

Orthopäden

Gastroenterologen

Neurologen

Hausärzte

Pädiater

Psychotherapeuten

Psychiater

Chirurgen

Kardiologen

MEDI bringt neue Facharztverträge auf den Weg

Schwangere Mitarbeiterinnen in der Praxis

Für sie gelten strenge Regeln, die im Praxisalltag befolgt werden müssen. Die **MEDITIMES** erklärt, was Arbeitgeber wissen sollten und was das Mutterschutzgesetz festlegt.

Hausarzt-EBM: Das kommt auf Sie zu

Rechtzeitig zum Start am 1. Oktober konnten MEDI Mitglieder im Südwesten die Neuerungen und Auswirkungen kennenlernen. Die Alternative? Rein in die HZV!

Baumgärtner: Das erwarten wir von der neuen Regierung

Feste Preise, weniger Bürokratie und Kostenerstattung für Ärzte sind die „Klassiker“. Nun sieht der MEDI GENO Chef die Politik auch bei den Hausarzt- und Facharztverträgen in der Pflicht.

Unsere Facharztverträge sind eine Erfolgsstory

Liebe Leserin, lieber Leser,

Bundestagswahl, EBM-Reform, Zukunft der Haus- und Facharztverträge: Es sind turbulente Tage, in denen entscheidende Weichenstellungen stattfinden. Im April dieses Jahres habe ich den Vorstandsposten bei der MEDIVERBUND AG übernommen. Auch hier gilt es, die richtigen Entscheidungen für weitere Weichenstellungen zu treffen, damit unsere AG als Wirtschaftsunternehmen Ihren Praxen spürbare Mehrwerte bringt und wir uns zusammen mit dem Verein und dessen Lobbyarbeit in der gesundheitspolitischen Landschaft behaupten können.

Von den verschiedenen politischen Strömungen wollen wir unabhängig bleiben. Deshalb spielt auch das Ergebnis der Bundestagswahl für uns nicht die alles entscheidende Rolle. Egal wie sich die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung und die Rahmenbedingungen in der Regelversorgung nach der Wahl entwickeln mögen, werden wir immer Mittel und Wege finden, attraktive Dienstleistungsangebote für unsere Mitglieder zu gestalten.

Das zeigt unser derzeitiges Leistungsspektrum, das vom Markt für An- und Verkäufe von Praxen, über den Praxis- und Sprechstundenbedarf bis hin zu den Haus- und Facharztverträgen reicht, um hier nur mal die Big Points zu nennen. Weitere wichtige Projekte sind in der Entwicklung. Unsere Mitarbeiter sind motiviert und vertreten konsequent bis ins Detail die Interessen unserer Mitglieder. Dieser „Spirit“ wird bei uns immer Leitbild bleiben.

Gerade die Facharztverträge in Baden-Württemberg sind ganz klar eine Erfolgsstory. Hier wurden feste Vergütungen ohne Mengenbegrenzungen und Kalkulierbarkeit der Einnahmen durch Langfristigkeit der Verträge Realität. Das Projekt ist durch den Orthopädievertrag für mehr als 1.000 Orthopäden und Chirurgen entscheidend weiterentwickelt worden.

Wir haben eine Abfrage bei weiteren Fachgruppen durchgeführt, für die noch kein Facharztvertrag besteht und werden nun die Prioritäten für das weitere Vorgehen festlegen. Am Ende soll das gesamte fachärztliche Spektrum über Selektivverträge abgedeckt sein, denn schlüssige Versorgungskonzepte entstehen nur in der Ergänzung von Hausarztverträgen durch Facharztverträge.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

Ass. jur. Frank Hofmann

Vorstand der MEDIVERBUND AG



TITEL

- 10 **Sicherer kalkulieren, intensiver kommunizieren, besser therapieren**
- 15 NACHGEFRAGT BEI JENS OFFENHÄUSSER, PROJEKTMANAGER FACHARZTVERTRÄGE
»Je eher wir das Quorum erreichen, umso schneller startet der Vertrag«

DIALOG

- 6 »Wir brauchen faire Rahmenbedingungen und keine Kriminalisierung«
- 7 Die 6 Forderungen an die neue Bundesregierung
- 8 Unterstützung auf Bundesebene

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 16 HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN:
»Wann tritt ein Härtefall bei der Bereinigung in Facharztverträgen ein?«

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 18 Die Mappe, die Leben retten kann



GESUNDHEITSPOLITIK

- 20 Hausarzt-EBM: MEDI leistet praktische Hilfestellung
- 22 KBV beschließt Nachbesserungen und droht mit Aussetzung
- 23 Bittmann wird neuer Vize von MEDI GENO
- 24 MENSCHEN BEI MEDI – Dr. Ralf Schneider
Hausarzt in Alzey und Vorstandsvorsitzender von MEDI Südwest
- 26 Konsens bei GOÄ-Novelle in Aussicht
- 26 KBV muss sich für Selbstzahler-Medizin stark machen

ARZT & RECHT

- 27 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN:
»Wann kann ich den Behandlungsvertrag beenden?«

BUSINESS

- 28 Service mit System

PRAXISMANAGEMENT

- 32 Schwangere Angestellte brauchen besonderen Schutz
- 33 IMPRESSUM



PRAXISTEAM

- 34 Zoff im Team bremst alle aus



»Wir brauchen faire Rahmenbedingungen und keine Kriminalisierung«

Deutschland hat gewählt. Aber was bedeutet das Wahlergebnis für den Dachverband MEDI GENO Deutschland und für die Hausarzt- und Facharztverträge, insbesondere auch in Baden-Württemberg? Darüber sprach Angelina Schütz mit dem Vorstandsvorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, wie zufrieden sind Sie mit dem Wahlergebnis?

Baumgärtner: Für mich persönlich ist es ein gutes Ergebnis, wobei ich mir bei allen Problemen mit der FDP schon ge-

wünscht hätte, dass sie den Einzug in den Bundestag geschafft hätte. Ich gehe von einer großen Koalition aus, mit der wir theoretisch gut leben können. Dennoch müssen wir nach den Erfahrungen der letzten vier Jahre zurückhaltend

bleiben. Die Bürgerversicherung wird in dieser Konstellation nicht kommen, die Weiterentwicklung der Hausarztverträge erscheint möglich, ob wir Verbesserungen bei den Facharztverträgen und bei der Bereinigung erreichen, bleibt noch offen.

MEDITIMES: Im Gegensatz zur letzten Bundestagswahl hat sich MEDI dieses Mal komplett aus dem Wahlkampf herausgehalten...

Baumgärtner: Mit Absicht! Wir haben vor der Wahl eine Umfrage bei unseren Mitgliedern in Baden-Württemberg durchgeführt. Zwei Drittel wollten keine Wahlkampfaktivitäten und genauso viele auch keine regionalen Veranstaltungen mit Politikern. Die Kolleginnen und Kollegen haben eben die letzten vier Jahre miterlebt, was aus unserer Unterstützung für schwarz-gelb damals geworden ist: Die FDP hatte in Baden-Württemberg fast 18% der Stimmen bekommen und später wohl vergessen, wer sie gewählt hat.

Die Politik der Gesundheitsminister Rösler und Bahr war für die freiberuflichen Praxen eine herbe Enttäuschung!

MEDITIMES: Worauf dürfen sich die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nun einstellen?

Baumgärtner: Wir werden weiter für feste und angemessene Preise für unsere Arbeit und für weniger Bürokratie kämpfen müssen. Im Falle einer großen Koalition würde die PKV bleiben, falls sie sich nicht weiter selbst abschaffen sollte.

MEDITIMES: Und was bedeutet der Wahlausgang für die weitere Zukunft der Hausarzt- und Facharztverträge?

Im Wettbewerb brauchen wir unsere politische Organisation und die MEDIVERBUND AG

Baumgärtner: Auch das ist noch offen. Je nach Koalition werden die politisch Verantwortlichen die kritischen Teile dieser Verträge, also die Refinanzierung (Absatz 5a in § 73b SGB V), die Verpflichtung der Kassen für die Verträge und das Thema Bereinigung so belassen oder verändern. In welchem Sinne, wird auch davon abhängen, wie erfolgreich wir in Baden-Württemberg die Hausarztverträge und insbesondere auch die Facharztverträge weiterentwickeln. Da setze ich aktuell sehr auf die Orthopäden und die Kinderärzte.

Wir haben ja vor der Bundestagswahl gemeinsam mit unseren Vertragspartnern AOK und Hausärzterverband in Baden-Württemberg deutlich gemacht, was wir von der neuen Regierung erwarten: Wir brauchen flächendeckend die richtigen strukturellen Voraussetzungen, um die Patientenversorgung zu verbessern. Dazu muss die Regierung Investitionshemmnisse abbauen und mehr Wettbewerbselemente einführen, die sich positiv auf Qualität und Nachhaltigkeit der Finanzierung auswirken. Wir haben dazu mit den

beiden anderen Partnern ein politisches Positionspapier mit sechs Kernforderungen ausgearbeitet. Diese haben wir vor der Wahl bei einer Pressekonferenz in Berlin vorgestellt (*siehe Kasten*).

MEDITIMES: Wie war Ihr persönlicher Eindruck dort?


Baumgärtner: Die Vertreter der allgemeinen Presse verstehen noch nicht so richtig, was wir geleistet haben, wo die Vorteile liegen und was wir an Verbesserungen brauchen. Die Fachpresse berichtet neutral bis positiv über unsere Verträge, manchmal auch vorsichtig-abwartend.

MEDITIMES: MEDI arbeitet ja auch an anderen Projekten, die den Praxen einen Mehrwert bringen. Setzen Sie dabei auf die Unterstützung aus der Politik?

Baumgärtner: Wir brauchen faire Rahmenbedingungen und keine Kriminalisierung von Ärztenetzen oder Genossenschaften, die wirtschaftlich aktiv sind. Hier sind die politisch Verantwortlichen, aber auch unsere Vertreter in den Körperschaften, auf einem falschen Weg gegen die freiberufliche Ärzteschaft. Wir brauchen auch mehr Unterstützung von unseren Mitgliedern. Sie müssen verstehen, dass wir neben unserer politischen Organisation, dem Verein, auch eine eigene Managementgesellschaft, die MEDIVERBUND AG, brauchen. Sonst ziehen wir im Wettbewerb gegen die Krankenhausträger und Kapitalgesellschaften immer den Kürzeren. Der Verein gibt die politische Richtung vor und bestimmt die Unternehmensphilosophie der AG.

Die 6 Forderungen an die neue Bundesregierung

Vor fünf Jahren haben die Hausarzt- und Facharztverträge von AOK, HÄV und MEDI in Baden-Württemberg einen Prozess in Gang gesetzt, der heute für fast 1,2 Millionen Menschen nachweislich eine bessere Versorgung bringt und Niedergelassenen einen Weg aus dem Kollektivvertragssystem zeigt. Die Partner sind sich einig: Die Zeit der Skepsis gegenüber Innovationen im Gesundheitswesen ist vorbei. Deswegen haben sie ihre Forderungen an die neue Bundesregierung unter dem Motto „Qualitätswettbewerb braucht Freiräume für Innovationen“ in einem gemeinsamen Positionspapier konsentiert:

1. Wegfall der Refinanzierungsklausel in § 73b SGB V
2. Hausarztverträge müssen Krankenkassenpflicht bleiben
3. Facharztverträge nach § 73c SGB V müssen Pflicht für Krankenkassen werden
4. Bürokratiearme, rechtssichere Bereinigung direkt durch den Gesetzgeber
5. Keine gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträge im Kollektivvertrag mehr
6. Stärkung des Qualitätswettbewerbs durch weitere Optionen für Selektivverträge 

→ Das komplette Positionspapier mit den Erläuterungen zu den einzelnen Punkten finden Sie auf www.medi-verbund.de

Fortsetzung Seite 8



Bei der Pressekonferenz in Berlin stellten die Vertragspartner ihr gemeinsames Positionspapier vor. BVOU-Präsident Helmut Mälzer (rechts) unterstützte die Forderungen.

Fortsetzung

»Wir brauchen faire Rahmenbedingungen und keine Kriminalisierung«

Neue Pläne in Richtung Anti-Korruptionsgesetz werden wiederkommen

Nur in dieser Kombination können wir die Interessen unserer Mitglieder im politischen und ökonomischen Bereich besser vertreten.

MEDITIMES: Kurz vor der Wahl kam auch das umstrittene Anti-Korruptionsgesetz vom Tisch. Rechnen Sie damit, dass ähnliche Pläne wieder aus der Schublade geholt werden?

Baumgärtner: Das kommt wieder, leider. Schuld daran ist auch die wachswenige Position unserer Körperschaften, insbesondere die der Bundesärztekammer. Wir halten ein Sonderstrafrecht für Ärzte oder Gesundheitsberufe im SGB V oder im Strafgesetzbuch für absolut unnötig!

MEDITIMES: Welche Ärzteorganisationen und -kooperationen wären von einem solchen Gesetz betroffen?

Baumgärtner: Ärztenetze und Genossenschaften, die Gewinne aus ihren wirtschaftlichen Aktivitäten in irgendeiner Form an ihre Mitglieder weitergeben. Das konterkariert übrigens völlig den Netz- oder Genossenschaftsgedanken, denn beide sind in der Vergangenheit dafür gegründet worden, um gemeinsam stärker am Markt aufzutreten. In diesem Zusammenhang sollen die erwirtschafteten Gewinne selbstverständlich auch dazu dienen, dem Netz oder der Genossenschaft und damit auch den Mitgliedern wirtschaftliche Vorteile zu ermöglichen.

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

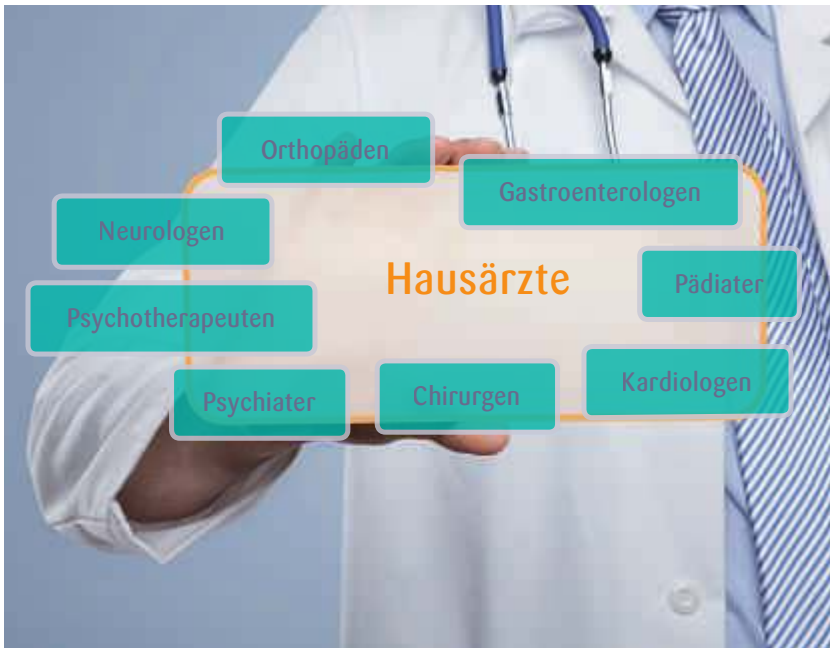
Unterstützung auf Bundesebene

Der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) unterstützen das Positionspapier und die Forderungen der Vertragspartner aus Baden-Württemberg. „Die Verträge im Südwesten sind eine Blaupause für echten Versorgungswettbewerb, der sich an den regionalen Erfordernissen und nicht an bundesweiten verkrusteten Vertragsstrukturen orientiert“, sagte BNC-Präsident Dr. Dieter Haack.

Und Helmut Mälzer, Präsident des BVOU, erklärte vor der Presse in Berlin: „Das Zusammenspiel von Hausarzt- und Facharztverträgen im Sinne einer flächendeckenden ambulanten Vollversorgung ist sinnvoll, weil der Patient durch die schnellere und gezielte Zuweisung zum Facharzt profitiert.“

Darüber hinaus hat sich auch die Allianz deutscher Ärzteverbände in einem eigenen politischen Positionspapier zur Wahl gegen die gegenwärtige Deckelung der Hausarztverträge nach § 73b SGB V und für ein geordnetes Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen ausgesprochen. ■■

as



Sicherer kalkulieren, intensiver kommunizieren, besser therapieren

Teilnehmer eines Erfahrungsaustausches in Heidelberg setzen voll auf die Selektivverträge. Auch die Zusammenarbeit im Alltag zwischen Haus- und Facharztpraxen sei bereits spürbar verbessert. Doch Zusammenspiel und Informationsaustausch könnten noch besser werden. Ärzte und Psychotherapeuten haben einige Vorschläge parat.

Versicherte, die sich in den Hausarztvertrag einschreiben, haben verstanden: Ihr Hausarzt kümmert sich ganz besonders um ihre medizinische Versorgung, indem er alle Behandlungsaspekte dokumentiert und koordiniert. Das zeigen Erfahrungen nach dem Wegfall der Praxisgebühr. HZV-Patienten seien weiterhin in die Praxis gekommen, um sich eine Überweisung zum Facharzt zu holen, berichtete Dr. Irina Wittmann, die zusammen mit ihrem Ehemann in einer Gemeinschaftspraxis arbeitet und von Anfang an an der HZV teilnimmt. „Dagegen betrei-

ben nicht eingeschriebene Patienten jetzt wieder mehr Doctor-Hopping“, schilderte die Hausärztin ihre Beobachtungen.

Geradezu typisch sei eine Patientin, die wegen anderer Beschwerden in die Praxis kam, und die zuvor mit ihren Rückenbeschwerden gleich drei Orthopäden direkt aufgesucht hatte. Einer der Kollegen verordnete Krankengymnastik und die beiden anderen Massagen. Zudem gaben alle drei Orthopäden, die nichts voneinander wussten, ein Rezept für ein Schmerzmittel mit.

Bei ihren HZV-Patienten habe sie der-

artiges noch nicht erlebt, berichtete Wittmann. „In der HZV ist die Arzt-Patienten-Bindung einfach sehr viel enger“, erklärte sie.

Vorteile für Arzt und Patienten

Für den Gastroenterologen Prof. Dr. Andreas Sieg bietet der Facharztvertrag „klare wirtschaftliche Vorteile, denn erstmals können wir endoskopische Leistungen kostendeckend in der angezeigten Qualität erbringen“, sagte Sieg. „Wir haben kalkulationssichere Grundlagen für die Erstversorgung unserer Patienten“. Und auch die Patienten hätten Vorteile, wenn sie sich einschreiben. „Als Gastroenterologen haben wir im Vertrag Leistungen, wie etwa die Kurznarkose, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt werden“, erläuterte Sieg. Diese Kosten müssten die Patienten normalerweise selbst tragen. Für Patienten im Facharztprogramm sei die Kurznarkose hingegen inklusive.

„In unserer Praxis empfehlen wir allen HZV-Patienten die Einschreibung in das Facharztprogramm“. Ein wesentlicher Vorteil für eingeschriebene Patienten sei auch die raschere Terminvergabe. „Ein gewisser Service für die hausärztlichen Kollegen und die Patienten gehört schließlich dazu“, meinte Sieg.

Patienten brauchen Führung

Dr. Albertus Arends, seit 2001 niedergelassen und nach eigenem Bekunden „Hausarzt mit Leib und Seele“, betont, „dass Patienten schon ein wenig Führung brauchen“ und in der HZV ihren Hausarzt als denjenigen anerkennen, „der sie auf dem Weg durch die medizinische Versorgung begleitet“, so Arends. „Die meiste Resonanz kommt von den chronisch Kranken und auch die älteren Patienten wollen gerne in das Hausarztprogramm“. Bei jüngeren Patienten bedürfe es mehr Überzeugungsarbeit. Oft helfe der Hinweis, dass Patienten im Haus- und Fach-

arztprogramm auch rasch einen Termin beim Facharzt bekommen. „Die zeitnahe Terminvergabe beim Facharzt funktioniert prima“, betonte Arends.

Ein großer Vorteil der HZV sei die pauschalierte und ungedeckelte Vergütung, die den Praxen sehr viel Abrechnungsbürokratie erspare. Und auch für die Patienten sei die HZV von Vorteil, da die Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten besser sei.

Mehr Therapieoptionen im PNP-Vertrag

Kürzere Wartezeiten, genauere Diagnostik, mehr Therapieangebote für individuellere Behandlung, so können die Vorteile für die Patienten umrissen werden. Auch für Psychiater und Psychotherapeuten lohnt sich der Facharztvertrag, betonte Dr. Thomas Hug. „Wir sind nicht mehr gedeckelt und können wirtschaftlich für die Praxis arbeiten“, sagte Hug, der seit 1999 in Heidelberg niedergelassen ist und zusammen mit seiner Frau und zwei angestellten Fachärzten in einer Gemeinschaftspraxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie arbeitet. „Wenn wir Patienten in den Facharztvertrag einschreiben, sagen wir ihnen ganz ehrlich, dass sich dadurch auch die wirtschaftliche Situation unserer Praxis verbessert“, berichtete Hug. „Das sind offene Worte und die Patienten akzeptieren das“.

„Es macht wieder Spaß Arzt zu sein“, sagte Hug mit Blick auf die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen in den Haus- und Facharztprogrammen. „Wir können die Patienten so versorgen, wie wir das nach unserem ärztlichen Wissen gerne möchten. Und müssen nicht gleichzeitig daran denken, wie wir das

Erweitertes Therapieangebot im PNP-Vertrag - Modul Psychotherapie

- Biofeedback
- Elektromyografie (EMG)
- Eye-Movement Desensitization and Reprocessing" (EMDR)
- Gruppenbehandlung ohne Antrags/Gutachterverfahren (außer Psychoanalyse)
- Hypnotherapie
- Interpersonelle Psychotherapie (IPT)
- Systemische Therapie 

js

finanzieren. Dadurch sind wir freier in unserem Handeln und gegenüber unseren Patienten“, so Hug weiter.

Wichtig sei, dass es mehr Flexibilität gäbe durch Aufnahme von neueren Verfahren, die im KV-System nicht erstattet werden bzw. völlig unterfinanziert sind, z.B. Gruppentherapie erläuterte Hug. Eine solche Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten sei auch für Hausärzte interessant, die auf bestimmte Behandlungsmethoden für ihre Patienten fokussiert sind.

Er sei vor allem wegen des Psychotherapiemoduls im Facharztprogramm aus Rheinland-Pfalz nach Baden-Württemberg gewechselt, berichtete der Psychiater und Psychotherapeut Dr. Olaf Steinhäuser, der seit einem Jahr als angestellter

Fortsetzung Seite 12

In unserer Praxis empfehlen wir allen HZV-Patienten die Einschreibung in das Facharztprogramm

Andreas Sieg



Fortsetzung

**Sicherer kalkulieren,
intensiver kommunizieren,
besser therapieren**

Arzt in der Gemeinschaftspraxis Dres. Hug, Hug-Papperitz arbeitet. „Eine koordinierte und rasche Behandlung ist gerade in unserem Fachgebiet sehr wichtig. Denn wenn eine Störung erst einmal chronifiziert ist, benötigen wir sehr viel Zeit, um das wieder zu korrigieren“, begründete Steinhausen seine Entscheidung.

**Was lässt sich
noch verbessern?**

In den Praxen sei nicht immer bekannt, welche Kolleginnen und Kollegen in der Umgebung an den Selektivverträgen teilnehmen, berichtete Irina Wittmann. Zwar gebe es im Internet (www.medi-verbund.de) eine Vertragsarztsuche im Bereich „Ärzte“, doch schaue man während der



*„Eine koordinierte und rasche
Behandlung ist gerade in unserem
Fachgebiet sehr wichtig“*

Thomas Hug

Sprechstunde dort nicht immer nach, räumte sie ein. Wünschenswert sei daher eine regelmäßig aktualisierte Liste mit teilnehmenden Haus- und Fachärzten der näheren Umgebung.

Bessere Abstimmung bei Medikamen-

ten und mehr Einschreibungen: Gerade der Informationsfluss über Medikamente, die die Patienten aktuell einnehmen, könnte nach Ansicht von Prof. Sieg noch weiter verbessert werden. „Viele Patienten bringen bereits eine Liste mit Medikamenten mit, die sie einnehmen, sodass wir eventuelle Nebenwirkungen, die sich beispielsweise auf den Magen auswirken, erkennen können“, berichtete der Gastroenterologe. Diese Informationen aus der Zusammenarbeit mit den Hausärzten seien in den vergangenen Jahren zunehmend besser geworden. „Ganz hervorragend wäre es jedoch, wenn wir ein gemeinsames System mit einem zentralen Medikationsplan hätten“, erklärte Sieg.

Verbesserungsmöglichkeiten sieht auch Olaf Steinhausen, etwa bei der Einschreibung von Patienten. „Wenn noch mehr Patienten in den Hausarztvertrag eingeschrieben wären, könnten wir in vielen Fällen schneller mit der Behandlung beginnen“, so der Psychiater. Speziell an die Hausärzte äußerte er den Wunsch, Patienten mit einer Panikattacke, bei denen eine organische Beteiligung ausgeschlossen wurde, sofort zu überweisen. „Denn Panikattacken werden von alleine meist nicht besser“, betonte Steinhausen. Patienten, die nicht angemessen behan-

*„In der HZV ist die
Arzt-Patienten-Bindung
einfach sehr viel enger“*


Irina Wittmann



delt sind, „werden irgendwann mit dem Notarzt in die Klinik eingeliefert. Das sind Kosten, die man sich sparen kann“.

Regelmäßige Informationen

Sie habe immer mal wieder Patienten, die von sich aus den Wunsch äußern, am Hausarztprogramm teilzunehmen, weil sie davon gelesen oder gehört haben, berichtete Wittmann. Den jüngeren Patienten gehe es dabei meist um die Abend-sprechstunde, die ihre Praxis ausschließlich für HZV-Patienten eingerichtet habe. Um noch mehr Patienten für die Haus- und Facharztprogramme zu gewinnen, sollten die Krankenkassen nicht nur ihre Versicherten regelmäßig informieren, sondern auch den Praxen entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung stellen, empfahl die Hausärztin.

Konsens besteht auch darüber, dass in puncto gemeinsame Fortbildung noch Handlungsbedarf besteht. Angeregt wurden z.B. standardmäßig themenbezogene Qualitätszirkel, zu denen Haus- und Fachärzte zusammenkommen. 

Jürgen Stoschek

→ Alle Informationen zu den Hausarzt- und Facharztverträgen finden Sie unter www.medi-verbund.de im Bereich „Ärzte“.

Dort gelangen Sie auch zur „**Vertragsarztsuche**“.

NACHGEFRAGT BEI

Jens Offenhäuser

Projektmanager Facharztverträge



»Je eher wir das Quorum erreichen, umso schneller startet der Vertrag«

Nach der Unterzeichnung des Orthopädievertrags und des Beitritts des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) zum AOK-Hausarztvertrag Ende Juli hat die MEDIVERBUND AG landesweit Orthopäden, Chirurgen und Pädiatern Vertragsschulungen angeboten. Insbesondere der Orthopädievertrag nach § 73c SGB V, den MEDI, die Bosch BKK und die AOK in Baden-Württemberg mit dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und dem Berufsverband niedergelassener Chirurgen (BNC) ausgehandelt hat, weckt großes Interesse bei den Medizinern.

MEDITIMES: Herr Offenhäuser, wie gut wurden die Schulungen besucht?

Offenhäuser: Das Interesse der Praxen war von Beginn an sehr groß und wir waren überrascht, wie viele Anmeldungen wir bereits für unsere Schulungen während der Sommerferien hatten. Wir hatten teilweise Veranstaltungen, zu denen zwischen 20 und 40 Personen angemeldet waren, dann aber mehr als doppelt so viele Teilnehmer kamen! Wir haben alleine bis Mitte September 588 Mediziner und MFAs in elf Städten geschult. Bei den Pädiatern waren es 186 in sechs Städten.

MEDITIMES: Sobald ein Quorum von landesweit 200 Orthopäden erreicht ist, kann die Einschreibung der Patienten beginnen. Wann, denken Sie, wird das der Fall sein?

Offenhäuser: Wenn das Interesse weiter anhält, gehe ich davon aus, dass der Vertrag zum 1. Januar 2014 starten kann. Wir haben bis zum Redaktionsschluss der **MEDITIMES** 124 Teilnahmeerklärungen bekommen und rechnen damit, dass das Thema jetzt unter den Medizinern noch stärker kommuniziert wird. Bei den Kinder- und Jugendärzten haben die Schulungen erst Ende August begonnen.

MEDITIMES: Welche waren die häufigsten Fragen, Diskussionen oder Befürchtungen bei den Schulungen?

Offenhäuser: Die häufigsten Fragen betrafen den Bereich der praktischen Vertragsumsetzung, z.B. wie am Vertrag teilnehmende Versicherte korrekt identifiziert werden können. In diesem Fall unterstützt die Vertragssoftware den Arzt durch die sogenannte Teilnahmeprüfung und ermöglicht eine präzise, sofortige Zuordnung.

Viele Ärzte hatten außerdem Bedenken, ob es in ihrer direkten Umgebung ausreichend Versicherte gibt, die sich in den Vertrag einschreiben. Da wir aber in Baden-Württemberg mittlerweile rund 1,2 Millionen AOK-Versicherte haben, die an der HZV teilnehmen, konnten wir diese Bedenken leicht zerstreuen. Auch die Frage, wie viele Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft am Vertrag teilnehmen sollten, kam öfter. Hier reicht es zwar grundsätzlich, wenn sich mindestens ein Praxispartner einschreibt, allerdings erreichen wir unser Quorum natürlich schneller, wenn mehrere Ärzte einer BAG am Vertrag teilnehmen. Und somit kann der Vertrag dann auch eher starten. ■■■

→ Weitere Informationen und Schulungstermine finden Sie auf www.medi-verbund.de

Schulungstermine zum Orthopädie-Vertrag

Ravensburg Sportklinik Ravensburg Café des Heilig-Geist-Spitals Bachstraße 57, 88214 Ravensburg	Freitag 11. 10. 2013	16 - 19 Uhr
Stuttgart MEDIVERBUND Industriestraße 2, 70565 Stuttgart	Mittwoch 16. 10. 2013	15 - 18 Uhr
Karlsruhe MFA-Schulung AOK – Die Gesundheitskasse Kriegstraße 41, 76133 Karlsruhe	Dienstag 19. 11. 2013	19 - 22 Uhr
Villingen-Schwenningen Veranstaltung im Rahmen des Gelenksymposiums 2013 Villingen-Schwenningen AOK – Die Gesundheitskasse, 2. OG, Seminarraum Schwenninger Str. 1/2, 78048 Villingen-Schwenningen	Samstag 23. 11. 2013	9 - 12 Uhr
Freiburg MFA-Schulung Im Rahmen des Landeskongresses des BVOU Tagungshaus der Katholischen Akademie Wintererstraße 1, 79104 Freiburg	Samstag 7. 12. 2013	10 - 13 Uhr

Anmeldung bitte bei der MEDIVERBUND AG einreichen!

HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN



Foto: fotolia

Wann tritt ein Härtefall bei der Bereinigung in Facharztverträgen ein?

Um diese Frage zu beantworten, müssen wir etwas weiter ausholen und erklären, wie sich die Bereinigung der RLV im Vertrag darstellt und wie Sie aus Ihrer Abrechnung erkennen können, ob Ihre Praxis anhand des dort bereinigten RLV-Volumens von einer Härtefallregelung betroffen wäre.

Grundsätzlich gilt: Die Bereinigung der Fallzahlen im RLV findet nur bei Ärzten statt, die in die Selektivverträge eingeschrieben sind.

Es gibt zwei Arten von Bereinigung:

- Die Bereinigung von bereits in das Facharztprogramm eingeschriebenen Versicherten (reguläre Bereinigung Besondere Versorgung 73c SGB V)
- die Bereinigung von Patienten, die Sie über die Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) abrechnen (Situative Bereinigung 73c SGB V).

Die jeweils bereinigte Fallzahl und die Bereinigungshöhe ersehen Sie aus Ihrer KV-Abrechnung. (3 Abrechnungsnachweis RLV → unter der Position 4.1. Besondere Versorgung 73c SGB V u. 4.2 Situative Bereinigung 73c SGB V).

Bereinigung regulär: Bereits aktive eingeschriebene Versicherte

Derzeit nehmen in Baden-Württemberg rund 200.000 Versicherte am Facharztprogramm teil. Die AOK muss der KV jeweils vor Beginn eines Quartals ein Verzeichnis aller Versicherten zur Verfügung stellen, die in das Programm eingeschrieben sind. Nur so erfährt die KV, welche Versicherten nicht mehr in der Regelversorgung behandelt werden.

Dann prüft die KV, ob einer der Versicherten im Vorjahresquartal eine Teilnehmerpraxis aufgesucht hat. Wenn ja, hat diese Praxis einen RLV-Fall für diesen Versicherten angerechnet bekommen, der folgerichtig von der KV wieder abgezogen wird – unabhängig davon, ob der Versicherte im Bereinigungsquartal

in dieser Praxis war und über den 73c-Vertrag behandelt wurde.

Im Umkehrschluss würde es also bedeuten: Wenn im Extremfall keiner der rund 200.000 Versicherten jemals eine Praxis aufgesucht hätte, würde das RLV auch nicht bereinigt werden.

Bereinigung regulär

Zu bereinigende Patienten zum Quartalsstart **bekannt**

Patienten, die im Teilnehmerverzeichnis sind, werden bei den Ärzten bereinigt, die sie im Vorjahresquartal behandelt haben und im RLV enthalten sind.

- > Bereinigte Fallzahl kann von abgerechneter Fallzahl abweichen

Bereinigt wird:

\emptyset RLV-Fallwert
Fachgruppe x bereinigte Fallzahl

Bereinigung SANE

Zu bereinigende Patienten zum Quartalsstart **nicht bekannt**

Bereinigung des RLV pro im 73c-Vertrag abgerechnetem Fall

Bereinigt wird:

Fix vereinbarter Wert eines \emptyset aus RLV u. QZV
(Vereinbarung zw. AOK und KV)
x abgerechneter Fallzahl

Bereinigung SANE: Nicht-aktive Versicherte im Facharztprogramm, die aber an der HZV teilnehmen

Bei Versicherten, die über die Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) abgerechnet werden, weiß die KV am Anfang eines Quartals nicht, welche das sind. Sie bereinigt immer einen RLV-Fall pro 73c-Abrechnung. Das bedeutet, dass alle SANE-Abrechnungsfälle im 73c-Vertrag als Bereinigungsfälle betrachtet werden. 🇩🇪



Fotos: Tamara Arme

Wir beantworten gerne Ihre Fragen
Silke Arnegger und Thomas Rademacher

Wie oft kann ein Patient bereinigt werden?

Eine Sofortabrechnung kann nur für zwei Quartale in Folge stattfinden. Dem folgt auch die Bereinigung.

Anders ist das bei Versicherten des Teilnehmerverzeichnisses: Wie die Grafik zeigt, kann ein Versicherter, der in das Facharztprogramm eingeschrieben ist, vier Quartale bereinigt werden. Dann werden von der Praxis für diesen Versicherten grundsätzlich keine Abrechnungen mehr

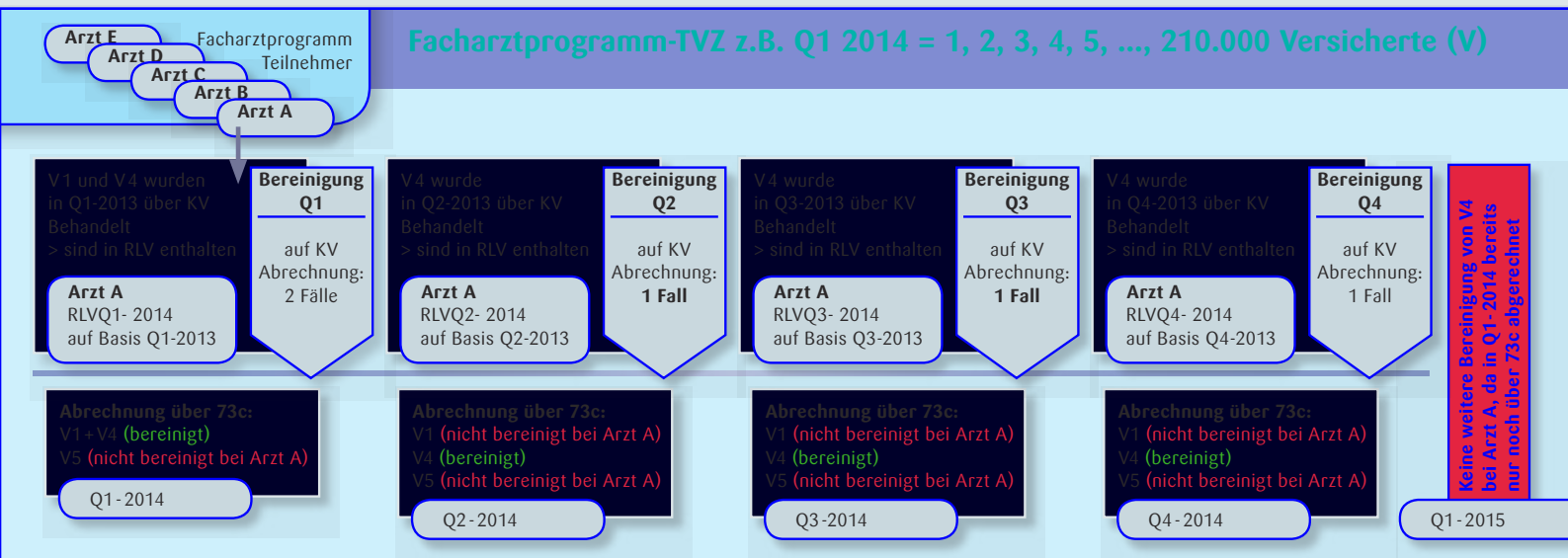
über die KV ausgelöst.

Die Grafik zeigt außerdem, dass bei der regulären Abrechnung die von der KV bereinigten Fälle nicht der Anzahl der abgerechneten Fälle entsprechen müssen.

Beispiel

Schreibt ein Hausarzt einen Versicherten gültig für das 1. Quartal 2014 in den Facharztvertrag ein, gehört dieser zu den

200.000 Versicherten. Er wird bei einer Teilnehmerpraxis ggf. in diesem 1. Quartal bereinigt, auch wenn er dort nicht in Behandlung war. Im Umkehrschluss gibt es wie im Beispiel Versicherte, die ggf. in den Vorjahresquartalen nicht in Behandlung waren und dennoch in einer Praxis als eingeschriebener Versicherter behandelt und abgerechnet werden – ganz ohne Bereinigung. ■■■



Woher weiß ich, ob ich einen Härtefallantrag stellen kann?

- **Schritt 1**
Prüfen Sie, ob Ihre im Selektivvertrag abgerechnete Anzahl der Behandlungsfälle die Anzahl der bereinigten Behandlungsfälle unterschreitet.
- **Schritt 2.1**
Prüfen Sie, ob das Abrechnungsvolumen im Selektivvertrag unter dem Bereinigungsbetrag liegt.
- **bzw. Schritt 2.2**
Prüfen Sie, ob das 73c-Abrechnungsvolumen das Bereinigungsvolumen wenigstens um 20% übersteigt.

Falls diese beiden Kriterien auf Ihre Praxis für ein ganzes Vertragsjahr (z.B. 2012) zutreffen, können Sie Ihre KV-Abrechnungsunterlagen für dieses Jahr zur Prüfung an die MEDIVERBUND AG schicken. Die Dokumente werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

- Dafür sind folgende Unterlagen notwendig:
- Honorarbescheid je Quartal; 1 Seite
 - Honorarzusammenstellung – Übersicht/Zusammenfassung; ca. 2 Seiten
 - Anlagen zur Honorarabrechnung: Berechnung zur Höhe des RLV RLV und QZV – Abrechnungsnachweis Nr. 3 seit Q2-2012
 - RLV und QZV – Berechnung je Arzt Leistungsgruppenübersicht nach EBM vor HVV; 1 Seite

Wir prüfen außerdem, ob Ihre Praxis wenigstens 50% der durchschnittlichen Selektivvertragszahlen erbringt und ob das über ein Jahr zugestandene, bereinigte RLV überhaupt ausgeschöpft wurde.

Wenn diese Kriterien vorliegen, liegt ein Härtefall vor. Die Vertragspartner ha-

ben dafür einen eigenen Härtefallfonds eingerichtet, der einen Ausgleich für betroffene Praxen schaffen soll.

Bei den Anträgen, die bisher bei der AG eingereicht wurden, stellte sich jedoch heraus, dass noch keine Härtefallzahlungen notwendig wurden, da die notwendigen Kriterien dafür bisher nicht erfüllt waren. In den meisten Fällen wurde das zugestandene bereinigte RLV nicht ausgeschöpft. ■■■

→ Die KV-Abrechnungsunterlagen zur Prüfung eines Härtefallantrags nimmt Silke Arnegger bei der **MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart** entgegen.



Die Mappe, die Leben retten kann

Die Lebenserwartung der Menschen in der westlichen Welt steigt kontinuierlich – und mit ihr auch die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten multimorbid oder chronisch krank werden. Medikamentenpläne abzustimmen und zahlreiche Diagnosen im Auge zu behalten wird für Mediziner zu einer immer größeren Herausforderung. Bei MEDI Südwest bietet eine Patientenmappe den Mitgliedern die notwendige Orientierungshilfe und den Patienten eine besser abgestimmte Versorgung.

In diesem Jahr wird Herr Schreiner 80. Geistig ist er noch fit, aber sein Rücken macht nicht mehr mit. Gegen die Schmerzen nimmt er regelmäßig Medikamente. Das Problem: Wegen seines schwachen Herzens und einer chronischen Hauterkrankung verträgt er viele Wirkstoffe nicht gut. Sein Hausarzt, der ihn seit vielen Jahren behandelt und gut kennt, hat für ihn deswegen einen penibel abgestimmten Medikamentenplan ausgearbeitet, in dem Wechsel- und Nebenwirkungen möglichst gering bleiben. Schwierig wurde es, wenn Schreiner zum Facharzt oder ins Krankenhaus musste. Welche Medikamente, seit

wann, welche Unverträglichkeit, wann wurde zum letzten Mal geröntgt? Viele dieser Fragen konnte Schreiner nicht beantworten.

Eine Arzthelferin aus Pirmasens hatte die zündende Idee mit der Mappe: Sie war es leid, immer herumzutelefonieren und Behandlungsberichte oder Aufnahmen einzufordern. In der Patientenmappe, einem simplen DIN-A-4-Ordner, werden deswegen alle wichtigen Befunde, ein Medikamentenplan und Arztberichte zusammengestellt. Auch für CDs und eine Patientenverfügung ist Platz. Die medizinische Geschichte eines Menschen kom-

„Von der Patientenakte profitieren Ärzte und Patienten gleichermaßen“, so Matthias Hütt.

pakt zum „Unter-den-Arm-klemmen“. Bei jedem Facharztbesuch bringt der Patient seine Mappe mit und lässt sie regelmäßig aktualisieren.

„So kann man sich bequem die Information suchen, die man braucht“, erläutert Dr. Matthias Hütt, Vorsitzender von MEDI Donnersberg und Vorstandsmitglied von MEDI Südwest. „Nehmen wir beispielsweise einen Patienten, der Beschwerden hat und einen Urologen aufsucht. Er kann sich vielleicht nicht vorstellen, dass der Facharzt über die Darmoperation vor einem halben Jahr informiert werden sollte. Diese Information kann der Arzt dann aus der Mappe entnehmen.“

Große Nachfrage

Hütts Praxis war eine der ersten, die ihren Patienten die Mappe angeboten hat. Die Bilanz nach einem Jahr ist eindeutig: „Zufrieden ist zu wenig gesagt, regelrecht begeistert sind die Kollegen und Patienten“, freut sich der Allgemeinmediziner. Rund 80 Patienten hat er bislang mit Mappen versorgt. Schritt für Schritt, versteht sich, denn das Anlegen der Akten kostet Zeit.

„Wir stellen alles zusammen, was in der Krankengeschichte des Patienten wichtig ist“, so Hütt weiter. So etwas dem Patienten zu überlassen, sei nicht möglich. „Dass ein Laborbericht von vor zwei Jahren meistens gar keine Bedeutung mehr hat, es aber trotzdem wichtig ist zu erfahren, ob es damals eine Operation gab, kann und muss ein Patient nicht wissen“, bestätigt auch Dr. Ralf Schneider, Vorsitzender von MEDI Südwest und Allgemeinmediziner in Alzey. In seiner Praxis haben bisher etwa 130 Patienten die Mappe erhalten, die Nachfrage sei enorm. „Insbesondere für chronisch Kranke ist die Datensammlung eine große Hilfe“, so Schneiders

Erfahrung. Der fachärztliche Kollege könne dann sehen, welche Medikamente verordnet wurden, ob beispielsweise Marcumar verabreicht wird, ob ein Herzschrittmacher implantiert wurde, oder ob auf Diabetes geachtet werden muss.

Auch Krankenhausärzte schätzen die Mappe

Sehr hilfreich sei die Mappe auch, wenn der Patient ins Krankenhaus komme. „Die Kollegen im stationären Bereich sind sehr angetan von ihr“, sagt Hütt. Doch auch umgekehrt werde die Mappe geschätzt, z.B. bei der „Altraumsituation für Hausärzte“: Der Freitagnachmittags-Entlassung eines älteren Patienten. „Da kommt der Patient mit einem kurzen Briefchen zu uns, in dem Medikamente aufgeführt sind, die er einnehmen soll. Oft haben die Apotheken diese nicht vorrätig, oder der Patient hat Medikamente mit dem gleichen Wirkstoff zuhause, weiß das aber nicht, weil die Arznei anders heißt. Da haben wir Hausärzte allerhand zu tun, bis wir das gelöst haben und die Patienten gut versorgt ins Wochenende entlassen können“, weiß Hütt.

Bisweilen kann die Mappe sogar lebensrettend sein: Wenn ein Mensch notfallmedizinisch versorgt werden muss, ist er meist nicht mehr in der Lage zu erklä-

ren, welche Medikamente er einnimmt und ob er in jüngster Zeit irgendwelche Auffälligkeiten wie Atemnot oder Stechen in der Brust verspürt hatte. Selbst wenn Angehörige in dieser Situation vor Ort sind, haben die meist eher mit ihrer Panik zu kämpfen und sind keine echte Hilfe. „Ich sage meinen Patienten deshalb, dass die Mappe immer auf den Wohnzimmertisch gehört“, so Hütt. Sie müsse insbesondere bei älteren und alleinlebenden Menschen so deponiert sein, dass das Notfall-Team sie auf den ersten Blick sieht.

„Die Daten sind beim Patienten und nicht auf irgendeiner elektronischen Karte, die immer wieder eingelesen und gespeichert wird, und auf der dann am Ende noch irgendwelche Viren landen“, nennt Schneider einen weiteren Vorteil der Mappe. Der Patient entscheidet, wer welche Daten von ihm zu sehen bekommt. „Bei einer Gesundheitskarte, wie sie schon seit Jahren angedacht ist, wäre diese Trennung nicht möglich“, so der MEDI Chef.

Von Patienten und deren Angehörigen würden die Mappen geschätzt, weil sie sich diese in aller Ruhe zu Hause ansehen und Fragen dazu mit dem Hausarzt besprechen können, so Schneider. Dadurch könnten sich auch die Angehöri-

gen einen Überblick verschaffen, welche Medikamente eingenommen werden müssen. Diese Unterstützung sei gerade für ältere Menschen enorm entlastend.

Anfallende Kosten für Patienten

Für den Ordner selbst fallen rund fünf Euro an. Die Praxismitarbeiterin erstellt die Patientenakte gemeinsam mit dem Arzt, dafür werden dem Patienten 20 Euro berechnet. Die Wartung der Mappe im halbjährlichen Rhythmus kostet 10 Euro im Jahr. Trotz des zeitlichen Aufwandes lohnt sich das Angebot mit den Mappen für die Praxis finanziell: Bei 100 Ordnern macht das 2.000 Euro im ersten Jahr und in jedem weiteren 1.000 Euro. Da die Ärzte die Beratung abrechnen können, fällt diese Tätigkeit nicht unter die Umsatzsteuerpflicht. ■■

Jutta Glaser-Heuser

→ **Informationen zur Patientenmappe erhalten Sie bei**

Magda Itrich
MEDI Südwest e. V.
Schafhäuser Straße 45
55232 Alzey
Telefon 06731-9907994
Mobil 01523-3695215
itrich@medi-verbund.de

Hausarzt-EBM: MEDI leistet praktische Hilfestellung

Nun ist er am 1. Oktober doch noch in Kraft getreten: Der neue Hausarzt-EBM. Selbst die KBV schätzt, dass nur wenige Praxen davon profitieren werden. In vielen KVen wurden wenige Tage vor dem Termin Stimmen laut, die für eine Verschiebung plädierten. In Baden-Württemberg sind bereits Wochen vor dem EBM-Start Hunderte von Hausärzten neu in HZV-Verträge eingestiegen, als sie von den anstehenden Änderungen erfuhren.



Michael Ruland und Ekkehard Ruebsam-Simon schulten Hausärzte vor Ort.

MEDI Baden-Württemberg wollte seine Mitglieder nicht unvorbereitet in die neue Abrechnungswelt marschieren lassen. Dazu fuhren die beiden stellvertretenden Vorsitzenden, Dr. Michael Ruland und Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon, quer durchs Land und betrieben Fortbildung in Sachen Hausarzt-EBM und HZV unmittelbar vor Ort.

Darüber hinaus bietet MEDI den Hausärzten eine kompakte und verständliche „Gehilfe“ für ihren Praxisalltag an: Eine Übersicht, die die wichtigsten Details des Hausarzt-Kapitels abbildet. In weißen und blau unterlegten Kästchen werden die GOPs mit Legende, Euro-Wert und Anmerkungen dargestellt. Die praktische

Hilfe gibt es als Ausdruck im DIN-A4-Format für den Schreibtisch oder als PDF für den Desktop. Ruland bevorzugt die Variante für den PC, weil sie jederzeit abrufbar ist und nicht auf dem Schreibtisch untergehen kann

„Willkommen im Hamsterrad!“ lautet in aller Kürze das Fazit der beiden MEDI-Ärzte. „Der EBM 2013 bedeutet eine brutale Umverteilung innerhalb des Hausarzt-Kapitels“, konstatieren sie übereinstimmend. Die Verluste, die durch die Absenkung bei den Versichertenpauschalen eintreten werden, können ihrer Ansicht nach durch Zusatzleistungen nicht vollständig ausgeglichen werden.

Das sind die Neuerungen

Fünf neue Versichertenpauschalen (03000), gestuft nach Altersklassen, sollen die bisherigen drei Versichertenpauschalen ersetzen. Sie liegen alle deutlich unter dem alten Honorar. Die Altersdifferenzierung wird von der KV bei der Abrechnung automatisch durchgeführt. Im Überweisungs- und Vertretungsfall ist nur die hälftige Pauschale vorgesehen. Für „hausarzttypische“ Leistungen gibt es eine hausärztliche Zusatzpauschale (Vorhaltepauschale 03040) von 14 Euro, die bei Patienten mit „hausarztuntypischen“ Leistungen – z.B. Schmerztherapie, Psychotherapie oder aus dem KO-Katalog – im Behandlungsfall nicht abgerechnet werden kann. Bei unvorhergesehener Inanspruchnahme, also zur Unzeit, muss der Hausarzt die 03030 ansetzen. Sie bringt 7,70 Euro, kommt aber nur selten zur Anwendung. Auch die Chronikerpauschalen können nur eingeschränkt abgerechnet werden.

Von dem Ziel, feste und auskömmliche Preise für die ärztlichen Leistungen zu erreichen, ist nichts übrig geblieben, stellt Ruland im Gespräch mit der **MEDITIMES** fest. Die ganze Abrechnung wird für die Hausärzte aufwendiger und intransparenter. Die Kolleginnen und Kollegen könnten nur schätzen, bei welchen Patienten sie die Vorhaltepauschale bekommen. Sicher voraussagen lässt sich das nicht.

„Für knapp 1% mehr Geld machen wir geduldig zusätzliche geriatrische Leistungen“, so Ruland. Nach wie vor bleibt es bei den RLV. Viele Ärzte tun sich jetzt schon schwer damit, sie auszufüllen. „Was da kommt, ist diabolisch“, kommentiert er. Für die Ärzte bedeutet das mehr inhaltliche und formale Arbeit. Er kann sich nicht vorstellen, dass Praxen dabei wirklich gewinnen. In seinen Augen findet hier eine Umverteilung statt: Von der rechten Tasche des einen Arztes in die linke Tasche des anderen.

Gewinner bleiben in der Minderheit

Insgesamt eher nachteilig wird sich der Hausarzt-EBM auswirken, bestätigt auch Ruebsam-Simon. Er zitiert eine Simulationsrechnung der KBV, wonach ca. 30% der Praxen verlieren werden, 30 bis 40% auf dem jetzigen Stand bleiben werden und nur der Rest etwas gewinnen wird. Zu allem Überfluss werde durch die Unterteilung in atypische und typische Hausärzte wieder ein Konflikt in die Hausärzteschaft getragen. Es komme zum Streit darüber, wer typischer Hausarzt ist und wer nicht. Ruebsam-Simon nennt als Beispiel eine Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei Hausärzten. „Was passiert, wenn ein Patient im selben Quartal zweimal von beiden Ärzten behandelt wird? Bekommen sie dann die Vorhalte- oder Chroniker-Pauschalen, insbesondere wenn einer der beiden sogenannte atypische Leistungen erbringt? Hier entsteht eine Reihe neuer Baustellen“, urteilt er.

Es wird auf jeden Fall komplizierter, weil sich im neuen Hausarzt-EBM viele Unschärfen finden. Z.B. bei der unvorhergesehenen Inanspruchnahme. Hier ist eine zusätzliche Versichertenpauschale

Eine Reihe neuer Baustellen

eingeführt worden. Wenn der Patient nur einmal im Quartal kommt, müsste der Arzt die 03030 ansetzen, zusammen mit den alten Zuschlägen, die nicht gestrichen worden sind. Aber laut KV-Information darf er sie nur zweimal im Quartal ansetzen, und nicht zeitgleich neben anderen Versichertenpauschalen. Der tiefere Sinn dieser Regelung erschließt sich nicht. Wenn es mehrmals zu einer Inanspruchnahme kommt, müsste der Arzt auf bares Geld für erbrachte Leistungen verzichten – eine versteckte Sonderform der Budgetierung. Das bedeute einen höheren bürokratischen Aufwand und berge Konfliktpotenzial, so Ruebsam-Simon.

Junge Praxen haben das Nachsehen

Es gibt Praxen, vor allem auf dem Land, die viele ältere Patienten haben. Sie werden möglicherweise auf der Gewinnerstraße fahren, vermutet Ruebsam-Simon. Aber junge Praxen mit mehr jungen Patienten seien stark benachteiligt, weil es zu massiven Verlusten kommen werde. Einen Ausgleich durch andere Leistungen hält der Hausarzt aus Bammental kaum für möglich. Er erwähnt die bessere Honorierung der palliativmedizinischen Betreuung. Das sind nur „Peanuts“, findet er, weil das höchst selten vorkommt.

Entscheidend für das wirtschaftliche Wohlergehen einer Praxis sind die „Brot- und Butter“-Fälle, also die Normalverteilung von Praxis-Leistungen.

Die Fachärzte sollen durch eine fachärztliche Grundpauschale (PFG) gestützt werden. Aber nicht alle Fachärzte erhalten die PFG, und wenn, dann nur für die Fälle, in denen der Facharzt Grundversorgung betreibt. Z.B. ein Augenarzt, der sowohl konservativ als auch operativ arbeitet: Hat der Patient eine Augenentzündung, bekommt er die PFG, muss das Auge operiert werden, bekommt er sie nicht. Das sind „blödsinnige Regeln“, die

dem Arzt Zeit rauben, die er eigentlich für die Behandlung benötigt.

Die beiden MEDI-Experten haben festgestellt, dass viele

Ärzte erst jetzt bemerkt haben, dass sie erneut in ein Hamsterrad gezwungen werden. Um die zu erwartenden Verluste auszugleichen, müssen sie sich permanent bemühen, die Abrechnung zu verbessern. „Dadurch wird aus abrechnungstechnischen Gründen Zeit vergeudet, die besser für die Versorgung genutzt werden sollte“, so Ruebsam-Simon. Und Ruland hat erfahren, wie entsetzt die Kollegen und Kollegen reagieren, wenn sie erfahren, was auf sie zukommt.

Fortsetzung Seite 22

Fortsetzung

Hausarzt-EBM: MEDI leistet praktische Hilfestellung

KBV beschließt Nachbesserungen und droht mit Aussetzung

Am 20. September hat eine knappe Mehrheit der KBV-Vertreterversammlung hinter verschlossenen Türen entschieden, dass der EBM wie geplant in Kraft treten wird – allerdings mit Nachbesserungen. Deswegen wird die KBV dem Spitzenverband der Krankenkassen einen Änderungskatalog vorlegen, dem dieser zustimmen soll. „Wird diesen notwendigen Änderungen zum EBM seitens der gesetzlichen Krankenkassen im Bewertungsausschuss bzw. im Erweiterten Bewertungsausschuss bis zum 30. November 2013 nicht zugestimmt, bringt die Ärzteseite einen Beschlussantrag (...) ein, der die Aussetzung des sogenannten Hausarzt-EBM

zum 31. Dezember 2013 vorsieht“, heißt es im Beschluss der VV, der der **MEDITIMES** vorliegt.

Darüber hinaus will die KBV-VV am 8. November erneut zusammenkommen und darüber beraten, ob die hausärztlichen und fachärztlichen Angelegenheiten künftig getrennt voneinander behandelt werden sollen. „Das wäre eine Spaltung der Ärzteschaft, die wir auf keinen Fall möchten und die im Sinne unserer fachübergreifenden Versorgungskonzeptes völlig kontraproduktiv wäre“, warnt der **MEDI GENO** Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner.




as

Die Alternative heißt HZV

Die Hausärzte in Baden-Württemberg haben als einzige bundesweit eine sinnvolle Alternative mit drei Buchstaben: Die flächendeckende, über nahezu alle Kassen gehende Einschreibung in die HZV. Wer bis jetzt gezögert hat dem Vertrag beizutreten, sollte es nun tun, raten Ruland und Ruebsam-Simon. Nur so sei Honorargerechtigkeit zu erreichen und eine betriebswirtschaftliche Perspektive für die Praxis zu sichern.

Ruland sieht keine Probleme, auch genügend Patienten für den Hausarztvertrag zu gewinnen. Im Gegenteil: „Ich habe erlebt, dass die verlässliche hausärztliche Betreuung auf deutlich mehr Wertschätzung stößt.“ Die Botschaft werde sehr wohl von den Patienten verstanden und die Einschreibe-Quoten lassen sich problemlos auf 80% erhöhen. Damit werde der Hausarzt immer unabhängiger von der KV.

Darauf wies auch **MEDI** Chef Dr. Werner Baumgärtner in einem Rundschreiben an seine Mitglieder in Baden-Württemberg hin: „Mit dem Kollektivvertrag ist angesichts der Unfähigkeit der KBV die Zukunft der Praxen nicht zu sichern. PKV und Kostenerstattung sind ebenfalls nicht mehr sicher.“ Die Konsequenz daraus: „Steigen Sie ein in die neue Welt der Selektivverträge!“ Es gebe kein Bundesland mit einer gleichwertigen Option für Haus- und Fachärzte aus dem EBM auszusteigen wie Baden-Württemberg, betonte er. 

Klaus Schmidt

→ Hausärzte finden die EBM-Übersicht auf www.medi-verbund.de

Bittmann wird neuer Vize von MEDI GENO

Der Gesamtvorstand von MEDI GENO Deutschland e.V. hat den Vorsitzenden der Ärztenossenschaft Nord, Dr. Klaus Bittmann aus Schleswig-Holstein, einstimmig zum vierten stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.


„Ich freue mich über das Vertrauen des Gremiums und auf die künftige Zusammenarbeit“, sagte Bittmann nach seiner Wahl in Berlin und fügte hinzu: „Für weitere Initiativen, Ziele und Erfolge unserer Ärzteschaft ist das eine große Chance.“

Der Vorsitzende von MEDI GENO Deutschland, Dr. Werner Baumgärtner, freute sich ebenfalls über Bittmanns Wahl in den geschäftsführenden Vorstand: „Ich habe Klaus Bittmann in den letzten Jahren als verlässlichen Mitstreiter erlebt, der den MEDI Gedanken auch in die Ärztenossenschaften positiv mitgetragen und unterstützt hat. Seine Wahl spielt auch eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Integration der Ärztenossenschaften in unseren Dachverband.“

Um ihre politischen und standespolitischen Ziele zu bündeln haben MEDI Deutschland e.V. und die Ärztenossenschaft Nord e.G. im März MEDI GENO Deutschland e.V. ins Leben gerufen. Ende April schloss sich auch die Ärztenossenschaft Nord-West e.G. dem neuen



Dachverband an. Im Zuge der Gründung von MEDI GENO Deutschland wurde auch die Satzung dahin gehend geändert, dass im geschäftsführenden Vorstand künftig mindestens ein Vertreter aus den Ärztenossenschaften Mitglied sein muss.

Außer Baumgärtner und Bittmann sind Dr. Matthias Lohaus (MEDI Berlin), Dr. Ralf Schneider (MEDI Südwest) und Dr. Lothar Jacobi (Landesverband der Praxisnetze Nordrhein-Westfalen) Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands von MEDI GENO Deutschland e.V. 

Angelina Schütz



MENSCHEN BEI MEDI

Dr. Ralf Schneider

Hausarzt in Alzey und
Vorstandsvorsitzender von MEDI Südwest

Wenn Ralf Schneider mit dabei ist, mutieren Ideen wohl fast wie von selbst zu Plänen. So wurde aus einem Gläschen im Kollegenkreis die Gründung von MEDI Südwest. Aus dem Wunsch, sterbende Menschen ambulant versorgen zu können, entstand eine palliativmedizinische Initiative. Und aus der Idee, sich sportlich zu betätigen, ein anspruchsvolles Trainingsprogramm.

Die Chefposition bei MEDI Südwest ist ein „Job“, der sicher nicht nebenbei zu erledigen ist. Neben diesem berufspolitischen Engagement arbeitet Schneider in einer Gemeinschaftspraxis als Hausarzt, baut die palliativmedizinische Versorgung in der Region mit auf und verbringt außerdem möglichst viel Zeit mit seiner Frau und den beiden Kindern. „Ich bin halt ein bisschen hyperaktiv“, lacht der MEDI Mann und ergänzt: „Wäre ich heute Kind, würde man mir sicher Medikamente geben“. Zum Glück ist er erwachsen und darf seinen Drang nach den verschiedensten Aktivitäten voll und ganz ausleben.

Ein ganz normaler Arbeitstag kann dann beispielsweise so aussehen: Morgens um fünf oder sechs Uhr startet der Allgemeinmediziner gerne mit einem Sportprogramm. Er schwimmt, läuft oder radelt vier bis fünf mal pro Woche. Anschließend arbeitet er in der Praxis. Eines seiner Lieblingsthemen ist die Delegation. Er versucht, zur eigenen Entlastung möglichst viele Aufgaben von qualifizierten Mitarbeiterinnen erledigen zu lassen. Obwohl es in Rheinland-Pfalz noch kaum Hausarztverträge gibt, hat er in seiner Praxis eine VERAH. Sie übernimmt Aufgaben wie

Hausbesuche zum Verbandswechsel, zur Blutabnahme oder zum Geriatrischen Assessment. Ein weiteres Lieblingsthema ist das Impfen – abgesehen einmal von der Grippe-Impfsituation in Rheinland-Pfalz. Hier dürfen nur Versicherte mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung auf Chipkarte geimpft werden. Ein wenig neidvoll blickt er auf Baden-Württemberg, wo es diese Einschränkung nicht gibt. Bei jeder Grippewelle ärgert er sich wieder über die „unnötigen“ Patienten. „Impfen ist eine Art Hobby für mich“, berichtet er und lässt die vergangenen Auseinandersetzungen mit der AOK noch einmal Revue passieren.

Lernen von anderen Netzen

Was bestimmt den Arbeitstag des Hausarztes sonst noch? Die Kontakte zu Facharzt-Kollegen und Kliniken sind gut. „Wir Hausärzte dürfen nie vergessen, wie wichtig die Fachärzte für uns sind“, mahnt Schneider. Er freut sich über den Erfolg des neuen Patienten-Ordnern (*siehe Artikel auf Seite 18*) und über die noch relativ neuen Selektivverträge zum Thema Herzinsuffizienz. „Da haben wir uns einfach an bestehende Verträge angehängt,



Gut gerüstet:
Bevor Ralf Schneider
seine Patienten
empfängt, startet er mit
einem Sportprogramm.

die andere Praxisnetze aufgebaut hatten“, gibt er offen zu, „an die Kollegen von pravo und go-lu“. Er freut sich über das reibungslose Funktionieren der Verträge, die seiner Ansicht nach für Patienten und Ärzte einen großen Fortschritt bedeuten. Muss wirklich jeder das Rad neu erfinden?

Zum hausärztlichen Alltag gehört inzwischen auch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die Phase der Gründung und Durchsetzung der Initiative sind abgeschlossen. Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Palliativmedizinern wird immer besser. Auch die Kooperation mit der Pflege funktioniert sehr gut. Das ist kein Zufall: Schneiders Frau Johanna ist nämlich nicht nur in seiner Praxis als Teilzeit-Arztshelferin/Krankenschwester angestellt, sondern sie arbeitet auch in der palliativmedizinischen Betreuung.

Diese enge Zusammenarbeit sorgt einerseits für einen guten Informationsfluss zwischen ärztlicher und pflegerischer

Ebene. Sie hat andererseits aber auch Konsequenzen für die Freizeit der Familie. Wenn der Hausarzt nach Hause kommt, sind die medizinischen Themen noch lange nicht abgeschlossen. Für manchen Besucher wirkt es wohl befremdlich, wie offen nach Ende des Arbeitstages in der Familie Schneider über das Sterben gesprochen wird. Auch die beiden Kinder haben sich daran gewöhnt, dass ein Hausbesuch mit dem Tod eines Patienten enden kann.

Den MEDI Gedanken weiterentwickeln

Die Kombination aus Allgemeinmedizin, Palliativmedizin und Berufspolitik ist wohl ein Beruf, der nicht nur Zeit frisst und Geld bringt. Schneider identifiziert sich mit diesen Bereichen seines Lebens. Ohne MEDI hätte sich sein Berufsleben vielleicht anders entwickelt. Diese Weiche wurde umgelegt, als der heutige Vorstandsvorsitzender von MEDI Südwest im Jahr

2004 nach einem Vortrag von Dr. Werner Baumgärtner noch mit einigen Kollegen zusammen saß. „Wir fragten uns an diesem Abend nicht, ob wir diese Gedanken umsetzen wollen“, erzählt er, „wir fragten uns, wie wir das machen würden“. Das

Das aktuellste Projekt ist die Intensivierung der Kooperation von MEDI Südwest und den Ärztegenossenschaften in Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Die Zusammenarbeit war bereits jahrelang gut. Jetzt plant man MEDI GENO Südwest auf

Aus MEDI und Genossenschaften soll MEDI GENO Südwest werden

war die Gründung von MEDI Südwest. „Seitdem sind wir hier eine richtige Keimzelle“, freut sich Schneider. Er sorgt wohl auch durch seine mitreißende Art dafür, dass das so bleibt. Während sich andere MEDI Regionen über bröckelnde Mitgliederzahlen Sorgen machen, liegt der Anteil der MEDI Mitglieder in Alzey und Umgebung bei etwa 60%.

die Beine zu stellen. „Die Vorbereitungen laufen zurzeit auf Hochtouren“, verrät Schneider. Die Arbeit scheint ihm nichts auszumachen, ganz im Gegenteil. ■■■

Ruth Auschra



Konsens bei GOÄ-Novelle in Aussicht

Offensichtlich haben sich die Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) vor wenigen Wochen doch noch auf die Eckpunkte für eine Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geeinigt.

Beide Seiten stellten in einem gemeinsamen Schreiben an Gesundheitsminister Daniel Bahr in Aussicht, dass die Rahmenvereinbarung zu Beginn der neuen Legislaturperiode vorgelegt werden kann.

„Mittels dieser Rahmenvereinbarung werden der PKV-Verband und die Bundesärztekammer unter Beachtung der Letztverantwortung des Verordnungs- bzw. Gesetzgebers für die Vorgaben der GOÄ einen gemeinsamen strukturierten Weg für die Novellierung, Weiterentwicklung und die Pflege der GOÄ aufzeigen“, hieß es.

In ihrem Schreiben führten BÄK und PKV-Verband an, dass weitgehende Einigkeit zwischen den auf der Selbstverwaltungsebene zwischen PKV/Beihilfe und BÄK einzurichtenden Gremienstrukturen besteht. Einig sei man sich auch über die für die GOÄ-Novellierung und Weiterentwicklung notwendige Datenerhaltung und -analyse, sowie über die grundsätzliche Methodik des Bewertungsverfahrens. Konsens bestehe zudem über die wesentlichen Stellgrößen der Anwendung und der Interpretation der GOÄ sowie deren regelmäßiger Fortentwicklung. Beide Seiten konnten sich ferner über den Umgang mit dem von der Bundesärztekammer in den Beratungsprozess eingebrachten Entwurf des Gebührenverzeichnisses GOÄ neu verständigen.

Eine Novellierung der GOÄ wurde schon im Koalitionsvertrag von Union und FDP vor vier Jahren vereinbart. Im Sommer letzten Jahres hatten beide Seiten nach zähem Ringen die Verhandlungen für gescheitert erklärt. ■■

as

KBV muss sich für Selbstzahler-Medizin stark machen

Die Vertreterversammlung der KBV möchte, dass sich der Vorstand stärker für Selbstzahler-Leistungen in der ambulanten Versorgung einsetzt. Das hat das Gremium Ende September mit großer Mehrheit beschlossen. Andernfalls drohe Gefahr, dass der Versorgungsauftrag durch die zunehmende wirtschaftliche Schieflage vieler Praxen, vor allem der Grundversorger, gefährdet werde.

Demnach hieß es im Beschlusstext: „Die Vertreterversammlung der KBV fordert

den Vorstand auf, den von der GKV-Unterfinanzierung betroffenen Vertragsärzten einen Ausbau der Selbstzahler-Medizin in ihren Praxen zu ermöglichen. Diese Notwendigkeit ist auch gegenüber Politik und Krankenkassen zu vertreten.“ Die Delegierten waren sich einig, dass niedergelassene Mediziner neben den Einnahmen aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit weitere Möglichkeiten haben müssen, um ärztliche Einkünfte generieren zu können. ■■

as

UND.



Ass.jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre
Rechtsfragen

Wann kann ich den Behandlungsvertrag beenden?

Grundsätzlich endet der Behandlungsvertrag mit dem Abschluss der Behandlung, der Genesung, durch Kündigung, Aufhebung oder durch den Tod einer Vertragspartei. Ärzte und Psychotherapeuten können das Vertragsverhältnis nur beenden, wenn die notwendige medizinische

Versorgung des Patienten durch einen anderen Behandler sichergestellt ist.

Darüber hinaus soll der Behandler das Vertragsverhältnis nicht „zur Unzeit“ beenden, also nicht bei Notfällen oder wenn der Patient noch keinen Nachfolger gefunden hat.

Außerdem erfordert eine vorzeitige Beendigung weitere Gründe. Dazu zählt z.B. der vollkommene Vertrauensverlust zwischen Behandelndem und Patient, wenn der Patient ärztliche oder therapeutische Anweisungen ständig missachtet.

Wer den Behandlungsvertrag beenden möchte, sollte zunächst ein Gespräch mit dem Patienten führen. In diesem muss der Behandler klar erläutern, dass er das Vertrauensverhältnis als gestört empfindet und keine andere Möglichkeit sieht, als das Vertragsverhältnis zu beenden. Benötigt der Patient weitere medizinische oder therapeutische Behandlungen, muss der Behandler dem Patienten eine angemessene Übergangsfrist einräumen.

Zur Dokumentation empfiehlt es sich, das Gespräch schriftlich festzuhalten.

Dies zum Grundsätzlichen. Je nachdem, ob es sich bei dem Patienten um einen GKV-, einen HZV- oder einen Privatversicherten handelt, können andere Einzelheiten gelten. 🇩🇪



“
Ein gutes Gefühl,
wenn man der Praxis
voll umfänglich
helfen konnte //”

Sonja Stajko



Service mit System

Dürfen wir Ihnen das MEDI Cockpit vorstellen? Ein Trio aus technischen Hilfsmitteln, um dem MEDI Team die Arbeit zu erleichtern. Vor allem profitieren die Mitarbeiterinnen des Service-Centers davon – und damit jeder Anrufer, der schnell eine Auskunft braucht.

Früher, als die Stuttgarter MEDI Mitarbeiter noch bequem in einem kleinen Büro Platz hatten, waren die Wege kürzer. Eine fehlende Information konnte man auch auf dem kleinen Dienstweg in der Kaffeepause erfragen. Und die wenigen Spezialisten konnte man an einer Hand abzählen. Mittlerweile ist ein gut organisiertes Dienstleistungsunternehmen entstanden. Neben Ärzten gibt es Vertragsspezialisten, Juristen, Software-Entwickler und Presse-Profis. Fast nebenher ist aus MEDI Deutschland e.V. in diesem Jahr MEDI GENO Deutschland e.V. geworden. Das heißt, MEDI vertritt aktuell etwa 17.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. So ein Wachstum hat natürlich Folgen für die internen Abläufe. Zum Glück gibt es dafür nicht nur zusätzliche Mitarbeiter, sondern auch ein paar technische Feinheiten, die es in sich haben.

„MEDI ist eine schnell wachsende Firma mit schmaler Hierarchie, deshalb

ist eine effiziente Organisation für uns so wichtig“, erklärt Silke Arnegger, die den Bereich Verträge leitet. Das Aufgabenspektrum von MEDI GENO Deutschland kann sich durchaus mit dem einer KV vergleichen lassen. Es gibt hoch qualifizierte Projektleiter, die allerdings überlastet wären, wenn sie persönlich für jede Anfrage zuständig wären. „Wir brauchen deshalb ein leistungsfähiges Service-Center, das die Anfragen entgegennimmt und entweder kompetent beantwortet oder möglichst gleich dorthin leitet, wo umgehend die richtige Auskunft gegeben werden kann“, erläutert die Prokuristin. Nachdrücklich zählt sie beispielhaft die unterschiedlichen Arten von Anfragen auf, sodass tatsächlich klar wird, wie hoch die Ansprüche an die Mitarbeiterinnen des Service-Centers sind:

- Abrechnungsfragen mit Personenbezug dürfen nur in der Abrechnungsabteilung beantwortet werden.

- Fragen zur Systematik von Verträgen gehören in die Vertragsabteilung zum jeweiligen Projektleiter.
- Fragen zu technischen Problemen müssen von den Ansprechpartnern in der IT-Abteilung beantwortet werden.
- Anfragen von Vertragspartnern wie Krankenkassen können in den Verantwortungsbereich von Projektleitern oder aber zur Abrechnungssystematik in den Abrechnungsbereich gehören.
- Für Anfragen von Businesspartnern sind die Ansprechpartner in der Businessabteilung zuständig.
- Wenn Kooperationspartner wie Pharmafirmen Anfragen zu Rechnungen haben, ist in der Regel die Buchhaltung der richtige Ansprechpartner.

Viele Informationen, die Arnegger nur aus einem einzigen Grund aufzählt. Sie möchte daran erinnern, dass es Sinn macht, bei Telefonanfragen schon der Mitarbeiterin des Service-Centers das eigene Anliegen zu erklären: Diese kann es in vielen Fällen schon lösen! Im Alltag werden die Mitarbeiterinnen des Service-Centers häufig mit dem Wunsch konfrontiert, den Anrufer doch bitte zu einem bestimmten Experten oder in eine bestimmte Abteilung durchzustellen. „Viele unserer Kunden – ob Ärzte oder Partner – wissen noch gar nicht, dass wir ein derart leistungsfähiges und vor allem informiertes, freundliches und kompetentes Service-Center als ersten Ansprechpartner haben“, sagt

„Mit unseren fünf Software-Entwicklern können wir unsere IT-Werkzeuge selbst basteln. Eine maßgeschneiderte Lösung, passgenau für MEDI“

Sven Gutekunst



„Am schnellsten kann ich Anrufern weiterhelfen, die ihr Anliegen im Service-Center bereits erklärt haben“

Alexander Bieg

Arnegger. Die Experten sind leider oft terminlich so stark eingebunden, dass sie die Vielzahl von Anfragen nicht immer individuell beantworten können. Gut, dass das Service-Center mit seiner strukturierten Steuerung der Anfragen eine effektive und schnellstmögliche Klärung gewährleistet! „Dadurch muss jetzt kein Anrufer mehr lange auf einen Rückruf warten“, schließt sich auch Alexander Bieg an, der als Projektmanager für die HZV-Verträge und für das IFFM (Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbände e.V.) zuständig ist. Das IFFM übernimmt u.a. Vertragsschulungen, Fortbildungen und Nachschulungen von DMP- und Qualitätszirkelanforderungen. Selbstverständlich kann auch das Service-Center kompetent Auskunft darüber geben, wann beispielsweise die nächste Schulung stattfindet.

Ideal ist es natürlich, wenn die Mitarbeiterinnen im Service-Center die benötigten Antworten selbst herausfinden können. Um das zu realisieren, wurden bei MEDI zwei Strategien umgesetzt. Einerseits werden immer zwei bis drei Mitarbeiterinnen zu Spezialistinnen z.B. der einzelnen Facharztverträge ausgebildet. Andererseits hat die IT-Abteilung das „MEDI Cockpit“ entwickelt, das aus der Wissens-

datenbank, dem Dashboard und dem Ticketsystem besteht. „Heute kann man sagen, dass sich diese Entwicklungsarbeit absolut gelohnt hat“, freut sich Arnegger.

Die Wissensdatenbank

Eine echte Erleichterung für MEDI Mitarbeiter bietet die neue Wissensdatenbank. Eine Datenbank, die Antworten auf häufig gestellte Fragen bereithält. „Es ist eigentlich eine Art kleines MEDI Wiki“, beschreibt Sven Gutekunst. Der IT-Profi muss es wissen, aus seiner Abteilung stammt die Programmierung.

Im Alltag funktioniert die Wissensdatenbank z.B. folgendermaßen:

- Ein Kardiologe hat eine Frage zur Sofortabrechnung nach Einschreibung in seinen 73c-Vertrag.
- Ein Hausarzt möchte wissen, ab wann ein Patient über die HZV abgerechnet werden kann, wenn er ihn heute einschreibt.
- Ein Orthopäde möchte einen Patienten, der keinen Hausarzt hat, in den Facharztvertrag einschreiben.

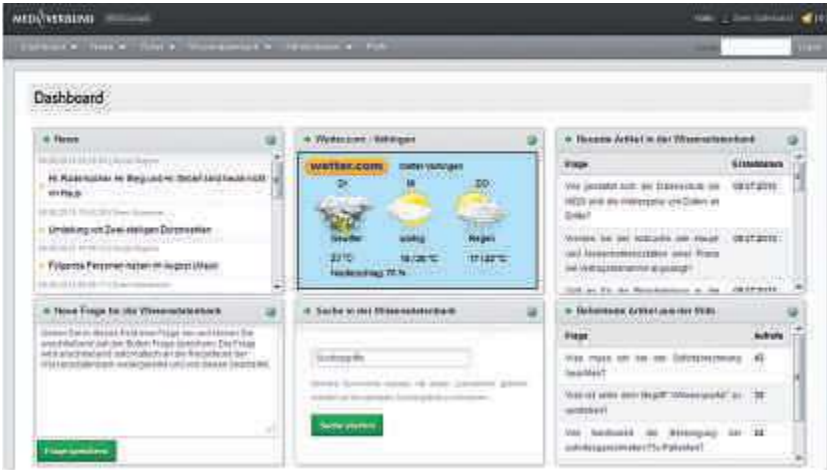
Egal, wer die Kollegen am Telefon betreut: Jeder findet alle verfügbaren Informationen zu diesen Fragen, wenn er das

richtige Suchwort eingibt. Und neue Fragen, für die es noch keine Antworten gibt, werden einfach sofort in die Datenbank aufgenommen – als neue Aufgabe für die „Redakteure“. „Wir sehen die Wissensdatenbank als kontinuierlichen Prozess“, verdeutlicht Prokurist Sven Kleinknecht. Er weiß, dass man die Infos auch in den Vertragsunterlagen finden könnte. Aber in der Wissensdatenbank sind die Formulierungen einfach und leicht verständlich als Frage-Antwort-Spiel gespeichert. „Kein Juristendeutsch“, kommentiert Gutekunst. Das Wissen ist durch dieses System nicht mehr nur auf dem Rechner des MEDI Spezialisten gespeichert, sondern wird für alle Mitarbeiter verfügbar. „Wir haben unser Wissen hier zentralisiert, damit es weitergegeben werden kann“, sagt der ITler. Nebenbei ermöglicht die Nutzung der Datenbank auch eine Art Evaluation. Man kann nämlich ablesen, wie oft eine Antwort bereits aufgerufen wurde.

Die Wissensdatenbank soll natürlich kein Ersatz für die Wissensvermittlung der Mitarbeiter sein. Sie werden sogar verstärkt weitergebildet: Die Angestellten im Service-Center nehmen beispielsweise an den Vertragsschulungen der Ärzte teil. „Ich freue mich, dass wir immer mehr Fragen beantworten können, ohne auf unsere Spezialisten zurückzugreifen“, sagt Sonja Stajnko, die das MEDI Service-Center leitet. Hier laufen alle Anfragen zusammen.

MEDI ist eine schnell wachsende Firma

Fortsetzung Seite 30



Das Dashboard bringt alle Mitarbeiter auf den gleichen Informationsstand.

Fortsetzung
Service mit System

Egal, ob es sich um Einzelheiten der Verträge handelt, um Rat zu Abrechnungsproblemen oder um eine Frage zur Gründung von Ärztehäusern – erst mal ist immer das Service-Center gefragt. Bei der Vielzahl von Fragen und Problemen ist es nicht ganz einfach, immer die richtige Antwort parat zu haben. Schließlich steigen mit jedem neuen Vertrag und jedem neuen MEDI Mitglied die Anforderungen an die Mitarbeiter des Service-Centers. Aber Stajanko möchte nicht klagen, im Gegenteil: „Wir haben gute Kolleginnen, die ihre Arbeit bei MEDI so schätzen, dass sie sich mehr einsetzen, als nach den Buchstaben des Gesetzes nötig wäre“. Und dann erzählt sie von dem Großversand, der kürzlich im Rahmen eines Vertragsstarts erledigt werden musste: 1.400 große Pakete mussten bestückt und an die Fachärzte verschickt werden – auch solche Aufgaben kann das Service-Center heute professionell stemmen.

Das Ticketsystem

Nein, MEDI verkauft keine Fahrkarten. Mit dem „Ticketsystem“ wird eine Art der Weiterleitung von Aufgaben bezeichnet. Man kennt das von Verwaltungen oder auch vom Metzger im spanischen Supermarkt. Überall, wo viele Anfragen bearbeitet werden müssen, macht das Ticketprinzip Sinn. Jedes Anliegen wird bearbeitet, Nummer für Nummer. Mit dem elektronischen Ticketsystem werden Mini-

Nachrichten vom Service-Center an den passenden Experten abgegeben. „Wir schaffen es fast immer, solche weitergeleiteten Nachrichten innerhalb von sechs bis 24 Stunden zu bearbeiten“, sagt Stajanko.

Angenommen, ein Anrufer hat eine Frage, die das Service-Center trotz Wissensdatenbank nicht beantworten kann. Früher hätten die Mitarbeiterinnen eine E-Mail an die entsprechende Abteilung geschrieben. Mit dem zweifelhaften Erfolg, dass manchmal eine, manchmal aber auch gleich mehrere Antworten kamen. Nicht auszuschließen, dass die eine oder andere Anfrage sogar im Trubel des Alltags unterging.

Das kann heute nicht mehr passieren. Aus jeder unbeantworteten Anfrage wird ein Ticket, das an die passende Stelle weitergeleitet wird. Und jedes Ticket kann man genau weiterverfolgen. Man erkennt z.B. wie lange die Bearbeitung dauert. Aber man sieht auch auf einen Blick, welcher Mitarbeiter gerade von Tickets überhäuft ist und wer noch Luft hat. Und man sieht, wie viele Tickets zu welchen Themen erstellt werden.

Das Dashboard

Wenn Dr. Werner Baumgärtner, Sonja Stajanko oder Sven Gutekunst morgens ihren Rechner anschalten, haben sie alle etwas gemeinsam: Als erstes erscheint auf dem Bildschirm das MEDI Dashboard. Das ist der Name der neuen Intranet-Oberfläche, die alle Stuttgarter MEDI Mitarbeiter gleichermaßen über wichtige Neuigkeiten informiert. Wer ist gerade

Externe Anfragen

- Ärzte und Psychotherapeuten, die an einem Facharzt- oder Hausarztvertrag teilnehmen (brauchen z.B. konkrete Auskünfte, haben Beschwerden oder benötigen einzelne Unterlagen).
- Ärzte und Psychotherapeuten, die noch an keinem Vertrag teilnehmen und darüber informiert werden möchten.
- Ärzte und Psychotherapeuten, die standespolitische Informationen haben möchten oder an einer Mitgliedschaft interessiert sind.
- Mitglieder, die an den MEDI Businesskooperationen interessiert sind (z.B. Labor, Pharma, Praxisbedarf, Praxisgründer- und Abgebermarktplatz).

Interne Anfragen

- Aktualisierung der Internetseite.
- Versand von größeren Aussendungen an die MEDI Mitglieder.
- Raumorganisation für die Abteilungen und Catering.
- Veranstaltungsorganisation (Schulungen) für Vertragsmitarbeiter oder Medizinervorträge der Kooperationspartner der MEDIVERBUND AG (u.a. Raumbuchung, Einladung, Catering, Anmeldekoordination, Unterlagen vorbereiten und bereitstellen).
- Durchgängige Besetzung des Telefons. ■

ra

auf Auswärtstermin oder in Urlaub? Was steht in der neuesten Pressemitteilung? Ah, der Kooperationspartner hat Ultraschallgeräte im Sonderangebot! Wann wird das nächste Rundschreiben an die Mitglieder verschickt? Auf einen Blick ist jeder informiert. Schön? „Wichtig“, antwortet Stajanko, „für uns alle“. Womit sich der Vergleich mit den Piloten im Cockpit wieder aufdrängt. Ein Flugkapitän alleine reicht nicht, um das Flugziel zu erreichen! ■

Ruth Auschra



Schwangere Angestellte brauchen besonderen Schutz

Menschlich gesehen ist das vielleicht wunderbar. Aber was bedeuten die anderen Umstände für die Praxis? Welche Tätigkeiten darf eine schwangere Angestellte noch problemlos ausüben?

In vielen Praxen möchten der Praxischef und die schwangere Mitarbeiterin, dass diese auch nach Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft weiterarbeitet. Deswegen suchen sie nach einer praktikablen Lösung, um den strengen gesetzlichen Vorgaben nachzukommen. Dann übernimmt die werdende Mutter nicht mehr die Blutabnahmen, sondern sitzt beispielsweise am Empfang oder wird häufiger für den Telefondienst eingeteilt. Meistens funktionieren solche Übereinkünfte auch problemlos. Wissen sollte allerdings jeder Arbeitgeber, dass der Gesetzgeber für die Beschäftigung schwangerer Frauen strenge Maßstäbe anlegt.

Das Mutterschutzgesetz (MuSchG) legt nämlich fest, dass Schwangere nicht mit Arbeiten beschäftigt werden dürfen, die eine erhöhte Gefährdung für Mutter oder Kind bedeuten. Das gilt gleichermaßen für

angestellte Ärztinnen wie für Medizinische Fachangestellte – übrigens auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende.

Die Rechtsprechung räumt dem Mutterschutz einen hohen Stellenwert ein und fordert ein Beschäftigungsverbot selbst dann, wenn das Risiko einer HIV- oder Hepatitisinfektion nur sehr gering ist (Grundsatzurteil: BVerwG, Urteil vom 27.05.1993 Az 5 C 42/89). Als riskant zu bewerten ist beispielsweise der Umgang mit scharfen Instrumenten, die mit Blut oder Körperflüssigkeiten kontaminiert sind. Hier bieten selbst Handschuhe und Mundschutz keine hundertprozentige Sicherheit. Folglich sind Blutabnahmen, aber auch Aufräumarbeiten oder Assistententätigkeiten nicht risikolos.

Streng genommen haben Sie als Praxischef nur zwei Möglichkeiten:

- Sie können für **einen ungefährlichen Arbeitsplatz** sorgen.
- Wenn Sie den **Arbeitsplatz** nicht frei von Gefährdungen gestalten können, müssen Sie ein **Beschäftigungsverbot** aussprechen. Als Arbeitgeber sind Sie zuständig für die Beurteilung der Gefährdung am Arbeitsplatz. Sie können sich fachkundigen Rat einholen, aber praktisch nehmen Sie die Einschätzung vor, ob eine gefahrlose Weiterbeschäftigung möglich ist oder nicht. Bei einem Beschäftigungsverbot zahlen Sie das Gehalt als sogenannten Mutterschutzlohn weiter. Die zuständige Krankenkasse erstattet Ihnen dieses Arbeitsentgelt über das U2-Umlageverfahren.


Handeln müssen Sie sofort nach Bekanntwerden der anderen Umstände! Die Regelungen des Mutterschutzgesetzes gelten vom ersten Tag der Schwangerschaft an.

Die Vorschriften großzügig handhaben?

Nicht jede Praxisangestellte freut sich, wenn sie ein Beschäftigungsverbot erhält. Und auch viele Ärzte finden es einfach nicht nachvollziehbar, dass sie eine Schwangere wie eine Kranke behandeln sollen. Rein rechtlich gesehen ist die Sachlage eindeutig: Sogar dann, wenn die werdende Mutter weiter arbeiten möchte, muss der Arbeitgeber die Grundsätze der Beschäftigungsverbote beachten. Egal ob sich die werdende Mutter über den Karriereknick ärgert oder über die geruhige Schwangerschaft freut.

Was, wenn die Angestellte ihren Chef einfach nicht „offiziell“ über die bestehende Schwangerschaft informiert? Rechtsanwalt Tim Reichelt kann diese Lösung nicht empfehlen. Er führt aus: „Die Angestellte soll laut Gesetz den Arbeitgeber über die Schwangerschaft informieren. Sie ist dazu zwar nicht ausdrücklich verpflichtet. Aber wenn der Arbeitgeber nicht über die Schwangerschaft informiert ist, kann er auch nicht für die notwendigen Schutzmaßnahmen sorgen. Und das bedeutet, er müsste auch keinen oder nur einen geringeren Schadenersatz für erlittene Schäden zahlen.“ Für die Mitarbeiterin wäre so ein Verzicht seiner Einschätzung nach unvernünftig.

Er empfiehlt stattdessen, auch die Möglichkeit eines Teilzeitbeschäftigungsverbots zu prüfen und die tägliche Arbeitszeit so z. B. auf vier Stunden zu reduzieren.


Das Nichtbeachten der Vorschriften kann hohe Regresszahlungen nach sich ziehen. Würde sich die Mitarbeiterin beispielsweise eine HIV-Infektion mit nachfolgender Behinderung des Kindes zuziehen, wäre der Arzt verpflichtet, Schadenersatz- und Unterhaltszahlungen zu leisten. Das ist aber noch nicht alles. Das Nichtbeachten der Vorschriften kann auch das Image einer Praxis in Frage stellen. Auch eine Schwangerschaftskomplikation, die in Wirklichkeit nicht das Geringste mit dem Arbeitsplatz zu tun hat, kann eine negative Mundpropaganda nach sich ziehen. 

Ruth Auschra

Was ist jetzt zu tun?

- Nach der Bekanntgabe der Schwangerschaft informieren Sie die zuständige Aufsichtsbehörde über die Schwangerschaft. Dienststellenverzeichnis unter: <http://lasi.osha.de>
> Organisationen
Eine formlose Mitteilung reicht, wer Vordrucke bevorzugt:
> Formulare, > Mutterschutz.
- Sie prüfen und beurteilen, ob eine Weiterarbeit während der Schwangerschaft möglich ist.
- Falls Sie ein Beschäftigungsverbot (vollständig oder teilweise) aussprechen, teilen Sie dies der Krankenkasse Ihrer Mitarbeiterin mit und

beantragen dort den Ausgleich der Arbeitsaufwendungen. Dem Antrag legen Sie eine Bescheinigung des Gynäkologen über die Schwangerschaft bei, außerdem eine Arbeitsplatzbeschreibung („überwiegend Tätigkeiten, bei denen eine Infektionsgefahr nicht auszuschließen ist, deshalb Beschäftigungsverbot wie im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 27.05.1993 Az 5 C 42/89 entschieden“) und eine Angabe des Bruttogehalts.

- Nicht vergessen, die werdende Mutter und das gesamte Team offiziell darüber zu informieren, dass ein komplettes oder für bestimmte Bereiche geltendes Beschäftigungsverbot besteht! 

ra

IMPRESSUM

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

Redaktion: Angelina Schütz
Verantwortlich i.S.d.P.:
Dr. med. Werner Baumgärtner
Design: Heinz P. Föthen
Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
erscheint im Januar 2014.
Anzeigenschluss ist der 15. Nov. 2013.

Zoff im Team bremst alle aus

Die Privatdozentin Dr. Katja Götz (Dipl. Soziologin) aus der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg kennt viele Beispiele für Zoff in der Arztpraxis. In ihren Workshops mit Praxisteams kristallisieren sich vor allem drei Ursachen heraus: Fordernde Patienten, Kompetenzgerangel im Team und unzuverlässige Praxischefs.

Letztere sorgen unbeabsichtigt für Konfliktstoff, wenn sie beispielsweise wichtige Informationen nicht weitergeben. Kein Team lässt sich gerne davon überraschen, dass Sprechstunden oder Hausbesuche ausfallen, weil eine wichtige Sitzung stattfindet. Erfahrungsgemäß knirscht es dann am häufigsten, wenn der Arzt nicht nur in der Praxis arbeitet, sondern sich beispielsweise noch in der Politik oder der KV engagiert. „Wenn er urplötzlich zu einem anderen Termin gerufen wird, bringt das natürlich alle Praxisabläufe durcheinander und verunsichert die Angestellten“, weiß Götz. In solchen Fällen fragt sich wohl jede Mitarbeiterin, ob sie einen Anlass dafür geliefert hat, dass der Arzt nicht mit ihr kommuniziert. Noch schlimmer wird es, wenn das Team die Patienten von der Terminverschiebung benachrichtigen will, diese aber vom Arzt längst informiert wurden. Das ist nicht nur chaotisch, sondern auch peinlich und demotivierend für die Mitarbeiterinnen.

Womit bereits das nächste Problem auf dem Tisch wäre: Aktuelle Studien aus deutschen Hausarztpraxen (→ 1, 2, 3) haben sich mit der Zufriedenheit der Angestellten beschäftigt. Das Ergebnis: Nicht Geldmangel oder Stress stehen an der Spitze der Gründe für Unzufriedenheit. Angestellte in Hausarztpraxen fühlen sich vor allem wohl, wenn der Chef ihnen ein Gefühl von Anerkennung und Wertschätzung vermittelt. Ein Gefühl, das vermutlich nicht jeder Arzt seinen „Helferinnen“ entgegenbringt.

Natürlich gibt es in Arztpraxen auch Konfliktpotenzial, ganz ohne dass der

Chef beteiligt ist. „Manchmal ‚können‘ zwei Angestellte einfach nicht miteinander“, berichtet die Dipl. Soziologin. Das kommt überall im Leben vor und endet im günstigeren Fall mit einer Kündigung, im ungünstigeren kann auch eine Mobbing-Situation daraus werden.

Typische Ursachen für Konflikte zwischen Praxisangestellten sind z.B. zwischen älteren, langjährigen Mitarbeiterinnen und jungen Berufsanfängerinnen. Azubis haben oft einen schlechten Stand in einem eingeschworenen Team. Und in reinen Frauenteams gibt es nun mal auch echte „Zickenkriege“. Götz empfiehlt, in solchen Situationen die private Ebene zu verlassen und sich stattdessen auf die sachliche Ebene zurückzubekümmern. In einem Team arbeitet man zusammen, um die Praxisziele zu erreichen. Dem muss sich manche Emotion unterordnen.

Zur Teamarbeit gehört auch, dass man sich ab und zu ein Feedback gibt. Die meisten Menschen denken dabei in erster Linie an eine faire Kritik. Aber auch ein ernst gemeintes, laut geäußertes Dankeschön kann zur Verbesserung des Arbeitsklimas beitragen.

Regeln im Umgang mit forschern Patienten

Konflikte und Stress gibt es auch in Teams, die menschlich gut harmonieren. Oft erschweren nämlich auch anstrengende Patienten den Alltag: Manche stellen am Empfang sofort klar, dass es jetzt unbedingt schneller als sonst gehen muss, weil sie dringend ein Rezept



Katja Götz kennt die Ursachen.

oder eine Überweisung brauchen. In einer solchen Situation gibt es Konflikte, wenn unterschiedliche Verhaltensweisen im Team aufeinander treffen: Wenn beispielsweise eine Mitarbeiterin bereit ist, die Wünsche des Patienten schnell zwischendurch zu erledigen, während ihre Kollegin nicht einsieht, dass dadurch andere Patienten länger warten müssen. „Intern muss für klare Strukturen und Absprachen gesorgt werden“, erklärt Götz, „damit allen im Team klar ist, wie mit solchen hektischen Patienten umgegangen werden soll.“ Vorgaben, an die sich alle im Team halten, entspannen und klären die Situation.

Wenn solche Überlegungen alleine nicht ausreichen, braucht man eventuell ein Seminar oder eine Supervision. „Auf keinen Fall sollte man sich von Stress oder gar Mobbing krank machen lassen“, betont Götz. ■■■

Ruth Auschra

→ 1. Goetz K., Campbell S., Steinhäuser J. et al.:

Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. *BMC Family Practice* 2011, 12:137.

2. Goetz K., Campbell S., Broge B. et al.:

Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: an observational study. *BMC Family Practice* 2013; 30:411-417.

3. Gavartina A., Zaroti S., Szecsenyi J. et al.:

Practice assistants in primary care in Germany – associations with organizational attributes on job satisfaction. *BMC Family Practice* 2013, 14:110.