

MEDI-Konzepte sichern Zukunft der Praxen

- **eRezept**
Zwei MEDI-Ärzte berichten über ihren Start
- **TI-Konnektor**
Das sollten Praxen jetzt tun
- **HZV**
Studie belegt weniger sturzbedingte Frakturen



Wir müssen weiter laut bleiben!

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

zum ersten Mal darf ich mich an dieser Stelle an Sie wenden – und das gleich in stürmischen Zeiten. Unsere große Protestaktion im Juni auf dem Stuttgarter Schlossplatz darf als voller Erfolg bezeichnet werden. Am 18. August fand eine Krisensitzung der KBV statt, die die KVen und Berufsverbände zur konzertierten Aktion einberufen hat. Über 800 Kolleginnen und Kollegen waren in Berlin und haben einen Sieben-Punkte-Forderungskatalog an Bundesgesundheitsminister Lauterbach verabschiedet. Neben adäquater Finanzierung unserer Praxisstrukturen sind Entbudgetierung, Entbürokratisierung und sinnvolle Digitalisierung weitere wichtige Forderungen. Bei Letzterem sind wir in Baden-Württemberg es gewesen, die den Finger in die Wunde des TI-Konnektors gelegt haben und immer noch auf die Urteile zur Finanzierung und zum Honorarabzug warten.

Wir bleiben auch weiter dabei, selbst Digitalisierungslösungen wie unsere Garrio-Familie zu entwickeln, die unseren Ansprüchen an eine moderne und praxisorientierte Digitalisierung entsprechen. Ebenso bieten wir jungen Kolleginnen und Kollegen in unseren MVZ-Strukturen die Möglichkeit, in die Niederlassung hineinzuwachsen. Und selbstverständlich entwickeln wir auch mit unseren Partnern auf allen Ebenen die HZV und unsere Facharztverträge weiter, wie auch diese Ausgabe eindrucksvoll belegt.

Eine erfreuliche Entwicklung zeichnet sich mit unserer neuen schlagkräftigen Gruppierung Young MEDI ab: Gleich zwei Kolleginnen sind in den geschäftsführenden Vorstand gewählt worden. Somit werden wir weiter den unzureichenden Rahmenbedingungen trotzen und uns für den Erhalt der wohnortnahen ambulanten Versorgung einsetzen. Unterstützen Sie uns hier bitte bei unseren nächsten Protestaktionen! Wir werden weiter für unsere Freiberuflichkeit als Selbstständige kämpfen und Sie entsprechend mit Informationen und Materialien für Proteste versorgen. Es gibt viel zu tun, aber wir lassen uns nicht unterkriegen!

Es grüßt Sie herzlich Ihr

Dr. Norbert Smetak
Vorstandsvorsitzender





HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

NACHGEFRAGT BEI PD DR. RALPH BOSCH
»Wir fürchten keine Konkurrenz«

17

**Arthrotherapie: Struktur,
Interdisziplinarität und
Kommunikation fördern Qualität**

18

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

Young MEDI stellt sich für die
Zukunft auf

26

**Praxen protestieren gegen
»katastrophale Berliner Politik«**

28

DIALOG

6 »Unsere Praxen müssen sich weiterentwickeln«

Wie hat sich die Arbeit in Arztpraxen, abgesehen von digitalen Prozessen und politischen Rahmenbedingungen, in den letzten 30 Jahren entwickelt? Und inwieweit spielen hier Prozesse aus anderen

Unternehmen ein Rolle? Dr. Wolfgang von Meißner, Facharzt für Allgemeinmedizin und Mitglied des erweiterten Vorstands von MEDI Baden-Württemberg, teilt seine Erfahrungen in der **MEDITIMES**.



SOCIAL MEDI@

10 MEDI-Politik im Netz

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

- 12 **HZV: Über 4.000 vermiedene Frakturen durch weniger sturzgefährdende Medikamente**
- 14 **Hitzeschutz: HZV als Vorbild für bundesweite Kampagne**
- 15 **Partner verlängern Abrechnung der Ziffern NBG1 und BG1**
- 16 **Zuzahlungsbefreiung hat hohen Stellenwert in der AOK-HZV**
- 22 **Therapeutische Proktoskopie ist neue Leistung**
- 22 **Rheumamodul: Aufwertung der Beratung zur medikamentösen Therapie**

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 24 **NACHGEFRAGT BEI ASS. JUR. FRANK HOFMANN
»Fachübergreifend zu agieren ist eine gute Strategie«**
- 30 **NACHGEFRAGT BEI DR. CHRISTINE BLUM
»Wir möchten bessere Hilfestellung für die Niederlassung geben«**
- 31 **Auch Braun fordert mehr ambulante Operationen**

AUS BAYERN

- 33 **Ärzteverbände spenden an die Tafel Ingolstadt**

AUS RHEINLAND-PFALZ

34 eRezept und eGK - Einführung mit kleinen Hindernissen

Zwei MEDI-Praxen in Rheinland-Pfalz haben im Sommer damit begonnen, elektronische Rezepte auf Wunsch ihrer Patientinnen und Patienten auf deren elektronischer Gesundheitskarte auszustellen. In der **MEDITIMES** berichten sie über die Abläufe in ihren Praxen und darüber, wie das elektronische Rezept auch bei älteren Versicherten ankommt.



GESUNDHEITSPOLITIK

- 36 TI-Konnektor: Das ist der aktuelle Stand
- 38 Ärzteschaft kritisiert Gesetzentwurf
- 39 Weniger Videosprechstunden nach Corona
- 40 Arbeitslast der Vertragsarztpraxen bleibt hoch

ARZT & RECHT

- 41 Sicherstellungsassistenten: Gericht gibt Arzt recht
- 42 Gibt es eine Verlängerung der Kündigungsfrist für kranke Arbeitnehmer?
- 42 Welche Kündigungsfristen gelten in kleinen Betrieben wie Arztpraxen?

MENSCHEN BEI MEDI

- 43 Neue Mitarbeiter

PRAXISMANAGEMENT

- 47 »Hygiene in der Arztpraxis« neu aufgelegt
- 48 Pilotprojekt für das eRezept im Ländle gestartet
- 49 Website möchte Interesse am MFA-Beruf wecken
- 50 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

IMPRESSUM

Herausgeber:
 MEDI Baden-Württemberg e. V.
 Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart
 E-Mail: info@medi-verbund.de
 Tel.: 0711.80 60 79-0, Fax: -6 23
www.medi-verbund.de

Redaktion: Angelina Schütz
 Verantwortlich nach § 18 Abs. 2 MStV:
 Dr. med. Norbert Smetak

Grafik: Evelina Pezer-Thoss

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

Erscheinungsweise vierteljährlich.
 Nachdruck nur mit Genehmigung
 des Herausgebers.

In der **MEDITIMES** wird aus Gründen
 der besseren Lesbarkeit auf die stets
 gleichzeitige Verwendung der Sprach-
 formen männlich, weiblich und divers
 (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personen-
 bezeichnungen gelten gleichermaßen
 für alle Geschlechter.

Die nächste **MEDITIMES**
 erscheint im Januar 2024.



» Unsere Praxen müssen sich weiterentwickeln «

In vielen Wirtschaftsunternehmen ist von einem Transformationsprozess die Rede – von New Work. Dabei geht es nicht nur um Digitalisierung, sondern auch um Sinnhaftigkeit, flexiblere Arbeitsgestaltung, Potenzialentfaltung, Work-Life-Balance und Eigenverantwortung. Muss es diese Entwicklung auch in den Praxen geben? „Definitiv“, sagt MEDI-Arzt Dr. Wolfgang von Meißner, einer der Gesellschafter der „Hausärzte am Spritzenhaus“ in Baiersbrunn. Er und sein Team sind auf dem besten Weg dahin.

MEDITIMES: Sie wurden letztes Jahr mit der Praxis und Ihrem Team vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung als Leuchtturmprojekt prämiert. Was unterscheidet eine moderne Praxisführung heute von der vor 30 Jahren?

Von Meißner: Große Teampraxen wie unsere mit neun Ärztinnen und Ärzten und 17 MFA gab es früher nicht. Damals gab es fast nur Einzelpraxen. Und das war eher eine Männerdomäne. Heute haben wir gemischte Teams und top ausgebildete MFA,

VERAH[®], EFA[®] und Physician Assistants, keine Helferinnen mehr. Und wir haben eine andere Führung mit einem großen Teamgedanken und flachen Hierarchien.

MEDITIMES: Was sind heute die Herausforderungen?

Von Meißner: Je größer eine Praxis ist, desto höher ist natürlich auch der Abstimmungsbedarf und die Meinungsvielfalt. Das muss man alles zusammenbringen. Die unterschiedlichen Charaktere sollten sich im Team ergänzen und nicht behindern. Je mehr Menschen in einer Praxis arbeiten, desto mehr Konfliktpotenzial gibt es natürlich. Da wir MFA heute nicht mehr handverlesen auswählen können, müssen wir in der Lage sein, Mitarbeitende mit ganz unterschiedlichen Charaktereigenschaften und Hintergründen im Team zu integrieren. Diversität muss auch in einer Praxis gelebt werden. Es gibt keine einfachen Hierarchien in der Praxis, sondern mehrere Einheiten, wie die angestellten Ärztinnen und Ärzte, die ärztlichen Inhaberinnen und Inhaber und die MFA mit ihren verschiedenen Qualifikationen und Bereichen. Unstrittig gibt es in einer Teampraxis mehr Reibungs- und Arbeitszeitverluste durch Kommunikation und Abstimmung. Solange der Teamgeist aber stimmt, steigt dafür die Qualität der geleisteten Arbeit. Geht der „Spirit“ aber verloren, können dafür die Konsequenzen umso schwerer wiegen.

MEDITIMES: Viele Unternehmen befinden sich in einem Transformationsprozess. Muss es das auch in den niedergelassenen Praxen geben?

Von Meißner: Ja, Praxen müssen sich definitiv weiterentwickeln. Auch bei uns muss ein Kulturwandel, ein „New Work“ stattfinden. Ich bin heute beispielsweise im Homeoffice. Alle 14 Tage habe ich am Freitag einen flexiblen Bürotag. Unsere Ärztinnen und Ärzte haben alle unterschiedliche Zeiten – speziell für Hausbesuche und Bürotätigkeiten. Theoretisch kann diese Zeit auch für persönliche Erledigungen oder Sport genutzt werden. Die Arbeit muss natürlich gemacht werden, aber ob ich das heute oder am Sonntag erledige, bleibt mir überlassen. Wir versuchen unseren Ärztinnen, Ärzten und MFA mehr Flexibilität einzuräumen, soweit das mög-

lich ist. Unsere MFA müssen beispielsweise im Rahmen der HZV telefonische Befragungen mit Patientinnen und Patienten durchführen. Das können sie sich frei einteilen. Viele machen das, wenn die Kinder abends schlafen, das ist auch für berufstätige Patientinnen und Patienten von Vorteil. Auch in Arztpraxen lässt sich einiges flexibilisieren. Gerade bürokratische Aufgaben oder auch Laborbesprechungen können von zu Hause aus erledigt werden. Dadurch verschwimmen natürlich auch die Grenzen zwischen privatem Bereich und Arbeit. Nicht jeder kann damit gut umgehen, deshalb sollte Home-office immer eine Option bleiben, aber nie Verpflichtung werden.

MEDITIMES: Wie findet der Austausch im Team statt?

Von Meißner: Es gibt einerseits den schnellen digitalen Austausch in Messenger-Gruppen für die gesamte Praxis, aber auch die Ärztinnen und Ärzte und MFA untereinander. Wenn es um datenschutzrelevante Themen geht, nutzen wir verschlüsselte E-Mails. Wir freuen uns schon auf den sicheren Praxis-Messenger garrío, der von MEDI entwickelt wird und jetzt auf den Markt kommt. Aber je digitaler man arbeitet, desto wichtiger sind die analogen Treffen. Wir machen jeden Tag um zehn Uhr alle gemeinsam ein Arbeitsfrühstück mit Brezeln und allem, was dazugehört. Dienstags und donnerstags geht es dabei eher um organisatorische Dinge. Montags, mittwochs und freitags ist die Teilnahme freiwillig und wir tauschen uns über medizinische Themen aus, die uns im Praxisalltag beschäftigen.

MEDITIMES: Gibt es auch private Unternehmungen jenseits der Praxis, um den Teamgedanken zu fördern?

Von Meißner: Ja, das ist ganz wichtig. Einmal im Jahr machen wir zusammen einen Praxisausflug. Fast jedes Jahr gibt es ein Fest zur bestandenen Prüfung unseres Azubis, zu einem runden Geburtstag oder Jubiläum. Die MFA machen untereinander eine Weihnachtsfeier. Wir Ärztinnen und Ärzte gehen im Herbst immer gemeinsam auf Fortbildungen. An den Tagen sind die MFA für Teambuilding-Events freigestellt.

» Wir müssen Mitarbeitende mit unterschiedlichen Charaktereigenschaften und Hintergründen im Team integrieren. «

MEDITIMES: Wie steht es in der Praxis um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf? Welche Lösungen bieten Sie an?

Von Meißner: Wir haben viele Teilzeitleösungen – aktuell vor allem bei den Ärztinnen und Ärzten. Wir erwarten allerdings, dass alle eine Nachmittagschicht übernehmen. Wir haben flexible Zeiten für Hausbesuche. Die kann sich jeder so einteilen, wie es am besten passt. Es gibt bei uns – wie auch bei allen MEDI-MVZ – hundertprozentige Remote-Arbeitsplätze für die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten oder auch zum Ausdrucken der Rezepte, die dann in der Praxis landen.

MEDITIMES: Wie würden Sie die Beziehung zwischen Arzt, Ärztin und MFA beschreiben?

Von Meißner: Ein Beispiel, das es ganz gut veranschaulicht: Wir haben als Ärztinnen und Ärzte nur definiert, welche Arbeitsplätze zu welchen Zeiten besetzt werden müssen. Wir überlassen den MFA aber völlig selbstständig, wie sie das organisieren möchten. Wir mischen uns auch nicht in Arbeitszeiten oder Urlaubsplanungen ein. Das schätzen unsere MFA sehr. Auch bei der Einstellung einer neuen Medizinischen Fachangestellten entscheidet das MFA-Team mit. Natürlich gibt es Themen, vor allem medizinische, die können nur wir Ärztinnen und Ärzte entscheiden, weil wir die Verantwortung haben. Aber wir möchten immer auf Augenhöhe mit unseren MFA agieren.

MEDITIMES: Duzen oder siezen Sie sich im Team?

Von Meißner: Ich habe die Ansprachen meiner damaligen älteren Kollegen übernommen und sieze mich mit den MFA, nenne sie aber beim Vornamen, obwohl ich im Krankenhaus mich mit den Pflegekräften immer geduzt habe. Die jüngeren Ärztinnen

Fortsetzung >>>

>>>
„Unsere Praxen müssen sich weiterentwickeln“

und Ärzte duzen sich eher mit den MFA. Auch in unserer Partnerpraxis, dem MVZ in Klosterreichenbach, duzen sich alle. Der Trend in der Praxis geht definitiv zum Du.

MEDITIMES: Und wenn es mal knirscht?

Von Meißner: Wir hatten auch schon einen Coach bei uns, aber prophylaktisch, weil wir hier in der Praxis einen großen Wandel haben. Die Tochter des Senior-Praxismitbegründers kam als Ärztin ins Team der Inhaber – sie war vor dem Medizinstudium schon als MFA in der Praxis tätig. So ein Prozess und Rollenwandel kann auf verschiedenen Ebenen zu Konflikten führen. Wir möchten uns begleiten lassen, damit es gar nicht erst dazu kommt.

MEDITIMES: Wie lösen Sie Konflikte in der Praxis?

Von Meißner: Wir haben eine offene Fehlerkultur. Es ist gut, wenn man lernt, Kritik als kostenlose Beratung zu sehen. Wir bekommen ja auch immer wieder Kritik von Patientinnen und Patienten. Das kann sehr wertvoll sein. Wir haben in unserem System schon vor vielen Jahren einen „Patienten“ angelegt, der

heißt „Fehler“. So würden wir ihn heute nicht mehr nennen, eher Verbesserung oder Feedback. Das ist wie ein digitaler Kummerkasten. Dort schreiben alle Mitarbeitenden hinein, wenn etwas nicht läuft. Das wird auch von allen regelmäßig gelesen und beantwortet. Größere Kritikpunkte werden dann in den Teammeetings besprochen. Wichtig ist, darauf schnell zu reagieren und auf die MFA zuzugehen. Wenn ich aber das Gefühl habe, ich komme in einem Konflikt nicht weiter, dann würde ich mir auch professionelle Hilfe holen.

MEDITIMES: Gibt es den klassischen Kickertisch und Obstkorb auch in Ihrer Praxis?

Von Meißner: Es gibt immer Süßigkeiten von den Patientinnen und Patienten. Und es gibt kostenlosen Kaffee aus der Profimaschine, Sprudel und im Sommer eine Lounge auf der Dachterrasse. Und natürlich unseren täglichen Frühstücksservice. Am Geburtstag hat jeder frei – in der Hoffnung, dass er oder sie am nächsten Tag einen Kuchen mitbringt. (lacht.)

MEDITIMES: Welche Rolle spielen Nachhaltigkeit und Klimaschutz in Ihrer Praxis?

Von Meißner: Eine zunehmend größere Rolle. Wir planen eine Fotovoltaikanlage für unser Dach. Das Gesundheitszentrum wird über eine Geothermieanlage geheizt und gekühlt. Wir trennen konsequent von Anfang an unseren Müll. Und wir setzen in unserem Lichtkonzept auf energiesparende LED-Lampen und arbeiten von jedem Arbeitsplatz aus direkt auf dem Server. Das heißt, wir haben keine Computer, sondern nur die Verbindungsgeräte zum Server. Das spart auch viel Energie ein. Hausbesuche machen wir nach Möglichkeit mit unserem E-Auto und unserem E-Lastenfahrrad. Gerade für die jüngeren Ärztinnen und Ärzte ist Klimaschutz ein wichtiges Thema. Sie fragen uns auch bei den Einstellungsgesprächen zunehmend, wie nachhaltig wir aufgestellt sind. Für sie ist das auch ein Kriterium, ob die Praxis zu ihnen passt. 🇩🇪

Tanja Reiners

Bei den Hausärzten am Spritzenhaus spielen Klimaschutz und Nachhaltigkeit eine immer größere Rolle (v. l.): Dr. Michael Seitz, Dr. Dieter Krampitz, Carolin Reu, Paul Blickle, Myriam Reger und Dr. Wolfgang von Meißner sind nur ein Teil des kompletten Teams im Schwarzwald.



MEDI-Politik im Netz



Soziale Netzwerke eignen sich hervorragend, um politische Botschaften zu teilen, zu verkünden oder zu kommentieren und damit Debatten anzuführen. Facebook, Twitter, LinkedIn oder YouTube – auch MEDI ist seit über fünf Jahren in den sozialen Netzwerken aktiv. Mit einer Reichweite von über 13.800 Followern über alle Kanäle hinweg kann MEDI auf seine Positionen aufmerksam machen.



Die Facebook-Reichweite wird genutzt, um interessante Beiträge aus dem MEDI-Blog zu verbreiten. Dieser Post verweist auf ein spannendes Porträt unseres Young MEDI-Mitglieds Dr. Florian Grabs. 🇪🇺

Facebook:

Fast 10.400 Personen folgen unserer Facebook-Fanpage „MEDI Verbund“ – unserem größten Social-Media-Kanal. MEDI nutzt Facebook, um aktuelle Interviews oder Beiträge aus dem MEDI-Blog zu posten, News zu teilen oder umfassende Kampagnen zu Protestaktionen oder Wahlkämpfen zu fahren. 🇪🇺

www.facebook.com/MEDIVERBUND



Twitter:

Twitter hat sich seit der Coronapandemie zu einem der wichtigsten Social-Media-Kanäle entwickelt, wenn es um Berufspolitik für Ärztinnen, Ärzte und MFA geht. Auf diesem Kanal tauschen sich Verbände, KVen, Kammern, Institutionen und Fachmedien über gesundheitspolitische Themen aus. Mit über 1.900 Followern twittert auch MEDI regelmäßig zu aktuellen News und nutzt den Kanal, um eigene politische Botschaften zu kommunizieren. Auch Protestaktionen werden über Twitter angekündigt und weiterverbreitet. 🇪🇺

Erfolge dürfen auf Twitter gefeiert werden – wie dieser Tweet zur großen MEDI-Protestaktion im vergangenen Sommer auf dem Stuttgarter Schlossplatz zeigt. 🇪🇺

www.twitter.com/MEDIVERBUND



LinkedIn:

Beim Business-Netzwerk LinkedIn ist der MEDI Verbund erst seit rund einem Jahr richtig aktiv. Mit rund 240 Followern ist die Reichweite auf LinkedIn noch klein. Immer mehr berufspolitische Verbände, Kammern und KVen, aber auch Ärztinnen und Ärzte engagieren sich seit einigen Monaten auf der Business-Plattform. Damit wird LinkedIn für MEDI immer relevanter. 🇩🇪

Großer Wechsel an der MEDI-Spitze: Nach fast 30 Jahren zog sich Dr. Werner Baumgärtner aus der Landespolitik zurück. Am 20. Juli 2023 trat Dr. Norbert Smetak die Nachfolge als MEDI-Vorsitzender an. Ein wichtiges Ereignis, über das auch auf LinkedIn berichtet wird. 🇩🇪

MEDIVERBUND
239 Follower:innen
1 Tag · Bearbeitet · 🌐

Nach 24 Jahren an der MEDI-Spitze zieht sich Dr. Werner Baumgärtner aus der ärztlichen Landespolitik zurück und tritt bei der Wahl von MEDI Baden-Württemberg am kommenden Mittwoch nicht mehr an. Als Nachfolger wirft Dr. Norbert Smetak, Kardiologe aus Kirchheim an der Teck und langjähriger MEDI-Vize im Südwesten, seinen Hut in den Ring. Im Interview erläutern beide, wie es weitergeht.

#gesundheitswesen #gesundheitspolitik #gesundheit #medizin #arzt #ärztin #arztpraxis

<https://lnkd.in/g7W9ahGf>

"Die Grundausrichtung von MEDI ist auch für junge Kolleginnen und Kollegen wichtig" - MEDIVERBUND
medi-verbund.de · Lesedauer: 6 Min.

Facebook-Gruppe - exklusiv für MFA:

In der Facebook-Gruppe „MFA im MEDI Verbund“ tauschen sich rund 1.270 MFA zu spannenden Themen in einem geschlossenen digitalen Raum aus - Ärztinnen und Ärzte haben hier keinen Zugang. 😞 Hier gibt es News rund um das Praxismanagement, zu den Selektivverträgen und zur aktuellen Gesundheitspolitik, aber auch Tipps und Tricks im Umgang mit Stress in der Praxis und aggressiven Patientinnen und Patienten. Es geht aber auch um Motivation, wenn es mal besonders anstrengend ist. Nach dem Motto: Gemeinsam halten wir durch. 🇩🇪

MEDI Verbund
Admin · 24 Mai · 🌐

Hilfe – MFA verzweifelt gesucht! 😞

MFA fehlen aktuell in den Praxen an allen Ecken und Enden. Wie sieht die Situation bei Euch aus? Seid Ihr auch so verzweifelt auf der Suche? Und was tut Ihr dagegen? 🙏

Wir freuen uns über Eure Tipps!

MFA verzweifelt gesucht – was tun?

Zum Vergrößern klicken

MEDI VERBUND

In der MFA-Gruppe tauschen sich die Mitglieder zu aktuellen Themen wie dem Personalmangel in Praxen aus und geben sich gegenseitig Tipps. 🇩🇪

www.facebook.com/groups



Mehr MEDI im Netz:

Ärzte-Blog

→ www.medi-verbund.de/blog

MFA-Blog

→ www.mfa.medi-verbund.de

LinkedIn

→ www.linkedin.com/company/mediverbund/

YouTube

→ www.youtube.com/@mediverbund7869



Tanja Reiners

HZV: Über 4.000 vermiedene Frakturen durch weniger sturzgefährdende Medikamente

Eine im Journal Age and Ageing¹ veröffentlichte Studie belegt, dass bei Teilnehmern an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ab einem Alter von 65 Jahren 4.160 sturzbedingte Frakturen weniger auftraten – unter anderem Oberschenkel- oder Beckenfrakturen. Verglichen wurden Versicherte, die Verordnungen sturzgefährdender Medikamente wie etwa Opioide erhielten.

Rund
13.350
sturzgefährdender
Verordnungen
weniger als im
Vorjahr

In der HZV-Gruppe waren das 24,8 Prozent der Teilnehmer (104.788), in der Vergleichsgruppe der Regelversorgung 25,5 Prozent (54.005). Die geringere Anzahl sturzbedingter Frakturen in der HZV-Gruppe ist laut den Autoren maßgeblich auf die geringere Anzahl an Verordnungen sturzgefährdender Medikamente zurückzuführen. Im Untersuchungsjahr 2020 waren es in der HZV-Gruppe hochgerechnet rund 13.500 Verordnungen weniger.

Durchgeführt wurde die Studie von Wissenschaftlern der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg. Deren Hypothese wurde bestätigt: Die Forscher erwarteten, dass in der HZV-Gruppe weniger Verordnungen sturzgefährdender Medikamente auftreten, weil die verpflichtende Durchführung von Pharmakotherapie-Qualitätszirkeln zentraler Bestandteil der HZV ist. Sie finden viermal pro Jahr unter Leitung geschulter Moderatoren statt und tragen

maßgeblich zu einer signifikant besseren Arzneimittelversorgung bei. Das Thema sturzgefährdende Medikamente wurde zuvor in den Qualitätszirkeln behandelt.

Eindeutige Ergebnisse

Wie relevant sturzgefährdende Medikamente sind, belegt auch eine große, 2021 veröffentlichte US-amerikanische Studie². Danach erhielten 94 Prozent der US-Amerikaner über 65 Arzneimittel, die die Sturzgefahr erhöhen. 20 Jahre zuvor waren es nur 57 Prozent, und die Häufigkeit sturzbedingter Todesfälle hatte sich mehr als verdoppelt.

Die Methodik der Heidelberger Studie basiert auf dem Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA) des aQua-Instituts. Entwickelt wurde dort der Qualitätsindikator „Prozentsatz von Patienten ab 65 Jahren, die sturzgefährdende Medikamente erhalten“. Dazu zählten in der Studie Opioide, Trizyklische Antidepressiva, Antipsychotika, Hypnotika und Sedativa. Kaum verzichtbare Arzneimittel wie zum Beispiel orale Antidiabetika oder Antihypertensiva wurden in der Studie nicht berücksichtigt. Professor Dr. Gunter Laux, federführender Wissenschaftler, erläutert: „Bemerkenswert ist zunächst, dass erstmals Stürze und Frakturen im Zusammenhang mit der pharmakotherapeutischen Versorgung von Hausärzten in einer speziellen Versorgungsform wissenschaftlich untersucht wurden. Und die Ergebnisse belegen eindeutig, dass die Patienten in der Regelversorgung ein höheres Sturzrisiko hatten.“



Foto: Shutterstock

Sturzgefährdende Medikamente spielten dabei offensichtlich eine wichtige Rolle. In der HZV-Gruppe sei deren Anzahl signifikant niedriger und in der Regelversorgung zudem die Dosierung auch noch höher. „Hätten wir die kaum verzichtbaren Arzneimittel ebenfalls einbezogen, wie etwa in der erwähnten amerikanischen Studie, dann wäre die Anzahl vermiedener Frakturen in der HZV-Gruppe sogar noch deutlich höher ausgefallen“, stellt Laux fest.

Die Umsetzung der im Paragraph 73b SGB V vorgeschriebenen Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie zeigt im AOK-HZV-Vertrag Wirkung. Ziel ist es, die hausärztliche Versorgungsqualität durch die enge Orientierung an aktuellen evidenzbasierten Leitlinien kontinuierlich zu verbessern. Die Autoren verweisen auch darauf, dass eine höhere Leitlinienorientierung in der HZV bereits durch andere Studien zur Pharmakotherapie belegt wurde. Dazu zählen beispielhaft die durchschnittlich höheren Verschreibungsraten von Präparaten, die qualitativ besser oder gleichwertig und oft auch wirtschaftlicher sind.

Weniger Polymedikation als in der Regelversorgung

Auch die Ordnungsquote in puncto Polymedikation ist dauerhaft niedriger als in der Regelversorgung. Der gezieltere Einsatz von Arzneimitteln wird zusätzlich durch ein Modul in der HZV-Vertragssoftware unterstützt, durch das Vorschläge für eine rationale Pharmakotherapie unterbreitet werden. Der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Johannes Bauernfeind, resümiert: „Die Kombination von Pharmakotherapie-Qualitätszirkeln und Arzneimittelmodul, bei dem auch unsere Facharztverträge eingebunden sind, leistet den wesentlichen Beitrag dazu, dass die medikamentöse Behandlung in der HZV sowohl medizinisch angemessener als auch wirtschaftlicher ist.“

eb

Quellen:

- 1) Age und Ageing, Volume 52, Issue 5, May
- 2) Pharmacoepidemiology and Drug Safety, doi: 10.1002/pds.5201

Hitzeschutz: HZV als Vorbild für bundesweite Kampagne

Mit einer bundesweiten Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sollen Patientinnen und Patienten in Deutschland strukturiert zu Risiken durch Hitze beraten werden. Vorbild ist die klimaresiliente Versorgung im Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg, die sich gezielt an chronisch Kranke richtet.

Eine
RKI-Analyse
ergab rund
4.500 hitze-
bedingte Sterbefälle
für das Jahr
2022

Ziel ist dabei, hitzebedingte Gesundheitsschäden zu vermeiden. Im Sommer waren für die Schulungen über 2.000 Hausärztinnen und -ärzte und MFA gemeldet, 1.300 waren bereits geschult.

Die Klimaentwicklung beeinflusst auch die Gesundheit der Menschen. Eine Analyse des RKI zum Mortalitätsverlauf für das Jahr 2022 ergab für die Kalenderwochen 15 bis 36 eine hitzebedingte Übersterblichkeit von rund 4.500 Sterbefällen. Insbesondere für Personen, die unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen oder Diabetes leiden oder bestimmte Medikamente einnehmen, kann die Hitze zur Gefahr werden. Um vulnerable Gruppen besser für individuelle hitzebedingte Gesundheitsrisiken zu sensibilisieren und Hitzeschäden zu vermeiden, startet der Deutsche Hausärzteverband gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unterstützt durch KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V. im Rahmen des bundesweiten Hitzeschutzplans eine Präventionskampagne zur Hitze-Beratung mit Informations- und Patientematerialien.

Qualifizierte Schulungen in der HZV

Wie eine solche Versorgung in der Hausarztpraxis aussehen kann, machen die Vertragspartner des Hausarztvertrags der AOK Baden-Württemberg vor: In der klimaresilienten Versorgung werden Patienten über Zusammenhänge zwischen dem Klimawandel und Gesundheit informiert und es soll die Motivation für Klima- und Gesundheitsschutz gesteigert werden. Nach einer qualifizierenden Schulung des Hausarztpraxisteams zum Thema Klima & Gesundheit wird die klimaresiliente Versorgung einmal jährlich mit einem Zuschlag von 8 Euro auf die Chronikerpauschale vergütet.

Die klimaresiliente Versorgung ist für die Vertragspartner AOK, MEDI und HÄV ein weiteres Beispiel dafür, wie in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) wichtige Versorgungsbereiche schneller und effizienter in der Versorgung adressiert werden können als in der Regelversorgung. Dieses Konzept könne nun als Blaupause bundesweit übernommen werden und direkt in die Umsetzung gehen. ■

Angelina Schütz



Foto: Shutterstock

Partner verlängern Abrechnung der Ziffern NBG1 und BG1

Die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK haben sich gemeinsam mit ihren Arztpartnern aus den Fachbereichen Kardiologie und Neurologie auf eine Verlängerung der Abrechnungsziffer BG1 beziehungsweise NBG1 für das Beratungsgespräch Long-/Post-COVID zunächst bis zum 31. Dezember 2023 geeinigt. Damit stehen die Ziffern zunächst für weitere zwei Abrechnungsquartale zur Verfügung. Die Vertragsabteilung der MEDIVERBUND AG wird die Facharztpraxen, die an diesen Verträgen teilnehmen, über die weitere Entwicklung dazu auf dem Laufenden halten.

So rechnen Praxen ab

Die Ziffern BG1 und NBG1 in Höhe von jeweils 20 Euro können von beiden Facharztgruppen maximal

einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden, wenn für den Patienten eine entsprechende ICD gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 (ICD-Liste) und eine Überweisung des Hausarztes vorliegt. Die Gesprächsdauer beträgt mindestens zehn Minuten. Weitere Informationen finden Sie auch in Anhang 3 zu Anlage 17 des Vertrags. 

as



→ Die aktuelle Honoraranlage 12 finden Praxen unter www.medi-verbund.de/facharztvertraege/

Zuzahlungsbefreiung hat hohen Stellenwert in der AOK-HZV

Für 85 Prozent der Befragten ist die Befreiung von der Zuzahlung bei Arzneimitteln sehr wichtig oder wichtig, weil sie eine direkte finanzielle Entlastung der Versicherten darstellt. Das belegt eine telefonische Versichertenbefragung, die die AOK Baden-Württemberg alle zwei Jahre in Auftrag gibt.



Teilnahme am Haus- und Facharztprogramm bei bestimmten Arzneimitteln von der Zuzahlung befreit.

Ältere Teilnehmende ab 60 Jahren (65 Prozent) und chronisch Kranke (66 Prozent) sind erwartungsgemäß besser informiert. Die Prognos-Befragung ergab auch, dass rund 90 Prozent der Befragten aussagen, dass ihr Hausarzt sie bei allen verordneten Arzneimitteln ausreichend aufklärt, was sie sehr positiv bewerteten. ■

eb

Durchgeführt wurde die Befragung auch dieses Mal wieder vom Prognos-Institut. Teilgenommen hatten 556 AOK-Versicherte, die in das Haus- und Facharztprogramm der Krankenkasse eingeschrieben sind.

Die Befreiungsregelung gilt für rund 300 rabattierte Wirkstoffe. Voraussetzung ist lediglich, dass das Rezept vom HZV-Hausarzt oder von einem am Facharztprogramm teilnehmenden Facharzt ausgestellt wird. Profitieren können davon vor allem chronisch kranke Patienten, die rund 60 Prozent der befragten Teilnehmer ausmachen. Bei den verordneten Arzneimitteln zeigt sich, dass über 50 Prozent der Versicherten drei oder mehr Arzneimittel erhalten, fast 30 Prozent nehmen sogar fünf oder mehr ein. Insgesamt sechs von zehn der teilnehmenden Versicherten (61 Prozent) sind aufgrund der

Top Ten der Wirkstoffe zuzahlungsbefreiter Arzneimittel nach abgerechneten Packungen in 2022

(Quelle: AOK Baden-Württemberg)

1. Ramipril
2. Matamizol-Natrium
3. Amlodipin
4. Bisoprolol
5. Metoprolol
6. Atorvastatin
7. Torasemid
8. Candesartan
9. Simvastatin
10. Metformin

NACHGEFRAGT BEI

PD Dr. Ralph Bosch

MEDI-Sprecher und 1. Regionalvorsitzender des
BNK Baden-Württemberg



» Wir fürchten keine Konkurrenz «

Seit 2017 können Kardiologen, die am Facharztprogramm teilnehmen, die ambulante Implantation von Defibrillatoren vornehmen. Inzwischen wurde das Portfolio durch die Neuimplantation der 3-Kammer-Systeme und subkutane ICD (S-ICD) komplettiert.

MEDITIMES: Wie ist Ihre Bilanz, seit die ambulante Neuimplantation für 1- oder 2-Kammer-Systeme und der Aggregatwechsel für 1-, 2- oder 3-Kammer-Systeme erstattet werden?

Bosch: Von Beginn an gab es eine nahezu flächendeckende Abdeckung. Die Pauschalen für die ambulante ICD-Implantation lagen im Vergleich zur Klinik knapp unterhalb der Ein-Tages-DRG. 2022 wurden insgesamt 72 Neuimplantationen und Aggregatwechsel durchgeführt. In den letzten Jahren gab es eine Steigerung von über zehn Prozent pro Jahr. Etwa 95 Prozent der Patienten bevorzugen einen ambulanten Eingriff mit einer geregelten Nachsorge. Außerdem dauert der Eingriff in der Klinik inklusive Voruntersuchungen länger. Da die Sicherheit der Patienten an erster Stelle steht, war auch der Aufbau der eigenen Qualitätssicherungsdokumentation ein wichtiger Baustein, der jetzt zu einer schnellen und reibungslosen Integration der Neuimplantation von 3-Kammer-Systemen beiträgt.

MEDITIMES: Die Leistungen bei Schrittmachern und Defibrillatoren sind seit 2023 auch in der Regelversorgung abrechenbar. Was heißt das für den Vertrag?

Bosch: Grundsätzlich ist das zu begrüßen, weil die Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) einen großen Fortschritt in der Behandlung von Herzinsuffizienz darstellt. Und die 3-Kammer-Systeme (CRT-D,

CRT-SM) sowie der S-ICD ermöglichen passgenaue Versorgungsoptionen. Unser Vertrag ist hier attraktiver und flexibler in der Auswahl der Hersteller und der Aggregate. Dazu zählt auch der Ereignisrekorder. Entscheidend ist aber, dass unser Vertrag eine viel intensivere Patientenbetreuung ermöglicht und mehr regionale Gestaltungsmöglichkeiten schafft. Ein Beispiel sind die über 150 EFA[®], die Patientenschulungen oder -nachsorgen übernehmen. Der quartalsmäßige EFA[®]-Zuschlag wurde nun auf zehn Euro erhöht. Und die Evaluation des Kardiologievertrags hat vor vier Jahren klare Vorteile für die Patienten belegt, etwa geringere Hospitalisierungsraten und höhere Überlebensraten bei chronischer Herzinsuffizienz und KHK. Er ermöglicht nach dem Grundsatz ambulant vor stationär eine kontinuierliche interdisziplinäre Versorgung nach modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Konkurrenz durch die Regelversorgung fürchten wir daher nicht.

MEDITIMES: Der Schuh drückt aktuell bei der Verstärkung des ambulanten Operierens im Rahmen der Klinikreform, oder?

Bosch: Genau. Im Bereich der Schrittmacher und Defibrillatoren und anderer vergleichbarer Leistungen ist noch unklar, wie die ambulante Versorgung gegenüber der stationären honoriert wird. Genau wie in der Regelversorgung. ■

mp



Foto: Shutterstock

Arthrosetherapie: Struktur, Interdisziplinarität und Kommunikation fördern Qualität

Das Beispiel Knie- und Hüft-Arthrose zeigt, wie Arzt-Patienten-Gespräche im Krankheitsverlauf die Qualität der ambulanten Versorgung fördern können. Sie unterstützen eine gemeinsame Entscheidungsfindung und die Steuerung durch die Therapie und somit eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung. Ergänzende Informationen zu den Gesprächen bietet der digitale Versorgungspfad Arthrose.

Dr. Johannes Flechtenmacher, Vorstandsmitglied des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie, Mitherausgeber der Leitlinie Cox- und Gonarthrose und Autor mehrerer Publikationen zum Thema Arthrose, ist der festen Meinung: „Bei Arthrose sind die ausführliche Beratung des Patienten, die strukturierte Versorgung und die gute Steuerung der Patienten der Schlüssel für den Behandlungserfolg. Weit vor einem Gelenkersatz und auch danach.“

Orthopäden behandeln meist ältere Patienten mit Arthrose. Diese haben in der Regel noch andere Erkrankungen, die zu berücksichtigen sind. Der Versorgungspfad Arthrose unterstützt dabei (siehe Kasten).

„Wir machen die Medizin wissenschaftlicher“

„Auch mit Blick auf Arthrose leistet der Orthopädievertrag, was wir für eine qualitativ hochwertige Versorgung benötigen. Wir machen die Medizin wissenschaftlicher, stellen in Qualitätszirkeln die aktuelle wissenschaftliche Evidenz verschiedener Behandlungsmethoden vor und diskutieren diese mit den Kolleginnen und Kollegen. Wir beraten unsere Patienten und entscheiden mit ihnen zusammen über den individuell geeigneten Versorgungspfad“, unterstreicht Flechtenmacher.

Was logisch klingt, wird in der Realität oft nicht umgesetzt. Untersuchungen zeigen, dass in Deutschland zahlreiche Betroffene mit Gon- oder Cox-Arthrose im Jahr vor der Operation nicht ambulant von einem Facharzt versorgt werden. „Offenbar werden also nicht alle konservativen Therapieoptionen ausgeschöpft, obwohl Studien deren Wirksamkeit belegen“, so der Mediziner. Die Evaluation des Orthopädievertrags zeichnet für die teilnehmenden

» Bei Arthrose sind die ausführliche Beratung des Patienten, die strukturierte Versorgung und die gute Steuerung der Patienten der Schlüssel für den Behandlungserfolg.«



Dr. Johannes Flechtenmacher weiß, worauf es bei einer erfolgreichen Arthrosetherapie ankommt.

Fortsetzung >>>

>>>
Arthrosetherapie:
Struktur, Interdiszi-
plinarität und
Kommunikation
fördern Qualität

AOK-Versicherten mit Gon- oder Cox-Arthrose ein etwas anderes Bild: Sie nahmen im Vergleich zur Regelversorgung signifikant häufiger Heil- und Hilfsmittel sowie Bewegungsangebote in Anspruch. Gefördert wird dies unter anderem durch Bewegungs- und Beratungsangebote seitens der beteiligten Krankenkassen.

Auch die Diagnostik und die Therapieentscheidung sind nicht immer ganz einfach. So belegen Auswertungen, dass bei etwa jedem fünften Erwachsenen zwischen 60 und 70 Jahren in Deutschland im Röntgenbild Anzeichen einer Hüft- oder Kniegelenksarthrose sichtbar sind. Von ihnen berichtet etwa die Hälfte von Schmerzen und/oder Einschränkungen der Beweglichkeit. Häufig stimmt jedoch der in der

Bildgebung sichtbare Grad der Arthrose nicht mit den vom Patienten geschilderten Beschwerden überein. „Bildgebung und Labor liefern keine klare Indikationsstellung für eine Operation. Um zu entscheiden, wer tatsächlich davon profitiert, müssen wir gezielt die Beschwerden erfragen und gemeinsam mit dem Patienten entscheiden, wann der Eingriff sinnvoll ist“, erläutert Flechtenmacher. Bis dahin vergehen manchmal Jahre, in denen Betroffene durch die Versorgung begleitet werden. Das Ziel: möglichst lange die Funktionsfähigkeit des Gelenks und die Mobilität der Erkrankten zu erhalten sowie die Schmerzen zu minimieren. Das erfordert Geduld – „auf beiden Seiten, der behandelnden Ärzte und der Patienten“.

Praktische Hilfe zur Qualitätssicherung

Der Versorgungspfad Arthrose unterstützt ambulant tätige Facharztpraxen bei der bedarfsgerechten Beratung von Menschen mit Knie- und Hüftarthrose. Er zeigt zu verschiedenen Zeitpunkten der Versorgung nicht medikamentöse Maßnahmen auf und verknüpft diese mit zum Teil krankheitsspezifischen Angeboten der AOK Baden-Württemberg, die nachweislich wirksam sind, beispielsweise dem Hüft-Knie-Programm.

Der Gesundheits-Navigator erleichtert bei einer anstehenden Operation die Suche nach einer Klinik mit hoher Versorgungsqualität. Zur Orientierung dient die Zahl der Lebensbäumchen in Verbindung mit den Fallzahlen der jeweiligen Klinik. Mindestens zwei Lebensbäumchen und eine eher hohe Fallzahl sollte die Klinik aufweisen. Zudem führt der Pfad Reha-Einrichtungen auf, die nach einem wissenschaftlich geprüften Konzept versorgen. Diese Informationen können das Beratungsgespräch ergänzen und sind jederzeit abrufbar.



→ www.aok.de/pk/bw/versorgungspfad-arthrose/

Bei Gelenkersatz

Steht ein Gelenkersatz an, suchen Betroffene meist ebenfalls den Rat ihres ambulant tätigen Facharztes bei der Suche nach einer geeigneten Klinik. „Wir Ärzte wollen für unsere Patienten ein bestmögliches Ergebnis“, sagt der Orthopäde. Sinnvoll kann dabei auch ein Blick darauf sein, wie viele Eingriffe eine Klinik pro Jahr vornimmt. Verschiedene Studien sowie Auswertungen des Deutschen Endoprothesen-Registers legen nahe, dass höhere Fallzahlen tendenziell mit besseren Ergebnissen und niedrigeren Komplikationsraten einhergehen.

Beeinflusst werden die Resultate jedoch auch von patientenindividuellen Risikofaktoren wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index und Begleiterkrankungen. „Eine interdisziplinäre Versorgung ist notwendig, weil unsere Patienten häufig nicht nur an Arthrose erkrankt sind, sondern beispielsweise auch am Herzen, an der Niere oder der Psyche“, betont Flechtenmacher. Das müsse ebenfalls berücksichtigt werden – von der initialen Therapie an bis zur Nachsorge. ■■■

Stella Dammbach

Therapeutische Proktoskopie ist neue Leistung



Mit Wirkung zum 1. Juli dieses Jahres haben die Partner den Urologievertrag weiterentwickelt. Neu sind die therapeutische Proktoskopie und die Unterkategorien in der ICD-Liste. Damit zeigen Arztpartner, AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK erneut, dass in gesundheitspolitisch angespannten Zeiten Innovationen möglich sind.

Die neue Ziffer E12, therapeutische Proktoskopie, kann unter Berücksichtigung entsprechender Krankheitsbilder bis zu vier Mal im Quartal abgerech-

net werden. Die Einzelleistung wird rückwirkend zum 1. Juli mit 18,50 Euro vergütet. Wird diese als Auftragsleistung durchgeführt, kann die Ziffer A7 abgerechnet werden. Am Vertrag teilnehmende Praxen können die neuen Ziffern nach Vorlage des Zertifikats über die „Zusatzweiterbildung Proktologie“ gemäß der Weiterbildungsordnung der LÄK Baden-Württemberg abrechnen.

Erweiterungen der ICD-Liste

Die ICD-Liste wurde um die Unterkategorien der ICD K60, K61, K62, K64 ergänzt. Die aktualisierte Liste und alle damit zusammenhängenden Leistungen gibt es wie üblich online hier:



→ [www.medi-verbund.de/
facharztvertraege/
aok-bw-bosch-bkk-urologie/](http://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-urologie/)


wf/as

Rheumamodul: Aufwertung der Beratung zur medikamentösen Therapie

Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Juli dieses Jahres wurde im Facharztvertrag Orthopädie/Rheumatologie der Zuschlag Beratungsgespräch (RBG) erhöht, der insbesondere für die (nicht) medikamentöse Beratung von Patienten mit einer gesicherten Rheumadiagnose abgerechnet werden kann. Je Quartal sind bis zu zwei Beratungseinheiten à zehn Minuten abrechenbar, die nun jeweils mit 20 Euro vergütet werden. Davor waren es bis 30. Juni 18 Euro.

Die AOK-Baden-Württemberg und die Bosch BKK tragen damit dem besonderen Beratungsaufwand für die Arzneimitteltherapie in der Rheumatologie Rechnung. Auch wenn der neue Vergütungsbetrag erst ab Q1/2024 in der Vertragssoftware sichtbar wird, erfolgt die Vergütung bereits rückwirkend ab Q3/2023 mit dem angepassten Betrag. 

wf



NACHGEFRAGT BEI

Ass. Jur. Frank Hofmann

Vorstand der MEDIVERBUND AG

» Fachübergreifend zu agieren ist eine gute Strategie«

Seit 13 Jahren leitet Frank Hofmann die Geschicke der Managementgesellschaft des MEDI Verbunds – zunächst im Tandem mit Werner Conrad, seit 2019 zusammen mit Dr. Wolfgang Schnörer. Ende des Jahres geht der Jurist in Ruhestand und zieht in der MEDITIMES Bilanz.

MEDITIMES: Herr Hofmann, welche Projekte und Erfolge bei MEDI waren Ihre persönlichen Highlights?

Hofmann: Auf jeden Fall die Facharztverträge. Als ich zum MEDI Verbund kam, gab es einen Facharztvertrag, ein weiterer wurde gerade verhandelt und die Ausdehnung des Facharztprogramms auf alle Gebiete war zwischen den Verbänden und der AOK Baden-Württemberg beschlossene Sache. Heute haben wir aufbauend auf dem Hausarztvertrag für die meisten Facharztgebiete einschließlich der Psychologischen Psychotherapeuten einen Selektivvertrag mit Vollversorgung, extrabudgetäre Vergütungen, über 2.000 Vertragsteilnehmer und ein deutliches Honorarplus für die Behandler. Die Anzahl unserer Mitarbeiter hat sich vervielfacht. Aber genauso wichtig: Die Verträge sind eine perfekte Blaupause dafür, wie gute Versorgung organisiert werden sollte. Dabei war auch die Einführung der sogenannten Sofortabrechnung ein Meilenstein, weil damit die Ärzte sofort bei Einschreibung des Versicherten in den Facharztvertrag im Sinne des Vertrags versorgen und abrechnen können.

MEDITIMES: Sie sind damals von der KVBW zu MEDI gegangen – also von einer Körperschaft zu einem freien Verband. Wie kam es dazu?

Hofmann: Das hatte auch mit den Verträgen zu tun. In der KV waren seit jeher die Versorgung der Versicherten und eine angemessene ärztliche Vergütung außerhalb der Budgets, Regelleistungsvolumina und Fallzahlbegrenzungen ein zentrales Thema. Dort konnte das auch wegen der engmaschigen gesetzlichen Regulierung nicht erreicht werden. Die freien Verbände hatten aufgrund der damals in das Gesetz geschriebenen Haus- und Facharztverträge die Chance, abseits der zentralen Vorgaben von KBV und Bewertungsausschuss gemeinsam mit den Krankenkassen die regionale Versorgungssituation zu gestalten. Dabei konnte auch eine der Verantwortung der Ärzte gerecht werdende vernünftige Vergütung weg vom Papiergeld vereinbart werden. In Baden-Württemberg haben der Hausärzterverband und MEDI das gut genutzt. Das fand ich einfach attraktiv. Nicht zu vergessen die unfassbare Bürokratie bei der KV, die sicher zu einem guten Teil, aber nicht nur gesetzlich begründet ist.

MEDITIMES: Was unterscheidet MEDI von anderen Ärzteverbänden?

Hofmann: Ganz klar: Es werden nicht nur politische Forderungen erhoben, sondern den MEDI-Mitgliedern werden durch den wirtschaftlichen Unterbau der

MEDIVERBUND AG in vielen Bereichen ganz konkrete und praktische Angebote gemacht, die ihre Situation verbessern. Ein wichtiges Beispiel sind natürlich die Selektivverträge, aber es gibt auch die Themen MVZ, IT, Praxisbedarf, Assekuranz, Rechtsberatung und weitere Bereiche. Der Ansatz, fachübergreifend zu agieren, ist strategisch für einen Ärzteverband auch absolut sinnvoll.

MEDITIMES: Was muss Ihr Nachfolger oder Ihre Nachfolgerin mitbringen, um in dieser Position Erfolg zu haben?

Hofmann: Es gibt viele Wege zum Erfolg. Sich mit den Interessen der Ärzte auseinanderzusetzen, alle Beteiligten informiert zu halten und mitzunehmen, klare Zielorientierung sowie die Kenntnis der fachlichen Grundlagen sind sicher Punkte, die jedenfalls bei den

Verträgen helfen. Bei den juristischen Themen ist es wichtig, lösungsorientiert zu sein und auch Folgeabschätzungen in die Abwägung einzubeziehen. Es müssen Vorschläge her und nicht nur Hinweise, was alles nicht geht.

MEDITIMES: Welche Pläne haben Sie nach der Beendigung Ihrer Tätigkeit?

Hofmann: Einfach meinen Interessen nachgehen, für die bisher keine oder zu wenig Zeit war. Es gibt viele (Sach)bücher, insbesondere zu geschichtlichen Themen, auf deren Lektüre ich mich freue. Ich hoffe auch, noch einige Reisen unternehmen zu können. Ansonsten lasse ich es auf mich zukommen.



as

Young MEDI stellt sich für die Zukunft auf

Im Frühjahr 2022 wurde das Nachwuchsgremium Young MEDI gegründet. Es besteht aus Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die noch nicht lange niedergelassen oder in einer Praxis angestellt sind. Bei einem Workshop im Schwarzwald wurden die konkreten Aufgaben und Ziele erarbeitet.

16 Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sitzen in einem Tagungshotel in Donaueschingen unter der Moderation von MEDI-Marketingmanagerin Victoria Toll und Kommunikationsberaterin Tanja Reiners im Kreis zusammen. Der Workshop beginnt mit einem sogenannten Elevator-Pitch. Auf einer imaginären Fahrstuhlfahrt sollen die Teilnehmenden außen stehenden Kolleginnen und Kollegen erklären, was Young MEDI ist. Eine Aufgabe, die zeigt, dass die Vorstellungen ganz unterschiedlich sind.

„Young MEDI ist für unseren Verband eine ganz wichtige Institution. Die Bedingungen, aber auch Bedürfnisse junger Ärztinnen und Ärzte verändern

sich gerade mit den gesellschaftlichen Entwicklungen gravierend. Als fachübergreifender Berufsverband müssen wir der neuen Generation passende Angebote machen, wie beispielsweise mit unseren MEDI-MVZ, und uns politisch für sie künftig noch mehr engagieren“, sagt der neue MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak.

Das sind die Themen

Deshalb wurden neben einer gemeinsamen Definition und Zielsetzung konkrete Themenschwerpunkte beim Workshop erarbeitet, wie beispielsweise verbandsübergreifende Lobbyarbeit, Bürokratieabbau, New Work, Delegation oder Best-Practice-Praxisbeispiele als Blaupause für Praxen. Dafür sollen in einem weiteren Workshop Botschafterinnen und Botschafter definiert werden, die sich dieser und weiterer Themen annehmen und junge Kolleginnen und Kollegen als Mentorinnen und Mentoren begleiten. Die Zielgruppe für Young MEDI ist klar: Die Angebote richten sich vor allem an frisch Niedergelassene, angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch an MFA, Praxismanagerinnen sowie VERAH, EFA[®] und Physician Assistants.

„Es war sehr schön, beim Workshop zu erleben, wie viele engagierte Kolleginnen und Kollegen wir bei Young MEDI haben und welche großen Ideen entstehen, wenn man sich gemeinsam zusammensetzt. Es ist wichtig, dass wir mit Young MEDI den Fokus stärker auf den Nachwuchs lenken und strate-



gisch und professionell in unsere berufspolitische Arbeit integrieren“, bilanziert Allgemeinmedizinerin und MEDI-Vorstandsmitglied Dr. Cathérine Hetzer-Baumann. Sie gehört zu den Sprecherinnen von Young MEDI.

Zwei junge Ärztinnen neu im Vorstand

Mit ihr und der Orthopädin und Unfallchirurgin sowie Allgemeinmedizinerin Dr. Christine Blum wurden im Juli erstmals auch zwei Vertreterinnen des Nachwuchsgremiums Young MEDI in den geschäftsführenden Vorstand von MEDI Baden-Württemberg gewählt. „Wir benötigen dringend mehr Frauen und jüngere Kolleginnen und Kollegen in der Berufspolitik. Deshalb ist es wichtig, dass wir mit den beiden neuen Vorständinnen jetzt noch paritätischer und generationsübergreifender arbeiten und für die Zukunft der jüngeren niedergelassenen Ärzteschaft die Weichen stellen können“, so Smetak. 

Tanja Reiners

Das ist der neue Vorstand

Am 19. Juli haben die Delegierten von MEDI Baden-Württemberg ihren neuen geschäftsführenden Vorstand gewählt. In den nächsten vier Jahren werden folgende Funktionsträger die Geschicke des MEDI Verbunds im Südwesten lenken:

Vorstandsvorsitzender: Dr. Norbert Smetak

Stellvertretende Vorsitzende: Dr. Michael Eckstein, Dr. Michael Ruland und Dr. Bernhard Schuknecht

Schatzmeister: Dr. Markus Klett

Regionalbeisitzer: Dr. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt, Dr. Cathérine Hetzer-Baumann, Dr. Christoph Kaltenmaier, Dr. Christiane von Holst, Dr. Anton Radlmayr, Dr. Bernd Prieshof, Dr. Michael Deeg und Dr. Bernhard Schönemann

Psychotherapeuten-Beisitzer: Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf

Beisitzerin angestellte Ärztinnen und Ärzte: Dr. Christine Blum

Praxen protestieren gegen » katastrophale Berliner Politik «

Rund 3.000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten und ihre Teams haben am 21. Juni vor dem neuen Schloss in Stuttgart gegen die aktuelle Gesundheitspolitik demonstriert. MEDI Baden-Württemberg hatte dazu gemeinsam mit elf weiteren Berufsverbänden aufgerufen.

„Die katastrophale Berliner Politik der letzten Jahre ist ein Desaster für uns Niedergelassene, für unsere Teams, für die Patientinnen und Patienten und für die ganze ambulante Versorgung“, brachte es der stellvertretende MEDI-Vorstandsvorsitzende Dr. Michael Eckstein, der die Protestaktion für MEDI initiiert hatte und durch die Veranstaltung führte, auf den Punkt. Auch Landesärztekammerpräsident Dr. Wolfgang Miller, der Vorsitzende der KV Baden-

Württemberg Dr. Karsten Braun und seine Stellvertreterin Dr. Doris Reinhardt nahmen daran teil und signalisierten ihre Solidarität.

Flickschusterei in einem kranken System
MEDI-Mitbegründer und langjähriger Vorstandsvorsitzender Dr. Werner Baumgärtner kritisierte auf der Bühne die „Flickschusterei“ der Politik: „Das Gesundheitssystem ist krank. Die politisch verantwortete Budgetierung, Zwangsdigitalisierung, gesetzliche Reglementierung und Überbürokratisierung zerstören die Praxen. Die Regel ist heute, dass niedergelassene Praxen nicht nachbesetzt werden, und das ist erst der Anfang.“ Sein Nachfolger Dr. Norbert Smetak warnte: „Wenn die Politik nicht aufwacht und endlich auf die medizinische Basis hört, werden wir nicht ruhen und weiter protestieren – auch im Interesse unserer Patientinnen und Patienten.“



Fotos: Ronny Schönebaum

»Ich möchte anklagen, dass uns die Regierung offenbar während der Pandemie hinsichtlich der verdienten Wertschätzung einfach vergessen hat«,

kritisiert Petra Schäfer, MFA und Praxismanagerin.

Allgemeinärztin Dr. Cathérine Hetzer-Baumann aus Altenriet engagiert sich für das Nachwuchsprogramm Young MEDI und kritisierte die zunehmende Bürokratisierung in den Praxen. „Es kann nicht sein, dass die Zeit an und mit unseren Patientinnen und Patienten mittlerweile den geringsten Anteil im Praxisalltag einnimmt. Dafür bin ich nicht Ärztin geworden“, rief sie in die Menge und erntete dafür viel Zustimmung. Und Petra Schäfer, MFA und Praxismanagerin aus Herrenberg, erinnerte in ihrer Rede an die Leistungen ihrer Kolleginnen und Kollegen während der Pandemie. „Ich möchte anklagen, dass uns die Regierung offenbar während der Pandemie hinsichtlich der verdienten Wertschätzung einfach vergessen hat“, kritisierte sie unter viel Applaus.

Weitere Vertreterinnen und Vertreter von MEDI und anderen Ärzteverbänden kamen zu Wort. Im Rahmenprogramm des Protesttags trat der Comedian Max Oswald auf und brachte die medizinischen Versorgungsprobleme in Deutschland humoristisch auf den Punkt. Es wurde viel gelacht – wenn auch manchmal aus Verzweiflung.

Weitere Proteste folgen

Die Aktion war der Startpunkt einer Protestkampagne. „Wir werden nicht aufhören, auf unsere dramatische Lage aufmerksam zu machen, und uns in noch größeren Allianzen zusammenschließen, damit unsere Forderungen in Berlin auch wirklich ankommen“, kündigte Smetak an. ■

Tanja Reiners



→ www.aerzteproteste.de



MEDI-Mitglieder stimmen für weitere Aktionen

Um sich ein Stimmungsbild zu machen, fragte MEDI Baden-Württemberg die Protestbereitschaft unter den Mitgliedern ab. 234 nahmen daran teil. Davon arbeiten 97 Prozent selbstständig in eigener Praxis. Von ihnen sind 44 Prozent als Hausärztin oder Hausarzt tätig, 54 Prozent als Fachärztin oder Facharzt. 99 Prozent der Befragten befürworten Protestaktionen als Maßnahme, sich gegen die Berliner Gesundheitspolitik zu wehren. 87 Prozent der Befragten sind bereit, für Protestaktionen ihre Praxen zu schließen, 61 Prozent sogar für mehrere Tage.

Für eine reduzierte Arbeitswoche von maximal 25 Stunden über bis zu drei Wochen stimmten 77 Prozent der Befragten. Rund 40 Prozent würden für eine große Protestveranstaltung nach Berlin fahren. Für rund 70 Prozent ist es selbstverständlich, ihre MFA für Protestaktionen freizustellen.

Auf die Frage nach einer Rückgabe der kassenärztlichen Zulassung, falls sich die Situation für Niedergelassene nicht verändere, antworten knapp über 50 Prozent mit „Ja“. 38 Prozent haben laut Umfrage noch nicht über eine Privatpraxis nachgedacht. ■

tr



NACHGEFRAGT BEI

Dr. Christine Blum

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

» Wir möchten bessere Hilfestellung für die Niederlassung geben «

Dr. Christine Blum sitzt seit der neuen Legislatur der Landesärztekammer Baden-Württemberg als Delegierte in der Vertreterversammlung der Kammer. Die Quereinsteigerin in die Allgemeinmedizin ist auch aktiv bei „Young MEDI“, dem Nachwuchsprogramm von MEDI Baden-Württemberg.

MEDITIMES: Was könnte bei der ärztlichen Berufsausübung besser geregelt sein?

Blum: Die Bürokratie ist ausufernd! Egal ob man in der Weiterbildung ist, eine Weiterbildungsermächtigung beantragt oder sich niederlässt. Hier müssen wir bessere Hilfestellungen und Vereinfachungen geben. Das ist auch unser großes Anliegen von „Young MEDI“. Weitere Beispiele sind die immer stärkere Beanspruchung von Kolleginnen und Kollegen im ambulanten Bereich und die zunehmenden Versorgungslücken. Im stationären Sektor ist die Reform der Krankenhauslandschaft ein wichtiges Thema, das auch die Berufsausübung betrifft.

MEDITIMES: Welche Themen sind bei „Young MEDI“ für die jüngere Ärztegeneration wichtig?

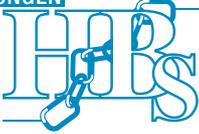
Blum: Wir möchten mehr Kolleginnen und Kollegen für die ambulante Versorgung motivieren und Hilfestellung für die Niederlassung bieten. Weder während des Studiums noch während der Facharztzubereitung wird man darauf vorbereitet, was es bedeutet, selbstständig zu sein. Deswegen scheuen viele Kolleginnen und Kollegen den Schritt in die Selbstständigkeit.

MEDITIMES: In manchen Ärztekammern gibt es Ärztinnen-Arbeitskreise für Parität. Wie sehen Sie das: Sollten Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung paritätisch besetzt werden?

Blum: Ich bin für Chancengleichheit und finde auch, dass die gleiche Leistung nicht unterschiedlich bewertet oder honoriert werden sollte. Hier gibt es sicherlich noch einiges zu tun. Das bedeutet andererseits für mich aber nicht zwingend eine Parität. Es gibt insgesamt viele Themenfelder und auch Missstände. Wir dürfen nicht müde werden, sie anzupacken. 🇪🇺

ANZEIGE

ARBEITSSICHERHEIT
ELEKTRISCHE PRÜFUNGEN
GERÄTESICHERHEIT



Ing.-Büro Hartmut Böttger Sicherheitssysteme und
Arbeitssicherheit | Hans-Stempel-Str. 1c · 76829 Landau
Telefon 07071 / 147 01 45 · Telefax 03212 / 949 52 10
Mobil 0179 / 392 87 27 · Ing-buero@Hartmut-Boettger.de

Auch KV-Chef Braun fordert mehr ambulante Operationen

In mehr ambulanten Operationen liegt nach Ansicht des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Dr. Karsten Braun, ein erhebliches Potenzial für Einsparungen und bessere Versorgung in Deutschland. „Es ist unstrittig, dass es für alle Beteiligten große Vorteile mit sich bringt, wenn Behandlungen ambulant stattfinden können und die Patientinnen und Patienten dafür nicht ins Krankenhaus müssen. Natürlich hat das seine Grenzen, aber diese sind noch lange nicht erreicht“, so der KV-Chef.

Krankenhäuser wären entlastet

Braun unterstützte damit entsprechende Forderungen des KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Gassen. „Wir haben eine hochleistungsfähige Struktur an ambulanten Operateuren, die ausgebaut werden könnte. Das würde die Krankenhäuser entlasten, die sich dann um die wirklich schwer kranken

Patienten kümmern könnten“, fügt er hinzu. Für Patientinnen und Patienten sei es auch angenehmer, da sie wohnortnah versorgt werden und nach der Behandlung nach Hause in ihre gewohnte Umgebung könnten. Darüber hinaus würden ambulante OP-Zentren deutlich günstiger behandeln als Krankenhäuser.

Braun forderte daher, dass dieses Potenzial endlich konsequent angegangen werden soll. „Wir nehmen sehr wohl wahr, dass es hier Bewegung auf der politischen Ebene gibt, und begrüßen daher entsprechende Äußerungen des gesundheitspolitischen Sprechers der FDP-Bundestagsfraktion Dr. Andrew Ullmann“, erklärt er. Er erwartet von der Bundesregierung, dass sie eine entsprechende gesetzliche Regelung trifft. „Ambulantisierung darf dabei das System der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nicht außen vor lassen“, macht der KV-Chef klar. 

as



Unterstützen in Not geratene Menschen (v. l.): Alexander Höfer, Geschäftsführer von MEDI Bayern; Prof. Dr. Siegfried Jedamzik, Vorsitzender von MEDI Bayern und GOIN; Petra Willner, 1. Vorsitzende der Tafel Ingolstadt, und ihre Stellvertreterin Bettina Sturies.

Ärzteverbände spenden an die Tafel Ingolstadt

MEDI Bayern und das Ärztenetz GOIN, ein Zusammenschluss von Ärzten aller Fachrichtungen aus Ingolstadt und der umliegenden Region, haben 2.000 Euro an die Tafel Ingolstadt gespendet. Der Erlös kam während einer ärztlichen Fortbildungsveranstaltung, die die beiden Ärzteverbände organisiert und durchgeführt haben, zustande.

„Es ist uns ein großes Anliegen, uns für das Wohl aller Menschen in unserer Gesellschaft einzusetzen“, betont Prof. Dr. Siegfried Jedamzik, Vorsitzender von MEDI Bayern, und ergänzt: „Die Arbeit der Tafel Ingolstadt ist von unschätzbarem Wert, sie leistet eine herausragende Arbeit, indem sie in Not gekommenen Menschen eine Grundversorgung mit wichtigen Lebensmitteln bietet. Wir sind stolz, gemeinsam

mit unserem Partner GOIN dazu beitragen zu können, dass die Tafel ihre wichtige Mission fortsetzen kann und so noch mehr bedürftige Menschen erreichen kann.“ ■

eb

»Es ist uns ein großes Anliegen, uns für das Wohl aller Menschen in unserer Gesellschaft einzusetzen«,

betont Prof. Dr. Siegfried Jedamzik.

eRezept und eGK – Einführung mit kleinen Hindernissen

Seit 1. Juli 2023 können Patienten komplett papierlos ihre Rezepte in der Praxis ausgestellt bekommen und anschließend in der Apotheke einlösen. Zwei Beispiele, wie die Einführung bei MEDI-Ärzten in Rheinland-Pfalz lief.

Ab dem
1. JANUAR 2024
müssen eRezepte aus-
gestellt werden

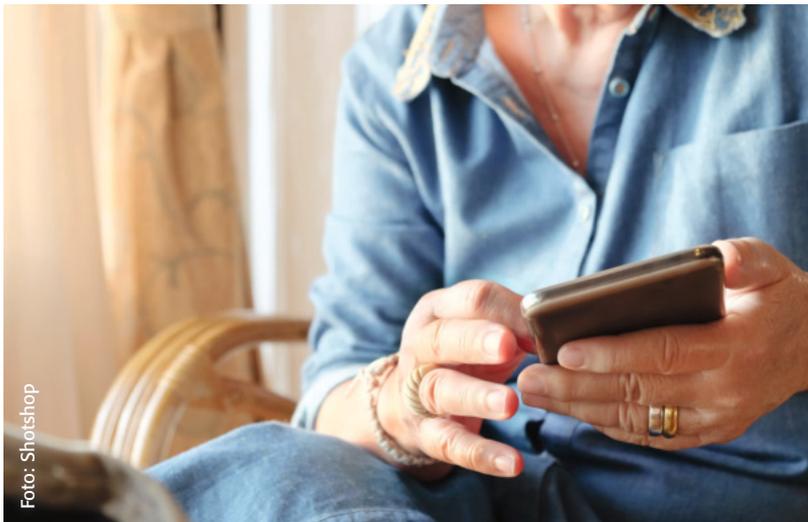


Foto: Shotshop

MEDI Südwest-Mediziner Dr. Michael Siegert hat in seiner hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Trier gleich am 1. Juli begonnen, elektronische Rezepte (eRezept) auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) der Patientinnen und Patienten auszustellen, wenn diese das wollten. „Erstaunlicherweise gab es

faktisch keine Probleme“, berichtet Siegert, schränkt aber ein: „Wir machen es im Moment auch im Mischbetrieb. Das heißt, dass wir auch noch konventionelle Papierrezepte ausstellen.“ Das sei der Fall, wenn die Apotheke des Patienten das eRezept noch nicht umsetzen kann.

Auch der MEDI Südwest-Vorstandsvorsitzende Dr. Ralf Schneider stellt in seinem MEDI MVZ in Alzey seit dem 10. Juli eRezepte aus – allerdings noch nicht im Regelbetrieb. „Die Übertragung funktioniert trotz Komfortsignatur noch nicht automatisch von jedem Arbeitsplatz aus, und ich muss nach dem Ausstellen an der Anmeldung Bescheid sagen, dass es versendet wird“, erzählt er im Gespräch mit der **MEDITIMES**. Die Startschwierigkeiten lägen auch daran, „dass wir ein großes MVZ mit fünf Ärzten sind“.

Schneider findet es auch schwierig, dass telefonisch bestellte Rezepte in rein elektronischer Form nicht so einfach zu kontrollieren sind wie Papierrezepte. Außerdem seien Pflegeheime, Privatrezepte und Rezepte, die dem Betäubungsmittelgesetz unterlägen, noch außen vor.

Ältere kommen mit eRezept zurecht

Anfängliche Befürchtungen, das eRezept könne gerade ältere Patienten überfordern, kann Hausarzt Siegert nicht bestätigen. Er habe erstaunlicherweise praktisch keine negativen Rückmeldungen bekommen. „Selbst hochbetagte Patienten sind damit ohne Probleme zurechtgekommen. Viele hatten sogar im Vorfeld danach gefragt“, berichtet er.

Auch im rheinhessischen Alzey ist das Alter der Patientinnen und Patienten nicht das Problem, sondern vereinzelte Apotheken, bei denen die Ausgabe der elektronischen Rezepte nicht funktioniert. „Der Patient ist dann genervt, und für mich ist der Vorteil

» *Selbst betagte Patienten sind mit eRezept ohne Probleme zurechtgekommen. Viele hatten sogar im Vorfeld danach gefragt*«,

berichtet Dr. Michael Siegert.



des papierlosen Verfahrens dahin, wenn ich noch einen Beleg ausdrucken muss“, sagt Schneider.

Bessere Testphase wäre wünschenswert gewesen

Schneider hätte sich vor dem Start eine bessere Testphase gewünscht. Und sein Kollege Siegert räumt ein, man hätte „das Ganze sicherlich noch etwas besser in der lokalen Presse präsentieren können“. Wichtig sei eine intensive Kommunikation mit den Patienten. Ihnen müsse klargemacht werden, dass ein papierloser Ablauf mit dem eRezept nur funktionieren würde, wenn sie bei jedem Praxisbesuch ihre elektronische Gesundheitskarte mitbrächten.

Durch die Verknüpfung von eRezept und eGK hofft Siegert, dass die Patienten künftig häufiger ihre Gesundheitskarte dabei haben, wenn sie in der Praxis erscheinen, „damit wir nicht am Ende des Quartals wieder Hunderten Patienten wegen der Versichertenkarte hinterher telefonieren müssen.“

Optimierungsbedarf

Wo sehen die beiden MEDI-Hausärzte noch Optimierungsbedarf? Siegert nennt den Umstand, dass es Probleme bei Abänderungen durch die Apotheke gibt, zum Beispiel weil ein Medikament gerade nicht lieferbar ist. Seiner Erfahrung nach muss das Rezept dann komplett storniert und neu ausgestellt werden. „Besser wäre hier, wenn man eine entsprechende Abänderung direkt im Rezept durchführen könnte“, meint der Allgemeinmediziner. Und für MVZ-Inhaber Schneider steht auf der Wunschliste ganz oben, dass auch Alten- und Pflegeheime, Hilfsmittel und BTM in die Abläufe mit dem eRezept integriert werden.

„Einfach mal starten“

Grundsätzlich stehen Schneider und Siegert dem neuen Verfahren aber positiv gegenüber und hoffen darauf, dass mit der Verbindung von elektronischem Rezept und Gesundheitskarte weniger Arbeit anfällt und vor allem weniger Rezepte ausgedruckt werden müssen. „In einer Größenordnung von circa 450 Millionen gedruckten Rezepten pro Jahr in Deutschland tut man hier sicherlich auch noch etwas für den Umweltschutz“, meint der Trierer Hausarzt. Als großen Vorteil sieht Siegert, dass bei Wiederholungsrezepten im laufenden Quartal die Patientinnen und Patienten nicht mehr in der Praxis erscheinen müs-

» Auch Alten- und Pflegeheime, Hilfsmittel und BTM sollen in die Abläufe mit dem eRezept integriert werden «,

wünscht sich Dr. Ralf Schneider.



sen, weil das Rezept in die Versichertenkarte hochgeladen werden kann.

Folgende Tipps haben die beiden MEDI-Ärzte für ihre Kolleginnen und Kollegen:

1. Sich gut über die entsprechenden Prozesse im Praxisverwaltungssystem informieren, zum Beispiel über Online-Webinare
2. Die Patienten über die Vorteile des Verfahrens informieren
3. Nachfragen, ob die Stammapotheke des Patienten bereits eRezepte einlösen kann

Und ein letzter Tipp von MEDI Südwest-Chef Schneider lautet: „Einfach mal starten. Mit der eAU hat es ja auch geklappt.“ 🇩🇪

Martin Heuser

Hier können sich Praxen im Netz zum eRezept informieren:

→ www.das-e-rezept-fuer-deutschland.de/

→ www.bundesgesundheitsministerium.de/e-rezept.html



TI-Konnektor: Das ist der aktuelle Stand

Die Telematikinfrastruktur (TI) und die damit verbundenen Musterklagen durch MEDI GENO Deutschland und MEDI Baden-Württemberg beschäftigen nach wie vor die Ärzteschaft. Die MEDITIMES gibt einen Überblick über die beiden drängendsten Fragen für Praxischefs.

1. Musterklagen gegen Honorarabzug bei Verweigerung der Konnektorinstallation und wegen unzureichender Kostenerstattung

Eine der MEDI-Musterklagen zum Honorarabzug bei nicht erfolgter Installation des Konnektors liegt mittlerweile beim Bundessozialgericht. Wir hoffen, dass in diesem Jahr noch die mündliche Verhandlung stattfindet. In der ersten Instanz hatten wir zwar keinen Erfolg, aber wir sind nach wie vor davon überzeugt, dass die Telematikinfrastruktur (TI) gegen elementare Regeln des Datenschutzes und der Datensicherheit verstoßen hat. Weitere Musterver-

fahren sind wegen des Revisionsverfahrens vor dem Bundessozialgericht zunächst zum Ruhen gebracht worden.

Die Musterverfahren beziehen sich auf die Zeit vor der Gesetzesänderung durch das Patientendatenschutzgesetz zum Ende 2020. Diese Änderung hat einige unserer Kritikpunkte aufgegriffen, zum Beispiel die bis dahin ungeklärte datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit. Es ist deshalb offen, in welchem Umfang eine für uns günstige Entscheidung des Bundessozialgerichts auch Auswirkungen auf die aktuelle Situation hätte.

Mittlerweile wird ja über die TI nicht nur der Versichertenstammdatenabgleich, sondern insbesondere auch die eAU, die ePA und das eRezept abgewickelt. Ob die KVen Maßnahmen zur Durchsetzung dieser Anwendungen über den Honorarabzug hinaus ergreifen werden, ist offen.

Musterklagen laufen auch gegen eine unzureichende Kostenerstattung durch die KV, wenn der Konnektor installiert wurde. Eine Musterklage gegen die KV-Betriebskostenerstattung liegt mittlerweile auch beim Bundessozialgericht. Eine Musterklage gegen die Erstattung der Erstausrüstungskosten durch die KV ist noch beim Sozialgericht.

2. Konnektortausch

Im letzten Jahr stellte sich heraus, dass aufgrund ablaufender Sicherheitszertifikate in den Konnektoren ein Tausch oder eine Umgestaltung der Konnektoren in irgendeiner Form erfolgen muss. Obwohl die gematik angekündigt hatte, dass die für die Zukunft anvisierte Telematikinfrastruktur 2.0 ohne Konnektoren in den Arztpraxen auskommen soll, sind also erneut Kosten in Höhe von Hunderten Millionen Euro entstanden.

Klar ist, dass hier massiv Versichertengelder verschleudert werden, es ist ein Fall für die Aufsichtsämter. Ärztinnen und Ärzten, die bereits installiert haben und austauschen sollen, kann man aber nicht empfehlen, den Tausch zu verweigern. Das liegt einfach daran, dass damit ein aufwendiger Rückbau der Praxissoftware auf die Stufe vor der Konnektorinstallation verbunden wäre. Die Kosten für den Tausch werden erstattet, ob in ausreichender Höhe, sei dahingestellt.

Wegen der ablaufenden Sicherheitszertifikate in den Konnektoren ist aktuell je nach Konnektortyp und den Angeboten der IT-Partner entweder ein

- Tausch des Konnektors,
- eine Verlängerung der Sicherheitszertifikate durch ein Software-Update oder
- ein Umstieg auf das sogenannte „TI-as-a-service“-System (es wird eine „Konnektorfarm“ betrieben und die einzelne Arztpraxis, die keinen Konnektor mehr benötigt, per VPN-Verbindung angeschlossen)

möglich.

Der nächste Schritt

Teilweise sind die Konnektoren bereits ausgetauscht. Die Nutzung des sogenannten „TI-Gateways“ mithilfe eines „Highspeed“-Konnektors im Zusammenhang mit der TI 2.0 wird später verfügbar sein. Hier handelt es sich um einen Dienst, der ähnlich wie das „TI-as-a-service“-System eine Installation in der Praxis nicht erfordert.

In dieser Situation kann man nur empfehlen, die Aspekte (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

- Zeitpunkt des Ablaufs der Sicherheitszertifikate (dies ist abhängig vom Konnektortyp und vom Installationszeitpunkt),
 - Kosten der Umstellung und des weiteren Betriebs,
 - Erstattungshöhe der KV (Informationen zur neu vereinbarten Kostenerstattung durch die KV beim Konnektorbetrieb finden Sie auf der Internetseite der KV BW),
 - etwaige Zusatzkosten für den Heilberufsausweis und die SMC-B-Karte,
 - Datensicherheit (zum Beispiel ermöglicht das „TI-as-a-service“-System keine serielle Installation von PVS und Konnektor und der Schutz des Praxisnetzes muss auf jeden Fall mittels Firewall organisiert werden) und
 - ggf. Praxisaufgabe
- zu klären und Entscheidungen gut abzuwägen.



Ass. jur. Frank Hofmann

Cannabiskonsum: Ärzteschaft kritisiert Gesetzesentwurf



Die Ärzteschaft in Deutschland sieht die geplante Legalisierung von Cannabis für nicht medizinische Zwecke sehr kritisch und warnt davor. Dr. Norbert Smetak, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg, teilt die Argumente des Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK) Dr. Klaus Reinhardt.

„Die Bundesregierung und Bundesgesundheitsminister Lauterbach möchten den Cannabiskonsum legalisieren, den Eigenanbau erlauben und Cannabis-Clubs einführen. Gleichzeitig soll eine Aufklärungskampagne junge Menschen vor den erheblichen Gefahren des Kiffens warnen. Vielleicht erschließt sich die Ambivalenz dieser Logik im Rauschzustand, einer nüchternen kritischen Betrachtung hält sie jedenfalls nicht stand“, erklärte Reinhardt in einer Pressemitteilung.

Lauterbach kennt die Risiken

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat weist darauf hin, dass die Legalisierung von Cannabis zu mehr Konsum führe und das Risikobewusstsein mindere. „Durch die Freigabe wird eine Droge verharmlost, die nachgewiesenermaßen abhängig macht und zu schweren Entwicklungsschäden führen kann – gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen“, kriti-

siert der BÄK-Präsident. Er erinnert daran, dass Minister Lauterbach Medizin studiert hat und sogar selbst öffentlich darauf hingewiesen hat, dass die Entwicklungsprozesse des Gehirns bis zum 25. Lebensjahr noch nicht abgeschlossen sind und der Konsum von Cannabis diese Prozesse negativ beeinflussen kann. „Wer hier aufgrund des Cannabiskonsums Schäden erleidet, wird diese ein Leben lang behalten“, warnt auch MEDI-Chef Smetak.

Der regelmäßige Konsum von Cannabis steigert das Risiko von nachhaltigen kognitiven Funktionsdefiziten, das Auftreten von Psychosen, Depressionen oder Angststörungen signifikant. „Darauf haben zahlreiche Vertreter entsprechender wissenschaftlicher Fachgesellschaften in den vergangenen Monaten im Rahmen der öffentlichen Debatte um die Legalisierung von Cannabis laut und deutlich hingewiesen“, erinnert Reinhardt. Trotzdem wolle Minister Lauterbach schon Achtzehnjährigen den legalen Zugang zu Cannabis ermöglichen. „Das ist in keinsten Weise nachvollziehbar“, betont Smetak.

Neue Bürokratie und staatlicher Kontrollverlust

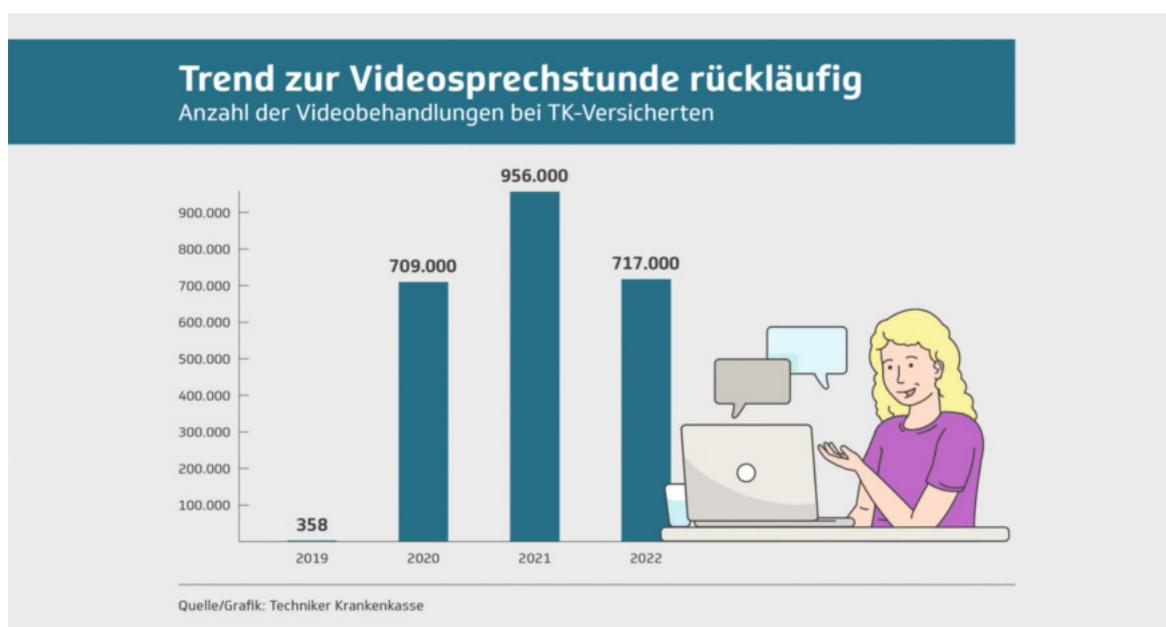
Geradezu aberwitzig findet Reinhardt außerdem die Vorstellung, dass die kleinteiligen Vorgaben wirksam kontrolliert werden könnten. „Polizei, Justiz und Ordnungsämter sind schon heute hoffnungslos überlastet. Sollen sie in Zukunft mit ihrem knappen Personal auch noch Cannabispflanzen in Privatwohnungen zählen oder Mindestabstände von Hanfplantagen zu Schulen und Kitas ausmessen?“, gibt der BÄK-Präsident zu bedenken. Solche Regelungen stärken nicht den Jugendschutz, sondern organisieren den staatlichen Kontrollverlust. Darauf haben der Deutsche Richterbund und Polizeiorgane deutlich und öffentlich hingewiesen. „Die Bundesregierung ignoriert mit dem Gesetzesentwurf alle Argumente der medizinischen Wissenschaft und der realen Erfahrung der Strafverfolgungsorgane“, bilanziert Reinhardt und spricht sich stattdessen für eine „nüchterne und evidenzbasierte Drogenpolitik“ aus, die auf mehr Präventions- und Hilfsangebote setzt.



Angelina Schütz

Weniger Videosprechstunden nach Corona

Die Pandemie hatte zu einer verstärkten Nachfrage nach Videosprechstunden in deutschen Arztpraxen geführt: Wurden 2019 noch 358 Videosprechstunden bei der Techniker Krankenkasse (TK) abgerechnet, waren es im Jahr 2020 sogar 709.000. Auch im Folgejahr wuchs die Anzahl der Online-Behandlungen weiter auf 956.000. Letztes Jahr endete der Boom abrupt.



Mit Aufhebung der Hygieneregeln kehrte sich der Trend um: 2022 fanden 717.000 Videosprechstunden statt, also 25 Prozent weniger als im Jahr zuvor. Das zeigen Auswertungen der Krankenkasse. Der TK-Vorstandsvorsitzende Dr. Jens Baas sprach sich deswegen dafür aus, „dass digitale Angebote wie die Videosprechstunde auch langfristig eine selbstverständliche Option für die ärztliche Behandlung werden.“

Dass die Online-Sprechstunde noch nicht flächendeckend in der Gesellschaft angekommen ist, zeige eine Forsa-Befragung der TK: Nur acht Prozent der Befragten haben bisher mit einem Arzt oder einer Ärztin per Video gesprochen. Davon haben wiederum nur drei Prozent mehrfach von dem digitalen Angebot Gebrauch gemacht. Dabei sparen Patientinnen und Patienten durch Videobehandlungen Anfahrtswege und Zeit im Wartezimmer und sind einem geringeren Ansteckungsrisiko ausgesetzt.

Fehlende Angebote

Das Interesse an digitalen Behandlungen ist laut TK-Befragung jedoch da: Die Hälfte der Befragten möchte eine Videosprechstunde in Anspruch nehmen, scheitert aber daran, dass ihre Arztpraxen diese nicht anbieten (49 Prozent). Ein weiterer Grund, weshalb die Befragten bisher keine Videosprechstunde wahrgenommen haben, betrifft das Prozedere: 55 Prozent wissen nicht, wie und wo sie einen Termin vereinbaren können.

TK-Chef Baas sieht die Videosprechstunde dagegen als festen Bestandteil in Arztpraxen. „Besonders in versorgungsschwächeren Gebieten sind digitale Behandlungen eine sinnvolle Ergänzung für die Versorgung“, betont er und fordert, dass die Mengengrenzung für Videosprechstunden mit dem Digitalgesetz aufgehoben werden soll. 🇩🇪

Angelina Schütz

Arbeitslast der Vertragsarztpraxen bleibt hoch

Das prognostiziert das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in seiner neuen Studie. Insbesondere in Ballungsgebieten erwartet das Institut eine zunehmende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Besonders im Fokus stehen die Fachgruppen Innere Medizin, Urologie, Augenheilkunde und Psychotherapie.

Nach aktuellen Prognosen nimmt die Bevölkerungszahl in Deutschland auch aufgrund der zunehmenden Migration nicht mehr weiter ab. Einem Bevölkerungsrückgang in ländlichen Regionen steht eine zunehmende Verdichtung urbaner Räume gegenüber. Somit wird die Beanspruchung der haus- und fachärztlichen Versorgung in städtischen Agglomerationen noch stärker zunehmen als in dünner besiedelten Räumen.

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung in Deutschland trägt dazu bei, dass Fachgruppen wie Innere Medizin, Urologie und Augenheilkunde in den kommenden Jahren immer stärker nachgefragt werden. So könnte die Nachfrage bei Internisten und Urologen bis 2035 bundesweit um bis zu zehn Prozent ansteigen. In der Augenheilkunde und bei Hals-Nasen-Ohren-Praxen könnte sich dieser Beanspruchungsindex um bis zu acht Prozent erhöhen. Auch für jüngere Versicherte bis 14 Jahren wird eine leichte Bevölkerungszunahme projiziert, sodass mit einer steigenden Beanspruchung bei Pädiatern gerechnet werden kann (+ 3 Prozent).

Hoher Bedarf an Psychotherapie

Noch deutlicher fällt die Projektion des Versorgungsbedarfs für den Bereich der Psychotherapie aus: Hier ergibt sich auf Basis der Bevölkerungsprognose und unter Berücksichtigung der Inan-

spruchnahmeentwicklung der letzten Jahre bis 2035 ein projizierter Nachfrageanstieg von 21 Prozent für Psychotherapeutinnen und -therapeuten und von 27 Prozent für Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater.

Die Beanspruchung von Gynäkologen wird den Schätzungen zufolge im Durchschnitt im Jahr 2035 etwa fünf Prozent geringer ausfallen als im Basisjahr. Für die zukünftige Beanspruchung der Hausärzte wird ein leichter Zuwachs um zwei Prozent erwartet. Die räumliche Betrachtung zeigt über die Mehrzahl der Fachgruppen eine besonders hohe Steigerung der Beanspruchung in den südlichen und einigen westlichen Regionen Deutschlands und zum Teil im Großraum Berlin-Brandenburg. Eine abnehmende Inanspruchnahme vieler Fachgruppen wird insbesondere für ländliche Gebiete im Osten Deutschlands projiziert.

„Innerhalb Deutschlands werden sehr unterschiedliche demografische Entwicklungen prognostiziert. Während die Bevölkerung in Ballungsräumen wächst und in den westlichen Flächenländern nahezu konstant bleibt, wird in den östlichen Flächenländern ein sukzessiver Rückgang erwartet. In den Regionen mit rückläufiger Bevölkerungsentwicklung erwachsen besondere Herausforderungen für die Organisation der Versorgung. Dies betrifft die Nachbesetzung notwendiger Praxissitze und die Organisation der Versorgung in größer werdenden Einzugsbereichen der Praxen. Dies erfordert neue Organisationsformen für die Praxen und geeignete finanzielle Förderungen“, sagte der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. 

eb



→ Weitere Informationen zur Zi-Studie gibt es hier: www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert?tab=6&uid=144

Sicherstellungsassistenten: Gericht gibt Arzt recht

Nach einer Rechtsprechung des Sozialgerichts München ist eine Approbation für eine vorübergehende Vertretung unter Aufsicht eines niedergelassenen Facharztes ausreichend. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann für die Beschäftigung einer Sicherstellungsassistentin in einer Arztpraxis nicht verlangen, dass diese die gleiche Facharztqualifikation wie der Vertragsarzt besitzt, so das Gericht.

Damit bekam ein niedergelassener und mit halbem Versorgungsauftrag zugelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie aus Bayern recht. Der Arzt wollte sich mehr um seinen Sohn kümmern und beantragte deswegen bei der KV Bayern die Genehmigung zur Anstellung einer Sicherstellungsassistentin ab März 2022. Eine Fachärztin für Chirurgie sollte für vier Wochenstunden, zunächst befristet für zwölf Monate, für ihn bei Abwesenheit einspringen.

Die KV sah das jedoch anders und beharrte auf Fachgebietsidentität. Für die Beschäftigung eines Sicherstellungsassistenten müsse eine „Fachgebietsidentität“ bestehen, argumentierte sie, deswegen reiche eine Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie nicht aus. Denn nur wenn ein Facharzt für Orthopädie als Assistent einspringe, könnten orthopädische Leistungen abgerechnet werden.

Dem widersprach das Gericht und argumentierte, dass für die von der KV verlangte Fachgebietsidentität von Vertragsarzt und Sicherstellungsassistentin keine Rechtsgrundlage existiere. Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte verlange für die Beschäftigung von Sicherstellungsassistenten nur eine Approbation. Ein Sicherstellungsassistent sei nur ein Mediziner, der unter Anleitung und Aufsicht des Vertragsarztes gleichzeitig mit oder neben diesem tätig werde. ■■

as

? Gibt es eine Verlängerung der Kündigungsfrist für kranke Arbeitnehmer?

Krankheit schützt nicht vor einer Kündigung, es kann also auch während der Krankheit des Arbeitnehmers eine Kündigung erfolgen. In Deutschland gibt es im Falle einer Krankheit des Arbeitnehmers auch keine Verlängerung der Kündigungsfrist. Eine Kündigung ist eine einseitige Willenserklärung, die wirksam wird, sobald sie dem Empfänger zugeht. Danach beginnt die Kündigungsfrist zu laufen. Eine Ausnahme kann nur tarifvertraglich geregelt sein.

? Welche Kündigungsfristen gelten in kleinen Betrieben wie Arztpraxen?

Die gesetzliche Kündigungsfrist ist in § 622 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) geregelt. Sie beträgt vier Wochen zum 15. oder zum Ende des Monats. Für Arbeitgeber verlängert sich die gesetzliche Kündigungsfrist mit der Beschäftigungsdauer des Angestellten. Das heißt, je länger ein Arbeitnehmer im Unternehmen beschäftigt ist, desto länger ist auch die Frist, die Praxischefs bei einer Kündigung berücksichtigen müssen.

Im Arbeitsvertrag können entweder die gesetzlichen Kündigungsfristen festgelegt oder längere Kündigungsfristen vereinbart werden. Dabei ist zu beachten, dass es nach § 622 Absatz 6 BGB unzulässig ist, eine längere Kündigungsfrist nur einseitig für Arbeitnehmer zu regeln. Das heißt, die maßgebliche Kündigungsfrist muss entweder für den Arbeitgeber länger sein oder die verlängerte Kündigungsfrist muss gleichermaßen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber gelten. Darüber hinaus können im Arbeitsvertrag auch andere Kündigungsendtermine vereinbart werden, anstatt zum Monatsende beispielsweise zum Quartalsende.

Ausnahmen

Außerdem bestehen Ausnahmen, in denen kürzere Kündigungsfristen geregelt werden können. Zum Beispiel im Rahmen einer vereinbarten Probezeit, in der das Arbeitsverhältnis mit einer Frist von zwei Wochen gekündigt werden kann. Diese zweiwöchige Kündigungsfrist ist für einen Zeitraum von maxi-

mal sechs Monaten zulässig und ist ebenfalls explizit in den Arbeitsvertrag aufzunehmen.

Kürzere Kündigungsfristen können außerdem vereinbart werden, wenn es sich bei dem Arbeitsverhältnis um eine vorübergehende Aushilfstätigkeit handelt und das Arbeitsverhältnis nicht länger als drei Monate besteht. Hier sieht das Gesetz auch keine Mindestfristen vor.

Beschäftigt der Arbeitgeber in der Regel nicht mehr als 20 Arbeitnehmer, muss zwar eine Kündigungsfrist von mindestens vier Wochen eingehalten werden, das Arbeitsverhältnis muss jedoch nicht am letzten Tag oder am 15. des Monats enden. Im Arbeitsvertrag kann das abweichend geregelt werden.

Außerordentliche Kündigung

Die Kündigungsfrist entfällt bei einer außerordentlichen Kündigung. Diese kann erfolgen, wenn dafür ein wichtiger Grund vorliegt, insbesondere dann, wenn die Zusammenarbeit nicht länger zumutbar ist und nicht bis zum Ablauf der Kündigungsfrist gewartet werden kann. Ein solcher Grund kann beispielsweise bei Diebstahl am Arbeitsplatz vorliegen. Eine fristlose Kündigung muss innerhalb von zwei Wochen nach Kenntniserlangung von dem auslösenden Ereignis ausgesprochen werden. Wichtig ist, dass eine Kündigung immer schriftlich erfolgt, sonst ist sie unwirksam. 🇩🇪

Angela Wank

NEUE MITARBEITER



IT

Sandra Schiffer ...

... wurde am 16. September 1996 in Herrenberg geboren. Nach ihrem Abitur in Technik und Management studierte Sandra Schiffer Wirtschaftsingenieurwesen am Karlsruher Institut für Technologie sowie anschließend Medizininformatik an der Hochschule Reutlingen. Während ihres Studiums arbeitete sie im Projektmanagement im Automobilbereich und anschließend bei der MEDIVERBUND AG als Werkstudentin sowie als Praktikantin im Produktmanagement.

Seit April 2023 unterstützt Sandra Schiffer in Vollzeit das Team von Brwa Rasul als Produktmanagerin in der IT-Abteilung der MEDI-Managementgesellschaft.



Vorstandsbüro

Mandy Severin ...

... wurde im Februar 1976 in Hoyerswerda in Sachsen geboren. Nach der Ausbildung zur Industriekauffrau machte sie ihre ersten Berufserfahrungen in einem kleinen IT-Unternehmen in Hoyerswerda.

1999 zog Mandy Severin nach Baden-Württemberg um und arbeitete zunächst in einem großen Büromaterial-Vertriebsunternehmen in der Assistenz des CIO. In den letzten zehn Jahren kamen viele Erfahrungen in den Bereichen der Assistenz, Terminorganisation, Vertrieb, Buchhaltung, Verwaltung und Sachbearbeitung eines kleinen Handwerksbetriebs dazu.

Als neue Herausforderung unterstützt die Quereinsteigerin im Bereich Gesundheitswesen seit Februar 2023 als Assistentin den Vorstand der MEDIVERBUND AG.



Vorstandsbüro

Stefanie Kinzel ...

... wurde am 22. Februar 1975 in Stuttgart geboren. Nach ihrem Schulabschluss absolvierte sie eine Berufsausbildung zur Verwaltungsfachangestellten bei der Stadtverwaltung Wendlingen am Neckar. Danach arbeitete Kinzel in mehreren Unternehmen, darunter in der freien Wirtschaft, in der Verwaltung, der Hotellerie oder im Bankwesen überwiegend im kaufmännischen Bereich und über 15 Jahre im Assistenzbereich.

In den letzten zehn Jahren war die gebürtige Stuttgarterin in einer Personalberatung als Assistentin tätig. Neben den klassischen Assistenzaufgaben war sie auch Ansprechpartnerin für Großkundenprojekte, hat im Veranstaltungsmanagement mitgewirkt und den Bereich Personalentwicklung mit der Organisation der internen Trainings und Assessment Centers unterstützt. Parallel hat sie eine Weiterbildung zur Management-Assistenz und Projektmanagerin erfolgreich abgeschlossen.

Seit Februar 2023 arbeitet Stefanie Kinzel bei der MEDIVERBUND AG als Assistentin des Vorstands.



IT

Gennaro Falanga ...

... wurde 1976 in Torre del Greco in Italien geboren. Nach seinem Buchhalter- und Wirtschaftsprüferabitur begann Falanga seine Karriere als Informatiker.

Er arbeitete in verschiedenen Branchen, zum Beispiel bei Banken oder im Justizministerium, als Netzwerk- und Systemadministrator. Mit seiner langjährigen Erfahrung wurde er dann Leiter einer IT-Abteilung in Unternehmen, die Telekommunikations- und Energieprodukte vertreiben.

2017 zog der IT-Fachmann nach Deutschland, wo er zunächst als Berater für lokale Unternehmen tätig war und dann als IT System Engineer in einem Unternehmen der Automobilbranche arbeitete.

In seiner Freizeit ist der gebürtige Italiener Jugendleiter bei den Pfadfindern und engagiert sich außerdem im sozialen Bereich.

Seit November 2022 arbeitet Gennaro Falanga bei der MEDIVERBUND AG als IT-Systemadministrator im Team von Sven Gutekunst.

NEUE MITARBEITERINNEN



Vertragswesen

Sophia Nürk ...

... wurde am 20. Juni 1997 in Esslingen geboren. Nach ihrem Abitur absolvierte sie den Studiengang Gesundheitsförderung an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd und arbeitete anschließend im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration. Dort war Nürk zunächst im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes tätig und wechselte anschließend in den Bereich der Sektorenübergreifenden Versorgung, in dem sie zuletzt einige Förderprojekte betreute.

Nebenberuflich hat sie ihren Masterabschluss „Prävention, Sporttherapie und Gesundheitsmanagement“ im Rahmen eines Fernstudiums an der IST-Hochschule für Management absolviert und vor zwei Jahren abgeschlossen.

Seit März 2023 arbeitet Sophia Nürk bei der MEDIVERBUND AG als Projektleiterin für den AOK-HZV-Vertrag und den AOK-Diabetologievertrag.



Vertragswesen

Kim Heilmann ...

... wurde am 20. November 1997 in Stuttgart geboren. Nach der Mittleren Reife absolvierte sie eine Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten und arbeitete anschließend vier Jahre in einer rheumatologischen Praxis in Ludwigsburg. Während dieser Zeit sammelte die Stuttgarterin viele Erfahrungen und schloss die Weiterbildung zur Rheumatologischen Fachassistentin und MEDI-EFA® im Bereich Rheumatologie erfolgreich ab. Zuletzt war sie bei der KV SIS BW in Stuttgart als Calltakerin tätig.

Seit März 2023 arbeitet Kim Heilmann bei der MEDIVERBUND AG als Sachbearbeiterin im Team von Wolfgang Fechter mit.

» Hygiene in der Arztpraxis « neu aufgelegt

In den letzten Jahren gab es rund um die Hygiene und den Umgang mit Medizinprodukten rechtliche Änderungen, die für Praxen wichtig sind. Diese waren für das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte von KVen und KBV Anlass, ihre Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ neu aufzulegen. Sie liegt nun als dritte Auflage in bewährter Kapitelstruktur vor.

Zu den Neuerungen zählen zum Beispiel die Impfpflicht gegen Masern, das neue EU-weite Medizinprodukterecht sowie überarbeitete Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene



und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut. Darüber hinaus wurden Neuerungen zum Arbeitsschutz und zum Hygiene- und Medizinprodukte-management aktualisiert.

Neu aufgenommen wurde die Hygiene bei immunsupprimierten Patienten. Außerdem informiert der Leitfaden über das digitale Prozedere zu meldepflichtigen Krankheitserregern oder zu Vorkommnissen mit Medizinprodukten bei der Übermittlung an die zuständigen Behörden. 🇪🇺



→ Den kompletten Hygieneleitfaden finden Arztpraxen hier:

www.kvbawue.de/kvbw/aktuelles/news-artikel/aktualisiert-leitfaden-hygiene-in-der-arztpraxis

eb

Pilotprojekt für das eRezept im Ländle gestartet

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat im Main-Tauber-Kreis ein Pilotprojekt zur Einführung des eRezepts gestartet. Dort können Arztpraxen und Apotheken in der Region das Verfahren testen, bevor das eRezept zum 1. Januar nächsten Jahres verpflichtend eingeführt wird.

Niedergelassene Mediziner und ihre MFA sollen im Rahmen des Projekts die Möglichkeit haben, die entsprechenden Abläufe und Prozesse zu testen. Dabei werden sie von einem eigenen KV-Team unterstützt und begleitet, das sich mit eRezept befasst. Die Landes-KV führt den Modellversuch gemeinsam mit der Ärzteschaft im Main-Tauber-Kreis, dem Landesapothekerverband und der Landesapothekerkammer durch. „Unser Ziel ist, grundlegende Probleme und Hürden im Praxisalltag zu erkennen und an die zuständigen Stellen wie zum Beispiel die Gematik oder Softwarehersteller zu melden, sodass für unsere Mitglieder vom 1. Januar 2024 an die Prozesse möglichst reibungslos funktionieren“, erklärt KV-Chef Dr. Karsten Braun.

Bei der ersten Informationsveranstaltung in Tauberbischofsheim lernten die Teilnehmer jeweils die Arzt- und Apothekersicht auf das eRezept ken-



Foto: iStock

nen. Darüber hinaus bekamen sie Einblicke in ein Arztinformations- beziehungsweise Apothekenverwaltungssystem, um das gegenseitige Verständnis zu fördern und die gemeinsame Umsetzung des elektronischen Rezepts voranzutreiben. Das Verfahren für das eRezept wurde durch den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte inzwischen erheblich vereinfacht. Mit ihr können Patientinnen und Patienten in der Apotheke ihr eRezept direkt einlösen.

Positive Rückmeldungen zum Start

Erste Rückmeldungen von teilnehmenden Praxen sind nach Aussagen der KV positiv, „der Prozess funktioniert“, hieß es in der entsprechenden Pressemitteilung. Allerdings koste die erforderliche elektronische Signatur bei jedem Rezept noch viel Zeit, was vor allem bei Wiederholungsrezepten den Praxisablauf aufhält, räumte die KV ein. „Wir werden alle Kritikpunkte melden und erwarten, dass Gematik und Softwarehersteller an Verbesserungen arbeiten und Optimierungen umsetzen“, so Braun.

In Baden-Württemberg seien inzwischen rund 70 Prozent der Praxen bereit für das eRezept. „Wer sich noch nicht auf die neue digitale Anwendung umgestellt hat, sollte die kommenden Monate unbedingt dafür nutzen“, appelliert Braun an die Niedergelassenen im Ländle. Das KV-Service-Team „IT in der Praxis“ stehe Mitgliedern dafür gerne beratend zur Seite. 🇩🇪

Angelina Schütz

Team „IT in der Praxis“

Praxen erreichen IT-Berater der KV Baden-Württemberg telefonisch unter Telefon 0711.78 75-35 70 oder per E-Mail unter itp@kvbawue.de montags bis freitags von 8 bis 16 Uhr.

Weitere Informationen gibt es online unter



→ www.kvbawue.de/praxis/service/beratung-von-a-z#c1981

Website möchte Interesse am MFA-Beruf wecken

Medizinische Fachangestellte (MFA) sind unverzichtbarer Bestandteil der ambulanten Gesundheitsversorgung. Jedoch haben Praxen wegen des immensen Fachkräftemangels in Deutschland immer mehr Probleme damit, qualifiziertes Personal zu finden und langfristig an sich zu binden. Die Website www.von-beruf-wichtig.de informiert über den MFA-Beruf in Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Sie gibt konkreten Einblick in das Tätigkeitsfeld und möchte einen Beitrag dafür leisten, junge Menschen für die MFA-Ausbildung zu interessieren und zu gewinnen.

Die Website ist das Produkt einer gemeinsamen Initiative von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung und wendet sich gezielt an junge Menschen. So werden beispielsweise pointiert „fünf gute Gründe“ für den Einstieg in den MFA-Beruf genannt. Zudem kommen MFA im Rahmen von Testimonials zu Wort. Ebenfalls Be-

standteil der Website sind konkrete Antworten auf die Fragen, was eigentlich zur MFA-Ausbildung gehört und was Bewerberinnen und Bewerber zum Berufsstart erwartet. Auch Bewerbungstipps und Informationen zu Fortbildungen gehören dazu. Bei einigen Themenbereichen führen Links direkt zum Webauftritt der entsprechenden Landesärztekammern.

Ärztinnen und Ärzte, die MFA ausbilden wollen, finden ebenfalls nützliche Informationen – beispielsweise zu Ausbildungspflichten, zur Einstellung von Auszubildenden und zur überbetrieblichen Ausbildung. 

as



→ www.von-beruf-wichtig.de

VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

Oktober bis Dezember 2023

**VERTRAGSSCHULUNGEN FÜR
ÄRZTINNEN, ÄRZTE/
PSYCHOTHERAPEUTINNEN,
PSYCHOTHERAPEUTEN --
medizinisch**

11.10.2023 / 18.00–21.00 Uhr
Morbus Bechterew erkennen und behandeln
MEDI Verbund AG, Industriestr. 2,
70565 Stuttgart (blauer Eingang,
Veranstaltungssaal)

25.10.2023 / 17.00–19.30 Uhr
**Innovative Behandlungsoptionen in der
Adipositas therapie**
Best Western Parkhotel, Abt-Hyller-Straße 37–39,
88250 Weingarten

26.10.2023 / 19.00–20.15 Uhr
**Bewegungsstörungen mit Botulinumtoxin
frühzeitig behandeln**
Online

08.11.2023 / 18.30–20.00 Uhr
**Neue Möglichkeiten verändern die
urologische Routine?!**
Online

15.11.2023 / 15.00–18.00 Uhr
**Adipositas – Was können wir in unseren
Praxen für die Betroffenen tun?**
Design Offices Karlsruhe, Bahnhofplatz 12,
76137 Karlsruhe

27.11.2023 / 18.00–21.00 Uhr
**Kontinuierliche dopaminerge Simulation/
24 h – Therapie und subkutane
Parkinsontherapie mit Produodopa**
Online

**VERTRAGSSCHULUNGEN FÜR DAS
GESAMTE PRAXISTEAM + EFA®**

13.10.2023 / 14.00–16.00 Uhr
Vertragsschulung Orthopädie
Microsoft® Teams / Online

17.10.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Vertragsschulung PT-Verträge
Microsoft® Teams / Online

18.10.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Orthopädie
Microsoft® Teams / Online

20.10.2023 / 15.00–17.30 Uhr
Abrechnungsschulung PT-Verträge
Microsoft® Teams / Online

20.10.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Vertragsschulung Gastroenterologie
Microsoft® Teams / Online

10.11.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Kardiologie
Microsoft® Teams / Online

15.11.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Vertragsschulung Kardiologie
Microsoft® Teams / Online

24.11.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Vertragsschulung Pneumologie
Microsoft® Teams / Online

06.12.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Vertragsschulung KJÄ
Microsoft® Teams / Online

06.12.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Pneumologie
Microsoft® Teams / Online

→ **ACHTUNG:**
TeilnehmerInnen
können sich
online auf
unserer
Homepage zu
allen
Veranstaltungen
anmelden.
Bitte geben Sie
eine gültige
E-Mail-Adresse
ein, damit
Anmelde-
bestätigungen
oder Zugangs-
links zugestellt
werden können.

