



15 JAHRE MEDI in Baden-Württemberg

»SaaS« - Die neue Welt der Praxissoftware

Updates und Datensicherung in der Praxis sind lästig. MEDI stellt eine webbasierte Lösung vor, bei der Praxen die Software und das „Drumherum“ als Dienstleistung nutzen können.

MFA-Tage kommen gut an

Die Praxismitarbeiterinnen finden nicht nur das Themenangebot spannend, sie tauschen sich auch gerne mit anderen Teilnehmerinnen über Hausarzt- und Facharztverträge aus.

Ärzteneetze sind das neue Projekt bei MEDI GENO

Um regionale Ärzteneetze zu fördern hat der Dachverband ein Gesamtkonzept und einen Vorschlag für eine Gesetzesänderung gemacht.

Was hat Andrea Fischer mit MEDI zu tun?

Liebe Leserin, lieber Leser,

so gesehen sehr viel, denn vor 15 Jahren war sie Gesundheitsministerin und ihre Politik der Auslöser für die MEDI Gründung. Damals sollten die KVen entmachtet und der Kollektivvertrag über die Integrationsverträge ausgehöhlt werden. Als Chef der KV Nord-Württemberg waren mir die Hände gebunden. Aber als Vorsitzender der Vertragsärztlichen Vereinigung, die im Gegensatz zur KV keine Körperschaft war, musste ich handeln.

Die Idee, eine „Auffangorganisation“ parallel zur KV aufzubauen, gefiel nicht nur den Kolleginnen und Kollegen in den Praxen, sie fand auch in der Vertreterversammlung großen Zuspruch. Die große Mehrheit stimmte dafür, dass sich die KV mit 25% an der MEDI Verbund GmbH beteiligt. Doch was aus politischer und wirtschaftlicher Sicht logisch war, war für eine kleine innerärztliche Gegnerschaft ein No-Go: Kurze Zeit später wurde die KV aus MEDI wieder herausgeklagt.

Damals war das für mich unverständlich, heute bin ich fast froh darüber. Denn die KBV und die meisten KVen haben sich, größtenteils selbst verschuldet, zu reinen Behörden entwickelt. Und da auch die Honorarpolitik immer schlimmer wurde, bin ich erleichtert, dass es heute keinen körperschaftlichen Einfluss auf unsere freiberufliche Organisation gibt.

In der Aufbauphase 1999 habe ich MEDI bei knapp 100 Veranstaltungen vorgestellt. Manche Begegnungen waren schwierig, aber das Ergebnis konnte sich in Nordwürttemberg schon einige Monate später sehen lassen. Danach haben sich immer mehr Regionen in Baden-Württemberg und anderswo in Deutschland der MEDI Idee angeschlossen. Heute sind in MEDI GENO Deutschland über 17.000 Praxen organisiert und MEDI Baden-Württemberg hat eine eigene Managementgesellschaft. Unsere MEDIVERBUND AG hat auch dazu beigetragen, dass sich die politischen und wirtschaftlichen Bedingungen in den Praxen verbessert haben. Allein dafür, dass wir gemeinsam mit unseren Partnern das Miteinander von Kollektiv- und Selektivverträgen geschafft haben, werden wir bundesweit beneidet.

Ich bin heute noch dankbar für die langjährige Unterstützung unserer aktiven Mitstreiter, ohne die MEDI nie so erfolgreich geworden wäre. Es war gut und richtig, dass wir vor 15 Jahren die Gründung gewagt haben und ich würde es jederzeit wieder tun.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

W. Baumgärtner

Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender



TITEL

- 10 Von welchen die auszogen, den Nasenring abzulegen
- 12 NACHGEFRAGT BEI DIPL.-POL. EKKEHARD RUEBSAM-SIMON
»Keine Ideen aus dem Wolkenkuckucksheim«

DIALOG

- 6 »In diesem Jahr könnte es Verhandlungen zu einem neuen Facharztvertrag geben«

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 18 HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN
- 19 IMPRESSUM
- 20 So unterstützt der APS die Praxen vor Ort
- 21 NACHGEFRAGT BEI MIRJAM WOLF
»Gute Argumente und Vorteile für die weitere Kommunikation«
- 22 BGH gibt MEDI Recht: Berufsordnung ist verfassungswidrig
- 22 Kostenfreie Mitgliedschaft für Ärzte in Weiterbildung

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 23 MEDIVERBUND Praxisbedarf goes Rheinland-Pfalz

FORT- UND WEITERBILDUNG

- 24 Neu im Portfolio: Sonokurse mit Ultraschall-Simulatoren
- 26 Mehr Notfalltraining, bitte!
- 28 NACHGEFRAGT BEI ANGELIKA BÖLHOFF
»Ich habe schon neue Seminare im Blick«

GESUNDHEITSPOLITIK

- 29 Baumgärtner lobt Gutachten zur Honorarreform
- 30 MEDI GENO auf Wachstumskurs
- 32 NACHGEFRAGT BEI DR. WERNER BAUMGÄRTNER
»Ärztetze gehören auf finanziell gesunde Füße«
- 33 Hilfestellung bei ASV
- 34 MENSCHEN BEI MEDI – Dr. Wolfgang Miller

ARZT & RECHT

- 36 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN

MEDI INTERN

- 38 NEUE MITARBEITER BEI MEDI:
Wolfgang Fechter, Stefanie Anshelm und Steffen Nitter

BUSINESS

- 40 PERSONALISIERTE ARZNEIMITTELTHERAPIE | 3
Statine: Angst vor Nebenwirkungen?
- 41 FÜR SIE GELESEN Taschenbuch Flugmedizin von U. Stüben, J. Graf

PRAXISMANAGEMENT

- 32 Praxissoftware: Um nichts mehr kümmern

PRAXISTEAM

- 45 Hitzefrei oder Klimaanlage?
- 46 Happy Birthday VERAHmobil





»In diesem Jahr könnte es Verhandlungen zu einem neuen Facharztvertrag geben«

Kein Facharztvertrag, den MEDI Baden-Württemberg mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK bisher verhandelt hat, ist besser gestartet als der Orthopädievertrag: Das Quorum war bereits nach zwei Monaten erfüllt, aktuell behandeln 465 niedergelassene Orthopäden und Chirurgen Patienten, die in das Facharztprogramm eingeschrieben sind. Und doch bleiben die Facharztverträge für die MEDIVERBUND AG immer noch ein Zuschussgeschäft, wie Vorstand Frank Hofmann im Gespräch mit Angelina Schütz erklärt.

MEDITIMES: Herr Hofmann, so mancher Arzt glaubt, dass die Managementgesellschaft dank der Selektivverträge im Geld schwimmt...

Hofmann (lacht): Ich kann Ihnen versichern, dass das nicht der Fall ist! Mit dem Orthopädievertrag nimmt die Vergütungssumme, die über die Facharztverträge insgesamt abgerechnet wird, natürlich zu.

Der Verwaltungskostensatz, den unsere Managementgesellschaft erhält, reicht aber noch nicht aus, um unseren Aufwand bei den Facharztverträgen zu decken. Zu unseren Aufgaben gehört ja nicht nur die Abrechnung, sondern auch die Vertragsentwicklung, die Kommunikation des Vertrages an Ärzte und Medien und die Zulassung der Ärzte zum Vertrag. Bisher hat es über ein Jahr gedauert, bis ein Facharzt-

vertrag ausverhandelt war, und noch länger, bis darüber Versicherte behandelt und abgerechnet werden konnten. Wir schreiben hier also noch keine schwarze Null, hoffen aber, dass das im nächsten Jahr der Fall sein wird.

Übrigens ist der Orthopädievertrag zum ersten Mal im ersten Quartal 2014 abgerechnet worden. Wir sind mit den Abrechnungsergebnissen sehr zufrieden und haben unser Ziel erreicht, dass der durchschnittliche Fallwert, der den Ärzten ausbezahlt wird, rund 20% über dem der KV liegt.

MEDITIMES: Fast so alt wie der Orthopädievertrag ist auch der Kinderarztvertrag, den MEDI, HÄV, AOK und BVKJ vor einem Jahr unterzeichnet haben. Wie viele Pädiater nehmen teil?

Hofmann: Derzeit 240. Insgesamt könnten über 700 Kinderärzte in Baden-Württemberg am Vertrag teilnehmen. Insofern

gibt es da natürlich noch Luft nach oben. Wir sind aber optimistisch, dass die ersten Abrechnungsergebnisse des Vertrages, die uns bald für das zweite Quartal 2014 vorliegen, zusätzlich das Interesse am Vertrag wecken werden. Aktuell sind übrigens schon über 30.000 Kinder in den Vertrag eingeschrieben.

MEDITIMES: Expecten Sie in diesem Jahr noch Verhandlungen zu einem neuen Facharztvertrag?

Hofmann: Ich sage mal vorsichtig ja. Das hängt aber davon ab, ob es seitens der Krankenkassen Ausschreibungen geben wird. Das SGB V schreibt ja vor, dass Facharztverträge zunächst ausgeschrieben werden müssen. Das Ziel der Unterzeichnung eines weiteren Vollversorgungsvertrages noch in diesem Jahr ist sicher sehr ambitioniert. Bei einem Vertrag für eine kleinere Arztgruppe oder einen enger abgesteckten Versorgungsbereich, wie beispielsweise Diabetologie, wäre das aber möglich.

MEDITIMES: Eine Dauerbaustelle, mit der auch die MEDIVERBUND AG zu kämpfen hat, ist das Thema Bereinigung. Warum?

Hofmann: Immer wenn ein Selektivvertrag abgeschlossen wird, wird im Kollektivvertrag bei der KV die Gesamtvergütung

um den Leistungsbedarf für die eingeschriebenen Versicherten bereinigt. Sonst würde die Krankenkasse für dieselbe Leistung zweimal zahlen.

Diese Bereinigung wirkt sich aber auch auf die Höhe der Regelleistungsvolumina

Die Fallwerte im Orthopädievertrag liegen 20% über dem KV-Niveau

der Ärzte aus. Und hier besteht ein Ungleichgewicht: Nach den derzeitigen Vorgaben der KBV zur RLV-Bereinigung bei Selektivverträgen müssen die im Kollektivvertrag verbleibenden Ärzte eine Absenkung der RLV nur bis zu 2,5% akzeptieren. Die Belastung der Selektivvertragsärzte ist dagegen nicht begrenzt. In manchen KVen ist sogar vorgesehen, dass die Selektivvertragsärzte ganz alleine die Bereinigungslast tragen. Das ist aber schlicht unfair und belastet natürlich die Selektivverträge – da kann die Vergütung noch so gut sein. Wenn die Bereinigung der KV-Vergütung die Vorteile wieder auffrisst, kann nicht mehr die Rede von einem fairen Wettbewerb zwischen Kollektiv- und Selektivsystem sein.

MEDITIMES: Die Bereinigungsregelung gilt doch für alle Ärzte und Psychotherapeuten, die an Selektivverträgen teilnehmen. Warum gibt es bei Hausärzten, die an der HZV in Baden-Württemberg teilnehmen, diese Verwerfungen nicht?

Hofmann: Vereinfacht gesagt: Wenn, wie z.B. im PNP-Vertrag, weniger Ärzte an einem Selektivvertrag teilnehmen, verteilt sich die Bereinigungslast wegen der 2,5%-Regelung auf weniger Schultern und ist für den einzelnen Selektivvertragsarzt einschneidender. In unserem Hausarztvertrag haben wir aufgrund der viel größeren Teilnehmerzahl eine ganz andere Situation. In anderen Bundesländern gibt es teilweise aber auch bei HZV-Ärzten Probleme, weil die Bereinigungsregeln der regionalen KV noch restriktiver sind und z.B. nicht einmal die 2,5%-Regelung vorsehen.

MEDITIMES: Und wie wollen die Vertragspartner das Bereinigungs-Problem lösen?

Fortsetzung Seite 8



Eine gesunde Praxis...

hat bestens ausgebildetes Personal, ist ausgelastet, gut organisiert und technisch auf der Höhe der Zeit. Perfekt – solange nichts passiert.

Aus der Erfahrung dreier Generationen wissen wir: Der Versicherungsschutz vieler Internisten, Kinder- und Hausärzte ist oft kränkelnd.

Da fehlt an Lunge, Herz und Gliedern das gewisse Quäntchen Sicherheit, das im Schadenfall den problemlosen Ersatz garantiert! Als auf Heilberufe spezialisierter freier Versicherungsmakler haben wir uns der Aufgabe verschrieben, genau das zu heilen. Die Präzision unserer Analysen macht uns zum offiziellen Partner der MEDIVERBUND Aktiengesellschaft.

Wann dürfen wir Ihren Schutz „abhören“?

Karlheinz Schmid
Versicherungsmakler GmbH

Bahnhofstraße 13 | 75417 Mühlacker
Tel.: 07041 / 9690 - 0 | Fax: - 25
www.schmid-online.com

Fortsetzung

» In diesem Jahr könnte es Verhandlungen zu einem neuen Facharztvertrag geben «

Hofmann: Einerseits arbeiten wir bei unseren Facharztverträgen übergangsweise mit Härtefalllösungen, bei denen besonders betroffene Ärzte einen finanziellen Ausgleich erhalten. Zum anderen werden wir dem Gesetzgeber einen Vorschlag für eine faire RLV-Bereinigung unterbreiten. Im Kern möchten wir erreichen, dass Ärzte, die an Selektivverträgen teilnehmen, nicht diskriminiert werden dürfen.

Inzwischen gibt es einen EFA-Zuschlag für Neurologie-Praxen

MEDITIMES: Wann soll dieser Gesetzesvorschlag fertig sein?

Hofmann: Wir arbeiten das gerade zusammen mit allen Beteiligten aus. Spätestens nach der Sommerpause können wir einen Vorschlag vorlegen, der dann in die anstehenden Gesetzesvorhaben zum Gesundheitswesen Eingang finden kann.

MEDITIMES: Neben den Hausarzt- und Facharztverträgen bietet die MEDIVERBUND AG für die Mitgliedspraxen ja weitere attraktive Angebote ...

Hofmann: Ich greife mal drei Punkte heraus: Die MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH bietet den Praxisbedarf im Schnitt 10% günstiger an als etablierte Großhändler. Das kommt bei unseren Mitgliedern auch gut an. Schon 600 Praxen beziehen den Praxisbedarf über uns.

Unser Softwareangebot Doc.star soll im Herbst mit der webbasierten Lösung in den Vertrieb gehen. Das bedeutet: Server sind nicht mehr notwendig, auch Updates und Datensicherungen in der Arztpraxis werden überflüssig. Wichtig ist uns auch, Ärztenetzen konkrete Unterstützung anbieten zu können. Deshalb arbei-

ten wir gerade ein Dienstleistungsangebot für Ärztenetze aus, welches vom Netzmanagement, über die Vertragsverhandlung und -abrechnung bis zur IT-Ver-netzung reicht.

MEDITIMES: Im Frühjahr hat die MEDIVERBUND AG auch noch eine eigene Fortbildungsinitiative für MFAs gestartet ...

Hofmann: Mit den sogenannten „MFA-Tagen“ wollen wir auch die Medizinischen Fachangestellten verstärkt in unser Dienstleistungsangebot einbinden. Im Mittelpunkt stehen Veranstaltungen zur Abrechnung bei den Selektivverträgen, zur moder-

nen Wundversorgung, zur Kommunikation, zu Impfungen und zur Notfallversorgung. Stattgefunden haben bisher MFA-Tage für die Facharztvertragspraxen der Bereiche Kardiologie, Gastroenterologie und PNP. Die Schulungen sind gut besucht. Manchmal ist die Nachfrage sogar so groß, dass wir vertiefende Kleingruppen-Seminare organisieren müssen. Weitere MFA-Tage gibt es im Herbst.

MEDITIMES: Auch bei den EFAs, den Entlastungsassistentinnen in den Facharztpraxen, gibt es erfreulich Neues ...

Hofmann: Endlich konnten wir mit den Vertragspartnern im Rahmen des PNP-Vertrages die notwendigen Curricula für die EFAs der Bereiche Demenz, Epilepsie, Multiple Sklerose und Parkinson vereinbaren. Damit können die am Modul Neurologie teilnehmenden Ärzte, die anerkannte EFAs beschäftigen, ab dem 1. Juli den EFA-Zuschlag in Höhe von 5 Euro auf die jeweilige Zusatzpauschale abrechnen.

MEDITIMES: : Herr Hofmann, vielen Dank für das Gespräch. 🇩🇪



Die rot-grüne Gesundheitspolitik treibt Niedergelassene auf die Barrikaden.

Von welchen die auszogen, den Nasenring abzulegen

Am 23. März 1999 gründen 12 niedergelassene Ärzte aus Stuttgart die erste MEDI GbR, »MEDI S«. Ihnen bereitet die rot-grüne Politik große Sorgen. Einige Monate später breitet sich die MEDI Idee auch auf andere Regionen aus. Heute hat MEDI in Baden-Württemberg rund 5.500 Mitglieder und 39 GbRen. Einige Gründer von MEDI S erinnern sich noch gut an die Anfänge.

1999 ist Andrea Fischer Gesundheitsministerin und den Niedergelassenen gar nicht grün. Über die Integrationsverträge möchte sie noch mehr Staatsmedizin und körperschaftliche Fesseln in die KVen hineinbringen. Der Kollektivvertrag soll

ausgehöhlt werden, die ärztlichen Körperschaften stehen dem hilflos gegenüber. Genau wie viele Berufsverbände. Ihre Aktivitäten beschränkten sich in der Regel darauf, im Windschatten der KVen ihr eigenes Süppchen zu kochen um

möglichst viel für ihre Berufsgruppe herauszuholen.

„Wir brauchten damals dringend einen schlagkräftigen fachübergreifenden Ärzteverband als Gegengewicht dazu“, erinnert sich der Stuttgarter Allgemeinarzt Dr. Michael Oertel, der seinen Namen vor 15 Jahren ebenfalls auf den Gesellschaftsvertrag für „MEDI S“ setzt. Das sieht Dr. Markus Klett auch so: „Ein Kollege war z.B. im Hausarztverband, der zweite im Hartmannbund und der dritte im gynäkologischen Verband. Über die andauernde Umverteilung und Honorarverknappung haben sich die Verbände gegenseitig angeschossen und das wollten wir beenden. Wir wollten miteinander arbeiten und zwar gleichrangig.“

In Anbetracht der Unheil versprechenden Entwicklungen reift in der Stuttgarter Ärzteschaft der Plan heran, eine Art Auffangorganisation neben der KV aufzubauen, die keinen körperschaftlichen Status hat und ganz die Interessen ihrer Mitglieder vertritt. „Die zunehmende Drangsalierung durch die Politik hat es notwendig gemacht, eine unabhängige Organisation auf die Beine zu stellen“, erinnert sich Prof. Dr. Albrecht Hettenbach, Gynäkologe in Göppingen. „Mir hat damals imponiert, dass es Ärzte gab, die sich nicht mehr am KV-Nasenring durch die politische Szene ziehen lassen wollten.“ Genau wie der Allgemeinärztin Dr.

1999

- Niedergelassene Ärzte gründen »MEDI S«, die erste MEDI GbR.
- VVNW und KVNW beteiligen sich an der MEDI Verbund GmbH.

2000

- MEDI Delegierte erringen bei KVNW-Wahl 68 Sitze.

2001



- MEDI ist zum ersten Mal auf der MEDIZIN-Messe vertreten.
- **Werner Conrad wird Geschäftsführer der MEDI Verbund GmbH.**
- Gründung des MEDI Schulungsvereins.

Anne Vitzthum aus Weinstadt. „In der Kollegenschaft herrschte großer Frust. Ich selber bin kein Rebell, aber ich bin zielorientiert und scheue mich nicht, mein Näschen in den Wind zu halten.“

Die Idee aus der Schweiz

Während sich Vorstandsmitglieder der damaligen KV Nord-Württemberg mit anderen Praxisinhabern treffen und am neuen Praxisverbund basteln, hat Dr. Norbert Metke bei einem Besuch in der Schweiz die Idee für den passenden Namen: „MEDI heißt MEDI, weil wir eine Schweizer Ärzteorganisation mit diesem Namen gesehen haben.“ Auch er gehört zu den Gründungsmitgliedern und ist heute Vorstandsvorsitzender der KV Baden-Württemberg. „Ich dachte, dass der Buchstabe „i“ in Form des Stuttgarter Fernsehturms im Namen MEDI gut aussehen würde, denn MEDI war ursprünglich als Einrichtung für Stuttgart gedacht“, fügt er hinzu. Doch einige Monate später gründen Niedergelassene in anderen Regionen ebenfalls MEDI GbR und der Fernsehturm verschwindet aus dem Namen MEDI.

Knapp vier Monate nach MEDI S gründen die Vertragsärztliche Vereinigung Nordwürttemberg (VVNW), ein fachübergreifender freier Verband mit rund 2.000 Ärzten und Psychotherapeuten im Rücken, und die KV Nord-Württemberg die MEDI Verbund GmbH. Die Vertreterversammlung der KV stimmt mit großer Mehrheit dafür, dass sich die Körperschaft als Gesellschafterin mit 25% an der GmbH beteiligt.

Zu diesem Zeitpunkt leitet der heutige MEDI Chef Dr. Werner Baumgärtner in Personalunion die KV und die VVNW. Somit greifen die MEDI Macher auf zwei etablierte Ärzteorganisationen zurück – eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und einen freien Verband.

Erste Gehversuche ohne KV

Doch was für die einen richtig und logisch ist, findet nicht überall Zustimmung: Eine Handvoll Ärzte klagt gegen den VV-Beschluss und bekommt Recht. „Das war für uns damals ein schwerer Schlag, dass die KV aus unserer Organisation herausgeklagt wurde“, erinnert sich der MEDI Chef. Plötzlich ist die Vertragsärztliche

Vereinigung alleinige Besitzerin der MEDI Verbund GmbH und die Stuttgarter MEDI Ärzte müssen sich neu aufstellen.

Also suchen sie Projekte mit politischen Inhalten, die gleichzeitig auch den Mitgliedern nützen. So entsteht im Jahr 2000 das MEDI IGeL-Kompendium. Ein Jahr später gründen die MEDI Ärzte eine eigene Bereitschaftszentrale für Patienten, es folgt der MEDI Schulungsverein für Diabetiker. Dieser steht von Beginn an unter der Leitung des Allgemeinarztes und Diabetologen Markus Klett: „Wir wollten einen Schulungsverein, auf den alle Ärzte im Umfeld Zugriff haben, auch die Nicht-Diabetologen. Später organisierten wir den ersten Diabetestag, aus dem im Laufe der Jahre ein zweitägiges Symposium entstanden ist.“

2001 kommt Werner Conrad als Geschäftsführer der MEDI Verbund GmbH nach Stuttgart und bringt frischen Wind und das notwendige Know-how mit. Ein Jahr später präsentieren die MEDI Ärzte ihre „Orientierungshilfen“ zur Behandlung chronischer Krankheiten wie Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheiten, Asthma und Brustkrebs. Sie gelten als Antwort auf die DMP-Programme der Krankenkassen. „Unsere Orientierungshilfen entstanden aus dem Prinzip heraus, dass nur wir Ärzte Behandlungsleitlinien erstellen sollten und nicht Systemfremde“, so Metke.

MEDI übt den Protest

Ebenfalls 2002 taucht der Name MEDI zum ersten Mal im Zusammenhang mit einer landesweiten Protestaktion auf, die die Landesärztekammer mit der VVNW

Fortsetzung Seite 13



Werner Baumgärtner beim landesweiten Protesttag auf dem Stuttgarter Schlossplatz.

2002

- MEDI bringt »Orientierungshilfen« zur Behandlung chronischer Krankheiten heraus.
- Beim Aktionstag »Nullrunde macht krank« tritt MEDI zum ersten Mal in Erscheinung.



2003

- Aktionstag »Gegen den Ausverkauf des Gesundheitswesens«.
- Ärzteverbände aus 12 KV-Bezirken gründen MEDI Deutschland.



NACHGEFRAGT BEI

Dipl.-Pol. Ekkehard
Ruebsam-Simon

Vize von MEDI Baden-Württemberg



der NAI fraglich zu sein. Immerhin sind zahlreiche NAI-Mitglieder dann doch noch ins gemeinsame Bett gestiegen... Was mich heute noch freut!

MEDITIMES: Hat sich der Schulterschluss gelohnt?

Ruebsam-Simon: Definitiv! Die von MEDI und dem HÄV entwickelten Hausarztverträge und die angedockten Facharztverträge haben für viele Praxen einen erheblichen wirtschaftlichen Vorteil geschaffen – auch als Wertsteigerung für einen Verkauf. Das MEDI Portfolio ist außerdem auch auf Bundesebene außerordentlich attraktiv und im Wettbewerb der Verbände singulär. Es gibt keinen anderen Ärzterverband, der sowohl Hausarzt- wie Facharztverträge technisch abrechnen kann oder Praxisbedarf, ein IT-Praxisverwaltungssystem und Vernetzungskompetenzen bündeln und damit den Mitgliedern unmittelbar fühlbare Vorteile verschaffen kann.

Die juristische und betriebswirtschaftliche Begleitung durch MEDI kann sich auch sehen lassen. In vielen „Vor-Ort-Konflikten“ hilft MEDI gern. Also summa summarum: Die „Vernunfttheirat“ von NAI und MEDI hat das gebracht, was wir uns damals gewünscht hatten. Außerdem freut mich die ungewöhnlich gute Zusammenarbeit der führenden Köpfe bei MEDI! Das ist etwas ganz Besonderes. ■■■

as

»Keine Ideen aus dem Wolkenkuckucksheim«

Vor zehn Jahren trat die Nordbadische Ärzteinitiative (NAI) MEDI bei. Damit hatte der Verbund mit einem Schlag fast 1.000 streitbare und protestierbare Mitglieder. Ekkehard Ruebsam-Simon war damals Vorstandsvorsitzender der NAI und suchte den Schulterschluss zu MEDI.

MEDITIMES: Herr Ruebsam-Simon, was hatte MEDI was andere Ärzterverbände nicht hatten?

Ruebsam-Simon: MEDI hatte eine langfristig angelegte politische Konzeption mit sehr konkreten Vorstellungen, wie das Gesundheitssystem verändert werden könnte, ohne es in seiner Substanz zu zerstören. Die Mischung von Veränderungswillen und pragmatischer Bewahrung des lange Bewährten zeichnete MEDI aus. Die Veränderungsideen von MEDI gingen immer von der Versorgungsrealität aus und nicht von wünschbaren Ideen im Wolkenkuckucksheim. Der entscheidende Unterschied war

aber die ökonomische Potenz: Die MEDI Verbund GmbH, die später zur Dienstleistungs GmbH und dann zur MEDIVERBUND AG wurde, konnte entsprechende Mehrwerte schaffen. Damit ließ sich die politische Konzeption umsetzen.

MEDITIMES: Damals wollten aber nicht alle NAI-Mitglieder unter das MEDI Dach schlüpfen ...

Ruebsam-Simon: Die romantische Liebesheirat scheidet oft genug am Alltag, insofern fand ich die Heirat an sich gut und sinnvoll. Am Anfang stand ich mit meinem „Kurswechsel“, der von manchen als Verrat an der revolutionären Idee der NAI verstanden wurde, ziemlich alleine da. Angesichts der immer weiter vorangetriebenen Zentralisierung der politischen Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen durch Ulla Schmidt, dem GKV-Spitzenverband, dem IQWiG oder dem MDK und durch die Zusammenlegung der KVen in Baden-Württemberg schien mir die Zukunft einer Gruppierung wie



2004

- NAI tritt MEDI bei.
- Baumgärtner klagt gegen die Praxisgebühr, die Klage wird abgewiesen.
- Fusion der 4 Landes-KVen zur KVBW.



2005

- Bundesärztekammer unterstützt MEDI bei landesweiter Kundgebung.
- MEDI startet Kampagne gegen e-Card.
- Beschwerde vor der EU-Kommission gegen die duale Finanzierung von Krankenhäusern.



Beim kollektiven Systemausstieg stärkt Wolfgang Hoppenthaller, damals noch Chef des Hausärzteverbandes in Bayern, MEDI den Rücken.

Fortsetzung

»Von welchen die auszogen, den Nasenring abzulegen«

auf die Beine stellt. Unter dem Motto „Nullrunde macht krank“ machen insbesondere die Praxen in Nordwürttemberg für einen Tag dicht.

Statt einer festen Vergütung gibt es wiederholt Nullrunden für die ambulante Versorgung. Trotzdem müssen die Praxen eine Vollversorgung gewährleisten. Das wird den MEDI Ärzten und ihren Angestellten einfach zu viel. Also organisieren sie in den folgenden Jahren gemeinsam mit anderen Verbänden landesweite Praxisschließungen und Großkundgebungen, bevorzugt in Stuttgart.

Wahlweise dienen Messehallen, die Porsche-Arena, die Schleyer-Halle oder der Stuttgarter Schlossplatz den MEDI Mitgliedern öffentlichkeitswirksam als Bühne. Sie bannen ihre Forderungen an die Berliner Politik auf Transparente, sprechen sie in Mikrofone oder tragen sie auf anderen Wegen in die Öffentlich-

keit. Mit dem Beitritt der Nordbadischen Ärzteinitiative (NAI) 2004 kommen mit einem Schlag fast 1.000 protestierbare Doktoren unter das MEDI Dach (*mehr dazu im Interview auf Seite 12*).

Unter Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt schwappt die Protestwelle 2006 auf ganz Deutschland über. Alle großen Ärzteverbände und fast jedes kleine Praxisnetz rufen zu Kampfmaßnahmen auf. Am 24. März marschieren in Berlin rund 30.000 Niedergelassene, Klinikärzte und Praxisangestellte beim „Ersten Nationalen Protesttag“ vor das Brandenburger Tor um Ulla Schmidt die rote Karte zu zeigen – ein Protestsymbol, das die MEDI Ärzte in Baden-Württemberg eingeführt haben.

„Das hat uns damals sehr viel Zuspruch gebracht, wir standen an der Spitze dieser Proteste“, schmunzelt Baumgärtner. Auch die anderen blicken gerne zurück: „Da herrschte Aufbruchsstimmung! Ich hatte das Gefühl, dass die

Mehrzahl der Kollegen das verkrustete System aufbrechen wollte“, sagt Oertel. „Man hat endlich die Leute aus den Ecken gebracht. Es gab jemanden, der die Fahne nach vorne getragen hat und dann sind auch relativ viele Kollegen gefolgt. Das war ja das Faszinierende an MEDI“, stimmt Hettenbach zu.

Damit möglichst viele Mitglieder in das bitterkalte Berlin kommen, organisiert die Geschäftsstelle in Stuttgart einen Sonderzug mit 700 Sitzplätzen. „Wir sind alle auf eigene Kosten nach Berlin gefahren. Die Stimmung war gut, aber das war

Fortsetzung Seite 14



Zu den Klängen einer Musikkapelle kommen Hunderte zum »Tag der offenen Tür« ins Ärztehaus Zuffenhausen.

2006



- Fast 7.000 Niedergelassene stimmen in Sindelfingen für landesweite Praxisschließungen.
- Erster Nationaler Protesttag in Berlin.
- **Rund 10.000 Teilnehmer bei Kundgebung auf dem Stuttgarter Schlossplatz.**
- Fast 4.000 Protestteilnehmer stimmen in Stuttgart für einen DMP-Ausstieg.

2007

- **Erstes Ärztehaus nach dem MEDI Konzept öffnet seine Pforten in Stuttgart-Zuffenhausen.**
- EU-Kommission verbietet unzulässige Beihilfen an Kliniken und MVZs.
- Start des Korbmodells.

>>>

Fortsetzung

»Von welchen die auszogen, den Nasenring abzulegen«

Für das Korbmodell und seine Auswirkungen auf die Patienten interessieren sich auch die Medien.



harte Arbeit und da die Praxen zu waren, haben wir an solchen Tagen auch nichts verdient“, erinnert sich Anne Vitzthum.

Körbe für den Systemausstieg

2007 ebbten die Proteste ab, unter den Niedergelassenen macht sich Enttäuschung breit. „Ulla Schmidt hat damals zwar für den Kollektivvertrag drei Milliarden Euro zusätzlich bereitgestellt, aber keine festen Preise zugelassen“, zieht Baumgärtner Bilanz. Auch die Forderung nach weniger staatlichem Einfluss in der ambulanten Versorgung bleibt ungehört. Die KBV, beflügelt durch die Wirkung der Proteste, feiert sich plötzlich als Verantwortliche für das Honorarplus. „Ein kompletter Witz“, ärgert sich der MEDI Chef, „es waren die Proteste, die zur Aufstockung der Vergütung geführt haben!“

Während die meisten Ärzte ihre Transparente und Trillerpfeifen wieder wegpacken, sucht MEDI nach einem neuen

politischen Druckmittel. Und so stimmen bei einer Kundgebung im November 2007 rund 2.000 Mitglieder für das Korbmodell und damit für einen professionell vorbereiteten kollektiven Systemausstieg. „Statt den KVen würde eine freie Managementgesellschaft wie z.B. unsere die ambulante Versorgung organisieren. Zwar würde die Politik immer noch die Rahmenbedingungen vorgeben, aber sie könnte uns nicht mehr vorschreiben, wie hoch der Punktwert ist oder die Arzneimittelbudgets“, erklärt Baumgärtner die Idee dahinter.

Unterstützung bekommt MEDI von vielen anderen Verbänden. Außerhalb von Baden-Württemberg insbesondere vom Bayerischen Hausärzterverband. „In Bayern und Baden-Württemberg hätte es funktionieren können. Aber dann waren die Ängste der Kolleginnen und Kollegen zu groß und die Gegenaktivitäten zu heftig.“ Baumgärtner erinnert daran, dass Banken damit gedroht haben, Ärzten ihre Kredite nicht zu verlängern.

hausarztzentrierte Versorgung ohne KV-Beteiligung regelt. Damit müssen alle Krankenkassen Hausarztverträge außerhalb des Kollektivvertrags abschließen.

MEDI erkennt das Potenzial, eine neue Versorgung neben dem Kollektivvertrag auf den Weg zu bringen, bereits frühzeitig. Während die Proteste und Korbaktionen noch im Gange sind, nimmt zwischen MEDI, dem Hausärzterverband und der AOK die Idee, einen landesweiten flächendeckenden Hausarztvertrag auf den Weg zu bringen, Gestalt an. Dieser wird später unter dem Namen „AOK-Hausarztprogramm“ bekannt. Er geht als erster Hausarztvertrag seiner Art in die Geschichte ein und gilt als Blaupause für alle weiteren 73b-Verträge in Deutschland.

„Der Vertrag ist deswegen schon ein Highlight, weil jeder Fall bezahlt wird und weil er zeigt, dass wir nicht darauf angewiesen sind, nur Verträge innerhalb einer Institution des öffentlichen Rechts abzu-



Der Silberstreif am Horizont

Doch wenn sich eine Tür schließt öffnet sich bekanntlich eine andere. Und wer hätte gedacht, dass ausgerechnet die Politik den Boden für so etwas wie einen „Systemausstieg light“ bereiten würde? Um den Kassenwettbewerb in Deutschland weiter anzukurbeln bringt der Gesetzgeber 2009 die Verpflichtung des § 73b ins Sozialgesetzbuch V ein, der die



2008

- Rund 7.000 Teilnehmer unterstützen den Systemausstieg.
- »Baumgärtner-Urteil«: HVV der KVBW ohne festen Punktwert ist rechtswidrig.
- AOK, MEDI und HÄV unterzeichnen den ersten landesweiten Hausarztvertrag.



2009

- Erneuter Protesttag »Gemeinsam unsere Praxen retten«.
- Ministerpräsident Oettinger lobt bei einem Aktionstag vor 4.000 Teilnehmern die HZV im Land.
- Bundesweit erster Facharztvertrag für Kardiologen unterzeichnet.
- Neuer Hausarztvertrag zwischen MEDI, HÄV und BKK VAG.

schließen“, findet Anne Vitzhum. Michael Oertel stimmt ihr zu: „Die Hausarzt- und Facharztverträge bedeuten für mich und die Mehrzahl meiner Kollegen eine absolute Befreiung aus dem verkrusteten System.“

2012 belegen Ergebnisse unabhängiger wissenschaftlicher Untersuchungen, dass AOK-Versicherte, die am Hausarztvertrag teilnehmen, besser versorgt sind. Die 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. „Diese Evaluation war wirklich wichtig, weil die Politik das Thema Selektivverträge überhaupt nicht zur Kenntnis genommen hat“, sagt MEDI Chef Baumgärtner, „Politiker, Kassen und KV-Vertreter sagten immer wieder: Das bringt doch alles nichts und macht keinen Sinn. Insofern wurden die Ergebnisse endlich auch in Berlin zur Kenntnis genommen.“ Mit dem Beitritt des BVKJ 2013 bauen die Vertragspartner auch die Leistungen für die Pädiater aus.

»Baumgärtner-Urteil« beschert den Ärzten fast 60 Mio. Euro



Foto: fotolia

Als Vorstandsvorsitzender von MEDI zog Werner Baumgärtner gegen die Honorarpolitik des früheren KV-Vorstands vor Gericht – und bekam Recht. Das Bundessozialgericht hat im März 2010 entschieden, dass die Honorarverteilungsverträge der KVBW vom 2. Quartal 2005 bis zum 4. Quartal 2008 rechtswidrig waren, weil keine festen Punktwerte und für die Bezirksdirektion Stuttgart zumindest bis 2007 keine arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen (sondern

„Individualbudgets“) vereinbart wurden (Aktenzeichen B 6 KA 43/08 R).

Unter ihrem neuen Vorsitzenden Norbert Metke hat sich die KVBW 2012 darauf geeinigt, dass Niedergelassene in allen vier Regierungsbezirken Nachzahlungen erhalten. Anspruch darauf hatten jedoch nur diejenigen, die Widerspruch eingelegt hatten. Einzelne Ärzte durften sich sogar über fünfstellige Nachzahlungen freuen! 🇩🇪

Selektivverträge mit KV-Unterstützung

2009 unterzeichnen MEDI, AOK und der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen den bundesweit ersten Facharztvertrag nach § 73c SGB V. In den nächsten Jahren folgen weitere Facharztverträge für niedergelassene Gastroenterologen, Psychotherapeuten, Neurolo-

gen, Psychiater, Orthopäden und Chirurgen. „Ich hätte nie einem Hausarztvertrag zugestimmt, wenn ich nicht gewusst hätte, dass die AOK diesen durch flächendeckende Facharztverträge ergänzen würde“, stellt Baumgärtner klar. „Das war für mich ganz entscheidend, weil wir eine fachübergreifende Organisation sind.“

Fortsetzung Seite 16



2010

2011



- Bundesweit erster Facharztvertrag Gastroenterologie startet für AOK-Versicherte.
- MEDI Kandidat Norbert Metke wird KVBW-Chef.

- Erster PNP-Vertrag in Deutschland wird unterzeichnet.
- Baumgärtner unterliegt bei KBV-Wahl.
- »Baumgärtner-Urteil« beschert Ärzten satte Honorarnachzahlungen.
- MEDI Ärzte gründen das IFFM.

>>>



Minister Daniel Bahr lobt die Selektivverträge im Südwesten und besucht, zusammen mit AOK-Chef Christopher Hermann, die Hausarztpraxis von Werner Baumgärtner.

nehmer und andere Fortbildungen, Qualitätszirkelanforderungen oder Psychosomatik-Kurse in Zusammenarbeit mit einer Akademie an. Für MFAs gibt es die Ausbildung zur EFA, der „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“. Das sind speziell geschulte Mitarbeiterinnen, an die Fachärzte bestimmte Aufgaben delegieren können – so, wie es VERAHS in Hausarztpraxen tun. „In der Zukunft möchten wir uns auch in die Versorgungsforschung einbringen, weil wir die Versorgungsdaten der Selektivverträge im System haben. Aber da brauchen wir noch ein bisschen Zeit“, sagt Ruebsam-Simon.

Fortsetzung

»Von welchen die auszogen, den Nasenring abzulegen«

Mit der Wahl Norbert Metkes zum KV-Chef in Baden-Württemberg 2010 bekommen die Vertragspartner zum ersten Mal Unterstützung für ihre Hausarzt- und Facharztverträge aus den KV-Reihen. „Wir haben erkannt, dass der Wettbewerb zweier Systeme innerhalb des SGB V einen ungeheuren Charme hat, es ist ein Antrieb für beide“, findet Metke. Er ist überzeugt: Die Existenz der beiden Systeme hat hierzulande zu einer Stärkung der Ärzteschaft geführt. „Im Gegensatz zu anderen Ländern bilden die freien Verbände und die KV eine politische Einheit und machen sich auf diese Weise nicht zum politischen Spielball. Damit sind alle Behauptungen ad absurdum geführt, dass Selektivverträge zu einer Schwächung der KV führen“, betont Metke, „seit sich die

Selektivverträge mit der Unterstützung der KV weiterentwickelt haben, sind die Honorarsteigerungen in der KV eher größer als jemals zuvor.“ Untergangsszenarien anderer KVen, wonach die Bereinigung die Körperschaften wirtschaftlich schwächen werde, treten nicht ein.

Ausblick

Für MEDI steht außer Frage, dass man die Facharztverträge gemeinsam mit interessierten Berufsverbänden und Krankenkassen weiterentwickeln möchte. Mit der Gründung des „Instituts für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbände“ (IFFM) 2011 haben die MEDI Ärzte in Baden-Württemberg etwas geschaffen, das die Mitglieder bei ihrer Teilnahme an den Hausarzt- und Facharztverträgen unterstützt. „Wenn wir die Selektivverträge dauerhaft etablieren wollen, geht das nur, wenn wir auf eine gute Qualität setzen“, erklärt Ruebsam-Simon, von dem die Idee mit dem Institut stammt. Heute bietet das IFFM Nachschulungen für Vertragsteil-

Und sonst? „Wir haben viel erreicht und können darauf aufbauen“, blickt Baumgärtner nach vorne. „Wichtig ist mir, dass MEDI eine politische Organisation bleibt. Unsere Managementgesellschaft, die sich zur MEDIVERBUND AG entwickelt hat, soll das umsetzen, was unsere Praxen im wirtschaftlichen oder vertraglichen Bereich weiterbringt.“

Diesem Konzept stimmt auch AG-Vorstand Ass.-jur. Frank Hofmann zu: „Für den Ausbau weiterer Facharztverträge haben wir uns von einigen Facharztgruppen mandatieren lassen. Außerdem engagieren wir uns derzeit sehr im Praxissoftware-Bereich. Daher ja auch die Kooperation mit dem IT-Unternehmen Doc.Star.“

Weitere Schwerpunkte sind für Hofmann die noch junge Praxisbedarf GmbH, die aber schon „sehr gute Ergebnisse“ liefert, der Marktplatz für Praxisabgeber und -nachfolger, der 2012 entstanden ist, und die Weiterentwicklung der MFA-Tage, dem MEDI Fortbildungskonzept für Praxisteams. Auch das Stichwort IT-



2012

- **HZV-Partner und Wissenschaftler präsentieren zum ersten Mal ihre Evaluationsergebnisse.**
- MEDI lässt Streikrecht für Niedergelassene prüfen.
- Mitgliederumfrage bescheinigt Vorstand Top-Noten.

2013

- **Frank Hofmann wird neuer Vorstand der MEDIVERBUND AG.**
- HZV-Partner präsentieren das VERAHmobil.
- BVKJ tritt AOK-Hausarztvertrag bei.
- Kooperation mit Softwarefirma Doc.Star.



Foto: fotolia

EU-Kommission gibt MEDI Recht

Krankenhäuser und Klinik-MVZs in Deutschland dürfen keine Steuergelder für Defizitausgleiche und Investitionszuschüsse nutzen. Zu diesem Ergebnis ist die EU-Kommission in Brüssel 2007 gekommen, nachdem sie eine Beschwerde von MEDI gegen wettbewerbsverzerrende Beihilfen an deutschen Kliniken geprüft hat. Länder und Kommunen sind als Träger von Krankenhäusern an die Rechtsauffassung der EU gebunden.

MEDI hat die Beschwerde eingereicht, weil niedergelassene Ärzte im Gegensatz zu Krankenhäusern und Klinik-MVZs finanzielle Nachteile haben: Sie müssen sämtliche Investitionen für ihre Praxen aus eigener Tasche bezahlen.



Vernetzung fällt. Vielleicht würde sich dafür ja die ein oder andere MEDI GbR anbieten? „Eines ist jedenfalls sicher“ sind sich Baumgärtner und Hofmann einig, „die Ideen werden uns so bald nicht ausgehen.“

Angelina Schütz



Zum fünfjährigen Jubiläum der HZV in Baden-Württemberg stellen die Vertragspartner ihr VERAHmobil vor.



Auf der Stuttgarter MEDIZIN-Messe ist MEDI bis 2013 präsent.

Glückliche Gesichter nach der Unterzeichnung des bundesweit ersten Kardiologievertrages.



2014

- Bundesweit erster Orthopädievertrag wird unterzeichnet.



- MEDI siegt vor dem Bundesgerichtshof.

HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN



Foto: fotolia

Wie rechne ich die Schmerztherapie im PNP-Vertrag ab?

Die Vertragspartner MEDI, AOK und Bosch BKK haben vereinbart, dass die Leistungen der Schmerztherapie (gem. EBM-Kapitel 30.7.1. und 30.7.2) ab dem 1. Juli 2014 in den PNP-Vertrag aufgenommen werden. Das bedeutet, dass Praxen, die an diesem Vertrag teilnehmen und über eine entsprechende KV-Genehmigung zur Schmerztherapie verfügen, künftig die folgenden Ziffern als Einzelleistungen (NE7-9) bzw. Auftragsleistungen (NA12-14) abrechnen können:

Ziffer	Vergütung	Vergütungsregeln (Auszug)
NE7 (NA12) Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten <i>analog EBM-Kapitel 30.7.1</i>	50 Euro	1x pro Quartal abrechenbar; qualifikationsgebunden (→ KV-Genehmigung bzw. Nachweis KV-Abrechnung EBM-Kapitel 30.7.1 erforderlich); neben den Grundpauschalen, Zusatzpauschalen und dem Diagnostikzuschlag im Modul Neurologie taggleich abrechenbar; auch neben den Zusatzpauschalen im Modul Psychiatrie abrechenbar.
NE8 (NA13) Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere <i>analog EBM-Ziffer 30730</i>	50 Euro	1x pro Tag abrechenbar; neben Grundpauschalen, Zusatzpauschalen, dem Diagnostikzuschlag und NZ1 im Modul Neurologie taggleich abrechenbar.
NE9 (NA14) Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie <i>analog EBM-Ziffer 30731</i>	50 Euro	1x pro Tag abrechenbar; neben Grundpauschalen, Zusatzpauschalen, dem Diagnostikzuschlag und NZ1 im Modul Neurologie taggleich abrechenbar.

Was mache ich wenn ein Patient der personenbezogenen Übermittlung des Dokumentationsbogens zur Vorsorgekoloskopie für 50-54-Jährige nicht zustimmt?

Sollte der Versicherte seine Zustimmung zur Weiterleitung der personenbezogenen Daten nicht erteilen, dürfen im Kopf des Bogens lediglich die Felder »Krankenkasse bzw. Kostenträger« | »Kassen-

Nr.« | »Betriebsstätten-Nr.« | »Arzt-Nr.« sowie »Datum« erfasst werden bzw. müssen darüber hinausgehende Daten geschwärzt werden. Bitte achten Sie auch darauf, dass in diesem Fall bei den

Feldern 2 bis 6 des Befundbogens ausschließlich das Geschlecht, das Alter in Jahren sowie die ersten drei Ziffern der Postleitzahl angegeben werden.

Wird die Fortbildung meiner MFA zur »Fachnurse Demenz« als EFA-Qualifikation anerkannt?

Ja. Eine Anerkennung der EFA, also der „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“, die das Programm DEFA – Merz Pharma; Janssen; Pfizer absolviert haben, ist ohne weiteres möglich. Dazu muss die MEDIVERBUND AG jedoch einen schriftlichen Nachweis in Form des entsprechenden Fortbildungszertifikates erhalten.

Schicken Sie dieses bitte per Fax an unsere Geschäftsstelle unter 0711 806079-566. Erfolgte die Fortbildung bei einer anderen Einrichtung und ggf. nach einem anderen Programm, brauchen wir zzgl. zum Fortbildungszertifikat auch das Curriculum der Fortbildung. So können wir feststellen, ob das Curriculum den Anforderungen des PNP-Vertrages entspricht und erst dann entscheiden, ob die Fortbildung anerkannt

werden kann oder nicht. Generell ist zur endgültigen entfristeten Vergütung des EFA-Zuschlags ein kurzer Online-Test geplant. Über die notwendigen Details informieren wir Sie rechtzeitig. ■■



Wir beantworten gerne Ihre Fragen

Wolfgang Fechter und Thomas Rademacher

IMPRESSUM

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

E-Mail: info@medi-verbund.de
Tel.: 0711 806079-0, Fax: -623
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 2014.
Anzeigenschluss ist der
15. August 2014.



So unterstützt der APS die Praxen vor Ort

Der Arztpartner-Service (APS) ist seit 2007 der regionale Ansprechpartner für die ambulant tätigen Vertragsärzte im Land. Das Konzept hat sich bewährt: Immer mehr Praxen schätzen die Beratung und Unterstützung der AOK-Experten vor Ort. Als regionaler Ansprechpartner ist der APS auch für teilnehmende Ärzte in den Selektivverträgen fest verankert. Das gilt neben dem HZV-Vertrag auch in besonderem Maße für die Facharztverträge.

Gerade zu Beginn eines neuen Facharztvertrages steht der APS teilnehmenden Ärzten tatkräftig zur Seite. Er schult bei Bedarf das Praxispersonal in den prozessualen Abläufen, die der Vertrag neu mit sich bringt, informiert beispielsweise über einzuhaltende Fristen sowie über den Zusammenhang zwischen der Hausarztvertragsebene und den Facharztverträgen. Daneben hilft er auch bei der Klärung des Teilnahmestatus des Patienten oder ggf. bei Fragen zu einzelnen Leistungen. Eine

weitere Aufgabe ist es, offene Fragen der Fachärzte aufzunehmen und zu beantworten, sowie bei Kritik am jeweiligen Vertrag zu vermitteln und somit Unsicherheiten und mögliche Irritationen aufzulösen. Die Anzahl der Kontakte zwischen APS und Praxen ist dabei sehr individuell. Zum Vertragsstart der Praxis besteht häufig ein intensiver persönlicher und telefonischer Kontakt, der danach in regelmäßige persönliche Kontakte bis zu einmal pro Quartal übergehen kann.

Der APS ist auch bei Fragen zu den Hausarzt- und Facharztverträgen ein wichtiger Partner.

Für ihre Aufgabe werden die APS-Mitarbeiter in den Vertragsinhalten der Facharztverträge auf verschiedensten Wegen geschult. So gibt es zunächst regelmäßig zu Beginn eines neuen Facharztvertrages eine Informationsveranstaltung für alle Mitarbeiter, in der die wesentlichen Informationen vermittelt werden. Bei im Alltag auftretenden Fragen wird der APS durch die zuständige Organisationseinheit der AOK-Hauptverwaltung unterstützt. Diese informiert auch regelmäßig über Vertragsänderungen.

Eine Hauptaufgabe wird in Zukunft auch die Vermittlung zwischen Haus- und Facharztebene sein, konkret bezogen auf die vertraglich vereinbarten Schnittstellen zwischen Haus- und Fachärzten.

Der APS ist „das Gesicht“ der AOK in den Arztpraxen. Er steht als kompetenter Ansprechpartner, als „erste Anlaufstelle“ zur Verfügung und unterstützt die Praxen vor Ort in allen vertragspezifischen Fragen sehr gerne. ■

*Frank Hartmann
AOK Baden-Württemberg*

Gut vernetzt

Über 80 APS-Beraterinnen und -Berater betreuen landesweit:

- ca. 3.600 HZV-Ärzte,
 - ca. 1.000 73c-Vertragsärzte,
 - ca. 6.000 DMP-Ärzte
- haben jährlich mehr als 15.000 Praxiskontakte

NACHGEFRAGT BEI

Mirjam Wolf

APS-Beraterin Ludwigsburg-Rems-Murr



Wolf: Ja, Herr Dr. Lembeck. Er vermittelte einen interessanten und spannenden Einblick in die Tätigkeiten eines praktizierenden Orthopäden. Ich konnte an diesem Tag viele wertvolle Pro-Argumente für meine zukünftige Kommunikation gegenüber Orthopäden mitnehmen. Die Behandlungsschwerpunkte und Vorteile des 73c-Vertrages wurden durch Herrn Dr. Lembeck sehr anschaulich, interessant und motivierend vermittelt.

MEDITIMES: Was wünschen Sie sich für den Orthopädievertrag noch?

Wolf: Persönlich wünsche ich mir für unsere Region eine flächendeckend hohe Teilnahme an motivierten Orthopäden und Chirurgen, die ich zukünftig vor Ort zu allen offenen Fragen beraten und unterstützen darf. 🇩🇪

»Gute Argumente und Vorteile für die weitere Kommunikation«

MEDITIMES: Die MEDIVERBUND AG hat zum Start des Orthopädievertrages ebenfalls APS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter geschult. Welchen Eindruck hatten Sie von der Veranstaltung?

Wolf: Persönlich nehme ich einen sehr positiven Eindruck von der Veranstaltung mit. Sie war mit sehr informativen und

aufschlussreichen Botschaften gefüllt, welche mir in der täglichen Arbeit die Kommunikation gegenüber den Ärzten erleichtern wird. Die MEDI Referenten haben eine hohe Kompetenz ausgestrahlt und alle offenen Fragen beantworten können.

MEDITIMES: Gab es für Sie ein persönliches „Highlight“?

BGH gibt MEDI Recht: Berufsordnung ist verfassungswidrig

Niedergelassene Ärzte dürfen mit Radiologen und anderen Fachärzten, die reine medizinisch-technische Leistungen erbringen, in Teilgemeinschaftspraxen (TGP) zusammenarbeiten. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden.



Damit ist der §18 der Berufsordnung in Baden-Württemberg, der ein pauschales Verbot vorschreibt, in Teilen verfassungswidrig und auch die Musterberufsordnung (MBO) muss geändert werden. „Wir begrüßen das Urteil sehr, da wir ambulante fachübergreifende Teilgemeinschaftspraxen unterstützen und fördern“, freut sich Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg. „Es kann nicht sein, dass die Ärztekammern niedergelassene Kolleginnen und Kollegen über die Berufsordnung benachteiligen, während solche Kooperationen beispielsweise in MVZs möglich sind.“

Das Verbot der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten mit Radiologen verstoße gegen die in Artikel 12 Grundgesetz gewährleistete Berufsausübungsfrei-

heit, heißt es in der Urteilsbegründung. Es sei auch im Hinblick auf die medizinisch-technische Überweisungsfächer für „Kick-back-Leistungen“ nicht gerechtfertigt, da Ärztekammern über entsprechende Kontrollmechanismen verfügen und Gesellschaftsverträge prüfen können. Der BGH hat mit seinem Urteilsspruch das Urteil des OLG Karlsruhe aufgehoben und das erstinstanzliche Urteil des Landgerichts Mosbach bestätigt, wonach das berufsrechtliche Verbot der Zusammenarbeit mit Radiologen verfassungswidrig und damit nichtig ist.

Baumgärtner sieht die Sorgen der Niedergelassenen bei den Ärztekammern bislang nicht gut aufgehoben, wenn es um wirtschaftliche Belange geht. Er hofft nun auf einen „konstruktiven Dialog“ mit

den Kammern, damit Teilgemeinschaftspraxen „nicht mehr pauschal kriminalisiert werden“. „Für die Kammer in Baden-Württemberg und die Bundesärztekammer ist das Urteil eine Ohrfeige, die vermeidbar gewesen wäre“, so der MEDI Vorsitzende.

Offen bleibt noch die Klärung der Gewinnverteilung innerhalb ärztlicher TGP. Diesen Sachverhalt muss das OLG Karlsruhe entscheiden. „Auch hier hoffen wir auf eine Rechtssprechung in unserem Sinne, damit niedergelassene Ärzte im Vergleich zu anderen freien Berufen nicht im Nachteil sind“, so Baumgärtner. ■■

Angelina Schütz

→ AZ: I ZR 137/12

Kostenfreie Mitgliedschaft für Ärzte in Weiterbildung

MEDI Baden-Württemberg möchte jungen Ärztinnen und Ärzten, die noch in der Weiterbildung im Krankenhaus sind und sich später niederlassen möchten, als Mitglieder und Mitstreiter gewinnen. Deswegen hat der Verbund für sie die Möglichkeit einer beitragsfreien Mitgliedschaft eingerichtet.

Die jungen Mediziner bekommen in den nächsten Wochen und Monaten bei Informationsveranstaltungen vor Ort Gelegenheit, die Arbeitsbereiche und wichtigsten Projekte von MEDI Baden-Württemberg und die Vorteile einer Mitgliedschaft kennen zu lernen. Einen Schwerpunkt bilden hier die Hausarzt- und

Facharztverträge. „Wer sich in Baden-Württemberg niederlassen möchte, muss selbstverständlich auch alles über die Möglichkeiten und Vorteile unserer Verträge aus erster Hand erfahren“, betont der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner. Schon bei der ersten Info-Veranstaltung in Karlsruhe Ende Juni konnte er bei den anwesenden Ärztinnen und Ärzten ein großes Interesse an den Selektivverträgen beobachten. ■■

as

MEDIVERBUND Praxisbedarf goes Rheinland-Pfalz

Mitglieder in Rheinland-Pfalz können ihren Praxis- und Sprechstundenbedarf auch über die MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH bestellen. Sie können das gleiche Angebot nutzen wie die Praxen in Baden-Württemberg.

„Fast 50 von 600 Mitgliedern sind aktuell dabei“, freut sich Geschäftsstellenleiterin Magda Itrich. Sie stellt das Konzept in den Praxen und bei Fortbildungen vor. Ins Rollen gebracht hat es im letzten Jahr Sven Kleinknecht, Bereichsleiter bei der MEDIVERBUND AG in Stuttgart: „Dank einer schlanken Organisation profitieren unsere Mitglieder von günstigen Preisen. Und wir sind oft schneller als andere Anbieter.“ Auch die Managementgesellschaften teilnehmender Verbände partizipieren am Geschäftsmodell. Das schafft Freiräume für andere Dienstleistungen.


Da Praxisbedarf in allen Praxen ein Thema ist, ist die Sparte ein attraktives

Geschäftsfeld. Das Handling ist auch einfach: Ärzte finden das Angebot übersichtlich dargestellt in einem 80-seitigen Katalog. Sollte ein bestimmter Artikel nicht dabei sein, reicht ein Anruf. Die MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH kann zusätzlich auf ein größeres Sortiment zurückgreifen. In jedem Quartal gibt es außerdem Sonderangebote für die MEDI Ärzte. „Je mehr Kunden wir haben, umso mehr Sonderangebote können wir anbieten“, so Kleinknecht. Mittlerweile gehören auch MEDI Ärzte aus Berlin und Mecklenburg-Vorpommern zum Kundestamm der GmbH.

MEDI Südwest-Geschäftsführer Axel Motzenbäcker ist mit der Entwicklung

sehr zufrieden: „Es funktioniert hervorragend, bisher gab es keine Probleme“. Trotzdem ist bald eine Kundenbefragung geplant – vielleicht gibt es ja Optimierungsbedarf?

Einfache Bestellung

MEDI Ärzte schicken ein Bestellformular per Fax oder eingescannt per Mail an die GmbH. Oder sie nutzen das kostenfreie Fast-Order-System, eine Software über das Internet. Voraussetzungen sind eine Internetverbindung und ein Windows-basierter Computer. Dazu schickt der Nutzer eine E-Mail an die Praxisbedarf GmbH unter **bestellung@mediverbund-praxisbedarf.de**. Er erhält dann einen Link, um die Software herunterzuladen, und seine persönlichen Benutzerdaten. Über das Programm können Praxen ihre Bestellungen auch verwalten und kontrollieren. 

Jutta Glaser-Heuser / Angelina Schütz

→ Weitere Fragen zum Praxisbedarf beantworten Ihnen gerne

Magda Itrich

Telefon: 0152 33695215

und Axel Motzenbäcker,

Telefon: 0151 40519110.



Unter Jörg H. Simanowskis Anleitung (rechts) lassen sich Ärzte und MEDI Mitarbeiter Frank Hammer (stehend) die Ergebnisse erklären.

Neu im Portfolio: Sonokurse mit Ultraschall-Simulatoren

Die ersten beiden Sonographie-Kurse der MEDIVERBUND AG waren ein voller Erfolg. Dafür gibt es mindestens drei Gründe: Erstens wurden innovative Ultraschall-Simulatoren eingesetzt, zweitens war die Teilnahme für MEDI Ärzte kostenfrei und drittens kam der Referent Dr. Jörg H. Simanowski „gut rüber“.

Angetan war z. B. auch Dr. Michael Bach. Der Stuttgarter Internist ist ganz sicher kein Anfänger, wenn es um Sonographie geht. Profitiert hat er trotzdem von der Teilnahme an den beiden Kursen. Das erklärt er folgendermaßen: In seiner Gemeinschaftspraxis teilen sich drei Internisten zwei Ultraschallgeräte. Er schallt zwar regelmäßig, macht aber pro Tag durchschnittlich nur etwa drei Untersuchungen. „Zu wenig, um wirklich in allen Bereichen gleichermaßen routiniert zu sein“, wie er selbstkritisch zugibt.

Seiner Einschätzung nach geht es vielen Kollegen ähnlich. Diese Situation hat Konsequenzen für die eigene Sicherheit bei der Befundung und in der Folge auch für das Überweisungsverhalten. Eigentlich wäre die Sonographie Bachs Auffassung nach nämlich gut geeignet als First-

Line-Untersuchung. Die Methode bringt bei vielen internistischen Fragen brauchbare Ergebnisse, hat keine unerwünschten Wirkungen und ist deutlich preisgünstiger als CT oder MRT. Die Tatsache, dass die Bezahlung der Untersuchung nicht gerade prickelnd ist, trägt aber sicher nicht zur Beliebtheit der Durchführung bei. Überzeugt ist Bach von der Sinnhaftigkeit der Sonographie trotzdem, deshalb also die Kursteilnahme.

Erfreulich anders

Gelernt hat er das Schallen vor einigen Jahren in einer Krankenhaus-Abteilung, wo nichts anderes gemacht wurde. Außerdem stand ständig ein Ultraschall-Experte zur Verfügung, den man fragen konnte, wenn Unsicherheiten bei der Bildinterpretation auftraten. Heute fragen sich

die Kollegen auch gegenseitig um Rat, aber es bleibt dabei: „Ich kann nur erkennen, was ich kenne“, erläutert Bach. Deshalb besucht er immer mal wieder Kurse. Normalerweise sind das Vorträge, bei denen auf Dias markante Befunde gezeigt werden. „Aber solche Lehrbuchbefunde sieht man im Alltag nicht“, kritisiert der Internist. Die Kurse mit den Ultraschall-Simulatoren fand er erfreulich anders.

Diese Simulatoren ermöglichen ein Vorgehen fast wie in der Realität an einem Ultraschallsystem. Man kann mit dem Schallkopf in der Hand lernen und üben, Untersuchungstechniken durchzuführen und die Bilder richtig zu befunden. In die „Puppen“, wie die Ultraschall-Simulatoren liebevoll genannt werden, sind nämlich die Daten echter Patientenfälle als hochwertige Ultraschall-3-D-Volumina eingespeichert. Nicht nur ein paar, sondern rund 1.000 Datensätze, beispielsweise auch Fälle zu Pankreaskarzinomen verschiedener Lokalisationen (Kopf/Schwanz), Lymphknotenmetastasen bei neuroendokrinem Karzinom oder Z.n. Pankreaskopfresektion und Pankreatektomie.

Viele dieser virtuellen Fälle sind außerdem in Form einer Krankenhausakte mit Zusatzinformationen (Laborwerte etc.) im Simulator abrufbar. Man sieht also das Ultraschallbild und kann zusätzlich den CT-, MRT- oder OP-Befund abrufen. Diese Möglichkeit ist natürlich für die Interpretation der Sonographie besonders interessant.

„Der Kurs war für mich wertvoll, weil wir selbst untersuchen und uns mit kompetenter Hilfestellung durch Dr. Simanowski den Befund erarbeiten konnten“, resümiert Bach, „das fand ich optimal“. Als Internist kennt er selbstverständlich viele Operationsverfahren. Aber er gibt ehrlich zu, dass er nicht immer hundertprozentig genau weiß, wie das Ergebnis aussieht. Aus diesem Grund fand er die

abrufbaren OP-Befunde sehr hilfreich.


Da die Oberfläche der Puppe aus einem speziellen Material besteht, ist ein realitätsnahes Schallen ohne Gel möglich. Es können verschiedene Schallköpfe eingesetzt werden. Zur Standardausrüstung zählen Sektorsonde, Curved- und Linearkopf. Auch eine Nadel für Freihand-Punktionen und Biopsien ist vorhanden. Die „Puppe“ verträgt Übungs-Punktionen problemlos, ihr Torso besteht aus einem speziellen Schaum und die haut-ähnliche Oberfläche schließt sich nach dem Herausziehen der Nadel wieder.

Zu den Kursen in Stuttgart-Vaihingen kamen jeweils etwa 30 MEDI Ärzte, in erster Linie Allgemeinmediziner und Internisten. In Kleingruppen arbeiteten sie zu dritt oder viert an den „Puppen“. Referent Simanowski saß entweder vorne am Ultraschallgerät, das mit einem Beamer verbunden war, sodass alle Teilnehmer die Bilder auf der Leinwand verfolgen konnten. Oder er unterstützte die Ärzte an den „Puppen“, sodass er auch auf Einzelfragen eingehen konnte.

Warum macht MEDI das?

Der Basiskurs mit dem Schwerpunktthema Pankreas fand im November 2013 statt, der Aufbaukurs (Notfallsonographie) dann im März 2014. „Neue Kurse sind

frühestens für Ende 2014 geplant“, berichtet Frank Hammer, der für die Organisation verantwortlich ist, „wahrscheinlich beginnen wir wieder mit einem Basiskurs“. Für ihn ist es wichtig, Mehrwerte für die MEDI Mitglieder über hochwertige Schulungen und Fortbildungsveranstaltungen zu generieren. Dabei greift er auch Anregungen für innovative Themenbereiche aus einzelnen Praxen oder GbRen auf.

Das Thema „Ultraschall“ ist ihm besonders wichtig, weil seiner Auffassung nach moderne Diagnostikmethoden zur Prävention oder Früherkennung heute einen sehr hohen Stellenwert einnehmen. „In den Selektivverträgen werden hohe qualitative Anforderungen an die Ärzte und ihr Personal gestellt“, erinnert er und erklärt, dass MEDI seine Mitgliedsärzte bei der Umsetzung dieser Standards unterstützt. Normalerweise kosten solche Kurse „richtig“ Geld. Hammer ist es aber gelungen, die Veranstaltung für MEDI Ärzte kostenlos anzubieten. Auch nicht ganz unwichtig: Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hatte die interaktiven Ultraschall-Kurse mit acht Fortbildungspunkten zertifiziert. 


Ruth Auschra

VORGESTELLT

Dr. Jörg H. Simanowski

Der Facharzt für Viszeralchirurgie ist nicht nur einfach ein Arzt mit guten Ultraschallkenntnissen, sondern ein Sonographie-Experte. Er ist z. B.

- seit 1989 Seminarleiter der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)
- seit 1994 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des European Journal of Ultrasound (UIM/EJU)
- seit 2003 Träger der Ehrenmedaille der DEGUM aufgrund langjähriger Verdienste um die Ultraschalldiagnostik.

Außerdem hat Simanowski die Ultraschall-Simulatoren quasi mit Inhalten „gefüttert“: Von ihm stammen die internistischen Patientenbeispiele und die um diese Fälle herum aufgebauten Tutorials. 

ra



Mehr Notfalltraining, bitte!

Das Konzept der MFA-Tage geht auf. Man trifft sich, nutzt die Fortbildungsangebote, lernt Neues und kommt ins Gespräch mit Kolleginnen. Petra Schäfer z. B. rät allen MFAs, diese Fortbildungsmöglichkeit zu nutzen. „Vor allem das Notfalltraining“, empfiehlt sie.

Zur Erinnerung: Mit den MFA-Tagen hat die MEDIVERBUND AG eine neue Fortbildungsinitiative gestartet, die sich an Medizinische Fachangestellte richtet. Wobei jedesmal Mitarbeiterinnen einer bestimmten Fachrichtung im Fokus stehen. Am 15. Mai waren MFAs aus PNP-Praxen die Zielgruppe, aus den Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie also. Das Angebot kam bei

ihnen gut an, wie Petra Schäfer berichtet. Sie war zum ersten Mal auf einem MEDI MFA-Tag dabei, weiß aber jetzt schon, dass sie solche Termine gerne auch in Zukunft wahrnehmen würde. Schäfer arbeitet in der Herrenberger Praxis Dr. Harald Stoll (www.harald-stoll.de). Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie war einer der ersten, die am PNP-Vertrag teilnahmen, insofern hat

auch sein Team schon viele Erfahrungen gesammelt.

Für Petra Schäfer war diese Idee interessant, weil sie bei anderen Fortbildungen normalerweise nur zufällig Kolleginnen aus MEDI Praxen trifft. Das Interesse an einem Austausch untereinander war für sie der wichtigste Grund, diesen MEDI MFA-Tag zu besuchen. „Gerade bei Abrechnungsfragen tun sich manche Neulinge anfangs schwer“, weiß sie. Ihrer Erfahrung nach braucht man während der Einstiegsphase Unterstützung von MEDI, bis man alle Fragen geklärt und begriffen hat, sodass man selbstständig arbeiten kann. „Diese Unterstützung bekommt man von den MEDI Mitarbeitern auch“, versichert sie, „keine Frage – aber trotzdem ist der Erfahrungsaustausch untereinander durch die Praxisbezogenheit sehr wichtig“.

Gute Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch

Z. B. weiß Schäfer, dass die Tage rund um die Quartalsabrechnung für die MEDI Mitarbeiter eine Art „Nadelöhr“ darstellen. Die Telefone laufen heiß und wenn dann noch technische Probleme hinzukommen, wird es vielleicht bei allem guten Willen auch mal eng. „Ich weiß, dass sich für meine Fragen trotzdem eine Lösung finden wird, auch wenn ich vielleicht einen Tag warten muss“, sagt die MFA. „Neulinge können das noch nicht wissen“. Freimütig erzählt sie, wie sie ihre Tischnachbarin („ganz frisch im PNP-Vertrag dabei“) bei einer Frage tatsächlich beruhigen konnte und dass sie selbst trotz aller Erfahrung noch manchmal Unsicherheit bei der Wahl von Abrechnungsziffern verspürt. „Wir rufen schnell Frau Kleinthomae an“, heißt dann oft die Lösung in ihrem Team, auch wenn Frau Kleinthomae mittlerweile geheiratet hat und Mörk heißt. Auch solche informellen Themen gehören zu den MFA-Tagen. „Man freut sich, wenn man ein Gesicht zu den Namen kennenlernt“, so Schäfer.

Inhaltlich war für sie das Notfalltraining am spannendsten. Dieser erste Programmpunkt nach dem „Get-Together“ mit Wraps und Kuchenstückchen wurde von Hans Adam Wellenreuther von der Firma Rescuewell bestritten. „Der Refe-



Petra Schäfer lobt das Angebot der MEDI MFA-Tage.

rent brachte die Thematik super interessant rüber“, schwärmt die MFA, deren letzter Notfallkurs schon lange zurückliegt. Zu lange! „Ich hätte mich weder getraut, einen Patienten in die stabile Seitenlage zu bringen und noch weniger, einen Defibrillator einzusetzen“, gibt sie offen zu. Ein zweistündiger Workshop am Nachmittag kann natürlich keinen

Wochenendkurs ersetzen. Aber immerhin weiß sie jetzt, dass ein öffentlich zugänglicher Defi mit dem Nutzer spricht. Man kann sich darauf verlassen, dass man in der Notsituation vom Gerät zum sicheren Handeln angeleitet wird. Trotzdem hat das Team der Herrenberger Praxis sofort einen „richtigen“ Notfallkurs bei der MEDIVERBUND AG gebucht.

PNP-Vertrag kommt bei Patienten gut an

Weniger wichtig fand sie dagegen das Kommunikationstraining rund um den PNP-Vertrag. Nicht etwa, weil die Umsetzung schlecht war, sondern aus ganz praktischen Erwägungen heraus: „Bei uns stehen die Patienten Schlange“, sagt sie unmissverständlich. „Uns werden die Vertragsunterlagen förmlich aus den Händen gerissen“. Es ist in so einer Situation einfach nicht nötig, darüber nachzudenken, wie man unterschiedliche Patiententypen am besten auf das Facharztprogramm anspricht. Das ist nicht verwunderlich. Die übliche Wartezeit auf einen Psychotherapie-Termin dauert nämlich im Landkreis Böblingen monatlang. „Es ist nicht immer leicht, an-

fragenden Patienten diese Situation am Telefon zu erklären“, merkt Petra Schäfer kritisch an und berichtet, dass manche Patienten sogar bereit sind, ihre Krankenkasse zu wechseln, um zeitnah die notwendige Therapie zu bekommen. Ihrer Ansicht nach hat die Politik hier noch einige Hausaufgaben zu erledigen. Dass es anders geht, zeigen die Facharztverträge. Für Patienten im PNP-Vertrag kann die Praxis schließlich innerhalb von zwei Wochen einen Termin vergeben.

„Solche positiven Erfahrungen sind verblüffend für Kolleginnen, die nicht in MEDI Praxen arbeiten“, weiß Schäfer. Deshalb würden ihr auch „gemischte“ Veranstaltungen für Praxis-Mitarbeiterinnen aus MEDI- und anderen Praxen Spaß machen. „Dann kann man auch rüberbringen, welche Vorteile die Verträge haben“, sagt sie und ergänzt: „Die Mädels von MEDI möchte ich an dieser Stelle auch mal öffentlich loben – die machen nämlich echt einen guten Job!“

Viel positives Feedback

Diese Auffassung wird auch von anderen Praxismitarbeiterinnen geteilt, wie man den Feedbackbögen entnehmen kann, die bei den MFA-Tages verteilt werden. Die Teilnehmerinnen sollen die Möglichkeit haben, anonym ihre Meinung zu sagen. Erfreulicherweise gibt es jede Menge positives Feedback. Beispielweise wurde unter dem Punkt „Was ich noch anmerken möchte“ folgendes notiert:

- Weiter so!
- Notfalltraining kann man nicht oft genug machen.
- Die häufigsten Abrechnungsfehler bitte ausführlicher.
- Der Austausch mit Kolleginnen war fruchtbar.
- Wir sind dabei Infos aus der Fortbildung umzusetzen.
- Ich freue mich auf die nächste Fortbildung.
- Stuttgart war für uns gut erreichbar und daher optimal. 🇩🇪

Ruth Auschra

Alle MEDI Workshops für Ihr Praxisteam			
Workshop	Dauer	Kosten für MEDI Mitglieder	Kosten für Nicht-Mitglieder
Impfseminar	3 Std.	kostenlos	
Moderne Wundversorgung	3 Std.	kostenlos	
Notfalltraining	4 Std.	100 Euro	130 Euro
Kommunikation am Telefon	4 Std.	80 Euro	100 Euro
Einführung in die Kommunikation	4 Std.	80 Euro	100 Euro
Kommunikation „Schwieriger Patient“	4 Std.	80 Euro	100 Euro
Kommunikation „Beschwerde“	4 Std.	80 Euro	100 Euro
Sonderpreis: 4 x Kommunikationsseminar	4 x 4 Std.	250 Euro	330 Euro

Alle Preise verstehen sich pro Person und zzgl. MwSt.

Fortsetzung Seite 28

Fortsetzung: **Mehr Notfalltraining, bitte!**

NACHGEFRAGT BEI

Angelika Bölhoff


MEDIVERBUND AG
Bereich Business und Kooperation



MEDITIMES: Wird es künftig noch mehr Angebote für MFAs geben?

Bölhoff: Wenn die Nachfrage da ist, ganz sicher. Wir haben jetzt schon für den kommenden Herbst fünf weitere Seminare zu Kommunikation und fünf Notfallseminare geplant. Zusätzlich denke ich gerade über die Umsetzung von Themen wie Brandschutz und Hygienemanagement nach. Ich denke, wir sind da auf einem sehr guten Weg.

MEDITIMES: Was würden Sie den Praxismitarbeiterinnen oder den MEDI Ärzten gerne einmal zurufen?

Bölhoff: Wenn jemand eine Anregung für mich hat, würde ich mich wirklich über einen Anruf freuen. Manches lässt sich bestimmt umsetzen. Das kann ein spezieller thematischer Wunsch sein, ein Termin oder auch ein Verbesserungsvorschlag für einen bereits stattgefundenen Kurs – einfach melden!  ra

»Ich habe schon neue Seminare im Blick«

MEDITIMES: Warum hat MEDI inzwischen so viele Fortbildungsangebote für MFAs?

Bölhoff: Ganz einfach: Ein Ziel unserer Hausarzt- und Facharztverträge ist eine bessere medizinische Versorgung. Gut informierte Mitarbeiterinnen können ihre Ärztin oder ihren Arzt hier in vielerlei Hinsicht unterstützen. Sie leisten mit ihrer

Arbeit und ihrem Know-how jeden Tag einen wichtigen Beitrag zu einer guten Patientenbetreuung. Unsere Mitglieder können ihre Mitarbeiterinnen bei uns in fachlichen Themen fortbilden lassen, aber auch in Bereichen, die in die soziale Kompetenz fallen. Diese Workshops bieten wir zu Konditionen an, die weit unter den Preisen anderer Anbieter liegen. Und wo es möglich ist, sogar kostenlos.

MFA-Tag
fachübergreifend
& für alle

Mittwoch, den
24.09.2014

Veranstaltungsort:
MEDIVERBUND AG
Industriestraße 2
70565 Stuttgart
Tel. 0711-80 60 79-0

Einladungen erfolgen in Kürze

13:30	Begrüßung & Snacks
14:00	Update KV-Abrechnung des EBM AAC Süd-West GmbH
14:45	Laborwerte (IGeL) besser verstehen Labor Bioscientia & Labor Schottdorf
15:30	Pause
15:45	Kommunikation Straßenberger Konsens-Training
16:30	Moderne Wundversorgung Dr. Ausbüttel & Co. GmbH
Im Anschluss	Get Together



Baumgärtner lobt Gutachten zur Honorarreform


Die jahrelange Forderung nach festen und angemessenen Preisen für die ambulanten ärztlichen Leistungen könnte Wirklichkeit werden. Die Techniker Krankenkasse stellte ein Modell von Einzelleistungsvergütungen vor, das als Mengenbegrenzungsmaßnahme eine Trennung in Fixkosten und variable Kosten vorsieht.

„Das wäre das Ende von Honorarverteilung, Muschelwährung, Hamsterrad und Fallzahlbegrenzung“, freut sich der Vorstandsvorsitzende von MEDI GENO Deutschland, Dr. Werner Baumgärtner. Die innerärztlichen Honorarverteilungskämpfe wären dann passé. Baumgärtner bewertet das Modell als ein „echtes Einzelleistungssystem“, bei dem die

Krankenkasse das Fallzahlrisiko für die variablen Kosten übernehmen würde. „Das wäre ein Quantensprung.“ Die Einzelleistungsvergütung wäre auch für den ärztlichen Nachwuchs ein „tolles Signal“.

Gleichzeitig sieht Baumgärtner noch einige ungelöste Probleme: „Das dem EBM zugrunde liegende kalkulatorische Arzthonorar muss neu kalkuliert werden.

Und für die Hausärzte, die bundesweit inzwischen fast alle ihre Fälle oder Leistungen bezahlt bekommen, wäre das Einzelleistungssystem nur dann interessant, wenn die einzelnen Leistungen besser vergütet würden.“

Darüber hinaus befürchtet er in der Einführungsphase Umverteilungen – sowohl innerhalb einzelner Praxen als auch zwischen den Fachgruppen. „Insbesondere die technischen Fächer werden weniger Vergütung über die Begrenzung der Fixkosten erhalten. Dennoch wäre die Einzelleistungsvergütung besonders für die Fachärzte attraktiv, weil sie derzeit rund 20% der abgerechneten Fälle oder Leistungen nicht bezahlt bekommen.“ 

Angelina Schütz

→ Das Gutachten zur Honorarreform gibt es auf www.tk.de in „Medien und Meinung“.

MEDI GENO auf Wachstumskurs

Nachdem im letzten Jahr aus MEDI Deutschland der Dachverband MEDI GENO Deutschland geworden ist, traten drei bayerische Ärztenetze MEDI Bayern bei. Diese Entwicklung tut auch dem Bundesverband gut und stärkt seine Position. Inzwischen vertritt MEDI GENO deutschlandweit über 17.000 Mitglieder und mehr als 100 Netze.



Nach den Beitritten von GO IN (Gesundheitsorganisation Ingolstadt) und UGeF (Unternehmen Gesundheit Franken) im vergangenen Jahr ist UGOM (Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte) das dritte regionale Ärztenetz, das im Mai den standespolitischen Schulterschluss mit MEDI Bayern vollzogen hat. UGOM sieht hier eine gute Chance, seine bereits begonnenen Aktivitäten weiter auszubauen. Als Beispiele nennt Geschäftsführer Henryk Steinbach die Weiterentwicklung der MFA-Tätigkeitsfelder, die Weiterbildungskonzepte für Ärzte und natürlich die Kooperation mit anderen Netzen. Solche Konzepte, da ist er sich sicher, lassen sich besser gemeinsam mit anderen wie etwa der GO IN unter dem Dach von MEDI GENO erreichen.

Personell ist UGOM im neu gewählten MEDI Bayern-Vorstand ebenfalls vertreten: Dr. Thomas Hohenstatt, Mitbegrün-

der und Chef von UGOM, unterstützt die Führungsspitze, die seit einigen Wochen mit Dr. Siegfried Jedamzik einen neuen Steuer-

Politik möchte Ärztenetze fördern

Mit dem Thema Ärztenetze beschäftigt sich seit geraumer Zeit auch die Politik in Berlin: Die große Koalition hat mit ihren Plänen zur Förderung von Ärztenetzen bei vielen Netzärzten Hoffnun-

der vertragsärztlichen Honorarverteilung bewege, führe das dazu, dass die KVen es häufig ablehnen oder zögern, Mittel für die Netzförderung zulasten der Vergütung zur Verfügung zu stellen. Auch

Die KBV-Vorgaben für Ärztenetze sind zu rigide



Henryk Steinbach sieht Vorteile in einem gemeinsamen Schulterschluss.

gen geweckt. MEDI GENO hat der Politik inzwischen einen eigenen Vorschlag unterbreitet, der eine Neugestaltung der gesetzlichen Regelungen vorsieht.

„Die aktuellen Rahmenbedingungen sind ungeeignet, die Arbeit von Ärztenetzen wirksam zu fördern“, bilanziert Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI GENO Deutschland, mit Blick auf die Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs 4 SGB V. Weil sich die dort geregelte Netzförderung ausschließlich im Rahmen

sei die für ein Netz vorgeschriebene Teilnehmerzahl von mindestens 20 und höchstens 100 Praxen sowie das ebenfalls vorgeschriebene dreijährige Bestehen viel zu restriktiv.

MEDI GENO macht eigene Vorschläge

Der Lösungsvorschlag zielt darauf ab, die Regelungen zur Anerkennung von Netzen in Bezug auf Größe und Bestehensdauer flexibler zu gestalten. „Bei der Größe können wir uns eine Umwand-

lung in eine Sollvorschrift vorstellen“, erläutert Baumgärtner, „die Dauer könnte auf zwei Jahre reduziert werden.“ Hierbei solle der Zeitpunkt der Gründung entscheidend sein und nicht das Meldungsdatum der Ärztekammer.

Um Ärztenetze finanziell auf gesunde Füße zu stellen, schlägt MEDI GENO die Bildung eines Strukturfonds vor. Dieser soll von den Krankenkassen und optional auch von den Kommunen befüllt werden. „Wie die KBV sind auch wir der Auffassung, dass Ärztenetze dazu beitragen, Qualität und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu verbessern“, betont Baumgärtner.

MEDI Bayern eifert Baden-Württemberg nach

In diesem Sinne will auch der frisch gebackene MEDI Bayern-Chef Jedamzik die MEDI Politik intensivieren. Der Allgemein- arzt aus Ingolstadt wurde Ende Mai zum neuen Vorsitzenden gewählt und ist da-

Fortsetzung Seite 32

GO IN

Die „Gesundheitsorganisation Ingolstadt“ (GO IN) wurde vor knapp 14 Jahren vom Ingolstädter Hausarzt Dr. Siegfried Jedamzik gemeinsam mit anderen engagierten Ärzten gegründet. Ziel war eine bessere Vernetzung und Kommunikation der Ärzte untereinander und eine bessere Patientenversorgung. Als erste Maßnahmen einer verbesserten Betreuungsstruktur wurden der GO IN-Patientenpass mit wichtigen Informationen wie Dauerdiagnosen, Dauermedikationen, Laborwerten etc. und der Patientenbegleitbrief zum schnelleren Datenaustausch der Ärzte untereinander eingeführt. Begleitbrief und Pass wurden in einem zweiten Schritt durch ein auf einem elektronischen Patientenpass basierendes Informationssystem ersetzt. Zwischen GO IN und Krankenhäusern der Region bestehen integrative Kooperationsverträge. Heute zählt GO IN mit 477 Netzärzten (211 Fach- und 266

Hausärzten) und etwa 150.000 eingeschriebenen Patienten zu den größten Praxisnetzen in Deutschland.

UGeF

Die „Unternehmung Gesundheit Franken“ wurde 2008 gegründet, um die Qualität der medizinischen Versorgung im Großraum Forchheim/Erlangen zu sichern und zu verbessern. Das Ärztenetz ist Partner der AOK Bayern und hat 51 Mitglieder verteilt auf 36 Praxen, 1 Bereitschaftspraxis und 3 Akutkrankenhäuser. Den Patienten bietet die UGeF diverse Zusatzleistungen und eine Gesundheitsvorsorge an. Dabei profitieren die Patienten von mehr Service, einer direkten und schnelleren Kommunikation unter den Ärzten, einer engeren Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten und von gemeinsam geschaffenen Standards und Qualitätsmanagement.

Fortsetzung Seite 33

NACHGEFRAGT BEI

Dr. Werner BaumgärtnerVorstandsvorsitzender
MEDI GENO Deutschland

»Ärzteneetze gehören auf finanziell gesunde Füße«

MEDITIMES: Bilden Ärzteneetze ein neues Tätigkeitsfeld für MEDI?

Baumgärtner: Wir sind von Anfang an ein Verbund von Ärzteneetzen gewesen. Die regionalen MEDI GbRen sind ja im Grunde Netze. MEDI arbeitet ein Gesamtkonzept für Netze aus, das MEDI GENO und die MEDIVERBUND AG umsetzen. MEDI GENO ist das politische Dach, die AG unsere Managementgesellschaft.

MEDITIMES: Wie sieht das konkret aus?


Baumgärtner: Wir haben bei MEDI GENO reine Netz-Mitgliedsorganisationen wie z.B. HessenMed und den LPNRW. Im letzten Jahr haben sich uns ja auch einige Genossenschaften angeschlossen, weswegen im März 2013 aus MEDI Deutschland e.V. der MEDI GENO Deutschland e.V. wurde. Aktuell haben wir über 17.000 Mitglieder, ich hoffe im nächsten Jahr auf 20.000 zu kommen. Das geht aber nur durch die Einbindung neuer Netze. Der ärztliche Nachwuchs zieht die Arbeit im Team bzw. in den Netzen vor.

MEDITIMES: Was sind die politischen Ziele?

Baumgärtner: Beispielsweise möchten wir eine bessere Finanzierung für die Netze und ihre wirtschaftlichen Aktivitäten bündeln, wie etwa einen gemeinsamen Einkauf, Informationstechnolo-

gie oder Verhandlungen mit Krankenhäusern. Die Netzförderung nach dem jetzigen § 87b Abs. 4 SGB V ist nur im Rahmen der Gesamtvergütung vorgesehen. Das führt dazu, dass die KVen aus nachvollziehbaren Gründen ungern Mittel für die Netzförderung zulasten der Vergütung zur Verfügung stellen. MEDI GENO macht der Politik einen eigenen Vorschlag. Um Ärzteneetze finanziell auf gesunde Füße zu stellen, schlagen wir einen Strukturfonds vor, der von den Krankenkassen und optional auch von den Kommunen befüllt werden soll.

MEDITIMES: Gibt es besondere Probleme?

Baumgärtner: Ja. Als fachübergreifende Organisation haben wir Schwierigkeiten damit, dass die Politik nur noch ein Hausärzte- und ein Fachärzte-Lager kennt. Die beste Organisationsform für die ambulante medizinische Versorgung sehen wir in der Unabhängigkeit und Freiberuflichkeit – eingebettet in fachübergreifende Praxisnetze, Ärzthäuser, Teilgemeinschaftspraxen und andere Kooperationen. Unsere Grundlage bleibt die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten. Mit diesem Konzept sind wir unschlagbar in der Versorgung der Patienten und das sollten wir uns auch nicht kaputt machen lassen. 


Fortsetzung

MEDI GENO auf Wachstumskurs

rüber hinaus Gründer des Ärztenetzes GO IN.

In Bayern will Jedamzik nach dem Vorbild Baden-Württembergs insbesondere Facharztverträge nach § 73c SGB V voranbringen. Mit seinen 1.200 Mitgliedern im Freistaat, deren Zahl er schon bald auf 2.000 steigern möchte, sieht er ein ausreichendes Potenzial, um vernünftige Verträge mit den Krankenkassen im Land aushandeln zu können.

Jedamziks nächsten Ziele sind es, die Infrastruktur weiterzuentwickeln, Ärzteneetze zu fördern und durch Erfahrungsaustausch die Geschäftsführungen der Netze zu professionalisieren. Er macht sich stark für enge Kooperationen mit Krankenhäusern, etwa zum Ausbau eines Entlass-Managements. Ganz wichtig ist ihm als Vorsitzenden der Bayerischen Telemedizin-Akademie, die IT-Vernetzung voranzutreiben, damit MEDI eine eigene Versorgungsforschung betreiben kann. „Die nächsten fünf Jahre werden von diesen Aktivitäten geprägt sein“, versichert er im Gespräch mit der **MEDITIMES**. Integration ist nach seinen Worten ohne IT-Vernetzung überhaupt nicht möglich, „nur so kann man die Versorgung steuern und auch die Patienten integrieren.“

Die vielfältigen Erfahrungen, ob Verträge mit Kostenträgern, IT-Vernetzungen, SAPV oder Notfallpraxen, würde er gerne über die Region hinaus Ärzteneetze zur Verfügung stellen. Dafür sieht Jedamzik in MEDI einen strukturell und personell bestens aufgestellten Partner. 

Klaus Schmidt



Siegfried Jedamzik macht sich stark für Selektivverträge und IT-Vernetzung.

ks

Fortsetzung:

GO IN, UGeF und UGOM

UGOM

Das „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte“ (UGOM) besteht seit 2002. Dort kooperieren 44 Hausärzte, 48 Fachärzte, 2 MVZ und 3 Kliniken miteinander. Sie sind zugleich Teilhaber und Mitgestalter (Stakeholder=Shareholder) des Unternehmens. Zu den innovativen Elementen des Netzes gehören eine Vertragsgestaltung mit Budgetverantwortung und internen Honorarverteilungsmustern, eine netzinterne elektronische Patientenakte und sektorübergreifende Behandlungspfade, zu Kommunikationsbeauftragten weitergebildete MFAs und zusätzliche präventive Leistungsangebote. Seit 2004 besteht ein Vertrag nach § 140a SGB V mit der AOK Amberg. Eingeschrieben sind rund 14.000 AOK-Versicherte aus der Region Amberg, Sulzbach-Rosenberg.



ks

Hilfestellung bei ASV

Zum Start der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) am 1. Juli hat die MEDIVERBUND AG ein eigenes Dienstleistungspaket für diesen Bereich geschnürt. Sie möchte MEDI Mitgliedern und anderen interessierten Haus- und Fachärzten mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Und zwar von von der Antragstellung zur Teilnahmeberechtigung bis zur Abrechnung ärztlicher Leistungen. Mit den Beschlussfassungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband, der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ging die ASV mit den beiden Indikationsbereichen Tuberkulose und Gastrointestinal-Tumore an den Start. Weitere Bereiche sollen folgen.

Der Gesetzestext, die Richtlinien und Verträge zur ASV potenzieren die für die Versorgung der GKV-Versicherten ohne-

hin schon komplexen gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen.

Komplexe Anforderungen

Alleine schon Begrifflichkeiten wie Rahmenrichtlinie oder „Appendix zur Spezifizierung des Behandlungsumfangs“ und die Vernetzung der Berechtigten unter der Verantwortung der Kernteamleitung (geregelt durch Kooperationsvereinbarungen) verdeutlichen die Notwendigkeit, neben der eigentlichen qualitätsgesicherten medizinischen Leistungen ein umfangreiches Leistungs- und Patientenmanagement einzurichten.

Das Praxismanagement vieler niedergelassener Ärzte dürfte an die Grenzen des Machbaren stoßen. Die Aufgabenwahrnehmung in den KVen ist auf deren hoheitlichen Auftrag begrenzt. Inwiefern in Krankenhausverwaltungen hierfür Kompetenz aufgebaut werden kann, die auch die Bedürfnisse der berechtigten niedergelassenen Ärzte adäquat abdeckt, ist fraglich. ■■■

Wolfgang Fechter



MENSCHEN BEI MEDI

Dr. Wolfgang Miller

Unfallchirurg in Echterdingen
und MEDI Aktivist

Er ist GbR-Sprecher, war als Delegierter beim Deutschen Ärztetag in Düsseldorf, wurde vor kurzem in den Kreistag gewählt und freut sich, dass die neue Orgel in seiner Kirchengemeinde endlich eingeweiht werden konnte. MEDI Arzt Dr. Wolfgang Miller scheint ein echter Aktivist zu sein. Das streitet er auch gar nicht ab, im Gegenteil.

Miller erinnert sich gerne, dass es bei MEDI jahrelang die sogenannten Aktivistentreffen gab. Offizielle Wahlen gab es für diesen Status nicht. „Das waren Treffen, an denen eben die Aktivisten teilnahmen, die bei der KV oder sonstwo den Kopf rausgestreckt hatten“, beschreibt er schmunzelnd. Offensichtlich denkt er gerne an diese informelle Institution zurück. Der Chirurg muss also zu denen gehören, die immer mal wieder den Kopf „rausstrecken“. Wie teilt so ein berufspolitischer und privater Aktivist die verschiedenen Aktivitäten auf, um für eine ausgewogene Work-Life-Balance zu sorgen? Oder, um es schlichter auszudrücken: Um mit seinem Leben zufrieden zu sein?

Miller sieht sein berufliches und berufspolitische Engagement klar als Schwerpunkt seiner Anstrengungen. Der Unfallchirurg hatte sich 1998 in Echterdingen niedergelassen, 1999 trat er MEDI Stuttgart bei. „Damals war ich kaum ein Jahr niedergelassen“, berichtet er. „Die neu gewählte rot-grüne Bundesregierung hatte den Praxen den Kampf angesagt. Schon damals war klar: Wir brauchen eine starke Organisation, wenn uns die KV um die Ohren fliegt. Wir brauchen MEDI. Da

musste man einfach mitmachen. Das war aufregend, sehr politisch, für mich als Youngster total spannend.“

Engagement in der Notfallpraxis...

Natürlich stand die Arbeit in der Praxis wie für jeden anderen Arzt auch für ihn an erster Stelle. Aber alleine mit einem Leben als niedergelassener Arzt wäre er wohl nicht zufrieden gewesen. Jedenfalls sind die aktive Mitarbeit in der Ärztekammer und auch der Aufbau der Notfallpraxis auf den Fildern weitere wichtige Schritte seiner beruflichen Entwicklung.

eröffnet werden konnte: Zahlreiche Gespräche mit den Kollegen, die Abklärung mit der KV, Verhandlungen mit der Klinik und die Gründung des Vereins Notfallpraxis Filder e.V. beispielsweise. „Mit so einem Projekt lernt man, hartnäckig zu werden und zu bleiben“, schildert Miller nachdenklich. Und es geht nur gemeinsam mit aktiven Kollegen, die am selben Strang ziehen. „Wenn man eine Idee hat, sollte man mit guten Freunden darüber reden. Vielleicht ist es eine Schnapsidee. Wenn andere es auch gut finden, lohnt es sich, dafür zu kämpfen“, sagt er.

„Und so ein Engagement kann einen Mordsspaß machen“, lacht er und gibt gleich zu, dass es auch sehr mühsam sein kann. „Wenn man etwas verändern will, muss diese Arbeit sogar Spaß machen“, weiß er, „sonst würde man sich das nicht antun“. Der Wille zur Veränderung – das ist wohl seine Triebfeder. Ihm geht es nicht um Bewunderung, er will manche Dinge einfach ändern.

An Aktionen wie die Gründung der Notfallpraxis Filder erinnert er sich sichtbar gerne. Sie nehmen einen Platz ein zwischen beruflicher „Pflicht“ und „Kür“. „Man hat einfach etwas davon, auch der einzelne ganz konkret“, beschreibt er. „Zum einen steigt die Qualität im Notfalldienst. Außerdem profitiert jeder Arzt persönlich davon, wenn der Notfalldienst in einer zentralen Praxis am Krankenhaus stattfindet“.

Miller findet es außerdem gut, dass er nicht mehr alleine die Notfalltasche schultern muss. Hausbesuche werden von der Leitstelle disponiert und zusammen mit einem qualifizierten Fahrdienst durchgeführt. Ein Vorteil ist es für den Chirurgen

*Rot-Grün hatte uns vor 15 Jahren
den Kampf angesagt*

Die Stuttgarter Notfallpraxis hatte er vor seiner Niederlassung kennengelernt und beschlossen, so etwas auch auf den Fildern anzustreben. Es folgte einige „Kleinarbeit“, bis die Notfallpraxis im Jahr 2004

auch, dass er heikle internistische Fälle in Räumen an der Klinik untersuchen und behandeln kann, wo notfalls erweiterte diagnostische Möglichkeiten oder – in besonders kritischen Fällen – auch eine Inten-



Die Kirchenmusik ist seine Leidenschaft: Wolfgang Miller spielt seit seiner Jugend Orgel.

sivstation zur Verfügung stehen. Nicht zuletzt für die Patienten ist das eine echte Verbesserung. „Und wenn die Versorgung gut ist“, ergänzt er, „gibt es weniger Ärger, und man hat bessere Karten bei der Politik“.

... und in der Kommunalpolitik


Zwischen Hobby und Beruf steht für ihn die Kommunalpolitik. „Man kann die Arbeit im Gemeinderat schließlich nicht als Hobby bezeichnen“, lacht er. Aber sein Beruf ist sie nun mal auch nicht. Miller weiß, warum er hier aktiv ist: „Man bleibt auf dem Boden, ganz nah dran am Bürger. Man lernt interessante Menschen kennen, und es gibt auch Schnittstellen zum Beruf. Die Gemeinden brauchen Ärzte vor Ort, eine funktionierende Versorgung der Menschen auch im Notfall“. Und der Kreistag ist mitverantwortlich für die Kreiskliniken.

Neben der beruflichen Seite ist ihm zusätzlich zum Privatleben, das tatsächlich privat bleiben soll, vor allem die Kirchen-

musik und hier ganz besonders das Orgelspielen wichtig. „Man muss sich etwas neben seinem Beruf erhalten“, findet der Unfallchirurg. Er hat sich aus seiner Jugend die Liebe zur Musik bewahrt und ist ganz schnell wieder bei der Gegenwart: „Wir haben in Steinenbronn gerade eine Orgel gebaut“, berichtet er und gibt gerne zu, „mächtig stolz“ auf die neue Pfeifenorgel zu sein.

Das Orgel-Projekt

Die handwerkliche und künstlerische Arbeit wurde von der Leonberger Orgelbau-Werkstätte Mühleisen übernommen. Millers Sache war es auch hier, Mehrheiten für das Projekt zu finden, Menschen zu motivieren, sich mit ihm in der Kirchengemeinde dafür einzusetzen. Die alte Orgel war ein Provisorium, mit der sich der Musiker Miller nicht zufriedengeben konnte. „So kann das nicht bleiben“, fand er und betrieb dieses Projekt ebenso hartnäckig wie seine berufspolitischen Ziele, insgesamt über sechs Jahre.

Der Erfolg kann sich sehen und hören lassen: Die 50 Jahre alte Heilig-Geist-Kirche hat jetzt erstmals eine Orgel, die für sie bestimmt ist. In seinem Privathaus hat er auch eine kleine Orgel. Aber da war alles einfacher: „Da musste ich nur schauen, was sie kostet und wo ich sie hinstellen kann“, so Miller. Für die Kirchenorgel war dagegen Überzeugungsarbeit in den Gremien fällig, bis hin zum bischöflichen Ordinariat. „Fast wie in der Berufspolitik“, schlägt er den Bogen zurück zu MEDI. 

Ruth Auschra

Chancen nutzen, Risiken erkennen,
Fehler vermeiden

Jetzt die Praxis abgeben. Aber richtig!



Als Zusammenschluss von Ärztenetzen und bundesweit tätige Arbeitsgemeinschaft der Ärzte sind MEDI Verbund und MEDIVERBUND AG kompetente Partner für Praxisübergaben, Praxisneugründungen, Zulassungsbegleitung, Standortanalyse, Investitionsberatung, Finanzierungsberatung, Personalberatung, Qualitätsmanagement, Marketingberatung, Begleitung von Haus- und Facharztverträgen, Abrechnungsservice sowie Aus- und Weiterbildung.

Die frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem MEDI Verbund kann Ihnen dabei helfen, Chancen zu nutzen, Risiken zu erkennen und Fehler zu vermeiden.

MEDIVERBUND
Praxisabgeber-Hotline:
0711 80 60 79-0

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

www.medi-verbund.de

ARZT & RECHT



Ass. jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre
Rechtsfragen

Darf ich GKV-Patienten gegen Gebühr einen früheren Termin anbieten?

Nein, denn für sie gilt das sogenannte Sachleistungsprinzip. Es ist in §2 Abs.2 SGBV geregelt und beinhaltet, dass GKV-Patienten medizinische Sach- und Dienstleistungen bereitgestellt werden, für die sie keine Rechnung vom Arzt erhalten. Der Arzt rechnet seine erbrachten Leistungen direkt mit der zuständigen KV ab. Außer in den Fällen des § 18 Abs. 10 BMV-Ä (z.B. Zuzahlung bei Massagen, Krankengymnastik) dürfen keine Zuzahlung oder zusätzliche Gebühr vom Patienten erhoben werden bzw. die Behandlung von solchen Zuzahlungen abhängig gemacht werden. Die frühere Terminvergabe gegen Gebühr ist also unzulässig.

Das bedeutet aber nicht, dass GKV-Versicherte z.B. in einer Selbstzahlersprechstunde, welche unter Umständen einen früheren Termin ermöglichen kann, grundsätzlich nicht behandelt werden dürfen. Denn laut § 18 Abs. 8 S. 3 BMV-Ä gibt es drei Ausnahmefälle, in denen der Vertragsarzt vom Patienten eine Vergütung verlangen kann:

1. Der Patient legt vor der ersten Inanspruchnahme keinen Versicherungsnachweis (Versichertenkarte oder Überweisung) vor und reicht ihn auch nicht fristgerecht nach.
2. Der Patient verlangt vor Beginn der Behandlung ausdrücklich von sich aus auf eigene Kosten, sozusagen „privat“,

behandelt zu werden. Ein Vergütungsanspruch besteht allerdings nur dann, wenn der Patient das auch schriftlich bestätigt. Auch muss aus der Vereinbarung hervorgehen, dass er trotz gesetzlicher Krankenversicherung ausdrücklich eine privatärztliche Behandlung wünscht. Die Abrechnung erfolgt dann direkt mit dem Patienten als Privatbehandlung nach GOÄ.

3. Der Patient verlangt eine Leistung, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Leistung, z.B. IGeL, ist. Hier muss der Arzt vom Patienten vor der Behandlung eine schriftliche Zustimmung einholen, in der auf die Kostenpflicht hingewiesen wird.

Zu beachten ist noch, dass nach § 18 Abs. 8 S. 2 keine Beeinflussung des Patienten zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihm zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen darf. Demzufolge darf der Arzt seinen Patienten nicht bereits bei der Terminvereinbarung gegen Gebühr einen früheren Termin in der Selbstzahlersprechstunde anbieten. ■■■

Praxisbedarf

Artikelvielfalt **aus einer Hand**

Bestellen im Verbund – gemeinsam profitieren



UNSERE PRODUKTGRUPPEN

 Sprechstundenbedarf	
Reinigungs- und Desinfektionsbedarf	
Hygiene	
Infusion / Injektion	
Laborbedarf und Schnelltests	
Handschuhe / OP-Bedarf	
Diagnosegeräte und Zubehör	
Instrumente und Akupunktur	
Bürobedarf	

NEU: Das Fast-Order-System!

Damit bestellen Sie Ihren Praxisbedarf schnell und kostenfrei über das Internet.



Schnell. Einfach. Personalisiert.
Mit großer Artikelvielfalt!
Besuchen Sie uns unter:
medi-verbund-praxisbedarf.de

Katalog-Bestellung unter:

Fax: 0800 - 60 79-000

Telefon: 0711 - 80 60 79-188

E-Mail: bestellung@medi-verbund-praxisbedarf.de

NEUE MITARBEITER BEI MEDI


Vertragswesen
**Wolfgang
Fechter ...**



... wurde am 16. November 1963 in Tübingen geboren und ist seit über 30 Jahren im Gesundheitswesen tätig. Als Krankenkassen-Betriebswirt arbeitete er bei der AOK Baden-Württemberg und leitete bis 1992 eine Geschäftsstelle.

Danach wechselte er zur KV Südwürttemberg in die Abteilung Wirtschaftlichkeitsprüfung und anschließend in die Vertragsabteilung. Berufsbegleitend absolvierte Wolfgang Fechter an der Fernhochschule Riedlingen ein Studium zum Praxismanager. Bis 2007 war er im Vertragsbereich bei der KV Baden-Württemberg leitend tätig.

Danach war Fechter in der BKK Gesundheit kommissarischer Bereichsvorstand für das GKV-Vertragswesen. Nach der Fusion zur DAK Gesundheit wurde er 2012 Abteilungsleiter für den Bereich ambulante Leistungen und war für die Kollektiv- und Selektivverträge verantwortlich. Seit 2005 ist der Tübinger als Autor von Studienbriefen und Dozent für Vertragsrecht, Versorgungsmanagement und Integrierte Versorgung tätig.


Seit 1. Mai hat Wolfgang Fechter die Bereichsleitung Vertragswesen bei der MEDIVERBUND AG übernommen und ist darüber hinaus auch für das Service-Center verantwortlich. 

IT-Abteilung
**Steffen
Nitter ...**



... wurde am 13. November 1972 in Stuttgart geboren. Nach dem Abitur studierte er Mathematik und Informatik an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg. Nach seinem Diplom-Abschluss blieb Nitter dem universitären Betrieb treu und implementierte als wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Energiewirtschaft der Universität Stuttgart z.B. computergestützte Modelle zur Luftschadstoffausbreitung.

Nach sieben Jahren arbeitete er als Programmierer bei dem Spiele-Entwickler Bigpoint in Hamburg. Dort betreute er ein Portal für Online-Spieler und arbeitete an diversen Internet-Seiten und Spielen mit. Anschließend wechselte der IT-Fachmann zu Artaxo, einem Spezialisten für Suchmaschinenoptimierung. Dort entwickelte er firmeninterne Programme, pflegte das Intranet und arbeitete an Webseiten.

Nach vier Jahren in Hamburg kehrte Steffen Nitter zurück nach Stuttgart. Nach einem kurzen Zwischenstopp beim Software-Hersteller Softscience arbeitet er seit Februar bei der MEDIVERBUND AG in der IT-Abteilung als PHP-Entwickler, wo er verschiedener Programme zur Unterstützung interner Prozesse weiterentwickelt. 

Abrechnungsabteilung
**Stefanie
Anshelm ...**




... wurde am 21. Juni 1989 in Ludwigsburg geboren. Nach dem Abschluss zur Mittleren Reife absolvierte sie die dreijährige duale Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten am Römerhügel in Ludwigsburg und in einer Allgemeinarztpraxis in Markgröningen.

Danach wechselte sie in eine internistische Facharztpraxis für Kardiologie und Gastroenterologie nach Asperg, wo sie weitere vier Jahre als MFA arbeitete. Dort war Stefanie Anshelm auch für die Umsetzung des Facharztvertrages für Kardiologie und Gastroenterologie und für den Vertrag nach §140 Gastroenterologie zuständig.

Darüber hinaus besuchte die gelernte MFA unterschiedliche Fortbildungen, wie z.B. zur Notfallfachkraft. Außerdem hospitierte sie bei Prof. Dr. Karel Caca am Klinikum Ludwigsburg in der Abteilung für Gastroenterologie, um ihre Fähigkeiten in der Assistenz auszubauen.

Im zweiten Halbjahr 2013 arbeitete sie als Minijobberin bei der MEDIVERBUND AG in der Abrechnungsabteilung.

Seit Januar ist Stefanie Anshelm vollberuflich als Sachbearbeiterin in der Abrechnungsabteilung der AG tätig. Dort ist sie für die Betreuung, Bearbeitung und Erfassung der §73c-Verträge zuständig. 

Statine: Angst vor Nebenwirkungen?

Leider verträgt nicht jeder Patient jedes Statin. Genetische Variationen können dafür sorgen, dass die Wirkung schlechter und die unerwünschten Wirkungen stärker ausfallen. MEDI Arzt Dr. Klaus Mannschreck aus Schorndorf stellt ein Fallbeispiel aus seiner Praxis vor.

Statine hemmen bekanntlich das Enzym HMG-CoA-Reduktase, das für die körpereigene Cholesterinsynthese benötigt wird. Dadurch werden verschiedene Abläufe angestoßen: Wie beabsichtigt sinkt dadurch der Cholesterinspiegel und in Folge auch das kardiovaskuläre Risiko. Das ist jedenfalls der gewünschte Idealfall. In Wirklichkeit führen Muskelschmerzen oft zum Absetzen der Cholesterinsenker. Genetische Variationen können dafür verantwortlich sein, indem sie dafür sorgen, dass sich das Verhältnis von erwünschter zu unerwünschter Wirkung verschlechtert. Drei Beispiele:

- Erstes Beispiel sind Variationen in den genetischen Bauplänen der Transportproteine, die für erhöhte Wirkspiegel und damit für Myopathien sorgen. Mehrere Proteine sind für Resorption und Elimination der einzelnen Statine zuständig. Der Plasmaspiegel von Simvastatin etwa hängt eng zusammen mit dem SLCO1B1-Gen und eine Variation des ABCG2-Gens geht mit erhöhten Plasmaspiegeln von Fluvastatin einher.
- Beispiel Nr. 2 ist eine Variation im COQ2-Gen, die mit einem erhöhten Risiko für Myopathien nach Statin-Einnahme assoziiert ist.
- Das dritte Problem betrifft das Zielenzym, die HMG-CoA-Reduktase. Liegt hier eine genetische Veränderung vor, kann die Cholesterinsenkung mit der Standarddosierung meist nicht erreicht werden.

Individuell optimale Statin-Dosis

Diese Zusammenhänge wurden schon vor Jahren veröffentlicht, etwa im Arzneimittelbrief (AMB 2008, 42, 91). Inzwischen bietet STADA Diagnostic im Rahmen der individualisierten Arzneimitteltherapie einen DNA-Test an, mit dessen Hilfe praktische Konsequenzen möglich sind. So soll es einfacher werden, die individuell optimale Statin-Dosis herauszufinden.

MEDI Arzt Mannschreck hat bereits erste Erfahrungen mit dem Test gesammelt. Der Allgemeinmediziner berichtet über einen 62 Jahre alten Patienten mit Hypercholesterinämie, dessen hochbetagte Mutter ebenfalls zu hohe Cholesterinwerte und eine Hypertonie hat. Der Selbstständige kann seine intensive Arbeitsbelastung nicht ändern, unternimmt aber bereits einiges, um sein Herz-Kreislauf-Risiko gering zu halten.

Er ernährt sich fleischarm und weitgehend mediterran, raucht nicht und betreibt zumindest unregelmäßig Ausdauersport. Bei einer Körpergröße von 1,85 Meter wiegt er 87 Kilogramm. Ruhe- und Belastungs-EKG waren zuletzt unauffällig, im Ultraschall zeigte sich eine Carotisklerose, es bestand jedoch keine Stenose. Die Cholesterinwerte lagen bei 290 (Ges.Chol.), 44 (HDL) und 235 (LDL). Ein Therapieversuch mit Simvastatin verbesserte die Werte deutlich (LDL: 127), wurde aber nach zwei Wochen wegen

einer Myopathie und stark erhöhten CK-Werten abgebrochen. Zur Erinnerung: Statin-induzierte Myopathien bergen die Gefahr einer Rhabdomyolyse und sind damit potenziell lebensbedrohlich. Vier Wochen später waren die Cholesterin- und CK-Werte wieder etwa so hoch wie vor Therapiebeginn. Der Versuch, mehr Sport zu betreiben und sich noch besser zu ernähren, hatte kaum Wirkung gezeigt. „Es war nicht sicher, wie ernst die Muskelprobleme gewesen waren“, so Mannschreck, „deshalb bestand Unklarheit darüber, ob er weiter Statine nehmen sollte“.

Testergebnis sorgt für Klarheit

In dieser Situation wurde er auf den STADA-Statintest aufmerksam. Der Patient war damit einverstanden, den genetischen Test durchführen zu lassen. Das Resultat war in diesem Fall vor allem beruhigend. Die wichtigsten Ergebnisse: Die genetischen Marker ergeben keinen Anlass für erhöhte Plasmakonzentrationen und dadurch verursachte Nebenwirkungen. Ein allgemeines Ansprechen auf Statine ist nicht vermindert, für den Patienten sind prinzipiell alle Statine innerhalb der Dosisgrenzen geeignet. Allerdings ist das Risiko des Patienten für Myopathien erhöht.

Die Auswertung ergibt auch konkrete individuelle Empfehlungen: Es sollte mit der kleinstmöglichen Dosierung angefangen und unter Beachtung von Effizienz und Toxizität bis zum Maximalwert gesteigert werden. Falls nach Statineinnahme eine Myopathie auftritt, ohne dass der therapeutische Effekt erreicht ist, sollte der Einsatz der Statine kritisch hinterfragt und eine alternative Therapie erwogen werden.

Für den Patienten hat sich der DNA-Test gelohnt, er ist beruhigt. Einerseits bekommt er jetzt als Anfangsdosierung 10mg Atorvastatin, sodass er weniger Angst vor einem Gefäßereignis hat. Und seit dem Testergebnis macht er sich außerdem auch weniger Sorgen, wenn er leichte Muskelschmerzen hat. ■■■

Ruth Auschra

FÜR SIE GELESEN

U. Stüben, J. Graf (Hrsg.)

Taschenbuch Flugmedizin und ärztliche Hilfe an Bord



„Ist ein Arzt an Bord?“ – wer selbst öfter in ein Flugzeug steigt, kennt diese Frage. Dieses Büchlein ist als Vorbereitung für den Ernstfall gedacht. Zuerst eine gute Nachricht für Ärzte, die kein Geld dafür ausgeben möchten: Wenn Sie dem Lufthansa-Programm „Arzt an Bord“ beitreten, bekommen Sie es umsonst (mehr dazu unter: <http://www.lufthansa.com/de/de/Arzt-an-Bord>).

Zum mentalen Training für den Notfall gehören beispielsweise Informationen über die Ausstattung von Passagierflugzeugen. Wo findet man Notfall-Kits,

das Satellitentelefon, Sauerstoff und Defi? Aber auch die rechtlichen Grundlagen sind wichtig: Wer entscheidet über die Notwendigkeit einer Zwischenlandung? Ist der helfende Arzt haftpflichtversichert? Kann er für seine Arbeit ein Honorar fordern?

Die Autoren haben übrigens die Einschätzung, dass die Rolle von Ärzten in Luftfahrtprozessen zukünftig noch wachsen wird. Grund ist eine Änderung des Haftungsregimes. Im Gegensatz zu früheren Zeiten haftet die Luftverkehrsgesellschaft heute unbeschränkt bis zur Höhe

des nachgewiesenen Schadens. Das können auch psychische Schäden sein, wenn sie in Zusammenhang mit physischen Schäden auftreten. Mit etwas Fantasie kann man sich ausmalen, welche angeblichen oder tatsächlichen Schadensfälle da verhandelt werden könnten!

Mehrere Kapitel widmen sich akuten Notfällen an Bord – von Hyperventilation und Panikattacken über Koliken und kardiovaskuläre Notfälle bis hin zur Reanimation. Auch hier gibt es im Flugzeug Besonderheiten, auf die der helfende Arzt vorbereitet sein sollte. Ein Stethoskop ist z.B. wegen des Lärmpegels kaum einsetzbar.

Ausführliche Informationen gibt es auch zur Beratung chronisch kranker oder behinderter Menschen vor Reisebeginn. ■

Ruth Auschra

→ **Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin**

2. Auflage 2014, 335 Seiten,
37 farbige Abb., 11 Tab., **39,95 Euro**



Foto: fotolia

Praxissoftware: Um nichts mehr kümmern

Dank einer Kooperation mit dem Softwareunternehmen Doc.Star bietet MEDI ab dem dritten Quartal eine Praxissoftware an, bei der sich die Praxen buchstäblich um nichts mehr kümmern müssen.

Die herkömmlichen Praxisverwaltungssysteme, die üblicherweise auf einem Server in der Praxis laufen und auf den der Zugriff von den verschiedensten Arbeitsplätzen aus erfolgt, verlangen die volle Aufmerksamkeit und Pflege durch den Praxisinhaber: Die Serverhardware muss gewartet werden, die Software sollte immer auf dem aktuellen Stand sein, die Quartals-Updates mit den diversen Änderungen der KBV müssen rechtzeitig eingespielt werden und auch die Back-ups müssen so organisiert und durchgeführt werden, dass im Fall eines Falles kein Schaden entsteht.

„Wer das perfekt machen will, muss nicht nur regelmäßig eine Datensicherung

anlegen, sondern sollte auch prüfen, ob diese tatsächlich funktioniert“, sagt Sven Gutekunst, Leiter der IT der MEDIVERBUND AG. Die Erfahrung zeige jedoch,

dass Back-ups gelegentlich auch mal liegen bleiben. Sollte es dann zu einem Zwischenfall kommen, sei es ein Brand, ein Wasserschaden oder gar ein Diebstahl, kann das bedrohliche Folgen für die Praxis haben, warnt Gutekunst.

Webbasierte Anwendung

In der IT-Branche gibt es bereits seit einiger Zeit eine Entwicklung, die von den Experten als „Software as a Service“, kurz „SaaS“, bezeichnet wird. Das bedeutet: Die Software und das ganze „Drumherum“ werden den Kunden als Dienstleistung angeboten. Der Nutzer muss sich um nichts mehr kümmern und kann sich ganz auf die Arbeit mit seinem Computer konzentrieren.

Die Doc.Star GmbH, ein IT-Unternehmen aus Bergisch Gladbach, das sich auf Komplettsysteme für Arztpraxen, MVZs und Klinikambulanzen spezialisiert hat, bietet mit ihrer gleichnamigen Praxissoftware eine webbasierte, zertifizierte Praxissoftware auf dem Markt an. Diese kann statt auf einem Praxisserver auch auf einem zentralen Server außerhalb der Praxis installiert werden. Die einzelnen Programmteile werden dem Nutzer über einen Browser zur Verfügung gestellt. Die komplette Pflege des Programms, alle Aktualisierungen sowie die Datensicherung finden in diesem Fall über den zentralen Server statt.

Die MEDIVERBUND AG hat jetzt mit dem Unternehmen eine Kooperation vereinbart und mit einem eigenen IT-Experten die Software dahin gehend erweitert, dass die Daten, die von der Praxis auf einem zentralen Datenspeicher im MEDIVERBUND Rechenzentrum abgelegt werden, bereits in der Praxis verschlüsselt werden und auch nur von der Praxis entschlüsselt werden können, erläutert Gutekunst. Im Rechenzentrum können die patientenbezogenen Daten nicht entschlüsselt und auch nicht eingesehen werden.

Datenschutz wird bei MEDI großgeschrieben

Die MEDIVERBUND AG stellt durch ein zweites, gespiegeltes Rechenzentrum sicher, dass selbst im Fehlerfall des primären Rechenzentrums der Betrieb weitergehen kann. Zusätzlich werden die Back-ups an einem dritten Ort gespeichert.



Die SaaS-Version bietet den Praxen viele Vorteile, so Sven Gutekunst.

In beiden Rechenzentren gibt es eine professionelle Umgebung für die Hardware. So sind die Klimatisierung, Stromzufuhr und Internetanbindung mindestens doppelt ausgelegt und es gibt jeweils ein Notstromaggregat und hohe Zutrittskontrollen. An die Server der MEDIVERBUND AG kommen nur bestimmte Mitarbeiter der Managementgesellschaft.

„Wir haben bei MEDI schon immer größten Wert auf den Datenschutz gelegt“, begründet Gutekunst den ganzen Aufwand und die jetzt umgesetzte hoch-

sichere Verschlüsselung der Praxisdaten. Um die Datensicherheit zusätzlich zu erhöhen erfolgt die Verbindung zwischen der Arztpraxis und dem Rechenzentrum über eine sichere VPN-Verbindung. „Wir arbeiten gewissermaßen mit Hosenträger und Gürtel“, sagt Gutekunst.

Die Praxissoftware setzt alle GKV-, PKV- und BG-Abrechnungen einschließlich der 73b- und 73c-Verträge in Baden-Württemberg um. Die Zertifizierung der SaaS-Variante von doc.star beim Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz (ULD) in Schleswig-Holstein ist beantragt. Darüber hinaus hat die MEDIVERBUND AG einen eigenen Datenschützer beauftragt, der alle Abläufe prüft.

Geeignet für jedes aktuelle System

Für die Umstellung auf den neuen Service ist keine spezielle Aufrüstung der Praxis-Computer erforderlich. Ein aktueller Windows-Rechner und ein DSL-Internetanschluss sind ausreichend. Der VPN-

Router für die Verbindungen zum Rechenzentrum wird zur Verfügung gestellt, erläutert Gutekunst.

Für die Dienstleistung, die voraussichtlich ab dem dritten Quartal zur Verfügung stehen wird, zahlen Einzelpraxen, die nicht MEDI Mitglied sind, eine einmalige Schutzgebühr sowie eine monatliche Nutzungspauschale mit der die Nutzung des Rechenzentrums inklusive Datensicherung, Softwarepflege mit Updates, sowie die Nutzung der Hotline abgedeckt sind. Für Praxen mit mehreren Ärzten gibt es Preisstufen, die sich nach der Zahl der Ärzte richtet. MEDI Mitglieder bekommen einen Rabatt von 10%. ■

Jürgen Stoschek

→ Weitere Informationen und individuelle Angebot können bei der MEDIVERBUND AG eingeholt werden.



Hitzefrei oder Klimaanlage?

Die Arbeitsstätten-Verordnung schreibt vor, dass in Arbeitsräumen „eine gesundheitlich zuträgliche Temperatur“ bestehen muss. Empfohlen werden höchstens 26°C. Aber ab wann es Hitzefrei geben muss, hat der Gesetzgeber nicht eindeutig geregelt. Wie verschafft man Team und Patienten Kühlung?

Egal, wie die arbeitsrechtliche Situation aussieht – zu hohe Temperaturen machen schlapp. In gekühlten Räumen fühlen sich Arzt, Mitarbeiter und Patienten wohler und leistungsfähiger. Allerdings ist das Angebot an Klimaanlage unübersichtlich.

Am günstigsten sind die mobilen Monoblock-Kühlgeräte aus dem Baumarkt, sie bieten allerdings auch am wenigsten. Sicher ist eigentlich nur, dass sie schnell einsatzbereit sind und viel Strom brauchen. Die Abluft wird im einfachsten Fall mit einem Schlauch durchs offene Fenster geleitet. Warme Luft von draußen strömt also herein, während das Kühlgerät arbeitet. Der Abluftschlauch kann aber auch fest installiert werden. „In Arztpraxen ist der Einsatz im Notfall zur vorübergehenden Kühlung von Serverräumen vorstellbar“, rät Holger Brummer, der in Leipzig auch als der „Praxenprofi“ bekannt ist.

Seine Firma realisiert u.a. Modernisierungen, Um- und Ausbauten von Arzt- und Zahnarztpraxen (www.praxenprofi.de).

Der Experte empfiehlt Split-Klimaanlagen

Beim nachträglichen Einbau von Klimaanlage in eine bestehende Praxis rät er meistens zu Split-Klimaanlagen. Im Gegensatz zu Monoblockgeräten müssen die Split-Klimaanlagen einmal jährlich gewartet werden. Diesen Aufwand muss man bei der Kostenplanung berücksichtigen. Split-Geräte bestehen aus zwei Komponenten: Einem Außen- und mindestens einem Innengerät. Sollen mehrere Räume klimatisiert werden, bietet sich eine Multi-split-Klimaanlage an, die mit einer Außen-einheit mehrere Innengeräte versorgen kann. Eine Erweiterung sind Split-Klimageräte mit Wärmepumpenschaltung. Sie können nicht nur kühlen, sondern – in-

teressant in der Übergangszeit – auch heizen. Allzu hohe Ansprüche an den Klimaschutz darf man allerdings nicht haben, wenn man sich für diese Geräte entscheidet. Das Innengerät filtert, kühlt und entfeuchtet die Raumluft meist mit Hilfe von klimaschädlichen Kühl-Chemikalien.

Brummer rät dazu, gut zu planen, wo ein Gerät angebracht werden kann. Ein zentral an der Decke platziertes Innengerät hat den Vorteil, dass die kühle Luft in alle Richtungen ausgeblasen werden kann. In Altbauten wird das Innengerät oft über die Tür gehängt, weil Zwischendecken für die Montage der Leitungen fehlen. Mehr Probleme macht die Frage, wo das Außengerät platziert werden kann. „Diese Kästen sind keine Schmuckstücke“, gibt Brummer offen zu, „außerdem sind sie nicht gerade leise“. In Neubauten bieten sich Flachdächer oder Tiefgaragen an, in Altbauten oft die Gebäuderückseiten. Das muss mit dem Vermieter oder der Eigentümergeinschaft abgesprochen werden. Wenn die Standplätze definiert sind, muss geprüft werden, wie die Versorgungsleitungen und die Leitungen zwischen den Komponenten verlegt werden können. Je nach Bausubstanz kann der Einbau ziemlich viel Schmutz verursachen. In solchen Fällen lohnt es sich, die Räume gleichzeitig zu renovieren, wenn das sowieso ansteht.

Das Angebot an Split-Klimageräten wächst. Es reicht von billig oder unprofessionell bis hin zu sehr aufwendigen und seriösen Anlagen. Auch die Umweltfreundlichkeit scheint allmählich zu steigen, es gibt inzwischen Substitutionsmöglichkeiten für die klimaschädlichen Kühlmittel.

Und es gibt weitere Alternativen. Bei Neubauprojekten bieten sich beispielsweise auch sogenannte Klima- oder auch Kühldecken an. Kühlschläuche in den Decken kühlen die aufsteigende warme Luft und lassen sie wieder absinken. Durch die geringen Raumluftgeschwindigkeiten wird die Verbreitung von Keimen in der Luft minimiert. Eine andere Möglichkeit sind thermische oder sogenannte Sorptionskältemaschinen. Solche Kältemaschinen haben niedrige Betriebskosten, weil Solaranlagen die Kältemaschine antreiben

Fortsetzung Seite 46

Unsere Visitenkarten für Mitglieder



VISITENKARTEN* - 1.000 STÜCK:

- zum Preis von 100,- Euro

*Weitere Designs finden Sie auf unserer Internetseite

Alle Preise inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)

Unsere Terminblöcke in den Größen DIN A6/A7



50 TERMINBLÖCKE* mit je 100 Blatt:

- DIN A6 • 100 Blatt zum Preis von 200,- Euro
- DIN A7 • 100 Blatt zum Preis von 175,- Euro

*Weitere Designs finden Sie auf unserer Internetseite

Alle Preise inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)



Bestellformulare finden Sie unter: www.medi-verbund.de oder QR-Code scannen.

PRAXISTEAM

Fortsetzung

Hitzefrei oder Klimaanlage?

können. Weitere Vorteile der Kältemaschinen sind die umweltfreundlichen Kälte- und Lösungsmittel, die geringen Wartungskosten und die lange Lebensdauer. Es gibt allerdings bisher nicht allzu viele Händler, die diese großen und teuren Geräte anbieten. Und solche Geräte bieten nur Kühlung, mehr nicht.

Raumluftechnische Anlagen

„Echte“ raumluftechnische Anlagen (RLTs) können weit mehr als nur kühlen. Sie sorgen für frische Luft, auch wenn Patienten mit den verschiedensten „Duftnoten“ anwesend sind. Sie filtern Feinstaub und Pollen heraus, entfeuchten die Luft, wenn es schwül ist und befeuchten allzu trockene Luft. Eine Lüftung ist eigentlich fast in jeder modernen Arztpraxis eine gute Sache. Sowohl Neubauten als auch energetisch sanierte Altbauten sind so gut isoliert und luftdicht, dass es vor allem im Wartezimmer oft stickig ist. Wenn dann noch viele Lampen, technische Geräte oder Glasfronten die Praxis aufheizen,

wird die sommerliche Wärme nicht erst in Hitzeperioden zum Problem.

In Krankenhäusern oder auch neuen Ärzthäusern findet man eher RLTs als Splitting-Anlagen. Diese Klimaanlage sind das Metier von Stephanie Fehniger (www.fehniger.de), die vor allem Operationsräume mit der richtigen Anlage ausrüstet. Es ist keine Überraschung, dass sie grundsätzlich nicht zufrieden ist mit der Vorstellung, in einer Arztpraxis ein Split-Klimagerät einzubauen. Ganz sicher jedenfalls nicht in Räumen, in denen auch operiert wird. „In solchen Situationen sind die Anforderungen an die eingesetzten Filtersysteme sowie Luftvolumenströme deutlich höher“, erinnert sie und berichtet über die gesetzlichen Anforderungen rund um den Einbau einer RLT bei ambulanten Operationen. Die Kurzfassung lautet: Es gibt eine RKI-Richtlinie („Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“) und die technische Norm DIN 1946-4. Wer sich die Beratung zu Klimaanlage in der Arztpraxis zutraut, sollte diese Anforderungen kennen. ■■■

Ruth Auschra

Happy Birthday VERAHmobil

Ein Jahr nach Einführung der Leasing-Verträge für das VERAHmobil haben in Baden-Württemberg bereits mehr als 300 Hausärzte ihre Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAHs) mit dem VW Up ausgestattet. Fast täglich kommen neue Fahrzeuge hinzu.



Seit Mai 2013 können Hausärzte, die im Rahmen des HZV-Vertrags in Baden-Württemberg eine VERAH einsetzen, das VERAHmobil zu besonders günstigen Konditionen erwerben.

Die VERAH dient im Rahmen der HZV der Entlastung des Hausarztes insbesondere im Zusammenhang mit der Versorgung chronisch kranker und immobiler Patienten. Drei von vier VERAHs kommen in Landarztpraxen zum Einsatz.

Nicht nur von Hausärzten, Vertragspartnern und Medizinischen Fachangestellten, auch von Seiten der Wissenschaft bekommt der VERAH-Einsatz im Südwesten gute Noten. Die Experten des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt bestätigen, dass die VERAH hausärztlich relevante Aufgaben übernimmt und den Arzt entlastet. ■■■

as