben sich die Zulassungsgremien erlaubt sich einzumischen, wann immer sie es für nötig hielten – ganz gleich ob Arzt und Bewerber sich einig waren oder nicht.

So war es auch in dem vom BSG ent-

Das darf der ZA

Kommt der Zulassungsausschuss (ZA) wegen Streitigkeiten der Verhandlungspartner zum Zuge, darf das Gremium den Verkehrswert der Praxis zwar schätzen. Der ZA muss sein Ergebnis jedoch nachvollziehbar begründen. Diese Schätzung könne von den Sozialgerichten dann in vollem Umfang überprüft und

schiedenen Fall: Eine psychologische Psychotherapeutin wollte 2007 in Tübingen ihre Praxis verkaufen. Sie hatte sich mit dem in Frage kommenden Bewerber auf 40.000 Euro geeinigt. Der Berufungsausschuss der KV Baden-Württembergs fand das aber zu hoch. So gab er ein eigenes Gutachten in Auftrag, das den Verkehrswert insgesamt auf 35.560 Euro bezifferte. Der Ausschuss legte den Verkaufswert dann „kraft eigener Sachkunde“ auf 2.940 Euro fest – das war lediglich der materielle Wert der Praxis.

Die Psychotherapeutin klagte und scheiterte vor dem Sozialgericht Reutlingen. Das Gremium habe durchaus richtig gehandelt, lautete die Auffassung des Gerichts. In der Berufung beanstandete das Landessozialgericht Baden-Württemberg immerhin die Berechnungen des BA. Erst das BSG gab der Niedergelassenen vollkommen recht und hob die beiden vorhergehenden Urteile sowie den Bescheid des Ausschusses auf, mit dem dieser den Verkehrswert der Praxis bestimmt hatte. Jetzt kann die Psychotherapeutin ihre Praxis für 40.000 Euro verkaufen.

Das BSG beanstandete auch die festgelegte Höhe des Verkehrswertes auf 2.940 Euro. Werde eine Praxis nur nach ihrem Substanzwert bemessen, so lasse das zu Unrecht den immateriellen Wert einer Praxis unberücksichtigt, rügten die Bundessozialrichter. Das gelte auch bei Psychotherapeuten.

Verkehrswert vom Fachmann ermitteln lassen!

Das Gremium müsse im gesperrten Zulassungsbezirk den fachlich geeignetsten Bewerber aussuchen und zugleich sicherstellen, dass dieser den Verkehrswert

gegebenenfalls korrigiert werden, so das BSG. Denn für die Beurteilung eines Verkehrswertes seien betriebswirtschaftliche Berechnungen nötig, für die die Zulassungsgremien nicht ausreichend qualifiziert seien. In der Regel wird daher empfohlen, externen Sachverständigen hinzuzuziehen. ■

zu zahlen bereit sei, urteilten die BSG-Richter. Zu mehr sei der ZA/BA nicht verpflichtet. Seien die Ärzte sich daher über die Höhe des Kaufpreises einig, dürfe sich das Gremium nicht weiter einmischen. Dabei sei gleich, ob der Kaufpreis höher oder niedriger als der Verkehrswert sei. Die Mediziner müssten den Kaufpreis auch nicht genehmigen lassen. Denn dieser Teil der Praxisabgabe habe mit dem Zulassungsverfahren nichts zu tun.

„Das Urteil ist jedoch kein Freibrief für Ärzte, Mondpreise für ihre Praxis zu verlangen“, warnt Steck. Denn selbst wenn der vielleicht naive Bewerber zunächst

den überhöhten Preis akzeptiert, kann es später zu teuren Prozessen über die Gültigkeit des Kaufs kommen. Das hat der Tübinger Anwalt schon häufig erlebt. Er rät daher, realistisch zu bleiben und den Verkehrswert am besten von einem Fachmann ermitteln zu lassen, der ein Gutachten mittels einer branchenspezifischen Bewertungsmethode vornimmt. „Der bei Ärzten für diese Gutachten sehr beliebte Steuerberater hat mitunter das nötige Fachwissen nicht und kommt dann zu unrealistischen Ergebnissen“, warnt Steck. ■■■

Diana Niedernhöfer



Ass. jur. Frank Hofmann
beantwortet
Ihre Rechtsfragen

Was genau ist die persönliche Leistungserbringung?

Mir ist nicht ganz klar, was die persönliche Leistungserbringung, zu der ich als Arzt ja verpflichtet bin, genau bedeutet. Schließlich werden in der Praxis viele Leistungen ja von Arzthelferinnen oder angestellten Kollegen erbracht. Was genau ist da zu beachten?

Frank Hofmann: Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung als Kennzeichen eines freien Berufes ist für den ambulanten ärztlichen Bereich in einer Reihe von Rechtsvorschriften niedergelegt. Für die privatärztliche Tätigkeit gelten das BGB (§ 613), die ärztlichen Berufsordnungen (z. B. § 19 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg) und die GOÄ (§ 4). In der vertragsärztlichen Versorgung sind zusätzlich Be-

stimmungen des SGB V (§§ 15, 28), der Zulassungsverordnung (§ 32) und des Bundesmantelvertrages (§ 15) maßgeblich.

Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nicht-ärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird (so die Gemeinsame Stellungnahme von BÄK und KBV vom 29. 08. 2008, DÄBl. 2008, A 2173). Unter dieser Prämisse ist also die Delegation von Leistungen an nicht-ärztliche oder ärztliche Mitarbeiter möglich.

Wenn das nicht-ärztliche Hilfspersonal

fachlich geeignet ist und entsprechend überwacht wird, können z.B. die technische Durchführung von Röntgenleistungen und MRT-Untersuchungen, die Blutentnahme, subkutane und intramuskuläre Injektionen, Allergietests, die Anlage eines Blasenkatheters und die Versorgung unkomplizierter Wunden an nicht-ärztliches Hilfspersonal delegiert werden. Bei der Anamnese, der Indikationsstellung, der Untersuchung, der Diagnosestellung, der Aufklärung, bei Therapieentscheidungen und operativen Eingriffen ist diese Delegation dagegen nicht möglich (siehe die ausführliche Gemeinsame Stellungnahme von BÄK und KBV vom 29.08.2008, DÄBl. 2008, A 2173).

Die Möglichkeit der Leistungserbringung durch ärztliche Mitarbeiter variiert je nach Qualifikation und Weiterbildung. Als ärztliche Mitarbeiter kommen Weiterbildungsassistenten, Entlastungs-/Sicherstellungsassistenten und angestellte Ärzte in Frage. Besteht z.B. eine Facharztanerkennung, kann delegiert werden, wobei grundsätzlich eine Überwachungspflicht nicht besteht. Es sei denn, es gibt Anhaltspunkte dafür, dass eine ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht erfolgt. Die persönliche Leistungserbringung ist noch gewahrt, wenn höchstens drei vollzeitbeschäftigte Ärzte bzw. bei überwiegend medizinisch-technischen Leistungen maximal vier vollzeitbeschäftigte Ärzte angestellt sind.

Bei Verstößen gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung kommen je nach Schwere der Verfehlung Honorarberichtigungen, berufsgerichtliche Verfahren, Disziplinar- und Zulassungsentzugsverfahren in Betracht. Möglich sind auch strafrechtliche Maßnahmen wegen Abrechnungsbetrugs. ■■■

Sie möchten einen Kurs buchen oder ein Ärztehaus bauen?

Kein Problem, bei MEDI bekommen Sie schnell und kompetent Auskunft! Jeder Anrufer soll in Zukunft perfekt betreut werden, niemand darf in einer Endlos-Warteschleife oder Sackgasse landen. Um diese Ziele zu erreichen, bauen Gabriele Conrad und Sonja Stajnko derzeit ein neues Service-Center auf.

„Anfragen sehen wir weder als zufällige Störung noch als lästige Pflicht“, beschreibt Gabriele Conrad, „sondern im Gegenteil als eine wichtige Verpflichtung unseren Mitgliedern gegenüber“. Sie ist in der MEDIVERBUND AG zuständig für Business-Themen und organisiert beispielsweise das Management der Geschäftsprozesse. Bei ihr – ganz weit oben also – ist auch das Thema Servicequalität angesiedelt. Und Sonja Stajnko, die für den Aufbau des Service-Centers zuständig ist, beschreibt ihren Anspruch so: „Wenn ein Anrufer das Gefühl hat, dass er freundlich, kompetent und hilfsbereit bedient wurde, ist das ein Zeichen für guten Service“. Sie ist Spezialistin für die Organisation von Callcentern. Obwohl sie selbst diesen Ausdruck nicht gerne

benutzt, weil er „so nach unschöner Verkaufe klingt“. Begriffe wie „Service-Orientierung“ und „Kundenbetreuung“ treffen ihre Vorstellung da schon besser.

Konkret werden bei MEDI derzeit einige Veränderungen umgesetzt. Täglich von 8 bis 17 Uhr sollen drei Telefonleitungen offen sein, um Anrufe entgegenzunehmen. Fast alle MEDI Mitarbeiter sind inzwischen per Intranet miteinander vernetzt. Das erleichtert nicht nur die schnelle Kommunikation untereinander, sondern auch den Zugriff auf die ebenfalls neue Wissensdatenbank. Das ist eine Art zentrale Sammel-

stelle für Informationen, nach denen erfahrungsgemäß häufig gefragt wird. Parallel werden die Mitarbeiter entsprechend gebrieft: Sie bekommen eine Einführung in das Thema, damit sie wissen, worum es geht. Danach sind sie in der Lage, mit Hilfe der Datenbank Antworten zu den meisten Problemen zu finden: Ein Suchwort führt zum richtigen Stichwort, das wiederum zu den Informationen leitet. Das Wissen ist durch dieses System nicht mehr nur auf dem Rechner des MEDI Spezialisten gespeichert, sondern wird für alle Mitarbeiter verfügbar.

Vorteile eines Service-Centers

Bisher schon konnten Anrufer sich darauf verlassen, bei MEDI die richtigen Auskünfte zu bekommen. Aber die Wege

Der Vorteil besteht darin, dass Probleme schneller gelöst werden können

dafür waren manchmal ein wenig verschlungen, um es bildlich auszudrücken. Das Service-Center soll dafür sorgen, dass anfragende Ärzte und deren Teams schneller bedient werden. „Der Hauptvorteil besteht in der höheren Geschwindigkeit, mit der Fragen beantwortet und Probleme gelöst werden können“, erläutert Sonja Stajnko. Den Mitarbeitern verleiht die Datenbank Routine und Sicherheit: Es verringert den alltäglichen Stress, wenn man sicher sein kann, die richtige Antwort gefunden zu haben. Und für die MEDI Experten, die tief drin sind im Thema Abrechnungsproblematik, Vertragsgestaltung oder Rechtsberatung, bedeutet die Datenbank eine echte Entlastung. Sie müssen nicht mehr jede Frage selbst beantworten und können sich darauf verlassen, dass jeder Eintrag in die Datenbank die Kompetenz der Mitarbeiter weiter vergrößert.

Sollte die Datenbank zu einer Frage noch keine Antwort parat haben, kommen die neuen Tickets ins Spiel, die seit



Mehr Kundenorientierung und fachliches Know-how: Gabriele Conrad (links) und Sonja Stajnko bauen ein neues Service-Center auf.

ein paar Wochen von Bildschirm zu Bildschirm verschickt werden können. Das sind nicht etwa Fahrkarten, sondern Mini-Nachrichten, mit denen Aufträge oder Anfragen erstellt und in Sekunden-schnelle weitergereicht werden können. So kann jede Mitarbeiterin im Service-Center bei Bedarf ganz ohne Umweg eine Fragestellung an einen Experten abgeben.

Nebenbei kann man mit der neuen Technik natürlich auch nachverfolgen, wie viele Tickets das Service-Center pro Tag erstellt, welche Themen häufig und welche selten nachgefragt werden. Auf diese Weise bekommt man auch einen Überblick über die Häufigkeit bestimmter Probleme und kann vielleicht schon im Vorfeld reagieren. „Aktuell beantworten wir vor allem allgemeine Fragen zur Mitgliedschaft und helfen bei Problemen rund um die Verträge“, fasst Sonja Stajanko zusammen. Die grundsätzlichen Vertragsinhalte und Einzelheiten bei der

Abrechnung sind ihrer Einschätzung nach am häufigsten.

Warum das alles?

Die MEDI Ärzte haben sich aus gutem Grund zu einem berufspolitisch aktiven Verband zusammengeschlossen. Daher wünschen sie sich verständlicherweise eine zuverlässige und schnelle Erledigung ihrer Anfragen. Die Geschäftsstelle soll nicht nur Mitgliederdaten verwalten, sondern als Problemlöser und Wunsch-erfüller fungieren.

Umgekehrt ist die Kundenzufriedenheit auch für MEDI ein wichtiges Anliegen, da gibt es keinen Unterschied zu anderen Dienstleistungsunternehmen. Zufriedene Mitglieder und Interessenten sind die beste Mundpropaganda, sie sorgen dafür, dass MEDI neue Mitglieder gewinnt. Für dieses Ziel machen sich Gabriele Conrad und Sonja Stajanko stark.



Ruth Auschra

IMPRESSUM

Herausgeber:

MEDI Baden-Württemberg e.V.
Industriestraße 2, 70565 Stuttgart

E-Mail: info@medi-verbund.de

Tel.: 0711 806079-0, Fax: -79

www.medi-verbund.de

Redaktion: Angelina Schütz

Verantwortlich i.S.d.P.:

Dr. med. Werner Baumgärtner

Design: Heinz P. Fothern

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.

Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**

erscheint im Oktober 2012.

Anzeigenschluss ist der 31. Aug. 2012.

Unsere Visitenkarten für Mitglieder

1.000 Visitenkarten
4-farbig
84 mm x 54 mm
zum Preis von 100,- Euro inkl. MwSt.
(zzgl. Versandkosten)
Unten sehen Sie die Muster
Bestellformulare unter
Telefon: 0711 80 60 79-0
oder www.medi-verbund.de



NEUE MITARBEITER BEI MEDI

Assistent des Vorstands


Sven Kleinknecht ...



... wurde 1982 in Stuttgart geboren und wuchs dort und in Baden-Baden auf. Während seines Studiums der internationalen Betriebswirtschaftslehre in Mannheim und Newcastle (UK) hatte er die Gelegenheit in der väterlichen zahnärztlichen Mehrbehandlerpraxis ein QM nach DIN EN ISO 9001 zu implementieren und zur Zertifizierung zu begleiten. Neben der Begleitung der jährlichen internen und externen Audits zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung war die Entwicklung betriebswirtschaftlicher Analysen und Auswertungen zur Verbesserung der betrieblichen Entscheidungsfindung und Unternehmensführung ein Schwerpunkt seiner Tätigkeit.

Von 2007 bis 2012 arbeitete Sven

Kleinknecht bei einer Großbank im Bereich „Global Banking and Markets“. Zu seinen Aufgaben gehörte das Projektmanagement zur Ausgabe von Privatplatzierungen für institutionelle Investoren. Das beinhaltet die Eigenkapitalbeschaffung, Koordination rechtlicher Strukturierung und das Prüfen von Beteiligungsgesellschaften. 2009/2010 nahm er zudem an einem berufs begleitenden Managementkurs für neue Versorgungs- und Kooperationsformen im Gesundheitswesen teil.

Seit April 2012 arbeitet Sven Kleinknecht für die MEDI-VERBUND AG. Als Assistent des Vorstands ist er zuständig für die Entwicklung neuer Geschäftsbereiche und für die Betreuung des PNP-Vertrags. 


IT-Abteilung

Fabian English ...



... wurde 1983 in Moers geboren und wuchs am Niederrhein auf. Er holte, nach seiner Ausbildung zum IT-Systemelektroniker im Jahr 2004, sein Abitur auf dem zweiten Bildungsweg nach und absolvierte ein Studium der Medieninformatik an der Hochschule Furtwangen. Nach dem Abschluss als Bachelor of Science im Jahr 2010, begann Fabian English im Anschluss mit dem Studium des konsekutiven Studiengangs Computer Science and Media (Master) an der

Hochschule für Medien in Stuttgart.

Während seines Studiums arbeitete English als Werkstudent für die MEDI-VERBUND Dienstleistungs GmbH und schrieb seine Master-Thesis für die MEDI-VERBUND AG. Nach Beendigung des Studiums begann er im April 2012 seine Festanstellung als Software-Entwickler bei der MEDI-VERBUND AG. Hier ist er insbesondere für die Entwicklung Web-basierter Softwarekomponenten und der Abrechnungssoftware zuständig. 

Kooperation mit Merz Pharmaceuticals im Bereich Demenz

Im Mai hat die MEDIVERBUND AG einen Kooperationsvertrag mit dem Arzneimittelhersteller Merz Pharmaceuticals GmbH unterzeichnet. Ziel ist die Unterstützung der MEDI Ärzte bei der wirtschaftlichen Verordnung innovativer Arzneimittel, da Merz bereits für Axura® Rabattverträge nach § 130a Abs.8 SGB V mit Krankenkassen abgeschlossen hat.


Merz ist noch eines der wenigen forschenden deutschen Pharmaunternehmen mit Sitz in Frankfurt am Main. Es entwickelt und produziert Medikamente u. a. gegen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Wichtigstes Produkt ist Memantine zur Behandlung einer moderaten bis schweren Alzheimer-Demenz.

Im kürzlich gestarteten PNP-Vertrag für die Fachbereiche Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie nach § 73c SGB V haben Alzheimer-Demenz-Erkrankungen eine hohe Relevanz.

Memantine (Axura®) ist ein NMDA (N-Methyl-D-Aspartat)-Rezeptorantagonist und das einzige in Deutschland ver-

fügbare Antidementivum, das bis in fortgeschrittene Krankheitsstadien Onlabel eingesetzt werden kann.

In der S3-Leitlinie „Demenzen“ wurde Axura® mit dem höchsten Evidenzgrad bewertet. Das IQWiG bestätigte den Nutzen und die gute Verträglichkeit von Memantine. Axura® wird sowohl als Filmtabletten als auch als orale Lösung mit Dosierpumpe angeboten und sollte einmal täglich, jeweils zur gleichen Zeit, eingenommen werden. Da es mit der AOK Baden-Württemberg einen Rabattvertrag gibt, ist das Präparat im AOK-HZV-Vertrag blau hinterlegt.

„Bei der Entscheidung, mit welchen Anbietern wir Kooperationsverträge abschließen, spielt das Urteil unserer Mitglieder eine entscheidende Rolle“, erklärt MEDIVERBUND Vorstand Werner Conrad. „Dazu führen wir entsprechende fachgruppenspezifische Befragungen durch. Zudem erkennen wir die Verordnungsrelevanz bestimmter Arzneimittel anhand von Marktdaten.“  *Frank Hammer*



Vorsicht vor Diskriminierungs-Vorwürfen von Bewerbern!

Jeder Praxischef muss mal neues Personal einstellen. Um ein Bewerbungsverfahren frei von Diskriminierung durchzuführen, muss er einiges beachten.

Das Antidiskriminierungsgesetz verbietet Benachteiligungen wegen Alter, Geschlecht oder Herkunft. Daher sollten Ärzte bei Bewerbungsverfahren wissen, wo böse Überraschungen lauern. Immerhin kann ein abgelehnter Bewerber bis vor das Arbeitsgericht gehen, um für seine angebliche Diskriminierung entschädigt zu werden (siehe Kasten).

Die Stellenanzeige

„Sie sollte so neutral wie möglich und eng auf das Stellenprofil bezogen formuliert werden“, erklärt die auf Arbeitsrecht spezialisierte Rechtsanwältin Caroline von Prittwitz von der Kanzlei Halbe-Rechtsanwälte. Das bedeutet eine streng geschlechtsneutrale Ausschreibung wie „Helfer/In“ oder „m/w“. Denn auch Männer können wegen ihres Geschlechts diskriminiert werden. Sätze wie „junges Team sucht frisches Gesicht“ oder „Muttersprache Deutsch“ sind tabu. „Solche Formulierungen lassen vermuten, dass

der Arzt einen jungen Deutschen oder eine junge Deutsche sucht. Das ist bereits ein Ansatzpunkt für eine mögliche Diskriminierung“, so die Fachanwältin für Medizinrecht.

Das Vorstellungsgespräch

Der Praxischef muss nicht jeden Bewerber einladen, der das erforderliche Stellenprofil mitbringt. Er muss noch nicht einmal den Bestqualifiziertesten

einladen oder einstellen. „Es gibt keinen Anspruch auf Einstellung und damit auch keinen Anspruch auf Einladung“, erklärt Caroline von Prittwitz. Daher dürfe der Arzt den Bewerber seiner Wahl nehmen. Dennoch sollte er so neutral wie möglich bleiben und rein fachliche Gründe für seine Einstellung haben.

Die Ablehnung

Die juristisch wasserdichte Begründung für eine Ablehnung gibt es nicht! Daher sollte der Praxischef schon aus Respekt vor den Bewerbern äußerst sorgfältig vorgehen. „Das Ablehnungsschreiben sollte nett und persönlich gefasst sein und die abgelehnten Bewerber nicht vor den Kopf stoßen“, rät die Anwältin. Und darüber hinaus so wenige Informationen wie möglich preis geben. Formulierungen wie „Bedauerlicherweise müssen wir Ihnen absagen, da wir uns für einen anderen Bewerber entschieden haben“, seien ausreichend. Auch wenn er einen Bewerber rein aus Sympathiegründen nicht eingestellt hat, sollte der Arzt fachliche Gründe für die Absage im Hinterkopf behalten.

Kommt es doch mal zu Nachfragen, sollte der Chef auch hier möglichst wenig preisgeben und die Bewerbungsunterlagen der Konkurrenten nicht zeigen. Vielleicht ist der enttäuschte Bewerber mit einem „Unser neues Praxismitglied hat mehr Erfahrung im Umgang mit Patienten/dem Röntgen“ zufrieden. Im Falle einer Klage rät die Anwältin zur Gelassenheit. „Es ist für Kläger nicht so einfach, den Verdacht auf Diskriminierung vor Gericht nachzuweisen“.

Diana Niedernhöfer

Ansprüche des Bewerbers

Ist ein abgelehnter Bewerber nachweislich wegen seines Alters, Geschlechts oder seiner Herkunft diskriminiert worden, hat er Anspruch auf Entschädigung in Höhe von bis zu drei Monatsgehältern. Er muss jedoch innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt des

Ablehnungsschreibens seine Klage einreichen. Caroline von Prittwitz rät daher, alle Bewerbungsunterlagen mindestens zwei Monate nach Abschluss des Verfahrens aufzuheben, um Beweismaterial vor Gericht zu haben.

dn

„Weil der MEDI Verbund meiner Praxis neue Perspektiven eröffnet!“

Auch die Nase voll von Regelleistungsvolumen, Fallzuwachsbeschränkungen, Regressen und unsicheren Honoraren?

Mit dem 5-Säulen-Modell leistet MEDI einen wichtigen Beitrag zur wirtschaftlichen Stärkung der niedergelassenen Ärzte und bietet als einzige deutsche Ärztervertretung für Arztpraxen völlig neue Perspektiven.

Die 5 MEDI Säulen des Erfolgs:

1. Kollektivvertrag
2. Selektivverträge für Haus- und Fachärzte
3. Kostenerstattung
4. Individuelle Gesundheitsleistungen
5. Einzelverträge mit Krankenhäusern im prä- und poststationären Bereich

Sie haben die Wahl, welche der 5 Säulen Sie für den individuellen Erfolg Ihrer Praxis nutzen möchten. Sichern Sie sich Ihre Vorteile und werden Sie Mitglied beim MEDI Verbund.

Jetzt Mitglied werden.
Infos unter www.medi-verbund.de
Oder rufen Sie uns an unter
Telefon 0711 . 80 60 79 - 0

MEDI VERBUND

GEMEINSAM. STARK. GESUND.



MEDI baut neuen Marktplatz für Praxisgründer und Praxisabgeber auf

Ältere Ärzte suchen Praxisnachfolger und junge suchen Praxen. Beide können sich auf dem neuen MEDI Marktplatz treffen. Hier kennt man nicht nur die Wünsche und Erwartungen der Ärzte. Mit dem MEDI Netzwerk lassen sich berufspolitische, juristische oder betriebswirtschaftliche Fragen lösen. Es lag also nahe, einen Marktplatz zu gründen.

Jedes Jahr wechseln Tausende von Arztpraxen ihren Besitzer. Ein Schritt, der sorgfältige Planung und Beratung benötigt. Käufer und Verkäufer werden die Auswirkungen dieses Kaufvertrages schließlich einen ganzen Lebensabschnitt lang spüren.

Dieser Marktplatz bietet Praxisabgebern und -gründern die Möglichkeit, sich zu treffen und kennenzulernen. Für beide Seiten ist es erfahrungsgemäß wichtig, sich auf einen professionellen Umgang mit den eigenen Daten – Stichwort Vertraulichkeit – verlassen zu können. Für

den abgebenden Arzt ist es die Horrorvorstellung schlechthin, wenn das Team von Dritten erfährt, dass ein Verkauf geplant ist. Und auch der junge Kollege möchte selbst entscheiden, wann und wie er den Chef über seine Zukunftspläne informiert.

„Vertrauen ist die Grundlage eines solchen Marktplatzes“, weiß Sven Kleinknecht, der in der MEDIVERBUND AG als Assistent des Vorstands zuständig für den Aufbau des Marktplatzes ist. Als echten Vorteil sieht er deshalb die guten Kontakte zwischen MEDI und den niedergelassenen Ärzten – man kennt sich. Dazu gehört auch die vorhandene Vernetzung mit überregionalen Strukturen und GbRen vor Ort. Die Kontakte in die Kliniken hinein werden gerade geschaffen, um vermehrt auch mit jungen Ärzten ins Gespräch zu kommen.

Seriöse Vermittlung steht im Vordergrund

Praxisgründer sind traditionell eine beliebte Zielgruppe von Finanz- und Versi-

cherungsmaklern. Aber Kleinknecht plant keinen Bauchladen von Angeboten. „So ein Marktplatz lebt von der Konzentration auf das Wichtigste“, beschreibt der BWLer seine Pläne, „die seriöse Vermittlung von Praxen nämlich“. Eines Tages könnte er sich vorstellen, weitere Service-Angebote zu integrieren. Neben den Assistenzärzten als klassische „Praxisgründer“ sollen auch etablierte Arztpraxen angesprochen werden, die ihre Praxis erweitern möchten.

Aber zuerst einmal steht für ihn an erster Stelle, dass der neue Marktplatz Schritt für Schritt mit Leben gefüllt wird. Die MEDI Leistungen im Rahmen der Praxisabgabe sollen keinesfalls aus dem Boden gestampft werden. In einem ersten Schritt können Praxisabgeber und Praxisgründer ihre Verkaufsangebote bzw. Kaufgesuche auf dem Marktplatz inserieren. In einem späteren Schritt wird der gesamte Praxisabgabeprozess angegangen. „Ich möchte die Ärzte am liebsten über die verschiedenen Phasen der Abgabe kontinuierlich unterstützen und betreuen“, wünscht sich Kleinknecht.

Beispielsweise sollen in der Analysephase durch Seminare erste Informationen zu den Themen „Praxisabgabe“ und „Praxisgründung“ vermittelt werden. Darüber hinaus wird die Analyse der Ist-Situation in den Vordergrund gestellt. In

der Planungsphase wird ein individuelles Praxisexposé erstellt und die anstehenden Gespräche mit Rechtsanwälten, Steuerberater und Praxisbewerber werden vorbereitet. In der Umsetzungsphase wird aktiv über das MEDIVERBUND-Netzwerk nach potentiellen Käufern gesucht. Die Abgabephase endet dann hoffentlich mit einem gemeinsamen Anstoßen auf die Praxisübergabe.

Um dieses Ziel zu erreichen, muss selbstverständlich eine solide und objektive Beratung der Nutzer gewährleistet sein. Grund genug, für eine Kooperation mit versierten Sachverständigen und Rechtsanwälten zu sorgen. „Wir haben uns gute Partner mit einer soliden Erfahrung ausgewählt, die im Bedarfsfall hinzugezogen werden können“, erklärt Kleinknecht.

Die Experten

Mit im Boot ist das Sachverständigenbüro Pfeffer & Boos, das sich im Bereich von Praxisbewertungen und Anteilsberechnungen einen Namen gemacht hat. Mit den Jahren hat wohl jeder Arzt eine gefühlsmäßige Beziehung zu seiner Praxis aufgebaut. Die Bewertungsprofis helfen dabei, trotz aller Emotionen einen nüchternen Marktwert herzustellen, der sich realisieren lässt. Auch mit Einrichtungsbewertungen bei Neuaufnahmen weite-

rer Kollegen, Standortanalysen und Schadensberechnungen sowie der Bewertung von Betriebsunterbrechungen sind diese betriebswirtschaftlichen Experten vertraut.

Die Beteiligung von Juristen ist nicht erst beim Vertragsabschluss der Ärzte wichtig. Schon lange vorher werden die Verträge sinnvollerweise gesichtet und die Übergabe vorbereitet. Hier arbeitet MEDI mit Fachleuten aus zwei Rechtsanwaltskanzleien zusammen: Dr. Joachim B. Steck und Jutta Klammt-Asprion aus Tübingen sowie Dr. Ralf Kremer und Dr. Christian Wittman von BRP Renaud & Partner aus Stuttgart. Die Juristen sind spezialisiert auf die rechtliche Beratung bei Kauf und Verkauf von Arztpraxen, auf Umstrukturierungen von Kooperationen und auf die Gründung von interdisziplinären Kooperationen. 

Ruth Auschra

→ Sven Kleinknecht
kleinknecht@medi-verbund.de
Telefon 0711 806079-27
Fax 0711 806079-50



Praxischefs dürfen Mobbing nicht ignorieren

Mobbing vergiftet nicht nur die Atmosphäre in einer Arztpraxis. Mobbing führt auch zu Fehlern bei der Arbeit und Krankheiten der betroffenen Arbeitnehmer und kostet den Praxischef daher richtig Geld. Doch was kann man gegen die Attacken tun?

Beim Mobbing wird jemand über einen längeren Zeitraum hinweg systematisch schikaniert, drangsaliert, benachteiligt und ausgegrenzt. Da werden Dateien auf dem PC gelöscht, absichtlich nicht mehr richtig zugearbeitet, getuschelt und gelästert. Für Maja M. begann die Hölle, als ihr Chef mit einem anderen Hausarzt eine Gemeinschaftspraxis gründete. Denn der Praxismanagerin der anderen Praxis und ihr wurden dieselben Aufgaben beim Empfang und der Verwaltung zugeteilt. „Meine Kollegin kritisierte mich vom ersten Tag an öffentlich und vor den Chefs. Hinter meinem Rücken stachelte sie die anderen Angestellten gegen mich auf“, erzählt die 35jährige. Die Kollegin fand Gründe, um Maja systematisch herunter zu machen, obwohl beide Frauen gleichberechtigt zusammen arbeiten sollten. Material verschwand, dadurch auftretende Verzögerungen wurden Maja angelastet. Fast drei Jahre ging das so. Maja unterliefen vor lauter Stress mehr Fehler.

Nach einem Nervenzusammenbruch suchte sie sich einen Mobbingberater, der sie coachte und ihre Arbeitgeber auf-

klärte. Die Zuständigkeiten der beiden Frauen wurden endlich getrennt und Maja arbeitet auf eigenen Wunsch hin mit Patienten. Doch ihr Vertrauen in sich ist nachhaltig erschüttert. „Vor dieser Zeit hatte ich eine ganz gute Meinung von mir. Doch jetzt weiß ich manchmal nicht mehr, wer ich bin.“ Nun sucht sie eine neue Stelle.

Sinnvoll vorbeugen


Mobbing kann sich vor den Augen der Arbeitgeber abspielen, manchmal machen diese sogar mit. Häufige Ursache sind unklare Kompetenzverteilung oder persönliche Gründe wie Neid und Angst des Mobbenden. Hochrechnungen zufolge kostet durch Mobbing bedingter Arbeitsausfall die Firmen jährlich rund 12,5 Milliarden Euro.

Mobbing kann man durch klare Arbeitsstrukturen, eindeutige Zuständigkeiten und ein positives Betriebsklima vorbeugen. „Man sollte im Team nicht ständig Fehler suchen und kritisieren. Viel besser ist es, Fehler sachlich zu benennen, zu klären, wie man sie vermeiden und sich verbessern kann“, erklärt die Führer

Personal- und Praxismanagerin Caroline Beil. Dazu gehören vor allem regelmäßige Teamsitzungen mit dem Vorgesetzten. „Spannungen kann er so schnell bemerken und besprechen“. Ein Chef ist Vorbild und sollte seine Mitarbeiter niemals vorverurteilen oder gar mitlästern!

Aufmerksam sollte er jedoch werden, wenn sich eine Mitarbeiterin ständig über eine andere Angestellte beschwert. Finden die Attacken ausschließlich hinter seinem Rücken statt, ist es das deutlichste Anzeichen für Mobbing, wenn eine Angestellte auf einmal nicht mehr so gut arbeitet, ihr ständig Fehler unterlaufen. „Auch ein hoher Krankenstand bestimmter Mitarbeiter ist so ein Anzeichen“, weiß Caroline Beil, die in ihren Trainings öfter von Mobbing erfährt. Der Arzt sollte sich dann auf die Suche nach den Ursachen machen. „Ein Arzt hat als Arbeitgeber auch Fürsorgepflichten gegenüber seinen Angestellten“, erklärt sie. Handelt er in einem solchen Fall nicht, kann er sich gegenüber dem Opfer sogar schadenersatzpflichtig machen. Auch aus diesem Grund sollte ein Praxischef einem entsprechenden Verdacht unverzüglich auf den Grund gehen.

„Der Arzt sollte zuerst mit dem mutmaßlichen Opfer reden. Erst dann sollte er das Gespräch mit dem vermeintlichen Täter suchen,“ rät die Praxismanagerin.

Der Arzt sollte dann jedes Mal ein Gesprächsprotokoll anfertigen, das die Teilnehmer anschließend unterschreiben. Erst nach diesen zwei Unterhaltungen sollte er das protokollierte Dreiergespräch mit den Beteiligten suchen um den Konflikt zu lösen. „Zielvereinbarungen sind hier sehr hilfreich“, so Carolien Beil. Das können klare zeitlich definierte Kompetenzregelungen mit Verantwortlichkeiten und Kommunikations-Regeln für die Zukunft sein. Es sollte überkommen, dass der Chef den Täter ermahnen, abmahnen und sogar kündigen kann, wenn sich nichts ändert. 

Diana Niedernhöfer

→ Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin bietet die Broschüre „Wenn aus Kollegen Feinde werden“ unter www.baua.de an.



Glastastaturen haben ein schönes Design und sind leicht abwischbar.

Sinnvolle Alternativen zur normalen Tastatur

Computer sind aus Arztpraxen längst nicht mehr wegzudenken. Herkömmliche Computertastaturen und Mäuse haben allerdings einen echten Nachteil: Sie lassen sich schlecht reinigen. Das RKI hat empfohlen, auf spezielle Tastaturen umzusteigen. Ist eine neue Tastatur die richtige Lösung für Ihre Praxis?

Die Antwort hängt sicher nicht zuletzt auch davon ab, wie in der Praxis mit der hygienischen Händedesinfektion umgegangen wird. Bei optimaler Durchführung kann schließlich von einer vollständigen Inaktivierung der Kontaminationsflora ausgegangen werden: Die Händedesinfektion unmittelbar nach dem Patientenkontakt stellt gleichzeitig eine Händedesinfektion vor dem Anfassen von Tastatur und Maus dar. Selbstverständlich müssen Schutzhandschuhe, die aus gutem Grund am Patienten getragen wurden, vor dem Tippen ausgezogen und die Hände desinfiziert werden.

Damit könnte im Idealfall keine Tastatur kontaminiert sein. Aber im Alltag sieht die Sache anders aus. Das unterstreichen auch die Ergebnisse der aktuellen Studie¹ „Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Hygiene in der ärztlichen Praxis 2012“ der Stiftung Gesundheit. Die befragten niedergelassenen

Ärzte schätzen die Hygiene-Realität nämlich recht selbstkritisch ein: Rund 30% beurteilen das Hygieneniveau in der eigenen Praxis als schlecht oder mittelmäßig.

Komplizierter Aufbau

Aus dem Berliner Robert-Koch-Institut heißt es dazu: „Herkömmliche Tastaturen sind ob ihres komplizierten Aufbaus in der Regel nicht zu desinfizieren. Es muss rasch mit Defekten gerechnet werden. Um dort glatte, flüssigkeitsdichte Flächen mit der Möglichkeit der Desinfektion anzubieten, sind Hersteller bereits tätig geworden. Es kann also hier nur empfohlen werden, Geräte mit einer entsprechenden Konstruktion anzuschaffen.“

Im Handel werden tatsächlich verschiedene Lösungen angeboten, um die Flächendesinfektion von Tastaturen zu erleichtern. Es gibt beispielsweise Schutz-

folien, vollständige Ummantelungen der Tastatur durch eine Silikonhülle oder auch Tastaturen, die aus desinfizierbarem Material bestehen. Die Anbieter solcher Geräte geben auch an, welche Desinfektionsmittel oder Desinfektionswirkstoffe konkret eingesetzt werden können.

Manche Praxen behelfen sich mit einem selbst gebastelten Überzug aus handelsüblicher Küchenklarsichtfolie, die um die Tastatur gewickelt und bei Bedarf wieder entsorgt wird. Professioneller ist der Einsatz einer Tastaturschutzfolie, die sich leicht reinigen lässt und etwa drei Monate lang hält (Kosten unter 30 Euro).

Eine Folientastatur oder Silikonmembrantastatur ist gut geschützt gegen Schmutz und Feuchtigkeit. Diese Tastaturen lassen sich sehr gut reinigen. Im Gegensatz zur Glastastatur haben die Tasten einen Hub von mehreren Millimetern, sodass das Schreiben vertrauter ist. Die Preise liegen zwischen der normalen PC-Tastatur und der Glastastatur (z.B. bei activekeyboards zwischen 150 und 190 Euro). Die Folienoberfläche ist resistent gegen die meisten Reinigungsmittel. Die Firma Hoffmann+Krippner bietet sogar eine Folienoberfläche an, die „ohne Nebenwirkungen die Verbreitung von Viren und Bakterien verhindert“. Die antimikrobielle Wirkung kann für 15 Jahre garantiert werden, der Preis liegt bei rund 270 Euro. Eine Glastastatur ist robust und lässt sich sehr gut reinigen. Ein Nachteil besteht darin, dass ihre „Tasten“ nicht klicken – ein ungewohntes Gefühl beim Tippen. Moderne Tastaturen haben allerdings eine Regulierungsmöglichkeit für die Empfindlichkeit des Tastendrucks sowie die Tastenlautstärke. Der Preis liegt bei rund 300 Euro. 

Ruth Auschra

→ Computertastaturen unter:
www.activekeyboards.com
www.tastatur.de
www.icmedical.de

¹ Studie „Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Hygiene in der ärztlichen Praxis 2012“. Genaue Ergebnisse unter www.stiftung-gesundheit.de/forschung/studien.htm