

MFA-Fortbildungsinitiative

- *Kommunikation*
- *Abrechnung*
- *Impfen u.v.m.*

Foto: fotolia

Praxisbedarf goes online

Die Bestellung über den Katalog gibt es nach wie vor. Wer aber lieber über das Internet bestellen möchte, kann dazu ein neues Programm nutzen – und noch mehr Vorteile kennenlernen.

IFFM punktet mit neuen Fortbildungen

Das MEDI Fortbildungsinstitut bietet nicht nur Nachschulungen für Vertragsteilnehmer an, sondern baut seine Angebote für die unterschiedlichen Facharztgruppen immer weiter aus.

Baumgärtners Erwartungen an die neue KBV

Die Big Points: Fortführung der Honorarpolitik zu festen und angemessenen Preisen und Schluss mit den Hausarzt-Facharzt-Konflikten. Aber auch mehr Unterstützung für Selektivverträge.

Fortbildungen werden bei MEDI immer wichtiger

Liebe Leserin, lieber Leser,

in unserem Bestreben, Mehrwerte für unsere Mitglieder zu schaffen, werden Schulungen und Fortbildungen immer wichtiger. Auch weil durch die Selektivverträge ein alternatives Versorgungs- und Vergütungssystem entstanden ist, das viel Know-how erfordert und dessen Inhalte den Praxen vermittelt werden müssen. Dafür stimmen wir uns auch mit den entsprechenden Berufsverbänden ab.

Parallel zu unseren Fortbildungen für solche Praxen möchten wir aber auch diejenigen erreichen, die (noch) nicht an dieser Form der neuen Versorgung teilnehmen. Nicht nur unsere Ärzte, auch die Medizinischen Fachangestellten leisten wichtige und erfolgreiche Arbeit, die wir nach Kräften unterstützen. Für sie haben wir unsere neue Fortbildungsinitiative, die „MFA-Tage“, auf den Weg gebracht. Im Fokus stehen Veranstaltungen zur Abrechnung bei den Selektivverträgen oder der KV, Workshops zur modernen Wundversorgung, zur Kommunikation, zu Impfungen oder zur Notfallversorgung.

Anregungen für neue sinnvolle Themenbereiche erreichen uns auch aus den einzelnen Praxen oder GbRen. Dabei legen wir unser besonderes Augenmerk auf innovative Versorgungsformen. Unsere AG wählt die dafür infrage kommenden Partner und Referenten sehr sorgfältig aus und achtet darauf,

dass unsere Mitglieder die Fortbildungsangebote nach Möglichkeit kostenfrei oder zumindest zu günstigeren Konditionen nutzen können. Hier wären wir also wieder beim Mehrwert...

Eine wichtige Rolle spielt hier natürlich auch das IFFM, das „Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde“. Es organisiert ein Reihe von Fortbildungen und Nachschulungen, die im Rahmen der Selektivverträge von Bedeutung sind, und hat das Konzept für die „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“ entwickelt, um nur einige Beispiele zu nennen.

Last but not least widmet sich auch die **MEDITIMES** dem Fortbildungsthema mit größerer Aufmerksamkeit. Dafür haben wir eine eigene Rubrik eingeführt, die mit dieser Ausgabe startet.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

Ass. jur. Frank Hofmann
Vorstand der MEDIVERBUND AG



- Kommunikation
- Abrechnung
- Impfen u.v.m.

TITEL

- 37 **MEDI startet »MFA-Tage«**
- 38 NACHGEFRAGT BEI RENATE WEBER
»Als EFA habe ich ganz andere Perspektiven«
- 40 **»MFA-Tag« zum PNP-Vertrag am 14. Mai 2014**

DIALOG

- 6 **»Die Hausarzt-Facharzt-Konflikte in der KBV-VV müssen aufhören«**



AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 10 **Zusammenarbeit von Haus- und Facharzt im Orthopädievertrag**
- 12 **Nichtvertragskonforme Inanspruchnahme macht Vertragspartnern zu schaffen**
- 14 **»Darm-Check 2014« startet mit neuer Altersgrenze 50+**
- 15 **Immer mehr Pädiater in der HZV**
- 16 **Neue Korrekturoption für Praxen im Facharztprogramm**
- 18 HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN
- 20 NACHRUF **Dr. Ursula Haferkamp**
- 20 **Nebenbetriebsstätten auch ohne KV-Genehmigung**
- 20 **Durmersheim: Verfahren geht weiter**

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 21 **Vernetzt gegen den Ärztemangel**

FORT- UND WEITERBILDUNG

- 22 **IFFM stellt neue Angebote vor**

GESUNDHEITSPOLITIK

- 25 **MEDI GENO will Förderung von Ärztenetzen vorantreiben**
- 26 MENSCHEN BEI MEDI – **Dr. Norbert Metke**

ARZT & RECHT

- 28 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN
- 28 IMPRESSUM
- 29 **BGH entscheidet über Teilgemeinschaftspraxen**

MEDI INTERN

- 30 NEUE MITARBEITERINNEN BEI MEDI: **Silvia Welzenbach und Angelika Bölhoff**

BUSINESS

- 31 **So bestellen Sie Ihren Praxisbedarf schnell und kostenfrei**
- 32 PERSONALISIERTE ARZNEIMITTEL THERAPIE | 2
Mehr Sicherheit bei der Tamoxifen-Therapie

PRAXISMANAGEMENT

- 34 **Selektivverträge erhöhen den Wert Ihrer Praxis**
- 36 FÜR SIE GELESEN **Medizinmanagement von D. Matusiewicz, S. Staudt, J. Wasem**



PRAXISTEAM

- 41 **Freundlich am Telefon – trotz Stress und voller Praxis**



»Die Hausarzt-Facharzt-Konflikte in der KBV-VV müssen aufhören«

Seit März leitet der Düsseldorfer Orthopäde Dr. Andreas Gassen die Geschicke der KBV. Davor machte der alte KBV-Vorstand öfter mit Spaltungsdebatten von sich reden und Rufe aus der Ärzteschaft nach einem Neuanfang wurden laut. Wie groß die Chancen darauf sind verrät der MEDI GENO Deutschland-Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner im Gespräch mit Angelina Schütz.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, wird es einen Neuanfang in der KBV geben?

Baumgärtner: Nein, denn zu einem Neuanfang hätte gehört, dass auch Frau Dr. Feldmann zurückgetreten oder abgewählt worden wäre und sich die Delegierten in der Vertreterversammlung auf ein neues Gespann geeinigt hätten. Nun geht es leider erst einmal weiter wie gehabt:

Hausärzte gegen Fachärzte und pro und kontra Selektivverträge.

MEDITIMES: Über Andreas Gassen heißt es, dass er wenig bis keine Erfahrung auf dem KV-Parkett hat.

Baumgärtner: Das stimmt, dennoch begrüße ich seine Wahl zum neuen KBV-Vorsitzenden, weil er sich sehr gut unter dem

Druck der Ereignisse präsentiert hat. Er erschien mir belastbar und durchsetzungsfähig.

MEDITIMES: Ihr Name wurde ja im Vorfeld der Wahl auch gehandelt...

Baumgärtner: Das war im Dezember letzten Jahres. Meine Bedingung für eine Kandidatur war aber der Rücktritt von Herrn Köhler und Frau Feldmann. Das scheiterte an Frau Feldmann, die von hausärztlichen und einigen fachärztlichen Delegierten mit Unterstützung des Hausärzterverbands und einiger KVen im Amt gehalten wurde. Für mich war das Thema damit erledigt.

MEDITIMES: Welche Erwartungen haben Sie an die neue KBV-Spitze?

Baumgärtner: Wir möchten, dass die un-

ter Köhler begonnene Honorarpolitik in Richtung feste und angemessene Preise konsequenter fortgeführt wird. Und das reine Hausarzt-Facharzt-Denken in der KBV muss aufhören! Wir brauchen hier keine Konflikte sondern ein fachübergreifendes Denken, wie es bei MEDI GENO oder in Ärztenetzen praktiziert wird. Im Bezug auf die Selektivverträge ist Andreas Gassen kein Gegner. Das hat er zumindest beim Orthopädievertrag in Baden-Württemberg bewiesen, insofern setze ich künftig auf seine Unterstützung für ein geordnetes Miteinander von Kollektiv- und Selektivverträgen. Und beim Thema Ärztenetze halten wir die Rahmenvorgabe der KBV zu restriktiv und haben dafür auch schon Änderungsvorschläge gemacht.

MEDITIMES: Stichwort Bundesregierung: Wie bewerten Sie die bisherige Arbeit der Verantwortlichen im Gesundheitsressort – auch die von Minister Gröhe?

Baumgärtner: Mir gefällt, dass die hausarztzentrierte Versorgung gestärkt wird. Mehr kann ich aktuell nicht sagen. Wichtig bleibt, dass auch unsere anderen gemeinsamen Forderungen Eingang in die Gesetzgebung finden.

MEDITIMES: Die Koalition plant ja eine gesetzliche Regelung einzuführen, damit GKV-

FORDERUNG 1: Rechtssichere Bereinigung

Wesentlich für Selektivverträge ist eine innovative Vergütungsstruktur mit festen Preisen, mit deren Hilfe positiv auf die Versorgung eingewirkt werden kann. Da die ambulante Vergütung in der Regelversorgung aus kassenübergreifenden Gesamtbudgets finanziert wird, sind diese um den selektivvertraglichen Versorgungsumfang abzusenken. Gestalter dieses Bereinigungsverfahrens sind aber die Akteure des Altsystems. Aus anderen großen Deregulierungsprozessen, etwa im Bereich Telekommunikation oder Energieversorgung, ist bekannt, dass die Spielregeln des Übergangs zu einer Wett-

bewerbsordnung nicht von den Altmopolisten selbst aufgestellt werden können. Genau dies aber ist in der GKV der Fall. Im Ergebnis sind die Bereinigungsregeln höchst komplex, extrem arbeitsaufwendig und darüber hinaus manipulationsanfällig im Sinne der Benachteiligung der Vertragsteilnehmer.

MEDI, AOK und HÄV in Baden-Württemberg fordern deswegen eine Bereinigung unmittelbar durch gesetzliche Regelung, die allen Beteiligten eine bürokratiearme und rechtssichere Ausgestaltung garantiert. 

Versicherte schneller einen Termin beim Facharzt bekommen ...

Baumgärtner: Was völliger Blödsinn ist! Auf der einen Seite lässt man die Kolleginnen und Kollegen in einem budgetierten System arbeiten, in dem die KV Facharztsitze aufkaufen und schließen lassen kann und auf der anderen Seite verlangt man von ihnen, dass sie bei vollen Terminkalendern mehr Patienten schnell-

er versorgen sollen. Was in der öffentlichen Diskussion auch gerne ausgeblendet wird ist, dass viele Facharzttermine ja auf Wunsch der Patienten stattfinden! Hier anzusetzen traut sich die Politik aber nicht und so wird das angebliche Problem wieder auf dem Rücken der Praxen ausgetragen. Wie es besser geht, zeigen unsere Selektivverträgen. Hier wird jeder

Fortsetzung Seite 8

Fortsetzung

»Die Hausarzt-Facharzt-Konflikte in der KBV-VV müssen aufhören«

Fall bezahlt und kein Arzt muss am Quartalsende nach Erreichen seiner Fallzahlgrenze unbezahlt weiterarbeiten.

MEDITIMES: Eine andere Entscheidung der Koalition dürfte Sie dagegen freuen: Die Vergütungsbeschränkungen in der HZV wurden ja aufgehoben.

Baumgärtner: Für die Vertragspartner in Baden-Württemberg war der Wegfall der Refinanzierungsklausel im § 73b sehr wichtig, damit laufen die Hausarztverträge unverändert weiter. Das ist auch Voraussetzung für den Bestand der Facharztverträge mit der AOK und der Bosch BKK im Südwesten.

Bei unseren Facharztverträgen sind Wartezeiten kein Thema

MEDITIMES: Andere politische Forderungen der Vertragspartner aus Baden-Württemberg, wie z.B. die gesetzliche Verpflichtung für Facharztverträge oder eine rechtssichere Bereinigung, stehen noch aus. Warum?

Baumgärtner: Darüber gibt es noch keinen Konsens in der Koalition. Bekannt sind unsere Forderungen dort aber schon.

MEDITIMES: Sollte die Verpflichtung für Facharztverträge nicht so kommen wie gewünscht – wie könnte für Sie ein Kompromiss aussehen?

Baumgärtner: Ich könnte mir auch einen Bonus aus dem Gesundheitsfonds für diejenigen Krankenkassen vorstellen, die Facharztverträge anbieten.

MEDITIMES: Und wie geht es mit den Facharztverträgen im Südwesten weiter?

Baumgärtner: Ich halte am Ziel der fachärztlichen Vollversorgung fest. Da bei unserer Umfrage unter den Facharztgruppen die meisten Rückmeldungen von den Urologen kamen, könnten sie die nächsten im Facharztprogramm werden.

MEDITIMES: Warum ist die Bereinigung gerade bei den Facharztverträgen so schwierig?

Baumgärtner: Weil die aktuellen Vorgaben aus dem Bewertungsausschuss nur für Hausarztverträge taugen und auch nur dann, wenn zumindest ein Teil der Morbiditätsverschiebungen in den Hausarztvertrag von allen Ärzten getragen wird. Aktuell sind das 2,5% und in Baden-Württemberg funktioniert diese Regelung gut. Für das Facharztprogramm schreibt sich der Patient aber nicht bei einem bestimmten Facharzt ein und auch hier sollten Morbiditätsverschiebungen und Fall-

zahlminderungen von allen getragen werden. Genau so findet es auch statt, wenn ein Patient zu einer privaten Krankenversicherung wechselt.

Die Vertragspartner haben eine Arbeitsgruppe gebildet, die den politisch Verantwortlichen entsprechende Vorschläge dazu machen wird. Diese sollen dann Gesetz werden. Sonst können die KVen Teilnehmer an den Selektivverträgen immer weiter und ganz nach Belieben benachteiligen.

MEDITIMES: Andere große Verbände zeigen sich gegenüber Selektivverträgen inzwischen auch aufgeschlossen. Rechnen Sie hier mit neuen Allianzen?

Baumgärtner: Die gibt es schon! Zuletzt hat sich der BDI öffentlich für Selektivverträge ausgesprochen. Auch in der Allianz Deutscher Ärzteverbände findet derzeit eine durchaus positive Diskussion

FORDERUNG 2:
Gesetzliche Pflicht für Facharztverträge

Nur durch aufeinander abgestimmte Hausarzt- und Facharztverträge entsteht ein schlüssiges Versorgungskonzept, insbesondere im Sinne der zunehmenden Zahl chronisch kranker Patienten. Facharztverträge bestimmen klar die Schnittstellen zwischen der haus- und fachärztlichen Behandlung. Eine leitlinienorientierte Versorgung, definierte Behandlungspfade und eine enge Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten durch gegenseitige Berichtspflichten gewährleisten eine nachhaltige Versorgungsverbesserung. Durch die Vernetzung der Praxen und ein effizientes Vorgehen bei Verordnungen und Überweisungen entstehen sinnvolle Effekte bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Patienten bleiben unnötige Doppeluntersuchungen oder Krankenhauseinweisungen erspart. Seit 2004 hat die Politik für die Krankenkassen über den § 73c SGB V die Möglichkeit geschaffen, Verträge zur besonderen fachärztlichen Versorgung abzuschließen. Bis auf wenige Ausnahmen wird diese Option für nachhaltige Versorgungsverbesserungen weiterhin nicht genutzt.

Deshalb müssen auch Facharztverträge analog zu den Hausarztverträgen für Krankenkassen verpflichtend werden. So kann neben der Regelversorgung ein umfassendes alternatives Versorgungsangebot auf freiwilliger Basis entstehen. ■■

dazu statt und darüber dass diese Verträge für die freiberuflichen Praxen Sinn machen.

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

Zusammenarbeit von Haus- und Facharzt im Orthopädievertrag

Die bessere und strukturierte Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten ist das Ziel der 73b- und 73c-Verträge in Baden-Württemberg. Das gilt auch für den Orthopädievertrag. In der Anlage 17 beschreiben die Partner genau, wie die Zusammenarbeit funktioniert.

Am Vertrag nehmen bereits landesweit 309 niedergelassene Orthopäden und 97 Chirurgen teil, die orthopädische Leistungen erbringen. Seit Jahresanfang können Versicherte der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, die in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) eingeschrieben sind, im Rahmen des Orthopädievertrags behandelt werden.

Schwerpunkte des Vertrags, der die konservative Orthopädie in den Vordergrund rückt, sind die häufigen orthopädischen Krankheitsbilder unspezifischer Rückenschmerz, spezifischer Rückenschmerz, Gon-Coxarthrose, Osteoporose und entzündliche Gelenkerkrankungen. Hier ist die Aufgabenteilung und die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten definiert. Die Grundlagen dafür sind in der Anlage 17 beschrieben, die bei Redaktionsschluss kurz vor der Unterschrift stand.

Zu den Kernaufgaben des Hausarztes gehören bei den genannten Krankheitsbildern im Wesentlichen Anamnese, Untersuchung und Labordiagnostik sowie Therapie, Betreuung und Begleitung des Patienten. Ein besonderes Augenmerk soll auf biologische und psychosoziale Faktoren gelegt werden, die beispielsweise beim unspezifischen Rückenschmerz eine wichtige Rolle spielen und oftmals auch zur Chronifizierung beitragen.

Strukturierte Kommunikation

Patienten mit einem schweren Krankheitsverlauf sollen zügig an einen Facharzt überwiesen werden. Dazu erstellt der Hausarzt ein EDV-gestütztes Begleit-

Plakat und Handzettel informieren in den Praxen über den Orthopädievertrag.

schreiben mit Angaben zu Voruntersuchungen, Komorbiditäten und Medikamenteneinnahme. Der Facharzt übermittelt seinerseits dem Hausarzt zeitnah einen Befundbericht mit Angaben der Diagnose, der durchgeführten Untersuchungen, einen Therapievorschlag und gegebenenfalls Medikation.

Orthopädische Akut- und Notfälle, die vom Hausarzt telefonisch angemeldet werden, sollen in der Regel noch am gleichen Tag vom Facharzt behandelt werden.

Der Patient im Mittelpunkt

Mit dem Orthopädievertrag streben Ärztenverbände und Krankenkassen eine Versorgung an, bei der die Patienten auch über ihre lebensstilbezogenen Risikofaktoren und Komorbiditäten aufgeklärt und zu mehr Eigenaktivität und Selbstmanagement motiviert werden. Von einem solchen interdisziplinären Vorgehen, das auf nachhaltige Verhaltensänderungen zielt, erwarten sich die Vertragspartner eine Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten, weniger Krankenhausaufenthalte, eine Verbesserung der medikamentösen Versorgung und eine höhere Patientenzufriedenheit.

Da bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen oftmals seelische Belastungen im privaten oder beruflichen

Zeit für ausfüllen und eingehen dem neuen Facharztprogramm Orthopädie.

- Gezielte Diagnose**
Vor allem das persönliche Gespräch mit dem Arzt zur körperlichen Untersuchung und Besprechung der Beschwerden.
- Ganzheitliche Therapie**
Der Facharzt und Ihre Physiotherapeuten um den richtigen Therapieansatz zu überprüfen, inklusive anderer Medikamente.
- Persönliche Betreuung**
Die persönliche Betreuung durch den Orthopäden im Alltag verbessern.
- Schnelle Termine**
Innerhalb von 14 Tagen beim Orthopäden durch Ihren Hausarzt.

„Ich nehme mir Zeit für Sie und empfehle das Facharztprogramm Orthopädie. Fragen Sie mich!“

Die Partner im Facharztprogramm Orthopädie:

AOK MEDIVERBUND BVOU BNC Bosch BKK BOSCH

Alles zu den Vorteilen des Facharztprogramms wie Sie sich kennenlernen Sie hier

Umfeld eine Rolle spielen, kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten zusätzlich durch die Einbeziehung des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg oder der Patientenbegleitung der Bosch BKK unterstützt werden (siehe Kasten). So sollen insbesondere potenzielle Hochrisikopatienten mit unspezifischen Rückenschmerzen erreicht werden.

Reha nach Hüft- und Knie-TEP

Für Patienten, die eine Hüft- oder Kniegelenksendoprothese bekommen haben, sieht der Orthopädievertrag eine stationäre Anschlussrehabilitation im Rahmen des AOK-proReha-Projektes vor. AOK-Patienten, die dafür infrage kommen, sollen vom behandelnden Facharzt identifiziert, aufgeklärt und betreut werden. Die Teilnahme ist für die Patienten freiwillig. Bei dem Projekt handelt es sich um ein leitlinienorientiertes Behandlungskonzept, das patientenindividuelle Reha-Behandlungspläne mit Therapiebausteinen enthält, die je nach Bedarf in der Reha-Klinik verordnet werden. Am AOK-proReha-Projekt nehmen landesweit 54 Einrichtungen teil. 🇩🇪

Jürgen Stoschek

Die Patientenbegleiter der Bosch BKK

Das sind medizinisch, pflegerisch und sozialrechtlich geschulte Mitarbeiter der Bosch BKK, die den Patienten bei allen Fragen zur Seite stehen, die über die ärztliche Behandlung hinausgehen. Sie vermitteln Gesundheitsangebote wie z.B. Bewegungskurse, helfen bei Anträgen für Rehabilitation, Kur oder Pflegeleistungen und beraten zu Hilfsmitteln oder beruflicher Wiedereingliederung. So wird der Patient im Umgang mit seinen Beschwerden unterstützt und zu präventiven Aktivitäten beraten. Gleichzeitig werden die Ärzte entlastet.

Im Orthopädievertrag ist die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patientenbegleiter als gemeinsames Versorgungsziel vereinbart. Konkret ist sie vorgesehen bei Patienten mit

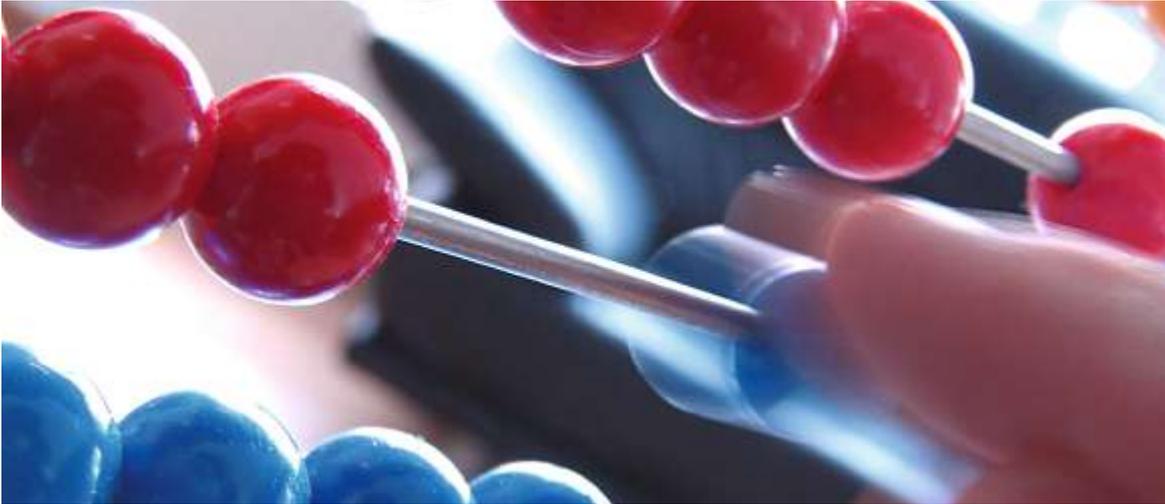
- einer drohenden Chronifizierung bzw. bei chronifizierten Rückenschmerzen
- dem Verdacht oder Vorliegen einer psychischen Komorbidität
- mindestens einem relevanten psychosozialen Kontextfaktor wie seelische Belastungen im privaten oder beruflichen Umfeld
- Unterstützungs- und Vermittlungsbedarf bei der Umsetzung ärztlich verordneter Maßnahmen, z.B. die Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen und präventive Beratung.

Grundsätzlich gilt: Mit dem Einverständnis des Patienten kann der Arzt die Patientenbegleitung in allen dafür geeigneten Fällen in Anspruch nehmen. Die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten mit den Patientenbegleitern hat sich bereits seit 2007 bewährt. Damals hat die Bosch BKK zum ersten Mal entsprechende Verträge abgeschlossen, auch mit MEDI. 

Sonja Feihle

→ Einblick in die Arbeit der Patientenbegleiter bietet ein Kurzfilm unter www.patientenbegleitung.de





Nichtvertragskonforme Inanspruchnahme macht Vertragspartnern zu schaffen

Trotz aller Vorteile, die die Facharztverträge für Ärzte und Patienten mit sich bringen, sorgt die Bereinigung der KV-Vergütung immer wieder für Zündstoff. Dafür Lösungen zu finden stellt die Vertragspartner vor eine ambitionierte Aufgabe.

In Baden-Württemberg sind die Selektivverträge von AOK, Bosch BKK, MEDI und HÄV mittlerweile unverzichtbar und haben nachgewiesene Vorteile für alle Beteiligten. Nach Jahren der Budgetierung ist es ein unschätzbare Wert an sich, dass in diesen Verträgen jede anfallende Leistung mit einem festen Preis ohne Mengenbegrenzung bezahlt wird. Die Fallwerte im Selektivvertrag liegen grundsätzlich mindestens 20% über den KV-Fallwerten, teilweise sogar noch deutlich drüber.

Während die Bereinigungsbeträge der KV-Gesamtvergütung lange deutlich unter dem Vergütungsniveau in den Facharztverträgen nach § 73c SGB V lagen, hat sich das insbesondere durch eine Änderung der Bereinigungssystematik ab 2013 verändert. Der für die Bereinigung heranzuziehende Leistungsbedarf der in die Selektivverträge eingeschriebenen Versicherten wird jetzt auf der Grundlage der Vorjahresquartale und nicht mehr auf der Basis weiter zurückliegender Zeiträume

ermittelt. Die Bereinigungsbeträge sind angestiegen und nähern sich dem Vergütungsniveau in den Facharztverträgen an.

Auswirkung auf die Vertragsteilnehmer

Gleichwohl liegt die Facharztvertragsvergütung immer noch deutlich über dem Bereinigungsniveau – insgesamt um rund 40% was etwa 9 Millionen Euro im Jahr entspricht. Das gilt aber nur, wenn man die sogenannte „nichtvertragskonforme Inanspruchnahme“, kurz NVI, mit in die Selektivvertragsvergütung hineinrechnet.

nimmt, rechnet der Kollektivvertragsarzt mit der KV ab und diese vergütet die Leistungen bisher außerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV) mit dem Orientierungspunktwert. Die KV bekommt hierfür zusätzlich von der Krankenkasse die notwendigen Gelder. Das heißt, dass ein Teil der Vergütung für die Facharztverträge gar nicht den Selektivvertragsärzten, sondern den Kollektivvertragsärzten zugute kommt!

Bereinigung der RLV

Höhere Beträge bei der Gesamtvergütungs bereinigung wirken sich natürlich auch auf die Höhe der Regelleistungsvolumina der Ärzte aus. Hier besteht ein Ungleichgewicht: Nach den derzeitigen Vorgaben der KBV zur RLV-Bereinigung bei Selektivverträgen müssen die im Kollektivvertrag verbleibenden Ärzte eine Absenkung der RLV nur bis zu 2,5%

Erste Lösungen sind schon umgesetzt

Was bedeutet das? Wenn ein in das Facharztprogramm eingeschriebener Versicherter systemwidrig einen Arzt aufsucht, der nicht am Facharztvertrag teil-

ohne Fallzahlkürzung akzeptieren. Die Selektivvertragsärzte hingegen müssen eine Kürzung ihrer RLV-Fallzahlen in Abhängigkeit von den in das Facharztpro-

gramm eingeschriebenen Versicherten hinnehmen. Da die Belastung der Kollektivvertragsärzte auf 2,5% begrenzt ist, kann es sein, dass die Selektivvertragsärzte diese Fallzahlen auch noch mit einem unverhältnismäßig hohen Wert je Fall bereinigt bekommen und das RLV so weiter massiv geschmälert wird. Das ist z.B. im PNP-Vertrag bei den Psychiatern im Quartal 2/2013 geschehen: Der Fallwert im RLV betrug rund 75 Euro, der Bereinigungswert bei den Selektivvertragsärzten aber fast 143 Euro!

Dieses System der RLV-Bereinigung ist schlicht unfair. Es ist nicht sachgerecht, dass der Wechsel eines Patienten aus dem Kollektivvertrag in den Selektivvertrag unterschiedlich behandelt wird, je nachdem von welchem Arzt der Patient kommt. Auch bei Kollektivvertragsärzten muss eine Fallzahlkürzung vorgesehen werden (siehe *Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*).

Auch die willkürlich bei 2,5% gezogene Grenze muss in Frage gestellt werden.

Lösungsansätze

1. Die Vergütungen in den Facharztverträgen werden erhöht. Ein erster Schritt ist die Vergütungsanpassung im Kardiologievertrag zum 1. Januar 2014. Es wurden insbesondere eine Grundversorgungspauschale in Höhe von 12 Euro als Zuschlag auf die P1 und „NVI-Zuschläge“ auf die P1 für 2014 in Höhe von 2 Euro sowie weiteren 2 Euro im Fall der Reduzierung der NVI um 10% eingeführt.
2. In Abstimmung aller Beteiligten, auch der Hausarztseite, werden alle Anstrengungen unternommen, die NVI zurückzufahren.
3. Für die Quartale 2/13 bis einschließlich 1/14 wird, ähnlich wie bereits in der Vergangenheit für Kardiologie und Gastroenterologie, ein Härtefallfonds in Höhe von 1% der Vertragsvergütung für

die betroffenen PNP-Ärzte aufgelegt.

4. Die Vertragspartner werden dem Gesetzgeber einen Vorschlag für eine faire RLV-Bereinigung unterbreiten, der im Regelfall zur Anwendung kommt und von dem regional nur im Einvernehmen aller Beteiligten abgewichen werden kann.

Die Komplexität des Themas entsteht im Grunde dadurch, dass sich zwei unterschiedliche Vergütungssysteme gegenüberstehen, die bei der Bereinigung in Einklang gebracht werden müssen: Auf der einen Seite die Budgetsystematik und auf der anderen Seite feste Preise beziehungsweise Einzelleistungen.

Die Lösungen sind also nicht einfach, aber trotzdem machbar. Deswegen wird auch der Ausbau der Selektivverträge in Baden-Württemberg weitergehen. ■■■

Frank Hofmann

»Darm-Check 2014« startet mit neuer Altersgrenze 50+

Jedes Jahr sterben in Deutschland knapp 30.000 Menschen an Darmkrebs. Obwohl eine rechtzeitige Vorsorgeuntersuchung das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, um bis zu 90% senken kann, gehen die Deutschen nicht ausreichend zur Früherkennung. MEDI Baden-Württemberg unterstützt die Kampagne „Darm-Check 2014“, mit der die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK ihre Mitglieder zum vielleicht lebensrettenden Arztbesuch motivieren.

Bereits zum vierten Mal starten die Vertragspartner MEDI, Hausärzterverband, Berufsverband der niedergelassenen Gastroenterologen (bng) und der Bundesverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten (BNFI) ihre jährliche Kampagne, denn nach wie vor ist Darmkrebs eine der häufigsten Krebserkrankungen im Südwesten.

Frühzeitig erkannt bestehen beste Heilungschancen, doch von den in 2014 zu erwartenden knapp 70.000 Neuerkrankungen wird ein Großteil viel zu spät festgestellt, da die Deutschen ihre Vorsorgetermine nicht wahrnehmen. „Die Vorstufen von Darmkrebs können mit einer Darmspiegelung erkannt und entfernt werden, sodass über 80% aller Darmkrebserkrankungen verhindert werden könnten“, erläutert Prof. Dr. Leopold Ludwig, bng-Vorsitzender in Baden-Württemberg und MEDI Mitglied.

Die Therapiemöglichkeiten des kolorektalen Karzinoms haben sich in den letzten Jahren weiter verbessert und minimalinvasive Techniken können den offenen Schnitt immer häufiger ersetzen. Auch die multimodale Therapie aus Chemotherapie (CTx) und/oder Radiochemotherapie (RCTx) zusätzlich zur Operation wird immer besser vertragen. Dennoch bleibt die Vorsorge die einfachste und wichtigste Form der Darmkrebsbekämpfung.

Südwesten soll Vorreiter sein

Seit 2003 konnten durch die Darmkrebsfrüherkennung nachweislich über 100.000 Krebsfälle verhindert und weitere 50.000 in einem frühen, heilbaren Stadium entdeckt werden. „Nutzen Sie Ihre Chance, Darmkrebs zu vermeiden – kommen Sie zur Darmspiegelung!“ Mit diesem Aufruf möchte Ludwig das Ziel der Kampagne weiter vorantreiben, Baden-Württemberg zum bundesweiten Vorreiter in der Darmkrebsprävention zu machen. Dazu werden ausgewählte HZV-Versicherte angeschrieben und landesweite Infoveranstaltungen in Kooperation mit den beiden Krankenkassen angeboten.

Neu in diesem Jahr ist die Herabsetzung des Teilnahmealters für Versicherte im Facharztprogramm auf 50 Jahre von früher 55, wie es die Regelversorgung weiterhin vorsieht. „Wir haben festgestellt, dass es rund fünf Jahre dauert, bis sich ein Patient aufgrund der Empfehlung seines Arztes auch wirklich einer Koloskopie unterzieht“, so Ludwig. Oftmals sind für den Entschluss beim Patienten noch weitere Beratungen nötig. Eine Absenkung des Zugangsalters ist daher ein konsequenter Schritt, um das Ziel der bestmöglichen Vorsorge-Abdeckung in der Altersgruppe 55+ zu erzielen.



Das neue Plakat für die Praxen.

Wichtigste Schnittstelle zwischen der Kampagne und den Patienten ist der niedergelassene Arzt. Darum setzt der „Darm-Check 2014“ auf ein erweitertes Informationspaket für die Praxen: Der Flyer „Darm-Check 2014. Jetzt fällig“ kann kostenlos ausgelegt und die Kampagne durch Poster und Aushänge in den Fokus des Patienteninteresses gerückt werden. ■■■

eb

→ Alle Informationen zur Kampagne gibt es unter www.darmcheck2014.de

Immer mehr Pädiater in der HZV

Die kinder- und jugendärztliche Versorgung im Rahmen des HZV-Vertrags nimmt Fahrt auf: Inzwischen nehmen am Pädiatrie-Modul 172 Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg teil. 47 weitere Teilnahmeerklärungen befinden sich derzeit noch im Zulassungsverfahren bei der MEDIVERBUND AG in Stuttgart.

Die meisten Vertragsteilnehmer im Land finden sich in den Regionen Südlicher Oberrhein mit 33 Anträgen, Neckar-Fils mit 28 und Ludwigsburg mit 23 Anträgen. Darüber hinaus nehmen auch immer mehr Versicherte der AOK Baden-Württemberg an der kinderärztlichen Versorgung teil: So wurden bereits zum Versorgungsstart über 10.000 Kinder und

Jugendliche in das Hausarztprogramm eingeschrieben. Für das dritte Quartal 2014 liegen bereits rund 1.500 weitere Einschreibungen vor.

Der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung wurde von der AOK, MEDI und dem Hausärzteverband in Baden-Württemberg im Mai 2008 unterzeichnet. Mit dem Beitritt des Berufsverbandes

der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) im Juli letzten Jahres wurden die HZV-Leistungen im Sinne der Kinder- und Jugendärzte in einem eigenen Pädiatrie-Modul weiter ausgebaut.

Abrechnungsstart im April

Am 1. April fiel außerdem der Startschuss für die Abrechnung der HZV-Leistungen. Deswegen erwarten die Vertragspartner weitere Teilnahmeerklärungen von Kinder- und Jugendärzten im Südwesten.

Darüber hinaus zeichnet sich eine qualitativ und finanziell positive Lösung für die Spezialpädiater im Land ab. Dazu zählen Kinder- und Jugendärzte, die spezielle fachärztliche Leistungen, wie beispielsweise die Kinderkardiologie oder die Neuropädiatrie, anbieten. Mit dieser Lösung erhoffen sich die Vertragspartner insbesondere in den Ballungszentren einen zusätzlichen Teilnahme Schub. 

Alexander Bieg/ Angelina Schütz



Neue Korrekturoption für Praxen im Facharztprogramm

Gute Nachrichten für Teilnehmer an Facharztverträgen: Sie werden ab dem 1. Juli ihre Abrechnungen über die Vertragssoftware eigenständig elektronisch korrigieren können. Die MEDIVERBUND AG stellt dafür eine entsprechende Funktionalität in der Vertragssoftware bereit.

Für manche Praxen, die am Facharztprogramm teilnehmen, hatte die elektronische Abrechnung so ihre Tücken: Einmal falsch eingegeben und abgerechnet konnte beispielsweise eine Ziffer vom Arzt oder der MFA danach weder gelöscht noch korrigiert werden. Solche Korrekturen waren später nur händisch und mit Zuhilfenahme entsprechender

Formulare in Papierform möglich.

„Im heutigen Zeitalter eigentlich ein völligeres Unding“, gibt Sven Gutekunst, Chef der MEDI IT-Abteilung, zu und ergänzt: „Für jeden falsch abgerechneten Fall musste die Praxis ein eigenes Formular ausfüllen. Daher landeten in unserer Abrechnungsabteilung in manchen Quartalen bis zu 500 solcher Formulare!“ Denn im Gegensatz zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sind die Facharztverträge nach § 73c SGB V komplexer und bergen mehr Fehlermöglichkeiten.

Eine Deadline gilt nach wie vor!

Zwar können die Praxen auch in Zukunft ihre falsch abgerechneten Fälle über die neu geschaffene Funktionalität nur bis zu 12 Monaten nach der Abrechnung korrigieren, dennoch bringt die neue Option Vorteile: Ab Juli gehören die Papierformulare der Vergangenheit an und die Prozesse zwischen der Abrechnungsabteilung der MEDIVERBUND AG und den betroffenen Praxen laufen schneller. 

Angelina Schütz

NACHGEFRAGT BEI

Sven Gutekunst

Leiter IT-Abteilung



»Wir haben unser Abrechnungssystem weiterentwickelt«

MEDITIMES: Herr Gutekunst, welche Abrechnungsfehler kamen am häufigsten vor?

Gutekunst: Sehr häufig wurden falsche Zusatzpauschalen, wie z.B. beim Kardiologievertrag die P1b oder P1c abgerechnet. Oder es kam beim PNP-Vertrag vor, dass teilnehmende Praxen die falsche

Grundpauschale angesetzt haben. Insbesondere wenn ein neuer Vertrag an den Start ging, registrierten wir häufiger Abrechnungskorrekturen.

MEDITIMES: Wie haben sich solche Fehler auf die Regelprüfungen ausgewirkt?

Gutekunst: Manche Regelprüfungen

zielen auf Abrechnungsziffern aus Vorquartalen. Wenn aber eine solche Ziffer händisch im Formular korrigiert wurde, blieb in der Vertragssoftware der Praxis weiterhin die „alte“ Abrechnungsziffer dokumentiert. Dieser Unterschied zwischen Vertragssoftware und unserem Abrechnungssystem hat dazu geführt, dass manche Regelprüfungen nicht angeschlagen sind und deswegen beim zweiten Mal erneut korrigiert werden mussten.

MEDITIMES: Warum wurde die elektronische Korrekturmöglichkeit erst jetzt eingeführt?

Gutekunst: Weil wir zunächst zusammen mit den Vertragssoftwareherstellern ein entsprechendes Verfahren ausarbeiten und unser eigenes Abrechnungssystem weiterentwickeln mussten.  as

HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN



Foto: fotolia

Wie rechne ich die Arzt-Patienten-Kontakte ab?

In den Selektivverträgen sind aus Versorgungssicht (Vermeidung Chronifizierung oder Dekompensation, Stärkung der Arzt-Patienten-Bindung) mehr Arzt-Patienten-Kontakte (APK) gewünscht. Sie werden den teilnehmenden Ärzten daher auch gesondert vergütet. Allerdings unterscheidet sich die Systematik des Kardiologievertrags vom PNP- oder dem Orthopädievertrag. Der Gastroenterologievertrag sieht dagegen keine gesonderten APK vor.

Kardiologievertrag

Hier gibt es die APK für die Krankheitsbilder Herzinsuffizienz im NYHA Stadium III/IV (P1aIII), KHK (P1b) und Herzrhythmusstörungen (P1c) und für Patienten mit Vitien (P1d).

Sie werden mit folgenden Ziffern und Häufigkeit pro Quartal vergütet:

Ziffer	Voraussetzung	Preis
Bei jedem persönlichen Arztkontakt einmal am Tag, auch telefonisch möglich		
Z1a Zuschlag auf P1a III <i>Schicken Sie uns diese Ziffer auch für den 1. oder 2. APK im Quartal – insbesondere dann, wenn wir keine anderen Ziffern für dieses Datum erhalten, da sonst der APK nicht ersichtlich ist.</i>	Voraussetzung NYHA-Stadium III/IV oder linksventrikuläre EF \leq 30%	15 Euro Honorierung erfolgt ab dem 3. und bis zum 12. Kontakt.
Z1b Zuschlag auf P1b <i>Schicken Sie uns diese Ziffer auch für den 1. oder 2. APK im Quartal – insbesondere dann, wenn wir keine anderen Ziffern für dieses Datum erhalten, da sonst der APK nicht ersichtlich ist.</i>	Voraussetzung Abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1b.	15 Euro Honorierung erfolgt ab dem 3. und bis zum 5. Kontakt.
Z1c Zuschlag auf P1c <i>Schicken Sie uns diese Ziffer auch für den 1. oder 2. APK im Quartal – insbesondere dann, wenn wir keine anderen Ziffern für dieses Datum erhalten, da sonst der APK nicht ersichtlich ist.</i>	Voraussetzung Abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1c.	15 Euro Honorierung erfolgt ab dem 3. und bis zum 5. Kontakt.

PNP-Vertrag Im PNP-Vertrag gibt es die APK ab dem 3. Arztkontakt im Modul Neurologie mit einzelnen Ausschlüssen jeweils für 4 Quartale ohne Mengenbeschränkung.

Ziffer	Voraussetzung	Preis
Bei jedem persönlichen Arztkontakt einmal am Tag, auch telefonisch möglich		
NZ1 Zuschlag auf NP1/NP1H <i>Schicken Sie uns diese Ziffer auch für den 1. oder 2. APK im Quartal – insbesondere dann, wenn wir keine anderen Ziffern für dieses Datum erhalten, da sonst der APK nicht ersichtlich ist.</i>	Voraussetzung <ul style="list-style-type: none"> • Nicht am selben Tag neben Beratungs- u. Zusatzpauschalen aus dem Modul Neurologie. • Nicht am selben Tag neben Einzelleistungen aus allen Modulen. • Nicht neben PYP1(H) & PTP1. 	15 Euro Honorierung erfolgt erst ab dem 3. Kontakt, dann unbegrenzt innerhalb von 4 Quartalen. Nach 4 Quartalen beginnt die Zählung von vorne.

Orthopädievertrag Hier werden die APK zum ersten Mal ab dem 3. Kontakt vergütet. Maximal werden 8 Kontakte (also 3. bis 10. Kontakt) vergütet.

Ziffer	Voraussetzung	Preis
Bei jedem persönlichen Arztkontakt einmal am Tag, auch telefonisch möglich		
E4 <i>Schicken Sie uns diese Ziffer auch für den 1. oder 2. APK im Quartal – insbesondere dann, wenn wir keine anderen Ziffern für dieses Datum erhalten, da sonst der APK nicht ersichtlich ist.</i>	Voraussetzung <ul style="list-style-type: none"> • Absolute therapeutische Freiheit (erneute Besprechung, Wundnachschau, chirotherapeutische Behandlung, Akupunktur, ...). • Keine Leistungen von Praxisangestellten (Rezept, physikalische Therapie, ...). 	15 Euro Honorierung erfolgt erst ab dem 3. bis 10. Kontakt.

Wie rechne ich das ambulante Operieren im Orthopädievertrag ab?

Die Abrechnung von Leistungen im Vertrag sind in der Anlage 12 dokumentiert:

1. Anlage 12

Vergütungstabelle Krankheitsbilder und Einzelleistungen

Enthält die Abrechnungsziffern zur grundsätzlichen Abrechnung im Orthopädievertrag

1. Spalte = Ziffernbezeichnung (z.B. P1)
2. Spalte = Grundsätzlicher Leistungsinhalt, wenn medizinisch notwendig
3. Spalte = Abrechnungsvoraussetzungen und ggf. Abrechnungsausschlüsse (z.B. einmal im Quartal)
4. Spalte = Abrechnungsbetrag

2. Anlage 12 Anhang 5

Ambulantes Operieren

Enthält zusätzlich zu Anlage 12 (Vergütungstabelle) die für das ambulante Operieren abzurechnende Ziffern. (siehe Tabelle)

3. Anlage 12, Anhang 1

Gesamtziffernkranz

Enthält alle Ziffern, die aufgrund der Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr über die KV abgerechnet werden dürfen. Zudem spielen auch Erläuterungen zu den Bezeichnungen in der Tabelle auf den ersten beiden Seiten eine wichtige Rolle. Für die Abrechnung im Facharztprogramm stehen Ziffern der Anlage 12 (Vergütungstabelle; vgl. 1.) zur Verfügung. ■

Silke Arnegger / Thomas Rademacher

Wichtige Punkte für Anlage 12 Anhang 5

Die relevanten Operationen	<ul style="list-style-type: none"> • Finden Sie in diesem Anhang 5 aufgelistet. • Sie rechnen diese mit der Ihnen bekannten EBM-Ziffer und OPS-Code auch bei uns im Vertrag ab.
Anästhesien	<ul style="list-style-type: none"> • Sind beziffert mit AOP1-9; je nach OP.
Postoperative Überwachung	<ul style="list-style-type: none"> • Sind beziffert mit AOP10-15; je nach OP.
Abstimmung mit Anästhesisten	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtig ist, dass Sie sich mit Ihrem Anästhesisten abstimmen, denn die Ziffern aus dem EBM-Kap. 31 (Ambulante OP) dürfen auch von ihm nicht mehr über die KV abgerechnet werden. • Sie leiten genau die im Anhang 5 aufgeführten Beträge an den Anästhesisten weiter, wenn er die Leistung (z.B. auch die Überwachung) erbracht hat. Diese Beträge sind keine Verhandlungsbasis und stellen den EBM-Wert dar - ebenfalls mit 4 Cent bewertet.
EBM-Kap. 5: Anästhesiologische Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Kann der Anästhesist weiterhin über die KV abrechnen.
Sachkosten auf Schein	<ul style="list-style-type: none"> • Sind auch für Facharztprogrammpatienten analog der KV abzurechnen. • Es gibt ein Eingabefeld in Ihrer Vertragssoftware, in das der Betrag der Sachkosten eingetragen werden kann. Definition: <ul style="list-style-type: none"> – Eingabe und Speicherung von Sachkostenbezeichnung und Sachkostenbetrag ist möglich. – Dokumentation und Speicherung einer Abrechnungsbegründung ist möglich. • Sie müssen uns nicht die Einzelkostennachweise schicken, wie Sie das bei der KV tun müssen. Wir werden im Orthopädievertrag lediglich Stichprobenprüfungen durchführen

NACHRUF

Dr. Ursula Haferkamp

22.11.1954 - 5.2.2014



*Träume tragen uns durchs Leben,
das Glück gibt es
aber nur mit den Menschen*

Unbekannt

Liebe Uschi,

als ich gefragt wurde, ob ich einen Nachruf an Dich verfassen könnte, habe ich mich geehrt gefühlt und diese Aufgabe sehr gerne übernommen. Nach meinem Verständnis sollen die Menschen, die Dich kannten, am Ende sagen „ja, so war sie“. Und alle anderen sollen sagen „schade, dass wir sie nicht kannten“.

Du bist 2004 MEDI beigetreten und schon dieser Schritt ist symbolisch für vieles, was Du getan hast. Da Du mit der Aktivität Deines Berufsverbandes nicht mehr zufrieden warst, hast Du etwas geändert, bist kurzerhand aus dem Berufsverband ausgetreten, hast einen eigenen Verband, die INF, gegründet und bist MEDI beigetreten. Dort hast Du Dich von Anfang an für die Belange der Kolleginnen und Kollegen engagiert. So warst Du: Konsequenz – auch im Handeln.

Du warst ein Glücksfall für MEDI und die Kollegen, denn Du hast viel geleistet und erreicht und es war Dir nie zu viel, Dich in der Vielzahl Deiner Ämter in INF, Ärztekammer und KV unermüdlich einzusetzen. Die erste Reihe und das große Podium war dabei nicht Deine Sache. Du warst am liebsten in der zweiten

Reihe und hast im Stillen gewirkt. Und dort, quasi unerkannt, hast Du Enormes geleistet.

Du warst ohne Falsch. Allein das war schon eine unschätzbare menschliche Qualität. Was Dich darüber hinaus persönlich ausgemacht und von allen Mitstreitern abgehoben hat, war Deine unglaubliche Freundlichkeit, Nachsicht, Fröhlichkeit und Offenheit. Du wurdest selbst von politischen Gegnern geschätzt und gemocht und konntest einfach durch Deine kluge, besonnene, ausgleichende, glaubwürdige und engagierte Art Brücken schlagen und Gräben zuschütten, wo andere zuvor gescheitert sind.

Dich zu kennen und mit Dir an der Seite berufspolitisch unterwegs sein zu dürfen, war ein großes Geschenk. Dein Tod kam viel zu früh und viel zu plötzlich. Wir werden Dich nicht nur in ehrendem Andenken behalten, sondern Du wirst uns ein Vorbild bleiben und schmerzlich fehlen. Danke, dass Du uns allen so viel von Dir geschenkt und hinterlassen hast. ■■■

Dr. Bärbel Grashoff

*Mitglied des geschäftsführenden Vorstands
von MEDI Baden-Württemberg*

Nebenbetriebsstätten auch ohne KV-Genehmigung

Um eine flächendeckende medizinische und psychotherapeutische Versorgung im Rahmen des Facharztprogramms sicherzustellen, haben sich die Vertragspartner MEDI und AOK in Baden-Württemberg sowie die Bosch BKK und fachärztliche Berufsverbände darauf geeinigt, Nebenbetriebsstätten in Ausnahmefällen auch ohne Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zuzulassen.

Diese Regelung betrifft die Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Und soll auch für Kardiologie, Gastroenterologie und Orthopädie gelten. Grundlegende Voraussetzungen für die Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte sind sowohl die Feststellung eines Versorgungsbedarfs als auch Prüfung und Zustimmung durch den Beirat des jeweiligen Facharztvertrags. ■■■ jo

Durmersheim: Verfahren geht weiter

Handelt es sich beim Ärztehaus Durmersheim um Ungleichbehandlung und Wettbewerbsverzerrung? Um diese Frage rankt sich nach wie vor das Beschwerdeverfahren zwischen niedergelassenen Ärzten und der Gemeinde Durmersheim. Diese hat die Umbaukosten eines ehemaligen Schulgebäudes für ein Ärztehaus übernommen, das vom MVZ des Klinikums Mittelbaden zu einem äußerst niedrigen Mietzins angemietet worden ist.

Deswegen hat ein Teil der Ärzte vor Ort mit Unterstützung von MEDI eine Beschwerde bei der EU-Kommission eingereicht. Sie soll prüfen, ob eine Wettbewerbsverzerrung durch die Sanierung des alten Schulgebäudes mit öffentlichen Mitteln und Beihilfen sowie durch die Vermietung zu dem niedrigen Mietzins an das Klinikum vorliegt. Im Februar hat MEDI außerdem eine Petition an den Landtag eingereicht, damit der Sachverhalt auch auf Landesebene geprüft werden kann. ■■■ bk

Vernetzt gegen den Ärztemangel

In Rheinland-Pfalz droht den ländlichen Regionen in den kommenden Jahren ein Ärztemangel. Laut des von der KV herausgegebenen Atlases zur ärztlichen Versorgung werden im Großkreis Worms/Alzey-Worms bis zum Jahr 2020 rund die Hälfte aller Arztpraxen einen Nachfolger suchen. Alarmierende Aussichten auch für MEDI.

Der Vorsitzende von MEDI Südwest, Dr. Ralf Schneider, ist überzeugt, dass der drohende Mangel an Landärzten nur in einem landesweiten Verbund von Mediziner zu bewältigen ist: „Die Zusammenarbeit aller Fachgruppen in einem Ärztenetz bringt Vorteile, die einzelne Praxen nicht bieten können“, erläutert er gegenüber der **MEDITIMES**. Patienten könnten gemeinsam und strukturiert von

Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen behandelt werden. Kurzfristige Terminvereinbarungen seien eher möglich und das führe insgesamt zu kürzeren Behandlungszeiten für die Patienten.

Selbstverständlich bringe ein funktionierendes Ärztenetz wie MEDI auch für die Niedergelassenen selbst diverse Vorteile, so der Allgemeinmediziner aus Alzey.

Zum einen ist MEDI ein traditioneller Berufsverband, der Missstände aufdeckt und die Interessen der Ärzte und Psychotherapeuten offensiv vertritt. „Darüber hinaus informieren wir unsere Mitglieder zeit- und praxisnah über neue Regelungen im Honorar- und Versorgungsbereich“, so Schneider.

Als gelungenes Beispiel für eine vernetzte Zusammenarbeit führt er den Herzinsuffizienz-Vertrag mit den Herzschwestern an (*siehe auch MEDITIMES 01/2014*). Der Vertrag ist in Kooperation mit dem Speyerer PRAVO-Netz in der Region Alzey entstanden und hat sich dort mittlerweile etabliert. „Das war möglich, weil MEDI und das Alzeier Ärztenetz medidoc Rheinhessen-Pfalz dafür bestens geeignet waren“, sagt Schneider. Demnächst seien ähnliche Verträge in weiteren Ärztenetzen in Pirmasens und Trier geplant. 

Jutta Glaser-Heuser



- *Nachschulungen zu
HZV und DMP*
- *Fachgebundene Psychotherapie*
- *MRSA-Konferenz*
- *Sonographiekurs*
- *Moderatorenausbildung für QZ*
- *EFA*

IFFM stellt neue Angebote vor

Beim MEDI Fortbildungsinstitut, dem IFFM, hat sich in den letzten Monaten einiges getan. Der Renner unter den Angeboten für Ärzte aus HZV- und Facharztverträgen sind die benötigten Nachschulungen. Aber es gibt auch neue Angebote für MEDI Mitglieder, die nicht an Selektivverträgen teilnehmen.

„Beispielsweise die fachgebundene Psychotherapie, MRSA-Konferenzen oder Moderatoren-Schulungen“, stellt Alexander Bieg vor. Er ist nicht nur Projektmanager der HZV-Verträge sondern auch zuständig für das IFFM, das „Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde“. Und er ist erkennbar stolz darauf, dass das Institut in den letzten Monaten so richtig durchgestartet ist. Vor allem freut es ihn, dass auch die Medizinischen Fachangestellten die „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“ (EFA) als neue Perspektive entdeckt haben (*mehr dazu auf Seite 40*).

Aufgaben des IFFM

Das Institut bietet für MEDI Mitglieder in Baden-Württemberg einerseits Fortbil-

dungen und Nachschulungen im Rahmen von HZV-, DMP- und Selektivverträgen an. Die Teilnahme an Qualitätszirkeln gehört bekanntlich zu den persönlichen Anforderungen an HZV-Ärzte. Für viele Vertragsteilnehmer, die es nicht zu jedem Termin ihres Qualitätszirkels geschafft haben, ist das IFFM mit dem einmal jährlich stattfindenden Nachholtermin die passende Lösung.

Ein zweiter Schwerpunkt ist die Zusatzweiterbildung „fachgebundene Psychotherapie“. Das IFFM organisiert entsprechende Termine in Kooperation mit der Pforzheimer Akademie für Psychotherapie Dr. Polster. Hier können auch Nachwuchsärzte die erforderlichen Qualifikationsnachweise mit vertretbarem Aufwand erbringen. „Diese Weiterbildung kann auch älteren Ärzten eine interes-

sante Perspektive bieten“, weiß Bieg, „wenn beispielsweise im Anschluss an die kassenärztliche Tätigkeit noch stundenweise gesprächsorientiert in einer Privatpraxis gearbeitet werden soll“.

Viel Zustimmung gab es auch zu einer Fortbildungsveranstaltung für Gynäkologen, zu der sogar einige schwangere Probandinnen eingeladen worden waren. Hier wurden mehrere 3D-Sonographie-Geräte der neuesten Generation ausgiebig vorgeführt, bestaunt und von MEDI Ärzten getestet.

Mitarbeiter des AQUA-Instituts sowie die Kardiologen Dr. Norbert Smetak und Dr. Benny Levenson beschäftigen sich zurzeit mit einem GBA-Projekt, auf dessen Ergebnis man gespannt sein darf: Sie erarbeiten die Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. „Hochspannend“, so Bieg. Weitere Stichworte sind die Moderatorenausbildung für Qualitätszirkel oder die Unterstützung der Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin.

MRSA-Konferenzen

Und noch ein brisantes Thema hat das IFFM aufgegriffen, die Keimresistenzen nämlich. Das RKI fordert bekanntlich den



Robert Rudolph ist der Vater der „Regionalen MRSA-Konferenzen“.

Aufbau regionaler Netzwerke, um über die Sektorengrenzen hinweg ein erfolgreiches MRSA-Management aufzubauen. Es passt zu MEDI, dass hier Ärzte und andere Berufsgruppen innerhalb von etablierten Zuweiserstrukturen zwischen Krankenhaus, Reha, Heim und Praxis zusammenarbeiten. Das IFFM unterstützt die Initiative „Regionale MRSA-Konferenzen“, die nach dem Prototyp des Kirchheimer Urologen Dr. Robert Rudolph aufgebaut werden sollen.

„Der Umgang mit MRSA-Trägern kann ideal in fachübergreifenden Qualitätszirkeln diskutiert werden“, sagt Rudolph, der auch IFFM-Vorstandsmitglied ist. MRSA ist nicht nur ein Problem von oder

für Kliniken. Auch die niedergelassenen Ärzte müssen sich längst damit auseinandersetzen, dass manche ihrer Patienten MRSA-Träger sind oder zumindest ein hohes Risiko dafür haben. Das Screening von Risikopatienten auf MRSA soll durch die sogenannte MRSA-Vereinbarung der KVen verbessert werden. Wichtigster Inhalt ist eine Überprüfung auf MRSA-Trägerschaft bei Risikopatienten, also etwa Menschen, die in den letzten sechs Monaten stationär behandelt wurden.

Zur Abrechnung wurden Extra-Gebührensordnungspositionen geschaffen, die Finanzierung erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu festen Preisen ohne Mengenbegrenzung. Die Leistungen dürfen allerdings nur nach einer Zertifizierung durch die zuständige KV erbracht werden.

Rudolph hat sich schon früh für die MRSA-Vereinbarung zertifizieren lassen, sodass er die entsprechenden Leistungen erbringen und abrechnen kann. Anschließend rief er spontan im Krankenhaus an und fragte nach, ob es Interesse an einer gemeinsamen MRSA-Konferenz gäbe. Sein Vorschlag stieß auf Gegenliebe und so kam sein Prototyp ins Rollen.

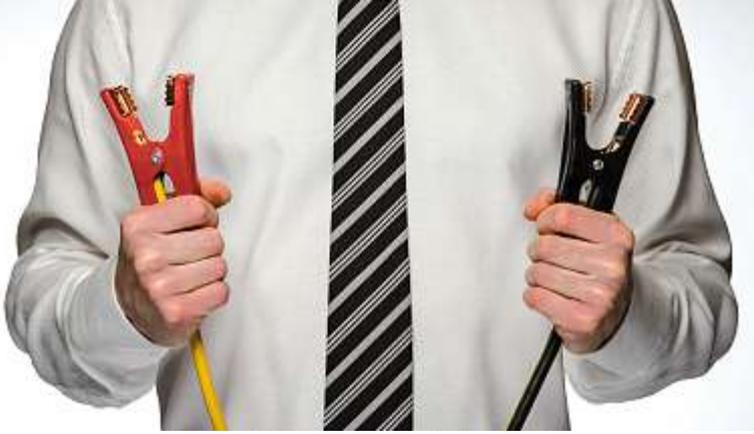
Von den üblichen Konferenzen mit Leitung durch das Gesundheitsamt oder

die Ärztekammer hielt er nichts, er wollte lieber einen fachübergreifenden Qualitätszirkel unter der Leitung von Ärzten aufbauen. Das ist ihm gelungen. Einmal im Quartal treffen sich niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen mit Mitarbeitern aus Pflegeeinrichtungen und Klinikangestellten zu interdisziplinären Fallvorstellungen. Wichtig ist für Rudolph, dass die Rahmenbedingungen stimmen, dass man sich also z.B. zu praxistauglichen Zeiten trifft und nicht nachmittags.

„Bisher kommt die MRSA-Vereinbarung nur schleppend in Gang“, bedauert der Urologe, „dabei ist das Thema wahrhaftig dringend!“ Über das IFFM will er in Zukunft Seminare zum Vorgehen bei Verdacht auf Keimresistenzen anbieten. Hier sieht er die ideale Basis, um fachübergreifende Weiterbildungen anbieten zu können. Den Weg über die Zertifizierung in die Kliniken hält er für sinnvoll und rät Kollegen, es ebenso zu versuchen. „Wenn Bedarf besteht und ich genug Zeit habe, stehe ich gerne mit Rat und Tat zur Seite“, verspricht er. ■■■

Ruth Auschra

→ Weitere Informationen zur MRSA-Vereinbarung gibt es unter www.mrsa-ebm.de



MEDI GENO will Förderung von Ärztenetzen vorantreiben

Viele Netzärzte hoffen auf die Pläne der Großen Koalition, Netze verbindlich zu fördern. Dazu hat MEDI GENO Deutschland der Politik nun einen eigenen Vorschlag unterbreitet, der eine Neugestaltung der gesetzlichen Regelungen vorsieht.

„Die aktuellen Rahmenbedingungen sind nicht geeignet, die Arbeit von Ärztenetzen wirksam zu fördern“, bilanziert der MEDI GENO Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner mit Blick auf die Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs 4 SGB V. Beispielsweise bewege sich die dort geregelte Netzförderung ausschließlich im Rahmen der vertragsärztlichen Honorar-

verteilung. „Das führt dazu, dass die KVen es aus nachvollziehbaren Gründen ablehnen oder sehr zurückhaltend sind, Mittel für die Netzförderung zulasten der Vergütung zur Verfügung zu stellen“, erklärt Baumgärtner. Darüber hinaus bewertet MEDI GENO die für ein Netz vorgeschriebene Teilnehmerzahl von mindestens 20 und höchstens 100 Praxen sowie das ebenfalls vorgeschriebene

dreijährige Bestehen als „zu restriktiv“.

Deswegen schlägt MEDI GENO vor, die Regelungen zur Anerkennung von Netzen in Bezug auf Größe und Bestehensdauer flexibler zu gestalten. „Bei der Größe können wir uns eine Umwandlung in eine Sollvorschrift vorstellen“, so Baumgärtner, „die Dauer könnte auf zwei Jahre reduziert werden.“ Hierbei spiele der Zeitpunkt der Gründung eine Rolle und nicht das Meldungsdatum der Ärztekammer.

Um Ärztenetze finanziell auf gesunde Füße zu stellen, schlägt MEDI GENO die Bildung eines Strukturfonds vor. Dieser soll von den Krankenkassen und optional auch von den Kommunen befüllt werden.

„Genau wie die KBV sind auch wir der Auffassung, dass Ärztenetze dazu beitragen, Qualität, Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu verbessern“, betont Baumgärtner.

MEDI GENO Deutschland zählt rund 17.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten und über 100 Ärztenetze. Zu ihnen gehören auch die regionalen MEDI GbRen. ■

Angelina Schütz

→ Die Rahmenvorgabe finden Sie auf www.kbv.de unter „Rechtsquellen“.

NACHGEFRAGT BEI

Dr. Ralf Schneider

MEDI GENO Deutschland



meisten Netze unerreichbar bleibt. Deswegen muss eindeutig gesetzlich definiert werden, welche geschäftlichen Aktivitäten für Genossenschaften und Ärztenetze künftig erlaubt sein werden, sonst verschwinden diese aus der medizinischen Versorgung.

MEDITIMES: Wo würde die Änderung denn Sinn machen?

Schneider: Unser Vorschlag sieht vor, den § 73a SGB V neu zu fassen. Hier würde aus unserer Sicht ein ergänzender Passus Sinn machen, der auch die Krankenkassen und die Kommunen in die Netzfinanzierung einbezieht. ■

»Wir brauchen eine Änderung im Gesetz«

MEDITIMES: Herr Dr. Schneider, warum nimmt sich MEDI GENO dem Thema Ärztenetze an?

Schneider: Das liegt an den Rahmenbedingungen, die sich für die Ärztenetze in

den letzten Jahren deutlich verschlechtert haben. Einerseits brechen die Einnahmen aus dem Businessbereich wegen der Korruptionsdebatte weg. Andererseits ist die Rahmenvorgabe der KBV so rigide, dass eine Finanzierung für die

as



MENSCHEN BEI MEDI

Dr. Norbert Metke

Vorstandsvorsitzender
der KV Baden-Württemberg

Wie kommt Dr. Norbert Metke mit den alltäglichen Widersprüchen und Problemen seines Amtes zurecht? Nach kurzem Zögern antwortet er, dass er die Refrains zweier Schlager besonders oft im Kopf hat: „Hinter dem Horizont geht’s weiter“ von Udo Lindenberg und „Ich schieß dich auf den Mond und meine Träume hinterher“ von Andrea Berg.

Was für eine klare und diplomatisch-feinsinnige Auskunft! Fast unerwartet persönlich für den erfahrenen Berufspolitiker, der scheinbar nie um eine Antwort verlegen ist. Wenn es um seine Person geht, lässt er sich ganz offensichtlich nur ungern aushorchen. Immerhin erfährt man, dass er seine orthopädische Praxis mittlerweile abgegeben hat und die ärztliche Tätigkeit nicht wirklich vermisst.

Überraschend ist das eigentlich nicht. Er ist wohl in erster Linie Berufspolitiker und erst in zweiter oder dritter Linie Privatmensch. Metke engagiert sich seit mehr als 20 Jahren für die Berufspolitik, er hat MEDI als Gründungsmitglied mit aufgebaut und seine aktuelle Tätigkeit als KV-Vorsitzender beschreibt er als aufregenden und faszinierenden Job.

Wo sieht er MEDI heute? „MEDI ist eine stabile Berufsorganisation für Ärzte und Psychotherapeuten und zwar einschließlich eines funktionierenden Vertragswesens mit großen Krankenkassen“, sagt er und bekräftigt: „So hat MEDI Werner Baumgärtners Vision umgesetzt, auch Alternativen zum Kollektivvertrag in der KV zu bieten“.

Die Gründer konnten sich sicher nicht

vorstellen, was sie im Lauf der Jahre alles auf die Beine stellen würden. Aus der berufspolitisch orientierten Ärzteschaft ist auch ein Dienstleistungsunternehmen, eine Aktiengesellschaft geworden. Für Metke ist das kein Widerspruch, im Gegenteil, „es ist eine Selbstverständlichkeit“, sagt er. Fast wie nebenbei erinnert er daran, dass die KVen heute keine Selbstläufer mehr sind, sondern sich in der Versorgung bewähren müssen, es sogar schon Forderungen gegeben hat, die KVen abzuschaffen. Dann mag anderswo das große Streiten um Verträge zwischen Ärzten und Krankenkassen beginnen. Die MEDI Ärzte dagegen wären wohl nicht so leicht aus der Ruhe zu bringen.

„Für die künftige Ärztesgeneration völlig unattraktiv“

Metke wagt gerne den Blick in die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Allerdings malt er sie nicht gerade als ein Bild mit rosa Wölkchen aus. „Eine ambulante Medizin mit den Rahmenbedingungen, wie wir sie heute haben, wird für die nachfolgende Ärztesgeneration völlig unattraktiv sein“, warnt er. Die ambulante Medizin im Kol-

lektivvertrag ist aus seiner Sicht heute stark bedroht. „Es sei denn, es gelingt dem Kollektivsystem, die Arbeitsbedingungen und die Vergütung in etwa an das Selektivvertragssystem anzugleichen“, ergänzt er. Klare Worte!

Der neue Hausarzt-EBM ist ja bekanntlich gegen den Widerstand der KVBW entstanden, aber die KVen sind gesetzlich verpflichtet, diesen umzusetzen. Mit der Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes 2012 kam allerdings ein wesentlicher Aspekt neu hinzu. „Wir haben die Möglichkeit, die Folgen des EBM abzuschwächen oder in Teilen über den Honorarverteilungsmaßstab zu neutralisieren“, erklärt Metke den KVBW-Ansatz „Chaosfreies Baden-Württemberg“. Auch hier formuliert er seine Ziele präzise und eindeutig: „Erstens wollen wir nie wieder Honorarverwerfungen mit Existenzangst und Personalentlassungen in den Praxen haben, wie es durch die Honorarreform 2008/2009 in knapp einem Drittel der Praxen in Baden-Württemberg der Fall war. Und zweitens wollen wir garantieren, dass kein Honorarabsturz in hausärztlichen Praxen im Rahmen der Umstellungsphase von altem zu neuem EBM erfolgt.“ So viel zum Hintergrund der KVBW-Maßnahmen unter dem Stichwort „Chaosfreies Baden-Württemberg“.

Ist es nicht verrückt, sich mit der Umsetzung eines EBM beschäftigen zu müssen, gegen den man sich gewehrt hat? „Eindeutig ja“, antwortet Metke und erinnert an die wirren Abläufe: Knapp acht Wochen nach der EBM-Einführung wurden Änderungen beschlossen, teilweise rückwirkend, weil man sich zuvor auf der Bundesebene mit der Kritik, die auch aus Baden-Württemberg gekommen war, nicht beschäftigen wollte. „Wie richtig diese Kritik war, zeigt die kurzfristige Änderung des EBM“, schimpft er.

Trotz der durchgeführten Änderungen hält er den neuen EBM vom Grundsatz her immer noch für falsch. Die Einführung neuer Leistungen, etwa Gesprächsleistungen und Strukturpauschalen, sollen zulasten der Reduktion der Versichertenpauschale finanziert werden. Anders ausgedrückt: „Die ärztlichen Mehrleistungen werden von den Ärzten bezahlt und nicht von den Kostenträgern – von wenigen Aus-



Neben der Gartenarbeit erholt sich Norbert Metke bei seinen Urlaubsreisen, wie hier im Oregon Trail in Wyoming, USA.

nahmen einmal abgesehen“. Für Metke ist das der Grundfehler des neuen EBM. Und schon passt wieder einmal sein so häufig zitierter Satz: „Regeln wir es nicht selber, dann werden wir geregelt.“

Nachhaltige Projekte

Metke ist es wohl gewohnt, langfristig zu planen. Über das Jahr 2055 zu sprechen kommt dem 64-Jährigen locker über die Lippen. Dann werden Veränderungen stattgefunden haben, die ihn heute schon sehr nachdenklich machen. Die Zahl der aktiven Beitragszahler wird

wollen. Metke spricht neutral von „anderen Lebensmodellen“. Auch diese Veränderung passt seiner Ansicht nach zu einer Entwicklung, die das Kollektivsystem an seine Grenzen stoßen lässt. Er spricht wohlgerne von kurzfristigen Entwicklungen! „Deswegen führt an einer nachhaltigen Patientensteuerung und einer wesentlich vermehrten Implementierung evidenzbasierter Medizin im Kollektivsystem kein Weg vorbei“. Seine Aussage ist sicher nicht zufällig so pointiert und provozierend: „Schafft das die Selbstverwaltung nicht, wird es zeitnah kein

hat Regelungen getroffen, die auch für das Kollektivsystem interessant sein könnten“, sagt Metke. Sein wichtigster Zukunftsplan ist die Stimulierung des KV-Systems. Das macht er auch sehr klar, wenn er verdeutlicht: „Ich sehe das als Überlebensstrategie – eine Alternative gibt es sonst mit der KVBW nicht mehr“.

Der Gärtner

Die bisherige Zusammenarbeit mit der KBV war Metke zufolge sehr gut und pragmatisch, auch wenn Wünsche offen blieben. Mittlerweile wurde Dr. Andreas Gassen zum neuen Vorstandsvorsitzenden der KBV gewählt. „Ich habe seine Wahl unterstützt“, sagt Metke, „wir brauchen wieder einen funktionsfähigen KBV-Vorstand.“ Er erinnert daran, dass das Gute ja bekanntlich der Feind des Besseren ist. „Dadurch wollen wir die Ergebnisqualität noch steigern“, sagt er und erzählt noch etwas Persönliches.

Er hält sich gerne in seinem Garten auf. Vielleicht findet die Gartenarbeit nicht so häufig statt, wie er manchmal möchte, aber sie ist immerhin ein Hobby, das er nicht missen möchte. „Das hat mit Stressprävention und Kompensation zu tun“, sagt er spitzbübisch lächelnd, um dann nahtlos wieder seine politische Ader nach außen zu kehren: „Im Garten gelingt immer alles, es blüht, gedeiht und wächst – ganz im Gegensatz zur Standespolitik!“ 🇩🇪

Ruth Auschra

„
Das heutige Kollektivsystem
wird nicht mehr lange überleben
“

nämlich um etwa 20 Millionen niedriger sein als heute. Verantwortlich dafür ist die demografische Veränderung unserer Gesellschaft. Angesichts der Tatsache, dass bei unveränderten Strukturen des Kollektivsystems der Krankenkassenbeitrag bei etwa 35% liegen dürfte, wird das Kollektivsystem mit seinen derzeitigen Strukturen schon alleine aus diesen Gründen nicht weiter überleben.

Auch die künftigen Ärztegenerationen werden seiner Vorstellung nach weniger Lebenszeit in einer Praxis verbringen

Kollektivsystem und keine freiberuflich tätigen Ärzte im heutigen Sinn mehr geben können“.

Auf diesen Fall bereitet sich die KVBW offenbar gerade vor. „Wir werden Pläne vorlegen, wie wir auch im Kollektivsystem eine andere Patientensteuerung und ein Mehr an Evidenz als Überlebensstrategie erreichen können.“ Konkret denkt der Stuttgarter damit an eine wie auch immer geartete Anlehnung der Patientensteuerung an die Erkenntnisse aus den Selektivverträgen. „Der Selektivvertrag



Ass.jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre
Rechtsfragen

Haben Ärzte bei der Nachbesetzung einer BAG ein Mitspracherecht?

Ja, denn nach der Entscheidung des Bundessozialgerichtes (BSG) müssen die in einer BAG verbleibenden Ärzte nicht jeden Bewerber akzeptieren. Generell ist das Verfahren der Neu- bzw. Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in gesperrten Planungsbereichen in § 103 SGB V geregelt. Bei der Auswahl der Bewerber werden allgemeine Kriterien, wie etwa die berufliche Eignung, das Approbationsalter, die Dauer der zuvor ausgeübten Tätigkeit und die familiäre bzw. berufliche Verbindung des Bewerbers zum bisherigen Vertragsarzt berücksichtigt.

Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 11.12.2013 (Az. B 6 KA 49/12 R) klargestellt, dass zwar eine Missbrauchskontrolle zulässig und geboten ist, aber dennoch die Interessen der in der Praxis verbleibenden Vertragsärzte angemessen zu berücksichtigen sind.

Der konkrete Fall

In dem entschiedenen Fall ging es um eine radiologische (überörtliche) BAG von zwei Ärzten, in der ein Partner bereits sechs Monate nach der Gründung auf seinen Vertragsarztsitz verzichtet hat. Auf diesen Sitz bewarben sich zwei Ärztinnen: Eine angestellte Ärztin des im selben Haus ansässigen MVZs, die auch die Ehefrau des Inhabers des MVZs war, und eine 73-jährige Ärztin, die seit 2003 im Ruhestand war.

Der Zulassungsausschuss ließ die 73-jährige Ärztin zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung unter der Bedingung zu, dass die Praxis an diesem Vertragsarztsitz fortgeführt wird. Der Zulassungsantrag der anderen Bewerberin wurde abgelehnt.

Dagegen reichte die abgelehnte Ärztin Widerspruch ein. Der Berufungsausschuss hat diesem Widerspruch abgeholfen. Das heißt: Die MVZ-Ärztin wurde zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ab 01.09.2010 zugelassen und die 73-jährige Bewerberin wurde abgelehnt. Woraufhin diese ihrerseits Klage erhoben hat.

Entscheidung des BSG

Das Gericht führte aus, dass die Zulassungsgremien bei der Auswahlentscheidung verpflichtet sind, die in § 103 Abs 6 Satz 2 SGB V angesprochenen „Interessen“ der in der Praxis verbleibenden Ärzte zu gewichten. Je deutlicher sich der Eindruck aufdrängt, die BAG sei vorrangig gegründet worden, um über die erwähnte Vorschrift auf die Nachbesetzung Einfluss nehmen zu können, je kürzer die BAG tatsächlich bestanden hat und je weniger – z.B. bei einer überörtlichen BAG – die Praxen der beteiligten Ärzte tatsächlich über einen längeren Zeitraum verflochten waren, desto geringer sind die Interessen des verbleibenden Arztes zu ge-

wichten. Das geht jedoch nicht so weit, dass die Interessen der Ärzte unter Hinweis auf die Missbräuchlichkeit der BAG-Gründung vollständig unberücksichtigt bleiben könnten.

Ein Arzt, mit dem die anderen Mitglieder der BAG aus objektiv nachvollziehbaren Gründen nicht zusammenarbeiten können, kann nicht als Nachfolger zugelassen werden. Diese Konstellation besteht hier bezogen auf die MVZ-Ärztin. Diese ist beruflich (durch ihre Anstellung im MVZ) und persönlich (durch ihre Ehe mit dem Leiter des MVZs) eng mit einem Konkurrenten der BAG verbunden und wird nach den erkennbaren Umständen Interesse daran haben, die Zulassung an das MVZ zu übertragen.

Danach kommt für die Nachfolgelassung allein die Klägerin, also die zuvor abgelehnte 73-jährige Ärztin, in Betracht. Jedoch nur unter der Voraussetzung, dass sie die Praxis mindestens fünf Jahre lang fortführen will und kann. ■

IMPRESSUM

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

E-Mail: info@medi-verbund.de
Tel.: 0711 806079-0, Fax: -623
www.medi-verbund.de

Redaktion: Angelina Schütz

Verantwortlich i.S.d.P.:
Dr. med. Werner Baumgärtner

Design: Heinz P. Fothern

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
erscheint im Juli 2014.
Anzeigenschluss ist der 15. Mai 2014.

BGH entscheidet über Teilgemeinschaftspraxen

Wie frei dürfen Teilberufsausübungsgemeinschaften agieren? Und dürfen dort auch Radiologen mitarbeiten? Antworten auf diese Fragen erhoffen sich MEDI Ärzte vom Bundesgerichtshof (BGH) am 10. April.

Dann wird der BGH in Karlsruhe seine Entscheidung darüber verkünden. Das Verfahren beschäftigt die Gerichte schon seit vier Jahren. Zunächst hat das Landgericht Mosbach als erste Instanz zugunsten einer MEDI Teilgemeinschafts-

praxis (TGP) mit vier Radiologen entschieden und 2010 eine Klage der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs abgewiesen. Die Wettbewerbszentrale war der Auffassung, dass die TGP gegen § 18 der Berufsordnung verstößt, der die Zuweisung gegen Entgelt verbietet. Das Landgericht Mosbach hielt diese Vorschrift aber für verfassungswidrig.

Die Wettbewerbszentrale hatte gegen das Urteils des Landgerichts Berufung vor dem Oberlandesgericht Karlsruhe eingelegt. Das OLG hat die Vorschrift der Berufsordnung als verfassungsgemäß angesehen. Daraufhin zogen die MEDI Ärzte mit Unterstützung ihres Verbunds in die nächste Instanz – vor den BGH. Denn MEDI ist davon überzeugt, dass

die ärztliche Berufsordnung des Landes gegen das Grundgesetz verstößt, wenn sie Teilberufsausübungsgemeinschaften untersagt, in denen auch Radiologen oder Laborärzte mitarbeiten. „Teilgemeinschaftspraxen nützen nicht nur Ärzten“, betont Ass. jur. Frank Hofmann, Vorstand der MEDIVERBUND AG. „Die therapeutischen Spielräume werden erweitert und von der Zusammenarbeit profitieren auch Patienten.“ Mit den Teilgemeinschaftspraxen möchte MEDI die freiberuflichen Praxen stärken und ein Gegengewicht zu den Krankenhaus-MVZs schaffen.

Nun warten MEDI und die betroffenen Ärzte gespannt auf die Entscheidung aus Karlsruhe. Eine Einschätzung mochte Hofmann zum Redaktionsschluss der **MEDITIMES** nicht abgeben: „Der Ausgang des Verfahrens ist zum jetzigen Zeitpunkt völlig ungewiss“, meinte er. 

Angelina Schütz

Bundesgerichtshof, Az.: I ZR 137/12

Unsere Visitenkarten für Mitglieder



VISITENKARTEN* - 1.000 STÜCK:

- zum Preis von 100,- Euro

*Weitere Designs finden Sie auf unserer Internetseite

Alle Preise inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)

Unsere Terminblöcke in den Größen DIN A6/A7



50 TERMINBLÖCKE* mit je 100 Blatt:

- DIN A6 • 100 Blatt zum Preis von 200,- Euro
- DIN A7 • 100 Blatt zum Preis von 175,- Euro

*Weitere Designs finden Sie auf unserer Internetseite

Alle Preise inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)

MEDI VERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT



Bestellformulare finden Sie unter: www.medi-verbund.de oder QR-Code scannen.

MEDI INTERN

NEUE MITARBEITERINNEN BEI MEDI

Vertragswesen

Silvia Welzenbach...



... wurde am 25. Oktober 1982 in Lohr am Main geboren. Nach dem Abitur absolvierte sie das dreijährige duale Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Berufsakademie Mosbach und arbeitete danach zwei Jahre bei einem Automobilzulieferer. Nach einem Work-and-Travel-Aufenthalt in Australien wechselte Welzenbach ins Gesundheitswesen und arbeitete eineinhalb Jahre als Assistentin der Geschäftsführung im Ärztenetz MainArzt. Im Anschluss daran war sie drei Jahre lang als Beraterin einer

Consulting-Firma in Berlin tätig, wo sie für die Versorgungsprozesse zuständig war. Dort beriet sie auch Pharmaunternehmen bei Compliance-Konzepten und führte Verhandlungen mit Kostenträgern.

Einen Einblick in den stationären Sektor gewann die Betriebswirtin während ihrer einjährigen Tätigkeit als Projektleiterin beim Klinikum Darmstadt.

Seit November 2013 arbeitet Silvia Welzenbach als Projektleiterin für den PNP-Vertrag bei der MEDIVERBUND AG.



Business

Angelika Bölhoff...



... wurde am 26. Februar 1969 in Gaildorf geboren. Nach dem Abitur studierte sie Biologie an der Eberhard-Karl-Universität Tübingen und Meereswissenschaften an der der University of Otago in Neuseeland. Nach erfolgreichem Diplom-Abschluss beider Studiengänge 1996 arbeitete sie in Nationalparks an der deutschen Nordseeküste u. a. als Gutachterin und in der Öffentlichkeitsarbeit.

1998 absolvierte Angelika Bölhoff eine Weiterbildung für Umwelt- und Qualitätsmanagement und arbeitete in einem Stuttgarter Ingenieurbüro für Um-

welttechnik. Ende 1999 wechselte sie als Außendienstmitarbeiterin zu Takeda Pharma GmbH.

Seit 15. Oktober 2013 arbeitet Angelika Bölhoff bei der MEDIVERBUND AG im Ressort Business und Kooperationen. Dort ist sie verantwortlich für Rundschreiben an die MEDI Mitglieder und für Fortbildungen der Ärzte und MFAs. Darüber hinaus ist sie Ansprechpartnerin für die Kooperationspartner der MEDIVERBUND AG und für MEDI Praxen, die die Angebote der AG nutzen.



Fast-Order Client 3.05 Build: 58

fast-Order
Praxis-Bestellung

MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH

Artikel-Katalog
Stöbern und bestellen Sie im Katalog!
Greifen Sie direkt auf Ihre [Bestellhistorie](#) zu
oder nutzen Sie vordefinierte [Bestelllisten](#)

Bestellungen
Übermitteln Sie Bestellungen.
Lesen Sie Ihre Barcode-Scanner aus, um
daraus Bestellungen zu erzeugen. [Auswertungen](#)

Lagerbewegungen
Verbuchen Sie Ihre Lagerabgänge.
Lesen Sie Ihre Barcode-Scanner aus, um
die Lagerbewegungen zu übermitteln. [Auswertungen](#)

Einstellungen/Wartung
Laden Sie die aktuelle Artikelliste,
Programmversion und
hinterlegen Sie Ihre Zugangsdaten
und konfigurieren Sie Ihren Scanner. [Neu anmelden](#)

MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH
Industriestr. 2
70565 Stuttgart

MEDI VERBUND
PRAXISBEDARF

www.medi-verbund.de

Über diese
Startseite
kommt man zu
den einzelnen
Bereichen.

So bestellen Sie Ihren Praxisbedarf schnell und kostenfrei

Ab jetzt können MEDI Praxen alles aus dem Katalog für Praxis- und Sprechstundenbedarf auch über das Internet bestellen. Möglich macht das das neue Fast-Order-System. Voraussetzungen sind eine Internetverbindung und ein Microsoft Windows-basierter Computer.

Wer die Fast-Order kostenfrei nutzen möchte, schickt eine E-Mail an die MEDI-VERBUND Praxisbedarf GmbH: bestellung@medi-verbund-praxisbedarf.de.

Von der GmbH bekommen die Praxen einen Link, um die Software herunterzuladen und die persönlichen Benutzerdaten. In nur wenigen Schritten ist das Programm auf dem Rechner installiert.

Alle Artikel sind übersichtlich nach Warengruppen geordnet, wie beispielsweise Hygiene, Handschuhe/OP-Bedarf. Man findet sie aber auch über die Suchfunktion. Zu jedem Artikel gibt es außerdem detaillierte Produktinformationen

und die spezifische PZN. Eine farbige Markierung zeigt an, ob ein Artikel „Sprechstundenbedarf“-tauglich ist. Im Warenkorb-Modul können die Bestellungen bis zum endgültigen Versand gesammelt, hinzugefügt oder wieder gelöscht werden.

Vor jedem Start des Programms können die Katalogdaten aktualisiert werden. Dadurch sind alle Artikel immer mit dem richtigen Preis, der korrekten Mengeneinheit und Artikelnummer hinterlegt. Das gilt auch für Sonderangebote.

Alles, was eine Praxis einmal bestellt hat, wird bei den „Favoriten“ hinterlegt. Unter „Bestelllisten“ kann jede Praxis ihre

Bestellungen personalisiert anfordern. Dadurch entfällt die Artikelsuche und falsche Bestellungen werden so gar nicht erst möglich.

Praxen, die ihre Bestellungen und ihren Bestand über die EDV steuern möchten, können einen Scanner anschließen. Denn das Fast-Order-System hilft auch dabei, das „Lager“ der Praxis zu verwalten.

Individuelle Bestellanalyse

Unter „Bestellungen“ können Praxen ihren Umsatz nach Monat, Jahr oder Quartal sowie nach Produktgruppen auswerten. Außerdem werden offene Rezepte für den Sprechstundenbedarf angezeigt. Bei einer Mehrbehandlerpraxis können die Bestellungen auch behandler-spezifisch erfasst werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Ärzte von der MEDIVERBUND Praxisbedarf GmbH mit unterschiedlichen Kostenstellen angelegt werden. ■■■

Sven Kleinknecht/Angelina Schütz

→ Fragen beantwortet Ihnen gerne das Service-Team unter **Telefon 0711 806079-188**



Bärbel Grashoff ist sich sicher:
„Meine Patientinnen profitieren vom DNA-Test.“

Mehr Sicherheit bei der Tamoxifen-Therapie

Ein neues diagnostisches Verfahren erlaubt es, die Therapieaussichten von hormonrezeptor-positiven postmenopausalen Brustkrebs-Patientinnen mit Tamoxifen zu testen. MEDI Ärztin Dr. Bärbel Grashoff gibt ihre Erfahrungen weiter.

Tamoxifen oder vielmehr sein Metabolit, bindet als selektiver Estrogenrezeptor-modulator an die Estrogenrezeptoren. Seine volle antiöstrogene Wirksamkeit entfaltet es erst, wenn es zu Endoxifen verstoffwechselt wird. Dieser Prozess läuft über das Cytochrom-P450-Enzymsystem, vor allem über das Enzym CYP2D6 – und da beginnen die Unterschiede. Ein erheblicher prozentualer Anteil aller Frauen sind genetisch bedingt nicht oder kaum in der Lage, Tamoxifen in den aktiven Metaboliten Endoxifen umzuwandeln. Sie haben eine zu niedrige oder fehlende CYP2D6-Aktivität. Ähnlich problematisch ist eine Tamoxifen-Therapie bei Frauen mit einer ungewöhnlich hohen CYP2D6-Genaktivität. Sie bauen Tamoxifen so schnell ab, dass sein aktiver Bestandteil Endoxifen für erhebliche unerwünschte Wirkungen sorgt.

Die Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse wurden in verschiedenen Untersuchungen nachverfolgt ^{*1}. Mit Hilfe des DNA-Tests beispielsweise von STADA Diagnostik kann bereits im Vorfeld der jeweilige Metabolisierungstyp der Patientin bestimmt werden. Als Konsequenz eröffnet sich die Möglichkeit, der Patientin eine individuelle, effiziente Therapieempfehlung an die Hand zu geben.

Optimal wirksam ist Tamoxifen also längst nicht bei allen Frauen. Welche das sind, lässt sich mit dem Test herausfinden, den Bärbel Grashoff kürzlich in Stuttgart mit Kollegen diskutiert hat. „Das Ergebnis war positiv, die meisten kann-

ten den Test bereits“, berichtet die Gynäkologin, die auch Mitglied des geschäftsführenden Vorstands von MEDI Baden-Württemberg ist. Den Test selbst und die wissenschaftliche Diskussion um seine Wertigkeit gibt es ja auch schon seit ein paar Jahren. „Im Ausland ist die Anwendung gängige Praxis“, erinnert sie.

Klare Ergebnisse

Sie ist sicher, dass ihre Patientinnen von einem DNA-Test profitieren. Das Analyseergebnis enthält eine klare Aussage, in welchem Maße die betreffende Frau Tamoxifen umwandeln kann – das ist für sie die Grundlage für die Planung einer individuellen antihormonellen Therapie. Entpuppt sich eine Patientin als „CYP2D6 poor metabolizer“, wäre Tamoxifen nicht die optimale Therapie. Auch für die Kassen ist diese Information wichtig: Wenn Tamoxifen nicht wirken kann, spart die Nichtverordnung erhebliche unnötige Kosten ein.

Die Frauenärztin bietet seit ein paar Monaten die Durchführung des Tests an. Sie spricht gezielt Patientinnen an, die ihrer Auffassung nach von dem Ergebnis profitieren würden. Grundsätzlich sind das natürlich nur postmenopausale Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom. Prämenopausale Patientinnen haben keine Behandlungsalternative und haben deshalb keinen Benefit vom Testergebnis. „Es ist ein zusätzliches Angebot, kein Muss“, sagt sie.

Die Patientinnen reagieren ihrer Erfah-

run nach positiv, auch die Kosten stellen kein allzu großes Hindernis dar. Die PKVen haben den Nutzen erkannt und erstatten die Kosten in der Regel unproblematisch. Aber auch gesetzliche Krankenversicherungen entscheiden sich im Einzelfall häufig für eine Erstattung. „Ich habe in solchen Fällen auch bei den zuständigen Sachbearbeitern angerufen und die Zusammenhänge erfolgreich erklärt“, berichtet Grashoff. Andere Patientinnen sehen die Durchführung des Tests ohne langes Zögern als sinnvolle Selbstzahlerleistung an.

„Überschaubarer Aufwand“

Den Aufwand für den Test findet die Gynäkologin machbar. Die Patientin holt sich nach der entsprechenden Beratung in der Apotheke die Testunterlagen und bringt sie zur Blutentnahme mit in die Praxis. Die Blutprobe wird an das Labor geschickt und das Ergebnis direkt in die Praxis zurückgeschickt. Danach folgt ein zweiter Termin zur Besprechung der Empfehlung. „Der Aufwand der Beratung ist mit dem STADA-Testkit überschaubar, zumal ein sehr gut verständlicher Text für die Patientinnen mitgeliefert wird“, schildert Grashoff. Und dann gibt sie noch ein persönliches Statement ab: „Wenn ich Brustkrebs hätte, würde ich mich vor einer Tamoxifen-Therapie testen lassen“. 

Ruth Auschra

¹* Schroth W, Goetz MP, Hamann U et al.: Association Between CYP2D6 Polymorphisms and Outcomes Among Women With Early Stage Breast Cancer Treated With Tamoxifen. JAMA 2009; 302:13; 1429–36.



Selektivverträge erhöhen den Wert Ihrer Praxis

Angesichts eines sich abzeichnenden Ärztemangels stellen der Verkauf und die Übernahme einer Praxis eine besondere Herausforderung dar. Die Teilnahme an Hausarzt- oder Facharztverträgen bedeutet für beide Seiten wirtschaftliche Sicherheit.

Vor wenigen Wochen hat der Stuttgarter Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Robert Rezutka, der eine große Hausarztpraxis im Stadtzentrum betreibt, eine Zweigpraxis bzw. Nebenbetriebsstätte im Stadtteil Zuffenhausen eröffnet. Der bisherige Praxisinhaber hatte trotz intensiver Suche keinen geeigneten Nachfolger gefunden. Die Landeshauptstadt sei zwar im Großen und Ganzen ärztlich gut versorgt, in einzelnen Gegenden wie etwa in Zuffenhausen gebe es jedoch Lücken, berichtet Rezutka. Eine Hausarztpraxis musste schließen, eine zweite hatte große Mühen, einen Nachfolger zu finden und die bestehenden Praxen seien voll ausgelastet. Der Zulassungsausschuss habe daher seinen Antrag auf Eröffnung einer Nebenbetriebsstätte innerhalb kurzer Zeit genehmigt.

Die Entscheidung, die Praxis des Zuffenhausener Kollegen als Nebenbetriebsstätte zu übernehmen und fortzuführen,

sei ihm dank unbürokratischer Unterstützung durch die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft und durch MEDI entscheidend erleichtert worden. „Sie haben mir einige Sorgen abgenommen. In dem Augenblick als die ich die Zusagen hatte, konnte ich mich in unbekanntes Gewässer wagen“, sagt Rezutka.

HZV-Ärzte profitieren bei der Nachfolgersuche

Der Stuttgarter Hausarzt nimmt seit 2009 am AOK-Hausarztvertrag teil, den MEDI Baden-Württemberg und der Hausärzterverband vor über fünf Jahren

mit der Kasse abgeschlossen haben. Auch der abgebende Kollege war im Hausarztvertrag eingeschrieben. Dieser Umstand habe ihm die Kalkulation für die Übernahme als Zweigpraxis wesentlich erleichtert, betont Rezutka. Die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gebe Planungssicherheit. „Man weiß genau, wie man über finanzielle Hürden kommt“, sagt Rezutka. Da es in der HZV keine floatenden Punktwerte und keine Abstufungen gibt, könne er so ein Vorhaben, wie die Eröffnung einer Zweigpraxis, genau kalkulieren.

„Praxisübernahme heißt, das Personal muss weiterbeschäftigt und die Miete weiterbezahlt werden“, erläutert Rezutka. Das sei eine gewisse Belastung, da man nie wisse, wie es wirtschaftlich weitergeht. „Die Teilnahme am Hausarztvertrag hat mir sehr geholfen“, berichtet er. Mit den Patienten, die in der Zuffenhausener Praxis im Hausarztvertrag eingeschrieben sind, habe er mit stabilen und verlässlichen Einnahmen rechnen können. Alle Honorarzahungen seien nahtlos und ohne Probleme eingegangen. „Im KV-System erfolgen die Zahlungen mit einer Latenz von drei bis fünf Monaten. Vorher weiß man nicht, was man für seine Arbeit bekommt“, so Rezutka.

Zweigpraxis kontra Ärztemangel

Die Gründung einer Zweigpraxis ist seiner Ansicht nach vor allem auch im städtischen Bereich eine gute Option mit dem Thema Ärztemangel umzugehen. In seinem Fall können so die Patienten der 800-Scheine-Praxis weiterhin versorgt werden. Etwas schwierig sei es allerdings

Frühzeitig mit der Suche beginnen!

gewesen, eine Kollegin oder einen Kollegen zu finden, die als angestellter Arzt in der Zweigpraxis tätig werden sollten. „Ich hätte viel früher anfangen können. Die Wünsche und Bedürfnisse, was die Vereinbarkeit von Familie und Beruf angeht, spielen heute eine viel größere

Rolle als noch vor einigen Jahren“, weiß Rezutka. Inzwischen unterstützt ihn eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, mit der er bereits früher im Krankenhaus zusammengearbeitet hat.

Sowohl die Praxis in der Stadtmitte wie auch die knapp zehn Kilometer entfernte Zweigpraxis sind an fünf Tagen in der Woche geöffnet, in Zuffenhausen allerdings nicht ganztägig. „Wenn sich jetzt noch eine Kollegin oder ein Kollege finden würden, die in Teilzeit arbeiten wollen, wäre auch in der Zweigpraxis ein Ganztagesbetrieb möglich“, sagt Rezutka. Da beide Praxen durch ein gemeinsames Computersystem miteinander vernetzt sind, können die Patienten aber auch in die Hauptpraxis in der Stadtmitte kommen.

Dass es in den kommenden Jahren zunehmend schwieriger werden wird, die hausärztliche Versorgung sicherzustellen, steht für Rezutka außer Frage. Das Durchschnittsalter steige, sodass in den nächsten zehn Jahren jeder vierte Hausarzt in den Ruhestand geht. „Auf den Fortbildungsveranstaltungen trifft man kaum noch Kollegen oder Kolleginnen, die jünger als 50 Jahre sind“, hat er beobachtet. Dabei sei der Beruf des Hausarztes sehr abwechslungsreich und mache viel Freude.



Robert Rezutka, hier mit seiner MFA, konnte dank HZV eine Zweigpraxis eröffnen.

»Man braucht mehr Geduld«

Der Verkauf einer Praxis und die Übergabe an einen Nachfolger sei heute oftmals langwieriger als vor wenigen Jahren, berichtet Diplom-Kaufmann Frank Boos aus Raststatt, der als öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für die Bewertung von Arztpraxen häufig zurate gezogen wird. Im ländlichen Raum seien die wirtschaftlichen Voraussetzungen für eine Praxisübernahme teils besser als in der Stadt. Das Problem sei jedoch, dass aufgrund familiärer Gegebenheiten und Wünsche die städtischen Gebiete wegen der besseren Lebens- und Arbeits-

bedingungen bevorzugt werden.

Hinzu komme, dass zunehmend mehr Frauen in der ärztlichen Versorgung arbeiten. „Diese haben oft eine andere Lebensplanung und wollen keine Praxis mit 2.500 Scheinen“, berichtet Boos. Vor diesem Hintergrund seien Kooperationen, bei denen im Timesharing gearbeitet werden kann, im städtischen Bereich einfacher zu realisieren, da hier eine höhere Flexibilität gegeben ist.

Ungeachtet dessen müssen Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis verkaufen wollen, heute mehr Geduld aufbringen, meint Boos. „Wenn man den Markt über einen längeren Zeitraum betrachtet, stellt man fest, es gibt Zyklen. Mal ist es schwieriger einen Nachfolger zu finden, dann ist es wieder etwas einfacher. Manchmal tut sich drei oder sechs Monate gar nichts“, so Boos. Für den praxisabgebenden Arzt bedeute das: „Man sollte sich frühzeitig mit dem Thema auseinandersetzen.“

Umsatz-Plus ohne zusätzliche Kosten

Bei der Bewertung einer Praxis, die zum Verkauf ansteht, spielen nach seinen Angaben grob gesagt der immaterielle und der materielle Wert eine Rolle. Ein wichtiger Faktor vor allem mit Blick auf die

Fortsetzung Seite 36

Fortsetzung

Selektivverträge erhöhen den Wert Ihrer Praxis

Zukunft seien in diesem Zusammenhang auch die Hausarzt- und Facharztverträge. „Durch die Verträge wird in der Regel ein deutliches Umsatz-Plus erzielt, ohne dass deshalb zusätzliche Kosten entstehen. Ein höherer Umsatz bedeutet somit meist auch einen höheren Gewinn, der wiederum Grundlage für die Berechnung des immateriellen Wertes einer Praxis ist. Insofern wirkt sich ein guter Hausarzt- oder Facharztvertrag direkt auf den Wert einer Praxis aus“, so der Experte.

Auch die in einem Hausarzt- oder Facharztvertrag eingeschriebenen Patienten stellen vor allem für den Praxiskäufer eine gewisse Sicherheit dar. „Eingeschriebene Patienten haben eine größere Nachhaltigkeit“, sagt Boos. Sein Resümee: „Hausarzt- und Facharztverträge stellen eine verlässliche wirtschaftliche Grundlage dar. Man hat eine konkrete Kalkulationsgrundlage.“

Je mehr eingeschriebene Patienten, desto besser

Das kann auch der Heilbronner Gastroenterologe Dr. Jürgen Merkt bestätigen. Er hat seine Praxis vor kurzem an einen Nachfolger übergeben und ist derzeit nur noch übergangsweise z. B. als Urlaubsvertretung tätig. „In unserer Praxis werden rund 20% der Kassenpatienten über den Facharztvertrag abgerechnet. Und das Honorar liegt 30% über dem KV-Honorar“, berichtet er. Das seien Rahmenbedingungen, die für einen Praxisnachfolger sehr interessant sind.



Frank Boos: „Ein guter Hausarzt- oder Facharztvertrag wirkt sich auf den Wert der Praxis aus.“

Vor drei Jahren hat er für den Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (bng) den Gastroenterologievertrag mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK mitverhan-

delt. „Nach diesem Vertrag wird uns die Gastroskopie mit 150 Euro gegenüber 88 Euro bei der KV vergütet“, erinnert Merkt. Wenn man dann noch die im KV-System übliche Quotierung berücksichtige, sei die Bezahlung sogar noch schlechter.

Um so wichtiger sei es auch für Facharztpraxen, dass viele Patienten in entsprechende Facharztverträge eingeschrieben werden. „Je mehr Patienten am Vertrag teilnehmen, desto stabiler und wirtschaftlicher ist die Situation der Praxis, desto attraktiver wird die Praxis und desto leichter kann man sie auch verkaufen“, so der Gastroenterologe. ■■

Jürgen Stoschek

FÜR SIE GELESEN

D. Matusiewicz, S. Staudt,
J. Wasem (Hrsg.)

Medizinmanagement Grundlagen und Praxis

J. Wasem | S. Staudt
D. Matusiewicz (Hrsg.)

Medizin-
management

Grundlagen und Praxis

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Ein Lehrbuch für alle, die einen Überblick über das deutsche Gesundheitswesen benötigen. Interessant, dass sich Kapitel Nr. 1 mit einem internationalen Überblick der Gesundheitssysteme beschäftigt. Hier geht es um z.B. um die Frage, nach welchen Vergütungssystemen Ärzte bezahlt werden: Kopfpauschalen, Fallpauschalen, Gehälter, ergebnisbezogene Vergütung – das sind nur Beispiele. So gesehen hilft das Lesen dabei, Abstand zum gewohnten Alltag zu gewinnen.

In weiteren Kapiteln werden u.a. sektorübergreifende Versorgungsleistungen zusammenfassend erläutert oder Fragen von Management und Steuerungsaufgaben des Gesundheitswesens diskutiert.

Es werden nicht nur alle Akteure und

Institutionen des Gesundheitssystems vorgestellt, ein Kapitel widmet sich zum Beispiel den Ansätzen von E-Health, ein anderes den besonderen Versorgungsformen.

Nicht alle Aussagen werden unwidersprochen bleiben, etwa die zur partiellen Über-, Unter- und Fehlversorgung. Interessant zu lesen sind die Praxisbeispiele. ■■ *ra*

→ **MWV Medizinisch
Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft**

2013, 548 Seiten,
ISBN 3941468995,
59,95 Euro



MEDI startet »MFA-Tage«

Mit einer ganz neuen Fortbildungsinitiative tritt MEDI an die Praxisteams heran: Die sogenannten „MFA-Tage“ haben das Ziel, Praxismitarbeiterinnen zu Themen wie Abrechnung, moderne Wundversorgung, Kommunikation oder Impfen zu schulen. Die „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“ (EFA) bekommt einen eigenen Schwerpunkt.

Ein typischer Mittwochnachmittag in der MEDI Geschäftsstelle in Stuttgart-Vaihingen: Der „Raum Berlin“ füllt sich. Er ist für die Mitarbeiterinnen von Arztpraxen reserviert, die hier ein Impfseminar gebucht haben. Nachdem die Teilnehmerinnen ihren Begrüßungskaffee ausgeschenkt bekommen und ihre Plätze eingenommen haben, geht es um 15 Uhr richtig los.

Die MEDIVERBUND AG hat schon immer viel für die Fortbildung der Mitarbeiterinnen von MEDI Ärzten getan. Etabliert sind z. B. die Veranstaltungen zur Wundversorgung oder zum Impfmanagement. Ende März starteten zum ersten Mal die „MFA-Tage“. Bei diesem Fortbildungskon-

zept widmet sich immer ein ganzer Mittwochnachmittag den Mitarbeiterinnen einer Facharztgruppe.

Neu sind Seminare zum Notfallmanagement und zur Kommunikation

Breites Themenspektrum

Wie das aussehen kann? Beispielsweise so: Der Nachmittag beginnt um 14 Uhr mit einem Seminar zu Facharztverträgen

oder zur KV-Abrechnung – je nachdem, welcher Fachrichtung die Praxisteams angehören. Wer in einer Praxis arbeitet, die an einem Facharztvertrag nach §73c teilnimmt, hat anschließend Zeit zur Diskussion. Es stehen Ansprechpartner von MEDI zur Verfügung, die Fragen rund um die Umsetzung der Verträge beantworten können.

Danach folgen die Qualitätsanforderungen für die Facharztverträge und eine Vorstellung des EFA-Programms. EFA steht für „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“. Passend zur jeweiligen Fachgruppe werden nach dem Abrechnungsthema weitere praxisrelevante Seminare angeboten: Moderne Wundversorgung etwa, Impfmanagement, Kommunikation oder Notfalltraining. Um 18:30 Uhr wird dann der gemütliche Teil des Abends mit „Get together“ und Snacks eingeläutet. Zweifellos ein ambitioniertes Programm, das MEDI hier aufgelegt hat.

„Wir freuen uns, dass diese Angebote ebenso auf Interesse stoßen wie der Austausch der Praxisangestellten untereinander“, sagt Angelika Böllhoff, die bei der MEDIVERBUND AG für die Organisation der Veranstaltungen zuständig ist. Die Nachfrage der Praxismitarbeiterinnen an den Angeboten ist erfreulich groß, sodass sie schon zusätzliche vertiefende Kleingruppen-Seminare organisiert, in denen sich die MFAs mit einzelnen Themen intensiver auseinandersetzen können.

Die Themenauswahl an den Nachmittagen orientiert sich an den Praxisbedürfnissen: Das Versorgen von Wunden und das Impfen gehören zu den typischen Anforderungen, die jede medizinische Fachangestellte „drauf“ haben muss, das

richtige Verhalten im Notfall ebenso wie die Abrechnungsfragen. Die Fortbildungen rund um das Impfmanagement gibt es, genau wie die Wundmanagement-Sem-

Fortsetzung Seite 38

Fortsetzung

MEDI startet »MFA-Tage«



Hans-Adam Wellenreuther schult MFAs ins Sachen Notfallmanagement.

minare, schon länger. In beiden Bereichen gibt es erfahrungsgemäß viele Tätigkeiten, die der Arzt an qualifizierte Praxismitarbeiterinnen delegieren kann. Gerade die Förderung eines systematischen Impfmanagements kann auch wirtschaftlich attraktiv für die Praxis sein.

Noch ganz frisch bei MEDI sind die Seminare zum Notfallmanagement und zur Kommunikation. Neu ist auch die Weiterbildung zur Facharztassistentin EFA, die von den Medizinischen Fachangestellten als neue Perspektive entdeckt wurde (siehe Kasten).

Patient ist kollabiert - und jetzt?

Die Notfallmanagementkurse werden von der Firma Rescueworld angeboten. Firmenchef Hans-Adam Wellenreuther ist selbst Rettungsassistent und ausgebildeter Megacodetrainer nach ERC. Er ist seit 1984 im Rettungsdienst tätig, besitzt also sehr viel Erfahrung mit dem richtigen und leider auch falschen Verhalten in Notfallsituationen. „Am allerwichtigsten ist, dass sich das ganze Team auf Notfälle vorbereitet und lernt, in so einer Situation gemeinsam zu handeln“, weiß er. Das funktioniert nur, wenn alle die Abläufe kennen und wissen, was zu tun ist. Lernen und Üben ist also angesagt.

NACHGEFRAGT BEI

Renate Weber

Gastro-EFA in der Praxis Ludwig & Dikopoulos in Dornstadt



»Als EFA habe ich ganz andere Perspektiven«

MEDITIMES: Sie gehören zu den ersten Gastro-EFAs, die vor kurzem ihre Fortbildung abgeschlossen haben. Warum haben Sie diese Weiterbildung gemacht?

Weber: Die Idee hatten meine Chefs und ich habe zugesagt. Natürlich war ich stolz, dass sie mich ausgesucht hatten – so eine Weiterbildung zeigt ja auch eine gewisse Wertschätzung. Und meine Entscheidung hatte ganz sicher auch etwas mit Zukunftssicherung zu tun.

MEDITIMES: War der Aufwand groß?

Weber: Es waren fünf Wochenenden, jeweils ein Freitagnachmittag und der ganze Samstag. Ich bereue keine Stunde, die ich dort war – auch wenn dadurch Freizeit auf der Strecke geblieben ist. Für mich waren einige Themen neu, andere kannte ich schon gut. In der Gastroenterologie arbeite ich ja erst seit einhalb Jahren, vorher war ich 15 Jahre

in der Orthopädie tätig. Auf jeden Fall habe ich für die Organisation von Abläufen und für das QM viel mitgenommen. Wir haben auch viel über die Hygiene in Krankenhäusern und Arztpraxen gelernt – das war auch sehr interessant.

MEDITIMES: Wie könnte sich die neue Qualifikation auf Ihr Berufsleben auswirken?

Weber: Es freut mich, wenn sich meine Chefs auf mich verlassen und ich sie mehr entlasten kann. Und wenn man sich weiterentwickelt, bringt das ja nicht nur Vorteile für die Praxis, sondern man tut es auch für sich selbst. Ich freue mich auf neue Aufgaben, die sich daraus ergeben. Natürlich sehe ich auch den Aspekt, dass Qualifikationen finanzielle Möglichkeiten eröffnen könnten. „Gleichstand ist Rückschritt“, hat mein ehemaliger Chef mir schon vor Jahren gesagt. Recht hat er!  ra

Das Training mit Megacode-Puppen ist besonders beliebt bei den Kursteilnehmern. Per Computer können hier lebensbedrohlich veränderte Vitalfunktionen eingespielt werden, die die Notfallsituationen perfekt simulieren. Für Wellenreuther ist der Erfolg dieses Trainings nicht überraschend: Es ist erfahrungsgemäß von Vorteil, dass die Übenden mit Hilfe der Puppe selbst sehen, ob eine Reanimation funktioniert hätte.

Es gibt **drei verschiedene Notfallmanagement-Angebote** über die MEDI-VERBUND AG:

- Nachmittagskurse für MFAs (Dauer: 1,5 Stunden) zum Sensibilisieren für die Problematik und zum Reinschnuppern.
- Teamkurse in den MEDI Räumen sind ein günstiges Angebot für mehrere Praxisteams, die gemeinsam lernen und in Kleingruppen trainieren möchten.
- Praxiskurse in der eigenen Arztpraxis für das gesamte Team sind das intensivste Angebot zum realitätsnahen Üben des richtigen Vorgehens.

Fortsetzung Seite 40

Fortsetzung

MEDI startet »MFA-Tage«

Kommunikation

Maria A. Musold, Geschäftsführerin von Straßenberger Konsens Training, bietet seit 2004 spezielle Kommunikationsseminare für Praxisteams an. Sie und ihr Team kennen die Themen, die für die Arztpraxis relevant sind, wie z. B.

- die professionelle Kommunikation am Telefon
- der Umgang mit schwierigen Patienten oder aber auch
- die erfolgreiche Gesprächsführung im Team.

Vor dem Seminar evaluiert sie anhand eines Fragebogens die speziellen Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und stimmt den Inhalt des Kommunikationsseminars individuell ab. Im Rahmen der MFA-Fortbildungsnachmittage kann nur ein kleiner Einblick in das Thema „Kommunikation“ angeboten werden, aber ähnlich wie bei den Notfalltrainings gibt es auch bei Maria A. Musold über die MEDIVER-



Maria A. Musold bietet Kommunikationsseminare mit unterschiedlichen Schwerpunkten an.

BUND AG weitere Angebote: Ganz nach Wunsch bietet sie für alle Interessenten Seminare in Kleingruppen an. Eine Alternative sind Trainings für ein Praxisteam in der eigenen Praxis.

EFA, die Entlastungsassistentin

Könnten EFAs nicht ähnlich den VERAHs klar definierte delegationsfähige Aufgaben übernehmen? Was Dipl.-Pol. Ekke-

hard Ruebsam-Simon im letzten Jahr noch vorsichtig als Zukunftsmusik vorstellte, wird inzwischen bereits umgesetzt. Auch ein neuer Name wurde kreiert: Die „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“ heißt passenderweise EFA. Die ersten Gastro-EFAs haben ihre 80 Unterrichtseinheiten bereits absolviert und warten auf Einsatzmöglichkeiten. Das Curriculum für die Kardio-EFAs ist fast fertiggestellt und für die neurologischen EFAs gibt es bereits klare Pläne. Im Rahmen des PNP-Vertrags sollen Assistentinnen für vier verschiedene Bereiche ausgebildet werden:

- Demenz
- Epilepsie
- Multiple Sklerose
- Parkinson

Auch die Orthopäden haben mit der Diskussion begonnen, ob und welche Perspektiven EFAs in ihrem Fachgebiet haben könnten.

Alexander Bieg vom MEDI Fortbildungsinstitut IFFM ist optimistisch, dass eine Bezahlung der neuen Tätigkeiten im Rahmen des 73c-Vertrags Gastroenterologie möglich sein wird. ■

Ruth Auschra

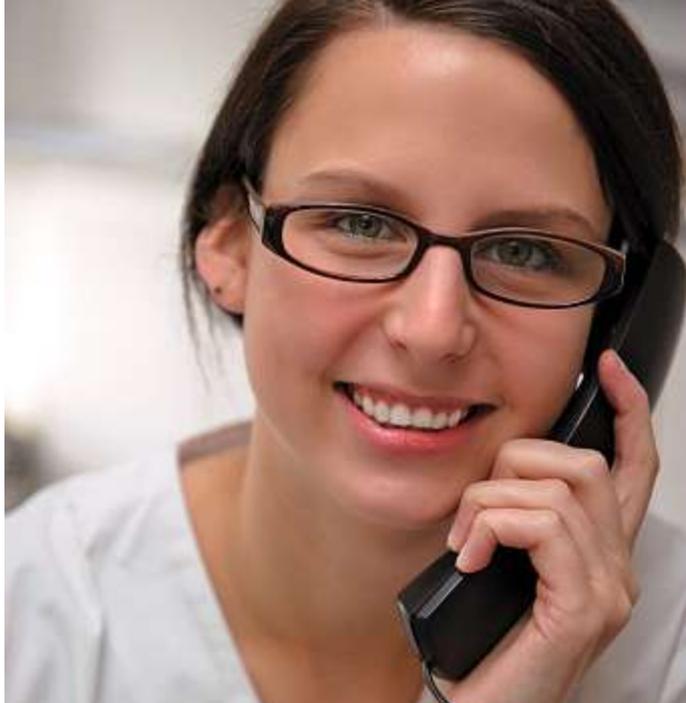
**MFA-Tag
zum PNP-Vertrag**

**Mittwoch, den
14.05.2014**

**Veranstaltungsort:
MEDIVERBUND AG
Industriestraße 2
70565 Stuttgart
Tel. 0711-80 60 79-0**

Einladungen erfolgen in Kürze

13:30	Empfang & Begrüßung
14:00	Update Abrechnung des PNP-Vertrags Referentin: <i>Silvia Welzenbach</i>
15:00	Umsetzung der Selektivverträge im Praxisalltag Referentin: <i>Angelika Bölhoff</i>
16:00	Qualitätsanforderungen für 73c-Verträge Vorstellung des EFA-Programms Referenten: <i>Silvia Welzenbach & Alexander Bieg</i>
17:00	Notfallmanagement in der Arztpraxis Referent: <i>Hans Adam Wellenreuther (Rescuewell)</i>
18:30	Ende der Veranstaltung
Im Anschluss	Get Together & Snacks



Freundlich am Telefon – trotz Stress und voller Praxis

Unter Zeitdruck freundlich sein, den richtigen Ton treffen, alles richtig verstehen und vor allem die Praxis nach außen repräsentieren. Das sind hohe Anforderungen, deren Umsetzung nicht immer gelingt, wie die Leiterin des MEDI Service-Centers Sonja Stajanko weiß. Gibt es typische Fehler?

„Ja“, antwortet die Telefon-Expertin ernsthaft, „z.B. die Fehlbesetzung eines solchen Arbeitsplatzes“. Ihrer Erfahrung nach werden gar nicht selten die falschen Menschen mit dieser Kommunikationsaufgabe betraut. Etwa Menschen, die

- nicht gelernt haben, wie man am Telefon sympathisch und freundlich auftreten kann
- in einer städtischen Praxis kein Hochdeutsch beherrschen
- eine mangelhafte Allgemeinbildung besitzen
- eine unschöne Ausdrucksweise haben
- ihre Stimme nicht modulieren können.

Sonja Stajanko erinnert daran, dass ein Telefon-Arbeitsplatz die wichtige Funktion hat, ein Unternehmen wie eine Arztpraxis nach außen zu repräsentieren. Aus eigener Anschauung weiß sie, dass es am Empfang einer Praxis oft stressig

ist und die Fähigkeit zum Multitasking fast eine Einstellungsvoraussetzung sein müsste. Jedenfalls ist es kein Wunder, wenn Anrufer manchmal lange in der Warteschleife hängen und sich Mitarbeiterinnen nicht immer voll und ganz auf ihr Telefonat konzentrieren können. „Stress halt“, fasst sie zusammen. Aber muss der Anrufer das mitbekommen?

Stajanko hat einige Jahre Berufserfahrung mit professionell geführten Telefonaten. Heute leitet sie das MEDI Service-Center, wo täglich zahlreiche Anrufe entgegengenommen werden: In der Abrechnungsphase bis zu ca. 50, an ruhigen Tagen zwischen 20 und 25 pro Mitarbeiterin. Anrufer sind z.B. MEDI Mitglieder mit Abrechnungsfragen, wissbegierige Journalisten in Zeitnot, Ärzte, die sich über die berufspolitische Arbeit informieren wollen oder Mitarbeiterinnen aus Arztpraxen, die günstig Praxisbedarf

bestellen sollen. Sie selbst hat gelernt, trotz Stress freundlich zu sein. Auch wenn die Anrufer, mit denen sie zu tun hat, nicht immer nett sind. „Manche steigen gleich sehr emotional ein“, berichtet sie, „nennen kaum ihren Namen, sondern fordern nur, an die höchsten Stellen durchgestellt zu werden“. So wird man mit seinem Anliegen bei ihr wenig Erfolg haben.

Schwierig und zeitaufwendig sind für sie auch Anrufer, die sehr schnell und undeutlich sprechen, sodass sie ständig nachfragen muss. Stress halt – aber davon darf der nächste Anrufer nichts merken. Nach jedem anstrengenden Telefongespräch atmet sie tief durch und befreit sich mental von negativen Gefühlen. Beim nächsten Klingeln hört man ihr dann nicht mehr an, dass sie gerade ein Stress-Gespräch hatte. Das ist für sie einfach eine Frage von Servicequalität. „Aber es kostet Zeit, das zu lernen“, gibt Sonja Stajanko lächelnd zu.

Wichtige Überlegungen

In größeren Praxen wäre es ihrer Vorstellung nach hilfreich, Telefon und Empfang ein Stück weit voneinander zu trennen. Vielleicht wäre es auch eine Entlastung, wenn sich die Mitarbeiterinnen abwechseln, sodass niemand den ganzen Tag für das Telefon zuständig ist? Eine professionelle Telefonanlage mit der dazu gehörigen Einarbeitung kann Stress ebenso reduzieren wie ein vernünftiges Rückrufsystem: Die Mitarbeiterinnen am Telefon müssen wissen, wen sie durchstellen dürfen. Alle anderen Anrufer, die etwas vom Chef wollen, müssen ihr Anliegen kurz schildern und kommen auf die Rückrufliste. „Ich finde es unprofessionell, wenn man allen Anrufern rät, um eine bestimmte, festgelegte Uhrzeit noch einmal anzurufen“, schildert Stajanko.

Wenn das Telefonieren in einer Praxis suboptimal abläuft, weil beispielsweise eine Kollegin nicht die richtigen Worte findet, muss dieses Thema ihrer Erfahrung nach auf den Tisch. „Man kann ihr vormachen, wie es geht, sie mithören und mitschreiben lassen“, rät Stajanko und ergänzt: „Wenn das nichts nützt, würde ich mir professionelle Hilfe besorgen“.

Fortsetzung Seite 42

Chancen nutzen, Risiken erkennen,
Fehler vermeiden

Jetzt die Praxis abgeben. Aber richtig!



Als Zusammenschluss von Ärztenetzen und bundesweit tätige Arbeitsgemeinschaft der Ärzte sind MEDI Verbund und MEDIVERBUND AG kompetente Partner für Praxisübergaben, Praxisneugründungen, Zulassungsbegleitung, Standortanalyse, Investitionsberatung, Finanzierungsberatung, Personalberatung, Qualitätsmanagement, Marketingberatung, Begleitung von Haus- und Facharztverträgen, Abrechnungsservice sowie Aus- und Weiterbildung.

Die frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem MEDI Verbund kann Ihnen dabei helfen, Chancen zu nutzen, Risiken zu erkennen und Fehler zu vermeiden.

MEDIVERBUND
Praxisabgeber-Hotline:
0711 80 60 79-0

MEDI  **VERBUND**
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

www.medi-verbund.de

PRAXISTEAM

Fortsetzung
**Freundlich am Telefon -
trotz Stress
und voller Praxis**



Sonja Stajnko kennt Wege
aus der Stress-Spirale.

Professionelle Hilfe

Professionelle Unterstützung beim Telefonieren kann ein Telefoncoaching sein oder auch ein Telefontraining. Ein Kleingruppen-Training bietet z.B. Maria A. Musold an. Die Kommunikationstrainerin hatte sich eigentlich auf die Beratung von Rechtsanwälten und Steuerberatern spezialisiert. Dann lernte sie ihren heutigen Mann kennen, den Aaleener MEDI Arzt Dr. Bernd Musold. Es war wohl unvermeidlich, dass zwischen dem Praxischef und der Kommunikations-Expertin auch über die Tücken des Telefonierens gesprochen wurde. Jedenfalls bietet die Trainerin heute auch Intensivtrainings speziell für Arztpraxen an.

Die Trainings werden direkt vor Ort in den Arztpraxen durchgeführt. Inhaltlich hängt der Ablauf immer davon ab, welche Fragen oder Probleme sich in diesem konkreten Fall als besonders wichtig herausstellen. „Natürlich gibt es typische Themen“, weiß die Trainerin und zählt gleich auf, was oft suboptimal läuft. Sie hält beispielsweise wenig von negativen Formulierungen. Sätze wie „weiß ich nicht“, „der Doktor ist nicht da“ oder „heute geht es aber nicht“ wirken auf den Anrufer wie eiskalte Duschen direkt durchs Telefon. Dabei lässt sich der gleiche Inhalt auch positiv ausdrücken, man muss nur ein Gefühl für den Unterschied bekommen. Formulierungen wie „ich erledige das gerne für Sie“, „Dr. XY ist am Montag wieder in der Praxis“ oder „für morgen kann ich Ihnen einen Termin anbieten“ wirken freundlich, kompetent und souverän. „Es geht mir darum, die Mitarbeiterinnen für eine patientenfreundliche und wertschätzende Kommunikation zu sensibilisieren“, legt Musold dar und ergänzt, dass auch die Praxischefs bei ihren Seminaren herzlich eingeladen werden.

Umgang mit schwierigen Patienten

Ihr persönliches Steckenpferd unter den Problem-Themen ist übrigens der Umgang mit „schwierigen“ Patienten. Jeder kennt Dauerredner oder Patienten, die über lange Wartezeiten bei der Terminvergabe verärgert sind. Aber kann man solche Situationen spannend finden? Offenbar schon. Dann nämlich, wenn man die „nervigen“ Verhaltensweisen als persönliche Herausforderung ansieht. Wie schafft man es, einen Dauerredner zu unterbrechen, ohne ihn sich zum Feind zu machen? „Das geht“, sagt die Trainerin und berichtet ein Praxisbeispiel, das ihr kürzlich auf einem Seminar vorgestellt wurde.

Wie unterbricht man, so die Frage, eine einsame, traurige Witwe, deren Dackel kürzlich verstorben ist? Frau Müller rief eigentlich nur an, um einen Termin auszumachen, erzählte dann von dem Tod ihres Hundes und kam aus dieser Gedankenspirale nicht mehr heraus. Die Mitarbeiterin stand unter Zeitdruck, fand es andererseits aber herzlos, sie einfach abzuwürgen. Die Lösung der Kommunikationstrainerin berücksichtigt Zeitmanagement ebenso wie menschliche Wärme: „Ja, Frau Müller, so ein Tier gehört mit den Jahren einfach zur Familie. Da machen Sie gerade eine schwere Zeit durch. Würde Ihnen denn der Termin am Dienstag passen?“ Man kann sich gut vorstellen, wie Frau Müller dankbar über das Mitgefühl ist und ihren Kalender öffnet. Vielleicht kann es ja wirklich Freude machen, schwierige Telefonate elegant und auf eine so sympathische Art zu lösen. 

Ruth Auschra