

Bundestagswahl: MEDI schlägt erste Pflöcke ein



Arztbewertungsportale: Wann muss man reagieren?

Neben sachlicher Kritik kursieren im Netz auch falsche Tatsachenbehauptungen oder Beleidigungen. Die **MEDITIMES** klärt auf, wie Ärzte sich wehren können.

TGP: Grünes Licht für Radiologen

Radiologen dürfen in Teilgemeinschaftspraxen mitarbeiten und ihre Leistungen abrechnen. Das bestätigt ein Gutachten, das MEDI in Auftrag gegeben hat.

Praxisbedarf jetzt günstiger!

MEDI Mitglieder, die ihren Praxisbedarf künftig über die MEDIVERBUND AG einkaufen, sparen richtig Geld! Ein kompakter Katalog macht die Bestellung schnell und einfach.

Gesundheitspolitik wird voraussichtlich kein Wahlkampfthema

Liebe Leserin, lieber Leser,

am 22. September wird ein neuer Bundestag gewählt. Zeit für uns, eine Bilanz der Gesundheitspolitik der letzten Jahre zu ziehen und die Wahlkampfprogramme der Parteien zu prüfen. Als politische Ärzteorganisation werden wir uns selbstverständlich auch zu dieser Bundestagswahl öffentlich positionieren.

In der Zwischenzeit ist MEDI Deutschland größer geworden und andere Ärztenetze üben mit uns den Schulterchluss. Wir arbeiten mit dem Hausärzteverband und vielen Facharztverbänden in stabiler Partnerschaft zusammen und im Gegensatz zu früher werden unsere Kernforderungen von den politisch Verantwortlichen gehört und diskutiert - was mich persönlich besonders freut.

Wir fordern feste und angemessene Preise, sowohl im Kollektivvertrag als auch in den Selektivverträgen, ein geordnetes Miteinander beider Vertragstypen und ein Streikrecht für Niedergelassene. Darüber hinaus wollen wir kalkulierbare Rahmenbedingungen für den Abschluss von Selektivverträgen. Die Behinderungen bei der Bereinigung zwischen Krankenkasse und KV oder zwischen KV und Arzt müssen weg! Es kann doch nicht sein, dass KVen Kolleginnen und Kollegen, die an Selektivverträgen teilnehmen, finanziell über die RLV bestrafen!

Die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Hausarztverträgen muss bleiben und wir fordern ein gleiches Gesetz für die 73c-Verträge. Alternativ könnte ich mir auch eine Bonusregelung für Krankenkassen vorstellen, die Selektivverträge abschließen.

Die Parteien arbeiten bereits an ihren Wahlkampfprogrammen: Bei der FDP, so heißt es, fehle die Positionierung zu den Selektivverträgen und bei den Grünen komme der Begriff „Ärztin“ oder „Arzt“ gar nicht erst vor! Die SPD sorgt sich um die angebliche Korruption unter den Ärzten und will diese beenden. Und die CDU überlegt derzeit, ob sie, genau wie die SPD, die Kostenerstattung nicht auch begraben soll.

Nach der Sommerpause wissen wir mehr, die politischen Gespräche laufen bereits auf unterschiedlichen Ebenen, obwohl die Gesundheitspolitik voraussichtlich auch dieses Mal keine entscheidende Rolle spielen wird. Wir arbeiten dennoch konsequent an den Themen weiter, die uns wichtig sind und an denen sich unser Erfolg messen lässt. Ich bin davon überzeugt, dass uns letztendlich auch der ärztliche Nachwuchsman- gel helfen wird, unsere Forderungen in den nächsten Jahren durchzusetzen – egal wie diese Bundestagswahl ausgehen wird.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

Dr. Werner Baumgärtner



TITEL

BUNDESTAGSWAHL:
MEDI SCHLÄGT ERSTE PFLÖCKE EIN

- 6 Dr. Werner Baumgärtner - »Die FDP hat uns im Stich gelassen«
18 **MEDI knüpft weiter am Selektivvertrags-Netz**

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 8 **Orthopädie-Vertrag nimmt Formen an**
8 GROSSER FESTAKT AM 8. MAI:
Vertragspartner und HZV-Praxen feiern fünfjähriges Jubiläum
9 HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN:
»Wo finde ich die Arztsuche im Netz?«
10 **IFFM baut Leistungsspektrum weiter aus**
12 **Diabetes, Stoffwechsel, Herz und Lunge waren Schwerpunkte beim MEDI Symposium**

AUS BAYERN

- 14 **GO IN bringt MEDI über 500 neue Mitglieder**

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 16 **Regelungen zur Heilmittelverordnung bescheren Ärzten große Nachteile**

GESUNDHEITSPOLITIK

- 21 **Streikrecht: Juristen raten zu anderen Protestformen**
22 MENSCHEN BEI MEDI – Martin Holzapfel
Facharzt für Allgemeinmedizin in Rastatt
24 FÜR SIE GELESEN – »55 Gründe Arzt zu werden«
24 IMPRESSUM

ARZT & RECHT

- 26 **Gutachten: Radiologen dürfen in Teilgemeinschaftspraxen mitarbeiten**
27 NACHGEFRAGT BEI BEATE BAHNER, FACHANWÄLTIN FÜR MEDIZINRECHT:
»Ärzte sollten sich nicht einschüchtern lassen«
28 ASS. JUR. FRANK HOFMANN BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN:
Welche Änderungen im Patientenrechtegesetz gibt es?

BUSINESS

- 29 **Mit dem MEDIVERBUND einkaufen**
30 **Der MEDIVERBUND Marktplatz ist nun online**
31 **Hofmann folgt auf Conrad**
32 NEUE MITARBEITER BEI MEDI:
Ivona Büttner-Kröber, Alexander Bieg und Benjamin Brosi

PRAXISMANAGEMENT

- 34 **»In diese Praxis gehe ich nie wieder!«**
37 **Wie finde ich die richtige Mitarbeiterin?**

PRAXISTEAM

- 38 **So bringen Lob und Kritik Ihr Team voran**



MEDI hält weiter am Modell der Teilgemeinschaftspraxen fest.





»Die FDP hat uns im Stich gelassen«

Mit Blick auf die bevorstehende Bundestagswahl im September stellt der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner die ersten Forderungen an die Politik: Facharztverträge sollen verpflichtend in das Gesetz eingeführt werden, der Absatz 5a des § 73b SGB V muss weg und Niedergelassene brauchen endlich feste Preise im Kollektivvertrag.

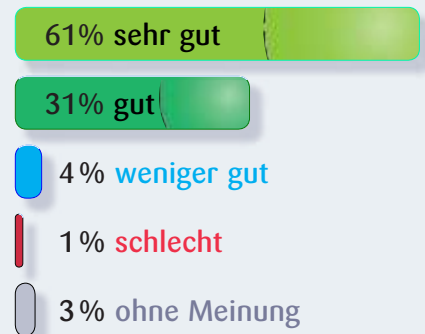
MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, warum ist Ihnen eine Verpflichtung für die Facharztverträge so wichtig?

Baumgärtner: Weil wir bei den Hausarztverträgen beobachtet haben, dass die Krankenkassen ohne eine rechtliche Ver-

pflichtung nicht bereit sind, solche Verträge zu verhandeln und abzuschließen. Warum auch, wenn die Rahmenbedingungen im Kollektivvertrag so bequem sind? So preisgünstig wie dort bekommt man ärztliche Leistungen eben nirgendwo sonst.

MEDI Mitglieder wollen das Streikrecht

Eine Mitglieder-Umfrage in Baden-Württemberg hat gezeigt: Ein Großteil findet es „sehr gut“ oder „gut“, dass MEDI sich für ein Streikrecht für Niedergelassene einsetzt.



MEDITIMES: Und die Streichung des Absatzes 5a?

Baumgärtner: Dieser Absatz besagt, dass Verträge, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, keinen höheren Fallwert haben dürfen als den Fallwert im KV-System – es sei denn, die Einsparungen werden vorab nachgewiesen. Eine völlig kontraproduktive Vorgabe, die wir so in keinem Fall akzeptieren können! Warum sollte ein Arzt noch freiwillig an einem Selektivvertrag teilnehmen, wenn er im KV-System die gleiche Bezahlung für seine Leistungen bekommt?

MEDITIMES: Welche Forderungen an die Politik hat MEDI sonst noch?

Baumgärtner: Ganz oben steht nach wie vor unsere Forderung nach festen Preisen für alle ärztlichen Leistungen und alle Vertragstypen. Es ist unerhört, dass ein intransparentes Honorarverteilungssystem weiterhin Geld an die Praxen verteilt und umverteilt. Die Krankenkassen können ihren Versicherten weismachen, dass jede ärztliche Leistung bezahlt wird und wir versorgen die Patienten dann zu

Dumpingpreisen. Je intensiver versorgt wird, umso niedriger sind die Preise. Da muss man sich nicht wundern, wenn niemand mehr das Risiko einer Niederlassung übernehmen will.

Verschärft wird das alles noch durch die Androhung von Regressen für veranlasste Leistungen, insbesondere für Arzneimittel, die ein Vielfaches des monatlichen Umsatzes der Praxen betragen. Solche Regresse müssen weg!

MEDITIMES: Vor der letzten Bundestagswahl hat MEDI Baden-Württemberg die FDP unterstützt und für Schwarz-Gelb geworben...

Baumgärtner: Das werden wir dieses Jahr mit Sicherheit nicht tun! Im Nachhinein betrachtet war es sinnlos, dass wir und unsere Mitglieder der FDP so dermaßen den Rücken gestärkt haben. Die beiden Gesundheitsminister Rösler und Bahr haben uns völlig im Stich gelassen! Durch die Verschärfung des § 73b und die völlig unnötige Einführung des Absatzes 5a wurden die Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg massiv behindert und bundesweit ausgebremst. Darüber hinaus haben wir außerhalb von Baden-Württemberg schlecht geschiedste Hausarztverträge und keinerlei Option auf Facharztverträge – auch das ist das Ergebnis der FDP-Gesundheitspolitik.

Ich wundere mich außerdem, dass Minister Bahr die Ärzte nicht entschiedener gegen die Korruptionsvorwürfe in Schutz genommen hat. Wir schenken den Kassen doch jährlich Überstunden im Wert von 10 Milliarden Euro und tausende von Ärztinnen und Ärzten erhalten jedes Jahr Regresse bis zu mehreren 100.000 Euro. Wo bleibt da die Verhältnismäßigkeit bei Verfehlungen Einzelner, die übrigens auch deshalb vorkommen, weil die Praxen unterfinanziert sind und nur wenige Kolleginnen und Kollegen das Abrechnungssystem verstehen?

MEDITIMES: Haben Sie eine Prognose, wie die nächste Regierung aussehen könnte?

Baumgärtner: Für mich ist Schwarz-Rot derzeit die wahrscheinlichste Option.

MEDITIMES: Was würde eine solche Regierung für die Ärzteschaft und für MEDI bedeuten?

Baumgärtner: Zumindest mehr Unterstützung bei den Selektivverträgen und klare Regelungen für die Bereinigung. Ansonsten ticken die Regierungen, die ich in den letzten 20 Jahren erlebt habe, mehr oder weniger gleich: Ihnen ist die Vollkaskoversorgung der Versicherten wichtig, ärztliche Interessen bleiben zweitrangig, da die Ärzteschaft in ihrer Uneinigkeit und ihrer Abhängigkeit von den Körperschaften von der Politik leicht zu lenken ist.

Ich habe aber die Hoffnung, dass sich durch den Rückgang der Arztzahlen und potenzieller Arztstunden einiges verändern wird. Und das obwohl nicht nur im linken Lager über eine Öffnung der Krankenhäuser und eine Substitution statt

bei niedergelassenen Medizinerinnen im technischen Sinne nicht von „Streik“ sprechen könne...

Baumgärtner: Ich schätze Herrn Prof. Sodan sehr, aber hier bin ich anderer Meinung. Die Ärzte in der Weimarer Republik haben auch gestreikt und waren Freiberufler. In anderen europäischen Ländern wird ebenfalls gestreikt. Unter „Streik von Ärzten“ verstehe ich, dass Mediziner ihre Praxen schließen können, ohne dass sie Gefahr laufen ihre Zulassung zu verlieren. Hier stören wir die formale Welt der Juristen in Deutschland, die das Wort „Streik“ nur im Tarifrecht akzeptieren möchten.

Ich bleibe aber beim Begriff „Streik“, denn darunter kann sich jeder etwas vorstellen, und natürlich sieht ein Ärzte-Streik anders aus als ein Arbeitnehmer-Streik. Dennoch bleiben wir ohne ein

Ohne Streikrecht bleiben wir den staatlichen Vorgaben ausgeliefert!


Delegation ärztlicher Leistungen nachgedacht wird. Wir stehen nur für Kollektiv- und Selektivverträge zur Verfügung, bei denen der Arzt im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung steht. Das werden wir politisch vertreten und einfordern.

MEDITIMES: Eine andere zentrale MEDI Forderung ist das Streikrecht für Niedergelassene. Wie weit ist man hier?

Baumgärtner: Leider noch in den Anfängen. Wir warten auf Bescheide aus dem Disziplinarausschuss der KV Baden-Württemberg, auf deren Basis wir den Klageweg beschreiten können. Die Mühlen der Justiz mahlen hier sehr langsam, aber das nimmt uns nicht unsere Entschlossenheit, die Frage nach dem Streikrecht juristisch klären zu lassen.

MEDITIMES: Der Verfassungsrechtler Prof. Helge Sodan schlägt vor, den Begriff „Streik“ umzubenennen, da man

Streikrecht den staatlichen Vorgaben im SGB V hilflos ausgeliefert. Dass wir Gefahr laufen unsere Zulassung zu verlieren, wenn wir unsere Praxen schließen und streiken, ist für einen freien Beruf inakzeptabel!

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, haben Sie vielen Dank für das Gespräch. 

Orthopädie-Vertrag nimmt Formen an

Als nächster Facharztvertrag nach § 73c SGB V steht der Vertrag für die Orthopädie auf dem Plan. Er gilt auch für Chirurgen, die orthopädische Leistungen erbringen. Im April sollen dazu die Honorarverhandlungen aufgenommen werden. Vertragspartner sind die beiden Krankenkassen AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK und von ärztlicher Seite MEDI Baden-Württemberg e.V., MEDI-VERBUND AG, der „Bundesverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie“ (BVOU) und der „Berufsverband

Niedergelassener Chirurgen“ (BNC). Für den BVOU sitzen Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Reinhard Deinfelder, Dr. Uwe de Jager, Dr. Peter Frenzel und Dr. Burkhard Lembeck am Verhandlungstisch. Der BNC ist durch Dr. Dieter Haack vertreten.

Die Vertragspartner möchten der psychosozialen Komponente der Anamnese innerhalb der Grundversorgung mehr Gewicht geben. Weitere wichtige Bausteine des Vertrags sind eine umfassende Beratung zum Krankheitsbild und zur The-

rapie sowie eine bessere Motivation der Patienten im Umgang mit ihren Krankheiten. Darüber hinaus sollen die Behandlung des unspezifischen und spezifischen Rückenschmerzes, der Gon- und Koxarthrose und der Osteoporose so geregelt werden, dass teilnehmende Patienten künftig besser versorgt werden.

In Zusammenarbeit mit angrenzenden Facharztgruppen möchten die Partner auch die Früherkennung von entzündlichen Gelenkerkrankungen im Vertrag regeln. Dazu gab es bereits Gespräche zu den Schnittstellen Diagnostik, Behandlung und Therapie. Der Vertragsstart ist für den 1. Oktober dieses Jahres geplant. ■■■

sch/as

GROSSER FESTAKT AM 8. MAI

Vertragspartner und HZV-Praxen feiern fünfjähriges Jubiläum

Hausärzte, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen, sollten mit ihrem Praxisteam am 8. Mai unbedingt in die Liederhalle nach Stuttgart kommen: Dort feiern MEDI, die AOK Baden-Württemberg und der Hausärzteverband im großen Stil ihr Jubiläum unter dem Motto „Den Vorsprung ausbauen – Fünf Jahre HZV in Baden-Württemberg“.

DEN VORSPRUNG AUSBAUEN –



IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Am 8. Mai 2008 startete in Baden-Württemberg die Erfolgsgeschichte der HZV – und die Hausärzte haben mit ihren Praxisteams maßgeblich dazu beigetragen. Deswegen laden die Vertragspartner Hausärzte, ihre VERAHs und Medizinischen Fachangestellten zum großen Festakt mit anschließendem Buffet und Get-together ein.

**Mittwoch, den 8. Mai 2013
von 16.00 bis 19.30 Uhr
im Kultur- und Kongresszentrum
Liederhalle (Hegelsaal)
Berliner Platz 1-3, 70174 Stuttgart**

Dort erfahren die Gäste, welche Vergütungsänderungen ab dem 1. Juli gelten und welche weiteren Neuerungen geplant sind. Und sie werden Gelegenheit haben, mit den Vertragspartnern ins Gespräch zu kommen.

Darüber hinaus lernen Hausärzte und ihre VERAHs das neue Projekt „Die Versorgung wird mobil“ kennen und können bei der Veranstaltung einen Leasing-Vertrag für ein „VERAHmobil“ gewinnen!

Wer feiert, sollte auch lachen dürfen. Deswegen wird der renommierte Kabarettist Mathias Richling dafür sorgen, dass der Humor nicht zu kurz kommt und so manchen Denkanstoß zur gesundheitspolitischen Lage geben. ■■■

Bitte melden Sie sich und Ihre Mitarbeiterinnen an, wir freuen uns auf Sie!

→ Das Anmeldeformular und die Programmübersicht finden Sie auf www.medi-verbund.de

HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN



Foto: fotolia

Wo finde ich die Arztsuche im Netz?

Auf www.medi-verbund.de im Bereich „Ärzte“ können Sie auswählen, ob Sie Ärzte der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) oder Teilnehmer der Facharztverträge suchen möchten.

Geben Sie beim gewünschten Vertrag die Postleitzahl Ihrer Praxis ein und wählen Sie die gewünschte Entfernung zu Ihrer Praxis. Sie erhalten eine Übersicht, welche Kolleginnen und Kollegen an welchem Vertrag teilnehmen.

Bei der Liste Ihrer Suchergebnisse können Sie zwischen einer PDF-Datei oder einer Excel-Datei wählen. Beide Dateien lassen sich auf Ihrem Rechner speichern und ausdrucken, falls Sie sie beispielsweise Ihren Patienten mitgeben möchten.

Wo finde ich alle Vertragsunterlagen und Informationen?

Diese finden Sie ebenfalls auf www.medi-verbund.de. Im Bereich „Ärzte“ befindet sich die Kategorie „Verträge“, in der Sie die HVZ-Verträge nach § 73 b SGB V und die Facharztverträge nach § 73 c einsehen können. Dort sind die Vertragsbereiche folgendermaßen gegliedert:

- Wichtige Mitteilungen zum § 73c Facharztprogramm (Rundschreiben)
- Aktuelle Informationen
- Inhalte des Infopakets zum Vertragsstart (gilt nur für neue Verträge)
- Schulungsangebote und Online-Schulung
- Informationen zur Vertragssoftware
- Informationen zu den Konnektoren
- FAQ-Listen
- Vertragsunterlagen zum AOK-Facharztprogramm
- Anlagen zum Vertrag

Jeder Facharztvertrag enthält außerdem Informationen zur Abrechnung:

- Schreibtischunterlagen zur Schnellübersicht der Leistungsziffern
- Abrechnungsleitfaden – Tipps und Tricks zur Durchführung der Abrechnung
- Pharmaquotenberechnung – Wie verordne ich rationell und rational?
- Abrechnungsschulung

In der bereits o.g. Kategorie „wichtige Mitteilungen“ finden Sie alle Rundschreiben zum Vertrag. Diese sollten Sie unbedingt berücksichtigen! Darüber hinaus sollten Sie in jedem Quartal die Anlage 12 Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) und Anhang 2 (ICD-Liste) aktualisieren. Der EBM-Ziffernkranz gibt wieder, welche Ziffern von ärztlichen Vertragsteilnehmern nicht mehr über die KV abgerechnet werden dürfen. In der ICD-Liste finden Sie die gültigen ICD-Codes, die für die Abrechnung einer Zusatzpauschale vorliegen müssen. ■■■



Fotos: Tamara Anne

Wir beantworten gerne Ihre Fragen
Silke Schill und Thomas Rademacher



IFFM baut Leistungsspektrum weiter aus

Im Sommer 2011 gründeten MEDI Ärzte das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbände e.V. – kurz IFFM. Heute hat sich gezeigt, dass diese Entscheidung gut und richtig war. Doch die IFFM-Macher ruhen sich auf ihren Erfolgen nicht aus und haben längst neue Ideen.

Schon Jahre bevor das IFFM gegründet wurde, gab es bei MEDI vielfältige fachübergreifende Fortbildungsaktivitäten. Das Institut hat auch die Aufgabe übernommen, die bisherigen Ansätze zu bündeln und zu professionalisieren, wo es nötig ist.

Das erste und immer noch aktuelle Projekt des IFFM ist die Nachschulung von Ärzten, die ihre DMP- und Qualitätszirkelanforderungen erfüllen müssen. „Eine konkrete Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit“, meint Vorstandsvorsitzender Dr. Markus Klett. Bekanntlich müssen die Selektivverträge nach §§ 73b und c SGB V durch zertifizierte und qualitätsgesicherte Fortbildungsinhalte begleitet werden. Die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln gehört zu den

prozessualen Anforderungen an teilnehmende Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung. Für die Inhalte sind die Fortbildungskommission Allgemeinmedizin und das AQUA-Institut verantwortlich. Die vorgegebenen Themen müssen also jedes Jahr erfüllt werden. Das AQUA-Institut stellt den Qualitätszirkel-Moderatoren entsprechende Schulungsmaterialien zur Verfügung und übernimmt auch die Einzelauswertung der Kursteilnehmer.

Aktuell wird beispielsweise das Thema Impfungen behandelt, in der Vergangenheit waren es schon COPD, KHK, Lipidtherapie und Diabetes. Kletts Erfahrung nach zieht es nicht jeden Arzt zu einer regelmäßigen Qualitätszirkel-Teilnahme. Viele leisten ihre Pflichtteilnahme lieber

im Rahmen eines Kompaktkurses ab. „Das ist ein echter Gewaltkurs“, lacht der Stuttgarter Allgemeinmediziner, „der von 15 bis 21 Uhr dauert“. Diese „Nachzüglerkurse“ sind im Rahmen der Selektivverträge und DMPs vorgesehen. Im Vordergrund steht vermutlich meistens der Wunsch, drohenden Honorarabzügen zu entgehen. Kletts Erfahrung nach kommen die Kurse trotzdem sehr gut an. Das zeigen nicht nur die Zahlen („Abstimmung mit den Füßen“). Er erzählt von der lebendigen Gesprächskultur, die trotz der oft großen Teilnehmerzahl einen echten Dialog ermöglicht. Besonders erfreulich: Die Hausärzte diskutieren nicht nur untereinander, sondern es findet auch ein fachübergreifender Austausch statt. Klett sorgt nämlich regelmäßig dafür, dass die Hausärzte sich das geforderte Wissen nicht nur anhand der AQUA-Folien erarbeiten („Bottom up“). Er lädt zusätzlich Fachleute ein, die ihr Wissen weitergeben („Top down“). Bisher konnte er für diese Aufgabe immer MEDI Fachärzte gewinnen. So wird ganz nebenher die Kommunikation zwischen Haus- und Gebietsärzten aus der Region besser. „Davon profitieren alle Teilnehmer“, berichtet er, „auch die vortragenden Gebietsärzte bleiben fast immer länger da, um die allgemeinärztlichen Diskussionen nicht zu verpassen“.

Normalerweise gelingt es ihm, die Fortbildungsmodule organisatorisch so

Der IFFM-Vorstand

Vorsitzender:

Dr. Markus Klett,
Allgemeinmediziner aus Stuttgart

Weitere Vorstandsmitglieder:

Dr. Norbert Smetak,
Kardiologe aus Kirchheim
Dr. Martin Knaupp,
Allgemeinmediziner aus Stuttgart
Dr. Constanze Richter,
Internistin aus Stuttgart
Dr. Robert Rudolph,
Urologe aus Kirchheim
Dr. Reinhard Deinfelder,
Orthopäde aus Donzdorf

zu gestalten, dass sich die Teilnahme an einem Kompaktkurs sowohl für die Anforderungen der Selektivverträge als auch für die DMPs lohnt. Kurse und Inhalte sind mit dem Hausärzteverband (HÄV) abgestimmt.

Zukunftspläne

Aber den IFFM-Machern geht es um mehr als „nur“ um Nachschulungen. Jungen Ärzten soll die Möglichkeit geboten werden, die im Rahmen der Verträge geforderten Qualifikationsnachweise zu erbringen. „Wir wollen dafür sorgen, dass die jüngeren Kollegen nach der Klinikphase zu ihren Qualis kommen“, so Klett. Es geht um Themen wie Palliativmedizin, Geriatrie, Schmerzmedizin, patientenorientierte Gesprächsführung und Psychosomatik. Aber er nennt auch ganz konkrete Fragen zum Praxisalltag, die Wundbehandlung beim diabetischen Fuß beispielsweise.

MRSA-Konferenzen oder Psychosomatische Grundausbildung sind für ihn weitere Beispiele, die vom IFFM „be-


ckert“ werden müssten. Deswegen konnten die IFFM-Macher bereits den ersten Fachvortrag zum Thema MRSA und zur Gründung von MRSA-Fallkonferenzen organisieren. Darüber hinaus arbeiten das IFFM und die Akademie für Psychotherapie Pforzheim einen Kooperationsvertrag aus, damit das Institut auch die Psychosomatische Grundausbildung nachhaltig bereitstellen kann.

Bereits heute ist es dem IFFM gelungen, die Zahl der Qualitätszirkel-Moderatoren zu erhöhen. Nach Markus Kletts Angaben könnten MEDI und der HÄV mittlerweile den Bedarf in ganz Baden-Württemberg abdecken.

Eine Fachnurse für Gebietsärzte

Ein ganz anderes neues Projekt des IFFM betrifft die Rolle der Medizinischen Fachangestellten in den 73c-Verträgen. Könnte es für diese Zielgruppe nicht auch Fortbildungskonzepte geben, die ähnliche Inhalte haben wie in den all-

gemeinmedizinischen Praxen? Im Rahmen der Hausarztverträge spielen die VERAHS bekanntlich eine wichtige Rolle. „Fachnurses in fachärztlichen Praxen, die einen solidere Basis haben, um delegationsfähige Leistungen zu übernehmen – das wäre ein Schritt in die richtige Richtung“, wünscht sich Klett.

„Da bahnt sich eine wichtige Entwicklung an“, findet auch der MEDI Vize in Baden-Württemberg, Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon. Er berichtet, dass MEDI dieses Konzept schrittweise entwickelt und umsetzt. Dazu gehört eine sorgfältige Ausarbeitung der Curricula in Zusammenarbeit mit den Facharztverbänden und der Ärztekammer. „In Zukunft werden auch Facharztpraxen ausgewählte Delegationsleistungen anbieten müssen, um ihrem Versorgungsauftrag gerecht zu werden“, so Ruebsam-Simon. Dabei, so unterstreicht er, sei die Finanzierung durch die Krankenkassen ein wünschenswerter Weg. 

Ruth Auschra

Diabetes, Stoffwechsel, Herz und Lunge waren Schwerpunkte beim MEDI Symposium

Sechs Millionen deutsche Erwachsene leben mit der Diagnose Diabetes Mellitus, davon leiden neun von zehn am Typ 2. Das „5. MEDI Symposium in BW“ zeigte die Zusammenhänge von Adipositas, Diabetes, Stoffwechsel, Herz und Lunge auf und informierte über neue Versorgungsleitlinien zur interdisziplinären Therapie.

Was die Deutsche Gesellschaft für Ernährung Jedermann auf den Tisch wünscht, schmeckt nur einem Teil der Bevölkerung. Die anderen bevorzugen offenbar zu fette und zu süße Nahrung. Die Folge: Jeder zweite Deutsche ist zu dick. 47% der Erwachsenen haben einen BMI von über 25; die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht hat sich in den letzten zehn Jahren sogar um 50% erhöht. Zwar gilt Adipositas als chronische Gesundheitsstörung, doch deren Folgeerkrankungen können zum Schicksal werden. Wer sich zu dick fühlt, bewegt sich nicht, wird krank. Experten sagen Kostenexplosionen im Gesundheitswesen voraus.

„Adipositas ist nur für 10% der Betroffenen reversibel. 50% leiden am metabolischen Syndrom, 90% haben eine Fettleber, 20% erkranken an einer Steatohepatitis, 10% an einem HCC und 20% an T2DM und anderen Komplikationen“, rechnete Dr. Markus Klett den über 120 Teilnehmern beim MEDI Symposium am 8. März in Stuttgart vor. Der MEDI Macher ist niedergelassener Allgemeinmediziner, Diabetologe und Organisator des Symposiums.

Im Fokus stehen nicht-medikamentöse Therapien

Der erhöhte Blutzuckerspiegel führt häufig zu Langzeitschäden; präventive Maßnahmen sind wichtiger denn je in der Behandlung. So liegt in den neuen Versorgungsleitlinien zur Therapieplanung bei Typ 2 der Fokus auch auf nicht-me-



Markus Klett lädt jedes Jahr renommierte Experten nach Stuttgart ein.

dikamentösen Maßnahmen wie einer individuell angepassten Ernährungstherapie, körperlicher Aktivität und bei Rauchern die Tabakentwöhnung. Neben des Ausmaßes des Übergewichts ist auch die Fettverteilung im Körper wichtig. „Adipöse Patienten haben ein doppeltes Risiko für kardiologische Erkrankungen“, erklärte Prof. Dr. Stephan Bischoff beim Symposium. Dringe viszerales Fett in den Herzmuskel ein, könne es zu Rhythmusstörungen kommen. Als Regel gelte: Je mehr Fett, desto mehr Rhythmusstörungen und Vorhofflimmern. Verfettete Muskelzellen entwickelten zudem eine Insulinresistenz.

Das gleiche gelte für die Leber, erklärte der Internist und Direktor des Instituts für Ernährungsmedizin der Universität

Stuttgart-Hohenheim. „Viele Zusammenhänge werden klarer, seitdem wir wissen, dass bei Übergewichtigen und Diabetikern die Darmflora verändert ist“, so Bischoff. „Die Organverfettung ist ein Frühindikator für das metabolische Syndrom und die Insulinresistenz.“ In der Behandlung adipöser Menschen setze er konsequent auf deren Gewichtsreduzierung durch Formula-Diäten und Optifast 52-Programme. Studien hätten gezeigt: Der Bauchumfang der Teilnehmer wurde nach einem Jahr 11 Zentimeter kleiner, die arterielle Hypertonie sank von 47% auf 29% und der Diabetes Typ 2 von 11% auf 4%.

Rauchen muss stärker thematisiert werden

Eine wichtige Empfehlung der neuen Versorgungsleitlinie Therapieplanung bei Typ-2-Diabetes für Ärzte ist die individuelle Vereinbarung und Aufklärung aller Therapieoptionen mit den Patienten. „Wir müssen mehr evidenzbasierte Medizin in die Behandlung einbringen“, sagte Dr. Wolfgang Stütz. Ein Stufenprogramm diene als Basis: Zuerst ginge es um die Änderung des Lebensstils. „Diabetes ist eine Gefäßerkrankung, wir müssen das Rauchen stärker mit den Patienten thematisieren“, so der Internist und Diabetologe aus Bretten. In einer zweiten Stufe solle bei übergewichtigen Patienten Metformin zur Senkung des Blutzuckerspiegels eingesetzt werden. In der dritten Stufe werde ein orales Diabetikum empfohlen, in der vierten Insulin.

Doch seien sich nicht alle Partner (DDG und DEGAM) der neuen Leitlinien in den Medikationen einig. „In der Praxis wird Insulin oft erst bei Bekanntwerden erster Nebenerkrankungen gegeben“, so Stütz – aus seiner Sicht zu spät. Patienten profitierten deutlich von einer guten Insulin-Einstellung in der Frühphase. Zur Vermeidung von Lipodystrophien empfahl Stütz kürzere Nadeln und die Einstichstellen öfter zu wechseln.



Stephan Bischoff sprach über Risiken für Diabetiker und adipöse Patienten.

Verhalten bei Infarkt

Vorhofflimmern ist die häufigste anhaltende Herzrhythmusstörung. Sie tritt bei etwa 1% bis 2% der Bevölkerung auf. Durch die Alterung der Gesellschaft wird sie in den nächsten 50 Jahren um den Faktor 2,5 zunehmen. Werden die Symptome nicht rechtzeitig erkannt, kommt es zum Infarkt. „Er zählt zu den Top 10 der Todesursachen in Deutschland“, sagte

Prof. Dr. Stephen Schröder. Er ist Chefarzt für Kardiologie, Pneumologie, Angiologie der Klinik am Eichert in Göppingen. Günstigenfalls dürften vom ärztlichen Erstkontakt bis zum Öffnen des verstopften Gefäßes nicht mehr als 90 Minuten vergehen. „Der Patient sollte zuerst zum Katheterlabor und nicht zur Intensivstation gefahren werden“, riet Schröder. Das Einbringen von Stents sei Ballonausdehnungen gegenüber überlegen; die Gabe von Aspirin Standard, ADP-Blocker in Kombination mit Aspirin beim akuten Infarkt für 12 Monate die Regel. „Bei Diabetikern empfiehlt sich die Medikamentierung mit Prasugrel für 12 Monate“, so Schröder. Die Leitlinie „NOAK“ gebe Empfehlungen für neue orale Medikamente. „Betablocker taugen auch bei Diabetikern als Drehzahlbegrenzer nach einem Infarkt“, fügte er hinzu.

Von einer „schicksalhaften, sich ständig verschlechternden Krankheit“ berichtete Dr. Frank Heimann. Die COPD

gilt als Syndrom, „das wir in Zukunft ganz anders behandeln werden“, so der Internist und Pneumologe. Statt im Wartezimmer zu lesen, sollten Patienten einen Fragebogen zur Lebensqualität ausfüllen. Bisher lag der ärztliche Fokus zu stark auf der Verbesserung der Lungenfunktion, ein ganzheitlicher Ansatz sei zukunftsorientierter. Bei anhaltender Kurzatmigkeit sei ein CAT-Test für eine sichere Diagnose wesentlich. Wird behandelt, müssten Tabakentwöhnung, Atemtherapie, Bewegung, adäquate Medikation und Influenza-Impfung als Ganzes angesprochen werden. ■

Brigitte Jähnigen

→ Ärzte finden die neuen Leitlinien für das Management von Vorhofflimmern auf www.dgk.org/de
Den Fragebogen zur Lebensqualität gibt es auf <http://catestonline.org>

GO IN bringt MEDI über 500 neue Mitglieder

Am 16. Februar wurde die Partnerschaft zwischen MEDI Bayern und GO IN durch die Unterschrift der beiden Vorsitzenden Dr. Alfried Schinz (MEDI Bayern) und Dr. Siegfried Jedamzik (GO IN) besiegelt. Der Bundesvorsitzende von MEDI, Dr. Werner Baumgärtner, erhofft sich davon eine Signalwirkung, dass weitere Netze MEDI beitreten werden.

MEDI Deutschland hat sich vorgenommen, zur Stärkung der Praxisnetze zusätzlich zu seinen bisherigen Strukturen eine eigene Netzagentur aufzubauen und will so als bundesweit größter Netzverband aktiv werden. Die „Gesundheitsorganisation Ingolstadt e.V.“ (GO IN) wird auch im Vorstand von MEDI Deutschland vertreten sein. Sie bleibt aber ein eigenständiges Praxisnetz und behält auch ihren Namen. Beide Partner vertreten Haus- und Fachärzte. Sie möchten durch die neue Kooperation ihre Kräfte besser bündeln und ihre politischen und wirtschaftlichen Interessen gemeinsam weiterentwickeln.

Von der Vision zur Vernetzung

Vor knapp 13 Jahren gründete der Ingolstädter Allgemeinmediziner Jedamzik gemeinsam mit engagierten Kollegen das Netz GO IN. Am Anfang stand eine Vision: Eine bessere Vernetzung und Kommunikation der Ärzte untereinander und eine bessere Versorgung für die Patienten. Heute zählt GO IN mit 505 Netzärzten (235 Fachärzte und 270 Hausärzte) und über 150.000 eingeschriebenen Patienten zu den größten Praxisnetzen in Deutschland.

In der Kooperation mit MEDI Bayern sieht Jedamzik eine Chance, seine Vision von damals weiter voran zu bringen: „Als Ärztenetz prägt GO IN seit 13 Jahren mit seinen Ärzten in der Region Ingolstadt-LandPlus die Versorgungslandschaft entscheidend mit. Die vielfältigen Erfahrungen, ob Verträge mit Kostenträgern, IT-

Vernetzungen, SAPV oder Notfallpraxen, würden wir gerne über die Region hinaus anderen Ärztenetzen zur Verfügung stellen. Dafür hat MEDI, als strukturell und personell bestens aufgestellter Partner, die optimale Struktur, in der wir unsere Interessen am besten vertreten sehen.“

Er gibt sich überzeugt davon, dass durch den Beitritt von GO IN zu MEDI Bayern und darüber hinaus der Netzgedanke und die selektivvertragliche Versorgung gestärkt werden. „Das über Jahre entwickelte politische und operative Konzept der Partner passt bestens zusammen und wird eine neue Dynamik in der regionalen Vernetzung der Gesundheitspartner entfalten.“

Im Mittelpunkt steht bei GO IN der Patient, erklärt Jedamzik. Ziel der Organi-

sation sei es, dessen bestmögliche Zufriedenheit zu erreichen. Dazu hat das Netz zahlreiche Initiativen auf den Weg gebracht: Einen persönlichen Patientenpass, einen Patientenbegleitbrief und weitere Nutzeffekte für Patienten. Es wurden 25 Qualitätszirkel unterschiedlicher Fachdisziplinen geschaffen sowie Netzprojekte wie die Schulungsgemeinschaften zu den Themen Asthma und Diabetes oder verpflichtende Fortbildungen für

die Netzärzte. Ein jüngeres Projekt ist das GO IN Schlaflabor in Kösching. Zwischen 2003 und 2006 wurden drei Notfallpraxen in Ingolstadt und Neuburg eingerichtet, für Jedamzik ein Zeichen für das ständige Bemühen des Netzes, die medizinische Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Es gibt eine Einkaufsgemeinschaft für alle GO IN-Ärzte und seit Ende 2012 sogar eine eigene GO IN-Ärzte-Big-Band.

Auch die Audi BKK profitiert vom Ärztenetz

Zum 1. Oktober 2011 ist ein Vertrag zur Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V zwischen der Audi BKK und GO IN in Kraft getreten. Damit stellen die GO IN-Ärzte die umfassende Behandlung der BKK-Versicherten in der Region IngolstadtLandPlus sicher. Siegfried Jedamzik und Gerhard Fuchs, Vorstandsvorsitzender der Audi BKK, setzen auf die regionale Zusammenarbeit der Krankenkasse mit den Ärzten: „Wir bieten unseren Versicherten und Patienten mit dem GO IN-Vertrag besondere Vorteile. Angefangen beim umfassenden Versorgungsmanagement ärztlicher Leistungen, über die Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zwischen den teilnehmenden Ärzten, bis hin zur patientenindividuellen Dokumentation der Behandlung. Darüber hinaus bekommen unsere Versicherten und Patienten bei entsprechender medizinischer Not-

*GO IN prägt seit 13 Jahren
die Versorgungslandschaft mit*

wendigkeit zeitnahe Behandlungstermine bei den beteiligten Ärzten.“

Beide Partner bauen ausdrücklich auf eine regionale, dezentrale und integrierte Versorgung der Patienten: „Die teilnehmenden Ärzte gewährleisten durch Fortbildungen, Qualitätszirkel, ein zertifiziertes Praxismanagement und weitere Maßnahmen eine ausgezeichnete Patientenversorgung.“



2011 bekam Siegfried Jedamzik den Bayerischen Gesundheitspreis für eine bessere Patientenversorgung.

Auszeichnung für Telemedizin

Die Telemedizin ist ein Feld, dem sich der GO IN-Gründer besonders widmet. Und so wurde er 2011 mit dem Bayerischen Gesundheitspreis der KV Bayerns und der IKK Classic in der Kategorie „e-Doktor für eine bessere Patientenversorgung“ ausgezeichnet. Das regionale Gesundheitsportal zum Datenaustausch zwischen ambulant und stationär zielt auf eine bessere Versorgung in der Region in und um Ingolstadt ab. Dazu haben die Projektbeteiligten – das Klinikum Ingolstadt sowie über 80 der am Praxisnetz GO IN beteiligten niedergelassenen Haus- und Fachärzte – eine gemeinsame Kommunikationsplattform geschaffen. Auf diesem Weg werden zwischen Klinikärzten und Niedergelassenen relevante Daten ausgetauscht, um eine optimal abgestimmte Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Jedamzik hat im letzten Jahr die Bayerische TelemedAllianz als Kompetenzzentrum ins Leben gerufen. Sie soll eine thematische Fokussierung auf Problemstellungen einer patientenzentrierten Medizintelematik vornehmen. Die TelemedAllianz konzentriert sich auf die Integration heterogener Informationsquellen, Telematiktechnologien sowie des Designs neuer Kooperationspartnerschaften. Ein Beispiel aus dem Themenbereich der künftigen Rahmenbedingungen ist die Etablierung einer Telematik-Infrastruktur in Deutschland, die oft mit verengtem Blick auf einzelne Körperschaften oder in kurzfristiger Perspektive betrachtet wird. Am 6. März 2013 veranstaltete die TelemedAllianz in Ingolstadt den „1. Bayerischen Tag der Telemedizin“ mit dem Leitthema „Wie sieht ein transparentes, patientenorientiertes Gesundheitswesen, kombiniert mit Telemedizin, aus?“

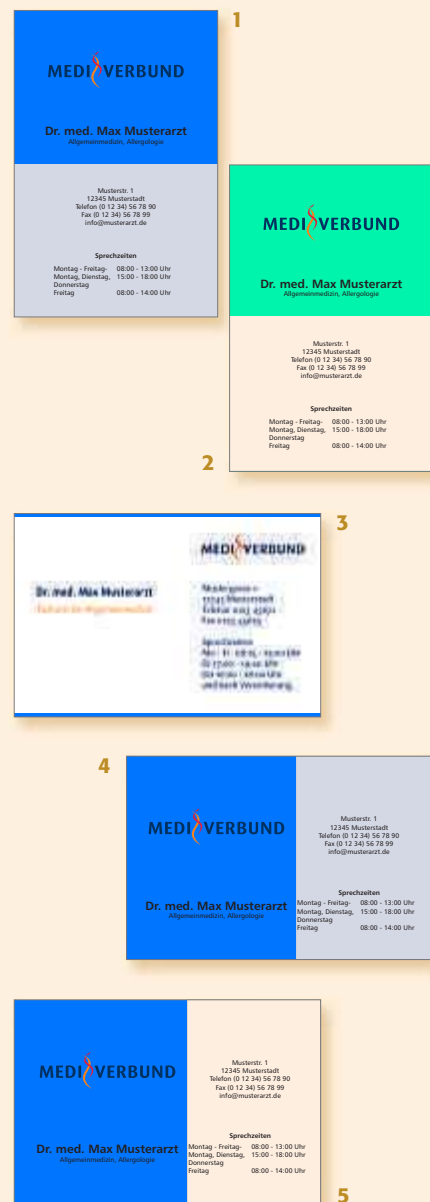
Jedamzik sieht hier eine wichtige Zukunftsaufgabe: „Um im Wettbewerb Erfolg zu haben, müssen sich Arztpraxen und Netze fortwährend modernisieren und sollten innovative Telemedizin selbst gestalten.“ Technische und infrastrukturelle Schlüsselfragen müssten Bottom-up entwickelt und implementiert werden. „Ökonomische, soziale und ökologische Herausforderungen im Netzkontext sind am besten ärztenah zu definieren und für eine Unterstützung der Patientenversorgung zu etablieren. Oder auf bayrisch: Kein Laptop ohne Lederhose“, führt Jedamzik aus.

Der Vorsitzende von MEDI Bayern, Alfried Schinz, betont die gemeinsamen Ziele und Interessen von MEDI und GO IN: „Wir versprechen uns von der Partnerschaft eine schlagkräftigere politische Interessenvertretung und einen größeren Mehrwert für unsere Praxen.“ Politisch möchten MEDI und GO IN verbindliche Regeln in Zusammenhang mit dem § 87b SGB V aufstellen, um beispielsweise eine zukunftsfähige IT-Vernetzung der Praxisnetze logistisch und finanziell voranzubringen. ■■■

Klaus Schmidt

Unsere Visitenkarten für Mitglieder

1.000 Visitenkarten
4-farbig
84 mm x 54 mm
zum Preis von 100,- Euro inkl. MwSt.
(zzgl. Versandkosten)
Unten sehen Sie die Muster
**Bestellformulare unter
Telefon: 0711 80 60 79-0
oder www.medi-verbund.de**





Regelungen zur Heilmittelverordnung bescheren Ärzten große Nachteile

Die neuen Regelungen zur Heilmittelverordnung wurden als Erleichterung im Berufsalltag der Ärzte angekündigt. Doch was KBV und GKV-Spitzenverband auf den Weg gebracht haben, beschert den Praxen einen erhöhten Zeitaufwand und eine größere Regressgefahr, bilanziert MEDI Südwest-Chef Dr. Ralf Schneider.

Bundesweit wird seit Jahresanfang zwischen „Praxisbesonderheiten“ und „langfristigen Heilmittelverordnungen“ unterschieden. Regionale Vereinbarungen wurden dadurch abgelöst. Besonders bei den langfristigen Heilmittelverordnungen hat nach Einschätzung von Allgemeinmediziner Schneider die neue Regelung dazu geführt, dass die Regressgefahr für Ärzte nicht wie versprochen sinken, sondern eher steigen wird.

Auf den ersten Blick scheint alles wohldurchdacht. In einem Katalog sind Krankheiten aufgelistet, für deren The-

rapien ein langfristiger Bedarf von den Krankenkassen anerkannt wurde. „Aufgenommen sind hier vereinfacht gesagt jene Krankheitsbilder, bei denen eine irreparable Einschränkung, eine Behinderung oder ein angeborenes Leiden zugrunde liegt“, erläutert Axel Motzenbäcker, Geschäftsführer bei MEDI Südwest. Die Liste der katalogisierten Krankheiten ist nicht festgeschrieben. Bei Verordnungen zu den katalogisierten Krankheiten verzichten manche Krankenkassen auf eine Prüfung, andere prüfen immer. Für den Arzt bedeutet das,

dass er sich bei diesen Verordnungen immer wieder tagesaktuell über den Stand der Dinge informieren muss, „wiederum ein enormer bürokratischer Mehraufwand“, kritisiert Schneider.

Höherer Arbeitsaufwand

Daneben steht es dem Arzt natürlich weiterhin frei, auch bei nicht katalogisierten Krankheitsbildern langfristige Heilmittel zu verordnen. „Doch genau an diesem Punkt wird es kritisch“, sagt Schneider, und nennt ein Beispiel aus der Praxis: „Ein Patient hat nach mehre-

Unser Angebot Terminblöcke DIN A6

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



ren Bandscheibenvorfällen bleibende Schäden im oberen Rücken. Die Krankengymnastik zeigt bei ihm sehr gute Wirkung, erfahrungsgemäß lassen sich durch eine frühzeitige Verordnung längere Krankheitsphasen und eine Verschlechterung des Zustands abwenden.“ Er als behandelnder Arzt entschieße sich daher, diesem Patienten eine Verordnung auszustellen. Doch da diese Krankheit nicht im Katalog auftaucht, muss der Patient zunächst einen Antrag auf langfristige Heilmittelverordnung stellen. „Nicht jeder Patient schafft das ohne Unterstützung. Das heißt, auf uns wartet in manchen Fällen ein ordentlicher Arbeitsaufwand“, so Schneider. Aber das sei nicht das eigentliche Problem.

„Wenn die Kasse diese KG für den Bandscheibenpatienten einfach ablehnt, muss ich als behandelnder Arzt natürlich dafür sorgen, dass die Verordnung trotzdem erfüllt wird. Ich habe sie ja für medizinisch notwendig erachtet“. In diesem Fall würde die Verordnung also zwangsläufig im normalen Budget des Arztes zu Buche schlagen und die Gefahr einer Überprüfung und Regressforderung dadurch enorm steigen. Ebenso kann es dazu kommen, wenn der Patient es schlicht und einfach versäumt, seinen Antrag zu stellen. Rein rechtlich ist dann der verschreibende Arzt gehalten, ihm

trotzdem seine Behandlung zukommen zu lassen, die sich dann aber auf die Richtgrößen auswirken würden.


Praxisbesonderheiten

Bei den sogenannten Praxisbesonderheiten werden jene Krankheiten aufgefangen, bei denen eine Besserung oder zumindest eine dauerhafte Stabilisierung des Zustands möglich ist. Dazu zählen beispielsweise MS, Schlaganfälle oder Diabetes. „Aus diesem Grund werden Verordnungen für diese Personen bei Richtgrößenprüfungen aus den üblichen Heilmittelverordnungen herausgerechnet, wirken sich also nicht auf die Budgetierung aus“, erklärt der MEDI Vorsitzende aus Alzey. Doch nach der Neuregelung legen Ärzte künftig die ICD-10-Codes der WHO ihrer Verordnung zugrunde. Konkret bedeutet das, auf jede muss dieser Schlüssel ausgewiesen werden, um die Krankheit richtig zu erfassen. Die Tücke liegt im Detail.

Fehlende Voraussetzungen

So ist nach dieser Klassifikation ein Schlaganfall für ein Jahr eine anerkannte Praxisbesonderheit. Ein Hirninfarkt mit Hemiparese gilt dagegen auf Dauer als Praxisbesonderheit. Wer sich also bei seinen Verordnungen „vertut“ und später aufstellt, wird sich dafür möglicherweise

bei einer Prüfung rechtfertigen müssen. „Das ist, als würde ein Feuerwehrmann zum Einsatz nicht nur mit dem eigenen Auto fahren, sondern auch noch sein Wasser mitbringen“, empört sich Motzenbäcker. Schneider nennt es schlicht „absurd“. Zumal für die praktische Umsetzung der Vereinbarung noch die Voraussetzungen fehlen – weder die Verordnungsvordrucke noch die Praxisverwaltungssoftware wurden bislang angepasst.

„Wenn man dann davon ausgeht, dass bei schwerkranken Menschen, die ja außerhalb der Budgetierung aufgefangen werden sollen, meist eine Multimorbidität vorliegt, kann man sich vorstellen, zu welcher Verwirrung das neue System führen kann“, sagt Motzenbäcker. Und genau hier sehe er das eigentliche Problem. „Das Morbiditätsrisiko liegt nach dem Wunsch des Gesetzgebers bei den Kassen. Die neue Heilmittelverordnung ist aber der Versuch, dieses auf die Ärzte zu verlagern“. 

Jutta Glaser-Heuser

→ Auf www.medi-suedwest.de finden Ärzte alle Links zum Thema: Die Liste der Krankenkassen mit Genehmigungsverzicht, die Praxisbesonderheiten, die vereinbarten Langfristdiagnosen und das Info-schreiben an die MEDI Mitglieder.



Diskutierten über
den Hausarztvertrag:
Birgitt Bender
(Grüne)...



... und Michael Henrich (CDU).

MEDI knüpft weiter am Selektivvertrags-Netz

Die Erfolgsbilanz der Selektivverträge in Baden-Württemberg kann sich sehen lassen: Jedes Jahr schreiben sich mehr Praxen und Versicherte ein, denn es locken feste Preise, eine schnellere Abrechnung als im KV-System und eine hochwertige, regionalisierte medizinische Versorgung.

Dementsprechend zufrieden zeigte sich der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner beim politischen Frühschoppen auf der Stuttgarter Messe „MEDIZIN 2013“. In Baden-Württemberg verhandelt MEDI seit fast fünf Jahren mit dem Hausärzteverband, einzelnen Facharztverbänden und Krankenkassen landesweite Hausarzt- und Facharztverträge.

Am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V nehmen im Südwesten rund 3.500 Praxen teil. „Von allen Hausarztpraxen im Land zählen nur knapp 4.500 zu den echten Versorgerpraxen, die in das Profil der HZV

passen“, erklärt der MEDI Chef. Und so mancher Hausarzt sei am Ende seiner Tätigkeit nicht mehr an Hausarztverträgen interessiert.

Auch die Versicherten scheinen von der HZV überzeugt zu sein: Waren es im 1. Quartal 2011 noch rund 946.000 Teilnehmer, sind Anfang 2013 schon knapp 1,5 Millionen eingeschrieben, davon allein 1,1 Millionen AOK-Versicherte. An den mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK abgeschlossenen Facharztverträgen nach § 73c SGB V nehmen fast 138.000 Versicherte und 924 Ärzte teil (*siehe Kasten*).

Auch junge Ärzte profitieren von Selektivverträgen

„Die Vorteile der Selektivverträge sind feste und bessere Preise“, erinnerte Baumgärtner. „Sie dienen der Planungssicherheit und damit dem ärztlichen Nachwuchs.“ Denn dieser wolle nicht erst nach sechs Monaten erfahren, wie viel Geld er aus dem Honorarverteilungsmaßstab für seine Arbeit bekomme. „Es ist Quatsch, wenn es heißt, junge Ärzte würden wegen des mangelnden kulturellen Angebots nicht aufs Land wollen. Der Grund ist vielmehr, dass die Praxen in Bürokratie ertrinken und die Ärzte nicht richtig bezahlt werden“, stellte der MEDI Vorsitzende unter anhaltendem Applaus der über 200 Teilnehmer klar.

Die Refinanzierung der Verträge funktionieren, frühere Datenschutzprobleme konnten gelöst werden und bei der IT-Umsetzung habe man ebenfalls dazugelernt. Deswegen will MEDI in Baden-Württemberg gemeinsam mit den anderen Vertragspartnern am Netz der Selektivverträge



Franz Knieps (SPD), zwischen Werner Baumgärtner und Christopher Hermann (im Bild rechts), lobte die Entwicklung im Südwesten.

tivverträge weiterknüpfen. Als nächstes steht der 73c-Vertrag für Orthopäden und Chirurgen vor dem Abschluss. „Wir wollen ein ambulantes Versorgungskonzept gestalten, bei dem Berlin nicht dauernd mitredet und das die Verhältnisse für unsere Patienten vor Ort berücksichtigt“, so Baumgärtner. Deswegen bestehe er auch darauf, die behindernden Vorgaben des § 73b Absatzes 5a SGB V wieder abzuschaffen (siehe auch Interview auf Seite 6). Der Absatz legt fest, dass die HZV nicht teurer als die Versorgung im KV-System werden darf.

Zankapfel HZV-Pflicht

„Bei Selektivverträgen muss man am Anfang investieren können“, gab die Bundestagsabgeordnete von Bündnis 90/Die Grünen, Birgitt Bender, zu bedenken. Dann erst sollte sich erweisen, dass

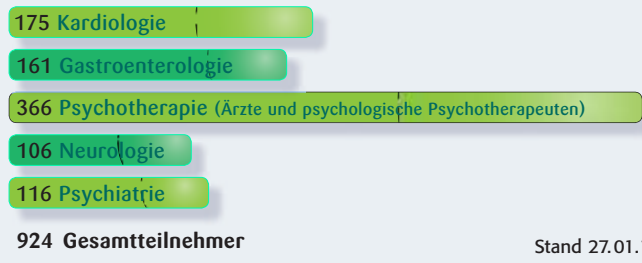
die Versorgungsqualität steige und das Ganze wirtschaftlich werde. Mit Blick auf den Absatz 5a sagte Bender: „Mit uns wird dieser Absatz auf jeden Fall abgeschafft.“ Auf der anderen Seite ist ihre Partei für frei ausgehandelte Hausarztverträge. „Die Pflicht zum Hausarztvertrag, mit möglichst nur einem Verband,

Ein Versorgungskonzept, bei dem Berlin nicht dauernd mitredet

halten wir für falsch.“ Bei guten Angeboten kämen Ärzte und Krankenkassen auch so zusammen, erklärte Bender.

Auch die Union, die Selektivverträge grundsätzlich befürwortet, hat ihre

Ärztliche Teilnehmer an den Facharztverträgen



Schwierigkeiten mit der HZV-Pflicht. Der CDU-Bundestagsabgeordnete Michael Hennrich wolle den Absatz 5a nur dann streichen, wenn den Kassen per Gesetz der Abschluss von HZV-Verträgen freigestellt bliebe. Diese Lösung stärke den Wettbewerb im Gesundheitswesen, so Hennrichs Auffassung. Und an den AOK-Vorsitzenden Dr. Christopher Hermann gewandt kritisierte er: „Was die Hausarztverträge angeht, mussten wir die Krankenkassen zu ihrem Glück ja zwingen“.

Fortsetzung Seite 20

Fortsetzung

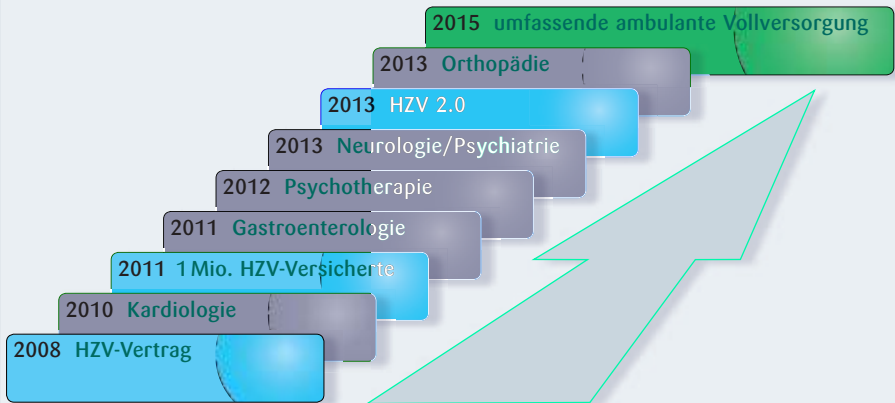
**MEDI knüpft weiter am
Selektivvertrags-Netz**

Hermann reagierte empört auf diesen Vorwurf und stellte klar, dass er sich für das Versagen anderer Kassen-Chefs nicht in Kollektivhaft nehmen lasse. „Wenn man die Selektivverträge in das Belieben von Krankenkassen und irgendwelchen Anderen stellt, ist der Schlafwagen die schnellste Entwicklung in diesem System“, konterte er. Ganz ähnlich sah das auch Franz Knieps, der bis 2009 unter Ulla Schmidt als Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium tätig war und beim politischen Frühschoppen den gesundheitspolitischen Sprecher der SPD, Prof. Karl Lauterbach, vertrat. Bei einer derartigen Änderung würden die Blockierer in den Altstrukturen wieder Oberwasser bekommen, warnte Knieps: „Sie werden dann keinen einzigen neuen Hausarztvertrag in einem anderen Bundesland bekommen“.

Schulterschluss mit der KV

Den Chef der KV Baden-Württemberg, Dr. Norbert Metke, weiß Baumgärtner an seiner Seite: „Wir finden als KV alles

**Perspektive 2015 - Ausbau der ambulanten
Versorgung nach §§ 73b und c SGB V**



gut, was die Versorgung verbessert. Und dazu gehören auch die Selektivverträge“, so Metke. Die KVBW fördere diese Verträge, „weil sie für die Versorgung definitiv mehr bringen.“

Aktuell gibt es Signale aus Berlin, die die MEDI Führung aufhorchen lassen: Die KBV tüftelte an einem Programm, wonach erfolgreiche Selektivverträge in den Kollektivvertrag übernommen werden sollen. Selektivverträge als Übungsfeld für den Kollektivvertrag? Davon will

Baumgärtner nichts wissen: „Ich hoffe, dass unsere KV-Führung in Berlin die richtigen Worte dafür findet“.

In diesem Zusammenhang appellierte der Vize der Bezirksärztekammer Nordbaden, Dr. Herbert Zeuner, aus dem Publikum an die anwesenden Politiker: „In Baden-Württemberg zeigt sich ein erstes Pflänzchen der vertrauensvollen Zusammenarbeit. Geben Sie den Regionen die Chance, flexible Lösungen zu finden.“



Diana Niedernhöfer

Streikrecht: Juristen raten zu anderen Protestformen

Derzeit sehen Juristen für massive Ärztestreiks keine rechtliche Grundlage und setzen auf sanftere Wege des Protestes. Dennoch bestärken sie MEDI in dem Vorhaben, das Streikrecht für Niedergelassene gerichtlich prüfen zu lassen.

Das erklärten die beiden Juristen, die MEDI zum politischen Frühschoppen auf die Messe „MEDIZIN 2013“ in Stuttgart eingeladen hatte. Die Rechtsexperten waren sich einig, dass es für kollektive und kompromisslose Streiks in der Ärzteschaft derzeit keine Rechtsgrundlage gibt. Denn das im Grundgesetz festgeschriebene Streikrecht gelte für Arbeitnehmer, aber nicht für Freiberufler. Außerdem müssten die Grundrechte der Bevölkerung auf Leben und körperliche Unversehrtheit beachtet werden.

„Aber auch Ärzten muss das Recht auf Proteste zugestanden werden, denn auch für sie gelten die Grundrechte“, lenkte der Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht, Professor Dr. Helge Sodan ein. Denn die Niedergelassenen könnten sich nur nachträglich per Klage gegen Entscheidungen des erweiterten Bewertungsausschusses zur Wehr setzen. „Diese eingeschränkten Möglichkeiten müssten dadurch kompensiert werden, dass Vertragsärzte vor der Beschlussfassung des Gremiums stärkere Einwirkungsmöglichkeiten hätten – etwa durch Praxisschließungen“, erklärte Sodan. Diese müssten sich dann auf Einzelfälle beschränken und dem Anlass angemessen sein. Außerdem müssten die Notdienste gewährleistet sein, um die Patientenversorgung sicherzustellen.

Der Tübinger Fachanwalt für Medizinrecht, Dr. Joachim Steck, brachte andere Protestformen ins Spiel. Er erinnerte die



Helge Sodan spricht lieber vom „kollektiven Protest“.



Joachim Steck machte den Ärzten Mut.

mehr als 200 Teilnehmer im Saal daran, dass sie lediglich zu 20 Sprechstunden in der Woche verpflichtet seien. Demnach könnten sie also „Dienst nach Vorschrift“ verrichten oder ihre Arbeit extrem verlangsamen. Solche Maßnahmen würden das System seiner Ansicht nach ebenfalls massiv gefährden. „Bei solchen Aktionen wäre es sehr schwierig, die Vertragsärzte rechtlich zu fassen“, gab er zu bedenken.

Baumgärtner: „Streik“ ist das richtige Wort

Sodan riet den Ärzten dazu, das Wort „Streik“ zu meiden. „Die Niedergelassenen sollten lieber von einem kollektiven Protest sprechen“, sagte er. Denn das Wort „Streik“ sei in der Öffentlichkeit nicht populär. Es erinnere an die Ausei-

nersetzungen mit Flugbegleitern oder Lokomotivführern und könne dem Image der Ärzte schaden.

Gegen diesen Vorschlag wandte sich der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner mit klaren Worten: „Die niedergelassenen Ärzte haben doch nicht einmal das Recht dazu, ihre Praxen zu schließen“, monierte er. Wenn sie es dennoch täten, handele es sich demnach auch um einen Streik. In diesem Zusammenhang betonte er: „Streik ist das richtige Wort dafür!“

MEDI Deutschland setzt sich seit dem letzten Jahr für das Streikrecht von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ein und möchte dieses vor den Gerichten erstreiten. Notfalls wolle man sogar bis vor europäische Gerichte ziehen. „Ich möchte, dass wir nicht mehr Gefahr laufen, unsere Zulassung zu verlieren, wenn wir die Praxen schließen“, erklärte der MEDI Chef. „Das müssen wir erreichen, das sind wir uns schuldig“.

Medizinrechtler Steck machte den Ärzten denn auch Mut, was eine mögliche Klage angeht: Es gebe Verwaltungsgerichtsentscheidungen, in denen das absolute

Streikrecht für Beamte als nicht vereinbar mit Europa- und Völkerrecht in Frage gestellt worden sei. Diese Entscheidungen seien zwar in den nächsten Instanzen wieder kassiert worden, dennoch „ist da etwas im Wandel, wenn schon bei den Beamten das Streikrecht bröckelt“, so Steck. Und mit Blick auf die ärztliche Versorgung sagte er: „Eine Gesellschaft kann und darf sich einen Ärztestreik, der uns ja ins Herz trifft, eigentlich nicht leisten.“ Aber wenn man die Schrauben im Vertragsarztrecht zu eng zuzöge, überdrehten sie. „Und dann brechen sie irgendwann ab und halten nichts mehr zusammen.“ ■

Diana Niedernhöfer



MENSCHEN BEI MEDI

Martin Holzapfel

Facharzt für Allgemeinmedizin in Rastatt



Man muss wohl einen langen Atem haben, wenn man jahrelang an Forderungen wie Kostenerstattung und Stärkung der Freiberuflichkeit festhält. Für Martin Holzapfel ist das kein großes Problem. Der Rastatter Allgemeinmediziner ist engagierter MEDI Macher und seit seiner Jugend Leistungssportler.

Angefangen hatten seine sportlichen Ambitionen mit Fußball und Leichtathletik, vor allem die Sprintstrecken hatten es ihm in jungen Jahren angetan. Dann kam das Studium, die Zeit für den Sport wurde knapp und das Gewicht nahm zu. Gegen Ende seiner Assistenzarzt-Zeit brachte er fast 100 Kilogramm auf die Waage und beschloss, die Reißleine zu ziehen. „Das war 1998“, erinnert sich Holzapfel. Seitdem gehört der Sport wieder dazu, auch wenn neben Praxis-tätigkeit und langen MEDI Sitzungen manchmal zu wenig Zeit dafür bleibt. Aber der Allgemeinmediziner ist eisern. Zu seinen Praxisschwerpunkten gehören auch Sportmedizin und speziell Leistungsdiagnostik. „Was ich meinen Patienten predige, muss ich selbst auch umsetzen“, findet er.

Also bewegt er sich, wann immer es möglich ist. Mit dem Rad ist er im vergangenen Jahr rund 5.000 bis 7.000 Kilometer gefahren. Manchmal radelt er

sogar die 25 Kilometer zu seiner Praxis. Außerdem läuft er in der Mittagspause gerne eine 10 Kilometer-Runde und geht mittwochs ins Schwimmbad, um das richtige Pensum an Bahnen hinter sich zu bringen. Pro Woche versucht Holzapfel mindestens drei Trainingseinheiten zu absolvieren. Warum das alles? Er ist Triathlet und nimmt regelmäßig am Kraichgau Challenge teil. Das heißt: 1,9 Kilometer schwimmen, 90 Kilometer Rad fahren und 21,1 Kilometer laufen. Und der Allgemeinmediziner hat noch einiges vor. Seinen Schwimmstil möchte er

hat nicht gerne einen Vater, der Stadionarzt beim KSC ist?

Engagement auf mehreren Ebenen

Limitiert werden seine sportlichen Erfolge nicht zuletzt durch sein MEDI Engagement. Seit 2003 ist er Mitglied bei MEDI, seit 2009 Sprecher von MEDI Mittelbaden. Außerdem ist er Bezirksbeirat in der KV Baden-Württemberg und stellvertretender Vorsitzender der Kreisärzteschaft Rastatt. Ein berufspolitisch engagierter Mensch also. Wozu macht er



Fünf Mikrofone direkt vor meiner Nase waren neu für mich



noch verbessern, also nimmt er an einem Seminar über Kraultechnik teil, das Trainingslager findet auf Mallorca statt – langweilig wird es ihm sicher nicht.

Als Vater von zwei Kindern muss Holzapfel seine sportlichen Aktivitäten auch irgendwie mit seiner Familie vereinbaren. Zum Glück sind seine Kinder sportlich und freuen sich, dass der Vater Trainerscheine gemacht hat, sodass er im Notfall auch mal das Fußballtraining übernehmen kann. Und welcher Junge

das? Darauf hat Holzapfel keine Antwort parat. Ein grundsätzliches Interesse an der Politik und daraus resultierend ein berufspolitisches Engagement – so eine Einstellung gehört für ihn zu einer demokratischen Grundhaltung einfach dazu. Im Gegenteil: Er wundert sich über Menschen, die es schaffen, ohne die tägliche Zeitungslektüre zurechtzukommen.

Teilnehmen, dabei sein, sich einmischen – das macht natürlich auch Arbeit und kostet Zeit. Aber manche Entwick-



© privat

lungen könne man einfach nicht ignorieren. Aktuell beobachten die MEDI Ärzte der Region Nord- und Mittelbaden z.B., wie sich die Versorgungslandschaft bei ihnen auf beunruhigende Art und Weise verändert. Es werden plötzlich „richtig hohe“ Preise für Arztsitze angeboten – das macht misstrauisch. Im Zentrum des Geschehens sitzt das Klinikum Mittelbaden, das seit Jahren immer mehr in die ambulante ärztliche Versorgung drängt, wie Holzapfel berichtet. Es wurden stationäre Einrichtungen wie das Krankenhaus Ebersteinburg, Pflegeeinrichtungen und auch einige Arztpraxen aufgekauft. „Das Klinikum entwickelt sich allmählich zu einem Global Player der Medizinbranche“, fürchtet Holzapfel. Er sieht die Gefahr, dass in der Region eine medizinische Rundumversorgung aus Klinikhand entsteht – mit MVZ-Praxen, die den Akutkrankenhäusern Patienten zuweisen. Für die freiberuflich betriebenen Praxen wird bei so einem Wettbewerber die Luft eng. „Wenn Klinikbetreiber wie das Klinikum Mittelbaden ihre enormen finanziellen Möglichkeiten nutzen, um eigene regionale Versorgungsnetze aufzubauen, sehen wir niedergelassenen Ärzte das kritisch“, so Holzapfel. Die MEDI Ärzte der Region versuchen gegenzusteuern, indem sie Öffentlichkeit herstellen und Aktionen planen.

Raus aus dem Hamsterrad

Das erinnert den MEDI Macher an die vielfältigen Aktivitäten im Jahr 2009. Damals, als er frisch zum Sprecher gewählt worden war, trafen sich über 600 Ärzte in ihren weißen Kitteln an der Staustufe Iffezheim, um gemeinsam mit ihren Angestellten symbolisch über den Rhein nach Frankreich auszuwandern. Das zog nicht wenige Besucher an und sorgte in der Presse für einigen Wirbel. Der frischgebackene Sprecher sah sich plötzlich auf der Straße gleich mehreren Mikrofonen gegenüber – und das nicht nur einmal. „Das war eine ganz neue Erfahrung für mich“, lacht er heute. Eigentlich wollte er gar nicht im Mittelpunkt stehen und es war ungewohnt für ihn, jedes Wort auf die Goldwaage legen zu müssen. „Aber als Sprecher konnte ich mich ja schlecht weigern“, sagt er.

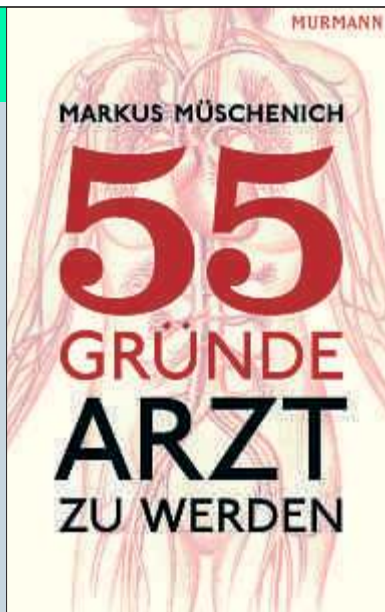
Selbst wenn diese Zeit anstrengend war, erinnert sich Holzapfel gerne daran. Und auch daran, wie viele ehemalige Studienkollegen er beim Protest-Zug nach Berlin wiedergetroffen hatte. „Die Stimmung war damals einfach anders als heute“, stellt er etwas ernüchtert fest, „der Nachwuchs ist irgendwie müde geworden“. Liegt es daran, dass die jungen Ärzte heute nicht so recht wissen, was sich ändern könnte?

Ihm persönlich ist es wichtig, aus dem Hamsterrad herauszukommen, in das er gewohnheitsmäßig immer wieder gerät. Es tut ihm nicht gut, jeden Tag die Mittagspause durchzuarbeiten. Seinen Bedarf an geistiger Frische holt er sich beim Sport. „Ich muss einfach immer wieder etwas tun, um meinen Kopf frei zu bekommen“, gibt er zu und klingt so, als würde er am liebsten sofort lossprinten. Langsames Tempo kann er auch bei der Arbeit nicht leiden. Die langsame Internetverbindung in der Praxis beispielsweise, „gegen die müssten wir auch mal etwas unternehmen“, ruft er noch – und schon ist er wieder unterwegs. 🇩🇪

Ruth Auschra

FÜR SIE GELESEN

Markus Müschenich
**55 Gründe Arzt
 zu werden**



Warum haben Sie nicht Jura oder BWL studiert? Klar, Sie wollten Arzt werden. Warum noch einmal? Falls Sie sich nicht mehr an die Antwort erinnern, sollten Sie sich das Buch von Kinderarzt und Autor Markus Müschenich anschaffen. Er beschreibt 55 Gründe, die für die Entscheidung sprechen, Arzt zu werden.

Angesichts des täglichen Bürokratiemarathons in der Praxis vergisst man vermutlich manchmal den Grund Nummer 1: „...weil Ärzte jeden Tag Leben retten“, was der Autor als „extrem erfüllend“ bezeichnet. Das Buch wäre kein Buch geworden, wenn ihm dieser eine Grund ausreichend erschienen wäre. Was macht den Arztberuf sonst noch erfüllend? Ärzte tun zum Beispiel Gutes (Grund 32), sind gute Detektive (Grund 28) und haben angeblich immer noch den Beruf mit dem höchsten Prestige (Grund 2). Ärzte haben darüber hinaus

gute Chancen, in der Welt herumzukommen: Sie sind Ratgeber in der Welt der Stars (Grund 30), können umsonst Kreuzfahrten machen (Grund 6), überall arbeiten (Grund 13), täglich abheben (Grund 43) und sich in der Wildnis sogar selbst operieren (Grund 36). Nicht schlecht. Und die zwischenmenschlichen Aspekte des Arztlebens? Ärzte bleiben auf Partys nie lange alleine (Grund 11), werden von Stewardessen angestrahlt (Grund 17) und haben beste Chancen beim anderen Geschlecht (Grund 19). Augenzwinkernd betrachtet lauter nachvollziehbare Gründe für die Motivation zum Medizinstudium.

Aber sind Ärzte tatsächlich gute Unternehmensberater (Grund 33), erfolgreiche Unternehmer (Grund 37) und Manager für gute Medizin (Grund 45)? Der Autor selbst ist offenbar seit Jahrzehnten als Berater tätig. Vielleicht fällt es ihm deshalb leicht, die wirtschaftliche Situ-

ation der Ärzte allzu rosig zu sehen: Ärzte werden gut und sicher bezahlt (Grund 24), haben eine sichere Rente (Grund 15) und finden immer ihren Traumjob (Grund 23). Zwei Gründe sind unstrittig: Ärzte sind Vorbilder für Arztserien (Grund 47) und Ärzte kommen ohne Krawatten und Anzüge aus (Grund 12).

MEDI Ärzte könnten noch ein paar zusätzliche Gründe finden, die näher an der Realität liegen. Die Vorschläge der Rezensentin: Die MEDI Macher nehmen kein Blatt vor den Mund (Grund 56) und sorgen dafür, dass aus Unzufriedenheit öffentlichkeitswirksame Proteste werden (Grund 57). Die Erfolge zeigen sich auch im Geldbeutel. Mit den Selektivverträgen haben MEDI Ärzte ein Honorarplus von mehr als 100 Millionen Euro erzielt (Grund 58) und das so genannte „Baumgärtner-Urteil“ hat eine Nachzahlung von ca. 55 Millionen Euro eingebracht (Grund 59). Wenn das noch nicht reicht, gibt es noch einen Extra-Grund (60): Mit der MEDI Öffentlichkeitsarbeit wird das verzerrte Bild der deutschen Ärzte wieder ins richtige Licht gerückt. Das gelingt nicht immer, aber immer öfter. Und je mehr Mit-Macher es bei MEDI gibt, desto erfolgreicher kann die Öffentlichkeitsarbeit sein! ■■

Ruth Auschra

→ **Murmann Verlag
 Hamburg 2012**

kartonierte, 236 Seiten
 ISBN-10: 3867742138
19,90 Euro

IMPRESSUM

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

E-Mail: info@medi-verbund.de
 Tel.: 0711 806079-0, Fax: -79
www.medi-verbund.de

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

Design: Heinz P. Fothén

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
 GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
 Nachdruck nur mit Genehmigung
 des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
 erscheint im Juli 2013.
 Anzeigenschluss ist der 15. Mai 2013.



Viele Ärzte sind verunsichert, nachdem die mit einer Klage der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs gegen eine MEDI Teilgemeinschaftspraxis (TGP) befassten Gerichte unterschiedlich geurteilt hatten (*siehe Kasten*). „Teilgemeinschaftspraxen sind jedoch verfassungsgemäß“, betont die Heidel-

Gutachten: Radiologen dürfen in Teilgemeinschaftspraxen mitarbeiten

Die Teilgemeinschaftspraxen sind immer wieder in die Kritik geraten. Deswegen hat MEDI Baden-Württemberg zur Klärung der Rechtslage ein Gutachten in Auftrag gegeben - und hofft nun auf ein Ende der Auseinandersetzungen.

berger Fachanwältin für Medizinrecht, Beate Bahner, die das Gutachten für MEDI erstellt hat.

Die Sorgen der Niedergelassenen, sich an einer womöglich illegalen Zusammenarbeit zu beteiligen, sind ihrer juristischen Prüfung zufolge vollkommen unbegründet: Denn Artikel 18 der baden-

württembergischen Berufsordnung (BO BW) werde vor dem Bundesverfassungsgericht letztendlich keinen Bestand haben – sollte es je so weit kommen. Diese Norm verbiete unter anderem Radiologen und Laborärzten pauschal die Teilnahme an TGPs. „Das ist jedoch verfassungswidrig, da die genannten Berufs-

gruppen ohne sachlichen Grund ausgeschlossen, benachteiligt und damit letztendlich kriminalisiert werden“, so Bahner. Eine Zusammenarbeit sei nur dann verboten, wenn Laborärzte und Radiologen den anderen Partnern der TGP oder externen Partnern per Vertrag Geld für Überweisungen (an sie selbst) zahlen müssten, heißt es in dem Gutachten. Das sei bei den verklagten Ärzten jedoch nicht der Fall.

Bahner stellte außerdem fest, dass die Vorwürfe der Gegner pauschal seien und jeder juristischen Substanz entbehrten. Wie etwa die Behauptung, die verklagte TGP sei nur gegründet worden, um das Zuweisungsverbot zu umgehen. „Vor Gericht muss jedoch in jedem Einzelfall nachgewiesen werden, dass Patienten gegen Entgelt zugewiesen worden sind“, sagt die Fachanwältin. Ein solcher Nachweis sei jedoch bislang nicht erbracht worden. Das wundert Bahner nicht. Schließlich liegt eine Zuweisung gegen Entgelt bei keiner TGP vor.

Zwei Gerichte, zwei Meinungen

Die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs hatte eine MEDI TGP in Nordbaden verklagt. Die Klage scheiterte 2010 vor dem Landgericht Mosbach. Artikel 18 der Berufsordnung sei verfassungswidrig, hieß es. Anders entschied das Oberlandesgericht (OLG) Karlsruhe im Juni 2012: Radiologen müssen in einer TGP mehr als nur medizinisch-technische Leistungen erbringen. Nur dann sei ihre Teilnahme zu-

lässig. Das OLG ließ die Revision zum Bundesgerichtshof (BGH) nicht zu und MEDI legte dagegen Beschwerde ein. Darüber muss der BGH nun entscheiden. Sollte MEDI scheitern, will der Verbund das Bundesverfassungsgericht anrufen. Fachanwältin Bahner hält eine Verfassungsbeschwerde angesichts der bisherigen Rechtsprechung für aussichtsreich. ■

din

Zum Thema Gewinnverteilung erklärt sie: „Teilnehmer einer Kooperation können die Gewinnverteilung grundsätzlich untereinander regeln, ohne dass die Ärztekammern eine Weisungsbefugnis oder ein Untersagungsrecht haben.“ Solange die dafür gültigen juristischen Vorgaben eingehalten worden seien, gehe die innere Gewinnverteilung die

Ärztekammern nichts an. Die Partner könnten den Überschuss daher ohne weiteres nach Köpfen oder individuellem Leistungsanteil verteilen. Mische sich eine Ärztekammer ein, verletze sie die Vertragsautonomie der Partner. ■

Diana Niedernhöfer

NACHGEFRAGT BEI

Beate Bahner

Fachanwältin für Medizinrecht



»Ärzte sollten sich nicht einschüchtern lassen«

MEDITIMES: Wie sollen sich Ärzte jetzt verhalten?

Bahner: Sie sollten sich nicht irritieren oder einschüchtern lassen! Wer bereits Partner einer TGP ist, kann und darf sein Engagement weiterführen. Wer sich an einer solchen Kooperation noch beteiligen möchte, darf das selbstverständlich auch tun. Das gilt auch für Radiologen!

MEDITIMES: Steht das laufende Gerichtsverfahren dem nicht entgegen?

Bahner: Solange das Verfahren nicht rechtskräftig abgeschlossen ist, haben Ärztekammer und Wettbewerbszentrale keine rechtliche Handhabe gegen die beteiligten Ärzte und damit auch nicht gegen die Radiologen. Sie können nicht den Ausschluss dieser Fachgruppe aus der Kooperation verlangen. Zunächst muss der rechtskräftige Abschluss des Beschwerdeverfahrens vor dem Bundesgerichtshof abgewartet werden. Radiologen können sich also beteiligen und ihre Leistungen entsprechend abrechnen.

MEDITIMES: Und was ist, wenn es zu einem Ermittlungsverfahren kommt, wie etwa jetzt in einem anderen Fall?

Bahner: Ein Ermittlungsverfahren bedeutet ja noch nicht, dass die Kooperation tatsächlich gegen Berufspflichten verstößt. Da muss man erst abwarten, ob es letztendlich überhaupt zu einem Verfahren vor dem Berufsgericht für Ärzte kommt und dann kommt es auch noch auf den Ausgang dieses Verfahrens an. Auch in diesem Fall ist übrigens eine Überprüfung der berufsgerichtlichen Entscheidung durch das Bundesverfassungsgericht möglich. Radiologen können sich daher auch im Falle eines Ermittlungsverfahrens gegen ihre TGP ohne rechtliche Gefahren und Konsequenzen beteiligen und ihre Leistungen abrechnen. ■

din



Ass. jur. Frank Hofmann
beantwortet
Ihre Rechtsfragen

Welche Änderungen im Patientenrechtegesetz gibt es?

Das Patientenrechtegesetz, das amtlich „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ heißt, ist am 26. Februar in Kraft getreten. Davor waren die Patientenrechte zwar auch schon im deutschen Recht verankert, jedoch waren sie auf unterschiedliche Gesetze verteilt. Außerdem wurden sie durch die Gerichte in ständiger Rechtsprechung ergänzt. Deswegen wurde die Vielzahl an (verstreuten) Regelungen nunmehr in einem Gesetz kodifiziert. Es gibt im Wesentlichen drei wichtige Änderungen:

1. Die ärztliche Informations- und Aufklärungspflicht wurde erweitert. Künftig muss der Patient auf Nachfrage oder zur

Abwendung gesundheitlicher Gefahren über Umstände, die auf einen Behandlungsfehler hindeuten, informiert werden. Diese Information darf in einem späteren Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des behandelnden Arztes verwendet werden. Darüber hinaus muss der Arzt den Patienten vor Beginn der Behandlung schriftlich über die voraussichtlichen Behandlungskosten informieren, wenn er weiß, dass die Krankenversicherung diese Kosten nicht vollständig übernehmen wird oder die Kostenübernahme fraglich sein könnte.

2. Konkretisiert wurde die Dokumentationspflicht: Der Arzt muss in unmittelba-

rem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine vollständige und umfassende Patientenakte in Papierform oder elektronisch führen. Berichtigungen und Änderungen der Akte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen wurden.

3. Der Patient muss auch künftig einen Behandlungsfehler nachweisen. Eine Beweislastumkehr erfolgt jedoch im Falle eines groben Behandlungsfehlers. Dann muss der Arzt beweisen, dass er eine Einwilligung des Patienten eingeholt und ihn nach den gesetzlichen Vorschriften aufgeklärt hat. Wenn die Patientenakte unzureichende Angaben enthält oder nicht fristgerecht aufbewahrt wurde, entsteht der Eindruck, dass der behandelnde Arzt diese Maßnahme nicht getroffen hat. Bei einer mangelnden Qualifikation des Arztes wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Behandlungsfehler ursächlich war. Wenn beispielsweise ein Allgemeinmediziner eine orthopädische Behandlung durchführt und diese negative Konsequenzen für den Patienten hat, wird vermutet, dass der Allgemeinmediziner dafür nicht qualifiziert genug war. Dann muss der Allgemeinmediziner diese Vermutung widerlegen. ■■■

Mit dem MEDIVERBUND einkaufen

Kaufen Sie Ihren Praxisbedarf auch schon seit Jahren beim Händler Ihres Vertrauens? Das hat Vorteile: Man kennt sich und bekommt gelegentlich einen Rabatt eingeräumt. Andererseits könnten Sie vielleicht Geld sparen, wenn Sie über die MEDIVERBUND AG einkaufen

würden. Und es hat weitere Vorteile, wenn MEDI Ärzte nicht nur politisch, sondern auch wirtschaftlich an einem Strang ziehen!



Spritzen, Katheter, Handschuhe, Kanülen, Pflaster, Desinfektionsmittel, Toilettenpapier und Instrumente – die Liste notwendiger Materialien für die Praxis ist noch längst nicht zu Ende. Jedes Jahr geben Ärzte stolze Summen für Sprechstunden- und Praxisbedarf aus – natürlich auch die MEDI Ärzte. Deswegen hat die MEDIVERBUND AG auf dieser Grundlage ein neues Angebot entwickelt: Die gemeinsame Bestellung über einen MEDIVERBUND Katalog. Das hat Vorteile: „Im Vergleich zu einem einzelnen Arzt fällt es einem Ärzteverbund deutlich leichter über Rabatte zu verhandeln“, weiß Sven Kleinknecht, der als Assistent des Vorstands in der MEDIVERBUND AG zuständig für das Projekt „Praxisbedarf“ ist. Sein Thema sind Rabatte, die man erst durch die Bündelung vieler Ärzte-Bestellungen aushandeln kann.

Grundsätzlich wird ist es schwierig für einen Praxisinhaber, richtig günstige Bezugsquellen für Waren und Dienstleistungen zu verhandeln. Dafür gibt es mindestens zwei Gründe.

- Erstens der Zeitaufwand: Alleine die Analyse des Marktes ist aufwendig. Es kostet Zeit, Angebot einzuholen, zu vergleichen und die Ergebnisse auszuwerten. Und eigentlich ist das keine Aufgabe, die man nur einmal im Laufe seiner Praxistätigkeit erledigt und dann beim ausgewählten Anbieter bleibt. **Marktbeobachtung und Marktanalyse**

gehören zu den Tätigkeiten, die man regelmäßig durchführen muss, wenn man aktuelle Ergebnisse erzielen will. Es ist also ein Dauerprogramm!

- Und zweitens erzielt die Einzelpraxis nicht die Abnahmegrößen um signifikante Rabatte zu erhalten. Über den Zusammenschluss mehrerer Praxen kann dies zwar erreicht werden, jedoch ist der administrative Aufwand und Abstimmung unter den Praxen enorm. Deutlich effizienter ist es, wenn man den richtigen Partner dafür zur Verfügung hat und nicht eigenständig mit Stift und Papier oder einer mühsam zusammengestellten Excel-Tabelle arbeitet.

dann erweitert werden. Falls ein Artikel im Katalog nicht vorhanden ist, können auf Nachfrage nahezu alle Artikel beschafft werden. Es wird von der Nachfrage der MEDI Ärzte abhängen, in welche Richtung sich dieses Geschäftsfeld entwickelt.

Die AG als Kompetenzzentrum

„Es geht uns nicht nur darum, MEDI Ärzte dabei zu unterstützen, möglichst günstig einkaufen zu können“, so der



Ein Ärzteverbund kann viel leichter Rabatte verhandeln



Kleinknecht geht davon aus, dass die von der MEDIVERBUND AG verhandelten Preise deutlich unter den Normalpreisen liegen dürften. Anfangs soll das Sortiment überschaubar sein und enthalten, was die Mehrheit der Praxen benötigt. Mit der Zeit soll das Angebot

Projektleiter, „wir schaffen mit allen Projekten der MEDIVERBUND AG die Grundlage für weitere Dienstleistungen, die den Ärzten zugutekommen.“ Er muss nicht daran erinnern, welche Kosten da-

Fortsetzung Seite 30

Fortsetzung
Mit dem MEDIVERBUND einkaufen



Foto: Ruedel
 Vorstandsassistent Sven Kleinknecht betreut auch das Projekt „Praxisbedarf“.

durch entstehen, dass die MEDIVERBUND AG zu einem Kompetenzzentrum in Sachen ärztliche Kooperationen geworden ist. Wer etwas über Selektivverträge wissen will, kommt heute am MEDIVERBUND nicht vorbei. Damit das so bleibt, ist die Managementgesellschaft auf Ärzte angewiesen, die aktiv mitmachen und die Projekte unterstützen. Und wenn es „nur“ die Nutzung der Geschäftsfelder der MEDIVERBUND AG ist.

Ob das Projekt Erfolg haben wird? Warum sollten MEDI Ärzte nicht zu „ihrer“ Einkaufsgemeinschaft wechseln? Dagegen spricht eigentlich nur, dass man sich in einen neuen Katalog einarbeiten muss. Hat man einmal über den MEDIVERBUND Praxisbedarf bestellt, werden diese Daten online für die Praxen gespeichert. Der Arzt und das Praxisteam können dann einfach jederzeit auf die bereits bestellten Artikel Einsicht nehmen und diese erneut in der gewünschten Menge bestellen, ohne dabei den gesamten Katalog zu wälzen. Das erspart Zeit und verhindert, dass falsche Artikel aus Versehen bestellt werden. Der Start für das Projekt ist im 2. Quartal dieses Jahres geplant. ■■

Ruth Auschra

Der MEDIVERBUND Marktplatz ist nun online

Denken Sie daran, Ihre Praxis zu verkaufen? Oder möchten Sie eine übernehmen? In beiden Fällen sollten Sie den MEDIVERBUND Marktplatz kennenlernen. Hier treffen sich Praxisabgeber mit Ärzten, die eine Praxis oder einen Arztsitz zur Erweiterung ihrer Praxis suchen.

Die **MEDITIMES** hat bereits in den Ausgaben 2/2012 und 3/2012 über dieses Projekt berichtet. „Praxiskäufe und Praxisverkäufe sind Vertrauenssache“, sagt Sven Kleinknecht, der bei der MEDIVERBUND AG auch für den Aufbau des Marktplatzes zuständig ist. „Wir organisieren nicht nur den berufspolitischen Zusammenschluss unserer Ärzte“, erinnert er, „die MEDIVERBUND AG entwickelt auch Angebote, die bei der betriebswirtschaftlichen Praxisführung helfen“. Beispielsweise eine seriöse anonyme Praxis-Vermittlung.

Die Anlaufphase ist abgeschlossen,

der Marktplatz ist inzwischen online. Dort findet man nun Angebote von Ärzten, die auf diese Weise nach Käufern für ihre Praxen suchen. Kleinknecht rät allen Praxisabgebern, sich genügend Zeit für die optimale Darstellung der Praxen zu nehmen. „Unser Fragebogen beinhaltet alle notwendigen Details und fragt diese ab. Darüber hinaus sind persönliche Beschreibungen der Praxisbesonderheiten und idealerweise einige Fotos sehr sinnvoll“, weiß der Betriebswirt. Also einerseits keine Arbeit, die man zwischen Nachmittagsprechstunde und Hausbesuchsrunde erledigt. „Aber mit unserer Unterstützung auch keine große Sache mehr“, beruhigt er. ■■

ra

→ Alle Angebote und Informationen zum Marktplatz finden Sie auf www.medi-verbund-marktplatz.de

Hofmann folgt auf Conrad

Frank Hofmann (52) wird ab dem 1. April die Geschäfte der MEDIVERBUND AG führen. Er folgt damit auf Werner Conrad (68), der nach zwölf erfolgreichen Jahren der Managementgesellschaft als kaufmännischer Berater erhalten bleibt.

Der Vorsitzende von MEDI Deutschland, Dr. Werner Baumgärtner, würdigt Conrad als „exzellenten Kaufmann mit großem unternehmerischen Können“ und freut sich, dass dieser die AG in anderer Position betreuen wird. „Werner Conrad hat unsere ehemalige GmbH erfolgreich zu einer Aktiengesellschaft entwickelt. Ohne ihn wären wir diesen Schritt nie gegangen. Damit hat er die Grundlage dafür geschaffen, dass wir unseren Mitgliedern auch bessere wirtschaftliche Bedingungen anbieten können.“ Die MEDIVERBUND AG habe sich als „ernst zu nehmendes Unternehmen im Gesundheitswesen etabliert, ohne dass die Selektivverträge in Baden-

Württemberg nicht umsetzbar wären“, so Baumgärtner.

„Ohne die hervorragende Zusammenarbeit mit Werner Baumgärtner, den Vorständen und Mitgliedern von MEDI Baden-Württemberg und MEDI Deutschland und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wäre das nicht möglich gewesen“, bilanziert Conrad „ihnen allen gilt mein aufrichtiger Dank.“

Mit Blick auf Hofmanns Wahl zum Nachfolger sagt Baumgärtner: „Als Jurist eignet sich Frank Hofmann hervorragend für den Vorstandsposten und wird mit uns auch die Selektivverträge in Baden-Württemberg weiter ausbauen.“ Hofmann ist seit 1. Mai 2010 für die Rechtsangelegenheiten und für das Vertragswesen bei MEDI zuständig und kann auf eine mehr als 20-jährige Erfahrung im Gesundheitswesen zurückblicken.

Nach seinem Abschluss des Studiums

der Rechtswissenschaften an der Universität Konstanz kam der gebürtige Darmstädter zur KV Nord-Württemberg. Dort arbeitete er 15 Jahre lang im Vertragswesen, wo er sich mit den Vertragsbeziehungen zu den Krankenkassen befasst hat. Seine Schwerpunkte waren Honorar- und Honorarverteilungsverträge, Arzneimittel-, Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarungen sowie Prüfvereinbarungen und Verträge zur Einführung der DMP. Vor seiner Tätigkeit bei MEDI arbeitete Hofmann im Geschäftsbereich Recht der KVBW.

„Ich freue mich auf eine spannende Vorstandsarbeit“, erklärt der Jurist. „MEDI hat als politische Interessenvertretung und als Managementgesellschaft eine eindrucksvolle Erfolgsgeschichte vorzuweisen und konnte die wirtschaftlichen Bedingungen für die Praxen in Baden-Württemberg nachweislich verbessern. Diesen Erfolg möchte ich gemeinsam mit unseren Mitgliedern und Mitarbeitern weiterführen.“ ■■■

as

NEUE MITARBEITER BEI MEDI

Vertragsabteilung

**Alexander
Bieg...**

... wurde 1984 in Stuttgart geboren und wuchs auf den Fildern in Kernat und Ruit auf. Nach dem Abitur absolvierte er bei der Deutschen Bank AG ein Praktikum und begann 2006 sein Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Hohenheim. Mit seinem Abschluss zum Bachelor of Science wechselte Bieg von 2009 bis 2012 als Werkstudent und Partnerassistent in die Wirtschaftsprüfung für den Bereich Healthcare bei KPMG. Dort war er in der Abschlussprüfung von Einrichtungen des Gesundheitswesens jeglicher Trägerschaft und Rechtsform sowie in Beratungsprojekten tätig. Zeitgleich begann er 2010 an der Universität Hohenheim sein Masterstudium des Managements, welches er 2012 mit Prädikatsexamen abschloss.

Im Oktober 2012 kam Alexander Bieg zur MEDIVERBUND AG, bei der er als Projektleiter die HZV-Verträge der IKK Classic, des BKK-Verbundes, der SVLFG, der Bosch BKK/VAG BKK und der Ersatzkassen betreut. Darüber hinaus ist er für die Qualitätssicherung und Fortbildung der 73c-Verträge verantwortlich. ■■

Vertragsabteilung

**Ivona
Büttner-Kröber...**

... wurde 1976 geboren und wuchs zunächst in Schwalmstadt in Nordhessen und später in Lörrach auf. Dort schloss sie 1996 ihre humanistische Schulausbildung mit dem Abitur ab. Anschließend absolvierte sie in Basel in einer börsennotierten Aktiengesellschaft ein Praktikum im Bereich Buchhaltung und begann 1997 ihr rechtswissenschaftliches Studium an der Justus-Liebig-Universität in Gießen.

Nach erfolgreichem Abschluss ihres Studiums nahm sie 2004 ihr Rechtsreferendariat am Landgericht Karlsruhe auf, das sie im Oktober 2006 mit Erfolg abschloss. Bis Juli 2007 befand sich die Juristin in Elternzeit und arbeitete dann freiberuflich in einer Tuttlinger Anwaltskanzlei. Von April 2008 bis September 2012 war sie als Rechtsanwältin in Stuttgart tätig. Ihre Aufgaben umfassten unter anderem die juristische Betreuung und Beratung von Unternehmen und Kliniken im Vertrags-, Wirtschafts-, Handels- und Gesellschaftsrecht.

Im Oktober 2012 kam Ivona Büttner-Kröber zur MEDIVERBUND AG. Dort ist sie der Vertragsabteilung und dem Justizariat zugeordnet und als Projektleiterin für den PNP-Vertrag nach § 73c SGB V zuständig. ■■

IT-Abteilung

**Benjamin
Brosi...**

... wurde 1988 in Heilbronn geboren. Nach dem Realschulabschluss besuchte er zunächst im Rahmen eines Orientierungsjahres eine Bibelschule mit unterschiedlichen Berufspraktika in Kornthal. Es folgten zwei Jahre Berufskolleg für Informations- und Kommunikationstechnologie in Heilbronn mit der Fachhochschulreife als Abschluss.

Anschließend studierte Brosi von 2007 bis 2010 Wirtschaftsinformatik an der Fachhochschule in Reutlingen. In dieser Zeit konnte er bereits erste Erfahrungen in der Softwareentwicklung bei der Novatec GmbH sammeln.

Dem Studium in Reutlingen folgte direkt im Anschluss ein Masterstudium an der Universität Bamberg im Fach Wirtschaftspädagogik mit Schwerpunkt Wirtschaftsinformatik. Im Rahmen seiner Masterthesis beschäftigte sich der gebürtige Heilbronner verstärkt mit dem Bereich Webentwicklung.

Seit Oktober 2012 arbeitet Benjamin Brosi bei der MEDIVERBUND AG in der IT-Abteilung. Dort unterstützt er die Entwicklung von Softwarelösungen in unterschiedlichen Bereichen. ■■



»In diese Praxis gehe ich nie wieder!«

Haben Sie sich in letzter Zeit einmal gegoogelt? Nein? Das sollten Sie bei Gelegenheit nachholen. Vielleicht steht in einem Arztbewertungsportal, dass Sie der netteste und kompetenteste Arzt sind, den man sich vorstellen kann. Vielleicht aber auch das Gegenteil. Und dann?

Kritik kann bekanntlich kränkend sein, auch wenn sie sachlich vorgebracht wird. Aber wer sich angesichts von Kritik in einem Arztbewertungsportal schmolend zurückzieht, hat schon verloren. Bewertungsportale sind als Marketinginstrumente einfach zu wichtig geworden. Wer auf der Suche nach einem neuen Arzt ist, recherchiert im Internet. Und eine oder gar mehrere schlechte Bewertungen sprechen nicht für die Praxis.

Die **MEDITIMES** hat Textbeispiele aus verschiedenen Arztbewertungsportalen gesammelt. Sie haben keinen Bezug zu den im Text erwähnten Ärzten, sondern sollen lediglich die Bandbreite von Bewertungen verdeutlichen. Teilweise enthalten sie Rechtschreibfehler und belei-

digende Ausdrücke. Sie wurden trotzdem wörtlich übernommen, um auf den Ton in Portalen hinzuweisen.

Positive Bewertungen

- Sehr guter und erfahrener Arzt.
- Freundlicher Arzt mit viel Lebenserfahrung, der auch weiß, was es bedeutet, krank zu sein, da er selbst heftiger erkrankt war.
- Seit über 30 Jahren ist XY unser begleitender Hausarzt und hat noch niemals eine falsche Diagnose gestellt. Meine Frau und ich vertrauen ihm und sind ihm für diese lange Begleitung dankbar.
- Der Besuch beim Hautarzt hat eigentlich sogar Spaß gemacht...

Positive Bewertungen sind Balsam für die Arztseele. Damit auch die Seelen der Angestellten etwas davon haben, sollte man die Texte an sie weitergeben und sie grundsätzlich als Resultat gelungener Teamarbeit betrachten.

Aber wie geht man am besten mit kritischen Bewertungen um? Der Rottenburger Allgemeinmediziner Anton Beck erarbeitete in der Sektion Qualitätsförderung der DEGAM einen Vorschlag dafür. Wichtig im Fall der Fälle ist für ihn eine gewisse Gelassenheit, auch wenn das angesichts ungerechter Kritik nicht immer leicht fällt. Man sollte sich von der eigenen Betroffenheit distanzieren und die Kritik genau anschauen. Beck unterscheidet zwischen Meinungsäußerung, Tatsachenbehauptung und Beleidigung.

Ignorieren sollte man kritische Einträge nicht, es empfiehlt sich eine schnelle Reaktion. Konkret schlägt Beck vor, eine Teambesprechung einzuberufen, um die Kritik einzusortieren. Um welchen Patienten handelt es sich? Was genau ist vorgefallen? Ist die Kritik berechtigt, wird man überlegen, wie man Ähnliches künftig vermeiden kann. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass jemand regelmäßig prüft, ob es neue Bewertungen der Praxis gibt.

Meinungsäußerungen

- Sehr enttäuscht verließ ich die Praxis. So hatte bisher noch kein Arzt mit mir gesprochen. (...) Gesamtnote 6,0.
- Gesamtes Team überlastet und unfreundlich.
- Die fachliche Kompetenz von XY stelle ich nicht in Abrede, aber bedaure den Mangel an Empathie und Höflichkeit.

Das Grundgesetz schützt das Recht auf freie Meinungsäußerung. Im sogenannten Spickmich-Urteil (Az.: VI ZR 196/08) wurde der Grundsatz bekräftigt, dass auch anonym verfasste Lehrerbewertungen im Internet mit Namensnennung grundsätzlich zulässig sind, wenn keine schutzwürdigen Interessen der Betroffenen entgegenstehen. Ein ähnliches Urteil gibt es für Arztbewertungsportale (Az.: 16 U 125/11). Rechtliche Schritte wird man deshalb dagegen normalerweise

nicht unternehmen können. Über diesen Grundsatz ist auch Dr. Josef Pilz gestolpert. „Wie kann es sein“, fragt der Münchner Dermatologe, „dass fünf unzufriedene Patienten meine Bewertung

sich nicht nur durch übliche Anzeigen. Das Portal verkauft Ärzten auch solche Platzierungen im Rahmen von Premium-Mitgliedschaften. Dabei gibt es Silber-, Gold- und Platinpakete zu monatlichen

zen klagte, hat mich die Ärztin nicht untersucht, nicht mal in den Hals geschaut.

- Hat keine Untersuchung durchgeführt, lediglich Röntgenbilder gefertigt. Redet nur über sein Budget und seine Probleme mit der gesetzlichen Kasse.
- Ich war jahrelang dort in Behandlung aber mit fatalen Folgen. Jetzt habe ich mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung zu kämpfen, die schon viel früher hätte erkannt werden müssen. Auch meine derzeitigen Ärzte schütteln nur unverständig dem Kopf über ihren „Kollegen“.

Kritische Einträge

sollte man nicht ignorieren

beeinträchtigen, wenn ich in diesem Zeitraum 12.000 behandelt habe?“ Darüber hinaus ärgert ihn, dass hier Bewertungsportale unter dem Siegel der Meinungsfreiheit ein für sie lukratives Geschäftsmodell aufgebaut haben. „Der neutrale Eindruck täuscht“, findet er.

Pilz hatte vor Jahren festgestellt, dass auf dem Portal Jameda neben seinem Eintrag die Empfehlungen anderer Ärzte auftauchen. „Das wirkte so, als wären die anderen besser.“ Jameda finanziert

Preisen von 55 bis 135 Euro. Pilz ging dagegen vor. Inzwischen müssen diese Bannerwerbungen als Anzeigen gekennzeichnet werden. „Das war ein mühseliger Kampf, für den ich die Unterstützung der Bayerischen Landesärztekammer und der Wettbewerbszentrale benötigte“, erinnert sich der Vize von MEDI Bayern.

Tatsachenbehauptungen

- Ich kam mit einer schweren Erkältung zu Dr. XY. Obwohl ich über Halsschmer-

Wenn solche Schilderungen nicht der Wirklichkeit entsprechen, sollte man das Portal unter Darstellung des tatsächlichen Sachverhaltes auffordern, die falsche Tatsachenbehauptung oder den ganzen Beurteilungstext zu streichen. „Bei seriösen Portalen ist das unproblematisch“, weiß Beck. Wenn das nicht

Fortsetzung Seite 36

Fortsetzung

»In diese Praxis gehe ich nie wieder!«

funktioniert, ist ein Kommentar mit einer Gegendarstellung des Arztes sinnvoll.

Juristische Schritte sind ebenfalls möglich. Aber will man das? Für Beck ist es wesentlich, die Aussicht auf Erfolg richtig einzuschätzen. Letztlich muss der bewertete Arzt beweisen, dass die Tatsachenbehauptung falsch ist. Im Einzelfall könnte sogar eine gutachterliche Stellungnahme über die falsche Tatsachenbehauptung nötig werden – möglicherweise eine teure Angelegenheit.

Meistens sind Tatsachenbehauptungen und Meinungsäußerungen miteinander verknüpft. Dann entscheidet das Gericht Becks Einschätzung nach in der Regel nach dem Gesamtbild. Falls das Gericht zu der Ansicht gelangt, dass die Tatsachenbehauptung zu vernachlässigen ist, bleibt die Bewertung als überwiegende Meinungsäußerung stehen.

Schmähkritik oder Beleidigung

- Ein dummes A... in weiss, der falsche Diagnosen stellt, leichtfertig Medikamente verschreibt und den Patienten eh für verrückt hält und Patienten ihre Neuroleptikadosis selbst aussuchen lässt!
- Sackdoof und verlogen.
- Für mich ist Herr XY der größte Halsabschneider.
- Selten einen so inkompetenten, geldgeilen Arzt erlebt.

Normalerweise liest man so etwas nicht auf Arztbewertungsportalen. Schon aus Eigeninteresse der Betreiber werden solche Kommentare redaktionell entfernt, da



Dr. Josef Pilz

Der Facharzt für Dermatologie betreibt in München eine große Praxis (www.haut-pilz.de) und engagiert sich in der Berufspolitik. Er ist

- stellvertretender Vorsitzender der Münchner Dermatologen
- Regionaler Vorstandsbeauftragter der KV Bayerns für München Stadt und Land
- Vorstand des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen in Bayern
- Schriftführer von MEDI Deutschland
- Pressesprecher von MEDI Bayern

Auch öffentliche Auftritte scheut Pilz nicht. Neben Fortbildungsveranstaltungen zu dermatologischen Themen nimmt er auch an Podiumsveranstaltungen teil. Einer seiner Kernsätze bei der KV-Wahl: „Schluss mit der Verunglimpfung von uns Ärzten durch Politik und Medien“.

die Haftung bei Beleidigung auch auf den Betreiber übergeht. Aber auch diese Zitate stammen aus dem Web.

Beck empfiehlt in solchen Fällen eine umgehende Kontaktaufnahme mit dem Betreiber, bei dem man eine sofortige Löschung verlangen sollte. Als Beweis erstellt man am besten einen Screenshot (Bildschirm-Kopie). Auch einen Rechtsanwalt kann man bei Beleidigungen einschalten.

Marketinginstrumente?

Grundsätzlich empfehlen Pilz und Beck die Bewertungsportale auch aktiv für kurze Kommentare zu nutzen. Die Möglichkeit dafür gibt es auf vielen Portalen im Anschluss an die Bewertung. Für Lob kann man sich nett im Namen des



Anton J. Beck

„Hausarztpraxis mit Herz und Verstand“ heißt es auf der Homepage des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin. Das Praxislogo stellt eine Sonne mit einem Herzen darin dar. Die Praxis liegt in Rottenburg und fungiert als Akademische Lehrpraxis der TU München. Zudem engagiert sich Beck in der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin), u.a. in der Sektion Qualitätsförderung.

Teams bedanken. In manchen Fällen wird man sogar Kritik benutzen können, um eine positive Wirkung zu erzielen. z.B. kann man auf organisatorische Veränderungen in der Praxis hinweisen: „Um in Zukunft mehr Zeit für... zu haben, gibt es ab sofort bei uns eine XY-Sondersprechstunde“. Auch bei kritischen bis unfairen Äußerungen kann eine charmante Kommentierung manchmal „Druck herausnehmen“ und einen Tatbestand in ein anderes Licht rücken. Wichtig ist allerdings eine sorgfältige und sachliche Wortwahl und die Berücksichtigung der Schweigepflicht.

Damit nicht immer nur die unzufriedenen Patienten Dampf ablassen, finden es die beiden Ärzte auch vernünftig, Patienten aktiv zur Bewertung zu animieren. Nicht in dem Stil, jemanden aus dem Bekanntenkreis um eine Gefälligkeitsbewertung zu bitten. Aber man darf seine Patienten offen darauf hinweisen, dass man sich über ein Feedback zur Praxistätigkeit freut – persönlich oder in Bewertungsportalen.

Ruth Auschra



Wie finde ich die richtige Mitarbeiterin?

Das ist nicht immer einfach! Nicht nur, weil in manchen Gegenden ein Mangel an medizinischen Fachangestellten herrscht. Auch richtig suchen will gelernt sein.

Wer eine neue Mitarbeiterin sucht, sollte sich zunächst darüber klar werden, welche Aufgaben sie übernehmen und welche fachlichen Qualifikationen sie nachweisen sollte. Würde die Neue das Qualitätsmanagement (QM) betreuen? Oder wird sie am Empfang benötigt? Im Idealfall sind die Stellenprofile in einer Praxis laut Heike Rösch vom Verband der medizinischen Fachberufe bereits im Rahmen des QMs festgelegt.

„Bevor der Praxisinhaber jedoch nach Klärung dieser Fragen eine neue Kraft sucht, sollte er sich erst einmal in seinem Team umschauen. Vielleicht könnte eine seiner Angestellten die Aufgaben übernehmen“, rät Personal- und Praxistrainerin Caroline Beil. Denn nach ihrer Erfahrung wird die Föhler Praxisbelegschaft bei der Suche nach einer neuen Fachkraft viel zu oft übergangen. „Das ist schade, denn so gehen unter Umständen Entwicklungspotenzial und Motivation verloren“, sagt sie.

Die gute Anzeige

Sie erfordert einiges an Sorgfalt. „Mit jeder Anzeige sendet man eine Botschaft“, erklärt Beil. Deswegen ist eine gute Anzeige auch ein Marketinginstrument, das die Stärken der neuen Arbeitsstelle, wie beispielsweise zeitliche Flexibilität, hervorhebt. Außerdem zeigt sie der Suchenden, was ihre Mitarbeit wert ist. Eine kompetente Mitarbeiterin wird sich kaum auf einen Einzeiler in einem kostenlosen Anzeigenblatt bewerben. „In einer guten Anzeige kommt das Stellenprofil klar rüber“, so Rösch. Wer schlicht eine „freundliche, nette und kompetente Fachkraft“ sucht, muss unter Umständen lange auf interessante Bewerberinnen warten. „Unserer Erfahrung nach reagieren gerade kompetente und erfahrene Praxiskräfte nicht auf solche Anzeigen“, weiß sie.

Der Praxischef muss sich auch überlegen, wo er seine Anzeige am besten platziert. „Beruhend auf der Stellenanalyse sollte er recherchieren, über welche

Zeitung und welches Medium er diese Mitarbeiterin am besten erreicht,“ rät Praxistrainerin Beil. Neben der Lokalzeitung kommen auch überregionale Zeitungen infrage.

Außer der klassischen Anzeige gibt es weitere Möglichkeiten: Etwa ein Hinweis auf der Praxishomepage, auf der Homepage des Berufsverbands, via facebook oder auf einschlägigen Internetseiten (siehe unten). Lohnen könnten sich auch ein Aushang in Berufsschulen, die Arbeitsagentur und nicht zuletzt das gute alte Buschtrommeln.

Die Bewerbungen

Flattern dann die ersten Bewerbungen ins Haus, müssen sie genau unter die Lupe genommen werden: Wie sehen die Unterlagen aus? Haben sie Rechtschreibfehler? Sind sie vollständig oder weisen sie inhaltliche Lücken auf, wie etwa nicht näher erklärte zeitliche Vakanzen im Lebenslauf? „Außerdem müssen die Qualifikationen mit dem gesuchten Profil übereinstimmen“, sagt Beil, „und ein realistischer Blick auf die Zeugnisse ist unverzichtbar.“ Denn nicht selten gibt es Gefälligkeitszeugnisse, die mit der tatsächlichen Kompetenz der Bewerberin nicht ganz übereinstimmen.

Beim Bewerbungsgespräch sollte klar sein, was abgefragt werden muss. Caroline Beil rät hier zu situationsbedingten Szenarien, wie etwa: „An der Rezeption stehen drei Patienten, das Telefon klingelt und der Arzt kommt. Was machen Sie zuerst?“ Daran kann der Praxischef erkennen, ob die Bewerberin lösungsorientiert denkt und Prioritäten setzen kann.

Wer seine neue Kraft gefunden hat, sollte einen schriftlichen Arbeitsvertrag abschließen und zumindest Tariflohn bezahlen – das schützt Arbeitgeber wie Arbeitnehmer. „Gute Arbeitskräfte sehen sich schnell nach etwas anderem um, wenn sie nicht angemessen bezahlt werden“, mahnt Heike Rösch. Und dann geht das Suchkarussell von vorne los... ■

Diana Niedernhöfer

→ Internetadressen für Praxisinhaber:

www.medi-jobs.de

www.kimeta.de

www.meinestadt.de

So bringen Lob und Kritik Ihr Team voran

Richtig eingesetzt können Lob und Tadel effektive Motivationsmittel sein, die dem Praxischef soziale Kompetenz und Führungsqualität bescheinigen. Falsch eingesetzt können sie sich in scharfe Waffen verwandeln.

Und das gilt für die Kritik noch mehr als für das Lob. „Beides zielt direkt auf die Persönlichkeit des Angesprochenen“, weiß Caroline Beil, Personal- und Praxistrainerin aus Föhr. Deswegen müssen Lob und Kritik richtig kommuniziert werden, damit niemand verletzt oder demotiviert wird.

Das Lob

„Lob ist das einfachste und günstigste Führungs- und Motivationsinstrument, das Mitarbeiter noch mehr schätzen als finanzielle Zuwendungen“, sagt Beil. Das alte Motto „solange Sie nichts hören, ist alles in Ordnung“ ist nicht mehr zeitgemäß.

„Lob sollte immer situationsbezogen erfolgen, z.B. wenn eine Mitarbeiterin ihre Aufgabe gut erledigt hat“, so Beil. Natürlich spricht nichts dagegen, dem ganzen Team nach einem harten Tag oder einer anstrengenden Woche ein anerkennendes „das habt ihr gut gemacht“ zu bescheinigen. Aber zum pauschalen Ritual sollte das Lob nicht werden. „Dann ist es bald nichts mehr wert“, warnt die Expertin.

Loben sollte der Chef grundsätzlich alle Mitarbeiterinnen und nicht nur seine Spitzenkraft! Denn jede hat ihre Stärken. Das trifft auch auf eine Kollegin zu, die



auf den ersten Blick nicht so produktiv zu sein scheint. „Stärken zu finden und hervorzuheben ist die hohe Kunst der Personalführung“, weiß Caroline Beil.

Auf der anderen Seite sollte der Praxisinhaber seine Lieblingskraft nicht ständig vor den anderen loben, etwa weil er die anderen damit zu besseren Leistungen anspornen will. „Das führt eher dazu, dass die Kolleginnen missgünstig werden und die andere eventuell mobben“, warnt die Trainerin. Außerdem könnten junge Mitarbeiterinnen das Gefühl bekommen, nie so gut werden zu können wie die Topkraft und ihre Motivation verlieren. Deswegen sollte das Lob eher im Vieraugengespräch stattfinden und nur zwischendurch vor

dem Team. Das stärkt die Stellung der gelobten Mitarbeiterin ohne die anderen klein zu machen.

Die Kritik

Mit Kritik sollte ein Arbeitgeber grundsätzlich umsichtig sein, denn falsch eingesetzt macht sie das Gegenüber klein, trotzig und demotiviert. „Richtig eingesetzt ist Tadel ein gutes Mittel, um Arbeitsabläufe in der Praxis zu optimieren“, so Beil. Die Mitarbeiterin muss aber in jedem Fall ihr Gesicht wahren können. Deswegen darf Kritik nie in generalisierter Form eingesetzt werden. Sätze wie „immer machen Sie ... falsch“ oder „nie achten Sie auf...“ sind schlecht. Wie das Lob sollte auch der Tadel situationsbezogen sein. „Zudem sollte man nie persönlich werden, sondern immer auf der fachlich-sachlichen Ebene bleiben“, rät Beil.

Am besten kommt Kritik in der „Ich-Botschaft“ an. Beispiel: „Mir ist aufgefallen, dass Sie sich bei Herrn Müller heute im Ton vergriffen haben. Das sollte nicht mehr vorkommen. Besser wäre ...“ Ändert sich auf Dauer nichts, sollten Chef und Mitarbeiterin in einem gemeinsamen Gespräch nach Lösungen suchen oder fachliche Hilfe in Anspruch nehmen, etwa ein Verhaltenscoaching oder ein Mentoring.

Natürlich gibt es auch Vorgänge, die alle im Team „verbockt“ haben und die in einer Teambesprechung geklärt werden müssen. Geht es jedoch um Kritik an einer Einzelperson, sollte diese, anders als beim Lob, nie in einer Teambesprechung stattfinden! Denn dadurch verliert die Kritisierte ihr Gesicht, die Kritik schwächt ihre Stellung im Team und macht sie angreifbar. Ein weiteres No-Go: Mitarbeiterinnen vor Patienten zu tadeln. „So etwas kommt bei den Patienten schlecht an und einige wechseln deswegen auch schon mal die Praxis“, weiß Beil. Stattdessen sollte der Chef lieber den passenden Moment abwarten und ein Vieraugengespräch führen. „Und davor tief durchatmen! Das beruhigt und führt dazu, dass man besser auf der fachlich-sachlichen Ebene bleibt.“ ■■■

Diana Niedernhöfer

