



Vernetzung in Heilbronn nimmt Fahrt auf

Sinnvolle Entlastung im Praxisalltag

Ärzte und Psychotherapeuten, die am Facharztprogramm teilnehmen, nutzen zunehmend gerne den Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg. Die **MEDITIMES** nennt Beispiele, wann der Soziale Dienst hilfreich sein kann.

Mindestlohn gilt auch für Arztpraxen!

Das Gesetz zum Mindestlohn macht vor Arztpraxen nicht halt. Auch Reinigungskräfte oder Minijobber haben Anspruch auf 8,50 Euro pro Stunde. Praxischefs, die das ignorieren, riskieren hohe Geldstrafen.

MEDI GENO fordert Nachbesserungen im GKV-VSG

Das bevorstehende Versorgungsstärkungsgesetz schwächt die fachärztlichen Praxen und unterstützt Ärztenetze zu wenig. Hoffnung dagegen besteht bei der Bereinigung der Gesamtvergütung für Hausarzt- und Facharztverträge.

Politik gegen Fachärzte und ärztliche Kooperationen

Liebe Leserin, lieber Leser,

zurzeit sind drei Gesetze in der Vorbereitung, die unsere Praxen als freiberufliche Unternehmen treffen: Das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), das E-Health-Gesetz und das Anti-Korruptionsgesetz.

Das VSG richtet sich in seinem Duktus insbesondere gegen die Fachärzte. So soll z.B. der §73c SGBV als eigenständige Norm für Facharztverträge abgeschafft werden. Statt jede fachärztliche Leistung zu bezahlen, schafft die Bundesregierung lieber Terminservicestellen, die dem Patienten einen Facharztbesuch innerhalb von vier Wochen ermöglichen müssen.

Beim E-Health-Gesetz drohen den Praxen wieder neue Kosten und neue Bürokratie. Offen ist auch noch, inwieweit unsere bisherige IT-Infrastruktur der Hausarzt- und Facharztverträge die neue „Datenautobahn“ diskriminierungsfrei nutzen kann. Und macht es eigentlich Sinn, jetzt in Konnektoren für das KV-Safenet zu investieren, wenn diese für die neue Telematikstruktur gar nicht mehr eingesetzt werden können?

Ganz neu war mir, dass der Gesundheitsbereich ein vermeintlich präferiertes Feld der Korruption sein soll! Insbesondere natürlich unsere Praxen. Deshalb liegt im Justizministerium der Entwurf für ein Anti-Korruptionsgesetz, der auf einer Vorlage aus Bayern basiert. Warum es ein Sonderstrafrecht für medizinische Berufe geben muss, erklärt sich mir aus ihrer Sozialisierung heraus nicht. Aber hier soll wohl eher der Mythos vom omnipotenten Staat, der alles regeln kann, aufrechterhalten werden.

Die freiberufliche Arztpraxis wird zunehmend als soziale Einrichtung und nicht als Unternehmen gesehen. Ärzte gelten längst nicht mehr als Unternehmer, die ein hohes finanzielles Risiko tragen, sondern eher als Sozialarbeiter. Und unsere Ärztekammern verschärfen die Situation noch zusätzlich, indem sie uns über das Berufsrecht bestrafen, das unnötig wirtschaftliche Tätigkeit von freien Ärzten unter Generalverdacht stellt. Was Kapitalgesellschaften oder Krankenhausträger in ihren MVZs dürfen, z.B. Gewinnverteilung oder interne Zuweisungen, dürfen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht. Es wird mit zweierlei Maß gemessen! Wer als Freiberufler nach wirtschaftlich sinnvollen Kooperationsmöglichkeiten sucht, macht sich der Korruption schuldig. Jede ärztliche Genossenschaft wird so a priori unter Generalverdacht gestellt.

Es erklärt sich wohl von selbst, dass wir solche Pläne nicht tolerieren können. Zu allen Gesetzesentwürfen haben wir frühzeitig bessere Vorschläge gemacht – schriftlich und mündlich in den Anhörungen. Hoffen wir nun also auf das „erste Struck'sche Gesetz“, das besagt, dass kein Gesetz das Parlament so verlässt, wie es hineingekommen ist.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

W. Baumgärtner

Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender



TITELTHEMA

DIALOG

»Hier leisten wir
Pionierarbeit«

6

AUS BADEN- WÜRTTEMBERG

Vernetzung 2.0

8

Vernetzung als
Antwort auf unsichere
Rahmenbedingungen

12



Foto: fotolia

PRAXISMANAGEMENT

Mindestlohn:
Das müssen Praxischefs
beachten

34

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

- 14 **So unterstützt der Soziale Dienst der AOK Praxen vor Ort**
- 15 STIMMEN AUS DEN MEDI PRAXEN
- 18 KURZ NOTIERT
- 18 **Neuro-EFAs nehmen ihre Arbeit auf**
- 19 ABRECHNUNG
- 20 **Darm-Check 2015: Hausärzte sind gefragt**
- 20 **DAK-Psychotherapievertrag soll in diesem Jahr kommen**

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 22 **MEDI Südwest punktet mit neuen QM-Schulungen**

MENSCHEN BEI MEDI

- 24 **Dr. Roland Fressle – Kinder- und Jugendarzt in Freiburg**
- 26 NACHRUF **Prof. Dr. Albrecht Hettenbach**

GESUNDHEITSPOLITIK

- 27 **Anti-Korruptionsgesetz bedroht Ärztenetze**
- 28 **VSG: Das sind die Knackpunkte**

ARZT & RECHT

- 30 **Wenn der Arzt vor den Kadi zieht**
- 32 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER
BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN

PRAXISMANAGEMENT

- 36 NACHGEFRAGT BEI SVEN KLEINKNECHT
MEDIVERBUND baut Expertenpool für Praxismachfolger aus
- 36 **Neu: Wundseminare für Ärzte**
- 37 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS
- 38 FÜR SIE GELESEN **Was die PDL wissen muss**
- 38 IMPRESSUM



»Hier leisten wir Pionierarbeit«

Das ist neu: 106 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten einer Region vernetzen sich elektronisch mit ihren Kolleginnen und Kollegen und werden dabei von zwei Krankenkassen unterstützt. Gemeinsam möchten sie die Patientenversorgung verbessern, Bürokratie in den Praxen abbauen und Arbeitsabläufe schneller und effektiver gestalten. Silvia Welzenbach, Projektleiterin bei der MEDIVERBUND AG, betreut die teilnehmenden Praxen in und um Heilbronn.

MEDITIMES: Frau Welzenbach, ein solches Pilotprojekt begleiten Sie bestimmt nicht jeden Tag...

Welzenbach: Nein, hier leistet MEDI Baden-Württemberg eindeutig Pionierarbeit! Deswegen bin ich auch stolz darauf, das Projekt mitzubetreuen. Dass sich so viele

Praxen auf diesem Niveau miteinander vernetzen, hat es in dieser Form deutschlandweit ja noch nicht gegeben. Deswegen drücke ich uns allen fest die Daumen, dass es ein Erfolg wird!

MEDITIMES: Und was genau macht einen Erfolg aus?

Welzenbach: Einen Erfolg sehen wir dann, wenn durch die elektronische Vernetzung ein Mehrwert für die Praxen und natürlich auch für die Patienten geschaffen wird. Wenn z. B. wichtige Informationen zur Patientenbehandlung „auf Knopfdruck“ in der Praxis zur Verfügung stehen, wie beispielsweise Laborbefunde, Unverträglichkeiten oder Verordnungen. Erreichen wir diese Ziele, könnten wir das Projekt auch auf andere Regionen übertragen. Das wäre dann der größte Erfolg!

MEDITIMES: Warum wurde ausgerechnet Heilbronn als Pilotregion ausgewählt?

Welzenbach: Weil wir das Projekt primär mit MEDI Mitgliedern umsetzen wollten und die dortige MEDI GbR zu denjenigen GbRs mit dem höchsten Organisationsgrad im Land zählt. Außerdem hat dort 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 im Raum Heilbronn.

MEDITIMES: Wie haben die MEDI Mitglieder das Vernetzungsprojekt angenommen?

Welzenbach: Ehrlich gesagt zu Beginn sehr zögerlich. Als wir die erste Veranstaltung vorbereiten wollten, waren wir enttäuscht darüber, wie wenig Rückmeldungen wir bekommen haben. Wir dachten, unsere Idee ist so gut, dass sie bei unseren Mitgliedern wie eine Bombe einschlägt. Aber da haben wir wohl die Bedenken der Ärzte vor der Vernetzung und alles, was damit verbunden ist, unterschätzt. Beim nächsten Anlauf war das Interesse größer. Und zur Auftaktveranstaltung letztes Jahr im Herbst kamen fast 100 interessierte Ärzte und Psychotherapeuten.

MEDITIMES: Inzwischen müssen Ärzte und Psychotherapeuten nicht zwingend bei MEDI organisiert sein, um teilzunehmen...

Welzenbach: Stimmt. Da sich die AOK Baden-Württemberg auch am Projekt beteiligt, wurde hier der Wunsch geäußert, dass alle Praxen, die in der Region Heil-

bronn an Hausarzt- und Facharztverträgen teilnehmen, auch die Möglichkeit bekommen sollten, an der Vernetzung teilzunehmen. Daher werden inzwischen auch Nicht-MEDI Mitglieder zugelassen.

MEDITIMES: Welche Teilnahmevoraussetzungen müssen die Praxen erfüllen?

Welzenbach: Für die technische Umsetzung ist es unerlässlich, dass die Praxis ihren Sitz in der Region Heilbronn hat, eine Internetverbindung hat und mit einer gängigen Praxisverwaltungssoftware arbeitet. Für die AOK Baden-Württemberg, die sich an dem Vernetzungsprojekt beteiligt, stehen die Selektivvertragspraxen im Vordergrund.

MEDITIMES: Wer trägt die Kosten für das Projekt?

Welzenbach: Die beiden Krankenkassen, also die AOK Baden-Württemberg und die Audi BKK. Unser MEDI Verbund sorgt

für die Umsetzung und betreut die Praxen vor Ort. Die Firma MicroNova wiederum ist für alles Technische und für die Vernetzungssoftware zuständig.

» *Vernetzte Praxen haben andere Perspektiven im Gesundheitsmarkt* «

MEDITIMES: Welche konkreten Vorteile haben die Heilbronner Praxen von der Vernetzung?

Welzenbach: Zum einen können vernetzte Praxen besser miteinander kommunizieren. Ihnen stehen nun Informationen zur Patientenbehandlung zeitnah und strukturiert zur Verfügung. Das gilt auch für Vertretungsfälle. Zeitaufwendiges Sortieren, Einscannen oder Erstellen von

Arztbriefen wird reduziert oder entfällt ganz bei den Patienten, die im Rahmen der Vernetzung behandelt werden. Darüber hinaus verbessern vernetzte Praxen

ihre Position im Gesundheitsmarkt: Durch die Vernetzung wird die ambulante Versorgung politisch und wirtschaftlich gestärkt und zukunftsfähig gemacht, der Praxiswert steigt und neue Kooperationsformen werden möglich.

MEDITIMES: Frau Welzenbach, vielen Dank für das Gespräch. ■■

Das Interview führte Angelina Schütz



Vernetzung 2.0

Brief, Fax und Telefon gelten im Jahr 2015 als leicht angestaubt, sind zwischen Ärzten aber noch im Einsatz. Mit dem Vernetzungsprojekt in der GbR Heilbronn startet MEDI Baden-Württemberg einen Piloten zur horizontalen IT-Vernetzung von Haus- und Fachärzten. Im Zentrum steht die Praxissoftware ViViAN.

Horizontale Vernetzung bedeutet in erster Linie eine echte IT-Vernetzung. Eine unkomplizierte und sichere Übertragung von Daten aus einem Arzt-Computer auf den eines Kollegen. Zahllose Beispiele von beruflichen Kooperationen zeigen, dass die technischen Hürden nicht unüberwindlich sind. Nur für niedergelassene Ärzte ist die elektronische Vernetzung noch Zukunftsmusik, sodass in deutschen Arztpraxen der Austausch per Telefon, Fax und Brief leider nach wie vor zum Alltag gehört.

Die MEDI IT-Abteilung hat jedoch eine Lösung gefunden: Die Softwareschmiede MicroNova AG, die ein Programm namens ViViAN entwickelt hat. ViViAN steht für „virtuelle Vernetzung im Arztnetz“. Die Software vernetzt Ärzte technisch miteinander, sodass Daten aus der Praxis-

software ausgetauscht werden können. Wem bringt ViViAN was?

Patienten: Sie müssen keine kopierten Unterlagen mit sich herumtragen oder in der Erinnerung kramen, wenn der neue Arzt nach anamnestischen Einzelheiten fragt. Sie profitieren von einer MEDI Vernetzung aus einem Guss.

Ärzte: Haus- und Fachärzte verfügen über kürzere, direktere Kommunikationswege. Sie müssen nicht mehr auf Arztbriefe warten, Befunde und Berichte sind sicher und viel schneller als bisher verfügbar.


Personal: MFAs müssen keine Fremdbefunde mehr einscannen.

MEDI Baden-Württemberg: Der Verbund profitiert von einem neuen Image als innovativer Berater. Wer kann Ärzte und Ärztenetze besser und vor allem

praxisnäher über die Möglichkeiten kooperativer Strukturen informieren?

Diese Vorteile sieht auch der Heilbronner MEDI Sprecher Dr. Vassilios Vadokas. Er erinnert sich noch gut, dass die Kollegen anfangs etwas vorsichtig auf das neue Pilotprojekt reagierten. „Aber es wurde uns wiederholt erläutert, dass kein Risiko bestünde und dass wir die Praxissoftware nicht umstellen müssten“, beschreibt er. Letztlich leistete die MEDI Truppe um Dr. Werner Baumgärtner und die Vertreter von Audi BKK und AOK bei der Auftaktveranstaltung in Heilbronn die nötige Überzeugungsarbeit. „Heute sehen wir, dass die Vorteile überwiegen“, sagt Vadokas. Er ist sicher, dass eine IT-Vernetzung einerseits eine echte Arbeitserleichterung für die beteiligten Arztpraxen ist.

Die MicroNova AG stellt sich vor

- 1987: Gründung und erster Großauftrag für die Entwicklung der Basis-Software und Hardware für ein digitales Mehrprozessorsystem.
- 1993: Erstes großes Telekommunikations-Projekt.
- 1995: Entwicklung eines Fahrsimulators für Geländefahrzeuge und einer Bremsmanagement-Software für Schienenfahrzeuge.
- 2005: Konfigurationsmanagement für den Mobilfunkstandard UMTS, Entwicklung einer Management-Lösung zum Abgleich der Nachbarschaftsbeziehungen von Funkzellen für O2.
- 2010: Der 100. Mitarbeiter wird eingestellt.
- 2012: Neuer Geschäftsbereich eHealth & Medical IT, Vertrieb der medizinischen Dokumentationslösung VisioDok.
- 2015: ViViAN vernetzt Ärztenetze – die technologische Basis für eine integrierte, sektorenübergreifende Versorgung der Patienten.  ra

→ Weitere Infos auf www.micronova.de/ehealth.html



Vassilios Vadokas ist von dem Heilbronner Vernetzungsprojekt überzeugt.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei der Abbau von Bürokratie. „Man kann schneller und strukturierter arbeiten und muss weniger Personal für die Post, das Kopieren und Einscannen binden“, fasst er zusammen.

Praxis wird für Nachfolger attraktiver

Andererseits sieht er auch positive Signale im Hinblick auf den Wert der Praxen: „Für den Nachwuchs ist eine Praxis attraktiver, wenn dort neue Kooperationsformen eingeführt worden sind.“ Natürlich muss die Sicherheit der Datenübertragung gewährleistet sein. Als Facharzt für Neurochirurgie fasziniert ihn besonders die Möglichkeit, beim ersten Patientenkontakt auf die vom zuweisenden Kollegen dokumentierten Daten zugreifen zu können: „Diagnose, bisherige Therapie, Allergien und Medikamente – wenn man diese Daten kennt, erspart man sich im Gespräch viel Zeit“, weiß er.

Vor allem die Ergebnisse der bisher durchgeführten bildgebenden Verfahren sind für Vadokas ausgesprochen wichtig. Natürlich muss der Informationsfluss auch in der umgekehrten Richtung funktionieren. Aber selbst wenn es auch in Zukunft nicht schneller möglich ist, die Arztbriefe zu formulieren, haben die Zuweiser doch immerhin die Möglichkeit, auf das Datenpaket der neurochirurgischen Praxis zuzugreifen: Medikamente und Diagnosen wären sofort nach dem Eingriff bekannt. Alles in allem eine richtig gute Sache, findet der MEDI Arzt. Seinen Heilbronner Kollegen scheint es nicht anders zu gehen: 106 Ärzte und Psychotherapeuten haben sich für das Pilotprojekt gemeldet. Dabei war es vermutlich auch nicht ganz unwichtig, dass ihnen keine Kosten entstehen – die Finanzierung des Pilotprojekts übernehmen Audi BKK und AOK Baden-Württemberg.

So funktioniert ViViAN in der Praxis

Die MicroNova AG spielt bei dem Projekt mit ihrer Software ViViAN eine zentrale Rolle. Viele Ärzte reagieren vermutlich erst einmal grundsätzlich skeptisch, wenn über IT-Vernetzung gesprochen wird. Die Probleme mit der BDT-Schnittstelle und

NACHGEFRAGT BEI

Daniel Jozic

Leiter Vertrieb eHealth & Medical IT,
MicroNova AG



Ist das sicher?

MEDITIMES: Wie kommen die Daten mit ViViAN von Arzt zu Arzt?

Jozic: Eine Übermittlung der Daten findet nur zwischen den einzelnen Praxen statt, ohne Speicherung etwa in einer Cloud. Außerdem werden nur Daten übermittelt, wenn eine unterschriebene Einverständniserklärung des Patienten vorliegt, und ausschließlich zwischen Praxen, bei denen der Patient in Behandlung ist.

MEDITIMES: Garantieren Sie, dass die sensiblen Patientendaten geschützt sind?

Jozic: Ja, im Rahmen unseres Wirkungsbereichs vom PV-System über die Verbindung bis hin zum System des Empfängers. Wir nutzen aktuelle Sicherheitstechnologien und individuell für den Empfänger verschlüsselte Dateien. MicroNova hat die Konzepte und Workflows in puncto Sicherheit und Qualitätsmanagement während der Entwicklung der Software eng mit dem TÜV SÜD abgestimmt. Die verwendeten Schlüssellängen und kryptografischen Verfahren entsprechen den Emp-

fehlungen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Derzeit findet eine Zertifizierung beim unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz (ULD) in Schleswig-Holstein statt.

MEDITIMES: Also ein hundertprozentiger Schutz?

Jozic: Keine Technologie kann hundertprozentigen Schutz bieten. Allerdings wurde ein maximales Maß an Sicherheit implementiert; genau das lassen wir uns durch das ULD gerade bestätigen. Allerdings liegt der Schutz der IT, die in den Praxen vorhanden ist, nicht im Rahmen der Möglichkeiten, die MicroNova abdecken kann. Hat eine Praxis einen Internetzugang, sollte dieser durch entsprechende Maßnahmen wie Firewall, Virens Scanner etc. ausreichend gesichert werden, anderenfalls können hier – unabhängig von ViViAN – grundsätzlich Sicherheitslücken vorhanden sein. Dazu zählt etwa auch der Diebstahl von Hardware. Es gilt jedoch zu beachten, dass solche Herausforderungen auf jedes IT-System zutreffen, unabhängig von Hersteller oder Technologie. ■ ra

der elektronischen Gesundheitskarte haben verbrannte Erde hinterlassen, das wissen auch die MicroNova-Manager. Andererseits ist ViViAN „eine innovative Vernetzungslösung mit zahlreichen Vorteilen“, wie sie stolz mitteilen.

Man darf sich die Abläufe folgendermaßen vorstellen: Herr Rücken ist unser Beispiel-Patient, der mit Kreuzschmerzen zu seinem MEDI Hausarzt geht. Dort wird er nicht nur untersucht und beraten, sondern auch über die Praxis-Ver-

netzung informiert und er unterschreibt eine Einwilligungserklärung für die elektronische Weitergabe seiner Daten. Der Hausarzt erstellt mit einem Klick eine ViViAN-Netzakte aus den in der Praxissoftware hinterlegten Daten seines Patienten. Die Netzakte wird parallel auf dem Server der Praxis gespeichert. Es sind keine Veränderungen an Hard- oder Software dafür nötig. Mithilfe von Filtern und Versandregeln können die Ärzte in

Fortsetzung Seite 10

NACHGEFRAGT BEI

Jürgen Graf

Fachbereichsleiter Integriertes Leistungsmanagement, AOK Baden-Württemberg



»Wir erwarten uns Vorteile für Patienten«

MEDITIMES: Warum engagiert sich die AOK bei diesem Pilotprojekt?

Graf: Wir wollen die Vernetzung der Ärzte fördern, um damit eine noch bessere IT-gestützte effektive und effiziente Kooperation zu fördern. Dabei geht es vor allem um strukturierte Arztbriefe, die teilweise mittels der im Arztinformati-onssystem hinterlegten Informationen erstellt werden sollen, aber perspekti-


visch auch um ein besser abgestimmtes Medikationsmanagement oder einen elektronischen Terminservice.

MEDITIMES: Welche Rolle spielen die Hausarzt- und Facharztverträge dabei?

Graf: Das Projekt in Heilbronn erfolgt im Rahmen der HZV und der 73c-Verträge und stellt einen Pilottest dar. Wenn alles gut funktioniert, ist daran gedacht, die IT-

Vernetzung zwischen den Selektivvertragspraxen in ganz Baden-Württemberg auszurollen.

MEDITIMES: Erwarten Sie durch den elektronischen Datenaustausch zwischen den Ärzten auch Vorteile für Patienten?

Graf: Natürlich, anderenfalls könnten wir uns das ja fast schenken. Gerade der Patient soll davon profitieren, dass sich seine Ärzte besser und schneller abstimmen, konkrete Behandlungsinformationen untereinander austauschen und damit zielgenau Therapiemaßnahmen vorschlagen können. Auch hinsichtlich eines geplanten Terminservice ergeben sich aus Patientensicht unmittelbare Vorteile, wenn z.B. der Hausarzt direkt einen erforderlichen Facharzttermin elektronisch für seine Patienten buchen kann. 

ra

Fortsetzung Vernetzung 2.0

jedem Praxisnetz entscheiden, welche Daten sie normalerweise wie austauschen wollen. Zusätzlich hat jeder Arzt die Möglichkeit, individuelle Ausnahmen umzusetzen. Es ist also problemlos möglich, dass „heikle“ Diagnosen nicht in die Netzakte übernommen werden, damit sie die Praxis nicht verlassen.

Patienten müssen zustimmen

Die ViViAN-Patientenakte liegt nur auf dem Server des Hausarztes. Das ändert sich erst, wenn Herr Rücken in einer anderen Praxis auftaucht und dort seine Karte einlesen lässt. Erst dann werden die Daten aus der Hausarztpraxis direkt an die zweite Praxis übertragen – ohne Cloud und ohne zentralen Server. Unser Beispiel-Patient geht zum Netz-Orthopäden, wo dessen Praxissoftware dann automatisch anzeigt, dass es sich um einen Netzpatienten handelt. Sofern der Patient hier mit der Gesundheitskarte als Identifikationsmerkmal auftritt, kann die


Orthopädie-Praxis die hausärztlich freigegebenen Daten abrufen. Nicht als PDF oder Text, sondern die Praxis erhält strukturierte Daten, die direkt in die eigene Praxissoftware übernommen werden können. Eine echte Arbeitserleichterung, dass Daten nicht doppelt erfasst werden müssen. Wohlgermerkt: Es müssen nicht alle Daten in die eigene Praxissoftware übernommen werden, der Orthopäde kann auch nur einen Teil der Daten speichern oder lediglich einen orientierenden Blick auf die Infos werfen. Wenn er Daten übernimmt, bleibt das Merkmal erhalten, wer sie wann erhoben hat.

Von den hausärztlichen und orthopädisch erhobenen Daten profitiert wiederum der Neurochirurg, an den der Orthopäde Herrn Rücken schließlich überweist. Wenn er eingeschaltet wird, öffnet sich für ihn die ViViAN-Akte mit den Daten beider Vorbehandler.

Prinzipiell können alle Arten von Daten aus der Praxissoftware untereinander ausgetauscht werden. Neben ICD-Diagnosen, die übrigens beim Empfänger auf Wunsch auch direkt auf den aktuellen Schein des Patienten gebucht wer-

den können, sind das beispielsweise Anamnese, Medikamente, Allergien, Labordaten oder Therapieempfehlungen. Sowohl Schrift- als auch Bilddaten sind für den Austausch geeignet.

Technische Grundlage für die beschriebenen Abläufe ist eine von MicroNova patentierte Schnittstellentechnologie, die für die Kompatibilität mit allen gängigen Praxisverwaltungs-Systemen sorgt. ViViAN ist also nicht mit einer reinen Schnittstelle zu verwechseln, es handelt sich um eine „echte“ Softwarelösung.

Wie nützlich ViViAN im Praxisalltag sein kann, beschreibt eine Episode aus einem Praxisnetz, in dem schon länger mit dieser Software gearbeitet wird. Der Hausarzt ist im Urlaub, der Patient sitzt beim Vertretungsarzt und bittet um ein Rezept. An den Namen der Tabletten erinnert er sich gerade nicht, „die blauen“. Der Vertretungsarzt kann sich in der Netzakte sekundenschnell orientieren und das richtige Rezept mit seiner vorhandenen Praxissoftware ausdrucken. Genial, oder? 

Ruth Auschra

NACHGEFRAGT BEI

Andreas Brockmann

Bereichsleiter Politik und Strategie, Audi BKK



15 Jahre erfolgreiche Zusammenarbeit mit Ärztenetzen

MEDITIMES: Warum engagiert sich die Audi BKK bei diesem Pilotprojekt?

Brockmann: Die Audi BKK möchte die Ärzte der MEDI GbR Heilbronn unterstützen und ein fachübergreifendes Praxisnetz aufbauen. Die elektronische Vernetzung soll dazu beitragen, die Kommunikation auf Facharzt- und auf Hausarzebene zu verbessern, und so Vorteile für alle Beteiligten bieten. Wir sind davon überzeugt, dass eine enge Kooperation der beteiligten Ärzte untereinander und auch mit der Audi BKK die Versorgung der Patienten optimieren

wird. Wir als Audi BKK können auf inzwischen 15 Jahre erfolgreiche Zusammenarbeit mit Ärztenetzen zurückblicken.

MEDITIMES: Spielen die Hausarzt- und Facharztverträge von MEDI für Sie eine Rolle dabei?

Brockmann: Ja. Die Audi BKK möchte im Lauf des Jahres Facharztverträge mit dem MEDI Verbund abschließen. Teilnehmer der Facharztverträge können alle Versicherten sein, die in der HZV in Baden-Württemberg eingeschrieben sind.

MEDITIMES: Welche Vorteile erwarten Sie vom elektronischen Datenaustausch zwischen den Ärzten für die Patienten?

Brockmann: Eine neue Versorgungsstruktur mit besonderer Qualität, insbesondere durch Behandlungskoordination: Alle beteiligten Ärzte können die Behandlungsdaten zusammenführen, die Dokumentation wird insgesamt vereinheitlicht. Die Abstimmung zwischen Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen wird vereinfacht, auch eine schnelle Terminvergabe bei Fachärzten inklusive Wiedervorstellungsmanagement wird erleichtert. Unser vorrangiges Ziel bei diesem Projekt ist die Optimierung der Versorgung für unsere Versicherten. Daneben erwarten wir durch die umfassende und schnelle Information der Ärzte eine bessere Abstimmung der Behandlungspfade und letztlich eine Senkung der stationären Einweisungen – auch davon profitieren die Patienten. 🇩🇪

ra

Vernetzung als Antwort auf unsichere Rahmenbedingungen

Für die Gesundheit werden jährlich 11,6% des Bruttoinlandprodukts aufgewandt – trotzdem rufen alle Beteiligten im Gesundheitswesen ständig nach mehr Geld. Bei einer politischen Diskussion darüber, wie sich die Risiken im Gesundheitswesen gerecht verteilen lassen, sah MEDI Vize Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon die niedergelassenen Ärzte in vernetzten Strukturen besser aufgehoben.



Der Wettbewerb im Gesundheitswesen hat sich verschärft, so Ekkehard Ruebsam-Simon.

„Irgendetwas machen wir falsch“, stellte Prof. Jörg Martin, Direktor des Klinik-Verbundes Ludwigsburg-Bietigheim, beim 7. Netzwerkertreffen auf der Medizin-Messe in Stuttgart fest. Denn ein Großteil der Kliniken schreibt rote Zahlen, trotz enormer Effizienzsteigerung in den letzten Jahren. Eine Ursache der Fehlentwicklung sieht er in den bestehenden Sektorengrenzen. Wenn Krankenhäuser ambulant tätig werden, etwa in der Notfallversorgung, zahlen sie drauf.

Aber auch der ambulante Sektor leidet unter der Fehlentwicklung, bestätigte Ruebsam-Simon. Seit Jahren werde über die Gerechtigkeit bei der Risikoverteilung diskutiert, doch sei das wohl eher eine Zielvorstellung als eine reale Gegebenheit. Ärztliche Tätigkeit ist per se mit Risiko behaftet, weshalb ein Risikomanagement unumgänglich ist. Risiken bestehen in den strukturellen und technischen Voraussetzungen der ärztlichen Berufsausübung. Bei der Zusammenarbeit in großen Praxen oder Gemeinschaftspraxen entstehen zusätzliche soziale Risiken und schließlich existieren psychische Risiken, etwa durch Medikamentenmissbrauch, Alkohol oder psychische Erkrankungen.

»Für Vertragsärzte gibt es keine Rechtssicherheit«

Hinter der Frage nach der gerechten Verteilung von Risiken stecke oft Angst, stellte Ruebsam-Simon fest. Insbesondere für die Vertragsärzte gebe es keine

Rechtssicherheit. Weder gibt es sichere Rahmenbedingungen für ihre Tätigkeit noch feste Preise. Wenn neue Leistungen eingeführt werden, geschieht das nach dem Prinzip „rechte Tasche, linke Tasche“. Und das Instrument Regress „hängt ständig als Knüppel an der Wand, selbst wenn es nur wenig genutzt wird. Man weiß ja, dass unbewusst wirkende Drohungen wirkmächtiger sind als akute Bestrafungen“, so Ruebsam-Simon.

»Wer in vernetzten Strukturen arbeitet, muss klare Ziele definieren«

Mit dem neuen Versorgungsstärkungsgesetz kommen neue Regularien: Sämtliche Tätigkeiten der Vertragsärzte sollen dann unter Prüfvorbehalt gestellt werden. Echte Sicherheiten gebe es deshalb für die Vertragsärzte nicht. „Wir arbeiten mit Pseudosicherheiten“, so der MEDI Vize.

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens führe zur Bildung von Oligopolen bei Nachfragern und Anbietern. Ärztekammern und KVen hätten einmal die Aufgabe gehabt, Schutzwirkung für die darin Tätigen zu entfalten. „Man hat damit gleichzeitig einen wettbewerbsfreien Raum etabliert – umso härter ist die Begegnung mit dem Wettbewerb im Gesundheitswesen jetzt“, bilanzierte Ruebsam-Simon.

Durch mehr ambulante Medizin soll der Kliniksektor entlastet werden. Besser wäre es, die Versorgungsqualität als Maßstab zu nehmen, findet der MEDI Mann. Der Wettbewerb um die bessere Versorgung führe allerdings auch zu Kollateralschäden. Die KVen werden systematisch weiter beschnitten – damit bleibt auch das System weiter unsicher.

Besonders auffällig zeige sich das an der jungen Ärztegeneration mit einem hohen Frauenanteil: Einem Großteil mache die Freiberuflichkeit offenbar Angst. Daher lässt man sich lieber zu festen Bedingungen anstellen.

Für Ruebsam-Simon gibt es nur einen Weg: Eine partnerschaftliche und an genauen Zielen orientierte Versorgung der Patienten in vernetzten Strukturen kann zum Erfolg führen. Eine gerechte Verteilung von Risiken werde es wohl unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht geben. ■

Klaus Schmidt



Ansprechpartnerinnen für Praxen und Patienten: Julia Schmid, Mandy Sänger und Nadja El-Kurd.

So unterstützt der Soziale Dienst der AOK Praxen vor Ort

Oftmals sind es Faktoren aus dem sozialen Umfeld, die die gesundheitliche Situation von Patienten und den Erfolg einer Behandlung beeinflussen. Insbesondere in den Hausarzt- und Facharztverträgen gibt es deshalb die Möglichkeit, den Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg hinzuzuziehen.

Eine der wesentlichen Aufgaben des Sozialen Dienstes ist es, durch die Zusammenarbeit mit den Praxen bei einzelnen Patienten eine stabile Gesamtversorgungssituation zu erreichen. Dazu gehören auch die Vermittlung weiterer Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen und Institutionen, erläutert die Sozialpädagogin Nadja El-Kurd aus dem Fachbereich Versorgungsmanagement der AOK-Hauptverwaltung in Stuttgart.

Der Soziale Dienst werde gelegentlich mit dem MDK verwechselt, berichtet El-Kurd. „Wir sind eine eigenständige Organisationseinheit innerhalb der AOK mit einem eigenständigen Auftrag, nämlich eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Der MDK hingegen ist für alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen tätig“, erläutert sie.

Im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg arbeiten ausschließlich Sozialpädagogen mit einem abgeschlos-

senen Hochschulstudium und Berufserfahrungen im Gesundheitswesen. Viele der landesweit 186 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben sich zusätzlich weitergebildet und spezialisiert, sind in der Pflegeberatung tätig oder kümmern sich beispielsweise um die psychoonkologische Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs.

Vertraglich verankert

Im Rahmen der Selektivverträge ist der Soziale Dienst im PNP-Vertrag und im Orthopädievertrag vertraglich verankert. Für die HZV gibt es eine solche Vereinbarung nicht. „Es bestehen aber schon seit Langem mit vielen Hausärzten Kooperationen“, berichtet El-Kurd.

Die Teilnahme am Sozialen Dienst ist für Arzt und Patient immer freiwillig. Typischerweise kann er in Anspruch genommen werden, wenn eine Erkrankung über eine längere Zeit besteht. Wie etwa bei Patienten mit Krebs oder einer psychischen Erkrankung, wenn eine arbeitsplatzbedingte Erkrankung oder eine schwierige familiäre Situation besteht, die über kurz oder lang zu einer Chronifizierung der Beschwerden mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten führen könnte. „Wir wollen möglichst frühzeitig mit solchen Patienten in Kontakt treten, um zu einer Stabilisierung der Lebenslage beizutragen“, erläutert El-Kurd.

Im Kontakt mit den Praxen

Was „Stabilisierung der Lebenslage“ in ihrem Fachgebiet bedeuten kann, berichtet Dipl.-Psych. Carolin Knorr, die in Merzhausen und Emmendingen als Psychotherapeutin niedergelassen ist. „In meiner

Praxis sind viele Patienten, die vorher in einer psychiatrischen Klinik oder in einer psychosomatischen Fachklinik waren und die sich oft aufgrund ihrer Erkrankung mit dem Ausfüllen von Formularen bei Ämtern und Behörden überfordert fühlen. Einige meiner Patientinnen und Patienten haben mit existenziellen Geldsorgen zu kämpfen. Manche haben keine eigene Wohnung mehr oder müssen aus Geldnot ausziehen und haben große Schwierigkeiten, eine neue Wohnung zu finden“, erklärt Knorr.

Die Behandlung einer Depression etwa sei unter solchen Bedingungen sehr schwierig. Umgekehrt trage eine Verbesserung im sozialen Bereich auch zu einer wesentlichen Verbesserung der Symptomatik bei. Außerdem sei psychotherapeutisches Arbeiten im engeren Sinn ja erst möglich, wenn existenzielle Nöte geklärt sind.

Knorr nimmt von Anfang an am PNP-Vertrag teil. „Früher habe ich mich um diese Dinge immer selbst gekümmert und Zeit von der psychotherapeutischen Arbeit abgezwickelt“. Jetzt rufe sie, wenn der Patient einverstanden ist, bei Mandy Sängler in der zuständigen Bezirksdirektion der AOK an, „die kümmert sich dann darum“, berichtet Knorr.

Sängler, die ihr Büro in Freiburg hat, steht in ständigem Kontakt mit den Therapeuten, um sich über den jeweils aktuellen Stand auszutauschen. Einmal pro Woche steht sie Patienten, die ihre Hilfe benötigen, auch in Mühlheim und in Bad Krozingen zur Verfügung. Bei Bedarf, etwa



Carolin Knorr hat nun mehr Zeit für die Behandlung ihrer Patienten.

STIMMEN AUS DEN MEDI PRAXEN

»Manche Patienten benötigen eine individuelle, ressourcenorientierte Unterstützung. Der Soziale Dienst entlastet mich und ich kann die Zeit mit therapeutischen Interventionen nutzen.«

Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf, Psychotherapeut, Esslingen

»Ich habe meinen Vater vom Sozialen Dienst betreuen lassen. Ich glaube, das sagt alles. Ich bin sehr zufrieden. Und wenn man als Arzt beispielsweise eine sozialrechtliche Frage hat, bekommt man beim Sozialen Dienst eine kompetente Antwort. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind gut ausgebildet.«

Uwe Gräter, Facharzt für Allgemeinmedizin, Möglingen

»Die Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst bietet mir die Möglichkeit einer effektiven, bürokratiearmen und umfassenden Patientenversorgung im Sinne einer konzertierten Aktion für die Gesundheit des Patienten.«

Dr. Elisabeth Koch, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Erbach

bei Patienten mit einer schweren Krebserkrankung, macht sie auch Hausbesuche.

Ihre Arbeit habe viel mit Anträgen, mit der Hilfe beim Ausfüllen von Unterlagen, der Vermittlung von Terminen bei Behörden, aber auch von Therapieplätzen zu tun, berichtet die AOK-Mitarbeiterin. Wie z.B. bei einer Frau mit zwei kleinen Kindern, die im Zusammenhang mit ihrer Scheidung wegen einer depressiven Episode in psychotherapeutischer Behandlung war. In diesem Fall habe sie für die Kinder eine Betreuung organisiert, Hilfestellung beim Thema Unterhalt gegeben und andere Unterstützungen geleistet, „sodass nach und nach eine gewisse Struktur im Alltag geschaffen werden konnte“, sagt Sängler.

Pflege - ein häufiges Thema beim Hausarzt

Auch Hausarztpraxen können den Sozialen Dienst einbeziehen, wenn sie bei Versicherten, die im AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben sind, Unterstützungsbedarf, etwa wegen einer chronischen Erkrankung oder einer Krebserkrankung, sehen. „Das funktioniert ganz unkompliziert“, berichtet Bettina Duda, Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) aus der Praxis Dr. Pablo Pujol und Andrea Pujol in Stuttgart. Wenn die Patienten ihr Einverständnis erklärt haben, dass der Soziale Dienst hinzugezogen werden darf, schickt sie ein Fax an

Fortsetzung Seite 16

Fortsetzung

So unterstützt der Soziale Dienst Praxen vor Ort




Der Soziale Dienst kann auch bei Hausbesuchen hilfreich sein, findet Bettina Duda.

ihre Ansprechpartnerin Julia Schmid beim Sozialen Dienst. „Die kümmert sich dann um alles Weitere“, so Duda.

„Häufig geht es um das Thema Pflege“, erklärt Schmid. „Wir beraten die Patienten, was in der ambulanten Pflege möglich ist, und kümmern uns um die erforderlichen Hilfsmittel wie etwa ein Pflegebett oder einen Toilettenstuhl. Für die Hausarztpraxis ist das eine enorme Entlastung“, betont VERAH Duda, die seit 22 Jahren in ihrem Beruf tätig ist. „Das kann eine Praxis nicht leisten“.

Duda und Schmid waren auch schon gemeinsam auf Hausbesuch. „Ich sehe bei meinen Hausbesuchen, was läuft und wo Hilfe notwendig ist“, berichtet Duda. Wie z.B. bei einem älteren Paar: Der Mann lag im Krankenhaus, die Frau hatte sich eine Woche später bei einem Sturz verletzt und konnte sich nicht mehr um ihren Lebensgefährten kümmern. „Beide sind eigentlich noch sehr mobil, konnten sich in der Situation aber nicht mehr gegenseitig helfen“, erzählt Duda. Zusammen mit Julia Schmid wurden die notwendigen Hilfen organisiert.

Aufgaben

Der Soziale Dienst ergänzt die medizinische bzw. therapeutische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um gemeinsam mit der Praxis des behandelnden Arztes oder des Therapeuten eine stabile Grundversorgungssituation herzustellen. Dazu gehören auch Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. In einem Gespräch analysiert eine Sozialpädagogin oder ein Sozialpädagoge den Bedarf, stimmt mit dem Patienten und eventuell mit der Praxis einen Versorgungsplan ab und unterstützt ihn bei der Durchführung. 

js

„Um unsere Arbeit noch besser kennenzulernen, können VERAHS bei uns auch hospitieren“, erklärt Schmid. Auch wünsche sie sich eine noch engere Zusammenarbeit im Rahmen der Selektivverträge. „Es wäre sinnvoll, wenn noch mehr Patienten den Weg zu uns finden, bevor sich eine psychische Erkrankung chronifiziert“, erklärt Schmid. Denn je früher ein Kontakt besteht, umso eher können auch begleitende Maßnahmen eingeleitet werden. „Gerade bei psychischen Problemen gibt es sehr viele Unterstützungsmöglichkeiten, von denen die Betroffenen oft gar nichts wissen“, sagt sie.

Anfangs skeptisch

Nicht immer stößt der Soziale Dienst bei den Praxen sofort auf offene Ohren. Dr. Monika Zeller z. B., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Stuttgart, sei anfangs sehr skeptisch gewesen. Sie habe früher öfter den Eindruck gehabt, dass sich Patienten, die länger krankgeschrieben waren, bedrängt fühlten. Gerade bei psychisch Kranken sei das kontraproduktiv.

Inzwischen wisse sie aber, was der Soziale Dienst im Rahmen des PNP-Vertrags leisten kann, betont Zeller. „Ich nutze den Dienst vor allem, wenn es

darum geht, für einen Patienten eine berufliche oder medizinische Rehabilitation zu organisieren. Viele unserer Patienten sind damit überfordert und als Praxis können wir uns darum eigentlich nicht kümmern.“

Der Soziale Dienst könne sich auch um die stufenweise Wiedereingliederung ins Erwerbsleben kümmern und entsprechende Kontakte zu Arbeitgebern herstellen. „Da entsteht ein Synergismus, der auch für den Therapieerfolg nützlich ist“, betont die Ärztin. Häufig handele es sich um psychisch Kranke, bei denen eine Therapie erst nach einigen Monaten anschlägt und die ihr Leben dann wieder eigenständig führen können, in der Übergangszeit aber noch Unterstützung benötigen. Nicht immer kommen die Patienten oder deren Angehörige selbst damit zurecht, berichtet Zeller.

Seit etwa einem Jahr nutzt Zeller die Möglichkeit, bei Bedarf den Sozialen Dienst einzuschalten. Positiv sei, dass sie immer eine Ansprechpartnerin hat „und nicht für jeden Stadtteil eine andere“. Am Telefon lasse sich vieles regeln. Wenn sie den Eindruck habe, der Soziale Dienst mache bei einem Patienten momentan „zu viel des Guten“ oder etwas laufe in die falsche Richtung, greife sie zum Hörer. So sei im Laufe der Zeit eine recht gute Zusammenarbeit entstanden, betont die Ärztin.



Anfangs skeptisch, nutzt Monika Zeller den Dienst der AOK inzwischen gern.

Orthopädievertrag mit interdisziplinärer Fallkonferenz

Eine Besonderheit im Orthopädievertrag sind die interdisziplinären Fallkonferenzen der behandelnden Hausärzte und Fachärzte für besonders komplexe Versorgungssituationen. Eine Fallkonferenz kann bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen einberufen werden, wenn erhebliche psychosoziale Risikofaktoren bestehen, die zu einer Chronifizierung führen können. Zu solchen Fallkonferenzen kann im Bedarfsfall über den Hausarzt auch der Soziale Dienst hinzugezogen werden.

Er habe bisher drei Patienten in einer Fallkonferenz mit dem Hausarzt und einem Neurologen besprochen, berichtet der Orthopäde Reinhard Deinfelder aus Donzdorf. Die Patienten, die einwilligen müssen, dass ihr Fall in einer Konferenz besprochen werden soll, werden zur weiteren Abklärung zunächst zum Neurologen geschickt, wo sie innerhalb




„Der Soziale Dienst kann auch zu Fallkonferenzen hinzugezogen werden“, so Reinhard Deinfelder.

von 14 Tagen einen Termin bekommen.

In einer Telefonkonferenz, die im Normalfall etwa eine halbe Stunde dauert, werden die Vorgeschichte und Diagnosen eines Patienten aus Sicht der verschiedenen Fachdisziplinen besprochen. „Vom Hausarzt erfährt man etwas

über das häusliche und berufliche Umfeld. Darüber berichten die Patienten beim Orthopäden in der Regel nicht“, weiß Deinfelder. „Jeder schildert den Patienten aus seiner Sicht und wir suchen dann einen Konsens, wie es weitergehen könnte“.

Wie z.B. bei einer Patientin mit Rückenschmerzen, die sich zu Hause ganz allein um einen Pflegefall gekümmert hat und bei der eine Hilfe von außen dringend erforderlich war. In einem anderen Fall war ein Kontakt zum Arbeitsamt bzw. zum Betriebsrat sinnvoll, weil die Arbeitsplatzsituation wesentlich zu den Rückenschmerzen beigetragen hatte.

Deinfelder räumt ein, dass solche komplexen Krankheitssituationen in einer orthopädischen Praxis „nicht jeden Tag vorkommen“. In den Fällen, in denen er bisher eine Fallkonferenz initiiert hatte, sei der fachliche Austausch aber hilfreich gewesen. „Ich kann das nur wärmstens empfehlen“, sagt Deinfelder. 

Jürgen Stoschek

KURZ NOTIERT



Foto: fotolia

Urologievertrag in Arbeit

Derzeit definieren die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK gemeinsam mit dem MEDI Verbund und den Berufsverbänden die Versorgungsschwerpunkte und bereiten die entsprechenden Vertragstexte vor. Im Fokus stehen bislang die Prävention und Behandlung von Karzinomen des Urogenitaltrakts. Weitere wichtige Indikationsbereiche wie z.B. nichtobstruktive Pyelonephritis oder Infektionen des Urogenitaltrakts werden folgen. Voraussichtlich wird der Vertragstext inklusive Anlagen im Sommer vorliegen. ■

500 Ärzte im Orthopädievertrag

Seit fünf Quartalen boomt der Facharztvertrag Orthopädie mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK. Aktuell nehmen 500 Orthopäden, Unfallchirurgen und Chirurgen daran teil. Der durchschnittliche Fallwert für ausschließlich konservativ tätige Ärzte betrug im 4. Quartal letzten Jahres 86 Euro und für operativ tätige Ärzte 111 Euro (exklusive Sachkosten). Verglichen mit dem durchschnittlichen KV-Fallwert war das ein Honorarplus von über 40%.

Auch bei den Versicherten kommt der Orthopädievertrag gut an: 2014 wurden 210.425 AOK-Patienten und 5.538 Patienten der Bosch BKK behandelt.

333 VERAHmobil-Autos

Knapp zwei Jahre nach ihrer Einführung sind inzwischen 333 VERAHmobil-Fahrzeuge im Einsatz. Hausärzte im Südwesten, die an der HZV teilnehmen und eine VERAH beschäftigen, können den VW up! zu Sonderkonditionen leasen. ■

wf, so, as



Neuro-EFAs nehmen ihre Arbeit auf

40 Entlastungsassistentinnen in der Facharztpraxis (EFAs) hat das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde (IFFM) in den letzten Wochen und Monaten für das Modul Neurologie im PNP-Vertrag geschult. Die ersten haben ihre Arbeit in den Praxen aufgenommen.

Das IFFM hat die Curricula für die je 20-stündige Fortbildung der Neuro-EFAs auf die im Vertragsmodul Neurologie zuschlagsberechtigten Krankheitsbilder Demenz, Multiple Sklerose, Parkinson und Epilepsie zugeschnitten. Die neu geschulten Entlastungsassistentinnen werden wie folgt eingesetzt:

Krankheitsbild	Anzahl der EFAs
Demenz	12 EFAs
Multiple Sklerose	8 EFAs
Parkinson	10 EFAs
Epilepsie	10 EFAs

Zu den neuen Aufgabenfeldern der EFAs zählen die Begleitung des Patienten bei der Diagnostik und speziell bei der Therapie, die Patientenführung und Qualitätssicherung sowie das Kodier- und Medikamentenmanagement.

So rechnen Sie richtig ab

Bestandteil dieser Weiterentwicklung im Vertragsmodul Neurologie ist auch die entsprechende Vergütungssystematik. So erhalten alle teilnehmenden Praxen bei vertragskonformer Kodierung der Krankheitsbilder automatisch den EFA-Zuschlag in Höhe von fünf Euro pro Quartal und Fall auf die jeweilige Zusatzpauschale.

Je Patient und Quartal kann nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden. Für den EFA-Zuschlag gilt das grundsätzlich analog. Abweichend hiervon wird der EFA-Zuschlag bei Fällen, in denen die Diagnose Parkinson und Demenz gleichzeitig vorliegt, doppelt zugesetzt. Das soll die häufige Komorbidität angemessen berücksichtigen. Dafür müssen mit der Abrechnung beide Zusatzpauschalen (nur eine wird vergütet) per Vertragssoftware übermittelt werden. ■

Alexander Bieg

ABRECHNUNG



Foto: fotolia

Neuerungen im PNP-Vertrag

In den Modulen Psychotherapie und Neurologie des PNP-Vertrags wurde die Vergütung bei einigen Positionen angehoben. Die Änderungen gelten seit dem 1. April.

Psychotherapie

Für das Modul Psychotherapie haben die Vertragspartner eine Regelung geschaffen, die es ermöglicht, dass die Gruppentherapie auch nach sechs Quartalen noch „niederfrequent“, also im Rhythmus der niederfrequenten Einzeltherapie (PTE4)

und mit sechs Einheiten à 100 Minuten pro Quartal, weitergeführt werden kann. Außerdem wurden die Vergütungen für die weiterbehandelnde Einzeltherapie (PTE3) und die niederfrequente Therapie (PTE4) von 82 Euro auf 84,50 Euro angehoben.

Neurologie

Im Modul Neurologie gibt es seit April zwei Neuerungen. Zum einen wird die Vergütung für den 2. Diagnostikzuschlag (NZ2B) um 6,50 Euro erhöht. Damit wird der Aufwand für diagnostische Fälle, die in mehr als einem Quartal in der Praxis neurologisch behandelt und abgerechnet werden, anstatt wie früher mit 18,50 Euro nun mit 25 Euro vergütet.

Zum anderen wird die neue Abrechnungsziffer NZ3 (psychiatrischer Komplikationszuschlag im Modul Neurologie) eingeführt. Sie gilt für Patienten, bei denen neben einer neurologischen auch eine psychiatrische Erkrankung mitbehandelt wird. Zum Redaktionsschluss befanden sich die Vertragspartner noch in der Abstimmung, unter welchen Voraussetzungen „rein neurologisch tätige Praxen“ die Pauschale von 22 Euro einmal pro Quartal abrechnen werden können. ■

wf

→ [Details zu den Änderungen finden Sie auch auf www.medi-verbund.de/375.html](https://www.medi-verbund.de/375.html)

Darm-Check 2015. Jetzt fällig.



Sprechen Sie jetzt mit Ihrem Arzt und vereinbaren Sie für Ihre Sicherheit einen Termin zur Darmspiegelung!

Darm-Check 2014 ist ein kostenloses Vorsorgeangebot für alle Teilnehmer am Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK ab 50 Jahren. Bei keiner anderen Krebsart kann durch die Früherkennung so viel erreicht werden. Nach Einführung der Früherkennung sind durch die Darmspiegelung im Zeitraum 2002 bis 2010 bundesweit schon über 100.000 Darmkrebsfälle verhindert und 50.000 Krebsfälle in frühen, heilbaren Stadien entdeckt worden.

Darmspiegelung ist effektiv, sicher und schmerzfrei.

www.darmcheck2015.de

Eine Vorsorgeinitiative von:



Darm-Check 2015: Hausärzte sind gefragt

Ab April startet die gemeinsame Aktion „Darm-Check 2015“ der Vertragspartner des Facharztprogramms in Baden-Württemberg. Wie bereits im letzten Jahr wird die AOK Baden-Württemberg neben den neuen 55- bis 59-jährigen HZV-Versicherten auch die 50- bis 54-jährigen anschreiben.

Im Gegensatz zur Regelversorgung übernehmen die AOK und die Bosch BKK für Versicherte, die am Facharztprogramm teilnehmen, die Kosten für die Vorsorgeuntersuchung bereits ab dem 50. Geburtstag. Dieser Schritt orientiert sich am Inhalt der aktuellen Leitlinien zur Darmkrebsvorsorge.

Mit ihrer Aktion möchten Ärzteverbände und Krankenkassen erreichen, dass die Inanspruchnahme der Vorsorgekoloskopie als effektivste Früherkennungsmaßnahme gegen Darmkrebs weiter zunimmt. Deswegen appellieren sie insbesondere an die HZV-Ärzte, aktiver auf die infrage kommenden Patienten zuzugehen.

Neben bereits eingeschriebenen Versicherten im Facharztprogramm können

unter bestimmten Voraussetzungen auch HZV-Versicherte vom Darm-Check 2015 Gebrauch machen. Voraussetzung hierfür sind die Einschreibung in das Facharztprogramm beim Hausarzt oder durch den behandelnden Gastroenterologen sowie die Abrechnung der Leistung im Rahmen der Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) im Facharztvertrag.

Die Bosch BKK bewirbt außerdem in ihrer Darm-Check-Aktion traditionell gemeinsam mit dem werksärztlichen Dienst der Firma Bosch den Stuhltest. Selbstverständlich können Ärzte auch für HZV-Versicherte der Bosch BKK Vorsorgekoloskopien erbringen, wenn diese zum Facharztprogramm der Bosch BKK zugelassen sind. ■

eb

DAK-Psychotherapievertrag soll in diesem Jahr kommen

Dementsprechend gut schreiten die Verhandlungen mit der DAK-Gesundheit voran, hieß es aus der Vertragsabteilung der MEDIVERBUND AG. Das Konzept und die wesentlichen Inhalte stehen bereits fest, zwischenzeitlich haben die Vertragspartner auch mit den technischen Vorbereitungen für die Umsetzung des Vertrags begonnen.

Mit dem Psychotherapievertrag wollen die DAK-Gesundheit, MEDI Baden-Württemberg und die MEDIVERBUND

AG ihren ersten gemeinsamen Facharztvertrag nach §73c SGB V im Südwesten starten. Genau wie der PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK wird auch der DAK-Vertrag allen Ärzten und Psychotherapeuten im Land offenstehen. Ärzte und Therapeuten, die bereits am PNP-Vertrag teilnehmen, bringen das notwendige Know-how und die Voraussetzungen für die bevorstehenden DAK-Vertragsschulungen bereits mit.

Der neue Vertrag wird die Teilnahme

aller DAK-Versicherten vorsehen, bei denen die Indikation einer Psychotherapie nach den Diagnosen des ICD-10 Kapitels F besteht – auch wenn sie nicht in die HZV eingeschrieben sind. Leistungsangebot und Vergütung werden sich am bekannten PNP-Vertrag orientieren.

Über die genauen Beitrittsvoraussetzungen und Vertragsinhalte wird die MEDIVERBUND AG die Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzte in Baden-Württemberg rechtzeitig informieren. Darüber hinaus werden die Partner entsprechendes Informationsmaterial vorbereiten und Vertragsveranstaltungen organisieren. ■

wf

MEDI Südwest punktet mit neuen QM-Schulungen

„Eine Patientin, 25 Jahre, schlank, rötliches Haar, kommt zu Ihnen in die Praxis. Sie soll wegen ihrer Gräserpollenallergie eine Desensibilisierung bekommen. Was müssen Sie bedenken?“ Mit solchen Fragen fühlte Dr. Friedel Rohr den 110 Ärzten und Arzthelferinnen auf den Zahn, die zu einem QM-Schulungstag nach Alzey gekommen waren. Eingeladen dazu hatte MEDI Südwest.

Notfälle, Datenschutz, Hygiene und Brandschutz in der Praxis waren die Themen, die zunächst in Alzey und später beim Wiederholungsseminar in Leimersheim in der Südpfalz behandelt wurden. In diesen Bereichen müssen Ärzte und MFAs laut Gesetz regelmäßig Belehrungen erhalten. Wie diese aber genau aussehen sollen, ist nicht vorgegeben. „Wir von MEDI Südwest hatten den Eindruck, dass in vielen Praxen einfach zu wenig passiert, weil im Alltag weder die Zeit noch die Möglichkeit besteht, das zu organisieren. Die große Nachfrage an unserem Seminar zeigt, dass wir damit offensichtlich richtiglagen“, so Dr. Ralf Schneider, Vorsitzender von MEDI Südwest und Facharzt für Allgemeinmedizin mit Praxis in Alzey.

MEDI Arzt Holger Werner, Orthopäde mit Praxis in Germersheim, bestätigt diesen Eindruck. „Manche Kollegen haben die Belehrungen bisher selbst gemacht und mussten sich das Fachwissen dafür zunächst aneignen. Oder wir mussten uns darum kümmern, eine externe Kraft zu bekommen.“ Das sei bisweilen sehr aufwendig und nicht in jedem Fall zufriedenstellend abgelaufen. Dagegen hatte die MEDI Veranstaltung nach einhelliger Meinung ein durchweg gutes Niveau.

Notfälle gehören nicht überall zum Alltag

Bei beiden Seminaren übernahm Referent Rohr aus Framersheim das Gebiet „Notfälle in der Arztpraxis“. Rohr ist MEDI Mitglied und seit über 20 Jahren als Not-

arzt tätig, lange Zeit davon als Leitender Notarzt für den Bereich Alzey-Worms. „Er ist also ausgewiesener Experte auf diesem Gebiet und versteht es zudem, seine Themen praxisnah und lebendig aufzubereiten“, so Schneider über seinen Kollegen. Rohr ließ beispielsweise zu Beginn alle Anwesenden die stabile Seitenlage üben. „Natürlich sind auch bei den Helferinnen die wichtigsten Handgriffe be-

ins Schleudern. Rohr sprach über den Einsatz von Antihistaminika und Glukokortikoiden und machte klar, dass im Falle einer Bewusstlosigkeit eine Adrenalingabe unverzichtbar ist. Er riet den Arzthelferinnen, in jedem Notfall sofort einen Zugang zu legen, damit keine für die Behandlung wertvolle Zeit verstreiche. „Ein allergischer Schock kann schnell lebensgefährlich werden und erfordert immer einen Arzt“, so Rohr. Falls der in der Praxis nicht erreichbar sei, müsse die 112 gewählt werden. „Nicht die 110, dann kommt die Polizei“, gab er mit auf den Weg.

Viagra-Einnahme abgefragt?

Rohr brachte die Teilnehmer auch in der Theorie auf den neuesten Stand in der Notfallmedizin. So gehe man heute nach zahlreichen Studien davon aus, dass es nichts bringe, bei einer Ohnmacht die Beine hochzulagern. „Früher galt das als absolutes Muss“, erläuterte Rohr vor manchem erstaunten Teilnehmer.

Auch aus dem Bereich der Medikamentenverordnung hatte der Notarzt ein eindrucksvolles Beispiel für die Seminar Teilnehmer. So wisse zwar jeder Rettungs-

»Auch Medikamenteneinnahme und Datenschutz waren ein Thema«

kennt, aber das Wissen müsse immer wieder aufgefrischt werden. Denn wenn es hart auf hart kommt, haben wir keine Zeit zum Überlegen oder um nachzufragen“, erläuterte Schneider. MFA Jutta Fuchs ergänzte: „In unserer Ausbildung haben wir das alles einmal gelernt“, aber im Laufe der Jahre gehe das Wissen einfach verloren. Und Notfälle gehörten in vielen Arztpraxen nun einmal nicht zum Alltag.

Im besagten Fall der rothaarigen Patientin wussten die meisten Anwesenden zwar schon, dass Menschen dieses Haar- und Hauttyps oft überempfindlich reagieren und zu Allergien neigen. Was sie allerdings bei einem anaphylaktischen Schock konkret zu tun hätten, diese Frage brachte dann doch einige Teilnehmer

assistent, aber eben nur wenige Arzthelferinnen, dass einem männlichen Patienten mit Herzinfarkt-Symptomen niemals das in diesen Fällen eigentlich angezeigte Nitro verabreicht werden dürfe, wenn der zuvor Viagra eingenommen habe. „Es kann überlebenswichtig sein, dass Sie das abfragen“, mahnte Rohr die Zuhörer.

Ein weiteres sensibles Thema bei der Veranstaltung war der Datenschutz. „Wir müssen da den Spagat schaffen zwischen der Offenheit dem Patienten gegenüber und der absoluten Diskretion“, machte Schneider deutlich. Es dürfe nicht passieren, dass Umstehende mitbekämen, weswegen ein Patient in die Praxis komme – „zumindest dürfen sie es nicht von uns erfahren“, so Schneider. „Wir haben aus



Referent Friedel Rohr ist seit über 20 Jahren als Notarzt im Einsatz.

diesem Grund in unserer Praxis eine zusätzliche Telefonverbindung in einem separaten Raum hergestellt, damit die Mitarbeiterin dort ungestört und ohne Zuhörer offen mit dem Patienten sprechen kann, wenn das nötig ist.“ Hinzu kommen auch Datenschutzvorschriften, die durch die neue Gesundheitskarte entstanden sind oder dadurch, dass sich Ärzte problemlos Patientenunterlagen von Praxis zu Praxis zuschicken können.

Dauerthema multiresistente Bakterien

Ein weiteres Thema war die Hygiene in der Praxis, gerade im Hinblick auf das Problem multiresistenter Bakterien. Außerdem erläuterten bei den Seminaren Brandschutzbeauftragte der örtlichen Feuerwehren, welche Vorkehrungen Praxen treffen müssten, um einen Brand zu vermeiden. Darüber hinaus erklärten sie, wie bei immobilen Patienten dafür zu sorgen ist, dass Rettungswege frei bleiben und die Notfallpläne beachtet werden.

Das überaus rege Interesse an beiden Veranstaltungen war für die MEDI Initiatoren nicht vorhersehbar. „Es war das erste Mal, dass wir ein solches praxisübergreifendes Weiterbildungsangebot gemacht haben. Zwei Tage nachdem die Einladungen rausgegangen waren, hatten wir bereits über 100 Zusagen. Bei 110 mussten wir aus logistischen Gründen Schluss machen“, sagte Magda Itrich, die für Planung und Organisation zuständig war.

In der Südpfalz hatten sich 72 Teilnehmer angemeldet, 18 davon Ärzte. Dort war man sich einig, so MEDI Arzt Werner, dass dieses Angebot für die Praxen ein echter Gewinn sei. „Die Informationen waren umfassend und fundiert und jeder konnte sicher sein, nicht irgendetwas Wichtiges vergessen oder übersehen zu haben“, schilderte er. Praktisch war außerdem, dass die Veranstaltung an einem Wochenende stattfand und der Praxisalltag dadurch nicht gestört wurde. Einen schönen Nebeneffekt bemerkte Werner außerdem: „Wir konnten uns mit anderen Kollegen und MFAs austauschen. Das kommt im Praxisalltag leider viel zu kurz.“

Jutta Glaser-Heuser

→ Mehr Informationen zum Thema erhalten Sie bei Magda Itrich, Geschäftsstellenleiterin MEDI Südwest e.V.
Telefon: 06731 9984224
Mobil: 01523 3695215
E-Mail: itrich@medi-verbund.de



Dr. Roland Fressle

Kinder- und Jugendarzt in Freiburg

Ein Herz für Kinder – das klingt irgendwie abgedroschen. Zu Dr. Roland Fressle passt das Motto trotzdem. Der Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in Baden-Württemberg und seit November letzten Jahres MEDI Mitglied, hat eine Praxis mitten in einem sozialen Brennpunkt. Er engagiert sich gegen Kindesmisshandlungen, für frühe soziale Hilfsangebote und für eine neue Kinder- und Jugendklinik. Golfspielen findet er elitär – und liebt den Sport trotzdem.

Eine Alternative zum Golfspielen ist es für den Pädiater, täglich und bei jedem Wetter nach draußen zu gehen. „Fräulein Sotalein“, eine Mischlingshündin aus Sibirien Husky und Labrador, braucht die Bewegung, auch bei Regen oder Schneematsch. „Wenn ich erzähle, dass ich Golf spiele, klingt das sofort nach dem reichen deutschen Arzt, der viel Geld und Zeit hat“, lacht Fressle. So sieht er sich ganz offensichtlich nicht. „Obwohl ich auf der ganzen Welt Golf gespielt habe“, wie er etwas sehnsüchtig erzählt. Neben dem Golf liebt er nämlich auch noch das Reisen.

Erlern hat er die Sportart in Australien, wo Golf anders als in Deutschland eine echte Breitensportart ist. „Man spielt mit Fremden“, berichtet er, „und erfährt dann vielleicht nebenbei, dass der eine Mitspieler ein Universitätsprofessor ist und der andere ein Bauarbeiter“. Golfspielen heißt für ihn, in Bewegung zu bleiben, an der frischen Luft zu sein. „Man läuft rund sieben Kilometer und bückt sich ständig“, beschreibt Fressle seinen Aus-

gleich zum vielen Sitzen bei der Arbeit und im berufspolitischen Alltag.

Der Pädiater liebt diesen Sport zwar, aber das hiesige Image des elitären Golf-

spielers passt wirklich nicht zu ihm. Reich kann er mit seiner derzeitigen Praxis nicht werden. Seit acht Jahren arbeitet er in einem Freiburger Hochhausgebiet, wo man vom Balkon aus zwar den Feldberg, Wälder und Seen sieht. In diesem Stadtteil sind aber auch familiäre Gewalt und Straßenkriminalität an der Tagesordnung. Privatpatienten sucht man in dieser Umgebung vergeblich. Stattdessen berichtet der Kinder- und Jugendarzt von asylsuchenden Kindern, die schwer traumati-

siert ohne Eltern nach Deutschland kommen. Oder von den Problemen des Jugendamtes bei der Verhinderung von häuslicher Gewalt. Oder ganz banal vom zunehmenden Bewegungsmangel bei Kindern: „Ich hatte einen 15 Jahre alten Patienten, der 200 Kilogramm wog“, sagt Fressle fassungslos, „das war früher unvorstellbar“. Fernsehen, Computer, Playstation und Smartphones bestimmen den Alltag vieler seiner Patienten. Übergewicht ist da nur ein Problem, wenn auch ein gewichtiges.

Engagement auf mehreren Ebenen

Aber der Kinder- und Jugendarzt jammert nicht, er tut lieber etwas. Er hat z.B. einen Qualitätszirkel zur besseren Vernetzung von Jugendämtern und Arztpraxen mitgegründet. Außerdem engagiert er sich im Netzwerkprojekt „Frühe Hilfen“, wo Eltern mit kleinen Kindern Hilfestellungen in Belastungssituationen erhalten. Nebenbei ist Roland Fressle auch noch Vorsitzender des Ärztenetzes Paednet Südbaden e.V. und Gründungsmitglied der Initiative für eine neue Kinder- und Jugendklinik Freiburg.

»300 Pädiater behandeln fast 60.000 junge AOK-Versicherte in der HZV«

Ende des vergangenen Jahres kamen neue Aufgaben hinzu: Seit 1. 11. 2014 ist der Pädiater Landesvorsitzender des BVKJ in Baden-Württemberg – und MEDI Mitglied. Er spricht offen über den HZV-Vertrag mit der AOK und die damaligen Probleme zwischen AOK und seinen Kolleginnen und Kollegen. „Anfangs gab es Schwierigkeiten, einen für Pädiaterinnen und Pädiater passenden Hausarztvertrag mit der AOK zu verhandeln. Der erste Vertrag hatte für die Kinder- und Jugend-



Mit Hündin „Fräulein Sotalein“ und auf dem Golfplatz findet Roland Fressle die nötige Entspannung.

ärzte nicht gepasst“, sagt er nüchtern und spricht dann sogar von einem vergifteten Klima und einem Riesentheater. Wohlgemerkt: Damit beschreibt er die Situation im Jahr 2008. Die aktuelle Lage ist deutlich anders, von Zufriedenheit geprägt, was wohl auch mit der Person von Dr. Werner Baumgärtner zu tun hat. „Baumgärtner kam auf die AOK und uns zu, überzeugte uns von einem neuen Verhandlungsansatz und plötzlich ging das“, berichtet Fressle.

Ein fachübergreifender Zusammenschluss ist die beste Interessenvertretung

Er gibt zu, dass ein Vertrag immer auch bedeutet, einen Kompromiss einzugehen. In diesem Fall war das für die Pädiater aber gar nicht so schwer. Wichtig ist ihm die Feststellung, dass der neue HZV-Vertrag den Kinder- und Jugendärzten nicht nur finanziell etwas bringt, sondern ihre Arbeit auch inhaltlich vernünftig abbildet. Inzwischen nehmen im Südwesten 300 Kinder- und Jugendärzte am

Pädiatrie-Modul der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg teil und betreuen rund 60.000 Kinder und Jugendliche.

Die MEDI Mitgliedschaft war für Fressle der nächste logische Schritt. „Ich bin der Überzeugung, dass ein fachübergreifender Zusammenschluss der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sehr wichtig ist“, formuliert er und ergänzt: „Ich bin mir sicher, dass wir gegenüber der Politik und den Krankenkassen unsere Interessen nur dann wirksam vertreten können, wenn wir diesen Zusammenschluss auch wirklich leben“.

Ist jetzt also alles eitel Sonnenschein? Natürlich nicht. Auch Fressle sieht, dass im Gesundheitswesen einige Dinge schief laufen, die er gerne auf ein gerades Gleis stellen würde. Zum Beispiel bedrücken ihn die steigenden Probleme, Arztpraxen an jüngere Kollegen weiterzugeben. Keine Nachfolger – keine flächendeckende Versorgung, so die Sorge des Ärztereverters. „Ob es der Politik bekannt ist, dass es in einigen deutschen Kranken-

häusern kaum noch deutschsprachige Ärzte gibt“, fragt er sich, „oder dass die Situation der Landarztpraxen nicht nur im Osten immer schlimmer wird?“

Auch als Arzt muss man dafür sorgen, dass man gesund bleibt. Nicht erst seit dem völlig unerwarteten Tod einiger Kollegen ist Fressle überzeugt, dass Ärzte lernen müssen, auch auf ihre Gesundheit zu achten. Er klingt entspannt und ausgeruht, aber dieser Schein mag manchmal trügen. Als Berufspolitiker ist er ein Einzelkämpfer, hat kein eigenes Sekretariat, das ihm den Rücken freihält, und niemanden, der seine E-Mails abarbeitet. Gut, dass er hier zumindest auf die Unterstützung der Vertragsexperten und des Servicecenters der MEDIVERBUND AG zählen kann. Fressles Praxis ist zwar nicht riesig, aber trotzdem sind da Patienten, für die der Kinder- und Jugendarzt die Verantwortung übernimmt. Und natürlich warten auch auf ihn die ganz alltäglichen Überraschungen des freiberuflich tätigen Arztes. Von tropfenden Heizkörpern über Updates für den Drucker bis hin zur Sorge vor Regressen. Nein, Fressle will ganz bestimmt nicht klagen. Aber er sieht nüchtern und realistisch, dass er eine Doppelbelastung auszuhalten hat.

Was da hilft? Der Kinderarzt hat seine Rezepte gefunden. Drachen steigen lassen in Apulien beispielsweise oder – wie gesagt – eine Runde auf dem Golfplatz drehen. Er wird wohl noch weitere Weltgegenden mit schönen Golfplätzen kennenlernen. ■■■

Ruth Auschra

NACHRUH

Prof. Dr. Albrecht Hettenbach

25.1.1951 – 10.2.2015



»Alle Würden dieser Welt wiegen
einen guten Freund nicht auf« Voltaire

Als solcher bleibt Albrecht Hettenbach in unseren Herzen.

Albrecht Hettenbach wurde 1951 in Heilbronn in eine gutbürgerliche Existenz als eines von fünf Kindern geboren. Am 10. Februar 2015 haben wir ihn verloren. Er war verheiratet mit Cornelia Heyn-Hettenbach. Gemeinsam haben sie vier Söhne.

Seit 1991 arbeitete Albrecht Hettenbach als Chefarzt der Frauenklinik in der „Klinik am Eichert“ in Göppingen und als ermächtigter Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie.

Darüber hinaus hatte er viele berufspolitische Ämter inne: Er war acht Jahre im Vorstand der KV Nord-Württemberg, Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Delegierter der Landesärztekammer und Delegierter zum Deutschen Ärztetag. Als Bezirksbeirat Nordwürttemberg arbeitete er erfolgreich und geschätzt in zahlreichen Ausschüssen der KV. Als Gründungsmitglied von MEDI und Initiator der Krankenhausärztlichen Vereinigung von MEDI war er unser wichtigstes Bindeglied zu den Ermächtigten und den Chefärzten im Land.

Wir erlebten Albrecht Hettenbach als standespolitischen Weggefährten, der immer professionell und zielorientiert gearbeitet hat. So brachte er noch im Krankenstand zur Wahl des Vorstands der Bezirksärztekammer eine Liste der Ermächtigten auf den Weg mit dem Erfolg, dass zwei seiner Chefärzte in den Vor-

stand gewählt wurden.

Albrecht Hettenbach war eher still, bescheiden im Hintergrund, konzilient, Kompromisse suchend, aber auch unbequem und provokant, wenn es ihm reichte, z. B. wenn der Streit unter Kollegen unter die Gürtellinie zu entgleisen drohte und ein gemeinsames Auftreten nach außen wichtiger war.

Er war völlig uneitel – und dies gepaart mit einem herrlichen, geerdeten Humor. Seinen Geschichten mochten wir alle immer gerne zuhören. Davon wird uns ein Strauß an guten Erinnerungen über seinen Verlust hinaus im Gedächtnis bleiben.

Die Einschätzung der Prognose seiner Erkrankung kannte er seit vier Jahren. Deshalb hat Albrecht Hettenbach vorsorglich, fürsorglich und selbstbestimmt auf privatem und beruflichem Sektor die Weichen gestellt.

Wehmut vermischt sich mit Dankbarkeit und Respekt vor seiner Lebensleistung. Albrecht Hettenbach hat für uns alle erfolgreich gekämpft und gestaltet. Er hinterlässt Spuren und eine Vorbildfunktion bei denen, die „den Karren ziehen“ und an fachübergreifende ärztliche Ziele glauben. ■■■

Dr. Anne Gräfin Vitzthum

Dr. Stephan Roder

Vorstandsmitglieder von
MEDI Baden-Württemberg

Anti-Korruptionsgesetz bedroht Ärztenetze

Der Vorstand von MEDI GENO Deutschland sieht regionale Ärztenetze durch das geplante Anti-Korruptionsgesetz bedroht. „Der Referentenentwurf ist angesichts der Besonderheiten im Gesundheitswesen viel zu unpräzise, rechtsstaatlich bedenklich und kontraproduktiv“, so der Vorstandsvorsitzende Dr. Werner Baumgärtner.


Er befürchtet, dass nicht zu beanstandende oder gar gewünschte Kooperationen zwischen Ärzten unter Generalverdacht geraten. Das würde besonders die Ärztegenossenschaften treffen: Dort schließen sich Ärzte zu einem Wirtschaftsunternehmen zusammen, um im Gesundheitsmarkt besser bestehen zu können und günstigere Kooperations- und Einkaufsgemeinschaften oder strukturfördernde Maßnahmen zu erreichen.

„Der Referentenentwurf kriminalisiert das Geschäftsgebaren von Ärztegenossenschaften, während sich andere Berufsgruppen auch künftig zu Genossenschaften zusammenschließen dürfen“, kritisiert Baumgärtner und erinnert: „Es gibt im Sozial- und Berufsrecht bereits ausreichende Ahndungsmöglichkeiten für korruptives Verhalten.“

Da sich der Referentenentwurf auch an einen Diskussionsentwurf des bayeri-

schen Justizministeriums anlehnt, haben Baumgärtner und Vorstandsmitglied Dr. Siegfried Jedamzik (MEDI Bayern) den bayerischen Ministerpräsidenten Horst Seehofer angeschrieben, um ihre Kritik am Entwurf zu belegen.

So entstünde bei den Konsiliar- und Honorarärzten im Krankenhaus ein Strafbarkeitsrisiko bei ungeklärten Fragen der zulässigen Honorierung in Abgrenzung zur „getarnten Zuweiserpauschale“. Teilgemeinschaftspraxen könnten ebenfalls ins Visier der Staatsanwaltschaft geraten, wenn ihre Gewinnverteilung eine Zuweisung gegen Entgelt indiziert. Genau wie prä- und poststationäre Kooperationen zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten.

Auch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung könnte unter Generalverdacht geraten. Für die dort zu bildenden Teams sind ebenfalls Kooperationen einzugehen. 

Angelina Schütz



Foto: fotolia

GKV-VSG: Das sind die Knackpunkte

Anfang März hat der Bundestag in erster Lesung den Entwurf für das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beraten. Das Gesetz, das voraussichtlich am 1. August in Kraft treten wird, soll nach dem Willen der Bundesregierung die Rahmenbedingungen der Versorgung an die sich wandelnden Strukturen anpassen.

Insgesamt 281 Seiten umfasst der Gesetzentwurf, der seit dem 25. März im Gesundheitsausschuss des Bundestags beraten wird. Vor der Verabschiedung durch den Bundestag voraussichtlich am 21. oder 22. Mai soll es noch eine öffentliche Anhörung geben. Und auch der Bundesrat, der bei dem Gesetzesvorhaben nur eine beratende Rolle hat, wird sich noch einmal mit dem Gesetzesvorhaben befassen.

Mit dem GKV-VSG will die Bundesregierung auch in Zukunft eine flächendeckende und gut erreichbare Versorgung sicherstellen. Ob das mit allen vor-

gesehenen Maßnahmen gelingen wird, ist in den vergangenen Wochen und Monaten vielerorts bezweifelt worden. „Der Gesetzentwurf greift an vielen Stellen in bewährte freiberufliche Strukturen ein“, kritisiert Frank Hofmann, Vorstand der MEDIVERBUND AG. „Der Gesetzgeber stärkt die Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung. Ob das sinnvoll ist, ist mehr als zweifelhaft“, sagt Hofmann.

Problematisch ist aus MEDI Sicht eine ganze Reihe der geplanten Änderungen. Ein kurzer Streifzug durch den Gesetzentwurf zeigt, wo die größten Knackpunkte liegen:

Streichung des § 73c SGB V

Der §73c, der in den letzten fünf Jahren die Facharztverträge geregelt hat, soll gestrichen und in einen neuen §140a (Besondere Versorgung) überführt werden. Zwar ist die Substanz der bestehenden Facharztverträge in Baden-Württemberg von der Streichung nicht betroffen. Dennoch ist nicht nachvollziehbar, warum der §73c wegfallen und in einem neuen §140a aufgehen soll. Die Facharztverträge werden damit abgewertet. Mit der neuen Rechtsgrundlage können zwar auch künftig Facharztverträge vereinbart werden, allerdings wird der Kreis der Vertragspartner im neuen §140a deutlich erweitert. Das bedeutet: Künftig können z. B. auch Krankenhäuser oder pharmazeutische Unternehmen Facharztverträge abschließen. Damit wird ohne Not in die bewährte freiberufliche Struktur eingegriffen.

KV-Terminservicestellen

Nach § 75 Abs. 1 müssen die KVen Terminservicestellen einrichten, die dafür sorgen sollen, dass innerhalb von vier Wochen ein Facharzttermin zustande kommt. In den Hausarzt- und Facharztverträgen in Baden-Württemberg stellt sich das Problem nicht, weil den Patienten ein Termin innerhalb von 14 Tagen garantiert ist. Denn: Für die Ärzte gibt es eine faire, budgetfreie Vergütung sowie vernünftige Anreize für die Versorgung chronisch Kranker. Deshalb funktioniert die Terminvergabe, ohne dass der Gesetzgeber eingreifen muss. Im Kollektivvertrag stellen die Terminservicestellen insofern eine Absurdität dar, weil einerseits Praxen geschlossen und andererseits Terminservicestellen eingerichtet werden sollen, die den Bedarf nach einem zeitnahen Arzttermin erfüllen sollen.

Getrennte Abstimmung bei den Haus- oder Fachärzten

Nach § 79 sollen neben der getrennten Abstimmung bei den Haus- oder Fachärzten zuzuordnenden Themen die Stimmen von Hausärzten und Fachärzten bei gemeinsamen Abstimmungen in den Organen der KBV und der KVen so gewichtet werden, dass Parität besteht: Das Thema betrifft zwar „nur“ die KVen und die KBV, berührt aber letztlich auch einen hausarzt- und facharztübergreifenden Verband wie den MEDI Verbund. Die vom Gesetzgeber vorgesehene Regelung geht in die Richtung einer verstärkten Trennung von Haus- und Fachärzten. Allerdings können die KVen und die KBV in ihren Satzungen noch regeln, wie die Parität genau ausgestaltet werden soll. Es besteht also noch Hoffnung, eine Spaltung der Vertragsärzteschaft zu vermeiden.

Bereinigung der Gesamtvergütung für Selektivverträge

Die Bereinigung in § 87b Abs. 4a wird neu geregelt: Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Bestimmungen gehen tendenziell in die richtige Richtung. Im künftigen § 87b soll festgelegt werden, dass die Vorgaben der Honorarbereinigung „neutral“ sein müssen. Und in der Gesetzgebung führt die Bundesregierung aus, warum die Bereinigung „neutral“ sein muss. Das ist wichtig, wenn es doch noch zu einem Streit vor Gericht kommt. Bisher stand dazu nichts im Gesetz. Mit der Folge, dass es eine „Unwucht“ zulasten der Ärzte in Selektivverträgen gibt. Die KBV hatte eine Regelung getroffen, durch die die RLV der Selektivvertragsärzte überproportional bereinigt werden. Das will der Gesetzgeber jetzt abstellen.

Innovationsfonds

Mit § 92a wird ein Innovationsfonds eingeführt, der in den Jahren 2016 bis 2019 über eine Fördersumme von jährlich jeweils 300 Millionen Euro verfügt. Als förderungswürdig gelten Projekte, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben. Darüber entscheiden drei Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, je ein Vertreter der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesforschungsministeriums. Die Träger der Selektivverträge, die in den vergangenen Jahren die wesentlichen Innovationen in der Versorgung angestoßen haben, sind in dem Ausschuss, der über die Vergabe von Geldern aus dem Innovationsfonds befindet, nicht vertreten.

Praxisnetze

In § 87b ist für Praxisnetze, die von der KV anerkannt sind, eine gesonderte Vergütungsregelung im HVM vorgesehen: Unabhängig von der aktuellen Gesetzgebung stellen Praxisnetze ein Gegengewicht zur stationären Versorgung dar. Praxisnetze stärken ambulante und freiberufliche Strukturen. Die jetzt vorgesehene an sich richtige Förderung für den Aufbau und die Verbesserung von Netzstrukturen soll aus dem Topf der KV und damit zulasten der übrigen Vertragsärzte erfolgen. Richtig wäre es, wenn sich auch Krankenkassen und die Kommunen an der Förderung beteiligen würden. Dafür sollte ein Strukturfonds eingeführt werden.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Der § 116b zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wird erneut geändert. Problematisch bei den jetzt vorgesehenen Regelungen ist, dass der Gesetzgeber eine bislang vorgesehene zweijährige Übergangszeit streicht und Altverträge nun ohne zeitliche Begrenzung fortgeführt werden können. Das heißt, bestehende Verträge mit Krankenhäusern wirken bis in alle Ewigkeit fort. Für niedergelassene Ärzte, die jetzt neu in der ASV tätig werden wollen, stellt dies einen erheblichen Wettbewerbsnachteil dar.

Fazit:

Angesichts der parlamentarischen Mehrheit, über die die Große Koalition im Bundestag verfügt, ist mit grundlegenden Änderungen nicht zu rechnen. Nach wie vor gilt aber auch das sogenannte „Struck'sche Gesetz“, eine Wortprägung des damaligen SPD-Fraktionsvorsitzenden Peter Struck, die besagt, dass kein Gesetz den Bundestag so verlässt, wie es hineingekommen ist. ■

Jürgen Stoschek



Foto: fotolia

Wenn der Arzt vor den Kadi zieht

Niedergelassene Ärzte können im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit mit den verschiedensten Rechtsfragen konfrontiert werden. Es kann z.B. um die Miete der Praxisräume, Anstellungsverträge, Steuerfragen oder um Abrechnungsbescheide der KV gehen. Für alle diese Themen sind unterschiedliche Gerichte zuständig. Warum ist das so und wie sehen die Gerichtszweige in Deutschland genau aus? Die **MEDITIMES** ist der Frage auf den Grund gegangen.

Die Existenz der verschiedenen Gerichtszweige ist historisch bzw. durch die Besonderheiten der jeweiligen Rechtsmaterie begründet. Zunächst gibt es die sogenannte Ordentliche Gerichtsbarkeit. Sie ist der älteste der Gerichtszweige. Darunter fallen die Zivilgerichtsbarkeit und die Strafgerichtsbarkeit.

Unter die Zivilgerichtsbarkeit fallen grundsätzlich alle Angelegenheiten des

Privatrechts. Vereinfacht gesagt betrifft das Privatrecht Angelegenheiten, die nicht das Verhältnis der Bürger oder juristischen Personen des Privatrechts zum Staat, sondern deren Verhältnis untereinander betrifft. Hier geht es insbesondere um Vertrags- bzw. Schuldrecht (z.B. Mietrecht), Familienrecht, Erbrecht sowie Wirtschaftsrecht einschließlich Handels- und Gesellschaftsrecht.

Das Gesetzbuch, welches hier die größte Rolle spielen dürfte, ist das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB). Die Strafgerichtsbarkeit befasst sich mit den Strafsachen; das zentrale Gesetzbuch ist das Strafgesetzbuch (StGB). Der Instanzenzug in der Zivil- und Strafgerichtsbarkeit besteht aus den Amts-, Land- und Oberlandesgerichten sowie dem Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe und Leipzig. Mit der Berufung, Revision und Beschwerde kann das jeweils nächsthöhere Gericht angerufen werden.

Neben der Ordentlichen Gerichtsbarkeit gibt es die Verwaltungs-, Finanz-, Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit.

Verwaltungsgerichte

Die Verwaltungsgerichtsbarkeit entstand in Deutschland Mitte des 19. Jahrhunderts zur Kontrolle des staatlichen Verwaltungshandelns. Im Verwaltungsrecht werden z.B. Fragen des Polizeirechts, des öffentlichen Baurechts und des Gewerbeaufsichtsrechts behandelt. Im ärztlichen Bereich kommen z.B. auch Angelegenheiten, die die Medizinprodukte-Betreiberverordnung, das Verhältnis zur Ärztekammer oder die Approbationsbehörde betreffen, vor die Verwaltungsgerichte. Der Instanzenzug führt von den Verwaltungsgerichten über die Oberverwaltungsgerichte (bzw. Verwaltungsgerichtshöfe der Bundesländer) zum Bundesverwaltungsgericht in Leipzig.

Finanzgerichte

Die Finanzgerichtsbarkeit ist zuständig für Abgabeangelegenheiten wie Steuern, Gebühren und Beiträge, aber auch für Berufsrechtsfragen der Steuerberater und existiert in Deutschland seit 1918. Den Instanzenzug bilden die Finanzgerichte und der Bundesfinanzhof in München.

Arbeitsgerichte

Die Arbeitsgerichtsbarkeit befasst sich auf der einen Seite mit Angelegenheiten des Individualarbeitsrechts. Darunter fal-

len auch Fragen zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Auf der anderen Seite befasst sich die Arbeitsgerichtsbarkeit mit Angelegenheiten des Kollektivarbeitsrechts, die z. B. Themen wie Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände, Streik oder Betriebsratsfragen betreffen. Als vollständig eigene Fachgerichtsbarkeit gibt es die Arbeitsgerichtsbarkeit seit 1953. Der Instanzenzug besteht aus den Arbeits- und Landesarbeitsgerichten und dem Bundesarbeitsgericht in Erfurt.

Sozialgerichte

Seit 1954 besteht die Sozialgerichtsbarkeit in Deutschland. Hier geht es um alle Fragen, die mit den Sozialversicherungszweigen des Sozialgesetzbuchs (SGB) zu tun haben. Das betrifft insbesondere die Kranken-, Pflege-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung. Auch die niedergelassenen Vertragsärzte als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung sind hiervon betroffen, etwa wenn es um Klagen gegen Abrechnungsbescheide, Ho-

norarkorrekturen, Regresse oder um Zulassungsfragen geht. Den Instanzenzug bilden die Sozialgerichte, die Landessozialgerichte und das Bundessozialgericht in Kassel.

Verfassungsgericht

Von der so aufgebauten allgemeinen Gerichtsbarkeit ist die Verfassungsgerichtsbarkeit zu unterscheiden. Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe ist z. B. bei Verfassungsbeschwerden aufgrund von Grundrechtsverletzungen und Normenkontrollen (Überprüfung der Verfassungsmäßigkeit von Rechtsnormen) zuständig. Voraussetzung für eine Verfassungsbeschwerde ist allerdings, dass zuvor der „reguläre“ Rechtsweg ausgeschöpft wurde. Ähnliche Zuständigkeiten bestehen bei den Verfassungsgerichten der Länder.



Frank Hofmann



Der Autor

Ass.-jur. Frank Hofmann ist Jurist und war bereits vor seiner Tätigkeit bei der MEDIVERBUND AG über 20 Jahre im Gesundheitswesen tätig. Insbesondere war er, zunächst bei der KV Nord-Württemberg und später bei der KV Baden-Württemberg, für das Vertragswesen mit den Krankenkassen verantwortlich.

2010 kam Frank Hofmann zur MEDIVERBUND AG und war zunächst für das Vertragswesen und den Rechtsbereich zuständig. Drei Jahre später übernahm er die Funktion des Vorstandes der MEDIVERBUND AG.

as



Ass.jur. Ivona Büttner-Kröber beantwortet Ihre Rechtsfragen

Was muss das Impressum auf meiner Praxishomepage abdecken?

Bei der Erstellung eines Internetauftritts müssen beispielsweise Regelungen des Berufsrechts, des Telemediengesetzes (TMG), des Wettbewerbsrechts und des Heilmittelwerbegesetzes beachtet werden. Um eine Abmahnung zu verhindern, müssen vor allem die Pflichtangaben des § 5 TMG, welches das Teledienstgesetz abgelöst hat, eingehalten werden. Danach müssen im Impressum folgende Angaben gemacht werden:

- Name und Niederlassungsanschrift, Telefonnummer, Faxnummer (empfohlen, aber gesetzlich nicht vorgeschrieben), E-Mail-Adresse

- Anschrift der zuständigen Ärztekammer/Psychotherapeutenkammer als Aufsichtsbehörde, Anschrift der zuständigen KV als Aufsichtsbehörde für Vertragsärzte und -psychotherapeuten
- Gesetzliche Berufsbezeichnung (Arzt/Psychotherapeut)
- Staat, in dem die Berufsbezeichnung verliehen worden ist
- Bezeichnung der berufsrechtlichen Regelungen (Berufsordnung der zuständigen Ärztekammer/Psychotherapeutenkammer und Heilberufsgesetz) sowie Hinweise dazu, wie diese zugänglich sind

- Umsatzsteuer-Identifikationsnummer (anzugeben, wenn der Praxisinhaber aufgrund der umfangreichen Gutachterstätigkeit der Umsatzsteuerpflicht unterliegt)
- Bei einer Partnerschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (z. B. bei MVZs) müssen das Partnerschaftsregister, in das sie eingetragen ist, und die entsprechende Registernummer angegeben werden

Werden diese Angaben nicht oder nicht vollständig gemacht, drohen Praxisinhabern Abmahnungen und Bußgelder. Schon aus diesem Grund empfiehlt es sich, fachkundigen Rat einzuholen. ■

Dürfen Ärzte andere Ärzte empfehlen?

Nein, denn nach der Berufsordnung der Ärzte, konkret § 31 Abs. 2 (Muster-)BO-Ärzte, dürfen Ärzte „ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärztinnen oder Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen“.

Bereits 2011 hat der Bundesgerichtshof in zwei Fällen, in denen es um Arztempfehlungen ging, den Grundsatz aufgestellt, dass Ausnahmen nur möglich sind, wenn der Patient direkt um einen Namen bittet oder wenn ein Arzt aufgrund spezieller Bedürfnisse des Patienten besondere Vorteile in der Versor-

gungsqualität bietet. Trifft das nicht zu, handelt es sich um eine unerlaubte Zuweisung.

Der Patient muss also von sich aus um eine Empfehlung bitten. Darüber hinaus fallen unter einen hinreichenden Grund medizinische Erwägungen wie z. B. die Sicherung des Therapieerfolgs, die Qualität der Versorgung oder die Vermeidung von langen Wegen bei gehbehinderten Patienten. Nur dann ist eine Empfehlung erlaubt.

Auch im **Selektivvertrag** gelten grundsätzlich die allgemeinen und untergesetzlichen Regelungen, sodass auch dort der Arzt dem Patienten einen anderen Arzt nur auf ausdrückliches Verlangen

empfehlen darf bzw. ein hinreichender Grund dafür vorliegen muss. Unberührt hiervon bleibt selbstverständlich die Pflicht, dass der Versicherte im Selektivvertrag auch ausschließlich am Selektivvertrag teilnehmende Fachärzte aufsuchen darf. ■

Mindestlohn: Das müssen Praxischefs beachten

Seit Anfang 2015 gibt es einen gesetzlichen Mindestlohn: 8,50 Euro pro Arbeitsstunde bzw. 1.473 Euro pro Monat bei einer 40-Stunden-Woche. Die Regelung gilt für alle Arbeitnehmer, also auch für Minijob-Angestellte, Aushilfen oder für Reinigungspersonal.

Ausnahmen

Der Gesetzgeber hat im Mindestlohngesetz (MiLoG) jedoch einige Ausnahmen vorgesehen. Keinen Anspruch auf den Mindestlohn haben u.a. Arbeitnehmer, die noch nicht volljährig sind, und Auszubildende, die schließlich keinen Lohn, sondern eine Ausbildungsvergütung erhalten. Praktikanten haben eine Zwitterstellung: Wer nach Abschluss eines Studiums oder nach einer Berufsausbildung noch ein Praktikum anhängt, hat grundsätzlich Anspruch auf Zahlung des Mindestlohns. Anders sieht es aus, wenn z.B. ein Praktikum im Rahmen der Schul- oder Hochschulausbildung Pflicht ist oder ein bis zu dreimonatiges Praktikum zur Orientierung für eine Berufsausbildung oder zur Aufnahme eines Studiums geleistet wird. Dann darf die Vergütung auch unter dem Mindestlohn liegen.

Und wie ist es mit PJ-lern? Rechtsanwalt Thorsten Gutsche von der Kanzlei Armedis Rechtsanwälte in Potsdam hat sich mit der Frage beschäftigt, ob Ärzte im praktischen Jahr einen Anspruch auf Mindestlohn haben. Bisher gibt es zu diesem Problempunkt noch keine richterlichen Entscheidungen. Seiner Einschätzung nach müsste jedoch die Approbationsordnung der Ärzte – und hier insbesondere die Regelungen des ersten Abschnitts zur ärztlichen Ausbildung – als Ausbildungsordnung auch im Zusammenspiel mit hochschulrechtlichen Vorschriften im Sinne des MiLoG angesehen werden. In diesem Fall wären Pflichtpraktika vom Geltungsbereich des MiLoG ausgenommen, sodass Ärzte im prak-


tischen Jahr keinen Mindestlohn beanspruchen könnten.

Eine weitere Ausnahme wurde für Langzeitarbeitslose geschaffen, um deren Vermittlung zu erleichtern. Wer seit mindestens einem Jahr bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet ist, darf sechs Monate lang unter Mindestlohn bezahlt werden.

Minijobber

Auch Minijobber haben ein Recht darauf, mindestens 8,50 Euro Stundenlohn

Praktische Hilfe

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat eine **Hotline (Tel. 030 60280028)** für Fragen rund um den Mindestlohn eingerichtet. Die Nachfrage dort ist groß: Seit dem Start der Hotline am 23. 10. 2014 bis zum 8. 2. 2015 wurden 28.496 Gespräche realisiert, davon 11.657 im letzten und 16.839 in diesem Jahr. Das entspricht laut BMAS pro Beratungstag durchschnittlich 315 Gesprächen in 2014 und 702 Gesprächen in diesem Jahr. Auf der BMAS-Homepage (www.der-mindestlohn-gilt.de) gibt es viele Informationen und einen praktischen **Mindestlohnrechner**, mit dem man ermitteln kann, ob der aktuell gezahlte Monatslohn über oder unter dem Mindeststundenlohn liegt. 

ra


zu erhalten. Die Entgeltgrenze von monatlich 450 Euro bei geringfügig entlohnten Beschäftigten darf trotzdem nicht überschritten werden. Das sind maximal 52,9 Stunden monatlich. In manchen Fällen wird der Arbeitgeber die Arbeitszeit der Minijobber also verkürzen müssen, damit die Beschäftigung nicht sozialversicherungspflichtig wird.

Bei der Beschäftigung von Minijobbern kommt noch eine Besonderheit hinzu: Seit dem 1. Januar 2015 sind Arbeitgeber dazu verpflichtet (§ 17 Mindestlohngesetz), die Arbeitszeiten ihrer Minijobber detailliert zu dokumentieren. Für geringfügig Beschäftigte müssen Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit dokumentiert werden. Diese Unterlagen müssen spätestens eine Woche nach Erbringung der Arbeitsleistung vorliegen und sind mindestens zwei Jahre lang aufzubewahren. Wie die Daten erfasst werden – Stempeluhr oder Kladde – spielt keine Rolle. Aber man sollte es nicht übersehen. Bei fehlender oder fehlerhafter Dokumentation droht nämlich ein Bußgeld von bis zu 30.000 Euro.

Externes Personal

Typischerweise wird Reinigungspersonal nicht individuell eingestellt, sondern oft wird eine Firma mit der Praxisreinigung beauftragt. Falls dort unter Mindestlohn gezahlt wird, ist der Auftraggeber leider auch davon betroffen (§ 13 MiLoG): Denn auch der Auftraggeber haftet für die Zahlung des Mindestentgelts an diese Arbeitnehmer des Auftragnehmers.

Teure Sache

Wer seinen Angestellten weniger als Mindestlohn zahlt, begeht eine Ordnungswidrigkeit, die mit einer hohen Geldstrafe von bis zu 500.000 Euro geahndet werden kann. Zuständig für die Kontrolle dieser Regelungen ist die Zollverwaltung. Sie soll dafür sorgen, dass alle Firmen die neuen Regelungen rund um den Mindestlohn einhalten. Angeblich wurden dafür extra 1.600 neue Mitarbeiter eingestellt. Der Zoll darf zur Überprüfung jederzeit Einsicht in Arbeitsverträge und andere Geschäftsunterlagen nehmen, die mit dem Mindestlohn zu tun haben. 

Ruth Auschra

NACHGEFRAGT BEI

Sven Kleinknecht

Prokurist bei der MEDIVERBUND AG



MEDIVERBUND baut Expertenpool für Praxisnachfolger aus

Der MEDIVERBUND Marktplatz, die Plattform für Ärzte, die einen Praxisnachfolger suchen, und solche, die sich niederlassen möchten, erweitert seinen Expertenpool. Dafür wurden Fachleute ins Boot geholt, die aus ganz unterschiedlichen nichtärztlichen Bereichen stammen.

MEDITIMES: Herr Kleinknecht, warum braucht der MEDIVERBUND Marktplatz Unterstützung von externen Profis?

Kleinknecht: Für eine erfolgreiche Praxisabgabe oder Praxisübernahme brauchen wir Experten unterschiedlicher Fachgebiete, die den Vorgang begleiten. Der Jurist erstellt z. B. einen Sozietätsvertrag und einen Kaufvertrag, der Steuerberater ermittelt die optimale steuerliche Vorgehensweise, die Experten der Bank struk-

turieren die Finanzierungsmodalitäten und ein Gutachter ermittelt einen fairen Wert der Praxis. All das können wir bei uns intern nicht darstellen. Deswegen sind wir auf Experten angewiesen, deren Tagesgeschäft die Praxisabgabe oder die Praxisgründung ist.

MEDITIMES: Wer unterstützt Sie künftig und wie haben Sie Ihre Wahl getroffen?

Kleinknecht: Wir legen großen Wert auf Kontinuität und Qualität. Seit Beginn arbeiten wir mit folgenden Fachleuten zusammen: Mit Frank Boos, einem Sachverständigen für Praxiswertgutachten und Partner im Sachverständigenbüro Pfeffer & Boos, dem Steuerberater Andreas Göricke, der auch Partner bei der GLK Steuerberatungskanzlei ist, dem Rechtsanwalt Dr. Christian Wittmann, der auf Medizin-, Arztvertrags-

und Krankenhausrecht spezialisiert ist und Partner in der Stuttgarter Kanzlei BRP ist, und mit Franz-Josef Boddenberg, Senior-Geschäftskundenberater bei der Commerzbank. Wir haben unseren Expertenpool um zwei Ärzteberater, die freiberuflichen und unabhängigen Vermittler Dr. Ralf Theis aus München und Frank Wildhirt aus Stuttgart, erweitert. Sie sind überwiegend damit beschäftigt, die richtige Praxis an den geeigneten Nachfolger zu vermitteln.

MEDITIMES: Den Marktplatz gibt es nun seit fast zwei Jahren. Im Gegensatz zu anderen Projekten läuft er etwas zäh...

Kleinknecht: Das hat leider damit zu tun, dass es immer weniger Ärzte gibt, die sich neu niederlassen möchten. Unsere neuen Partner sind sehr gut vernetzt; dadurch erhoffen wir uns künftig mehr neue Arztkunden, die wir unseren Praxisabgebern vermitteln können.

Aber hier sind nicht nur unsere Experten gefragt, sondern auch unsere Mitglieder! In vielen Fällen basiert eine erfolgreiche Praxisabgabe auf Mund-zu-Mund-Propaganda. Genau das Gleiche wünschen wir uns auch für unseren Marktplatz. Jedes MEDI Mitglied sollte unsere Plattform kennen und sie insbesondere jüngeren Kolleginnen und Kollegen empfehlen. ■■

as

Neu: Wundseminare für Ärzte

Die MEDIVERBUND AG bietet ab jetzt in Zusammenarbeit mit der Wundmitte Akademie speziell entwickelte Seminare für Mediziner zur modernen Wundversorgung an. Die Ärzte können dabei zwischen einer eintägigen und einer sechstägigen Fortbildung wählen.

Das eintägige Seminar dient dazu, die Teilnehmer in die Thematik einzuführen und ihnen einen Einblick in die Produktvielfalt sowie die unterschiedlichen Wundarten und Heilungsphasen zu ver-

schaffen. Außerdem erfahren sie alles Wichtige über das Medizinproduktegesetz und die rechtlichen Grundlagen zur Wunddokumentation.

Das sechstägige Seminar wurde als Weiterbildung zum „ärztlichen Wundtherapeuten“ angelegt. Es befasst sich intensiv mit Themen der palliativen Wundversorgung: Ulcus cruris, diabetischer Fuß und Dekubitus. Themen wie Hygienemanagement, adäquate Schmerztherapie und heilungsfördernde Ernährung sind

ebenso Bestandteil der Fortbildung wie alle rechtlichen Aspekte im Hinblick auf Regress, Richtgrößen und Budget.

Am letzten Schulungstag legen die Teilnehmer eine Prüfung ab und erhalten anschließend ein Zertifikat. ■■ as

→ Termine, Kosten und alles Weitere zur Seminarreihe finden Sie auf www.medi-verbund.de

VERANSTALTUNGEN,
FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS



April bis Juni 2015

Veranstaltungen für Ärzte

- **Basiskurs Sonographie**
18. April, 9 – 12 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Aufbaukurs Sonographie**
18. April, 13 – 16 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Notfalltraining**
22. April, 14 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Notfalltraining**
22. April, 14 – 18 Uhr
AOK Ulm
Schwambergstr. 14, 89073 Ulm
- **Akutes Koronarsyndrom**
22. April, 18:30 – 21 Uhr
Mövenpick Hotel Stuttgart Flughafen
Flughafenstr. 50, 70629 Stuttgart
- **Moderne Wundversorgung**
25. April, 9 – 17:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **CED Compact Spezial**
26. April, 16:30 – 20:30 Uhr
Maritim Parkhotel Mannheim
Friedrichsplatz 2, 68165 Mannheim
- **CED Compact Spezial**
27. April, 9 – 14 Uhr
Maritim Parkhotel Mannheim
Friedrichsplatz 2, 68165 Mannheim
- **Moderne Wundversorgung**
13. Juni, 9 – 17:30 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Spezial-Notfalltraining für Kinder- und Jugendärzte**
17. Juni, 14 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Notfalltraining**
24. Juni, 15 – 19 Uhr
AOK VS, Schwenninger Str. 1–2,
78048 Villingen

Veranstaltungen für Ärzte - nicht medizinisch

- **Tour de Ländle – Mittelbaden**
29. April, 19 Uhr
Best Western Hotel Rastatt
Karlsruher Str. 29, 76437 Rastatt
- **Kommunikationstraining – Kommunikation im Team**
29. April, 14 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Tour de Ländle – Böblingen**
10. Juni, 19:30 Uhr
Böblingen (die genaue Adresse erfahren Sie in der Einladung)
- **Kommunikationstraining – Der unzufriedene Patient**
17. Juni, 14 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Praxisabgeber-Workshop**
19. Juni, 16 – 19 Uhr
Karlsruhe (die genaue Adresse erfahren Sie in der Einladung)

Veranstaltungen für MFAs - medizinisch

- **Notfalltraining**
22. April, 14 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Notfalltraining**
22. April, 14 – 18 Uhr
AOK Ulm
Schwambergstr. 14, 89073 Ulm
- **MFA-Tag PNP**
6. Mai, 13:30 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Spezial-Notfalltraining für Kinder- und Jugendärzte**
17. Juni, 14 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Notfalltraining**
24. Juni, 15 – 19 Uhr
AOK VS, Schwenninger Str. 1–2,
78048 Villingen
- **Wunderversorgungsworkshop**
26. Juni, 15 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

Veranstaltungen für MFAs - nicht medizinisch

- **Kommunikationstraining – Kommunikation im Team**
29. April, 14 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Kommunikationstraining – Der unzufriedene Patient**
17. Juni, 14 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

Vertragsschulungen für Ärzte und MFAs

- **Abrechnungsschulung Orthopädie**
15. April, 15 – 18 Uhr
MEDIVERBUND
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart ■■■

→ **ACHTUNG:**

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

FÜR SIE GELESEN

Jutta König

Was die PDL wissen muss

Das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege



PDL steht natürlich für Pflegedienstleitung, das Buch richtet sich also nicht direkt an Ärzte. Andererseits läuft die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern nicht immer so reibungslos ab. Vielleicht wäre die Lektüre also auch für manche Ärzte wertvoll, um einen Einblick in den Alltag und die Anforderungen an die PDL zu bekommen. Dieses Buch spricht viele Berührungspunkte zwischen Arzt und Pflegeheim an. Um es noch einmal ganz deutlich zu sagen: Betrachtet wird nur die Sichtweise der Pflege.

- Die Verordnung von Hilfsmitteln ist so ein Beispiel, das möglicherweise die Potenz zum Dauerärgernis zwischen PDL und Arzt hat. In dem Buch heißt es dazu lapidar: „Bei der Verordnung des Arztes muss bereits auf die Diagnose hingewiesen werden.“ Und wei-

ter: „Der Text auf dem Rezept sollte evtl. vorher mit Ihrem Zulieferer (Sanitätshaus) besprochen werden“.

- Ein anderes Beispiel sind Fehler bei der Medikamentengabe: Offenbar ist es nicht selten, dass der Arzt ein Medikament verordnet, und es wird entweder nicht nachgerichtet oder die aktuelle Wochendosette wird nicht verändert. Sicher, ein Problem der Pflege. Aber doch auch für betreuende Ärzte nicht ganz unwichtig, solche Fehlerquellen kennenzulernen.
- Auch die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege sind ein Thema, das betreuende Ärzte nicht kaltlassen wird. Das Buch stellt die Expertenstandards vor (Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Schmerzmanagement, Ernährungsmanagement, chro-

nische Wunden) und beschreibt auch die häufigsten Fehler, die in Einrichtungen vorkommen.

Dieses Qualitätshandbuch ist relativ locker geschrieben. Es könnte auch für VERAHs oder andere Fachangestellte, die Heimbefuche durchführen, eine interessante Lektüre sein. ■

ra

→ Schlütersche Verlagsgesellschaft

5. Aufl. 2013

434 S., 16 Abb., 48 Tab.,

ISBN-13: 9783899933093

39,95 Euro

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 Juli 2015.
Anzeigenschluss ist der 11. Mai 2015.