

Streikrecht bleibt MEDI Thema



Hausärzte und Patienten profitieren von der VERAH

Das hat nicht nur die Wissenschaft belegt. Auch Beispiele aus den Praxen zeigen: Die VERAH lohnt sich!

Bessere Vergütung für Ärzte im PNP-Vertrag

2013 soll der PNP-Vertrag auch für die Neurologen, Psychiater und Nervenärzte starten. Dafür hat die MEDIVERBUND AG ihr „Korb-Modell“ aktiviert.

MEDI macht Lobbyarbeit, die sich für Mitglieder lohnt!

Allein durch das „Baumgärtner-Urteil“ bekamen Niedergelassene in Baden-Württemberg 50 Millionen Euro mehr.

Proteste hin oder her – wir brauchen endlich feste Preise!

Liebe Leserin, lieber Leser,

dass zurzeit über Ärztestreik und Ärztestreik öffentlich diskutiert wird ist gut und bisher hat die Öffentlichkeitsarbeit unserer Verbände ebenfalls gut funktioniert. Die Kassen haben mit einem Angebot reagiert, das unzureichend ist: Sie bestehen auf der niedrigen Erhöhung des Orientierungspunktwertes (OPW) um 0,9%, damit sie keinen Gesichtverlust erleiden. Damit können wir auf keinen Fall einverstanden sein, weil dies der Inflationsausgleich für 4 Jahre ist. Eine Frechheit!

Das Gegenangebot der KBV kam schnell: OPW 1,8%, Ausbudgetierung der Psychotherapie und Spielräume für regionale Verbesserungen. Zusammen mit der bundesweiten Morbiditätssteigerung von 1,3% wäre das eine Erhöhung von 4 bis 5%. Nehmen die Kassen das Angebot nicht an, soll innerärztlich über die Fortführung des Sicherstellungsauftrags abgestimmt werden.

MEDI Deutschland unterstützt die KBV und die KVen in ihrem Versuch, ein besseres Verhandlungsergebnis zu erreichen. Gleichzeitig sehen wir die Probleme aber als hausgemacht an, denn die Ursache dafür ist die Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) und die Formel ihrer Weiterentwicklung, die auf Wunsch der KBV Gesetz wurde. Deswegen fordern wir von der KBV, diesen Irrweg zu beenden und endlich auf feste Preise für den neuen EBM zu bestehen – und das auch öffentlich als Streikziel auszugeben!

Wir wissen noch nicht, wie sich die KBV entscheiden wird und wie sich die Proteste weiterentwickeln werden. In der Regel ist das Ergebnis ein fauler Kompromiss, wie wir aus der Vergangenheit gelernt haben.

Unabhängig davon gehen wir bei MEDI unseren Weg weiter: Erstens lassen wir das Streikrecht für die Vertragsärzte juristisch prüfen und werden dafür auch notfalls kämpfen. Und zweitens arbeiten wir an der Entwicklung der 73er-Verträge mit festen Preisen weiter. Ich bin überzeugt davon, dass das der einzig richtige Weg ist, um langfristig feste und angemessene Preise für unsere Arbeit und die unserer Praxen durchzusetzen.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender



MEDI lässt das Streikrecht für Vertragsärzte juristisch prüfen.

TITELGESCHICHTE

STREIKRECHT BLEIBT MEDI THEMA

- 18 **Hickhack um Ärztehonore**
- 18 **Köhler will notfalls klagen**
- 19 **Streikrecht für Niedergelassene ist aktueller denn je**
- 20 **MEDI Mitglieder bleiben protestwillig**

DIALOG

- 6 **MEDI Vize Dr. Michael Ruland:**
»95% unserer Mitglieder würden MEDI weiterempfehlen«

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 8 **PNP-Vertrag: Ein regionaler Pilot macht landesweit Schule**
- 9 **»Korb-Aktion« startet für Neurologen, Psychiater und Nervenärzte**
- 10 **HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN:**
Wie fordere ich die Laborverordnung richtig an?
- 11 **Höhere Vergütung macht Kardiologie-Vertrag attraktiver**
- 12 **TGP: Der Kampf geht weiter**
- 12 **NACHGEFRAGT BEI JOHANNES D. GLASER:**
»Wir wollen die gleichen Rechte wie ein MVZ!«

AUS HESSEN

- 14 **Ein Netz ist nur so gut wie seine Macher(in)**

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 16 **MEDI Ärzte machen sich stark für die ambulante Palliativversorgung**



Ärzte in Rheinland-Pfalz haben einen neuen Verein zur ambulanten Palliativversorgung gegründet.

GESUNDHEITSPOLITIK

- 22 **MEDI schafft einen Mehrwert für jeden Arzt**
- 24 **NACHGEFRAGT BEI DR. WERNER BAUMGÄRTNER:**
»Verbände, die sich nur um Honorare streiten, tun zu wenig«
- 26 **MENSCHEN BEI MEDI – Dr. Alessandro Cavicchioli,**
Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsycho-
therapeut in Schwäbisch Hall

ARZT & RECHT

- 28 **ASS. JUR. FRANK HOFMANN BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN:**
Gibt es schärfere Vorschriften zur Bekämpfung der Korruption?

BUSINESS

- 29 **Marktplatz: In 3 Schritten zum Praxisexposé**
- 29 **Neue Kooperation mit Servier Deutschland**

PRAXISMANAGEMENT

- 30 **Hausarzt- und Facharztverträge erhöhen den Wert der Praxis**
- 32 **Rabattverträge: Patienteninformation, die ankommt**
- 32 **IMPRESSUM**



PRAXISTEAM

- 34 **Die VERAH lohnt sich!**
- 38 **Abgeltung der Überstunden vertraglich regeln!**

»95% unserer Mitglieder würden MEDI weiterempfehlen«

Um die Zufriedenheit seiner Mitglieder abzufragen, hat MEDI Baden-Württemberg im August eine Umfrage gestartet. 671 Mitglieder haben daran teilgenommen. Rund 94% bewerten die Arbeit des Vorstands mit „gut“ oder „sehr gut“ und knapp 95% würden MEDI weiterempfehlen. Angelina Schütz sprach mit MEDI Vize Dr. Michael Ruland, der die Umfrage begleitet hat, über die Ergebnisse.

MEDITIMES: Herr Dr. Ruland, wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis?

Ruland: Fast 700 MEDI Mitglieder aus allen Regionen in Baden-Württemberg haben sich Zeit für die Antworten genommen, was einer Rücklaufquote von etwa 18% entspricht. Das ist auf den ersten Blick ein sehr gutes Ergebnis, obwohl ich mir ehrlich gesagt einen noch höheren Rücklauf gewünscht hätte. An dieser Stelle danke ich allen, die teilgenommen haben.

MEDITIMES: Was war der Grund für die Umfrage?

Ruland: Wir wissen zu wenig von den Wünschen und Meinungen unserer Mitglieder vor Ort. Wie alle berufspolitischen Verbände stoßen auch wir hier an methodische Grenzen, denn nur ein Teil dieser Einstellungen wird repräsentativ bei Gremientreffen erkennbar. Daher fand es unser Vorstand sinnvoll, zum ersten Mal eine Umfrage direkt an alle Mitglieder zu richten. Wenn wir MEDI für die Zukunft fit machen wollen, sind Mitgliederumfragen ein wichtiges, ja unverzichtbares Instrument, damit wir die Mitgliederinteressen und deren mögliche Veränderungen noch besser kennen, berücksichtigen und vertreten können. Und unsere Mitglieder sollten das auch wissen.

MEDITIMES: MEDI gibt es ja nun schon länger, warum wurde eine solche Umfrage nicht früher durchgeführt?

Ruland: Anlass war der seit längerem zu beobachtende Rückgang der Mitgliederzahlen – eine Entwicklung, wie sie auch in anderen Berufsverbänden beobachtet wird. Hierfür gibt es vielfältige Gründe, meistens ist es die Rückgabe der Vertragsarztzulassung aus Altersgründen. Wir

Unsere Mitglieder sehen MEDI als politisch und wirtschaftlich handelnde Organisation

mussten erkennen, dass wir die bisherigen Mitglieder besser betreuen und aktiv neue Mitglieder und insbesondere junge Kolleginnen und Kollegen ansprechen müssen, um dieser Entwicklung zu begegnen.

MEDITIMES: Welche Themen interessieren die Mitglieder laut Umfrage am meisten?

Ruland: An der Spitze stehen Themen wie Honorarentwicklungen und Selektivverträge. Dafür interessieren sich laut unserer Umfrage 40%. Ähnlich hoch liegt das Interesse bei der berufspolitischen Vertretung mit 38%. Für Praxishilfen sind 11% dankbar. Vor-Ort-Kontakte interessieren 7% und der Praxiseinkauf 5% der Umfrageteilnehmer. Für ihre Einkommenssituation, Bezug nehmend auf unser Fünf-Säulen-Modell, halten 95% der Mitglieder das Thema KV und GOÄ bzw.

Kostenerstattung für „sehr wichtig“ oder „wichtig“. 77% sagen das über die Selektivverträge und 61% über die prä- und poststationären Leistungen. Für 21% sind unsere Teilgemeinschaftspraxen ein Thema.

MEDITIMES: Und welche Aussagen oder Bewertungen Ihrer Kolleginnen und Kollegen erscheinen Ihnen dabei besonders wichtig?

Ruland: Es zeigt sich, dass unsere Mitglieder MEDI sowohl als politisch wie auch wirtschaftlich handelnde Organisation sehen, unsere grundsätzliche Zielsetzung also weiterhin auf breite Zustimmung trifft. In der Tat bedingen sich ja beide Handlungsfelder gegenseitig, auch wenn die individuelle Wahrnehmung zu einem beliebigen Zeitpunkt nicht so ausgeglichen sein mag. Bei der Bedeutung für das Einkommen liegen KV und GOÄ





gleich auf, die besondere Bedeutung der Selektivverträge sehen aber deutlich mehr Mitglieder, als bisher daran teilnehmen und teilnehmen können. Auch das ist erfreulich und wir sehen darin eine Verpflichtung für die weitere, wenn auch nicht immer einfache Umsetzung für alle Beteiligten.

Am größten ist das Interesse an Honorarentwicklungen und Selektivverträgen

MEDITIMES: Gab es auch die ein oder andere Überraschung?

Ruland: Ja! 95% würden MEDI weiterempfehlen. Und über 400 Mitglieder, was 60% entspricht, möchten sich persönlich in der Mitgliederwerbung vor Ort engagieren! Dieses Ergebnis übertrifft meine Erwartungen bei weitem. Es ist ermutigend, wenn man an die Altersstruktur unserer Mitglieder und die große Aufgabe der Mitgliedergewinnung in allen Alters- und Fachgruppen denkt.

MEDITIMES: Eines der MEDI Top-Themen ist ja aktuell die Prüfung des Streikrechts. Wie kommt das bei den Mitgliedern an?

Ruland: Über 94% der Mitglieder halten den Einsatz für das Streikrecht für „sehr gut“ bzw. „gut“.

MEDITIMES: Inwieweit beeinflussen die Ergebnisse den weiteren MEDI Kurs?

Ruland: Wir werden weiterhin intensiv unsere politische und wirtschaftliche Interessenvertretung wahrnehmen. Momentan steht der Einsatz für konkrete Honorarziele politisch im Vordergrund, die deutlich interessantere Frage mit nachhaltigeren Folgen ist die Klärung des Streikrechts für Vertragsärzte an sich. Die Mitgliedergewinnung und -betreuung ist eine weitere zentrale Aufgabe, zu der die Voraussetzungen in der Geschäftsstelle und in den Regionen weiter ausgebaut werden müssen. Hierzu gehören auch mehr Online-Angebote, um die Nutzung unserer Homepage für die Mitglieder attraktiver zu machen. Das wünschen sich 94% derjenigen, die an der Umfrage teilgenommen haben.

MEDITIMES: Würden Sie die Umfrage auch anderen MEDI Regionen empfehlen?

Ruland: Ja, ohne Einschränkung.

MEDITIMES: Herr Dr. Ruland, vielen Dank für das Gespräch. 🇩🇪



Strahlende Gesichter bei der Pressekonferenz: Werner Baumgärtner (MEDI), Christopher Hermann (AOK), Alessandro Cavicchioli (DPTV) und Rolf Wachendorf (Freie Liste der Psychotherapeuten).

PNP-Vertrag: Ein regionaler Pilot macht landesweit Schule

Dass kranke Menschen nicht zeitnah versorgt werden können, gibt es in Deutschland auch in der Psychotherapie. Der Esslinger Psychotherapeut Rolf Wachendorf empfindet diese Situation als „absurd“. Deshalb hat er vor 8 Jahren mit der AOK Baden-Württemberg erste Gespräche geführt und 2009 ein Pilotprojekt gestartet. Daraus wurde der bundesweit erste Facharztvertrag für Psychotherapie, der die Wartezeit für eine Behandlung auf wenige Tage verkürzt.

„Die zeitnahe Versorgung von Patienten mit psychischen Problemen, die international Standard ist, wird in unserem KV-System wirtschaftlich bestraft“, so Wachendorfs Erfahrung. Verantwortlich dafür sind Fehlsteuerungen in den Psychotherapie-Richtlinien und die Mengenbegrenzungen im EBM: Genehmigte Psychotherapien werden mit 81 Euro vergütet, nicht-genehmigte hingegen nur mit 60 Euro. „Wobei“, so Wachendorf, „nicht-genehmigte Leistungen auch noch quotiert sind“, sodass am Ende eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung im KV-System mit einem Honorarabschlag von etwa 40% vergütet wird.

„Hartnäckig“ habe er schon vor Jahren die Krankenkassen auf die verfahrenere Situation hingewiesen, berichtet der

Psychotherapeut, der auch Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands bei MEDI Baden-Württemberg ist.

Erste Gespräche mit der AOK fanden mit Unterstützung des damaligen Vorstandsvorsitzenden der KV Nord-Württemberg, Dr. Werner Baumgärtner, bereits 2004 statt. Die KV-Wahlen führten dann jedoch dazu, dass sich das damals „offene Fenster für Verbesserungen im Kollektivvertrag“, wieder schloss. „6 Jahre lang gab es keine Verbesserungen in der Psychotherapie“, erinnert Wachendorf.

Erst 2009 sei es dann schließlich gelungen mit der AOK in Esslingen, wo die Wartezeiten im Allgemeinen besonders lang sind, ein Pilotprojekt zur zeitnahen Versorgung von Patienten mit psychischen Problemen zu vereinbaren. Mehr

als 500 Klienten, bei denen der behandelnde Arzt der Auffassung war, dass eine psychotherapeutische Behandlung akut erforderlich ist, wurden im Rahmen dieser Vereinbarung ohne besondere Genehmigung und ohne ein aufwendiges Gutachterverfahren zeitnah versorgt und in der Regel mit 9 Sitzungen stabilisiert. Die Diagnosen umfassten das gesamte Spektrum psychischer Beschwerden, von Kindern, die nichts mehr essen oder nicht mehr zur Schule gehen wollten bis hin zu Erwachsenen mit Panikattacken oder einer schweren Depression.

Frühe Behandlung führt zu besseren Ergebnissen

„Durch die zeitnahe Versorgung wurden in erster Linie Patienten erreicht, die schwer krank und stärker belastet sind“, so Wachendorf. Das deckte sich auch mit den allgemeinen Erfahrungen. Denn lange Wartezeiten führen dazu, dass am Ende nur jene Patienten in eine Therapie kommen, die hartnäckig am Ball bleiben. „Durch die frühe Behandlung werde das Risiko, dass eine Erkrankung chronifiziert, erheblich reduziert“, betont er.

Darüber hinaus habe das Pilotprojekt gezeigt, dass etwa 60% der zeitnah behandelten Patienten mit 9 bis 10 Therapiesitzungen befriedigend versorgt werden können und nur etwa 40% in eine längerfristige Therapie überführt werden müssen. Die Versorgung im Pilotprojekt sei nicht nur bei den Patienten gut angekommen, von denen manche deshalb

sogar die Kasse wechselten. „Auch die zuweisenden Ärzte sind durchweg froh, dass sie ihre Patienten zeitnah unterbringen konnten und eine Rückmeldung bekamen“, berichtet Wachendorf.

So profitieren Krankenkassen vom MEDI Know-how

Die Erfahrungen aus Esslingen seien zum großen Teil in das Psychotherapie-Modul des PNP-Vertrags mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK eingeflossen. Vor der Unterzeichnung dieses Vertrags nach § 73c SGB V seien bei den Vertragsverhandlungen zu allen Diagnosen die einschlägigen Experten und Autoren der jeweiligen Leitlinien ausführlich befragt und deren Empfehlungen berücksichtigt worden. Damit sei sichergestellt, dass die Abläufe und Verfahren sowie neue Methoden im Vertrag dem Stand der internationalen Forschung entsprechen. „In den Psychotherapie-Richtlinien ist das nicht der Fall“, bemängelt Wachendorf. Schätzungsweise mehr als 100 Sitzungen seien erforderlich gewesen, bevor der Vertrag, der für die AOK Baden-Württemberg am 1. Juli und für die Bosch BKK am 1. Oktober in Kraft trat, unter Dach und Fach war.

Unterstützt werde die Vereinbarung auch von den beiden wichtigsten Verbänden in diesem Bereich, von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT). In der Versorgung psychisch kranker Menschen nehme Baden-Württemberg damit eine Vorreiterrolle ein. Auf Bundesebene werde das neue Behandlungskonzept auch mit großem Interesse verfolgt.

Bei dem Psychotherapie-Modul des PNP-Vertrags handelt es sich, ebenso wie bei den bereits bestehenden Facharztverträgen für Gastroenterologen und Kardiologen, um einen 73c-Vertrag, der an den Hausarztvertrag angekoppelt ist. Eingeschriebene Patienten können daher ohne weiteres in eine psychotherapeutische Behandlung überwiesen werden. ■■■

Jürgen Stoschek

→ Psychotherapeuten, die am Vertrag teilnehmen, finden Sie unter www.vertraege.medi-verbund.de

»Korb-Aktion« startet für Neurologen, Psychiater und Nervenärzte

Damit am 1. Januar 2013 nun auch der medizinische Teil des PNP-Vertrags starten kann, muss bis 30. Oktober die Teilnehmerzahl (Quorum) erfüllt sein. Die ersten 200 Ärzte, die der MEDI-VERBUND AG bis zur Deadline ihre Teilnahme- und IT-Unterlagen schicken, erhalten großzügige Zuschüsse für ihre IT-Investitionen.

Möglich macht das die sogenannte „Korb-Aktion“, die die MEDIVERBUND AG bereits für die Psychotherapeuten des PNP-Vertrags ins Leben gerufen hatte (siehe *MEDITIMES* 1/2012). Nun kommen auch Ärzte in ihren Genuss. Voraussetzung ist, dass sie der AG bis 30. Oktober ihre Teilnahmeerklärung und die erforderlichen Unterlagen für ihre Software-Bestellung schicken. Dann erhalten die ersten 200 Mediziner eine Finanzspritze von 1.000 Euro. „Die Korb-Aktion bietet Ihnen die Möglichkeit, dass Software und Konnektor nur dann wirksam bestellt werden, wenn das Quorum für den Start des Vertrages zum 1. Quartal 2013 am 30.10.2012 erreicht ist“, heißt es auch in einem Schreiben der MEDIVERBUND AG vom September.

Die Teilnehmer erhalten 400 Euro für die Investitionskosten der Software und des Konnektors. Darüber hinaus werden die Kosten für das Prüfmodul um 10 Euro im Monat reduziert. Das geschieht mittels einer Gutschrift im Rahmen der Quartalsabrechnung des Vertrags. Über die Vertragslaufzeit von 60 Monaten reduzieren sich damit die Kosten um weitere 600 Euro.

Bessere Vergütung

Bereits im Sommer hatten sich die Vertragspartner auf eine wesentlich bessere Vergütung für Psychiater, Neurologen und Nervenärzte geeinigt. Finanziell

aufgewertet wurden das psychiatrische Gespräch und die neurologische Akutdiagnostik. Außerdem können Nervenärzte auch neurologische und psychiatrische Leistungen abrechnen, die am gleichen Tag erbracht werden.

In den Selektivverträgen hat MEDI seine Ziele nach einer festen und besseren Vergütung ohne Fallzahlbegrenzung erreicht. „Solche Bedingungen werden wir mit dem Morbi-EBM der KBV auch mit 100 Protesten nicht erreichen“, betont der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner und fügt hinzu: „Wenn wir der Politik beweisen, dass mit den Selektivverträgen eine Vollversorgung zu festen Preisen möglich ist, können wir von dem unseligen Morbi-EBM wegkommen.“ ■■■

Angelina Schütz

→ Sämtliche Informationen zur „Korb-Aktion“ gibt es auf www.medi-verbund.de in der Rubrik > **Ärzte** und dort im Bereich > **Verträge**.

HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN



Foto: fotolia

Wie fordere ich die Laborverordnung richtig an?

Laborleistungen, die im Ziffernkranz abgebildet sind, dürfen nicht mehr über den 10a-Schein oder den 10er-Schein angefordert werden. Stattdessen müssen Sie diese Leistungen auf dem Weg anfordern, den Sie mit Ihrem Labor abgestimmt haben. Das Labor stellt Ihnen die Leistungen dann in Rechnung.

Etwas präziser bedeutet das, dass sich im Ziffernkranz zusätzlich zu wenigen anderen Laborziffern die Allgemeinen Laborleistungen befinden. Das sind Leistungen der EBM-Kapitel

- 32.2.1 Basisuntersuchungen
- 32.2.2 Mikroskopische Untersuchungen
- 32.2.3 Gerinnungsuntersuchungen
- 32.2.4 Physikalische oder chemische Untersuchungen
- 32.2.5 Funktions- und Komplexuntersuchungen
- GOP 32150 Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger
- GOP 32212 Fibrinmonomere, Spaltprodukte (quantitativ)
- GOP 32232 Lactat

Diese sogenannten O1- und O2-Laborwerte sind Bestandteil des Laborgemeinschaftslabors. Diese Ziffern fordern Sie für Patienten, die in Selektivverträge eingeschrieben sind, nicht mehr zu Lasten der KV an.

Alle anderen Ziffern stellen das Facharztlabor dar. Sie können über den 10er-

Schein und analog zu anderen Kassenscheinen im Labor angefordert werden.

Warum werden uns immer wieder Zusatzpauschalen (Z1) im Kardiologie-Vertrag gestrichen, obwohl wir die Patienten z.B. auch bei einer leichten Herzinsuffizienz besonders oft im Quartal einbestellen?

Der Vertrag regelt, dass die Zusatzpauschale für weitere Arzt-Patienten-Kontakte (APK) nur in Verbindung mit folgenden Krankheitsausprägungen abgerechnet werden darf:

- **Z1a:**
Zuschlag zu **P1aIII** = Herzinsuffizienz
→ nur bei NYHA-Stadium I und II mit eingeschränkter LV-Funktion = $EF \leq 30\%$ oder NYHA-Stadium III/IV.
Maximal 12 Mal pro Abrechnungsquartal ab dem 3. APK.
Liegt beispielsweise eine Herzinsuffizienzdiagnose, aber nur eine Abrechnung für P1aI oder P1aII vor (NYHA-Stadium I und II und $EF \geq 45\%$; $EF 31-44\%$), wird die Abrechnung der Ziffern Z1a gestrichen.
- **Z1b:**
Zuschlag zu **P1b** = KHK
Maximal 5 Mal pro Abrechnungsquartal ab dem 3. APK. Der Schweregrad spielt keine Rolle.
- **Z1c:**
Zuschlag zu **P1c** = Rhythmusstörungen
Maximal 5 mal pro Abrechnungsquartal ab dem 3. APK. Der Schweregrad spielt keine Rolle.

Achten Sie darauf, dass Sie auch den 1. und 2. APK über Z1 in der Vertragssoftware dokumentieren! Nur so steht fest, wann der 3. APK erfolgt und ab wann dann die Folgekontakte vergütet werden können.

Ab wann und wie kann ich im Kardiologie-Vertrag den neuen Diagnostikzuschlag abrechnen?

Das geht bereits ab dem 4. Quartal 2012. Sie können den Zuschlag 1 Mal pro Patient in 4 Quartalen abrechnen, sofern keine Zusatzpauschalen vorliegen. Das verbessert die Diagnostik-Vergütung im Vertrag. Auch Leistungen, die bei Patienten mit kardiologischem Krankheitsbild zusätzlich in den Ziffernkranz gekommen sind, werden damit berücksichtigt. Da die Änderungen in der Vertragssoftware einen zeitlichen Vorlauf von 4 Monaten brauchen, können die neuen Ziffern erst ab 1. Januar 2013 abgerechnet werden. Bis dahin müssen Sie die Ziffern über das Korrekturformular nachabrechnen.

Welche Ziffern wurden aus dem Gesamtziffernkranz gestrichen?

Es gab rückwirkende Änderungen im Ziffernkranz, die vor allem die Gastroenterologen betreffen. Folgende Ziffern wurden komplett gestrichen:

- Punktion I, II und Lumbalpunktion (GOP 02340; 02341; 02342)
- Transfusion (GOP 02110; 02111; 02112)

Diese Ziffern können über die KV bereits für das 3. Quartal abgerechnet werden.



Fotos: Tamara Arne

Wir beantworten gerne Ihre Fragen
Silke Schill und Thomas Rademacher

Höhere Vergütung macht Kardiologie-Vertrag attraktiver

Die Vertragspartner haben den Kardiologie-Vertrag nach § 73c SGB V weiterentwickelt und die Vergütung im Bereich der konservativen Kardiologie erhöht. Ab dem 1. Oktober gilt eine Zusatzpauschale Hypertonie (25 Euro) sowie ein Diagnostikzuschlag (20 Euro).


Dr. Norbert Smetak, Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Kardiologen (BNK), erklärt zur Vergütungsanpassung: „Bei Vertragsstart lag das Hauptaugenmerk auf den Indikationen Herzinsuffizienz, KHK, Herzrhythmusstörungen und Vitien. Gemeinsam mit unseren Partnern haben wir den Vertrag nun weiterentwickelt und auch die wichtige Indikation Hypertonie berücksichtigt.“

Zum 1. Oktober wurde eine separate Hypertoniepauschale eingeführt. Sie zielt auf Patienten ab, bei denen die Behandlung bzw. Mitbehandlung durch den Facharzt wegen Folgeerkrankungen einer Hypertonie medizinisch sinnvoll ist. Eine weitere Neuerung im Vertrag, die ebenfalls ab dem 1. Oktober wirksam wurde, ist der sogenannte Diagnostikzuschlag. Diesen kann der untersuchende Arzt zu-

sätzlich zur Grundpauschale einmal im Krankheitsfall bei Patienten abrechnen, die nicht an einer der 5 genannten Erkrankungen leiden. Damit wird dem diagnostischen Aufwand bei der Abklärung der Erkrankungsursache noch besser Rechnung getragen.

MEDI Chef Dr. Werner Baumgärtner, betont: „Die Honorarverbesserung erhöht insgesamt die Fallwerte. Das kommt insbesondere den Fachinternisten ohne Schwerpunkt zugute. Die vereinbarte Mehrvergütung kommt nicht durch Umverteilung oder durch Einsparungen zustande, sondern durch zusätzliches Geld von der AOK und der Bosch BKK.“

Die beiden Kassen betrachten die zusätzlichen Anreize für die teilnehmenden Ärzte als gut angelegtes Geld und weitere Investition in die Stärkung der ambulanten Versorgung ihrer Versicherten.

An dem bundesweit ersten Facharztvertrag für Kardiologie nehmen rund 180 Ärzte und mehr als 100.000 Versicherte teil.  *eb*

TGP: Der Kampf geht weiter

Nachdem das Oberlandesgericht (OLG) Karlsruhe die Teilnahme von Radiologen an Teilgemeinschaftspraxen nur unter engen Voraussetzungen zugelassen hat, geht MEDI in die nächste Instanz.

MEDI möchte jetzt vom Bundesgerichtshof (BGH) klären lassen, welche Möglichkeiten Zusammenschlüsse von Vertragsärzten bei der internen Honorar- und Gewinnverteilung haben. Denn diese ist Hauptkritikpunkt bei den Teilgemeinschaftspraxen (TGPen). Gegner dieser Kooperation sehen darin einen Verstoß gegen die Berufsordnung (BO), wenn Laborärzte und Radiologen mit an Bord sind.

Die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs hatte eine MEDI TGP mit Radiologen verklagt und war vor dem Landgericht Mosbach gescheitert. Die BO schränke unzulässig die Berufsfreiheit der Ärzte ein, hieß es. Außerdem

werde das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt durch die teilweise pauschale Gewinnverteilung der TGP nicht umgangen.

Anders sah das auf die Berufung der Wettbewerbschüter hin das Oberlandesgericht (OLG) Karlsruhe und gab einem Hilfsantrag der Kläger recht. Radiologen dürfen demnach an einer TGP nur dann beteiligt sein, wenn sie mehr als nur medizinisch-technische Leistungen erbringen. In so einem Fall sahen die Richter keinen Verstoß gegen die BO. Damit ist die Wettbewerbszentrale mit ihrem Hauptanliegen zwar gescheitert, Radiologen ganz aus TGPen zu verbannen, denn das OLG sah dafür keine Rechts-

grundlage. „Dennoch hat es sich das Gericht etwas einfach gemacht“, sagt MEDI Justitiar Frank Hofmann.

So habe das Gericht nicht die Revision beim BGH zugelassen, sein Urteilspruch sollte damit endgültig sein. Vor allem aber sei das OLG der Frage, wie es um die Gleichbehandlung der TGP mit anderen Kooperationsformen wie einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) stehe, nicht richtig nachgegangen. „Das Gericht hat dazu nur gesagt, dass ein Verweis auf die Konkurrenz von MVZs nicht genüge“, so Hofmann. Dieser Punkt ist jedoch sehr wichtig, „denn in einem MVZ darf das Geld nach Belieben verteilt werden, in Zusammenschlüssen von Vertragsärzten jedoch nicht“, kritisiert MEDI Vorsitzender Dr. Werner Baumgärtner.

Dagegen setzt sich MEDI zur Wehr und hat deswegen Nichtzulassungsbeschwerde beim BGH eingelegt mit dem Ziel, dass das Gericht die Revision doch erlaubt und sich mit dem Rechtsstreit befasst. ■■■

Diana Niedernhöfer

NACHGEFRAGT BEI

Johannes D. Glaser

Allgemeinmediziner und Hauptgeschäftsführer „MEDI Gesundheitsnetz Rhein-Neckar“



Ärzten. Das ist ein großer Vorteil gegenüber MVZs oder Krankenhaus-Ambulanzen. Deswegen brauchen unsere Ärzte auch die gleichen Rechte der Kooperation und Abrechnung!

MEDITIMES: Weshalb unterstützt die Kammer das TGP-Modell nicht stärker?

Glaser: Das ist mir unverständlich, denn die Kammer muss die Interessen der Niedergelassenen und der Krankenhausärzte gleichermaßen vertreten. Ich kann auch das Argument „Zuweisung gegen Entgelt“ nicht nachvollziehen. Für mich entspricht das dem Versuch einer berufsrechtlich anhaltenden kriminalisierenden Unterstellung. Eine Erklärung für das Verhalten der Kammern liegt sicher in der Zusammensetzung ihrer Vorstände: In der Mehrheit sind das angestellte Krankenhausärzte und ältere, konservativ eingestellte niedergelassene Ärzte. ■■■

» Wir wollen die gleichen Rechte wie ein MVZ! «

MEDITIMES: Herr Glaser, welche Lehren ziehen Sie aus dem Urteil?

Glaser: Ich meine, das OLG Karlsruhe hat es sich sehr einfach gemacht. Die Klärung nach einer grundsätzlichen Gleichbehandlung mit anderen Kooperationsformen, insbesondere mit den MVZs, wurde hier mehr oder weniger ausgeblendet. Damit geben wir uns nicht zufrieden und ziehen notfalls bis vor den Europäischen Gerichtshof.

MEDITIMES: Warum ist MEDI das so wichtig?

Glaser: In unseren Teilgemeinschaftspraxen arbeiten gut ausgebildete Kolleginnen und Kollegen mit langjähriger Erfahrung. Unsere Patienten profitieren zudem von einer besseren internen Kommunikation mit kurzen Überweisungswegen, von Terminvergaben zwischen 1 und 10 Tagen, einer maximalen Wartezeit von 30 Minuten und einer persönlichen Behandlung bei „ihren“

as

Ein Netz ist nur so gut wie seine Macher(in)

Das ist eigentlich keine wirklich überraschende Erkenntnis. Aber erstaunlich ist es doch, was manche Netze so auf die Beine stellen, wie z.B. das Gesundheitsnetz Osthessen. Wer sich fragt, warum dieses Netz so gut funktioniert und so aktiv ist, stößt schnell auf Gabriele Bleul.

Die Dipl. Betriebswirtin ist nicht nur Geschäftsführerin des Gesundheitsnetzes Osthessen. Sie ist auch kaufmännische Leiterin von Hessenmed, dem Dachverband Hessischer Ärztenetze, der Mitglied bei MEDI Deutschland ist. Sie sitzt also im Zentrum der hessischen Ärztenetze, wo sie ihre Funktionen mit Elan und Ehrlichkeit erfüllt. „Wir vermarkten einfach keine heiße Luft“, beantwortet sie z.B. die Frage nach der Besonderheit des Gesundheitsnetzes Osthessen eG (GNO eG). Sie verspricht nichts, was sie nicht halten kann. Über Taten redet sie erst,

Dinge zu kümmern – „und zwar professioneller, als wenn das ein Arzt und eine Arzthelferin neben der Praxis übernehmen müssen“, sagt sie.

„Ärzte sind anders gestrickt“

Ärzte sind ihrer Erfahrung nach ganz anders gestrickt als BWLer. Für den Betriebswirt steht das Unternehmen im Vordergrund. Er kann und will bei seinen Entscheidungen nicht auf jeden Menschen eingehen, sondern sieht das unternehmerische Ziel. Der Arzt dagegen muss in seinem Beruf das Interesse am Individuum

„Alles, was den Ärzten nützt, stört das Netz“

wenn sie erfolgreich erledigt sind. Nicht nur aus Prinzip und Überzeugung, sondern auch aus einer Kalkulation heraus: Die Ärzte würden ihr sonst nicht mehr vertrauen. Vertrauensaufbau ist für sie der wichtigste Schritt, um erfolgreiches Netzmanagement betreiben zu können.

Was macht dieses Netz so aktiv? Warum gibt es hier so viele Fortbildungsveranstaltungen, eine funktionierende Apparatgemeinschaft und ein neues Ernährungsinstitut? Der Grund dafür liegt ihrer Ansicht nach in der GNO-Struktur und den häufigen Generalversammlungen. Aber auch ihre hauptberufliche Tätigkeit als Geschäftsführerin trägt vermutlich dazu bei. Sie hat die Zeit, sich um viele

um an die erste Stelle setzen. Das passt nicht immer zum Auftrag, ein Unternehmen zu führen.

Wenn Ärzte trotzdem gezwungen sind, betriebswirtschaftlich zu agieren, führen diese unterschiedlichen Motivationslagen häufig zu Missverständnissen, findet die BWLerin. Das fängt schon mit der unterschiedlichen Kommunikation der beiden Berufsgruppen an. Gabriele Bleul erzählt gut gelaunt von ihren Erfahrungen mit Ärzten, die auch mal jemanden anschreien, „wenn es sein muss“. Oder die Verträge unterschreiben, weil sie keine Zeit haben und dem Vertragspartner vertrauen. Auch das Gegenteil ist möglich: Ein Arzt, der missverständlich geworden ist, unterschreibt gar



Gabriele Bleul leitet das Gesundheitsnetz Osthessen und weiß, wie erfolgreiche Netz-Arbeit aussieht. (Foto: Privat)

nichts mehr. Egal, welches wirtschaftliche Ziel er eigentlich verfolgt. Nachdenklich spricht sie von „verbrannter Erde“ bei den niedergelassenen Ärzten und davon, dass man sich nicht immer gleich angepöffen fühlen darf, wenn man ihren Job hat.

Ist die Führung eines Arztnetzes also doch eine reine Vertrauenssache? „Nein“, antwortet Bleul, „es ist mein Baby“. Um dieses Baby groß zu bekommen, geht sie verschiedene Wege. Einer führt zur Politik, genauer gesagt zur Regionalpolitik, wo sie Kontakte und Ansprechpartner sucht, um medizinische Probleme anzusprechen. „Wenn wir von der Politik ernst genommen werden wollen, brauchen wir gute Strukturen“, weiß sie. Den Aufbau solcher Strukturen nimmt sie den Ärzten ab, damit diese sich ihrer Arbeit in der Praxis widmen können.

Sie begreift sich als Service-Unternehmen, das den Netz-Ärzten die Arbeit erleichtert und deren Probleme löst. Das können Schwierigkeiten in der Region sein, beispielsweise ein Ärztemangel auf dem Land oder neue EDV-Anforderungen. Bleuls Anspruch ist hoch, sie will für ihre Ärzte da sein. Es macht ihr nichts aus, dafür Politiker um Hilfe zu bitten, Gesundheitstage auf die Beine zu stellen oder Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte zu organisieren. Sie setzt sich mit Krankengymnasten zusammen, um Probleme rund um die KG-

Verordnungen zu klären und erstellt einen regionalen Fortbildungskalender. Alles, was den Ärzten nützt, stärkt das Netz. Auf diese Weise wird aus dem GNO eine Entlastung von Ärzten und – ein paar Schritte weiter – ein Gesundheitsdienstleister, der die medizinischen Probleme in der ganzen Region löst. „Wir müssen wegkommen von der Insellösung“, fordert die Betriebswirtin, „hin zum regionalen Service-Anbieter“.

Lobbyarbeit für Ärzte

Wie man im Gesundheitswesen agiert, hat sie in der Führungsebene von Kliniken kennengelernt. Dort hat sie vor Jahren die Entwicklung des Gesundheitsstrukturgesetzes mitverfolgt und erkannt, welche Möglichkeiten sich eröffnen, wenn Krankenhäuser MVZs gründen. Sie kannte die neue Konkurrenzsituation der niedergelassenen Ärzte also, als sie nach einer Familienpause einen Neuanfang machte. „Ärzte haben keine Chance gegenüber der Kliniklobby“, sagt Bleul. Das wollte sie ändern. Also versuchte

Die Vorteile regionaler Arztnetze

- Regionale Zusammenschlüsse von Haus- und Fachärzten.
- Optimierung der beruflichen und wirtschaftlichen Situation durch
- gezielte und systematische Kooperation von HA und FA, dadurch
- verbesserte Versorgung der Patienten vor Ort.
- Verbesserung der Kommunikation der Ärzte untereinander.
- Dienstleistungsangebote wie Rahmenvereinbarungen sind regional gut organisierbar.
- Regionale Fortbildungen.
- Abstimmung der Angebotsstrukturen der einzelnen Leistungserbringer (Kliniken, Krankenkassen, Therapeuten, Apotheken, Pflegedienste, Homecare).
- Sektorenübergreifende Modelle den regionalen Problemen angepasst.
- Lobbyarbeit zugunsten niedergelassener Ärzte regional gut möglich, da Politiker nahe am Geschehen sind.
- IV-Verträge nach § 140 SGB V unter regionalen Gesichtspunkten gut vereinbar.
- Regionale angepasste Leitlinien. ■

ra

sie, das neu gegründete GNO aufzustellen wie ein Krankenhaus. Mit kaufmännischem Wissen engagierte sie sich für die Freiberuflichkeit der Ärzte, die freie Arztwahl und das betriebswirtschaftliche Überleben der Arztpraxen. Das Resultat ist ein gut aufgebautes Netz mit

praktikablen organisatorischen Strukturen und eigenen IV-Verträgen – und mit Ärzten, die tatsächlich mitmachen! „Normalerweise gibt es nur 20% Aktivistinnen“, weiß sie, „aber bei uns sind es wesentlich mehr“. ■

Ruth Auschra



Ralf Schneider engagiert sich im Verein zur Förderung der ambulanten Palliativversorgung.

MEDI Ärzte machen sich stark für die ambulante Palliativversorgung

Wenn Menschen schwer krank sind und die Lebensqualität plötzlich wichtiger wird als die -dauer, ist die Palliativmedizin gefragt. Sie soll diesen Menschen bis zum Ende ein würdiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Diese Aufgabe hat der Verein zur Förderung der ambulanten Palliativversorgung Rheinhessen/Pfalz angenommen, in dem größtenteils MEDI Ärzte mitarbeiten.

„In vertrauter Umgebung bleiben, umgeben von den Menschen, die einem nah sind, das ist für die meisten Menschen am Ende des Lebens ein echter Herzenswunsch“, erzählt Dr. Friedel Rohr. Der Hausarzt aus Framersheim bei Alzey ist Mitglied bei MEDI Südwest und war ein „Mann der ersten Stunde“ bei der Gründung der ambulanten Palliativversorgung in seiner Gegend. „Fast immer sind es die

Angehörigen, die an uns herantreten“, so Rohr. Sie suchten Beistand bei der medizinischen Betreuung, bei der Pflege ihres kranken Angehörigen. Aber auch Hilfe für sich selbst, Begleitung und psychologischen Beistand in der Zeit des Abschiednehmens und der Trauer.

Gerade vor dem Hintergrund einer älter werdenden Bevölkerung hält es der Vorsitzende von MEDI Südwest, Dr. Ralf

Schneider, für zwingend notwendig, nach Lösungen zu suchen, um Menschen im Leiden oder am Ende ihres Lebens nicht alleine zu lassen.

Netz-Gedanke hat Priorität

Dabei stehe der „Netz-Gedanke“ im Vordergrund. Ärzte, Pflegefachkräfte und ehrenamtliche Hospizhelfer müssten zusammenarbeiten und es müsse einen Austausch geben mit Palliativstationen, Seniorenheimen, Pflegestützpunkten und Seelsorgern.

Unter dem Überbegriff „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) ist der Anspruch auf eine ambulante Versorgung gesetzlich verankert. Dass er dennoch vielerorts nicht eingelöst werden kann, hat Gründe: „Meistens scheitert das Ganze am Geld“, weiß Friedel Rohr, denn zunächst müssten die Investitionen samt Personalkosten von den Anbietern vorfinanziert werden, bevor die Krankenkassen diese Leistungen erstatten. „Das bedeutet, dass manche Versorger schon am Ende sind, bevor sie richtig angefangen haben“, so der MEDI Arzt.

Aus diesem Grund habe man sich im Versorgungsgebiet Rheinhessen/Pfalz dazu entschlossen, zunächst auf ehrenamtlicher Basis zu arbeiten. Erst im dritten



Auch Friedel Roth war ein Mann der ersten Stunde bei der Gründung.

Jahr wurden die Leistungen der Palliativmediziner und Pflegekräfte von den Krankenkassen abgerechnet.

Auf dem Land ist es besonders schwierig

Dass die ambulante Palliativversorgung im nördlichen Teil der Bundesrepublik wesentlich besser klappt als im südlichen, ist für Ralf Schneider ein Beleg dafür, dass deren Gelingen maßgeblich von der Kooperations- und Gesprächsbereitschaft der Krankenkassen abhängt. „Auch in den südlichen Bundesländern gab es etliche Versuche, SAPVen zu gründen“, weiß der Vorsitzende von MEDI Südwest. Ihr Scheitern gehe in erster Linie zulasten der Krankenkassen, urteilt er.

Besonders problematisch gestalte sich die Situation natürlich im ländlichen Raum. „Damit sich eine SAPV wirtschaftlich überhaupt trägt, muss das Einzugsgebiet 250.000 Einwohner umfassen“, rechnet Schneider vor. Das sei in Gebieten wie Rheinhessen schon schwierig, in so dünn besiedelten Gebieten wie der Eifel beispielsweise sei es nahezu unmöglich.

Dem Idealismus einer Menge Menschen ist es zu verdanken, dass im Versorgungsgebiet Rheinhessen/Pfalz, das den Kreis Alzey-Worms, das Gebiet um Nierstein-Oppenheim sowie östliche Teile des Donnersbergkreises umfasst, mittlerweile 20 Mediziner ihre zweijährige Zusatzausbildung in Palliativmedizin absolviert haben und gemeinsam mit 15 Pflegedienstleistern zwischen 15 und 20 Menschen täglich rund um die Uhr betreuen.

„Für mich war die Weiterbildung zum Palliativmediziner eine unglaublich bereichernde Erfahrung“, sagt Rohr heute und fügt hinzu: „In dieser Zeit habe ich mich in meinem Selbstverständnis als Arzt und als Mensch weiterentwickelt und kann diese Ausbildung meinen Kollegen nur wärmstens empfehlen.“

Jutta Glaser-Heuser



Hickhack um Ärztehonore

Seit Wochen droht in Deutschland ein bundesweiter Ärztestreik. Die Proteste richten sich gegen den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses, den Orientierungspunktwert (OPW) um 0,9% anzuheben. Die Kassenseite besserte nach und die Verhandlungen wurden auf Oktober verschoben. Doch schon wenige Tage später war keine Annäherung mehr in Sicht.

Am 28. September wollte die KBV-Vertreterversammlung über den Sicherstellungsauftrag diskutieren und abstimmen. Dazu hatten die ehrenamtlichen KBV-Delegierten einen Beschlussantrag formuliert, wonach kurzfristig alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten befragt werden sollen, ob und unter welchen Bedingungen die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags künftig noch akzeptabel erscheint. „Damit stellen die

mitgeht und entsprechende Anträge mehrheitlich verabschiedet“, fügt er hinzu. Das Ergebnis lag der **MEDITIMES** zum Redaktionsschluss ebenfalls noch nicht vor.

Im Vorfeld hatte das Streik-Thema bundesweit eine besondere Dynamik entwickelt. Nach dem für die Ärzte unakzeptablen Spruch des Erweiterten Bewertungsausschusses zeigten sich die freien Verbände gemeinsam mit der

MEDI hat als einziger Verband eigene Streikziele definiert

KBV und Dr. Andreas Köhler die Systemfrage zum ersten Mal ganz offen“, betont der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner. „Allerdings ist noch unklar, ob die Vertreterversammlung diesen Weg

KBV zu Protestmaßnahmen bereit. Dabei war MEDI der einzige Ärzteverband, der bereits vor Beginn der sogenannten „weichen Maßnahmen“ eigene Streikziele formuliert hatte. Diese lauteten:

Köhler will notfalls klagen

In einer Sondervertreterversammlung der KBV forderte der Vorsitzende Dr. Andreas Köhler das Bundesgesundheitsministerium auf, den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses über die Anhebung des Orientierungspunktwertes um 0,9% zu beanstanden. Er kündigte außerdem an, Klage vor dem Sozialgericht Berlin-Brandenburg zu erheben.

Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses wirken nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gegenüber den unmittelbar Beteiligten (KBV, Spitzenverband Bund der Krankenkassen) als Verwaltungsakt, den diese gerichtlich (beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg) beklagen können. ■

ks

1. Deutliche Honoraranhebung für 2013, über den Inflationsausgleich.
2. Feste und angemessene Preise und weg mit dem Morbi-EBM, der mit Umverteilung und Fallzahlbegrenzung die Praxen vernichtet.
3. Bessere Rahmenbedingungen für die Selektivverträge.

Nachdem die „weichen Maßnahmen“ ins Rollen kamen, ließen die Krankenkassen Verhandlungsbereitschaft erkennen und legten ein Kompromissangebot vor, das die KBV jedoch nicht akzeptierte. Deswegen wurden die Verhandlungen im Erweiterten Bewertungsausschuss auf den 4. Oktober verschoben. Das letzte Angebot der KBV lautete:

- Erhöhung des Orientierungspunktwertes für 2013 um 1,8%.
- Vollständige „Ausbudgetierung“ der psychotherapeutischen Leistungen des gesamten Kapitels 35.
- Keine Vermischung von Mengen- und Preiskomponente.
- Öffnung für regionale gesamtvertragliche Gestaltungsspielräume.

Ende September hat MEDI Baden-Württemberg kurzfristig 4 Veranstaltungen in Stuttgart, Karlsruhe, Heilbronn und Reutlingen organisiert, um mit den Mitgliedern zu diskutieren und ihr Votum einzuholen. Auch das Datum 21. November steht nach wie vor auf der Agenda für einen Warnstreik, um die grundsätzliche Forderung nach dem Streikrecht für Niedergelassene voranzutreiben. ■■■

Klaus Schmidt/ Angelina Schütz



Ein Großteil der deutschen Vertragsärzte wünscht sich das Streikrecht.

Streikrecht für Niedergelassene ist aktueller denn je

In Großbritannien protestierten letztes Jahr zehntausende Haus- und Klinikärzte gegen eine Neuregelung der ärztlichen Altersversorgung. Es war der erste Ärztestreik seit 1975. In Portugal hat ein Großteil der Ärzte aus Protest gegen die Kürzungen der Regierung ihre Arbeit niedergelegt. Das sind nur zwei Beispiele aus jüngster Zeit, die zeigen, dass in Nachbarländern Ärztestreiks durchaus möglich sind.

In Deutschland kennen wir streikende Ärzte nur an den Kliniken, nicht aber unter Vertragsärzten in freier Praxis. Das war nicht immer so. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte es immer mal wieder ärztliche Streikaktionen gegeben, Ende 1923 sogar einen großen Streik der niedergelassenen Ärzte, der von Dezember 1923 bis Januar 1924 dauerte. Es ging um die Selbständigkeit der ärztlichen

Berufsausübung, die Vergütung und um das Machtverhältnis zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen.

Die große Wende kam 1955 mit der Verabschiedung des Kassenarztrechts durch den Deutschen Bundestag. Darin erhielten die KVen das Monopol bei der ambulanten kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung, den Sicherstellungsauftrag. Bedingung dafür war, dass

die Kassenärzte künftig auf Kampfmaßnahmen in Form eines vertragslosen Zustands verzichteten und bei Nicht-Zustandekommen einer Einigung im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung eine verbindliche Schlichtung akzeptierten.

Die Sicherstellung ist längst aufgehoben

Das Thema Ärztestreik war damit erst einmal abgehakt. Doch seitdem ist der Sicherstellungsauftrag durch Initiativen des Gesetzgebers immer mehr aufgeweicht worden. Der Kollektivvertrag ist nicht mehr die allein gültige Vertragsform. Selektivverträge verschiedenster Art sind daneben getreten. Durch die Öffnung der ambulanten Versorgung für die Krankenhäuser, einschneidende Benachteiligungen der KVen, Integrations-Versorgungsmodelle zulasten der niedergelassenen Ärzteschaft, Etablierung von Vertragsmodellen an den KVen vorbei ist der Grundkonsens, der für die niedergelassene Ärzteschaft einst bestand, längst aufgehoben worden. Von einem Monopol der KVen kann nicht mehr die Rede sein.

Unter diesen Umständen bekommt die Frage nach einem Streikrecht für niedergelassene Ärzte aktuelle Relevanz. Und deswegen will MEDI klären, ob das Streikverbot überhaupt noch Geltung haben kann. Eine Umfrage unter Ärzten in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen

Fortsetzung Seite 20

Der Kollektivvertrag wird zunehmend aufgeweicht

Fortsetzung

Streikrecht für Niedergelassene ist aktueller denn je

und Rheinland-Pfalz hat gezeigt, dass die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte das Streikrecht haben will. Der Verband sieht die niedergelassenen Ärzte gegenüber den Klinikärzten benachteiligt, denn diese dürfen streiken, Vertragsärzte aber nicht. Die Argumentation, die Ärzte hätten zugunsten des Kollektivvertrags auf das Streikrecht verzichtet, zieht nicht mehr. Eine nationale Klage soll daher klären, ob die niedergelassenen Ärzte ein Streikrecht haben.

Vom Streik zur Musterklage

MEDI plant einen Warnstreik am 21. November. Baumgärtner rechnet damit, dass die KV und einige Krankenkassen darauf reagieren und den Streik für unrechtmäßig erklären. Auf dieser Basis soll dann eine nationale Musterklage eingereicht werden. Fällt das erste Urteil vor einem Sozialgericht negativ aus, erwägt MEDI, sich an die EU-Kommission und den Europäischen Gerichtshof zu wenden. Hier sieht Baumgärtner gute Chancen, denn in anderen europäischen Ländern dürfen Ärzte im Gegensatz zu Deutschland durchaus streiken.

Der MEDI Chef machte deutlich: „Wir wollen feste, betriebswirtschaftlich kalkulierte und angemessene Preise! Dabei müssen auch unsere zunehmenden Personalkosten und die durch Abstaffelungen und Fallzahlbegrenzungen nicht-bezahlten Leistungen berücksichtigt werden.“ Bevor auch andere Verbände über Streikaktionen beschlossen hatten, betonte Baumgärtner erneut: „Besonderen Wert lege ich darauf, dass wir das fehlende Streikrecht trotz der Erfolge der Selektivverträge als einen zentralen Punkt und eine Lehre der Vergangenheit sehen und dieses deswegen juristisch einfordern wollen.“

In der Öffentlichkeit wird den Ärzten, ob angestellt oder freiberuflich, durchaus ein Streikrecht zugestanden, wie der Gesundheitsmonitor 2012 der Bertelsmann-Stiftung belegt: Demnach befürwortet die große Mehrheit ein Streikrecht

MEDI Mitglieder bleiben protestwillig

Bei einer Urabstimmung, die MEDI Deutschland unter seinen 13.000 Mitgliedern durchgeführt hat, war eine große Mehrheit für Protestaktionen und Praxisschließungen. An der Abstimmung haben 31,4% der MEDI Mitglieder teilgenommen.

- Davon antworteten **94,7%** auf die Frage „Sind Sie für Protestaktionen?“ mit „ja“ und nur **5,3%** mit „nein“.
- **83,6%** gaben an, sich an Praxisschließungen zu beteiligen, **16,4%** möchten das nicht.
- **82,5%** würden sich an regionalen Veranstaltungen beteiligen, **17,5%** nicht.
- **53,1%** der Befragten würden sich an einer zentralen Veranstaltung beteiligen, **46,9%** zeigten dafür keine Bereitschaft.
- Auf die Frage „Würden Sie Ihre Praxis auch eine längere Zeit streng nach WANZ-Kriterien führen?“, also Patienten nur noch nach den Vorgaben der Krankenkassen wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig behandeln, antworteten **62,5%** mit „ja“ und **37,5%** mit „nein“.

auch für Ärzte zur Durchsetzung ihrer Interessen und erkennt darin sogar positive Nebeneffekte für Patienten. Zum Ersten wird ein Streik als Grundrecht für alle Erwerbstätigen wahrgenommen, inbegriffen sind damit auch Ärzte. Zum Zweiten wird das Streikrecht überraschenderweise nicht (wie in der Rechtsprechung) auf abhängig Beschäftigte beschränkt, sondern auch niedergelassenen Ärzten, also Selbstständigen, zugestanden. Zum Dritten sieht nur die Hälfte der Befragten in Streiks eine Interessenkollision, die zulasten der Patienten geht.

Klaus Schmidt



MEDI schafft einen Mehrwert für jeden Arzt

Der MEDI Verbund hat sein Profil zuletzt insbesondere durch den Abschluss von Hausarzt- und Facharztverträgen in Baden-Württemberg geschärft. „Dennoch haben wir ein viel breiteres Spektrum“, betont MEDI Chef Dr. Werner Baumgärtner. Aktuelle Zahlen belegen: Jede Fachgruppe profitiert von MEDI politisch, juristisch und ökonomisch.

Ein besonderes Anliegen von MEDI ist es, vor allem den jungen niedergelassenen bzw. niederlassungswilligen Ärzten und Psychotherapeuten für ihre berufliche Tätigkeit in der Praxis vielfältige Unterstützung zu bieten. Sie profitieren von der MEDI Managementgesellschaft, der MEDIVERBUND AG. Sie ist für das operative Geschäft unterschiedlicher Verträge und die wirtschaftlichen Aktivitäten zuständig. Mitglieder erhalten durch sie bessere Bedingungen beim Einkauf von Waren und Dienstleistungen und erzielen somit deutliche Kostenreduzierungen. Als freier Verband kann MEDI Verträge abschließen, die den KVen als Körperschaften untersagt sind, z.B. zur Inte-

grationsversorgung, hausarztzentrierten Versorgung, für besondere Versorgungsformen, medizinische Versorgungszentren oder bestimmte Beratungstätigkeiten. „Das Leistungspaket von MEDI bietet einen Mehrwert für jeden Arzt“, fasst Baumgärtner zusammen.

„Baumgärtner-Urteil“ brachte 50 Millionen Euro mehr

Dank MEDI ist z.B. in den Jahren 2011 und 2012 erheblich mehr Geld in die Praxen geflossen. Dafür sorgte zunächst das sogenannte „Baumgärtner-Urteil“ des Bundessozialgerichts, dem die niedergelassenen Ärzte in Baden-Württemberg Honorarnachzahlungen von rund 50 Milli-

onen Euro zu verdanken haben. Es ist durch eine Musterklage des MEDI Vorsitzenden gegen den Honorarverteilungsmaßstab der KV Baden-Württemberg in Gang gekommen. Baumgärtner sah darin einen Verstoß gegen den § 85 Abs. 4 SGB V, der den Ärzten ab 2005 einen festen Punktwert zusprach.

Das Bundessozialgericht (BSG) entschied am 17. März 2010, dass die Honorarverteilungsverträge der KVBW vom 2. Quartal 2005 bis zum 4. Quartal 2008 rechtswidrig waren, weil keine festen Punktwerte und für die Bezirksdirektion Stuttgart, zumindest bis 2007, keine arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen, sondern Individualbudgets vereinbart wurden (AZ: B 6 KA 43/08 R). „Dieses Ergebnis ist bundesweit einmalig“, freut sich der MEDI Chef. Praxen, die konsequent Einspruch gegen die HVV eingelegt haben, erhielten in Einzelfällen rückwirkend sogar sechsstelligen Beträge. Als besonderen Erfolg sieht Baumgärtner, dass die Krankenkassen sich in den neuen Verhandlungen über die Honorarverteilungsverträge bereit erklärt haben, sich zur Hälfte an den Rückzahlungen zu beteiligen.

Statt Umverteilung Honorarplus durch Selektivverträge

Darüber hinaus haben die baden-württembergischen Ärzte im Land bis zu 50 Millionen Euro halten können, weil es MEDI gemeinsam mit den FALK-KVen und anderen Verbänden gelungen ist, die von der KBV angeregte Konvergenzregelung zu kippen. Sie sollte im Rahmen der morbiditäts-orientierten Gesamtvergütung die Unterschiede in den einzelnen Ländern ausgleichen. Baden-Württemberg hätte das Millionen von Euro gekostet. Durch den Druck der Verbände und KVen hat die Politik schließlich diese Regelung aus dem Strukturreformgesetz herausgenommen.

Bessere Honorare als im KV-System haben zudem noch die Selektivverträge nach §§ 73b und c SGB V gebracht, die MEDI mit den Krankenkassen im Südwesten abgeschlossen hat, die Hausarztverträge gemeinsam mit dem Hausärzteverband. „Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung haben den 3.500

Finanzieller Profit für MEDI Praxen 2011/2012



Baumgärtner Urteil
50 Mio. Euro

Keine Konvergenz
ca. 20 - 50 Mio. Euro

Hausarztverträge
ca. 100 Mio. Euro

Facharztverträge
ca. 3 Mio. Euro

teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen mehr als 100 Millionen Euro zusätzliches Honorar eingebracht, bei den 3 Facharztverträgen werden es an die 3 Millionen Euro sein“, rechnet Baumgärtner vor. 100 HZV-Patienten im Quartal bringen ca. 10.000 Euro zusätzlich pro Jahr. Damit können die Ärzte ihre Praxis in finanziell schwierigen Zeiten sichern, die

Praxis wird für den Nachwuchs wieder attraktiver und zudem steigert sich der Praxiswert (*siehe Artikel auf Seite 30*).

Der MEDI Verbund hat jeglicher Umverteilung zwischen den Fachgruppen in Baden-Württemberg eine unmissverständliche Absage erteilt. Als fachgruppen-übergreifender Verband hat MEDI der KV signalisiert: Wer mehr Geld haben will, kann das nur durch zusätzliches Geld der Krankenkassen bekommen, nicht aber durch Umverteilung. Die KV, stellt Baumgärtner zufrieden fest, hat diese Haltung so akzeptiert. Zum ersten Mal.

Als großen Erfolg betrachtet er auch die Abschaffung der ambulanten Kodier-Richtlinien (AKR), zu der der MEDI Verbund maßgeblich beigetragen hat. Das gilt auch für die Verhinderung der gevko-Schnittstelle mit der Telematik ARGE der KVen, in seinen Augen ein „Potemkinsches Dorf“ des AOK-Bundesverbands. Für ihn ist ein direkter Kontakt zwischen Krankenkassen-Computer und der Praxis-IT auf keinen Fall akzeptabel.

Inakzeptabel ist für ihn auch, dass die Krankenhäuser für prä- und poststationäre Versorgung über die DRGs Geld erhalten, während die niedergelassenen Ärzte die Leistungen erbringen. „Deshalb haben wir einen Mustervertrag entworfen, der juristisch wasserdicht ist und an dem sich alle Mitglieder orientieren sollen“, erklärt Baumgärtner. Momentan laufen dazu konkrete Verhandlungen mit Krankenhausträgern (*siehe dazu auch MEDITIMES Juli 2012, Seite 19*).

Keine gläsernen Ärzte und Patienten!

MEDI wehrt sich auch gegen einen Online-Datenabgleich in den Praxen über die elektronische Gesundheitskarte (e-Card), weil dadurch ein direkter Datenfluss zwischen Praxiscomputern und Krankenkassen entstehen könnte. „Für uns ein absolutes No-Go und ein Bürokratiemonster“, stellt Baumgärtner klar. In Baden-Württemberg habe man eine funktionierende Struktur aufgebaut, die all das bereits kann, was die e-Card können soll. „Diese Struktur könnte bundesweit übernommen werden“, schlägt der MEDI Chef vor. Im „Ländle“ ist außerdem immer eine ärztliche Management-Gesellschaft oder die KV dazwischen geschaltet, sodass es nicht zu einem gläsernen Patienten bzw. gläsernen Arzt kommen kann. Um dieser Forderung Nachdruck zu verleihen, will MEDI in Baden-Württemberg im November einen Warnstreik organisieren (*siehe auch Artikel auf Seite 19*).

Fortsetzung Seite 24

STICHWORT

gevko-Schnittstelle

Die gevko-Schnittstelle ist ein IT-Standard für den Bereich der Selektivverträge. Er wurde im Auftrag der AOK-Gemeinschaft von deren Geschäftsbereich „gevko – Gesundheit • Versorgung • Kommunikation“ unter dem Dach der AOK-Systems GmbH entwickelt. Der AOK-Bundesverband und die Telematik-Arbeitsgemeinschaft der KVen hatten eine Zusammenarbeit vereinbart, um die Schnittstelle weiter zu entwickeln. MEDI lehnt diese Zusammenarbeit ab, weil die Gefahr besteht, dass damit eine verpflichtende Infrastruktur für die Abrechnung von Selektivverträgen aufgebaut werden soll. ■ ks

Fortsetzung

MEDI schafft einen Mehrwert für jeden Arzt**Auch juristisch für die Mitglieder aktiv**

Eine der wichtigsten MEDI Forderungen lautet: Gleiche Wettbewerbschancen im Gesundheitsmarkt. Deswegen lässt der Verband das Streikrecht für Niedergelassene prüfen und bemüht sich darum, die Benachteiligung niedergelassener Ärzte bzw. von Teilgemeinschaftspraxen (TGP) gegenüber Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) zu beseitigen (siehe auch Seite 12). Die Ärztekammer sieht in der internen Honorar- und Gewinnverteilung einen Verstoß gegen die Berufsordnung, insbesondere wenn Laborärzte und Radiologen beteiligt sind. Sie macht das Zuweisungsverbot geltend. In MVZ dagegen wird dieses Verhalten toleriert. „Wir kämpfen dafür, dass Zusammenschlüsse niedergelassener Kolleginnen und Kollegen die gleichen Chancen erhalten wie die MVZs“, so Baumgärtner.

Darüber hinaus bereitet MEDI eine Klage gegen den „Enteignungsparagrafen“ 103 SGB V vor, der ein Vorkaufsrecht der KV bei einem Praxisverkauf vorsieht. Sobald dieser Fall eintritt und ein Vertragsarzt damit quasi enteignet wird, wird die Klage eingereicht.

Ein ganz neuer Service von MEDI ist die Gründung eines „Marktplatzes“ für Praxisgründer und Praxisabgeber zur seriösen Vermittlung von Praxen. In einem ersten Schritt können Praxisgründer und -abgeber ihre Verkaufsangebote bzw. Kaufgesuche auf dem Marktplatz inserieren. In einem späteren Schritt wird der gesamte Praxisabgabeprozess angegangen. Betriebswirtschaftliche Experten und Juristen helfen den Ärzten dabei mit Rat und Tat.

„Aus diesen Aktivitäten wird deutlich, dass ein fachübergreifender und politischer Verband wie MEDI imstande ist, die Rahmenbedingungen der Kolleginnen und Kollegen wirksam zu verbessern“, freut sich Werner Baumgärtner. ■■

Klaus Schmidt

NACHGEFRAGT BEI

Dr. Werner Baumgärtner

Vorstandsvorsitzender von MEDI Deutschland

**» Verbände, die sich nur um Honorare streiten, tun zu wenig «**

MEDITIMES: Worauf sollten Niedergelassene achten, wenn sie eine Mitgliedschaft in einem Verband anstreben?

Baumgärtner: Ob der Verband ein eigenes politisches und standespolitisches Profil hat und die Interessen seiner Mitglieder regional und bundesweit vertritt. Dazu zählt politische Lobbyarbeit, Interessenvertretung in den KVEn und den Kammern, juristische Unterstützung einzelner Praxen aber auch der Niedergelassenen in Konkurrenz zu Klinikträgern, MVZs und anderen. Wer sich nur um bessere Honoraranteile für seine Fachgruppe im KV-System streitet, tut zu wenig.

MEDITIMES: Welche Vorteile hat MEDI gegenüber anderen freien Verbänden?

Baumgärtner: Wir vertreten alle niedergelassenen Fachgruppen. Das ist schwierig, für die Zukunftssicherung der freiberuflichen Praxen aber notwendig. Unsere Praxen werden sich in Konkurrenz zu Klinikträgern, MVZs und anderen Playern im System nur durchsetzen, wenn sie ein ambulantes Versorgungskonzept anbieten, das alle ambulanten möglichen Leistungen für den Patienten enthält. Dazu braucht es Haus- und Fachärzte. Solch ein Konzept können aktuell nur die Niedergelassenen anbieten.

Ein solches Versorgungskonzept haben wir übrigens auch in unserem Fünfsäulen-Modell aufgelistet. Dort finden Sie Leistungen des Kollektivvertrags, der Selektivverträge, GOÄ-Leistungen für

Privatpatienten und Selbstzahler, IGeL und Leistungen für Verträge zur prä- und poststationären Versorgung nach § 115a SGB V. Im Gegensatz zu den meisten anderen Verbänden können wir alle diese Leistungen, mit wem auch immer, abrechnen.

MEDITIMES: Was spricht dagegen, dass sich Niedergelassene nur in ihren fachärztlichen Verbänden organisieren?

Baumgärtner: Facharztverbände sind wichtig und unsere Kooperationspartner z.B. bei Facharztverträgen oder bei der Weichenstellung in den KVEn und den Kammern. Ihre politische Lobbyarbeit läuft aber häufig ins Leere, weil ein Konkurrenzverband oft andere Positionen bei der Politik vorträgt. Das hat ja dazu geführt, dass die Politik mit uns macht was sie will. Zu viele Verbände sind ausschließlich politisch unterwegs.

Abrechnungs- und Managementgesellschaften von Facharztverbänden sehe ich auch kritisch, weil Aufbau und Unterhalt sehr teuer sind und Verträge für einzelne Fachgruppen finanziell unattraktiv und keine Zukunftsoption sind. Wir wollen die Zusammenarbeit der Fachgruppen im Sinne eines Versorgungskonzeptes. Dazu kooperieren wir mit den Facharztverbänden, was politisch und ökonomisch Sinn macht. ■■

as



MENSCHEN BEI MEDI

Dr. Alessandro Cavicchioli

Psychologischer Psychotherapeut und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Schwäbisch Hall

Der MEDI Verbund wurde von Ärzten gegründet, aufgebaut und geführt. Es gibt zwar auch Psychotherapeuten unter den Mitgliedern und in der Führungsriege. Aber erst mit dem neuen PNP-Vertrag sind sie deutlicher in den Mittelpunkt gerückt. Grund genug, einen der Macher des Vertrags vorzustellen: Dr. Alessandro Cavicchioli.

Neben seiner Praxistätigkeit (Schwerpunkte sind Paartherapie, Angst- und Depressionstherapie) arbeitet Cavicchioli in verschiedenen Instituten als Dozent und Supervisor und ist auch Landesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung in Baden-Württemberg. Auch in die Arbeit am PNP-Vertrag hat er jede Menge Zeit und Energie gesteckt. Auf das Resultat ist er ganz offensichtlich stolz. Der Psychotherapeut freut sich, dass dieser Facharztvertrag nach §73c SGB V zu einer besseren Versorgung in den Bereichen Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie führt. Aber für ihn ist der Vertrag mehr: Ein echter Meilenstein mit Vorteilen für Patienten und Therapeuten nämlich!

Schneller zum Psychotherapeuten

„Die Patienten profitieren von den kürzeren Wartezeiten“, setzt er an. „Sie müssen nicht mehr wochenlang vom Hausarzt betreut werden, bis ein Psychotherapieplatz gefunden ist, sondern bekommen schnell und wirkungsvoll Hilfe.“ Für ihn ist es ein klarer Vorteil, wenn Haus- und Gebietsärzte Patienten überweisen können, sobald sie an eine psychische Erkrankung denken. „Die nicht-psychotherapeutisch ausgebildeten Kollegen können psychisch Kranken nicht wirkungsvoll helfen“, führt er aus und ergänzt: „Wofür haben wir denn unsere umfang-

reiche Ausbildung gemacht?“

In diesem Vertragswerk zeigt sich seiner Ansicht nach doppelt, wie eine gelungene Kooperation der Haus- und Fachärzte mit den Psychotherapeuten aussehen sollte: Erstens muss möglichst schnell ein fachlich geeigneter Therapeut eingeschaltet werden und zweitens sollen psychisch kranke Menschen nicht

behandelnde Arzt ihm mitteilt, unter welchen körperlichen Erkrankungen der gemeinsame Patient leidet und welche Medikamente er einnimmt. Schilddrüsenprobleme, Herzfehler oder die Einnahme dämpfender Medikamente sind für ihn beispielsweise wichtige Informationen, auf deren Mittelung er großen Wert legt.

*„Im PNP-Vertrag können wir tun,
was wir am besten können – behandeln“*

unnötig lang die Behandlungskapazitäten von Allgemein- und Gebietsärzten binden.

Die Zusammenarbeit von Psychotherapeuten mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen war im Alltag bisher nicht immer ganz einfach. Liegt das an den voneinander abweichenden Erwartungen aneinander? An der schlechten telefonischen Erreichbarkeit? Es kommen wohl mehrere Gründe zusammen. Der Psychotherapeut legt z.B. keinen allzu großen Wert darauf, dass der Hausarzt ihm eine psychiatrische Verdachtsdiagnose mitteilt. „Wir sind ausgezeichnet dafür ausgebildet worden, Diagnosen im Bereich von psychischen Störungen zu stellen“, erklärt Cavicchioli. Aber es erleichtert ihm seine Einschätzung sehr, wenn der

Weniger Bürokratie

Ein weiterer Vorteil im PNP-Vertrag ist für den Psychotherapeuten die Entlastung im bürokratischen Ablauf. „Wir haben Hemmnisse gestrichen und Abläufe entschlackt“, freut sich Cavicchioli. Beispielsweise kann er jetzt in den ersten Stunden diagnostische und therapeutische Elemente miteinander kombinieren oder auch Gruppentherapien einsetzen. Auch dadurch ist es im PNP-Vertrag möglich, schneller als vorher Patienten aufzunehmen, die dringend eine Therapie benötigen.

Bürokratie-Abbau auch für die zuweisenden Ärzte: Alte Standardbögen fallen im PNP-Vertrag ebenso weg wie der

Alessandro Cavicchioli setzt sich nicht nur für seine Patienten mit Herzblut ein, sondern zeigt auch beim Tango Argentino große Gefühle und Leidenschaft.



Zwang, dem Patienten jedes Quartal eine Überweisung zum Psychotherapeuten auszustellen.

Stattdessen kann sich der Hausarzt darauf verlassen, dass er zu bestimmten Anlässen mit einem Bericht informiert wird und – falls das nötig ist und vom Patienten gewünscht wird – klare Ratschläge erhält. Das ist z.B. der Fall, wenn eine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt, wenn sich die Diagnose verändert, wenn eine psychiatrische Mitbehandlung nötig erscheint und wenn die Therapie

beendet wird. Effektiver und treffsicherer findet der Psychotherapeut dieses Verfahren, aber auch flexibler und vielfältiger. „Wir können in diesem Vertrag das tun, was wir am besten können“, betont er, „behandeln!“ So gesehen empfindet er den neuen Vertrag als Meilenstein für die Psychotherapie.

Richtig genial ist für Cavicchioli allerdings eine andere Besonderheit, die im Rahmen des PNP-Vertrags erstmalig möglich ist: Die Anwendung von geeigneten Therapieverfahren, Methoden und Tech-

niken nämlich, die bisher von den Kassen nicht übernommen wurden. Als Beispiel nennt er die Hypnotherapie, IPT, EMDR, Biofeedback und die Systemische Therapie. Er freut sich, dass dafür ausgebildete Psychotherapeuten jetzt erstmals die Möglichkeit haben, solche „ausgezeichneten Methoden und Techniken“ gezielt einzusetzen – und dafür angemessen bezahlt werden.

Tänzer oder Therapeut?

Kann man von Psychotherapien schwärmen? Man kann, Alessandro Cavicchioli ist der lebende Beweis dafür. Nach über 20 Jahren Therapie-Erfahrung ist er immer noch begeistert davon, dass er nachhaltig helfen und dies beispielsweise mit Hilfe des PNP-Vertrags noch besser tun kann.

Noch mehr schwärmt er nur, wenn es um das Tanzen geht. Früher war der Jazztanz seine Leidenschaft, später kamen Flamenco und dann Tango Argentino dazu. Er erinnert sich noch daran, dass er eines Tages vor der Wahl stand: Tänzer oder Psychotherapeut? Seine Entscheidung war eindeutig und er bereut sie auch heute noch nicht. „Tanzen ist leider zu sehr von der körperlichen Verfassung abhängig“, weiß er, „Psychotherapie kann ich hoffentlich auch mit 80 Jahren noch anbieten“.

Ruth Auschra



Ass. jur. Frank Hofmann
beantwortet
Ihre Rechtsfragen

Gibt es schärfere Vorschriften zur Bekämpfung der Korruption?

Ich habe gehört, dass das Versorgungsstrukturgesetz zum 1. 1. 2012 die Vorschriften zur Bekämpfung der „Korruption im Gesundheitswesen“ verschärft haben soll. Was bedeutet das?

Frank Hofmann: Vorab dazu einige grundsätzliche Hinweise: Im Mittelpunkt der Diskussion um die Korruption im Gesundheitswesen stehen insbesondere verschiedene Formen von Zuwendungen der Pharma- und Medizinprodukteindustrie an Ärzte. Hierbei gibt es aus rechtlicher Sicht drei verschiedene Ebenen, die relevant sein können: Das Strafrecht, das ärztliche Berufsrecht und das Vertragsarztrecht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V).

Zum Strafrecht: Im März hat der Bundesgerichtshof (Beschluss vom 29. 3. 2012, GSSt 2/11) ja entschieden, dass niedergelassene Vertragsärzte weder Amtsträger noch Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne der einschlägigen strafrechtlichen Bestimmungen sind. Das bedeutet, dass eine Strafbarkeit wegen Vorteilsannahme, Bestechlichkeit oder Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr ausscheidet. Ob diese Entscheidung dazu führen wird, dass der Gesetzgeber einen eigenen Korruptionstatbestand für Ärzte ins Strafgesetzbuch aufnehmen wird, bleibt abzuwarten. Das Versorgungsstrukturgesetz hat für die strafrechtliche Frage jedenfalls keine Änderung gebracht.

Auch für das – gegenüber dem Strafrecht weniger einschneidende – ärztliche

Berufsrecht hat das Versorgungsstrukturgesetz keine Neuregelung vorgesehen. Hier gelten nach wie vor die verschiedenen Verbote der Berufsordnung (siehe die §§ 30 bis 33 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer zu unerlaubten Zuweisungen und Zuwendungen).

Verschärfungen hat es aber im Bereich des Vertragsarztrechts gegeben. Durch eine Ergänzung des § 128 SGB V stellt jetzt auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür eine unzulässige Zuwendung dar. Das gilt auch für Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen, die Vertragsärzte durch ihr Verwaltungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Die Forderung oder Annahme von unzulässigen Zuwendungen durch Vertragsärzte gilt dabei ausdrücklich als Verstoß gegen vertragärztliche Pflichten. Auch die bisher nur berufsrechtlich geregelte unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt gilt nach dem neuen § 73 Abs.7 SGB V jetzt als Verstoß gegen vertragärztliche Pflichten.

Im Ergebnis bedeutet das, dass unerlaubte Zuweisungen und Zuwendungen jetzt auch durch die im Vertragsarztrecht vorgesehenen Mittel wie Disziplinar- und Zulassungsentzugsverfahren sanktioniert werden können. Insofern hat das Versorgungsstrukturgesetz durchaus eine Verschärfung gebracht. ■

Marktplatz: In 3 Schritten zum Praxisexposé

Mit dem Marktplatz baut die MEDIVERBUND AG ihren Service für Praxisabgeber und Praxisgründer aus. Dort haben Abgeber und Gründer die Möglichkeit, über eine internetbasierte Plattform eine Praxis zum Verkauf anzubieten bzw. ein Kaufinteresse zu bekunden.

Um seine Praxis erfolgversprechend zu präsentieren und die richtigen Interessenten anzusprechen, kann der Abgeber ein individuelles Praxisexposé in 3 Schritten erstellen. Das funktioniert folgendermaßen:

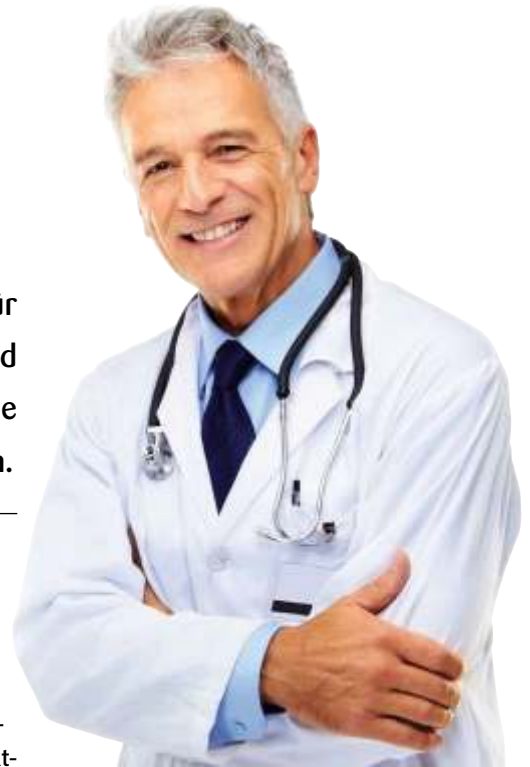
1. Registrierung

Wer den MEDIVERBUND Marktplatz nutzen möchte, muss sich registrieren lassen. Dafür reichen die persönlichen Kontaktdaten und eine E-Mail-Adresse aus. Nach

erfolgter Eingabe wird umgehend ein Benutzername und ein Passwort an die angegebene E-Mail-Adresse versendet. Mit den empfangenen Benutzerdaten ist im Anschluss an die Registrierung eine Anmeldung auf dem Marktplatz möglich.

2. Exposé-Erstellung

Nach erfolgter Anmeldung kann der Abgeber mit Hilfe eines Formulars seine praxisspezifischen Daten erfassen. In die-



sem Formular sind die Rechtsform der Praxis, die Anzahl der Behandlungszimmer, Informationen zur wirtschaftlichen Situation, Daten zur Infrastruktur und viele weitere Informationen erfassbar. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, durch eigene Texte und Fotos die Spezifika der Praxis hervorzuheben. Die MEDIVERBUND AG unterstützt interessierte Ärzte in diesem Prozess.

3. Abstimmung und Veröffentlichung

Nach erfolgter Eingabe der Praxisdaten erfolgt eine gemeinsame Abstimmung der Inhalte mit der MEDIVERBUND AG. Im Dialog können noch offene Fragen geklärt und das Exposé finalisiert werden. Entspricht das Exposé der Zufriedenheit des Abgebers, veranlasst die AG umgehend die Veröffentlichung auf dem Marktplatz.

Die Veröffentlichung des Praxisexposés erfolgt anonym. Personenbezogene Daten werden nicht veröffentlicht. ■■■

Sven Kleinknecht

Neue Kooperation mit Servier Deutschland

Die MEDIVERBUND AG hat einen weiteren Kooperationspartner gewonnen: Seit Oktober besteht ein Vertrag mit dem Arzneimittelhersteller Servier Deutschland GmbH. Ziel der neuen Zusammenarbeit ist die Unterstützung der MEDI Ärzte bei der wirtschaftlichen Verordnung innovativer Arzneimittel.

Servier hat für einige seiner Präparate Rabattverträge nach § 130a Abs.8 SGB V abgeschlossen oder steht diesbezüglich mit einigen Krankenkassen in fortgeschrittenen Verhandlungen.

Servier ist ein international forschendes Pharmaunternehmen mit Niederlassung in München. Seine Arzneimittel kommen in den Therapiebereichen Herz-Kreislauf, ZNS und Osteoporose zum Einsatz und spielen damit eine große Rolle in den Facharztverträgen nach § 73c SGB V. Ivabradin (Procoralan®) ist ein If-Kanal-Blocker, das sowohl zur Behandlung der chronisch systolischen

Herzinsuffizienz als auch bei chronisch stabiler Angina Pectoris zugelassen ist. Strontiumranelat (PROTELOS®) wird zur Behandlung der Osteoporosetherapie bei postmenopausalen Frauen als auch jetzt bei Männern zur Reduktion von Wirbelsäulen- und Hüftfrakturen eingesetzt. Dabei hemmt die Substanz in vitro die Knochenresorption und regt dort auch die Knochenneubildung an.

Bei der Entscheidung, mit welchen Anbietern die MEDIVERBUND AG Kooperationsverträge abschließt, spielt das Urteil der MEDI Mitglieder eine wichtige Rolle. Dazu führt die AG fachgruppenspezifische Befragungen durch und zieht ihre Erkenntnisse zudem aus Verordnungsrelevanz der Marktdaten. Wichtige Kriterien sind dabei die Qualität der Produkte, der Preis und eine hohe Akzeptanz bei Ärzten und Patienten sowie der Abschluss von Rabattverträgen. ■■■ *fh*

Hausarzt- und Facharztverträge erhöhen den Wert der Praxis

Mit der Teilnahme an den Selektivverträgen erhöht sich auch der Wert einer Praxis. Das ist sogar für Praxen interessant, deren Inhaber schon an den Ruhestand denken.



Der Wert einer Praxis, die an einen Nachfolger oder an eine Nachfolgerin verkauft werden soll, setzt sich aus dem Substanzwert und dem ideellen Wert zusammen, erinnert der Facharzt für Allgemeinmedizin und MEDI Vorstandsmitglied, Dr. Markus Klett. Bei der Feststellung des Substanzwertes wird die Praxiseinrichtung, einschließlich der medizintechnischen Geräte, der EDV und der Büroausstattung bewertet. Mit dem ideellen Wert werden die Chancen berücksichtigt, eine eingeführte Praxis mit ihrem Patienten- und Überweiserstamm wirtschaftlich erfolgreich fortzuführen. Dabei spielen neben der Zahl der Patienten auch die Stellung der Praxis als Teil einer gewachsenen Infrastruktur in einer Region sowie die Leistungsfähigkeit der Praxis eine wesentliche Rolle, erläutert Klett, der im Stuttgarter Ortsteil Bad Cannstatt niedergelassen ist.

Sichere Umsätze

Die Verträge nach den §§ 73b und c SGB V, die MEDI mit der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK und dem Hausärzterverband abgeschlossen hat, erhöhen nach Ansicht von Klett nicht nur den Wert einer Praxis, sondern steigern letzt-

endlich auch den Verkaufswert. Das lasse sich mit einer einfachen Rechnung leicht nachvollziehen. „Eine Praxis mit beispielsweise 300 eingeschriebenen Patienten kann ziemlich genau berechnen, was dabei am Ende als Umsatz herauskommt. Das ist eine Sicherheit, die es im KV-System so nicht gibt“, erklärt er.

Die Verträge seien aber nicht nur finanziell, sondern auch inhaltlich interessant, weil sie qualitative Anforderungen stellen, die wertsteigernd sind. „In den Verträgen wird eine strukturelle Qualität definiert, die zukunftsorientiert ist“, betont Klett. Dazu zähle unter anderem auch die regelmäßige Arbeit in den Qualitätszirkeln, die die Zusammenarbeit der Kollegen aus dem haus- und fachärztlichen Bereich zusätzlich fördert. „Das lässt sich zwar nicht in Heller und Pfennig ausdrücken“, räumt der MEDI Arzt ein. Wichtig sei aber, dass sich durch die engere Zusammenarbeit mit den Kollegen auch die Qualität der Behandlung verbessert. Selbst die Praxisorganisation profitiere von der Qualitätszirkelarbeit. Die Umsetzung eines modernen Versorgungskonzeptes, in dem die Praxis Teil eines Netzes ist, stelle einen zusätzlichen Wert da, der nicht unterschätzt werden dürfe, gibt Klett zu bedenken. „Wer hier nicht teilnimmt, ist bald weg vom Fenster“, sagt er.

Bessere Vergütung

Er könne verstehen, dass manche Kollegen angesichts zusätzlicher Investitionen in die Praxis-EDV die Teilnahme an den 73er-Verträgen scheuen. „Wer jedoch rational denkt und über den Tellerrand hinaus schaut, hat sich in die Verträge eingeschrieben“, so seine Erfahrung.



„73er-Verträge bieten uns eine Sicherheit, die es so im KV-System nicht gibt“, sagt Markus Klett.

Insbesondere nicht nur im hausärztlichen, sondern auch im fachärztlichen Bereich sei die Vergütung um gut ein Drittel besser als im KV-System. „Das sind Umsätze, mit denen man in den nächsten Jahren sicher rechnen kann und die dann auch die Investitionen in der EDV rechtfertigen“. Die anfänglichen Probleme mit den erforderlichen Computerprogrammen seien weitgehend gelöst und sollten heute kein Grund mehr für Zurückhaltung sein. „Eine Praxis, die den Kollektivvertrag und den Selektivvertrag bedienen kann, zeichnet sich durch eine zusätzliche Qualität aus“, weiß Klett.

Und auch die Facharztverträge seien inzwischen in einigen Punkten nachverhandelt und aufgebessert worden. Wer bisher gezögert hat, sollte sich deshalb die aktuellen Verträge nochmals genau anschauen und nachrechnen, empfiehlt der Stuttgarter. Mit den Selektivverträgen habe MEDI Zukunftsarbeit geleistet. „Die Verträge sind besser dotiert, haben feste Preise, eine definierte Qualität und die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten ist geregelt“, so Kletts Resümee.

Wertsteigernde Kooperationen

Bei der Entscheidung, sich in die 73c-Verträge für Gastroenterologen und für Kardiologen einzuschreiben, habe der Gedanke, damit den Wert der Praxis zu er-

höhen nicht im Vordergrund gestanden, berichtet Dr. Günther Limberg, Facharzt für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Kardiologie aus Bad Wildberg. „Ich glaube aber, dass das so ist“, fügt er hinzu. Denn eine Praxis, die gut strukturiert ist, die sich dem Netzgedanken geöffnet hat, die ihre EDV-Struktur angepasst hat und die sich der Kooperation mit den Kollegen verschrieben hat, stehe mit Sicherheit besser da, meint Limberg.

„Ein Kollege, der im Hinterkopf hat, sich in 5 Jahren von seiner Praxis zu trennen, erhöht mit den MEDI Verträgen und allem was dazugehört den Wert seiner Praxis“, ist Limberg überzeugt. Denn spätestens bei den Verkaufsverhandlungen gehe es auch um die Frage, „was für Patienten hat die Praxis und wie ist das Einkommen strukturiert.“ Der Steuerberater eines potenziellen Käufers werde sehr genau danach schauen, wie sich der Patientenstamm und der Umsatz zusammensetzen und wie sicher das Ein-

kommen ist. „Da spielen die Verträge bestimmt eine wichtige Rolle, weil sie ein sicheres Einkommen bieten, das es bei der KV in der Form nie gab“, sagt Limberg.

Ihm gehe es jedoch vor allem um die bessere Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten, die mit den MEDI Verträgen gefördert werde. Als fachärztlicher Internist mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Kardiologie lege er großen Wert darauf, mit den Hausärzten zusammenzuarbeiten. „Die MEDI Verträge fördern das Vertrauen unter den Kollegen, weil die Schnittstellen zwischen Haus- und Fachärzten klar definiert sind und jeder weiß, was zu tun ist“, sagt Limberg.

Versorgung mitgestalten

Wichtig sei ihm auch, die Versorgung mitzugestalten. Bei den 73er-Verträgen seien die Fachverbände in die Verhandlungen eingebunden. „Das ist einmalig. Solche Chancen muss man wahrneh-

men, statt nur darauf zu warten, was die Politik uns liefert, um dann zu meckern“, findet Limberg. Über die Facharztverbände gebe es jetzt die Möglichkeit Einfluss auf die künftige Gestaltung der Versorgung zu nehmen.

„Natürlich ist noch nicht alles perfekt, aber wir sind auf einem guten Weg“, so der Internist. „Beim Gastroenterologie-Vertrag gab es das Problem, dass wir Patienten, die zur Gastroskopie kamen, nicht zeitgleich einschreiben konnten. Das Problem ist seit dem 1. Juli gelöst“.

Im Bereich der Kardiologie habe er die Erfahrung gemacht, dass die Patienten, die in der Regel dauerhaft versorgt werden müssen, es sehr schätzen, wenn Haus- und Facharzt dabei eng zusammenarbeiten. Gemeinsam mit dem Hausarzt können wir den Patienten zeigen, dass sie gut betreut werden. Denn das Ganze hat eine Struktur. Und das freut auch den Patienten“, betont Limberg. So mache der Beruf wieder Spaß. ■

Jürgen Stoschek

Rabattverträge: Patienteninformation, die ankommt

Rabattverträge sorgen nach wie vor für Diskussionen in den Praxen: Patienten sind irritiert, wenn sie in der Apotheke ein ungewohntes Arzneimittel bekommen. Hier hilft ein persönliches Schreiben des Arztes an seine Patienten.



Sie verstehen nur Bahnhof?
Eine gute Patienteninfo sollte auf
Antrieb verständlich sein.

Viele Fragen zu Rabattverträgen können in der Apotheke geklärt werden. Zuweilen bekommen Patienten, die sich mit dem Rabattarzneimittel nicht zufriedengeben wollen, allerdings zu hören, sie sollten in die Praxis zurückkehren und sich dort „ein Kreuzchen auf das Rezept“ machen lassen. Wird das beherzigt, sind die Arzthelferinnen gefordert. Alexandra Ormanidou, MFA in der Praxis des MEDI Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner, berichtet von teilweise „extremen Diskussionen“. Das Praxispersonal erklärt dann, dass sich das in der Apotheke abgegebene Medikament in Wirkstoff und Dosis nicht vom verordneten unterscheidet. Ebenso, warum es nicht so einfach ist, ein Kreuzchen zu setzen. Schließlich hat der Gesetzgeber die Rabattverträge

bewusst mit der Aut-idem-Regelung gekoppelt: Es sollte die Regel werden, dass der Arzt die Auswahl des konkreten Präparates den Apotheken überlässt – wenn auch nach Vorgabe der Kassen.

Doch leider geben sich nicht alle Patienten mit Erklärungen der Praxismitarbeiterinnen zufrieden. Auch die Patienteninformationen zum Thema Rabattverträge, die einige Krankenkassen herausgeben, erzielen nur eine begrenzte Wirkung. „Hier hilft ein Schreiben des Arztes ungemain“, weiß Alexandra Ormanidou aus eigener Erfahrung.

Das gelungene Schreiben

In der Information sollte verständlich dargelegt werden, dass Patienten den Austausch in der Apotheke nicht fürchten müssen. Zudem sollte erklärt werden, warum der Arzt gehalten ist, kein konkretes Präparat zu verordnen. Nicht zuletzt ist anzuraten, Patienten auch auf die Mehrkostenregelung hinzuweisen. Wenn sie ihr Medikament partout nicht wechseln möchten und bereit sind, in der Apotheke zunächst in Vorleistung zu gehen, können sie sich die Kosten später von der Kasse erstatten lassen. Über die genauen Erstattungsregelungen sollten sich Patienten allerdings bei ihrer Kasse informieren.

Vor rund 5 Jahren traten die ersten bundesweiten AOK-Rabattverträge in Kraft. Die AOKen präsentierten sich hier als Vorreiter, dafür mussten sie allerdings einige juristische Hürden überwinden. Auch in Arztpraxen und Apotheken liefen die Verträge zunächst holprig an. Inzwischen gibt es jedoch keine gesetzliche Kasse mehr, die auf Rabattverträge

verzichtet. Und zu vergaberechtlichen Streitigkeiten mit pharmazeutischen Unternehmen kommt es kaum noch. Manche Krankenkassen – allen voran die AOKen – setzen auf exklusive Verträge mit nur einem Anbieter pro Wirkstoff. Andere vereinbaren für eine Substanz Preisnachlässe mit bis zu 3 Partnern. Dies soll sowohl Patienten als auch Apotheken entgegenkommen. Vielfach kombinieren Kassen auch beide Möglichkeiten.

Doch auch nach einigen Jahren der Erfahrung sorgen die Verträge noch immer für Irritationen und Diskussionen in den Praxen. Verständlich: Patienten, die regelmäßig ein Medikament einnehmen müssen, sind überrascht, wenn sie plötzlich das Präparat eines anderen Herstellers in der Apotheke ausgehändigt bekommen. Und da die Rabattverträge in der Regel eine Laufzeit von 2 Jahren haben, sind weitere Umstellungen nicht ausgeschlossen. ■■■

Kirsten Sucker-Sket

→ Die Vorlage für Ihre persönliche Patienteninfo finden Sie auf www.medi-verbund.de bei > **Ärzte** im Bereich > **Verträge**.

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 Januar 2013.
Anzeigenschluss ist der 30. Nov. 2012.



Die VERAH lohnt sich!

Für jeden chronisch kranken HZV-Versicherten bekommen Hausärzte in Baden-Württemberg 5 Euro pro Quartal, wenn sie eine qualifizierte VERAH beschäftigen. Das lohnt sich nicht nur finanziell, wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen: Patienten, Hausärzte und VERAHs profitieren davon. Was ändert sich im Arbeitsalltag? Die **MEDITIMES** fragte nach.

Die Fortbildung zur VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) ist bekanntlich ziemlich umfangreich. Aber daran störte sich keine der befragten VERAHs. Im Gegenteil: Alle waren zufrieden damit, die Fortbildung absolviert zu haben. Mehr noch, da fallen Äußerungen wie „ich bin meiner Chefin sehr dankbar, dass sie mich dazu motiviert hat“ oder „ich würde am liebsten dafür sorgen, dass unsere Praxis noch eine VERAH ausbildet“. In einer Praxis wird der Chef aus Dankbarkeit sogar regelmäßig mit seiner Liebingsschokolade versorgt, seit er die Fortbildung angestoßen hat.

Ändert sich der Arbeitsalltag, wenn man die Fortbildung zur VERAH absolviert hat? Auf diese Frage war ein Lachen der VERAH oft die erste Antwort – natürlich hat sich einiges geändert.

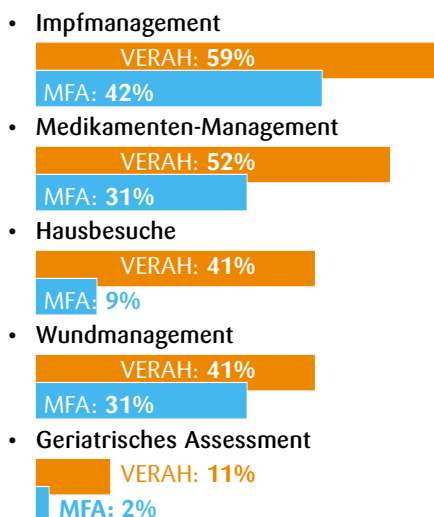
Auch die HZV-Evaluation der Goethe-Universität Frankfurt am Main belegt, dass die VERAHs bestimmte Tätigkeiten tatsächlich deutlich häufiger als ihre Kolleginnen übernehmen:

Worüber ich mich als VERAH gefreut habe...

„Es gibt jeden Tag gute Erlebnisse. Spontan gefreut habe ich mich vor kurzem, als ein Patient eine Frage hatte und der Arzt zu ihm sagte: „Das können Sie mit Frau Menrath besprechen“. Es entsteht einerseits ein neues Verhältnis zum Arzt, er hat mehr Vertrauen zu mir. Andererseits ist meine eigene Qualifikation besser als früher, ich kenne mich mit vielen Fragen besser aus. Ich kann nur jedem empfehlen, die VERAH zu machen!“



Christine Menrath
Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Bammental



Bei der postalischen Befragung aller 909 VERAHs in der HZV Baden-Württemberg war die Rücklaufquote mit 32,2% (294 VERAHs antworteten) übrigens erfreulich hoch. Besonders wichtig ist das Evaluations-Ergebnis, dass Ärzte und VERAHs die Patientenversorgung als verbessert beschreiben, vor allem bei Patienten mit chronischen Erkrankungen.

Insgesamt können wohl alle Beteiligten mit der Evaluation zufrieden sein. „Das ist ein gutes Ergebnis für chronisch

Kranke, die kontinuierlich betreut werden und in der Praxis einen zusätzlichen persönlichen Ansprechpartner haben. Es ist in Zeiten eines absehbaren Hausärztemangels auch ein gutes Ergebnis für die Hausärzte, die dadurch spürbar entlastet werden (u.a. durch Hausbesuche, die von VERAHs übernommen werden) und das ist schließlich auch ein gutes Ergebnis für eine große Berufsgruppe, die bisher oft im Schatten der Pflege stand“, fasst Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main zusammen und ergänzt: „Medizinische Fachangestellte, welche als VERAH neue Aufgaben übernehmen, werden aufgewertet und erschließen sich damit ganz neue Berufsperspektiven.“

Das Verhältnis zum Arzt

Wer einmal mit einer VERAH unterwegs war, begreift, dass ihre Hausbesuche weit mehr sind als nur schnelle Kontrollbesuche zum Blutdruckmessen. Die neuen Aufgaben in und außerhalb der Praxis haben offenbar sehr viel mit Themen wie Verantwortung und Eigeninitiative



VERAHs tragen wesentlich dazu bei, dass chronisch kranke Patienten strukturierter betreut werden, weiß Ferdinand Gerlach.

(Foto: Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt am Main)

zu tun. Da geht es um Pflegestufen, Patiententestamente, Essen auf Rädern oder um Sturzprophylaxe – und immer wieder darum, individuell passende Ideen zu entwickeln und umzusetzen. VERAH

Fortsetzung Seite 36



Manches habe ich vorher schon gewusst, aber durch die Fortbildung noch einmal aufgefrischt. Ich habe auf jeden Fall gelernt, medizinische Zusammenhänge besser zu erklären. Z.B. haben wir für Marcumar-Patienten eine Tabelle bekommen, auf der die Lebensmittel mit Vitamin-K-Gehalt aufgelistet sind. Und wenn jetzt jemand Werte hat, die rauf und runter gehen, habe ich deutlicher nach als früher. Solche Patienten bekommen eine Informationsbroschüre und die Lebensmittelliste. Vielleicht sind sie nicht bei allen Lebensmitteln vorsichtig gewesen...



Alexandra Ormanidou
 Praxis Dr. Werner Baumgärtner,
 Stuttgart

Fortsetzung

Die VERAH lohnt sich!

Karina Müller beschreibt zum Beispiel, wie sie eine Patientin mit der Hilfe des Sozialen Dienstes der AOK unterstützen konnte. Ausgangspunkt war eine Unzufriedenheit von Arzt und Patientin mit der aktuellen Situation: Die durch Beruf und häusliche Pflege von Angehörigen überlastete Frau konnte für ihre Rückenschmerzen keine Heilmittelrezepte mehr bekommen. Mit Hilfe der AOK wurden dann Präventionsprogramme gefunden und vermittelt, u.a. ein Entspannungskurs. Von diesem Engagement war die Patientin hellauf begeistert, der Ärger über die ausbleibenden Massagerezepte verflog angesichts der neuen Angebote. „Einerseits konnte ich der Patientin mit Hilfe der AOK ganz schnell etwas bieten“, sagt die VERAH dazu, „andererseits konnte mein Chef, der sich erhebliche Sorgen um diese Patientin gemacht hatte, beruhigt in Urlaub fahren“.

Dies ist kein Einzelfall, wie die Evaluation zeigt: 73% der VERAHS und 58% der Hausärzte finden, dass die Hausärzte durch die VERAH-Tätigkeit spürbar entlastet werden. Auch das Verhältnis zum Arzt verändert sich: Eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Arzt und Angestellter sehen 56% der VERAHS und immerhin 38% der Hausärzte. „Der Doc traut mir mehr zu“ oder „wir sind jetzt mehr auf einer Höhe, wenn wir über einen Patienten sprechen“ – solche Beschreibungen sind in Einzelgesprächen mit MEDI VERAHS häufig zu hören.

Aber es gibt leider auch andere Beispiele. Praxen, in denen eine VERAH-Fortbildung absolviert werden musste, damit die 5 Euro „kassiert“ werden können. Manche VERAHS berichten sogar von Kursen, wo solche Arzthelferinnen anscheinend in der Mehrzahl waren. Hier war die Stimmung verständlicherweise schlecht. Wer geht schon gerne auf Zwangsfortbildung, wenn der Chef sowieso alles selbst machen will? Es ist allerdings fraglich, ob diese Art von Teamarbeit in der Praxis lange funktioniert. „Erst habe ich mich geärgert, als ich zur

Fortbildung geschickt wurde“, erzählt eine Arzthelferin freimütig, „aber dann habe ich gedacht, ich kann mir ja anschließend eine neue Stelle suchen, wo ich interessantere Aufgaben übernehmen kann“.

Rund 30% der HZV-Praxen beschäftigen eine VERAH

Im Juni 2011 beschäftigten 29% der HZV-Praxen in Baden-Württemberg eine VERAH. „Das wird ganz sicher weiter zunehmen“, ist eine der VERAHS überzeugt. In ihrer Praxis wird gerade die dritte VERAH ausgebildet.

Auch Prof. Gerlach findet klare Worte: „Die HZV in Baden-Württemberg ist ein wichtiger Schritt zur Übernahme von Verantwortung und damit zur Beendigung der organisierten Verantwortungslosigkeit in unserem Gesundheitssystem. Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis tragen wesentlich dazu bei, dass chronisch kranke Patienten strukturierter und zielgerichteter betreut werden.“

Ruth Auschra

Worüber ich mich als VERAH gefreut habe...



Karina Müller
Praxis Dr. Andreas Tosch,
Ulm-Göggingen

„
Durch die Fortbildung zur VERAH konnte ich vor kurzem einer älteren Dame helfen, die sich nach einem Sturz nicht mehr alleine versorgen konnte. Ich konnte die Vorgehensweise aus dem Casemanagement-Seminar und konnte ihr verschiedene Hilfestellungen vermitteln. Das Tolle daran war, dass ich ihr nahebringen konnte, selbst zu lernen, den veränderten Alltag zu organisieren. Sie kam dann eines Tages wieder in die Praxis, war durch die Krankengymnastik mobiler geworden und die Blutwerte waren besser, weil sie Essen auf Rädern organisiert hatte. Das hat wirklich super funktioniert!“

“
Ich empfinde viel Dankbarkeit von Patienten, die ich zu Hause besuche. Eine Patientin z. B. kenne ich schon sehr lange. Sie kann das Haus nicht mehr verlassen und freut sich immer sehr, wenn ich noch ein paar Minuten Zeit für sie habe. Während der Fußball-EM war ich Fußball schauen bei Bekannten, die neben ihr wohnen. Wir saßen draußen und die Patientin und ihre Freundin haben sich ein Bänkchen herausgestellt und das bunte Treiben beobachtet. Ich bin zu ihr hingegangen und habe „Guten Tag“ gesagt. Sie hat mich mit einem breiten Lächeln im Gesicht als „IHRE Arzthelferin“ vorgestellt und mich in den höchsten Tönen gelobt. Das hat mich sehr gefreut.

Oft vertrauen mir die Patienten mehr an als dem Arzt. Das bestätigt mich in meiner Arbeit als VERAH. Im Praxisablauf ist für solche zwischenmenschlichen Dinge leider zu wenig Zeit...

“

Bianca Gläser
Arztpraxis Steinberg



Abgeltung der Überstunden vertraglich regeln!

Wie in allen Betrieben kann es auch zwischen Arzthelferinnen und Praxischefs zu Unklarheiten über die Anzahl und Abgeltung abgeleiteter Überstunden kommen. Vertragliche Regelungen schaffen da Rechtssicherheit für beide Seiten und vermeiden Streit.

Überstunden können angeordnet werden, wenn sie im Arbeitsvertrag, tarifvertraglich oder durch Betriebsvereinbarung vorgesehen sind. Daher sollten Praxisinhaber eine entsprechende Regelung in den Arbeitsvertrag aufnehmen. Möglich ist das etwa mit der Klausel: „Die Arbeitnehmerin ist verpflichtet, bei Bedarf auf Anordnung des Arbeitgebers auch über die vereinbarte regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit hinaus Mehrarbeit zu leisten.“ Dann kann der Praxischef von seiner Helferin Überstunden verlangen, wenn es die Situation erfordert.

Die Abgeltung der Überstunden sollte ebenfalls vertraglich geregelt sein. Grundsätzlich hat die Arzthelferin einen Anspruch auf die Vergütung der geleisteten Überstunden. Dabei gilt: Die Mehrarbeit muss mit dem für die Regelarbeitszeit vereinbarten Lohn ausgeglichen wer-

den. „Das Gehalt umgerechnet auf eine Arbeitsstunde ergibt dann das Entgelt für eine Überstunde“, erklärt die auf Arbeitsrecht spezialisierte Fachanwältin für Medizinrecht Sarah Gersch von der Kölner Kanzlei Dr. Halbe-Rechtsanwälte.

Vereinbarung über Freizeitausgleich

Vertraglich kann der Praxischef mit seiner Angestellten anstatt einer Honorierung der Mehrarbeit auch einen Freizeitausgleich vereinbaren. Wie sie die Überstunden ausgleichen – ob per Bezahlung oder in Freizeit – ist letztlich Verhandlungssache von Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Der Praxischef könnte sich sogar vertraglich ein Wahlrecht zusichern. Grundsätzlich gilt jedoch: „Regelt ein Tarifvertrag die Überstunden, darf nicht zulasten der Angestellten da-

von abgewichen werden“, sagt Sarah Gersch. Sieht der Tarifvertrag also beispielweise eine Vergütung von Überstunden samt Zuschlägen vor, oder macht er die Anordnung von Mehrarbeit von bestimmten Voraussetzungen abhängig, muss sich der Praxisinhaber daran halten.

Doch nicht alle Überstunden muss der Chef ausgleichen: „Es kann vertraglich geregelt werden, dass bis zu zehn Überstunden pro Monat nicht gesondert vergütet, sondern mit dem Gehalt abgegolten werden“ weiß die Fachanwältin. Sie empfiehlt ihren Mandanten, das mit einer entsprechenden Klausel im Vertrag zu regeln. Diese muss jedoch transparent sein und darf den Arbeitnehmer nicht wesentlich benachteiligen. Auch ist es möglich, Überstunden mit einer Pauschalvergütung abzugelten. „Gilt für das Arbeitsverhältnis jedoch ein Tarifvertrag, darf der Tariflohn mitsamt den Zuschlägen dabei aber nicht unterschritten werden.“

400-Euro-Kräfte

Sie sind sinnvoll, um zusätzlich zu den festangestellten Kräften Stoßzeiten abzufedern wie etwa die Tage am Quartalsbeginn. Verdient eine solche Kraft jedoch über einen Zeitraum von 2 Monaten hinweg mehr als die 400 Euro, wird ihre Beschäftigung sozialversicherungspflichtig!

Will ein Arbeitgeber Arbeitsverträge ändern, hat er 2 Möglichkeiten: Er kann sich mit seiner Angestellten einigen und einen neuen Vertrag aufsetzen. Das ist sicher der Weg, der bei beiden Seiten am meisten Zufriedenheit schafft. Er kann aber auch eine Änderungskündigung vorlegen. Hier kündigt der Chef und gibt der Angestellten zugleich einen neuen Arbeitsvertrag mit den von ihm formulierten Vertragsbedingungen. Sollte diese darauf nicht eingehen und unterschreiben, greift die Kündigung. Aber Achtung: Der Änderungskündigung kann ein Kündigungsschutz des Arbeitnehmers entgegenstehen. ■■■

Diana Niedernhöfer