

MEDI geht neue Wege in der Praxis-IT



Jetzt
mitmachen!

Foto: fotolia

Neue Koalition startet besser als Schwarz-Gelb

Insbesondere für die Hausarztverträge konnten MEDI und die anderen Vertragspartner Erfolge erzielen. MEDI GENO-Chef Dr. Werner Baumgärtner sieht die Politik hier auf einem guten Weg.

So entlastet das VERAHmobil Ihr Praxisteam

MEDI Ärzte und VERAHs wollen ihr VERAHmobil nicht mehr missen. Der kleine VW erleichtert aber nicht nur den Praxisalltag, er gewinnt auch die Herzen der Patienten.

Großes Interesse am Orthopädievertrag

Fast 400 Orthopäden und Chirurgen haben ihre Teilnahme erklärt, in einigen Regionen sogar dreimal mehr als erforderlich! Der Vertrag lohnt sich vor allem für konservativ tätige Orthopäden.

Gute Aussichten

Liebe Leserin, lieber Leser,

stellen Sie sich vor, Sie wären Jens Spahn oder Karl Lauterbach und müssten gesundheitspolitische Eckpunkte für den Koalitionsvertrag verhandeln. Sie wüssten bestimmt, was in ein solches Papier hineingehört: Feste Preise, weniger Bürokratie und Stärkung der freiberuflichen Praxen wären nur die Big Points. Realität ist aber, dass bei solchen Verhandlungen dutzende von Interessen gebündelt werden müssen.

Dass von unseren „berechtigten Forderungen“ nur einige erfüllt werden, liegt auch daran, dass die Ärzteschaft nicht mit einer Stimme spricht. Ein Paradebeispiel dafür lieferte zuletzt die KBV, die mitten in den Koalitionsgesprächen unterschiedliche Positionen zu politischen Themen abgegeben hat.

Ich denke, dass wir mit den Koalitionsergebnissen gut leben können, was unsere Forderungen nach einer Weiterentwicklung der Selektivverträge angeht. Wer es anders sieht, sollte sich an den Start von Schwarz-Gelb mit dem GKV-Finanzierungsgesetz erinnern, als es mit Nullrunden für die Niedergelassenen, einer Refinanzierungsklausel im Hausarztvertrag und dem Einstampfen der Kostenerstattung losging.

Nun müssen wir dafür sorgen, dass unsere Forderungen ins Gesetz geschrieben werden. Dabei wird uns unser Grundkonsens mit dem Hausärzterverband und in der Allianz Deutscher Ärzteverbände weiterhelfen.

Gleichzeitig bauen wir das Spektrum unserer MEDIVERBUND AG weiter aus, damit wir beispielsweise bei unseren Verträgen eine reibungslose und bezahlbare Abrechnung bewerkstelligen können. Dafür sind wir auch auf die Zusammenarbeit mit den Praxis-IT-Anbietern angewiesen, die aber in erster Linie eigene Interessen verfolgen.

Deswegen erfüllen wir jetzt einen lang gehegten Wunsch unserer Mitglieder nach einer eigenen IT-Lösung, in der wir in allen Bereichen Einfluss nehmen können. Was KVen rechtlich nicht dürfen und andere Ärzteverbände nicht können, setzen wir um! Deshalb sind wir mit dem Softwareunternehmen Doc.Star eine Kooperation eingegangen, an der wir uns in den nächsten Jahren auch finanziell beteiligen werden. Gemeinsam mit Doc.Star möchten wir eine Praxissoftware von Ärzten für Ärzte entwickeln. Das wird nicht jedem in der IT-Branche gefallen, unseren Mitgliedern dafür umso mehr.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

W. Baumgärtner

Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender



DIALOG

- 6 »Jetzt können Mitglieder bei der Praxissoftware mitbestimmen«
- 7 Eine Praxissoftware von Ärzten für Ärzte

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 9 Startschuss für Orthopädievertrag gefallen
- 12 Vertragspartner schaffen Alternative zum Konnektor
- 14 Kassen bezahlen Triple-Therapie bei chronischer Hepatitis C
- 15 Bosh BKK und BKK VAG heben HZV-Vergütung an
- 16 Herzpatienten sind im Facharztprogramm besser versorgt
- 17 Großteil der Urologen will einen 73c-Vertrag
- 18 HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN
- 19 Aus der »Fachnurse« wird nun EFA
- 19 Wechsel bei der Bosch BKK

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 20 »Herzschwestern« entlasten MEDI Ärzte

GESUNDHEITSPOLITIK

- 22 Neue GOÄ in Aussicht
- 23 Baumgärtner sieht Teile der Koalitionsvereinbarung positiv
- 24 MENSCHEN BEI MEDI – Tina Noce-Felton und Christopher Felton
- 25 IMPRESSUM

ARZT & RECHT

- 26 Wenn Ärzte bloggen und twittern
- 27 MEDI Ärzte vermuten unzulässige Finanzierung für MVZ
- 28 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN



BUSINESS

- 29 AG weitet Spektrum auf Regionen aus
- 29 Neues MEDI Projekt kommt gut an
- 30 PERSONALISIERTE ARZNEIMITTEL THERAPIE | 1
- Was bringt die personalisierte Medizin?
- 31 MEDIZIN-Messe künftig ohne MEDI

MEDI INTERN

- 32 NEUE MITARBEITERINNEN BEI MEDI:
Sandra Grötzingler und Christine Hager

PRAXISMANAGEMENT

- 34 Richtig delegieren ist eine Kunst



PRAXISTEAM

- 36 »Das VERAHmobil erleichtert uns die Hausbesuche enorm«



»Jetzt können Mitglieder bei der Praxissoftware mitbestimmen«

Viele Ärzte wünschen sich eine Praxissoftware, die von der KV entwickelt und vertrieben wird. Die KV darf das aus rechtlichen Gründen nicht – ein freier Verbund wie MEDI schon. Deswegen ist die MEDIVERBUND AG eine Kooperation mit dem Praxis-IT-Unternehmen Doc.Star aus Bergisch Gladbach eingegangen. Angelina Schütz sprach mit Doc.Star-Gründer Rainer Fein und MEDI IT-Chef Sven Gutekunst über das neue Projekt.

MEDITIMES: Herr Gutekunst, was haben Praxisinhaber an den bestehenden IT-Systemen auszusetzen?

Gutekunst: Sie klagen häufig über fehlende Funktionen, teure Softwarepflegekosten und teilweise auch über eine schlechte Umsetzung der Vorgaben. Uns ist das besonders im Zusammenhang mit unseren Facharztverträgen aufgefallen. Hier haben sich durchaus Qualitätsunterschiede gezeigt wie beispielsweise eine falsche oder unvollständige Umsetzung unserer Anforderungen durch die IT-Hersteller.

MEDITIMES: Kann MEDI diese Probleme durch die Kooperation mit Doc.Star lösen?

Gutekunst: Wir sehen in unserer Zusammenarbeit eine Win-win-Lösung für alle Beteiligten. Doc.Star liefert ein modernes Produkt und unsere Managementgesellschaft kann durch ihren engen Kontakt zu den Mitgliedern viel Know-how beisteuern. Wir sind uns sicher, dass wir damit den Bedürfnissen unserer Mitglieder gerecht werden und ihnen eine vernünftige Praxissoftware anbieten.

„Durch unsere Zusammenarbeit sparen Praxen Aufwand und Kosten“, erklären Sven Gutekunst (links) und Rainer Fein im Gespräch mit Angelina Schütz. (Foto: Ziora)

Fein: Was unser Programm im Detail kann, haben wir im Textkasten zusammengefasst. Grundsätzlich bieten wir den Praxen zwei Optionen an: Die „Standalone-Lösung“ eignet sich für Teilnehmer an Hausarzt- oder Facharztverträgen. Damit können sie diese Verträge abrechnen. Die zweite Option ist für alle Praxen geeignet und beinhaltet alle Funktionalitäten unseres Programms, inklusive GKV-, PKV- und BG-Abrechnung. Für unsere Kooperation wurde außerdem ein ärztlicher Beirat eingerichtet, über den MEDI Einfluss auf die Programmentwicklung nehmen kann. Das bedeutet also, dass die Anwender selbst bestimmen können, was, wie und wann in der Praxissoftware realisiert wird!

MEDITIMES: Und was bietet die Technik Neues?

Fein: Unser Programm arbeitet webbasiert. Wer einen Server in seiner Praxis stehen hat, kann doc.star® also lokal über den Internet-Explorer nutzen. Ab dem 1. Juli möchten wir den Praxen eine zusätzliche Online-Lösung anbieten, bei der sie kei-

nen Praxisserver mehr brauchen, da wir dann mit einem Rechenzentrum zusammenarbeiten würden. Das hat den Vorteil, dass die Praxen keinen Server und dementsprechend auch keine Serverkosten mehr hätten. Datensicherung, Datenschutz oder Updates wären also auch keine Themen mehr. Die Kollegen müssten also künftig nicht mehr als EDV-Administratoren arbeiten (*lacht*).

MEDITIMES: Das klingt gut! Wer wird für Service und Vertrieb verantwortlich sein?

Gutekunst: Unsere AG wird in Baden-Württemberg den Vertrieb und den Service koordinieren. Die Lösung im Rechenzentrum, die Herr Feinen angesprochen hat, stellen ebenfalls wir in kompletter Eigenregie zur Verfügung. So können wir sicherstellen, dass keine Unterauftragnehmer eingebunden werden. Das ist wichtig, da wir so die Verantwortung für alle Prozesse selbst übernehmen können und müssen.

Feinen: Für uns ist gerade dieser Punkt wirklich entscheidend für die Zufriedenheit der Praxen: MEDI hat eine Organisationsstruktur, die die Servicequalität sicherstellen kann. Außerhalb von Baden-Württemberg haben wir ein flächendeckendes Netz von Vertriebs- und Servicepartnern aufgebaut.

MEDITIMES: Wenn das System zentral betrieben wird, wo liegen dann die Daten?

Gutekunst: In Stuttgart. Wir mieten seit über einem Jahr eine eigene Fläche in einem sicheren Rechenzentrum. Darauf haben nur wenige Mitarbeiter der MEDIVERBUND AG Zugriff. Unser Vorstand oder der Vermieter dieser Flächen können beispielsweise nicht darauf zugreifen. Zusätzlich machen wir jeden Tag automatisierte Datensicherungen, die wir dann an einem zweiten Speicherort lagern, auf den auch wiederum nur wenige Mitarbeiter unserer AG zugreifen können.

MEDITIMES: Demnach handelt es sich hier um keine cloudbasierte Lösung?

Feinen: Nein, in der Cloud wüsste ich als Praxis ja nicht, wo meine Daten in der

Eine Praxissoftware von Ärzten für Ärzte

Als Rainer Feinen vor 20 Jahren das erste Mal mit einem Software-System für den Klinikbetrieb in Berührung kam, war er noch Urologe im Krankenhaus. Seitdem widmet sich der 51-jährige Mediziner und Medizininformatik-Spezialist der Entwicklung, dem Vertrieb und der Neuerung von IT-Lösungen. 2011 gründete er als alleiniger Inhaber die Doc.Star GmbH mit Sitz in Bergisch Gladbach. Das Unternehmen beschäftigt fünf Mitarbeiter. Auf Basis einer zuvor erworbenen Praxissoftware entwickelte Feinen ein System für Arztpraxen, MVZs und Klinikambulanzen, das Abläufe und Kommunikationswege vereinfacht und optimiert. Es ist die erste zertifizierte, webbasierte medizinische Praxisverwaltungssoftware.

In der Praxis

Ob das Programm auf einem oder mehreren Arbeitsplätzen in der Praxis oder dem Ärztehaus betrieben wird, spielt keine Rolle, da sich die Lizenzierung nach der Anzahl der Ärzte richtet. Praxen können doc.star® lokal installieren oder online komplett nutzen.

Das Programm erhebt den Anspruch einer benutzerfreundlichen und einfachen Administration und bietet alle wichtigen Funktionen für den Praxisablauf an: Leistungen und Diagnosen eingeben, Rezepte ausstellen, Arztbriefe automatisiert verfassen und Laborwerte in die Praxis übermitteln.

Die Patientenverwaltung zeigt Kon-

Welt umhergeistern. Bei doc.star® handelt es sich um deutsche Rechenzentren, die den höchsten Sicherheitsstandards bezüglich Datenschutz und Datensicherheit entsprechen.

MEDITIMES: Ist es aber nicht sicherer, wenn der Server in der Praxis steht?

Gutekunst: Es gibt wenige Praxen, die ein ähnliches Sicherheitskonzept haben wie


taktdaten, Terminvergaben, Informationen zu Krankenkassen, behandelnden Ärzten oder stationären Einrichtungen sowie Befunde, Laborwerte und Medikation auf einen Blick. In der elektronischen Patientenakte ist die komplette medizinische Dokumentation erfasst und kann von aktuellen Systemen importiert werden.

Alle gängigen Abrechnungsvarianten inkl. KV-Abrechnung, Privatliquidation, D-Arztverfahren (Dale-UV), sowie Hausarzt- und Facharztverträge sind möglich, genau wie die DMP-Dokumentation und die Blankoformularbedruckung.

Datenschutz und Sicherheit

Die Anforderungen daran sind angesichts der Sensibilität der Daten extrem hoch. Das Programm arbeitet mit einem Microsoft-Betriebssystem und dem SQL-Server als Datenbank. Im Rechenzentrumsbetrieb erfolgt die Datenspeicherung auf zwei örtlich getrennten Servern. Die Daten liegen in der Datenbank verschlüsselt vor und sowohl die VPN-Leitung als auch der Inhalt der Übertragung werden separat verschlüsselt.

Mobiler Zugriff beim Hausbesuch

Der Benutzer kann uneingeschränkt und verschlüsselt über sichere Leitungen Verbindung mit dem Praxisserver aufnehmen und bei Hausbesuchen auf die Patientendaten zugreifen. 

→ Weitere Informationen auf www.docstar.de

wir oder erforderliche baulichen Maßnahmen ergriffen haben, um ihren Server in der Praxis zu schützen. Kürzlich hat mir ein Arzt berichtet, dass ihm bei einem Einbruch alle Arbeitsstationen in der Praxis gestohlen wurden. Den Server haben die Einbrecher aber glücklicherweise übersehen. Auch eine falsche Klimatisierung oder nicht redundant ausgelegte Speichersysteme in der Praxis können zum

Fortsetzung Seite 8

Fortsetzung

»Jetzt können Mitglieder bei der Praxissoftware mitbestimmen«

Datenverlust führen. Es soll auch schon vorgekommen sein, dass frustrierte Praxisangestellte absichtlich Daten gelöscht haben. Unsere AG hat entsprechende technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, damit solche Dinge nicht passieren.

MEDITIMES: Und was wäre, wenn beispielsweise bei Bauarbeiten aus Versehen die DSL-Leitung gekappt werden würde?

Feinen: Eine Frage, die öfter gestellt wird. Hier haben wir zwei Möglichkeiten: Bei einem Ausfall der DSL-Leitung kann parallel eine UMTS-Mobilfunkleitung aufgebaut werden, die für den Notfallbetrieb ausreicht. Oder ein Rechner in der Praxis kann die Rolle des Servers übernehmen

und so den Betrieb des Programms sicherstellen, bis die DSL-Leitung wieder zur Verfügung steht.


MEDITIMES: Wie hoch sind die Preise für Hardware, Software und Support?

Gutekunst: Das hängt davon ab, wie die Praxen ausgerüstet sind. Schulungen, Datenübernahmen aus dem Altsystem und einige Erweiterungsmodule spielen bei der Preisgestaltung eine Rolle. Die „Standalone-Lösung“ kostet einmalig 400 Euro und im Monat 40 Euro. Die komplette Variante lokal in der Praxis kostet einmalig 3.500 Euro und monatlich 100 Euro. Auf sie bekommen MEDI Mitglieder noch 10% Rabatt. Praxen, die bei dieser Variante einen 73er-Vertrag abrechnen möchten, müssen die „Standalone-Lösung“ dazukaufen. Ein großes Plus ist, dass Doc.Star für die Abrechnung der Hausarzt- und Facharztverträge eine „Selektivvertrags-Flatrate“ anbietet! Dafür bezahlen alle Ver-

tragsteilnehmer nur einen Preis, ganz egal, wie viele Verträge sie abrechnen. Andere Mitbewerber rechnen jeden Vertrag einzeln ab. Die Preise verstehen sich ohne Mehrwertsteuer.

Feinen: Da die Daten, wie vorhin beschrieben, in einem Rechenzentrum gespeichert werden, entfallen alle Kosten für einen Praxisserver, auch die Stromkosten. Wenn man alle Faktoren berücksichtigt, können die Praxen also locker bis zu 1.500 Euro im Jahr einsparen! Darüber hinaus müssten die Praxen ja auch keine Softwareupdates mehr installieren oder Datensicherungen durchführen.

Gutekunst: Ganz genau, das wird nämlich alles von uns im Rechenzentrum gemacht und die Benutzer bekommen das nicht mit.

MEDITIMES: Vielen Dank für das Gespräch. 



Startschuss für Orthopädievertrag gefallen

Mit dem Orthopädievertrag geht der jüngste 73c-Vertrag im Facharztprogramm von MEDI Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK an den Start. Bereits drei Monate nach seiner Unterzeichnung hat er das erforderliche Quorum von 200 Orthopäden im Land erreicht. Ab Januar können die Praxen mit den Behandlungen beginnen.

Vertragspartner sind außerdem der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und der Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen (BNC). Bis zum Redaktionsschluss haben 282 Orthopäden und 84 Chirurgen ihre Teilnahme erklärt. Ab Januar können sich Versicherte der AOK und der Bosch BKK, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen, in den Orthopädievertrag einschreiben lassen.

Bei den Medizinern ist der Vertrag von Anfang an auf große Zustimmung gestoßen, berichtet BVOU-Sprecher Dr. Burkhard Lembeck. Vor allem die konservativen Orthopäden stünden wirtschaftlich enorm unter Druck. „Sie gehörten

im KV-System in den letzten Jahren zu den größten Verlierern“, sagt Lembeck. Mit dem Orthopädievertrag gebe es für die Praxen jetzt wieder eine Perspektive.

Das bestätigt auch Dr. Dieter Haack, Bundesvorsitzender des BNC: „Die niedergelassenen Chirurgen und Orthopäden sind bei der Vergütung in den vergangenen Jahren vom KV-System immer mehr abgestraft worden.“ Selbst durch die Anhebung der Punktzahlen im EBM in 2008/2009 seien die Honorarverluste von 30% und mehr noch längst nicht wieder ausgeglichen.

Allein schon deswegen hätten die Berufsverbände vor längerem Überlegungen angestellt, über MEDI mit Hilfe eines 73c-

Vertrages einen Ausweg zu finden. MEDI hat die Arbeitsgruppen koordiniert, den Vertrag inhaltlich gestaltet und das Roll-out gemanaged.

Neue Perspektive für die Praxen

Therapeutische Vorteile

Mit dem Orthopädievertrag rücke der ganze Patient ins Blickfeld, betont Lembeck. „Viele Erkrankungen des Bewegungsapparates sind multi-faktoriell bedingt. Psychosoziale Faktoren wie beruflicher Stress oder familiäre Probleme können z.B. bei Rückenschmerzen eine große Rolle spielen. Um das in der Diagnostik und bei der Therapie berücksichtigen zu können, braucht man mehr als nur fünf Minuten Zeit“, erläutert Lembeck.

Durch die Anbindung des Vertrages an die HZV werde eine engere Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten sichergestellt, erklärt Reinhard Deinfelder, Vorsitzender des BVOU in Württemberg. Eine Patientin, bei der der Hausarzt aufgrund eines Risiko-Assessments die Verdachtsdiagnose einer Osteoporose stellt, bekomme bei einem eingeschriebenen Orthopäden innerhalb von 14 Tagen einen Termin zur Abklärung. Wenn der Orthopäde nach Bewertung aller vorangegangenen Untersuchungsergebnisse zum Schluss komme, dass in diesem Fall eine DXA-Osteodensitometrie erforderlich ist, sei dies ohne Probleme möglich. Dagegen wird die Knochendichtemessung in der Regelversorgung meist erst dann von der Kasse vergütet, wenn es bereits zu Knochenbrüchen durch den Knochenschwund gekommen ist.

„Die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK haben anerkannt, dass die DXA-Messung bei der Diagnostik der Osteoporose state of the art ist“, begrüßt Lembeck die Entscheidung. „Wenn man präventiv tätig sein will, ist die Knochendichtemessung ein wichtiges Diagnostiktool.“ Dass die Osteodensitometrie für eingeschriebene Versicherte

Fortsetzung Seite 10

Fortsetzung

Startschuss für Orthopädievertrag gefallen

der beiden Krankenkassen ohne Zuzahlung zur Verfügung steht, werde deshalb auch ein wichtiges Werbeargument für das Hausarzt- und Facharztprogramm sein, so Lembeck.

Schnittstellen klar definiert

Im Orthopädievertrag seien die Schnittstellen klar definiert und die Behandlung erfolge leitlinienkonform, erklärt Deinfelder. „Die Patienten werden ausführlich beraten und wissen, was im Laufe einer Behandlung auf sie zukommt, welche Medikamente sie einnehmen sollen und was sie selbst tun können.“ Im Fall einer Osteoporosetherapie sei beispielsweise nach drei Monaten, spätestens nach einem halben Jahr, eine Wiedervorstellung vorgesehen.



MEDI gestaltet den Vertrag entscheidend mit



Ähnlich klare Strukturen wie bei der Osteoporose sieht der Vertrag auch für weitere große Krankheitsbilder wie Rückenschmerz, Gon-Coxarthrose und entzündliche Gelenkerkrankungen vor. Diese vier Krankheitsbilder wurden von den Vertragsparteien als wichtige Versorgungsschwerpunkte der konservativen Orthopädie identifiziert.

Darüber hinaus könnten Vertragsteilnehmer beispielsweise Rückenschmerz-Patienten mit einer psychischen Komponente an Kolleginnen und Kollegen überweisen, die am Facharztvertrag für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie (PNP) teilnehmen und die ebenfalls leitlinienkonform behandeln. „Auch dort werden die Patienten innerhalb von 14 Tagen behandelt“, betont Deinfelder.

Die im Orthopädievertrag klar geregelte zügige Abklärung bei Patienten mit spezifischen Rückenschmerzen ist für den BNC-Vorsitzenden Haack ein nicht zu unterschätzender Vorteil. „Nicht jeder Bandscheibenvorfall, nicht jede Arthrose

muss gleich operiert werden“, erläutert er. Häufig gebe es schonendere Alternativen. Durch die engere Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten müsse nicht jeder Patient gleich stationär eingewiesen werden.

Bessere Vergütung

Für den Vertrag spricht nach Haacks Ansicht nicht zuletzt auch die bessere Vergütung. Vergleichbare ambulante OP-Leistungen würden dort höher bezahlt als im KV-System. Zudem gibt es keine Budgetierung, keine Kürzungen oder Abstufungen. „In der aktuellen KV-Abrechnung liegt die Quotierung bei 15%“, rechnet der Chirurg vor – Leistungen, die den Ärzten nicht bezahlt werden.

„Nach unseren Berechnungen gewinnen Praxen, die am neuen Vertrag teilnehmen, im Schnitt etwa 30%“, erklärt Lembeck. Im Einzelfall hänge der Honorarzuwachs natürlich vom Leistungspek-

trum der Praxis ab. „Praxen, die bisher zu den Verlierern gehörten, weil sie nicht operativ tätig sind und viele multimorbide Patienten versorgen, können mit einem Aufschlag zwischen 30 und 40% gegenüber der Regelversorgung rechnen“, so der Orthopäde.

Hintergrund dafür ist ein anderes Honorarsystem. „Wir haben eine Grundpauschale, die man für jeden eingeschriebenen Patienten bekommt, und die bei etwa 40 Euro liegt. Das ist ein fairer Preis, den bekommt man bei der KV nicht“, sagt Lembeck. Darüber hinaus gibt es Fallpauschalen, die beispielsweise bei Osteoporose jeweils zwischen 15 und 20 Euro liegen. Und auch die Beratung wird extra vergütet. „Für den Erstkontakt kann man so zwischen 70 und 90 Euro erzielen“, betont Lembeck. In den Pauschalen seien alle technischen und interventionellen Maßnahmen enthalten; es bleibe dem Arzt überlassen, was er im Einzelfall einsetzt. Damit rücke der Orthopädievertrag Gespräch und Unter-

suchung wieder in den Vordergrund.

Bundesweit Schrittmacher

Es gebe aber auch Praxen, für die der Vertrag finanziell „nicht so viel bringt“, räumt Lembeck ein. Das gelte vor allem für die Regionen, in denen es weniger HZV-Teilnehmer gibt und deswegen wenigen Überweisungen stattfinden. Um so wichtiger sei es, sich klar zu machen, „dass wir uns in Baden-Württemberg in einer privilegierten Situation befinden, weil wir wählen können. Das gibt es in anderen Bundesländern nicht! Mit dem Hausarzt- und Facharztprogramm sind wir bundesweit Schrittmacher“, betont der BVOU-Sprecher.

Die Vorarbeiten für den Vertrag begannen im Berufsverband vor etwa drei Jahren. „Wir haben die Versorgungswirklichkeit in der Regelversorgung analysiert und Problemfelder identifiziert“, erinnert sich Lembeck. „Dann haben wir uns gefragt, was wir anders machen wollen“.

Im Vertrag gehe es deshalb nicht nur um eine andere Gebührenordnung, „sondern auch um inhaltliche Veränderungen der Behandlung auf der Grundlage aktueller Leitlinien der Fachgesellschaften“, fährt er fort. Und das beinhalte bei diesen Krankheitsbildern eben auch die ausführliche Beratung und Einbeziehung des Patienten in die Behandlung. „In der Regelversorgung geht das unter, weil uns die Zeit dafür fehlt“, so Lembeck.

Sichere Online-Abrechnung

Die unbürokratische Abrechnung erfolgt online über die MEDIVERBUND AG. Neben dem herkömmlichen Konnektor gibt es auch die Alternative, die Daten über VPN in Form eines „Online Keys“ zu schicken. „Der Datenschutz ist bei beiden Lösungen auf höchstem Niveau“, betont Deinfelder. Praxen, die mit dem Konnektor bereits über ein sicheres System verfügen, können damit problemlos weiterarbeiten. Wer dagegen neu einsteigt und Kosten sparen möchte, könne sich für VPN entscheiden (*siehe auch Artikel auf Seite 12*). ■■■

Jürgen Stoschek



Vertragspartner schaffen Alternative zum Konnektor

Praxen, die am Orthopädie- oder am Kinderarztvertrag teilnehmen, können für die sichere Datenverbindung zum MEDIVERBUND Rechenzentrum ab sofort auch den „HZV Online Key“ einsetzen.

Der neue HZV Online Key ist ein USB-Stick, der in den Praxisrechner eingesteckt wird. Mit ihm wird automatisch eine Verbindung zum Rechenzentrum aufgebaut. Der Stick ist für die Teilnehmer der Hausarzt- und Facharztverträge kostenfrei. Die Praxen können ihn über ein Formular bestellen, das sie auf der Internetseite von MEDI herunterladen können, oder auf Anfrage geschickt bekommen.

„Die Datenübertragung mit dem HZV Online Key ist genauso sicher wie mit dem Konnektor“, betont der Leiter der IT-Abteilung der MEDIVERBUND AG, Sven Gutekunst. Die Abrechnungsdaten, die an das MEDIVERBUND Rechenzentrum gehen, werden ebenso wie alle anderen Daten vor der Übertragung sicher verschlüsselt.

Bisher haben die Praxen im Hausarzt-

und Facharztprogramm den Konnektor genutzt, mit dem beispielsweise Abrechnungsdaten oder die Online-Teilnahmeprüfung übertragen werden. Der Konnektor basiert auf den Vorgaben der Gematik zur Datenübertragung im Rahmen der Telematik Infrastruktur und hat den Vorteil, dass Ärzte über ihn ihre KV-Safenet-Abrechnung machen können.

Da sich der Konnektor aber außerhalb Baden-Württembergs nicht durchsetzen konnte und ein Teil der Ärzte die damit verbundenen Kosten scheute, haben die Vertragspartner AOK, MEDI und der Hausärzterverband beschlossen, dass die Teilnehmer an den 73er-Verträgen den Konnektor nicht mehr verpflichtend einset-

zen müssen, sondern ab sofort auch den HZV Online Key nutzen können.

Attraktiv für neue Vertragsteilnehmer

Aktuell ist der HZV Online Key in erster Linie für Kinderärzte sowie Orthopäden und Chirurgen attraktiv. Für diese Facharztgruppen wurden zuletzt Verträge ausgehandelt. Viele Kinderärzte hatten bislang mit der Einschreibung gezögert, weil sie wussten, dass der kostenfreie HZV Online Key kommen würde.

Die neue Lösung ist auch für diejenigen Praxen interessant, die (wiederholt) Probleme mit dem Konnektor in ihrem Arbeitsalltag hatten oder immer noch haben. Eine systematische Umfrage der MEDIVERBUND AG unter Teilnehmern an den Facharztverträgen hatte ergeben, dass die Zahl der Praxen, bei denen der Konnektor immer wieder zu Verbindungsabbrüchen führt, nicht unbeträchtlich ist.

Erfolgreiche Testphase

„Die Umfrage hat uns gezeigt, dass es sich hier um ein relevantes Problem handelt, das den Praxisalltag erheblich beeinträchtigt“, berichtet Gutekunst. Die Rückmeldungen der Anwender seien auch ein Grund für die Zulassung des neuen Verfahrens. Dagegen seien beim Test des neuen USB-Sticks in den betroffenen Praxen keine Probleme mehr aufgetreten.

Nachdem der Konnektor jetzt nicht mehr verpflichtend eingesetzt werden muss, will die MEDIVERBUND AG im nächsten Schritt eine eigene Lösung für

*Sichere Datenübertragung
wie beim Konnektor*

die Facharztpraxen ausarbeiten. „Diese werden wir ihnen voraussichtlich ab dem 3. Quartal 2014 zur Verfügung stellen können“, kündigt der IT-Experte an. ■

Jürgen Stoschek

Kassen bezahlen Triple-Therapie bei chronischer Hepatitis C

Im Facharztprogramm Gastroenterologie stehen die modernsten Therapieoptionen zur Behandlung von Patienten mit chronischer Hepatitis C zur Verfügung. Mit einer adäquaten Zusatzvergütung für die durchführenden Praxen sollen sich die Heilungschancen der Patienten verbessern, die mit den neuen Proteaseinhibitoren Boceprevir und Telaprevir in Kombination mit Peginterferon alfa (PEG-IFN) plus Ribavirin behandelt werden.

Schätzungsweise 27% aller Fälle von Leberzirrhose und 25% der Fälle von hepatozellulärem Karzinom sind nach Angaben von Experten Folge einer chronischen Hepatitis C-Infektion. Bei der Mehrzahl der Patienten handelt es sich um ehemalige intravenös Drogenabhängige, berichtet der Internist und Gastroenterologe Dr. Martin Herder aus Urbach. „Wenn die Patienten clean sind, haben sie einen starken Willen, die Erkrankung loszuwerden.“

Zur Behandlung dieser Patienten stehen die beiden Proteaseinhibitoren Boceprevir und Telaprevir zur Triple-Therapie zur Verfügung, die zu einer deutlichen Verbesserung des Therapieerfolgs führen. Allerdings wachsen mit den neuen Therapiemöglichkeiten auch die Anforderungen an den Therapeuten in der Indikationsstellung, im Behandlungsmanagement und hinsichtlich der Förderung der Compliance des Patienten, betont der MEDI Arzt.

Die AOK Baden-Württemberg hat jetzt für ihre Versicherten Vereinbarungen mit den Herstellern der beiden Substanzen geschlossen, die eine kostengünstige Abgabe der Medikamente ermöglichen. Die Vereinbarung mit Janssen-Cilag zu Incivo® (Telaprevir) und MSD SHARP & DOHME zu Victrelis® (Boceprevir) basiert auf § 130c Abs. 1 SGB V.

Seit 1. November 2013 können die Leis-

tungen über den 73c-Vertrag abgerechnet werden. Voraussetzung ist, dass der am Vertrag teilnehmende Gastroenterologe bereits mindestens fünf Triple-Therapien erbracht hat, davon mindestens drei in den vergangenen zwölf Monaten, erläutert Herder.

Mögliche Nebenwirkungen klären

Für die Patienten sei die Therapie mit ihren Nebenwirkungen unter Umständen ausgesprochen belastend. „Sie sind oft auch noch nach der Therapie nicht unerheblich beeinträchtigt“, weiß Herder. Zu den Nebenwirkungen gehören psychische Veränderungen, intestinale Beschwerden und Hautveränderungen. Das müsse mit den Patienten und dem Lebenspartner im Vorfeld ausführlich geklärt werden.

Der Leitfadens zur Triple-Therapie sieht deshalb auch im Laufe der Behandlung mehrere Aufklärungs- und Beratungsgespräche als Adhärenzhilfen vor, sodass der Patient in der Lage ist, das aufwendige Medikamentenregime einzuhalten und die Therapie, deren Kosten bei etwa 25.000 Euro im Quartal liegen, erfolgreich abzuschließen. „Wir wollen die Zahl der erfolgreichen Therapieabschlüsse erhöhen, die Compliance verbessern und dadurch die Abbruchquote im Rahmen der Triple-Therapie deutlich senken“, fasst Herder zusammen. Dieser Aufwand wird



zusätzlich zu den Hepatitis-Pauschalen im 73c-Vertrag mit 350 Euro vergütet – vorausgesetzt, die Therapie wird nicht abgebrochen.

Bürokratiearme Abrechnung

Zur Abrechnung der Behandlung über die MEDIVERBUND AG können inklusive Zwischenabrechnung insgesamt zweimal vorgefertigte Dokumentationsbögen ausgefüllt übermittelt werden. „Die Dokumentation von Hand und auf einem DIN A4-Bogen ist sehr einfach“, sagt Herder. Man habe sich dafür entschieden, „weil wir möglichst schnell starten und nicht warten wollen, bis extra eine Software entwickelt ist“. Im Vertrag seien alle Aspekte der Triple-Therapie optimal gelöst. So würden keine zusätzlichen Untersuchungen gefordert, die nicht ohnehin gemacht werden. „Wir haben ein unbürokratisches Abrechnungsverfahren etabliert, mit dem die strukturierte Arbeit angemessen honoriert wird“, betont der Gastroenterologe. ■

Jürgen Stoschek

→ Informationen und Formulare zum Modul Triple-Therapie finden Sie auf www.medi-verbund.de in der Rubrik »Ärzte« und dort unter »Verträge«.

Bosch BKK und BKK VAG heben HZV-Vergütung an

HZV-Ärzte, die am Vertrag der BKK VAG/ Bosch BKK teilnehmen, bekommen für einige Vergütungspositionen ab dem 1. Januar 2014 ein Honorarplus. Die Vertragspartner haben die Vergütungsanlage neu verhandelt und beispielsweise die Vertreterpauschale und die Zielauftragspauschale auf jeweils 20 Euro erhöht.

Analog zum AOK-Hausarztvertrag wurde auch eine neue Pauschale P5 eingeführt, die einmal im Quartal für die Betreuung von Patienten in Pflegeheimrichtungen abgerechnet werden kann. Darüber hinaus haben die Krankenkassen, MEDI und der HÄV einen Impfzuschlag eingeführt, der zusätzlich zum Präventionszuschlag (Z1) einmal pro Quartal ab-

gerechnet werden kann, wenn mindestens eine Impfleistung erbracht wurde.

Die Diagnosenliste zur Abrechnung des Chronikerzuschlags (P3) wurde ebenfalls überarbeitet, strukturiert und erweitert. Dafür muss mindestens eine ICD 10-Diagnose aus der erweiterten Liste vorliegen, um die P3 abrechnen zu können.

Hier die Neuerungen auf einen Blick:

Vergütungsposition	Start
Vertreterpauschale Erhöhung der bisherigen Pauschalvergütung um 2,50 Euro auf 20 Euro pro Quartal	1. Januar 2014
Zielauftragspauschale Erhöhung der bisherigen Pauschalvergütung um 2,50 Euro auf 20 Euro pro Quartal	1. Januar 2014
Pflegeheimpauschale Zusätzliche Vergütung Pflegeheimbewohner (P5) in Höhe von 15 Euro pro Quartal	1. Januar 2014
Impfzuschlag Zusätzliche Vergütung der Impfleistungen in Höhe von 4 Euro pro Quartal	1. Januar 2014
Arzneimittelquote Neue Schwellenwerte und Vergütungen gemäß nachfolgender Übersicht:	1. Januar 2014
Schwellenwert Zuschlag auf P2	
Grün ≥ 85%	1,00 Euro
Rot ≤ 4% (ohne Sartane)	2,50 Euro
Blau ≥ 95%	0,50 Euro
Chronikerpauschale Anpassung und Erweiterung der Diagnosenliste zur Abrechnung von P3 (Anhang 2 zur Anlage 3).	1. Januar 2014

→ Eine umfassende Diagnosenliste finden HZV-Ärzte auf www.medi-verbund.de in der Rubrik »Verträge«.

Herzpatienten sind im Facharztprogramm besser versorgt

Versicherte, die am Kardiologievertrag teilnehmen, sind medizinisch besser betreut als in der Regelversorgung. Das sind die Ergebnisse eines Qualitätsberichtes, den die Vertragspartner vorgestellt haben.



So gelang es beispielsweise, die Strahlendosis, der Patienten bei invasiven Eingriffen am Herzen ausgesetzt sind, zu halbieren – was für die hohe Qualität der Methode spricht. Die Komplikationsrate bei der Percutanen coronaren Intervention (PCI) ist im Vertrag nicht einmal halb so hoch wie in der Regelversorgung. Für die Auswertung lagen Daten von 2012 zugrunde.

Erstmalig Daten aus dem Facharztvertrag

Seit mehr als 15 Jahren wird im Rahmen des QLK-Programms (Qualitätssicherung invasive Kardiologie) alljährlich ein strukturierter Qualitätsbericht erstellt. Für 2012 sind darin erstmals auch Zahlen aus dem Facharztvertrag Kardiologie enthalten. Sie zeigen, dass die teilnehmenden Ärzte bei den notwendigen Eingriffen offenbar routinierter vorgehen als dies in der Regelversorgung der Fall ist. Die Patienten wurden mit 15,7 Gy²qcm gegenüber 31,6 Gy²qcm bei Herzkatheteruntersuchungen und mit 21,3 Gy²qcm gegenüber 42,7 Gy²qcm bei invasiven Therapiemaßnahmen im Facharztvertrag einer deutlich niedrigeren Strahlendosis ausgesetzt als in der Regelversorgung. Bei den PCI wird die Rate der Komplikationen mit 1% im Facharztvertrag angegeben, in der kollektivvertraglichen Versorgung dagegen belief sie sich 2012 auf 2,3%.

Die Vertragspartner AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, MEDI Baden-Württemberg, der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) und der Berufsverband Niedergelassener Fachärztlich tätiger Internisten (BNFI) sind mit den Ergebnissen zufrieden. „Die

Strahlendosis ist eine Messzahl für die Qualität der Herzkatheteruntersuchung bzw. der PCI. Eine niedrige Strahlenbelastung heißt, dass die jeweilige Maßnahme schnell und gezielt durchgeführt wurde“, erläutert Dr. Winfried Haerer, Geschäftsführer der BNK-Service GmbH, die für den Kardiologen-Verband die Vertragsabwicklung übernimmt. „Die Ergebnisse belegen, dass die erfahrensten Kardiologen in Baden-Württemberg an dem Vertrag teilnehmen und eingeschriebene Patienten hier eine hohe Behandlungsqualität erwarten dürfen“, schlussfolgert er.

Auch die niedrige Komplikationsrate bei PCI spreche für die hohe Behandlungsqualität. Weitere Qualitätsverbesserungen erwartet Haerer von einer Neuerung im Vertrag, die zum 1. Juli 2013 eingeführt wurde. Seitdem bekommen teilnehmende Kardiologen die Materialkosten für die Druckdrahtmessung erstattet, einem Verfahren, mit dem fest-



Die Ergebnisse sprechen für den Kardiologievertrag, findet Winfried Haerer.

gestellt werden kann, ob eine PCI überhaupt notwendig ist. „Damit kann dieser Eingriff noch gezielter nur bei Patienten durchgeführt werden, die davon wirklich profitieren“, erklärt Haerer.

Ziele erreicht

MEDI Chef Dr. Werner Baumgärtner schreibt die hohe Behandlungsqualität im Vertrag vor allem der Vergütungssystematik zu, die hier zugrunde liegt. „Im Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK gibt es Anreize durch eine bessere Vergütung bei leitliniengerechter Diagnostik und Therapie. Deshalb werden dort insbesondere Schwerkranken und Chroniker besser behandelt als in der Regelversorgung.“

Und Dr. Christopher Hermann, Vorsitzender der AOK Baden-Württemberg, ergänzt: „Mit unserem Facharztprogramm das an das AOK Hausarztprogramm anknüpft, wollen wir Versorgung besser gestalten. Der Qualitätsbericht zur invasiven Kardiologie zeigt, dass uns das gelingt.“

Positiv werten die Vertragspartner, dass der Kardiologievertrag vor allem dort greift, wo Versicherte eine gute medizinische Versorgung am nötigsten haben. Laut dem aktuellen Qualitätsbericht sind die eingeschriebenen Versicherten schwerer krank als der Durchschnitt der Herzpatienten in der Regelversorgung. Das lässt sich an der hohen Zahl von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) ablesen sowie an der höheren Zahl notwendiger Eingriffe wie PCI und Bypass-Operation: Diese wird im Facharztvertrag mit 48% angegeben gegenüber 40,8% in der Regelversorgung. ■■■

Großteil der Urologen will einen 73c-Vertrag

Welche Facharztgruppe zeigt die größte Bereitschaft für einen neuen 73c-Vertrag? Um das herauszufinden hat MEDI den Bedarf bei Gynäkologen, Urologen und HNO-Ärzten im Land abgefragt. Die meisten Rückmeldungen kamen von den Urologen.

Teilnehmer an 73c-Verträgen


PNP	715
Kardiologie	181
Gastroenterologie	163

Von ihnen wollen 63,2% an der Versorgung nach § 73c SGB V teilnehmen. Bei den HNO-Ärzten sprachen sich 48,9% dafür aus und bei den Gynäkologen 34,4%. MEDI hat dazu im vergangenen Herbst eine Umfrage gestartet und ein Schreiben mit einem Mandatierungsformular an 472 HNO-Ärzte, 1380 Gynäkologen und 332 Urologen geschickt.

Sie konnten ihr Einverständnis dazu geben, dass MEDI gemeinsam mit ihren

Berufsverbänden Facharztverträge verhandelt, abschließt und durchführt. „Unser Konzept lässt sich nur mit motivierten Praxen erfolgreich umsetzen, die unsere Philosophie in der Honorarpolitik verstanden haben und mittragen“, so MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner. Er möchte die Ergebnisse der Umfrage der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK zum weiteren Ausbau der fachärztlichen Versorgung mit 73c-Verträgen vorlegen.

trängen vorlegen.

Für Kardiologen, Gastroenterologen, Psychotherapeuten, Neurologen, Psychiater, Orthopäden und Unfallchirurgen gibt es schon 73c-Verträge (siehe Artikel auf den Seiten 9, 14 und 16.) Im Gegensatz zum Kollektivvertrag gibt es in diesen Verträgen weder Fallzahlbegrenzung noch -abstaffelung. Dafür aber ein Honorarplus von ca. 30% über dem KV-Fallwert.  Angelina Schulz

Unser Angebot Terminblöcke DIN A6

Menge: 50 Stück
 Format: DIN A6: 10,5 cm x 14,8 cm
 Blatt: 100
 Druck: 4/0-farbig Euroskala
 Papier: 80 g/m² Offset hochweiß
 Preis: 50 Stück mit je 100 Blatt
 für nur 200,- Euro
 (inkl. MwSt. zzgl. Versand)
**Bestellformulare unter
 Telefon: 0711 806079-0
 oder www.medi-verbund.de**



HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN



Foto: fotolia

Was tun, wenn wir versehentlich eine KV-Abrechnung für Facharztprogramm-Patienten ausgelöst haben?

Dieser Fehler hat bei einigen Praxen für Unruhe gesorgt, da die KV über ihre Regelwerksprüfung automatisch alle Leistungen für Facharztprogramm-Versicherte aus der Abrechnung streicht, die im Selektivvertrag-Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten sind. Seit dem 3. Quartal 2013 gilt die Regelwerksprüfung auch für Facharztverträge. Grundsätzlich ist sie ein sinnvolles Instrument, um Falschabrechnungen zu vermeiden, die anschließend unnötige Nach- oder Rückforderungen nach sich ziehen.

Praxen, die falsch abgerechnet haben, erhalten ein Schreiben von der KV, in dem aufgelistet ist, welche Leistung für welchen Patienten gestrichen wurden. Wer ein solches Schreiben erhalten hat, tut folgendes:

- Falls Sie das nicht schon erledigt haben, rechnen Sie die aufgeführten Leistungen bitte noch einmal korrekt über die MEDIVERBUND AG ab. Das geht online und ist über die Vertragssoftware des MEDIVERBUNDS problemlos rückwirkend möglich.
- Beachten Sie dabei aber bitte, dass die AG nur noch Leistungen abrechnen kann, die nicht älter als ein Jahr sind!
- Sobald die Abrechnung bei der MEDIVERBUND AG eingetroffen ist, wird sie mit dem nächsten Abrechnungsprozess verarbeitet und vergütet.

Manche Praxen waren sich sicher, dass es sich bei ihren Patienten, die im KV-Schreiben genannt wurden, nicht um Teilnehmer am Facharztprogramm handeln konnte. Die MEDIVERBUND AG hat das überprüft und ist zu einem anderen Ergebnis gekommen: Bei allen aufgelisteten Fällen handelte es sich ausnahmslos doch um Versicherte, die in das Facharztprogramm eingeschrieben sind.

In den meisten Fällen haben Praxismitarbeiterinnen manuell erfasste Patientenversicherungsnummern nicht richtig eingegeben. So wurden beispielsweise Buchstaben der eGK vergessen. Das führte dazu, dass die Abrechnungssoftware der MEDIVERBUND AG diese Patienten nicht als Teilnehmer am Facharztprogramm erkannt hat und deswegen eine negative Rückmeldung gegeben hat. 🇩🇪



Fotos: Tamara Arme

Wir beantworten gerne Ihre Fragen
 Silke Arnegger und Thomas Rademacher

Aus der »Fachnurse« wird nun EFA

Facharztpraxen, die an 73c-Verträgen teilnehmen, sollen künftig von einer speziell geschulte Assistentin unterstützt werden. Das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde (IFFM) hat deswegen die EFA ins Leben gerufen.

Das Akronym EFA steht für „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“. Als das IFFM mit dem Projekt an den Start ging, wurden die Assistentinnen für die Facharztpraxen unter dem Begriff „Fachnurse“ vorgestellt. Die Interessenvertretung der Medizinischen Fachangestellten und die Landesärztekammer wiesen jedoch darauf hin, dass der Begriff „Nurse“ ein Fremdwort sei und einer ambulant täti-

gen MFA auch nicht korrekt entsprechen. Die EFA wird, ähnlich der VERAH in den Hausarztpraxen, klar definierte delegationsfähige Aufgaben übernehmen. Zusammen mit den fachärztlichen Berufsverbänden und der Ärztekammer hat das IFFM die notwendigen Curricula für die Weiterbildung ausgearbeitet. ■■■

Angelina Schütz



Wechsel bei der Bosch BKK

Nach fast 27 Jahren verabschiedet sich der Vorstand der Bosch BKK Bernhard Mohr in den Ruhestand. Zum Jahreswechsel übernimmt seine Nachfolgerin Dr. Gertrud Prinzing die Amtsgeschäfte. Sie wechselt aus dem Unternehmen Bosch zur Betriebskrankenkasse. Die 53-jährige Juristin, die bei Bosch in verschiedenen Führungsfunktionen tätig war, arbeitet sich bereits seit Juli in ihre neue Aufgabe ein. Bei der Ausrichtung der Bosch BKK und der Zusammenarbeit mit den Ärzteverbänden setzt Prinzing auf Kontinuität: „An der grundsätzlichen Ausrichtung der Bosch BKK wird sich nichts ändern. Die Zusammenarbeit mit MEDI, dem Hausärzterverband und den Facharztverbänden steht auf soliden Füßen. Ich bin davon überzeugt, dass wir damit den richtigen Weg eingeschlagen haben, um langfristig eine hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung sicherzustellen.“

Die Bosch BKK setze den Schwerpunkt ihrer Leistungen auf Unterstützungsangebote im Krankheits- und Pflegefall – dann also, wenn die Versicherten eine gute Krankenversicherung am dringendsten benötigten. Das Fundament dafür bilden die Hausarzt- und Facharztverträge, die Bernhard Mohr mitgeprägt hat. Noch bevor 2007 der neue § 73 ff. in Kraft trat, handelte er mit MEDI einen ersten Vertrag zur haus- und fachärztlichen Betreuung aus. Bezüglich der Zusammenarbeit mit der AOK Baden-Württemberg warb Mohr dafür, neue Wege in der Patientenversorgung zu gehen. ■■■ eb

NACHGEFRAGT BEI

Alexander Bieg

Projektmanager HZV und IFFM



Foto: Zlora

»Großes Interesse bei den MFAs«

MEDITIMES: Herr Bieg, welche Fachärzte können bereits eine EFA einsetzen?

Bieg: Die Gastroenterologen. Die MFAs durchlaufen seit Oktober 2013 das entsprechende Curriculum und werden ab dem 25. Januar 2014 die Praxen unterstützen.

MEDITIMES: Und welche Facharztgruppen sind dann an der Reihe?

Bieg: Das Curriculum für neurologisch tätige EFAs ist fertig. Im Frühjahr wer-

den wir die ersten MFAs zu zertifizierten EFAs ausbilden. Im Spätsommer folgt dann Kardiologie. Orthopädie und Psychiatrie werden noch erstellt.

MEDITIMES: Wie groß ist das Interesse bei den MFAs für die Weiterbildung?

Bieg: Sehr groß! Obwohl wir mit unseren Vergütungsverhandlungen noch nicht durch waren, waren unsere ersten Pilotveranstaltungen im letzten Jahr nahezu ausgebucht. ■■■

as

»Herzschwestern« entlasten MEDI Ärzte

Wenn Herzpatienten ihrem Medikamentenplan nicht „treu“ bleiben, kann das böse Folgen haben. Die Compliance zu verbessern ist eines der Ziele, die die MEDI GbRen Rheinhessen und Pfalz mit ihrem Herzinsuffizienz-Vertrag verfolgt. Schon heute steht fest: Der Vertrag schafft eine Win-win-Lösung für Patienten, Ärzte und Krankenkassen.



Christina Brack betreut Herzinsuffizienzpatienten vor Ort.

Vorangesetztes Ziel der neuen Versorgung ist natürlich die „bessere medizinische Betreuung“, so der Vorsitzende von MEDI Südwest, Dr. Ralf Schneider. „Wir arbeiten hier mit sogenannten Herzschwestern zusammen. Das sind speziell geschulte

MFAs, die eine enge Kontrolle der Patienten übernehmen, natürlich immer Hand in Hand mit dem zuständigen Arzt“. In der Praxis von Schneider wurde Christina Brack mit dieser neu geschaffenen Position betraut. Sie erfüllt die wichtigste Vor-

aussetzung dafür: Eine mehrjährige praktische Erfahrung mit Herzkranken.

Pflichten und Abläufe

„Wir betreuen Patienten ab NYHA-Stufe I, der jüngste ist etwa 50 Jahre alt, der älteste über 90“, sagt sie. Auftakt ist immer ein Besuch bei dem Patienten. „Zuerst prüfe ich, ob der Medikamentenplan des Patienten mit unserem übereinstimmt“, so Brack. Dabei habe sie schon einige Überraschungen erlebt. „Eine ältere alleinlebende Dame beispielsweise nahm nur ein Drittel der verordneten Diuretika ein.“

Die nächste Frage, die sie klären muss: Lebt der Patient alleine, ist er auf Unterstützung angewiesen, kann er eigenständig Tabletten einnehmen oder seinen Blutdruck kontrollieren? „Je nachdem, wie fit der Patient ist und ob es ein gut funktionierendes Umfeld gibt, lege ich die Betreuungshäufigkeit fest“, berichtet die MFA. Zwischen einmal pro Woche und einmal im Quartal sei da alles vorstellbar. „Wenn sich ihr Gesundheitszustand dann aber plötzlich verschlechtert, wissen die Patienten, dass sie zu uns in die Praxis kommen müssen, wo mit Dr. Schneider alle weiteren Schritte festgelegt werden“, so Brack.

Zu den Pflichten der „Herzschwester“ gehört außerdem bei jedem Patientenbesuch ein Gesundheitscheck. Blutdruck messen, Puls und Gewicht kontrollieren, die Beine auf Wasseransammlungen abtasten. Sobald ihr etwas ungewöhnlich vorkommt, schaltet Christina Brack Dr. Schneider ein. „Ich hatte vor kurzem eine Patientin, deren Beine auffällig stark geschwollen waren“, erzählt sie. Ihre Aufmerksamkeit war für die Patientin Gold wert: Sie hatte eine Thrombose entwickelt, die Schneider noch rechtzeitig behandeln konnte.

Als wichtige Unterstützung für die Schwestern dient eine spezielle Software, die bei der Einstufung nach NYHA hilft und bei der Frage, wie engmaschig die Betreuung erfolgen sollte. Dazu hat Christina Brack ein spezielles Handy, auf dem sie nur für ihre Herzpatienten erreichbar ist. Im Umgang mit der Software werden die Schwestern regelmäßig geschult.

Vorreiter PRAVO


Bei dem Vertrag zur Herzinsuffizienz hat sich MEDI an den Verträgen von PRAVO orientiert. PRAVO steht für „Praxisnetz Vorderpfalz“ und ist ebenso wie MEDI ein Zusammenschluss von Ärzten, die bessere Versorgungsstrukturen im regionalen Gesundheitsbereich schaffen möchten. In Speyer werden mittlerweile mehr als 500 Herzpatienten auf diese Weise versorgt, in den MEDI GbRen Rheinhesen und Pfalz sind seit August 2013 über 120 Patienten von zwölf Fachärzten für Allgemeinmedizin, Kardiologie oder Innere Medizin mit kardiologischem Schwerpunkt aufgenommen worden.

Auch die Ärzte profitieren vom neuen Vertrag. „Wir werden durch die Arbeit der Herzschwestern entlastet und sie regeln die Grundversorgung des Patienten“, sagt Schneider. Außerdem sind Praxen, die am Vertrag teilnehmen, nicht budgetiert und die Honorare werden außerhalb des KV-Systems vergütet.

Noch machen nicht alle Kassen mit

Dass bislang noch nicht alle Krankenkassen mitmachen, hält Schneider für eine bedauerliche Fehleinschätzung. „Wir haben den Vertrag zunächst mit dem Kassenverbund BKK, IKK und LKK abgeschlossen. Die anderen Krankenkassen zögern noch, weil sie die Kosten scheuen.“ Richtig sei aber, dass durch die regelmäßige Kontrolle und die bessere Medikamententreue längerfristig unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden. „Das können erste Ergebnisse der PRAVO belegen“, betont Schneider und hofft, dass hier bald ein Umdenken stattfindet.

Mehr als 40 Patienten werden in Schneiders Praxis nach dem Herzinsuffizienzmodell versorgt, der niedergelassene Kardiologe und MEDI Arzt Martin Jung aus Kirchheimbolanden kommt auf fast 60. Die meisten Patienten, insbesondere die älteren, stehen der Versorgung offen gegenüber. „Viele empfinden

es als beruhigend, dass jemand nach ihnen schaut“, weiß Christina Brack. Auch die Angehörigen schätzen die Entlastung durch die „Herzschwestern“ – zum großen Teil. „Ein jüngerer Mann hatte zunächst Sorge, dass ich dann andauernd bei ihm vor der Tür stehen würde“, lacht Brack. Seit er aber gemerkt hat, dass sie sich vor allem an den Bedürfnissen des Patienten orientiert, ist er inzwischen dankbar für das neue Angebot. 

Jutta Glaser-Heuser

→ Alle Informationen zum Vertrag gibt es bei MEDI Südwest unter Tel. **06731 9907994**, Mobil: **01523 3695215** E-Mail: itrich@medi-verbund.de

Neue GOÄ in Aussicht

Bundesärztekammer und PKV-Verband haben eine Rahmenvereinbarung zu einer „baldigen und umfassenden Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte“ unterzeichnet. Wann die neue GOÄ kommen wird, steht aber noch nicht fest.

Beide Seiten möchten bis Ende 2014 einen gemeinsamen Vorschlag vorlegen. Dieser soll den Paragrafenteil, das Gebührenverzeichnis und Vorschläge für eventuelle Änderungen des gesetzlichen Rahmens umfassen. Auf dieser Grundlage sollen dann Simulationsberechnungen angefertigt werden, um Auswirkungen der neuen GOÄ auf die Honorarentwicklung abschätzen zu können.

Davor hatte die BÄK bereits einen eigenen GOÄ-Entwurf mit etwa 4.000 Leistungspositionen ausgearbeitet. Bei der Konzeptionierung sei die Kosten- und In-

flationsentwicklung berücksichtigt worden. Auch solle künftig die sprechende Medizin im Vergleich zu den technischen Leistungen gestärkt werden, hieß es.

Mit der Rahmenvereinbarung wollen BÄK und PKV dem Gesetzgeber zeigen, dass sie willens sind, einen gemeinsamen Vorschlag für eine neue GOÄ zu entwickeln. Dabei soll die Bewertung ärztlicher und nichtärztlicher Leistungskomponenten auf der Grundlage von Kostendaten und nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen erfolgen.

Auch die neue GOÄ soll als Einzelleis-

tungsvergütung angelegt sein. Dort wo Einzelleistungen in immer wiederkehrenden Kombinationen auftreten, können jedoch auch arzt- und ablaufbezogene Leistungskomplexe mit obligaten und fakultativen Leistungsinhalten gebildet werden. Die Leistungsbewertungen sollen mit nicht unterschreitbaren Einzelsätzen festgelegt werden. Bei besonders schweren Fällen soll jedoch auch künftig eine Steigerung des Einzelsatzes möglich sein. Vorgesehen sind außerdem zeitbezogene Positionen.

Einfachere Rechnungsstellung

Mit der Rahmenvereinbarung konstatieren BÄK und PKV, dass die jetzige GOÄ seit 1982 nur in Teilbereichen aktualisiert worden ist und wichtige Bereiche auf dem Stand Ende der 1970er Jahre abgebildet sind. Daher soll eine paritätisch besetzte „Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der Gebührenordnung“ mit einer Datenstelle als Selbstverwaltungslösung von Ärzteschaft und Kostenträgern eingerichtet werden. Sie soll dem Gesetzgeber entsprechende Empfehlungen machen, damit medizinische Innovationen rascher als bisher in die GOÄ gelangen. Analogbewertungen sollen die Zeit bis dahin überbrücken.

Mit der angestrebten Novellierung sollen bisherige Unschärfen beseitigt und die Rechnungsstellung für den Arzt einfacher und unbürokratischer werden. Für Ärzte, Versicherte und Kostenträger werde mehr Transparenz geschaffen. Die GOÄ solle als eigenständige Abrechnungsbasis für privatärztliche Leistungen erhalten bleiben und das gesamte ärztliche Leistungsspektrum abbilden, auch im Sinne einer Referenzgebührenordnung für andere Abrechnungssysteme.

Bislang wurde die Rahmenvereinbarung nur von der BÄK und dem PKV unterzeichnet. Es soll jedoch auch die Beihilfe, die an den vorangegangenen Abstimmungsprozessen beteiligt war, ins Boot geholt werden. Entscheiden muss jedoch letztendlich das Bundesgesundheitsministerium. Beide Seiten appellierten daher an die neue Regierung, die GOÄ-Novellierung als „prioritäres Vorhaben“ auf ihre Agenda zu setzen.

Jürgen Stoschek

NACHGEFRAGT BEI

Dr. Josef Pilz

MEDI GENO Deutschland



»Inflationsausgleich und feste Preise«

MEDITIMES: Herr Dr. Pilz, was sollte bei der neuen GOÄ beachtet werden?

Pilz: Unser Vorstand begrüßt es natürlich, dass die GOÄ nach so langer Zeit endlich angepasst wird. Wir fordern aber in jedem Fall einen Inflationsausgleich und betriebswirtschaftlich kalkulierte und feste Preise!

MEDITIMES: Welche Einflussmöglichkeiten bleiben, falls diese Forderungen nicht erfüllt werden?

Pilz: Die Einflussmöglichkeiten der Ärzteschaft und ihrer Verbände sind leider sehr begrenzt, sonst hätten wir schon längst eine neue GOÄ. Bund und Länder bremsen hier aus meiner Sicht, da es um die Kosten der Beihilfeberechtigten geht. Bevor wir einen faulen Kompromiss bekommen, in dem Budgets oder andere Elemente aus der GKV in die PKV eingeführt werden, sollten wir lieber mit der alten GOÄ weiterarbeiten. Es ist aber kurios, dass die Gebührenordnung der Rechtsanwälte in der gleichen Zeit viermal erneuert wurde! Im Deutschen Bundestag sitzen eben mehr Rechtsanwälte als Mediziner. ■■■ as

Baumgärtner sieht Teile der Koalitionsvereinbarung positiv

Sechs gemeinsame Forderungen an die neue Bundesregierung haben die Vertragspartner AOK, MEDI und Hausärzterverband in Baden-Württemberg im Vorfeld zur Bundestagswahl abgestimmt. „Einen Teil davon hat die Arbeitsgruppe Gesundheit in ihren Koalitionsverhandlungen umgesetzt“, freut sich der Vorsitzende von MEDI GENO Deutschland, Dr. Werner Baumgärtner.

Den größten Erfolg sieht er bei der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V. „Wir begrüßen es, dass die Verpflichtung für die Krankenkassen beibehalten wird, die Refinanzierungsklausel weglässt und die Bereinigung vereinfacht

Forderungen der Vertragspartner an die Bundesregierung

1. Wegfall der Refinanzierungsklausel in § 73b SGB V
2. Hausarztverträge müssen Krankenkassenpflicht bleiben
3. Facharztverträge nach § 73c SGB V müssen Pflicht für Krankenkassen werden
4. Bürokratiearme, rechtssichere Bereinigung direkt durch den Gesetzgeber
5. Keine gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträge im Kollektivvertrag mehr
6. Stärkung des Qualitätswettbewerbs durch weitere Optionen für Selektivverträge ■■

→ Das politische Positionspapier mit den Erläuterungen zu den einzelnen Forderungen finden Sie auf www.medi-verbund.de

werden soll“, fasst Baumgärtner zusammen. Hier hatten die Vertragspartner auch wirksamen Beistand von der KV Baden-Württemberg: „Dr. Norbert Metke hat unsere Forderungen unterstützt und sich in der KBV und bei den politisch Verantwortlichen immer für ein geordnetes Miteinander von Kollektiv- und Selektivverträgen eingesetzt“, lobt Baumgärtner.

Schlechtere Ergebnisse für Facharztversorgung

Enttäuschung dagegen bei den Facharztverträgen nach § 73c SGB V: „Wir hätten erwartet, dass die Arbeitsgruppe auch für diese Verträge eine gesetzliche Verpflichtung für die Krankenkassen einführt“, so der MEDI GENO-Chef. Nun setzt er auf das Gesetzgebungsverfahren: „Ich hoffe, dass unsere Forderungen dort noch berücksichtigt werden. Damit stünde die fachärztliche Versorgung auf gleicher Augenhöhe mit der hausärztlichen.“

Das sei besonders jetzt wichtig, nachdem die Politik die neue Wartezeiten-Regelung für eine Behandlung beim Facharzt einführen möchte. In der Versorgung außerhalb des Kollektivvertrags seien Wartezeiten keine Thema: „Mit unseren Verträgen sind wir der Politik voraus, weil dort jede ärztliche Leistung bezahlt wird und nicht wegen Budgetproblemen ins nächste Quartal verschoben werden muss“, betont Baumgärtner. An dieser Stelle warnte er vor einer zu hohen Regulationsdichte durch die Politik. „Neue Zwänge und Vorschriften lösen weder



unsere innerärztlichen Konflikte noch unsere Nachwuchsprobleme.“

Eine klare Absage erteilte MEDI den Plänen zur Krankenhausöffnung für die ambulanten Behandlungen. Im Südwesten sprach sich sogar die komplette Delegiertenversammlung dagegen aus. Auch Gemeinden dürften nicht als Krankenhausträger für neue MVZs auftreten. „Hier würden sonst Einrichtung mit Steuergeldern subventioniert, die unseren freiberuflichen Praxen Konkurrenz machen“, kritisiert Baumgärtner.

Insgesamt gefallen ihm die Ergebnisse der neuen Koalition besser als die von Schwarz-Gelb vor vier Jahren. „Damals bekamen wir gleich zu Beginn Nullrunden bei der ärztlichen Vergütung und eine Refinanzierungsklausel bei den Hausarztverträgen präsentiert“ erinnert er sich. Das hätte die 73er-Verträge in Baden-Württemberg fast zu Fall gebracht. „Wegen des GKV-Finanzierungsgesetzes konnten wir auch keine bundesweiten Facharztverträge etablieren, da die meisten Hausarztverträge nicht ins Laufen kamen“, moniert Baumgärtner.

Keine Spaltung in der KBV

Während SPD und CDU/CSU koalitierten, sorgten Signale aus der KBV für heftige Diskussionen um eine Spaltung in ein hausärztliches und ein fachärztliches Lager. „Wir sind auf allen Ebenen gegen eine solche Aufteilung!“, stellte Baumgärtner klar. „Die ambulante Versorgung kann nur in gemeinsamer Verantwortung verbessert und weiterentwickelt werden.“ Der Interessenausgleich der Versorgungsbereiche und Arztgruppen müsse innerhalb der Körperschaften erfolgen, Haus- und Fachärzte dürften sich nicht gegenseitig majorisieren. ■■

Angelina Schütz



MENSCHEN BEI MEDI

Tina Noce-Felton und Christopher Felton

Das Ehepaar arbeitet gemeinsam in der Mössinger Arztpraxis, wo sie viele onkologische Patienten betreuen: Er als Facharzt für Urologie, sie als Praxismanagerin und Ernährungsberaterin. Um ihre Erfahrungen weiterzugeben, sind sie außerdem unter die Buchautoren gegangen.

„Es gibt keine Krebsdiät“ lautet der Titel des ersten Büchleins, das Tina Noce-Felton herausgegeben hat. Hier stellt sie schwerpunktmäßig eine natürliche, mediterrane Küche vor. Auch mit einer abwechslungsreichen und naturbelassenen Kost lässt sich ein Prostatakarzinom oder Blasenkrebs ihrer Überzeugung nach zwar nicht heilen. Aber eine gesunde Ernährung ist auch während der Tumorthherapie und danach möglich und sinnvoll, findet die Ernährungsberaterin. Sie empfiehlt viel frisches Gemüse, hochwertiges Olivenöl, Kräuter und Früchte. Hauptsache Abwechslung! Sie erinnert sich gerne an ihre Wurzeln in Kalabrien, an das sonnenverwöhnte Leben und das gesunde, unverfälschte Essen damals.

Statt Verbote individuelle Tipps für Krebspatienten

Die bekannten Anti-Krebs-Diäten arbeiten Noce-Feltons Ansicht nach viel zu sehr mit Verboten: Zucker, Weißmehl oder irgendetwas anderes ist garantiert tabu. Das erzeugt nach Ansicht der Mössinger Eheleute zusätzlich belastenden Stress bei den Patienten. Auch die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln halten sie nur in begründeten Ausnahmefällen für sinnvoll. Bei Veganern kann der B12-Spiegel deutlich erniedrigt sein, bei jungen Frauen besteht manchmal ein Eisen-

mangel. „Viele wissen nicht, dass man das pflanzliche Eisen, z.B. in Getreideprodukten und Kräutern, mit Hilfe von Vitamin C aus Obst oder Obstsaft für den Körper besser verfügbar machen kann,“ so die Ernährungsberaterin.

Statt mit Verboten arbeiten sie und ihr Mann lieber mit positiven Vorstellungen. Sie sprechen mit den Patienten darüber, wie sie ihren Körper mit Lebensmitteln günstig beeinflussen können. „Gesprochen wird übrigens viel in dieser fachärztlichen Praxis“, meldet sich der Urologe zu Wort, „sprechende Medizin gibt es nicht nur in Hausarztpraxen!“ Die Einstiegsfrage der Patienten nach der Krebsdiagnose lautet häufig: „Und was kann ich selbst tun?“ Der nächste Schritt ist dann oft eine Beratung zur Optimierung der Ernährung.

beitragen können. „Aber man sollte sich nicht zwingen“, wendet Tina Noce-Felton ein und erinnert daran, dass sich die Bedürfnisse im Verlauf einer Krebstherapie ändern können. Rohes Obst und Ballaststoffe passen nun mal nicht gut, wenn man einen wunden Mund oder Durchfall hat. Wenn man Geschmacksstörungen hat und außer Cappuccino nichts zu sich nehmen mag, ist ausnahmsweise auch das erlaubt. Obwohl natürlich frisch aufgebrühter Grüner Tee gesünder ist. Oder Ingwertee, der nicht nur gegen Erbrechen hilft, sondern auch entzündlich wirkt. Oder Salbeitee, der vor allem bei Hitze wallungen gut tut. Sogar pikante Gerichte sind erlaubt, wenn sie schmecken. „Bekanntlich hemmt Chili das Wachstum der Krebszellen“, weiß Tina Noce-Felton.



Bei MEDI wird Klartext

zu KBV und Politik geredet



Eine abwechslungsreiche Kost ist dem Ehepaar wichtig. Auch Kranke sollen sich aussuchen, was ihnen schmeckt und gut tut. Sie sollen gestärkt in die Kraft raubende Therapie gehen und wissen, wie sie über die Ernährung selbst zur Stärkung

Ihren Tipps merkt man die Praxiserfahrung an: Wer über einen Metallgeschmack im Mund klagt, könnte ein Plastikbesteck ausprobieren. Bei Durchfall kann man einen Versuch mit Haferschleim oder pürierten Suppen machen. Ein Strohhalm

hilft, wenn der Mund weh tut. Das Thema Lebensqualität zieht sich durch das Buch wie ein roter Faden. Das ist nicht verwunderlich, Lebensqualität ist für die beiden auch ein wichtiger Aspekt zur Ausrichtung des eigenen Lebens. Sogar MEDI kommt dabei ins Spiel.

»Mit Ethos kann ich keine Rechnungen zahlen«

Sich als Arzt offen zu seinem Recht auf gerechte Entlohnung zu bekennen, hat für Christopher Felton etwas mit Lebensqualität zu tun. Die Erfahrung, dass dieses „heikle“ Thema offen angesprochen werden kann, machte er bei seinem Einstieg in MEDI Baden-Württemberg vor rund zehn Jahren. „Mit meinem Ethos allein kann ich keine Rechnungen zahlen, dazu brauche ich auch Valuta“. Bei MEDI organisierten sich dagegen Ärzte, die sich nicht schämten, für ihre Leistung einen angemessenen Lohn zu fordern. „Schließlich müssen auch Ärzte ihre Einkäufe mit Geld und nicht mit Punkten oder Naturalien bezahlen“, so der Urologe. Hier dachte er über einen Systemausstieg nach und fand Gleichgesinnte, mit denen er immer noch diskutiert.

Was nicht bedeuten soll, dass ihm Mössingen irgendwie zu klein oder zu provinziell wird, im Gegenteil! Mit den Haus- und Fachärzten dort versteht er sich hervorragend. Das merkt man an Kleinigkeiten, die es anderswo nicht gibt. Die Fachärzte werden beispielsweise zu den hausärztlichen Qualitätszirkeln eingeladen und jedes Jahr wird eine gemeinsame Ausfahrt organisiert.

Für die Zukunft gibt es einige Pläne. Die beiden freuen sich, dass ihr nächstes

DIE BÜCHER ZUM BESTELLEN



Es gibt keine Krebsdiät

... aber gesunde Ernährung, auch während der Tumorthherapie und danach

ISBN 978-3-00-038625-1
Softcover, DIN A4, 80 Seiten
Preis: 15 Euro
zzgl. Versandkosten 1,50 Euro

Buch erschienen ist. Ein Handbuch für Väter, deren Kinderwunsch sich noch nicht erfüllt hat. Es ist als Teamwork entstanden: Sie hat wieder den Ernährungsteil beigesteuert, er hat diesmal für den medizinischen Hintergrund gesorgt. Und



Kinderwunsch

buon appetito ...
Tipps für den Mann

ISBN 978-3-00-044027-4
Softcover, DIN A5 quer, 78 Seiten
Preis: 12 Euro,
zzgl. Versandkosten 1,50 Euro

→ Wer sich für die Bücher interessiert, bestellt sie am besten über die Homepage <http://ernaehrung-noce-felton.de>

sonst? „Ich würde MEDI GENO wünschen, dass der Verbund weiter wächst“, sagt Christopher Felton, „ein großer bundesweiter Erfolg, das würde mich freuen“.

Ruth Aschke

IMPRESSUM

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

E-Mail: info@medi-verbund.de
Tel.: 0711 806079-0, Fax: -623
www.medi-verbund.de

Redaktion: Angelina Schütz
Verantwortlich i.S.d.P.:
Dr. med. Werner Baumgärtner

Design: Heinz P. Fothén
Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
erscheint im April 2014.
Anzeigenschluss ist der 15. Febr. 2014.

Wenn Ärzte bloggen und twittern

Tageszeitung und Tagesschau gibt es zwar noch. Aber ihr Stellenwert als Morgenlektüre und tägliche 20-Uhr-Information ist beträchtlich ins Wanken geraten. Nicht nur die jüngere Generation nutzt längst das Internet für aktuelle und individuelle Nachrichten.

Nicht nur zum Empfangen, sondern auch zum Senden von Nachrichten. Dr. Klaus Bittmann, der Vorsitzende der Ärztesgenossenschaft Nord (ÄG Nord) und Vize von MEDI GENO Deutschland, ist z.B. unter die Blogger gegangen: „In der Ärztesgenossenschaft hat man mich darum gebeten, einen Video-Blog zu machen.“ Eine Art Internettagebuch also in Form kurzer Filme. Einziger und damit Hauptdarsteller ist Bittmann, der an seinem Schreibtisch sitzend in die Kamera spricht. Über das KV-System, den EBM-Streit oder den Bundestagswahlkampf.

Hintergrund für den Blog waren Überlegungen zur Öffentlichkeitsarbeit der Genossenschaft: Wie kann man am besten dafür sorgen, dass die Kommunikation mit den Mitgliedern funktioniert und potenzielle Mitglieder durch Informationen über die ÄG Nord neugierig gemacht werden? „Als wir uns im Jahr 2000 gründeten, waren wir schnell bekannt wie ein bunter Hund“, sagt Bittmann, „heute hat sich leider vieles geändert“. Er macht oft die Erfahrung, dass sich Ärzte beim Thema Öffentlichkeitsarbeit „irgendwie komisch“ vorkommen – als wäre die Sorge um die eigene Bekanntheit nur etwas für Supermärkte oder Autohäuser. Lachend gibt Bittmann zu, dass er selbst umdenken musste, als ihm ein Blog vorgeschlagen wurde. Aber die Fakten überzeugten ihn.

Also wagte er einen Versuch. Eine Mitarbeiterin kam mit Kamera und Eieruhr bewaffnet in sein Büro. Sie gab ihm fünf Minuten Redezeit und begann zu fil-

Klaus Bittmann
beim Videobloggen.
(Foto: Mediageno)



men. Der routinierte Redner hatte keine Probleme damit, seine Gedanken zu formulieren. „Manchmal überziehe ich“, gibt er zu. Fast jede Woche gibt es einen neuen Blog. Von dem Verhältnis zwischen Aufwand und Erfolg ist er sehr angetan. „Wenn ich Rückmeldungen bekomme, sind sie durchweg positiv“, freut sich Bittmann. Auch ein E-Mail-Verteiler gehört inzwischen zu den neuen Kommunikationsmitteln der Genossenschaft. Und getwittert wird natürlich auch.

Twitter

Wer den Mikro-Blogging-Dienst Twitter nutzen will, muss sich erst einmal anmelden. Danach kann man wichtige und unwichtige News lesen und Mini-Texte an seine „Follower“ schicken, an seine Leser also. Manche dieser Botschaften sind tatsächlich uninteressant. Andere machen mehr Sinn – auch für Ärzte. Es twittern beispielsweise Kollegen, KVen und KBV, Ärztekammern und Verlage. Auch Kliniken, Selbsthilfegruppen, Rechtsanwälte und Praxisberater twittern – die

Liste ist endlos und reicht um die ganze Welt. Bei den Inhalten findet sich eine bunte Mischung aus Pressemitteilungen, liebenswertem Unsinn und wirklich interessanten Neuigkeiten, die es wohl trotzdem nie in die Tagesschau schaffen würden. Wichtig ist es, sich die richtigen „Vögel“ zum Folgen auszusuchen und sich von den falschen wieder zu trennen („entfolgen“).

Warum twittert überhaupt jemand? Twittern heißt Mitreden im weltweiten Netz. Manche Arztpraxen berichten z.B. über Schließungszeiten wegen Urlaub, über die Einstellung neuer Mitarbeiterinnen oder erinnern an die Gripeschutzimpfung. Andere zeigen marketingorientiert Kompetenz, indem sie auf wissenschaftliche Neuigkeiten aus ihrem Fachgebiet hinweisen. Vorreiter sind hier vor allem Schönheitschirurgen und Zahnärzte.

Ein Tweet darf genau 140 Zeichen umfassen. Das reicht natürlich nicht aus, um irgendetwas genau zu erklären oder zu beschreiben. Aber geht es darum

überhaupt? Für einen Aufhänger plus Link zur eigenen Homepage (oder Facebookseite oder Blog) reicht dieser Umfang – und darauf kommt es an.

Viele Twitterer nutzen den Dienst, um den eigenen Blog oder die eigene Facebook-Seite bekannter zu machen. Die Idee dabei ist die Vervielfältigung durch andere, das Weitergeben des Tweets in der Twittergemeinde. Der eigene Tweet wird ja nur von den eigenen Followern gelesen, von denen also, die per Klick Interesse an den Tweets dieses Twitterers geäußert haben. Per „Retweet“ (kurz RT) kann jeder Leser einen Tweet an seine eigenen Follower weitergeben. Spannende Nachrichten können sich so tatsächlich in Windeseile verbreiten.

Was darf man, was nicht?


Wer als Arzt twittern oder bloggen will, sollte sich die Berufsordnung vergegenwärtigen. Es ist unzulässig, irreführende, anpreisende, herabsetzende oder vergleichende Werbung zu betreiben. Zulässig ist dagegen eine sachliche Information. Sicher ist es auch kein Fehler, sich mit dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) und dem Heilmittelwerbegesetz (HWG) zu beschäftigen. Im Einzelfall lohnt es sich mit einem Juristen durchzusprechen, welche Pläne umsetzbar sind und wo rechtliche Fallstricke lauern.


Eine Online-Arztpraxis wie DrEd.com

MEDI Ärzte vermuten unzulässige Finanzierung für MVZ

Die Gemeinde Durmersheim zieht derzeit den Ärger niedergelassener Ärzte auf sich. Grund ist der Umbau eines ehemaligen Schulgebäudes in ein Ärztehaus, in dem das Klinikum Mittelbaden zwei Stockwerke für ein MVZ nutzen wird. Da die Umbaukosten von der öffentlichen Hand getragen werden, vermuten einige MEDI Ärzte Wettbewerbsverzerrung und Ungleichbehandlung und haben deswegen rechtliche Schritte eingeleitet.

Hilfestellung bekommen sie von MEDI Baden-Württemberg. Der Verbund

hat einer Pforzheimer Kanzlei das Mandat erteilt zu prüfen, ob ein rechtlicher Verstoß vorliegt. „Sollte sich der Verdacht in irgendeinem Punkt bestätigen, werden wir die Ärzte bei jeder Klage gegen die Gemeinde unterstützen“, kündigt MEDI Chef Dr. Werner Baumgärtner an. „Es kann nicht sein, dass eine Gemeinde öffentliche Gelder für den Umbau eines Klinik-MVZs lockermacht und damit den ambulant tätigen Praxen Konkurrenz macht, während diese das unternehmerische Risiko selbst tragen müssen“, kritisiert er.  as

darf man in Deutschland natürlich auch nicht betreiben, Fernbehandlungen sind bei uns nach wie vor verboten. Deshalb arbeitet DrEd auch von Großbritannien aus. 

Ruth Auschra

→ Bittmann Video-Blogs sind zu sehen unter www.aegnordblog.de und unter www.youtube.com/user/aegnordblog



Ass.jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre
Rechtsfragen

Wer haftet bei Unfällen auf Dienstfahrten?

Vor der Bewertung einer möglichen Haftung muss unterschieden werden, ob der Arbeitnehmer bei der Dienstfahrt mit dem Dienstwagen oder dem eigenen Pkw unterwegs war. Eine Dienstfahrt liegt vor, wenn Angestellte auf Weisung ihres Chefs vorübergehend außerhalb des Arbeitsplatzes und außerhalb ihrer Wohnung tätig sind. Dazu zählen bei Praxisangestellten Hausbesuche, Fahrten zu Veranstaltungen, Tagungen oder Seminaren.

Fahrten mit dem Dienstwagen

Wenn ein Dienstwagen zur Verfügung steht, beispielsweise ein VERAHMobil, und eine Mitarbeiterin auf ihrer Dienstfahrt einen Schaden verursacht, hängt die Beurteilung der Haftung von der Schwere der Fahrlässigkeit ab.

- **Grobe Fahrlässigkeit** liegt vor, wenn die Mitarbeiterin objektiv ihre Sorgfalt in besonders hohem Maß verletzt hat und ihr dies zum Vorwurf gemacht werden kann. Das ist der Fall, wenn sie z.B. in alkoholisiertem Zustand mit

dem Wagen unterwegs ist, auf ihrer Fahrt ohne Freisprechanlage mit dem Handy telefoniert oder eine rote Ampel missachtet. Dann haftet sie bei einem Unfall voll.

- Bei **mittlerer Fahrlässigkeit** ist der Haftungsanteil individuell. Hier spielen Faktoren wie die Höhe des Verdienstes der Angestellten oder ihr Vorverhalten und ihre sozialen Verhältnisse eine Rolle. Wichtig ist auch, wie der Praxischef das Unfallrisiko und den Dienstwagen versichert hat (Vollkasko/Teilkasko). Im Schadensfall wird die Haftung zwischen Angestellter und Praxisinhaber nach den jeweiligen Umständen quotelt.

Mittlere Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die Mitarbeiterin im sogenannten „Augenblickversagen“ die erforderliche Sorgfalt außer acht gelassen hat und der Schaden bei sorgfältigem Handeln vermeidbar gewesen wäre. Dazu zählt z.B. das Betanken eines Dieselfahrzeugs mit Super bleifrei.

- **Leichte Fahrlässigkeit** liegt vor, wenn es sich um geringfügige und leicht entschuldbare Pflichtwidrigkeiten handelt, die jedem passieren können. Beispiel: Die Ampel springt von grün auf gelb um, das vorausfahrende Auto bremst unmittelbar vor der Ampel ab und die Angestellte fährt ihm auf (LAG Hamm, Urteil vom 18.04.1995, Az. 4 Sa 1668/95). In diesem Fall haftet der Arbeitgeber voll.

In der Regel sind Dienstwagen vollkaskoversichert, sodass der Schaden in der Erhöhung der Risikoprämie oder der Zahlung der Selbstbeteiligung besteht.

Fahrten mit dem eigenen Pkw

Eines vorneweg: Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsplatz oder das Parken auf dem Praxisparkplatz zählen nicht zu den Dienstfahrten! Sofern also auf diesen Fahrten ein unfallbedingter Schaden entsteht, besteht kein Haftungs- bzw. Ersatzanspruch der Angestellten gegen ihren Chef.

Liegt jedoch auf Weisung des Arbeitgebers eine Dienstfahrt vor, auf der die Mitarbeiterin mit ihrem Wagen einen Unfall verursacht, trägt grundsätzlich der Chef das Unfallrisiko. Allerdings gelten auch bei Dienstfahrten mit dem privaten Pkw die Grundsätze der Haftungsmilderung: Hier muss der Verschuldensgrad (leichte Fahrlässigkeit, mittlere Fahrlässigkeit, grobe Fahrlässigkeit/Vorsatz) wieder individuell bestimmt werden.

Ist der Unfall mit dem privaten Pkw auf Mängel am Fahrzeug zurückzuführen, haftet allein die Besitzerin für den entstandenen Schaden, denn für die Verkehrstauglichkeit ihres Wagens ist sie selbst verantwortlich.

Kilometerpauschale

Das Haftungsrisiko des Arbeitgebers für Beitragserhöhungen bei Fremdschäden ist abgedeckt, wenn er seinen Angestellten für Dienstreisen mit dem privaten Pkw eine Kilometerpauschale zahlt. Diese deckt neben den allgemeinen Betriebskosten auch die Kosten für einen Rückstufungsschaden in der Kfz-Haftpflichtversicherung ab.

Praxisinhaber können durch den zusätzlichen Abschluss einer Unfallversicherung und einer Dienstreise-Kasko-Versicherung die Haftung reduzieren. ■■■

AG weitet Spektrum auf Regionen aus

Damit auch MEDI Verbände außerhalb von Baden-Württemberg die Angebote der MEDIVERBUND AG nutzen können, will die Stuttgarter Managementgesellschaft Außenstellen etablieren bzw. Kooperationen eingehen. Den Anfang machte Berlin. Dort wurde die „MEDIVERBUND AG Niederlassung Berlin“ gegründet, in der Karsten Köhler und Manuela Jasinska den Mitgliedern zur Verfügung stehen und die Stuttgarter AG bei ihren Projekten unterstützen.

„Nach der Gründung von MEDI GENO Deutschland wollten wir unsere Dienstleistungen auch Mitgliedern in anderen Regionen zur Verfügung stellen“, erklärt Vorstand Frank Hofmann. „Die Außenstellen und Kooperationen sollen unsere Geschäftsfelder wie z.B. den Praxisbe-

darf bekannt machen, neue Interessen finden und uns vor Ort unterstützen“, so Hofmann weiter.“ Gespräche finden derzeit auch mit anderen Verbänden statt. ■■ *as*

→ Mitglieder in Berlin erreichen
ihre Niederlassung unter
Tel. **030 88708636**
und **030 25469624**
E-Mail: medigmbh@mediberlin.de

Neues MEDI Projekt kommt gut an

Der Praxis- und Sprechstundenbedarf, das jüngste Projekt der MEDIVERBUND AG, wird nicht nur bei den Mitgliedern im Südwesten gut angenommen. „Wir haben Kunden in Rheinland-Pfalz, Berlin

und Mecklenburg-Vorpommern“, freut sich Projektleiter Sven Kleinknecht. „Um das Preisniveau halten zu können, ist es wichtig, dass die Mitglieder das Angebot annehmen. Wir haben von Beginn an viele Anregungen von ihnen bekommen und sie in unserem neuen Katalog umgesetzt.“ 2014 sind Aktionen geplant, wie z.B. die moderne Wundversorgung, die Etablierung des Online-Bestellmoduls oder spezielle Angebote für bestimmte Facharztgruppen.

Für den „MEDIVERBUND Marktplatz“, die Plattform für Praxisneugründer und -abgeber, sucht die AG neue Partner, die sie bei der Vermittlung von Praxen unterstützen. Außerdem werden die Workshops für beide Gruppen gleichzeitig angeboten. „Wir versprechen uns davon eine höhere Effektivität und einen größeren Austausch zwischen Ärzten, die sich niederlassen möchten und solchen, die einen Nachfolger suchen“, so Kleinknecht. ■■ *as*



Foto: fotolia

Was bringt die personalisierte Medizin?

Patienten erhoffen sich von einer personalisierten Arzneimitteltherapie bessere Wirksamkeit und weniger unerwünschte Wirkungen. Darüber wird viel diskutiert. Aber welche Veränderungen bringen diese Therapien für die niedergelassenen Ärzte mit sich?



Foto: STADA

„In der personalisierten Arzneimitteltherapie liegt die Zukunft“, findet Lothar Guske.

Eine erste Konsequenz wird sicher darin bestehen, dass demnächst der erste chronisch kranke Patient in Ihrer Praxis nach Gentests fragen wird. Danach, ob ein Gentest die Möglichkeit eröffnet, seine Erkrankung individueller und damit besser zu behandeln. Dann sollten Sie Antworten parat haben.

Zwar haben sich die Möglichkeiten der personalisierten Medizin in der allgemeinen klinischen Versorgung bisher noch nicht durchgesetzt. Aber die Firmen machen ihre Angebote bekannter. Und welcher Patient will bei einer ersten Diagnose nicht alle Möglichkeiten für eine erfolgreiche Therapie nutzen?

Ethisch vertretbar?

Gut vorstellbar, dass die personalisierten Arzneimitteltherapien schon bald ein sehr großer Wachstumsmarkt sind. Aber sind sie auch ethisch vertretbar? Mit dieser Frage hat sich der Deutsche Ethikrat auf seiner Jahrestagung 2012 beschäftigt. Das Schwerpunktthema lautete: „Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer?“^{1*} Unter den eingeladenen Experten war auch der internistische Onkologe Prof. Dr. Jürgen Wolf, Ärztlicher Leiter des Centrums für Integrierte Onkologie am Universitätsklinikum Köln. Seine Antwort auf die Frage lautet: „Die Einführung der personalisierten Krebstherapie (...) stellt neue Ansprüche an Ausbildung, Interdisziplinarität und sektorübergreifendes Denken. Diese Herausforderung anzunehmen, erscheint lohnend, bietet doch die personalisierte Krebstherapie zum ersten Mal für die Mehrzahl der Patienten mit fortgeschrittenem Krebsleiden die Aussicht auf eine substantielle Lebensverlängerung.“

Andere Experten weisen auf Einsparpotenziale hin, wenn teure Medikamente nur noch nach individuell bewiesener Wirksamkeit verordnet würden. Kritiker befürchten u.a. steigende Kosten für die Solidargemeinschaft.

Es geht los!

„Wir sind überzeugt, dass in der personalisierten Arzneimitteltherapie die Zukunft liegt. Denn sie ermöglicht eine effektivere Behandlung für den Betroffenen und damit eine höhere Akzeptanz und eine zuverlässigere Anwendung“, erklärt Lothar Guske, Geschäftsführer der STADA Medical GmbH und Verantwortlicher für die neue Produktlinie „STADA Diagnostik“.

STADA ist Anfang 2013 in die personalisierte Arzneimitteltherapie eingestiegen. Dazu wurde eine Vertriebsvereinbarung mit dem Frankfurter Biotechnologie-Unternehmen humatrix AG geschlossen. Unter dem Namen „STADA Diagnostik“ werden drei DNA-Tests vertrieben, die für mehr Therapiesicherheit

^{1*} www.ethikrat.org/dateien/pdf/

tagungsdokumentation-personalisierte-medizin.pdf
(abgerufen am 31.10.13)

In der Praxis

- Bisher handelt es sich bei den Tests und folglich auch bei den Beratungen nicht um Kassenleistungen.
 - Der Patient kauft den Test direkt in der Apotheke, im Preis sind die Laborleistungen bereits enthalten.
 - Er bringt die Unterlagen (und evtl. Diskussionsbedarf) mit in die Praxis.
 - Sie klären auf über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und mögliche Konsequenzen der genetischen Untersuchung.
 - Blutentnahme (1ml EDTA-Blut) in der Praxis.
 - Sie füllen den Laborauftrag (Unterschrift von Arzt und Patient) aus. Dabei können Sie auch GOÄ-Ziffern und Bankverbindung für Ihre erbrachten Leistungen ankreuzen.
- Die Testergebnisse (ca. sieben Seiten Daten und Kommentar) kommen in Ihrer Praxis an.
 - Sie führen ein Gespräch zu den Konsequenzen der Untersuchungsergebnisse.
 - Die PVS des Labors schickt dem Patienten eine privatärztliche Gesamtrechnung.
 - Der Patient überweist der PVS das Geld.
 - Danach überweist die PVS Ihnen die Summe für Ihre privatärztlichen Leistungen. ■■
- Informationen zum Thema finden Sie auch auf der Webseite www.stada-diagnostik.de
- Filme zur Durchführung gibt es auf YouTube unter »STADA Diagnostik«.

durch eine optimierte Arzneimittelwahl sorgen sollen. Im Fokus stehen Statine, Tamoxifen und Clopidogrel. Einzelheiten und erste Erfahrungen oder Einschätzungen aus den Praxen wird die **MEDITIMES** in den nächsten Ausgaben vorstellen.

Die MEDIVERBUND AG hat einen Kooperationsvertrag mit STADA – auch

und besonders zur personalisierten Arzneimitteltherapie. Konkret wird bei MEDI derzeit in Fachgruppenrunden beraten, welche Möglichkeiten diese Tests für Ärzte und Patienten bieten bzw. inwieweit sie in die Erstattungsfähigkeit gelangen können. ■■

Ruth Auschra

MEDIZIN-Messe künftig ohne MEDI

Wer Ende Januar zur „MEDIZIN 2014“ nach Stuttgart kommt, wird dort keinen Messestand von MEDI mehr vorfinden. Die MEDI Führung verzichtet nach 13 Jahren auf eine weitere Präsenz auf der jährlich stattfindenden Medizinmesse in der Landeshauptstadt. „Der Aufwand steht nicht mehr im Verhältnis zu den Ergebnissen“ erklärte der Vorstand der MEDIVERBUND AG, Frank Hofmann, die Gründe. „Unsere Analysen haben gezeigt, dass ein Auftritt bei der Messe weder nennenswerte Effekte auf die Mitgliederzahlen noch auf die Teilnahme an unseren Hausarzt- und Facharztverträgen oder auf andere Geschäftsfelder hat,“ so Hofmann weiter.

Stattdessen wolle man mit anderen Events bei Mitgliedern und potenziellen Neumitgliedern im Land punkten. Im Gespräch sind arztgruppenspezifische Veranstaltungen, in denen die 73er-Verträge im Mittelpunkt stehen. Dort könnten auch politische Themen ihren Platz finden oder Schulungen für Praxismitarbeiterinnen stattfinden. ■■ *as*

Unsere Visitenkarten für Mitglieder

1.000 Visitenkarten
 4-farbig
 84 mm x 54 mm
 zum Preis von 100,- Euro inkl. MwSt.
 (zzgl. Versandkosten)
 Unten sehen Sie die Muster
**Bestellformulare unter
 Telefon: 0711 806079-0
 oder www.medi-verbund.de**



NEUE MITARBEITERINNEN BEI MEDI

Servicecenter

Sandra Grötzinger...



...wurde 1992 in Ludwigsburg geboren und wuchs auch dort auf. 2008 begann sie nach der Mittleren Reife eine dreijährige Ausbildung als Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) in Marbach am Neckar. Diese schloss Sandra Grötzinger erfolgreich im Jahr 2011 ab.

Nach der Ausbildung als ZFA wollte sie ihr Wissen im kaufmännischen Bereich erweitern und entschied sich deswegen für ein sechsmonatiges Praktikum als Bürokauffrau bei einem Autohaus in Ludwigsburg. Dort kümmerte

sie sich um die Kundenkommunikation und die Pflege der Kundendaten.

Anfang 2012 kehrte Sandra Grötzinger zu ihrem erlernten Beruf zurück und arbeitete als ZFA in einer Zahnarztpraxis in Stuttgart-Riedenberg, die sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert hat. Im August fing sie außerdem als Aushilfe bei der MEDI-VERBUND AG an. Seit August 2013 ist Sandra Grötzinger hauptberuflich im Servicecenter der Managementgesellschaft tätig. ■■

Sekretariat

Christine Hager...



...wurde am 12. September 1958 im oberpfälzischen Weiden geboren und zog 1965 nach Stuttgart. Dort absolvierte sie nach der Mittleren Reife eine Ausbildung zur Justizfachangestellten und fing 1976 beim Staatsministerium Baden-Württemberg als Sekretärin in der Pressestelle an.

Von 1980 bis 1987 übernahm die Mutter von drei Kindern in ihrer Elternzeit Bürotätigkeiten für Arztpraxen und Ingenieurbüros von zuhause aus und organisierte im Friseurbetrieb ihres Mannes Abläufe und Einkäufe. Von 1997 bis 2000 arbeitete Christine Hager für die Vertragsärztliche Vereinigung Nord-Würt-

temberg. Nach einem Skiunfall ihres Sohnes im Jahr 2000 wechselte sie zur Johanniter-Unfall-Hilfe. Dort fing sie als Ausbilderin für Erste Hilfe an und baute hauptamtlich die Ausbildungsabteilung auf, die sie bis Ende August 2013 leitete und in der sie als Lehrbeauftragte für die pädagogischen Schulungen verantwortlich war.

Seit 1. September 2013 arbeitet Christine Hager als Vorstandssekretärin bei MEDI Baden-Württemberg. Dort ist sie auch Ansprechpartnerin für die MEDI GbRen und verantwortlich für die Planung der Tour-de-Ländle-Veranstaltungen. ■■



Richtig delegieren ist eine Kunst

Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband haben eine Liste von delegierbaren ärztlichen Leistungen erarbeitet. Viel Neues gibt es eigentlich nicht. Bestehen bleibt die Frage, warum manche Ärzte Probleme mit der Delegation von Leistungen haben.

Die Presse berichtete kürzlich über eine Kölner Kinderarztpraxis mit etwa 250 Scheinen. Das Außergewöhnliche: Die beiden Ärzte der Gemeinschaftspraxis beschäftigen seit der Praxisgründung vor 20 Jahren weder MFAs noch Putzfrauen. Ihre Erklärung dafür wirft ein Licht auf die Problematik der Delegation. „Wir haben Medizin studiert, aber nie gelernt, wie man Führungskraft ist. Statt ungelernete Chefs zu sein, wollten wir das Chefsein lieber bleiben lassen“, wurde Kinderarzt Christian Döring in einer Tageszeitung zitiert.

Was ist so schwer am Delegieren? Welche Tätigkeiten ein Arzt an seine Mitarbeiterinnen delegieren darf, ist hinreichend bekannt. Nicht erst, seit KBV und

Krankenkassen eine Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten Versorgung getroffen haben. Die grundsätzliche BÄK-Stellungnahme zur Delegation (<http://bit.ly/1aHGP3A>) gilt nach wie vor. Zusätzlich gibt es jetzt einen Katalog, der delegierbare Leistungen und die spezifischen Anforderungen an deren Erbringung enthält (<http://bit.ly/16M0MSq>).

Die als Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geschlossene Vereinbarung ist zum 1. Oktober 2013 in Kraft getreten. Sie enthält auch Informationen dazu, welche ärztlichen Leistungen grundsätzlich nicht delegierbar sind: Höchstpersönlich erbringen muss der Arzt nach wie vor

Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnostikstellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe. Eine standardisierte Anamnese-Erhebung als Vorbereitung auf das Arzt-Patienten-Gespräch darf dagegen delegiert werden.

Voraussetzungen

Wichtig: Die nichtärztliche Mitarbeiterin muss ein dienstvertragliches Verhältnis zum delegierenden Vertragsarzt haben. Und selbstverständlich muss der Arzt sicherstellen, dass die Mitarbeiterin für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist. Die erste Voraussetzung dafür ist zunächst eine abgeschlossene Berufsausbildung. „Eine Delegation an Azubis ist folglich unzulässig“, erinnert MEDI Rechtsassessorin Ivona Büttner-Kröber. Ein Berufsabschluss alleine reicht allerdings auch nicht, die Mitarbeiterin muss darüber hinaus für die delegierten Tätig-

Welche Konsequenzen drohen?

Ein Arzt, der nicht delegationsfähige Aufgaben an seine Mitarbeiterinnen überträgt, riskiert

- Zivilrechtliche Inanspruchnahme: Schadensersatz
- Strafrechtliche Haftung: Körperverletzung, ggf. im Zusammenhang mit der vertragsarztrechtlichen Problematik der nicht vergütungsfähigen Leistung Abrechnungsbetrug.
- Vertragsarztrechtlich: Verletzung vertragsärztlicher Pflichten, die im schlimmsten Falle zum Verlust der Zulassung führen kann, keine ordnungsgemäße und damit auch nicht vergütungsfähige Leistung.

Auch die Mitarbeiterin haftet unter Umständen zivil- und strafrechtlich. ■

ra

keiten ausreichend qualifiziert sein.

Schwieriger wird es bei der Delegation bei Beratungsleistungen. Soweit sich diese beispielsweise auf die Erklärung der Ursache von Adipositas, auf Hinweise zu Ernährung oder auf vergleichbare Tätigkeiten bezieht, ist eine Delegation nach Auffassung von Büttner-Kröber ohne Weiteres möglich. Anders verhält es sich bei einer Aufklärung bezüglich konkreter Risiken oder Therapien. Diese Art der Aufklärung gehört zu den Leistungen, die der Arzt persönlich erbringen muss.

Der Leistungskatalog ist nicht abschließend. Die Juristin weist darauf hin, dass folglich auch andere Leistungen delegiert werden können, sofern diese im Hinblick auf die Schwierigkeit und eine etwaige Gefährdung des Patienten vergleichbar seien. ■■

Ruth Auschra

So delegieren Sie richtig

Bei manchen Aufgaben reicht ein kurzes „Übernehmen Sie das bitte?“ – und das Thema ist erledigt. Bei komplexeren Aufgaben ist es sinnvoll, die Delegation systematisch aufzubauen:

- Machen Sie sich und Ihrem Team klar, welche Aufgaben genau delegiert werden. Welches Wissen, welche Fähigkeiten, welche Fortbildungsabschlüsse sind dafür nötig?
- Erklären Sie, welches Ziel die neue Aufgabe hat. Beschreiben Sie die Rahmenbedingungen (zeitlich, rechtlich, technisch, bisherige Organisation, Probleme, Fehlerquellen, Freiräume).
- Geben Sie der Mitarbeiterin ausrei-

chend Zeit, die besprochene Aufgabe zu durchdenken, mit Kolleginnen zu besprechen und Rückfragen zu formulieren.

- Je umfangreicher die Aufgabe, desto wichtiger ist es, von Anfang an eine zweite Mitarbeiterin einzubeziehen, falls die erste Kraft ausfällt.
- Ganz wichtig: Machen Sie von Anfang an Gesprächstermine aus, um Rückmeldungen geben zu können. Warten Sie nicht darauf, dass Probleme auftreten. Korrigieren Sie frühzeitig. Ein Gespräch macht auch dann Sinn, wenn man nur kurz und bündig vollste Zufriedenheit ausdrückt. ■■

ra



Alexandra Ormanidou empfiehlt das VERAHmobil jeder Hausarztpraxis. (Foto: Jähnigen)

»Das VERAHmobil erleichtert uns die Hausbesuche enorm«

Multimorbidität heißt das klassische Alterssyndrom in unserer älter werdenden Gesellschaft, mit dem vor allem Hausarztpraxen täglich konfrontiert werden. Ist kranken Menschen der Weg in die Praxis verwehrt, kommt der Doktor ins Haus oder schickt seine VERAH. Dass hierbei das VERAHmobil eine echte Erleichterung ist, konnte man bei einer Hausbesuchs-Tour in Stuttgart erleben.

Als Alexandra Ormanidou ihr VERAHmobil am Straßenrand eines Wohngebietes in Stuttgart-Zuffenhausen abstellt, winkt Frau B. (*Namen der Redaktion bekannt*) schon aus dem Fenster. Inzwischen ist der 66-Jährigen der VW up! in der Farbe „light blue“ bestens bekannt. Und wie immer wird Alexandra Ormanidou die zwei engen Treppen zur Wohnung von Frau B. hochsteigen, ihr den Blutdruck

und den Puls kontrollieren, sie freundlich mahnen, sich gesund zu ernähren und auf das Gewicht zu achten.

1.300 VERAHS im Einsatz

Die gebürtige Griechin ist die VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) in der Praxis von Dr. Werner Baumgärtner in Stuttgart-Zuffenhausen. Inzwischen arbeiten in Baden-Württemberg rund 1.300

dieser speziell ausgebildeten Medizinischen Fachangestellten in Hausarztpraxen. Die wissenschaftliche Evaluation des AOK-Hausarztvertrages hat ergeben, dass VERAHS mit 71% überdurchschnittlich oft in Landarztpraxen eingesetzt werden, wo sie den Hausarzt durch die Übernahme von Routine-Hausbesuchen entlasten.

Auf dem Tisch in Frau B.s Wohnung liegen Betablocker und Diuretika. Neben einer arteriellen Hypertonie plagen die Patientin starke Knieschmerzen und Schmerzen in der Halswirbelsäule. Bevor sie geht, erinnert Alexandra Ormanidou Frau B. noch mit der Hausarztpraxis einen Termin zur Blutabnahme zu vereinbaren. „Jaja, ich weiß, das liederliche Cholesterin“, lacht Frau B. Dann eilt Ormanidou die Treppen hinunter und steigt in das VERAHmobil. Die nächste Patientin will besucht werden.

Immer auf Trab

„Viel Zeit haben wir nicht, wir haben es eigentlich immer eilig“, sagt die 55-Jährige VERAH. 20 bis 30 Patienten im Monat versorgen sie und andere Praxismitarbeiter bei Hausbesuchen. „Die meisten sind bettlägerig und pflegebedürftig. Und sie warten auf unseren Besuch“, weiß Alexandra Ormanidou. Nicht nur Blutdruck und Puls messen, Blut abnehmen, einen Demenztest durchführen und die korrekte Einnahme von Medikamenten kontrollieren, gehört zu den Aufgaben einer VERAH. „Im häuslichen Umfeld sehen wir, woran es mangelt, ob die Wohnung altengerecht und barrierefrei ist und wie die familiäre Situation aussieht“, sagt sie.

Problematisch sei die Zunahme von Depressionen. Ehe Betroffene in einer Spezialpraxis angemessen betreut werden, kommen sie oft zum Hausarzt. Schnell und unkompliziert könne in allen Fällen Hilfe von sozialen Diensten wie dem Beratungsservice Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg oder der Patientenbegleiterin der Bosch BKK geboten werden.

Doch jetzt geht es erst einmal zur nächsten Patientin. Frau G. lebt im Pflegeheim. Parkplätze vor dem Haus sind mehr als knapp, doch mit Geschick lenkt Ormanidou den kleinen VW up! in eine Lücke. „Das ist toll, früher habe ich für die Hausbesuche mein eigenes Auto genommen, aber das ist viel größer und ich hatte oft Not, einen Parkplatz zu finden“, erinnert sie sich. Frau G. lebte bis vor eineinhalb Jahren im eigenen Haus und kam selbst in die Praxis. Doch dann stürzte die heute 95-Jährige mehrfach. Ein Demenztest ergab, dass sie nicht mehr in der Lage war, eigenständig in ihrem Haus zu leben. Der Umzug ins Pflegeheim fiel der Hochbetagten schwer. Alexandra Ormanidou misst Blutdruck und Puls, und Frau G. lächelt: „Ich habe alles, das ist das Alter.“ Ein Blick in die Patientenkartei zeigt, was die zierliche Frau täglich braucht: Aspirin, Magnesium, Diuretika, Calcium, Vitamin D, Magensäureblocker, ein Blutdruck senkendes Mittel, Schmerzmittel gegen Osteoporose und ab und an eine Bluttransfusion

STIMMEN AUS DEN MEDI PRAXEN

Dr. Uwe Kuhn

Allgemeinmediziner aus Freiberg am Neckar

Ich habe mich für ein VERAHmobil entschieden, weil Preis und Leistung des Fahrzeugs sehr attraktiv sind und weil sich die Mobilität unserer Praxis deutlich verbessert hat, seit wir es besitzen. Mit dem Pkw konnten unsere beiden VERAHs ihre Hausbesuche ausweiten und damit auch meine beiden Kollegin-

nen und mich in der Praxis entlasten. Das bekommen auch unsere Patienten zu spüren, die den besseren Service natürlich sehr schätzen. Unsere Mitarbeiterinnen fahren das VERAHmobil außerdem sehr gerne, da es wendig und kompakt ist. Wir möchten es also nicht mehr missen! ■■

Dr. Thomas Fröhlich

Pädiater aus Bammental

Die Arbeit, die meine VERAH leistet, verdient Würdigung. Deswegen fand ich es sinnvoll, ihr das VERAHmobil zur Verfügung zu stellen und habe es direkt nach der „5 Jahre HZV“-Feier bestellt. Die Auslieferung klappte gut und als das Auto dann vor der Praxis stand, wollte ich zuerst selbst damit fahren. Es passt wunderbar in kleine Parklücken, verbraucht sehr wenig Sprit, und fährt

sich sehr angenehm zu den Hausbesuchen – ich kann es nur sehr empfehlen! Seither fährt das kleine, flotte Auto für jedermann sichtbar mit den Logos der Vertragspartner und meiner Praxisanschrift durch die Straßen und sendet die klare Botschaft, dass wir an der HZV teilnehmen. Dank ihr konnte ich inzwischen auch eine zweite VERAH für meine Praxis ausbilden. ■■

Dr. Michael Emmerich

Allgemeinmediziner aus Karlsruhe

Das VERAHmobil ist hinsichtlich Verbrauch, Zuverlässigkeit und Wendigkeit perfekt! Außerdem kommt es bei unseren Patienten sehr gut an und wir bekommen viel positive Resonanz bei unseren Hausbesuchen. Seit wir den VW up! haben, werde ich nicht nur besser bei den Hausbesuchen entlastet – unser ganzes Team arbeitet viel engagierter in der HZV mit! Das macht sich auch bei den Patienteneinschreibungen

bemerkbar. Insofern bin ich froh, dass ich den Arbeitseifer meiner Mitarbeiterinnen steigern und unserer VERAH einen solchen Vorteil bieten kann.

Da unsere Praxis die erste in Karlsruhe war, die ein VERAHmobil hatte, interessierte sich sogar das Fernsehen für uns. Bei dieser Gelegenheit hatten wir auch noch die Möglichkeit, die Vorteile des Hausarztvertrags hervorzuheben. ■■

ihres Eisenmangels wegen. „Ich hatte ein schweres Leben, aber ich bin zufrieden“, sagt Frau G. Und dann lobt sie unangefordert ihre Hausarztpraxis: „Das ist

Fortsetzung Seite 38

Fortsetzung

»Das VERAHmobil erleichtert uns die Hausbesuche enorm«

eine sehr gute Praxis“. Vermutlich werde sie noch 100, meint die VERAH schmunzelnd und fügt hinzu: „Zu Ihrer Feier komme ich.“ Frau G. lächelt fein und sagt: „Das wäre nett.“


Vorteile auch im Winter

Alexandra Ormanidou mag ihren Beruf sehr. Als der AOK-Hausarztvertrag 2008 im Südwesten an den Start ging, ließ sie sich zur VERAH ausbilden. „In meinem Beruf kann ich ständig dazulernen, und in der Ausbildung zur VERAH wurden auch einige Lücken geschlossen.“ Sie lobt das menschliche Miteinander, die Kommunikation, die Zuneigung, die sie gebe und von ihren Patienten zurück bekomme. „Hausbesuche in eigener Regie sind eine Herausforderung, ich habe viel mehr allein zu verantworten als in der Praxis“, gesteht Ormanidou. In der Praxis habe sie nicht nur den PC mit allen Patientendaten zur Hand, sondern auch die Ärzte. „Das gibt Sicherheit.“ Um so ange-

nehmer sei es, ein auch in kalten Wintertagen gut gewartetes Auto wie das VERAHmobil fahren zu können.


Seit Juli 2013 rollen die VERAHmobil-Fahrzeuge mit den Logos der drei Vertragspartner MEDI, AOK und Hausärzteverband durch Baden-Württemberg. Vor allem im ländlichen Raum erleichtern die kleinen, hellblauen Flitzer den Praxisalltag der Ärzte und VERAHs. Doch auch die Praxen in den Städten nutzen die Mobilität zur Verbesserung ihrer Arbeit. „Unsere beiden Assistenzärzte kommen oft mit dem Fahrrad zur Arbeit. Die sind froh, wenn sie bei einem plötzlichen Hausbesuch das warme Auto aus der Tiefgarage holen können“, lacht Alexandra Ormanidou.

Neue Farbe, bewährte Beschriftung

Nur Hausärzte, die am AOK-Hausarztvertrag teilnehmen und eine VERAH beschäftigen, können das VERAHmobil zu den attraktiven Sonderkonditionen leasen. 245 VW-Fahrzeuge wurden bisher in Baden-Württemberg bestellt, davon wurden 158 bis zum Redaktionsschluss ausgeliefert. Die Pkw werden mit Ganzjahresreifen angeboten. Aus versicherungstechnischen Gründen sind also keine Winterreifen erforderlich. Viele Ärzte, gerade in ländlichen Regionen wie dem Hochschwarzwald, haben ihr VERAHmobil trotzdem mit doppelter Bereifung bestellt, um wettertechnisch auf der sicheren Seite zu sein. Einheitlich ist die Optik und die Beschriftung der Fahrzeuge. Doch künftig werden die Autos eine andere Farbe haben: Statt „light blue“ wird es „light silver“ sein. VW hat den Blauton weltweit aus dem Programm genommen, da er als Modefarbe gilt. In den nächsten vier Jahren möchten die Vertragspartner über 1.000 VERAHmobil-Fahrzeuge auf die Straße bringen. 

Brigitte Jähnigen/ Angelina Schütz

Die Vorteile auf einen Blick

- Attraktives Leasing: Für nur 99,06 Euro Eigenanteil im Monat wird Ihre Praxis mobil.
- Das VERAHmobil eignet sich hervorragend für Hausbesuche: Es ist klein und wendig, verbraucht wenig Kraftstoff und ist mit einem Sicherheitskonzept ausgestattet, das von Euro NCAP mit fünf Sternen ausgezeichnet wurde.
- Kasko und Haftpflichtschutz sind im Leasing-Angebot enthalten.
- Ein Navigationssystem zeigt den Weg schnell und bequem zu Ihren Patienten.
- Das VERAHmobil ist mit einer Ganzjahresbereifung ausgestattet. 

→ Alle Informationen rund um das VERAHmobil finden Hausarztpraxen auch unter www.verahmobil.de