



Berlin verstrickt sich am Gesetzentwurf

MEDI Arzt wird für Ehrenamt ausgezeichnet

Seit neun Jahren reist Dr. Horst Brenneis nach Kenia in die Slums von Nairobi und operiert dort junge Einheimische. Dafür hat ihn die Deutsche Gesellschaft für Urologie mit einem Sonderpreis ausgezeichnet.

Für wen gilt »Beratung vor Regress«?

Nicht für Ärzte, die deswegen in der Vergangenheit schon einmal auffällig geworden sind. Ein entsprechendes Urteil des Bundessozialgerichts sorgt für mehr Klarheit - aber auch mehr Frust.

MEDI Baden-Württemberg vernetzt Praxen

Haus- und Fachärzte, die miteinander vernetzt sind, haben bessere Perspektiven und tun sich leichter im Praxisalltag. Deswegen hat MEDI Baden-Württemberg ein Pilotprojekt angestoßen.

Deswegen müssen wir unsere Praxen vernetzen

Liebe Leserin, lieber Leser,

das Versorgungsstärkungsgesetz ist zwar noch nicht verabschiedet, aber der Gesetzentwurf hat nicht nur bei mir die Frage aufgeworfen, wer oder was hier eigentlich gestärkt werden soll. Geht der Patient gestärkt hervor? Nein. Der soll zwar künftig schneller Termine beim Facharzt bekommen, aber nicht unbedingt bei dem Arzt, zu dem er möchte, sondern ersatzweise bei einem im Krankenhaus. Manche beliebte Facharztpraxis um die Ecke wird dann keinen Nachfolger mehr bekommen, weil der Gesetzentwurf vorsieht, dass die KV Praxen in angeblich überversorgten Regionen künftig aufkaufen muss, statt sie nachzubersetzen.

Gehen die Vertragspartner der Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg gestärkt hervor, die von den politisch Verantwortlichen viel Lob für ihr funktionierendes Konzept bekommen haben? Nein. Stattdessen wird uns die bisherige gesetzliche Grundlage für weitere Facharztverträge entzogen, selbst wenn es für die laufenden Verträge Bestandschutz geben sollte.

Gehen vielleicht die niedergelassenen Fachärzte gestärkt hervor? Leider auch nein. Hier geht der Trend sogar in eine völlig andere Richtung: Hin zur Stärkung und Öffnung der Kranken-

häuser. Finanziert aus Steuergeldern, die auch von den niedergelassenen Facharztpraxen bezahlt werden, die aber im Gegensatz zu den Krankenhäusern keine dualen Zuwendungen und Geschenke des Gesetzgebers erhalten.

Wir setzen uns seit Wochen dafür ein, dass der Gesetzentwurf nachgebessert wird. Insbesondere wollen wir den Erhalt des §73c, der die Facharztverträge bisher regelt, und bessere Regelungen zur Bereinigung auf der Ebene KV-Arzt. Ob uns das in Zeiten, in denen sich der politische Mainstream gegen die freiberuflichen Praxen richtet, gelingt, bleibt noch offen. Was wir aber tun können und müssen, ist unsere Praxen endlich besser miteinander zu vernetzen. Dann bleiben wir als vernetzte Haus- und Fachärzte erste Anlaufstelle für die Patienten – und die fachärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen brauchen die Konkurrenz der Klinikambulanzen auch nicht mehr zu fürchten.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

W. Baumgärtner

Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender



TITELGESCHICHTE

DIALOG

- 6 »Der Gesetzentwurf muss noch dringend nachgebessert werden«

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

- 8 **DAK will eigenen Psychotherapievertrag**
 8 **Bessere Vergütung bei Vitamin-K-Antagonisten-Therapie**
 9 ABRECHNUNG
 10 **So unterstützt das Ampelschema Ärzte bei ihren Verordnungen**
 12 KURZ NOTIERT
 14 **Gastro-Vertrag läutet neue Ära des Koloskopie-Screenings ein**
 16 **Pädiater im Südwesten nehmen gerne an der HZV teil**
 18 **Orthopädievertrag ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung**

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 21 **Heilbronner MEDI Praxen starten Piloten zur Vernetzung**
 22 NACHGEFRAGT BEI SVEN GUTEKUNST
 »Ein neues Patent macht uns unabhängig«
 23 **AOK-Broschüre klärt über Arzneimittel auf**

MENSCHEN BEI MEDI

- 24 **Dipl.-Psych. Henry Reyna**
 26 **Dr. Horst Brenneis**
wird mit Alexander-von-Lichtenberg-Sonderpreis ausgezeichnet
 28 **Dr. Michael Eckstein**
 28 IMPRESSUM



GESUNDHEITSPOLITIK

- 30 **ASV kommt nicht in die Pötte**
 30 **Neuer Kodex macht Pharma-Sponsoring transparent**
 31 NACHGEFRAGT BEI FRANK HOFMANN
 »Ärzte müssen einer Veröffentlichung zustimmen«

ARZT & RECHT

- 32 **»Beratung vor Regress« gilt nicht für vorbelastete Ärzte**
 34 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN

BUSINESS

- 36 **MEDIVERBUND AG baut Beratungsleistung aus**
 36 **Immer mehr Mitglieder nutzen den Praxisbedarf**

PRAXISMANAGEMENT

- 38 **Immer die richtigen Worte finden**
 41 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS
 42 **Praxishomepage: Hände weg von »freien« Fotos!**

5

Bausteine für eine neue Perspektive



Fachrichtung, Standort, Patientenlientel – jede Praxis ist anders. Deswegen leistet MEDI Baden-Württemberg mit dem „Fünf-Säulen-Modell“ einen wichtigen Beitrag zur wirtschaftlichen Stärkung der Praxen und bietet als einzige deutsche Ärztevertretung individuelle Lösungen und Perspektiven an.

Jetzt Mitglied werden!

Weitere Informationen erhalten Sie auf www.medi-verbund.de
oder telefonisch unter 0711-80 60 79 - 0





»Der Gesetzentwurf muss noch dringend nachgebessert werden«

Im April soll das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in Kraft treten, das von Teilen der Ärzteschaft süffisant in »Versorgungsschwächungsgesetz« umgetauft wurde. Auch der Vorstandsvorsitzende von MEDI GENO Deutschland, Dr. Werner Baumgärtner, sieht noch dringend Verbesserungsbedarf im Gesetzentwurf, wie er im Gespräch mit Angelina Schütz erläutert.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, was bereitet den niedergelassenen Ärzten am meisten Bauchschmerzen?

Baumgärtner: Bauchschmerzen haben vor allem die Fachärzte. Erstens wegen der Terminvermittlung, die zentral von KV-Servicestellen gesteuert werden soll, und zweitens wegen der zwangsweisen Schließung von Praxen in angeblich überversorgten Gebieten. Auf der einen Seite will man die Fachärzte also dazu zwingen, schneller Termine zu vergeben und auf der anderen Seite senkt man ihr Terminangebot dadurch wieder ab, indem man einen Teil der Praxen gar nicht mehr nachbesetzt. Grotesk, oder? Ich bin gespannt darauf, wie die Politik das der Öffentlichkeit und den

Patienten beibringen möchte! Bei dieser ganzen Überversorgungsdiskussion wird vergessen, dass die Bedarfsplanung nichts mit der Versorgung zu tun hat und dass nachfolgende Arztgenerationen nicht mehr bereit sein werden, 60 Stunden in der Woche zu arbeiten. Bald wird es bei den Fachärzten das gleiche Szenario wie bei den Hausärzten geben.

MEDITIMES: Der Gesetzentwurf beinhaltet aber auch Punkte, die Ihre Arbeit bei MEDI tangieren. Welche sind das?

Baumgärtner: Ganz oben steht die Streichung des §73c, von dem unsere Facharztverträge und insbesondere der Abschluss weiterer Facharztverträge betroffen wären.

Ein absolutes Unding! Dann fehlt nach wie vor eine verbindliche und wettbewerbsneutrale Bereinigungslösung auf der Ebene Arzt – KV. Davon sind Haus- und Fachärzte betroffen, die an Selektivverträgen teilnehmen. Für Ärztenetze gibt es bei der Finanzierung immer noch keine Verbesserungen und für die Fachärzte verschlechtert sich die Möglichkeit, an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilzunehmen. Der Gesetzgeber lässt insbesondere die Fachärzte und die Netze im Regen stehen!

MEDITIMES: Der Gesetzentwurf sieht also vor, dass der §73b, der die hausarztzentrierte Versorgung regelt, bleiben soll, während die fachärztliche Versorgung keinen entsprechenden Zwillingsparagrafen bekommen wird?

Baumgärtner: Richtig. Der §73c, der die besondere ambulante ärztliche Versorgung regelt und als Grundlage für unsere Facharztverträge gilt, soll ohne Not gestrichen werden. Stattdessen sollen die Vorgaben zu Facharztverträgen künftig im neu gefassten §140a zusammengeführt werden, der die Integrierte Versorgung regelt. Das

wäre aber ein fatales Signal an die Fachärzte im Vertragswettbewerb und an die Vertragspartner in Baden-Württemberg. Denn das hieße ja, dass die Politik die Fachärzte wissentlich benachteiligen und ihre Arbeit und die Arbeit der Vertragspartner nicht schätzen würde.

MEDITIMES: Erläutern Sie uns das bitte näher.

Baumgärtner: Im § 73c konnten niedergelassene Fachärzte und ihre Organisationen entsprechende Verträge abschließen. Im § 140a wird der Kreis der Vertragspartner deutlich erweitert – auf alle Leistungserbringer, die zur Versorgung von Patienten berechtigt sind. Das würde bedeuten, dass formal auch die Reha-Abteilung eines Krankenhauses, Pharmafirmen oder Medizinproduktehersteller solche Facharztverträge in die Welt setzen dürften. Das wäre ein weiterer Schritt zur Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und unsere Fachärzte wären dadurch mit einer völlig anderen Konkurrenzsituation konfrontiert, als die hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen.

MEDITIMES: Ist die geplante Streichung des § 73c Bosheit oder Unwissenheit?

»Fachärzte und Ärztenetze werden im Regen stehen gelassen«

Baumgärtner: Noch ist er ja nicht gestrichen. Zum Änderungsvorschlag kam es meines Wissens nach, weil die politisch Verantwortlichen den Selektivverträgen mehr Flexibilität einräumen wollten. Was mich an der Stelle ärgert ist die Tatsache, dass wir mit der meisten praktischen Erfahrung Vorschläge gemacht haben, über die im Ministerium einfach hinweggegangen wurde. Selbst ein Erhalt des § 73c wäre ja keine echte Verbesserung. Das Ministerium ist uns auch nicht entgegengekommen. So werden Abschlüsse weiterer Facharztverträge schwieriger bis unmöglich.

MEDITIMES: Warum hat die Politik die Regelung zur Bereinigung nicht im Sinne der Vertragspartner verbessert? Sie und die anderen Partner haben dazu doch rechtzeitig Vorschläge gemacht...

Baumgärtner: Das verstehe ich auch nicht. Selbst der Sachverständigenrat bezeichnet die aktuelle Bereinigungsregelung als nicht wettbewerbsneutral, also hindernd für die Selektivverträge. Als mildernden Umstand würde ich an dieser Stelle einräumen, dass sich nur wenige im Gesundheitssystem in dem fürchterlichen Thema Bereinigung wirklich auskennen.

MEDITIMES: Was hat es mit der Streichung der Übergangszeit für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung auf sich?

Baumgärtner: Der Gesetzgeber hat Sorge, dass die Versorgung nicht schnell genug in Gang kommt. Deswegen wird einfach die zweijährige Übergangszeit gekippt und die Krankenhäuser dürfen auf unbegrenzte Zeit auf der Basis des alten § 116b weiterarbeiten. Das hätte aber die Konsequenz, dass sich Krankenhäuser bis zum Sankt-Nimmerleins-Tag weigern könnten, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einzusetzen, was wiederum die niederge-

lassenen Fachärzte treffen würde. Denn sie könnten dann in Regionen, in denen sich die Krankenhäuser der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verweigern, nur sehr schwer entsprechende Strukturen in Konkurrenz zu den Kliniken aufbauen. Sinn dieser Versorgung sollte ja eigentlich sein, die Sektoren aufzubrechen.

MEDITIMES: Die MEDIVERBUND AG ist ja bereits auf die Fachärzte zugegangen, um sie bei diesem Thema zu unterstützen. Sind nun alle Pläne der AG null und nichtig?

So bitte nicht!

Der Gesetzentwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) enthält viele Vorschläge zur Neugestaltung bzw. Ergänzung des Sozialgesetzbuches V, in dem die ambulante Versorgung geregelt ist. Einige dieser Vorschläge sieht MEDI GENO Deutschland kritisch und appelliert deswegen an den Gesetzgeber, sie dringend zu korrigieren. Das betrifft hauptsächlich die Themenfelder

- Streichung des § 73c SGB V und Neuregelung der bisherigen Facharztverträge in § 140a SGB V
- arztbezogene Bereinigung bei Selektivverträgen
- Ärztenetze und
- ambulante spezialfachärztliche Versorgung. ■■

Baumgärtner: Nein, wir machen weiter und beginnen in Baden-Württemberg und Bayern. Dort gibt es eine überschaubare Zahl an Krankenhäusern, die eine Zulassung für die Erbringung von ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen hat.

MEDITIMES: Warum setzt sich die Politik nicht stärker für Ärztenetze ein?


Baumgärtner: Das verstehe ich auch nicht, aber ich rechne noch mit Verbesserungen, insbesondere was die Finanzierung angeht oder auch die Möglichkeit, dass Ärztenetze eigene MVZs betreiben dürfen. Insbesondere auf Seiten der Union habe ich hier Interesse festgestellt. Es gibt aus meiner Sicht keine Alternative zur fachübergreifenden Vernetzung, wenn man bei den jetzigen Entwicklungen der Praxislandschaft die ambulante Versorgung wohnortnah erhalten möchte. Wir haben das begriffen, einige politisch Verantwortliche ebenso. In den ärztlichen Fachverbänden und in der KBV leistet man sich dagegen weiterhin den Luxus, über Sektionierung zu streiten.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, vielen Dank für das Gespräch. ■■

DAK will eigenen Psychotherapievertrag

MEDI Baden-Württemberg und die MEDIVERBUND AG verhandeln derzeit mit der DAK-Gesundheit einen neuen Psychotherapievertrag nach § 73c SGB V. Dieser soll den DAK-Versicherten in Baden-Württemberg einen schnelleren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen und auf diese Weise ein Chronifizierungsrisiko der betroffenen Patienten minimieren, Rückfallquoten reduzieren und die Behandlungsqualität verbessern.

Bezogen auf das Leistungsangebot und die Vergütung orientieren sich die Vertragspartner am bestehenden Psychotherapievertrag der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK. Anders als dort soll im DAK-Vertrag die Einbeziehung des Hausarztes ohne Bindung an eine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) erfolgen.

Für die DAK-Gesundheit ist es der erste landesweite Facharztvertrag dieser Art. „MEDI Baden-Württemberg hat sich als verlässlicher Vertragspartner etabliert. Wir möchten die Vorteile einer selektivvertraglich gestalteten psychotherapeutischen Versorgung nun auch unseren Versicherten anbieten,“ sagt der Leiter des Vertragsgebiets Baden-Württemberg, Siegfried Euerle. Der neue Psychotherapievertrag soll noch im Laufe dieses Jahres starten. 

as/wf

Bessere Vergütung bei Vitamin-K-Antagonisten-Therapie

Was seit Oktober 2014 in der HZV möglich ist, gilt seit Jahresbeginn auch für die Kardiologen im Facharztprogramm: Die Vertragspartner haben sich auf eine Neuregelung zur Therapievergütung bei Vitamin-K-Antagonisten (VKA) geeinigt.

Die VKA-Therapie soll die aufwendige Versorgung von Patienten mit Phenprocoumon oder Warfarin besser honorieren. Damit wird eine schon länger bestehende Forderung der Vertragsteilnehmer in Baden-Württemberg erfüllt. In diesem Zusammenhang gelten für Hausärzte und Kardiologen neue Abrechnungsziffern:

Hausarztprogramm

- 56091 – Pauschale zur Einstellung auf dauerhafte VKA-Therapie (120 Euro)
- 56092 – Aufwandspauschale bei dauerhafter VKA-Therapie (15 Euro/Quartal)


Facharztprogramm

- E12 – Pauschale zur Einstellung auf dauerhafte VKA-Therapie (120 Euro)
- E13 – Aufwandspauschale bei dauerhafter VKA-Therapie (15 Euro/Quartal)

Grundsätzlich ist bei der Einstellung des VKA-Patienten die Pauschale zur Einstellung auf dauerhafte VKA-Therapie nur einmalig abrechenbar. Das bedeutet, dass entweder der Hausarzt oder der Kardio-

loge die jeweilige Ziffer ansetzen darf. Wird diese jedoch mehrmals abgerechnet, erhält nur derjenige Arzt die Vergütung, der sie als erster angesetzt hat. Bei paralleler Abrechnung dieser Leistung von Haus- und Facharzt im selben Quartal erfolgt eine Kürzung der E12 beim Facharzt. Außerdem muss beachtet werden, dass eine anteilige Stornierung als Folge einer Verordnung eines DOAK vorgenommen wird.

Für die Aufwandspauschale bei dauerhafter VKA-Therapie wird, abgesehen von der einmaligen Abrechnungsfähigkeit, analog verfahren. Somit kann diese Pauschale ebenfalls nur einmal pro Patient und Quartal abgerechnet werden. Wichtig ist auch noch, dass eine gleichzeitige Abrechnung der jeweils beiden neuen Ziffern nicht möglich ist.

Damit Kardiologen eine der genannten Ziffern abrechnen können, muss mindestens eine der unten aufgeführten Diagnosen vorliegen. 

Jens Offenhäuser /Alexander Bieg

Krankheitsbild	ICD-10-Gruppe
Ischämische Herzkrankheit	I21.-; I22.-; I23.-; I24.0 I25.2-
Lungenembolie	I26.-; I27.20
Vorhofflimmern, -flattern	I48.-
Herzinsuffizienz	I50.-
Zerebrovaskuläre Krankheiten	I63.-; I65.-; I66.-; I69.-
Arterielle Embolien	I74.-
Thrombosen	I80.-; I81.-; I82.-; I83.-
Kardiale /vaskuläre Implantate/Transplantate	Z95.-
Sonstige Koalugopathien	D68.5.-; D68.6

ABRECHNUNG



Foto: fotolia

Diese Abrechnungsfehler lassen sich vermeiden

Aufgrund der hohen Qualitätsanforderungen und der Leistungsvielfalt hat jeder Facharztvertrag Ziffern und Pauschalen, die fehleranfälliger sind als andere. Die **MEDITIMES** stellt die häufigsten Fallstricke für jede Facharztgruppe vor und erklärt, wie teilnehmende Praxen künftig richtig abrechnen können.

Gastroenterologie

- Die Grundpauschale P1 darf nicht neben der Präventionskoloskopie nach E3 am selben Tag abgerechnet werden. Ausnahme: P1 und E3 können am selben Tag nur abgerechnet werden, wenn ein Gastroskopiekomplex (E1a) im gleichen Quartal erbracht wurde.
- Für die Abrechnung der Behandlungspauschale P1D muss eine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen nach der Onkologievereinbarung vorliegen.

Kardiologie

- Die Zusatzpauschalen P1d und P1aI können maximal einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.
- Die Ziffer Z1 darf nur abgerechnet werden, wenn im selben Quartal eine P1aIII oder P1b oder P1c abgerechnet wurde.
- Der Diagnostikzuschlag P3 kann immer dann abgerechnet werden, wenn keine kardiologische Zusatzpauschale oder Leistungen aus anderen 73c-Verträgen abgerechnet werden können. Er dient als Diagnostikzuschlag, um den Aufwand der Praxen für rein diag nostische Fälle zu honorieren. Die P3 darf maximal einmal in vier Quartalen abgerechnet werden.

Neurologie

- Die Beratungszuschläge NP2A2, NP2E2, NP2F2, NP2G2 dürfen maximal zweimal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Darüber hinausgehende Beratungen müssen über die Ziffer NZ1 abgerechnet werden oder die MEDIVERBUND AG wandelt sie bei ihrer Abrechnungsprüfung in eine NZ1 um.
- Der Diagnostikzuschlag NZ2A darf maximal einmal im Krankheitsfall in vier Quartalen abgerechnet werden.
- Bei Abrechnung eines Beratungszuschlages, z.B. NP2A2, muss im selben Quartal die dazu entsprechende Zusatzpauschale, z.B. NP2A1, abgerechnet werden.

Orthopädie und Chirurgie

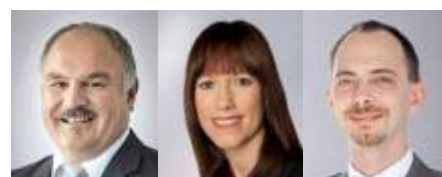
- Ein zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (E4) kann nur einmal pro Tag abgerechnet werden.
- Die Beratungspauschalen (BP2A bis BP5) dürfen nur einmal pro Quartal abgerechnet werden.
- Zur Abrechnung von Ziffern aus dem EBM-Kapitel 31 ist die Angabe eines OP-Schlüssels aus Anhang 2 zum EBM notwendig.

Psychiatrie

- Die Grundpauschale PYP1 darf nicht mehrmals im Quartal abgerechnet werden.
- Pro Quartal kann maximal eine Zusatzpauschale aus dem Modul Psychiatrie abgerechnet werden.
- Die indikationsbezogenen Zusatzpauschalen PYP2A, PYP2B, PYP2C, PYP2D, PYP2E, PYP2F, PYP2G dürfen nur dann im selben Quartal mit der Grundpauschale NP1 abgerechnet werden, wenn auch eine Überweisung für die neurologische und psychiatrische Versorgung vorliegt. Daraus resultierend muss dann auch entsprechend eine neurologische Zusatzpauschale abgerechnet werden.

Psychotherapie

- Die Grundpauschale PTP1 kann maximal einmal in vier Quartalen abgerechnet werden.
- Die Ziffern PTE1 bis PTE4 können nur nacheinander abgerechnet werden. Wird eine Ziffer aus einer nachfolgenden Kategorie abgerechnet, kann anschließend nicht wieder zur vorhergehenden Ziffer gewechselt werden. Eine Ausnahme stellen die Diagnoseänderung (DAE) und die Genehmigung der Krankenkasse (GDK) dar. Nur wenn diese vorliegen, kann bei einem Patienten bei PTE1 oder PTE2 wieder begonnen werden. Bitte geben Sie in diesen Fällen DAE oder GDK bei der Abrechnung als Leistungsposition mit an.
- Für einige Leistungen, z.B. PTE1, ist ein bestimmter Abrechnungszeitraum, z.B. innerhalb von vier Quartalen, vorgegeben. Diese Leistungen können nach Ablauf der Frist nicht mehr abgerechnet werden! ■



Wir beantworten gerne Ihre Fragen

Wolfgang Fechter, Verena Mörk
und Thomas Rademacher



So unterstützt das Ampelschema Ärzte bei ihren Verordnungen

Die Hausarzt- und Facharztverträge haben sich in Baden-Württemberg als völlig neue Versorgungsformen über die Jahre so gut etabliert, dass viele Ärzte aus anderen Bundesländern schon mit großem Respekt ins „Ländle“ schauen. Die Arzneimittelsteuerung in der Vertragssoftware sorgt ihrerseits dafür, dass die Verträge Erfolg haben.

Die drei Big Points der Honorierung im Rahmen der Selektivverträge dürften bereits bekannt sein: Die Vergütung der Ärzte liegt hier im Durchschnitt bei 30% über den Fallwerten im Kollektivvertrag, jeder Fall wird bezahlt und es gibt keine Fallzahl-obergrenzen oder sonstige Budgets.

Kritiker dieser Verträge äußern deshalb hin und wieder, dass die medizinische Versorgung in den Hausarzt- und Facharztverträgen irgendwie schlechter sein muss als in der Regelversorgung. Schließlich muss das Geld für die attraktivere Vergütung ja irgendwoher kommen, oder anders gesagt: Es muss an anderen Stellen eingespart werden. Aber sind Einsparungen im Umkehrschluss immer mit Leistungseinbußen verbunden? Keineswegs!

»Die Ampel weist auf günstigere Verordnungen hin«

Man erinnere sich daran, welche Refinanzierungspotenziale die Selektivverträge nutzen und dabei sogar gleichzeitig die Versorgungsqualität erhöhen:

- „Ambulant vor stationär“, also Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen.
- „Sorgfältiges“, das heißt endstelliges und korrektes Kodieren („Right-Coding“) hilft den Krankenkassen dabei, einen Teil der

krankheitsbezogenen Kosten aus dem Morbi-RSA zurückzuerhalten.

- Eine bessere Zusammenarbeit von Hausarzt und Facharzt vermeidet unnötige Doppeluntersuchungen.
- Schnellere Terminvergabe verhindert u. U. eine Chronifizierung von Krankheiten und verkürzt damit AU-Zeiten.
- Einsparungen im Arzneimittelbereich durch eine rationale und rationelle Pharmakotherapie.

Arzneimittelsteuerung über die »Ampel« in der Vertragssoftware

Eine zentrale Bedeutung bei der wirtschaftlichen Verordnung kommt dem sogenannten „Ampelschema“ zu. Es ist ein Bestandteil der Vertragssoftware mit tagesaktuellen Informationen über die jeweiligen Rabattverträge.

Die Ampelfarben und ihre Bedeutung

Grün	Generische Arzneimittel, für die die Krankenkasse im Rahmen von Ausschreibungen nach §130a Abs. 8 SGB V Rabattverträge abgeschlossen hat.
Blau	Patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die die Krankenkasse Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.
Orange	Ausgewählte Original-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen („blaue“ Original-Arzneimittel) ersetzt werden können.
Rot	Me-Too-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen substituiert werden können (identische Wirkstoffgruppen, ggf. deren Alternativen).
Farblos	Alle anderen Medikamente.

Die Ampel ist allerdings nicht misszuverstehen: Der Arzt ist in seiner Verordnung völlig frei, er unterliegt keinen Einschränkungen. Die Ampel soll ihn im Einzelfall darauf aufmerksam machen, dass eine Verordnung auch günstiger möglich ist.

Sie bietet Hinweise, dass es im konkreten Fall beim Verordnen eine vergleichbare Therapiealternative gibt.

Statt einer Malusregelung wie in der Regelversorgung wirkt sich eine rationale und rationelle Arzneimitteltherapie im

§ 73b- und 73c-Vertrag für die Praxis auch finanziell positiv aus: Immerhin vier Euro pro Patient und Quartal können zusätzlich generiert werden, wenn man sich beim Verordnen in einem „Korridor“ gleichwertiger kostengünstiger Medikamente bewegt. Wobei sich „kostengünstig“ eben nicht nur auf Präparate im Generikabereich, sondern auch auf den innovativen, sprich patentgeschützten Bereich bezieht.

Das System der Farben und Quoten bei der Arzneimittelverschreibung ist komplex und deswegen nicht immer einfach zu durchschauen. Mit dem Ampelschema bieten wir dem Arzt jedoch eine praktische Unterstützung bei der Auswahl von Arzneimitteln nach pharmakologischen und wirtschaftlichen Überlegungen.

Nicht mehr, aber auch nicht weniger als ein deutlicher Hinweis soll durch die rot-blau-orange-grünen Unterlegungen von Medikamenten gegeben werden.

Fortsetzung Seite 12

KURZ NOTIERT



Foto: fotolia

Immer mehr Ärzte nutzen SANE

Über 96% der Teilnehmer am Facharztprogramm nutzen die Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE). Bei den Gastroenterologen und Orthopäden liegt die Quote sogar bei fast 100%. Dank der SANE profitieren 73c-Ärzte vom ersten Tag der Einschreibung des Patienten von den finanziellen Vorteilen der Verträge. Dafür müssen sie eine entsprechende Ergänzungsvereinbarung unterzeichnen. Die SANE gilt für Versicherte der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, die ihren Hauptwohnsitz in Baden-Württemberg haben. ■ ■

Urologievertrag kommt

Und zwar schon zum 1. Juli. MEDI Baden-Württemberg e.V., die MEDIVERBUND AG und zwei Berufsverbände der Urologen haben den Zuschlag der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK für den neuen 73c-Vertrag bekommen. MEDI wird vom Berufsverband Deutscher Urologen e.V. (BDU) und von der Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Urologen e.V. (AGNU) unterstützt. Als Blaupause dienen die bisherigen Facharztverträge. ■ ■

Mehr Psychotherapeuten im PNP-Vertrag

Während die Module Neurologie und Psychiatrie des PNP-Vertrags in Baden-Württemberg stagnieren, hat das Modul Psychotherapie weiter Zulauf: Innerhalb weniger Wochen haben 16 Psychotherapeuten ihre Teilnahmeerklärung abgegeben. Damit nehmen am Modul Psychotherapie 138 Ärzte und 275 Therapeuten im Land teil. ■ ■ as

Fortsetzung

So unterstützt das Ampelschema Ärzte bei ihren Verordnungen

Es geht auch darum, Kosten zu sparen, allerdings

- ohne die medizinische Versorgung der Patienten zu beeinträchtigen,
- in einem vernünftigen Rahmen und
- mit dem Ziel, die begrenzten Ressourcen optimal einzusetzen.

Innovative Medikamente

Auch bei den Selektivverträgen bewegt man sich bei der Verordnung der erforderlichen Arzneimittel im Rahmen dessen, was das SGB V vorschreibt. Ausreichend und zweckmäßig muss der Einsatz sein, das fordert der Gesetzgeber. Die Vertragspartner legen jedoch zusätzlich Wert darauf, dass Ärzte ihren Patienten im Rahmen der Verträge auch innovative Medikamente verordnen können. Immerhin wollen die Partner in ihren Versorgungsverträgen auch dem innovativen medizinischen Fortschritt Rechnung tragen.



Der Autor

Frank Hammer ist Diplomchemiker und arbeitet seit über fünf Jahren bei der MEDIVERBUND AG. Im Rahmen der Hausarzt- und Facharztverträge ist er Mitglied der Arzneimittelkommissionen. Außerdem leitet Frank Hammer die Geschäftsstelle von MEDI GENO Deutschland e.V.. ■ ■

as

» Vertragsteilnehmer können ihren Patienten auch innovative Medikamente verordnen «

Das Arzneimittelmanagement in den Verträgen ist selbst für die Originalanbieter, die ansonsten Rabattverträge grundsätzlich ablehnen, ein Grund, auf die AOK Baden-Württemberg zuzugehen. Eine Blaufärbung im Ampelschema ist für sie mehr als nur attraktiv, da die AOK in der Regel auf Exklusivität setzt.

Während früher die Krankenkassen in erster Linie schlichte Rabattverträge abschlossen, sind heute auch flexiblere Vertragsmodelle denkbar, wie z.B. die „Risk-Share-Verträge“.

Dabei übernimmt die Arzneimittelfirma die kompletten Kosten einer Verordnung,

wenn diese nicht den erwarteten Erfolg zeigt. Wirkt das Medikament jedoch wie gewünscht, zahlt die Kasse den vereinbarten Preis.

Dieses Vertragsmodell wird zunehmend bei hochpreisigen neuen Originalpräparaten eingesetzt, die noch unter Patentschutz stehen. Damit besteht die Möglichkeit, dass innovative Medikamente zu vertretbaren Kosten verordnet werden können. ■ ■

Frank Hammer



Gastro-Vertrag läutet neue Ära des Koloskopie-Screenings ein

Die Vertragspartner des Facharztprogramms in Baden-Württemberg haben das Einstiegsalter für die Vorsorgekoloskopie auf 50 Jahre herabgesetzt. Diese Regelung gilt seit April 2014 im Gastroenterologievertrag. Vorausgegangen ist der Entscheidung eine intensive Diskussion über Möglichkeiten, die stetig sinkende Teilnahmequote an der Vorsorgekoloskopie wieder zu steigern.

Die gemeinsamen Anstrengungen der Partner AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, MEDI Baden-Württemberg und Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen (bng) finden ihren Niederschlag in der seit vier Jahren stetig weiterentwickelten Informationskampagne „Darm-Check“, die sich sowohl an die beteiligten Haus- und Fachärzte als auch an die Patienten richtet. Die AOK hat die vom Gesetzgeber ab spätestens 2017 ge-

forderte Einladung zur Vorsorgekoloskopie für einen großen Teil der Anspruchsberechtigten bereits umgesetzt und bislang über 100.000 Briefe an ihre 55 bis 59-jährigen Versicherten geschickt.

Mailing trägt Früchte

Nach Auswertungen des bng und der MEDIVERBUND AG hat diese Maßnahme zu einer Steigerung der jährlichen Teilnehmerquote von 2% auf annähernd 4,5%

geführt. Dieses Ergebnis belegt eindrucksvoll, welcher Effekt sich durch ein strukturiertes Einladungs- und Informationsverfahren erzielen lässt. Die immer deutlicher dokumentierten Erfolge des in Deutschland praktizierten Darmkrebscreenings sollten nach unserer Überzeugung bei allen Beteiligten dazu führen, auch darüber hinaus Anstrengungen zu unternehmen, um eine Erhöhung des Zugangs zur Vorsorgekoloskopie zu erreichen.

Daten zur Effizienz eines koloskopiebasierten bevölkerungsweiten Darmkrebscreenings aus randomisierten kontrollierten Studien existieren auch auf absehbare Zeit hin nicht. Deshalb können Entscheidungen über Modifikationen am geltenden Programm ausschließlich auf epidemiologischer Basis getroffen werden. Der deutliche Anstieg der Inzidenz kolorektaler Karzinome in Deutschland jenseits des 50. Lebensjahres hat zur Forderung einer Herabsetzung des Einstiegsalters in der gesetzlich geregelten Vorsorge geführt.

Vorteile für die Patienten gegenüber der Regelversorgung

Auch diesen Weg können wir in Baden-Württemberg seit Anfang des Jahres gemeinsam beschreiten. AOK-Versicherte, die in das Facharztprogramm eingeschrieben sind, haben ab dem 50. Lebensjahr den Anspruch auf eine Vorsorgekoloskopie. Die Dokumentation der Untersuchungen erfolgt in Anlehnung an das bereits etablierte Verfahren, der Umfang der Angaben unterscheidet sich nicht von dem im bestehenden Programm. Die verbindlich zu übermittelnden Informationen werden allerdings gegenwärtig noch nicht online übertragen. Zum Start dieses Projekts sind erneut rund 65.000 Informationsschreiben an die Versicherten versandt worden.

Aus Sicht von MEDI Baden-Württemberg und unseres Berufsverbandes ist es außerordentlich erfreulich, dass wir uns gemeinsam mit der AOK Baden-Württemberg auf eine detaillierte wissenschaftliche Auswertung der Daten aus diesem bislang einzigartigen Kollektiv an Untersuchten verständigen konnten. Dafür haben wir mit Prof. Dr. Hermann Brenner

vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg einen der renommiertesten Experten auf dem Gebiet der epidemiologischen Analyse bevölkerungsweiter Koloskopiescreening-Programme gewonnen.

Die Analyse der Daten der Präventionskoloskopie in der Altersgruppe zwischen 50 und 55 Jahren wird stichhaltige Argumente zur Beantwortung der Frage nach dem optimalen Einstiegszeitpunkt in das Screeningprogramm liefern. Wir sind davon überzeugt, dass die von uns vertretene Forderung nach einer Absenkung der Altersschwelle für die Vorsorgekoloskopie auf 50 Jahre hierdurch prinzipiell untermauert wird - auch wenn sich entgegen des „Gender Mainstreamings“ am Ende geschlechtsspezifisch differenzierte Empfehlungen herauskristallisieren sollten. ■■

Prof. Dr. Leopold Ludwig



Der Autor

Prof. Dr. Leopold Ludwig ist Internist und Gastroenterologe und seit 2009 in einer Gemeinschaftspraxis mit den Schwerpunkten Endoskopie, Hepatologie sowie der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen in Dornstadt bei Ulm niedergelassen. Darüber

hinaus ist er Landesvorsitzender des Berufsverbandes niedergelassener Gastroenterologen (bng) in Baden-Württemberg und MEDI Mitglied. Der bng hat zusammen mit der AOK, der Bosch BKK und MEDI Baden-Württemberg 2011 den Gastroenterologievertrag nach § 73c SGB V auf den Weg gebracht.

Seine Ausbildung hat Ludwig an der Universität Ulm und am Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität München absolviert. Wissenschaftlich hat er auf dem Gebiet der Signaltransduktion in Neuroendokrinen Tumoren gearbeitet. 2004 erhielt Ludwig die Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. 2011 wurde ihm der Titel außerplanmäßiger Professor durch die Universität Ulm verliehen. ■■

as

Pädiater im Südwesten nehmen gerne an der HZV teil

Die Vertragspartner sind mit den Entwicklungen des Kinderarztmoduls der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg sehr zufrieden. Immer mehr Pädiater schreiben sich in den Vertrag ein und die Fallwerte liegen deutlich über dem KV-Niveau.

Keine Frage, das Kinder- und Jugendarztmodul der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) kommt bei den Pädiatern in Baden-Württemberg gut an. Zum Redaktionsschluss der **MEDITIMES** nahmen rund 300 Kinder- und Jugendärzte an der Versorgung nach § 73b SGB V teil, wie die unten stehende Grafik zeigt.

Mit einer Abrechnungssumme von über 1,17 Mio. Euro im zweiten Quartal 2014 erreichten die damals 103 abrechnenden Kinder- und Jugendärzte eine Fallwertsteigerung gegenüber der KV von rund 40%. Zum Jahreswechsel erhielten die Pädiater sogar mehr als 2,24 Mio. Euro für die Behandlung ihrer Patienten, wie die Abrechnungsergebnisse zeigten.

Um den Vertrag für Mediziner und junge Versicherte noch attraktiver zu machen, haben die Vertragspartner AOK, MEDI und BVKJ in Baden-Württemberg für das vierte Quartal 2014 eine pas-

sende Lösung für die Spezialpädiater gefunden. Damit wurde die letzte „Kinderkrankheit“ dieses Vergütungsmoduls geheilt und der Zugang für Kinder- und Jugendärzte, die aus den EBM-Kapiteln 4.4 oder 4.5 abrechnen, ermöglicht.

50% in die HZV

Für dieses Jahr haben sich die AOK und die Ärzteverbände das Ziel gesteckt, dass möglichst die Hälfte der niedergelassenen Pädiater im Südwesten an der HZV teilnehmen soll. Auch sollen sich noch mehr junge AOK-Versicherte in den 73b-Vertrag einschreiben. Alle Partner sehen in der hausarztzentrierten Versorgung ein großes Potenzial, das durch eine hochwertige Versorgung und durch eine leistungsgerechte Vergütung erschlossen werden soll. ■■

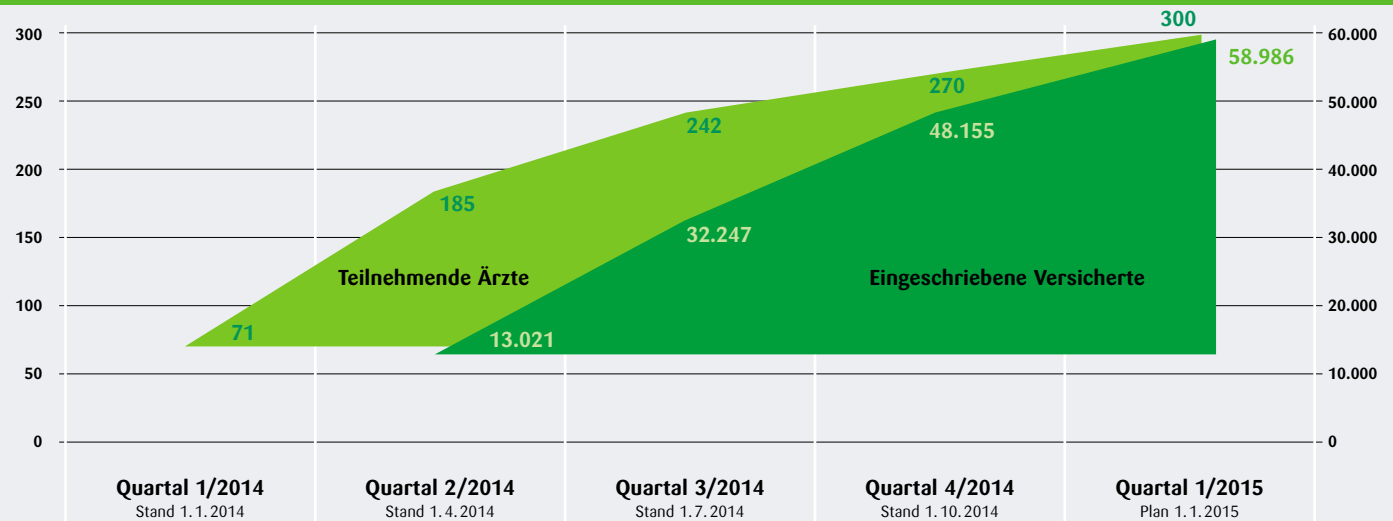
Alexander Bieg/Angelina Schütz



Fressle ist neuer BVKJ-Chef im Land

Dr. Roland Fressle leitet seit November letzten Jahres die Geschicke des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in Baden-Württemberg. Er ist Kinder- und Jugendarzt und Neonatologe mit Niederlassung in Freiburg. Auf berufspolitischer Ebene ist Fressle auch in diversen Gremien der ärztlichen Körperschaften aktiv: Er ist Mitglied der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg und der Bezirksärztekammer Südbaden sowie Mitglied im Beratenden Fachausschuss der Hausärzte der KV und der Notfallkommission Südbaden. Er arbeitet im Ausschuss „Gewalt gegen Kinder“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit und ist Delegierter des Deutschen Ärztetages. Im November ist der gebürtige Freiburger außerdem MEDI Baden-Württemberg beigetreten. ■■

Die Teilnahmeentwicklung zeigt einen steten Zuwachs bei Ärzten und Versicherten





Orthopädievertrag ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung

Ein Jahr nach Inkrafttreten des Orthopädiemoduls im Facharztprogramm ziehen die Vertragspartner eine positive Bilanz. »Die flächendeckende Teilnahme der Kolleginnen und Kollegen ist längst erreicht, die Zahlen bei den eingeschriebenen Patienten gehen rasant nach oben«, freut sich Dr. Burkhard Lembeck, Sprecher des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) in Baden-Württemberg

Im Orthopädievertrag, der am 1. Januar 2014 an den Start gegangen ist, sind Behandlungspfade und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten fest vereinbart. Schwerpunkt des Vertrages, der die konservative Orthopädie in den Vordergrund rückt, sind die häufigen orthopädischen Krankheitsbilder unspezifischer Rückenschmerz, spezifischer Rückenschmerz, Gon-Coxarthrose, Osteoporose und rheumatische Gelenkerkrankungen. Zum Hintergrund: Mehr als 20% aller Krankschreibungen betreffen Muskel- und Skelettbeschwerden, die meisten davon sind Rückenschmerzen. Die Krankenkassen sprechen denn auch vom Volksleiden Nummer eins – nicht zuletzt wegen

»Keine Fallzahlbegrenzungen und Leistungskürzungen wie im KV-System«

der hohen Folgekosten und den oftmals langen Ausfallzeiten im Beruf.

Die Beschwerden, vor allem von Patienten mit unspezifischen chronischen Rückenschmerzen, lassen sich häufig nicht allein auf orthopädische Probleme reduzieren. Vielfach sind es psychosoziale Belastungen im Beruf oder im privaten Bereich, die dem Patienten buchstäblich auf

den Schultern lasten. Doch eine ganzheitliche Betrachtung und eine persönliche Betreuung des Patienten, die in solchen Fällen eigentlich angezeigt sind, werden in der Regelversorgung nicht angemessen vergütet.

Vertrag kommt bei Ärzten und Versicherten gut an

MEDI Baden-Württemberg hat deshalb zusammen mit der AOK, der Bosch BKK, dem BVOU und dem Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen (BNC) 2013 den Orthopädievertrag auf den Weg gebracht. Nach aktuellen Zahlen sind landesweit 340 Orthopäden und 141 Chirurgen in den 73c-Vertrag mit der AOK eingeschrieben. Am Vertrag mit der Bosch BKK nehmen 330 Fachärzte teil.

Dass der Vertrag auch bei den Versicherten gut ankommt, belegen die Zahlen der Bosch BKK: Die Einschreibungen sind in den vergangenen Monaten rasant gestiegen, sie haben sich in 2014 von unter 3.000 zu Jahresbeginn auf über 7.000 im Oktober mehr als verdoppelt. Die Betriebskrankenkasse wertet das als Beleg, dass ein sehr starker Bedarf bei den im Orthopädievertrag abgedeckten Krankheitsbildern vorhanden ist.

Kooperation und Kommunikation

Dass Kooperation und Kommunikation zwischen allen Beteiligten groß geschrieben werden, zeigt der Fall einer 64-jährigen Patientin, die kürzlich mit bandagier-

ten Händen in die Praxis kam, berichtet Lembeck. Sie habe Rheuma, brauche Cortison oder „irgendwas“, erklärte die türkischstämmige Frau. Ihr Hausarzt hatte ihr eine Überweisung mitgegeben, aktuelle Laborwerte und einen Befundbericht eines internistischen Rheumatologen, der vor einem halben Jahr allerdings keinen Anhalt für eine systemisch entzündliche



„Terminvergabestellen? Brauchen wir nicht. Im Vertrag sind die Schnittstellen klar definiert und die Praxen kommunizieren miteinander“, so Burkhard Lembeck.

Erkrankung gefunden hatte. Die Patientin war vor Kurzem aus der Türkei zurückgekehrt. Ihr dortiger Arzt hatte ihr gesagt, sie habe Rheuma und brauche starke Medikamente. Im Laufe der Untersuchung bei Burkhard Lembeck wird die Frau immer weinerlicher, bricht schließlich in Tränen aus und berichtet über ihren Mann. Dieser würde immer verwirrter, sie müsse sich nur noch um ihn kümmern, dabei sei sie doch selber schwer krank.

„Ich habe für meine Patienten im Facharztvertrag einfach mehr Zeit und kann wie in diesem Fall mehr als nur die Hände untersuchen“, sagt Lembeck mit Blick darauf was im 73c-Vertrag im Südwesten anders läuft als in der Regelversorgung. Der Mix aus Pauschal- und Einzelleistungsvergütungen sowie Qualitätszuschlägen geben den teilnehmenden Medizinern den nötigen Spielraum, um sich wirklich eingehend um die Patienten kümmern zu können. Der Fallwert im Orthopädievertrag liege aktuell bei 78 Euro gegenüber 50 Euro in der Regelversorgung. In den Hausarzt- und Facharztverträgen gibt es keine Fallzahlbegrenzungen und Leistungskürzungen durch Budgetierung wie in der Regelversorgung.

Termin beim Facharzt innerhalb von 14 Tagen

Im Orthopädievertrag sind die Schnittstellen klar definiert und die Behandlung erfolgt leitlinienkonform. Die Patienten werden ausführlich beraten, sodass sie wissen, was im Laufe einer Behandlung auf sie zukommt, welche Medikamente

Zwei QZ im Jahr sind Pflicht

Ärzte, die am Orthopädievertrag teilnehmen, müssen im Jahr zwei Qualitätszirkel (QZ) besuchen. Die Berufsverbände BVOU und BNC bieten in diesem Jahr vier QZ an. Die Themen dafür hat das AQUA-Institut aufbereitet. Landesweit gibt es 19 Veranstaltungen, die von 20 speziell geschulten Moderatoren betreut werden. Schon bei den Auftaktveranstaltungen Ende letzten Jahres zeigten die Ärzte großes Interesse an den QZ: Rund 300 Orthopäden und Chirurgen kamen, um sich über wirksame Beratung und Praxismanagement zu informieren und mehr über die Unterstützung durch den Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg und die Patientenbegleitung der Bosch BKK zu erfahren. 

as/jo

Fortsetzung Seite 20

Fortsetzung

Orthopädievertrag ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung

sie einnehmen sollen und was sie selbst tun können. Anstatt wie in der Regelversorgung oft bis zu drei Monate auf ein Erstgespräch warten zu müssen, bekommen Patienten nach der Überweisung durch den Hausarzt innerhalb von maximal 14 Tagen einen Termin beim Orthopäden oder Chirurgen, im Notfall sogar am selben Tag. „Die von der Politik gewünschten Terminvergabestellen, die Patienten einen Termin beim Facharzt innerhalb von vier Wochen vermitteln sollen, sind bei uns kein Thema“, sagt Lembeck. „Das interessiert uns nicht, so was brauchen wir nicht, bei uns funktioniert das schon lange, weil die Praxen direkt miteinander sprechen“. Die kurzfristige Terminvergabe in den Hausarzt- und Facharztverträgen, zu der sich die Kollegen verpflichtet haben,

bereite den meisten kein Kopfzerbrechen. Vor Abschluss des Orthopädievertrages habe es zu diesem Punkt viele Diskussionen mit den Kollegen gegeben, jetzt zeige sich in der täglichen Arbeit, dass das kein Problem ist, berichtet Lembeck.

Sozialer Dienst und Patientenbegleiter

Auch die im Orthopädievertrag vorgesehene Möglichkeit, den Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg bzw. einen Patientenbegleiter der Bosch BKK einzubeziehen, komme bei den Kolleginnen und Kollegen gut an. Die Präventionsberater der AOK bzw. die Patientenbegleiter der Bosch BKK können Patienten in eigene Gesundheitsprogramme einschleusen. Dazu zählen Bewegungsangebote, Rückenprogramme, Entspannungstraining oder Programme zur Gewichtsreduktion. Bei Patienten, bei denen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung psychische Probleme bestehen, kann zeitnah ein Termin bei einem Psychotherapeuten vereinbart wer-

den. Die Zusammenarbeit mit den Kollegen, die am PNP-Vertrag teilnehmen, funktioniere bestens, bekräftigt Lembeck.

Ein Jahr nach dem Start des Orthopädievertrages gebe es allerdings gelegentlich in Einzelfällen immer noch Probleme beim Abgleich, ob ein Patient eingeschrieben ist oder nicht. „Wir verlassen uns dann auf die Angaben des Patienten“, berichtet Lembeck. Wenn von der KV Baden-Württemberg dann doch die Meldung kommt, dass der Patient über den Facharztvertrag abgerechnet werden muss, müsse die Abrechnung dann eben nachträglich korrigiert werden. „Das macht zwar zusätzliche Arbeit, funktioniert aber sowohl bei MEDI als auch bei der KV reibungslos“, sagt Lembeck. ■

Jürgen Stoschek

Heilbronner MEDI Praxen starten Piloten zur Vernetzung

Um freiberuflichen Praxen eine bessere Perspektive im Wettbewerb zu bieten, hat MEDI Baden-Württemberg gemeinsam mit zwei Krankenkassen ein ambitioniertes Projekt angestoßen: MEDI Mitglieder, die insbesondere an Hausarzt- und Facharztverträgen teilnehmen, sollen sich elektronisch vernetzen. Als Pilotregion wurde Heilbronn auserkoren.

Die dortige MEDI GbR zählt nicht nur zu den GbRen mit dem höchsten Organisationsgrad im Land – dort hat auch die Audi BKK, die sich neben der AOK Baden-Württemberg am Vernetzungsprojekt beteiligt, die meisten Versicherten: Von rund 90.000 in Baden-Württemberg leben und arbeiten etwa 70.000 in und um Heilbronn. Die beiden Krankenkassen tragen die Kosten für das Pilotprojekt, MEDI Baden-Württemberg sorgt für dessen Umsetzung.

Die AOK unterstützt die Vernetzung der Praxen, die an ihren Hausarzt- und Facharztverträgen teilnehmen, weil sie sich davon eine bessere Kommunikation zwischen den Praxen und eine besser strukturierte und effektivere Behandlung ihrer Versicherten verspricht. Die Audi

»Für teilnehmende Praxen fallen keine Kosten an«

BKK möchte inzwischen auch in die Facharztverträge nach dem Vorbild der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK einsteigen und sieht daher in der Vernetzung den „Motor für die Selektivverträge“, wie Vorstand Gerhard Fuchs bei einer Veranstaltung in Heilbronn sagte. In das dortige „Haus des Handwerks“ kamen über 100 Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, um sich über das neue Projekt zu informieren.

Neue Spielräume

Jürgen Graf, Fachbereichsleiter integrierter Leistungsmanagement bei der AOK Baden-Württemberg, betonte, dass die AOK die ambulanten Strukturen wieder stärker in den Vordergrund rücken möchte. „Unsere Hausarzt- und Facharztverträge zielen darauf ab, neben der grundsätzlichen Sicherstellung die Effektivität und Effizienz zu steigern und sind heute schon auf ihre wechselseitige Beziehung ausgerichtet“, erklärte er in Heilbronn. Was in der Versorgung bereits gut funktioniert, soll auch in die Vernetzung eingebracht werden. Als Big Points nannte Graf hier die Arzt-zu-Arzt-Kommunikati-

on und die elektronische Terminbuchung.

Dass die Audi BKK erst jetzt Interesse an den Facharztverträgen zeigt, hat seinen Grund: Im neuen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sollen die Kontrollhürden des Bundesversicherungsamtes (BVA) wegfallen, die Wirtschaftlichkeit soll erst nach vier Jahren nachgewiesen werden. Fuchs sieht deswegen in der Vernetzung, für den Fall dass sie ein Erfolg wird, eine „dreifache Win-Situation“ – für Versicherte, Ärzte und Krankenkassen. Auf dem Gebiet der Zusammenarbeit mit Ärztenetzen konnte seine BKK bereits Erfahrungen mit dem Ingolstädter Netz GO IN sammeln, das vor rund zwei Jahren unter das Dach von MEDI Bayern geschlüpft ist.

Vorteile für Arztpraxen

„Praxen, die miteinander vernetzt sind, haben viele Vorteile in ihrem Arbeitsalltag“, bringt es der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner auf den Punkt. Z.B. könnten alle Ärzte, die an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind, Laborwerte, Befunde, Diagnosen und Arzneimittelverordnungen strukturiert übermittelt bekommen. Das bedeutet: Arzt-

Fortsetzung Seite 22



Auch die Selektivverträge würden von der Vernetzung profitieren, so Jürgen Graf (AOK).



Eine funktionierende Vernetzung hätte Vorteile für alle Beteiligten, findet Gerhard Fuchs (Audi BKK).

Fortsetzung

Heilbronner MEDI Praxen starten Piloten zur Vernetzung

briefe, Befunde etc. könnten direkt in die jeweilige Praxis-IT eingestellt werden, wie es die meisten Praxen bisher nur von den Labordaten her kennen.

Es gäbe dann keine Doppelerfassungen mehr, Bürokratie und diverse Kosten würden sinken, weil beispielsweise Fremdbefunde automatisch an der richtigen Stelle in der Praxissoftware abgelegt werden würden und nicht mehr eingescannt werden müssten. „Meine Mitarbeiterinnen können ein Lied davon singen“, berichtet Baumgärtner: In seiner Stuttgarter Praxis ist andauernd eine MFA damit beschäftigt, Befunde einzuscannen, die dann als pdf-Dateien im Programm abgebildet werden. „Ein Unding“, ärgert sich der MEDI Chef. Und schüttelt den Kopf darüber, dass es trotz der vielen technischen und elektronischen Weiterentwicklungen bisher weder den ärztlichen Körperschaften noch den freien Verbänden möglich war, eine Software auf den Markt zu bringen, die Arztpraxen sicher miteinander vernetzt. „Die Praxissoftware-Hersteller haben uns einfach keine einheitliche Schnittstelle dafür geliefert“, kritisiert Baumgärtner. Dass das nun anders wird, verdankt er der neuen Zusammenarbeit mit dem Software- und Systemhaus MicroNova (siehe dazu „Nachgefragt bei Sven Gutekunst“.)

Vernetzung bewahrt Fachärzte vor Klinik-Konkurrenz

Wirtschaftlich und politisch betrachtet profitieren vor allem Facharztpraxen von vernetzten Strukturen. „Aufgrund des politischen Mainstreams werden die niedergelassenen Fachärzte mehr und mehr in einen größer werdenden Konkurrenzkampf zu den Krankenhäusern geschickt“, erklärt Baumgärtner. Einzelpraxen werden alleine diesem Szenario nicht standhalten können, ist er überzeugt.

Darüber hinaus haben Praxen, die in vernetzte Strukturen eingegliedert sind, größere Chancen, einen Nachfolger zu fin-

NACHGEFRAGT BEI

Sven Gutekunst

Leiter der IT-Abteilung bei der MEDIVERBUND AG



»Ein neues Patent macht uns unabhängig«

MEDITIMES: Die Vernetzung von Arztpraxen gehört zu den originären MEDI Zielen. Warum kommt sie erst jetzt?

Gutekunst: Die technische Vernetzung von Arztpraxen ist aufgrund der vielfältigen Praxisverwaltungssystemen sehr kompliziert. Die Hersteller dieser Systeme konnten sich in der Vergangenheit nicht auf einen Standard einigen oder haben mögliche Standards nicht vollständig umgesetzt. Die MicroNova AG hat ein Programm mit dem Namen ViViAN entwickelt und es patentieren lassen – damit konnten wir das Problem elegant umgehen. Mit ViViAN können Daten aus den bestehenden Praxisverwaltungssystemen extrahiert oder eingefügt werden. Dank dieses Patents ist ViViAN unabhängig von den anderen IT-Herstellern – und unsere Mitglieder auch.

MEDITIMES: Welche Praxen können mitmachen?

Gutekunst: Auf jeden Fall alle MEDI Mitglieder aus der GbR Heilbronn, die an einem Facharzt- oder Hausarztvertrag der beteiligten Krankenkassen teilnehmen. Die Praxen müssen ein Verwaltungssystem verwenden, dass von ViViAN

unterstützt wird. Die Liste der Praxisverwaltungssysteme wird ständig erweitert. In der Praxis selbst wird ein Server benötigt, auf dem ViViAN und einzelne Arbeitsplätze, der sogenannte ViViAN-Client, installiert werden können. Die Anforderungen an die Hardware sind sehr gering, sodass die Praxen in der Regel keine neue Hardware für die Vernetzung benötigen.

MEDITIMES: Was ist mit dem Datenschutz?

Gutekunst: Der ist natürlich ganz wichtig. Die Patienten unterzeichnen eine Teilnahmeerklärung die besagt, dass entsprechende Daten nur unter den behandelnden Ärzten ausgetauscht werden. Wir stellen sicher, dass nur diese Ärzte die Patientendaten erhalten. Die Daten werden dann verschlüsselt von einer Praxis in die andere übertragen, sodass auch technisch einem Missbrauch vorgebeugt wird. Die Vernetzungslösung von MicroNova befindet sich im Zertifizierungsverfahren beim Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz in Schleswig-Holstein und wir rechnen mit einer baldigen Zertifizierung. ■ ■ as

den. „Mit Hilfe solcher Strukturen können unsere Kolleginnen und Kollegen auch Themen wie Arbeitszeiten oder Vertretung viel besser regeln“, erinnert Baumgärtner.


Inzwischen liegen in der Stuttgarter MEDI Geschäftsstelle über 70 von Haus- und Fachärzten unterschriebene Bereit-

schaftserklärungen. Im nächsten Schritt will die MEDIVERBUND AG den Unterzeichnern die vertragliche Teilnahmeerklärung schicken und eine Arbeitsgruppe bilden, in der Ärzte, Krankenkassenvertreter und IT-Experten sitzen. ■ ■

Angelina Schütz

AOK-Broschüre klärt über Arzneimittel auf

Mit dem letzten AOK-Kundenmagazin „bleibgesund“ haben alle AOK-Versicherten in Baden-Württemberg die Sonderbeilage „Arzneimittel“ erhalten. Darin stehen Informationen und Antworten rund um die Verordnung, Zuzahlung und Einnahme. Ziel der Broschüre ist es, die Versicherten für das Thema Medikamente zu sensibilisieren und mit Blick auf die Arzneimittelrabattverträge insbesondere verunsicherte AOK-Versicherte aufzuklären.

Auch alle Leiterinnen und Leiter des AOK-Arztpartnerservices (APS) haben die Broschüre erhalten, um sie in ihren Bezirksdirektionen an Ärztinnen und Ärzte in den Praxen oder deren Mitarbeiterinnen auszugeben. Da es auch in den Arztpraxen wiederholt zu Diskussionen über Arzneimittelverordnungen kommt, liefert die AOK-Beilage eine wertvolle Unterstützung für den Praxisalltag und die Patientenaufklärung. 

as





Dipl.-Psych. Henry Reyna

Psychologischer Psychotherapeut
in Heilbronn

Soziologe M.A./Psychologischer Psychotherapeut Henry Reyna bietet seinen Patienten vor allem tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Hypnose und Paartherapie an. Er schätzt den PNP-Vertrag, weil dadurch die Arzt-Patienten-Beziehung stabilisiert wird. Einerseits ist er also ein ganz normaler MEDI Therapeut in Baden-Württemberg.

Wer ihn näher kennenlernt, erfährt andererseits nicht nur viele Einsichten aus der Arbeit mit Menschen und ihren bewussten und unbewussten Problemen. Interessanterweise wird Reyna dabei auch viele Kenntnisse über Indianer einflechten. Der Psychotherapeut will es nicht an die große Glocke hängen, aber er hat väterlicherseits indianische Vorfahren, was ihm vielleicht zu ein paar ungewöhnlichen Einsichten verholfen hat. Auch über den MEDI Verbund.

Reyna ist als sogenanntes GI-Kind „ganz normal“ in Süddeutschland aufgewachsen. Sein Vater war amerikanischer Soldat, seine Großeltern väterlicherseits lebten allerdings als nordamerikanische Mescalero-Indianer noch ein völlig anderes Leben. Eigentlich unwesentlich für den heutigen Alltag des Psychotherapeuten und Supervisors – und doch fallen ihm häufig Beispiele und Analogien zum Leben der Indianer ein, wenn er über seinen Beruf spricht.

Bei den Indianern gibt es kein Wort für „Schuld“

Zur indianischen Erziehung gehört z. B., dass man früh Verantwortung für sich selbst übernimmt. Für alle Handlungen

ist nur der Mensch selbst verantwortlich. „Es gibt für diese Menschen keinen strafenden Gott“, erklärt Reyna. „Es gibt auch kein Wort für ‚Schuld‘.“ Respekt vor dem anderen Menschen, vor der Erde, der Natur – das sind wichtige Prinzipien für den Psychotherapeuten und gleichzeitig auch Eckpfeiler des indianischen Lebens.

» Der PNP-Vertrag gibt Raum für wichtige zwischenmenschliche Qualitäten«

Hinzu kommen Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und ein Gefühl von Selbstwert. Hier schließt sich der Kreis von Psychotherapie, MEDI Verbund und indianischer Kultur. Das sind nämlich Prinzipien, die Reyna in seiner therapeutischen Arbeit vermittelt und die er auch bei MEDI Baden-Württemberg verwirklicht sieht. „Wir versuchen, durch kluge Verträge die Bedürfnisse des Patienten in seiner Lebenswelt in den Vordergrund

zu stellen“, sagt er. Da, wo der Patient sich befindet, kann er dann als Therapeut ansetzen. Er freut sich darüber, dass er durch den PNP-Vertrag mehr Spielraum hat als in den engen kassenärztlichen Regelungen.

Parallelen zum PNP-Vertrag

Was das konkret bedeutet? Besonders wichtig ist es Reyna, dass MEDI Baden-Württemberg durch diesen Vertrag die Arzt-Patienten-Beziehung stabilisiert. Damit meint er, dass er sich im Rahmen des PNP-Vertrags von Anfang an ganz auf das Gespräch mit dem Patienten konzentrieren kann. Er muss während des Erstgesprächs nicht die Fragen im Hinterkopf wälzen, ob in diesem Fall wohl eher eine Kurz- oder eine Langzeittherapie bewilligt wird oder ob es sich überhaupt lohnt, ein Gutachten zu schreiben. „Im PNP-Vertrag fallen diese Formalien weg, sodass wir uns von der ersten Minute an 100% auf den Patienten einstellen können“, beschreibt er den Unterschied und fährt fort: „Wir können dem Patienten in seiner Not direkt, ganz gezielt und konzentriert Unterstützung anbieten – ohne Einschränkungen im Unbewussten durch uns selbst“.

Diese Leistung der MEDI Verträge möchte er gerne in der Öffentlichkeit unterstreichen. Nicht zuletzt, weil der PNP-Vertrag ihm den Raum für wichtige zwi-

schenmenschliche Qualitäten gibt. „Respekt, Achtung und Würde sind mir wichtig“, sagt er, „ganz unabhängig davon, wer meine Vorfahren sind“. Und dann berichtet er doch darüber, dass in der Gesellschaft der Indianer jeder akzeptiert und respektiert wird, wie er ist. Auch die Verrückten oder Behinderten haben ihren Platz in der Gemeinschaft, werden integriert und nicht abgewertet. Anderssein ist nichts, was den Menschen



Bei einem Familienbesuch in Mescalero, New Mexico.

zum Aussätzigen macht oder brandmarkt. „Für mich ist jeder Patient in der Praxis in erster Linie ein Mensch“, ergänzt er, „weder eine diagnostische Ziffer noch ein Fall“. Auch Selbstachtung ist für ihn ein wesentliches Thema. Selbstwert und Respekt begreift er als zwei Seiten einer Medaille. „Nur wenn ich für mich selbst ein gesundes Wertempfinden habe, kann ich auch den Wert des anderen Menschen respektieren.“

»MEDI lässt sich nicht von politischen Launen bestimmen«

Das Gemeinschaftsleben der Indianerstämme spielt eine wichtige Rolle für das Verständnis ihrer Kultur. Im Unterschied zur hiesigen Gesellschaft gab es bei ihnen keine staatlichen Regelungen, weder verlässliche Gesetze noch solche, die sich mit dem Sinneswandel von Politikern verändern konnten. Deshalb waren die zwischenmenschlichen Qualitäten in der Stammesgemeinschaft extrem

wichtig. „Man verlässt sich in einer solchen Gesellschaft nicht auf Rechtskonstruktionen, sondern auf den Willen des anderen, etwas zur Gemeinschaft beizutragen“, beschreibt Reyna und schlägt den Bogen zurück nach Stuttgart: „MEDI ist für mich auch eine Institution, die sich nicht von staatlichen Regeln und politischen Launen bestimmen lässt“.

Den MEDI Verbund sieht er als Gemeinschaft, die nicht zuletzt auch für Freiheit und Selbstbestimmung steht. Dafür kämpfte auch sein Urgroßvater Geronimo. Auf Grundlage dieser Werte wird in den entsprechenden Gremien diskutiert, bis ein gemeinschaftlicher Konsens gefunden ist. „Dieser Grundsatz hat mit dafür gesorgt, dass ich bei MEDI dabei bin“, verdeutlicht Reyna. Er sieht den Berufsverband auch als eine Gemeinschaft, die Freiheit und Selbstbestimmung anstrebt. Eine Vereinigung, die sich an den Bedürfnissen der Lebenswelt orientiert und – nicht zuletzt – eine Ko-

operation, die Ärzte und Psychotherapeuten unabhängig von politischen Launen macht.

Aktuell baut der Vorstand der MEDI GbR Heilbronn mit der Audi BKK und der AOK Baden-Württemberg ein neues Vernetzungsprojekt auf, das als Pilot startet. Arztpraxen in der Region Heilbronn sollen moderne Kommunikationsstrukturen nutzen, um beispielsweise Befundberichte auf elektronisch sicherem Weg auszutauschen (siehe auch Artikel auf Seite 21). Auch hier ist Reyna mit dabei.

Selbstverständlich würde er sich auch einmischen, um Entscheidungen zum Wohl der Gemeinschaft zu unterstützen und voranzubringen. Wichtig ist ihm das gemeinsame Netzwerk, die enge und verlässliche Zusammenarbeit mit klugen Fachleuten aller medizinischen Fachrichtungen. Reyna nennt das bedächtig „eine höhere Form von Austausch“.

Gute Häuptlinge in Baden-Württemberg

Der MEDI Verbund ist für den Psychotherapeuten mehr als nur ein berufspolitische Organisation. Bei MEDI zu sein bedeutet für ihn persönlich, von hochqualifizierten Kollegen umgeben zu sein – und dann entschließt er sich doch noch, etwas Persönliches in Richtung Stuttgart zu äußern: „Die Indianer beurteilen ihre Häuptlinge nicht danach, was sie sagen, sondern danach, was sie tun“. Dann wartet er kurz und sagt ruhig: „Wir haben es mit unserer Führungscrew sehr gut getroffen, wir haben in Baden-Württemberg gute Häuptlinge“. Das war es, mehr wird dieser Heilbronner Indianer der Journalistin nicht sagen. ■

Ruth Auschra



Dr. Horst Brenneis

Dr. Horst Brenneis, Gründungsmitglied von MEDI Südwest und im Vorstand von MEDI Pirmasens, ist mit dem Alexander-von-Lichtenberg-Sonderpreis der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) ausgezeichnet worden. Der 50-jährige Urologe operiert seit 2005 einmal jährlich Jungen in den Slums von Nairobi in Kenia.

Seit Anfang Dezember ist Brenneis wieder zurück in seiner Praxis im pfälzischen Pirmasens. In Nairobi hat er zehn Tage lang mit einem neunköpfigen Team von Ärzten, Krankenschwestern und freiwilligen Helfern das „Medical Center“ des SOS-Kinderdorfes Buru Buru in ein improvisiertes OP-Zentrum verwandelt. Dafür hat der Urologe im Oktober letzten Jahres beim Kongress der DGU in Düsseldorf den Lichtenberg-Preis der Gesellschaft erhalten. Zur Überraschung von Brenneis wurde der eigentlich undotierte Sonderpreis diesmal zusammen mit einem Scheck über 4.000 Euro überreicht. Kollegen auf dem Kongress hatten die Summe als Spende für sein ehrenamtliches Projekt gesammelt.

„Eigentlich wollte ich so ein Hilfsprojekt schon immer machen“, sagt Brenneis gegenüber der **MEDITIMES**. Er habe etwas gesucht, für das er nicht gleich wochenlang seine große Facharztpraxis schließen müsse. Diese Möglichkeit bot sich 2005, als er die Anästhesistin Dr. Heidi Paschen kennenlernte, eine Pionierin auf dem Gebiet des ambulanten Operierens. Paschen suchte einen Urologen, der im SOS-Kinderdorf Buru Buru Beschneidungen an

Jungen durchführen könnte. Die Beschneidungen, die in Kenia bei 14 bis 16 Jahre alten Jungen üblich sind, wurden in der Regel von einheimischen „Beschneidern“ unter katastrophalen hygienischen Bedingungen durchgeführt. Brenneis war begeistert von der Idee, seine Frau, eine Krankenschwester, ebenfalls. Und so wurde die Praxis im November 2005 für eine Woche geschlossen und das Team, ergänzt um den erfahrenen Anästhesiepfleger Jürgen Stegner aus Kaiserslautern, saß mit 450 Kilo „Handgepäck“ in einer Lufthansa-Frachtmaschine nach Nairobi.

Große logistische Herausforderung

Auch nach neun Jahren müssen Brenneis und Paschen jedes Mal quasi ihr gesamtes OP-Material von Deutschland nach Kenia transportieren – alles in allem eine große logistische Herausforderung. „Ohne unsere vielen Helfer und die großzügigen Spenden von Privatleuten und Unternehmen aus der Region Pirmasens wäre das nicht zu schaffen“, sagt Brenneis.

So muss die medizinische Station des SOS-Kinderdorfes, die eigentlich für eine ärztliche Grundversorgung und die AIDS-

Prävention gedacht ist, jedes Mal in einen ambulanten OP umgebaut werden: Aus dem Behandlungsraum wird der „OP-Saal“, das Schwesternzimmer wird zum „Aufwachraum“ und in den Waschräumen werden die Instrumente desinfiziert. Der Zeitplan beim ersten Einsatz sah so aus: Ein Tag Aufbau und Voruntersuchungen, ein Tag operieren, ein Tag Abbau, Nachuntersuchungen und Rückflug. 2005 hatte der afrikanische Arzt vor Ort noch zehn Jungen ausgesucht, die an einem Tag ambulant operiert wurden. 2014 waren es bereits 49 Beschneidungen, mehrere entfernte Hauttumore und – als Premiere – ein schwerer Leistenbruch bei einem dreijährigen Jungen.

Ein Team aus vielen Berufen

Dass dieses große Pensum geschafft wurde, liegt auch daran, dass das Team inzwischen auf neun bis zehn Personen angewachsen ist. So waren dieses Mal erstmals Alexandra Stretz, Arzthelferin aus der Praxis von Horst Brenneis, und ein einheimischer Pfleger vom SOS-Kinderdorf im Einsatz. 2013 wurde das Team um Dr. Steffen Nirmaier, Chefarzt der chirurgischen Klinik des St.-Elisabeth-Krankenhauses Rodalben, erweitert. Mit dem Kripobeamten Andreas Petry, der Studentin Katharina Wilhelm, der MFA Ulla Zimmermann-Wilhelm, der Medizinökonomin Maren Reisser und dem Finanzbeamten Christopher Dreher stießen weitere Helfer zum Team. Dreher und Wilhelm haben sich in Sachen Desinfektion und Sterilisation schulen lassen, Polizist Petry übernimmt während des Jahres und vor Ort vielfältige organisatorische Aufgaben.

Wurden in den ersten Jahren vor allem Beschneidungen durchgeführt, operieren Brenneis und Nirmaier inzwischen auch Leistenhernien, Hauttumore und Geschwulste. Die jungen Patienten stammen alle aus den Slums in der Umgebung des SOS-Kinderdorfes in der kenianischen Hauptstadt. Viele von ihnen haben ein oder beide Elternteile durch AIDS verloren. „Wenn sie Glück haben, leben sie bei Verwandten in Blechhütten, wenn sie Pech haben, allein auf der Straße“ beschreibt Brenneis die Situation der Kinder.

Eine medizinische Versorgung ist für



Horst Brenneis, Silvia Brenneis, Alexandra Stretz und Pfleger Josef nach einer OP.

sie unbezahlbar, die Medizinstation im SOS-Kinderdorf ist die einzige Anlaufstelle weit und breit. Viele seien sehr dankbar, „dass sich überhaupt jemand um sie kümmert“, weiß Brenneis. Und so bringen er und sein Team auch Kleidung und Spielzeug nach Nairobi. „Wenn die Jungen zu uns kommen, besitzen sie meist nur die Kleidung, die sie am Körper tragen. Nach der Operation bekommen sie von uns frische Wäsche und vieles mehr.“

Breite Unterstützung

Die Arbeit von Horst Brenneis und seinem Team findet breite Unterstützung. Der Vorstand von SOS International, Dr. Wilfried Vyslotil, und die Afrika-Beauftragte von SOS Deutschland, Jeanne Mukaruhogo, unterstützen das Team bei organisatorischen und rechtlichen Fragen und zeichneten die Organisatoren Paschen, Brenneis mit Ehefrau und Stegner im Februar 2014 mit der Hermann-Gmeiner-Verdienstmedaille aus.

Der jährliche Einsatz kostet etwa 12.000 bis 15.000 Euro. Das dafür benötigte Geld kommt aus Eigenmitteln, durch Spenden von Patienten von Brenneis und Nirmaier, sowie von ortsansässigen Firmen und Händlern. Hinzu kommen Kleider- und Sachspenden z.B. von Vereinen und Schulen.

Angesichts der Masse der medizinisch unterversorgten Menschen in den Slums von Nairobi sei der zehntägige Einsatz nicht mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein, weiß Brenneis. Aber auch dieser Tropfen „kann der Beginn eines Regens sein.“ ■ *Martin Heuser*

→ Kontakt

brenneis-dr@gmx.de

→ Spendenkonto:

Deutsch-Ostafrikanischer
Kulturklub,
Bank: KSK Kaiserslautern
IBAN: DE69 5405 0220 0000 109561
BIC: MALADE51KLLK

Hoch hinaus



Andere steigen in den Flieger nach Mallorca, der hausärztliche Internist Dr. Michael Eckstein erklimmt seit 25 Jahren die höchsten Berge der Welt. Er war schon in den Anden und auf dem Kilimandscharo, bereiste Grönland, Island und Alaska. Als der MEDI Verbund sein 15-jähriges Bestehen feierte, war Eckstein im Norden Indiens in Zanskar unterwegs. In 14 Tagen überquerte er dort zusammen mit seiner Frau, einem Guide, einem Koch und einigen Eseln und Pferden neun Pässe und legte 300 Kilometer zurück. Die Gegend, die den Beinamen „Dach der Welt“ hat, liegt im westlichen Teil des Himalajagebirges und war früher einmal ein unabhängiges buddhistisches Königreich.

Auf dem höchsten Punkt der Reise, dem Pass Shengala, entstand in 5.090 Meter Höhe das Foto, auf dem Eckstein das Cover der **MEDITIMES** zum 15-jährigen Jubiläum hochhält.

Welche Parallelen sieht er, der außerdem Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands von MEDI Baden-Württemberg ist, vom Bergsteigen zu seiner berufspolitischen Arbeit? „Genau wie auf den hohen Bergen braucht man in der Berufspolitik einen langen Atem. Mit dem richtigen Team und der entsprechenden Bereitschaft lassen sich die gesteckten Ziele aber erreichen.“ ■■■

as

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. Fothén

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
erscheint im April 2015.
Anzeigenschluss ist der 15. Febr. 2015.

ASV kommt nicht in die Pötte

„Die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) kommt nur sehr langsam in Fahrt“, bemängelt der Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Eine Umfrage hat ergeben, dass bis Ende 2014 bundesweit nur sechs ASV-Teams gestartet sind. Der Verband hatte die Erweiterten Landesausschüsse (ELAs) angeschrieben, um den Stand der Dinge zu erfahren. 17 ELAs sind verantwortlich für die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen von Kliniken und niedergelassenen Ärzten für die ASV.

An der Umfrage beteiligten sich 13 der 17 ELAs. Insgesamt gingen zwölf Teilnahmeanzeigen für Tuberkulose und neun Anzeigen für gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle ein. In vier Fällen wurde bei Tuberkulose, in zwei Fällen bei den gastrointestinalen Tumoren nach Prüfung der Unterlagen eine ASV-Berechtigung ausgesprochen. Sechs Anzeigen für die Teilnahme im Bereich Tuberkulose wurden abgelehnt, da die Voraussetzungen nicht gegeben waren. Die meisten Verfahren sind noch nicht abgeschlossen, da notwendige Unterlagen fehlen. Mit der Umfrage reagierte der Verband darauf, dass es ein bundesweites Verzeichnis der ASV-berechtigten Kliniken und Ärzte wohl erst Mitte 2015 geben wird.

MEDI GENO Deutschland arbeitet mit dem Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung, dem Hartmannbund und dem BDI bei der ASV zusammen. Die Verbände kooperieren dabei mit der MEDIVERBUND AG. Diese möchte interessierte Fachärzte, die die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der ASV erfüllen, in allen Fragen zur ASV unterstützen. ■

as



Neuer Kodex macht Pharma-Sponsoring transparent

Seit dem 1. Januar 2015 gilt der Transparenzkodex der Pharmaindustrie. Pharmafirmen müssen danach bis Mitte 2016 auf einer Webseite veröffentlichen, wie sie Ärzte und andere Gesundheitsberufe im Vorjahr unterstützt haben. MEDI GENO Deutschland begrüßt diesen Schritt.

Der Kodex regelt auf europäischer Ebene die Verpflichtung der Unternehmen, ihre direkten und indirekten Zuwendungen an Ärzte und andere Angehörige der Fachkreise offenzulegen. Dazu zählen Dienstleistungs- und Beratungshonorare, Spenden, Zuwendungen im Zusammenhang mit Fortbildungsveranstaltungen und solche aus dem Bereich Forschung und Entwicklung. Aus Datenschutzgründen können Ärzte aber eine aggregierte Veröffentlichung verlangen, wie das für die Kooperation bei Forschung vorgesehen ist.

Verabschiedet wurde der Kodex vom „Dachverband der europäischen Pharmaverbände sowie einzelner Pharmaunternehmen“ (EFPIA) und durch den Verein Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) in Deutschland umgesetzt. Jeder nationale Verband und jedes Unternehmen, das Mitglied der EFPIA ist, muss den Kodex einhalten. Das Bundeskartellamt hat ihn Anfang 2014 ebenfalls genehmigt.

Mehr Glaubwürdigkeit und Vertrauen

Mit dem Transparenzkodex möchte die Arzneimittelindustrie wieder mehr Glaub-

würdigkeit und Verbrauchervertrauen herstellen. Denn das Zusammenwirken von Ärzten und Pharmaindustrie werde schnell unter den „Generalverdacht der Beeinflussung und Manipulation gestellt“, argumentiert der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa) in einer Pressemitteilung. Er hat auf nationaler Ebene bereits 2004 mit dem Verein „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie“ (FSA) ein Instrument geschaffen, das die korrekte Zusammenarbeit von pharmazeutischen Unternehmen mit Ärzten, Apothekern und anderen Gesundheitsberufen überwacht.

Ärzte, die an klinischen Studien oder Anwendungsbeobachtungen teilnehmen, sind vom Transparenzkodex ebenso betroffen wie Mediziner, die an Fortbildungen oder wissenschaftliche Kongressen beteiligt sind. Denn solche Veranstaltungen brauchen erfahrungsgemäß eine entsprechende Vorlaufzeit für eine ordentliche Planung und Umsetzung. Wer solche Projekte auf die Beine stellt, muss also rechtzeitig daran denken, die notwendigen Verträge mit seinen Geschäftspartnern zu prüfen und wasserdicht abzuschließen. ■

Angelina Schütz

NACHGEFRAGT BEI

Frank Hofmann

Vorstand der MEDIVERBUND AG



»Ärzte müssen einer Veröffentlichung zustimmen«

MEDITIMES: Herr Hofmann, inwieweit hat der Transparenzkodex Einfluss auf die Geschäftsfelder der MEDIVERBUND AG?

Hofmann: Derzeit sehe ich keinen großen Einfluss. Primär geht es im Kodex um Zuwendungen für Ärzte, Apotheker und alle Angehörigen medizinischer, zahnmedizinischer, pharmazeutischer oder sonstiger Heilberufe. Sie werden auch unter dem Begriff Fachkreise zusammengefasst. Organisationen sind grundsätzlich nur dann im Anwendungsbereich des Kodex, wenn es sich um medizinische oder wissenschaftliche Institutionen oder Vereinigungen handelt. Sollten wir so eingeordnet werden, würden wir auch gemäß den Regeln des Kodex behandelt.


MEDITIMES: Welcher Arzt muss damit rechnen, seinen Namen im Internet zu finden?

Hofmann: Jeder Arzt muss mit einer arztindividuellen Veröffentlichung rechnen, wenn es um Spenden, Zuwendungen im Zusammenhang mit Fortbildungsveranstaltungen oder Dienstleistungs- und Beratungshonorare geht. Aus datenschutzrechtlichen Gründen müssen Ärzte der Veröffentlichung allerdings vorher zustimmen. Wird die Zustimmung nicht erteilt oder später widerrufen, dann wird die Zuwendung in einer aggregierten Form, also zusammengefasst, ohne Namensnennung veröffentlicht.

MEDITIMES: Hat der Kodex auch Auswirkungen auf die Ausgabe von Arzneimittelmustern in Arztpraxen?

Hofmann: Im Arzneimittelgesetz ist bereits geregelt, dass jährlich pro Arzt maximal zwei Arzneimittelmuster in der kleinsten Packungsgröße und nur auf schriftliche Anforderung hin abgegeben werden. Außerdem ist die Abgabe von Arzneimittelmustern an Arztpraxen seit 2011 in dem FSA-Kodex für die Zusammenarbeit der pharmazeutischen Industrie mit Ärzten, Apothekern und Angehörigen medizinische Fachkreise, dem sogenannten Kodex Fachkreise, in der Form geregelt, dass eine Musterabgabe sogar auf zwei Jahre begrenzt ist.

MEDITIMES: Und wie sieht es mit den üblichen Werbegeschenken aus?

Hofmann: Bereits im Heilmittelwerbe-gesetz ist geregelt, dass die Gewährung und die Annahme von Zuwendungen und Werbeabgaben an Ärzte nur unter bestimmten Voraussetzungen, wie geringer Wert des Gegenstandes und Verwendung in der Praxis, zulässig ist. Darüber hinaus wurde 2013 in dem FSA-Kodex Fachkreise die Regelung zur Abgabe von Geschenken geändert: Seit Juli 2014 sind Geschenke generell verboten.  as



»Beratung vor Regress« gilt nicht für vorbelastete Ärzte

Der Grundsatz „Beratung vor Regress“ gilt nicht für Ärzte, gegen die bereits in der Vergangenheit ein Regress verhängt wurde. Das urteilte zuletzt das Bundessozialgericht. Die **MEDITIMES** erklärt hierzu geklärte und offene Anwendungsfragen.

Ende Oktober 2014 hat sich das Bundessozialgericht (BSG) in zwei Entscheidungen (Az.: B 6 KA 8/14 R und B 6 KA 3/14 R) mit Regressverfahren wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens (Richtgrößensprüfungsverfahren) befasst. Dabei ging es insbesondere um die Frage, wann ein Vertragsarzt sein Richtgrößenvolumen „erstmalig überschritten hat“ und ein Anrecht auf „Beratung vor Regress“ hat.

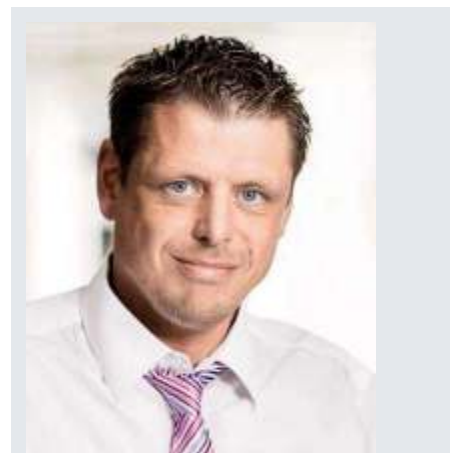
Das BSG hat entschieden, dass der Grundsatz, der zum 1. Januar 2012 eingeführt wurde, nur für Richtgrößensprüfungsverfahren gilt, in denen die Regressent-

scheidung des Beschwerdeausschusses nach dem 25. Oktober 2012 ergangen ist. Die Frage, wann eine „erstmalige Überschreitung“ des Richtgrößenvolumens vorliegt, hat das Gericht dahingehend beantwortet, dass ein Vertragsarzt, der vor dem 1. Januar 2012 schon einmal zu einem Regress verpflichtet wurde, heute so anzusehen ist, als wäre er schon beraten worden. Das bedeutet, dass gegen einen schon einmal regressierten Vertragsarzt auch künftig jederzeit eine Regress angeordnet werden kann, ohne dass zuvor eine Beratung stattfinden muss.


Hintergrund

Dem BSG-Urteil liegen Entscheidungen des Sozialgerichts Stuttgart (S 11 KA 5773/12) und des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (L 11 KA 49/13 R) zugrunde. Darin hatten sich die Gerichte erstmals intensiv mit den oben genannten Fragen beschäftigt.

Das Stuttgarter Gericht musste über einen Fall entscheiden, in dem gegen einen Orthopäden für das Jahr 2008 ein Netto regress von knapp 17.000 Euro festgesetzt worden war. Der Arzt war bereits für die Jahre 2006 und 2007 regressiert worden. Der Beschwerdeausschuss wies den Widerspruch des Orthopäden durch Bescheid vom 19. September 2012 zurück. Daraufhin erhob dieser Klage. Das Sozialgericht entschied im November 2013, der Grundsatz „Beratung vor Regress“ sei auch auf am 1. Januar 2012 noch nicht abgeschlossene Richtgrößensprüfungen anwendbar. Er hätte danach für alle Verfahren gegolten, in denen am 1. Januar 2012 noch keine Entscheidung des Beschwerdeausschusses vorlag. Zudem entschied das Gericht, frühere Regresse ge-



Der Autor

Rechtsanwalt Dr. Christian Wittmann ist spezialisiert auf Medizin-, Arztvertrags- und Krankenhausrecht sowie auf Insolvenzrecht. Er ist Partner in der Stuttgarter Anwaltskanzlei BRP und unterstützt außerdem die **MEDIVERBUND AG** als Experte bei den Praxisabgeber- und -neugründerworkshops. 

gen den Vertragsarzt könnten nicht als Beratung i. S. d. Gesetzes angesehen werden. De facto hätte diese Sichtweise zur Folge gehabt, dass in allen am 1. Januar 2012 laufenden und noch nicht abgeschlossenen Richtgrößenprüfungsverfahren zunächst kein Regress, sondern nur eine Beratung hätte erfolgen dürfen.

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen urteilte am 20. November 2013 anders. Hier lag ein Regress wegen einer Richtgrößenüberschreitung im Jahr 2009 zugrunde. Der betroffene Arzt war schon 2006 und 2007 in Höhe von knapp 20.000 Euro regressiert worden. Seinen Widerspruch wies der Beschwerdeausschuss mit Bescheid vom 10. Mai 2012 zurück. Die hiergegen gerichtete Klage des Vertragsarztes hatte vor dem Sozialgericht Düsseldorf Erfolg, das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hob das Urteil jedoch wieder auf. Das Gericht setzt sich in seinem Urteil sehr ausführlich mit dem Zustandekommen der gesetzlichen Neuregelungen und der Geset-

zesbegründung auseinander. Es geht davon aus, dass ein Gesetz nur auf solche Sachverhalte anwendbar ist, die sich vollständig nach Inkrafttreten des neuen Rechtsverwirklicht haben. Der Grundsatz „Beratung vor Regress“ gilt danach nur für Verfahren, in denen am 26. Oktober 2012 noch keine abschließende Entscheidung des Beschwerdeausschusses vorlag. Es kann daher auch ohne vorherige Beratung ein Regress rechtmäßig sein, sofern der Beschwerdeausschuss über den Regress vor dem 26. Oktober 2012 entschieden hat.

Offene Fragen

Nach den Entscheidungen des BSG gibt es aber weiterhin offene Fragen. Noch nicht abschließend geklärt ist beispielsweise, wie der Grundsatz „Beratung vor Regress“ in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder MVZs anzuwenden ist. Für erstere wird in der Literatur vorgeschlagen, eine einmalige Beratung (oder einen einmaligen, in der Vergangenheit

festgesetzten Regress) der BAG ausreichen zu lassen, auch wenn es danach zu Ein- und Austritten von Gesellschaftern kam. Das soll auch für MVZs gelten. Erlangt allerdings ein ehemals angestellter Arzt eines MVZs (oder eines Vertragsarztes bzw. einer BAG) durch Umwandlung der Arztstelle in eine Vertragsarztzulassung einen neuen Zulassungsstatus, so setzt sich die während seiner Zugehörigkeit zum MVZ erfolgte Beratung des Versorgungszentrums nicht fort. Der neue Zulassungsinhaber muss daher nach § 106 Abs. 5e SGB V zunächst beraten werden, bevor ein Regress gegen ihn festgesetzt werden kann. Gerichtliche Entscheidungen hierzu sind aber noch nicht ergangen. ■■

Dr. Christian Wittmann

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)

MEDI VERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT



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

ARZT & RECHT



Ass. jur. Ivona Büttner-Kröber beantwortet Ihre Rechtsfragen

Was deckt eine Berufshaftpflichtversicherung ab?

Die Berufshaftpflichtversicherung ist eine Pflichtversicherung, ohne die Ärzte nicht praktizieren dürfen. Sie deckt Risiken aus der Ausübung der beruflichen Tätigkeit bis zu der jeweils abgeschlossenen Höhe der Deckungssumme ab. Dazu zählen Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Zu den häufigsten Fehlern, die Ärzte begehen, gehören z.B. nicht ausreichende Aufklärung über Behandlungsrisiken, falsche Behandlung oder im Patienten vergessenes OP-Material. Praxisinhaber haften aber auch für die Fehler ihrer Angestellten. Wenn beispielsweise die MFA bei der Blutabnahme aus Versehen die Kleidung des Patienten verunreinigt, muss der Arzt für die Reinigung aufkommen oder dem

Patienten die beschädigte Kleidung gar ersetzen.

In der Regel schützt die Berufshaftpflichtversicherung das gesamte Praxispersonal, aber eben nicht in jedem Fall. Hier sollten Praxischefs lieber noch einmal überprüfen, welche Risiken ihre Versicherung tatsächlich abdeckt und welche sie erweitern sollten. Dazu zählt nicht nur der Versicherungsschutz für das Personal, sondern z.B. auch, ob die Risikoabdeckung für (ambulante) Operationen gilt oder ob eine Nachhaftpflichtversicherung (für den Fall, dass der Haftungsfall erst nach der Praxisaufgabe bekannt wird) und für welchen Zeitraum besteht. ■

Wie weit ist die Prüfung zum Streikrecht?

Das Verfahren vor dem Sozialgericht Stuttgart ist noch offen, eine mündliche Verhandlung hat immer noch nicht stattgefunden, obwohl wir wiederholt nachgehakt haben.

Zur Erinnerung: Im Herbst 2012 haben sechs MEDI Mitglieder ihre Praxen für zwei Tage geschlossen, weil sie an einer Protestaktion niedergelassener Vertragsärzte teilgenommen haben. Daraufhin hat die KVBW Disziplinarverfahren gegen die Ärzte eingeleitet. Der Disziplinarausschuss hat im Mai 2013 festgestellt, dass sie ihre vertragsärztlichen Pflichten

(konkret die Präsenzpflicht) verletzt hatten und ihnen einen Verweis erteilt.

Mit Unterstützung von MEDI Baden-Württemberg haben die Betroffenen Klage vor dem Sozialgericht erhoben. Sie finden, dass auch Vertragsärzten ein Streikrecht zusteht und darüber hinaus keine vertragsärztlichen Pflichten verletzt worden sind. Eines dieser Verfahren wurde zum Musterverfahren benannt, die anderen ruhend gestellt. ■

Der Praxismarktplatz - Praxen erfolgreich übergeben und übernehmen

www.medi-verbund-marktplatz.de

In drei Schritten
zur Online-Anzeige

NÄCHSTE VERANSTALTUNGEN

20.03.2015 Ulm - 16:00-19:00

19.06.2015 Karlsruhe - 16:00-19:00

16.10.2015 Freiburg - 16:00-19:00

20.11.2015 Stuttgart - 16:00-19:00

Die Örtlichkeiten werden mit der Anmeldung
zum Workshop bekannt gegeben.



Marktplatz-Newsletter

Tagesaktuelle Angebote aus ganz Deutschland

Online informieren, persönlich beraten lassen

Seriöse Beratung durch den MEDIVERBUND und Expertenrat

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



MEDIVERBUND AG baut Beratungsleistung aus

Auf politischer Ebene ist der Schulterschluss zwischen den MEDI Verbänden und der Ärztenossenschaft Nord in Form des gemeinsamen Dachs MEDI GENO Deutschland bereits vollzogen. Nun nehmen die MEDIVERBUND AG und die Ärztedienstleistungsgesellschaft der Ärztenossenschaft Nord den Versicherungsbereich in Baden-Württemberg ins Visier.

Um hier künftig gemeinsame Synergien zu bündeln, gründen die beiden Managementgesellschaften gemeinsam ein neues Unternehmen, die „MEDI GENO Assekuranz GmbH“. Geschäftsführer wird der Diplom-Betriebswirt Heino Ottsen aus Schleswig-Holstein.

Vor elf Jahren wurde ein Assekuranzkonzept eines auf Heilwesenberufe spezialisierten Versicherungsmaklers ins Leben gerufen, das seitdem Ärztenossen in Schleswig-Holstein, Bremen, Hamburg und Niedersachsen nutzen können. Dieses Konzept wird MEDI Baden-Württem-

berg nun auch für die Mitglieder im Südwesten adaptieren. Statt das Rad neu zu erfinden, nutzt die Stuttgarter Geschäftsführung dafür das Know-how und die Infrastruktur aus dem Norden.

Die MEDI GENO Assekuranz verhandelt Rahmenverträge mit Versicherungsgesellschaften. „Mit solchen Rahmenverträgen bündeln wir die Nachfragekraft aus den Mitgliedschaften der Verbände und können dadurch bessere Konditionen für unsere Mitglieder erzielen. Außerdem ermöglichen die Rahmenverträge passgenaue, auf den Arzt zugeschnittene Versicherungslösungen“, erklärt Ottsen die Unternehmensstrategie.

Nach einer sorgfältigen Risikoanalyse, die auch den bestehenden Versicherungsschutz einbezieht, erhalten die Mitglieder maßgeschneiderte Lösungen über die verschiedenen Versicherungssparten für ihre Praxis. Darüber hinaus bekommen sie auch die Möglichkeit, ihren privaten Versicherungsschutz in die Beratung einfließen zu lassen. Auf Wunsch verwaltet die MEDI GENO Assekuranz auch bereits bestehende Versicherungsverträge der MEDI Mitglieder, überprüft diese regelmäßig auf ihre Aktualität hin und steht den Mitgliedern in Schadensfällen beratend zur Seite. ■

Sven Kleinknecht/Angelina Schütz

Immer mehr Mitglieder nutzen den Praxisbedarf

Die MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH hat mit dem Jahr 2014 das erste volle Geschäftsjahr abgeschlossen. „Wir konnten unseren Kundenstamm im vergangenen Jahr mehr als verdoppeln“, freut sich Geschäftsführer Sven Kleinknecht. Außer in Baden-Württemberg bestellen mittlerweile auch MEDI Praxen in Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern Artikel in Stuttgart.

Auch die Bestellsoftware „Fastorder“ entwickelt sich gut. Sie wurde im vergangenen Jahr ins Leben gerufen, inzwischen nutzen rund 50 Praxen die Möglichkeit einer elektronischen Bestellung. Die Bestellungen erfolgt wesentlich schneller, zeitaufwendiges Blättern im Katalog entfällt und jeder Artikel kann bequem über die Suchfunktion ausgewählt werden. Favoritenlisten bieten den Praxen eine zu-


sätzliche Hilfestellung an. Darüber hinaus werden die Bestellungen über die „Fastorder“ automatisch dokumentiert und nach Eingang in der Bestellannahme umgehend per E-Mail bestätigt. „Ich rechne damit, dass sich in diesem Jahr die Nutzeranzahl der elektronischen Bestellung verdoppeln wird“ so Kleinknecht. Die Praxisbedarf GmbH möchte außerdem ihr Produktspektrum erweitern und strebt Verbesserungen in den Bereichen Service und Qualität an. ■ *sk/as*

Immer die richtigen Worte finden

Die MEDIVERBUND AG bietet eine neue Seminarreihe für Praxismitarbeiterinnen an, die vier Kommunikationsthemen anspricht. Die **MEDITIMES** wollte von Teilnehmerinnen und von der Referentin **Sylvia Krauss** wissen, was man dort alles lernen kann.



Die Expertin

Sylvia Krauss ist Diplom-Pädagogin, kommt aus der sozialen Beratungsarbeit und hat sich seit 1998 auf Kommunikationstrainings, Führungsthemen und Teamentwicklung spezialisiert. Sie ist ausgebildeter Coach und Wirtschaftsmediatorin und als Senior-Trainerin bei Straßenberger Konsens-Training tätig.  ra

„Vielen Teilnehmerinnen ging es vor allem darum, im Kommunikationsseminar Verhaltenssicherheit zu lernen“, erklärt Sylvia Krauss. Wie man es z. B. schafft, einem wütenden Patienten gegenüber höflich zu bleiben. Oder wie man ihm vermittelt, dass die Wartezeit sich für ihn leider nicht verkürzen lässt. Oder wie man mit einer gestressten Kollegin sachlich diskutieren lernen kann, um nur einige Beispiele zu nennen. Die Teilnehmerinnen und die Referentin berichten, dass in den Seminaren über solche Fragen sehr offen diskutiert wurde. Das kam bei den MFAs sehr gut an.

Grundlage dafür war wohl auch der geschützte Rahmen. Die Teilnehmerinnen konnten sich darauf verlassen, dass keine persönlichen oder keine Praxis-Informationen den Raum verlassen würden.

„Es war für mich sehr beruhigend, dass in anderen Praxen ähnliche oder andere Probleme bestehen“, sagt z. B. Christin Lindenau, „und dass es überall noch Optimierungspotenzial gibt“. Sie arbeitet in einer chirurgischen Unfallpraxis, wo schnelle Handlungen gefragt sind. „Aus der Kommunikation wird da oft ein Kommando – wenn überhaupt“, beschreibt sie die alltägliche Situation in der Praxis. Es ist nachvollziehbar, dass Spannung, Druck und fehlende oder nicht ausreichende Kommunikation im Team auch zu Ärger oder Unverständnis führen könnten. „Diese Probleme gar nicht erst aufkeimen zu lassen, war mir persönlich ein großes Anliegen“, betont sie.

Unter Zeitdruck

„Kommunikation unter Zeitdruck ist ein typisches Problem in der Arztpraxis“, hebt auch die Trainerin hervor, „nicht nur im Team, sondern auch mit Patienten“. Ständig sind die Empfangs-Mitarbeiterinnen mit Menschen konfrontiert, die am liebsten möglichst schnell einen Termin haben wollen. Dieser Wunsch ist nachvollziehbar, aber leider meistens nur in Notfällen realisierbar. Wie geht man vernünftigerweise damit um? „Man sollte sich zuerst klarmachen, dass diese Lage

»Lange Erklärungen helfen wenig und sind Zeitfresser«

für den Patienten und die MFA unbefriedigend ist“, rät Krauss. Sie erinnert daran, dass ausschweifende Erklärungen meist wenig helfen, sondern dazu führen, dass auch noch die Warteschleife immer voller wird.

Einen Supertrick gibt es für die Bewältigung der Situation nicht, aber sie empfiehlt eine ungewohnte Herangehensweise. „Muss die Mitarbeiterin einem frustrierten Patienten gegenüber eigentlich das Ziel haben, ihm seinen Ärger auszureden?“ fragt sie provozierend und erläutert das Prinzip: „Selbstverständlich ist er nicht glücklich über die Situation. Warum sollte er es irgendwann toll finden, dass er wochen- oder monatelang auf seinen Termin warten muss?“

Stattdessen empfiehlt sie der MFA, ihr eigenes Wohlbefinden nicht von der Stimmung des Patienten abhängig zu machen, sondern positiv und freundlich bei dem zu bleiben, was sie anzubieten hat.

Die Idee hat etwas für sich: Man spart tatsächlich Zeit und Nerven, wenn man damit aufhört, sich zu entschuldigen, die Nöte der Praxis zu erklären und die Enttäuschung des Patienten umstimmen zu wollen. In den meisten Fällen wird das sowieso nicht funktionieren. Stattdessen bietet die MFA einen oder zwei Termine zur Auswahl an und erklärt freundlich-neutral, dass sie genau diese Alternativen zur Verfügung hat. Dabei muss sie nicht abweisend oder gefühllos werden. Sie nimmt ja wahr, dass es dem Kranken nicht gut geht bei der Vorstellung, warten zu müssen. Dieses Gefühl kann sie ruhig spiegeln und Verständnis zeigen. Aber danach wechselt sie wieder auf die Sachebene, was in diesem Fall die Auswahl zwischen zwei Terminen bedeutet.

Und genau dieses freundliche Verständnis, gepaart mit ruhiger Bestimmtheit, kann zuwege bringen, was langes Argumentieren nicht vermag: Die Situation wird versachlicht, der Patient ruhiger. „Ich habe gelernt, am Telefon freundlich, kurz und bündig auf den Punkt zu kommen, also einfach effizient am Telefon zu arbeiten“, fasst es eine andere Teilnehmerin zusammen. Dazu gehört auch,

Körpersprache und Blickkontakt effektiv einzusetzen. Eine andere sagt offen, dass sie gelernt hat, bewusster mit ihrer Wortwahl umzugehen. „Man hat sich im Laufe der Zeit Floskeln angewöhnt, die man gar nicht als negativ empfunden hat“, beschreibt sie. „Doch durch das Training wird einem klar, dass man mit kleinen Kniffen und einem achtsameren Umgang seiner Wortwahl dem Patienten Sicherheit und Vertrauen vermitteln kann“. Hervorgehoben wird auch, dass man in den Seminaren lernt, die Gesprächsführung nicht an den Patienten abzugeben.

Für sich sorgen

Sylvia Krauss regt an, jeden Tag zuallererst für sich selbst zu sorgen, wenn man einen guten Job in der Arztpraxis machen will. Ausgebrannt nützt man niemandem und ein aufgebrachter Patient ist kein Grund, sich selbst auch aufzuregen, Angst zu haben oder sich schlecht zu fühlen. Bei den Teilnehmerinnen kam das Konzept an. „Man braucht aber viel Selbstvertrauen und sehr viel Geduld, um ruhig

und sicher bei seinen Entscheidungen zu bleiben“, beschreibt Christin Lindenau.

Und ganz sicher betrifft dieses Problem nicht nur die Empfangsmitarbeiterinnen, sondern auch die Inhaber der Praxis – eigentlich. Eine Erfahrung auch aus diesen Kursen scheint es zu sein, dass die Ärzte ihren Angestellten in vielen Fragen gerne freie Hand lassen. Diese positive Einstellung zeigt, wie groß das Vertrauen in das Team ist und fördert die Eigeninitiative der MFA. Das Prinzip „Regelt das mal unter euch“ hat andererseits jedoch dort seine Grenzen, wo das Team alleine nicht weiterkommt:

- Wenn beispielsweise Patienten die Autorität der MFA nicht anerkennen und sich nicht an die Spielregeln halten wollen.
 - Wenn Meinungsverschiedenheiten zwischen den MFAs regelmäßig im Patt enden oder
 - wenn es „faule Äpfel“ im Team gibt.
- In solchen Situationen sind die Führungsqualitäten der Praxisinhaber gefragt. „Ärzte müssen heute ein sehr breites Spek-

trum an Anforderungen erfüllen,“ weiß die Trainerin. „Sie sind nicht nur auf ihrem medizinischen Fachgebiet gefordert, sondern auch als Unternehmer und Führungskräfte.“

Von der Kassen- zur Privatpraxis

An den Seminaren nahmen nicht nur Mitarbeiterinnen aus MEDI Praxen teil. „Wir wollten auch den Vertragsteilnehmern, die nicht Mitglieder bei MEDI sind, die Möglichkeit der Teilnahme geben“, erklärt Angelika Bölhoff, die bei der MEDIVERBUND AG für Planung und Organisation der Seminare zuständig ist. Dadurch wurde der Kreis der Interessentinnen größer.

Ein wenig ungewöhnlich war die Teilnahme des gesamten Teams aus der Praxis von Dr. Kerstin Niemer aus Künzelsau: Sabine Adelman, Aljona Gauk und Rita Hettinger. Diese MEDI Praxis war vor kurzem von einer Kassen- zu einer Privatpraxis umgestellt worden. „Eine Herausforderung“, so die Mitarbeiterinnen. Die MEDI Ärztin hatte eine Einladung

Fortsetzung Seite 40

Fortsetzung

Immer die richtigen Worte finden

zu den Kommunikationsseminaren erhalten und betrachtete das Angebot als eine wunderbare Ergänzung für die MFAs. Hintergrund war auch die Festigung des Praxisteam und die Idee, dass möglichst alle Angestellten den gleichen Kenntnisstand haben sollten.

Die Mitarbeiterinnen berichten, dass das Seminar für sie idealerweise schon ein paar Monate früher hätte stattfinden müssen. Während der Zeit der Umstellung von der Kassen- zur Privatpraxis gab es typische Situationen, in denen sie sich unwohl fühlten. Viele Patienten empfanden es als ungerecht, dass sie nicht mehr behandelt werden konnten. Vor allem „ungerechte Anfeindungen“ nahmen manche Mitarbeiterinnen sehr persönlich. „Bin ich es nicht mehr wert, bei Ihnen behandelt zu werden?“ – auf solche Fragen zu antworten fiel allen schwer. Auch aus diesem Grund wollten die drei am Kommunikationsseminar teil-

nehmen. „Wir konnten damals die persönlichen Belange und Ängste nicht so gut nachempfinden“, sagen sie. In der Schulung haben sie es erfahren und gelernt, dazu haben auch die Rollenspiele beigetragen. „Sie machen bewusster, wie sich der andere fühlt“, sagt eine der Teilnehmerinnen, „mir persönlich hat das sehr geholfen, weil ich jetzt noch besser auf die Patienten eingehen, Verständnis zeigen und auch mal hinter die Fassade blicken kann, was die Patienten bewegt“.

Sicherheit im Praxisalltag

Natürlich war nicht alles neu, was in den Seminaren angesprochen wurde. „Es wurde auch altes Wissen aufgefrischt“, resümieren die drei MFAs aus Künzelsau. Sie sind sich einig, dass die Seminare ihnen Sicherheit gegeben haben. „Man präsentiert sich anders und wird dadurch zu einem besseren Aushängeschild der Praxis“, finden sie und erklären selbstbewusst, dass sie schließlich das Bindeglied zwischen Arzt und Patienten und der erste Ansprechpartner sind.



Christin Lindenau fand auch Beispiele aus anderen Praxen hilfreich.

Zusätzlich tat es ihnen auch gut, einen Austausch mit anderen Kolleginnen und deren Alltagssituationen zu haben. Beispiele aus anderen Praxen zu erleben und zu bearbeiten hilft, Gelerntes zu verfestigen.

„Ich persönlich würde die Kurse auch Freunden weiterempfehlen“, sagt eine von ihnen und schließt mit einem schönen Zitat: „Man lernt nicht nur für den Berufsalltag; die Gefahr besteht, auch etwas für seinen persönlichen Alltag mitzunehmen“. 🇩🇪

Ruth Auschra

VERANSTALTUNGEN,
FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS



Januar bis März 2015

Veranstaltungen für Ärzte

- **Wundversorgung**
7. Februar, 9 - 17:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Wundversorgung**
7. März, 9 - 17:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Symposium Diabetes-Kardio**
13. März, 14 - 18 Uhr
SpOrt Stuttgart
Fritz-Walter-Weg 19, 70372 Stuttgart
- **Symposium Diabetes-Kardio**
14. März, 9 - 15 Uhr
SpOrt Stuttgart
Fritz-Walter-Weg 19, 70372 Stuttgart
- **Notfalltraining**
25. Februar, 14 - 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Notfalltraining**
11. März, 14 - 18 Uhr
(Den Veranstaltungsort erfahren Sie in der Einladung.)

Veranstaltungen für Ärzte - nicht medizinisch

- **Telefontraining**
18. März, 14 - 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Abgeber-Workshop**
20. März, 16 - 19 Uhr
Ulm (die genaue Adresse erfahren Sie in der Einladung)

Veranstaltungen für MFAs - medizinisch

- **EFA Gastro**
16. Januar, 12 - 18:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **EFA Gastro**
17. Januar, 9 - 15:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **EFA PNP (Epilepsie)**
30. Januar, 12 - 18:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **EFA PNP (Epilepsie)**
31. Januar, 9 - 15:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **EFA PNP (Demenz)**
13. Februar, 12 - 18:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **EFA PNP (Demenz)**
14. Februar, 9 - 15:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **EFA PNP (Parkinson)**
20. Februar, 12 - 18:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **EFA PNP (Parkinson)**
21. Februar, 9 - 15:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Notfalltraining**
25. Februar, 14 - 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **MFA-Tag Kardio/Gastro**
4. März, 13:30 - 18:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Notfalltraining**
11. März, 14 - 18 Uhr
(Den Veranstaltungsort erfahren Sie in der Einladung.)

Veranstaltungen für MFAs - nicht medizinisch

- **Telefontraining**
18. März, 14 - 18 Uhr
(Den Veranstaltungsort erfahren Sie in der Einladung.)

Vertragsschulungen für Ärzte und MFAs

- **Abrechnungsschulung Orthopädie**
6. Februar, 15 - 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Abrechnungsschulung Orthopädie**
6. März, 15 - 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Abrechnungsschulung Orthopädie**
18. März, 14 - 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

→ **ACHTUNG:**

Ort und Zeit einzelner Veranstaltungen können sich unter Umständen kurzfristig ändern. Bitte beachten Sie die jeweiligen Einladungen.



Praxishomepage: Hände weg von »freien« Fotos!

Ein Bild sagt bekanntlich mehr als 1.000 Worte und zukünftige Patienten wollen sich ein Bild von Ihrer Praxis machen – also gehören Fotos auf die Praxishomepage. Aber Vorsicht: Abmahnungen wegen fehlerhafter Copyrighthinweise auf der Homepage können teuer werden.

Haben Sie das Recht am Bild?

Die Frage klingt einfach, kann aber Probleme und Ärgernisse nach sich ziehen, wie das Beispiel einer Praxis zeigt: Der Arzt hat einen befreundeten Hobby-Grafiker mit der Erstellung der Homepage beauftragt. Dieser gestaltete schöne Seiten, fotografierte das Team und besorgte auch „freie“ Fotos zur Bebilderung der Texte über Vitamine und Ernährung. Hier war eine junge Frau zu sehen, die lächelnd in einen Apfel biss. Der Arzt verliebte sich auf seinen „Fachmann“ und ahnte nichts Böses, bis er kürzlich – Jahre später – eine Abmahnung bekam. Der Grafiker war längst aus seinem Bekanntenkreis verschwunden, Verträge gab es eh nicht. Also zahlte der Arzt eine stolze Summe für das Foto mit der Frau und dem Apfel. Ein ähnliches Bild aus einer Bildagentur hätte unter 20 Euro gekostet.

Urheberrechte

„Freie“ Bilder gibt es nicht. Es gibt nur selbst erstellte Bilder und solche, für die man einen Copyright-Hinweis erstellen muss. Das Kopieren und Veröffentlichen fremder Fotos ist verboten – egal, ob es in einem Bildbearbeitungsprogramm verändert wurde oder nicht.

Jedes Bild hat einen Urheber, der genannt werden muss, wenn er das will.

Das gilt sogar für Porträts, die man beim Fotografen in Auftrag gegeben und bezahlt hat. Auch dieser Fotograf darf darauf pochen, dass sein Name neben dem Foto genannt wird. Vernünftigerweise schließt man mit dem Fotografen deshalb einen Vertrag, der das Recht auf – auch mehrfache – Veröffentlichung beinhaltet und die Form des Copyright-Vermerks festhält.

Wenn Ihre Homepage Fotos enthält, sollten Sie im Fall einer Abmahnung belegen können, woher die Fotos stammen und welche Art von Copyrightvermerk mit dem Fotografen ausgemacht wurde. Ein Bild, über dessen Urheberschaft Sie sich unsicher sind, ist eine tickende Zeitbombe.


Wer sich bei Wikipedia mit Fotos bedient, muss sich klar machen, was die dort gültige Creative Commons License bedeutet. Die meisten Menschen wissen, dass man die Fotos kostenlos verwenden darf. Was viele nicht wissen: Nutzer sind verpflichtet, immer mindestens den Urheber zu nennen. Es gibt umfangreiche Regelungen für das Copyright. Nebensächlich ist das nicht, wie ein Urteil zeigt, das ein Fotograf kürzlich erstritten hat. Er bekommt 14.000 Euro für sein Wikipedia-Foto, das eine Firma ohne Namensnennung benutzt hatte.

Wenn Sie Personen fotografieren und sie auf Ihre Homepage stellen, müssen diese damit einverstanden sein. Das klingt harmlos, kann aber zu Problemen führen, wenn z.B. personelle Veränderungen im Team nötig werden. Stress erspart man sich, wenn das Einverständnis aller Angestellten schriftlich vorliegt.

Neben den rechtlichen Aspekten ist übrigens auch ein kritischer Blick auf die Bilder selbst ab und zu vernünftig. Portraits des Praxisinhabers, die vor zehn Jahren gut aussahen, wirken heute – na ja, zehn Jahre zu alt.

Bilder im Web kaufen

Im Internet kann man Fotos legal und günstig kaufen. Bilddatenbanken wie Fotolia, Pixelia oder Digitalstock bieten Fotos an, die man für die eigene Homepage nutzen darf – wenn das den Lizenzbedingungen entsprechend geschieht. Die Fotos sind meistens in verschiedenen Formaten (tiff, JPEG) erhältlich und können für zahlreiche professionelle Zwecke und in verschiedenen Auflösungen heruntergeladen werden. Ein Foto kostet, je nach Datenbank und Vertrag (Abo oder Einzelkauf per Credits), ein paar Cent bis ca. 20 Euro.

Auch hier gibt es Vorschriften, wie ein Copyrighthinweis aussehen soll und wo er platziert werden muss. Oft bestehen Fotografen z.B. darauf, dass ihr Name direkt neben dem Foto erscheint und nicht im Impressum. Auch zu dieser Frage gibt es leider aktuelle Gerichtsurteile, die den Fotografen in diesem Punkt Recht geben (z.B. LG Berlin 15 O 518/13). Rechtsanwälte berichten, dass sich die Fälle von Abmahnungen wegen fehlender Urheberkennzeichnung von Fotos aus solchen Bilddatenbanken häufen. 

Ruth Auschra

→ Hier finden Sie juristische Tipps für den Umgang mit Abmahnungen:

- <http://hoesmann.eu>
hier findet sich auch eine Checkliste zur Abmahnung
- <http://rechtsanwalt-schwenke.de>
diese Homepage enthält u.a. die Seite „Haben Sie eine Abmahnung erhalten?“