

10 Jahre HZV – die **Erfolgsstory** aus Baden-Württemberg



■ **Arztpraxen 2020**

Das MVZ-Konzept von MEDI zeigt Wirkung

■ **Ausgeklügelt**

Wie Ärzte und ihre Teams unterschiedliche Notfälle in der Praxis üben

■ **Abgeschrieben**

So geht es nach MicroNovas Ausstieg aus der Vernetzung weiter

»Einfach besser versorgt« – das belegen auch die Universitäten

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

zehn Jahre HZV sind eine Erfolgsgeschichte für alle Beteiligten: für die Praxen, für unseren MEDI Verbund, die Vertragspartner und die eingeschriebenen Patienten. Die HZV hat sich in Baden-Württemberg zu einer echten alternativen Regelversorgung von Haus- und Fachärzten entwickelt und wird inzwischen auch von der Politik wahr- und ernst genommen. Ärzte und Psychotherapeuten arbeiten Hand in Hand und streiten sich nicht um Anteile am Budget wie in der KV-Welt. Fallzahlbegrenzungen oder Budgetierung gibt es nicht.

Es war von Anfang an mein K.-o.-Kriterium, dass MEDI sich nur dann an der HZV beteiligt, wenn sie aus Haus- und Facharztverträgen besteht. Hier gilt mein Dank meinen beiden wichtigsten Verhandlungs- und Vertragspartnern Dr. Christopher Hermann und Dr. Berthold Dietsche, die diesen Weg mitgegangen sind. Für mich galt immer: Nur Hausarztverträge ohne Anbindung an Facharztverträge sind nicht zukunftsfähig. Die fachärztliche Behandlung ins Krankenhaus zu verlagern ist ein Irrweg und findet keine Akzeptanz bei den Patienten.

Zehn Jahre HZV waren nicht immer einfach. Es gab viele Hindernisse und Gegenwind aus der Politik, den KVen, einigen ärztlichen Berufsverbänden, Teilen der Softwarehersteller und der Pharmaindustrie. Es gab unzählige innerärztliche Diskussionen bei jedem Vertrag mit einer neuen Fachgruppe. Meine Lieblingsfrage der Skeptiker war immer: Woher kommt das

Geld für die bessere Bezahlung der ärztlichen Leistungen? Und das nach 30 Jahren Kampf gegen die Budgetierung, die an dieser Stelle endlich abgeschafft wurde!

Inzwischen haben wir einen Etappensieg errungen und das ist wirklich ein Grund, gemeinsam zu feiern! Dass wir den richtigen Weg eingeschlagen haben, belegen auch dieses Mal wieder die wissenschaftlichen Ergebnisse der Universitäten Heidelberg und Frankfurt/Main, die Sie in dieser Ausgabe nachlesen können.

Wir werden unseren Weg gemeinsam weitergehen, denn es gibt noch Facharztgruppen, die auf ihren Selektivvertrag warten. Für die HNO-Kolleginnen und -Kollegen und die Pulmologen im Ländle hat das Warten ein Ende: Sie und ihre Patienten werden die nächsten sein, die vom Facharztprogramm profitieren werden.

Es grüßt Sie herzlich Ihr



*Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender*



TITELTHEMA

10 Jahre HZV – die Erfolgsstory aus Baden-Württemberg

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

Erste Hinweise auf Überlebensvorteile

10

Delegation par excellence

14

Qualitätszirkel: ein Plus für die Patienten

16

DIALOG

6 »Kalt erwischt«

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

- 17 Die EFA® gibt es nun auch im Modul Rheumatologie**
- 18 Auch dank Selektivverträgen: Praxisnachfolge gemeistert**
- 21 Patienteninfos nun auch auf Englisch**
- 22 Fast 1.200 Ärzte und Psychotherapeuten nutzen das MEDI-Arztportal**
- 24 Partner im Südwesten starten Videosprechstunde bei Psychotherapie**

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 26 Den Ernstfall trainieren**
- 28 Von Station zu Station**
- 29 Wichtiges für Ihren Praxisalltag**
- 30 Kammerwahlen 2018: »Gemeinsame Zukunft« stellt Ziele vor**
- 31 Termine und Wahlprozedere**

32 MVZ-Struktur eröffnet neue Optionen

Die medizinischen Versorgungszentren (MVZs) nach dem MEDI-Konzept machen Schule: Nach Aalen und Biersbrunn haben zwei weitere MVZs im Südwesten ihre Arbeit aufgenommen. Indes entwickeln sich die Zentren in Ostwürttemberg und im Schwarzwald weiter: Dort arbeiten inzwischen auch Fachärzte mit.

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 35 »Viele Praxen setzen die DSGVO zu lax um«**

GESUNDHEITSPOLITIK

36 Bundesweite Umfrage zum TI-Konnektor topt Ergebnisse aus Baden-Württemberg

Die Telematikinfrastruktur (TI) ist derzeit ein Dauerthema in der Ärzteschaft. Der MEDI Verbund befragte Ärzte, die mit einem TI-Konnektor arbeiten, nach ihren Erfahrungen.

- 38 Baumgärtner nennt Honorareinigung »Flickschusterei«**
- 38 Allianz gegen Mindestsprechstundenzeit**

MENSCHEN BEI MEDI

- 39 **Bei den »Sport-Docs« in Schwäbisch Gmünd**
Dr. Gunild Krebs

ARZT & RECHT

- 40 **So löscht man Jameda-Bewertungen**

Wenn es um Arztbewertungsportale im Internet geht, ist die Verunsicherung bei vielen Medizinerinnen nach wie vor groß: Wann handelt es sich um Beleidigung? Und kann man ungewollte Einträge gegen Bezahlung löschen lassen? Hier erfahren Praxisinhaber, wie sie gegen unfaire Kritik vorgehen können und wann sie Anspruch auf eine Löschung haben.



Foto: Fotolia

- 42 NACHGEFRAGT BEI IVONA BÜTTNER-KRÖBER
»In manchen Fällen kann ein Anwalt helfen«

- 43 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER
BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN

**Was mache ich, wenn ich wegen
der DSGVO abgemahnt werde?**

PRAXISMANAGEMENT

- 44 **Ende der Praxistätigkeit: kleine Fehler, teure Wirkung**
45 **Checkliste zur Praxisabgabe**
46 **Ärzte im Burnout:
was Mediziner zur Prävention tun können**
48 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS
50 FÜR SIE GELESEN
Notfallmedizin in Extremsituationen

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 nach § 55 Abs. 2 RstV:
Dr. med. Werner Baumgärtner

Design: Heinz P. Fothern

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH + Co. KG, Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
erscheint im Januar 2019.
Anzeigenschluss ist
der 15. November 2018.



Foto: Maks Richter

»Kalt erwischt«

Mit seinen Vernetzungsprojekten hatte der MEDI Verbund unter den deutschen Ärzteverbänden die Nase vorn. Dann kündigte der IT-Partner MicroNova, der die Praxissoftware ViViAN für die elektronische Vernetzung entwickelt und bereitgestellt hat, die weitere Zusammenarbeit. Angelina Schütz sprach mit MEDI-Vorstandschef Dr. Werner Baumgärtner über die Hintergründe und neue Wege.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, warum ist MicroNova aus der Vernetzung ausgestiegen?

Baumgärtner: Das Unternehmen hat viele Jahre in die Gesundheitssparte investiert und erwartet, dass sich diese Investitionen amortisieren. Das ist nicht in dem erwarteten Maße geschehen. Und da MicroNova in anderen Geschäftsfeldern, die finanziell deutlich attraktiver sind, aktiv ist, wurde die Vernetzung im Gesundheitswesen zurückgefahren oder in der bisherigen Form eingestellt.

MEDITIMES: Kam das für Sie überraschend?

Baumgärtner: Und wie! Der Ausstieg hat uns völlig kalt erwischt und wir fühlen uns im Regen stehen gelassen – übrigens auch unsere Partner auf Kassen-seite. Ich gebe auch offen zu, dass ich diese Entwicklung als persönliche Niederlage empfinde.

MEDITIMES: Was bedeutet MicroNovas Ausstieg für MEDI?

Baumgärtner: Wir müssen unsere Vernetzungsprojekte mit ViViAN beenden und sie, sofern das möglich ist, in das große Vernetzungsprojekt, das wir mit unseren Vertragspartnern in Baden-Württemberg vorbereiten, überführen. Darüber hinaus müssen wir neue Partner suchen und unsere Zusammenarbeit mit dem Hausärzteverband und anderen Ärzteverbänden für die Bereiche Abrechnung und Digitalisierung intensivieren.

MEDITIMES: Das Pilotprojekt in Heilbronn, das als Blaupause für alle weiteren Vernetzungskonzepte galt, wird bis Ende 2018 fortgesetzt. Warum?

Baumgärtner: Heilbronn war so angelegt, dass es zum einen als Modell diente, aus dem wir Erfahrungen sammeln und lernen konnten. Zum anderen war immer klar, dass wir die aktiven Praxen in Heilbronn auch für die große landesweite Vernetzung, von der ich vorhin sprach, brauchen werden. Das alles geschieht nun früher als gedacht und eben ohne ViViAN.

MEDITIMES: Und was geschieht Anfang 2019?

Baumgärtner: Da startet das besagte landesweite Vernetzungsprojekt, das wir am 9. Oktober zusammen mit den anderen Partnern in Berlin zum ersten Mal der Öffentlichkeit vorgestellt haben (siehe auch Seite 10). Ohne die ViViAN-Software, dafür aber unter einheitlichen Rahmenbedingungen für alle Praxen. Diese mussten so attraktiv sein, dass die Praxen davon überzeugt sind und freiwillig mitmachen. Dank der Kolleginnen und Kollegen in Heilbronn haben wir gelernt, dass der Aufwand der Praxen bei der digitalen Umstellung bezahlt werden muss. Es genügt nicht, nur die Kosten für eine neue Infrastruktur zu übernehmen.

*» Wir wollen ein Gegengewicht
zu den Kapitalgesellschaften
im Gesundheitswesen schaffen «*

MEDITIMES: Was passiert nun aber mit den anderen Vernetzungsprojekten in und außerhalb von Baden-Württemberg?

Baumgärtner: Die müssen wir vorerst einstellen, bis wir alternative Lösungen gefunden haben. Die Betroffenen dort wird sich aber nach meiner Einschätzung in Grenzen halten, weil wir schon in der Anfangsphase sehr viel Überzeugungsarbeit in Sachen digitale Vernetzung leisten mussten. Der Faxstandard ist in den Praxen nach wie vor sehr beliebt. Darüber hinaus bekamen nur die Praxen in Heilbronn den Traffic bezahlt.

MEDITIMES: Was lehrt Sie diese Erfahrung für die Zukunft?

Baumgärtner: Dass wir uns bei so wichtigen Projekten nur auf uns selbst verlassen dürfen und eigene Lösungen entwickeln müssen. Wir haben nun mal keine Kapitalgeber im Hintergrund, die Geld verdienen wollen. Wir müssen so wirtschaften, dass wir mit unserer Managementgesellschaft, der MEDIVERBUND AG, schwarze Zahlen schreiben. Manche Projekte können wir durchaus über einen längeren Zeitraum querfinanzieren, wenn sie für die Zukunft unserer Mitglieder wichtig sind und dem freiberuflichen Motto folgen. Wir wollen ein Gegengewicht zu den vielen Kapitalgesellschaften schaffen, die sich im Gesundheitswesen tummeln.

MEDITIMES: Sie können aber auch Positives aus der digitalen Welt berichten. MEDI hat ja eine neue Kommunikationsoffensive gestartet – wie sieht diese aus?

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

»Kalt erwischt«

*»Eine große MEDI-Community,
in der alle Facharztrichtungen
und Altersgruppen vertreten sind«*

Baumgärtner: Wir haben seit April einen Blog auf unserer Homepage, in dem jeden Montag und jeden Mittwoch neue Beiträge erscheinen, die die Leser bewerten und kommentieren können. Außerdem verschicken wir jeden Monat am Monatsende einen eigenen kostenlosen elektronischen Newsletter. Der ist sehr gut gestartet und wir hatten gleich beim ersten Mal eine Öffnungs- und Klickrate von rund 45 Prozent. Das ist super! Der Durchschnitt liegt hier bei etwa 15 Prozent.

Im Juni sind wir mit einer eigenen Facebook-Seite online gegangen und seit Juli kann man uns auch auf Twitter folgen.

MEDITIMES: Wie kam das an?

Baumgärtner: Bei den meisten sehr gut, da viele Mitglieder sich das gewünscht hatten. Einem kleinen Teil der Kolleginnen und Kollegen gefällt die neue Onlinewelt weniger und schürt wohl auch Ängste. Trotzdem waren die neuen Kommunikationsmaßnahmen notwendig.

MEDITIMES: Warum?

Baumgärtner: Wir wollten unbedingt transparenter werden – auch für den ärztlichen Nachwuchs und für Kolleginnen und Kollegen, die noch nicht Mitglied bei uns sind. Seit es keine Demos und Praxisschließun-

gen mehr gibt und wir in anderen Bereichen aktiv sind, fragen uns die Niedergelassenen zunehmend: „Was habe ich eigentlich von MEDI und was macht ihr eigentlich?“ Und das, obwohl unser Portfolio, und damit verbunden auch die Vorteile einer Mitgliedschaft, immer größer wurde. Nur haben das die Kolleginnen und Kollegen so nicht immer mehr wahrgenommen. Also mussten wir neuen Kommunikationskanäle und die sozialen Medien nutzen, um in toto darzustellen, was wir machen. Jetzt kann sich jeder auf unterschiedlichen Wegen auch online informieren und wir erfahren besser, was unsere Mitglieder wollen.

MEDITIMES: Was ist hier Ihr längerfristiges Ziel?

Baumgärtner: Dass sich möglichst bald eine große MEDI-Community bildet, in der alle Facharztrichtungen und Altersgruppen vertreten sind: von den jungen (angestellten) Kolleginnen und Kollegen bis hin zu unseren Seniorenmitgliedern und MFAs. In unseren MVZs klappt diese Idee ja auch schon sehr gut – warum also nicht in allen anderen Mitgliederpraxen? Wir brauchen einfach eine bessere und schnellere Kommunikation. Aktuell sind wir nicht mehr weit von neuen Ärzteprotesten entfernt, weil wir „dank“ der Vorgaben aus der Politik in Bürokratie ersaufen und kein Ende der Budgetierung in Sicht ist.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, vielen Dank und viel Erfolg. 

Auch ein Thema im
MEDI-Blog auf
www.medi-verbund.de





Alle zwei Jahre stellen die Vertragspartner mit Wissenschaftlern der Universitäten Frankfurt und Heidelberg ihre Evaluationsergebnisse vor.

10 Jahre AOK-Hausarztvertrag: erste Hinweise auf Überlebensvorteile

Was deutschlandweit ein Novum ist, ist im Ländle Realität: Wissenschaftler forschen über eine Dekade und beschreiben Langzeiteffekte in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) von AOK, MEDI und HÄV in Baden-Württemberg. Ergebnisse der Universitäten Frankfurt/Main und Heidelberg belegen: HZV-Patienten werden besser versorgt und zum ersten Mal gibt es Hinweise auf Überlebensvorteile.

Von der intensiveren Betreuung profitieren vor allem chronisch Kranke, die mit 60 Prozent das Gros der 1,6 Millionen freiwilligen HZV-Teilnehmer stellen. Laut Forschungsergebnissen entfallen pro Jahr allein 1,2 Millionen unkoordinierte Facharztkontakte. Herzpatienten bleiben jährlich rund 46.000 Krankenhaustage erspart. Diabetiker werden in sechs Jahren vor fast 4.000 schweren Komplikationen wie Amputationen oder Schlaganfällen bewahrt.

Weitere Verbesserungen erwarten die Vertragspartner durch nutzenbringende, digitale Strukturen, die ab 2019 eingerichtet werden und sukzessive die teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten im Land untereinander digital vernetzen.

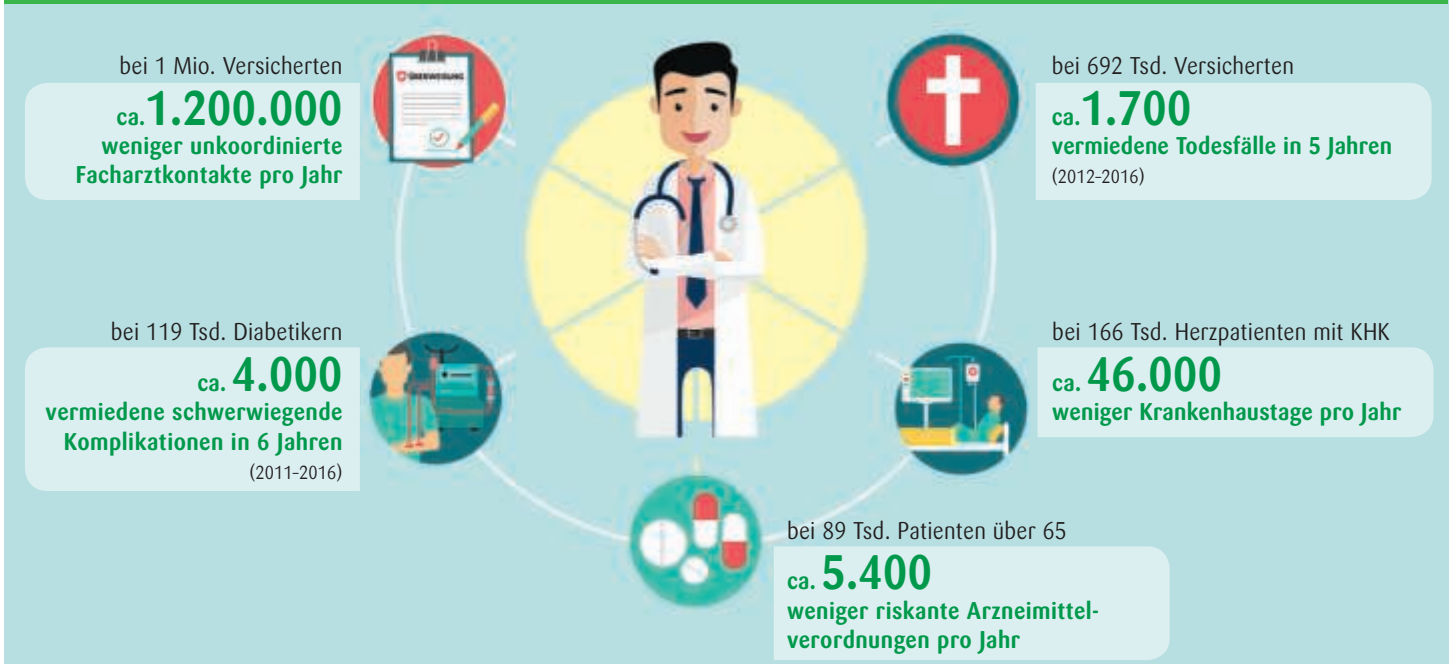
Deutlich weniger Komplikationen bei Diabetikern

Für Diabetiker wirken die geregelten Strukturen besonders positiv, wenn es sich um Folge- und Begleiterkrankungen dreht: „Unsere Analysen zeigen, dass bei HZV-Patienten mit Diabetes mellitus deutlich weniger und zeitlich später schwerwiegende Komplikationen auftreten. Konkret kommen bei ihnen Dialyse, Erblindung und Amputationen sowie Herzinfarkte und Schlaganfälle seltener vor“, so Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt/Main.

Ein bemerkenswerter Effekt sei der signifikante Überlebensvorteil zugunsten der HZV-Versicherten.

AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg

Wissenschaftler belegen Vorteile im Vergleich zur Regelversorgung



Quelle: Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg – Ausgabe 2018 (www.neue-versorgung.de)

„Wir können zwar, durch die Evaluationsmethodik bedingt, noch nicht alle möglichen Einflussfaktoren auf das Überleben von Patienten kontrollieren. Dennoch zeigen die Jahre 2012 bis 2016, dass das Risiko zu versterben in der HZV geringer ist als in der Regelversorgung. Das zugrunde liegende statistische Überlebenszeitmodell weist eine Zahl von knapp 1.700 vermiedenen Todesfällen in der HZV aus“, erklärt Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.

Den Hauptgrund dafür, dass sich die Politik trotz aller positiven Forschungsergebnisse bis heute in der Umsteuerung in Richtung mehr Versorgungswettbewerb überhaupt nicht bewegt hat, sieht der Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, in Kurzatmigkeit und fehlendem Mut der politisch Verantwortlichen: „Die Politik hat sich in immer mehr Klein-Klein eingerichtet und greift mit Gesetzen und Vorgaben immer tiefer in die Regulierungskiste.“

Neue Facharztverträge

Investitionen von 618 Millionen Euro im letzten Jahr in die alternative Regelversorgung sind laut Hermann „hervorragend angelegtes Geld“. Die Südwest-AOK hätte im gleichen Zeitraum in der Regelversorgung glatte 50 Millionen Euro mehr ausgegeben – bei nachweisbar schlechterer Versorgung der Versicherten. „Mit Nephrologie, Pulmologie und HNO wird die alternative Regelversorgung 2019 um weitere Facharztgebiete erweitert“, kündigt Hermann an.

»2019 gibt es Verträge für HNO, Pulmologie und Nephrologie«

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

10 Jahre AOK-Hausarztvertrag: erste Hinweise auf Überlebensvorteile

Für Dr. Berthold Dietsche, Landeschef des Hausärzteverbands, liegt der Erfolg der HZV vor allem darin, dass sie „nachhaltig die richtigen Antworten auf Kernprobleme der ärztlichen Selbstverwaltung gibt“: Eine leistungsgerechte Honorierung ohne Budgetierung, eine einfache Abrechnung, für die nur zwei Stunden statt zwei Tage benötigt würden, und ein verbindliches Einschreibesystem.

Pro Jahr 2,1 Millionen mehr Hausarztkontakte und 1,2 Millionen weniger unkoordinierte Facharztkontakte in der HZV im Vergleich zur Regelversorgung zeigten, dass die Koordination funktioniert. Darüber hinaus wurde eine konsequente Verpflichtung zur Fortbildung etabliert.

» 1,2 Millionen weniger unkoordinierte
Facharztkontakte dank HZV«

Strukturierte Anbindung an Fachärzte

Wichtig sei auch die strukturierte und verbindliche Anbindung an die Facharztebene, betont Dr. Norbert Smetak, stellvertretender Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg: „In den Selektivverträgen gibt es eindeutige Regelungen bezüglich des Zeitrahmens, in dem ein Patient eine Behandlung bekommen muss. Das geht deswegen, weil dort jeder Behandlungsfall bezahlt und nicht bei Überschreitung eines Budgets einfach gestrichen wird.“ Das mache Terminservicestellen überflüssig und der Patient könne sich weiterhin an den Arzt seines Vertrauens wenden.

Landesweite IT-Vernetzung

„Bisher findet der Austausch von Arztbriefen in der Regel immer noch per Post oder Fax statt“, sagt Smetak mit Blick auf das kommende IT-Vernetzungsprojekt. Das und das jahrelange Gerangel um die elektronische Gesundheitskarte sind für die Vertragspartner Grund genug, die Vernetzung auf Landesebene zu forcieren.

Kaum eine der zahlreichen IT-Initiativen im deutschen Gesundheitswesen könne auf eine vergleichbare Vertragskonstruktion oder gar zehnjährige eingespielte, analoge Vernetzung zurückgreifen. Auf dieser Basis sollen ab dem ersten Quartal 2019 zunächst mit drei IT-Anwendungen sukzessive digitale Strukturen entstehen, um die Qualität der alternativen Regelversorgung auch online nachhaltig zu sichern: Das sind der elektronische Arztbrief, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (E-AU) und das elektronische Medikationsdossier (Hauskomet).

Der E-Arztbrief wird klar definierte Informationen bei Überweisung und Rücküberweisung strukturiert und damit digital verarbeitbar in Echtzeit zur Verfügung stellen. Die E-AU vereinfacht und beschleunigt die Verarbeitung, sodass zum Beispiel Krankengeld noch schneller an die langzeiterkrankten Versicherten überwiesen werden kann.

Das hausärztlich koordinierte Medikationsdossier zeigt allen an der Behandlung beteiligten Praxen die medikamentöse Therapie an. Änderungen oder Ergänzungen von Fachärzten werden so lange unter Vorbehalt angezeigt und protokolliert, bis sie vom Hausarzt bestätigt und übernommen werden.

Stabile Teilnehmerzahlen

Derzeit nehmen knapp 5.000 Haus- und Kinderärzte und 2.500 Fachärzte und Psychotherapeuten an den Selektivverträgen im Südwesten teil. Sie verantworten gemeinsam die Versorgung von 1,6 Millionen HZV-Versicherten und mehr als 625.000 Versicherten im gemeinsamen Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK. 

eb

Auch ein Thema im
MEDI-Blog auf
www.medi-verbund.de





Eine VERAH in Baden-Württemberg auf dem Weg zu einem Routinehausbesuch.

Delegation par excellence

Die HZV in Baden-Württemberg setzt in Kombination mit den Facharztverträgen konsequent auf die Förderung von Teamstrukturen durch qualifiziertes Praxispersonal, um die vielfältigen Herausforderungen in der ambulanten Versorgung besser zu meistern.

Als wichtigste Errungenschaft sind fast 2.000 „Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis“, VERAHs, im Einsatz. Die Arbeit dieser durch eine 200-stündige Fortbildung speziell qualifizierten MFAs wird durch die HZV besonders gefördert und vergütet.

VERAHs übernehmen delegierbare ärztliche Routineleistungen insbesondere bei der Versorgung chronisch kranker und älterer Patienten und entlasten so nicht nur den Arzt, sondern stärken auch die Praxen in ihrem Versorgungsauftrag.

Hausbesuche gehören zu den häufigsten Aufgaben einer VERAH, erläutert Hausarzt Markus Common aus Hüfingen. Dabei geht es nicht nur um Blutdruckmessungen und Medikamentenkontrolle. „Der Hausbesuch verrät viel mehr, als wenn die Patienten in der Praxis sitzen und berichten, dass alles in Ordnung ist. Er gibt einen Einblick in das Leben des Patienten.

Aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ist die VERAH in der Lage zu erkennen, ob der Patient beispielsweise depressiv oder dement ist oder eine Fallneigung besteht“, erklärt Common. Und: „Das Schöne an der VERAH ist, dass sie in der Praxis ist. Die Kommunikationswege sind kurz, es gibt keine Schnittstellenproblematik.“

VERAHmobil nach wie vor gern genutzt

Zur Verbesserung der Versorgung vor allem im ländlichen Raum wird seit 2013 im AOK-Hausarztvertrag auch das VERAHmobil angeboten – ein Kleinwagen zu sehr günstigen Leasingkonditionen. Der Service ist ein Renner: Bereits 900-mal wurde er von teilnehmenden Hausärzten genutzt. Die VERAH selbst erfährt dadurch eine deutliche Aufwertung in der Außenwirkung und auch innerhalb des Praxisteams.

Die wissenschaftliche Evaluation der HZV in Baden-Württemberg hat belegt, dass Ärzte die Entlastungen nicht nur bei Hausbesuchen, sondern bei der Patientenversorgung insgesamt feststellen. Besonders hohe zeitliche Entlastungen für den Arzt ergeben sich durch die Übernahme des Medikamentenmanagements. Die Daten zeigen, dass hier 33 Prozent der Tätigkeiten wie Bestandsaufnahme oder Abgleich des Medikationsplans länger als 10 Minuten oder sogar bis zu 50 Minuten dauern.

Zeitaufwendig ist auch das Wundmanagement sowohl durch den Verbandwechsel selbst, der zwei bis drei Mal pro Woche anfällt, als auch für die Dokumentation der Wundphasen.

Die Arbeit der VERAH verschafft Ärzten mehr Zeit für Diagnostik und Therapie.

Zusätzliche VERAH-Plus-Module

Das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband bietet mittlerweile auch 14 VERAH-Plus-Module an. Dazu zählen etwa Arzneimittelversorgung, Burnout, Demenz, Herzinsuffizienz oder Ulcus cruris/Dekubitus. VERAHS können sich so auf freiwilliger Basis gezielt weiterqualifizieren. Das Feld delegierbarer Leistungen in der Hausarztpraxis wird so immer mehr erweitert. Wichtig ist neben den Schulungen und Fortbildungen der regelmäßige Erfahrungsaustausch der MFAs in Qualitätszirkeln.

Eine exklusive Weiterentwicklung der VERAH-Tätigkeiten im AOK-Hausarztvertrag ist das praxisbasierte Case-Management-Programm PraCMan, das speziell zur Verbesserung der Lebensqualität multimorbider Patienten angelegt ist. Derzeit nehmen daran über 12.000 Patienten teil.

EFA®: die Assistentin für Fachärzte

Das Pendant zur VERAH im angedockten Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK sind seit 2012 die Entlastungsassistentinnen in der Facharztpraxis“, EFAs. Derzeit sind 350 EFAs aktiv, bis Ende des Jahres werden es rund 500 sein.

Sie verteilen sich auf die Fachgebiete Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie und Orthopädie. Zertifizierte Curricula für die Bereiche Rheumatologie und Urologie sind in Vorbereitung.

Für deren Entwicklung ist das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde (IFFM) verantwortlich. Dessen Leiter, der stellvertretende Vorsitzende von MEDI Baden-Württemberg, Dr. Norbert Smetak, erklärt: „Die EFAs ermöglichen eine intensivere und individuellere Betreuung der Patienten und entlasten die Ärzte bei wichtigen Routinearbeiten. Damit werten sie das Facharztprogramm zusätzlich auf.“ 

Nachdruck aus der „Ärzte Zeitung“ vom 20.07.2018

Headline und Zwischenüberschriften wurden aus layouttechnischen Gründen angepasst.



Qualitätszirkel: ein Plus für die Patienten

In der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg sind die über 300 Pharmakotherapie-zirkel ein bewährtes Instrument – das hat die wissenschaftliche Evaluation gezeigt.

Zehn Jahre nach dem Start des Hausarztvertrags der AOK Baden-Württemberg sind die Qualitätszirkel aus der HZV nicht mehr wegzudenken. 303 strukturierte Pharmakotherapie-zirkel sind im Südwesten etabliert worden, die von 345 Moderatoren geleitet werden.

Hausärzte, die in der HZV eingeschrieben sind, haben sich bereit erklärt, an vier dieser Zirkel pro Jahr teilzunehmen. Von lästiger Pflicht kann aber keine Rede sein, meint Dr. Franz Ailing, Mitglied im Vorstand des Landeshausärzterverbands. „Die Qualitäts-zirkel ermöglichen den Kollegen einen praxisnahen und offenen Erfahrungsaustausch in vertrauter Umgebung und auf hohem Niveau.“

In einer Zeit, in der sich das Wissen beständig entwickelt, ermöglichen die Zirkel, bei wichtigen Themen der hausärztlichen Versorgung auf dem aktuellen Stand zu bleiben. Das umfasse für die Patienten dann auch die Sicherheit, dass der behandelnde Arzt weiß, welche Medikamente abgesetzt oder ausgetauscht werden sollen.

Evaluation machte QZ salonfähig

Beim Start des Hausarztvertrags im Jahr 2008 wurden Qualitätszirkel noch vereinzelt mit Skepsis beäugt – dabei handele es sich, so die Mutmaßung, um ein kassengesteuertes Sparprogramm. Spätestens die unabhängige wissenschaftliche Evaluation durch die Universitäten Frankfurt und Heidelberg konnte diese Skepsis widerlegen.

So konnten die Wissenschaftler in ihrer Untersuchung im Jahr 2016 zeigen, dass die Patienten mit Depressionen in der HZV weniger Wechselwirkungen bei gleichzeitiger Verordnung von Analgetika und SSRI aufwiesen als die Vergleichsgruppe in der kollektivvertraglichen Versorgung. Damit sei für die Patienten die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines lebensbedrohlichen Serotoninsyndroms signifikant geringer, heißt es in der Evaluation.

Geringer war für die HZV-Patienten auch das Risiko, durch die Einnahme von Hypnotika und Sedativa in eine Abhängigkeit zu geraten, da die empfohlene

Therapiedauer von vier Wochen bei den HZV-Patienten seltener überschritten wurde als in der Vergleichsgruppe.

Positives Stimmungsbild

Dass Hausärzte in der HZV die Qualitätszirkel nicht als Selbstzweck, sondern als hilfreich ansehen, zeigt eine Untersuchung des Aqua-Instituts, das ein Stimmungsbild bei den Teilnehmern jeweils nach den Sitzungen erhoben hat. Der Sachverhalt der Arbeit in den Qualitätszirkeln wurde – in Schulnoten – durchschnittlich mit 1,7 bewertet, die Gruppenatmosphäre der Treffen mit der Note 1,4. In den vergangenen zehn Jahren sind mehr als 11.500 Sitzungen abgehalten worden, an denen 3.578 Hausärzte teilgenommen haben. Im Schnitt treffen sich dabei rund zwölf Hausärzte.

Verknüpfung mit Facharztverträgen

Ein weiterer Vorteil für die Patienten ergibt sich aus der Verknüpfung der HZV mit dem Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK. Eingeschriebenen Fachärzten wird empfohlen, mindestens einmal pro Jahr an einer hausärztlichen Qualitätszirkelsitzung teilzunehmen, in der relevante Module aus der Pharmakotherapie des jeweiligen Fachgebiets besprochen werden.

Dr. Burkhard Lembeck, MEDI-Sprecher und Landesvorsitzender des BVOU in Baden-Württemberg, hat das

bereits mehrfach getan und fand es „bereichernd, zwanglos und kollegial mitzudiskutieren“. Genauso nahmen dies Hausärzte wahr, wenn man sie umgekehrt zu passenden eigenen Qualitätszirkeln einlädt.

Die Vertragspartner loben gemeinsam den Effekt dieser Arbeit: eine gezieltere Pharmakotherapie verbunden mit geringeren Ausgaben. Dazu trägt auch die Vertragssoftware bei, bei der Arzneimittel, die in der Regel durch qualitativ gleichwertige und zugleich wirtschaftliche Alternativen ersetzt werden können, rot gekennzeichnet sind.

Ausbaupotenzial

Ohnehin setzt die HZV einen klaren Fokus auf die sprechende Medizin, sodass der behandelnde Arzt mehr Zeit für den Patienten hat – auch für die Erläuterung des verordneten Arzneimittels, was nachweislich die Compliance fördert.

Das Instrument der Qualitätszirkel könne zukünftig auch auf die Versorgungsabläufe und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in einer Region ausgeweitet werden, sagt Jürgen Graf, Leiter Integriertes Leistungsmanagement bei der AOK. Schließlich übernehmen Hausärzte ja übergreifende Koordinationsaufgaben, so Graf. 

Nachdruck aus der Ärzte Zeitung vom 26.09.18.

*Zwischenüberschriften
wurden aus Layoutgründen ergänzt.*

Die EFA® gibt es nun auch im Modul Rheumatologie

Rückwirkend zum 1. Juli fördern AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK die besondere Tätigkeit der Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis (EFA®) auch im Bereich Internistische Rheumatologie. Das Curriculum wurde von der LÄK Baden-Württemberg zertifiziert. Die Rheumatologie-EFA® unterstützt den Arzt durch Übernahme delegationsfähiger Aufgaben. Ihre Tätigkeit wird mit fünf Euro im Quartal vergütet.

Anfang des Jahres wurde der Orthopädievertrag um den Bereich Rheumatologie erweitert. Derzeit

nehmen 24 Rheumatologen an dem Modul teil. Die Anerkennung EFA® für den Fachbereich Internistische Rheumatologie ist ebenso wie in den anderen Fachbereichen an die Erfüllung eines 80-stündigen Curriculums gebunden. Für MFAs, die bereits eine Zusatzausbildung als Rheumatologische Fachassistentin haben, wird diese Qualifikation für die EFA®-Ausbildung angerechnet, wenn die noch fehlenden Ausbildungsmodule bis Mitte 2019 absolviert werden. 

as

Auch dank Selektivverträgen: Praxisnachfolge gemeistert

Wegen des zunehmenden Ärztemangels gestaltet sich eine geplante Praxisnachfolge oft schwierig. Im Südwesten macht inzwischen so mancher Praxisinhaber die Erfahrung, dass die Teilnahme am Selektivvertrag die eigene Praxis für den ärztlichen Nachwuchs attraktiver macht.



Foto: Shotshop

Dass sich die Facharztverträge der AOK und der Bosch BKK für die teilnehmenden Praxen offenbar wertsteigernd auswirken, bestätigen nicht nur Sachverständige für die Bewertung von Arztpraxen. Auch Praxisinhaber, die eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger suchen, machen diese Erfahrung.

Neue Patienten aufnehmen

Der bundesweit erste Facharztvertrag nach § 73c SGB V für Orthopäden, Unfallchirurgen und Chirurgen, der 2014 vereinbart wurde, habe sicher dazu beigetragen, „dass unsere Praxis in einem guten Licht erscheint“, berichtet der Orthopäde Dr. Günther Paulsen, der seinen Vertragsarztsitz am 1. April seinem Nachfolger übergeben hat.

Der Selektivvertrag bringe der Praxis nicht nur ein höheres Honorar als normal. „Wir können auch Patienten neu aufnehmen, die wir im KV-System wegen der Budgetierung nicht bezahlt bekämen“, erklärt der 67-Jährige, der seit 1989 in Eppingen im Landkreis Heilbronn niedergelassen war und Ende September ganz aus der Praxis ausgeschieden ist.

Wichtiges Standbein

Paulsens Nachfolger in der Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie ist Benjamin Menger. Der 38-Jährige war zuletzt Oberarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie im Klinikum am Plattenwald, Bad Friedrichshall.

„Dass die Praxis am Orthopädievertrag teilnimmt, hat sich auch in den betriebswirtschaftlichen Analy-

sen, die im Zusammenhang mit der Praxisübernahme vorgenommen wurden, positiv niedergeschlagen“, berichtet Menger, der auch MEDI-Mitglied ist. Es sei deutlich geworden, dass die Praxis gut aufgestellt und der Orthopädievertrag ein wichtiges Standbein ist.

„Viele unserer Patienten kommen über die Hausärzte in der Umgebung wegen unspezifischer Rückenschmerzen in die Praxis“, berichtet Menger. Im Vergleich zur budgetierten kassenärztlichen Versorgung sei die Honorierung für die Versorgung dieser Patienten gut gelöst. „Man kann die Patienten öfter sehen, also auch ausführlicher beraten, und bekommt das auch vergütet“, sagt Menger.

Vorteil für die Praxisnachfolge

Teamstrukturen und Teilzeitarbeitsplätze haben für junge Ärzte erfahrungsgemäß einen hohen Stellenwert. Die bessere Vergütung ohne Abstaffelung in den Selektivverträgen erleichtert nicht nur solche Organisationsformen, sondern verschafft gut etablierten Praxen darüber hinaus auch einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil bei der Planung der Praxisnachfolge, betont MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner. 

Jürgen Stoschek



Novartis Deutschland



Neue Wege in der Medizin

Bei Novartis gehen wir die größten medizinischen Herausforderungen unserer Gesellschaft mit wissenschaftlicher Innovation an. Unsere Forscherinnen und Forscher treiben die Wissenschaft voran, um das Verständnis von Krankheiten zu vertiefen und neue Produkte zu entwickeln, die unerfüllte gesundheitliche Bedürfnisse befriedigen. Unsere Leidenschaft gilt der Erforschung neuer Methoden, um das Leben zu verbessern und zu verlängern.



Patienteninfos nun auch auf Englisch

Die AOK Baden-Württemberg bietet inzwischen englischsprachige Flyer an, die fremdsprachige Patienten über die Vorteile ihres Hausarzt- und Facharztprogramms informieren.



»The AOK Family Doctor Programme«

klärt über das Hausarztprogramm auf. Hier liegt der Schwerpunkt auf der ausführlicheren Beratung und der besseren medizinischen Versorgung.



»The AOK Family Doctor Programme for children and young people«

thematisiert die Versorgung bei Kindern und Jugendlichen.



»The AOK Specialist Programme«

erklärt die Versorgung durch Fachärzte und Psychotherapeuten, die im Facharztprogramm eingeschrieben sind.

Drei Flyer erklären auf Englisch kurz und übersichtlich, welche Vorteile diese Programme außerhalb der Regelversorgung bieten und wie man daran teilnimmt.

Ärzte und Psychotherapeuten, die an den Selektivverträgen der AOK Baden-Württemberg teilnehmen, können das Material auf der Homepage der AOK aufrufen:

- www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/downloads/index.html
- www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/facharzt/index.html

Die Bestellung der Flyer erfolgt wie gewohnt über die entsprechenden Formulare beim Kohlhammer-Verlag.

Achtung:

Auf der MEDI-Homepage www.medi-verbund.de können nur Bestellformulare für **Pädiater, Fachärzte und Psychotherapeuten** abgerufen werden.

Hausärzte bestellen ihr Infomaterial im Bestellshop des Hausärzteverbands unter www.hausarzt-bw.de/hzv-bestellshop.



Angelina Schütz

Fast 1.200 Ärzte und Psychotherapeuten nutzen das MEDI-Arztportal

Vor knapp zwei Jahren ging die MEDIVERBUND AG mit ihrem Arztportal online. Das nutzen auf www.medi-arztportal.de inzwischen 1.188 Ärzte und Psychotherapeuten, die an den Facharztverträgen verschiedener Krankenkassen in Baden-Württemberg außerhalb der Regelversorgung teilnehmen.



Das Arztportal bietet Fachärzten und Psychotherapeuten eine gute Unterstützung.

Über das Portal bekommen die Vertragsteilnehmer wichtige Dokumente wie beispielsweise Abrechnungsnachweise oder -empfangsbestätigungen schneller. Außerdem finden sie in ihrem Abrechnungsnachweis schnell und komfortabel einzelne Patienten oder Abrechnungspositionen.

Hohe Sicherheit

Praxen, die sich im MEDIVERBUND-Arztportal anmelden, können auch ihre persönlichen Daten eigenständig eingeben oder nach Belieben aktualisieren. Da im Arztportal auch Dokumente mit Patienteninformationen bereitgestellt werden, ist der Zugang zum Portal besonders geschützt: Die Vertragsteil-

nehmer müssen der MEDIVERBUND AG eine Handynummer und/oder eine E-Mail-Adresse angeben. Bei jeder Anmeldung im Arztportal bekommt der Nutzer von der AG einen Sicherheitscode per SMS oder E-Mail geschickt. Dieser garantiert ein hohes Sicherheitsniveau.

Ass.-jur. Frank Hofmann, Vorstand der MEDIVERBUND AG, bestätigt den positiven Trend: „Die Vertragsteilnehmer nutzen unser Portal zunehmend mehr. Sie schätzen es zum Beispiel sehr, dass sie automatisch darauf hingewiesen werden, wenn für sie neue Abrechnungsunterlagen bereitstehen.“

In Baden-Württemberg nehmen 2.112 Ärzte und psychologische Psychotherapeuten an der alternativen fachärztlichen Versorgung nach § 73c beziehungsweise § 140a SGB V teil. 

Angelina Schütz



Foto: Daniel-Peter Caroppo

**Thomas Bodmer (DAK-Gesundheit) mit
MEDI-Vorstandschef Werner Baumgärtner.**

Partner starten Video- sprechstunde bei Psychotherapie

Die DAK-Gesundheit und MEDI Baden-Württemberg haben am 1. Oktober den bundesweit ersten Vertrag zur Video-Fernbehandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Ländle geschlossen.

Damit wurde der Psychotherapievertrag, der seit 2016 gut angenommen wird, um eine einmalige Fernbehandlungsmöglichkeit erweitert. „Dadurch ergeben sich neue Zugangsmöglichkeiten in die Psychotherapie, die einerseits die Versorgung in den Regionen mit einer niedrigen Arzt- und Psychotherapeutendichte verbessern. Andererseits wird dadurch eine flexible Behandlungsmöglichkeit geschaffen, was für die Patienten ein zusätzliches Serviceangebot bedeutet“, erklärt MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner.

Der aktuelle DAK-Gesundheitsreport unterstreicht die Notwendigkeit: Seelenleiden waren 2017 die zweithäufigste Ursache für Fehltage in Baden-Württemberg und haben einen Anteil von 17,1 Prozent am gesamten Krankenstand.

600 Ärzte und Therapeuten im Vertrag

Der Facharztvertrag ermöglicht vielen DAK-Versicherten den Zugang zu einer schnelleren und umfangreichen psychotherapeutischen Versorgung. Teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten profitieren insbesondere von dem Wegfall aufwendiger Gutachterberichte. Derzeit setzen rund 600 Behandler diese Versorgung um.

„Die Video-Fernbehandlung optimiert für unsere Versicherten in Baden-Württemberg die Versorgung und ist insbesondere in Regionen mit einer nicht flächendeckenden Versorgungsstruktur ein großer Fortschritt“, sagt Thomas Bodmer, Vorstandsmitglied der DAK-Gesundheit.

Bessere Vergütung für Behandler

Die Durchführung der Video-Fernbehandlung ist im Vertrag für die Einzeltherapien (PTE1(KJ) bis PTE4(KJ)) verfahrensübergreifend möglich. Pro durchgeführter Sitzung ist eine zusätzliche Vergütung in Höhe von vier Euro vorgesehen. Ab der fünften abgerechneten Fernbehandlungssitzung pro Quartal wird zusätzlich ein Strukturzuschlag mit 120 Euro vergütet.

Um den Vertragsteilnehmern einen sicheren berufs- und sozialrechtlichen Rahmen bei der Fernbehandlung zu ermöglichen, hat die MEDIVERBUND AG die entsprechenden Vorgaben gemeinsam mit den kooperierenden Berufsverbänden in einem Leitfaden zusammengefasst.

Vertrag mit BTA

Ärzte und Psychotherapeuten können mit jedem KBV-zertifizierten Videodienstanbieter einen Lizenzvertrag abschließen. Die MEDIVERBUND AG hat ihn mit der Bayerischen TelemedAllianz (BTA) geschlossen, die auf die jetzige Weiterentwicklung im Psychotherapievertrag mit der DAK-Gesundheit Bezug nimmt.

Die BTA bietet das zertifizierte Softwareprodukt Doccura an. Die monatliche Lizenzgebühr beträgt 39,99 Euro und ist in der genannten Vergütungsregelung enthalten. Außerdem konnte eine Sonderkündigungsregelung mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende getroffen werden. ■

eb

→ Alle weiteren Informationen finden Sie auf www.medi-verbund.de unter »Verträge/Abrechnung« bei »Psychotherapie DAK-Gesundheit«



Referent Hans Adam
Wellenreuther
beim Notfalltraining.

Den Ernstfall trainieren

Was man täglich tut, muss man nicht trainieren. Da Notfälle in der Praxis selten sind, ist Üben für den Ernstfall angesagt. Ein neues MEDI-Seminar bereitet an zehn Stationen auf typische Notsituationen in der Praxis vor – und damit sind nicht nur medizinische Notfälle gemeint!

Im Seminar geht es nicht um trockene Wissensvermittlung, sondern um Lernen und Üben in Kleingruppen. Das neuartige Konzept mit zehn Notfallstationen hat Angelika Bölhoff, Projektleiterin medizinische Fortbildungen und Kooperation bei der MEDIVERBUND AG, gemeinsam mit Hans Adam Wellenreuther von RESCUEWELL entwickelt. Mit dem Ludwigsburger Hotel Monrepos wurde ein Tagungsort mit bekannt guter Atmosphäre ausgewählt – auch wichtig für den Seminarerfolg.

Morgens hilft ein einleitender Theorieblock dabei, die notfallmedizinischen Kenntnisse auf den aktuellen Stand zu bringen. Der Schwerpunkt des Seminartags liegt jedoch auf dem anschließenden praxisorientierten Training. Dazu werden die Teilnehmer in

Kleingruppen aufgeteilt, die gemeinsam mit kompetenten Trainern unterschiedliche Aspekte von medizinischen und anderen Notfallsituationen durchspielen. An zehn Stationen geht es um praktische Übungen zu Situationen, die in einer Praxis typischerweise vorkommen können:

Station 1 | Auffinden einer bewusstlosen Person

Station 2 | Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung

Station 3 | Airway-Management

Station 4 | Defibrillation

Station 5 | Megacode-Training

Station 6 | Notfall bei Kindern

Station 7 | Und danach? Psychosoziale Nachsorge

Station 8 | Auffinden einer verunfallten Person (ABCDE-Schema)

Station 9 | Wenn es in der Praxis brennt – Brandschutz

Station 10 | Wenn ein Patient aggressiv wird – Deeskalation

Ein Seminar für das gesamte Team

Das Tagesseminar richtet sich sowohl an Ärzte als auch medizinisches Fachpersonal der Praxen. Wellenreuther findet es ideal, wenn alle MFAs einer Praxis gemein-

sam mit den Ärzten trainieren, was im Notfall zu tun ist. „Wenn nur eine Mitarbeiterin aus dem Team den Umgang mit Notfallsituationen geübt hat, wird sie vielleicht gerade an diesem einen Tag Urlaub haben“, ergänzt er und erinnert daran, dass in kleineren Praxen nicht selten eine Mitarbeiterin allein anwesend ist. „Sie muss im Notfall entscheiden, was zu tun ist“, warnt der erfahrene Rettungsassistent, „das ist viel Verantwortung.“

Das medizinische Fachpersonal sollte die Grundlagen der Notfallversorgung beherrschen. Dazu gehört die Durchführung eines Basischecks, um die Dringlichkeit der Situation einschätzen zu können. „Auch Ärzte sollten regelmäßig alle paar Jahre den Notfall trainieren“, fordert Wellenreuther. In Ausnahmesituationen kommt es nicht nur darauf an, das passende medizinische Fachwissen im Hinterkopf zu haben, auch die Organisation muss reibungslos funktionieren. Ärzte müssen im Ernstfall die wichtige Aufgabe übernehmen können, alle Abläufe zu steuern und das Team zu koordinieren.

Fortsetzung >>>

»Wenn der Ernstfall eintritt«

Tagesseminar für Notsituationen in der Praxis

Samstag, den 17. November 2018, 9 bis ca. 18 Uhr

im Hotel Monrepos, Domäne Monrepos 28, 71634 Ludwigsburg

Für Ihr leibliches Wohl ist gesorgt,

neben einer Pausenverpflegung erwartet Sie um 12:15 Uhr ein warmes Mittagsbuffet im Wintergarten des Schlosses.

CME-Punkte wurden bei der Landesärztekammer beantragt.

Die Teilnehmergebühr beträgt für **MEDI-Mitglieder 349 Euro/Person**, für **jede weitere Person aus der Praxis 299 Euro/Person**.

Für Nichtmitglieder beträgt die **Teilnehmergebühr 449 Euro/Person**, für **jede weitere Person aus der Praxis 399 Euro/Person**.

→ Weitere Informationen bekommen Sie von Projektleiterin Angelika Bölhoff, Tel. 0711 806079-233 

ra

Fortsetzung **Den Ernstfall trainieren**

Von Station zu Station

In Gruppen von etwa acht Personen werden nacheinander zehn Stationen durchlaufen, an denen erfahrene Trainer und Referenten erklären, worum es geht.

An **Station 1** wird geübt, was beim **Auffinden einer bewusstlosen Person** zu tun ist. „Wenn zum Beispiel ein bewusstloser Patient in der Toilette gefunden wird, ist schnelles und sicheres Handeln gefragt“, fordert der Rettungsassistent, „und zwar durch das ganze Team als Einheit.“

Akute Herz- und Kreislauferkrankungen sind in Deutschland die häufigsten Anlässe für Luftrettungseinsätze – Zeit ist hier bekanntlich Mangelware. Grund genug, die **Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung** an **Station 2** und das **Airway-Management** an **Station 3** zu rekapitulieren.

Ein typischer neuralgischer Punkt ist seiner Erfahrung nach der Umgang mit dem Defibrillator. In mancher Praxis gibt es keinen, in anderen findet er Geräte, die man auch im Museum ausstellen könnte. Und selbst in Praxen mit modernen AED-Defibrillatoren sind nicht unbedingt die Mitarbeiterinnen in den Gebrauch eingewiesen worden. Das kann man an **Station 4 „Defibrillation“** nachholen, wo der Einsatz von manuellen und AED-Defis geübt werden soll.

Wellenreuther erinnert daran, dass sich die Erfolgsrate von Reanimationsmaßnahmen durch Training und gute Teamarbeit erheblich steigern lässt. Eine gute Gelegenheit dafür bietet sich an **Station 5**, wo ein **Megacodetraining** nach den ERC-Richtlinien (European Resuscitation Council) durchgeführt wird. An der Puppe wird ein korrektes Vorgehen geübt und, ganz wichtig, ausgewertet. „Das zeigt Schwachstellen auf und motiviert“, erklärt er.

„**Notfälle mit Kindern** sind erfahrungsgemäß besonders belastend“, weiß der Notfallexperte. An **Station 6** wird eine Fachkinderkrankenschwester für

Intensivmedizin die Besonderheiten der Notfallversorgung bei Säuglingen und Kindern vermitteln.

Eine Besonderheit ist **Station 7**, die sich der **psychosozialen Nachsorge** nach Notfallsituationen widmet. Ein Arzt und Theologe hat sich bereit erklärt, sein Wissen zu diesem selten behandelten Thema zu vermitteln. „Wir wollen dafür sensibilisieren, dass Notfallsituationen für das ganze Team eine Belastung sind“, berichtet Wellenreuther. Er hat selbst miterlebt, wie schwer es einem Team fallen kann, den plötzlichen Tod eines langjährigen Patienten in der Praxis zu verarbeiten.

Ein Autounfall oder ein Fahrradsturz vor der Praxis – und schon muss entschieden werden, ob der offene Unterschenkelbruch das wichtigste Problem des Patienten ist. An **Station 8** kann man sein Wissen über das ABCDE-Schema bei **Unfallpatienten** auffrischen.

Auch nichtmedizinische Notfallsituationen haben in der Praxis und im Seminar einen hohen Stellenwert. Das zeigt sich auch an der Auswahl der Trainer und Referenten. Selbstverständlich kennen sie sich in ihren Fachgebieten durch langjährige Erfahrung gut aus. Neben medizinischen Fachleuten aus dem Bereich der Notfallrettung wird etwa an **Station 9** mit dem Schwerpunkt **Brandschutz** ein Mitarbeiter der Feuerwehr mit Feuerlöschern und anderen Übungsgeräten bereitstehen. Er hat eine Ausbildungsberechtigung, sodass er den Teilnehmern auch eine Bescheinigung über die Ausbildung zum Brandschutzhelfer ausstellen darf.

Der Experte an **Station 10** zur **Deeskalation** ist Polizist. Bei ihm kann man praktisch üben, wie sich brenzlige Situationen mit aggressiven Patienten am Empfang entschärfen lassen. Dabei sind ein kühler Kopf und praktische Abwehrgriffe gleichermaßen wichtig. In der kurzen Zeit kann natürlich keine Nahkampfausbildung stattfinden, aber ein paar Grundsätze lassen sich vermitteln.

„Das Tagesseminar ermöglicht es uns, viele Themen aufzufrischen und andere anzureißen“, so Wellenreuther. „Durch die praktischen Übungen wird der Tag ganz sicher abwechslungsreich sein und hoffentlich viele Aha-Erlebnisse ermöglichen.“ ■

Ruth Auschra



Wichtiges für Ihren Praxisalltag

Die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) sorgt nach wie vor für viel Ärger und Verunsicherung in den Praxen. MEDI-Mitglieder finden gleich auf der Startseite der MEDI-Homepage die wichtigsten Hilfestellungen zum Datenschutz.

Auf www.medi-verbund.de stehen Informationen zur Kooperation mit Health Data Protect und die notwendigen Formulare für Patienten zum Herunterladen und Ausdrucken:

- Allgemeine Informationen für Praxen zur EU-DSGVO
 - Kooperation mit Health Data Protect für individuelle Dienstleistungen
 - Muster Einwilligungserklärung für Patienten als Word-Dokument
 - Muster Patienteninformation nach Art. 13 EU-DSGVO als Word-Dokument
 - Häufige Fragen (FAQ) für Praxen auf der Homepage des Landesdatenschutzbeauftragten für Datenschutz und Informationssicherheit Baden-Württemberg
- Darüber hinaus erfahren MEDI-Mitglieder, wie sie sich im Falle einer Abmahnung verhalten sollten. 

as

Auch ein Thema im
MEDI-Blog auf
www.medi-verbund.de





Gemeinsame ZUKUNFT

Kammerwahlen 2018: »Gemeinsame Zukunft« stellt Ziele vor

Bei den diesjährigen Ärztekammerwahlen in Baden-Württemberg kandidieren die MEDI-Vertreter wieder zusammen mit anderen Verbänden auf der Liste »Gemeinsame Zukunft«. Neu ist dieses Mal: Zusätzlich zu den Versandaktionen per Post stellt sich die Liste im Internet auf einer eigenen Homepage vor.

Die Ziele der „Gemeinsamen Zukunft“ decken sich mit denen von MEDI Baden-Württemberg. MEDI-Spitzenkandidat Dr. Wolfgang Miller hat sie gemeinsam mit den anderen Kandidatinnen und Kandidaten ausgearbeitet und abgestimmt.

Weiterbildung flexibel gestalten: Qualität zählt!

Heute und morgen muss der hohe Qualitätsstandard gewährleistet sein. Dazu brauchen wir Augenmaß. In der neuen Weiterbildungsordnung wollen wir so weit es geht berufsbegleitende Anteile ermöglichen. Auch bei Beschäftigungsverhältnissen bei verschiedenen Arbeitgebern, Nebeneinander von Niedergelassener-Tätigkeit und Anstellung im Krankenhaus muss eine Weiterbildung möglich sein. Entscheidend ist die Qualität, nicht allein der Status. Dazu braucht es Mut.

Fortbildung zeitgemäß organisieren: mit neuen Tools für eine schnellere Anerkennung

Wir legen Wert auf die Produktneutralität. Werbeveranstaltungen sind keine Fortbildung. Das bewährte Anerkennungsverfahren der Fortbildungen muss optimiert werden, die Fristen zur Anmeldung sollen kürzer

sein. Mit der Fortbildungs-App stehen wir noch ganz am Anfang. Das wird eine Aufgabe der nächsten Jahre sein.

Service online und persönlich verbessern: Wir sind da für unsere Mitglieder

Die Kolleginnen und Kollegen müssen unser Angebot unkompliziert abrufen können. Verlässliche Ansprechpartner und E-Services schließen sich dabei nicht aus, sondern ergänzen sich. Dazu gehört ein interaktiver Internetauftritt genauso wie einfache und verlässliche Termine für ein individuelles Gespräch. Wir sind die Kammer!

Bezirke und Ärzteschaften stärken: »Vor Ort« ist besser als »da oben«

Die Landesärztekammer ist eine Chance. Schon heute sind wir eine gemeinsame Körperschaft, vielfältig wie unsere Bezirke und Kreise. In den Bezirken kennen wir die Kliniken und die ambulante Versorgungslandschaft. In den Kreisen wird Kammer gelebt. Was vor Ort besprochen werden kann, muss vor Ort bleiben. Dazu brauchen auch die Ärzteschaften ausreichende Mittel.



Auf der Website der »Gemeinsamen Zukunft« finden Ärztinnen und Ärzte alles Wichtige zur Wahl.

Mit den Menschen und der Politik sprechen: Eine gute Versorgung geht nur gemeinsam

Wir sind Teil der Gesellschaft, als Kammer mit eigenen Rechten ausgestattet. Das bedeutet Verantwortung für die Menschen in unserem Land. Dazu wollen wir das Gespräch mit der Verwaltung und den gewählten Volksvertretern auf allen Ebenen weiter ausbauen. Wir wollen uns einbringen bei der Kenntnisprüfung und als Approbationsbehörde. Wir wollen auch hier unserer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden.

Die Ziele, Informationen zu den Kandidatinnen und Kandidaten und weitere wichtige Informationen rund um die Kammerwahlen im Südwesten finden Ärztinnen und Ärzte auch online auf www.gemeinsame-zukunft.info. „Mit unserer Website wollten wir insbesondere die jüngeren Kolleginnen und Kollegen über unsere Ziele informieren und sie zur Wahl aufrufen“, erklärt Miller und fügt hinzu: „Wir müssen mitmachen, uns zu Wort melden und wählen. Wir sind die Kammer – wir haben es in der Hand.“

Angelina Schütz

Auch ein Thema im
MEDI-Blog auf
www.medi-verbund.de



Termine und Wahlprozedere

**Einreichung der Wahlvorschläge bei den
Bezirkswahlleitern/Ärztekammern
(durch den Berufsverband bzw. Listenverantwortlichen)**
5. Oktober 2018, 24 Uhr

Versand der Wahlunterlagen ab 9. November 2018

Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechts
30. November 2018, 24 Uhr

**Bekanntgabe der Wahlergebnisse im Ärzteblatt
Baden-Württemberg voraussichtlich Dezember 2018**

Wahl zur Vertreterversammlung der Landesärztekammer
**Wahlvorschläge können bis zum 25. Januar 2019, 18 Uhr
eingereicht werden.**

Termine der konstituierenden Vertreterversammlungen
Bezirksärztekammern: 2. Februar 2019
Landesärztekammer: 23. Februar 2019

Insgesamt können bis zu drei Stimmen auf eine Kandidatin oder einen Kandidaten vergeben (kumuliert) werden. Man kann auch panaschieren, also aus verschiedenen Listen Wunschkandidaten ankreuzend herausuchen. Hier muss darauf geachtet werden, dass die Gesamtzahl der zu vergebenden Stimmen nicht überschritten wird. Die zu vergebenden Stimmen können übrigens in jedem Wahlkreis variieren. Die genaue Stimmenanzahl wird aber auf den Wahlzetteln angegeben.

Ärztekammer Baden-Württemberg



MVZ-Struktur eröffnet neue Optionen

»Arztpraxen 2020«, das MVZ-Projekt des MEDI Verbunds, bleibt auf Erfolgskurs. Sowohl in Baiersbronn als auch in Aalen arbeiten in den hausärztlich geführten MVZs mittlerweile auch angestellte Fachärzte.

Für den Bürgermeister der Schwarzwaldgemeinde Baiersbronn, Michael Ruf, ist die Sache eindeutig: „Ohne das MEDI-MVZ im Ortsteil Klosterreichenbach hätten wir die medizinische Versorgung am Ort nicht so gut aufrechterhalten können. Nun haben wir die Weichen gestellt, dass die Versorgung für die nächsten 20 Jahre gesichert ist.“

Vor anderthalb Jahren sah die Lage noch anders aus. Es gab mit der Regiopraxis „Hausärzte am Spritzenhaus“ zwar eine große hausärztliche Praxisgemeinschaft. „Doch wir wussten, dass etliche andere Hausärzte auf den Ruhestand zusteuern und keine Nachfolger finden“, so Ruf.

Nun war Baiersbronn nicht die einzige Gemeinde, die niederlassungswillige Nachwuchsärzte suchte. Doch erschwerend kam dort hinzu, dass Baiersbronn eine Flächengemeinde mit einzelnen Ortsteilen ist, die sich über insgesamt 19 Quadratkilometer erstrecken. „Das erfordert dezentrale Strukturen, in denen eine Einzelpraxis unter Umständen nicht wirtschaftlich arbeiten kann“, erklärt Ruf.

Schlechteste Alternative: ein kommunales MVZ

Vielen Kommunen in vergleichbarer Situation bleibt nichts anderes übrig, als ein kommunales MVZ zu eröffnen, um die medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung sicherzustellen. „Doch von dieser Option waren wir nicht begeistert“, sagt der Bürgermeister, „so ein MVZ erfordert Investitionen, die den Haushalt belasten. Außerdem sind wir als Kommunalverwaltung auch gar nicht vom Fach.“

Michael Ruf war deshalb froh, dass sich in Baiersbronn die Möglichkeit auftat, die bestehenden Arztstühle in ein MEDI-MVZ überzuführen: „Das war genau das Bindeglied, das uns fehlte!“ Weil MEDI hier federführend ist, ist das Konzept flexibel und unabhängig von Einzelpersonen.

„Wenn sich in einem ärztlich geführten MVZ zwei nicht grün sind und sich streiten, kippt möglicherweise die gesamte Struktur“, erklärt er, „das kann uns hier nicht passieren.“ Aus diesem Grund empfiehlt er auch anderen Kommunen, die Schwierigkeiten mit

Das Team
im MEDI-MVZ
Baiersbronn.

Foto: Helga Michel

*»Die hausärztliche Versorgung
ist gesichert«*

Michael Ruf, Bürgermeister von Baiersbronn



der Sicherstellung ihrer medizinischen Versorgung haben, die MEDI-Struktur für ein MVZ zu erwägen.

Ein idealer Standort

An die Planungs- und Aufbauphase des im April eröffneten MVZ im Baiersbronner Ortsteil Klosterreichenbach erinnert sich der Bürgermeister gerne zurück: „Wir als Gemeinde mussten gar nicht viel tun. Alle waren beflügelt, gut zusammenzuarbeiten.“ Den Standort findet er ideal: Er liegt zentral und ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.

Entsprechend zufrieden ist auch die Bevölkerung. „Die Patienten sind begeistert“, freut sich Hans-Jörg Schaible, der als Ärztlicher Leiter im MEDI-MVZ und in der Zweigpraxis in Lützenhardt arbeitet. Zusammen mit seinen Kolleginnen und Kollegen versorgt der Hausarzt mehr Patienten als je zuvor – und hat trotzdem großen Spaß an seiner Tätigkeit: „Die Arbeitsatmosphäre ist durch die schöne Innenarchitektur mit ihren offenen Räumen und durch unser tolles Team sehr angenehm.“

Geschäftsführung und Gesellschafter entlasten die Ärzte

Doch mindestens ebenso wichtig ist ihm, dass er und seine ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sich ganz auf die Patientenversorgung konzentrieren können, weil sich die Geschäftsführung um die gesamte Verwaltung und Bürokratie des MVZ kümmert. „Unser Geschäftsführer Wolfgang Fink leistet wirklich super Arbeit und entlastet uns Ärzte sehr“, sagt Hans-Jörg

Schaible, „doch auch die einzelnen Gesellschafter engagieren sich sehr, damit alles rundläuft – insbesondere was die Optimierung unserer EDV angeht.“

Fachärztliche Unterstützung

Seit Juli arbeitet mit Carmen Bursac auch eine angestellte Fachärztin für Dermatologie im MVZ in Klosterreichenbach. Schaible freut sich über die Erweiterung des medizinischen Spektrums: „Wir können uns an unsere Kollegin wenden, wann immer wir als Hausärzte nicht weiterkommen oder uns unsicher sind.“

Die Hautärztin arbeitet mit einer vollen Stelle im MVZ und bietet auch Sprechstunden in der Zweigpraxis in Lützenhardt an. Auch für den Bürgermeister ist dieser Umstand ein weiterer Glücksfall: „Wir hatten zuvor noch nie eine hautärztliche Praxis im Ort. Und bei den Dermatologen in der Umgebung muss man oft bis zu ein Jahr auf einen Termin warten.“

Möglichkeiten der Bedarfsplanung nutzen

In einer regulären Praxis wäre die Anstellung einer fachärztlichen Kollegin nicht ohne Weiteres möglich gewesen, wie MVZ-Projektleiter Wolfgang Fink weiß: „In einer hausärztlichen Einzelpraxis oder BAG muss man eine Reihe steuerlicher Hürden überwinden, wenn man einen fachärztlichen Kollegen einstellen will.“

Dagegen kann ein MVZ Ärzte problemlos auch fachübergreifend anstellen. Derzeit öffneten sich viele fachärztliche Planungsbereiche, die aufgrund des zunehmenden Fachärztemangels nicht mehr zulassungsbeschränkt sind. „Wir nutzen daher die Möglich-

Fortsetzung >>>

Fortsetzung >>>

MVZ-Struktur eröffnet neue Optionen

keiten, die uns die Bedarfsplanung einräumt“, erklärt Fink. Sofern die räumlichen Gegebenheiten eine solche Erweiterung erlauben und es freie fachärztliche Sitze gibt, wolle man die flexible Struktur des MEDI-MVZ hierfür nutzen und bewerbe sich um fachärztliche Sitze.

Der klare Fokus liege allerdings weiterhin auf der Gründung hausärztlicher MVZs überall dort, wo die Versorgung nicht mehr gesichert ist und hausärztliche Sitze frei sind, betont der Projektleiter. Sinnvoll sei die Ergänzung durch fachärztliche Sitze vor allem bei Fachrichtungen, die mit der hausärztlichen Versorgung Hand in Hand gehen. Hierzu zählt in seinen Augen neben der Dermatologie auch die Psychotherapie.

Ärztliche Psychotherapeutin in Aalen

Im MEDI-MVZ Aalen hat man bereits Erfahrungen mit der Integration einer ärztlichen Psychotherapeutin gesammelt. Dort erweitert seit Jahresbeginn Ricarda Deres das Leistungsspektrum des MVZ. In ihrer Arbeit profitiert sie unter anderem davon, dass sie Zugriff auf die hausärztliche Patientenakte mit allen Details zur somatischen Therapie hat. Bereits drei Wochen nach dem Start waren die Sprechstunden bei der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ausgebucht.

Animositäten oder Misstrauen anderer angestammter Arztpraxen habe es nicht gegeben, erzählt Wolfgang Fink: „Es war ein wegen Unterversorgung offener Planungsbereich. Es gibt dort sogar so viel Bedarf, dass wir eine Erweiterung um einen weiteren psychotherapeutischen Sitz erwägen.“

Antje Thiel

Neue MEDI-MVZs in Stuttgart und Böblingen

In den letzten Monaten öffneten zwei weitere hausärztliche MEDI-MVZs nach dem Konzept „Arztpraxen 2020“ ihre Pforten: In Stuttgart hat am 1. Juli die „MVZ Stuttgart GmbH“ der ehemaligen Hausarztpraxis Dres. Bauer ihre Arbeit aufgenommen. Dort arbeiten zwei Hausärzte und eine Weiterbildungsassistentin. Unterstützt werden sie von drei medizinischen Fachangestellten (MFAs). Betreut wird das MVZ von Geschäftsführer Markus Baumgärtner.

In Dagersheim bei Böblingen wurde im Oktober die BAG von Dr. Gabriele Hensinger und Andreas Kimminich zusammen mit der Einzelpraxis von Wilfried Gehrig in Darmsheim bei Sindelfingen unter dem Namen „Ärzte vor Ort – MEDI-MVZ GmbH“ fortgeführt. Dabei fungiert die Praxis der Dagersheimer

Ärzte, in der auch Dr. Stephen Olt als Arzt in Weiterbildung mitarbeitet, als Hauptbetriebsstätte, die Praxis von Wilfried Gehrig ist Zweigpraxis. Geschäftsführer ist Wolfgang Fink, Projektleiter MVZ der MEDI-VERBUND AG.

Im nächsten Jahr soll die Versorgung der Patienten allerdings in neue Räumen stattfinden: Für Juli 2019 ist der Umzug in das Ortszentrum von Dagersheim geplant, nur 300 Meter von der bisherigen Adresse der BAG Hensinger-Kimminich entfernt. Dort entsteht ein neues Gebäude mit Volksbank, Physiotherapie, Apotheke, Zahnarzt, Bäckerei und Wohnungen.

as

»Viele Praxen setzen die DSGVO zu lax um«

Seit dem 25. Mai hat die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) Gültigkeit. Genau wie MEDI Baden-Württemberg bietet auch MEDI Südwest den Mitgliedern hierbei Unterstützung an. Indes beobachtet Geschäftsführer Axel Motzenbäcker, dass viele Praxen die Verordnung zu oberflächlich umsetzen.

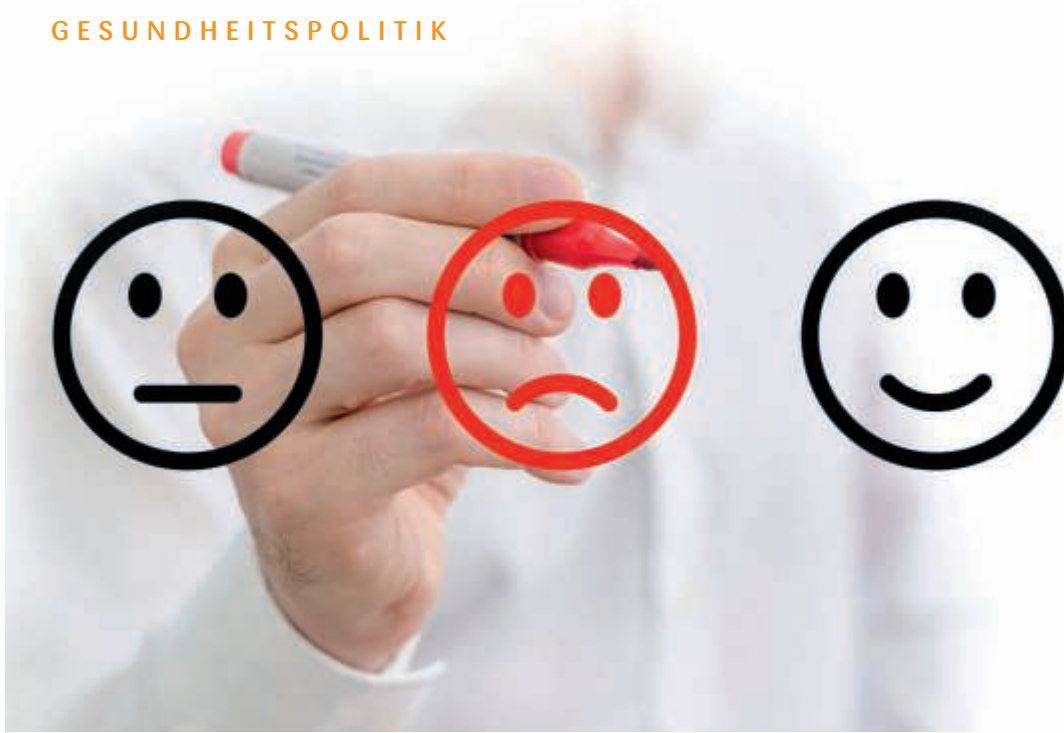
„Viele Ärzte fragen sich nur, ob sie einen Datenschutzbeauftragten brauchen. Wenn nicht, ist das Thema für sie erledigt“, so seine Erfahrung. „Das ist aber fahrlässig, denn die durch die DSGVO normierten Auskunft- und Informationspflichten für Patienten müssen alle Praxen erfüllen.“ Hinzu kommen umfangreiche Meldepflichten bei Datenpannen gegenüber den Landesdatenschutzbehörden. Hier müssen Praxen formelle Anforderungen erfüllen, die schon

fast ein eigenes Qualitätsmanagement erfordern. Dazu kommen umfangreiche Dokumentationspflichten und Fortbildungsverpflichtungen für die Praxisteams.

MEDI Südwest hat ein Paket mit unterschiedlichen Maßnahmen geschnürt. Beispielsweise besucht Motzenbäcker als Fachkraft für Datenschutz (DEKRA) Praxen für einen Datenschutzaudit, um ihnen bei der Erfüllung der compliancerechtlichen DSGVO-Vorgaben zu helfen. „Wir koordinieren auch die Anpassung der Netzwerkstrukturen in den Praxen mit ihren Software- und Servicepartnern. Auf Wunsch können wir zusätzlich ein DIN-ISO-QM-System implementieren, was nicht nur aus DSGVO-Sicht Sinn macht.“

Motzenbäcker passt auch die Praxishomepage bei Bedarf an. „Wir achten darauf, dass es keine unnötigen Dokumentationen gibt und die eingesetzten Formulare DSGVO-konform sind. MEDI-Praxen können sich bei unseren QM-Schulungstagen oder in gesonderten Datenschutzs Schulungen zur DSGVO weiterbilden.“ 

as



Bundesweite Umfrage zum TI-Konnektor toppt Ergebnisse aus Baden-Württemberg

Um zu erfahren, ob Praxen Probleme nach der Installation des TI-Konnektors haben und welche das sind, hat MEDI Baden-Württemberg im Juni eine Mitgliederumfrage durchgeführt. Einen Monat später hat MEDI GENO Deutschland nachgezogen und die gleiche Umfrage bundesweit an 61.000 Praxen geschickt.

Fazit: Der Trend aus dem Südwesten wird sogar noch getoppt. In der bundesweiten Umfrage wurden exakt die gleichen Fragen verwendet, die bei der Mitgliederbefragung von MEDI Baden-Württemberg gestellt wurden. „Wir wollten mehr Transparenz und Datensicherheit haben“, erklärt MEDI GENO Deutschland-Chef Dr. Werner Baumgärtner.

Es sollten diejenigen Praxen antworten, die den Konnektor bereits installiert hatten. 1.259 Praxen haben an der Befragung teilgenommen. Von ihnen gaben 860 an, mit dem Konnektor zu arbeiten. 399 Praxen antworteten, dass sie noch keinen Konnektor haben oder noch keinen installieren könnten.

Systemabstürze im Arbeitsalltag

48 Prozent der Antwortenden mit Konnektor geben an, Systemabstürze nach der Konnektorinstallation zu haben. In Baden-Württemberg waren es 33 Prozent. Auch die angegebenen Verzögerungen im Echtzeitdatenabgleich sind mit 64 Prozent höher als die Zahlen aus der ersten MEDI-Umfrage in Baden-Württemberg (58 Prozent).

„Das sind alarmierende Ergebnisse. Diese Pannen und Verzögerungen belasten die Praxen erheblich“, so Baumgärtner. „Das Hauptproblem bleibt aber, dass Praxen nach der Konnektorinstallation die elektronische Gesundheitskarte 1, die sich immer noch im Umlauf befindet, oft nicht mehr einlesen können und deshalb für jeden Patienten ein aufwendiges Ersatzverfahren durchführen müssen. Das frustriert alle Beteiligten!“

Baumgärtner spricht von einem „Skandal, dass die Praxen unter diesen Voraussetzungen unter gesetzlicher Strafandrohung gezwungen werden, den TI-Konnektor zu installieren“. Er fordert, dass eine unabhängige Stelle die Konnektortechnik genau prüfen und herausfinden soll, warum es zu Abstürzen kommt. „Die Frage, wer für die finanziellen Schäden der Praxen haftet, allein schon angesichts der Tatsache, dass die eGK1 oft nicht eingelesen werden kann, muss ebenfalls geprüft werden“, findet er.



Werner Baumgärtner nimmt in kurzen Videobeiträgen auf der MEDI-Website und in den sozialen Medien Stellung zu gesundheitspolitischen Themen.

Baumgärtner hat sich nach der Auswertung der Umfrage, die im Detail auch auf der MEDI-Homepage veröffentlicht wurde, in einem Brief an Gesundheitsminister Spahn gewandt. Darin appelliert er, den Zeitpunkt der Verpflichtung der Konnektoreinführung so lange zu verschieben, bis die eGK2 komplett von den Krankenkassen eingeführt und die „Kinderkrankheiten“ der Konnektoren behoben sind.

MEDI strebt Sammelklage an

Mittlerweile spricht einiges dafür, dass der Gesetzgeber die gesetzliche Frist für die Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur um ein halbes Jahr, also bis Mitte 2019, verlängern wird. Dazu gibt es auch eine Petition an den Deutschen Bundestag, die die Vorstände der 17 KVen unterstützen.

Diese wird auch von den MEDI-Vorständen voll und ganz unterstützt, ist jedoch aus Baumgärtners Sicht nicht ausreichend: „Wir haben eine prominente Anwaltskanzlei damit beauftragt zu prüfen, ob Krankenkassen oder der Gesetzgeber dazu verpflichtet werden können, die Kosten und jeden sonstigen Mehraufwand, der den Praxen wegen des TI-Konnektors entsteht, zu bezahlen“, erklärt er.

Sobald ihm das Ergebnis dieser Prüfung vorliegt, wird sich der MEDI-Vorsitzende erneut an seine

»Bei MEDI können keine Konnektoren bestellt werden«

Mitglieder wenden. „Wenn die Prüfung in unserem Sinne ausfällt, streben wir eine Sammelklage an“, stellt Baumgärtner in Aussicht und ergänzt: „Davon werden dann aber nur unsere Mitglieder profitieren.“



Angelina Schütz

→ Die Ergebnisse der bundesweiten Umfrage gibt es online im MEDI-Blog

www.medi-verbund.de



Baumgärtner nennt Honorareinigung »Flickschusterei«

Die rund 620 Millionen Euro mehr, die es nach Angaben der KBV und des GKV-Spitzenverbands im nächsten Jahr für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland geben wird, sind „der niedrigste Zuwachs auf das Gesamtbudget seit Jahren“, kritisiert Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI GENO Deutschland.

Rund 620 Millionen Euro sind allenfalls der Inflationsausgleich, sagt Baumgärtner und ergänzt: „Umgerechnet auf den Arzt wären das 320 Euro mehr Umsatz im Monat. Davon kann sich eine Praxis nicht einmal eine Aushilfskraft leisten! Wenn wir davon ausgehen, dass in einer Arztpraxis durchschnittlich vier medizinische Fachangestellte arbeiten, liegt der Spielraum für Gehaltserhöhungen pro Mitarbeiterin unterhalb des Inflationsausgleichs. Damit wird man der immer höheren Qualifizierung des MFA-Berufs nicht gerecht.“

Darüber hinaus löst das Honorarergebnis aus Baumgärtners Sicht nicht das eigentliche Problem der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. „Das könnte nur ein Ende der Budgetierung“, so der MEDI GENO-Chef. Er fordert den Gesetzgeber auf, „endlich einen Einstieg in diese Thematik zu finden“. Ein erster Schritt wäre eine Ausbudgetierung der Grundleistungen per Gesetz. „Andernfalls wird der GKV-Spitzenverband weiterhin jede Honorarpolitik blockieren, die aus der Budgetierung herausführt“, ist sich Baumgärtner sicher. 

Angelina Schütz

Allianz gegen Mindestsprechstundenzeit

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände, zu der auch MEDI GENO Deutschland zählt, lehnt den gesetzgeberischen Eingriff in vertragliche Vereinbarungen zu den Mindestsprechstundenzeiten „aus grundsätzlichen und sachlichen Gründen ab“, heißt es in einer Pressemitteilung.

Grundsätzlich deshalb, weil der Gesetzgeber nicht in die Vertragshoheit von Vereinbarungen zwischen

Krankenkassen und Ärzten eingreifen darf. Und sachlich, weil es sich um einen schwerwiegenden Eingriff in die Autonomie von Organisationsstrukturen eines freien Berufes handelt. „Hier wird weiter die Abrißbirne an dem erprobten System der Selbstverwaltung geschwungen“, sind sich die Verbände der Allianz einig. 

Angelina Schütz



Bei den »Sport-Docs« in Schwäbisch Gmünd ist Dr. Gunild Kreb als Allrounderin für Telefon, Empfang, Terminvergabe und Knochendichtemessungen zuständig. Privat ist sie ein echtes sportliches Vorbild: In ihrer Jugend schaffte es die Leichtathletin in den deutschen Nationalkader, heute nimmt sie an den Seniorenweltmeisterschaften teil – und zwar richtig erfolgreich: 2016 war sie Weltmeisterin im Siebenkampf W35, 2017 dann Europameisterin.

Auch an der diesjährigen Weltmeisterschaft in Málaga nahm sie teil, musste wegen einer Trainingsverletzung jedoch früh aussteigen. Wir wünschen gutes Ausheilen der angerissenen Sehne und ganz viel Erfolg für weitere Wettkämpfe! 🇪🇸

ra
Foto: Kilian Kreb



So löscht man Jameda-Bewertungen

Bewertungsportale wie Jameda boomen. Unzufriedene Patienten und vielleicht auch gehässige Nachbarn können hier anonym posten, was sie ihrem Arzt nie ins Gesicht sagen würden. Wie können Sie stressfrei gegen unfaire Bewertungen vorgehen und wann haben Sie Anspruch auf eine Löschung?

Jameda veröffentlicht die Daten aller Ärzte und gibt Patienten die Möglichkeit einer Bewertung – ob Sie das mögen oder nicht. Es ist keine Option, den eigenen Eintrag einfach löschen zu lassen, entschied das Oberlandesgericht Frankfurt: Die Allgemeinheit habe ein Interesse daran, sich Daten über Ärzte, Therapeuten und Heilberufler schnell und vollständig zugänglich zu machen (Urteil vom 08.03.2012, Az. 16 U 125/11).

Eine Ärztin erstritt sich zwar das Recht, aus dem Verzeichnis gelöscht zu werden. Die Begründung dafür waren allerdings die neben ihrem Profil eingeblendeten Premiumprofile von Kollegen in ihrer Nähe. Diese Form der Ärztewerbung hat Jameda inzwischen eingestellt.

Beleidigung

Das Grundgesetz schützt das Recht auf freie Meinungsäußerung. Das gilt auch für Patienten und Bewertungsportale. Wenn jemand zum Beispiel schreibt „Diesen Arzt kann ich auf keinen Fall weiterempfehlen“ und als Gesamtnote eine 6,0 vergibt, dann war das bisher als eine Meinungsäußerung rechtlich nicht angreifbar. Anders ein aktuelles Urteil (Az.: I O 59/17): Ein Arzt hatte die Löschung einer negativen Bewertung ohne Text bei Google verlangt, das Landgericht Lübeck hatte ihm recht gegeben.

Allerdings darf bei der freien Meinungsäußerung die Grenze zur Beleidigung nicht überschritten werden. Das bedeutet im Klartext: Gegen Beleidigungen, Beschimpfungen und Schmähkritik kann man sich zur Wehr setzen – und das sollte man auch durchaus tun. Fiese Beschimpfungen sind heute auf Bewertungsportalen seltener geworden. Bei Jameda werden beispielsweise alle Eintragungen automatisch auf Schimpfwörter und Kraftausdrücke hin überprüft. Der Betreiber hat durchaus auch ein Eigeninteresse daran, solche Kommentare redaktionell zu entfernen, da die Haftung bei Beleidigung auch auf ihn übergeht.

Falsche Tatsachenbehauptungen

Auf Bewertungsportalen darf man seine Meinung äußern, aber keine unrichtigen Tatsachen über Ärzte verbreiten. Beispiele dafür können etwa Behauptungen sein wie:

- „ich wurde nicht über die Risiken der Behandlung aufgeklärt“
- „der Arzt hat meine Behandlung abgelehnt, obwohl ich ein Notfall war“
- „mir wurden Medikamente verordnet, die kontraindiziert waren“.

Im Streitfall muss der bewertende Patient solche Tatsachen belegen.

Löschung gegen Zahlung?

Manche Ärzte meinen, dass die Inhaber zahlungspflichtiger Accounts von Jameda besser behandelt werden. Jameda verneint das. Auch zwei Urteile (LG München I (Az. 25 O 6581/17) und LG Köln (Az. 28 O 318/17) sprechen dagegen. Die Kläger sind zwei zahlende Kunden von Jameda, ein plastischer Chirurg und eine Heilpraktikerin. Sie hatten die Löschung von kritischen Bewertungen erfolglos gefordert. Das Portal hatte die Authentizität der Bewertungen ausführlich geprüft und die Gerichte hatten die Veröffentlichung weiter gestattet.

In so einem Prüfprozess wird der Patient aufgefordert, eine Stellungnahme zu seiner Bewertung abzugeben oder zu belegen, dass er wirklich Patient der entsprechenden Praxis war. Falls der Patient während des Prüfprozesses einer Bewertung keine Rückmeldung gibt, wird die Bewertung gelöscht.

Was tun?

Kann und will ein niedergelassener Arzt es sich leisten, ein Bewertungsportal wie Jameda zu ignorieren? Sinnvoll ist das wohl kaum. Folglich wäre ein regelmäßiger Bewertungs-Check ratsam. Jameda informiert Therapeuten nämlich nicht automatisch, wenn neue Bewertungen veröffentlicht werden. Nur die ersten Bewertungen werden einem Therapeuten aktiv zugesandt. Anders ist es, wenn man mindestens einen Basis-Account bei Jameda einrichtet (kostenlos) – Account-Inhaber werden von Jameda über neue Bewertungen informiert.

Es ist zwar verständlich, wenn man sich angesichts einer kritischen Bewertung persönlich ange-

Fortsetzung >>>

NACHGEFRAGT BEI

Ivona Büttner-Kröber

MEDI-Rechtsassessorin

»In manchen Fällen kann ein Anwalt helfen«

MEDITIMES: Einige Rechtsanwälte haben sich auf Prozesse rund um Arztbewertungen spezialisiert. Wann würden Sie dazu raten, einen Anwalt in Anspruch zu nehmen?

Büttner-Kröber: Im Falle von unwahren oder falschen Behauptungen ist das durchaus angebracht. Eine falsche Tatsachenbehauptung muss nicht heißen, dass der Patient etwas erfindet. Sie kann auch zustande kommen, wenn es sich um unvollständige oder verfälschende Darstellungen handelt. Wenn der Patient etwas Wesentliches weggelassen hat, kann der Sachverhalt so verzerrt dargestellt sein, dass er den Tatsachen nicht mehr entspricht.

MEDITIMES: Kennen Sie ein typisches Beispiel?

Büttner-Kröber: Oft geht es in den Bewertungen um angeblich falsche Behandlungen. Wenn man den Sachverhalt durchleuchtet, stellt man vielleicht fest, dass die Behandlung gerade durch eine mangelnde Mitarbeit des Patienten verzögert wurde. Ein anderer typischer Vorwurf lautet, dass der Arzt einen Notfall abgewiesen hat. Nachfragen ergeben manchmal, dass der Patient selbst nicht einschätzen konnte, ob ein Notfall gegeben war oder nicht. 

ra

Fortsetzung

So löscht man Jameda-Bewertungen

griffen fühlt. Trotzdem machen Schmollen und Vogel-Strauß-Taktik wenig Sinn. Eine schnelle Reaktion ist empfehlenswert.

Rechtswidrige Bewertungen muss Jameda ganz oder teilweise löschen. Wenn eine Bewertung aus Ihrer Sicht rechtswidrig ist, können Sie diese prüfen lassen (Button „Problem melden“). Ein einfacher Klick reicht nicht, Sie müssen detailliert schildern, welche Teile der Bewertung aus Ihrer Sicht nicht den Tatsachen entsprechen. Jameda löscht die Bewertung während des Prüfprozesses. Ihre Stellungnahme wird an den Patienten weitergeleitet; er wird um einen Beleg dafür gebeten, dass er in der Praxis war (zum Beispiel Überweisung oder Rezept). Anschließend werden Sie wiederum um eine Stellungnahme gebeten. Dann werden die Angaben anhand der rechtlichen Vorgaben gewertet: Meinungsäußerungen sind zulässig, Tatsachenbehauptungen müssen belegt werden.

Kommentieren!

Grundsätzlich macht es Sinn, die Bewertungsportale für eigene Kommentare zu nutzen. Für Lob kann man sich nett bedanken. In manchen Fällen wird man sogar Kritik benutzen können, um eine positive Wirkung zu erzielen. Wenn sich jemand über die schlechte telefonische Erreichbarkeit der Praxis beschwert, kann man zum Beispiel darauf hinweisen, dass der ärgerliche Personalengpass am Empfang mittlerweile durch die Einstellung von XY behoben werden konnte.

Auch bei kritischen bis unfairen Meinungsäußerungen kann eine charmante, auch gern witzige Kommentierung „Druck herausnehmen“ und einen Tatbestand in ein anderes Licht rücken. Wichtig ist allerdings eine sorgfältige und sachliche Wortwahl – und die Berücksichtigung der Schweigepflicht. 

Ruth Auschra



**Ass. jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre Rechtsfragen**



Was mache ich, wenn ich wegen der DSGVO abgemahnt werde?

Zunächst einmal Ruhe bewahren und auf keinen Fall etwas unterschreiben oder gar bezahlen! Im zweiten Schritt konsultieren Sie einen Anwalt für Wettbewerbs- und Datenschutzrecht oder, wenn Sie MEDI-Mitglied sind, zunächst unsere Rechtsabteilung.

In Deutschland werden Ärzte seit der Geltung der EU-DSGVO am 25. Mai immer wieder durch Anwaltskanzleien abgemahnt, weil den Internetpräsenzen ihrer Praxen die erforderliche Datenschutzerklärung nach der neuen Verordnung fehlte. Manche KVen raten ihren Mitgliedern dazu, ihre Praxishomepage anzupassen oder im Zweifel zu schließen. Doch eine überstürzte Reaktion ist der falsche Weg.

Keine Rechtsgrundlage

Eine Grundlage für Abmahnungen in der DSGVO selbst sucht man vergebens. Tatsächlich steckt hinter den Abmahnungen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). Einige Gerichte sehen einzelne datenschutzrechtliche Vorschriften auch als mitbewerberschützende Marktverhaltensregeln an. Urteile dieser Gerichte geben also Mitbewerbern und sogenannte „Abmahnanwälten“ die Möglichkeit zur Abmahnung von Datenschutzverstößen.

Eine andere Rechtsmeinung vertritt aber die Auffassung, dass Verstöße gegen die DSGVO nicht im Rahmen des unlauteren Wettbewerbs geahndet

werden können, da die DSGVO hinsichtlich Haftung und Sanktionen abschließende Regelungen enthalte und somit Mitbewerber keine Ansprüche haben. Richtungsweisende obergerichtliche Entscheidungen zur EU-DSGVO stehen noch aus. ■

→ **So erreichen Sie unsere Rechtsabteilung:**

Sarah Kirmann

Telefon 0711 806079-275

kirmann@medi-verbund.de

Ivona Büttner-Kröber

Telefon 0711 806079-267

buettnner-kroeber@medi-verbund.de

Auch ein Thema im
MEDI-Blog auf
www.medi-verbund.de





Foto: Fotolia

Ende der Praxistätigkeit: kleine Fehler, teure Wirkung

Die Suche nach einem Nachfolger kann zu einer großen Belastung werden. Trotzdem dürfen in dieser Situation keine Flüchtigkeitsfehler passieren. Auf welche Kleinigkeiten muss man bei der Praxisübergabe achten? Und woran denken, wenn die Praxis geschlossen wird?

„Man sollte wirklich früh damit anfangen, den Ausstieg vorzubereiten“, rät Rita Gehring. Die Projektleiterin Ärzteberatung bei der MEDIVERBUND AG empfiehlt, schon lange vor der Übergabe der Praxischlüssel an einen Nachfolger oder den Vermieter den „Papierkram“ auf Vordermann zu bringen.

Sie rät jedem Arzt, die Praxisunterlagen sorgfältig zu durchforsten. Einerseits kann man so unnötigen Stress in der heißen Phase des Ausstiegs minimieren. Andererseits vermittelt es ihrer Erfahrung nach potenziellen Käufern einen unprofessionellen Eindruck, wenn Unterlagen gesucht werden müssen oder Dokumente nicht auf dem neuesten Stand sind.

Das ist wichtig!

Der **Mietvertrag** und seine Laufzeit spielen eine zentrale Rolle. Gibt es mietvertragliche Regelungen für den Fall der Praxisübertragung, Berufsunfähigkeit oder

Berufsaufgabe? Im Idealfall ist vereinbart, dass Sie das Mietverhältnis auf einen Nachfolger übertragen können.

Bei einer Praxisübernahme übernimmt der neue Chef auch das „alte“ Praxispersonal (§ 613a Abs.1 BGB).

Viele Interessenten werden sich also auch die **Arbeitsverträge** anschauen wollen. Hohe Personalkosten können sowohl abschreckend wirken als auch für die hohe Motivation und Qualifikation der Mitarbeiter sprechen. Hauptsache, dies lässt sich belegen.

Bei einem Übergang der Praxis auf einen Nachfolger haben Ihre Angestellten ein Widerspruchsrecht. Nach offizieller Bekanntgabe des Betriebsübergangs haben sie einen Monat lang Zeit zu widersprechen. Informieren Sie sie also frühzeitig und zur Sicherheit auch schriftlich.

Wird die Praxis ohne Nachfolger geschlossen, sind betriebsbedingte Kündigungen (Kündigungsfristen beachten!) auszusprechen.

Leasing- und **Wartungsverträge** müssen gekündigt oder auf den Nachfolger überschrieben werden. Auch das Inventarverzeichnis ist vor Abgabe oder Schließung einer Praxis möglicherweise zu überarbeiten: Was nicht mehr vorhanden ist, sollte natürlich auch nicht im Inventarverzeichnis auftauchen.

Eine wichtige Rolle spielt meistens der Versicherungsordner. Welche **Versicherungen** müssen über die Praxisschließung informiert werden? Wo sind Änderungen nötig? Nur zur Erinnerung: Patienten können auch nach der Praxisübergabe oder -schließung einen angeblichen Behandlungsfehler anzeigen. Typisches Beispiel sind unerwünschte Wirkungen von Medikamenten, die Sie am letzten Arbeitstag verordnen, die der Patient aber erst eine Woche später einnimmt. Die Berufshaftpflichtversicherung kann, muss aber keine Nachhaftung beinhalten.

Beim Ausstieg aus dem Berufsleben ist auch ein Blick auf die **Bankkonten** sinnvoll. Daueraufträge und Einzugsermächtigungen werden selbstverständlich storniert.

Der **Steuerberater** ist vermutlich längst über die beruflichen Veränderungen informiert, da er eine wichtige Rolle bei der erfolgreichen Umsetzung spielt. Gegenüber einem Kaufinteressenten ist es wichtig, eine aktuelle Buchhaltung vorweisen zu können. Dafür muss der Steuerberater die Belege natürlich zeitnah bekommen und wissen, welche Rolle aktu-

elle Daten für seinen Mandanten spielen. Er sollte rechtzeitig die Est.-Vorauszahlungen an die neuen Einkommensverhältnisse anpassen. Falls die Praxis verkauft wird, ist ein Freibetrag zu beantragen.

Wann sollen die **Patienten** über die Änderungen informiert werden? „Rechtzeitig“, antwortet Gehring, „also mindestens ein Quartal früher.“ Die Patienten kann man durch Aushang in der Praxis über die Schließung oder Übergabe informieren. Zusätzlich sind ein Hinweis auf der Praxishomepage und möglicherweise auch eine Anzeige in der Tagespresse sinnvoll.

Die Übergabe der **Patientenkartei** an einen Nachfolger ist an eine schriftliche Zustimmung der Patienten gebunden. Wenn die Praxis geschlossen wird, muss man die Verwahrung und Herausgabe der Patientenakten organisieren. Eventuell finden sich Kollegen vor Ort, die diese Aufgabe übernehmen. Notfalls könnten sie bei der Landesärztekammer eingelagert werden. Patientenakten, die älter als zehn Jahre sind, müssen ordnungsgemäß vernichtet werden. 

Ruth Auschra

Checkliste zur Praxisabgabe

▶▶▶ Checken und eventuell kündigen

- ☐ Mietvertrag
- ☐ Leasingverträge
- ☐ Wartungsverträge Software oder Medizintechnik
- ☐ Versicherungen checken
- ☐ Banken informieren, Daueraufträge und Einzugsermächtigungen stornieren

▶▶▶ Abmelden

- ☐ beim zuständigen Gesundheitsamt
- ☐ beim ärztlichen Berufsverband?

▶▶▶ Informieren

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ Finanzamt | ☐ Steuerberater |
| ☐ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege | ☐ Banken |
| | ☐ Personal |
| | ☐ Kollegen |

 ra



Ärzte im Burnout: was Mediziner zur Prävention tun können

Mediziner reden in der Regel über Burnout nur, wenn es Patienten betrifft. Sich die eigene Überforderung einzugestehen ist verpönt und gilt im Kollegenkreis immer noch als Tabuthema.

„Ärzte kommen nicht zu uns“, sagt die Sprecherin einer Burnout-Ambulanz. Dabei sind die Zahlen frapierend. Es ist eine Tatsache, dass mindestens jeder vierte Vertragsarzt ausgebrannt und erschöpft ist. Das hat die „Ärzte Zeitung“ bereits vor sieben Jahren recherchiert und veröffentlicht. Die Ursachen liegen vor allem für niedergelassene Ärzte in langen Arbeitstagen, zu viel Bürokratie, Angst vor Fehlern und fordernden Patienten – das hat ein Heidelberger Forschungsteam um Dr. Julika Zwack im Projekt „Resilienz im Arztberuf“ herausgefunden.

Dr. Günther Limberg sieht das Dilemma nicht nur bei Ärzten als Problem. Der MEDI-Arzt hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Thema gesellschaftlich aus der Tabuzone zu ziehen. Mit der „Initiative Burnout“ will der Internist aus Bad Wildbad zudem aufzeigen, welche Präventionsmöglichkeiten es, auch für Ärzte, gibt.

Bei einem Fachforum, das in Pforzheim stattgefunden hat, gab unter anderem Florian Zapp Einblicke. Der Projektleiter der Psychosozialen Beratung der Lufthansa erklärt, wie Hochzuverlässigkeitsorganisationen (HRO) in Sachen Burnout präventiv vorgehen.

Umgang mit Fehlern

HRO, war da nicht etwas? Genau: Neben Fluggesellschaften, Atomkraftwerksbetreibern und Bombenentschärfern gehören auch Krankenhäuser in die Kategorie der Unternehmungen, die das Vertuschen von Fehlern bestrafen und eine Abneigung gegen vereinfachende Interpretationen haben, wie Zapp verdeutlicht.

Es sollte also Usus sein, dass in der Medizin Fehlerursachen, und dazu gehören auch typische Burnout-Symptome wie persönliche Überforderung und überhöhte Selbstansprüche, analysiert und abgestellt werden. Doch die Realität sieht meist anders aus. „Viele Ärzte schämen sich, die eigene Verwundbarkeit vor Kollegen offenzulegen“, hat Limberg beobachtet.

Dazu passt eine Studie, bei der untersucht wurde, ab wann Kollegen und Pflegekräfte eingreifen, wenn Oberärzte eine falsche Medikation anordnen. Das Ergebnis ist dramatisch: Die Hälfte sagt bis zum Tod des Patienten aus Angst nichts, berichtet Zapp.

»Erster Schritt:
aus der Verleugnung heraustreten«

Symptome ernst nehmen!

Limberg rät, die eigenen Symptome ernst zu nehmen: Eine sinkende Konzentration, Versagensgefühle und Empathieverlust bis hin zu Zynismus und Sarkasmus seien deutliche Anzeichen, vor allem wenn es gegen Patienten geht. Wer darüber hinaus an Schlafstörungen, Atembeschwerden, Schwindel oder Rückenschmerzen leidet, sollte ernsthaft erwägen, sich einem Kollegen anzuvertrauen.

Forscher der Mayo Clinic in Rochester (New York) haben vor zwei Jahren Methoden untersucht, die einem Burnout bei Ärzten entgegenwirken. Dazu fassten sie in einer Metaanalyse Ergebnisse zusammen. Zwar fanden die Forscher keine wirksame Einzelmaßnahme, jedoch verschiedene Interventionen, die zum Rückgang der Burnout-Rate führten.

Dazu gehörten kürzere Arbeitsschichten, weniger Rotationen in der Ausbildung sowie verbesserte Arbeitsabläufe. Daneben helfen psychologische Beratungen, Kurse zum Stressmanagement oder Meditationen.

Lösungsansätze

Erster Präventionsschritt ist jedoch, aus der Verleugnung herauszutreten. Für Ärzte, denen es gelingt, offen über ihre Arbeitssituation und Ängste zu sprechen, ergeben sich Lösungsansätze meist von allein: Was sind Zeit- und Stressfaktoren in meinem Beruf und in mir selbst? Wann werden meine Grenzen überschritten oder überschreite ich sie? Was kann ich eigenverantwortlich ändern? Was sind meine Werte? Was spendet mir Kraft und wie baue ich meine Ressourcen auf? Fragen, die auch Mitarbeiter in Coachings von Hochzuverlässigkeitsorganisationen beantworten, um Resilienz zu trainieren.

Wer eigene Ansprüche und Potenziale kenne, könne gelassener mit Stress im Arbeitsalltag umgehen, so Zapp. Notwendig hierfür ist eine aktive Innenschau, zum Beispiel durch die bereits erwähnten Achtsamkeits- oder Meditationsübungen. Morgens drei



Foto: Fotolia

Auch Klinikärzte sind gefährdet

Der Marburger Bund Bayern hat 2016 Klinikärzte befragt, wie sie ihren Alltag erleben. Das Ergebnis: Fachärzte fühlen sich benachteiligt. Die Sandwichposition zwischen Assistenz- und Oberarzt sorgt für Stress.

Die Folgen sind alarmierend. So leiden bis zu 40 Prozent der befragten Ärzte unter Schlafstörungen und 35 Prozent haben Probleme, im Alltag wach zu bleiben. Fast zwei Drittel fühlen sich nach dem Aufstehen nicht erholt.

Auch beim Abschalten nach der Arbeit haben Ärzte Schwierigkeiten. 70 Prozent denken nach Feierabend noch an die Arbeit. Und drei Viertel der Befragten gaben an, sich in der Freizeit nicht oder kaum regenerieren zu können. ■■■

ms

Minuten lang den eigenen Atem zu beobachten, oder auch in Stresssituationen sich kurz zwei Minuten zurückziehen und den Atem beobachten, verändert die Selbstwahrnehmung und kann den inneren Stresslevel rapide senken. ■■■

Michael Sudahl

→ Mehr Infos zur IBO-Initiative Burnout
www.burnout-ibo.de

Auch ein Thema im
MEDI-Blog auf
www.medi-verbund.de





VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

Oktober bis Dezember 2018

Veranstaltungen für Ärzte/Psychotherapeuten – medizinisch

● Antikoagulation beim diabetologischen Patienten

17. Oktober, 18–20 Uhr

Referent: Dr. Dirk Schulze

Restaurant Palatina, Auf dem Aspen 60,
67714 Wald Fischbach-Burgalben

● Kardiologisches Update

8. November, 19:30–21 Uhr

Referent: Dr. Martin Jung

Haus Michael, Ostdeutsche Straße 4,
55232 Alzey

Veranstaltungen für Ärzte – nichtmedizinisch

● QM-Schulungstag

**Brandschutz, Datensicherheit, Hygiene,
Notfallschulung**

27. Oktober, 9–15 Uhr

DRK-Krankenhaus, Kreuznacher Straße 7–9,
UG, großer Konferenzraum, 55232 Alzey

Veranstaltungen für MFAs und EFAs – medizinisch

● DRACO-Wundworkshop

17. Oktober, 15–18 Uhr

GO IN e.V., Oberer Grasweg 50,
85055 Ingolstadt

● Weiterbildung zur EFA® Orthopädie 8 Wochenenden (Fr. u. Sa.)

die genauen Termine und Uhrzeiten

werden per Einladung mitgeteilt

26. Oktober–22. Dezember,

Fr. 13–19 Uhr, Sa. 9–15 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2,
Blauer Eingang, 1. OG, 70565 Stuttgart

● Ein-Tages-Intensivseminar:

Moderne Wundversorgung (produktneutral)

24. November, 9–16:30 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

Veranstaltungen für MFAs und EFAs – nichtmedizinisch

● QM-Schulungstag

**Brandschutz, Datensicherheit, Hygiene,
Notfallschulung**

27. Oktober, 9–15 Uhr

DRK-Krankenhaus, Kreuznacher Straße 7–9,
UG, großer Konferenzraum, 55232 Alzey

● Schulung für Anwender des SAP-Programms Business ByDesign

MFA-Tag Kardio/Gastro

7. November, 14:30–16:30 Uhr

Haus Michael, Ostdeutsche Str. 4, 55232 Alzey

→ ACHTUNG:

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

Vertragsschulungen für Ärzte/Psychotherapeuten und MFAs/EFAs

● Vertragsschulung Gastroenterologie § 73c 17. Oktober, 14–16 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

● Vertragsschulung Kardiologie § 73c 24. Oktober, 14–16 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

● Vertragsschulung PT-Verträge AOK/Bosch BKK, DAK, TK 6. November, 14–16 Uhr

KV Freiburg, Sundgaullee 27,
79114 Freiburg

● Abrechnungsschulung Orthopädie § 73c 27. November, 19–21 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

● Vertragsschulung Orthopädie § 73c 30. November, 15–17 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

● Abrechnungsschulung Diabetologie § 73c 19. Dezember, 14–16 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart



FÜR SIE GELESEN

M. Ruppert, J. Hinkelbein (Hrsg.)

Notfallmedizin in Extremsituationen

Eigentlich richtet sich dieses Buch an die im Notarzt- und Rettungsdienst tätigen Fachkräfte und versteht sich als wichtige Ergänzung der einschlägigen Standardwerke zur Notfall- und

Rettungsmedizin. Sie sind kein Notfallmediziner? Dieses Buch könnte trotzdem lesenswert für Sie sein. Wenn man „zufällig anwesender Arzt“ googelt, findet man zum Beispiel Hinweise auf U-Bahn-Unfälle, Ski- und Badeunfälle – und auch als das Attentat auf dem Berliner Weihnachtsmarkt geschah, waren zufällig gerade fünf Ärzte vor Ort.

Im Zug

„Falls sich ein Arzt an Bord befindet ...“ – sind Sie auf Notfälle in der Bahn vorbereitet? Nach der Lektüre weiß man, welche medizinische Ausrüstung an Bord zur Verfügung steht. In vielen Zügen gibt es nur Erste-Hilfe-Kästen, besser ausgerüstet ist der Notfallkoffer im ICE. Je nach Baureihe des Zugs kann er sich allerdings an den unterschiedlichsten Orten befinden, etwa im Konferenzabteil, unter einem Schaukasten oder im Zugbegleiterabteil.

Er enthält nicht nur Blutdruckmessgerät, Stethoskop und Beatmungsbeutel mit Masken, sondern auch verschiedene Medikamente und natürlich Verbandmaterial. Die Autoren weisen vorsorglich darauf hin, dass man einen Defi in der Deutschen Bahn (auch auf Bahnhöfen!) vergeblich suchen wird.

Im Flugzeug

Eher unübersichtlich ist die Situation an Bord von Verkehrsflugzeugen. Europäische Regularien fordern ein Erste-Hilfe-Kit als Minimalstandard, in größeren Fliegern wird zusätzlich ein Emergency-Medical-Kit gefordert. Im Ernstfall sollten Sie damit rechnen, dass Sie als Arzt an Bord nach Ihrer Einschätzung gefragt werden: Ist das Problem so ernst, dass Sie eine außerplanmäßige Zwischenlandung sinnvoll finden? Die Entscheidung darüber trifft jedoch der Kapitän.

Extreme Notfallsituationen können auch während einer Wanderung im Allgäu passieren. Auch bergsteigende Ärzte können zum Beispiel auf einen verunfallten Wanderer treffen. Was tun? Die Autoren erinnern an die Prämisse „Selbstschutz vor Fremdschutz“. Der zufällig anwesende Arzt als Ersthelfer sollte sich keinesfalls ungesichert in das Absturzgelände bewegen.

Auch das letzte Kapitel des Buchs ist lesenswert für niedergelassene Ärzte. Hier geht es um den Umgang mit Medien und Öffentlichkeit während besonderer Einsätze. Viele der dargestellten Grundsätze lassen sich auf Praxissituationen übertragen: Welches Vorgehen ist sinnvoll, wenn ein Promi in Ihrer Praxis operiert wird oder zusammenklappt und die Presse Wind davon bekommt?

Aus meiner Sicht ein absolut lesenswertes Buch!  ra

→ Notfallmedizin in Extremsituationen

M. Ruppert, J. Hinkelbein (Hrsg.)

1. Auflage, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin 2018
319 Seiten, 87 farbige Abbildungen, 21 Tabellen,
49,95 Euro