



IT-Projekte nehmen Fahrt auf

■ Arztpraxen 2020

Von der Beratung bis zur Gründung – das können MEDI-Mitglieder in Sachen Freiberufler-MVZ erwarten

■ Ausbau




Mit dem Urologievertrag erweitert MEDI Baden-Württemberg die Facharztversorgung

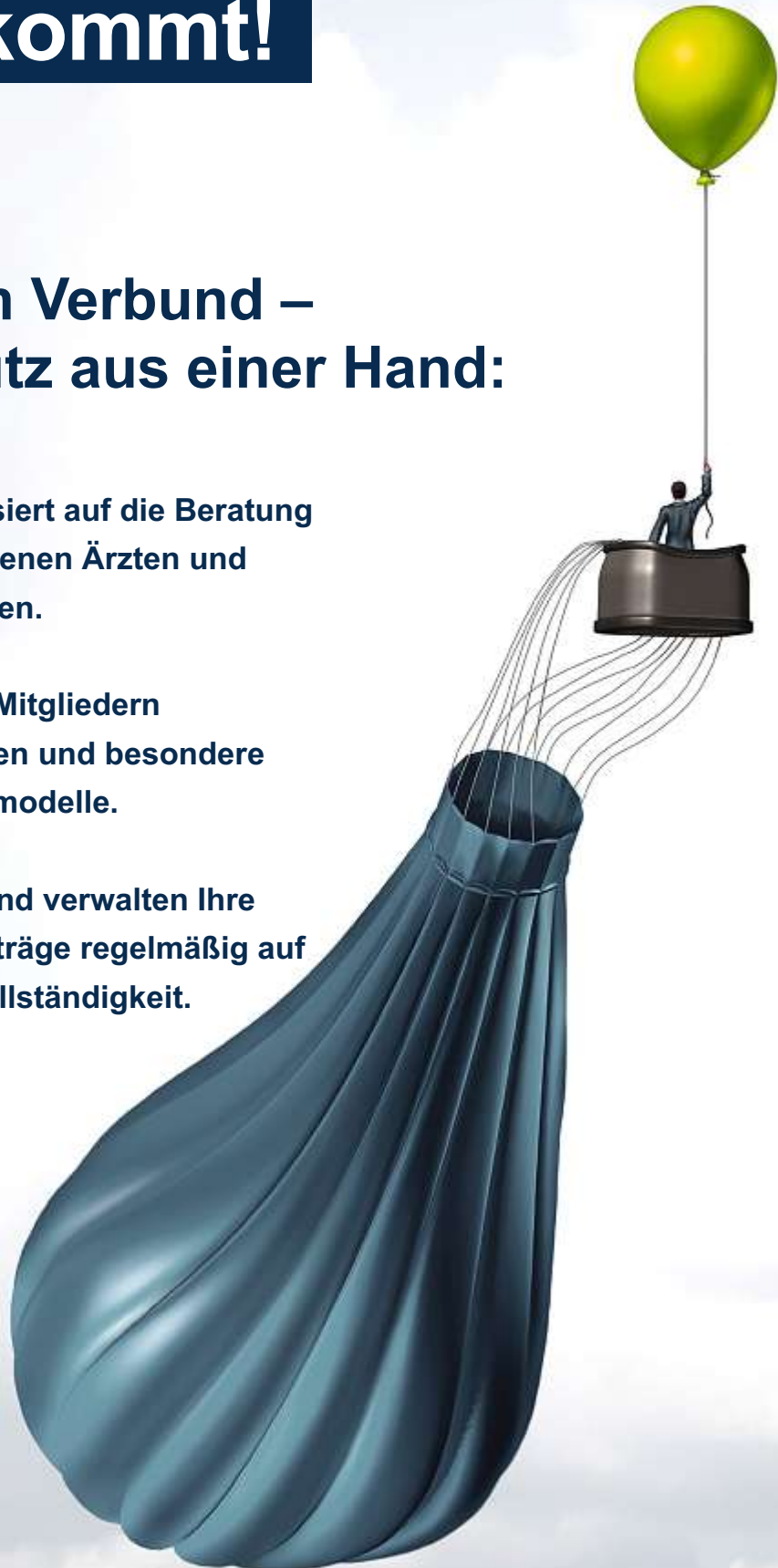
■ Aufgepasst

Praxischefs müssen bei Bewerbungen unbedingt das Allgemeine Gleichstellungsgesetz beachten!

Wenn's wirklich drauf ankommt!

Versichern im Verbund – Rundumschutz aus einer Hand:

-  Wir sind spezialisiert auf die Beratung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten.
-  Wir bieten MEDI-Mitgliedern Spezialkonditionen und besondere Rahmenvertragsmodelle.
-  Wir überprüfen und verwalten Ihre bestehenden Verträge regelmäßig auf Aktualität und Vollständigkeit.



MEDI GENO Assekuranz GmbH

Tel.: 0711 - 80 60 79 - 177

Fax: 0711 - 80 60 79 - 634

Mail: versicherung@medigeno-assekuranz.de

Web: www.medigeno-assekuranz.de



Wir brauchen unabhängige Lösungen für alle Praxen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wenn man sich die Berichterstattung in der ärztlichen Fachpresse anschaut, entsteht der Eindruck, eine völlig neue IT-Ära hat Einzug in die Praxen gehalten. E-Health-Gesetz, der Innovationsfonds zur Förderung neuer Versorgungsmodelle, der elektronische Medikationsplan, das elektronische Rezept oder diverse Ansätze einer neuen Arzt-zu-Arzt-Kommunikation machen regelmäßig Schlagzeilen.

Die Realität in unseren Praxen sieht aber leider anders aus: Dort dominiert immer noch das gute alte Fax als Kommunikationskanal! Das wäre anders, wenn der Gesetzgeber den 220 Herstellern von Praxissoftwareprogrammen endlich klare Vorgaben diktieren würde. 220 IT-Hersteller, die in Konkurrenz zueinander stehen und kein Interesse daran haben, unseren Praxen einfache und funktionierende Lösungen für einen zuverlässigen und sicheren Datenaustausch zu bieten.

Deswegen haben wir uns rechtzeitig dafür entschieden, eigene Lösungen für unsere Mitglieder zu finden. Lösungen, die uns unabhängig von der Softwareindustrie machen und unseren Praxen keinen allzu großen Aufwand bescheren. In MikroNova und Doc.Star haben wir zwei Partner gefunden, die uns

in diesen Zielen weitergebracht haben. Gemeinsam mit unseren Ärzten sind Programme entstanden, die auch den Anforderungen der Telematikinfrastruktur gerecht werden.

Bei allem Ehrgeiz war uns immer wichtig, keine Insellösungen zu produzieren, die nur in bestimmten Netzen oder Regionen funktionieren. Wir wollen eine flächendeckende elektronische Vernetzung für alle Praxen! In diese Richtung gehen unsere Vernetzungsprojekte – sowohl im Selektivvertrag als auch in der Regelversorgung. Denn nur wenn es auch hier ein geordnetes Miteinander gibt, können unsere Praxen die ambulante medizinische Versorgung in Zukunft sicherstellen.

Es grüßt Sie herzlich Ihr



*Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender*

IT-Projekte nehmen Fahrt auf



TITELTHEMA

DIALOG

**doc.star - eine Praxissoftware
von Ärzten für Ärzte**

6

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

**Vernetzung Heilbronn:
gute Noten von
Ärzten und Patienten**

NACHGEFRAGT BEI

**Wolfgang Fechter »Netzakte Heilbronn:
auf dem Weg in die Breite«**

32

GESUNDHEITSPOLITIK

**E-Health in Europa:
gute Erfahrungen in vielen
Systemen**

42

LESERFORUM

10 **Die Vorteile überwiegen ganz klar!**

Zu »PNP-Vertrag: Mitmachen lohnt sich!«

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

12 **Die HZV steigert Qualität und senkt Kosten**

16 **Fast 200 Urologen im neuen Facharztvertrag**

MEDI Baden-Württemberg baut die Facharztverträge mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK weiter aus. Von den rund 350 niedergelassenen Urologen im Südwesten nehmen schon 197 an der neuen Versorgung teil. Sie bekommen eine bessere Vergütung und haben keine Fallzahlzuwachsbeschränkung.

18 **Vertragsarztsuche mit neuer Optik**

18 **Facharztverträge mit der BKK VAG**

19 KURZ NOTIERT

20 **Stärkerer Rückgang der Darmkrebsinzidenz**

22 **Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung
werden im PNP-Vertrag besser versorgt**

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

24 **Nicht den Überblick verlieren: Gerinnungshemmung anno 2016**

26 **Aktuelle Leitlinien und weitere Quellen**

28 **Arztpraxen 2020:**

Diese Unterstützung bekommen MEDI-Ärzte

Immer mehr MEDI-Ärzte, die aus Altersgründen einen Nachfolger für ihre Praxis suchen, sehen ihre Zukunft in einem freiberuflichen MVZ. MEDI Baden-Württemberg bietet dafür individuelle Konzepte an.

30 **Kommunen als MVZ-Gründer?**

AUS RHEINLAND-PFALZ

36 **Mit frischen Ideen in den KV-Wahlkampf**

MENSCHEN BEI MEDI

- 38 **Dr. Stephan Roder**
Allgemeinmediziner und MVZ-Gründer, Talheim
- 40 NEUE MITARBEITER
Wolfgang Fink, Claudia Mosthaf und Julian Schlipf

ARZT & RECHT

- 45 **Beschwerdemanagement in der Arztpraxis**
- 48 **Das Antikorruptionsgesetz und seine Folgen**
- 50 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER
BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN
**Dürfen Labore ihre Preise wegen des
Antikorruptionsgesetzes erhöhen?
Hat meine MFA Anspruch auf Weihnachtsgeld?
Muss ich bei meinem Anbieter von Hyaluronampullen
für IGeL bleiben, nachdem er teurer geworden ist?**

BUSINESS

- 52 **Hilfe beim Tarifwechsel**
- 52 **Abgeber-Workshop mit neuem Konzept**
- 53 **Kennen Sie schon das Patienten-Serviceterminal?**
- 53 **Neue Fortbildungen für MFAs**

PRAXISMANAGEMENT

- 54 **So vermeiden Sie Fehler bei der Personalsuche**
Das sogenannte Antidiskriminierungsgesetz erschwert die Personalsuche auch für Praxischefs. Die **MEDITIMES** nennt Beispiele, wo mögliche Fallstricke lauern.
- 55 TIPPS VON MEDI-RECHTSASSESSORIN
IVONA BÜTTNER-KRÖBER
Gute Fragen für Ihr Bewerbungsgespräch
- 56 SERIE: DATENSCHUTZ IN ARZTPRAXEN
Ist Ihre Praxissoftware wirklich in guten Händen?
- 59 FÜR SIE GELESEN **Gesundheitsnetzwerke
Strategie, Konzeption, Steuerung**
- 60 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS
- 62 **Stress mit Passwörtern vermeiden!**

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. Foth

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
erscheint im Dezember 2016.
Anzeigenschluss ist
der 14. November 2016.



Foto: Fotolia



doc.star - eine Praxissoftware von Ärzten für Ärzte

Vor knapp zwei Jahren hat die MEDIVERBUND AG die Praxisverwaltungssoftware doc.star gekauft. Mit ihr sollen die MEDI-Praxen weniger Aufwand und Kosten haben und unabhängig von etablierten Praxissoftwareherstellern werden. In den kommenden Wochen geht doc.star in Baden-Württemberg in den Rollout. Endlich, wie MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner und Werner Conrad, Vorstand der MEDIVERBUND AG, im Gespräch mit Angelina Schütz sagen.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, wie viele MEDI-Praxen haben doc.star vor dem Rollout genutzt?

Baumgärtner: In Baden-Württemberg waren es 20 Pilotpraxen, die alle Mitglied bei unserem Verbund sind. Einige von ihnen arbeiten mit doc.star bereits seit fast zwei Jahren, andere seit einem knappen halben Jahr.

MEDITIMES: Gehörte Ihre Praxis zu den Pilotpraxen?

Baumgärtner: Nein, aber ich habe mit meinem Praxisteam bereits vereinbart, dass wir nächstes Jahr zu doc.star wechseln werden.

MEDITIMES: Warum war doc.star so lange in der Pilotphase?

Baumgärtner: Weil die Migration bestimmter Daten ein größeres Problem darstellte, als wir dachten, und weil renommierte IT-Hersteller alles dafür tun, um diese Migration maximal zu erschweren. Schließlich wird bei diesen Firmen ein Wechsel zu einem Konkurrenten nicht gerne gesehen. Ansonsten mussten wir technisch aufrüsten, um unseren Mitgliedern eine Software as a Service, kurz SaaS, zu ermöglichen. Damit ist eine Software gemeint, die in einem gesicherten Rechenzentrum ohne einen Praxisserver arbeitet. Dadurch entfallen lästige Datensicherungen und Updates für die Praxen. Das hat auch deswegen so lange gedauert, weil gute Entwickler in Deutschland sehr schwer zu bekommen sind.

Conrad: Ich möchte das kurz ergänzen. Wir legen sehr großen Wert auf Service und Sicherheit für unsere Mitglieder und haben deswegen darauf geachtet, dass sie einerseits keine unnötigen Kosten und wenig Administrationsaufwand für ihre Praxissoftware haben und andererseits die höchstmögliche Datensicherheit und den bestmöglichen Datenschutz bekommen.

MEDITIMES: Und wie konnte das sichergestellt werden?

Conrad: Durch unsere rechenzentrumsbasierte Praxissoftware sparen unsere Mitglieder Kosten für einen eigenen Server und können sich darauf verlassen, dass ihre Daten in gesicherten Rechenzentren gespeichert werden. Das bedeutet, dass die Praxisinhaber eigenhändig keine Datensicherung mehr durchführen müssen – das wird im Rechenzentrum erledigt. Ebenso werden die Updates, die mindestens einmal pro Quartal eingespielt werden müssen, für den Arzt automatisch eingespielt. Das ist Service!

Auf der anderen Seite haben wir technisch zum Beispiel sichergestellt, dass die Transportstrecke zwischen der Praxis und dem Rechenzentrum mehrfach gesichert und verschlüsselt ist. Wir haben unter anderem eine eigene Hardware in den Praxen, die einen VPN-Tunnel zum Rechenzentrum aufbaut.

Zusätzlich bereiten wir eine Umsetzung der Zertifizierung nach ISO 27001 und ISO 27018 vor. Letztere existiert erst seit 2015 und soll gerade rechenzentrumsbasierte Lösungen absichern.

» Unser Mitglieder können sich die Kosten für Server und Softwarewartung sparen «

MEDITIMES: Das bedeutet also, nun funktioniert die Software einwandfrei und jede MEDI-Praxis in Baden-Württemberg könnte sofort mit doc.star arbeiten?

Baumgärtner: So wurde es mir bei meinem letzten Besuch bei Doc.Star in Köln versichert und genauso haben uns das unsere Pilotpraxen vermittelt.

MEDITIMES: Können auch MEDI-Mitglieder in anderen Bundesländern doc.star nutzen?

Baumgärtner: Grundsätzlich ja. Wir möchten aber erst einmal in Baden-Württemberg klar Schiff machen, damit unsere Praxen hierzulande zufrieden sind und reibungslos mit doc.star arbeiten können.

MEDITIMES: Herr Conrad, welche sind die wichtigsten Vorteile der Software?

Conrad: Die Vorteile der SaaS-Lösung hat Herr Dr. Baumgärtner ja bereits angesprochen. Die Big Points aus Anwendersicht sind für mich ganz klar weniger Administrationsaufwand für die Praxen, höhere Datensicherheit dank des Rechenzentrums bei Gewährleistung des Datenschutzes, eine moderne Softwarearchitektur, Betriebssicherheit durch Nutzung von Microsoft-SQL-Datenbanken und keine zusätzlichen Kosten oder kein Aufwand für Server und Back-up in den Praxen.

MEDITIMES: doc.star ist ja auch ein Produkt, das nach dem MEDI-Motto „Von Ärzten für Ärzte“ weiterentwickelt wurde. Wie ging das vonstatten?

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

**doc.star - eine Praxissoftware
von Ärzten für Ärzte**

»Unsere Mitglieder haben
an allen relevanten Entwicklungen
der Software mitgearbeitet«



Anwenderfreundlich und sicher

2011 hat der Urologe Rainer Feinen das Unternehmen Doc.Star gegründet. Auf Basis einer zuvor entwickelten Praxissoftware entwickelte er eine Software mit gleichem Namen weiter, die Abläufe, Service und Kommunikationswege optimieren sollte. Es war die erste zertifizierte, webbasierte medizinische Praxisverwaltungssoftware. Sie kann im Rechenzentrum oder lokal in der Praxis betrieben werden, die Lizenzierung richtet sich nach der Anzahl der Ärzte. doc.star bietet alle wichtigen Funktionen für den Praxisalltag mit moderner Patientenverwaltung und elektronischer Patientenakte. Zudem sind alle gängigen Abrechnungsvarianten möglich. Datensicherheit und Datenschutz sind ebenfalls gewährleistet. ■

as

Conrad: Dazu wurde ein eigener Softwarebeirat, also eine Arbeitsgemeinschaft gegründet, in der auch IT-affine MEDI-Ärzte mitarbeiten. Dieser Beirat trifft sich regelmäßig und thematisiert alles, was für die Ärzte und Praxismitarbeiterinnen im Arbeitsalltag relevant ist. Sei es nun die Entwicklung diverser Anwendungen oder die Priorisierung von Arbeitsschritten. Dort werden selbstverständlich auch entsprechende Tools wie das neue Medikationsmodul entwickelt.

MEDITIMES: Das klingt nach aufwendigen und langen Arbeitsprozessen.

Conrad: Das stimmt, aber die Mitglieder des Beirats profitieren ja selbst davon, wenn unser System verbessert und vereinfacht wird.

Baumgärtner: Für mich stand immer an erster Stelle, dass wir eigene ärztliche Lösungen auf allen Ebenen entwickeln müssen, um uns unabhängig zu machen. Solche Prozesse sind aber nicht nur aufwendig und teuer, sondern werden auch von der Konkurrenz zunehmend kritisch begleitet und beklagt.

MEDITIMES: Die Manpower für doc.star wurde in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht. Warum?

Conrad: Weil wir unseren Mitgliedern mit doc.star von Beginn an ein gutes und anwenderfreundliches Produkt anbieten wollten, das wir dementsprechend mit hohem Aufwand weiterentwickelt haben. Schließlich sind die Anforderungen an eine Praxissoftware enorm hoch und die wollten wir ja erfüllen, wenn wir mit einem eigenen Produkt in den Markt gehen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Praxissoft-

ware inzwischen einen kritischen Faktor für den Erfolg einer Arztpraxis darstellt. Daher muss eine unternehmenskritische Applikation auch den hohen Anforderungen an eine professionelle Software in Entwicklung, technischem Service und Sicherheit gerecht werden können. Das sind alles Punkte, die nun einmal mit einem hohen personellen Aufwand verbunden sind.

MEDITIMES: Wie viele Mitarbeiter beschäftigen sich ausschließlich mit doc.star?

Conrad: Inzwischen arbeiten zehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Köln und Stuttgart ausschließlich für doc.star. Und wir suchen nach wie vor weitere Fachleute für Softwareentwicklung und Support.

MEDITIMES: Was man so hört, tun Sie sich schwer damit. Warum?

Conrad: Weil der Markt für Softwareentwickler grundsätzlich hart umkämpft ist. Gerade in Ballungsräumen wie Köln und Stuttgart sind solche Fachleute Mangelware.

MEDITIMES: Was wünschen Sie beide sich für die Zukunft in Sachen Praxis-IT?

Baumgärtner: Die beste Technik zu den besten Konditionen und uns als ernst zu nehmenden Player auch im IT-Bereich. Das sind wir unseren Mitgliedern und den freiberuflichen Praxen einfach schuldig.

Conrad: Dem stimme ich zu. Ich wünsche mir außerdem, dass wir unseren Mitgliedern die Software bieten können, die ihnen dabei hilft, die derzeitigen und künftigen Herausforderungen zu meistern.

MEDITIMES: Haben Sie vielen Dank für das Gespräch.



ZU » PNP-VERTRAG: MITMACHEN LOHNT SICH! «

Die Vorteile überwiegen ganz klar!



Seit Beginn bin ich als neurologisch und psychiatrisch tätiger Facharzt im PNP-Vertrag eingeschrieben. Aus Gründen, die ich nicht nachvollziehen kann, zögern immer noch relativ viele Kollegen, sich in den Vertrag einzuschreiben, und sehen die Vorteile darin nicht. Sicher, am Anfang sind einige Umstellungen, auch für das Praxispersonal, erforderlich. Aber vieles wird auch einfacher: Die Honorarzahungen erfolgen schneller als bei der KV, neurologisch und vor allem psychiatrisch sind viele Behandlungssituationen, wie zum Beispiel die psychiatrischen Gesprächsleistungen, wesentlich besser vergütet. Es wird immer wieder nachgebessert, beispielsweise für „Mischfälle“, bei denen ein psychiatrischer Behandlungsbedarf bei neurologischen Patienten erforderlich wird.

Insbesondere für psychotherapeutisch tätige Kollegen lohnt sich der Vertrag: Das lästige Antragsverfahren entfällt, die Einzelsitzung ist besser vergütet als im KV-System und Gruppensitzungen können neben der Einzelpsychotherapie durchgeführt werden.

Die anfängliche Befürchtung, wir würden durch den Vertrag mit AOK-Patienten überschwemmt werden oder gar gezwungen sein, für sie ständig Termine vorzuhalten, ist nicht eingetreten. Auch die Angst, von der AOK kontrolliert zu werden, kann ich nicht bestätigen. Die Urlaubsvertretungen sind völlig unproblematisch und das „Berichtswesen“ ist nicht wesentlich anders als davor. Die Software wird ständig weiterentwickelt und aktualisiert und die Budget-Situation entspannt sich insgesamt, da die Bereinigung mit der KV besser geklärt ist. Alles in allem also gute Gründe, am PNP-Vertrag teilzunehmen. ■■■

*Dr. Berthold Graf,
Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie
In Villingen-Schwenningen*

Leserbriefe sind Stellungnahmen der Leserinnen und Leser. Ihr Inhalt gibt ausschließlich die Ansicht der Einsender wieder, die mit der Meinung der Redaktion nicht unbedingt übereinstimmen muss. Die Redaktion behält sich, Leserbriefe vor ihrer Veröffentlichung zu prüfen und zu kürzen.



Gute Ergebnisse durch das Zusammenspiel von Haus- und Fachärzten. Werner Baumgärtner (MEDI), Christopher Hermann (AOK), Ferdinand Gerlach (Universität Frankfurt), Joachim Szecsenyi (Universität Heidelberg) und Berthold Dietsche (HÄV) stellten ihre Ergebnisse in Berlin vor.

Die HZV steigert Qualität und senkt Kosten

Intensivere hausärztliche Betreuung und eine besser koordinierte Inanspruchnahme von Fachärzten in der hausarztzentrierten Versorgung führen zu geringerer Hospitalisierung und mindern – etwa bei Diabetikern – schwere Spätkomplikationen. Ergebnisse des dritten Evaluationsberichts.

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach Paragraph 73b SGB V, mit der die AOK Baden-Württemberg gemeinsam mit dem dortigen Hausärzterverband und dem MEDI Verbund 2008 gestartet ist, verringert die Morbiditätslast und führt per saldo aufgrund von Einsparungen in der stationären und der Arzneimittel-

versorgung zu geringeren Ausgaben im Vergleich zur kollektivvertraglichen Regelversorgung. Das ist das Ergebnis des Mitte Juni vorgelegten dritten Evaluationsberichts, der unter Federführung der Professoren Ferdinand Gerlach (Universität Frankfurt) und Joachim Szecsenyi (Universität Heidelberg) erarbeitet worden ist. Aktuell ist der Zeitraum von 2011 bis 2014 untersucht worden.

Höhere Betreuungsintensität

Verglichen mit der Regelversorgung erfahren die in der HZV eingeschriebenen Versicherten eine deutlich höhere Betreuungsintensität durch die von ihnen gewählten Hausärzte: So stieg die Zahl der Hausarztkontakte der HZV-Versicherten zwischen 2011 und 2014 von 11,8 auf fast 13 Kontakte im Jahr, während die Zahl der Kontakte in der Regelversorgung mit 8,5 bis 9,7 geringer war.

Zugleich belegen die Ergebnisse, dass die Gesundheitsversorgung von HZV-Versicherten durch die Lotenfunktion ihrer Hausärzte besser koordiniert wird: So kam es bei den HZV-Versicherten 2012 und 2013 nur zu einem leichten Anstieg unkoordiniert in An-

sprach genommener Fachärzte – von 1,80 auf 1,84 und 1,94 Facharztkonsultationen, die nicht auf Überweisung des Hausarztes zustande kamen. Im Jahr 2014 sank die Zahl dieser Konsultationen auf 1,62.

Anders dagegen die Entwicklung in der Regelversorgung: Hier stieg die Zahl der unkoordinierten Facharztkontakte von 1,97 (2012) auf 2,79 (2013) sprunghaft an – wohl auch eine Folge der Abschaffung der Praxisgebühr. Die Unterschiede zur HZV zeigen insgesamt eine bessere Versorgungssteuerung durch den Hausarzt, die im Zeitablauf tendenziell noch stärker ausgeprägt ist.

Positive Effekte bei Klinik-Indikatoren

Ein wesentliches Ziel der HZV – in Kombination mit Facharztverträgen nach Paragraph 73c/140a SGB V – ist es, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Die Ergebnisse im Einzelnen:

- Vermeidbare Krankenhauseinweisungen: Pro 100 eingewiesene Versicherte waren in der HZV zwischen 13,6 (2011) und 15 (2014) Krankenhauseinweisungen vermeidbar, in der Regelversorgung zwischen 14,7 und 16,1. Die relative Differenz liegt zwischen 6,8 (2014) und 8,6 (2012) Prozent zugunsten der HZV.
- Die durchschnittliche Hospitalisierungsrate je 100 Versicherte stieg in der HZV von 19,1 (2011) auf

22,2 (2014), in der Regelversorgung jedoch deutlich stärker von 21,4 auf 26,1. Die relative Differenz wuchs in den Jahren 2011 bis 2014 von 10,7 auf 14,9 Prozent zugunsten der HZV.

- Wiedereinweisungen innerhalb von vier Wochen: Die Rate fällt von 14,5 (2011) bis 17 (2014) je 100 Versicherte ebenfalls zugunsten der HZV aus. Mit 15,9 bis 19,8 je 100 Versicherte ist die Rehospitalisierungsrate in der Regelversorgung höher und nimmt auch stärker zu.
- Stationäre Kosten: Sie liegen je eingewiesenen HZV-Patienten zwischen 5143 (2011) und 5897 (2014) Euro und damit zwischen 3,4 und 7,8 Prozent günstiger als bei den Patienten in der Regelversorgung (5324 und 6399 Euro).

Signifikante Qualitätsunterschiede zwischen HZV- und Regelversorgung fanden die Studienautoren auch bei folgenden Indikatoren: der jährlichen Influenza-Impfung von älteren Patienten, dem generellen Risiko für Krankenhauseinweisungen bei Diabetikern ebenso wie beim diabetesspezifischen Risiko für Hospitalisierung sowie der Krankenhausaufnahme wegen kardiovaskulärer Diagnosen. Gerlach und Szecsenyi stellen dazu fest: „Die Schere öffnet sich weiter. Die Qualitätsentwicklung in der HZV kann daher als nachhaltig bezeichnet werden.“

Fortsetzung >>>

Durchschnittliche Versorgungskosten in Euro pro Versicherten 2014

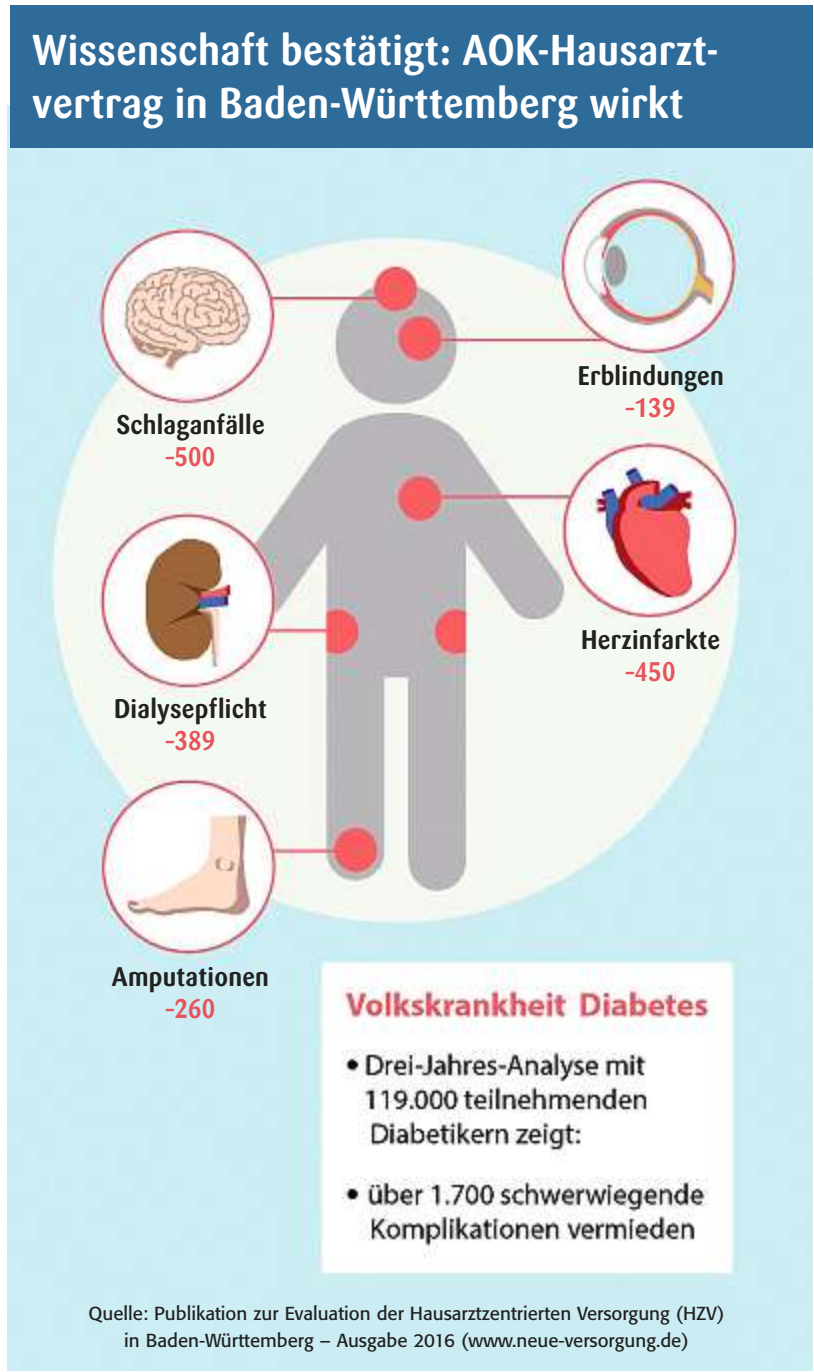
	HZV-Versicherte (n=861.223)	Nicht HZV-Versicherte (n=729.189)	HZV-Versicherte (adjustierter Wert)	Adjustierte Werte: Unterschied in %, (p-Wert)
Häusliche Krankenpflege	103,73 €	115,69 €	88,73 €	-23,3 % (p < 0,0001)
Heilmittel	125,01 €	122,27 €	125,82 €	+2,9 % (p < 0,0001)
Hilfsmittel	143,15 €	151,32 €	147,99 €	-2,2 % (p < 0,0001)
Krankenhaus	1.114,87 €	1.329,63 €	1.176,72 €	-11,5 % (p < 0,0001)
Pharmakotherapie	1.356,50 €	1.577,64 €	1.500,34 €	-4,9 % (p < 0,0001)
Leistungen gemäß EBM/GOP	792,55 €	729,46 €	783,44 €	+7,4 % (p < 0,0001)
... davon beim Hausarzt	324,09 €	279,60 €	338,88 €	+21,2 % (p < 0,0001)
Gesamtkosten	3.635,81 €	4.026,01 €	3.877,05 € *	-3,7 % (p < 0,0001)

* Für die einzelnen Teilkosten und für die Gesamtkosten wurden unterschiedliche Regressionsanalysen gerechnet, die für die jeweilige Verteilung angemessen waren. Das war notwendig, weil die Kostenkomponenten sich in ihrer Verteilung unterscheiden und daher die statistischen Signifikanzen und prozentualen Unterschiede einzeln zu ermitteln waren. Die Gesamtkosten weichen deshalb geringfügig von der Summe der Einzelkosten ab.

Quelle: Laux et al. (Universität Heidelberg): Arbeitspaket I zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016); Studienphase 2015–2016

Fortsetzung

Die HZV steigert Qualität und senkt Kosten



Diabetes: weniger Komplikationen

Erstmals ist es im Rahmen der dritten Evaluation gelungen, auch relevante Effekte in Bezug auf harte Endpunkte nachzuweisen. Es wurde untersucht, ob die HZV bei Diabetikern einen günstigen Einfluss auf

die Häufigkeit schwerer Komplikationen als Folge der Grunderkrankung hat. Eine Modellhochrechnung für die Jahre von 2011 bis 2013 zeigt für 119.000 Diabetiker in der HZV-Gruppe ein niedrigeres Komplikationsrisiko:

- 389 vermiedene Fälle von dialysepflichtiger Nephropathie,
- 139 vermiedene Erblindungen,
- 260 Fälle weniger an Amputationen,
- 450 weniger Herzinfarkte,
- 500 weniger Schlaganfälle.

Ursächlich dafür sei auch eine höhere Teilnahme rate der HZV-Versicherten an Disease-Management-Programmen. So nahmen zwischen 2011 und 2014 kontinuierlich fast 78 Prozent der HZV-Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 am DMP Diabetes teil, in der Kontrollgruppe aus der Regelversorgung lag die Teilnahme rate bei etwa 55 Prozent.

Qualitätseffekte lassen sich auch für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz nachweisen. Modellhochrechnungen ergeben folgendes Bild:


- KHK-Patienten haben ein geringeres Risiko für Krankenhauseinweisungen, sind häufiger gegen Influenza geimpft und weisen weniger Krankenhaustage auf.
- Herzinsuffizienzpatienten haben ebenfalls ein geringeres Hospitalisierungsrisiko, werden häufiger mit ACE-Hemmern oder AT1-Blockern behandelt und haben ein geringeres Risiko für eine potenzielle medikamentöse Unterversorgung.

Strukturiertes Zusammenspiel mit Fachärzten

Ein Charakteristikum des Selektivvertragssystems der AOK Baden-Württemberg sind die ab 2010 gemeinsam mit der Bosch BKK geschlossenen Facharztverträge nach Paragraf 73c SGB V, und zwar mit Kardiologen, Gastroenterologen, Psychiatern, Neurologen und Psychotherapeuten sowie mit Orthopäden und Chirurgen. In der vorliegenden Studie wurde auch erstmals untersucht, inwieweit sich daraus eine weitere Verbesserung der HZV-Versorgung ergibt. So zeigte sich etwa bei KHK-Patienten, Patienten mit Vorhofflimmern und nach akutem Herzinfarkt nochmals eine Verstärkung der positiven HZV-Effekte. Parameter waren die Inanspruchnahme spezieller kardiologischer Verfahren (Koronarangiografie und

-intervention), Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten und die leitliniengerechte Pharmakotherapie.

„Dieses strukturierte Zusammenspiel im ambulanten Sektor erweise sich gerade im Hinblick auf die Alterung unserer Gesellschaft und die damit einhergehende Zunahme der Zahl chronisch erkrankter und multimorbider Patienten als zunehmend wichtig“, kommentierte Gerlach.

Eine wichtige Rolle in der HZV spielt auch die zur Versorgungsassistentin aufgewertete Medizinische Fachangestellte, die den Hausarzt offenkundig spürbar entlastet, wie aus einer gesonderten Umfrage in Praxen hervorgeht. Drei Viertel der Ärzte, die eine VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) beschäftigen, nehmen dies so wahr und fast zwei Drittel spüren dies auch bei Hausbesuchen. Der überwiegende Teil der Patienten (57 Prozent) akzeptiert es, wenn der Arzt nur noch in dringenden medizinischen Fällen einen Hausbesuch abstattet. 

Nachdruck aus der »Ärzte Zeitung« vom 22.06.16

Methodik der Evaluation

Verglichen wurden 861.223 HZV-Versicherte mit 729.189 nicht in der HZV eingeschriebenen Versicherten der AOK Baden-Württemberg.
Basis: Routinedaten der Kasse.

HZV-Versicherte sind im Durchschnitt älter und kränker als in der Kontrollgruppe; diese Unterschiede wurden analytisch berücksichtigt.

Adjustierung, um Risikoverzerrungen zu vermeiden: hinsichtlich Alter, Geschlecht, Morbidität, Pflegestufen, Aufenthalt in Pflegeheimen, Teilnahme an DMP, Lage der Praxis, Praxisgröße sowie Praxisart.



Fast 200 Urologen im neuen Facharztvertrag

Seit Oktober können niedergelassene Urologen die Versicherten der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK im Rahmen des Facharztprogramms behandeln. 197 Mediziner nehmen bisher an der Versorgung teil. Sie bekommen alle Fälle bezahlt und eine bessere Vergütung, die bei rund 30 Prozent über dem KV-Niveau liegt.

Neben moderner Apparatemedizin liegt der Fokus auf mehr Zeit des Arztes für Beratung und gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten. Inhaltlich geht es vor allem um eine gegenseitige, zeitnahe Information und eine strukturierte fachübergreifende Kooperation bei Diagnostik und Therapie. Je nachdem, wie stark sich die Erkrankung auf die individuelle Lebensgestaltung auswirkt, kann der Urologe zusätzlich den Sozialen Dienst der AOK oder die Patientenbegleitung der Bosch BKK in Anspruch nehmen.

Berufsverbände mit an Bord

Vertragspartner auf ärztlicher Seite sind MEDI Baden-Württemberg, der Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU) sowie die Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Urologen (AGNU). Versicherte der beiden Krankenkassen können mit einer Überweisung ihres Hausarztes einen teilnehmenden Urologen aufsuchen, wenn sie im Hausarzt- und Facharztprogramm eingeschrieben sind. Andernfalls ist noch eine Einschreibung in die beiden Programme nötig. HZV-Hausärzte wiederum können die Versicherten nur zu solchen Urologen überweisen, die auch am Facharztvertrag teilnehmen. Damit setzen MEDI und die beiden Krankenkassen die Systematik ihrer Facharztverträge nach §§ 73c und 140a SGB V fort.

Bezahlung nach Arbeitsaufwand


„Der Urologe erhält eine adäquate Honorierung, damit er gemeinsam mit seinen Patienten die bestmögliche Entscheidung treffen kann“, sagt Dr. Christopher Hermann, Vorstand der AOK Baden-Württemberg. Die Vergütungsstruktur orientiert sich konsequent am Informations- und Beratungsbedarf. „So erfordert beispielsweise die Prostatakrebs-Früherkennung ein ausführliches Gespräch, um gemeinsam mit dem Patienten zu einer Entscheidung zu kommen“, erinnert Dr. Michael Rug, Vorsitzender des BDU-Landesverbandes Baden.

Mehr Beratungszeit ist auch bei der Therapie von Prostatakrebs nötig, weil die Tumore sich unterscheiden und ein differenziertes Vorgehen erfordern. „Bei den als Low Risk eingestuften Tumoren besteht eine sehr gute Prognose für den Patienten, sodass hier eine Operation oft unnötig ist“, betont Dr. Robert Rudolph, Vorsitzender der AGNU. Da eine Prostataoperation außerdem Nebenwirkungen wie Impotenz oder Inkontinenz mit sich bringen kann, empfehlen die medizinischen Leitlinien die aktive Überwachung mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen. „Wir wollen durch eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung mit dem Patienten mehr Betroffenen den Zugang zur aktiven Überwachung ermöglichen“, so Rudolph.

Praxiserprobt und erfolgreich

Alles in allem bietet der neue Vertrag deutliche Vorteile für Ärzte und Patienten. Umso klarer distanzieren sich die Partner der „Gutachterlichen Stellungnahme“ des Rechtsanwalts Dr. Jörg Hohmann, das einige Wochen nach Vertragsunterschrift publik gemacht wurde. „Das Papier stellt für MEDI Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg eine simple Aneinanderreihung unbelegter Behauptungen dar und listet spekulative Meinungen auf, die leicht zu widerlegen sind“, sind sich die beiden Partner einig. Es werde auf durchschaubare Art und Weise versucht, mit Nadelstichen gegen wirkungsvolle und erfolgreiche Verträge zu polemisieren. „Richtig ist, dass unsere Selektivverträge seit fast zehn Jahren praxiserprobt sind, wissenschaftlich evaluiert und nach geltendem Recht und Gesetz laufen, was auch für den neuen Urologievertrag gilt“, betont Baumgärtner.

Hinzu kommt, dass der Auftraggeber wohl das Licht der Öffentlichkeit scheut und bisher nicht be-

kannt ist. Dass der beauftragte Jurist aus eigenem Antrieb gehandelt hat, ist für die Vertragspartner eher unwahrscheinlich. „Wir wissen, dass es in Deutschland nicht nur Befürworter der Selektivverträge gibt. Wir begrüßen seriöse Kritik an den Verträgen, aber diese plumpe und anonyme Polemik verdient die Bezeichnung ‚Gutachterliche Stellungnahme‘ nicht“, stellt der MEDI-Vorsitzende klar. 

Angelina Schütz

→ Alle Informationen zum Vertrag und das öffentliche Statement von AOK und MEDI Baden-Württemberg zum Hohmann-Papier gibt es auf www.medi-verbund.de in der Rubrik »Ärzte« und dort unter »Verträge«.

Vertragsarztsuche mit neuer Optik


Die MEDIVERBUND AG hat die Arztsuche für die Facharztverträge nach §§ 73c/140a SGB V neu gestaltet. Die Optik ist jetzt moderner und übersichtlicher, Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten können ihre Kollegen beziehungsweise Behandler nun auch per Smartphone finden. Die MEDI-Internetseite erkennt nämlich au-

tomatisch, welches Endgerät der Anwender nutzt, und stellt ihm eine entsprechende Version zur Verfügung.

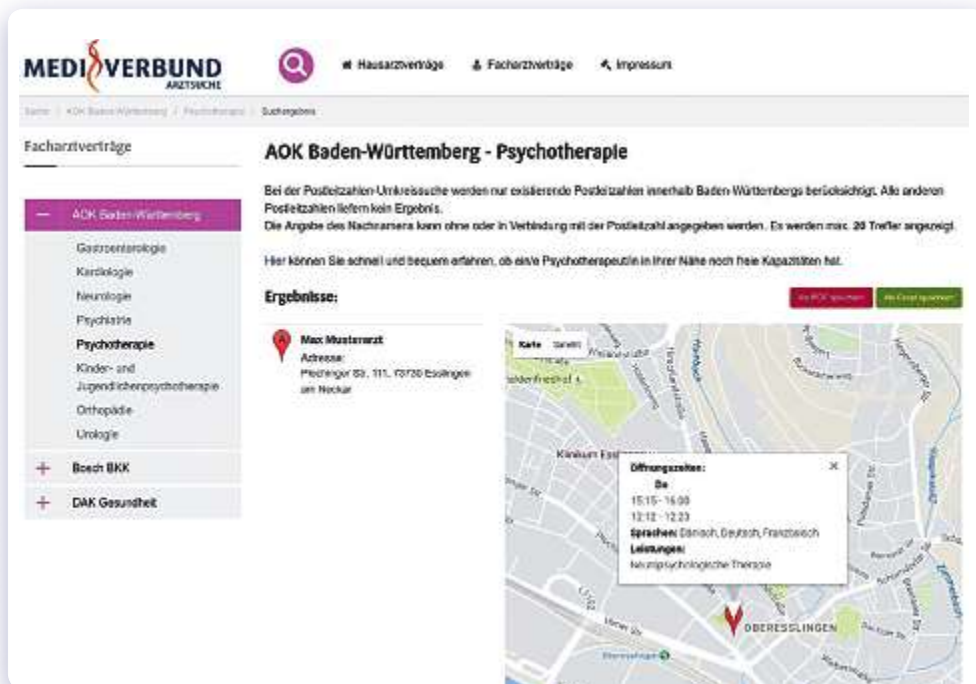
Die Vertragsarztsuche ist aber nicht nur anwenderfreundlicher geworden, sie enthält auch neue Informationen über Praxen, die an den Facharztverträgen teilnehmen. So können Ärzte und

Therapeuten ihre Öffnungszeiten angeben, auf eine vorhandene Barrierefreiheit ihrer Praxis hinweisen oder sogar Fremdsprachen angeben.

Arztportal wird folgen

Beim Relaunch der Vertragsarztsuche soll es aber nicht bleiben. In einem nächsten Schritt will die IT-Abteilung der MEDIVERBUND AG das Arztportal fertigstellen. Dort werden Mediziner und Psychotherapeuten, die an Facharztverträgen teilnehmen, ihre Daten für die Arztsuche und ihre Verträge selbst einstellen und aktualisieren können. Außerdem erhalten sie über das Portal wichtige Vertragsdokumente wie beispielsweise Abrechnungsbriefe. 

sg/as




Facharztverträge mit der BKK VAG

MEDI Baden-Württemberg baut sein Vertragsnetz weiter aus. Unter Beteiligung einiger Facharztverbände gibt es nun auch mit der Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg (BKK VAG) Facharztverträge für Kardiologie und Gastroenterologie. Unter dem Titel „Mein Facharzt“ können BKK-Versicherte, die bereits im Hausarztvertrag ihrer teilnehmenden Betriebskrankenkasse eingeschrieben sind, die Vorteile der neuen fachärztlichen Versorgung nutzen. Im Fokus steht die Therapie schwerwiegender und aufwendiger Krankheiten. Wie bereits in den etablierten Facharztverträgen mit anderen Kassen im Land profitieren auch die BKK-Versicherten künftig von einem schnelleren Behandlungsbeginn, einer strukturierteren und flexibleren Versorgung sowie Früh- oder Abendsprechstunden für Berufstätige.

Mehr Optionen für Behandler

Im Gegensatz zum KV-System hat der teilnehmende Facharzt deutlich mehr Optionen, die Versorgung flexibel auf das Krankheitsbild und die Lebenssituation des Patienten abzustimmen. Durch die bessere und strukturiertere Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten sollen auch unnötige Krankenhauseinweisungen und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Darüber hinaus streben die Partner eine rationale Pharmakotherapie an, damit die Ärzte wirtschaftlich verordnen und keine Regresse riskieren.

Auch bei den Kardiologie- und den Gastroenterologieverträgen mit der BKK VAG gibt es keine Fallzahlbeschränkung und die Ärztehonorare liegen rund 30 Prozent über dem KV-Niveau. Die Vergütung setzt sich zusammen aus einem Mix von Pauschal- und Einzelleistungsvergütungen sowie Qualitätszuschlägen. Damit soll eine leitliniengerechte Behandlung inklusive aller notwendigen Untersuchungen sichergestellt und finanzielle Fehlanreize für unnötige Untersuchungen vermieden werden. 

as

KURZ NOTIERT



Zuschlag für Kardiologen

Ergänzend zu den guten Evaluationsergebnissen der HZV zeigt die in den Selektivverträgen verankerte Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten auch bei den Krankenhauseinweisungen in der Kardiologie Wirkung. Aufgrund weniger Krankenhauseinweisungen zahlten die Vertragspartner den Qualitätszuschlag für zielgenaue stationäre Einweisungen in Höhe von 20 Euro für Patienten mit Herzinsuffizienz, KHK oder Herzrhythmusstörungen auch für das Jahr 2014 aus. Die teilnehmenden Kardiologen erhielten insgesamt rund 220.000 Euro. ■■

Gute Noten für Orthopädie-QZ

Orthopäden und Chirurgen, die am Facharztprogramm teilnehmen, sind mit ihren Qualitätszirkeln (QZ) sehr zufrieden. Das zeigen Auswertungen des AQUA-Instituts. Mit 1,7 benoteten die QZ-Teilnehmer die Klärung inhaltlicher Fragen und den Erfahrungsaustausch mit Kollegen. Die Arbeitsatmosphäre wurde sogar mit 1,5 bewertet. Die QZ unterstützen die Ziele des Orthopädievertrags: hohe Behandlungsqualität und patientenorientierte Beratung. ■■

Über 500 VERAHmobile

In Baden-Württemberg sind inzwischen 542 VERAHmobil-Fahrzeuge im Einsatz. Alle Hausärzte, die an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK im Südwesten teilnehmen und eine VERAH beschäftigen, können den VW up! zu besonders günstigen Konditionen leasen. ■■



Stärkerer Rückgang der Darmkrebsinzidenz

Innerhalb der Selektivverträge geht im Vergleich von 2009 zu 2014 die Darmkrebsinzidenz bei den 55- bis 85-Jährigen zurück. Das zeigt sich bei Teilnehmern am AOK-Hausarztvertrag deutlich stärker als in der Regelversorgung.

Der Rückgang der Inzidenzraten betrug bei Frauen minus 14,1 zu minus 6,0 Prozent und bei Männern minus 32,5 zu minus 13,8 Prozent. Wesentlich dazu beigetragen hat die seit 2011 jährlich stattfindende Kampagne „Darm-Check“. Sie motiviert die am Haus- und Facharztvertrag teilnehmenden Versicherten durch zielgerichtete Informations- und Servicemaßnahmen zur Durchführung einer Vorsorgekoloskopie.

Die Zahlen der AOK Baden-Württemberg stehen im Einklang mit Ergebnissen anderer Untersuchungen, die zeigen, dass die Vorsorgekoloskopie das Po-

tenzial hat, die Inzidenz und dadurch auch die Mortalität von Darmkrebs zu verringern. Bei der Auswertung der Inzidenzraten im Zeitraum 2009 bis 2014 wurden Daten der anspruchsberechtigten AOK-Versicherten im Alter von 55 bis 85 Jahren ausgewertet. Die Rate der Neuerkrankungen ging im Betrachtungszeitraum bei HZV-Versicherten um 24,5 (Regelversorgung: 8,5) pro 100 Tsd. Versicherten bei Männern und bei Frauen um 9,6 (Regelversorgung: 1,8) zurück. Das Ausgangsniveau der HZV-Versicherten im Jahr 2009 lag bei Männern mit 81,7 Neuer-

krankungen pro 100 Tsd. Versicherten deutlich über dem Niveau der Frauen mit 49,6 Neuerkrankungen.

Ab 2017 ist ein Einladungsverfahren für die Früherkennung durch die Vorsorgekoloskopie gesetzlich vorgeschrieben. Die AOK und die Bosch BKK setzen das Einladungsverfahren bereits seit 2011 um. Im Ergebnis lag die Rate der Vorsorgekoloskopien bei den angeschriebenen Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen im Durchschnitt rund 50 Prozent höher als in der Regelversorgung. ■■

eb

Arriba-Software-Tool »Depression«

Mit arriba können Hausärzte im AOK-Hausarztvertrag seit 2009 für ihre Patienten eine individuelle Risikoprognose für Herzinfarkt und Schlaganfall erstellen. Inzwischen steht auch das Depressions-Modul zum Download bereit. Kern ist der sogenannte PHQ-9-Fragebogen, der als Screening-Instrument zur Diagnostik von Depressivität für den routinemäßigen Einsatz im somatisch-medizinischen Bereich entwickelt wurde. Er beinhaltet neun Fragen, die Arzt und Patient gemeinsam durchgehen. Der Schweregrad der Depression wird per Punkte-Score aus den Antworten ermittelt. Für die drei Ein-

teilungen leicht-, mittel- oder schwergradig erhält der Arzt differenzierte Informationen und Einschätzungen zu den Behandlungsalternativen.

Die Befragung dauert höchstens fünf Minuten. Wenn sich kein Anhaltspunkt für eine Depression zeigt, ist das Thema vom Tisch. Psychiater und Psychotherapeuten werden entlastet, wenn sie sich darauf verlassen können, dass der Hausarzt ihnen nur Patienten überweist, bei denen die Möglichkeiten der Grundversorgung ausgeschöpft sind. ■■

eb



Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung werden im PNP-Vertrag besser versorgt

Patienten, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, brauchen möglichst sofort Hilfe. Schwer traumatisierte Patienten benötigen vor allem auch eine sehr intensive und zeitaufwendige psychotherapeutische Behandlung. In der Regelversorgung ist das nicht gewährleistet. Gut, dass hier der PNP-Vertrag zum 1. Oktober durch eine Vertragsneuerung Abhilfe geschaffen hat.

Bereits jetzt können Patienten, die psychotherapeutisch versorgt werden müssen, im Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK und von MEDI Baden-Württemberg schneller, besser und länger als in der Regelversorgung betreut werden. Speziell für Patienten mit einer PTBS ist künftig darüber hinaus im Facharztprogramm eine noch intensivere psychotherapeutische Behandlung möglich.

Nach Angaben der AOK Baden-Württemberg hat sich die Zahl der Patienten, die wegen PTBS in am-

bulanter oder stationärer Behandlung waren, landesweit von 8.941 im Jahr 2011 kontinuierlich auf 14.740 in 2015 erhöht. Betroffen sind alle Altersklassen, Frauen mehr als doppelt so häufig wie Männer.

Evidenzbasierte Diagnosesteuerung

„Die Patienten bekommen genau die psychotherapeutische Behandlung, die für ihre Diagnose und für die Schwere der Erkrankung richtig und angemessen ist“, erläutert Dr. Alessandro Cavicchioli, Landesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), der als Experte den fachlichen Teil der Neuerung im PNP-Vertrag vertreten hat. Anders als in der Regelversorgung orientiert sich die psychotherapeutische Behandlung im PNP-Vertrag (Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie) an einer „evidenzbasierten Diagnosesteuerung“, erläutert Dipl.-Psychologe Rolf Wachendorf, Sprecher der Freien Liste der Psychotherapeuten und psychotherapeutischer Vertragsverhandler für MEDI Baden-Württemberg.

„Bei schwer traumatisierten Patienten, zum Beispiel mit einer langjährigen Missbrauchserfahrung, gehen wir über die im PNP-Vertrag ohnehin schon guten Behandlungsmöglichkeiten noch hinaus“, betont Wachendorf. Seit Oktober können deshalb für

Patienten mit einer PTBS, bei denen zusätzlich eine psychiatrische Komorbidität besteht, insgesamt 210 Therapiestunden ohne Genehmigung der Kassen hochfrequent abgerechnet werden.

Zum Vergleich, so Cavicchioli: „In der Regelversorgung sind die wissenschaftlich nachgewiesenen effektiven Therapien zeitlich begrenzt. Für die Verhaltenstherapie ist nach 80 Stunden und bei der tiefenpsychologisch fundierten Therapie nach 100 Stunden Schluss, obwohl der Erfolg noch nicht gesichert ist.“ „Hochfrequent“ bedeutet, dass der Patient mit einer PTBS-Diagnose, falls erforderlich, auch mehrmals pro Woche therapiert wird. Zum Beispiel um einer Re-Traumatisierung entgegenzuwirken.

Unbürokratische Hilfe für schwere Fälle

In besonders schweren Fällen kann die hochfrequente Behandlung unbürokratisch um weitere 60 Therapiestunden verlängert werden. In der Regelversorgung muss in solchen Fällen für die Krankenkasse ein

mehrseitiges Gutachten erstellt werden, um eine Genehmigung für eine Verlängerung der Behandlung zu bekommen; im PNP-Vertrag reicht es aus, ein kurzes Formular auszufüllen.

Für alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, die in den PNP-Vertrag eingeschrieben sind, gilt: Es gibt keine langen Wartezeiten für einen Behandlungstermin beim Psychotherapeuten und kein aufwendiges Antrags- und Gutachterverfahren zur Klärung der Kostenübernahme. Die bedarfsgerechte Versorgung auch bei psychischen Erkrankungen wird durch die enge Zusammenarbeit von Haus- und Facharzt, die durch die Verknüpfung von hausarztzentrierter Versorgung und Facharztprogramm gewährleistet ist, sichergestellt. Am PNP-Vertrag nehmen landesweit mehr als 600 Psychotherapeuten teil. ■■■

Angelina Schütz



Foto: Fotolia

Nicht den Überblick verlieren: Gerinnungshemmung anno 2016

Mit dem Aufkommen der Neuen Antikoagulanzen (NOAK) ist der Markt der Gerinnungshemmer unübersichtlicher geworden. Was das für ihren Praxisalltag bedeutet, erzählen vier MEDI-Ärzte aus Baden-Württemberg.

Seit mehr als einem halben Jahrhundert werden orale Antikoagulanzen zur Primär- und Sekundärprophylaxe von thromboembolischen Erkrankungen eingesetzt. Hauptindikationen sind die Primärprävention von Schlaganfällen bei Vorhofflimmern und die Vermeidung thrombotischer Ereignisse, daneben die Sekundärprophylaxe nach Schlaganfall oder unklaren kardiovaskulären Ereignissen.

Jahrzehntelang war die Lage sehr übersichtlich: Da gab es für thrombosegefährdete Patienten Heparine und Vitamin-K-Antagonisten (VKA), mehr nicht. Heute sind neben unfraktionierten und niedermolekularen Heparinen sowie VKA auch das vollsynthetische Fondaparinux und eine Reihe neuer oraler Antikoagulanzen (NOAK) auf dem Markt.

Verordnungskosten für NOAK sind gewaltig gestiegen

Letztere haben in den vergangenen Jahren gewaltig zugelegt, was sich an den dramatisch gestiegenen Verordnungskosten zeigt. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg meldete bereits im Juli 2014, allein im Jahr 2013 habe die Verordnung dieser Arzneimittel Kosten von rund 66 Millionen Euro verursacht, wohingegen auf VKA nur noch etwas mehr als 7 Millionen Euro entfielen.

Die Vorteile der neuen Substanzen sind nicht von der Hand zu weisen: NOAK sind den VKA in ihrer antikoagulativen Wirkung ebenbürtig, bergen aber gleichzeitig ein geringeres Risiko für intrakranielle Blutungen. NOAK können auch bei Patienten verordnet werden, für die VKA – etwa aufgrund erhöhter Leberwerte – nicht infrage kommen. Ein weiterer Grund für den Siegeszug der NOAK dürfte ihre einfache Handhabung sein: Die regelmäßige Bestimmung von INR- oder Quickwert beim Hausarzt entfällt, das spart dem behandelnden Arzt kostbare Praxiszeit und trägt nach Einschätzung vieler Ärzte entscheidend zur Beliebtheit von NOAK bei.

Nicht alle Patienten wissen, warum sie Antikoagulanzen einnehmen

Weil ihre Wirkung rasch einsetzt und ebenso rasch abklingt, sind NOAK außerdem besonders gut geeignet für Menschen, die häufiger auf dem OP-Tisch liegen. Voraussetzung ist allerdings, dass der Operateur immer über die Therapie des Patienten im Bilde ist. Genau hieran hapert es aber gelegentlich, wie der Orthopäde Dr. Burkhard Lembeck aus Ostfildern erläutert: „Wir wissen nicht immer, warum der Patient Gerinnungshemmer nimmt – manchmal weiß er es nicht einmal selbst. Dann ist eine individuelle Risikoabschätzung natürlich nicht möglich.“

Wenn Dr. Lembeck diese zentralen Informationen fehlen, schickt er den Patienten mit genau dieser Fragestellung zum Hausarzt zurück: „Danach erfahre ich dann, warum der Patient welchen Gerinnungshemmer einnimmt, und kann besser einschätzen, ob ich die Medikation präoperativ absetzen kann oder ob ich ein Bridging mit Heparin vornehmen sollte.“ Dr. Lembeck ist nicht der einzige Operateur, der der-

»Der Einsatz von NOAK ist unsicherer als der alter Substanzen«



Orthopäde Dr. Burkhard Lembeck aus Ostfildern

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Nicht den Überblick verlieren: Gerinnungshemmung 2016



Allgemeinmediziner Dr. Michael Ruland

Aktuelle Leitlinien und weitere Quellen

- S3-Leitlinie Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE) der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) von 2015, AWMF-Leitlinienregister 003/001
- S3-Leitlinie Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) von 2015, AWMF-Registernummer 030/133
- S3-Leitlinie Operationen an der Haut, Umgang mit Antikoagulation der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) von 2014, AWMF-Registernummer 013/085
- S1-Handlungsempfehlung Neue orale Antikoagulantien (bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern) der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) von 2013, AWMF-Registernummer 053-031
- S1-Leitlinie Rückenmarknahe Regionalanästhesien und Thromboembolieprophylaxe/antithrombotische Medikation der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) von 2014, AWMF-Registernummer 001/005
- Verordnungsforum 31 (Juli 2014) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

artige Lücken in der Kommunikation beklagt. Doch auch der umgekehrte Informationsfluss scheint nicht immer reibungslos zu funktionieren, wie der Hausarzt Dr. Ruland berichtet: „Wir erfahren nach einer Operation auch nicht immer vom Operateur, ab welchem Zeitpunkt eine Rückumstellung der Antikoagulation möglich ist.“ Alle vier Fachgruppen sind sich aber einig, dass sich die Kommunikation der Ärzte untereinander in den vergangenen Jahren – nicht zuletzt auch durch die interdisziplinäre Kooperation im Rahmen von Selektivverträgen – deutlich verbessert hat.

Regelmäßige Kontrollen bei VKA sind bei vielen Patienten hilfreich

Der Neurologe Prof. Freund aus Biberach ist überzeugt, dass manch ein Arzt vor allem wegen dieser vereinfachten Handhabung viele Patienten von VKA auf NOAK umgestellt hat: „Insgesamt hat die Zahl der Verordnungen von Gerinnungshemmern zugenommen, sodass die Unterversorgung abnimmt; möglicherweise ist durch die NOAK die Scheu gesunken, überhaupt erstmals Antikoagulanzen zu verordnen.“

Die Popularität der NOAK hat aber auch zur Folge, dass bewährte Medikamente wie Marcumar zunehmend auf der Strecke bleiben – obwohl deren Nachteile sich durch gute Schulung der Patienten häufig beheben ließen. So betont Prof. Freund: „Die Unterschiede im Outcome zwischen NOAK und Marcumar wären bei gut geschulten Patienten kleiner, als die Studien es suggerieren.“ Auch die regelmäßigen Kontrollen von Quick- oder INR-Wert dürfe man nicht nur als Last begreifen: „Viele Patienten halten sich gewissenhafter an die Therapie, wenn sie wissen, dass ihre Werte beim nächsten Arztbesuch kontrolliert werden. Eine solche Kontrollmöglichkeit fehlt bei den NOAK.“

Die mangelnde Kontrolle empfinden auch andere Fachgruppen als problematisch. So meint der Allgemeinmediziner Dr. Michael Ruland: „Man geht bei den NOAK immer von einer stabilen Einstellung aus, doch in Wahrheit gibt es kein zuverlässiges Verfahren, um die tatsächliche Gerinnungshemmung unter diesen Substanzen zu bestimmen. Der Einsatz von NOAK ist bequemer, aber zugleich auch unsicherer als der Einsatz der alten Substanzen.“ Sein Kollege Dr. Norbert



Dr. Norbert Smetak, Kardiologe aus Kirchheim

Smetak, Kardiologe aus Kirchheim, ergänzt: „Man kann sich nicht immer auf die Compliance des Patienten verlassen. Wir bräuchten einen einfachen Schnelltest, der sich ebenso wie ein INR-Test kostengünstig in der Praxis durchführen lässt.“ Dr. Smetak warnt außerdem, dass längst nicht alle Arzneimittelinterferenzen erforscht sind: „Wir wissen aber, dass sich die NOAK

mit Antimykotika oder bestimmten HIV-Medikamenten nicht vertragen.“

Dr. Smetak meint deshalb: „Aktuell gibt es keine ausreichenden Gründe, Patienten mit guter VKA-Einstellung auf NOAK umzustellen. Es sollte bei jeder Neueinstellung individuell geprüft werden, ob ein NOAK oder der VKA die bessere Option ist.“ ■■■

Antje Thiel

» Bei jeder Neueinstellung soll geprüft werden, was besser ist «



Wichtig ist eine Beratung mit System, weiß MVZ-Projektmanager Wolfgang Fink.

Arztpraxen 2020: Diese Unterstützung bekommen MEDI-Ärzte

Immer mehr niedergelassene Ärzte sorgen sich um ihre Zukunft und immer mehr Gemeinden entwickeln Programme, um junge Ärzte anzulocken. Ihr Erfolg ist allerdings fraglich. Sicher ist eigentlich nur, dass die Luft in den Praxen dünner wird. MEDI Baden-Württemberg hält mit dem Konzept „Arztpraxen 2020“ dagegen.

„Im Augenblick betreuen wir drei konkrete MVZ-Gründungen“, berichtet Dipl.-Ges.Oec. (FH) Wolfgang Fink, der vor einigen Monaten die Projektleitung MVZ bei der MEDIVERBUND AG übernommen hat. „Daneben gibt es etwa 80 Interessenten, von denen rund 20 sehr konkret über eine MVZ-Gründung nachdenken“, ergänzt er. Der Gesundheitsökonom ist sich sehr sicher, dass die Zahlen im Lauf des Jahres deutlich ansteigen werden.

Arztpraxen 2020 dürfte inzwischen weitgehend bekannt sein. MEDI unterstützt die Gründung von MVZs, immer vorausgesetzt, dass sie die Versorgung sichern, also nicht als Konkurrenz zu bestehenden Strukturen aufgebaut werden. Fink ist zuständig für die praktische Umsetzung dieser Unterstützung. Schließlich war er vor seinem Einstieg bei MEDI als Mitglied der

Geschäftsleitung in der MVZ Kirchheim GmbH angestellt und kennt die Probleme und Erfolgsfaktoren im MVZ-Alltag aus erster Hand. „Einer muss im MVZ für alle nichtärztlichen Belange zuständig sein“, weiß er, „für Qualitätsmanagement, die Organisation der Jahresbesprechungen, das Controlling oder die Gewinnverteilung“. Daneben gibt es natürlich noch die Koordination von Zulassungsausschuss, Steuerberatern oder Juristen. Weitere typische Aufgaben sind die Pflege oder Neuentwicklung von Verträgen, nicht zu vergessen Marketing, Abrechnung oder Personalentwicklung.

Bei der Vielzahl an Fragen ist eine Beratung mit System wichtig. Fink hat deshalb ein Baukastensystem von Beratungsangeboten für MEDI-Mitglieder zur MVZ-Gründung aufgebaut.

1. Beratung

Ein erster Schritt in Richtung MVZ-Gründung ist das pauschale Einsteiger-Beratungspaket. Für gerade einmal 250 Euro netto können sich MEDI-Mitglieder von Fink informieren und auf den Einzelfall bezogen zu Kooperationen beraten lassen. Wichtigster Baustein ist ein Gespräch über die aktuelle Situation des Arztes und seine Veränderungswünsche. Anschließend klärt der Gesundheitsökonom die prinzipielle Machbarkeit mit KV und Zulassungsausschuss und fasst die Ergebnisse zu einem individuellen Bericht zusammen.

2. Projektmanagement

Wenn die erste Beratung ernsthaftes Interesse an einer MVZ-Gründung geweckt hat, beginnt Schritt 2, das eigentliche Projekt. Fink begleitet die Mitglieder bis zu Zulassung und GmbH-Gründung. Als zertifizierter Projektmanager weiß er, wie man ein professionelles Projektmanagement organisiert. Die Beteiligten einigen sich auf ein klares Ziel, in diesem Fall

» Die Mitglieder werden bis zur GmbH-Gründung begleitet «

die MVZ-Gründung. Fink erstellt einen realistischen Zeitplan und hilft bei der Lösung auftretender Probleme. „Für eine zügige Umsetzung ist es wichtig, von Anfang an die Kommunikation der Ärztesgruppe zu moderieren und zu begleiten“, rät er, „sonst bringt eines Tages jeder seinen Anwalt mit.“ Die Kosten richten sich nach dem benötigten Zeitaufwand.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Arztpraxen 2020:

Diese Unterstützung bekommen MEDI-Ärzte

3. MVZ-Betreuung

Schritt 3 umfasst schließlich Angebote für ein bestehendes MVZ. Wobei natürlich jeder MVZ-Gründer selbst entscheidet, wie viel Unterstützung er einkaufen möchte. Bei Interesse wird zwischen der MEDI-VERBUND AG und MVZ-Betreibern ein Geschäftsbesorgungsvertrag abgeschlossen, der den Umfang der gewünschten Unterstützung definiert.

Abrechnung, betriebswirtschaftliches Controlling, Organisation, Qualitäts- oder Hygienemanagement, Vertragswesen und Einkauf – gemeinsam mit der AG kann der MVZ-Betreiber die individuell passenden Bausteine auswählen und kombinieren. Resultat ist auf jeden Fall, dass der MVZ-Kapitän sich ein Stück weit von Aufgaben entlasten kann. „Von einer bestimmten Organisationsgröße an ist es absolut sinnvoll, Aufgaben abzugeben“, weiß Fink, „möglicherweise bis hin zur Geschäftsführung.“

Jeder MEDI-MVZ-Gründer entscheidet also selbst, ob er sich auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren will oder auch zum Organisator werden möchte. Finks Einschätzung nach reicht es beim MVZ-Betrieb nicht mehr aus, die betriebswirtschaftlichen Aufgaben nach Feierabend zu erledigen oder an eine MFA zu delegieren. „Da ist schon solides BWL-Wissen erforderlich“, meint er. Als Beispiel aus der Praxis fällt ihm die Umsatzbeteiligung als Gehaltsbestandteil angestellter Ärzte ein. Für die MVZ-Betreiber ist es sinnvoll, die angestellten Ärzte zu motivieren. Solche Regelungen müssen seiner Erfahrung nach aber „absolut transparent“ sein, was eine „saubere Kostenstellenrechnung im Hintergrund“ erfordert.

Kommunen als MVZ-Gründer?

Heute ist es für viele Gemeinden noch Zukunftsmusik. Aber schon morgen könnten MVZs in Kooperation mit Kommunen entstehen. Dafür werden die Gemeinden die Zusammenarbeit mit erfahrenen Ärzten und Managementgesellschaften benötigen.

Viele Fragen sind noch offen. Vielleicht werden sogar MVZs von einer Kommune und der MEDIVERBUND AG aufgebaut. „Heute sind viele verschiedene Ansätze vorstellbar, aus denen Win-win-Situationen für Gemeinde und für unsere Managementgesellschaft entstehen“, erläutert Fink und lässt durchblicken, dass bereits erste Gespräche mit Landräten und Bürgermeistern geführt werden. ■■■

ra

Foto: Fotolia

Wer fühlt sich angesprochen?

Bei der Vorstellung seiner Projekte hat Fink in erster Linie MEDI-Ärzte ab Mitte 50 vor Augen, die sich allmählich auf die Suche nach einem Praxisnachfolger machen. Im Rahmen von Arztpraxen 2020 könnten sie ein MVZ aufbauen, ihr Wissen und ihre Erfahrungen einbringen, junge Ärzte anstellen und sich dann allmählich immer mehr aus der Praxis zurückziehen. Die Gründung aus der bestehenden Ärzteschaft heraus ist die zentrale Erfolgskomponente für ein neues MVZ.

Bei der zeitlichen Planung ist inzwischen auch das Urteil des Bundessozialgerichts über die Sitzeinbringung von Ärzten in ein MVZ zu berücksichtigen. Bisher war es oft üblich, den Praxissitz ins MVZ einzubringen und nur für ein paar Monate im MVZ angestellt zu sein. Heute müssen Ärzte jedoch mindestens drei Jahre lang in einem MVZ mitarbeiten, wenn sie ihren Sitz dort einbringen und sich in den Ruhestand verabschieden wollen. „Diese Art von Praxisausstieg dauert jetzt also länger als bisher und muss entsprechend früher geplant werden“, mahnt Fink. ■■■

Ruth Auschra

Jetzt
KATALOG
anfordern!

Praxisbedarf
UND SPRECHSTUNDENBEDARF

2016/2017

MEDI  **VERBUND**
PRAXISBEDARF



BESTELLEN IM VERBUND – GEMEINSAM PROFITIEREN

Telefon: 0711 - 80 60 79 - 188 | Fax: 0800 - 60 79 - 000



Der neue Katalog 2016/2017

MEDI  **VERBUND**
PRAXISBEDARF

Tel.: 0711 - 80 60 79 - 188

Fax: 0800 - 60 79 - 000

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

Web: www.medi-verbund-praxisbedarf.de

- Attraktive Preise
- Umfangreiches Sortiment
- Kostenlose Lieferung
- Online Bestellung

BESTELLEN IM VERBUND – GEMEINSAM PROFITIEREN





Vernetzung Heilbronn: gute Noten von Ärzten und Patienten

Die Netzakte in der MEDI GbR Heilbronn nimmt Gestalt an. Über eine „Anwenderwerkstatt“ sind die Ärzte in die Weiterentwicklung der Akte unmittelbar eingebunden. Das Ergebnis sind ganz konkrete Verbesserungen, die die Alltagstauglichkeit immer weiter erhöhen.

Wer Patienten nicht nur gut, sondern auch effizient versorgen möchte, muss alle nötigen Informationen und Dokumente möglichst zeitnah zur Hand haben. Niemand sollte scannen und kopieren müssen und es sollte einen kurzen Draht zu Kollegen geben, um Unklarheiten zu klären oder Termine vereinbaren zu können, ohne ewig auf das Freizeichen zu warten.

Beim Hausarzt:

schnellere und vollständigere Informationen

Die elektronische Netzakte Vivian des Technologiepartners Micronova tritt in der MEDI GbR Heilbronn an, um genau diese Effizienz in die Patientenversorgung zu bringen. „Allein wenn wir weniger scannen müssen, ist das schon eine enorme Entlastung“, betont der hausärztliche Internist Dr. Alfred Krainski. Genau das passiert mittlerweile: Seit Schlüsselpraxen wie Chirurgen und fachärztliche Internisten an die Heilbronner Netzakte angebunden werden, steigt die Zahl der elektronisch übermittelten Briefe, Diagnosen und Befunde steil an: „Wir sind noch im Pilotbetrieb, aber an manchen Tagen erhalten wir als hausärztliche Praxis schon zehn und mehr Briefe elektronisch. Die müssen wir nicht mehr scannen, gar nicht zu reden von der einfachen, automatischen Zuordnung der Befunde zum Patienten. Das ist im Praxisbetrieb deutlich zu spüren.“

Wichtigstes Werkzeug ist für Krainski das Postfach, in dem er sieht, für wen neue Informationen eingegangen sind. Je nach Arzt können das Briefe und Befunde im PDF-Format sein, alternativ auch Datensätze in Unicode-Format. Letzteres schätzt Krainski besonders: „Solche Diagnosen oder Befunde können wir mithilfe von ‚Steuerung F‘ durchsuchen. Das ist ein enormer Vorteil und ein echter Fortschritt gegenüber gescannten Dokumenten.“

Relevante Einträge zieht Krainski mit wenigen Klicks ins eigene Arztinformationssystem (AIS), in seinem Fall Medistar der CompuGroup. „Das geht wirklich einfach und schnell. Im Moment mache ich das noch selbst, aber auf Dauer ist das delegierbar und wird zu einer Aufgabe der Mitarbeiterinnen.“ Mit der Integration der Netzakte in sein AIS ist Krainski zufrieden: „Medistar hat seine Eigenheiten, aber es funktioniert und es ist auch vom Zeitaufwand her vertretbar.“

Beim Facharzt: Faxen von Befunden entfällt

Auch der HNO-Arzt Dr. Mete Cirali ist zufrieden, wünscht sich aber, dass der Wechsel zwischen AIS und Netzakte noch zügiger geht. Cirali nutzt Pro_Medico von Neutz GmbH Systemhaus an sechs Windows-10-Rechnern: „Die Mitarbeiter von Micronova kamen vorbei, haben die Software auf dem Hauptrechner und einem Clienten installiert und dann eine Netzwerkfreigabe gemacht. Das ging flott, und nachdem einige kleinere Fehler gelöst wurden, würde ich die Integration jetzt auch als gelungen bezeichnen.“

Cirali nutzt die Netzakte zum einen, um Basisdaten von überwiesenen Patienten ins eigene AIS zu übernehmen. So schalten fast alle beteiligten Hausärzte standardmäßig Informationen zu Laborwerten, Dauerdiagnosen, Allergien und Impfungen für die Netzakte frei. Diese Informationen kann der HNO-Arzt dann einfach übernehmen. Er selbst stellt PDF-Arztbriefe ein und schickt als zusätzlichen Service Ausschnitte des Befunds als Infotext im Unicode-Format separat.

Auch Cirali merkt bereits jetzt, dass die Netzakte ihm und seinem Team Nutzen bringt. „Die Helferinnen sagen, dass sie weniger telefonieren müssen, was viel Zeit spart. Auch Herauskramen und Faxen von Befunden entfallen bei Patienten, für die eine

»Ärzte können relevante Einträge auch an ihre Praxismitarbeiterinnen delegieren«

Netzakte vorliegt.“ Wie Krainski wünscht sich auch Cirali, dass der Nutzerkreis der Netzakte möglichst rasch wächst: „Aus Sicht der HNO wäre die Anbindung unseres Radiologen und des SLK Klinikums Heilbronn ein enormer Fortschritt.“

Optimierungswünsche der Ärzte werden umgesetzt

Zu den Besonderheiten der Heilbronner Netzakte gehört, dass die Haus- und Fachärzte des Ärztenetzes eng in die Weiterentwicklung und Optimierung der Software eingebunden sind. Dazu gibt es eine „Anwenderwerkstatt“, an der zwei Hausärzte, zwei Fachärzte und eine Arzthelferin, außerdem Vertreter des MEDI Verbunds und von Micronova beteiligt sind. Ausgewählt wurden dabei Ärzte, die die Software besonders intensiv nutzen und die zu Beginn der Installation viele Verbesserungsvorschläge gemacht haben.

Cirali ist von fachärztlicher und Krainski von hausärztlicher Seite Mitglied in diesem Gremium und beide MEDI-Ärzte können eine ganze Reihe von Verbesserungen aufzählen, die auf ärztliche Anregung hin umgesetzt wurden. So wurden unter anderem die Fensterunterteilungen verändert und bestimmte Fehlermeldungen beseitigt. Und bei Impfungen und Dauerdiagnosen wurde die Zeitbegrenzung aufgehoben,

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Vernetzung Heilbronn: gute Noten von Ärzten und Patienten

NACHGEFRAGT BEI



Wolfgang Fechter

Abteilungsleiter Vertragswesen

»Netzakte Heilbronn: auf dem Weg in die Breite«

MEDITIMES: Wie intensiv wird die dezentrale Netzakte in der MEDI GbR Heilbronn genutzt?


Fechter: Derzeit sind 104 Ärzte in 57 Praxen eingebunden. Am häufigsten genutzt wird die Bereitstellung von behandlungsrelevanten Angaben wie Diagnosen, Labordaten, Medikamenten. Außerdem werden Befunde elektronisch verfügbar gemacht. In einer auf 53 Praxen basierenden Auswertung zeigte sich, dass 36 Praxen die Lösung regelmäßig nutzen, davon 30 Praxen täglich. Insgesamt wurden im ersten Halbjahr 3.279 Datensätze zur Verfügung gestellt mit über 17.000 Einträgen. Für ein Pilotprojekt sind das gute Zahlen.

MEDITIMES: In welche Richtung wird die Akte weiterentwickelt?

Fechter: Derzeit befindet sich ein Medikationsplan im Test. Die Technik funktioniert, inhaltlich gibt es noch Änderungswünsche, auch mit Blick auf den bundeseinheitlichen Medikationsplan, auf den es inzwischen einen gesetzlichen Anspruch gibt. Die Funktionen des Bundesmedikationsplans werden in den Netzmedikationsplan integriert und entsprechend den Bedürfnissen der Ärzte erweitert. Relativ

kurzfristig umgesetzt werden sollen außerdem eine Art Messaging-System für den direkten Kontakt zwischen Arztpraxen sowie eine Terminverwaltung, mit der beispielsweise Hausarztpraxen Facharzttermine direkt einbuchen können.

MEDITIMES: Welche Aspekte der Heilbronner Netzakte tauchen in der Bewerbung um den Innovationsfonds auf?

Fechter: Die Bewerbung beinhaltet die Umsetzung von Versorgungsmodellen unter Nutzung von Telematik, Telemedizin und eHealth. Konkret bewerben wir uns mit dem Austausch von Befunddaten, ergänzt um einen an den Medikationsplan der Universität Heidelberg angelehnten Medikationsplan mit Interaktionscheck. Auf der Basis der Erkenntnisse aus unserem Pilotprojekt wollen wir mit dem Antrag in Kooperation mit AOK Baden-Württemberg, Audi BKK und Bosch BKK zu einem flächendeckenden Behandlungsdatenaustausch in Heilbronn und Umgebung kommen. Der Antrag beinhaltet außerdem die Anbindung der an Krankenhäusern angesiedelten Notfallpraxen. 

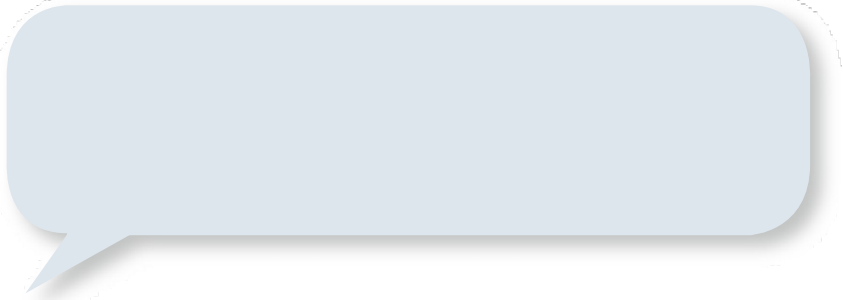
pg

sodass jetzt auch länger zurückliegende Einträge in der Netzakte erscheinen können. „Die Zusammenarbeit mit dem Unternehmen ist wirklich gut. Wir erstellen Anforderungskataloge, in denen festgelegt wird, was bis wann umgesetzt wird. Und das klappt dann in der Regel auch. So kommen wir zu einer Software, die immer arztauglicher und arztgerechter wird“, so Krainski.

Fast alle Patienten ziehen mit

Überrascht zeigen sich beide Ärzte davon, wie unkompliziert sich die Einschreibung der Patienten gestaltet. Diese müssen, wie immer bei einrichtungsübergreifenden Akten, ihr Einverständnis erklären, das dann in der Akte dokumentiert wird. In Heilbronn schreiben sowohl Hausärzte als auch Fachärzte Patienten für die Netzakte ein. Insgesamt sind es mittlerweile über 10.000.

„Die Patienten sind sehr bereit, ihre Daten für die Netzärzte freizugeben, fast bereiter als wir Ärzte“, be-



tont Krainski. „Wir haben einen Aushang gemacht und brauchen dann nur wenige Sätze, um die Akte und ihren Nutzen zu erläutern.“ Kollege Cirali macht genau dieselben Erfahrungen: „Es gibt nur ganz vereinzelt Patienten, die keine Netzakte wollen. Trotzdem sollte man niemanden überrumpeln. Bei uns gilt die Regel: Erst kommt die Behandlung, dann fragen wir nach der Zustimmung zur Akte.“ ■■■

Philipp Grätzel



Kein Hausarzt-Facharzt-Konflikt!
Mit Postkarten wie dieser ruft
MEDI Südwest die rund
600 Mitglieder zur KV-Wahl auf.

Mit frischen Ideen in den KV-Wahlkampf

Im November steht die Wahl zur Vertreterversammlung (VV) der KV Rheinland-Pfalz an. Um mehr Mitglieder an die Wahlurne zu bringen, hat MEDI Südwest für den Wahlkampf eine Unternehmensberatung engagiert.

„Der Wahlkampf kommt oft gar nicht in den Praxen an“, fasst Dr. Ralf Schneider, Vorstand von MEDI Südwest, die Erfahrung aus den vergangenen Wahlkämpfen zusammen. So würden Broschüren und Informationen häufig als Werbung von den Arzthelferinnen aussortiert und landeten erst gar nicht auf dem Schreibtisch der Mediziner. Das soll nun die Zusammenarbeit mit der Unternehmensberatung „pexesso“ aus Alzey verhindern. Gegründet von Jana Kinback und Udo Hohlfeld ist „pexesso“ eine spezialisierte Unternehmensberatung im Gesundheitsbereich mit dem Fokus auf Marketing, Strategie und betrieblichem Gesundheitsmanagement.

Strukturierte Kampagne

Nach einigen Diskussionen entschied man sich zum Auftakt des Wahlkampfs für eine klassische Postkartenaktion – im Zeitalter von Social-Media-Marketing, E-Mail-Newslettern und Hochglanz-Flyern sicher eher ungewöhnlich. Das sei bewusst so geplant, erklärt Hohlfeld. Bis zur eigentlichen Wahlperiode würden verschiedene Postkarten mit speziellen Motiven verschickt, die die Kernanliegen von MEDI Südwest ansprechen. „Mal ist die Postkarte speziell an die Praxisteams adressiert, mal nur an die Ärzte. Wir binden bewusst die Praxisteams mit ein, da sie oft als ‚Informationsfilter‘ für den Arzt fungieren“, so Hohlfeld.

Zum erweiterten Wahlkampfkonzept gehören Newsletter, Social-Media- und Internetinformationen sowie Informationen über die Kandidaten der MEDI-Liste und Veranstaltungen vor Ort. „Die ganze Kampagne ist zeitlich strukturiert, sodass Einzelmaßnahmen optimal ineinandergreifen und eine kontinuierliche Präsenz von MEDI Südwest bei den Wahlberechtigten gewährleistet ist“, erläutert Hohlfeld.

Unbedingt an KV-Wahl teilnehmen

MEDI-Vorstand Schneider appelliert an die Mitglieder, unbedingt ihr Wahlrecht zu nutzen. Die Vertreterversammlung der KV sei als Vertretung der Ärzteschaft gegenüber Kassen und Politik von großer Bedeutung. Beispielsweise sei der zuletzt beschlossene Honorarverteilungsmaßstab (HVM) maßgeblich von der VV mitkonzipiert worden, so Schneider. „Und ganz aktuell haben wir die ersten Kooperationsverträge mit Pflegeheimen abgeschlossen, um die neuen EBM-Leistungen für unsere Mitglieder zu ermöglichen.“

Gerade der HVM habe gezeigt, wie sinnvoll fachübergreifende Lösungen seien, sagt Schneider. MEDI setzt sich konsequent für die Zusammenarbeit von

Haus- und Fachärzten ein. „Ein Gegeneinander ist sinnlos“, ergänzt der Vorsitzende von MEDI Trier, Dr. Michael Siegert. Die aktuellen Personalquerelen in der KBV zeigten deutlich, wie durch Streit innerhalb der Ärzteschaft das Vertrauen und die Durchsetzungsfähigkeit gegenüber der Politik leiden würden.

KV braucht starke dritte Kraft

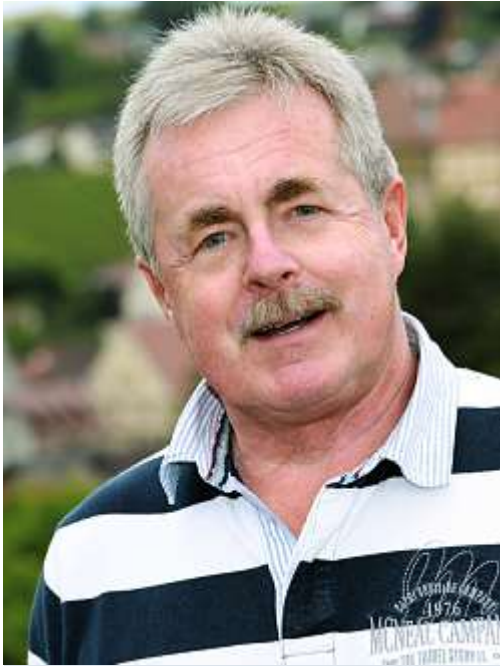
Die KV Rheinland-Pfalz brauche neben der Hausarzt- und der Facharzt-Liste dringend eine starke dritte Kraft, die sich für gemeinsame Lösungen einsetze. „Dafür brauchen wir die Unterstützung aller MEDI-Mitglieder“, appelliert Vorstand Schneider an seine Mitglieder. Es sei wichtig, dass diese auch die MEDI-Liste wählen. „Das Motto Hausärzte wählen Hausärzte und Fachärzte wählen Fachärzte führt zu einer weiteren Trennung der Kassenärztlichen Vereinigung und spielt der Politik und den Kassen in die Hände“, mahnt er eindringlich. ■■

Martin Heuser

Die wichtigsten Vorteile und Ziele

- MEDI Südwest kämpft für eine gerechte Honorierung von Haus- und Fachärzten und hat nicht nur die Interessen einer Gruppe im Blick.
- MEDI setzt sich dafür ein, die Praxen in den Regionen zu vernetzen. Das geschieht in Ärztenetzen. Beispiele dafür sind das „Ärztetz Südwest“, das „MEDI Netz Trier“ oder „medidoc Rheinhessen-Pfalz“.
- MEDI stellt sich dem Nachwuchsmangel bei Haus- und Fachärzten in den ländlichen Regionen. Dabei spielen auch die Wünsche der jungen Ärztinnen und Ärzte eine große Rolle. Viele von ihnen ziehen ein Angestelltenverhältnis der Freiberuflichkeit vor. Ihnen sind geregelte Notdienste und planbare Freizeit wichtig.
- MEDI organisiert regelmäßig Schulungen für Praxen zum Qualitätsmanagement und in einigen Regionen die ärztliche Fortbildung.
- MEDI informiert seit Jahren regelmäßig und zeitnah über berufspolitische Entwicklungen, neuerdings auch per E-Mail-Newsletter. ■■

mh



Dr. Stephan Roder

Allgemeinmediziner und MVZ-Gründer, Talheim

MEDI-Arzt Dr. Stephan Roder ist bekennender Workaholic, über Langeweile klagt er jedenfalls nicht. Er hat zwei MVZs gegründet, geleitet und den Generationswechsel organisiert. Daneben hat er Ämter bei MEDI Baden-Württemberg, in der KV und der Ärztekammer plus Familie und Reisen – wie macht man das?

„Ich schaff halt gerne“, sagt der Talheimer Hausarzt offen, „und wenn man gut organisiert ist, kann man das auch alles hinkriegen.“ Er muss es wissen: Neben der Arbeit als Hausarzt hat er im MVZ schließlich immer auch die organisatorischen und Führungsaufgaben gestemmt. Dazu kam der „Job“ als Vorsitzender des Zulassungsausschusses der KV Baden-Württemberg, von weiteren Ämtern auf Landes- und Bundesebene ganz zu schweigen.

Um das alles zu stemmen, war sicher einiges organisatorisches Talent nötig. Aber Roder redet nicht über die alltägliche Belastung. Ihm ist wichtig, was er auf die Beine gestellt hat. Er weiß, wie man ein MVZ mit neun angestellten Ärzten führt. Die Organisation eines MVZ bedeutet Arbeit, die man sich am besten aufteilt. „Aber einer muss leiten, einer muss das Risiko tragen“, sagt er schlicht – und das war wohl immer er. Wenn sich die Anstellung eines professionellen MVZ-Geschäftsführers nicht rechnet, ist eben Selbermachen angesagt.

Vom Einzelkämpfer zum MVZ-Gründer

Der Weg aus der Praxis ins MVZ kann ziemlich steinig sein, gibt Stephan Roder unumwunden zu. Wer sein

Leben lang nur Einzelkämpfer war, wird sich seiner Vorstellung nach schwer damit tun, eine Kooperation zu führen. Deshalb sieht er auch nicht in jedem MEDI-Arzt, der einen Nachfolger sucht, einen potenziellen MVZ-Gründer. „Aber die Ärzte der Generation 50 plus sollten sich ernsthaft überlegen, wie sie aus dem Arbeitsleben aussteigen wollen“, rät er.

Für ihn ist diese Form von Kooperation ein echtes Erfolgsmodell: In ländlichen Regionen können MVZs eine wichtige Versorgungsfunktion übernehmen. Und die jüngeren Ärzte, die keine Praxis aufbauen oder übernehmen möchten, freuen sich über Teilzeitanstellungen, bei denen sie nicht von Bereitschaftsdienst und Bürokratie aufgefressen werden. „Heute sind fast 20 Prozent der Ärzte im ambulanten Sektor angestellt, das ist eine unglaublich rasante Entwicklung“, merkt Roder an.

Manches MVZ ist mit viel Elan gestartet und dann von der Bildfläche verschwunden. Das Talheimer MVZ läuft dagegen seit Jahren erfolgreich. Woran liegt das? „Das ist wie in einer Ehe“, setzt Roder an. „Die Beziehung hält, wenn man fair und offen miteinander umgeht, wenn der Chef die angestellten Ärzte nicht über den Tisch zieht.“ Er beschreibt, dass



Fotos: Andrea Mössinger Fotografie

Stephan Roder in seinem kleinen Oldtimer Baujahr 1968.

er mit offenen Karten spielt, was Umsätze und Kosten angeht. Seine Führungsaufgaben und die damit verbundene Kontrollfunktion der Mitarbeiter nimmt er jedoch durchaus ernst. So haben alle MVZ-Mitarbeiter in Talheim elektronische Stempelkarten, die die Arbeitszeit dokumentieren. Warnend berichtet er, dass MVZs an Rivalitäten und Konkurrenzdenken scheitern können. „Wenn zum Beispiel zwei Orthopäden kooperieren, dann ist der konservativ tätige genauso wichtig und wertvoll wie der operativ tätige Kollege“, fordert der Allgemeinmediziner.


Früher waren MVZs keine Option für Niedergelassene

Als Roder 2009 das erste MVZ gründete, waren seine MEDI-Kollegen darüber nicht unbedingt begeistert. Im Gegenteil, MVZs wurden damals im Ländle noch äußerst misstrauisch als Gewinnmodell nur für Kapitalgesellschaften und Kliniken beäugt. Das machte den Einstieg für Roder nicht einfacher. Bei MEDI gab es intern durchaus kritische Stimmen. „Aber meiner Freundschaft mit Werner Baumgärtner hat das nicht geschadet“, lacht er, „wir sagen uns offen, was wir denken.“

Die beiden kennen sich seit Jahrzehnten, haben im Vorstand der ehemaligen KV Nord-Württemberg zusammengearbeitet und sich schon an vielen heißen

Diskussionsrunden beteiligt oder auch mal in aller Ruhe gemeinsam geangelt. „Wir waren uns immer einig, was Offenheit, Fairness und Respekt angeht“, sagt Roder, „und wir wollten beide die Gesundheitslandschaft bearbeiten.“ Der MVZ-Gründer klingt heute noch ehrlich begeistert, wenn er darüber spricht, dass „Werners Visionen“ sich früher oder später immer bewahrheiteten.

Mit Rat und Tat für »Arztpraxen 2020«

Aktuell bewahrheiten sich wohl auch Roders Visionen vom MVZ-Aufbau und er freut sich auf die Zukunft. Die Gründung neuer MVZs gehört zum Konzept von „Arztpraxen 2020“ – und Roder steht mit Rat und Tat bereit. Sicher wird er sein Wissen und seine Erfahrungen interessierten Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stellen. Natürlich nur, wenn er nicht gerade auf Reisen ist, Golf spielt, Ski fährt oder Tauchen geht, sich seiner Familie mit den fünf Kindern und ebenso vielen Enkelkindern widmet, an seinem Fiat 500 schraubt oder ein Glas in seiner Stammkneipe trinkt. Nicht zu vergessen die Kurztrips zum Ärztetag nach Hamburg oder mal eben nach Mexiko. „Das muss alles mal sein“, lacht er, „und mit ein bisschen Organisation klappt das auch.“ 

Ruth Auschra

NEUE MITARBEITER


Business

Wolfgang Fink...



... wurde am 13. Mai 1983 in Ulm geboren und ist in Kirchheim/Teck aufgewachsen. Sein Studium der Gesundheitsökonomie an der FH Niederrhein schloss er im Februar 2010 ab. Danach war Wolfgang Fink als Referent der Abteilung Ökonomie am Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Kalkulation von Fallpauschalen zuständig. Im Anschluss daran wandte sich der Gesundheitsökonom den medizinischen Versorgungszentren zu: Von 2012 bis 2016 arbeitete er in der Geschäftsleitung der MVZ Kirchheim GmbH, der Therapiezentrum Kirchheim TZK GmbH und der Ärztezentrum Kirchheim GmbH. In den Unterneh-

men waren 15 Ärzte verschiedener Fachgruppen und insgesamt über 80 Mitarbeiter tätig. Um seine organisatorischen Interessen fachlich zu vertiefen, bildete sich der Ökonom zum zertifizierten TQM-Auditor® für DIN ISO 9001 und zum zertifizierten Projektmanagementfachmann IPMA Lev.D weiter.

Seit 1. Februar 2016 ist Wolfgang Fink Ansprechpartner bei der MEDIVERBUND AG in Sachen Niederlassungs- und Kooperationsberatung und begleitet MEDI-Mitglieder in Baden-Württemberg bei diversen MVZ-Projekten. 


Business

Claudia Mosthaf...



... startete ins Berufsleben mit der Ausbildung zur Zahnarzhelferin und arbeitete anschließend in einer Zahnarztpraxis. Nach einer weiteren beruflichen Qualifikation als Betriebswirtin/DV war Claudia Mosthaf im Bereich Soft- und Hardwarelösungen tätig und sammelte dort auch Erfahrungen in Marketing und Vertrieb. Als Gebietsverkaufsleiterin und Key-Account-Managerin war sie für Marktvertriebseinführung von Softwarelösungen, Erstellen von Marketing-Vertriebsplänen, Organisation und Durchführung von Schulungen und Messen sowie für das Erstellen der Vertriebsunterlagen zuständig.

Danach kehrte Claudia Mosthaf ins Gesundheitswesen zurück und arbeitete bei einer privaten Krankenversicherung und dann bei einer bundesweiten Krankenkasse. Danach wechselte sie zu einer Praxissoftwarefirma für Ärzte und MVZs und arbeitete dort im Vertrieb und in der Kundenbetreuung.

Seit 1. Dezember 2015 ist Claudia Mosthaf bei der MEDIVERBUND AG angestellt. Dort ist sie für die Projekte doc.star, Assekuranz und Patientenservice-Terminal zuständig. 

Business

Julian Schlipf...

... wurde am 19. Oktober 1992 in Ellwangen geboren. Sein Abitur machte er 2012 am dortigen allgemeinbildenden Peutingen-Gymnasium. Danach begann er seine Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten bei der BARMER GEK Ersatzkasse in Schwäbisch Gmünd.

Nach seiner Ausbildung verließ Julian Schlipf die BARMER GEK und zog nach Stuttgart. Dort arbeitete er für die AOK Baden-Württemberg als Vertriebsmitarbeiter im Außendienst und betreute

Privat- und Firmenkunden im Raum Stuttgart. Im Rahmen seiner Tätigkeit beschäftigte sich Schlipf auch intensiv mit den neu etablierten Hausarzt- und Facharztverträgen in Baden-Württemberg – eine gute Grundlage für seinen Start bei der MEDI-VERBUND AG.

Seit 1. Dezember 2015 arbeitet Julian Schlipf als Marketing- und Vertriebsassistent bei der MEDI-VERBUND AG und betreut dort die MEDI-Mitglieder im Bereich Praxis- und Sprechstundenbedarf. 🇩🇪





E-Health in Europa: gute Erfahrungen in vielen Systemen

Die deutsche Gesundheitspolitik steht vor der Frage, ob sie vor der Bundestagswahl in Sachen E-Health noch einmal gesetzlich nachlegen muss, weil sich der Aufbau der Telemedizininfrastruktur immer weiter verzögert. Doch was passiert eigentlich anderswo? Ein Blick nach Österreich, Luxemburg, Finnland, Belgien und in die Niederlande.

Deutschland hat es derzeit nicht leicht, wo auch immer Vertreter anderer europäischer Länder über ihre Gesundheits-IT-Infrastrukturen berichten. Zu deutlich ist vielfach der Unterschied. Klar ist: Die Gesundheitssysteme in Europa sind nicht vergleichbar. Die Zeiten allerdings, in denen nur sehr zentralistische Gesundheitssysteme in Sachen IT Vorzeigbares auf die Beine stellten, sind vorbei. Die meisten europäischen Länder setzen auf nationale Infrastrukturen mit einer zentralen Technikinstanz, einer Art Gematik also. Der erste Blick geht da immer nach Skandinavien und tatsächlich ist der Ausflug nach Norden in Sachen Gesundheits-IT weiterhin lohnend.

Elektronisches Rezept in Dänemark, Finnland und Belgien

Dänemark hat eine sichere Online-Plattform für das Gesundheitswesen aufgebaut. Die Rezeptierung ist dort seit mittlerweile mehreren Jahren weitgehend digitalisiert. Man kann sogar sagen, dass das eRezept in Dänemark schon wieder an Bedeutung verliert: Es wird in einer Zeit, in der zumindest in einigen dänischen Regionen digitale Medikationspläne unter Patientenhoheit existieren, nicht mehr benötigt. Der Arzt verordnet die Medikamente direkt in die eMedikation des Patienten. Dort holt sich der Apotheker die Informationen, die er braucht – ohne eigenes Formular.

Dänemark lässt man in Deutschland mit Verweis auf die eher lockere Datenschutzkultur oft nicht als Beispiel gelten. Die eRezepte funktionieren aber auch in Ländern, die restriktiver beim Datenschutz sind. Finnland gehört in diese Kategorie. Das Land hat elektronische Rezepte eingeführt und wird Papierrezepte ab Anfang 2017, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, komplett abschaffen. Anders als in Dänemark gibt es in Finnland etwas, das es auch in Deutschland bald geben soll: einen elektronischen Arztausweis, mit dem Ärzte die von ihnen ausgestellten Rezepte elektronisch signieren. Eine mobile Smartphone-Signatur soll 2017 zusätzlich eingeführt werden.

Elektronisch mithilfe einer Smartcard signiert werden Rezepte auch in Belgien. Ein Land, das im Jahr 2014 den nationalen elektronischen Verordnungsdienst Recip-e als Pilotprojekt aus der Taufe gehoben hat. Schon 2015 ging es in den Rollout. Innerhalb von drei Monaten nutzte jeder dritte belgische Hausarzt den Dienst, viele Zehntausend Rezepte pro Tag werden heute elektronisch übermittelt. Bei der Signatur gehen die Belgier einen etwas anderen Weg. Es gibt dort keinen elektronischen Arztausweis, sondern lediglich ein von der nationalen eHealth-Plattform ausgestelltes Softwarezertifikat, das den Nutzer als Arzt ausweist. Die eigentliche Unterschrift erfolgt dann mit der Signaturfunktion des belgischen Personalausweises.

Nur wenige Patienten verweigern sich den E-Akten

Was einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakten angeht, lohnt unter anderem ein Blick nach Luxemburg und nach Österreich. In Luxemburg wurde

*» Viele Länder setzen
auf eine Art Gematik «*

2015 das Dossier de Soins Partage (DSP) eingeführt, eine übergreifende elektronische Patientenakte, die nicht nur für Ärzte, sondern auch für Physiotherapeuten, Labors und Pflegeeinrichtungen zugänglich ist. Das Luxemburger Modell ist das einer zentralen, „serverbasierten“ Patienten- oder Gesundheitsakte, in der bestimmte Arten von Dokumenten niedergelegt werden, darunter Entlassbriefe, Laborbefunde und Bildbefunde, künftig auch original Bilddaten.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

E-Health in Europa: gute Erfahrungen in vielen Systemen

Die Patienten sind die Schaltstellen: Sie können jeden Zugriff nachvollziehen, sie können einzelne Personen oder Einrichtungen blocken, sie können globale Datenschutzlevel definieren und individuelle Dokumente dem Zugriff entziehen. Das Luxemburger Pilotprojekt startete im Sommer 2015. Mittlerweile läuft der Rollout mit dem Ziel, Akten für die Hälfte der Bevölkerung bis Ende 2017 zu haben. Ein Opt-out ist möglich, doch die Quote derer, die nicht teilnehmen möchten, liegt bisher bei unter einem Prozent.

Österreich: elektronische Gesundheitsakte als Plattform

Die Erfahrung, dass sich kaum jemand einer elektronischen Patientenakte verweigert, haben auch die Österreicher gemacht, die Ende 2015 ihre nationale elektronische Gesundheitsakte ELGA live geschaltet haben. Stand Juni 2016 steht ELGA in Wien und der Steiermark für Krankenhäuser zur Verfügung, bis Ende des Jahres sollen auch die anderen Bundesländer mit ihren Krankenhäusern online gehen. Die niedergelassenen Ärzte bekommen etwas mehr Zeit.

Österreich ist das Land, das mit Deutschland am besten vergleichbar ist, weil das Vernetzungsmodell dem für Deutschland geplanten sehr ähnlich ist. Es gibt keine zentrale Datenhaltung, sondern eine Art Verlinkungsmodell auf Dokumente, die dezentral von den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, die

sie erzeugt haben. Der ärztliche Zugriff ist an eine Smartcard gekoppelt, die in Österreich „e-Card“ heißt und die seit mittlerweile mehreren Jahren reibungslos funktioniert. Patienten haben über ein Portal per Signaturkarte oder via Handy-Signatur Zugang zu ihren Daten und können, wie in Luxemburg, detailliert verfolgen, wer auf ihre Daten zugreift.

Die ELGA fungiert in Österreich zum einen als nationale Gesundheitsakte, zum anderen aber auch als technische Plattform, die es regionalen Versorgern erlaubt, eigene Vernetzungsprojekte umzusetzen. So installiert das Klinikum Bad Ischl mit acht Standorten im Salzkammergut derzeit eine elektronische Radiologieakte unter Nutzung der ELGA-Infrastruktur. Zahlreiche derartige Projekte dürften in den nächsten Monaten starten – und immer kann der Patient genau kontrollieren, was passiert.

Niederlande: Misstrauensvotum gegen den Staat

Alle bisher vorgestellten Länder arbeiten in ganz unterschiedlichen Gesundheitssystemen mit einem zentralen Technikdienstleister, gewissermaßen einer Art Gematik. Es gibt in Europa ein Beispiel, wo ein solches Modell mit „politischer Zentralisierung der Technik“ gescheitert ist, und das sind die Niederlande. Dort war von 2003 bis 2011 eine nationale Telematikinfrastruktur aufgesetzt worden. Begonnen wurde mit einer Art Mini-Akte und einer eMedikation. 2011 war die Hälfte aller Niederländer dort registriert. Dann begannen Datenschutzdiskussionen, der niederländische Senat distanzierte sich von dem Netzwerk und acht Millionen Datensätze mussten gelöscht werden.

Das Ergebnis ist, dass in den Niederlanden jetzt aus dem privatwirtschaftlichen Sektor heraus Vernetzungsprojekte entstehen, die durchaus erfolgreich sind, darunter eine ambulante Telematikinfrastruktur für eRezepte, an die neun von zehn Hausärzten und diverse regionale Bilddatennetzwerke angeschlossen sind. Das funktioniert, allerdings sind die unterschiedlichen Netzwerke technisch inkompatibel. Die Niederländer versuchen deswegen derzeit, ihrer „Gematik“ – dort Nictiz genannt – im Bereich der Standardsetzung wieder etwas mehr Macht zu verschaffen. ■■■

Philipp Grätzel von Grätz



Der Autor

Philipp Grätzel von Grätz ist freier Fachautor für Medizin und Gesundheitswesen in Berlin. Er arbeitet unter anderem als Chefredakteur der Zeitschrift E-HEALTH-COM und als Editorial Director des europäischen Gesundheits-IT-Magazins HIMSS Insights. ■■■



Beschwerdemanagement in der Arztpraxis

Während Kliniken schon seit einigen Jahren gesetzlich zur Einrichtung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements verpflichtet sind, ist das für Arztpraxen noch freiwillig. Es lohnt sich dennoch, sich damit zu befassen, da Beschwerden von Patienten keinesfalls nur unangenehm und lästig sind, sondern auch Chancen für die Praxis bieten.

Eine Beschwerde ist jede Äußerung von Unzufriedenheit, die verbunden ist mit der Erwartung auf Abhilfe, Besserung oder Wiedergutmachung. Beschwerden entstehen, wenn die Erwartungen, Vorstellungen oder Wünsche des Patienten an die Leistungen der jeweiligen Einrichtung enttäuscht werden. Hierbei geht es allerdings nicht darum, ob diese Erwartungen tatsächlich berechtigt und die Beschwerde daher sachlich begründet ist oder nicht. Die Ursache der Beschwerde liegt vielmehr darin, dass die empfangenen Leistungen nicht den subjektiven Erwartungen des Patienten entsprechen.

Typische Beschwerden in der Praxis

Die klassischen Beschwerden in einer Arztpraxis sind, neben zu langen Wartezeiten und Unfreundlichkeit des Personals, häufig die Höhe einer Arztrechnung oder die ärztliche Behandlung selbst. Im Hinblick auf die Höhe der Arztrechnung sollte grundsätzlich eine schnelle Lösung gefunden werden, da es sich oft-

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Beschwerdemanagement in der Arztpraxis

mals um kleinere Beträge handelt, über die sich ein Streit oder gar ein Gerichtsprozess im Zweifel nicht lohnt. Im Hinblick auf den Vorwurf eines Behandlungsfehlers sind höchste Achtsamkeit und Behutsamkeit ebenso gefragt wie empathische Reaktion. Nur so kann häufig ein weiterer unerfreulicher Prozess vermieden werden. Es gilt also, in diesen schwierigen und manchmal auch ärgerlichen Situationen einen kühlen Kopf zu bewahren und professionell zu handeln.

»Ärzte sollten nicht von sich aus eine Lösung anbieten oder verhandeln«

Professioneller Umgang

Zum professionellen Umgang mit Beschwerden gehören Grundkenntnisse des sogenannten „Beschwerdemanagements“. Beschwerdemanagement im Gesundheitswesen bedeutet die systematische Erfassung, Bearbeitung und Auswertung aller Aktivitäten im Zusammenhang mit Unzufriedenheit, Kritik, Vorschlägen oder Anregungen von Patienten. Ziel ist es, die Patienten wieder zufriedenzustellen und die negativen Auswirkungen unzufriedener Patienten (wie etwa Rufschädigung oder Abwanderung) zu vermeiden.

Üblicherweise beschwert sich nur ein sehr kleiner Prozentsatz der unzufriedenen Patienten. Der weit aus größere Teil „schluckt“ eine eventuelle Unzufriedenheit oder spricht außerhalb der Praxis über seine negativen Erfahrungen. Untersuchungen haben gezeigt, dass negative Kritik um ein Vielfaches häufiger

verbreitet wird als positive. Es ist daher wesentlich, die Patienten überhaupt zur Äußerung von Kritik oder Beschwerden zu animieren. Dies kann mit folgenden Methoden erfolgen:

- Auslegen eines »Feedback«-Bogens im Wartebereich
- »Beschwerde-Briefkasten« in der Praxis
- Angebot einer regelmäßigen »Beschwerde-Sprechstunde«
- Bekanntgabe einer »Beschwerde-Adresse« per Post oder E-Mail
- Möglichkeit der anonymen Beschwerde auf der Homepage oder per Brief

Entscheidend ist, dass eine eventuelle Beschwerde auch tatsächlich angenommen und ernstgenommen wird. Denn ein unzufriedener Patient will seine Beschwerde nur einmal äußern müssen – und dafür schnell Gehör finden. Wesentlich aufwendiger ist es, wenn der Patient eine sogenannte „Folgebeschwerde“ erhebt, weil auf seine Erstbeschwerde nicht reagiert wurde.

Das persönliche Beschwerdegespräch

Das Herzstück der erfolgreichen Bearbeitung von Beschwerden ist das persönliche Gespräch mit dem Patienten. Hierfür sollte ein ruhiger und angenehmer Ort zur Verfügung stehen, in dem auch ein Getränk bereitsteht. Sodann ist es wichtig, dem Patienten uneingeschränkte Gesprächsbereitschaft und Aufmerksamkeit zu signalisieren. Ein großer Fehler ist es, die Vorwürfe des Patienten gleich zurückzuweisen, die Schuld beim Patienten selbst oder bei Dritten zu suchen oder jedwede Verantwortung abzulehnen.

Das macht die Patienten im Zweifel erst richtig ärgerlich. Der Arzt sollte daher zunächst einmal gut zuhören und insbesondere herausfinden, worum es dem Patienten denn wirklich geht: Will er nur eine Entschuldigung oder eine Erklärung, will er die Stornierung der Rechnung oder gar Schadensersatz? Erst wenn die wahren Beweggründe klar sind, kann eine gute Lösung gefunden werden.


Allerdings sollte der Arzt nicht gleich selbst eine Lösung anbieten oder verhandeln. Er sollte vielmehr den Patienten konkret fragen, was dieser sich zur Lösung des Problems vorstellt. Die Antwort hierauf kann ganz anders aussehen als die eigene Idee des Arztes!

Oftmals bedarf es allerdings zunächst der weiteren Klärung des Sachverhaltes, der ja bislang nur aus Sicht des Patienten dargestellt wurde. Insbesondere beim Vorwurf eines Behandlungsfehlers sind, abgesehen von medizinisch notwendigen Sofortmaßnahmen, schnelle Lösungen meist nicht realisierbar, sondern bedürfen der weiteren Aufklärung. Je nach Art und Intensität des Vorwurfs ist die Einbeziehung der Haftpflichtversicherung erforderlich. Bei schweren Vorwürfen, etwa im Falle bleibender Schäden beim Patienten, empfiehlt sich dringend die Beauftragung einer auf das Medizinrecht spezialisierten Kanzlei.

Einsatz qualifizierter Mitarbeiter

Die Einrichtung eines für alle Seiten erfolgreichen Beschwerdemanagements hängt entscheidend von denjenigen Personen ab, die für die Bearbeitung der Beschwerden zuständig sind. Der Chef oder eventuell seine Mitarbeiter benötigen bestimmte persönliche Eigenschaften und Kommunikationsqualitäten, um das, gelegentlich schwierige, Gespräch mit den

Patienten zufriedenstellend zu führen. Diese Fähigkeiten können freilich durch entsprechende Schulungen gelernt werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Einrichtung eines Beschwerdemanagements für Arztpraxen lohnt. Die Praxisinhaber erhalten hierdurch nicht nur wertvolle Tipps darüber, was in der Praxis nicht gut läuft und verbessert werden sollte. Eine zufriedenstellende Klärung der Beschwerde wirkt sich insbesondere auf die Zufriedenheit der Patienten und damit auf den guten Ruf der Praxis aus! 

Beate Bahner

→ Den Leitfaden der Autorin zum Thema

»Patientenorientiertes Beschwerdemanagement« erhalten Sie, indem Sie einen adressierten und mit 1,45 Euro frankierten DIN-A4-Umschlag an folgende Adresse schicken: Fachanwaltskanzlei Bahner, Voßstr. 3, 69115 Heidelberg.

Das Antikorruptionsgesetz und seine Folgen



Seit Juni ist das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in der Welt. Jetzt sind Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für Angehörige von Heilberufen strafbar und können mit Geld- oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren, in besonders schweren Fällen sogar mit bis zu fünf Jahren, geahndet werden. Doch wann wird es für Niedergelassene brenzlig?

Strafbarkeit tritt dann ein, wenn ein Angehöriger eines staatlich geregelten Heilberufs Vorteile für sich oder Dritte als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er zum Beispiel bei der Verordnung von Arzneimitteln einen anderen im Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt. Obwohl die Häufigkeit der nachgewiesenen Unregelmäßigkeiten im Grunde keinen Anlass dazu gaben und zahlreiche Verbotsnormen insbesondere aus dem ärztlichen Berufsrecht, dem Vertragsarztrecht und dem Strafrecht bereits bestanden, wollte der Gesetzgeber strafrechtliche Lücken bei der Bekämpfung korrupten Verhaltens schließen.

Hintergrund

2012 hatte der Bundesgerichtshof entschieden, dass der niedergelassene Arzt bei der Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben, insbesondere bei der Verordnung von Arzneimitteln, strafrechtlich weder als Amtsträger noch als Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen handelt. Somit wurde der Vertragsarzt von den damals bestehenden Strafvorschriften über Bestechung und Bestechlichkeit nicht erfasst.

Das neue Gesetz sorgt nun jedoch für Unsicherheit. Denn unter Verdacht können jetzt verstärkt viele, auch gesundheitspolitisch gewünschte, Kooperationen geraten: Praxisnetze, Einkaufsgemeinschaften, Integrierte Versorgung, Ambulante Spezialärztliche Versorgung, Berufsausübungsgemeinschaften (zum Beispiel bei Beteiligung von konservativ tätigen und

operierenden Ärzten), Zusammenarbeit mit Krankenhäusern beispielsweise für die vor- und nachstationäre Behandlung oder Konsiliararzt-, Belegarzt- und Honorararztverträge.

Auch wenn solche Kooperationen im Grundsatz nicht angreifbar sein mögen, weil sie im Sozialgesetzbuch V ausdrücklich vorgesehen sind, können sie trotzdem ins Visier der Staatsanwaltschaften geraten, wenn gezahlte Entgelte nicht verhältnismäßig sind.

Schärfere Ermittlungsverfahren

Das Strafrecht bringt auch eine neue Qualität bei den Ermittlungsverfahren. Bei Bestehen eines Anfangsverdachts können die Staatsanwaltschaften einen Prozess in Gang bringen, in dessen Verlauf auch Praxisdurchsuchungen denkbar sind. Auch wenn am Ende ein Verfahren eingestellt wird oder ein Freispruch erfolgt, ist der Imageschaden für den Arzt oft nicht zu beheben.

Deswegen raten wir unseren Mitgliedern dringend dazu, zumindest bei Unsicherheiten über eine Kooperation vorab eine umfassende rechtliche Beratung in Anspruch zu nehmen. Oft wird letztlich die Grenze zwischen Erlaubtem und Verbotenem nur im Einzelfall über die Einleitung von Ermittlungsverfahren und die Entscheidungen der Gerichte geklärt werden können. Und damit dann leider auf dem Rücken der Ärzte. ■■■

Ass.-jur. Frank Hofmann



Ass. jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre Rechtsfragen



Foto: fotolia

Dürfen Labore ihre Preise wegen des Antikorruptionsgesetzes erhöhen?

Nein. Das Gesetz selbst schreibt eine Preisanpassung dieser Art nicht vor. Vielmehr wird allein in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass ein Angebot zur Durchführung von Laborleistungen zu besonders günstigen Konditionen nur dann zu einer unlauteren Bevorzugung und damit zu einer Strafbarkeit führen kann, wenn das Angebot rechtlich oder faktisch an eine andere Zuführungsentscheidung gekoppelt ist.

Die Gewährung oder das Inaussichtstellen eines Vorteils wie beispielsweise eine Gewinnbeteiligung dafür, dass sich ein Arzt zur Zuweisung von Untersuchungsmaterial an ein bestimmtes Labor verpflichtet, sind bereits berufsrechtswidrig und nunmehr auch strafbar. ■■

Hat meine MFA Anspruch auf Weihnachtsgeld?

Nein, einen gesetzlichen Anspruch auf Weihnachtsgeld gibt es nicht. Allerdings kann sich ein Anspruch auf Weihnachtsgeld aus dem Arbeitsvertrag, dem Tarifvertrag, der Betriebsvereinbarung oder aus einer sogenannten betrieblichen Übung ergeben.

Unter einer betrieblichen Übung versteht man ein gleichförmiges und wiederholtes Verhalten des Arbeitgebers, aus dem seine Angestellten zu Recht ableiten dürfen, dass der Arbeitgeber sich auch in Zukunft bzw. auf Dauer auf diese Art verhalten wird – etwa bei der Gewährung von Leistungen und Vergünstigungen – und dadurch Rechtsansprüche auf solche Leistungen begründet werden. Wenn also der Praxischef seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über einen Zeitraum von drei Jahren oder mehr

vorbehaltlos Weihnachtsgeld zahlt, können seine Angestellten daraus ableiten, dass diese Leistung auf Dauer gewährt wird.

Damit aus freiwilligen Leistungen kein Rechtsanspruch begründet werden kann, muss daher entweder im Arbeitsvertrag ein Freiwilligkeitsvorbehalt für Leistungen wie zum Beispiel Weihnachtsgeld oder Prämien geregelt werden oder aber bei der Zahlung des Weihnachtsgelds schriftlich darauf hingewiesen werden, dass die Zahlung freiwillig erfolgt und keinen Rechtsanspruch für die Zukunft begründet. ■■

Muss ich bei meinem Anbieter von Hyaluronampullen für IGeL bleiben, nachdem er teurer geworden ist?

Im Rahmen des freien Wettbewerbs bleibt es jedem unbenommen, den Anbieter zu wechseln. Äußerst wichtig ist jedoch, dass Rabatte – sofern sie sich auf den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, beziehen –

immer vollumfänglich an die Patienten oder Krankenkassen weiterzugeben sind. Das Einbehalten von Rabatten könnte ansonsten als Abrechnungsbetrug oder nunmehr in Zusammenhang mit dem Antikorruptionsgesetz als Bestechlichkeit im Gesundheitswesen gewertet werden. ■■■

Hilfe beim Tarifwechsel



MEDI-Mitglieder, die ihren Strom- oder Gasanbieter wechseln möchten, können sich deswegen künftig an die MEDIVERBUND AG wenden. Die Managementgesellschaft konnte dafür die FSG Cosulting GmbH als neuen Partner gewinnen. Das Unternehmen verhandelt mit Energieanbietern über Spartarife und arbeitet MEDI-Mitgliedern ein individuelles Konzept für Kosten und Service aus. Darin enthalten sind:

- Prüfung des Ist-Zustands
- Schriftliches Optimierungsangebot
- FSG übernimmt die gesamte Umstellung: von der Kündigung des alten Vertrags bis zur Lieferung durch den neuen Energieversorger
- Prüfung der Schlussrechnung und des Vertrags mit Ihrem alten Anbieter
- Prüfung aller Unterlagen des neuen Anbieters
- Übernahme der gesamten Kommunikation mit Ihrem neuen Energieanbieter
- Prüfung der jährlichen Abrechnung

Darüber hinaus können die MEDI-Mitglieder den Schriftverkehr zwischen FSG und ihrem Energieversorger online mitverfolgen und bekommen alle Unterlagen mit der Post zugeschickt, nachdem FSG sie geprüft hat.

Den neuen Service können MEDI-Mitglieder übrigens sowohl für ihre Praxis als auch für ihre private Wohnung nutzen. Wer sich dafür interessiert, muss FSG seine vollständige letzte Strom- oder Gasabrechnung zur Verfügung stellen. Auf Basis dessen erstellt FSG ein unverbindliches Angebot. ■ *as*

→ Alle weiteren Fragen beantwortet Ihnen gerne **Claudia Mosthaf**, Ihre Ansprechpartnerin bei der MEDIVERBUND AG, unter mosthaf@medi-verbund.de oder per Fax 0711 806079-634.

Abgeber-Workshop mit neuem Konzept

Die MEDIVERBUND AG hat ihr Konzept für Praxisabgeber überarbeitet. Unter dem Titel „Optimierung, Kooperation, Anstellung, Praxisübergabe – Wege in den entspannten Ruhestand“ erfahren die MEDI-Mitglieder ab Oktober, wie eine erfolgreiche Nachfolgeregelung aussehen kann. Da die Weichen für eine Praxisabgabe heutzutage sehr viel früher gestellt werden müssen, befasst sich der Workshop verstärkt mit dem letzten Drittel der Praxisexistenz.

Gemeinsam mit ihren Partnern aus den Bereichen Recht, Steuern und Praxisbewertung nimmt die MEDIVERBUND AG die aktuelle Marktsituation der Praxen, die einen Nachfolger suchen, unter die Lupe. Sie

prüft die Wünsche der Praxisgründer und die der Nachfolger, eruiert Möglichkeiten einer Anstellung in der Praxis oder in einem MVZ und begleitet die Mitglieder sowohl bei der klassischen Praxisübergabe als auch bei verschiedenen Kooperationsformen.

Übrigens hat die MEDIVERBUND AG ihre Beratungskompetenz ausgebaut und setzt auf zusätzliche Manpower bei wirtschaftlicher Beratung und MVZ-Betreuung. Dafür stehen MEDI-Mitgliedern künftig Rita Gehring (Projektleiterin BW-Beratung) und Wolfgang Fink (Projektleiter MVZ-Beratung) zur Verfügung. ■

sk/as

Kennen Sie schon das Patienten-Serviceterminal?

Damit bietet die MEDIVERBUND AG ihren Mitgliedern einen völlig neuen interaktiven Kommunikationskanal für das Wartezimmer an. Das Serviceterminal funktioniert wie ein Smartphone und hat einfache Suchfunktionen.

Es hilft den Praxen dabei, ihr Image aufzupolieren und den Patienten zu vermitteln, was die Praxis anbietet – seien es ärztliche Leistungen, besonderer Service, IGeL-Angebote, die Teilnahme an einem Facharztvertrag, der Einsatz von besonders geschulten Praxismitarbeiterinnen im Rahmen der Hausarzt- und Facharztverträge, Gesundheitsnachrichten, Tipps für saisonale Themen und, und, und.

Das Terminal bietet sogar Möglichkeiten, Patientenbefragungen durchzuführen oder auf Veranstaltungen hinzuweisen. Die Praxen können immer selbst entscheiden, welche Informationen und optische Hilfsmittel sie einsetzen möchten; seien es Fotos, Grafiken, Filme, Checklisten oder Broschüren. Möglich sind auch webbasierte Hinweise oder Texte, die laufend aktualisiert werden. Der Patient kann sich alle Informationen oder Links auch bequem per E-Mail von der Praxis nach Hause oder an seinen Arbeitsplatz schicken.

Interne Nutzung

Praxen, die das Patienten-Serviceterminal nutzen, können dort auch interne Inhalte einspeisen, die nicht für die Patienten, sondern nur für die Ärzte und das Praxisteam gedacht sind und die auch nur sie einsehen können. Das können zum Beispiel Informationen des MEDI Verbunds, medizinische Fortbildungen oder Schulungen für MFAs sein. In Ergänzung zum Terminal im Wartezimmer ist die Software auch über eine App auf Tablets einsetzbar. ■

as

→ Fragen zu Preisen, Leistungen und zur Bestellung beantworten Ihnen gerne bei der MEDIVERBUND AG **Claudia Mosthaf**, Tel. 0711 806079-234 oder per E-Mail: mosthaf@medi-verbund.de oder der ärztliche Projektleiter **Johannes D. Glaser**, Tel. 0179 1238491, E-Mail: jdglaser@gmx.de



Neue Fortbildungen für MFAs

Die MEDIVERBUND AG hat ihr Fortbildungsangebot erneut ausgebaut. Für Praxismitarbeiterinnen gibt es künftig ein neues Tagesseminar, das sich mit der Betreuung von Flüchtlingen beschäftigt. Dabei steht weniger die medizinische Versorgung als vielmehr die Herausforderungen der interkulturellen Kommunikation im Vordergrund. Die Teilnehmerinnen beschäftigen sich in kleinen Gruppen mit allen relevanten Fragen, die für ihren Praxisalltag wichtig sind. Das Seminar wird gemeinsam mit dem Bildungsinstitut „Plan P“ durchgeführt, das zum Beispiel auch medizi-

nische Erst- und Katastrophenhelfer für humanitäre Einsätze im Ausland ausbildet.

Eine andere neue Fortbildung ist „Herz im Fokus“ und richtet sich an MFAs und Ärzte gleichermaßen. Dabei besuchen die Praxismitarbeiterinnen andere, eigens auf sie ausgelegte Kurse als die Mediziner. In den Pausen können sich Praxischefs und MFAs treffen und sich über ihre Erfahrungen austauschen. „Herz im Fokus“ spricht nicht unbedingt kardiologische Praxen an, sondern in erster Linie hausärztliche und internistische. ■

as

So vermeiden Sie Fehler bei der Personalsuche

Wer eine Stellenanzeige schaltet, sollte sich auch mit AGG-Hoppnern auskennen. Mit angeblichen Bewerbern also, die nicht wirklich einen Job suchen. Ihr eigentliches Ziel ist eine Schadenersatzzahlung wegen angeblicher Diskriminierung.



Nur mal angenommen, in Ihrer Stellenanzeige suchen Sie nach „einer Mitarbeiterin“ für Ihr „junges Team“ und es bewirbt sich ein 50 Jahre alter Krankenpfleger, der noch nie in einer Arztpraxis gearbeitet hat. Es ist kein Wunder, wenn er die Stelle nicht bekommt. Aber er könnte sich einen Anwalt nehmen und argumentieren, dass er sich wegen seines Alters und Geschlechts diskriminiert fühlt.

Grundlage dieser juristischen Auseinandersetzung ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), das meistens einfach als Antidiskriminierungsgesetz bezeichnet wird. Es soll verhindern, dass Bewerber aus Gründen der Rasse, wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität benachteiligt werden. Diesen Grundsatz nutzen AGG-Hopper. Als abgelehnte Bewerber können sie zwar nicht beanspruchen, dass sie eingestellt werden. Aber sie können eine Entschädigung in Höhe von bis zu drei Monatsgehältern verlangen.

Derartige juristische Auseinandersetzungen sind inzwischen keine Seltenheit mehr. Wer dabei gewinnt, ist nicht sicher. Es laufen sowohl Verfahren wegen angeblicher Diskriminierung als auch solche wegen angeblicher Firmenschädigung durch AGG-Hopping.

Stellenanzeige formulieren

Früher wurde oft empfohlen, Anzeigen möglichst individuell zu formulieren und sie auch als Marketinginstrument für die Praxis einzusetzen. Unter AGG-

Gesichtspunkten ist es dagegen vernünftiger, sich auf das Nötigste zu beschränken und die Stellenanzeige möglichst neutral zu formulieren. „Es sollte auf keinen Fall speziell nach weiblichen Angestellten gesucht und auch nicht auf ein junges Team hingewiesen werden“, sagt Rechtsassessorin Ivona Büttner-Kröber, zuständig für Personalverwaltung und allgemeine Rechtsfragen bei der MEDIVERBUND AG. Sie rät auch davon ab, ein Lichtbild anzufordern, da es für eine diskriminierende Auslese genutzt werden kann. Die AGG-Richtlinien gelten ihrer Einschätzung nach für alle Arten von Stellenanzeigen, also zum Beispiel auch für Postings in Facebook-Gruppen.

Keine diskriminierenden Fragen

Beim Vorstellungsgespräch dürfen keine diskriminierenden Fragen gestellt werden. Fragen nach Schwangerschaft, Familienplanung und Kinderwunsch sind erstens nicht zulässig und die Bewerberinnen dürfen zweitens sowieso wahrheitswidrig antworten. Auch Fragen zu Alter und Behinderungen sind tabu, ebenso wenig darf nach Religion und Konfession, nach der Zugehörigkeit zu einer Partei oder Gewerkschaft gefragt werden. Das AGG verbietet ebenfalls, das Privatleben auszuforschen. Zur eigenen Absicherung rät Büttner-Kröber dazu, Bewerbungsgespräche grundsätzlich von einer dritten Person mithören und -schreiben zu lassen.

Absagen verschicken

Wenn die Wahl getroffen und der Vertrag unterschrieben ist, verschickt man üblicherweise Absagen an die anderen Bewerber. Je schlichter das Schreiben, desto weniger kann man dem Schreiber Diskriminierung vorwerfen. Am besten formuliert man auch hier geschlechtsneutral („zu unserem Bedauern möchten wir Ihnen mitteilen, dass wir Ihre Bewerbung nicht berücksichtigen konnten“). Auf gar keinen Fall sollte man am Telefon so „nett“ sein, einem abgelehnten Bewerber die Gründe für die Ablehnung zu erklären! Wichtig ist es aus Erfahrung der Juristin außerdem, nie handschriftliche Vermerke auf zurückgeschickten Bewerbungsunterlagen zu hinterlassen. ■■■

Ruth Auschra

Gute Fragen für Ihr Bewerbungsgespräch

Zulässige Fragen	Hintergrund
Beschreiben Sie bitte kurz Ihren Werdegang!	Wie formuliert der Bewerber, wie lange braucht er, um auf den Punkt zu kommen?
Welche Ihrer Kenntnisse und Erfahrungen passen zur ausgeschriebenen Stelle?	Wie gut ist er vorbereitet? Hat er das nötige Fachwissen?
Warum sind Sie für die Position besonders geeignet? Oder: Warum sollten wir uns für Sie entscheiden?	Kann er seine Persönlichkeit und seine Fähigkeiten zielgerichtet darstellen?
Welche Quellen haben Sie genutzt, um Informationen über unsere Praxis zu bekommen?	Hat er Initiative ergriffen? Wer sich nicht informiert hat, zeigt wenig Engagement.
Was mögen Sie an Ihrer aktuellen Stelle besonders? Und was stört Sie dort?	Wo liegen die Schwerpunkte der Interessen? Aber auch: Ist die Bewerbung ernsthaft?
Was war die größte Herausforderung, die Sie in den letzten zwei Jahren zu bewältigen hatten?	Hier kann der Bewerber zeigen, ob er in der Praxis z.B. während der letzten Grippewelle eine wichtige Position eingenommen hat.
Haben Sie schon mal erlebt, dass die Arbeit in einer Gruppe nicht funktioniert und deshalb wenig effektiv war? Wie haben Sie sich verhalten?	Thema Teamarbeit: Ist der Bewerber teamfähig? Wer jetzt über Kollegen ablästert, macht einen schlechten Eindruck.
Wie stehen Sie zu Überstunden?	Gut, wenn man es angesprochen hat.
Staatsangehörigkeit, Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis.	Juristisch wichtige Grundlagen für einen Arbeitsvertrag.

SERIE: DATENSCHUTZ IN ARZTPRAXEN



Foto: Shutterstock

Ist Ihre Praxissoftware wirklich in guten Händen?

Kann sich ein Praxisinhaber strafbar machen, wenn er die Praxissoftware von einem Dienstleister pflegen lässt oder die „Medical Cloud“ nutzt? Kaum vorstellbar, mag man meinen. Aber mit den vielfältigen technischen Möglichkeiten der Digitalisierung wachsen auch die rechtlichen Anforderungen und Risiken.

tendaten verarbeitet, die einem besonderen Schutz des BDSG unterliegen, aber auch personenbezogene Daten von Mitarbeitern, Lieferanten und sonstigen Personen.

Über § 9 Satz 1 BDSG werden bestimmte technische und organisatorische Maßnahmen vorgegeben, die je nach Art der zu schützenden Daten zu treffen sind. Dazu gehören die Kontrolle des Zutritts zu Datenverarbeitungsanlagen, die Verhinderung der Nutzung durch Unbefugte, die Kontrolle des Zugriffs auf Datenverarbeitungsanlagen und die Kontrolle der Weitergabe von personenbezogenen Daten. Insoweit weist das Gesetz ausdrücklich auf den Einsatz eines dem Stand der Technik entsprechenden Verschlüsselungsverfahrens hin.

Das müssen Praxischefs beachten

Insbesondere sind personenbezogene Daten auch gegen zufällige Zerstörung oder Verlust zu schützen.

Auch für die Nutzung der Praxissoftware gilt § 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), der vorschreibt, dass in der Praxis die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen sind, um den Datenschutz und die Datensicherheit zu gewährleisten. Mit der Praxissoftware werden vor allem Patien-

Rechner in der Praxis sind mit Kennwörtern zu sichern. Dabei sollte es in der Praxis Vorgaben für die Länge und die Gestaltung von Kennwörtern geben. Es sind Bildschirmschoner zu verwenden, die ebenfalls kennwortgesichert sind. Aktuelle Sicherheitssoftware muss eingesetzt werden, die vor Viren und anderen Bedrohungen schützt. Es müssen Benutzerkonten mit eingeschränkten Rechten angelegt werden; Administrationsrechte an jedem PC darf es nicht geben.

Regelmäßig ist eine angemessene Datensicherung durchzuführen. Gerade hier zeigen sich immer wieder gravierende Schwächen in Arztpraxen. Datenschutz und Datensicherheit beschränken sich aber nicht auf Server, PCs oder mobile Geräte. Zum Beispiel muss auch bei modernen Multifunktionsdruckern verhindert werden, dass Dritte durch das Auslesen des Gerätespeichers Zugang zu personenbezogenen Daten erlangen.

Bei Verstößen gegen die Vorgaben zu Datenschutz und Datensicherheit drohen dem Praxisinhaber empfindliche Bußgelder bis hin zu Freiheitsstrafen.

»Die Offenbarung von Patientendaten an Dienstleister kann strafbar sein!«

Wichtige Vereinbarungen mit dem Dienstleister

Soll die Praxissoftware von einem Dienstleister gewartet oder gepflegt werden und werden dem Dienstleister dabei, wie in der Regel, personenbezogene Daten zugänglich, ist nach § 11 Abs. 5 BDSG eine schriftliche Vereinbarung abzuschließen, die bestimmte, in § 11 Abs. 2 BDSG aufgeführte Inhalte haben muss. Ansonsten ist die Zugänglichmachung der Daten unrechtmäßig und dem Praxisinhaber droht ein Bußgeld. Das ist leider sowohl vielen Praxen als auch vielen

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Ist Ihre Praxissoftware wirklich in guten Händen?

Dienstleistern schlicht unbekannt, obwohl die entsprechende gesetzliche Verpflichtung bereits seit vielen Jahren besteht!

Zudem ist an die ärztliche Verschwiegenheitspflicht zu denken, deren Verletzung durch § 203 Strafgesetzbuch (StGB) strafrechtlich sanktioniert ist. Externe Dienstleister sind nach der immer noch herrschenden Meinung keine Berufsgehilfen, denen Patientendaten offenbart werden dürfen. Die herrschende Meinung behandelt das Bundesdatenschutzgesetz und das Strafgesetzbuch getrennt: Auch wenn ein Dienstleister, der die Praxissoftware pflegt, einen Vertrag nach § 11 BDSG unterzeichnet hat, kann die Offenbarung von Patientendaten an ihn immer noch nach § 203 StGB strafbar sein.

Bis zu einer Gesetzesänderung kann nur empfohlen werden, dem Dienstleister keine Patientendaten zugänglich zu machen oder allenfalls in anonymisierter Form.

» Mit Cloud-Anbietern bedarf es einer Vereinbarung über Auftragsdatenverarbeitung «

Sonderfall: die Medical Cloud

Ein recht aktuelles Thema ist die Frage, inwieweit Praxen eine sogenannte „Medical Cloud“ nutzen können. Dabei liegt die Praxissoftware nicht bei der Praxis auf einem Server, sondern sie wird in einem Rechenzentrum über eine Internetverbindung (sogenannte „Software as a Service“) genutzt. Für eine

solche Lösung spricht, dass ein Rechenzentrum, das von einem renommierten Cloud-Anbieter genutzt wird, im Regelfall hohen Sicherheitsanforderungen genügt.

Mit dem Cloud-Anbieter ist auf jeden Fall eine Vereinbarung über Auftragsdatenverarbeitung abzuschließen. Darüber hinaus lässt sich aber die Nutzung entsprechender Cloud-Dienste in Verbindung mit Patientendaten überhaupt nur gesetzlich zulässig darstellen, wenn Patientendaten schon in der Praxis verschlüsselt werden, den Anbieter nur verschlüsselt erreichen und auch vom Anbieter nur verschlüsselt verarbeitet werden. Der Schlüssel für die Verschlüsselung darf nur von der Praxis selbst generiert werden und die Entschlüsselung bei und durch den Anbieter muss ausgeschlossen sein.

Neben zahlreichen anderen Punkten ist bei dem Vertrag mit dem Cloud-Anbieter zu bedenken, ob auch bei einer zeitweiligen oder dauerhaften Betriebsunterbrechung beim Cloud-Anbieter die Nutzung der Software und der schnelle Zugriff auf die Patientendaten sichergestellt sind. Welche Verfügbarkeit garantiert der Anbieter bezüglich der Softwarebereitstellung und des Datenzugriffs? Auf entsprechende präzise vertragliche Regelungen mit ebenso präzisen Sanktionsregelungen ist unbedingt zu achten.

Zusammenfassung

Neue technische Möglichkeiten können in der Praxis zu einer Erhöhung der Datensicherheit, zu Kostenreduzierungen, neuartigen Arbeitsmöglichkeiten und neuen Dienstleistungsangeboten für Patienten führen. Leider hat die rechtliche Entwicklung gerade der datenschutzrechtlichen Regelungen und der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht hiermit nicht unbedingt Schritt gehalten. Der Einsatz neuer Technologien in der Praxis ist möglich, bedarf aber, vor allem angesichts der strafrechtlichen Risiken, einer vorherigen vertieften rechtlichen Prüfung. ■■■

Dr. Christian Wittmann,

Dr. Thomas Weimann

FÜR SIE GELESEN

S. Eble, C. Kurscheid (Hrsg.)

Gesundheitsnetzwerke

Strategie, Konzeption, Steuerung



Planung, Konzeption und Umsetzung von Gesundheitsnetzwerken sind Thema des Buchs. Im ersten Teil werden die rechtlichen Grundlagen abgehandelt, Teil 2 widmet sich der strategischen und Teil 3 der operativen Steuerung von Netzwerken. Welche Daten, welche Kennzahlen braucht man zur Versorgungssteuerung? Und welche Finanzierungsmöglichkeiten haben kooperative Versorgungsformen? Erfreulich praxisnah sind die Fallbeispiele: Finanzierung eines Gesundheitszentrums, Businessplanung einer Schweizer Koordinationsstelle für Palliative Care. Die folgenden Teile befassen sich mit dem Finanzmanage-

ment, Qualitäts- und Risikomanagement, Personalmanagement sowie Marketing und Kommunikation.

Wer sich mit den Möglichkeiten von ärztlichen Kooperationen auseinandersetzen möchte, findet hier jede Menge Anregungen. Spannend zu lesen fand ich die Texte über Datenschutz in Arztnetzwerken, über Delegation und über die Probleme bei der Honorarverteilung. Manche Aspekte sind dem Gesundheitsnetzwerker vielleicht etwas zu trocken und abgehoben, andere dagegen aus der Praxis gegriffen.

Für Ärzte, die einfach nur Medizin machen wollen, ist das Buch nicht geschrieben. Es richtet sich an alle Akteure im Gesundheitswesen, die Versorgung gestalten wollen, auch an Berater und Mitarbeiter aus Gesundheitsunternehmen oder Studierende in Studiengängen wie Gesundheitsmanagement, Gesundheitsökonomie oder Public Health. ■

ra

→ **MWV**

Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft Berlin
2016, 368 Seiten, 22 Tabellen

64,95 Euro

ISBN 978-3-95466-227-2



VERANSTALTUNGEN,
FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

Oktober bis Dezember 2016

Veranstaltungen für Ärzte

- **3. Stuttgarter Osteoporosetage**
8. Oktober, 8–14 Uhr
Marienhospital, Böheimstr. 37, 70199 Stuttgart
- **»Herz im Fokus«**
29. Oktober, 10–13 Uhr
Kongresszentrum Liederhalle, Berliner Platz 1,
70174 Stuttgart

Veranstaltungen für Ärzte - nichtmedizinisch

- **Kommunikationstraining**
»Kommunikation im Team«
5. Oktober, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Informationsveranstaltung**
»Vernetzung mit KV-Förderung«
5. Oktober, 18–20 Uhr
Badhaus Rottweil, Neckartal 167, 78628 Rottweil
- **Interkulturelle Kommunikation**
– Umgang mit Flüchtlingen
8. Oktober, 9–16:30 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Informationsveranstaltung**
»Vernetzung mit KV-Förderung«
12. Oktober, 18–20 Uhr
Hotel St. Michael, Stammbergweg 1,
97941 Tauberbischofsheim
- **Codierseminar**
14. Oktober, 17–19:30 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Informationsveranstaltung**
»Vernetzung mit KV-Förderung«
19. Oktober, 18–20 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Veranstaltung zur Korruptionsbekämpfung**
26. Oktober ab 14 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Kommunikationstraining**
»Kommunikation am Telefon«
28. Oktober, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Kommunikationstraining »Beschwerde«**
9. November, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **IGeL-Workshop für Einsteiger**
12. November, 10–15 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Codierseminar**
18. November, 17–19:30 Uhr
Comfort Hotel Ulm-Blaustein, Ulmer Str. 4/1,
89134 Blaustein
- **Betreuungsstrukturverträge,**
KV-Abrechnung/Herzinsuffizienz
24. November, 17–19:30 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Codierseminar**
25. November, 17–19:30 Uhr
Leonardo Hotel Heidelberg-Walldorf,
Roter Straße, 69190 Walldorf
- **Kommunikationstraining**
»Der schwierige Patient«
9. Dezember, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

Veranstaltungen für MFAs – medizinisch

- **MFA-Tagesseminar:
Moderne Wundversorgung**
15. Oktober, 9–16:30 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Medikationsplan**
19. Oktober, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Spirometrie-Kurs für Fortgeschrittene**
26. Oktober, 14–16 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Spirometrie-Kurs für Anfänger**
26. Oktober, 16–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **»Herz im Fokus«**
29. Oktober, 10–13 Uhr
Kongresszentrum Liederhalle, Berliner Platz 1,
70174 Stuttgart
- **DRACO – Wundworkshop**
23. November, 15–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Medikationsplan**
30. November, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

Veranstaltungen für MFAs – nichtmedizinisch

- **Kommunikationstraining**
»Kommunikation im Team«
5. Oktober, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Interkulturelle Kommunikation**
– Umgang mit Flüchtlingen
8. Oktober, 9–16:30 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Codierseminar**
14. Oktober, 17–19:30 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Kommunikationstraining**
»Kommunikation am Telefon«
28. Oktober, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Kommunikationstraining »Beschwerde«**
9. November, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **IGeL-Workshop für Einsteiger**
12. November, 10–15 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Codierseminar**
18. November, 17–19:30 Uhr
Comfort Hotel Ulm-Blaustein, Ulmer Str. 4/1,
89134 Blaustein
- **Codierseminar**
25. November, 17–19:30 Uhr
Leonardo Hotel Heidelberg-Walldorf, Roter
Straße, 69190 Walldorf
- **Kommunikationstraining**
»Der schwierige Patient«
9. Dezember, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

Vertragsschulungen für Ärzte und MFAs

- **Informationsveranstaltung**
»Psychotherapievertrag DAK-Gesundheit«
11. Oktober, 18–20 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Abrechnungsschulung PNP – Modul PT**
18. Oktober, 18:30–20 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Abrechnungsschulung PNP – alle Module**
23. November, 17–19 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.



Stress mit Passwörtern vermeiden!

Passwörter können schützen – oder sich als Türöffner für jede Art von Missbrauch entpuppen. Das gilt für den Zugang zum Praxiscomputer ebenso wie für das Passwort zur Homepage der Gemeinschaftspraxis.

MEDI-Systemadministrator Oliver Keutel braucht keine fünf Minuten, um die Generierung eines guten Passworts zu erklären. Grundlage ist die Wahl eines Satzes, den man sich merken kann, zum Beispiel: „Denkfaule und Kreative können ein Passwort in 5 Minuten basteln“. Dann reiht man die Anfangsbuchstaben der Wörter unter Beachtung von Groß- und Kleinschreibung aneinander: „DuKkePi5Mb“ lautet dieses schon recht taugliche Passwort. Mit ein paar Tricks kommen noch Sonderzeichen hinzu: Aus dem „D“ wird das „\$“, das „und“ wird zu „&“, aus dem „e“ wird ein „€“ und das „i“ dreht man zum „!“ um. Schon hat man ein richtig gutes Passwort: „\$&Kk€P!5Mb“.

Keutel erinnert daran, dass Passwörter heute nicht mehr nur durch Ausprobieren der Zeichenkom-

binationen geknackt werden. Längst gibt es eine Software, die sogenannte Wörterbuchangriffe umsetzt. Dabei werden analog zum Wörterbuch Begriffe und Namen als Zeichenkette ausprobiert – leider allzu oft erfolgreich.

Ein Fall fürs Gericht

Mit einem Passwort kann man jedoch nicht nur die bösen Cyber-Angreifer ausschließen, sondern auch die eigenen Kollegen. Das mussten die Ärzte einer Gemeinschaftspraxis in Hessen erfahren. Die Praxishomepage der GbR wurde auf einem externen Server gehostet, die Domainverwaltung erfolgte per Admin-Passwort. Als einer der Kollegen aus der Gemeinschaftspraxis ausstieg, mussten die ehemaligen Partner feststellen, dass sie keinen Zugang mehr zu ihrer Homepage hatten. Der Kollege hatte mithilfe des Admin-Passworts den ursprünglichen Zugang zur Internetseite gesperrt und sich selbst ein neues Admin-Passwort vergeben. Als Admin konnte er auch die E-Mails seiner Kollegen lesen.

Eine bittere Situation, die vermutlich nicht wenige schlaflose Nächte zur Folge hatte. Die GbR-Ärzte konnten immerhin erfolgreich eine einstweilige Verfügung gegen den ehemaligen Partner erwirken (Einzelheiten unter <http://openjur.de/u/635418.html>).

Um diese Art von Stress zu vermeiden, rät Wolfgang Fink, MEDI-Projektleitung MVZ, dazu, bei der Vertragsgestaltung auch die Nutzung von Telefonnummer, Internetadresse, Facebook-Fanpage oder Twitter-Account nach einer Trennung zu berücksichtigen. Sicher ist sicher. ■■■

Ruth Auschra

Die fünf häufigsten Passwort-Fehler

- Bei allen Anwendungen das gleiche Passwort – und das seit Jahren
- Das Passwort enthält den eigenen Namen und/oder das Geburtsdatum
- Das Passwort heißt »SAMSUNG«, »PASSWORT«, »PRAXIS« oder »12345678«
- Das »sichere« Passwort steht auf einem Zettel unter der Tastatur oder am Bildschirmrand
- Ein unverschlüsseltes Dokument mit dem Namen »Passwort.doc« oder »pw.doc« enthält sämtliche Passwörter ■■■

┌

┐

└

┘