



Dr. Norbert Metke

Unser Kandidat für Baden- Württemberg

■ Individuell

Das MEDI-Projekt «Arztpraxen 2020»
punktet mit regionalen Lösungen

■ Innovativ

MEDI GENO Deutschland steigt
in den Assekuranz-Markt ein

■ Inspirierend

3 MEDI-Praxen zeigen
Generationswechsel

Wir brauchen Koalitionen mit anderen Verbänden

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die bevorstehenden KV-Wahlen sind für uns von größter Bedeutung, auch wenn in Baden-Württemberg viele Niedergelassene inzwischen bessere Einnahmen aus den Selektivverträgen haben. Nach wie vor leben unsere Praxen zum größten Teil von den mehr als vier Milliarden Euro, die im Kollektivvertrag verteilt werden.

Im Gegensatz zur KBV haben wir im Südwesten geordnete Verhältnisse: Unser hausärztlicher und fachärztlicher Vorstand arbeitet zusammen und tritt mit einer Stimme auf. In der Vertreterversammlung gibt es seit sechs Jahren eine Koalition zwischen MEDI, dem Hausärzterverband, der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände und der Freien Liste der Psychotherapeuten. Wir sind für ein geordnetes Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag und möchten mehr Planungssicherheit. Solange es einen HVM geben muss, sollte nicht dauernd umverteilt, sondern die Honorarzuwächse müssen asymmetrisch verteilt werden.

Ich wäre sehr froh, wenn wir auch in anderen Regionen Koalitionen mit großen Verbänden, insbesondere mit dem Hartmannbund, schließen könnten. Das hätte auch positive Auswirkungen auf die KBV, was dringend nötig wäre. Die Verbände müssen

wieder mehr Mitsprache und Verantwortung in den Körperschaften haben, auch der Hausärzterverband. Dazu brauchen wir gemeinsame Eckpunkte auf allen Ebenen.

Die Zukunft der Ärzteschaft liegt im Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag und in besseren Rahmenbedingungen für Haus- und Fachärzte. Wenn wir auch auf Bundesebene ein besseres Miteinander und effektiveres Arbeiten schaffen würden, wäre mir weniger bang um die Zukunft der KBV. Dort muss man die Zusammenarbeit auf allen Ebenen erst wieder lernen und erkennen, dass man politisch nur ernst genommen wird, wenn man mit einer Stimme spricht.

In diesem Sinne bitte ich Sie, uns in unseren Zielen und Projekten zu unterstützen und uns Ihre Stimme zu geben.

Es grüßt Sie herzlich Ihr



*Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender*



**KV-Wahl
2016**



TITELTHEMA

DIALOG

**»Bei uns gibt es keine
internen Querelen«**

6

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

**Auch der Bezirksbeirat
wird gewählt!**

Dr. Christoph Kaltenmaier

10

Mehr Frauen in die Berufspolitik!

Dr. Bärbel Grashoff

12

**Das verdanken Psychotherapeuten
dem MEDI Verbund**

Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf

14

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

16 »Arztpraxen 2020« 32 Projekte sind schon in Arbeit

Um die wohnortnahe ambulante Versorgung zu sichern und die Niederlassung für den ärztlichen Nachwuchs wieder attraktiver zu machen, hat MEDI Baden-Württemberg das Projekt »Arztpraxen 2020« ins Leben gerufen.

18 Diese Vorteile bringt Ihnen ein MVZ

NACHGEFRAGT BEI SILKE ARNEGGER

»Wir suchen nach individuellen Lösungen«

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

20 Minister Gröhe bestätigt Qualität der Selektivverträge

21 Das VERAHmobil rollt weiter

21 Fast 5.500 Versicherte im Vernetzungsprojekt Heilbronn

22 Sinnvolle Antikoagulationstherapie in der Praxis

26 Mehr Honorar im PNP-Vertrag

27 Psychotherapievertrag mit der DAK startet im Frühjahr

27 KURZ NOTIERT Mehr Honorar im PNP-Vertrag

AUS BAYERN

28 Dem »Lagerdenken« ein Ende bereiten

NACHGEFRAGT BEI DR. JOSEF PILZ

»Wir nutzen auch die neuen Medien«

30 »Vielleicht kommen wir nächstes Jahr weiter«

AUS RHEINLAND-PFALZ

32 MEDI Südwest steckt Ziele für Wahlkampf fest

MENSCHEN BEI MEDI

34 Dr. Dieter Baumgärtner -

Facharzt für Allgemeinmedizin, Bietigheim-Buch

37 NEUE MITARBEITER

Catrin Zielke und Simon Pflieger

GESUNDHEITSPOLITIK

- 38 **Das bringen die neuen Gesetze**
 41 FÜR SIE GELESEN **Der Krankenflüsterer**
 42 **Gefördert wird, was allen zugutekommt** **Honorar im PNP-**

ARZT & RECHT

- 46 **Wer nicht zur Fortbildung geht, riskiert seine Zulassung**
 47 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER
 BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN
Was tue ich bei einer Abmahnung wegen unseres Internetauftritts?
Muss ich mich bei einem Notfall im Flugzeug als Arzt zu erkennen geben?

BUSINESS

- 48 **Passgenaue Versicherungen für Mitglieder**
 MEDI GENO Deutschland bietet Praxischefs Policen zu attraktiven Konditionen an und bedient sich dabei beim Know-how der Ärztedienstleistungsgesellschaft (ädg).
 50 **Wirtschaftliche Aktivitäten im MEDI Verbund**
 51 **Praxisbedarf: neue Angebote und neues Sortiment** **PNP-Vertrag**

PRAXISMANAGEMENT

- 52 **Produktneutraler Kompaktkurs zur Wundversorgung**
 56 SERIE: DATENSCHUTZ IN ARZTPRAXEN
Laxer Umgang mit Daten trotz hoher Strafen
 60 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS
 62 **Die Praxis in die Hände der Kinder abgeben**

Ein Generationswechsel in der Praxis bringt immer auch Veränderungen mit sich. Die **MEDITIMES** stellt drei MEDI-Praxen vor, die diesen Schritt erfolgreich gemeistert haben.



IMPRESSUM

Herausgeber:
 MEDI Baden-Württemberg e.V.
 Industriestraße 2, 70565 Stuttgart
 E-Mail: info@medi-verbund.de
 Tel.: 0711 806079-0, Fax: -623
 www.medi-verbund.de

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

Design: Heinz P. Fothén

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
 GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
 Nachdruck nur mit Genehmigung
 des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
 erscheint im April 2016.
 Anzeigenschluss ist
 der 15. Februar 2016.



» Bei uns gibt es keine internen Querelen «

Dr. Norbert Metke kandidiert erneut für das Amt des Vorstandsvorsitzenden der KV Baden-Württemberg. Die MEDI-Delegierten befürworten das. Unter Metkes Führung hat die KV bewiesen, dass der Spagat zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag klappt und dass es im Südwesten keinen Hausarzt-Facharzt-Konflikt gibt.

MEDITIMES: Herr Dr. Metke, vieles, was in Ihrer KV funktioniert, läuft in anderen Bundesländern nicht so gut. Was machen Sie richtig?

Metke: Zuerst einmal: Danke für das Lob! Ich kann nicht so gut einschätzen, wie die Kolleginnen und Kollegen in den anderen KVen vorgehen. Johannes Fechner und ich treten als geschlossenes Team auf und legen großen Wert auf einen engen Kontakt zu den Ärzten und Psychotherapeuten an der Basis.

Damit wir diesen Bezug nicht verlieren, sind wir sehr aktiv, haben jedes Jahr eine große Tour mit vielen Veranstaltungen im Land und sind zu Gast bei vielen Ärzteschaften und Berufsverbänden.

MEDITIMES: Was hilft Ihnen besonders bei Ihrer Arbeit?

Metke: Der regelmäßige Austausch mit unseren Mitgliedern. So erkennen wir, was wir besser machen und worauf wir achten müssen. Das gilt übrigens auch für die Zusammenarbeit mit den Beratenden Fachausschüssen aus Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten sowie den anderen Gremien in der KV. Wir haben eine vertrauensvolle Basis mit den Delegierten der Vertreterversammlung. Sie arbeiten sachorientiert und pragmatisch. Interne Querelen gehören in Baden-Württemberg der Vergangenheit an. Stattdessen haben wir an politischer Schlagkraft gewonnen und können mit klarer Richtung punkten. Wir sind hierzulande auf gleicher Augenhöhe mit den Krankenkassen, anderen Beteiligten im Gesundheitswesen und unserer Aufsicht und achten auf einen vertrauensvollen Umgang mit allen.

MEDITIMES: Sie sind zur letzten KV-Wahl als MEDI-Kandidat angetreten und haben auch während Ihrer Amtszeit Ihre „Wurzeln“ nie vergessen. Warum gelingt das den wenigsten KV-Führungen?

Metke: Man sollte nie vergessen, woher man kommt und welche Wahlversprechen man einzulösen hat. Es gilt, die Spieße gemeinsam nach außen zu richten – in der Politik genauso wie in der Berufspolitik. Aber es ist schon etwas Neues, vom Praxisstuhl auf den Sessel eines KV-Vorstands zu wechseln. Auf einmal haben Sie keine Patienten mehr vor sich, sondern eine riesige Verwaltung aus Spezialisten und müssen sich mit Themen befassen, die sonst weniger zum ärztlichen Alltag gehören, dort aber spürbar sind. Der Grad der Abstraktion nimmt zu, in Berlin viel stärker als hier. Da tut es gut, sich die eigentliche Aufgabe vor Augen zu halten, nämlich die Arbeitsbedingungen der Kolleginnen und Kollegen zu verbessern. Diese Arbeit übe ich leidenschaftlich gerne Tag für Tag aus. Und ich danke allen Ärzten und Psychotherapeuten, die mir das ermöglicht haben!

MEDITIMES: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung macht seit Jahren Negativschlagzeilen. Was müsste sich dort ändern?

Metke: Alles! Die KBV braucht nach den Wahlen im nächsten Jahr einen vollumfänglichen inhaltlichen und personellen Neuanfang. Der Vorstand ist zerissen, es gibt unproduktive Auseinandersetzungen zwischen Haus- und Fachärzten und immer wieder werden Skandale öffentlich. Dadurch stellt sich die KBV selbst zur Disposition, schwächt aber auch die Position der Niedergelassenen und ermöglicht es, dass die Politik zunehmend in Konkurrenz zu uns das subventionierte Krankenhaus in den Mittelpunkt der Versorgung stellt. Sämtliche politische Fragestellungen zur Weiterentwicklung des Systems unter geänderten Rahmenbedingungen bleiben unbeantwortet.

MEDITIMES: Die da wären?

Metke: Themen wie Patientensteuerung, mehr Evidenz, Ablösung der budgetierten Vergütung und Entwicklung neuer Vergütungsformen, mehr Patientenverantwortung und Selbstverwaltung. Die Selektivvertragspartner zeigen uns doch, wie das gehen

kann. Die KBV beschäftigt sich lieber mit eigenen Konflikten statt mit Programmen und Perspektiven für ihre Mitglieder. Das ist das Problem in Berlin. Es reicht!

MEDITIMES: Das Vertrauen der Politik in die KBV sinkt auch immer weiter.

» Die KBV
schwächt die Ärzteschaft «

Metke: Klar, wer kein Angebot hat, wird nicht gebraucht. Der Stellenwert der KBV sinkt, je weniger Rückhalt sie in den eigenen Reihen hat. Das wird von denen, die ein anderes System wollen, ausgenutzt.

MEDITIMES: Die große Koalition setzt im Gesundheitswesen ein Gesetz nach dem anderen um. Dabei dürfte Ihnen das Krankenhausstrukturgesetz die meisten Sorgen bereiten.

Metke: Ja, es reiht sich in eine Serie von Gesetzen ein, die sich gegen die niedergelassenen Ärzte, vor allem die Fachärzte, richtet: Aufkaufregeln für Praxen, Terminservicestellen, Öffnung der Krankenhäuser und der Hochschulambulanzen gegen die Praxen mit gleichzeitiger Bereinigung, ambulant-spezialfachärztliche Versorgung zugunsten des Krankenhauses und so weiter. Das ist für die Basis bitter, denn schließlich sind es die Niedergelassenen, die für die Versorgung maßgeblich verantwortlich sind. Weit über 90 Prozent der Behandlungen finden ambulant statt.

Das Krankenhausstrukturgesetz subventioniert die Krankenhäuser zulasten der Grundversorgung durch Haus- und Fachärzte. Das gefährdet die Praxen. Wer durch ein Gesetz typische Leistungen des Notfalldienstes durch die Krankenhäuser zulasten unserer Honorare höher vergütet, sägt am Ast dessen, was die Menschen in Deutschland möchten: eine individuelle vertrauensvolle Behandlung durch freiberufliche Ärzte und Psychotherapeuten.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

»Bei uns gibt es keine internen Querelen«

MEDITIMES: Da Sie nicht mehr niedergelassen sind, können Sie auf keiner Wahlliste kandidieren. Angenommen, die Mehrheit der Vertreterversammlung wählt Sie erneut zum KV-Chef. Was wären Ihre Ziele?

Metke: Ich würde gerne mit Johannes Fechner weitermachen und unsere bisherige Politik fortsetzen. Wir wollen eine EBM-Reform für die Fachärzte verhindern, die uns erneut Umverteilung statt neuer Mittel bescheren soll. Wir wollen eine Revision des

Hausarzt-EBMs, der von der Chronikerziffer bis zur NäPa-Regelung Hausärzte bestraft, statt sie für ihre Arbeit zu belohnen. Wir haben ein Konzept zur Richtgrößenablösung entwickelt, das künftig die Praxisbesonderheiten besser berücksichtigen wird. Und wir würden uns dafür einsetzen, dass die Niedergelassenen als zentraler und unverzichtbarer Pfeiler der ambulanten Versorgung angesehen werden. Darüber hinaus würden wir uns auch weiter für das Miteinander von Kollektiv- und Selektivverträgen einsetzen.

MEDITIMES: Worauf sind Sie in Ihrer Amtszeit besonders stolz?

Metke: Wir haben die KVBW stabilisiert und wieder für ein vertrauensvolles Verhältnis in der Vertreterversammlung, den Gremien und der Basis gesorgt. Wir haben die Selektivvertragspartner integriert und damit eine Spaltung der Ärzteschaft verhindert. Wir haben für ein deutliches Honorarplus gesorgt und mit der Notfalldienstreform ein Jahrhundertprojekt umgesetzt, für das uns andere KVen beneiden. Die Verwaltungsstrukturen der KVBW wurden reformiert und stabilisiert. Wir haben einen historischen Regress-Tiefstand. Die Richtlinien für die Vertretungs-Assistenten wurden reformiert, und wir haben unseren Service gegenüber den Mitgliedern deutlich ausgebaut.

MEDITIMES: Lässt sich das auch in Zahlen darstellen?

Metke: Klar! Wir hatten über 130.000 Beratungen in Abrechnungsfragen und knapp 50.000 Beratungen bei Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln pro Jahr. Unsere Hotline für Kriseninterventionen und die Hygienemaßnahmen in den Praxen sprechen für sich. Die KVBW ist für ihre Mitglieder da. Das hat auch unsere letzte Mitgliederumfrage bestätigt. In allen wesentlichen Bereichen sind die Werte deutlich besser geworden im Vergleich zu 2010. Ich habe auch auf vielen Veranstaltungen den Eindruck, dass die Mitglieder wieder stolz auf ihre KV sind.

MEDITIMES: Herr Dr. Metke, vielen Dank für das Gespräch und viel Erfolg. 🇩🇪

Das Interview führte Angelina Schütz

4 Wahllisten in Baden- Württemberg

Im Südwesten wird der MEDI Verbund eine eigene Wahlliste mit rund 100 Kandidaten aufstellen, außerdem wird es noch drei weitere Listen von MEDI-Kandidaten geben:

- die „Liste ärztlicher Psychotherapeuten, Psychosomatiker und Psychiater/-innen“ von MEDI-Vize Dr. Michael Ruland
- die „Freie Liste der Psychotherapeuten“ von Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf
- die Liste für ermächtigte Ärztinnen und Ärzte.

Einige MEDI-Vertreter werden zudem auf anderen Listen mitkandidieren.

Anfang Juli erhalten die Niedergelassenen in Baden-Württemberg ihre Wahlunterlagen.

Die Wahlfrist endet am 26. Juli.

Anfang September wird das Wahlergebnis bekanntgegeben. 🇩🇪

as



Foto: fotolia

KV-Wahl 2016

Auch der Bezirksbeirat wird gewählt!

Ebenfalls im Juli findet neben der Wahl zur Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg auch noch die Wahl zum Bezirksbeirat der vier Bezirke Nordbaden, Nordwürttemberg, Südbaden und Südwürttemberg statt.

Der Autor



Dr. Christoph Kaltenmaier ist Allgemeinmediziner im nordbadischen Aglasterhausen und seit 1993 mit eigener Praxis niedergelassen. Er ist Mitglied des erweiterten Vorstands von MEDI Baden-Württemberg, Sprecher des Bezirksbeirats Nordbaden und Mitglied der Vertreterversammlungen der KVBW und der Bezirksärztekammer Nordbaden. Außerdem ist er im Beratenden Fachausschuss Hausärzte der KVBW tätig. Er ist sich sicher, dass die Ärzteschaft in fachübergreifenden Verbänden die besten Perspektiven hat. „Alles andere vertieft nur den Konflikt zwischen Haus- und Fachärzten und forciert die Umverteilung“, sagt er. ■■

Es werden vier Ärzte und ein Psychotherapeut in den Bezirksbeirat gewählt, somit sollten sich also mindestens vier bis fünf MEDI-Mitglieder pro Bezirk zur Wahl stellen. Die Legislaturperiode dauert fünf Jahre. Die Bezirksbeiräte sind die direkten Vertreter der niedergelassenen Ärzte, Psychotherapeuten und ermächtigten Ärzte in der jeweiligen Region und fungieren als Bindeglied zum Vorstand der KV Baden-Württemberg.

Im Bezirksbeirat Nordbaden sind wir derzeit nach alter MEDI-Tradition

- 2 MEDI-Hausärzte
- 2 MEDI-Fachärzte und
- 1 psychologische Psychotherapeutin.

Aufgaben

Wir sind direkte Ansprechpartner für unsere Kolleginnen und Kollegen in der Region. In unseren Sitzungen bearbeiten wir Anfragen, Beschwerden und Wünsche der Ärzte und Psychotherapeuten aus Bereichen wie beispielsweise Abrechnung, Qualitätssicherung oder rechtliche Anliegen.

Als Vorsitzende oder Beisitzer arbeiten wir in den unterschiedlichen Ausschüssen der KV mit, genauer gesagt im Widerspruchs-, Plausibilitäts-, Sicherstellungs-, Zulassungs- und Berufungsausschuss und in der Notfalldienstkommission. Dort sind wir auch in der Öffentlichkeitsarbeit für die KV als Stellvertreter des Vorstands aktiv oder unterstützen den Vorstand bei Gesundheitskonferenzen oder Veranstaltungen mit Politikern, Bürgermeistern und Landräten.

Unsere Tätigkeit als Bezirksbeiräte ist sehr vielfältig, spannend und praxisnah und ermöglicht uns, dass wir die Berufspolitik in der KV aktiv mitgestalten. Deshalb ist es wichtig, dass Sie auch bei diesen Wahlen wieder viele MEDI-Mitglieder in die Bezirksbeiräte wählen, um unsere bisherige erfolgreiche Arbeit und das Tandem von MEDI und HÄV in der KVBW fortzusetzen. ■■

Dr. Christoph Kaltenmaier



KV-Wahl 2016

Mehr Frauen in die Berufspolitik!

Die KV-Wahl wirft ihre Schatten voraus und damit die Frage aller Verbände, wie und durch wen die Interessen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte am besten vertreten werden.

Wir Frauen sind berufspolitisch immer noch klar in der Unterzahl. Und das, obwohl die Medizin eindeutig weiblicher geworden ist. 45,5 Prozent der berufstätigen Ärzte sind inzwischen Frauen. Mehr als 60 Prozent der Medizinstudenten sind weiblich. In den Gremien unserer Selbstverwaltung findet sich ein anderes Bild: Die überwiegende Mehrzahl ist durchschnittlich 60 Jahre alt und männlich.

»5 bis 8 KV-Sitzungen im Jahr sind machbar«

Die Vertreterversammlung der Landesärztekammer ist immerhin zu einem Viertel mit Frauen besetzt. In der Vertreterversammlung der KVBW sind es gerade einmal fünf von 50. Diese Quote spiegelt bei weitem nicht den Frauenanteil in der medizinischen Versorgung wider.

Warum ist das so? Warum stehen Frauen nicht für Ämter zu Verfügung? Und brauchen wir wirklich mehr Frauen? Ich denke ja. Auch wenn ich, gerade nach zwölf Jahren Erfahrung sagen muss, dass wir wirklich viele sehr gute männliche Standesvertreter haben, die sich genauso für die Interessen der Ärztinnen einsetzen. Aber auch wenn letztendlich immer der geeignetste Kandidat ein Amt bekleiden sollte, ist es doch schade, wenn die Besonderheiten und Qualitäten der weiblichen Sicht- und Denkweise nicht gehört werden würden. Das sehen übrigens viele engagierte männliche Kollegen genauso.

Warum gibt es so wenig motivierte Ärztinnen?

In den Köpfen insbesondere der jungen Kolleginnen und Kollegen ist immer noch nicht angekommen, dass Selbstverwaltung nichts anderes bedeutet als dass wir Ärzte uns als Ärzte selbst verwalten. Das ist einerseits ein Privileg, andererseits aber auch eine Pflicht. Es bedeutet erstens wählen, wenn es eine Wahl gibt, und zweitens prüfen, ob man sich selbst nicht auch einmal für die eigenen Belange engagieren sollte. Am Ende einer Wahl sind alle Gremien vergeben und die Schlüsselpositionen sind besetzt. Nur über eine Beteiligung am Geschehen können wir erreichen, dass auch die richtige Person ein wichtiges Amt besetzt!

Natürlich sind wir Frauen üblicherweise mit Kindern, Familie und eigener Praxis gut ausgelastet. Da aber nun einmal die Entscheidung für das eigene Lebenskonzept zugunsten der eigenen Praxis getroffen wurde, müssen wir uns damit auseinandersetzen, wie unsere Rahmenbedingungen entstehen und wie sie weitergeführt werden. Denn der Praxisalltag ist bestimmt von unserer Selbstverwaltung, also von uns selbst.

Berufspolitik und MEDI haben viel für Frauen getan

Allen, die der Überzeugung sind, dass Berufspolitik zeitraubend und langweilig ist, sei versichert, dass man fünf bis acht KV-Sitzungen im Jahr schaffen kann – das wäre ja ein Anfang. Und langweilig ist die Berufs- und Gesundheitspolitik bestimmt nicht! Manchmal sind die Diskussionen darüber vielleicht etwas langatmig, aber an Kommunikations- oder Diskussionskultur lässt sich ja arbeiten. Letztendlich er-

fordert der Einsatz für unsere Ziele Weitblick, Konsequenz, Zielorientiertheit und Durchhaltevermögen – alles durchaus weibliche Qualitäten.

Inzwischen wurde vieles erreicht, das insbesondere Frauen zugute kommt: Die Weiterbildung in Teilzeit wurde vereinfacht, Baden-Württemberg hat eine großzügige Vertreterregelung, insbesondere im Hinblick auf Kindererziehung und Familienplanung schafft MEDI Baden-Württemberg mit dem Projekt „Arztpraxen 2020“ neue und individuelle Optionen für ärztliche Kooperationen. Hier bietet insbesondere das ärztlich geleitete MVZ die Möglichkeit zur Teilung von Verantwortung und die Option für Anstellungen in Voll- oder Teilzeit.

Es lohnt sich also für uns Frauen, die Rahmenbedingungen für unser ärztliches Handeln mit zu gestalten! Wer gerne mehr wissen oder selbst aktiv werden möchte und nicht weiß wie, kann sich gerne bei mir melden. Ich freue mich auf Ihre Fragen. ■■

Dr. Bärbel Grashoff

Die Autorin

Dr. Bärbel Grashoff ist Gynäkologin und seit 2001 in Ulm mit eigener Praxis niedergelassen. Sie ist Mitglied des erweiterten Vorstands von MEDI Baden-Württemberg und Mitglied der Vertreterversammlungen der KVBW, der Bezirksärztekammer Südwürttemberg und der Landesärztekammer. Außerdem ist sie im Beratenden Ausschuss der KVBW tätig. Trotz dieser Ämter findet die zweifache Mutter Zeit für Familie und Freunde, für Wandern, Lesen, Kochen, Reisen und Kultur. Zusammen mit ihrem Mann hat Bärbel Grashoff außerdem ein eigenes Fortbildungskonzept für gynäkologische Kongresse und Ultraschallkurse aufgebaut. ■■



→ Sie erreichen die Autorin per E-Mail unter grashoff@frauenaerztin-ulm.de



Foto: fotolia

KV-Wahl 2016

Das verdanken Psychotherapeuten dem MEDI Verbund

Zwei Beispiele zeigen, wie gute Zusammenarbeit zwischen Verbänden aussehen kann: Mit MEDI Baden-Württemberg erkämpfte die »Freie Liste der Psychotherapeuten« ein besseres Honorar und bessere Arbeitsbedingungen.

1. 2004 setzte MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner, der damals auch den Vorsitz in der KV Nord-Württemberg hatte, eine großzügige Nachzahlung und Neubewertung durch. 90 Prozent der Psychotherapeuten, die keinen Widerspruch eingereicht hatten, erhielten die komplette Nachzahlung! Erst elf Jahre später gab es auch landesweit mehr Honorar – aber nur wenige Cents mehr als in Nordwürttemberg.
2. Seit 2012 können Teilnehmer am PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK den Durchschnittsverdienst eines Facharztes erreichen. Der Vertrag bringt uns bessere Arbeitsbedingungen und den Patienten kürzere Wartezeiten. Zur Freude aller entfällt das Antrags-Gutachterverfahren. Bald gibt es einen ähnlichen Vertrag mit der DAK (siehe dazu Artikel auf Seite 27).

Der Autor



Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf (PP und KJP) ist seit 1985 in Esslingen niedergelassen. Er ist Sprecher der »Freien Liste der Psychotherapeuten«, Mitglied im geschäftsführenden Vorstand von MEDI Baden-Württemberg und Vorstandsbeauftragter und Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KVBW. Wachendorf entwickelte die Akutversorgung zur Psychotherapie und die Selektivverträge mit. Er findet: Keine Fachgruppe kann alleine Erfolg haben – das geht nur fachübergreifend. ■■

→ Sie erreichen den Autor unter psychotherapeutenvertretung@t-online.de

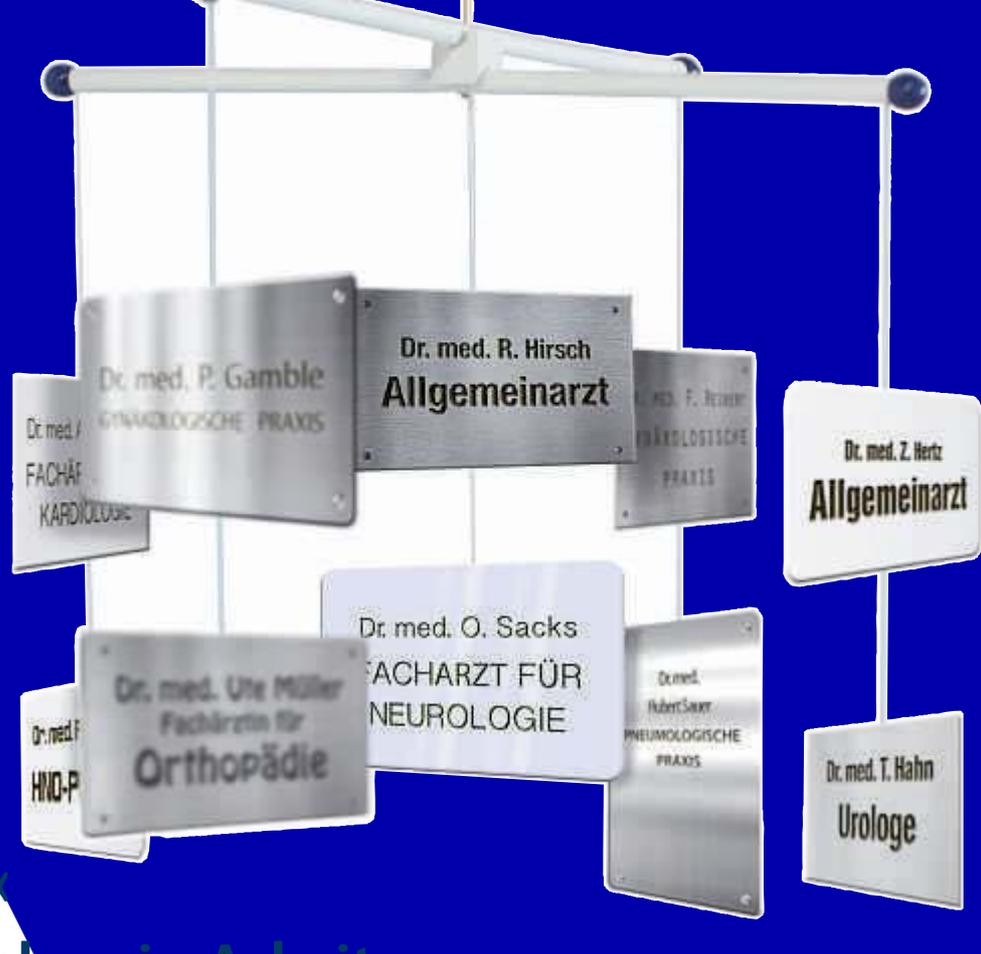
Die „Freie Liste“ hat zudem die Reform der Psychotherapierichtlinie initiiert. MEDI Baden-Württemberg hat auch das von Beginn an mitgetragen!

Wir brauchen dauerhaft zuverlässige Verbündete

Der Einfluss unserer Verbände auf Bundesebene reicht nicht aus. Die Ursache des Honorarfiaskos in der KBV liegt im Versuch ihrer psychotherapeutischen Vertreter, eine eigene Politik gegen große Arztgruppen durchzusetzen. Wechselnde Koalitionen und Spaltungsszenarien erzeugten aber nur Ressentiments. Statt dass uns die KBV Lösungen präsentiert, landen unsere Interessen vor dem Bundessozialgericht. Die Konsequenzen tragen alle Psychotherapeuten.

Eine kleine Gruppe kann sich nicht gegen alle anderen durchsetzen! Wir brauchen dauerhaft zuverlässige Verbündete. Und das kann nur ein fachübergreifender Verband sein. Baden-Württemberg macht es vor! Treten Sie unserer Sache bei. ■■

Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf



»Arztpraxen 2020« 32 Projekte sind schon in Arbeit

Selten hat ein Projekt von MEDI Baden-Württemberg für so viel Interesse gesorgt wie »Arztpraxen 2020«. Die meisten MEDI-Mitglieder, die ihren Verbund um Unterstützung bitten, suchen einen geeigneten Praxisnachfolger. Für sie könnten freiberufliche MVZs unter ärztlicher Leitung die Lösung sein.

„Wir möchten wieder mehr ärztlichen Nachwuchs in die Praxen bringen, um die Versorgung zu sichern“, skizziert der Vorstandsvorsitzende Dr. Werner Baumgärtner die Idee, die hinter „Arztpraxen 2020“ steckt. Für die Mitarbeiter in Stuttgart heißt das, individuelle und kreative Vorschläge auszuarbeiten, die die unterschiedlichen Ansprüche und Voraussetzungen der Mitglieder berücksichtigen. Es müssen Konzepte her für Praxisabgeber, niederlassungswillige Ärzte, ältere Mediziner, die einen Altersteilzeitübergang anstreben, oder für solche, die die finanzielle Alterssicherung im Blick haben.

Umfragen zeigen, dass die neue Arzt-Generation auch in der Freiberuflichkeit flexible Arbeitszeiten, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und eine ausgewogene Work-Life-Balance erwartet. Vielen erscheint deswegen eine Niederlassung in einer Einzelpraxis als nicht machbar. Besonders im hausärztlichen Bereich werden freiwerdende Praxissitze, selbst große Versorgerpraxen, nicht nachbesetzt.

„Solche Praxen könnten durch die Eingliederung in ein MVZ, das Freiberufler am Ort gründen, ihr Bestehen sichern“, erklärt Projektleiterin Silke Arnegger. Damit wäre zum einen die Patientenversorgung gesichert, denn umliegende Praxen können die Patienten häufig nicht komplett übernehmen. Zum anderen würde das MVZ, das den Hausarztstift übernommen hat, vom neuen Patientenstamm profitieren.

Unternehmerische Aspekte

Die Gründung eines MVZ kann daher viele Vorteile für den Fortbestand der Versorgung und für die weitere Praxisplanung haben. Arnegger nennt aber auch strategische Aspekte, die bei der Gründung eine wichtige Rolle spielen und die jeder Arzt individuell unterschiedlich präferieren kann: „Wer ein MVZ gründen möchte, muss sich klar darüber sein, dass dies

auch unternehmerische Koordinationsarbeit bedeutet. Umgekehrt könnte ein Anstellungsverhältnis mit der Option einer Altersteilzeit Honorarabstriche bedeuten oder eine höhere Abhängigkeit von den MVZ-Gesellschaftern.“ Das wiederum zugunsten von weniger Verantwortung und Verwaltungsarbeit.

MEDI unterstützt nur MVZs in Ärztehand

In der Vergangenheit waren Medizinische Versorgungszentren kein Thema für den MEDI Verbund. Unter der Leitung von Krankenhäusern oder Kapitalgesellschaften widersprachen sie allem, wofür MEDI eintritt: Erhalt der Freiberuflichkeit und der ambulanten wohnortnahen Versorgung sowie Stärkung der niedergelassenen Praxen im Gesundheitsmarkt.

„Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das letztes Jahr in Kraft getreten ist, kommt den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen entgegen“, erinnert MEDI-Chef Baumgärtner. Inzwischen sind auch fachgleiche MVZs erlaubt und Ärztinnen und Ärzte dürfen ihre Praxen selbst in überversorgten Gebieten an ein MVZ verkaufen, ohne dass der Zulassungsausschuss

eingreifen kann und die KV die Praxis aufkaufen muss. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass sich die Ärzte für mehrere Monate im MVZ anstellen lassen müssen.

Was auch für ein MVZ spricht: Ärztinnen und Ärzte können dort mehr Kolleginnen und Kollegen anstellen als in einer BAG und der Gesetzgeber lässt grundsätzlich auch unbeschränkt Zweigstellen zu.

Fortsetzung >>>

300
*MEDI-Mitglieder
 kamen zu den
 Info-Veranstaltungen*

Fortsetzung

»Arztpraxen 2020« 32 Projekte sind schon in Arbeit

„Durch unsere Hausarzt- und Facharztverträge haben wir bundesweit die besten Voraussetzungen, MVZs unter ärztlicher Leitung aufzubauen, da wir hier die besten Einnahmen haben“, erinnert Baumgärtner. „Dagegen reichen die RLV-Einnahmen meistens nicht

aus, um neue Kooperationen einzugehen und Kolleginnen und Kollegen einzustellen.“

Sein langfristiges Ziel ist es, regionale Netz-MVZs zu etablieren. Diese sollen die Versorgung einer Region flächendeckend sichern und den beteiligten Praxen finanzielle Vorteile bringen. „Dieses Konzept wäre insbesondere für ländliche Regionen attraktiv“, erklärt Baumgärtner. ■■

Angelina Schütz

Flexible Praxisübergabe

Sie können selbst freiberuflich weiterarbeiten oder Ihren Praxissitz in ein MVZ übergeben und sich dort anstellen lassen. Für die Gesellschafter des MVZ ist die Nachbesetzung der Sitze meist ohne Nachbesetzungsverfahren möglich.

Erhalt von großen profitablen Praxen ohne Nachfolger

Besonders im hausärztlichen Bereich werden viele Praxissitze frei, die sich nicht nachbesetzen lassen. Dieses „Praxissterben“ kann man aufhalten, indem man diese Praxen in ein MVZ eingliedert. Das MVZ wiederum hat einen profitablen Patientenstamm.

Diese Vorteile bringt Ihnen ein MVZ

Altersteilzeit

Aufgrund dessen, dass die Strukturen eines MVZ meist einem kleinen Unternehmen ähneln, lassen sich auch die Wünsche nach einer zeitlich flexibleren Anstellung leichter realisieren. Wenn Sie Ihren Sitz in ein MVZ übergeben haben, können Sie nach mehreren Monaten Ihre Arbeitszeit in Anstellung beliebig reduzieren.

Finanzielle Alterssicherung

Sie können Ihren Sitz komplett in ein MVZ übergeben und profitieren als Gesellschafter dennoch von den Einnahmen des MVZ, auch wenn Sie Ihre Arbeitszeit bereits reduzierten.

Erhalt der Versorgung in ländlichen Regionen

Wenn sich in diesen Regionen ärztliche Initiatoren finden, die ein MVZ als Unternehmen realisieren können, dann können die frei werdenden Sitze der Region in ein solches zentrales MVZ integriert werden. Die Patientenversorgung bleibt dann, auch über Zweigpraxen, erhalten.

Flexible Betriebsform

- Schneller Zugang zur Versorgung der im MVZ tätigen Ärzte
- Erweiterte Sprechzeiten durch die Größe eher möglich
- Grundsätzlich keine zahlenmäßige Einschränkung für Zweigpraxen
- Höhere Freiheitsgrade bei der Anstellung von Ärzten und bei der Neubesetzung von vakanten Arztstellen (insbesondere GmbH), die nachbesetzt werden müssen, als bei Einzelpraxen oder Gemeinschaftspraxen (gemäß BMV-Ä maximal drei bis vier volle Arztstellen pro Vertragsarzt)

Planbare Arbeitsbedingungen

- Festgelegte Arbeitszeiten
- Klare Gehaltsregelungen als angestellter Arzt
- Weniger Stress mit der kassenärztlichen Abrechnung
- Urlaubsanspruch
- Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung
- Teamwork
- Keine Finanzierungsnotwendigkeit und niedriges unternehmerisches Risiko ■■

as



NACHGEFRAGT BEI

Silke Arnegger

MEDIVERBUND AG



»Wir suchen nach individuellen Lösungen«

MEDITIMES: Frau Arnegger, wie viele Projekte haben Sie derzeit auf Ihrem Schreibtisch?

Arnegger: 13 Praxen haben wir bereits erfolgreich beraten. Mit neun weiteren stehen wir in Kontakt. Vielleicht werden wir diese bei der Gründung einer BAG oder eines MVZ begleiten. Drei andere Praxen würden unter Umständen MVZs ins Leben rufen, in denen auch angestellte Ärzte arbeiten könnten. Mit sieben weiteren Mitgliedern werden wir demnächst erste Gespräche aufnehmen. An dieser Stelle möchte ich noch erwähnen, dass fachgruppengleiche MVZs später auch fachgruppenübergreifend gestaltet werden können.

MEDITIMES: Welche Fachgruppen melden sich bei Ihnen?

Arnegger: Hauptsächlich Allgemeinärzte, die keine Nachfolger finden. Sie sehen ihre Zukunft in einer großen Kooperation mit angestellten Kolleginnen und Kollegen. Aber es gibt auch interessierte Orthopäden, HNO-Ärzte und Gynäkologen. Andere Ärzte versuchen in überversorgten Gebieten Praxissitze vor dem Aufkauf der KV zu retten. Das sind aber eher spezielle Fachgruppen wie etwa Phlebologen. Die meisten Anfragen kommen aus Nordwürttemberg und Nordbaden, wo die Mitgliedsdichte am größten ist.

MEDITIMES: Was sind die häufigsten Anliegen?

Arnegger: Inhaber von Einzelpraxen ohne Nachfolger suchen nach Möglichkeiten, den Ansprüchen der jungen Ärztinnen und Ärzte gerecht zu werden: Anstellung oder Teilzeit, Fix-/Leistungs- oder Stundenlohn, wenig Verwaltungsarbeit und Abrechnung, kein finanzielles Risiko. Dann gibt es den Generationenwechsel innerhalb der Familie und wie die Praxis expandieren könnte, damit die Kinder oder Schwiegerkinder eine bessere Perspektive haben. Zuletzt haben wir noch die Interessenten, die ihre Praxisübergabe strategisch gut vorbereiten möchten und für die auch Altersteilzeit ein Thema ist.

MEDITIMES: Wie sieht Ihre Unterstützung aus?

Arnegger: Wir beginnen mit einem persönlichen Gespräch oder einer Telefonkonferenz. Aufgrund der vielen Anfragen bieten wir auch Gespräche mit vier bis fünf Praxen an. Wir erfassen die Situation vor Ort, wie die Praxis aufgestellt ist, wie hoch der Umsatz ist und ob es in der Umgebung andere Ärzte gibt, die an einem MVZ Interesse haben. Die Vorstellungen der Praxisinhaber spielen natürlich auch eine ganz wichtige Rolle. Dann machen wir Vorschläge für sinnvolle Kooperationsformen. Dabei können unsere Mitglieder entscheiden, ob sie mit uns eine Projektkoordination vereinbaren möchten. 

as



Minister Gröhe bestätigt Qualität der Selektivverträge

Dass der Hausarztvertrag und die Facharztverträge von AOK, Hausärzterverband und MEDI in Baden-Württemberg zu einer besseren Versorgung führen, haben bereits zwei wissenschaftliche Studien der Universitäten Frankfurt und Heidelberg eindeutig belegt. Nun kommt die Bestätigung des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe hinzu.

Bei seinem Gespräch mit den Vertragsspitzen im Dezember in Stuttgart ließ Gröhe keine Zweifel aufkommen: „Selektivverträge können die Versorgung der Patienten verbessern. Denn sie bauen Brücken zwischen den Versorgungsbereichen und Fachrichtungen und fördern die Zusammenarbeit, zum Beispiel von Haus- und Fachärzten, im Sinne der Patienten. Deshalb haben wir bereits im vergangenen Jahr die Gestaltungsspielräume bei der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) erweitert. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Abschlüsse von Selektivverträgen weiter erleichtert. Die AOK und ihre ärztlichen Partner liefern ein sehr gutes Beispiel dafür, wie die ambulante ärztliche Versorgung gestärkt werden kann.“



Das VERAHmobil rollt weiter

450 VERAHmobile sind inzwischen im Rahmen des AOK-Hausarztvertrags im Einsatz. Wegen der großen Nachfrage verlängern die Vertragspartner das Konzept um weitere drei Jahre. Außerdem wurde die Auswahl um elektro- oder erdgasangetriebene Fahrzeuge erweitert.

Der speziell gestaltete VW up! kann besonders günstig geleast werden, weil die Partner 300 Euro pro Quartal übernehmen. „Das VERAHmobil ist eine sinnvolle Ergänzung zum HZV-Vertrag und kommt bei den Patienten gut an“, bilanziert MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner. Er war der erste Hausarzt in Baden-Württemberg, der den VW für seine Praxis bestellt hat. Mittlerweile sind 2.255 VERAHS im Südwesten im Einsatz, davon 1.728 im AOK-Hausarztvertrag. Das entspricht knapp einem Drittel aller VERAHS bundesweit (7.155). 

as

Fast 5.500 Versicherte im Vernetzungsprojekt Heilbronn

In 95 von 107 Praxen der MEDI GbR Heilbronn ist inzwischen die Vernetzungssoftware installiert, 5.464 Versicherte der AOK Baden-Württemberg und der Audi BKK haben ihre Teilnahmeerklärung für eine Behandlung im Rahmen der Vernetzung abgegeben. Seit einigen Wochen arbeiten die vernetzten Praxen auch mit einem Medikationsplan, der gemeinsam mit den Ärzten entwickelt wurde und per Update eingespielt wird.

Alle Praxen, die an der Vernetzung teilnehmen, haben darauf Zugriff. Sobald ein Patient seine Einverständniserklärung unterzeichnet hat, können Verordnungsdaten schnell und sicher ausgetauscht werden. Daraus entsteht der Medikationsplan, der immer auf dem neuesten Stand ist und der den Behandlern auch Unverträglichkeiten anzeigt. Die Patienten bekommen ihren Plan ausgedruckt. Damit erfüllen die Praxen jetzt schon wichtige Anforderungen aus dem E-Health-Gesetz. 

as

Trafen sich zum Erfahrungsaustausch in Stuttgart (von links nach rechts): Christine Wollmertshäuser (VERAH), Dr. Christopher Hermann (AOK), Minister Hermann Gröhe, Dr. Werner Baumgärtner (MEDI) und Dr. Berthold Dietsche (HÄV).

Patientennutzen und Wirtschaftlichkeit

Im Gespräch mit den Vertragspartnern wurde schnell klar, dass die Verträge sich gleichermaßen durch Qualitätsorientierung, Patientennutzen und Wirtschaftlichkeit auszeichnen. Sie sind nicht nur Garanten für eine flächendeckende und zukunftsweisende medizinische Versorgung im Land, sondern leisten angesichts eines drohenden Ärztemangels auch einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität des Arztberufs.

Im Südwesten nehmen derzeit rund 1,4 Millionen Versicherte sowie fast 4.000 Haus- und Kinderärzte am AOK-Hausarztvertrag teil. An den Facharztverträgen, bei denen neben der AOK auch die Bosch BKK Vertragspartner auf Kassenseite ist, sind rund 1.500 Fachärzte und über eine halbe Million Versicherte Teilnehmer. 

eb



Sinnvolle Antikoagulationstherapie in der Praxis

Durch die Einführung neuer Orale Antikoaganzien (NOAK) ist eine weitere Alternative zu den Vitamin-K-Antagonisten in der Behandlung mit nichtvalvulärem Vorhofflimmern, tiefen Beinvenenthrombosen und Lungenembolien entstanden.

Mit Abstand den größten Anteil an Neueinstellungen nehmen die Patienten mit nichtvalvulärem Vorhofflimmern (VHF) ein. Darunter versteht man VHF ohne vorliegende rheumatische Herzklappenerkrankung, mechanische oder Bioprothese oder stattgehabte Mitralklappenrekonstruktion.

Die Prävalenz von Vorhofflimmern liegt bei zwei Prozent der Bevölkerung mit zunehmender Inzidenz, insbesondere mit dem Alter. Das Risiko eines Apoplexes ist unter VHF fünf Mal höher als im Sinusrhythmus. In der VHF-Therapie haben sich die Vitamin-K-Antagonisten (VKA) in Deutschland über drei Jahrzehnte bewährt, vor allem das Phenprocoumon.

Bei den NOAK haben inzwischen vier Präparate

die Zulassung: Dabigatran (Pradaxa) als Thrombininhibitor, Rivaroxaban (Xarelto), Apixaban (Eliquis) und Edoxaban (Lixiana) als Faktor Xa Antagonisten (siehe Dosierungen insbesondere bei Niereninsuffizienz in der Tabelle auf Seite 24).

Einen Head-to-Head-Vergleich unter den NOAK gibt es nicht. Es gibt aber Unterschiede bei der Einsetzbarkeit bei Niereninsuffizienz (Dabigatran GFR < 30 ml/min, alle weiteren < 15 ml/min nicht empfohlen). Für Dabigatran wurde inzwischen ein spezifisches Antidot der Antikörper Idarucizumab zugelassen.

Wer wird bei Vorhofflimmern antikoaguliert?

Etabliert ist inzwischen der CHA₂DS₂-VASc-Score. Bei einem Score von 0 soll nicht antikoaguliert werden, außer bei Kardioversion. Bei einem Score von 1 kann bei niedrigem Blutungsrisiko (HAS-BLED-Score) antikoaguliert werden. Bei einem CHA₂DS₂-VASc-Score von ≥ 2 besteht eine eindeutige Indikation, soweit keine Kontraindikation vorliegt, wie zum Beispiel bei einer aktiven Blutung.

Patienten mit VHF werden zwar zunehmend, aber noch nicht ausreichend antikoaguliert. Das belegen Daten des Garfield Registers (2). Weiterhin wird

Patienten aus Angst vor einer intracerebralen Blutung im hohen Alter oder bei großer Sturzgefahr die Antikoagulation vorenthalten. Wissenschaftliche Daten zeigen hier: Unabhängig vom HAS-BLED-Score überwiegt der Gesamtnutzen einer Antikoagulation. Erst ab einer Sturzhäufigkeit von über 295/Jahr überwiegt das Risiko der Antikoagulation. Selbst Patienten über 75 Jahren profitieren eindeutig von der Antikoagulation.

»Lebensumstände und Wunsch des Patienten spielen eine wichtige Rolle«

Welche Substanzen für wen?

Hierbei müssen medizinische und ökonomische Aspekte, aber auch die Lebensumstände und der Wunsch des Patienten berücksichtigt werden. Weiterhin sind die Vitamin-K-Antagonisten als Empfehlung mit dem Evidenzgrad I in den Leitlinien aufgeführt: In den ESC-Leitlinien mit IB (3) in den amerikanischen LL mit IA (4), die NOAK in beiden mit IB. VKAs machen Sinn bei:

- bisher stabil eingestellten Patienten mit einem hohen Anteil der INR-Werte im Zielbereich (> 70 Prozent)
- Patienten, die für das Gerinnungs-Selbstmanagement geeignet sind. Hier zeigen die Daten, dass eine deutlich bessere Einstellung der TTR (Time in Therapeutic Range) von 78 Prozent gegenüber 61 Prozent in der Kontrolle (5) und damit einhergehend eine Reduktion thrombembolischer Komplikationen um 58 Prozent erreicht wird
- Patienten, die Vorhofflimmern und eine stabile KHK haben. Hier ist eine Monotherapie mit VKA ausreichend und die Evidenz bzgl. Gleichwertigkeit der VKA gegenüber ASS in der Sekundärprävention erbracht

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Sinnvolle Antikoagulationstherapie in der Praxis**NOAK-Dosierung bei Vorhofflimmern und Niereninsuffizienz**

(Quellen: [19, 20] und Fachinformationen Dabigatran, Apixaban und Rivaroxaban sowie FDA-Expertenpanelpräsentation Edoxaban [14]).

	Dabigatran (Pradaxa®)	Apixaban (Eliquis®)	Edoxaban (Lixiana®)	Rivaroxaban (Xarelto®)
Wirkmechanismus	direkte Faktor-II a-Inhibition	direkte Faktor-Xa-Inhibition	direkte Faktor-Xa-Inhibition	direkte Faktor-Xa-Inhibition
renale Elimination	80 %	25 %	35 %	33 % (+ 33 % inaktiver Metabolit)
Dosierung bei Kreatinin-Clearance >50 ml/min	2 × 150 mg	2 × 5 mg	1 × 60 mg	1 × 20 mg
Dosierung bei Kreatinin-Clearance 30-50 ml/min	2 × 110 mg	2 × 5 mg (2 × 2,5 mg)*	1 × 30 mg §	1 × 15 mg
Dosierung bei Kreatinin-Clearance 15-29 ml/min	kontraindiziert	2 × 2,5 mg	1 × 30 mg §	1 × 15 mg
Dosierung bei Kreatinin-Clearance <15 ml/min	kontraindiziert	nicht empfohlen	keine Angaben	nicht empfohlen

* wenn 2 der folgenden 3 Kriterien vorliegen: Alter 80, Körpergewicht ≤ 60 kg oder Serumkreatinin ≥ 1,5 mg/dl;

§ Edoxaban ist nicht zugelassen zur oralen Antikoagulation bei Vorhofflimmern. Edoxaban ist von der FDA seit Anfang 2015 und von der EMA seit August 2015 zugelassen.

Eindeutig indiziert sind Vitamin-K-Antagonisten bei Patienten mit:

- mechanischem Herzklappenersatz
- Niereninsuffizienz mit einer GFR < 15 ml/min
- valvulärem Vorhofflimmern (*Definition siehe oben*)

Diese Patienten müssen mit VKA antikoaguliert werden, da bei diesen Konstellationen die NOAK entweder nicht zugelassen oder kontraindiziert sind!

NOAKs sollen zum Einsatz kommen bei Patienten

- die nicht stabil auf VKA eingestellt werden können (INR-Werte unter 70 Prozent im Zielbereich)
- die keine Möglichkeit regelmäßiger INR-Messungen haben
- die spezifische Kontraindikationen gegen Coumarine einschließlich Interaktionen haben
- die ein hohes Risiko intrazerebraler Blutungen haben

Außerdem dürfen die neuen Plättchenhemmer wie Prasugrel und Ticagrelor wegen der deutlich höheren Blutungsgefahr grundsätzlich nicht mit den oralen Antikoagulanzen kombiniert werden.

Es müssen auch immer die Lebensumstände sowie der Wunsch des Patienten und der Angehörigen mit berücksichtigt werden. Der Patient muss auch dezidiert über die Vor- und Nachteile der jeweiligen Substanzen aufgeklärt werden.

Im Einzelfall kann eine regelmäßige INR-Kontrolle und persönliche Einstellungsüberwachung wichtig sein. Umgekehrt kann es bei fortgeschrittener Immobilität des Patienten durchaus Sinn machen, ihn mit einem NOAK zu versorgen, wenn die tägliche Tabletteneinnahme gesichert ist.

Bei den Vitamin-K-Antagonisten ist die regelmäßige INR-Kontrolle wichtig, bei den NOAK die regelmäßige Überprüfung der GFR und der Tablettenmenge, die eingenommen wurde.

Fazit

NOAK bieten neben der VKA-Therapie neue Optionen in der Praxis. Eine differenzierte und patientenorientierte Auswahl geeigneter Substanzen unter den oben aufgeführten Kautelen wird der medizinischen und ökonomischen Notwendigkeit am ehesten gerecht. ■■

Dr. Norbert Smetak

→ **Literatur**

1. Ahrens, Bode C Vorhofflimmern: Welches Antikoagulans. *Aktuel. Kardiolog.* 2015;4 104-109
2. Evolving antithrombotic treatment patterns in patients with newly diagnosed atrial fibrillation in GARFIELD-AF A.J. Camm1 Poster ESC
3. A. John Camm et al.: 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation *European Heart Journal* (2012) 33, 2719–2747 doi:10.1093/eurheartj/ehs253
4. Graig T . January et al: 2014 AHA/ACC/HRS

Der Autor

Dr. Norbert Smetak ist niedergelassener Kardiologe in Kirchheim/Teck, langjähriges MEDI-Mitglied und Vorsitzender des Bundesverbands der niedergelassenen Kardiologen. Im Juni 2015 wurde Smetak zum 3. stellvertretenden Vorsitzenden von MEDI Baden-Württemberg gewählt. Er erlebt, dass die aktuelle Diskussion um die Behandlung mit NOAK zu großer Unsicherheit in der Kollegenschaft führt. ■■



- Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary
J Am Coll Cardiol 2014;64(21): 2246-2280
 doi:10.1016/j.jacc.2014.03.021
5. Heneghan C *Lancet* 2012 379;379:322-334 et al.
 6. Koertke H *Ann Thorac Surg* 2001; 72: 44-48 et al.



MEDI Baden-Württemberg, die MEDIVERBUND AG, die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK haben sich unter Beteiligung der entsprechenden Berufsverbände auf höhere Vergütungen für psychotherapeutische Leistungen verständigt. Die Pauschalen sehen künftig wie folgt aus:

PTE 1 (KJ) und PTE 1 SD	117 Euro
PTE 2 (KJ)	99 Euro
PTE 3 (KJ)	92 Euro
PTE 4 (KJ)	92 Euro
PTE 5	92 Euro
PTE 6/PTA1	120 Euro
PTE 7/PTA 2	60 Euro
PTE 8	60 Euro
PTZ 3	50 Euro

Mehr Honorar im PNP-Vertrag

Die Vertragspartner haben sich auf die Anpassung der Vergütungen für psychotherapeutische Leistungen und die psychiatrische Gesprächsziffer geeinigt.

Die Psychiater profitieren ebenfalls von der Anpassung: So liegt die psychiatrische Gesprächsziffer PYE1 nun bei 19 Euro.

Damit haben die Partner einmal mehr bewiesen, dass sie erstrittene Honorarsteigerungen, aus der eine Beschlussfassung des erweiterten Bewertungsausschusses resultierte, in den Selektivverträgen berücksichtigten. Durch die Anpassungen wird sich das Vergütungsvolumen im PNP-Vertrag in diesem Jahr auf über zwei Millionen Euro erhöhen.

Insgesamt liegen die neuen Pauschalen wieder deutlich über dem EBM-Niveau. Vertragsteilnehmer bekommen die höheren Vergütungen bereits mit ihrer Abrechnung für das erste Quartal 2016 ausbezahlt. ■■

Wolfgang Fechter

Psychotherapie- vertrag mit der DAK startet im Frühjahr

Im ersten landesweiten Psychotherapievertrag zwischen MEDI Baden-Württemberg, der MEDIVERBUND AG und der DAK-Gesundheit können teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten ab dem zweiten Quartal mit der Einschreibung und Behandlung ihrer Versicherten beginnen. Die erste Abrechnung erfolgt ebenfalls im zweiten Quartal.

Ärzte und Therapeuten profitieren in erster Linie von einer höheren Vergütung über KV-Niveau, Patienten von einer schnellen Terminvergabe, einem zeitnahen Therapiebeginn und einer niederfrequenten Versorgung. Darüber hinaus verzichtet der DAK-Vertrag auf das Gutachterverfahren und ergänzt das Therapieangebot um die Aufnahme weiterer Methoden, wie etwa Biofeedback und Systemische Psychotherapie.

Ein weiteres Plus: Behandler können DAK-Patienten mit einer Diagnose aus dem ICD-10 Kapitel F in den neuen Vertrag einschreiben, obwohl sie mit der Therapie bereits in der Regelversorgung begonnen haben.

Die Versicherteneinschreibung und die Abrechnung in den Praxen läuft über eine eigene Software. Die dort enthaltenen vertragspezifischen Abrechnungsregeln unterstützen den Behandler bereits bei der Eingabe der Ziffern.

Die MEDIVERBUND AG hat ein Info-Paket zusammengestellt, das neben den Informationen zur Software und zum Vertrag auch alle Unterlagen zur Teilnahme enthält. Das erhalten ab Februar auch die Teilnehmer des Psychotherapie-Moduls im PNP-Vertrag. ■■

jr/as

→ Alle Infos zum Vertrag finden Sie auch unter www.medi-verbund.de in der Rubrik »Ärzte« und dort im Bereich »Verträge«.

KURZ NOTIERT



Weniger Krankenhauseinweisungen dank Cardio-Vertrag

Bereits 2013 konnten Ausgaben für entsprechende stationäre Leistungen um mehr als drei Prozent gesenkt werden. Möglich macht das die besondere kardiologische Versorgung, für die entsprechende Qualitätszuschläge vereinbart wurden. Für jede Abrechnungsziffer Z1 bekamen die Kardiologen 20 Euro mehr ausgezahlt. Für 2014 laufen die Berechnungen noch. ■■

Großes Interesse an EFAs

Zuletzt wurden 56 MFAs zu Cardio-EFAs und 23 zu Gastro-EFAs geschult. EFA steht für „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“. Für dieses Jahr plant das MEDI-Institut IFFM zusammen mit den Berufsverbänden der Orthopäden, Nervenärzte und Urologen und unter Einbindung der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg neue EFA-Curricula. ■■

Facharztverträge mit der BKK VAG

Im Frühjahr starten in Baden-Württemberg die ersten Facharztverträge nach § 140a SGB V für Kardiologen und Gastroenterologen. Ab dem 1. April können sich Ärztinnen und Ärzte bei Erreichen des Quorums einschreiben, im dritten Quartal starten die Patienteneinschreibung und die Versorgung. Beide Verträge beinhalten neben den gewohnten Vergütungspositionen und der „Sofortabrechnung nach Einschreibung“ (SANE) pauschalierte Förderungen zum Aufbau praxisinterner Infrastrukturen für BKK-Versicherte. ■■



Foto: fotolia

KV-Wahl 2016

Dem »Lagerdenken« ein Ende bereiten

MEDI Bayern tritt auch dieses Mal mit einer eigenen Liste zur KV-Wahl an. Sie wird Kandidaten aus allen Regionen im Freistaat abbilden. Oberste Priorität hat dabei die fachübergreifende Aufstellung.

„Wir setzen uns für den fairen Ausgleich zwischen Haus- und Fachärzten ein, da ein Lagerdenken nur der Politik im Sinne des divide et impera in die Hände spielt“, erklärt Dr. Josef Pilz, stellvertretender MEDI-Vorsitzender und Koordinator des Wahlkampfes. Hier sieht sich MEDI Bayern auch für die KV-Wahl als „entscheidendes Bindeglied für die Koalition aus Haus- und Fachärzten“.

» Bindeglied zwischen
Haus- und Fachärzten «

Die Erfahrungen der letzten Jahre geben Pilz Recht: „Im Vergleich zur vergangenen Legislaturperiode waren die letzten fünf Jahre geradezu harmonisch“, sagt er. Das zeigte sich insbesondere an dem massiven Rückgang von Einsprüchen durch die 2011 eingeführte „Mitgliederorientierte Abrechnungsbearbeitung“, bei der die KVB auf die Praxen zugeht und Korrekturvorschläge macht. Auch bei Diskussionen zu Versorgungsthemen, wie etwa zur Bereitschaftsdienstordnung, konnte die MEDI-Führung eine Einigung erzielen.

Dass der Verbund lieber konstruktiv arbeitet, statt sich in innerärztlichen Konflikten zu erschöpfen, hat auch der Bayerische Landtag registriert. Inzwischen begegnen sich Ärzte und Mitglieder des Gesundheitsausschusses auf einer „vertrauteren und professionelleren Ebene. Das möchten wir ausbauen“, sagt der Dermatologe.

Schwerpunkt Ärztenetze

Darüber hinaus setzt sich MEDI Bayern verstärkt für die Netze und für regionale Versorgungskonzepte im Land ein. „Wir sind grundsätzlich an Lösungen interessiert, die die wirtschaftliche Situation des freiberuflichen Arztes und die Versorgung der Patienten verbessern“, so Pilz. Ein kleines bisschen neidisch blickt er nach Baden-Württemberg, wo es neben den Hausarztverträgen seit fünf Jahren auch Facharztverträge mit einigen Krankenkassen gibt. „Wir würden auch gerne solche Verträge schließen. Aber unsere Krankenkassen zeigen sich hier wegen der anhaltenden Auseinandersetzungen mit dem Bayerischen Hausärzterverband wenig kooperativ“, bedauert er.

Kandidaten aus allen sieben Bezirken

Aktuell hat MEDI Bayern fast 600 Mitglieder. Mit Blick auf die KV-Wahl betont Pilz die Wichtigkeit des regionalen Proporz. „Daher möchten wir Kandidatinnen und Kandidaten aus allen sieben Regierungsbezirken aufstellen“, sagt er. Die meisten Mitglieder gibt es nach wie vor in Oberbayern und in München.

Viele Stimmen erwartet die MEDI-Spitze aber auch aus Ingolstadt. Dort hat der bayerische MEDI-Chef Dr. Siegfried Jedamzik auch im Ärztenetz GO-IN den Vorsitz. Wichtige Stimmen soll auch das Netz UGOM in Amberg bringen, das Dr. Thomas Hohenstadt untersteht.

Mit Dr. Uli Schwiersch aus Fürth konnte MEDI Bayern sogar den Vorsitzenden des Hartmannbunds in Mittelfranken als Kandidaten für die Wahlliste gewinnen. ■■■

Angelina Schütz

Dr. Josef Pilz

Vize von MEDI Bayern

»Wir nutzen auch die neuen Medien«

MEDITIMES: Wie sieht die Zeitschiene für den Wahlkampf in Bayern aus?

Pilz: Im ersten Quartal werden wir unsere Kandidatenliste präsentieren. Im August muss die Wahlliste beim Wahlleiter liegen. Direkt nach dem Oktoberfest findet dann vom 6. bis 16. Oktober der Wahlgang statt.

MEDITIMES: Und wie wird Ihr Wahlkampf aussehen?

Pilz: Wir werden als zentrale Plattform unsere Wahlkampf-Homepage „Bayern wählt MEDI“ neu gestalten und versuchen, durch neue Medien wie Facebook und Twitter auch jüngere Kolleginnen und Kollegen zu erreichen. Natürlich werden wir auch Faxesendungen machen und regionale Ärztestammtische zum Wahlkampf organisieren. Wir planen auch noch zwei größere landesweite Wahlkampfveranstaltungen mit bayerischen Gesundheitspolitikern.

MEDITIMES: Wie zufrieden sind Sie mit dem Proporz der MEDI-Ärzte in der jetzigen Vertreterversammlung?

Pilz: Überhaupt nicht. Von 50 Delegierten bin ich der einzige MEDI-Mann! Deswegen brauchen wir künftig unbedingt mehr MEDI-Mitglieder in der Vertreterversammlung. ■■■



Foto: fotolia

»Vielleicht kommen wir nächstes Jahr weiter«

Ärztetnetze sind in aller Munde. Jedoch findet in den meisten keine flächendeckende Versorgung statt, so die Podiumsteilnehmer auf der 2. Bayerischen Gesundheitskonferenz in München. Für den MEDI Verbund ist die Vernetzung nicht nur in Bayern ein Top-Thema.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ist ein fleißiger Mann, lobte der Vorsitzende von MEDI Bayern Dr. Siegfried Jedamzik bei der Konferenz im November. „Er arbeitet Punkt für Punkt den Koalitionsvertrag ab und das sehr schnell, vielleicht zu schnell.“ Das habe gute, aber auch schlechte Seiten.

Gut findet es Jedamzik zum Beispiel, dass die Ärztenetze im Versorgungsstärkungsgesetz eine feste Position erhalten. Schlecht sei, dass ihr Status

nicht institutionalisiert werde. Er bemängelt, dass Praxisnetze keine Möglichkeit haben, auch Medizinische Versorgungszentren (MVZs) betreiben zu können. Dennoch: Die Ärztenetz-Bewegung wächst und gedeiht.

Dementsprechend beschäftigte man sich in München damit, wie Regionen, Ärztenetze und Kliniken die Patientenversorgung gemeinsam verbessern könnten. Das Podium der Gesundheitskonferenz war mit neun Repräsentanten aus unterschiedlichen Sektoren des Themenbereichs Gesundheit angesichts der knappen zur Verfügung stehenden Zeit mehr als gut besetzt. Aus der Kassenärztlichen Vereinigung war niemand geladen – was die zwei anwesenden Vorstandsmitglieder der KVB wohl irritierte und dann auch zum vorzeitigen Abmarsch veranlasste. Als alle Podiumsteilnehmer ihre Statements abgeliefert hatten, waren nur noch wenige Fragen übrig.



Siegfried Jedamzik eröffnete die Konferenz in der Landeshauptstadt.

Innovationsfonds soll besondere Strukturen fördern

Mit dem Innovationsfonds soll das Potenzial für die Regelversorgung geprüft werden, stellte Dr. Rainer Hess, ehemaliger unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), fest. Der Sinn des Fonds besteht darin, besondere Strukturen zu fördern, nachdem sie transparent und extern evaluiert worden sind (siehe auch Artikel auf Seite 42). Dann hätte man eine Chance, aus allen möglichen Versorgungsformen jene herauszufinden, die in die Regelversorgung übernommen werden können. Wenn die Qualität der Netze bewiesen ist, dann gehören sie in die Regelversorgung, meinte Hess: „Es gibt viele gute Ansätze, aber den Durchbruch haben wir bei weitem noch nicht geschafft.“

Es existieren bereits zahlreiche Ärztenetze im Land, allerdings betreffen die meisten nicht die umfassende ambulante Versorgung, sondern beziehen sich auf bestimmte Krankheiten und Indikationen, etwa Herz oder Nieren etc. Hier werden Spezialverträge mit einzelnen Krankenkassen geschlossen und gepflegt. Der MEDI Verbund aber will mehr, erklärte der Vorstandsvorsitzende von MEDI GENO Deutschland und MEDI Baden-Württemberg, Dr. Werner Baumgärtner. Seit drei Jahren ist ihm die Vernetzung ein wichtiges Thema. In Heilbronn hat MEDI Baden-Württemberg ein Projekt begonnen, an dem sich MEDI-Mitglieder mit anderen Kolleginnen und Kollegen elektronisch vernetzen. Insbesondere mit solchen, die an Hausarzt- und Facharztverträgen teilnehmen. Über 100 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten und fast 5.500 Patienten sind bei dem Projekt dabei.

Vernetzung erleichtert den Arbeitsalltag

Praxen, die miteinander vernetzt sind, haben viele Vorteile in ihrem Arbeitsalltag. Zum Beispiel können alle Ärzte, die an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind, Laborwerte, Befunde, Diagnosen und Arzneimittelverordnungen strukturiert übermittelt bekommen. Das bedeutet: Arztbriefe, Befunde etc. könnten direkt in die jeweilige Praxis-IT eingestellt werden, was die meisten Praxen bisher nur von den Labordaten her kennen.

Es gäbe dann keine Doppelerfassungen mehr, Bürokratie und diverse Kosten würden sinken. „Es wurde ein strukturierter Datenaustausch etabliert

»Die Vernetzung muss in der Versorgung ankommen«

und wir haben einen eigenen Medikationsplan für alle ausgearbeitet, die an einem Patienten arbeiten“, erklärte Baumgärtner. Die Terminplanung geschieht zentral.

Es tut sich zwar viel, aber meist handelt es sich um Potemkinsche Dörfer, bemängelte der MEDI GENO-Chef. Der konsequente Schritt in die Versorgung, mit der Anbindung von Krankenhaus, Pflege etc., findet noch nicht statt, solange der erste Schritt bundesweit noch nicht getan worden ist. So müsse erst einmal eine umfassende IT-Vernetzung umgesetzt werden. Bisher sind Ärzte dabei Einzelkämpfer. „In den Praxen gibt es eine Vielzahl von IT-Systemen, die aber voneinander abgeschottet sind“, erinnert Baumgärtner. Die System-Hersteller bemühen sich, diese Abschottung aufrechtzuerhalten, um ihr Geschäft zu sichern.

Dabei wäre eine IT-Vernetzung aus seiner Sicht gar nicht einmal sehr teuer. Baumgärtner rechnet pro Praxis um die 3.000 Euro. „Damit Ärzte hier arbeiten, muss man für sie einen Mehrwert schaffen“, sagte er. Schließlich müssten diese ja ihre Angestellten bezahlen, auch bestehe ein großer Nachholbedarf. Vielleicht, fügte er hoffnungsvoll hinzu, „kommen wir im nächsten Jahr damit endlich weiter“. ■■

Klaus Schmidt



KV-Wahl 2016

MEDI Südwest steckt Ziele für Wahlkampf fest

Zur KV-Wahl im kommenden Herbst wird MEDI Südwest wieder mit einer gemeinsamen Liste von Haus- und Fachärzten antreten. Möglichst viele Mediziner sollen von den Vorteilen dieser fachübergreifenden Konstruktion überzeugt werden.



Dr. Ralf Schneider



Frank Fasco

Mit der gemeinsamen Liste will MEDI Südwest bewusst einen Gegenentwurf zu den beiden „Schwerge- wichten“ in der Vertreterversammlung der KV Rhein- land-Pfalz setzen: der Liste „Hausärzte“ und der Fach- arztliste „FaiRLP“, die gemeinsam 20 der 36 Sitze in dem Gremium haben. „Wir können nur gemeinsam stark bleiben“, formuliert Dr. Ralf Schneider, Vorsit- zender von MEDI Südwest, die Marschrichtung. Die Politik nutze die Interessenkonflikte der niedergelas- senen Haus- und Fachärzten und spiele beide Berufs- gruppen gegeneinander aus, so Schneider. Der Pirmas- ensener Orthopäde Frank Fasco ist auch der Über- zeugung, dass nur ein gemeinsames Auftreten dazu führt, „dass wir wieder von der Politik ernst genom- men werden“. Fasco sitzt gemeinsam mit Schneider und dem Trierer Hausarzt Michael Siebert für die MEDI-Liste in der Vertreterversammlung der KV.

Gegen Terminservicestellen

Auch wenn die Vorbereitungen für den Wahlkampf erst langsam anlaufen, stehen die wichtigsten Ziele schon fest: „Wir sind gegen die Terminservicestellen und werden sie weiter bekämpfen“, kündigt Fasco an. Gerade in Ärztenetzwerken, wie sie von MEDI auf- gebaut wurden, funktioniert die schnelle Terminver- gabe reibungslos – auch und gerade zwischen Haus- und Fachärzten. Der Orthopäde, der auch Landes- vorsitzender des Berufsverbandes der Orthopäden und Unfallchirurgen Rheinland-Pfalz ist, kandidiert auch dieses Mal wieder auf der gemeinsamen MEDI- Liste. „Da muss ich als Fachverbandsvorsitzender schon einen Spagat machen, aber die Gräben zwis- chen Haus- und Fachärzten sind sinnlos und schwä- chen uns“, begründet Fasco seine Kandidatur.

Die MEDI-Liste vertrete schließlich auch die Inte- ressen der Fachärzte. So werde man sich weiter für den primären Zugang von Patienten zu Fachärzten und gegen das von der Politik angestrebte Primär- arztssystem engagieren, erläutert Fasco. Der Germers- heimer Chirurg und MEDI-Vorstand Dr. Ulrich Glatzel betont, dass die freie Berufsausübung als Facharzt auch in Zukunft gewährleistet sein muss, für nieder- gelassene Fachärzte ebenso wie für angestellte „frei- berufliche“ Fachärzte, die zu oft dem ökonomischen Druck der Verwaltungen ausgesetzt sind. „Eine einge- schränkte Behandlungsfreiheit durch externe Pseudo- qualitätsmaßnahmen, zum Beispiel einer Behand- lungsvorschrift anstatt einer Leitlinienkultur, soll und darf es nicht geben“, so Glatzel.



Dr. Ulrich Glatzel

» *Gemeinsam stark bleiben* «

MVZs in MEDI-Regie?

Neben dem Widerstand gegen die Terminservicestellen werden aber auch die Themen Ärztemangel auf dem Land und Praxisübergabe im Wahlkampf auftauchen. Allein in der strukturschwachen Westpfalz mit den Städten Pirmasens und Zweibrücken müssen bis 2020 etwa 60 Prozent der Hausarztstellen nachbesetzt werden.

Viele junge Mediziner scheuen aber das Risiko, in ländlichen Gegenden eine Praxis zu übernehmen. MEDI wirbt deshalb verstärkt für das Modell von Ge-

meinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) in der Hand von Ärzten (*siehe auch Artikel auf Seite 16*).

Hier kann sich Schneider auch ganz neue Perspektiven für MEDI Südwest vorstellen: „Wir prüfen derzeit, ob wir als Ärzteverbund MVZs finanzstarken Investoren überlassen können.“

MEDI Südwest will seinen Kandidatenliste für die KV-Wahl im ersten Quartal 2016 aufstellen. Danach wird es mit dem Wahlkampf richtig losgehen. 

Martin Heuser



Dr. Dieter Baumgärtner

Facharzt für Allgemeinmedizin, Bietigheim-Buch

Er ist nicht nur Arzt und der jüngere Bruder von Dr. Werner Baumgärtner, Dr. Dieter Baumgärtner ist auch von Anfang an bei MEDI dabei. Und er ist FDP-Kandidat im Wahlkreis Bietigheim-Bissingen für die baden-württembergische Landtagswahl am 13. März.

Was die Baumgärtner-Brüder wohl gemein haben ist, „dass wir zur aktiven Sorte gehören“, schmunzelt Dieter Baumgärtner. In der Berufspolitik hat er sich lieber im Verein Notfallpraxis, als Sprecher der Bietigheim-Bissingener Ärzteschaft und in der FDP engagiert. Die Höhen und Tiefen der Partei hat er miterlebt, gezweifelt hat er an seinen Zielen nie. „Natürlich wäre manches einfacher gewesen in der C-Partei“, gibt er zu. Aber dort fühlt er sich nicht aufgehoben. „Die marktwirtschaftliche Position und die Unterstützung der Freiberufler hat in der CDU erheblich abgenommen“, kritisiert er vorsichtig. Seiner Auffassung nach hatte die FDP Akzeptanzprobleme wegen des Führungspersonals, nicht wegen der politischen Inhalte.

» Im Landtag sollten auch
Freiberufler sitzen «

Aber er findet, dass nicht alles schlecht war. „Philipp Rösler hat eine Menge für uns Ärzte getan“, sagt der MEDI-Arzt. Dabei denkt er zum Beispiel an den Grundsatz „Beratung vor Regress“. „Wir wären heute froh, wenn solche FDP-Elemente in der aktu-

ellen Gesundheitspolitik vertreten wären“, so Baumgärtner. Obwohl das Versorgungsstärkungsgesetz seiner Auffassung nach auch positive Seiten hat. Die Möglichkeit, fachgleiche MVZs aufzubauen ist für ihn eine richtig gute Perspektive.

Der FDP-Politiker

Seit 28 Jahren ist er in Bietigheim-Buch niedergelassen. Neben der hausärztlichen Tätigkeit engagiert er sich ebenso lange als Behinderten- und Rehabilitationsarzt. Nach fast 30 Jahren als niedergelassener Arzt könnte sich noch einmal eine einschneidende Veränderung in seinem Berufsleben ergeben. Entweder, so seine Überlegung, arbeitet er „bis 70 oder so lange es geht“ weiter in der Praxis. Oder aber er wird am 13. März für die FDP in den baden-württembergischen Landtag gewählt und lässt die Praxisarbeit auf kleiner Flamme weiterköcheln. Seine Chancen dafür stehen wohl gar nicht so schlecht.

Zuerst wollte Baumgärtner ablehnen, als er gefragt wurde, ob er sich für den Landtag aufstellen lassen würde. Die Arbeit in der Praxis neben einer Abgeordnetentätigkeit, auch schon der Wahlkampf, erschienen ihm unrealistisch. „Ich bräuchte einen Assistenten und den bekommt man heute nicht so leicht“, erklärte er. Kurz darauf bewarb sich aber tatsächlich ein junger Kollege bei ihm, damit waren die Weichen gestellt.

Mit einer gewissen Selbstironie bezeichnet sich

Mit Bruder Werner
Baumgärtner in
Florida auf dem Weg
zum Angeln.

Baumgärtner als Parteisoldat: immerhin ist er seit sieben Jahren FDP-Mitglied und sitzt seitdem auch im Stadtrat. Deshalb ist er auch Mitglied in einigen Aufsichtsräten der Kliniken zwischen Heilbronn und Stuttgart. Eine Tätigkeit, die ihn nicht nur aus politischen Gründen interessiert, sondern natürlich auch als Arzt. „Ich weiß, welche Probleme die Kliniken und Pflegeeinrichtungen haben“, sagt er und berichtet von unterschiedlichen Kostenschlüsseln bei Krankenhäusern mit kommunalen oder privaten Trägern. Oder von sinkenden DRG-Werten und dem Vorwurf künstlicher Fallsteigerungen. „Ein unsinniger Vorwurf“, kontert er, „die steigenden Fallzahlen sind ganz klar der demografischen Entwicklung geschuldet“.

Auch in der Umgebung von Bietigheim-Bissingen werden Klinik-Schließungen diskutiert – und Baumgärtner diskutiert engagiert mit. Gerne plädiert er für einen Plan B als Alternative zur Schließung, für Gespräche zwischen Klinikgeschäftsführung, niedergelassenen Ärzten, Ärzteverbänden und KV. Sein Ziel wäre hier die Gründung eines Gesundheitszentrums (MVZ). „Für niedergelassene Ärzte ist eine solche Kooperation zukunftsfähig“, erklärt er, „außerdem ist sie im Verbund für den Nachwuchs sehr attraktiv, so dass man später mit hoher Sicherheit Praxisnachfolger findet. Und die medizinische Versorgung wäre auch gesichert.“

Praxis statt Theorie

Als Politiker sieht er seine Aufgaben folglich vor allem im Bereich der Gesundheitspolitik. Ihm ist es wichtig, dass auch Ärzte aus der Praxis im Landtag sitzen sollten. Die Parlamente sind seiner Erfahrung nach voller Angestellter und Beamter, Freiberufler sind im Landtag die absolute Ausnahme. „Ärzte gibt es zwar einige in der Politik“, sagt er trocken, „zum Beispiel Prof. Karl Lauterbach, auf dessen Vorstellungen viele Aspekte des Versorgungsstärkungsgesetzes beruhen, der aber einen Praxisbetrieb nur vom Hörensagen kennt.“



Foto: privat

Baumgärtner ist sicher, dass die meisten Kollegen andere gesundheitspolitische Vorstellungen haben als der eher theoretisch orientierte SPD-Mediziner. Als Stichworte fallen ihm die „inzwischen entschärften Zwangsaufkäufe von Arztpraxen in überversorgten Gebieten“ durch die KVen ein. Oder die Portalpraxen. „Das Geld dafür soll aus dem ambulanten Topf kommen, während die Kliniken Betreiber wären“, schimpft er, „und zwar bei deutlich höherer Dotierung für die erbrachten Leistungen.“ Es ärgert ihn, dass die Niedergelassenen teure Klinikstrukturen mitfinanzieren müssten.

Außerdem gibt es seiner Einschätzung nach bereits eine ausreichende Zahl von Notfallpraxen in Kliniken, wie etwa die Notfallpraxis in Bietigheim. Baumgärtner ist ihr Begründer und war elf Jahre lang Vorsitzender des Vereins. „Aber als die KV die Neuordnung der Notfallversorgung in die Hände nahm, habe ich das Amt niedergelegt“, sagt er, „der Betrieb lief ja jetzt gut.“

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Dr. Dieter Baumgärtner

Ausflüge zum Angeln

Neben dem Leben als Arzt und Politiker hat Baumgärtner auch ein Privatleben, über das er zufrieden berichtet. Er treibt gerne Sport. Früher war es vor allem Handball, Fußball oder Mannschaftstennis. Inzwischen macht das eine Knie nicht mehr so gut mit, deshalb hat er sich auf Radfahren und Fitnesstraining verlegt. Wenn die Zeit dafür reicht, spielt der Arzt auch gerne Gitarre und Klavier. Er ist verheiratet, hat drei Töchter und zwei Enkelkinder – die Familie spielt eine wichtige Rolle.

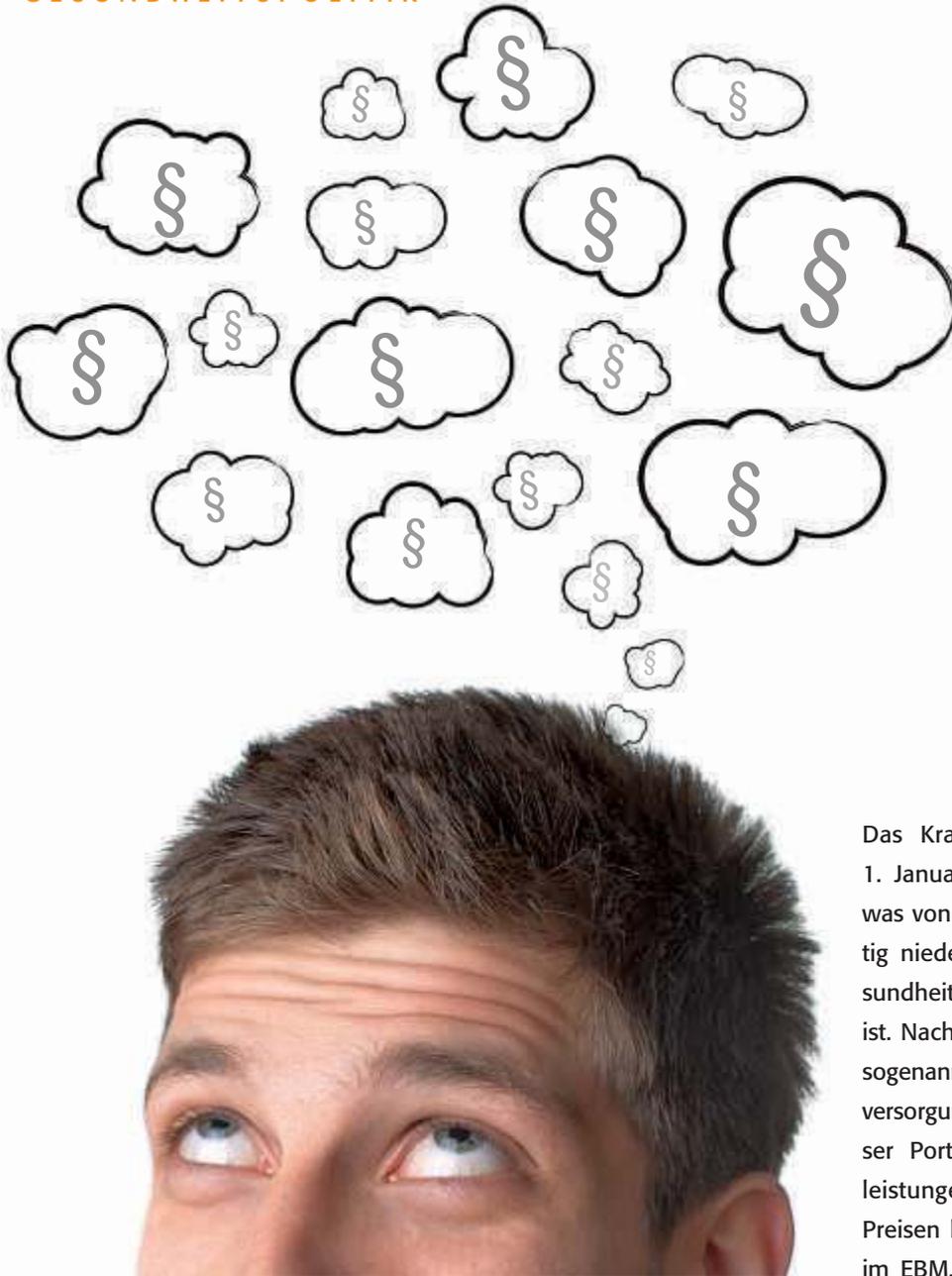
Baumgärtner erinnert sich auch gerne an seine eigene Kindheit und Jugend, an Highlights wie die Familienausflüge zum Angeln. Ein gerne gepflegtes Ritual in den Sommerferien waren die Männer-Ausflüge, bei denen die Brüder Dieter und Werner zu-

sammen mit dem Vater und dem Großvater ins Grüne fahren. Am Lagerfeuer gab es dann Steckerfisch mit einer Gewürzmischung nach Familienrezept.

Das Angeln ist auch heute noch ein Hobby der Baumgärtners. Allerdings finden die Abenteuer heute nicht mehr im Schwabenländle statt, wo es dafür „ein bisschen eng“ ist. Zum Glück haben die Brüder Alternativen gefunden. Der Angeltrip letztes Jahr in Florida zum Beispiel, wo sie es bei meterhohen Wellen dann doch nicht mehr so lustig fanden – aber aufregend. Oder der Urlaub in Irland. Er gerät heute noch ins Schwärmen, wenn er beschreibt, wie groß die Hechte waren, die sie aus dem Wasser gezogen haben.

Bei aller Schwärmerei ist doch klar, dass Baumgärtner in seinem Leben andere Schwerpunkte setzt als das geruhsame Entspannen am einsamen See. Er liebt seinen Beruf. „Das hat schon was“, sagt er, „wenn man Patienten hat, die man vom Enkel bis zur Großmutter kennt. Doch, ich bin wirklich sehr gerne Arzt.“

Ruth Auschra



Das bringen die neuen Gesetze

Die Bundesregierung will den Wandel im Gesundheitswesen vorantreiben - und nimmt dabei wenig Rücksicht auf die Belange der niedergelassenen Ärzte. Zu Beginn des Jahres stehen drei Gesetze im Fokus.

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das am 1. Januar in Kraft getreten ist, zeigt einmal mehr, was von den vielen Lippenbekenntnissen, wie wichtig niedergelassene freiberufliche Ärzte für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sind, zu halten ist. Nach dem KHSG sollen an den Krankenhäusern sogenannte Portalpraxen für die ambulante Notfallversorgung eingerichtet werden. Alle Leistungen dieser Portalpraxen und alle weiteren Notfalldienstleistungen der Krankenhäuser sollen zu festen Preisen bezahlt werden, die deutlich höher sind als im EBM. Ihre Bezahlung geht zulasten der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte. Damit nicht genug: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist ab sofort im erweiterten Bewertungsausschuss stimmberechtigt und entscheidet damit auf Bundesebene mit über die Honorierung ambulanter Leistungen.

„Hier werden in einem gigantischen Umfang Leistungen zu festen Preisen ins System gedrückt“, erklärt Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI GENO Deutschland. „Die verbleibenden Leistungen, für die dann noch weniger Geld zur Verfügung stehen wird, darben weiter vor sich hin“, ergänzt Frank Hofmann, Vorstand der MEDIVERBUND AG.

„An die schwarz-rote Koalition richten wir die Forderung, dass die Politik des Umverteils aus dem ambulanten Bereich sofort beendet wird“, verlangt Baumgärtner. „Wenn die Notfalldienstleistungen am Krankenhaus fest und vierfach höher bezahlt werden

sollen, fehlt uns jedes Verständnis, warum das nur dort gelten soll und wir als niedergelassene Ärzte in der ‚Muschelwährung‘ gehalten werden“, kritisiert er.

Straffer Zeitplan für die elektronische Vernetzung

Bei der elektronischen Vernetzung im Gesundheitswesen drückt die Bundesregierung mit dem E-Health-Gesetz, das ebenfalls Anfang des Jahres in Kraft getreten ist, nach Jahren des Stillstands jetzt aufs Tempo. Mit dem Gesetz sollen moderne Informations- und Kommunikationstechnologien in der medizinischen Versorgung etabliert und die digitale Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen vorangebracht werden. „Dabei stehen Patientennutzen und Datenschutz im Mittelpunkt“, betonte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Bundestag. Zugleich musste er jedoch einräumen, dass die IT-Industrie derzeit „große Probleme hat, die notwendige Technik bereitzustellen“.

Ungeachtet dessen wolle Gröhe aber an dem im

E-Health-Gesetz festgeschriebenen Zeitfenster für die bundesweite Einführung der Telematik-Infrastruktur, beginnend ab Mitte 2016, festhalten. Nach seiner Aussage bleibt es dabei: Bis Mitte 2018 sollen Arztpraxen und Krankenhäuser flächendeckend an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein.

Zu den Schwerpunkten des E-Health-Gesetzes gehören:

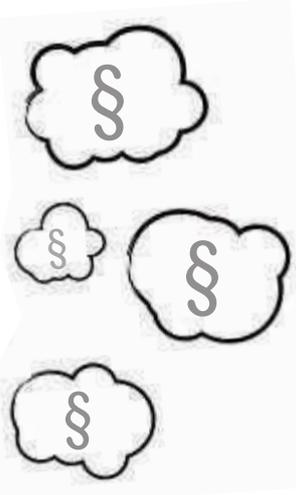
- Ein modernes Stammdatenmanagement, das als erste Online-Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte nach erfolgreichem Probelauf bis Mitte 2018 flächendeckend eingeführt werden soll. Ab 1. Juli 2018 sind pauschale Kürzungen der Vergütung der Ärzte und Zahnärzte vorgesehen, die nicht an der Online-Prüfung der Versichertenstammdaten teilnehmen.
- Medizinische Notfalldaten (Allergien, Vorerkrankungen) sollen ab 2018 auf Wunsch des Versicherten auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden.



Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Das bringen die neuen Gesetze



- Menschen, die drei oder mehr Arzneimittel anwenden, haben ab Oktober 2016 einen Anspruch auf einen Medikationsplan. Ab 2018 soll er auch in elektronischer Form verfügbar und von der Gesundheitskarte abrufbar sein. Das Ziel ist mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie.
- Um die Ausgabe der Heilberufsausweise zu unterstützen, mit denen Ärzte auf die sensiblen Daten der Gesundheitskarte zugreifen können, werden elektronische Arztbriefe bereits vor Einführung der Telematik-Infrastruktur gefördert, wenn dafür ein elektronischer Heilberufsausweis mit elektronischer Signatur verwendet wird. Die Anschubfinanzierung, mit der nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums ein höheres Datenschutz- und Sicherheitsniveau in der elektronischen Kommunikation erreicht wird, gilt mindestens für 2017.
- Ab 2019 soll die elektronische Patientenakte als freiwillige Anwendung für die Versicherten zur Verfügung stehen. Sie soll unter anderem den Notfalldatensatz, den Medikationsplan, Arztbriefe und weitere medizinische Dokumente, wie etwa den elektronischen Mutterpass oder den Impfpass, aufnehmen.
- Auf der elektronischen Gesundheitskarte soll es ab 2019 auch ein Patientenfach geben, in dem eigene Daten wie ein Patiententagebuch über Blutzuckermessungen oder Daten von Wearables und Fitnessarmbändern abgelegt werden können.
- Zur Förderung der Telemedizin wird die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen ab April 2017 und die Online-Videosprechstunde ab Juli 2017 in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen.

Mit der Begründung, dass Hausärzte in der Versorgung und bei den ersten Anwendungen der Gesundheitskarte eine wichtige Rolle spielen, soll der Deutsche Hausärzterverband festes Mitglied im Beirat der gematik werden. „Wir begrüßen das als ersten richtigen Schritt“, sagt Werner Baumgärtner. „Allerdings

sollten wir als fachübergreifender Verband und Managementgesellschaft für Facharztverträge daran beteiligt werden.“

Um telemedizinische Anwendungen in die Fläche zu bringen, muss sichergestellt sein, dass die unterschiedlichen IT-Systeme miteinander kommunizieren können. Deswegen soll die gematik bis zum 30. Juni 2017 ein Interoperabilitätsverzeichnis erstellen, das die von den verschiedenen IT-Systemen im Gesundheitswesen verwendeten Standards transparent macht.

Neue Anwendungen sollen nur noch dann von der GKV finanziert werden, wenn die im Gesetz vorgesehenen Festlegungen und Empfehlungen der gematik aus dem Interoperabilitätsverzeichnis berücksichtigt werden. „Wir müssen darauf achten, dass unsere Projekte zur IT-Vernetzung, die bereits laufen, auch im Rahmen der neuen Telematik-Infrastruktur laufen“, betont Frank Hofmann mit Blick auf den Modellversuch in der MEDI GbR Heilbronn. Dort sind fast 100 Haus- und Fachärzte elektronisch vernetzt und tauschen praxisübergreifend Befunde, Laborwerte und Diagnosen aus.

Gewollte Kooperationen nicht kriminalisieren

Über das geplante Anti-Korruptionsgesetz debattieren die Abgeordneten schon lange. Kritiker bemängeln an dem Gesetzentwurf, dass er in einigen Punkten zu ungenau ist. Es bestehe die Gefahr, dass selbst vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollte Kooperationen zerschlagen werden. Beispiele hierfür sind die Zusammenarbeit zwischen Orthopäden und Physiotherapeuten, Ernährungsberatern und Psychotherapeuten, Onkologen und Zytostatika-Apotheken oder Zahnärzten und Geriatern.

„Es darf nicht im Gusto des jeweiligen Staatsanwalts liegen, dass Sachverhalte, die nach der Muster-Berufsordnung oder dem SGB V ausdrücklich erwünscht und nach allgemeinem Rechtsempfinden zulässig sind, kriminalisiert werden“, mahnt Hofmann. Nach Ansicht von MEDI GENO Deutschland sollte nur die vorsätzliche Tat strafbar sein. Bei Redaktionsschluss war noch nicht absehbar, in welchen Punkten der Gesetzentwurf Änderungen erfahren hat und wann das Gesetz in Kraft tritt. ■■■

Jürgen Stoschek

FÜR SIE GELESEN

Walter Möbius

Der Krankenflüsterer

Ein Diagnostiker erzählt von seinen interessantesten Fällen



Walter Möbius, geboren 1937 in Bonn, war 24 Jahre lang Chefarzt der Inneren Abteilung des Johanniter-Krankenhauses im Bonner Regierungsviertel. Im „Krankenflüsterer“ beschreibt er Episoden aus seinem Berufsleben. Das klingt nach Lebensrückschau, vielleicht sogar nach Selbstbeweihräucherung oder nach trockener Medizingeschichte. Das Buch ist überraschend anders. Der Autor greift sehr aktuelle Themen auf und stellt dabei immer wieder eine menschliche Seite der Medizin in den Fokus. Getrieben wird er von der Angst, mit der richtigen Diagnose und Therapie zu spät zu kommen.

Möbius berichtet, wie er einen „Kriegszitterer“, einen Patienten mit Hirntuberkulose oder einen Mann mit einem Schlangenbiss im südamerikanischen Urwald behandelte – Letzteren übrigens gemeinsam mit einem Schamanen. Er berichtet über seine Weigerung, den hungerstreikenden Andreas Baader von der RAF zwangs- zu ernähren. Und dann sind es wieder die alltäglichen Patienten, die er liebevoll darstellt. Möbius beschreibt und urteilt, ohne zu verurteilen.

Themen wie häusliche Gewalt, Prostitution, Drogenkonsum oder Vergewaltigung waren auch vor Jahren schon aktuell. Möbius lässt seine Anteilnahme für die Opfer durchblicken, bleibt

aber immer auf professioneller Distanz. Nur der Bericht seiner eigenen Erfahrung als Klinikpatient nach einem schweren Unfall zeigt seine Gefühle zwischen medizinischem Wissen und praktischer Ohnmacht.

In dem Buch werden auch Probleme zwischen Ärzten angerissen, unaufgeregt und doch eindrücklich: das Vertuschen von Behandlungsfehlern etwa oder der Umgang mit Fehlentscheidungen im Rahmen der Klinikhierarchie.

Der Verlag stellt mit dem Titel „Krankenflüsterer“ Möbius' diagnostische Leistungen in den Vordergrund und bezeichnet ihn als „Dr. House des wahren Lebens“. Eindrücklicher war für mich die menschliche Wärme des Arztes und sein Engagement für die Patienten. Notfalls stritt er mit Angehörigen, seinen eigenen Vorgesetzten oder dem Justizministerium für die richtige Behandlung und für seine Überzeugungen. Elke Heidenreich schreibt in ihrem Nachwort über ihren Freund Möbius: „Seine Menschenliebe ist grenzenlos“ – schön und schlicht ausgedrückt. ■ *ra*

→ **DuMont Buchverlag Köln**

2014, 256 S. Hardcover

19,99 Euro

ISBN 978-3-8321-9749-0



Gefördert wird, was allen zugutekommt

Für innovative Versorgungsprojekte stehen in den nächsten Jahren 900 Millionen Euro bereit. Was müssen Ärztenetze beachten, um einen Antrag zu stellen?

Über den Innovationsfonds sollen ab diesem Jahr in der GKV neue Projekte gefördert werden, die über die Regelversorgung hinausgehen und die das Potenzial haben, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Dafür stehen bis 2019 jedes Jahr 225 Millionen Euro zur Förderung neuer Versorgungsformen, also insgesamt 900 Millionen Euro, zur Verfügung. Weitere 75 Millionen Euro werden jedes Jahr für Versorgungsforschung bereitgestellt. Die insgesamt 1,2 Milliarden Euro werden je zur Hälfte von den Krankenkassen und vom Gesundheitsfonds aufgebracht.

Bei der Förderung durch den Fonds gehe es mehr um die Lösung bekannter Problematiken statt ganz neuer Ideen, erklärte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), bei einer Tagung in Berlin. Viele Ansätze seien schon im Kleinen erprobt worden. Nun müssen Evidenz generiert und der Transfer in die Regelversorgung ermöglicht werden. Voraussetzung dafür sei Heckens Ansicht nach eine gewisse Mindestgröße der Projekte. Die Beteiligung großer oder mehrerer kleiner Kassen sei sinnvoll, da nur mit einer relevanten Fallzahl Evidenz generiert werden könne, so Hecken.

Innovationsausschuss trifft die Entscheidungen

Welche Projekte gefördert werden, entscheidet ein zehnköpfiger Innovationsausschuss beim G-BA. Ihm gehören drei Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, je ein Vertreter der KBV, der KZBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der GB-A-Vorsitzende, zwei Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums und ein Vertreter des Bundesforschungsministeriums sowie zwei Patientenvertreter (mit Mitberatungs- und Antragsrecht) an. Unter Heckens Vorsitz wird der Ausschuss die Schwerpunkte und Kriterien zur Vergabe der Mittel festlegen und über eingegangene Förderanträge entscheiden. Daneben gibt es noch einen Expertenbeirat aus Wissenschaft und Praxis, dessen Mitglieder vom Bundesgesundheitsministerium berufen werden, sowie eine Geschäftsstelle.

Warten auf die Förderkriterien

Wichtige Förderkriterien werden die Verbesserung von Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz, die Behebung von Versorgungsdefiziten und die Verbesserung der Zusammenarbeit von Sektoren, Versorgungseinrichtungen oder Berufsgruppen sein. Einzelheiten dazu waren bei Redaktionsschluss allerdings noch nicht bekannt.

Schwerpunkte könnten Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten oder die Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten sein. „Auch das Pflegeheim und der Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung scheinen wichtig zu sein“, vermutet Frank Hofmann, Vorstand der MEDIVERBUND AG. Bei den Förderschwerpunkten werde man sich wohl an den in der Gesetzesbegrün-

dung genannten Beispielen orientieren, aber auch neue Themen zulassen.

Zum Kern eines Förderantrags würde üblicherweise die Darstellung des Projekts mit Beschreibung von Versorgungsdefiziten und Verbesserungsmöglichkeiten gehören, erläutert Hofmann. Außerdem werde ein Finanzierungskonzept mit Sach- und Personalkosten sowie einer Abgrenzung zu den Leistungen der Regelversorgung erwartet. Für die Evaluation, die durch unabhängige Dritte erfolgen muss, sollten messbare Evaluationsparameter genannt werden, die eine statistisch signifikante Aussage ermöglichen.

Erste Genehmigungen im Sommer?

Unklar war bei Redaktionsschluss auch, welche Antragsfristen gelten werden. „Wenn der Innovationsausschuss Ende Dezember die Förderkriterien veröffentlicht, könnten Anträge bis März eingereicht und etwa acht Wochen später erste Genehmigungen er-

teilt werden“, meint Hofmann. Im Gespräch sei auch, dass es pro Jahr zwei bis drei Ausschreibungsrunden geben soll. Damit Anträge nicht an formalen Hürden scheitern, sind Beratungsgespräche und Nachbesserungsmöglichkeiten geplant. Alle positiven und negativen Förderbescheide sollen veröffentlicht werden. Bei den abgelehnten Bescheiden sollen die Gründe jedoch nicht bekannt gemacht werden.

Gefördert werden aus dem Innovationsfonds nur die Kosten, die nicht in der Regelversorgung bezahlt werden, also nicht die medizinischen Leistungen selbst. Auch Produktinnovationen sind von der Förderung ausgeschlossen. Die förderfähigen Kosten werden dabei zu 100 Prozent übernommen, eine Teilfinanzierung ist nicht vorgesehen. ■■■

Jürgen Stoschek

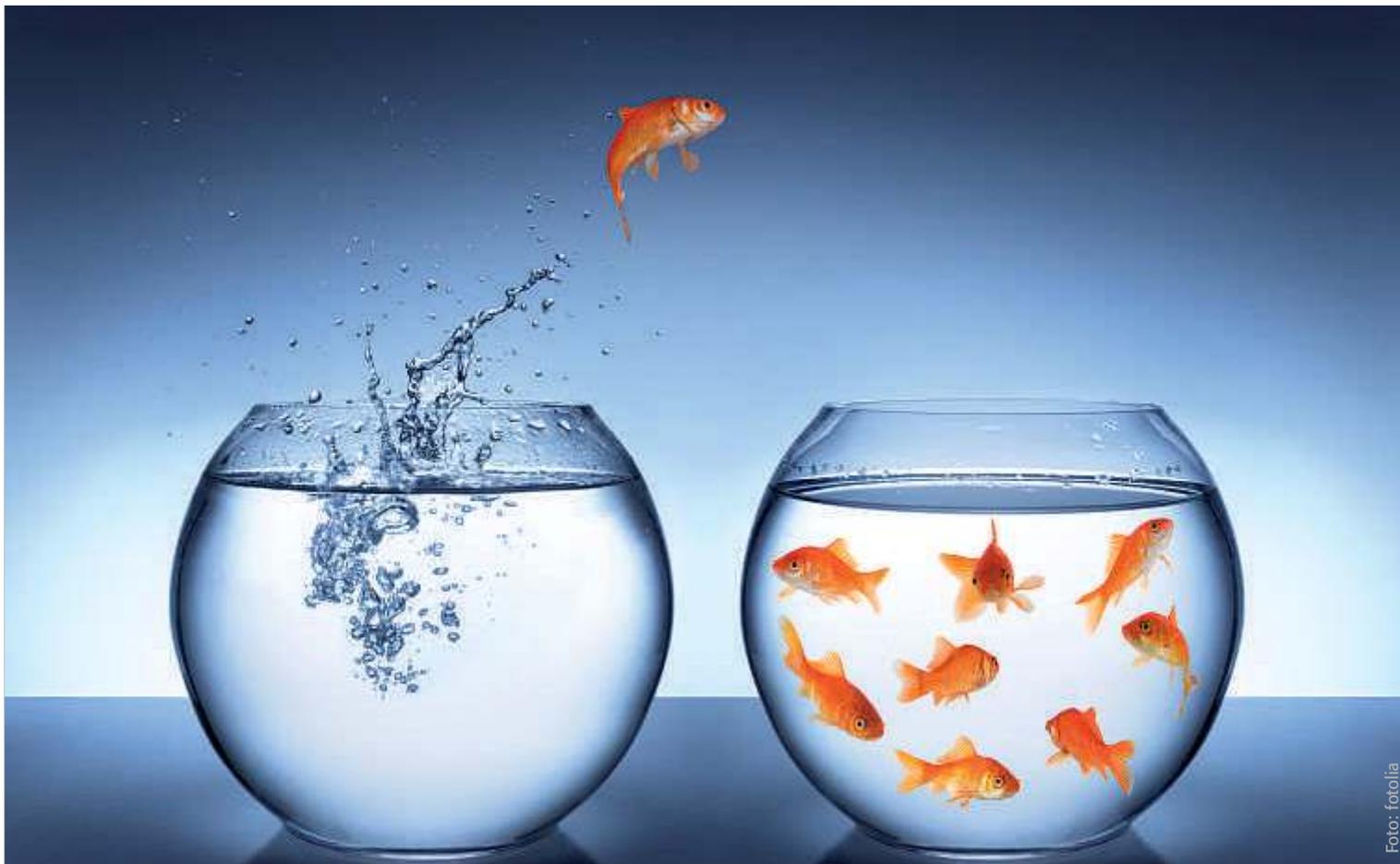


Foto: fotolia

Jetzt Vorteile sichern und Mitglied werden!

Die Auswirkungen der politischen Reglementierung und Beeinflussung im Gesundheitswesen zeigen sich in den ökonomischen Problemen und wirtschaftlichen Zwängen der Arztpraxen. Ärzten, die laut Hippokratischem Eid in ihren Entscheidungen frei und unabhängig sein sollten, werden Rahmenbedingungen auferlegt, die zu Recht als unwürdig empfunden werden und darüber hinaus das „Unternehmen Arztpraxis“ in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährden.

Einige standespolitische Vertreter schimpfen zwar lautstark über politisch verordnete Regelleistungsvolumen, Fallzahlzuwachsbeschränkungen, Regresse, unsichere Honorare und Budget-Kürzungen – unterm Strich billigen sie jedoch die von der Politik vorgegebenen Entscheidungen und deren Umsetzung.

Mit der Entwicklung des 5-Säulen-Modells hat unser MEDI Verbund einen anderen Weg eingeschlagen. Die 5 Säulen eröffnen Ihrer Praxis völlig neue Perspektiven, indem sie individuelle, standesrelevante Möglichkeiten für patientenorientierte Gesundheitsversorgung und wirtschaftliches Wachstum anbieten. Nehmen Sie sich die Zeit, denn es geht um die Zukunft Ihrer Praxis.

1. Kollektivvertrag

Bleibt auch künftig eine wichtige Einnahmequelle für die Praxen. Hier lautet unsere Kernforderung: endlich eine angemessene und feste Bezahlung unserer Arbeit in Euro und Cent. Dafür machen wir uns im KV-System und bei der Politik stark.

2. Selektivverträge für Haus- und Fachärzte

Bieten Planungssicherheit und eine deutlich bessere Vergütung als der Kollektivvertrag. Deswegen helfen sie insbesondere Versorgerpraxen mit wenigen Privatpatienten dabei, ihre Existenz zu sichern. Unser Ziel ist es, solche Verträge für alle Fachgruppen und mit allen Krankenkassen abzuschließen. Selektivverträge verbessern die Patientenversorgung und mindern den ärztlichen Nachwuchsmangel.

3. Kostenerstattung

Sorgt für Transparenz und reduziert die Bürokratie. Privatpatienten und Selbstzahler sind für viele Praxen existenziell. Deswegen setzen wir uns für den Erhalt der PKV ein und fordern eine neue GOÄ. Aus unserer Sicht ist es selbstverständlich, dass sie nach über 20 Jahren Gültigkeit angehoben wird.

4. Individuelle Gesundheitsleistungen

Sind bei einer steigenden Nachfrage nach Gutachten, Bescheinigungen, reisemedizinischen und sonstigen von den Patienten gewünschten Leistungen unabdingbar. Wir setzen uns für Transparenz beim Angebot und bei den Preisen der einzelnen Leistungen ein und haben dazu einen Katalog entwickelt.

5. Einzelverträge mit Krankenhäusern

Krankenhausaufenthalte können durch ambulante Voruntersuchungen und poststationäre Weiterbehandlungen verkürzt werden. Diese Behandlungen müssten die Krankenhäuser vergüten, weil sie in ihren DRG enthalten sind. Da der § 115a SGB V im VStG sinnvoll ergänzt wurde, können wir prä- und poststationäre Leistungen mit den Krankenhäusern wieder vertraglich vereinbaren.

So einfach geht's

Bitte füllen Sie den Aufnahmeantrag vollständig aus und schicken Sie ihn per Post an:

MEDI Baden-Württemberg e.V.
Mitgliederverwaltung
Industriestraße 2
70565 Stuttgart

Auszug aus der Beitragsordnung:

Für Mitglieder beträgt der Jahresbeitrag 300 Euro/Jahr in Einzelpraxen, 240 Euro/Person in einer Gemeinschaftspraxis von zwei Kollegen/innen, 210 Euro/Person bei mehr als zwei Kollegen/innen bzw. wenn die Mitglieder der Gemeinschaftspraxis in einem Verwandtschaftsverhältnis zueinander stehen.

Die Mitgliedschaft in der MEDI GbR ist kostenlos.

→ Die gültige Satzung des MEDI Verbunds und die GbR-Verträge finden Sie unter www.medi-verbund.de.

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Titel/Name _____

Vorname _____

Fachgebiet _____

LANR _____ BSNR _____

Straße _____

PLZ _____ Praxisort _____

Gemeinschaftspraxis mit _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

meine Aufnahme als Einzelmitglied in den MEDI Verbund und in die zugehörige MEDI GbR. Ich bin als Vertragsarzt/Vertragsärztin, als ermächtigte/r Arzt/Ärztin oder als psychologische/r Psychotherapeut/in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt. Mit der Aufnahme erkenne ich die Regelungen in den Satzungen des MEDI Verbunds und der MEDI GbR als für mich verbindlich an.

Datenschutzerklärung:

Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine Daten weiteren MEDI-Geschäftspartnern für die Zusendung von Informationen und zur direkten Kontaktaufnahme zur Verfügung gestellt werden: ja nein

Datum _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den fälligen Jahresbeitrag von meinem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Unterschrift _____



Wer nicht zur Fortbildung geht, riskiert seine Zulassung

Die Verletzung der ärztlichen Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V kann zum Zulassungsentzug führen! Selbst dann, wenn persönliche schwierige Lebensumstände vorliegen. Das hat das Bundessozialgericht bestätigt.

In dem verhandelten Fall hat eine Ärztin im Fünfjahreszeitraum statt der für sie erforderlichen 250 nur 21 Fortbildungspunkte nachweisen können. Auch in den darauffolgenden zwei Jahren hat sie die erforderlichen Punkte nicht nachgewiesen und deswegen Honorarkürzungen erhalten. Die Kassenärztliche Vereinigung hat im nächsten Schritt den Antrag auf Entziehung der Zulassung gestellt. Schließlich hat ihr der Zulassungsausschuss wegen Verletzung der Fortbildungspflicht die vertragsärztliche Zulassung entzogen.

Nach erfolglosem Widerspruch hat die Ärztin Klage gegen den Zulassungsentzug erhoben und geltend gemacht, dass sie aus privaten Gründen ihre Fortbildungspflicht nicht erfüllen konnte und im laufenden Fortbildungszeitraum bereits 249 Fortbildungspunkte nachweisen könne. Klage und Berufung blieben erfolglos, auch die Beschwerde vor dem Bundessozialgericht (BSG) wurde zurückgewiesen.

Lebensumstände spielen keine Rolle

Laut Gericht sind die Lebensumstände bei der Verletzung von Fortbildungspflichten unwichtig. Denn Gründe wie etwa die Erkrankung von Angehörigen oder Schul- und Erziehungsprobleme bei Kindern seien für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen für eine Entziehung der Zulassung vorliegen, ohne Bedeutung. „Für den Tatbestand einer gröblichen Pflichtverletzung ist nicht erforderlich, dass den Vertragsarzt ein Verschulden trifft; auch unverschuldete Pflichtverletzungen können zur Zulassungsentziehung führen“, so das BSG.

Um einen Zulassungsentzug wegen fehlender Fortbildungspunkte zu vermeiden, müssen Ärzte frühzeitig auf entsprechende Hinweise ihrer KV reagieren und die Versäumnisse nachholen. ■■■

Ivona Büttner-Kröber

→ (Az. B 6 KA 37/14 B)



Foto: fotolia

Ass. jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre Rechtsfragen



Was tue ich bei einer Abmahnung wegen unseres Internetauftritts?

In jedem Fall sollten Sie sich schnell um eine Klärung bemühen! Wer nicht reagiert, findet sich in den meisten Fällen vor Gericht wieder und darf mitunter tief in die Tasche greifen.

Wer eine Abmahnung im Briefkasten findet, hat möglicherweise gegen das Urheber- und Wettbewerbs-, Marken- oder Persönlichkeitsrecht auf seiner Praxishomepage verstoßen. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn der Internetauftritt mit Musik hinterlegt ist, die nicht lizenziert ist. Oder wenn Aussagen zu Therapiemöglichkeiten und deren Wirkungsweisen gemacht werden, die nicht ausreichend wissenschaftlich belegt sind.

Abmahnungen werden in der Regel von Anwälten oder von Interessenverbänden, wie zum Beispiel der Wettbewerbszentrale oder Verbraucherschutzverbänden, vorgenommen. Der Abgemahnte wird aufgefordert, binnen sehr kurzer Frist eine Unterlassungs-

und Verpflichtungserklärung abzugeben. Auch wird sehr häufig die Zahlung von Abmahnkosten und ggf. Schadensersatz geltend gemacht.

Ziehen Sie am besten gleich zu Beginn einen Anwalt hinzu. Er kann einschätzen, ob die Abmahnung gerechtfertigt ist, ob über den geltend gemachten Anspruch verhandelt werden kann und in welcher Form eine Unterlassungs- und Verpflichtungserklärung abgegeben werden kann oder sollte.

Da solche Erklärungen oft sehr weitreichend sind, sollten diese genau geprüft und ggf. eine eigene, modifizierte Erklärung abgegeben werden. Denn eine Pflicht, dass nur die Unterlassungserklärung des Abmahners verwendet werden darf, besteht nicht. Vielmehr hat der Abmahner nur Anspruch auf Abgabe einer rechtlich zufriedenstellenden Unterlassungserklärung. ■■■

Muss ich mich bei einem Notfall im Flugzeug als Arzt zu erkennen geben?

Ja, denn diese Hilfeleistungspflicht obliegt jedem, unabhängig von seiner Ausbildung oder seinen Fähigkeiten. Ein Arzt unterliegt hier also grundsätzlich keinen besonderen weiteren Regeln. Er hat aber eine spezielle Ausbildung und ist alleine dadurch geeignet und verpflichtet zu helfen. Auch die medizinische Berufsethik („Eid des Hippokrates“) verpflichtet ihn, jedem Kranken ohne Ansehen seiner Person

oder Herkunft Hilfe zu leisten.

Kommt der Arzt dieser Verpflichtung nicht nach, macht er sich der unterlassenen Hilfeleistung nach § 323c StGB strafbar, die mit Geldstrafe oder gar einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr geahndet werden kann. Denn bei Unglücksfällen oder Not müssen auch nicht medizinisch Ausgebildete Hilfe leisten, sofern sie sich nicht selbst in Gefahr bringen. ■■■



Foto: fotolia

Passgenaue Versicherungen für Mitglieder

MEDI GENO Deutschland startet das neue Geschäftsfeld Assekuranz: Der Ärzteverband will auf Praxischefs zugeschnittene Policen zu attraktiven Konditionen anbieten.

MEDI GENO Deutschland steigt in den Assekuranzmarkt ein und will Mitgliedern Versicherungsprodukte anbieten, die auf die Bedürfnisse niedergelassener Ärzte zugeschnitten sind. Dabei wird man insbesondere auf das Know-how der Ärztedienstleistungsgesellschaft (ädg) in Schleswig-Holstein zurückgreifen, ein Geschäftsbesorgungsvertrag regelt dafür die Einzelheiten.

Denn die ädg ist schon seit Jahren als Versicherungsmakler für die Ärztenossenschaft Nord und die Ärztenossenschaft Niedersachsen-Bremen aktiv. Im März 2013 haben MEDI Deutschland und die Ärztenossenschaft Nord unter dem Dach von MEDI GENO Deutschland ihre politischen und standespolitischen Interessen und Ziele gebündelt. „Dieser Zusammenschluss hat nicht nur eine poli-

tische, sondern auch eine wirtschaftliche Komponente“, sagt Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI GENO Deutschland.

Unterschiedliches Portfolio

Das wirtschaftliche Portfolio von MEDI und den Ärztenossen sei sehr unterschiedlich, „passt aber gut zusammen“, so Baumgärtner. MEDI habe sich in den vergangenen Jahren stark auf die Entwicklung von Haus- und Facharztverträgen sowie das Vertragsmanagement konzentriert. „Jeder Vertrag, den wir verhandelt haben, hat uns im Vorlauf mindestens eine Million Euro gekostet. Das hätte MEDI nie ohne eine Aktiengesellschaft stemmen können, in der unsere wirtschaftlichen Aktivitäten gebündelt und zum Beispiel auch Facharztverträge quer finanziert werden“, erläutert Baumgärtner. Die wirtschaftlichen Aktivitäten von MEDI seien kein Selbstzweck, „sondern immer darauf ausgerichtet, dass das einzelne MEDI-Mitglied im Gesundheitsmarkt einen Vorteil hat“.

Jetzt steigt MEDI in den Assekuranzmarkt ein. „Dabei bedienen wir uns beim Know-how und der Infrastruktur der Ärztedienstleistungsgesellschaft“,

sagt Sven Kleinknecht, Bereichsleiter Business bei der MEDIVERBUND AG. Zwar gebe es in diesem Markt schon etliche Anbieter, „aber dabei handelt es sich nicht um ärztlich geführte Unternehmen, mit dem Credo ‚von Ärzten für Ärzte‘“, sagt Kleinknecht.

Geprüfte Dienstleistungen

Alle Produkte und Dienstleistungen, verspricht Kleinknecht, „die durch unsere Hände gehen, sind geprüft und tragen einen imaginären MEDI-Stempel“. Inzwischen ist die MEDI GENO Assekuranz als Firma gegründet und ins Handels- und Vermittlerregister eingetragen worden. Operativ startet das Geschäft in diesem Jahr.

„Wir fangen schwäbisch-konservativ an, haben aber ein Potenzial von 10.000 Kunden“, kündigt Baumgärtner an. Ein großes Thema sei beispielsweise die Berufshaftpflicht, berichtet Kleinknecht. Bei mehreren Anbietern sei die Nachhaftung auf fünf Jahre nach dem Ende oder der Rückgabe der Zulassung begrenzt. Nachhaftungsrisiken könnten aber viel weiter in die Vergangenheit zurückreichen.

Geschäftsfeld Assekuranz

Die MEDI GENO Assekuranz GmbH will als Makler nicht nur Produkte vertreiben, sondern ihren Kunden auch die Bestandsverwaltung des bestehenden Versicherungsportfolios anbieten. Zurückgegriffen wird dabei auf das Know-how der Ärztedienstleistungsgesellschaft.

Die Assekuranz soll mittel- und langfristig ein neues wirtschaftliches Standbein werden, um die (berufs-)politischen Aktivitäten von MEDI zu finanzieren.

MEDI GENO betont dabei die gemeinsame Ausrichtung politischer und wirtschaftlicher Aktivitäten: „Wir bauen ein Unternehmen aus, das Ärzten gehört und das gute Rahmenbedingungen für Ärzte schaffen will“, sagt Vorstandsvorsitzender Dr. Werner Baumgärtner. 

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Passgenaue Versicherungen für Mitglieder

Zeitlich unbegrenzte Nachhaftung

Die MEDI GENO Assekuranz werde dagegen Berufshaftpflichten mit besonderen Einschlüssen anbieten, kündigt Kleinknecht an. Ein weiterer Vorteil werde darin bestehen, dass auch angestellte Ärzte in der Praxis durch die Police erfasst und somit nicht mehr separat versichert werden müssen. Es gehe dem neuen Unternehmen darum, seine Kunden

qualitativ zu betreuen. Die Assekuranz biete dabei auch an, das gesamte Versicherungsportfolio eines Kunden zu betreuen, um ihn auf Deckungslücken oder Optimierungsmöglichkeiten hinzuweisen.

Dabei werde das neue Unternehmen unter Rückgriff auf die ädg-Dienstleistungsgesellschaft alle für Praxischefs relevanten Versicherungsprodukte anbieten können. Rund 200 Kunden möchte die Assekuranz in diesem Jahr gewinnen, sagt Kleinknecht.

Nachdruck aus der »Ärzte Zeitung« vom 16.12.2015.

Der Originaltitel wurde aus layouttechnischen Gründen angepasst.

Wirtschaftliche Aktivitäten im MEDI Verbund

Die wirtschaftlichen Aktivitäten von MEDI sind in der MEDIVERBUND Aktiengesellschaft gebündelt. Sie gehört Ärzten und ist rechtlich und wirtschaftlich selbstständig. Sie steuert und organisiert sämtliche wirtschaftliche Aktivitäten des MEDI Verbunds. Dazu gehören insbesondere:

- **Haus- und Facharztverträge sowie Integrationsverträge**

Hierzu zählen insbesondere die Hausarztverträge mit der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK und weiteren Krankenkassen. Hinzu kommen Facharztverträge in den Gebieten Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (PNP) sowie Orthopädie. 2016 soll der Facharztvertrag zur Urologie starten.

- **IFFM**

Flankierend hat MEDI das „Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde“ gegründet. Es beschäftigt sich mit Fortbildungen und Nachschulungen im Rahmen von DMP- und Qualitätszirkelanforderungen sowie der Selektivverträge.

- **IT und Vernetzung**

MEDI ist vor zwei Jahren in den Markt der Praxisverwaltungssysteme (PVS) eingestiegen und hat dafür das Praxis-IT-Unternehmen Doc.Star gekauft. Außerdem erprobt MEDI im Pilotprojekt in Heilbronn mit fast 5.500 Versicherten und über 100 teilnehmenden Haus- und Fachärzten die Software „ViViAN“. Diese arbeitet herstellernerneutral und erlaubt es Ärzten, unabhängig von der jeweiligen PVS-Anwendung, ihre Daten auszutauschen.

- **»Arztpraxen 2020«**

Mit dem Projekt spricht MEDI Mitglieder an, die eine Abgabe ihrer Praxis erwägen, und will ihnen eine neue Berufsperspektive geben. Geholfen werden soll MEDI-Mitgliedern, ihre Praxis zusammen mit Kollegen in ein MVZ zu überführen. Da der Gesetzgeber MVZs als Struktur intensiv fördert, will MEDI mit diesem Projekt „Freiberufler-MVZs“ unterstützen.

- **Einkauf von Praxis- und Sprechstundenbedarf**

Das Lieferprogramm umfasst rund 10.000 Artikel.



Praxisbedarf: neue Angebote und neues Sortiment

Wer sich frisch niederlässt, kann bei der Erstausrüstung seiner Praxis richtig Geld sparen! Außerdem bietet die MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH nun auch Artikel aus der Medizintechnik an.



**fastorder
medical**

Auch neu:
die App für die
schnelle Online-
Bestellung.

Die waren bisher noch nicht im Sortiment enthalten, „aber mit dem stetig wachsenden Kundenstamm haben auch Anfragen nach diesen Artikeln zugenommen“, erklärt Geschäftsführer Sven Kleinknecht. In der Vergangenheit hat das Unternehmen solche Wünsche auf Anfrage erfüllt. „Das war aber mitunter sehr aufwendig und zeitintensiv“, erinnert sich Kleinknecht.

Mittlerweile konnte die Praxisbedarf GmbH feste Händlerbeziehungen für die Bereiche Medizintechnik und Praxiseinrichtung etablieren. Sie sollen auch fester Bestandteil des Sortiments werden. „Wir greifen hier auf einen speziell darauf ausgerichteten Partner im

Einkauf zurück“, so Kleinknecht. Dieser übernimmt in den MEDI-Praxen in Baden-Württemberg auch Aufbau, Installation und Einweisung in die Geräte.

Die Produktpalette reicht hier von der Untersuchungs- und OP-Leuchte über Defibrillatoren bis hin zum Lungenfunktionsgerät. „Unsere bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass es bei unseren Mitgliedern gut ankommt, wenn sie nur einen Ansprechpartner für ihren Einkauf haben“, weiß der Geschäftsführer.

Bis zu 15 Prozent Rabatt bei der Erstausrüstung!

MEDI-Mitgliedern, die sich in Baden-Württemberg neu niederlassen, macht die Praxisbedarf GmbH ein besonders attraktives Angebot: Sie bekommen für ihre gesamte Erstausrüstung bis zu 15 Prozent Rabatt.

Eine weitere Neuerung gibt es auch für MEDI-Praxen, die gerne online bestellen: Die „Fastorder Bestellssoftware“ ist jetzt nämlich auch als App verfügbar. Zu finden ist sie im App-Store und im Google-Play-Store unter „fastorder medical“. ■ as

→ Sie haben noch Fragen?

Sven Kleinknecht hilft Ihnen gerne weiter unter
Tel. 0711 806079-231
E-Mail: kleinknecht@medi-verbund.de



Am Ende des Kurses steht die Wundvisite im Klinikum Bad Cannstatt unter der Leitung von Oberarzt Wolfgang Hanel (links im Bild) auf dem Plan.

Produktneutraler Kompaktkurs zur Wundversorgung

Ein Wochenkurs beim MEDIVERBUND zum Thema „chronische Wunden“ zieht Teilnehmer von Rügen bis zum Bodensee an. Obwohl in Stuttgart kein pompöser Event mit Sterneküche & Co stattfindet, sondern ernsthafte Fortbildung, die sogar richtig Geld kostet. Trotzdem sind die Teilnehmer hochzufrieden, fast ein bisschen begeistert. Was ist da los?

Wie jeder Diabetologe hat auch Dr. Peter Mayr aus Stockach sehr häufig mit chronischen Wunden zu tun. Trotzdem machte er sich auf den Weg zur Fortbildung „Ärztlicher Wundtherapeut“, die im vergangenen Herbst in den Stuttgarter MEDI-Räumlichkeiten stattfand. Genauer gesagt: Gerade weil er so viele Diabetiker mit chronischen Wunden betreut, ist ihm eine optimale Therapie wichtig. „Die Wundtherapie hat sich in den letzten Jahren stark verändert“, sagt er – und freut sich darüber. „Wir brauchen heute nicht mehr mit Pflastern oder Binden zu arbeiten, wir können die Möglichkeiten einer stadiengerechten Wundtherapie nutzen!“ Dazu muss allerdings das entsprechende Wissen vorhanden sein.

In seiner Praxis wurden nicht zufällig mehrere Mitarbeiterinnen zu Wundassistentinnen (DDG) weiter-

gebildet. Deren Wissen ist also auf dem neuesten Stand. „Ich will alles mindestens so gut können wie meine Mitarbeiterinnen“, erklärt Mayr selbstkritisch. Der Arzt freut sich, dass seine gut ausgebildeten VERAHs selbstständig Verbandswechsel auf Hausbesuchen machen können, auch in Pflegeheimen.

Aber das reicht ihm nicht. „Die Angestellten im Heim arbeiten so, wie man es ihnen beigebracht hat“, weiß er. In der Realität ist es deshalb möglich, dass sechs Mitarbeiterinnen auf einer Station sechs unterschiedliche Formen der Wundversorgung gelernt haben und anwenden. Letztendlich hat dann der Patient das Problem – oder der Arzt! Schließlich stellt er die Diagnose und ordnet die passenden Wundtherapiemaßnahmen an. Er unterschreibt zum Beispiel auch das Rezept für Verbandmaterial und wird im Ernstfall regresspflichtig. Auch dann, wenn er sich auf die Argumentation von „Wundexperten“ verlassen hat, die im Pflegeheim ein- und ausgehen.

Beispiele aus der MEDI-Praxis

Womit wir wieder bei den guten Gründen wären, sich eine Woche lang zum Ärztlichen Wundtherapeuten fortbilden zu lassen. Mayr hatte zu dem Kurs sogar seine eigenen Patientenbeispiele mitgebracht. Das war möglich, weil er in der Praxis alle Wunden fotografisch dokumentiert – erst nach der schriftlich erteilten Erlaubnis des Patienten, versteht sich – und nicht nur, wenn diese Form der Dokumentation durch DMP oder EBM-Ziffer vorgeschrieben ist.

So konnte er einerseits mit einem gewissen Stolz zeigen, welche Wunden er bereits mit welchen Maßnahmen zum Abheilen gebracht hat. Andererseits waren die Bilder natürlich auch gut für ein kritisches Feedback von Kollegen und Wundexperten, eine Diskussionsgrundlage für neue Ideen und Einschätzungen. Ist so eine Kritik nicht auch peinlich? Der Diabetologe winkt ab: „Jeder Arzt hat doch solche Patienten, warum sollte man so etwas nicht darstellen?“ Zur Dokumentation benutzt er selbstaftende Einmal-Maßstäbe, die mit dem Namen des Patienten beschriftet werden. „Ich sehe täglich 10 bis 20 Wunden“, erläutert er. „Kein Mensch kann sich bei so vielen Wunden Größe, Tiefe und die Merkmale des Wundstadiums merken.“ Die Dokumentation erlaubt ihm eine sichere Verlaufsbeurteilung.

Mayr ist also längst ein Wundexperte. Trotzdem gibt er gerne zu, dass er von der Fortbildung profi-



MEDI-Ärztin Gisela Greschniok fand auch den rechtlichen Aspekt sehr wichtig.



„Auf Wunsch unserer Mitglieder möchten wir auch Refresher-Kurse anbieten“, stellt Angelika Böhloff in Aussicht.

»Kompetente Leitung, versierte Referenten und unsere Wünsche wurden gerne berücksichtigt«

tierte. „Die Leitung war kompetent, die Referenten sehr versiert und unsere Wünsche wurden gerne berücksichtigt“, fasst er zusammen und setzt noch ein i-Tüpfelchen drauf: „Absolut wertvoll für die Qualität der Praxis, auch wenn man dafür eine Woche raus muss.“ Die Ärztinnen und Ärzte wurden zu einer produktneutralen Fortbildung eingeladen, was der Realität auch völlig entsprach, wie der Diabetologe unumwunden bestätigt. Zum Schluss sind die Teilnehmer in der Lage, Preise und Produkte unterschiedlicher Hersteller zu vergleichen.

Der Weg nach Stuttgart hat sich gelohnt

Auch in der nicht spezialisierten hausärztlichen Praxis spielt die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden eine immer größere Rolle. Das berichtet

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Produktneutraler Kompaktkurs zur Wundversorgung



Fortbildung Ärztlicher Wundtherapeut

Der Kurs

- umfasst 48 Unterrichtseinheiten in sechs Tagen
- findet das nächste Mal am 29. Februar bis 5. März 2016 in den MEDI-Räumlichkeiten in Stuttgart statt
- wurde gemeinsam von der MEDIVERBUND AG und der Wundmitte GmbH entwickelt
- wurde von der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit 48 CME-Punkten bewertet
- wurde vom Land Baden-Württemberg von der Mehrwertsteuerpflicht befreit. ■ ra

auch Dr. Gisela Greschniok, die aus Altenkirchen zum Wundseminar nach Stuttgart angereist war. Altenkirchen liegt nahe dem Kap Arkona, an der Nordspitze der Insel Rügen. Bis zum nächsten Facharzt müssen Patienten hier rund 35 Kilometer fahren. Es ist also nicht erstaunlich, dass die Fachärztin für Allgemeinmedizin auch Patienten mit chronischen Wunden betreut.

Von Altenkirchen nach Stuttgart ist es nicht gerade ein Katzensprung. Trotzdem würde sie sich wieder so entscheiden: Der Kompaktkurs war und ist für sie praktischer als mehrfache Wochenendtermine auf dem Festland. „Der Kurs war sehr gut“, lobt sie und zählt auf, was ihr vom Rahmen her besonders gefiel:

die gute Organisation, die schönen Räume, die liebevolle und aufmerksame Betreuung vor Ort.

Aber auch an den Inhalten hat sie nichts zu meckern. „Wenn wir Teilnehmer nachgefragt oder uns auf ein Thema gestürzt haben, wurde flexibel auf unsere Wünsche reagiert.“ Sie findet, dass die moderne Wundversorgung sehr umfassend dargestellt wurde. Wundbeurteilung und stadiengerechte Behandlung sind auch für sie die wichtigsten Aspekte, um die es aus hausärztlicher Sicht ging. Dabei hebt sie hervor, dass auch etablierte, aber selten eingesetzte Methoden wie die Madentherapie („leider eine teure Sache“) vorgestellt wurden. Nicht zu vergessen die rechtlichen Aspekte der Wundversorgung. „Auch ein ganz wichtiger Gesichtspunkt.“

Wundvisite im Krankenhaus

Ein Highlight nach einer Woche geballter Theorie war sicher die Teilnahme an einer Wundvisite im Klinikum Bad Cannstatt. Gemeinsam mit Dr. Wolfgang Hanel konnten die MEDI-Ärzte die chronischen Wunden der stationären Patienten begutachten und Alternativen zum weiteren Vorgehen diskutieren. Summa summarum war dieser Wochenkurs im Ländle wohl eine runde Sache. Auf jeden Fall fanden ihn die frisch gebackenen Ärztlichen Wundtherapeuten „sehr empfehlenswert“.

Auch Angelika Bölhoff, die beim MEDIVERBUND für die Kurs-Organisation zuständig ist, zeigt sich zufrieden: „Die Stimmung war sehr gut und die Teilnehmer sind während des Kurses richtig zusammengewachsen.“ Besonders gut gefiel ihr ein Wunsch, den die MEDI-Ärzte im Rahmen der ausgiebigen Feedback-Runde formulierten: Könnte MEDI vielleicht für die Ärztlichen Wundtherapeuten einmal jährlich einen Refresher-Tag mit „Real-Life-Patienten“ anbieten, um das Wissen aufzufrischen? „Dieses Anliegen erfüllen wir gemeinsam mit unserem Partner Wundmitte GmbH sehr gerne“, verspricht Bölhoff. ■

Ruth Auschra

→ **Das nächste Seminar zum Ärztlichen Wundtherapeuten** findet vom 29. Februar bis 5. März statt und ist auf 20 Teilnehmer beschränkt.



Foto: fotolia

Laxer Umgang mit Daten trotz hoher Strafen

Seit den Enthüllungen von Edward Snowden und den Datenschutzskandalen der letzten Jahre nehmen Anfragen zur Datensicherheit und -nutzung in der Bevölkerung zu. Dagegen wird die Schutzbedürftigkeit von Daten im medizinischen Umfeld immer noch oft unterschätzt. Grund für die **MEDITIMES**, diesem Thema eine eigene Serie zu widmen.

Nicht nur Großunternehmen erhalten bei Verstößen gegen das Datenschutzrecht Bußgeldbescheide, sondern auch Arztpraxen. Es kann sowohl den Arzt, den Geschäftsführer eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder Mitarbeiter persönlich betreffen. Gleichwohl ist der Umgang mit personenbezogenen Daten in manchen Praxen immer noch lax, was angesichts der Strafbarkeitsrisiken im ärztlichen Bereich (§ 203 StGB) erstaunt.

Komplexe Rechtslage

Das liegt vielleicht auch an der komplexen Rechtslage. Grundlage für das Datenschutzrecht in der EU ist eine Richtlinie aus dem Jahr 1995, die in den einzelnen Mitgliedsstaaten mehr oder weniger gleich umgesetzt wurde, in Deutschland durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Daneben gibt es aber noch 16 Landesdatenschutzgesetze sowie die Regelungen der evangelischen und der katholischen Kirche. Datenschutzrechtliche Bestimmungen finden sich in Landeskrankenhausgesetzen und im SGB V.

Auch an einschlägige Regelungen im Telemediengesetz und im Telekommunikationsgesetz muss gedacht werden. Das Verhältnis zwischen den allgemeinen und den besonderen Regelungen des Datenschutzrechts ist in vielen Bereichen ungeklärt und umstritten. Und zu guter Letzt darf nie die ärztliche Verschwiegenheitspflicht außer Acht gelassen werden.

In naher Zukunft können sich erhebliche Veränderungen ergeben. Seit einigen Jahren wird auf europäischer Ebene eine Verordnung über den Daten-

schutz-Grundsatz diskutiert. Es ist davon auszugehen, dass diese Verordnung in den nächsten ein bis zwei Jahren in Kraft treten wird. Im Unterschied zu einer EU-Richtlinie gilt eine Verordnung direkt in den einzelnen Mitgliedsstaaten, sie muss also nicht durch nationale Gesetze umgesetzt werden.

Grundbegriffe des Datenschutzrechts

Das BDSG schützt Informationen über den einzelnen Menschen; es kommt nicht darauf an, ob die Information besonders schutzbedürftig ist. Wer diese sogenannten personenbezogenen Daten erhebt (also beschafft), verarbeitet (also insbesondere speichert, ändert oder übermittelt) oder sonst nutzt, darf dies nur, wenn der Betroffene eingewilligt hat oder eine gesetzliche Erlaubnis vorliegt.

Der Personenbezug liegt vor, wenn das Datum einer bestimmten oder bestimmbar Person zugeordnet werden kann. Es genügt also, wenn mit zusätzlichen äußeren Faktoren der Personenbezug hergestellt werden kann. Hier ist viel streitig, zum Teil

»Die ärztliche Schweigepflicht darf nie vernachlässigt werden«

vertreten auch die einzelnen Datenschutzbehörden unterschiedliche Ansichten. Die Einwilligung des Betroffenen in die Datenverwendung bedarf grundsätzlich der Schriftform und muss vom Betroffenen eigenhändig unterzeichnet werden. Das gilt für jede einzelne Maßnahme der Datenverwendung. Es muss immer überlegt werden, ob die entsprechende Maßnahme von einer Einwilligung oder einer gesetzlichen Erlaubnis gedeckt ist.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Laxer Umgang mit Daten trotz hoher Strafen



Die Autoren

Die Rechtsanwälte **Dr. Christian Wittmann** (links im Bild) und **Dr. Thomas Weimann** sind Partner in der Stuttgarter Anwaltskanzlei BRP, die die MEDIVERBUND AG bei den Praxisabgeber- und Praxisneugründerworkshops unterstützt. Wittmann ist spezialisiert auf Medizin-, Arztvertrags- und Krankenhausrecht sowie auf Insolvenzrecht. Weimann ist Fachanwalt für Informationstechnologierecht. Sein Tätigkeitsschwerpunkt liegt im IT- und Datenschutzrecht. ■■

Gesetzliche Erlaubnisvorschriften zur Übermittlung finden sich

- im SGB V
 - zur Übermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen
 - zur Übermittlung an Prüfungsstellen
 - zur Übermittlung an Krankenkassen
 - zur Übermittlung an den medizinischen Dienst der Krankenkassen
- im Infektionsschutzgesetz
- in Krebsregistergesetzen
- in der Röntgenverordnung
- in der Strahlenschutzverordnung
- im Betäubungsmittelgesetz
- im Personenstandsgesetz
- im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz.

Der Grundsatz der Datensparsamkeit ist ebenso zu berücksichtigen wie der Grundsatz der Zweckbindung. Es dürfen nur die Daten erhoben werden, die erforderlich sind, und es darf die Datenverwendung grundsätzlich nur zu dem Zweck erfolgen, der dem Betroffenen bei der Erhebung genannt wurde.

Besonders geschützt sind vom BDSG die „besonderen Arten personenbezogener Daten“. Dazu gehören die „Angaben über die Gesundheit“, aber auch über religiöse Zugehörigkeit und Sexualleben, was gerade im Arbeitnehmerdatenschutz relevant werden kann. Gesundheitsdaten in diesem Sinne sind alle Angaben, die die physischen und psychischen Zustände und Charakterisierungen eines Menschen und seines Verhaltens gegenüber Mitmenschen betreffen. Auch Daten, aus denen mittelbar auf den Gesundheitszustand geschlossen werden kann, können hierunter fallen.

Die Definition der Sozialdaten in § 67 Abs. 1 SGB X ist eine Kombination aus Begriffen des BDSG und des SGB V. Es handelt sich danach um personenbezogene Daten, die von Leistungsträgern und bestimmten anderen Stellen erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Sozialdaten unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I). Leistungsdaten sind die Daten, die von Leistungsträgern zu Abrechnungszwecken an die damit beauftragten Stellen übermittelt werden.

Telemedien- und Telekommunikationsgesetz

Für die Praxishomepage ist das Telemediengesetz (TMG) zu berücksichtigen. Es erfasst nur Daten, die für die Durchführung eines sogenannten Telemediendienstes verwendet werden. In diesem Fall muss auf der Internetseite erläutert werden, welche personenbezogenen Daten bei der Nutzung der Seiten erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Am besten erfolgt das in einer Datenschutzerklärung auf der Internetseite.

Auch das Telekommunikationsgesetz (TKG) kann für Ärzte und MVZs wichtig sein. Erlaubt der Arbeitgeber seinen Mitarbeitern die private Nutzung der betrieblichen E-Mail-Adresse, ist das Telekommunikationsgeheimnis zu beachten. Es kommt dabei regelmäßig zu erheblichen rechtlichen Schwierigkeiten, die angesichts des Strafbarkeitsrisikos nicht unterschätzt werden dürfen. Aus rechtlicher Sicht sollte die private Nutzung betrieblicher E-Mail-Adressen klar und eindeutig untersagt werden.

Ärztliche Schweigepflicht

Sie darf neben den datenschutzrechtlichen Vorgaben nie aus dem Blick gelassen werden. Die ärztliche Schweigepflicht folgt aus der Strafnorm des § 203 StGB und ist in § 9 Abs.1 MBO-Ä bzw. den entsprechenden Regelungen der Berufsordnungen der Landesärztekammern näher ausgestaltet.

Ärzte müssen über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, auch nach dem Tod des Patienten schweigen. Die Schweigepflicht besteht grundsätzlich auch gegenüber anderen Ärzten, Familienangehörigen des Patienten und den Familienangehörigen des Arztes. Die Schweigepflicht gilt auch für die sogenannten berufsmäßig tätigen Gehilfen der Ärzte wie MFAs oder medizinisch-technische Assistenten. Der Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht kann berufsrechtliche Folgen haben und ist strafbar. Als besonders problematisch stellt es sich aber dar, dass ein Ver-

halten, das datenschutzrechtlich erlaubt sein mag, gleichwohl einen strafrechtlich sanktionierten Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht darstellen kann.



Dr. Christian Wittmann,

Dr. Thomas Weimann

Das lesen Sie in den nächsten Ausgaben

- Datenschutz bei der Praxisveräußerung, bei Abrechnung und Zahlungsklagen
- Datenschutz und Praxissoftware
- Datenschutz bei der Einschaltung von Auftragnehmern und der Auslagerung von Aufgaben (zum Beispiel bei der Nutzung von „medical cloud“-Diensten)
- Datenschutzrechtliche Fragen und Lösungen im Arbeitsrecht



VERANSTALTUNGEN,
FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

Januar bis März 2016

Veranstaltungen für Ärzte

- **Kompaktveranstaltung Orthopädie**
22.–23. Januar, 17–17 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Diabetes/Wundversorgung**
Diabetischer Fuß (DFS)
27. Januar, 18–19:30 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Mechanismenorientierte Schmerztherapie**
20. Februar, 10–14 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **6-Tage-Fortbildung**
»Ärztlicher Wundtherapeut«
29. Februar–5. März, 9–16:30 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
- **Notfalltraining**
9. März, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

Veranstaltungen für Ärzte - nicht medizinisch

- **Kommunikationstraining**
»Der psychisch kranke Patient«
27. Januar, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● Veranstaltung mit der FDP:

**»Zukunft ambulante
medizinische Versorgung«**

3. Februar, 18 Uhr

KV Baden-Württemberg,
Kleiner und Mittlerer Saal im 1. UG,
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

● Workshop

»Codieren leicht gemacht«

24. Februar, 17:30–19 Uhr

AOK Baden-Württemberg, KundenCenter TBB,
Wolfstallflurstr. 10, 97941 Tauberbischofsheim

Veranstaltungen für MFAs - medizinisch

● Weiterbildung Neurologie-EFA

Epilepsie 1. Teil

15./16. Januar,

14:30–18:30 Uhr/9–15:30 Uhr

KVBW Bezirksdirektion Karlsruhe,
Sitzungszimmer 1.01, Keßlerstr. 1, 76185 Karlsruhe

● Weiterbildung Neurologie-EFA

Multiple Sklerose 1. Teil

22./23. Januar,

14:30–18:30 Uhr/9–15:30 Uhr

KVBW Bezirksdirektion Karlsruhe,
Sitzungszimmer 1.01, Keßlerstr. 1, 76185 Karlsruhe

● Diabetes/Wundversorgung

Diabetischer Fuß (DFS)

27. Januar, 18–19:30 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

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

- **Weiterbildung Neurologie-EFA**

Parkinson 1. Teil**29./30. Januar,****14:30–18:30 Uhr / 9–15:30 Uhr**

KVBW Bezirksdirektion Karlsruhe,
Sitzungszimmer 1.01,
Keßlerstr. 1, 76185 Karlsruhe

- **Weiterbildung Neurologie-EFA**

Demenz 1. Teil**12./13. Februar,****14:30–18:30 Uhr / 9–15:30 Uhr**

KVBW Bezirksdirektion Karlsruhe,
Sitzungszimmer 1.01,
Keßlerstr. 1, 76185 Karlsruhe

- **Notfalltraining**

9. März, 14–18 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **MFA-Tagesseminar**

»Moderne Wundversorgung«**12. März, 9–16:30 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

Veranstaltungen für MFAs**– nicht medizinisch**

- **Kommunikationstraining**

»Der psychisch kranke Patient«**27. Januar, 14–18 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Workshop**

»Codieren leicht gemacht«**24. Februar, 17:30–19 Uhr**AOK Baden-Württemberg, KundenCenter TBB,
Wolfstalfurstr. 10, 97941 Tauberbischofsheim



Foto: Maks Richter

Michael Kübler (rechts) hat seinen Vater Claus in der Praxis angestellt.

Die Praxis in die Hände der Kinder abgeben

In manchen Praxen verläuft eine familieninterne Praxisabgabe reibungslos, in anderen sind einige Hürden zu überwinden. Die **MEDITIMES** stellt drei **MEDI-Praxen** vor, in denen sich der Generationswechsel für alle Beteiligten gelohnt hat.

Familie Braun aus Wertheim

Diese Arztfamilie hat einen Generationswechsel wie aus dem Bilderbuch vollzogen. Angefangen hatte alles, als Dr. Ingeborg und Dr. Ludwig Braun 1974 ihre orthopädische Praxis in Wertheim eröffneten – ausgerechnet im ältesten Gebäude der Stadt. Die Restaurierungsarbeiten für das Baudenkmal aus dem 15.

Jahrhundert waren aufwendig, aber erfolgreich. Damals gab es nur eine weitere orthopädische Praxis im ganzen Landkreis, im 45 Kilometer entfernten Bad Mergentheim. Heute sind es elf Orthopäden in acht Praxen.

Der ältere der beiden Söhne, Dr. Karsten Braun, ist ebenfalls Facharzt für Orthopädie. Er kaufte im Jahr 2000 eine nicht nachzubesetzende Praxis im gesperrten Zulassungsbezirk auf und verlegte sie nach Wertheim. Dadurch ergab sich für ihn die Einstiegsmöglichkeit in die elterliche Praxis. War die Praxis der Eltern bis dahin konservativ ausgerichtet, brachte der Juniorpartner ambulantes Operieren mit dem Schwerpunkt arthroskopischer Gelenkchirurgie als wesentliche Neuerung ein. Er baute eine Kooperation mit dem örtlichen Krankenhaus zur Nutzung von Operationsräumen und tagesklinischen Strukturen auf. Weitere diagnostische und therapeutische Verfahren kamen hinzu.

2002 heiratete Karsten Braun die Ärztin Dr. Andrea Tauscher, die im gleichen Jahr das Ärzteteam der Praxis verstärkte: zunächst als Weiterbildungsassistentin, dann als Sicherstellungsassistentin für den in der

Berufspolitik ausgesprochen engagierten Schwiegervater. Drei Jahre später übergab Dr. Ingeborg Braun ihren Praxisanteil an die Schwiegertochter, die vom Praxispersonal von Anfang an als „Juniorchefin“ bezeichnet wurde. Die Senior-Chefin arbeitete noch bis 2008 in Teilzeit als Sicherstellungsassistentin in der Praxis mit.

» *Veränderungen brauchen auch Überzeugungsarbeit* «

Wie vollzog sich der Wechsel?

Der Wechsel in der Praxisleitung von der Idee bis zur Umsetzung und dem Ausscheiden der „alten“ Generation dauerte acht Jahre. Karsten Braun war zu Beginn 32 und sein Vater 60 Jahre alt. So stand der Wechsel unter keinem zeitlichen Druck. „Mit meinen Eltern war geklärt, dass sie schrittweise den Weg für den Einstieg meiner Frau und künftiger Praxispartner frei machen“, erinnert er sich. „Dass sich hieraus eine achtjährige Zusammenarbeit in der Familie ergab, war zunächst nicht absehbar.“

Natürlich gab es Veränderungen, die zwischen den Abgebern und den jungen Ärzten diskutiert und

abgesprochen werden mussten. Andrea Braun beschreibt zum Beispiel die Rolle einer guten Organisation. „Unsere Familie und der Praxisbetrieb sind sehr gut organisiert, in der technischen Umsetzung gab es daher keine Schwierigkeiten.“ Aber es gab Veränderungen, die „etwas Überzeugungskraft gekostet haben“: etwa die Einführung einer leistungsfähigen EDV, die papierlose Karteikarte, das digitale Röntgen und die digitale Spracherkennung. Für die junge Ärztin war die Belastung im Beruf und zugleich als Mutter zweier Kinder nicht einfach. „Da waren räumliche Nähe und gemeinsame Arbeit mit meinen

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Die Praxis in die Hände der Kinder abgeben



Alt und Jung unter einem Praxisdach (von links): Gründer Ludwig und Ingeborg Braun, Übernehmer Andrea und Karsten Braun.

Schwiegereltern schon hilfreich“, erinnert sie sich. Andererseits war ihr Schwiegervater standespolitisch sehr aktiv: als Ärzteschaftsvorsitzender, Mitglied im Vorstand der Bezirksärztekammer, Delegierter zur Vertreterversammlung der Landesärztekammer und der KV oder als Mitglied im erweiterten Vorstand von MEDI Baden-Württemberg. Die damit verbundenen Beeinträchtigungen in der Praxis waren für alle Beteiligten sicher nicht immer leicht. „Doch wir brauchen solche Kollegen, die sich um unsere Belange kümmern“, findet sie und fügt hinzu: „Heute kann ich gut damit umgehen, wenn mein Mann seine aufwendigen Funktionen als Notfallpraxisbeauftragter, Mitglied im Ärzteschaftsvorstand, Qualitätszirkelmoderator und Bezirksvorsitzender unseres Berufsverbandes wahrnimmt.“

Die Sicht der Senior-Ärzte

Für Ludwig Braun war das Loslassen vom eigenen Lebenswerk nicht schwierig, da es für den aktiven Arzt ein Loslassen im Sinne eines Ruhestandes bis-

her nicht gibt. „Noch heute erfahren meine Frau und ich große Wertschätzung bei der Vertretungstätigkeit in der Gemeinschaftspraxis unserer Nachfolger“, freut er sich. Als Ehrenvorsitzender der Ärzteschaft begleitet er weiter die Arbeit des Vorstands. Für die Bezirksärztekammer wurde er erneut als Delegierter gewählt. Als Suchtbeauftragter der BÄK betreut er betroffene Kollegen und Kolleginnen. Last but not least wurde er auf Vorschlag der Landesärztekammer erneut in den Vorstand des Landessenorenrates gewählt. Von Langeweile kann also keine Rede sein.

Gibt es Ratschläge, um anderen Arztfamilien die Übergabe zu erleichtern? Senior-Chefin Ingeborg Braun rät zu einem hohen Maß an Toleranz – und zwar in beiden Generationen der Familie. Mit Eintritt der neuen Partner muss ihrer Überzeugung nach sichtbar werden, dass neue Ideen eingebracht werden und Veränderungen erfolgen.

Das Ehepaar Braun hat ihre Entscheidung, die Praxis an die eigenen Kinder abzugeben, nie bereut. Ingeborg Braun freut sich sehr, dass ihre beiden Söhne mit ihren Familien heute in Wertheim leben. „Es war für uns eine spannende und gute Zeit, mit unserem älteren Sohn und unserer Schwiegertochter gemeinsam in einem Team zu arbeiten“, sagt sie stolz.

Die Sicht der Junior-Ärzte

Sicher, ein gemachtes Praxis-Nest klingt nach einem verlockenden Angebot. Aber könnte sich ein junger Arzt in einer fremden Praxis nicht besser entfalten als in der elterlichen? Karsten Braun hatte keine Probleme damit, in die Fußstapfen der Eltern zu treten. „Als ich damals aus meiner Stelle als Funktionsoberarzt in einer operativ ausgerichteten Klinik in die Praxis ging, war es mir wichtig, ambulantes Operieren fortsetzen zu können“, erklärt er. Seine operativen Ansätze ließen sich in Wertheim in Kooperation mit dem Krankenhaus gut realisieren, die ambulanten Operationen stellten eine willkommene Bereicherung des Leistungsspektrums der Praxis dar. Einschränkend waren die Begleitumstände: „Die Zeiten dafür waren anfangs wirtschaftlich schwierig, da durch den hohen Anteil von Patienten aus dem angrenzenden Bayern die meisten Operationen ins reguläre Praxisbudget fielen“, sagt er.

Gedrängt hatten die Eltern die Junior-Generation nie zur Praxisübernahme, eine Art moralische Verpflichtung stand erst recht nicht auf der Tages-

ordnung. Andrea Braun erinnert daran, dass die Zeiten damals ganz anders waren: „Facharztstellen an Kliniken waren rar, die Kliniken vergaben oft nur befristete Verträge und nahezu kein Klinikchef hätte auf Dauer ein Ehepaar beschäftigt, bei dem irgendwann mal Nachwuchs zu erwarten war.“ Sie und ihr Mann waren damals froh und dankbar, dass sie vor der Niederlassung eine gemeinsame Weiterbildungsstelle bei Prof. Springorum am Caritas Krankenhaus in Bad Mergentheim erhielten. „Für eine gemeinsame berufliche Zukunft blieb real nur die Niederlassung“, sagt sie, „die familiäre Situation war daher einfach ideal, um einzusteigen.“ Problematisch war die Situation im Nachhinein nicht für sie. „Vier Fachärzte für Orthopädie gleichen Namens in einer Praxis war von 2002 bis 2005 wohl einzigartig in Deutschland“, lacht sie „und es hat Spaß gemacht.“

Vater und Tochter Roder aus Talheim

Dr. Stephan Roder ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Talheim und nicht ganz zufällig ist auch seine Tochter Fachärztin für Allgemeinmedizin geworden. Er hat das MVZ Region Flein-Talheim GbR aufgebaut, in dem jetzt auch Dr. Diana Roder praktiziert. Er musste keinen Praxismachfolger suchen, die Tochter zahlte eine – für beide Seiten faire – Ablösesumme.

Der Vater spricht von einer Win-Win-Situation, ohne zu verheimlichen, dass es auch Differenzen gab, zum Beispiel bezogen auf den Praxisablauf oder das Mitarbeitermanagement. „Wir haben manchmal unterschiedliche Ansichten, was das angeht“, sagt er offen. Arbeitszeiten und Praxisorganisation waren früher anders geregelt. Zu seiner Zeit war es normal, fünf Tage in der Woche in der Praxis zu arbeiten, hinzu kamen noch die Notdienste. Seine Tochter möchte dagegen am Ende einer Viertageweche nach Hause zur eigenen Familie. Er lebt in Talheim und fährt zu den berufspolitischen Terminen nach Stuttgart, sie lebt lieber in der Großstadt und pendelt zur Arbeit nach Talheim.

Roder senior sieht sich als „graue Eminenz im Hintergrund“, er bleibt vorerst der Experte für kassenärztliche Probleme, logistische und Abrechnungsfragen. Sie hat mit der Abrechnung nichts zu tun, weder mit der Kassenabrechnung noch mit der HZV oder der Privatabrechnung. Und wenn die Tochter kurzfristig ausfallen sollte, übernimmt Stephan Roder gerne ihren Platz. Dass er ihr diesen beruflichen Rückhalt

»Mitunter werden neue Kooperationen und Verfahren möglich«

bietet, war eine Bedingung der Tochter für den Einstieg in das MVZ. „Ansonsten muss man sich zurücknehmen und die junge Generation machen lassen“, sagt Roder, „die müssen sich selbst durchwurschteln.“



Tochter Diana hat von Stephan Roder die väterliche Praxis übernommen.

Keine andere Hausarztpraxis

Ursprünglich wollte Tochter Diana lieber in der Klinik bleiben. „Die Chirurgie hat mir viel Freude gemacht“, erzählt sie, „ich habe gerne und viel operiert, hatte einen tollen Chef und eine sehr gute Klinik.“ Die internistisch ausgerichtete Allgemeinmedizin war dagegen nicht so ihr Ding. Sie wäre also Unfallchirurgin geworden, wenn der Vater nicht gewesen wäre. Er lud sie ein, die Tätigkeit in seiner Praxis einfach mal auszuprobieren. Sie entschied sich dafür und arbeitete dort drei Monate lang. Allmählich machten sich auch die Vorteile bemerkbar und die Arbeit zusammen mit ihrem Vater machte Spaß!

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Die Praxis in die Hände der Kinder abgeben

Diana Roder kannte viele der Patienten schon seit ihrer Kindheit, schließlich war sie in Talheim aufgewachsen. Ganz wichtig wurde mit der Zeit auch die Vorstellung, welche Work-Life-Balance sie anstrebte, gerade auch im Hinblick auf eine Familiengründung. Die Wochenend- und Nachtdienste in der Klinik würden endlich wegfallen. Das war ausschlaggebend für ihre Entscheidung, den Arztsitz des Vaters zu übernehmen und ihn halbtags anzustellen.

„Die Übernahme des Praxissitzes war ein Kompromiss“, sagt die Tochter. Ohne ihren Vater wäre eine andere allgemeinmedizinische Praxis nie für sie in Frage gekommen. „Mein Vater war so glücklich über meine Entscheidung“, sagt sie – man hört ihr die Freude darüber an.

Letztendlich wissen wohl beide, was sie aneinander haben. „Wir profitieren ärztlich und menschlich von der Erfahrung der anderen Generation“, formuliert Stephan Roder.

Vater und Sohn Kübler aus Backnang

Dr. Claus Kübler ist in Backnang als Facharzt für Chirurgie niedergelassen. Sein Sohn Dr. Michael Kübler ist ebenfalls Arzt und wäre auch gerne Chirurg geworden. Allerdings gibt es diese Fachrichtung bekanntlich nicht mehr. Wer heute Chirurg werden will, muss sich früh für einen Schwerpunkt entscheiden. Die neue Weiterbildungsordnung sieht eine zweijäh-

rige Basisausbildung vor, an die sich eine vierjährige Spezialisierung anschließt. Michael Kübler wurde also Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie – und damit wurde der Einstieg in die väterliche Praxis zum Problem.

Der Vater konnte seinen Facharztsitz nicht abgeben, sondern musste ihn zuerst einmal aufgeben. „Mit dem Risiko, dass eine Nachbesetzung abgelehnt würde“, ärgert er sich. Er ist sicher, dass seine Praxis normalerweise nicht neu besetzt worden wäre. Nur durch die Pläne seines Sohnes sah die Sache in diesem Fall anders aus. „Die Kassen wollen die Facharztpraxen doch sowieso schließen“, sagt er.

Dem Vater blieb nichts anderes übrig, als den Praxissitz aufzugeben und, ganz ohne Rechtsanspruch, auf seine guten Beziehungen zur KVBW zu hoffen. Die Sache verlief gut und Sohn Michael bekam den Praxissitz. Aber jetzt zogen neue Problemwolken am Horizont auf. Der Senior-Chef wollte sich nämlich mit seinen 61 Jahren gar nicht vollständig zur Ruhe setzen. Als Vertreter in der Praxis seines Sohnes kam er aber wegen der unterschiedlichen Fachgebiete nicht infrage.

Ungewöhnliche Lösung

Was tun? Die Lösung ist mindestens ungewöhnlich: Claus Kübler, Facharzt für Chirurgie, lässt sich in seiner früheren Praxis bei seinem Sohn Michael als Weiterbildungsassistent mit Fachrichtung Orthopädie und Unfallchirurgie anstellen. „Das ist die einzige Möglichkeit, meinen Sohn zu vertreten“, erklärt der Senior. Die Vollzeit-Weiterbildung dauert ein Jahr und er hat eine Halbtagesstelle, sodass für die nächsten zwei Jahre das Problem gelöst ist. Der Junior ist zufrieden, denn alleine wäre die Praxis mit über 2.000 Scheinen schwer zu stemmen. Finanziell rechnet sich die Situation auch: Der Sohn hat seinen Vater zu einem Nettoverdienst von 4.000 Euro offiziell angestellt.

Richtig zufrieden ist Claus Kübler trotzdem nicht. Für ihn heißt die Moral von der Geschichte: „Weil KBV und Landes-KVen es nicht schaffen, die beiden Fachgebiete Allgemein Chirurgie und Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenzufassen, ist die oben genannte abstruse Vorgehensweise notwendig geworden. Jeder, dem man diese Geschichte erzählt, schüttelt nur den Kopf ob dieses bürokratischen Unsinns.“ ■■■

Ruth Auschra