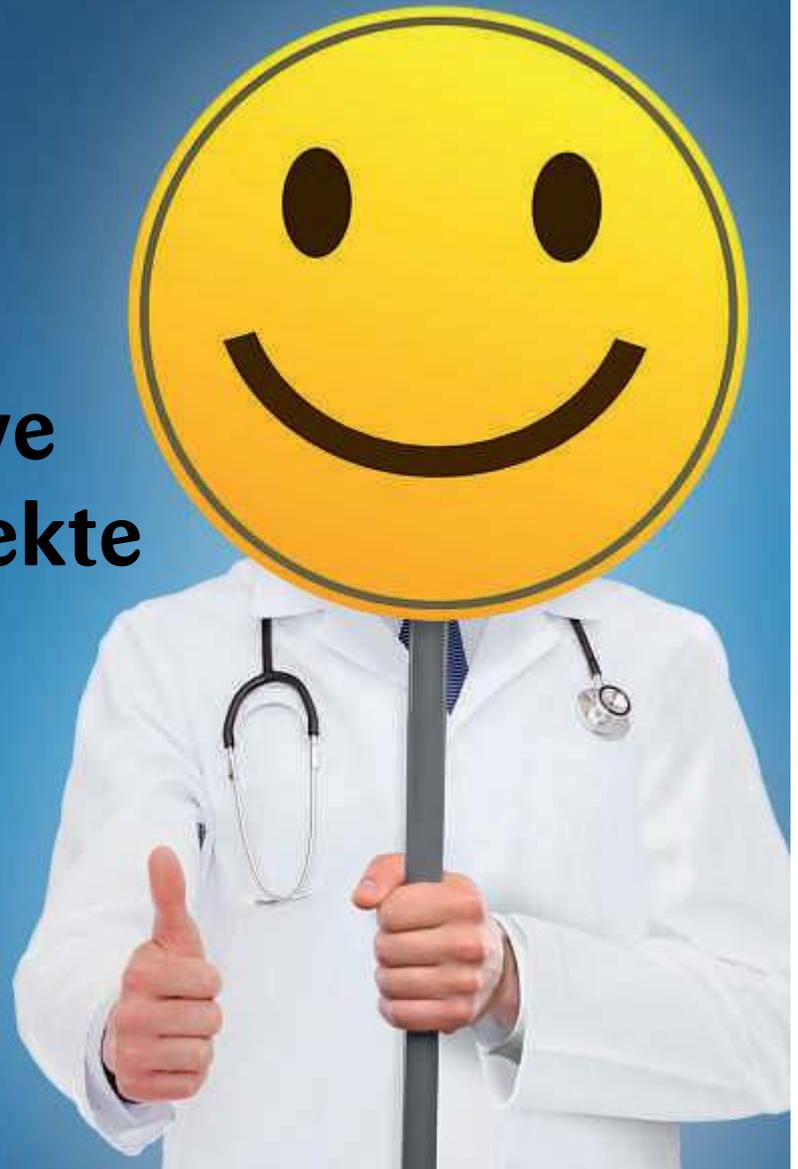


Evaluation bestätigt positive Versorgungseffekte der HZV



Der Arzt als Stalkingopfer

Studien zeigen: Ärzte und Therapeuten werden öfter belästigt oder bedroht als Menschen in anderen Berufen. Die **MEDITIMES** sprach mit einem betroffenen Arzt und erklärt, wo man Hilfe findet.

Das EFA-Konzept wächst

Die Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis (EFA) ist für MEDI Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, eine große Hilfe. Nach der Gastro-, Kardio- und Neuro-EFA entsteht nun das Curriculum für die Ortho-EFA.

MEDI GENO startet bei ASV durch

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wird als neue Säule der Versorgung aufgebaut. Mit einem attraktiven Dienstleistungspaket möchte MEDI GENO Facharztpraxen unterstützen.

Die HZV bewegt den »Tanker Gesundheitswesen«

Liebe Leserin, lieber Leser,

ich werde immer wieder gefragt, wozu wir eigentlich den hohen Aufwand betreiben und unsere Hausarzt- und Facharztverträge von Wissenschaftlern evaluieren lassen. Es stimmt schon, der Aufwand ist hoch – aber notwendig. Denn wir müssen unsere Entwicklungen und Erfolge unbedingt transparent machen. Die Widerstände einiger Krankenkassen und ärztlicher Körperschaften sind nach wie vor ungebrochen und das Ringen um bessere gesetzliche Rahmenbedingungen für Selektivverträge kein Selbstläufer bei den politisch Verantwortlichen. Also gilt für uns das Prinzip „tue Gutes und sprich darüber“.

Ich bin unseren Vertragspartnern sehr dankbar dafür, dass wir diesen Weg konsequent gehen. Die Evaluation der HZV in Baden-Württemberg zeigt: Sie wird gelebt, kommt bei allen Beteiligten gut an und im Gegensatz zur Regelversorgung können wir ihren Erfolg wissenschaftlich belegen. Mit Ferdinand Gerlach von der Universität Frankfurt und Joachim Szecsenyi von der Universität Heidelberg haben wir ein exzellentes Professoren-Duo gefunden, das uns hervorragend begleitet und die Ergebnisse entsprechend präsentiert. Professor Gerlach sprach vor der Berliner Presse sogar davon, dass die HZV den „Tanker Gesundheitswesen bewegt“. Wer sonst kann das schon von sich behaupten?

Bei der Pressekonferenz hatte ich außerdem zum ersten Mal das Gefühl, dass wir mit dem Thema Hausarzt- und Facharztverträge auch bei den Publikumsmedien angekommen sind. Die Hälfte der Fragen drehte sich um Wartezeiten oder den Ausbau der ambulanten Versorgung im Südwesten mit weiteren Facharztverträgen. Fachübergreifende Zusammenarbeit war hier das Zauberwort. Ohne Hausarztverträge machen Facharztverträge keinen Sinn und ohne Facharztverträge werden Hausarztverträge scheitern. Bei uns gibt es statt Trennungsdiskussionen, wie in der KBV, eine bessere Zusammenarbeit, klare Schnittstellendefinition, beste Qualität und eine hohe Zufriedenheit bei Ärzten, Patienten und MFAs. Die Evaluation hat sich bewährt und Berlin war eine Reise wert!

Es grüßt Sie herzlich Ihr



*Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender*



Werner Baumgärtner mit Christopher Hermann (AOK BW), Ferdinand Gerlach (Uni Frankfurt), Joachim Szecsenyi (Uni Heidelberg) und Berthold Dietsche (HÄV) in Berlin.



TITEL

- 8 HZV bringt »Tanker Gesundheitswesen« auf neuen Kurs
- 11 KVBW: Studie muss bei Gesetzgebung eine Rolle spielen

DIALOG

- 6 MEDIVERRUND AG will bei der ASV mitmischen

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 12 MEDI Kandidaten klopfen Ziele für Kammerwahlen fest
- 14 Kardiavertrag deckt Kosten für Herzmonitoren ab
- 16 HZV jetzt mit PraxMan
- 16 NACHGEFRAGT MIT DR. TORIAS FREUND Die Sicht des Wissenschaftlers
- 18 NACHGEFRAGT MIT DR. ZILM LAUSCHER-SCHÜLLER Die Sicht der Hausärztin
- 19 NACHGEFRAGT MIT CHRISTINA JACOBS Die Sicht der VFRAP
- 19 NACHGEFRAGT MIT WARMEN GAA Die Sicht der AOK Baden-Württemberg
- 20 Nun können auch Spezialpädagogen ihre Leistungen in der HZV abrechnen
- 22 HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN
Ich habe da ein Problem mit der Abrechnung...

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 24 Gemeinsam für mehr Gripeschutz

FORTBILDUNG WEITERBILDUNG

- 26 MEDI Institut baut EBA-Konzept weiter aus
- 27 MFA AG zum Facharztvertrag § 73b Orthopädie

GESUNDHEITSPOLITIK

- 28 Allianz will KRVVV umkrempeln
- 28 FÜR SIE GELESEN
Sektoren und grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung
- 29 Honorarplus löst keine Versorgungsprobleme
- 30 MENSCHEN BEI WMD – Dr. Siegfried Jedametz

ARZT & RECHT

- 32 Freie Fahrt für Teilgemeinschaftspraxen – Kammer passt Berufsordnung an
- 32 IMPRESSUM
- 34 Statistik ist auch für Ärzte ein Thema
- 36 NACHGEFRAGT MIT JOHANNES GLASER Ich bin immer noch sauer
- 37 ASSI FÜR IVONA RÜTTNER-KRÖBER BEANTWORTET IHRE RECHTSPRAGEN

MEDI INTERN

- 38 NEUE MITARBEITER BEI MIT DR. Jasmin Ritter, Carina Willbold und Oliver Keutel

PRAXISMANAGEMENT

- 40 Wenn der Nadeldrucker rattert...

PRAXISTEAM

- 42 Weihnachtsgeld: Pflicht oder Kür?



„Die Krankenhäuser sind auf Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten angewiesen“, sagt Wolfgang Fechter im Gespräch mit Angelina Schütz.

MEDIVERBUND AG will bei der ASV mitmischen

Seit April gibt es für Patienten, die an einer schweren oder seltenen Erkrankung leiden, ein neues Behandlungsangebot: Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, kurz ASV. Die Therapie übernehmen Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen in Praxen und Krankenhäusern. Ein Konstrukt, das auch für die Stuttgarter Managementgesellschaft attraktiv ist, wie Wolfgang Fechter, Leiter der Vertragsabteilung, im Gespräch mit der **MEDITIMES** erklärt.

MEDITIMES: Die ASV ist im § 116b SGB V geregelt. Für alle, die den Paragraphen nicht so gut kennen wie Sie – was ist bereits in den trockenen Tüchern?

Fechter: Die Bezeichnung „Konstrukt ASV“ trifft die formalen Anforderungen des § 116b an die dritte Säule der Versorgung von

GKV-Versicherten sehr gut. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe, die Richtlinien auszuarbeiten. In der sogenannten Rahmenrichtlinie zur ASV (ASV-RL) werden Begriffsdefinitionen vorgenommen und grundsätzliche Anforderungen an die ASV festgelegt. In deren Anlagen erfolgen dann Konkretisierungen

zu den einzelnen Krankheitsbildern. Derzeit liegen für die seltenen Erkrankungen „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ sowie für die Gruppe der schweren Erkrankungen „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ entsprechende Beschlussfassungen vor. Neben Festlegungen zur Struktur- und Prozessqualität erfolgt im sogenannten Appendix eine abschließende Leistungsbeschreibung zum Behandlungsumfang.

MEDITIMES: Und welche Krankheitsbilder hat der Bundesausschuss noch in Bearbeitung?

Fechter: Aktuell noch das Marfan-Syndrom und gynäkologische Tumore. Nach der weiteren Planung wird sich der G-BA in einem weiteren Schritt mit der pulmonalen Hypertonie und den rheumatologischen Erkrankungen befassen.

MEDITIMES: Welche Praxen können an der ASV teilnehmen?

Fechter: Die Behandlung von ASV-Erkrankungen erfolgt in interdisziplinären Behandlungsteams. Die Teamleitung hat ein Facharzt des Kernteams. Im Kernteam sind je nach Erkrankung Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen tätig, denen die Be-

Krankenhäuser auf Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten angewiesen sind. Entscheidend wird also die regionale Versorgungsstruktur und die Kooperationsfähigkeit bzw. -bereitschaft der niedergelassenen Fachärzte – auch untereinander – sein.

MEDITIMES: Warum ist die ASV für die MEDIVERBUND AG so interessant?

für bestimmte Leistungen erforderlichen Qualifikationsanforderungen bzw. Abrechnungsgenehmigungen der KV und die Zusammenarbeit in einem disziplinären Team aus. Was die sachlichen und organisatorischen Anforderungen angeht, müssen diese „unter einem Dach“ oder durch vertraglich vereinbarte „Leistungskooperationen“ gewährleistet sein. Je nachdem, ob der Facharzt dem Kernteam angehören möchte oder zum Kreis der hinzuzuziehenden Ärzte zählt, ergeben sich aus den krankheitsbezogenen Anlagen der G-BA-Richtlinien weitergehende Voraussetzungen.

MEDITIMES: Und wie packt der Arzt das Thema konkret an?

Fechter: Unabhängig davon, ob ein Facharzt selbst ein ASV-Kernteam bilden möchte oder von der Teamleitung eines Kernteams als hinzuzuziehender Arzt nachgefragt wird, wendet er sich an unsere MEDIVERBUND AG. Dort erhält er alle notwendigen Informationen zu den Regelungen der ASV und kann seine Vorstellungen individuell besprechen. In einer Art Geschäftsplan können wir dann festlegen, wie die ASV gestaltet und unter betriebswirtschaftlichen Aspekten umgesetzt werden könnte. In der Folge können die Vereinbarungen mit den Kooperationspartnern getroffen und die Teilnahme an der ASV beantragt werden.

MEDITIMES: Herr Fechter, vielen Dank für das Gespräch. ■■■

→ Weitere Fragen zur ASV beantwortet Ihnen
Wolfgang Fechter unter
Telefon: 0711 806079-261
oder per E-Mail unter
fechter@medi-verbund.de

Wir schnüren unseren Mitgliedern ein umfassendes Dienstleistungspaket

handlung der jeweiligen Erkrankung aufgrund deren Weiterbildung originär zugeordnet ist. Darüber hinaus erforderliche fachärztliche Leistungen werden durch sogenannte hinzuzuziehende Ärzte der definierten Fachgruppen erbracht.

MEDITIMES: Es heißt, dass niedergelassene Ärzte und Krankenhausmediziner zum ersten Mal zu gleichen Rahmenbedingungen die Behandlung übernehmen. Ist das tatsächlich so?

Fechter: Das wird sich zeigen. Die Richtlinien sind diesbezüglich zwar neutral formuliert, enthalten aber an verschiedenen Stellen Vorgaben, die im ambulanten Bereich nur schwer zu erreichen sind, wie beispielsweise die 24-Stunden-Notfallversorgung. Andererseits dürfte es für die Patienten häufig einfacher sein, die nächstgelegene Facharztpraxis zu erreichen als sich auf den Weg in ein weiter gelegenes Krankenhaus zu machen und sich in der Organisation einer Klinik zurecht zu finden.

MEDITIMES: Aber sind die Kliniken den Arztpraxen nicht von Vorneherein überlegen?

Fechter: Das würde ich so nicht sagen. In vielen Fällen werden zwar stationäre Einrichtungen die abschließende Diagnostik und die ersten Behandlungsmaßnahmen übernehmen. Aber auch für die weitergehenden Behandlungsmaßnahmen gilt der Facharztstatus und der Grundsatz ambulant vor stationär. Das heißt, dass auch

Fechter: Neben der eigentlichen medizinischen Behandlung verlangt die ASV von den beteiligten Ärzten, insbesondere von der Teamleitung, vielfältige organisatorische Aufgaben wie z.B. Teilnahmeberechtigung, das Management interdisziplinärer Aufgaben und die Beachtung vieler formaler Anforderungen. Die dafür erforderliche Kompetenz kann sowohl aus technischer als auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht in vielen Praxen und übrigens auch Krankenhäusern nur schwer aufgebaut werden. Als von Ärzten für Ärzte gegründete Managementgesellschaft möchten wir zusammen mit unseren Kooperationspartnern ein umfassendes Dienstleistungsangebot schaffen, das es Ärzten ermöglicht, sich auf die Behandlung der Patienten zu konzentrieren. Bei der Erstellung der Dienstleistungsangebote und für berufspolitische Bewertungen arbeiten wir mit dem BDI, dem Hartmannbund und dem Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung eng zusammen. So können wir die Interessen der Praxen und Fachgruppen sehr gut bündeln.

MEDITIMES: Angenommen ein MEDI Arzt möchte an der ASV teilzunehmen. Welche Voraussetzungen muss er dafür mitbringen?

Fechter: Grundsätzlich reicht für die Teilnahme an der ASV die Zulassung als Facharzt einschließlich der Erfüllung der



HZV bringt »Tanker Gesundheitswesen« auf neuen Kurs

Weniger Krankenhauseinweisungen, weniger Medikamente und weniger überflüssige Behandlungen. Dafür ist die Betreuung besser und die Terminvergabe zu Fachärzten funktioniert schneller. Die Kernbotschaften der wissenschaftlichen Studie lassen erkennen: Die hausarztzentrierte Versorgung im Südwesten lebt – »und das hervorragend«.

Zu diesem Fazit kam der Vorstandsvorsitzende der Südwest-AOK Dr. Christopher Hermann am 9. September in Berlin. Im Haus der Bundespressekonferenz stellte er die Ergebnisse der HZV-Evaluation zusammen mit MEDI Chef Dr. Werner Baumgärtner, dem Landesvorsitzenden des Hausärzterverbands Dr. Berthold Dietsche und den beiden Professoren Dr. Joachim Szecsenyi und Dr. Ferdinand Gerlach der Öffentlichkeit vor.

Die positiven Trends, die sich bereits

bei der ersten Untersuchung für die Jahre 2008 bis 2010 gezeigt hatten, haben sich bestätigt, erklärten die beiden Wissenschaftler einvernehmlich.

Außerdem belege die Studie der Universitäten Frankfurt/Main und Heidelberg, dass die intensivere Behandlung durch den Hausarzt dazu beiträgt, mehr als 4.500 Krankenhauseinweisungen und 250 Hüftgelenksfrakturen pro Jahr zu vermeiden. Die Vertragspartner sind sich einig: Der Hausarztvertrag ist damit die Umset-

zung par excellence des politischen Willens, eine patientenorientierte Versorgungsgestaltung zu erreichen. Das zeige sich auch bei der viel diskutierten Terminvergabe für Facharztbehandlungen. „Die schnelle Terminvergabe ist in Baden-Württemberg bereits selektivvertraglich umgesetzt und funktioniert bestens“, betonte MEDI Frontmann Baumgärtner. „Einen Termin beim Facharzt gibt es spätestens nach zwei Wochen! Damit sind die Vertragspartner der Politik zuvor gekommen und haben bewiesen, dass es einer bürokratischen gesetzlichen Regulierung nicht bedarf. Im Gegensatz zum Kollektivvertrag kann man das Praxen, die an unseren Verträgen teilnehmen, aber auch zumuten, weil dort jede Leistung und jeder Fall bezahlt wird.“

Chronisch kranke und ältere Menschen profitieren

Die Evaluation bestätigt, dass besonders chronisch kranke und ältere Menschen vom AOK-Hausarztvertrag profitieren. „Die HZV-Ärzte selektieren nicht junge und gesunde Versicherte, sondern betreuen einen überdurchschnittlich hohen Anteil von chronisch Kranken und Älteren in der HZV“, erklärte Szecsenyi. Der ärztliche Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg erinnerte daran, dass die eingeschriebenen Versicherten im Hausarztvertrag im Vergleich zur Regelversorgung kränker und älter sind. „Hier findet keine Rosinenpickerei statt, wie sie zu Beginn befürchtet wurde“, betonte Gerlach, Co-Autor und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Die HZV ist für mehr als 1,25 Millionen Versicherte und über 3.800 Hausärzte im Land fest etabliert und nachweislich akzeptiert. Die Arbeit der mittlerweile über 1.500 arztentlastenden Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) wirkt sich für Ärzte und Patienten gleichermaßen positiv aus. „Die HZV setzt in der ärztlichen Versorgung auf den Teamgedanken und hat den Tanker Gesundheitswesen langsam aber sicher auf einen neuen, vielversprechenden Kurs gebracht“, so Gerlach.



„In der HZV wird der Teamgedanke verstärkt“, so Ferdinand Gerlach.



Joachim Szecsenyi: „Die Ergebnisse sind die Folge einer intensiveren Arzt-Patienten-Beziehung.“

Was im herkömmlichen System kaum existiert, heißt in der Südwest-HZV „wissenschaftlicher Beleg“. Dieser bestätigt für die nunmehr evaluierten Jahre 2011 und 2012 9.000 vermiedene Klinikeinweisungen. „Dieses Ergebnis ist nicht zufällig“, weiß Szecsenyi, „sondern die Folge der viel intensiveren Beziehung zwischen HZV-Arzt und Patient.“

So hätten HZV-Patienten durchschnittlich pro Jahr drei Hausarztkontakte mehr

als die Versicherten in der Regelversorgung, was 15% entspricht. Überflüssige Behandlungen nähmen ebenfalls ab: Im Vergleich zur Regelversorgung gebe es in der HZV 20% weniger unkoordinierte Facharztkontakte und es würden um ein Drittel weniger Medikamente verschrieben.

Die konsequentere Arzneimittelsteuerung wirkte sich aus, sagte Szecsenyi: „Die Pharmatherapiekosten im ambulanten Bereich waren für die HZV-

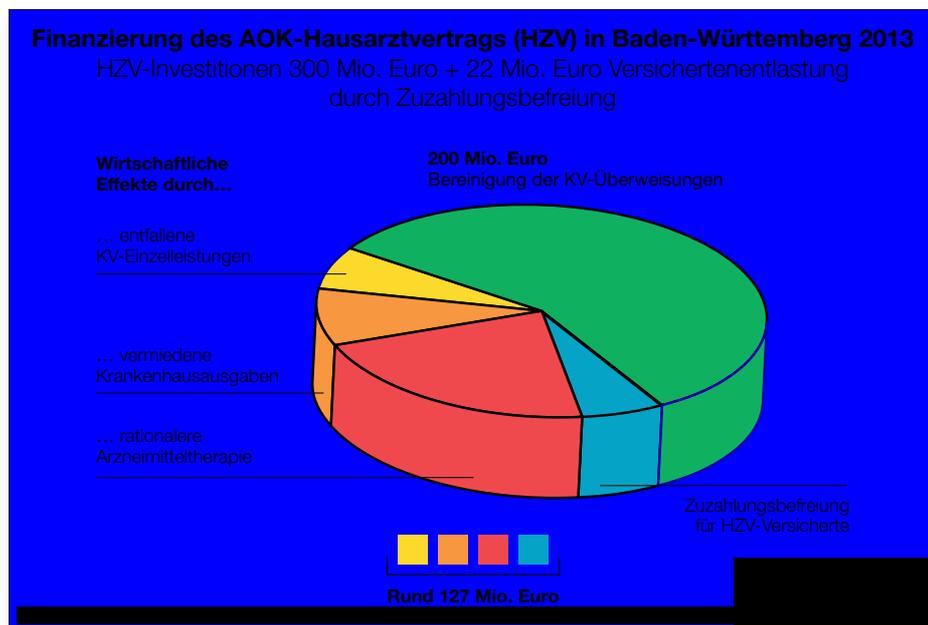
Versicherten pro Jahr und Patient schon ohne Rabattberücksichtigung über 100 Euro geringer als in der Regelversorgung.“ Und Gerlach ergänzte: „Für ältere HZV-Patienten werden in deutlich geringerem Umfang Neuroleptika außerhalb der zugelassenen Indikationen verschrieben als in der Kontrollgruppe. Unsere Untersuchungen ergaben eine relative Risikoreduktion von über 20%.“ Darüber hinaus werden für diese HZV-Patienten auch weniger Sedativa länger als sechs Wochen verschrieben – in Zahlen ausgedrückt spricht der Frankfurter Wissenschaftler von einer relativen Risikoreduktion von 24%.

Patienten, Ärzte und MFAs sind zufriedener

„Eine kontinuierliche, auf eine langfristige Arzt-Patienten-Beziehung angelegte hausärztliche Versorgung der Versicherten wird nachweislich gestärkt“, so Gerlach weiter. „Die Patienten nehmen diese Veränderungen positiv wahr und schätzen es, dass auch die Informationen aus Facharztbehandlungen beim Hausarzt zusammenlaufen.“

Die AOK investierte allein 2013 insgesamt über 300 Millionen Euro in den

Fortsetzung Seite 10





Full House: Die Vertragspartner bei der Pressekonferenz in Berlin.

Fortsetzung

HZV bringt »Tanker Gesundheitswesen« auf neuen Kurs

Hausarztvertrag, „weil wir wissen, dass das unseren Versicherten zugute kommt“, betonte Hermann. Seine Krankenkasse sehe sich damit in ihrem langjährigen Weg um bestmögliche, individuelle Versorgung vollauf bestätigt. „Dass überflüs-

den Hausarzt führe und ihm bessere Perspektiven biete, sagte HÄV-Chef Dietsche: „Die Kolleginnen und Kollegen erfahren Wertschätzung, Berufsbestätigung und eine finanzielle Aufwertung. Das trägt dazu bei, die hausärztliche Profession auch für jüngere Ärzte interessant zu machen.“ Das bestätigte auch Wissenschaftler Szecsenyi: „Hausärzte schätzen den HZV-Vertrag wegen der vereinfachten bürokratischen Strukturen, der besseren Honorierung und haben mehr Planungssicherheit. Sie erleben

brauchen hier eine bundesweit einheitliche Lösung, damit Kolleginnen und Kollegen, die an Hausarzt- und Facharztverträgen teilnehmen, nicht mehr benachteiligt werden können“, forderte Baumgärtner. Hier haben die Vertragspartner der Politik bereits Vorschläge unterbreitet – nun müssten diese aber auch schnellstmöglich umgesetzt werden. „Wenn die Politik dieses Problem nicht löst, werden Selektivverträge außerhalb von Baden-Württemberg keine Zukunft haben, denn die KVen in den anderen Ländern bekämpfen diese Verträge über die Bereinigung“, so der MEDI Vorsitzende.

Vorerst halten die Vertragspartner im Südwesten aber daran fest, die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung weiter auszubauen. Bei der Pressekonferenz in Berlin gab Hermann bekannt, dass seine AOK neue Facharztverträge für Urologen und Rheumatologen nach §73c SGB V ausschreiben werde. ■

Angelina Schütz

→ Weitere Informationen zu den Evaluationsergebnissen finden Sie auf www.neue-versorgung.de

Hohe Qualität und bessere Vernetzung sind hier bereits Wirklichkeit

sige Kosten vermieden und Falschversorgung abgebaut wird, ist das eine. Nicht vergessen sollten wir das andere, nämlich die Neujustierung des Systems. Hier wird der Beweis geliefert, dass bessere Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit – richtig gemacht – zwei Seiten einer Medaille sind.“

Eine wesentliche Grundlage des Erfolgs der HZV sei, dass sie in Baden-Württemberg zu mehr Berufszufriedenheit für

den wegfallenden Aufwand für Praxisverwaltung als Chance, sich Zeit für den Versicherten zu nehmen und erkennen in der HZV eine Vermeidung von Fehlanreizen.“

Baumgärtner: Politik muss Bereinigung lösen

Trotz der vielen positiven Botschaften macht die Bereinigung den Ärzteverbänden und der AOK noch zu schaffen. „Wir

KVBW: Studie muss bei Gesetzgebung eine Rolle spielen

Lob und Anerkennung für die HZV-Evaluation gab es von der KV Baden-Württemberg (KVBW). Sowohl KV-Chef Dr. Norbert Metke als auch sein Stellvertreter Dr. Johannes Fechner sahen darin eine „Steilvorlage analog zu einem guten Fußballspiel“. Die Auswertung der Begleitstudie habe gezeigt, dass in der hausarztzentrierten Versorgung neben der Patienten- und Arztzufriedenheit auch die Versorgungsqualität deutlich gesteigert werden konnte. „Für mich ist das ein Beweis, dass der etablierte pseudoliberaler Patientenzugang in der Kollektivversorgung nicht mehr zeitgemäß ist“, sagte Metke.

Aus Fechners Sicht beweise die Studie

auch, dass eine bessere Patientensteuerung, insbesondere für chronisch und ernsthaft erkrankte Menschen, in der Lage sei, „die medizinische Versorgung auf dem gewohnten Niveau zu halten. Auch wenn wir die demografische Entwicklung unter zunehmender Komplexität in der Medizin berücksichtigen.“

Für Metke war daher klar: „Was sich selektiv bewährt, kann kollektiv nur gut sein.“ An die Adresse der Politik gerichtet forderte er: „Das bedeutet für den Gesetzgeber, dass diese Erkenntnisse für die anstehende Rahmengesetzgebung als Pflichtprogramm in die neuen Strukturen im Kollektivvertrag eingehen müssen.“  as

Teilnehmer an den Selektivverträgen

HZV	
(Hausärzte und Pädiater)	3.850
Gastroenterologie	166
Kardiologie	186
Orthopädie	471
Psychiatrie	113
Neurologie	108
Psychotherapie	423



MEDI Kandidaten klopfen Ziele für Kammerwahlen fest

In den nächsten Wochen wählen Ärzte in Baden-Württemberg ihre Delegierten für die vier Bezirksärztekammern. Die MEDI Kandidaten schließen sich der Initiative »Gemeinsame Zukunft Baden-Württemberg« an. Ihr Ziel ist es, dass die Belange der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wieder mehr Gehör in den Kammern finden.

Die MEDI Ziele auf einen Blick

- Stärkung der Freiberuflichkeit durch Unterstützung der unternehmerischen Funktion der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

- Unterstützung fachübergreifender Vernetzungslösungen im niedergelassenen Bereich – politisch und technisch.

- Mehrheiten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den Vertreterversammlungen der Kammern sollen sich auch in den Vorständen entsprechend abbilden. Die Uneinigkeit der niedergelassenen Gruppierungen zum Vorteil des Marburger Bundes soll beendet werden.

- Weiterbildung von angestellten Ärzten in der niedergelassenen Praxis als Zukunftsaufgabe, da viele Weiterbildungsinhalte von den Kliniken nicht mehr vermittelt werden.

- Das von MEDI erstrittene BGH-Urteil, das der Diskriminierung von Teilgemeinschaftspraxen gegenüber MVZs entgegenwirkt, führt zur Veränderung der Berufsordnung im Südwesten und bundesweit. Das schränkt den Eingriff der Ärztekammer ein. Hier müssen die Niedergelassenen einen entscheidenden Einfluss haben.

- Die GOÄ muss weiterentwickelt werden! Das bisherige Verfahren der Bundesärztekammer dazu ist intransparent. Eine Deckelung wie in der GOZ darf nicht eingeführt werden, die erprobten Steigerungsfaktoren bleiben essenziell. Ein Inflationsausgleich muss implementiert werden. Die Bundesärztekammer soll einer Novellierung nur dann zustimmen, wenn diese Essentials erreicht sind. ■■■

Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon

Hinter der „Gemeinsamen Zukunft“ verbirgt sich ein landesweiter Zusammenschluss von Fachärzten, Hausärzten und Klinikärzten in Weiterbildung. Sie setzen sich für bessere Arbeitsbedingungen im ärztlichen Alltag ein. Service ist in diesem Zusammenhang ein Stichwort, das bei den Kandidaten ganz weit oben auf der Liste mit den Wahlzielen steht. Hier sollen die Kammern künftig mehr für liberale Kooperationsformen tun und die ärztliche Berufsordnung liberalisieren.

Eine andere wichtige Forderung der MEDI Kandidaten betrifft die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. „Dieses Thema ist bisher nur in den Krankenhäusern angesiedelt“, moniert der stellvertretende MEDI Vorsitzende Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon, „wir möchten aber, dass künftig auch unsere Praxen junge Kolleginnen und Kollegen weiterbilden dürfen. Das wäre wichtig für den ärztlichen Nachwuchs in ambulanten Bereich! Dafür sollen die Kammern die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen.“

Anfang Oktober mussten die Wahllisten bei den vier Bezirksärztekammern eingereicht werden. Ab dem 13. November erhalten die Ärzte dann sämtliche Wahlunterlagen mit der Post. Die ausgefüllten Wahlzettel müssen spätestens bis 28. November bei den vier Bezirksärztekammern eingegangen sein. ■■■

Angelina Schütz

Ansprechpartner für Ihre Region



Nordbaden

Dr. Herbert Arthur Zeuner

Praxissitz | Heidelberg

Fachgebiet | HNO / Allergologie

- Vizepräsident Bezirksärztekammer Nordbaden
- Vorsitzender der Ärzteschaft Heidelberg
- Mitglied der Vertreterversammlung der Landesärztekammer BW
- Delegierter zum Deutschen Ärztetag
- Mitglied der Vertreterversammlung der KVBW



Nordwürttemberg

Dr. Klaus Baier

Praxissitz | Sindelfingen

Fachgebiet | Innere Medizin (hausärztlich)

- Mitglied des Erweiterten Vorstands von MEDI BW
- Mitglied der Vertreterversammlung der KVBW und Vorsitzender des Finanzausschusses
- Präsident der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg
- Delegierter zum Deutschen Ärztetag



Südwürttemberg

Dr. Bernd Prieshof

Praxissitz | Ravensburg

Fachgebiet | Gynäkologie

- Mitglied des Erweiterten Vorstands von MEDI BW
- Sprecher der MEDI GbR Ravensburg
- Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer Südwürttemberg



Südbaden

Dr. Michael Deeg

Praxissitz | Freiburg

Fachgebiet | HNO

- Mitglied des Geschäftsführenden und des Erweiterten Vorstands von MEDI BW
- Vorstandsmitglied und Schriftführer der Landesärztekammer BW
- Delegierter der Vertreterversammlung der KVBW
- Landesvorsitzender und Pressesprecher des Deutschen Berufsverbands der HNO-Ärzte

Der Praxismarktplatz –
Praxen erfolgreich
übergeben und
übernehmen

www.medi-verbund-marktplatz.de



In drei Schritten
zur Online-Anzeige

Marktplatz-Newsletter

**Tagesaktuelle Angebote
aus ganz Deutschland**

**Online informieren,
persönlich beraten lassen**

**Seriöse Beratung durch den
MEDIVERBUND und Expertenrat**

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

Kardio-Vertrag deckt Kosten für Herzmonitor ab

Der Facharztvertrag Kardiologie von AOK, Bosch BKK und MEDI im Südwesten ermöglicht als bundesweit einziger Versorgungsvertrag die ambulante Implantation eines Herzmonitors. Die Vertragspartner leisten so einen wichtigen Beitrag zur Schlaganfallprophylaxe für eingeschriebene Patienten.

Mit Hilfe des subkutan implantierten Ereignisrekorders wird der Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen nach einem unklaren Schlaganfall innerhalb von drei Jahren Vorhofflimmern diagnostiziert werden kann, verzehnfacht. Das zeigt die internationale Multicenterstudie CRYSTAL-AF, die im Juni im New England Journal of Medicine publiziert wurde. Sie konnte bei einem Kollektiv von 441 Patienten mit kryptogenem Schlaganfall zeigen, dass bei einem von drei der im 24-Stunden-EKG unauffälligen Schlaganfallpatienten tatsächlich Vorhofflimmern vorliegt (N Engl J Med 2014; 370:2478-86).

Der Nachweis gelang mit Hilfe eines subkutan implantierten Ereignisrekorders, auch Herzmonitor bzw. Loop-Recorder genannt. Dieses etwa USB-stick-große Gerät wird in einem nur wenige Minuten dauernden chirurgischen Eingriff in Lokalanästhesie unter die Haut implantiert. Über zwei Gewebeelektroden wird der Herzrhythmus bis zu drei Jahre lang 24 Stunden am Tag überwacht.

Für die Patientinnen und Patienten ist das hoch relevant: „Wird Vorhofflimmern entdeckt, können mit einer Antikoagulation erneute Schlaganfälle effektiv verhindert werden“, betont MEDI Arzt Dr. Ralph Bosch vom Cardio Centrum in Ludwigsburg. Liegt dagegen ein Vorhofflimmern vor, das nicht entdeckt und behandelt wird, ist die Gefahr eines zweiten, dann oft mit schwerer Behinderung einhergehenden Schlaganfalls, erheblich.

„Der Ereignisrekorder hilft uns herauszufinden, von welcher Behandlung die Patienten am stärksten profitieren“, so



„Ein Ereignisrekorder kann die Ursache eines Schlaganfalls oft aufdecken“, weiß Ralph Bosch.

Bosch. Den Eingriff als solchen beschreibt er als „vergleichsweise minimal“: In einer halben Stunde ist er abgeschlossen. „So lässt sich vermeiden, dass der Patient ins Krankenhaus muss, ohne dass die Qualität der Behandlung darunter leiden würde. Denn der Facharztvertrag schreibt penibel die erforderliche Qualifikation der behandelnden Ärzte sowie die technische Ausstattung der entsprechenden Praxen vor.“

Vorteil gegenüber Regelversorgung

In einer Studie des Berliner IGES-Instituts, die im Juli vorgestellt wurde, wurde auf Basis realer Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgerechnet, dass

in Deutschland durch eine konsequentere Diagnose und Behandlung von Vorhofflimmern im GKV-Bereich pro Jahr mindestens 9.400 Schlaganfälle verhindert werden könnten. Der baden-württembergische Kardiologievertrag deckt, an-

Herzmonitor schneller in die ambulante Versorgung zu bringen. Im Facharztprogramm sind wir einer ganzheitlichen Sichtweise verpflichtet. Unser Fokus liegt immer auf der Gewährleistung höchster Qualitätsstandards.“

sis, der Patienten bei invasiven Herzkathetereingriffen ausgesetzt sind, zu halbieren. Und die Komplikationsrate für perkutane Interventionen bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit ist im Rahmen des Facharztprogramms Kardiologie nur halb so hoch wie in der Regelversorgung.

„Darüber hinaus sind im Kardiologievertrag die Intervalle, zu denen ein Patient beim Arzt vorsprechen muss, entsprechend des Krankheitsbildes festgelegt“, erinnert Ralph Bosch. Bei einer schwer ausgeprägten Herzinsuffizienz geschieht das einmal im Quartal, bei weniger schweren Erkrankungen abgestuft bis zu einmal im Jahr. „Dadurch ist auch gewährleistet, dass der Patient kontinuierlich fachärztlich betreut wird, wenn er sich im kritischen Zustand befindet und im Zusammenspiel zwischen Haus- und Facharzt gut versorgt wird.“ 

eb

Im Facharztprogramm sind wir einer ganzheitlichen Sichtweise verpflichtet

ders als in der GKV-Regelversorgung, die Kosten für die Implantation eines Herzmonitors bei Patientinnen und Patienten mit kryptogenem Schlaganfall ab – und zwar schon seit 2011.

Für MEDI Chef Dr. Werner Baumgärtner ist das kein Zufall: „Versorgungsverträge nach dem Vorbild unseres Kardiologievertrags sind sehr gut dazu geeignet, innovative evidenzbasierte Verfahren wie den

Patienten im Facharztprogramm sind besser versorgt

Dass Herzpatienten und -patientinnen im Facharztvertrag Kardiologie medizinisch besser versorgt sind als in der Regelversorgung hat der im Rahmen der Qualitätssicherung Invasive Kardiologie (QuIK) erstellte Qualitätsbericht 2012 belegt. So gelang es beispielsweise, die Strahlendo-

HZV jetzt mit PraCMan

PraCMan wird „Präkmän“ gesprochen, was lautsprachlich ein wenig an Batman erinnert. Natürlich wurde in der HZV kein Platz für Superhelden geschaffen. In Wirklichkeit geht es darum, dass speziell weitergebildete VERAHs vermeidbare Krankenhauseinweisungen verhindern. Ohne Superkräfte, sondern mit Hilfe von Assessment, Hilfeplanung und Monitoring.

PraCMan ist die Abkürzung für „Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patienten“. Entwickelt wurde es von den allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universitäten in Heidelberg, Frankfurt/Main und Jena. Anschließend wurde es in einer zweijährigen Evaluationsphase mit über 2.000 Patienten getestet. Die Ergebnisse waren so überzeugend, dass PraCMan mittlerweile fester Bestandteil des Hausarztvertrages der AOK Baden-Württemberg geworden ist.

Ziel des Programms ist es, die Versorgung von chronisch kranken Patienten mit Typ-2-Diabetes, COPD oder Herzinsuffizienz durch eine engmaschige Betreuung zu verbessern. Dadurch, so der Plan, sollen vermeidbare Kosten für stationäre Aufenthalte sinken und die Lebensqualität der Patienten steigen. Der Allgemeinmediziner Dr. Tobias Freund hat PraCMan mitentwickelt und die vorbereitende Studie geleitet. Er ist sicher, dass PraCMan gut ankommt. Nicht nur, weil tatsächlich

ein Teil der Krankenhausaufenthalte vermieden werden kann. Die exakten Zahlen werden in Kürze in einem internationalen Journal veröffentlicht.

So profitieren Patienten von PraCMan

Daneben sieht Freund weitere positive Veränderungen. Die Lebensqualität der Patienten steigt mit der kontinuierlichen Betreuung durch die speziell geschulten VERAHs. Sie erfahren im Rahmen des strukturierten Versorgungsmodells die Probleme des Patienten im medizinischen und sozialen Bereich, lernen aber auch die bestehenden Ressourcen von Patienten und Angehörigen kennen. Die vom Patienten genannten Ziele für eine Verbesserung der Versorgung stehen bei PraCMan im Mittelpunkt: Z.B. der Wunsch, möglichst lange selbstständig wohnen zu können und einen stabilen Gesundheitszustand zu erhalten. Wer diese Ziele für zu schlicht hält, der sollte sich vergegenwärtigen, dass das Durchschnittsalter der PraCMan-Teilnehmer bei 72 Jahren liegt. Solche „schlichten“ Ziele können die VERAHs individuell unterstützen. Es ist ein gutes Zeichen für die Akzeptanz des

NACHGEFRAGT BEI

Dr. Tobias Freund

Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg



und war immer so gewünscht, nur war bisher die Umsetzung nicht durchgehend gelungen. Mit PraCMan wird sich das ändern. Die Entscheidung der Krankenkassen für PraCMan ist für mich ein klares politisches Statement, dass die Krankenkassen in den hausärztlichen Sektor investieren. Das finde ich sehr positiv!

MEDITIMES: Wie stellen Sie sich das deutsche Gesundheitssystem in zehn Jahren vor?

Freund: Ich stelle mir Kooperationen in allen Variationen vor. Vor allem von Ärzten und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, etwa eine Zusammenarbeit mit Pflegekräften. Ich denke, dass sehr viel IT-gestützt gearbeitet werden wird. Und ich glaube, dass das Arbeiten als Hausarzt sehr attraktiv sein wird! 🇩🇪

ra | Foto: privat

Die Sicht des Wissenschaftlers

MEDITIMES: Wird sich das Case Management in Deutschland durchsetzen?

Freund: Ja, da bin ich mir sicher. In anderen Ländern wie den USA oder England ist Case Management längst Standard und auch bei uns ist es ein Faktum, dass Hochrisiko-Patienten ein Fallmanagement benötigen. Doch dieses ge-

hört aus meiner Sicht in die Kompetenz hausärztlicher Praxisteams.

MEDITIMES: Und welche Rolle spielt die VERAH dabei?

Freund: Case Management ist die zentrale Aufgabe der VERAH. Das ist bereits bei der VERAH-Schulung so angelegt

Versorgungsmodells, dass während der Evaluationsstudie über 80% der freiwillig teilnehmenden Patienten PraCMan über die gesamte Studienlaufzeit von zwei Jahren treu geblieben sind.

Natürlich wurde während der PraCMan-Studie auch nach Schwachstellen und Problemen gesucht. Freund berichtet, dass die Schnittstellen zwischen Arzt und VERAH bei den beteiligten Praxen unterschiedlich gut funktioniert hätten. Entscheidendes Erfolgskriterium ist für ihn, dass beide Seiten die Bereitschaft zur Teamarbeit besitzen. Dass sich z. B. sowohl VERAH als auch der Praxischef bemühen, Terminabsprachen einzuhalten.

Gut investierte Zeit

Den Zusatzaufwand für PraCMan sieht er dagegen als relativ unproblematisch an. Er erinnert daran, dass nicht PraCMan für zusätzliche Arbeit sorgt. In Wirklichkeit ist es umgekehrt: Den besonders kranken Patienten, die einen zusätzlichen Versorgungsbedarf haben, wird PraCMan ange-

boten. Beachtenswert ist für ihn, dass im Rahmen von PraCMan diese notwendige Arbeitszeit fast komplett von der VERAH geleistet werden kann. „Aus medizinischer Sicht ist bei diesen Menschen ein Case Management gefordert“, sagt er „und das kostet Zeit, die aber gut investiert ist“. Der Aufwand, den die VERAHS in der Studie leisteten, ist überschaubar: 90 Minuten pro Patient und Jahr für das telefonische Monitoring plus maximal eine Stunde für die einmalige Einschreibung im ersten Jahr.

Christina Jacobs, VERAH in Schwetzingen, beschreibt die zusätzlichen Aufgaben so: „Regelmäßige Telefonate, wobei die Patienten aber auch in die Praxis kommen können, im Abstand von bis zu sechs Wochen. Je nach Schwere der Erkrankung können sich die Abstände auch verkürzen. Ich gehe einen vorgefertigten Fragebogen mit den Patienten durch und versuche herauszubekommen, wie es ihnen tatsächlich geht. Ich frage z.B., welche Symptome ein Patient hat, ob er bei einem

anderen Arzt war, ob es in der Zwischenzeit einen Krankenhausaufenthalt gab oder ob er andere Medikamente einnimmt. Es werden auch Schritte und Ziele für die Zukunft festgelegt. Diese werden ganz individuell auf den Patienten abgestimmt. Z.B. dass er weniger rauchen möchte, mehr Sport machen, das Gewicht reduzieren will und so weiter.“

So funktioniert PraCMan in der Praxis

An PraCMan teilnehmen können Praxen, die in den HZV-Vertrag eingeschrieben sind und eine VERAH beschäftigen. Arzt und VERAH besuchen gemeinsam eine PraCMan-Einsteigerschulung, in der auch über Installation und Nutzung der PraCMan-Software informiert wird. Aktuelle Schulungstermine findet man im Internet unter www.hausarzt-bw.de/PraCMan. Zur kontinuierlichen Schulung und Supervision muss die VERAH außerdem jedes

Fortsetzung Seite 18

NACHGEFRAGT BEI

Beate Lauscher-Schüller

Fachärztin für Allgemeinmedizin,
Schwetzingen



Fortsetzung
HZV jetzt mit PraCMan

Die Sicht der Hausärztin

MEDITIMES: Stellt PraCMan zu hohe Anforderungen an die VERAHs?

Lauscher-Schüller: Ein Grund, dass ich an der PraCMan-Studie teilgenommen habe, ist auch eine Aufwertung und Weiterbildung meiner MFA. Sie hat die Ausbildung zur VERAH gemacht, hier konnte sie ihre Fähigkeiten einsetzen und weiter verbessern. Die Anforderungen an eine VERAH sind hoch, aber sie sind richtig und leistbar. Gute MFAs haben so eine Gelegenheit, sich zu profilieren, aus dem Alltagstrott herauszukommen und mehr Freude in ihrem Beruf zu haben.

MEDITIMES: Wie groß war denn der zusätzliche Aufwand?

Lauscher-Schüller: Die Arbeit an der Studie hat meine MFA durch Überstunden leisten können, die ihr bezahlt wurden.

Für die Zukunft wird sicher eine Personalaufstockung notwendig sein.

MEDITIMES: Sie investieren in Ihre Praxis?

Lauscher-Schüller: Ja. Unsere Praxis besteht in der jetzigen Form seit fünf Jahren. Es hat sehr viel Arbeit, Kraft, Nerven und Geld für ein Coaching gekostet, bis aus zwei Teams ein gemeinsames Team wurde. Inzwischen haben wir zwei Lehrlinge übernommen, die uns eine große Unterstützung sind. Und wir bilden weiter aus. Ich hoffe, dass das Team immer erfahrener wird und dadurch auch Valenzen für meine VERAH frei werden. Sie hat übrigens als Praxismanagerin am Entstehen eines guten Teams tatkräftigst mitgewirkt! Und dank des AOK-Hausarztvertrags konnten wir uns das alles auch finanziell leisten! 🇩🇪

ra | Foto: Dirk Grimmingner

→ www.praxisduo-schwetzingen.de

Jahr an zwei speziellen Qualitätszirkeln teilnehmen. Die Praxis übermittelt Prozessdaten der betreuten Patienten an die HÄVG (z.B. Zahl der Monitorings). Dort werden sie pseudonymisiert und an die AOK Baden-Württemberg, das AQUA Institut Göttingen (Qualitätssicherung) und an die Universitätsklinik Heidelberg (Evaluation) weitergegeben.

Die Vergütung für die Betreuung von HZV-Patienten im Rahmen von PraCMan beträgt 80 Euro pro Patient und Quartal. Die Abrechnung erfolgt über die HZV-Vertragssoftware mit der Abrechnungs-

ziffer 56564 für PraCMan. Diese Leistung kann nur für Patienten abgerechnet werden, die die AOK vorgeschlagen hat und die im Rahmen des Informationsbriefes speziell gekennzeichnet an die Praxen übermittelt wurden.

Die Auswahl der für PraCMan geeigneten Patienten geschieht nämlich in Abstimmung zwischen Hausärzten und der AOK: Die Krankenkasse lässt eine speziell entwickelte Software nach Patienten suchen, bei denen eine entsprechende Diagnose gestellt wurde und mit gewisser Wahrscheinlichkeit ein stationärer Kran-

kenhausaufenthalt innerhalb der nächsten 12 Monate eintritt. Die Liste mit diesen Patienten bekommt dann der Hausarzt, der aussucht, wer seiner Einschätzung nach tatsächlich für PraCMan geeignet ist. „Auch zu diesem Vorgehen führten wir verschiedene Studien durch, bis wir das Optimum gefunden hatten“, erklärt Freund. „Die Arbeitszeit der VERAH sollte denen zugutekommen, die am meisten davon profitieren.“ Es folgte die Recherche, bei welchen Risiken der Benefit für Patienten am höchsten wäre. Die Diagnosen standen bald fest. Aber damit war noch nicht entschieden, wie die Patienten gefunden werden sollten: Arzt oder Software – wer trifft die bessere Auswahl?

Die Studienergebnisse zeigten, dass die Kombination beider am besten ist. Der Arzt übersieht manche geeigneten Patienten. Die Software alleine ist dagegen blind für die „weichen Faktoren“, die am Ende über den Erfolg des Versorgungsmodells entscheiden. Sie schließt also auch Menschen ein, die etwa auf Grundlage sprachlicher Barrieren nicht geeignet sind für PraCMan oder die beispielsweise im Sterben liegen und eher eine gute palliativmedizinische Betreuung benötigen. Der Heidelberger Allgemeinmediziner ist mit dem Resultat der Kombination von Krankenkassendaten und Arztentscheidung zufrieden. Auch die teilnehmenden Ärzte nehmen seiner Erfahrung nach diese Art der Fallauswahl gut an.

Beate Lauscher-Schüller hat eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Schwetzingen (www.praxisduo-schwetzingen.de) und macht schon lange bei der HZV mit. Sie hat sich bereits im Vorfeld für PraCMan engagiert, indem sie an der Studie über Hausarztpraxis-basiertes Case Manage-

NACHGEFRAGT BEI

Christina Jacobs

MFA in Schwetzingen



den wir telefonieren. Manche Patienten haben den Hang zu übertreiben und andere wiederum sind mit ihrem Zustand zufrieden, obwohl man die medizinische Versorgung sicherlich verbessern könnte. Erst bei genauerem Nachfragen erfährt man dann, dass der Patient z.B. Schmerzen oder andere Beschwerden hat.

MEDITIMES: Manche Ärzte haben Angst, dass ihre MFAs sich hoch qualifizieren und sich dann neue Arbeitsplätze suchen. Sind Sie auf der Suche?

Jacobs: Nein, ich bleibe meinen Cheffinnen und meinem Team erhalten. 🇩🇪

ra | Foto: Dirk Grimminger

Die Sicht der VERAH

MEDITIMES: Was ist Ihnen persönlich eher leichtgefallen?

Jacobs: Eine enge Beziehung zu den Patienten aufzubauen. Sie waren schnell bereit, mir alles über sich zu erzählen.

MEDITIMES: Und was war schwerer?

Jacobs: Schwer gefallen ist es mir, die Gefühlslage oder den Gesundheitszustand der Patienten auch dann zu erkennen, wenn ich ihnen nicht gegenüber sitze, son-

ment teilnahm. Die Idee von PraCMan fand sie aus mehreren Gründen sehr interessant: Sie berichtet über den intensiven persönlichen Kontakt, der den Patienten gut tut, gerade alten und kranken. „Sie merken, dass uns ihr Wohlergehen am Herzen liegt“, sagt sie. Von dem Case Management erhofft sie sich einerseits eine noch bessere Compliance der Patienten. Andererseits hofft sie, dass negative Veränderungen rechtzeitig erkannt werden können, sodass ein Gegensteuern möglich ist.

Die AOK im Südwesten unterstützt die Idee von PraCMan im Rahmen der HZV, weil sie bewusst auf ein Patientencoaching aus der Hausarztpraxis heraus setzt, wie Carmen Gaa, Mitarbeiterin im Fachbereich Integriertes Leistungsmanagement, auf Anfrage der **MEDITIMES** erklärt. Die AOK stellt sich ausdrücklich gegen den Trend, solche Coachings an externe Dienstleister zu vergeben oder als Krankenkasse selbst zu erbringen. „Damit wird die Gesamtverantwortung der Hausarztpraxis gestärkt, neue Schnittstellen im Gesundheitswesen werden vermieden und die Entwicklung zu einer Teampraxis befördert, wie es auch schon lange vom Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen gefordert wird“, erläutert sie. 🇩🇪

Ruth Auschra

NACHGEFRAGT BEI

Carmen Gaa

Fachbereich Integriertes Leistungsmanagement



Die Sicht der AOK Baden-Württemberg

MEDITIMES: Was erhofft sich die AOK konkret von PraCMan?

Gaa: Wir erhoffen uns

- eine Reduzierung vermeidbarer Krankenhausweisungen
- die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten
- die Stabilisierung des bestehenden Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt

bzw. VERAH und Patient

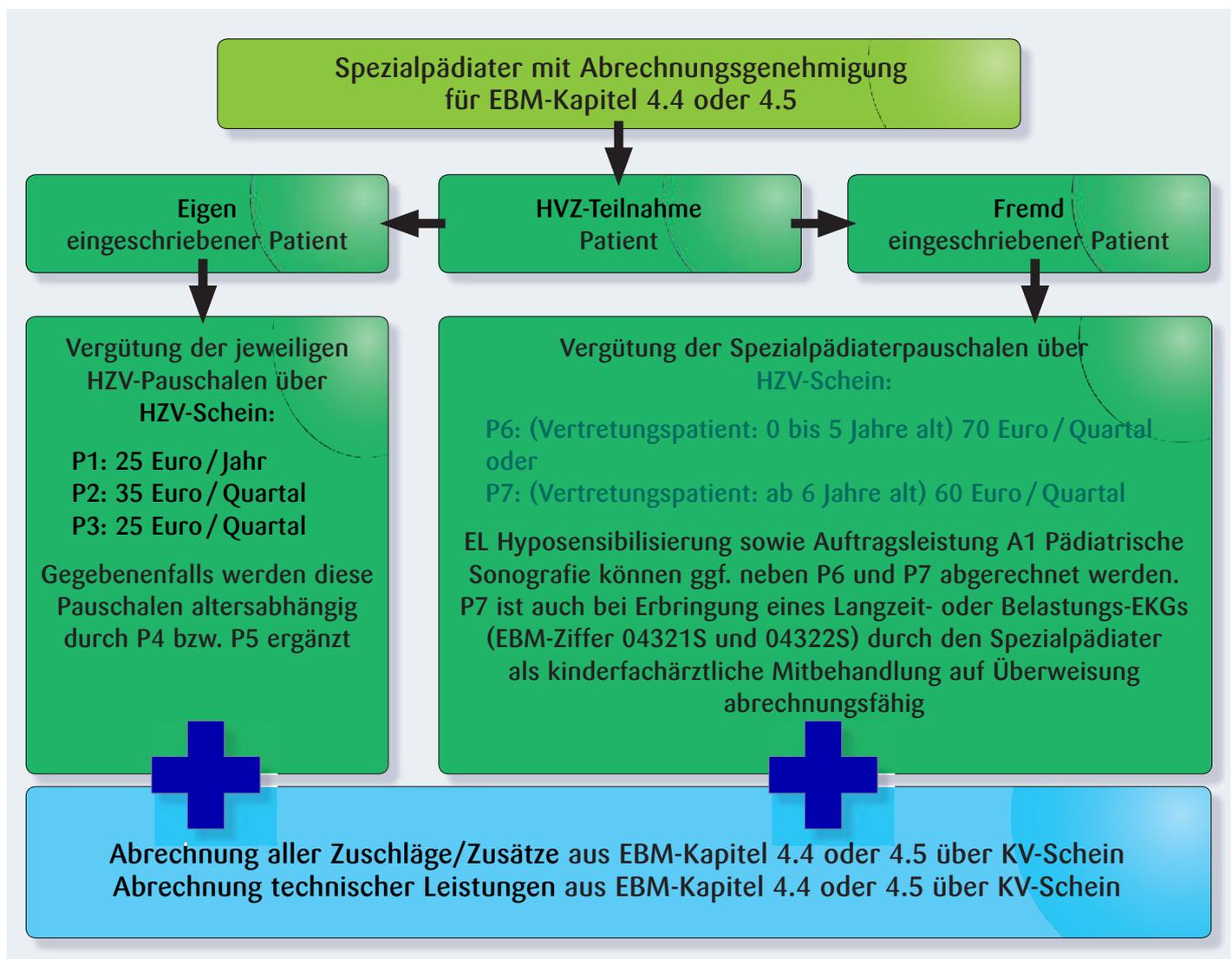
- eine Arzterlastung (Delegation definierter Aufgaben, Checklisten)
- eine Professionalisierung
- die Optimierung der Versorgung
- die Vermeidung teurer stationärer Aufenthalte durch ambulantes Case Management. 🇩🇪

ra | Foto: Majer Digitalfotografie Mühlacker

→ www.hausarzt-bw.de/PraCMan

Nun können auch Spezialpädiater ihre Leistungen in der HZV abrechnen

Seit dem 1. Oktober können auch die Spezialpädiater ihre Leistungen im AOK-Hausarztvertrag abrechnen. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie selbst am Vertrag teilnehmen oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft arbeiten, in der ein anderer Pädiater am Vertrag teilnimmt.



Voraussetzung ist, dass der spezialärztlich tätige Pädiater über eine KV-Abrechnungsgenehmigung für die EBM-Kapitel 4.4 oder 4.5 verfügt. Die Grafik verdeutlicht, wie die vereinbarte Abrechnungslösung funktioniert.

Nimmt der Spezialpädiater am Kinder- und Jugendarztmodul im HZV-Vertrag

selbst teil, rechnet er die P6 und P7 für überwiesene Patienten mittels eines eigenen HZV-Softwaremoduls ab. Nimmt hingegen ausschließlich der BAG-Partner am Vertrag teil, dann übernimmt dieser auch die Abrechnung der beiden Pauschalen.

Mit dieser unbürokratischen Abrechnungslösung wird auch im Kinder- und

Jugendarztmodul die Philosophie der HZV als „lernendes System“ gelebt. Deshalb sind sich die Vertragspartner einig, dass solche nachhaltig guten Anreize für eine leistungsgerechte und qualitativ hochwertige pädiatrische Versorgung in Baden-Württemberg weitere Vertragsteilnehmer anziehen werden. Alexander Bieg

HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN

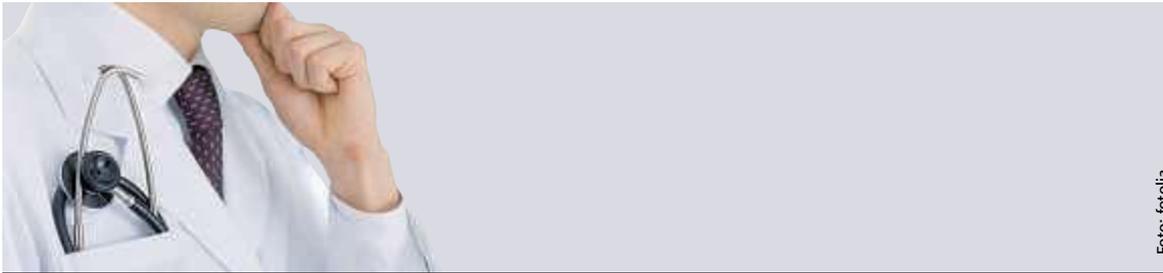


Foto: fotolia

Ich habe da ein Problem mit der Abrechnung...

Bis zu 100 Anfragen erhält die Abrechnungsabteilung der MEDIVERBUND AG in einer Woche. Dazu hat sie im letzten Quartal noch rund 1.000 Papierkorrekturen erfasst! Grund genug für die **MEDITIMES**, in dieser und in der nächsten Ausgabe häufige Fragen zur Abrechnung zu beantworten.

Wo finden wir Antworten auf Abrechnungsfragen?

Auf www.medi-verbund.de finden Sie die vertraglichen Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsregeln als Schreibsachunterlage für alle Facharztverträge. Die Inhalte werden jedes Quartal aktualisiert. So haben auch neu eingelernte MFAs Zugang zu diversen Problemlösungen und weitere Abrechnungsfehler entstehen unter Umständen gar nicht mehr. Das gilt insbesondere für modulübergreifende Abrechnungsregeln der 73c-Verträge (z.B. Gesamtziffernkranz, PNP-Vertrag). Abrechnungsprozesse lassen sich außerdem verbessern, wenn Praxen die Abrechnung regelmäßig zum Thema in ihren Team-sitzungen machen. ■■

Ich nehme an der SANE teil. Wieso wird die Vergütung bei einigen Patienten nachträglich um 15% reduziert?

Patienten können in einer Praxis maximal zwei Quartale in Folge über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung“ (SANE) abgerechnet werden, um die Zeit bis zur Aufnahme des Patienten ins Versichertenverzeichnis zu überbrücken. Widerruft ein Patient seine Teilnahme oder kommt seine Teilnahmeerklärung unvollständig bei der Krankenkasse an, kann es sein, dass dieser Patient nicht regulär am Facharztprogramm teilnimmt. Für Patienten, die nicht zum nächsten oder übernächsten Quartal gültig in den Facharztvertrag eingeschrieben sind, wird die Vergütung im Nachhinein um 15% pro Fall reduziert. ■■

Warum bekomme ich wiederholt Abrechnungsziffern gestrichen oder umgewandelt?

Das passiert häufig, wenn die endstellige und gesicherte Diagnosecodierung gefehlt hat. Sie ist für viele Ziffern erforderlich, wie in der Anlage 12 Anhang 2 ICD-Diagnoseliste dargestellt. In vielen Fällen kann das Problem behoben werden, wenn die Diagnosecodierung als Bedingung in der Praxissoftware programmiert wird. Ist das nicht oder nicht für alle Ziffern möglich, hilft es, eine Liste für die häufigsten Diagnosen in der Praxis zu machen. Dort können auch Hinweise zur Abrechnung von Zusatzpauschalen und Beratungszuschlägen stehen. ■■

Alle Ärzte unserer BAG nehmen an Facharztverträgen teil. Warum konnten wir die P1 nicht mehrfach abrechnen, obwohl die Patienten von verschiedenen Ärzten behandelt wurden?

Das Haus- und Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg enthält den Grundsatz der gemeinsamen bzw. koordinierten Behandlung von Versicherten. Deshalb ist in den 73c-Verträgen die parallele Abrechnung von Grundpauschalen aus unterschiedlichen Facharztverträgen am gleichen Tag für denselben Patienten ausgeschlossen. ■■

Wir beantworten gerne Ihre Fragen

Verena Mörk / Wolfgang Fechter / Thomas Rademacher



Gemeinsam für mehr Gripeschutz

Was sich als Erfolgsmodell im vergangenen Jahr etabliert hat, wird fortgesetzt: MEDI Südwest und der Landesverband Mitte der Betriebskrankenkassen (BKK) haben zum zweiten Mal hintereinander einen Grippeimpfvertrag abgeschlossen, dem sich auch die IKK wieder anschließen wird. Davon profitieren Ärzte und Patienten gleichermaßen.

Die Vertragsarbeitsgemeinschaft Rheinland-Pfalz hat sich für die beteiligten Betriebskrankenkassen gemeinsam mit MEDI und anderen Ärztenetzen in Rheinland-Pfalz auf diese Leistung für ihre Versicherten geeinigt. Die positiven Erfahrungen der letzten Impfsaison sind Dr. Ralf Schneider, Vorstandsvorsitzender von MEDI Südwest, noch in guter Erinnerung. „Wir sind sehr froh darüber, dass wir Ärzte wieder die Möglichkeit haben, auch Patienten außerhalb der Risikogruppen zu impfen“, freut sich der MEDI Landes-Chef. Er rät generell zur Grippeimpfung und beklagt die große Impfmüdigkeit in Rheinland-Pfalz. So belegte das Bundesland bei der letzten Erhebung des Robert-Koch-Institutes (RKI) für die Saison 2007/2008 bundesweit den letzten Platz! Laut RKI waren weniger als 40% der über 60-Jährigen gegen Influenza geimpft. Diese Personengruppe zählt immerhin zu den Risikogruppen, für die eine Grippeimpfung kostenlos ist. In den ostdeutschen Bundesländern Sachsen, Brandenburg und Thüringen lag die Quote dagegen bei über 70%.

Impfkampagne 2009 war »ein Desaster«

Die Gründe für die mangelnde Impfbereitschaft sieht Schneider unter anderem in der Impfkampagne 2009 gegen die Schweinegrippe. Damals horteten die

Länder große Mengen an Impfdosen und blieben darauf sitzen, da die Bereitschaft der Bevölkerung wegen der Querelen im Umfeld katastrophal war. „Das war ein Desaster“, erinnert sich der Allgemeinmediziner aus Alzey. Da es auch im vergangenen Jahr keine Influenzawelle gegeben habe, würden immer weniger Patienten einsehen, warum sie sich vorsorglich impfen lassen sollen. Die Folge sei, dass bei einer nur gering durchgeimpften Bevölkerung jederzeit wieder eine große Grippewelle drohe.

Mit dem Grippeimpfvertrag zwischen BKK und MEDI Südwest haben nun die Versicherten von etwa 74 Betriebskrankenkassen im Land die Möglichkeit, sich in der Impfsaison 2014/15, die bis zum 31. März 2015 dauert, wieder gegen Influenza impfen zu lassen. Die Kosten für Honorar und Impfstoff übernehmen die Mitgliedschaften der Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG) Rheinland-Pfalz für all ihre Versicherten. Das gilt auch für Menschen, die nicht zu den Risikogruppen zählen, für die der Gemeinsame Bundesausschuss auf Basis der Impfeempfehlungen des Robert-Koch-Instituts eine Impfung empfiehlt. Das sind Schwangere, Patienten mit chronischen Erkrankungen, Menschen ab 60 Jahren oder Pflegekräfte und medizinisches Personal. „Auch ein Lehrer bekommt die Impfung kostenlos, die Schüler aber nicht“, kritisiert Schneider die Auswahlkriterien.

Einfache Abrechnung und höheres Honorar

Für die Versicherten der Betriebskrankenkassen und die Ärzte bedeutet der Grippeimpfvertrag auch einen deutlich geringeren Aufwand. Die Abrechnung erfolgt nämlich einfach über die Versichertenkarte. Bei anderen Krankenkassen wie beispielsweise der Techniker Krankenkasse könnten sich ebenfalls Patienten, die nicht zu den Risikogruppen zählen, die Kosten für die Grippeimpfung erstatten lassen, sagt Schneider. Die Patienten müssten das ärztliche Honorar aber erst privat vorstrecken und es sich dann von ihrer Kasse erstatten lassen. „Dieser Aufwand senkt natürlich erheblich die Bereitschaft, sich impfen zu lassen“, so seine Erfahrung.

Schneider fordert, dass das Abrech-

nungsverfahren einfacher werden muss. Nur so könne die Impfkzeptanz sowohl bei den Versicherten als auch bei den Ärzten erhöht werden. Für die niedergelassenen Ärzte bringe der Impfvertrag mit den Betriebskrankenkassen ebenfalls einen großen Vorteil. Sie könnten zum einen die Menge der benötigten Impfdosen besser berechnen und seien somit nicht davon bedroht, von den Krankenkassen in Regress genommen zu werden. Zudem könnten die Mediziner ein höheres Honorar Erlösen, wenn der Impfstoff zu den Konditionen von MEDI Südwest eingekauft werde. Statt 7,50 Euro pro Impfung zu üblichen Konditionen, steige das Honorar bei MEDI Ärzten auf 13,20 Euro, rechnet Schneider vor.

In Rheinland-Pfalz sei die Situation wegen der sehr restriktiven Handhabung der Impfeempfehlungen durch die Landes-AOK oftmals sehr schwer für die behandelnden Ärzte, weiß Schneider zu berichten. Viele beschränken sich sogar aus Angst vor Regressen und Problemen mit

Impfstoffen mittlerweile nur noch auf die notwendigsten Impfungen. Die immer mehr zu beobachtende Impfmüdigkeit bei vielen seiner Kollegen sei zwar nachvollziehbar, aber die Patientenversorgung dürfe darunter nicht leiden.

Die Ärzte stecken dabei in der Zwickmühle zwischen optimaler Patientenversorgung und wirtschaftlichen Kalkulationen, berichtet der Geschäftsführer von MEDI Südwest, Axel Motzenbäcker. So würden die Mediziner nämlich jedes Jahr aufs Neue von vielen Anbietern, Herstellern und leider auch Apotheken unter Druck gesetzt, möglichst große Mengen an Impfdosen vorzubestellen. „Wir haben die Ärzte vielfach informiert und aufgefordert nur kleine, bedarfsgerechte Mengen an Grippeimpfungen vorzubestellen, da sonst möglicherweise erneut ein Regress droht, wenn Impfdosen nicht verimpft werden“, so Motzenbäcker. Auch er begrüßt die Vereinbarung mit der BKK als sehr sinnvoll und weist darauf hin, dass der Arzt den Impfstoff für den Sonder-

vertrag auf eigene Rechnung bezieht und diesen zusammen mit der Impfleistung pauschal über eine Sonderziffer abrechnet.

Die Vergütung der Influenza-Impfung inklusive der Kosten für den Impfstoff beträgt pauschal 20 Euro und erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. 

Martin Heuser

→ MEDI Mitglieder in Rheinland-Pfalz können den Impfstoff (Afluria® 0,5ml, CSL Biotherapies, Fertigspritze mit Kanüle und Nadelschutz) über die MEDI Partnerapotheke beziehen: **„Apotheke in der MED“**
Inhaberin Josefine Kros
Wallstr. 3-5
55122 Mainz
 Weitere Informationen zum Thema und die Liste der teilnehmenden Krankenkassen finden die MEDI Mitglieder auf www.medi-suedwest.de





MEDI Institut baut EFA-Konzept weiter aus

Mit EFA ist natürlich die „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“ gemeint. Je nach Facharztgruppe ist die Entwicklung von EFA-Konzepten beim MEDI Institut IFFM unterschiedlich weit. Für die Gastro-EFA wurden schon Kurse durchgeführt und auch in der Neurologie und Kardiologie steht das Konzept.

Zur Erinnerung: EFAs übernehmen innerhalb von Facharztverträgen nach §73c SGB V beispielsweise als Gastro- und als Kardio-EFA delegationsfähige Aufgaben. Etwas anders sieht das Konzept beim PNP-Vertrag aus. Hier können sich die EFAs auf vier häufige Erkrankungen spezialisieren: Demenz, Epilepsie, Multiple Sklerose und Parkinson. Die Fortbildungs-Curricula stehen, sie wurden von den jeweiligen Berufsverbänden in Zusammenarbeit mit dem „Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbände“ (IFFM) erarbeitet. „Mit dem Fortbildungsprodukt EFA geht das IFFM die Problematik zur Entlastung der niedergelassenen Mediziner aktiv und nachhaltig



„EFAs entlasten Fachärzte auch nachhaltig“, betont Markus Klett.

an“, freut sich Dr. Markus Klett, Vorsitzender des IFFM. Der Stuttgarter Allgemeinmediziner ergänzt: „Gerade vor dem Hintergrund des drohenden Ärztemangels müssen solche Qualifikationsmaßnahmen der MFAs der Weg sein.“ Erfreulich, dass dieser Weg von den Praxisangestellten so stark nachgefragt wird! Dementsprechend verschickte die MEDIVERBUND AG ausführliche Infos und Einladungen.

Die Qualifizierungskurse für die Gastro-EFAs umfassen vier Termine, die jeweils von Freitagmittag bis Samstagabend dauern:

- 21./22. November 2014
- 12./13. Dezember 2014
- 16./17. Januar 2015
- 20./21. März 2015

Dank der regen Teilnahme an den ersten Terminen gibt es bereits 20 Gastro-EFAs. In der Neurologie wird noch in diesem Herbst mit dem jeweils ersten Kursteil gestartet:

- 24./25. Oktober 2014: Parkinson 1
- 07./08. November 2014: Epilepsie 1
- 28./29. November 2014 :
Multiple Sklerose 1
- 05./06. Dezember 2014: Demenz 1
- 30./31. Januar 2015: Epilepsie 2
- 13./14. Februar 2015: Demenz 2
- 20./21. Februar 2015: Parkinson 2
- 6./7. März 2015: Multiple Sklerose 2

„Zwischen den Blöcken liegen immer einige Wochen. In dieser Zeit sollen die MFAs den Schritt aus der Theorie in die Praxis machen“, erklärt Alexander Bieg, Projektmanager HZV-Verträge bei der MEDIVERBUND AG. Er unterstützt darüber hinaus auch noch maßgeblich den ärztlichen Vorstand des IFFM. „Es ist wünschenswert, dass der Lernstoff aus dem ersten Kurs im Alltag umgesetzt wird, bevor der nächste Kurs darauf aufbaut“, fügt Bieg hinzu.

Als Dozenten wurden jeweils Ärzte der entsprechenden Fachrichtung gewonnen. Meistens solche, die an den Vertragsverhandlungen mit der AOK Baden-Württemberg beteiligt waren oder am Vertrag teilnehmen, sodass sie

über das nötige Hintergrundwissen aus den Verträgen verfügen. Optimierte Diagnosecodierung und verbesserte Qualitätsanforderungen gehören auch zu den Schulungsinhalten.

So wird der EFA-Zuschlag vergütet

Die Südwest-AOK vergütet im Rahmen des PNP-Facharztvertrages fünf Euro pro Patient und Quartal sowie definierter Krankheitszusatzpauschale. „Natürlich ist die Bezahlung der EFA an die vertraglich vereinbarten Diagnosen gebunden“, erklärt Bieg. Etwas anderes wurde nur bei den Diagnosen Parkinson und Demenz vereinbart. Normalerweise gibt es nur einen EFA-Zuschlag pro Patient. Falls aber Demenz und Parkinson gleichzeitig bestehen, sind beide Diagnose ansetzbar, sodass sich die EFA-Vergütung auf zehn Euro pro Patient und Quartal erhöht. „Das ist ein echter Fortschritt“, freut sich der Projektmanager.

Für die Kardio-EFAs gibt es bisher ein



„Das Curriculum für die Orthopädie-EFA ist schon in Arbeit“, weiß Alexander Bieg.

Grundgerüst, das allerdings noch modifiziert werden muss, damit es einerseits praxistauglich bleibt und andererseits in den Rahmen der 80stündigen-Schulung passt. Kooperationspartner wird die Landesärz-

tekammer Baden-Württemberg sein. Bieg rechnet damit, im Frühjahr starten zu können.

Wegen des erst kürzlich gestarteten Orthopädie-Vertrages existieren für das orthopädische EFA-Curriculum bisher nur erste Schritte. „Am Curriculum wird gearbeitet“, heißt es aus dem IFFM. Biegs Stolz kann die Umsetzungsgeschwindigkeit bei den Curricula nicht mindern – immerhin muss jedes Curriculum sowohl von der AOK als auch von der Landesärztekammer zertifiziert werden. „Der demografische Wandel zeigt uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind“, sagt Bieg und weist darauf hin, dass nicht nur Geschwindigkeit zählt, sondern auch eine einheitlich gute Qualität der Kurse. ■

Ruth Auschro

Allianz will KBV-VV umkrepeln

In der Diskussion um die Teilung der KBV und der KVen in ein hausärztliches und ein fachärztliches Lager hat sich auch die Allianz Deutscher Ärzteverbände zu Wort gemeldet. „Die Blockbildung in der Vertreterversammlung der KBV und in anderen Gremien der Selbstverwaltung muss überwunden werden“, forderte der Allianz-Sprecher und MEDI GENO-Vorstandsvorsitzende Dr. Werner Baumgärtner und fügte hinzu: „Die ambulante Versorgung ist

schließlich auch nicht teilbar und muss im Zusammenwirken von Hausärzten und Fachärzten zum Wohle der Patienten erfolgen.“

Die Allianz sprach sich entschieden dagegen aus, dass sich der Gesetzgeber bei Satzungsänderungen zur hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung künftig einmischte. „Das war und ist originäre Aufgabe der Gremien unserer Körperschaften und würde unsere Selbstverwaltungen

nur schwächen“, so die Verbands-Vorsitzenden. „Allerdings sind die aktuellen Versuche, die Satzung der KBV zu verändern, dringend ergänzungs- und verbesserungswürdig.“

Die Allianz kritisierte auch die Zusammensetzung der Vertreterversammlung der KBV aus hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitgliedern: Dieses Konstrukt habe sich nicht bewährt und sei Teil des aktuellen Problems. Deswegen schlugen die Ärzteverbände einvernehmlich vor, die Vertreterversammlung nur noch aus ehrenamtlichen Mitgliedern zu bilden, die in Direktwahl von allen Niedergelassenen gewählt werden. ■■■ as

FÜR SIE GELESEN

M. Zygmunt, A. Ekkernkamp,
H.-R. Metelmann, H. Klinkmann (Hrsg.)

Sektoren- und grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Risiken und Chancen

Relativ unkommentiert von der Öffentlichkeit wurde die EU-Richtlinie 2011/24/EU zur Patientenmobilität und grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung eingeführt. Diese Richtlinie sieht die Einführung eines allgemeinen Rahmens vor, um die Rechte der Patienten im Hinblick auf ihren Zugang zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und auf die Kostenerstattung dieser Leistungen zu klären; die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung sicherzustellen, die sie in einem anderen Mitgliedstaat der EU in Anspruch nehmen; die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich der Gesundheitsversorgung zu fördern.

Seit der Einführung der EU-Richtlinie haben sich die unterschiedlichsten Modellprojekte in grenznahen Regionen entwickelt. Mediziner und Betriebswissenschaftler stellten diese im Rahmen eines Symposiums vor. Beispiele sind das EurSafety Health-net, das sich mit Krankenhauskeimen in der niederländisch-deutschen Grenzregion befasst. Oder das Netzwerk ScanBalt, zu dem über 2.800 Wirtschaftsunternehmen, 400 Medizingerätehersteller und über 1.000 akademische Institutionen rund um die Ostsee gehören. Auch rechtliche Aspekte werden dargestellt: Wie ist der grenzübergreifende Erstattungsanspruch eigentlich geregelt?

Mit dem Buch soll auch ein Beitrag geleistet werden, die Grundversorgung der Bevölkerung in grenznahen Regionen durch Kooperationen und gemeinsame Projekte zu optimieren. Lesenswert für alle, die sich für die rechtlichen Grundlagen sektoren- und grenzüberschreitender Kooperationen interessieren. ■■■ ra

→ **MWV Medizinisch
Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft**

2013, 146 Seiten, Hardcover
ISBN 978-3-95466-062-
39,95 Euro





Honorarplus löst keine Versorgungsprobleme

800 Millionen Euro mehr Honorarzuwachs soll es für die deutschen Arztpraxen im nächsten Jahr geben. Darauf haben sich KBV und GKV-Spitzenverband geeinigt. Umgerechnet auf die rund 150.000 Praxen bliebe jedoch pro Praxis nur ein Umsatzplus von rund 400 Euro im Monat übrig.

„Damit werden Probleme wie das Praxissterben bei den Hausärzten oder zunehmende Wartezeiten in den Facharztpraxen verschärft“, warnt Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI GENO Deutschland. Er kritisiert außerdem, in welcher Form der GKV-Spitzenverband das Ergebnis der Verhandlungen immer wieder begleitet: „Jedes Jahr werden Öffentlichkeit, Versicherte und Ärzte mit hohen Millionenbeträgen konfrontiert und auf diese Weise für dumm verkauft. Das Jonglieren mit hohen Geldern löst aber nicht die Versorgungsprobleme im ambulanten Bereich, die auch weiter bestehen bleiben“, so Baumgärtner.

„Nach wie vor gibt es in der Kassenmedizin beispielsweise für Hausbesuche, Pflegeheimbesuche, Beratung und Untersuchung, Ultraschall- oder Röntgenuntersuchungen durch Haus- und Fachärzte weder feste noch angemessene Preise. Nach wie vor werden rund 10% der Leistungen im Kollektivvertrag von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt. Gleichzeitig wird unsere Gesellschaft aber älter und kränker und die Behandlungszahlen in unseren Praxen steigen um deutlich mehr als 2%, die jetzt als Umsatzplus vereinbart wurden. Darüber hinaus steigen Personalkosten, Mieten und Kosten für Energie, Technik und Ausstattung. Das alles ist

mit einer 400-Euro-Flatrate im Monat nicht getan!“

Wie die Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg jedoch seit Jahren beweisen, ist eine angemessene und feste Bezahlung der ärztlichen Leistungen durchaus möglich. „Leider fehlt aber den meisten Krankenkassen für solche Verträge die Kompetenz und der Mut“, so der MEDI GENO-Chef.  *Angelina Schütz*



MENSCHEN BEI MEDI

Dr. Siegfried Jedamzik

Vorsitzender MEDI Bayern und GO IN

Die Ämterfülle mancher Menschen wirkt, als wäre der baldige Burnout unausweichlich. Dr. Siegfried Jedamzik z. B. ist bayerischer MEDI Chef, außerdem erster Vorsitzender des Ärztenetzes GO IN, Geschäftsführer der Bayerischen TelemedAllianz und schließlich noch niedergelassener Allgemeinarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Ingolstadt.

Burnoutgefährdet wirkt er allerdings nicht. Eher schon wie ein gut durchorganisierter Manager, der aus dem Stegreif ein Interview geben kann. Eines seiner Lieblingsthemen ist sicherlich die Telemedizin. Entstanden ist die Liebhaberei vor Jahrzehnten aus einer Verärgerung heraus. Jedamzik organisiert schon seit über 30 Jahren den Bereitschaftsdienst in der Region Ingolstadt. Sicher ärgert sich jeder Arzt, wenn er Patienten behandeln muss, von denen ihm sämtliche Vorinformationen fehlen. Diagnosen, Medikamente, Impfstatus – meist ist es Zufall, ob verlässliche Daten vorhanden sind und die resultierende Behandlung entsprechend suboptimal. Für Jedamzik war das der Anlass, über Alternativen nachzudenken.

Resultat war die Entwicklung eines Patientenpasses in seinem Praxisnetz „Gesundheitsorganisation Ingolstadt e.V.“ (GO IN). Bisher wurden etwa 250.000 dieser Pässe ausgegeben, das heißt handschriftlich ausgefüllt. Der GO IN-Vorsitzende klingt fast gerührt, wenn er die Arbeit verdeutlicht, die sich die Kollegen seines Praxisnetzes mit dem Ausfüllen gemacht haben. Nach einem Jahr war Jedamzik allerdings bereits einen Schritt weiter: „Die Daten sind in der Praxissoftware sowieso

vorhanden, es müsste also auch eine elektronische Lösung geben“, überlegte er damals. Das war im Jahr 2001, als der Lipobay-Skandal für Aufruhr sorgte. Die Untersuchung der unerwünschten Wirkungen des Präparates war damals schwer,



Ein Praxisnetz kann keine eigene Lobbyarbeit in Berlin machen



da es kaum Aufzeichnungen darüber gab, welche anderen Medikamente die betroffenen Patienten einnahmen. Von da an versuchte Jedamzik, die Vernetzung im deutschen Gesundheitswesen durch eine Telematikinfrastruktur für alle Beteiligten voranzutreiben.

Telematik-Experte und Netzmanager

Aus dem Engagement entwickelte sich allerdings weit mehr. „Letztlich wurde ich dadurch zum Initiator und Geschäftsführer der TelemedAllianz“, erklärt der Allgemeinmediziner. Die TelemedAllianz ist eine

Kompetenzplattform des bayerischen Staates für telemedizinisches Wissen und Gesundheitstelematik. Hier wird Wissen gebündelt und in Fort- und Weiterbildungskursen weitergegeben. Aktuelle Projekte gibt es auch. Eine neue Anwendung soll beispielsweise Augenärzte in die Lage versetzen, Patienten in Altersheimen zu untersuchen und dabei auf die Daten der Praxissoftware zuzugreifen. Wer Interesse an Informationen zur Telemedizin hat, kann sich auf der Webseite www.telemedallianz.de umschaun; Jedamzik freut sich auch über Rückmeldungen per E-Mail.

Das zweite große Thema neben der Telematik ist für Jedamzik das Praxisnetz GO IN. „Es ist mit rund 500 Mitgliedern das größte bayerische Praxisnetz“, freut er sich. Umso erfreulicher, dass es sich MEDI Bayern angeschlossen hat. Die Gesundheitsorganisation Ingolstadt wird auch in Zukunft ihren Namen behalten und ein eigenständiges Praxisnetz bleiben. Den Zusammenschluss mit MEDI sieht Jedamzik als strategisch absolut sinnvoll an. „Wir erhoffen uns davon eine weitere Professionalisierung“, erklärt er und spart nicht mit Lob für die MEDI Spitze: „Werner Baumgärtner hat viel für die Ärzteschaft getan, vor allem hat MEDI Baden-Württemberg wirklich gute Verträge abgeschlos-

sen“, sagt der GO IN-Vorsitzende neidlos. MEDI verfüge über die Experten, den Verwaltungsapparat, das Fachwissen und die nötigen Kontakte. Für den Ingolstädter heißt das: Über MEDI kann sein Praxisnetz an Verträgen teilnehmen, die ein einzelnes Netz nicht auf die Beine stellen kann. Sein Netz bekommt die Vertragsunterlagen samt Unterstützung kostenlos zur Verfügung gestellt.

Jedamzik sieht weitere Vorteile, die die Zusammenarbeit mit sich bringt: „Ein Praxisnetz kann z.B. keine eigene Lobbyarbeit in Berlin auf die Beine stellen“, gibt er zu und lobt die Nähe von MEDI zur großen



Als „e-Doktor für eine bessere Patientenversorgung“ erhielt Siegfried Jedamzik 2011 den Bayerischen Gesundheitspreis der KV Bayerns und der IKK Classic.

Politik. „Wir können in Bayern mit dem GO IN sehr gut daran arbeiten, die Regionalversorgung zu verbessern, dazu arbeiten wir auch gerne mit Krankenhäusern und Krankenkassen zusammen“, beschreibt er, „aber mehr geht nicht“. Die Power eines Verbundes mit fast 18.000 Mitgliedern, auch die Verwaltungspower der MEDIVERBUND AG – das kann ein einzelnes Netz nicht bieten. „Wir werden hervorragend aus Stuttgart unterstützt“, sagt er denn auch mit Blick auf die anderen bayerischen Praxisnetze. Er würde es wohl gerne sehen, wenn sich weitere Netze im Freistaat MEDI anschließen würden.

Eine Privatbibliothek mit 7.000 Büchern

Ein berufspolitischer Profi, der dann aber doch noch eine ganz andere Seite von sich zeigt. Jedamzik treibt einerseits viel Sport, spielt Tennis und braucht die Bewegung als Ausgleich. Aber auch der geistige Ausgleich beschränkt sich bei ihm nicht auf Diskussionen oder das eine

oder andere Buch. „In meiner Bibliothek stehen gut 7.000 Bücher“, erzählt er, „die mir Gelassenheit und Ruhe vermitteln, um viele Alltagsprobleme zu bewältigen“. Während Verlage süffisant den Trend der Deutschen zum Zweitbuch kommentieren, füllen sich seine Regale mit philosophischen, geschichtlichen und geisteswissenschaftlichen Werken.

Aber auch alles, was mit Innovationen zu tun hat, liest der Allgemeinmediziner gerne. Er hat selbst eine Broschüre veröffentlicht: „Mehr Voltaire, weniger Rousseau“ heißt die Arbeit, die mehr als 20.000 Downloads verzeichnet. „Mich interessiert mehr die rationale Seite der Philosophie“, bekennt er und erinnert dann doch mit einem ersten Lachen an den wohl bekanntesten Satz des österreichischen Wissenschaftsphilosophen Paul Feyerabend: „Anything goes“. Übersetzt heißt das für ihn so viel wie: „Irgendwas geht immer – auch wenn man sich den Kopf dabei blutig schlägt“. Ein Lebensmotto? 

Ruth Auschra

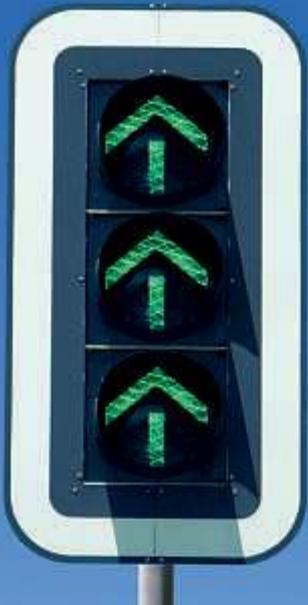


Foto: fotolla

Freie Fahrt für Teilgemeinschaftspraxen – Kammer passt Berufsordnung an

Künftig gibt es kein Verbot der Zusammenarbeit einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft mit Radiologen und anderen Fachärzten mehr. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat dieses aus ihrer Berufsordnung gestrichen – nachdem der Bundesgerichtshof im Sinne von MEDI Baden-Württemberg ein Urteil gefällt hat.

MEDI Chef Dr. Werner Baumgärtner freut sich über die Entscheidung der Landesärztekammer: „Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Schließlich kann es nicht sein, dass Niedergelassene über die Berufsordnung benachteiligt werden, während solche Kooperationen beispielsweise in MVZs möglich sind. Aktuell können wir aber noch nicht beurteilen, ob die Maßnahmen der Landesärztekammer dem Urteil vollständig gerecht werden.“

Zur Erinnerung: Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte im Mai entschieden, dass das in der baden-württembergischen Berufsordnung für Ärzte ausgesprochene pauschale Verbot der Zusammenarbeit

einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft mit Radiologen und anderen, nur auf Überweisung hin tätig werdenden Arztgruppen bzw. solchen, die rein medizinisch-technische Leistungen anbieten, verfassungswidrig ist (die **MEDITIMES** hat in ihrer letzten Ausgabe darüber berichtet).

Der Kammer-Vorstand hat daher der Vertreterversammlung im Juli eine Änderungsatzung vorgelegt, mit der die beanstandete Passage in § 18 aus der Berufsordnung gestrichen wird. Zuvor hatte die Landesärztekammer die beabsichtigte Änderung mit ihrer Aufsichtsbehörde, dem Sozialministerium Baden-Württemberg, abgestimmt. Damit hat der Vorstand zum frühest möglichen Zeitpunkt auf das BGH-Urteil reagiert, was von der Vertreterversammlung begrüßt wurde.

Demnach dürfen künftig, nach Genehmigung der Satzung durch das Sozial-

ministerium und Veröffentlichung im Ärzteblatt Baden-Württemberg, niedergelassene Ärzte auch mit Radiologen und anderen Fachärzten, die reine medizinisch-technische Leistungen erbringen, in Teil-Berufsausübungsgemeinschaft zusammenarbeiten. Beachtet werden muss jedoch auch weiterhin, dass ein Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Berufs zum Erbringen einzelner Leistungen nur dann erfolgen darf, wenn er nicht einer Umgehung des § 31 der Berufsordnung für Ärzte („Unerlaubte Zuweisung“) dient.

Über die Gewinnverteilung innerhalb von Teilberufsausübungsgemeinschaften wird noch das Oberlandesgericht Karlsruhe entscheiden müssen. In dieser Frage erfolgte eine Rücküberweisung vom Bundesgerichtshof an die Vorinstanz. ■

Angelina Schütz

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 Januar 2015.
Anzeigenschluss ist der 15. Nov. 2014.

Stalking ist auch für Ärzte ein Thema

Beim Thema Stalking werden Ärzte nicht nur von Betroffenen um Hilfe gebeten – sie sind auch selbst bevorzugte Opfer von Stalkern. Doch wie geht man damit um und wo gibt es Hilfe?

MEDI Vorstandsmitglied Johannes Glaser, seit über 30 Jahren praktizierender Allgemeinmediziner, hat leider seine ganz eigenen schmerzhaften Erfahrungen mit dem Thema Stalking gemacht. Es ist sicher nicht selbstverständlich, dass er öffentlich darüber berichtet. Wer outet sich schon gerne – zumindest vorübergehend – als hilfloses Opfer? Glaser hat sich dazu entschieden, um Kollegen in einer ähnlichen Situation einen erfolglosen Gang durch die Institutionen zu ersparen.

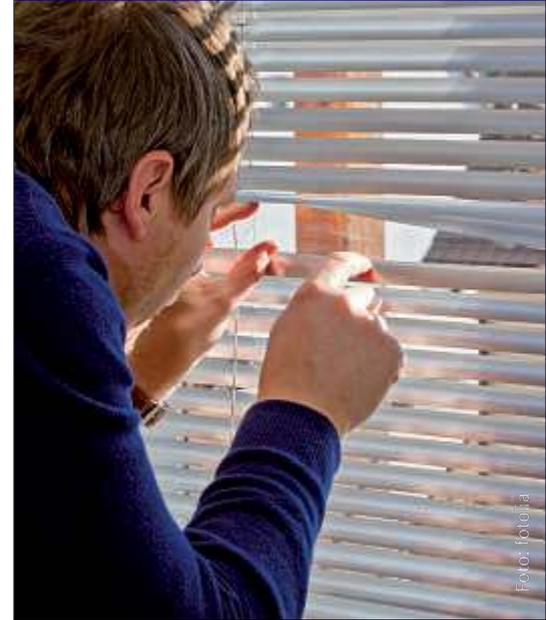
Angefangen hatte alles im Februar 2013, zu Ende ist die Sache immer noch nicht. Deshalb wäre es unvernünftig, mehr Einzelheiten über den ehemaligen psychisch kranken Patienten zu schreiben. Der letzte Kontakt zu ihm ist übrigens Jahre her, die nächtlichen E-Mails dauern an. Es fing mit sehr konkreten Drohungen gegenüber der Arztpraxis an. Dann folgten wiederholte Anrufe in der Praxis und E-Mails, deren Betreffzeilen „Seien Sie vorsichtig“ oder „Jetzt ist mir alles egal“ lauteten. Auch Glasers Frau ist von der Situation betroffen. Wenn der MEDI Arzt über ihren Alltag berichtet, fühlt man sich an Menschen erinnert, in deren Wohnung eingebrochen wurde. Die niederländischen Forscher Kamphuis und Emmelkamp (*1) fanden übrigens heraus, dass Stalkingopfer einem ähnlich hohen psychischen und physischen Stress ausgesetzt sind wie die Überlebenden eines Flugzeugabsturzes. In der Privatwohnung des Ehepaares werden die Rolläden jedenfalls schon früh heruntergelassen und das Auto kommt schnell in die Garage. Die Gedanken an den Stalker sind ständig da.

Noch deutlicher wird bei Glasers Er-

zählungen aber, wie hilflos er sich gegenüber den zermürbenden Bedrohungen und Belästigungen gefühlt hat. Wie wütend es ihn immer noch macht, dass seine Versuche, Unterstützung zu finden, monatelang scheiterten. Er rief zuerst den behandelnden Neurologen und Psychiater an und machte diesen auf die akute Selbst- und Fremdgefährdung des Patienten aufmerksam. Zuständig fühlte er sich nicht, legte sogar mitten im Gespräch auf. Dann wandte sich Glaser an die Polizei, die den alkoholisierten Mann auch tatsächlich in die Psychiatrie brachte. Allerdings wurde er schon am Aufnahmetag wieder entlassen – und machte weiter. Glaser erstattete Anzeige wegen Bedrohung, Belästigung und Beleidigung. Resultat war eine Gefährdetenansprache mit Überbringung der Anzeige. Das heißt, der Mann wurde von der Polizei in seiner Wohnung nachdrücklich ermahnt, nicht mehr zu stören. Aber es ging weiter. Die Polizei schaltete die Staatsanwaltschaft ein, „aber es kam so gut wie keine Reaktion“, erinnert sich Glaser.

Ärzttekammer reagierte lange nicht

Noch schlimmer wiegt für ihn, dass die Bezirksärztekammer Nordbaden (BÄK NB) auf seine Anfragen monatelang nicht reagierte. Der Stalker hatte inzwischen üble Bewertungen bei Jameda verfasst und Glaser wegen angeblicher Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht bei der BÄK NB angezeigt. Völlig unverständlich für Glaser, dass man ihn darüber nicht informierte. Er bekam keine Hilfe, sondern musste in verschiedenen Verfahren selbst Geld für Rechtsanwälte



ausgeben. Von einem Juristen bekam er sogar den Tipp, nicht auf den Rechtsweg zu hoffen, sondern das Gesetz mit Hilfe von Schlägern in die eigene Hand zu nehmen.

Glaser wurde klar, dass die Ärzteschaft keine Anlaufstelle für Stalking und Mobbing besitzt, diese aber unbedingt braucht. Er informierte und sensibilisierte Kollegen, bis die Bezirksärztekammer Nordbaden tatsächlich eine Fortbildungsveranstaltung zu Stalking organisierte. Erst danach bekam er ein Schreiben des Kammerjustizars, der ihm erklärte, wie man klugerweise vorgeht: „Die Strafanzeige ist nicht allein zielführend. Erforderlich ist vielmehr ein Antrag beim Amtsgericht nach dem Gewaltschutzgesetz. Zuständig sind dafür allgemein die Familiengerichte, auch wenn der ‚Belästiger‘ nicht zur Familie gehört. Möglich sind danach ‚Kontaktsperrn‘, ‚Telekommunikationssperren‘ und Verbote, sich an bestimmten Orten aufzuhalten oder sich bestimmten Orten zu nähern. Verstöße gegen gerichtliche Anordnungen stellen eine Straftat dar.“

Die Sicht des Rechtsanwaltes

Viele Stalkingopfer machen ähnliche Erfahrungen und erleben zahlreiche erfolglose Versuche, das Stalking zu beenden, berichtet Rechtsanwalt Geedo Paprotta aus Neumarkt. Einerseits warnt er Stalkingopfer davor, zu spät zum Anwalt zu gehen. Andererseits weiß er, dass oft auch der Gang zum Anwalt nicht weiter-

*1| Kamphuis JH, Emmelkamp PM: Traumatic distress among support-seeking female victims of stalking. Am J Psychiatry. 2001 May;158(5):795-8.

hilft. „In Deutschland haben sich nur wenige Juristen auf dieses Thema spezialisiert“, weiß er, „sodass leider oft untaugliche Ratschläge erteilt werden“.

Da es schwer ist, strafrechtlich gegen Stalker vorzugehen, empfiehlt auch Paprotta den zivilrechtlichen Weg über das Gewaltschutzgesetz mit dem Ziel, eine einstweilige Anordnung mit einem Kontaktverbot zu erzwingen. Zuständig ist das Familiengericht, eine spezialisierte Abteilung des Amtsgerichtes. Man kann auch direkt selbst zum Gericht gehen, ein Anwalt ist nicht vorgeschrieben.

Leider nehmen Familienrichter die Opfer von Stalkern oft nicht besonders ernst. Ihr Ansatz besteht normalerweise im Schlichten und Befrieden von Konflikten zwischen Partnern. Bei einem Stalker ist es dagegen wichtigstes Ziel, dessen Handeln konsequent zu unterbinden. Paprotta weiß, wie Stalker denken und agieren. Er findet es extrem nützlich, wenn ein Stalker sehr deutliche Hinweise darauf erhält, was passiert, wenn er sein Ver-

Was tun?

- Nehmen Sie keinen Kontakt zum Stalker auf.
- Erstaten Sie frühzeitig Anzeige bei der Polizei mit dem Ziel, dass eine Gefährdetenansprache dem Stalker Grenzen aufzeigt.
- Parallel dazu kann man einen Anwalt einschalten. Kostenlose Hilfe, Empfehlungen für Anwälte und eine anwaltliche Erstberatung erhält man beim Weißen Ring (www.weisser-ring.de). Im Internet finden Sie mehrere überregional arbeitende Experten, u.a.

www.rechtsanwalt-paprotta.de oder www.pechstaedt.de

- Notieren Sie möglichst viele Fakten rund um das Stalking, sehr hilfreich sind Zeugenaussagen.
- Unterlagen zur Fortbildung „Stalking“ der Bezirksärztekammer Nordbaden gibt es unter <http://bit.ly/WCoeDj> oder http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/30nb/09fortbildungen/vortraege/140327_stalking/index.html 

ra

halten nicht ändert. Das kann ein „böses Schreiben“ vom Anwalt sein, das idealerweise vom Gerichtsvollzieher zugestellt wird. Wenn das nicht wirkt, kann das Opfer eine einstweilige Verfügung beantragen.

Über diesen Antrag wird vom Gericht

innerhalb von wenigen Tagen beschlossen. Dem Täter kann dann z.B. ein Aufenthalts-, Kontakt- oder Näherungsverbot auferlegt werden. Das heißt, er darf sein Opfer weder persönlich aufsuchen noch Briefe oder E-Mails schreiben und auch

Fortsetzung Seite 36

NACHGEFRAGT BEI

Johannes Glaser

Vorstandsmitglied
MEDI Baden-Württemberg



»Ich bin immer noch sauer«

MEDITIMES: Herr Glaser, die BÄK Nordbaden hat ja eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Ärzte und Stalking“ durchgeführt und der Kammerjurist hat Sie zum Vorgehen bei Stalking beraten. Sind Sie zufrieden mit dieser Unterstützung?

Glaser: Nein, ich bin als Kammerzwangsglied immer noch sauer. Erst auf Antrag der Vertreterversammlung konnte der Vorstand dazu bewegt werden, sich mit dem Thema allgemein zu befassen. Hätte der Kammerjustiziar mir seinen Rat ein paar Monate früher gegeben, wären mir sicher eine Menge Stress und Kosten erspart worden. Und ich bin auch sauer, dass die beratenden Rechtsanwälte außerhalb der Kammer zwar ein Stundenhonorar von 200 Euro berech-

net haben, mich aber nicht auch schon zu Beginn auf den möglichen zivilrechtlichen Weg ohne Rechtsanwalts- und Kostenzwang hingewiesen haben.

MEDITIMES: Was raten Sie betroffenen Kolleginnen und Kollegen?

Glaser: Nicht umsonst gibt es das Gewaltschutzgesetz mit der Möglichkeit, ohne Rechtsanwalt und Kosten selbst zum Familiengericht zu gehen. Dort wird man zunächst sehr gut vom Rechtspfleger beraten, wie man effektiv alleine vorgehen kann. Wenn das nicht reicht, kann man immer noch zum kostenpflichtigen Rechtsanwalt gehen. Dieses Vorgehen entspricht den gesetzlichen Möglichkeiten und auch meiner Empfehlung! 

ra

nicht anrufen. Das Besondere dabei ist, dass der Stalker sich strafbar macht, sobald er dagegen verstößt. In diesem Fall wird er sehr unmittelbar Besuch von der Polizei erhalten. Je nachdem, wie gravierend der Verstoß gegen das Kontaktverbot war, wird er ermahnt bis hin zu einer Ingewahrsamnahme.

Außerdem hat ein Verstoß gerichtliche Konsequenzen: Der Richter wird auf Antrag einen Termin machen und dort gegebenenfalls eine Geldauflage aussprechen. Kann der Täter nicht bezahlen, kann auch der Richter eine Freiheitsentziehende Maßnahme anordnen. Paprotta weist aber auch darauf hin, dass ein Kontaktverbot kein „Schutzschirm“ gegen einen gewalttätigen Psychopathen sein kann.

Gegen einen solchen Täter kann man sich nur schützen, indem man ihm aus dem Weg geht, bis die Justiz ihn hoffentlich aus dem Verkehr zieht. Der Jurist berichtet von Mandanten, die heimlich die Stadt verlassen und ein neues Leben begonnen haben. Und von Opfern, die das nicht getan haben, verletzt und sogar getötet wurden. Zum Glück sind das seltene und extreme Ausnahmen. In der Regel schreckt das Kontaktverbot nach dem Gewaltschutzgesetz den Täter sehr gut ab und schafft zügig Frieden.

Wichtig: Eine gute Dokumentation

„Eine schnelle einstweilige Verfügung lässt sich vom Anwalt aber nur mit der

Fortsetzung

Stalking ist auch für Ärzte ein Thema

Unterstützung des Stalking-Opfers umsetzen“, so Paprotta. Zur Vorbereitung muss möglichst genau aufgeschrieben werden, wie der Stalker wann aufgetreten ist. Wichtig sind die (ungefähre) Uhrzeit, am besten sind Zeugenaussagen. Wenn die Beschreibungen dem Richter logisch und glaubhaft erscheinen, wird er ein Kontaktverbot erteilen. Überbracht wird der schriftliche Beschluss vom Gerichtsvollzieher. Schon diese Situation sorgt Paprottas Erfahrung nach dafür, dass die meisten Stalker sofort aufgeben: Der Gerichtsvollzieher steht in der Tür und übergibt ein Schreiben, in dem bei Zuwiderhandlung ein Bußgeld von bis zu 250.000 Euro oder Zwangsarrest angedroht werden – das sorgt meistens schnell für klare Verhältnisse und ein Ende des Stalkings.

Ärztinnen und Ärzte sind ähnlich häufig wie Rechtsanwälte von Stalking betroffen. Nicht selten werden sie von Patienten gestalkt, noch häufiger, so Paprottas Überzeugung, sind es allerdings Menschen aus dem beruflichen Umfeld. In diesen Fällen ist es schwer, den Kontakt zu vermeiden. Wenn Patienten stalken, kann man immerhin jeden weiteren Termin ablehnen. Beim Versuch, gegen stalkende Patienten vorzugehen, muss der Arzt allerdings das Problem mit der Schweigepflicht berücksichtigen. „Eine schwierige Gratwanderung“, urteilt der Rechtsanwalt. Einerseits ist die Schweigepflicht ein hohes Rechtsgut, andererseits hat der Arzt auch das Recht, sich gegen Stalking zu wehren. Der Anwalt kann keinen Königsweg anbieten, der in jedem Einzelfall passt. Ob eine Verletzung der Schweigepflicht vorliegt oder nicht, ist eine Frage des richterlichen Ermessens. Paprottas Empfehlung lautet: Wenn es weh tut, darf der Arzt juristische Schritte gegen Patienten einleiten. „Unsere Gesellschaft verlangt von Ärzten, dass sie in der Beziehung zum Patienten einiges aushalten“, sagt er, „aber es kann keine grenzenlose Selbstaufopferung gefordert sein.“ 

Ruth Auschra



Ass.jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre
Rechtsfragen

Kann ich mich gegen eine unwahre Arztbewertung im Internet wehren?

Unwahre Aussagen mit ehrverletzendem Charakter sind grundsätzlich verboten und können als Beleidigung, Verleumdung oder üble Nachrede strafrechtlich verfolgt werden. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Ansprüche gegen wen bestehen. Denn die Bewertungen im Internet werden ja in der Regel anonym abgegeben.

Was liegt vor

Zunächst muss man unterscheiden, ob es sich um ein Werturteil oder um eine Tatsachenbehauptung handelt. Die Meinungsäußerung in Form eines Werturteils ist Ausgestaltung der nach Art. 5 GG geschützten Meinungsfreiheit.

Unter **Tatsachenbehauptungen** werden Vorgänge, Begebenheiten und Sachverhalte aus der Gegenwart, Vergangenheit oder Zukunft verstanden. Der bedeutende Unterschied zu Werturteilen besteht darin, dass ihr Inhalt objektiv durch gerichtliche Beweiserhebung auf seine Richtigkeit hin überprüft werden kann. Eine Äußerung wie „das Unternehmen XY hat Insolvenz angemeldet“ ist demnach eine Tatsachenbehauptung.

Dagegen sind **Werturteile** persönliche Einschätzungen, die einer Einteilung nach richtig oder falsch nicht zugänglich sind. Schreibt jemand eine Bewertung wie „das neue Auto der Marke XY ist hässlich“, handelt es sich um ein Werturteil.

So urteilte zuletzt der BGH

Im vorliegenden Fall hatte ein Arzt auf einem Bewertungsportal für Ärzte unwahre Behauptungen über sich gefunden. Er klagte gegen die Betreiberin des Portals und verlangte die Löschung der Bewertung und Auskunft über den Urheber. Der Bundesgerichtshofs (BGH) hat im Juli (Az. VI ZR 345/13) entschieden, dass der Arzt zwar keinen Anspruch gegen die Betreiberin des Portals auf Auskunft darüber hat, wer die Bewertung abgegeben hat. Jedoch konnte er einen Unterlassungsanspruch gegen die Betreiberin erwirken, die Bewertung weiterhin zugänglich zu machen. Das Portal musste die Aussagen gegen den betroffenen Arzt also löschen.

Step by step

Wer unwahre Behauptungen auf Online-Bewertungsportalen entfernen lassen möchte, muss zunächst gegen den Betreiber des Portals vorgehen und von ihm Unterlassung und Löschung der falschen Bewertung verlangen. Da es sich in solchen Fällen, wie bereits oben beschrieben, um eine strafrechtliche Angelegenheit handeln kann, sollte der Betroffene in einem zweiten Schritt Strafanzeige gegen Unbekannt erstatten. ■

NEUE MITARBEITER BEI MEDI

Vertragswesen

Jasmin Ritter ...



... wurde am 13. August 1985 in Stuttgart geboren. Von 2008 bis 2011 absolvierte sie ihr Bachelorstudium an der Universität Hohenheim im Bereich Wirtschaftswissenschaften mit gesundheitsökonomischem Schwerpunkt. 2009 arbeitete sie parallel als studentische Hilfskraft am Lehrstuhl für Ordnungs- und Verbraucherpolitik. Erste Erfahrungen im Gesundheitswesen sammelte sie 2010 bei einem Praktikum am Klinikum Stuttgart im Patientenmanagement.

Im Anschluss an ihr Studium begann Jasmin Ritter an der Universität Hohenheim ein Masterstudium in Health Care and Public Management. Dieses schloss sie im August 2014 erfolgreich ab. Während des Studiums ging Ritter als Stipendiatin der MEDIVERBUND AG sowie des Deutschen Akademischen Austauschdienstes für fünf Monate nach Neuseeland für ein wissenschaftliches Praktikum am Auckland District Health Board. Dort beschäftigte sie sich überwiegend mit der integrierten Versorgung.

Nach ihrer Rückkehr nahm Jasmin Ritter ihre Tätigkeit als Werkstudentin im Vertragswesen bei der MEDIVERBUND AG auf. Seit September 2014 betreut sie dort neue Versorgungsverträge und gemeinsam mit Sylvia Welzenbach auch den PNP-Vertrag. ■

Abrechnungsabteilung

Carina Willbold ...



... wurde am 22. November 1988 in Ulm geboren. Nach dem Abitur begann sie 2008 mit dem Bachelorstudiengang Wirtschaftswissenschaften an der Universität Hohenheim, wo sie den Schwerpunkt Gesundheitsmanagement wählte. Für die Bachelorarbeit wurde sie für ein Stipendium ausgewählt und schrieb an der University of Newcastle in Australien über die gesundheitspolitischen Herausforderungen in den Golf-Kooperationsstaaten.

Nach ihrer Rückkehr studierte Carina Willbold im Masterstudiengang Health Care and Public Management, welchen sie im Herbst dieses Jahres abschloss. Zeitgleich absolvierte sie bei der MEDIVERBUND AG ein siebenmonatiges Praktikum und arbeitete dort bis zu ihrem Abschluss als Werkstudentin. Ihre Masterarbeit schrieb die gebürtige Ulmerin in Kooperation mit der Managementgesellschaft über die 73c-Verträge in Baden-Württemberg und die Unterschiede zur Regelversorgung.

Im Juli 2014 nahm Carina Willbold eine Festanstellung bei der MEDIVERBUND AG an. Dort ist sie für die Abrechnungsprüfung und die Umsetzung der Abrechnungsregeln der 73c-Verträge zuständig. ■

IT-Abteilung

Oliver Keutel ...



... wurde am 28. Januar 1979 in Reutlingen geboren. Nach der Fachhochschulreife studierte er Kommunikationstechnik an der Hochschule Esslingen, wechselte dann aber schnell an die Hochschule Reutlingen, wo er Medien- und Kommunikationsinformatik studierte. In seiner Studienzeit war Keutel als Werkstudent bei einem Finanzdienstleister in Reutlingen tätig und entwickelte dort Webanwendungen für den Finanzsektor.

In der Administration von Netzwerken hat Keutel schon über zehn Jahren Erfahrung: Zu Beginn betreute er selbstständig diverse Übersetzungsbüros im Umkreis von Reutlingen. Nach seinem Studium war der IT-Fachmann in einem Systemhaus für Planung und Aufbau von Netzwerkarchitekturen zuständig. Danach arbeitete er als IT-Consultant für die BEMA Consulting GmbH im Kundenprojekt für die Daimler AG. Seine Aufgaben umfassten dort den Support und die Administration eines Dokumentenmanagementsystems von Daimler. Außerdem entwickelte er dort Software im Umfeld der Office-Automatisierung.

Im Juli 2014 kam Oliver Keutel als Systemadministrator zur MEDIVERBUND AG. Er ist für die interne Administration und die technische Betreuung von Praxen zuständig, die doc.star nutzen. ■

Wenn der Nadeldrucker rattert...

Jeder, der es schon einmal selbst probiert hat, weiß: Es ist schlicht unmöglich zu telefonieren, wenn gleichzeitig der Nadeldrucker rattert. Aber welcher Praxischef stellt sich schon zum Telefonieren persönlich neben den Drucker? Das ist nur ein Beispiel für Verbesserungsmöglichkeiten, die Sonja Stajnko, Leiterin des Service-Centers der MEDIVERBUND AG, in einer Arztpraxis aufgefallen sind.

Ein Allgemeinmediziner war nämlich von der Qualität des Telefon-Services bei der MEDI Geschäftsstelle in Stuttgart so angetan, dass er etwas Ähnliches in seiner Praxis auch haben wollte. Also fragte er Sonja Stajnko, ob sie die Abläufe in seiner Praxis einmal unter die Lupe nehmen könnte. Stajnko nahm die Anfrage gerne an und beobachtete zwei Tage lang das Praxisteam bei der Arbeit, insbesondere beim Telefonieren.

Die gebürtige Kroatianin bietet Dienstleistungen wie Beratungen oder Telefon-Coachings sonst nicht an. Andererseits ist sie Telefon- und Service-Expertin bei MEDI und hat das dortige Service-Center von Grund auf aufgebaut, wo jede der fünf Mitarbeiterinnen täglich zwischen 25 und 50 Anrufe entgegennimmt. Sonja Stajnko hat dafür gesorgt, dass die Atmosphäre im Team gut ist und dass auch die Räumlichkeiten genügend Ruhe zum Telefonieren gewährleisten. Außerdem schult sie die Mitarbeiterinnen und sorgt dafür, dass wichtige Informationen für alle verfügbar sind, sodass die Qualität der Gespräche möglichst gleichmäßig gut ist. Wer übernimmt diese Funktion eigentlich in einer Arztpraxis?

Das richtige Ambiente

Stajnko weiß auch, dass nicht jedes Problem im Rahmen der Telefonqualität durch die Mitarbeiterinnen verursacht wird und

durch ein entsprechendes Coaching zu beheben ist. Womit wir wieder beim Thema Nadeldrucker wären. Bei der Besichtigung der Hausarztpraxis fiel Sonja Stajnko bald auf, dass es zwar einen Extra-Raum zum Telefonieren gab. „Eigentlich wünschenswert“, findet sie. Allerdings standen in diesem Raum auch das Faxgerät und besagter Drucker. „Ein Unding“, so die Telefon-Expertin, „kein Mensch kann gute Telefonate führen, wenn gleichzeitig der Drucker rattert“. In einem Raum zum Telefonieren muss man sich konzentrieren können. Wenn das nicht möglich ist, wird es keine serviceorientierten Gespräche geben, sondern die Mitarbeiterinnen werden nur das Nötigste besprechen und der Informationsaustausch wird möglichst kurz und effizient sein. Das ist eher suboptimal für eine Arztpraxis, die ja eigentlich Wert auf eine andere Art der Außen-darstellung legt – Stichwort Service-Orientierung.

Am Empfang der Praxis waren in Ruhe

geführte Telefonate meist ebenfalls nicht möglich, weil dort Patienten warteten und die Ärzte verschiedene Anliegen hatten. Für Stajnko war es deshalb nicht überraschend, dass viele Anrufer sehr lange in der Warteschleife blieben. „Das darf nicht sein“, erklärte sie dem Team und riet zu organisatorischen Veränderungen. Zuerst wurde der Drucker so umgestellt, dass er ein paar Meter weiter in der Ecke stand und weniger nervte. Dann erklärte Stajnko dem Praxischef, dass er in einer unterbesetzten Praxis keinen perfekten Telefonservice erwarten dürfe: „Wenn alle Ärzte im Haus sind, werden auch mehr Patienten am Empfang stehen als sonst.“ Stajnko rät in solchen Situationen dazu, Aushilfspersonal für Spitzenzeiten einzustellen. Natürlich müssen die Aushilfen gebrieft werden, damit sie Notfälle erkennen oder im Zweifelsfall Kolleginnen einschalten können. Ideal geeignet wären dafür ehemalige Mitarbeiterinnen, die nur noch stundenweise arbeiten möchten.



Headsets sparen Zeit!

Aus Sicht der MEDI Expertin wurden in der Praxis außerdem veraltete Telefongeräte benutzt. Man kann nicht gut telefonieren, wenn man den Hörer unter den Kopf klemmen muss, um die Hände frei zu haben. „Da schreibt man schnell das Wichtigste mit der Hand auf, weil man mit einer Hand nicht tippen kann“, weiß Stajanko. Nach Gesprächsende wird dann nachgearbeitet: Der vereinbarte Termin wird in den Kalender übertragen oder das Rezept ausgefüllt und ausgedruckt. Dadurch verdoppelt sich die Zeit, um das Anliegen des Anrufers abzuarbeiten. Besser findet Stajanko den Einsatz von Headsets. Man hat die Hände beim Telefonieren frei, kann also direkt am Telefon die Tastatur bedienen und Termine eintragen oder Rezepte zum Druck schicken – fertig.

Dadurch sinken Zeitdruck und Stress, sodass die Gespräche fast von selbst entspannter und freundlicher werden. Wer in einer Stresssituation und mit einer



Sonja Stajanko weiß, worauf es beim serviceorientierten Telefonieren ankommt.

Lärmquelle neben sich freundlich sein soll, gerät schnell an seine Grenzen.

Wie sage ich es professionell?

Die Ausdrucksweise der Mitarbeiterinnen ist ein ganz anderes Thema. Es geht nicht immer um Unhöflichkeiten oder echte

Fehler. Aber manche Äußerungen sind in der Arztpraxis einfach nicht ratsam. „Frau Doktor hat heute Nachmittag frei“ oder „ist auf einer Sitzung“ klingt nicht besonders professionell. Man muss auch keinem Patienten Rechenschaft darüber ablegen, warum der Arzt oder die Ärztin nicht anwesend ist. Besser, weil neutral und serviceorientiert, klingt das Angebot, „wir können Ihnen kurzfristig einen Termin für morgen anbieten“.

Gerade die Mitarbeiterinnen, die nicht regelmäßig am Telefon eingesetzt werden, profitieren von einem Coaching oder von Rückmeldungen der Erstkraft. Stajankos Erfahrung nach darf man einfach nicht erwarten, dass jede Mitarbeiterin auch am Telefon in der Lage ist, ihr Anliegen souverän und freundlich überzubringen. Die Kunst ist es wohl, dieses Thema anzusprechen und Unterstützung anzubieten, bevor es zu einem Problem geworden ist. ■■■

Ruth Auschra

Weihnachtsgeld: Pflicht oder Kür?

Bei diesem Thema herrscht in den Arztpraxen immer wieder Unsicherheit: Gibt es beim Abschluss eines Arbeitsvertrages überhaupt einen Anspruch auf Weihnachtsgeld? Oder wie ist die rechtliche Situation wenn ein neuer Arbeitsvertrag zwischen Praxisinhaber und MFA geschlossen wird?

Die **MEDITIMES** befragte dazu die Fachanwältin für Medizinrecht Judith Mußelmann aus der Steuer- und Rechtsanwaltskanzlei Graml & Kollegen. „Grundsätzlich gibt es beim Abschluss eines neuen Arbeitsvertrages keinen Anspruch auf Weihnachtsgeld“, erklärt die Rechtsanwältin und schränkt ein: „Es sei denn, es existiert eine Tarifvertragsbindung und aus dem Tarifvertrag ergibt sich ein Anspruch auf Bezahlung von Weihnachtsgeld.“

Der Arbeitgeber kann also entscheiden, ob er der Medizinischen Fachangestellten ein Weihnachtsgeld bezahlen will oder nicht. Eine Ausnahme wäre es, wenn ein Tarifvertrag Arbeitgeber und Arbeitnehmer an die Zahlung eines Weihnachtsgeldes bindet. Das kann der Fall sein, wenn diese den Tarifvertragsparteien angehören oder der Tarifvertrag als allgemeinverbindlich erklärt worden ist oder im Arbeitsvertrag auf den Tarifvertrag verwiesen wird.

Es existiert zwar ein Tarifvertrag für MFAs. „Dieser ist jedoch nur verbindlich, wenn Arbeitnehmer und Arbeitgeber Mitglieder der Tarifvertragsparteien sind, weil der Tarifvertrag nicht allgemeinverbindlich ist“, so Mußelmann. Tarifvertragsparteien sind für die Ärzteseite die „Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten“ und für die Arbeitnehmer (MFAs) der Verband medizinischer

Fachberufe e.V.. Der Manteltarifvertrag ist auf der Homepage der Bundesärztekammer einsehbar. „Dasselbe gilt für Teilzeitkräfte, Auszubildende und so weiter. Es liegt also in der Regel in der Hand des Arbeitgebers, ob er ein Weihnachtsgeld bezahlt oder nicht“, fasst die Juristin zusammen.

In manchen Praxen gibt es, beispielsweise nach einem Generationenwechsel in der Praxisführung, eine Mischung aus alten Arbeitsverträgen mit und neuen ohne Weihnachtsgeld. Ist das eigentlich zulässig? „Grundsätzlich ist das möglich“, weiß Mußelmann. Sie weist aber darauf hin, dass ein Verstoß gegen den arbeitsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz vorliegen kann, wenn der Arbeitgeber entscheidet, allen Arzthelferinnen ein Weihnachtsgeld zu bezahlen und er nur eine Mitarbeiterin ohne sachlichen Grund von dieser Regelung ausnimmt.

Besonderheiten

Bindend ist, was im Vertrag steht, einseitige Änderungen des Arbeitsvertrages durch den Arbeitgeber sind deshalb normalerweise nicht möglich. Die Rechtsanwältin erklärt allerdings, dass beim Weihnachtsgeld Besonderheiten gelten. Viele Arbeitsverträge enthalten Freiwilligkeits- bzw. Widerrufsvorbehalte, wonach der Arbeitnehmer unter bestimmten Voraus-

setzungen seinen Anspruch auf Zahlung von Weihnachtsgeld verliert, oder das Weihnachtsgeld (anteilig) zurückbezahlen muss. Bei der Formulierung dieser Klauseln muss große Sorgfalt angewandt werden. Bei den sogenannten Freiwilligkeitsvorbehalten muss aus der Vereinbarung für den Arbeitnehmer unmissverständlich hervorgehen, dass die Zahlung nur freiwillig erfolgt und kein Rechtsanspruch für die Zukunft entsteht und dass sich auch aus der wiederholten Zahlung kein Anspruch herleiten lässt.

„Wenn eine entsprechend formulierte, wirksame Klausel im Arbeitsvertrag mit dem Arbeitnehmer vereinbart ist“, so Mußelmann, „dann besteht tatsächlich die Möglichkeit, dass der Arbeitgeber künftig kein Weihnachtsgeld mehr bezahlen muss“. Normalerweise ist aber eine einseitige Änderung des Arbeitsvertrages durch den Arbeitgeber nicht möglich. Wenn er eine einseitige Änderung des Arbeitsvertrages erreichen will, ist hierfür in der Regel eine sogenannte Änderungskündigung erforderlich.

In manchen Praxen wurde jahrelang Weihnachtsgeld gezahlt, ohne dass es dazu irgendeine vertragliche Vereinbarung gab. Darf ein Arzt als Arbeitgeber in so einer Situation das Weihnachtsgeld streichen? „Wenn er über Jahre hinweg Weihnachtsgeld ohne wirksamen Freiwilligkeitsvorbehalt gezahlt hat, hat der Arbeitnehmer auch künftig einen Anspruch darauf“, erklärt die Rechtsanwältin.

Gibt es Situationen, in denen der Arbeitnehmer Weihnachtsgeld erhalten hat und es wieder zurückzahlen muss? Ja, so Mußelmann. Ist z.B. im Arbeitsvertrag vereinbart, dass das Weihnachtsgeld als Belohnung für die Betriebstreue gewährt wird, kann sich der Arbeitgeber vorbehalten, dass das Weihnachtsgeld zurückzahlen ist, wenn der Arbeitnehmer vor einem bestimmten Stichtag kündigt. Auch dieser Punkt muss vertraglich vereinbart worden sein. ■■■

Ruth Auschra