



## Ab Juli wird der AOK-Hausarztvertrag noch attraktiver!

### Versorgungsassistentinnen für Facharztpraxen

In den Hausarztpraxen hat sich die VERAH etabliert. Nun arbeitet MEDI an einem Konzept für speziell ausgebildete Mitarbeiterinnen in Facharztpraxen.

### MEDI Deutschland wird zu MEDI GENO Deutschland

Um ihre Ziele zu bündeln und ihre Position zu stärken haben sich MEDI Verbände und einige Ärztegenossenschaften ein neues Dach gegeben.

### Tipps zu prä- und poststationären Leistungen

Die **MEDITIMES** erklärt Ihnen, wie Sie weder in die rechtliche Falle treten noch auf Ihren Kosten sitzen bleiben – und welche Unterstützung Ihnen MEDI bietet.

# Feste Preise contra Hamsterrad

Liebe Leserin, lieber Leser,

am 8. Mai haben wir in Stuttgart mit unseren Partnern AOK und Hausärzteverband in Baden-Württemberg den fünfjährigen Geburtstag der HZV gefeiert. Es war ein spektakuläres Fest für einen spektakulären Vertrag! Ich persönlich fühlte mich darin bestätigt, dass es völlig richtig war, den Vertrag 2008 mit zu unterzeichnen und die hausarztzentrierte Versorgung kontinuierlich mit Facharztverträgen auszubauen. Endlich wurde jede abgerechnete Leistung und jeder Fall bezahlt, selbst während der Grippewelle am Jahresanfang! Der durchschnittliche Fallwert liegt bei 81 Euro, der KV-Fallwert bei etwa 60 Euro, wobei die gestrichenen KV-Fälle mit Null Euro berechnet werden müssten.

Ohne den AOK-Hausarztvertrag, den wir ja noch vor der gesetzlichen Verpflichtung der Kassen 2009 abgeschlossen haben, hätten wir in Baden-Württemberg keine Hausarztverträge mit den anderen Krankenkassen, sondern, wie in vielen übrigen Bundesländern, gar keine oder höchstens schlechtere Verträge.

Aus meiner Sicht hat die Zusammenarbeit zwischen der AOK, MEDI und dem Hausärzteverband die Verträge im Südwesten und bundesweit politisch gerettet. Diese Partnerschaft hat eisern gehalten und die handelnden Personen haben trotz aller Schwierigkeiten immer gemeinsam an einem Strang gezogen – ein äußerst seltenes Ereignis in der Gesundheitspolitik!

Ohne den AOK-Hausarztvertrag hätten wir keine Facharztverträge im Land. Und die bundesweite Option auf solche Verträge mit Bereinigung würde komplett fehlen. Man würde kleine IV-Verträge aushandeln, die keinerlei stabilisierende Wirkung

auf die fachärztlichen Einnahmen hätten. Die Facharztverträge entwickeln sich trotz einiger Anfangsschwierigkeiten sehr gut. Auch für sie gilt: Jeder abgerechnete Fall wird bezahlt und die Fallwerte liegen im Durchschnitt 30% über den KV-Fallwerten.

Nun kommt die nächste EBM-Reform mit dem x-ten Versuch, begrenztes Geld in einem unterfinanzierten System „richtig“ zu verteilen. Das Hamsterrad wird sich neu drehen und jeder muss mitlaufen, weil er sonst zum Verlierer der Umverteilung werden könnte. Ich habe hier nach 20 Jahren Standespolitik eindeutige Déjà-vu-Erlebnisse, halte den ganzen EBM für unsinnig und unsere Delegierten bei der KBV haben sich auch stets dagegen positioniert. Ich hoffe sehr, dass sich die Protagonisten dieses EBM-Murkses eines Tages dafür verantworten müssen, denn die nächsten KV-Wahlen kommen so sicher wie die Bundestagswahlen.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

*W. Baumgärtner*

Dr. Werner Baumgärtner  
Vorstandsvorsitzender



## TITEL

- 8 **Vertragspartner feiern fünften Geburtstag der HZV und stellen Neuerungen vor**
- 9 **Die Neuerungen zum 1. Juli 2013 in der HZV**
- 12 **Startschuss für das VERAHmobil**

## DIALOG

- 6 **Sven Kleinknecht – »Wir bauen unser Leistungsspektrum noch weiter aus«**

## AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 13 **AOK und Kinderärzte erweitern HZV**
- 13 **Innovation im Kardiologievertrag ab Juli**
- 14 **HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN:  
»Kann ich die Abrechnung meiner Sofortabrechnungsfälle korrigieren?«**
- 15 **Über 30% mehr für Ärzte im PNP-Vertrag!**
- 15 **Mehr Gruppentherapie**

## GESUNDHEITSPOLITIK

- 16 **MEDI Verbände und Ärztenossen geben sich ein neues Dach**
- 18 **Wahlprogramme: Allgemeinplätze allerorten**
- 20 **MENSCHEN BEI MEDI – Reinhard Deinfelder  
Orthopäde in Donzdorf**

## ARZT & RECHT

- 22 **§ 115a: So sind Sie auf der sicheren Seite**
- 22 **MEDI wirkte mit bei der Gesetzesänderung**
- 23 **Die Leistungen auf einen Blick**
- 24 **ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN:  
»Welchen Urlaubsanspruch hat mein Personal?«  
»Muss ich den Urlaub zum beantragten Zeitpunkt gewähren?«**

## BUSINESS

- 25 **NEUE MITARBEITER BEI MEDI:  
Jens Offenhäuser und Susanne Voeske**
- 26 **Schritt für Schritt zur neuen Versorgung: So entsteht ein 73c-Vertrag**

## PRAXISMANAGEMENT

- 28 **Auf dem Weg zur Facharzt-Nurse**
- 32 **Wer ist der Spezialist für diabetische Füße?**
- 33 **Wie man ein solches Netz aufbaut**
- 35 **Wenn VERAHs coachen**

## PRAXISTEAM

- 36 **Alles Gute - oder auf Nimmerwiedersehen?**
- 36 **IMPRESSUM**
- 38 **Geschenke ohne Reue**



## »Wir bauen unser Leistungsspektrum noch weiter aus«

Seit einigen Wochen können MEDI Mitglieder in Baden-Württemberg ihren Praxisbedarf direkt bei der MEDIVERBUND AG bestellen - und dadurch Kosten sparen. Die Managementgesellschaft hat einen Katalog herausgebracht, der die Bestellung schnell und einfach macht. Angelina Schütz sprach mit dem Bereichsleiter Sven Kleinknecht über das neue Projekt und den Ausbau weiterer Geschäftsfelder.

**MEDITIMES:** Herr Kleinknecht, warum bietet die MEDIVERBUND AG ihren Mitgliedern nun auch Praxisbedarf an?

**Kleinknecht:** Wir sind bei unseren Projekten häufig auf die Anregungen unserer Mitglieder angewiesen. Darunter war sehr oft auch das Thema Praxisbedarf zu finden. Wichtig ist uns, dass wir Mehrwerte für MEDI Mitglieder generieren können und dass sich das Projekt für die AG wirtschaftlich trägt. Der Charme am Praxis- und Sprechstundenbedarf ist, dass nahezu jede Praxis in fast jedem Quartal Desinfektionsmittel, Handschuhe, Teststreifen etc. benötigt und konstant nachfragt. Eine konstante Nachfrage verbunden mit einer gewissen Mengendynamik ist die Voraussetzung für Preisnachlässe. Unsere Mitglieder können somit unmittelbar einen Mehrwert aus der Inanspruchnahme unseres Angebots erzielen.

**MEDITIMES:** Was bietet der Katalog an?

**Kleinknecht:** Das klassische Sortiment von Praxis- und Sprechstundenbedarf. Hierbei haben uns viele Mitglieder Anregungen gegeben, sodass wir den Katalog bewusst kompakt gehalten haben. Er umfasst gerade einmal 60 Seiten. Dort bieten wir nun Artikel an, die von den Ärztinnen und Ärzten am häufigsten nachgefragt werden.

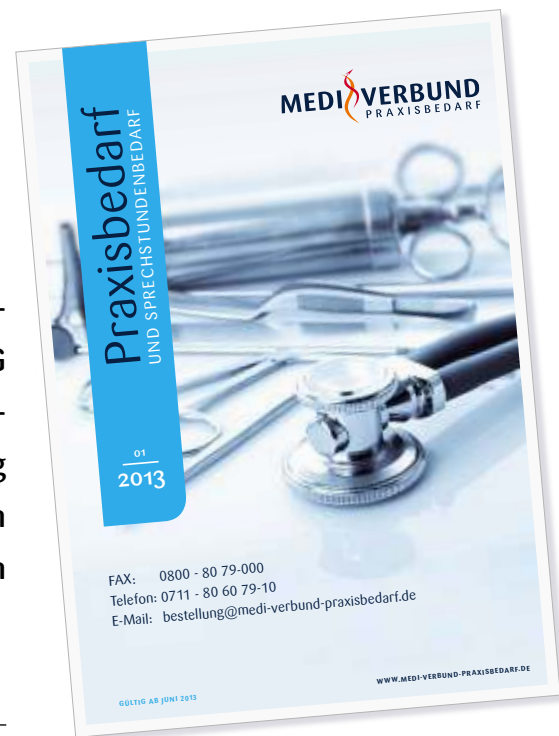
**MEDITIMES:** Und wie ist das bei anderen Anbietern?

**Kleinknecht:** Da sind die Kataloge mehrere hundert Seiten dick und machen es dadurch schwerer, einen Artikel schnell zu finden. Falls in unserem Katalog etwas nicht enthalten sein sollte, reicht ein Anruf! Denn wir können auf ein weitaus größeres Produktsortiment zurückgreifen, als im Katalog abgebildet.

**MEDITIMES:** Wie funktioniert die Bestellung?

**Kleinknecht:** In der Regel über ein Bestellformular, das an uns über eine kostenfreie 0800-Nummer gefaxt wird. Das Formular kann aber auch eingescannt und per Mail gesandt werden. Für die Möglichkeit einer Online-Bestellung arbeiten wir gerade an einer neuen Software. Damit sollen unsere Mitglieder auch die Möglichkeit bekommen, sich eine individuelle Liste ihrer favorisierten Produkte anzulegen. Das spart Zeit, erleichtert die Nachbestellung erheblich und verhindert auch noch, dass aus Versehen falsche Artikel bestellt werden. Mit der Software hätte die Praxis jederzeit einen Überblick über ihre Bestellhistorie.

**MEDITIMES:** Angenommen, das Projekt



Mit dem Praxis- und Sprechstundenbedarf betritt die MEDIVERBUND AG ein ganz neues Geschäftsfeld.

läuft erfolgreich – werden Sie es dann auch MEDI Verbänden in anderen Regionen anbieten?

**Kleinknecht:** Ja, das ist definitiv unser Ziel. Das erfolgt natürlich nur in enger Absprache und vorbehaltlich der Zustimmung durch die Landesverbände. Logistisch betrachtet wäre das auch schon möglich. Heutzutage macht es fast keinen Unterschied mehr, ob ein Paket von Stuttgart nach Mannheim oder Berlin geschickt wird. Wir haben bereits Interessenten aus einigen Regionen. Aber wir warten lieber noch ein Quartal ab, bevor wir uns an andere Regionen wenden. Schließlich muss jedes Projekt erst einmal in Gang kommen. Ich gehe davon aus, dass wir zum dritten Quartal auch in anderen Regionen starten könnten. Wir möchten unseren Mitgliedern nicht nur gute Preise anbieten, sondern sie auch in punkto Service überzeugen.

**MEDITIMES:** Welche sind, außer den Hausarzt- und Facharztverträgen, die wichtigsten Projekte der AG?



**Kleinknecht:** Außer dem Praxis- und Sprechstundenbedarf zählen unsere Kooperationen im Arzneimittelbereich zu unseren wichtigsten Projekten. Unsere Kooperationspartner haben Rabattverträge mit den Krankenkassen abgeschlossen, die den Vereinbarungen der Rationalen Pharmakotherapie in den 73c-Verträgen entsprechen. Wir möchten hier Einsparungen generieren und somit auch für die Refinanzierung der 73c-Verträge sorgen.

**MEDITIMES:** Wie geschieht das konkret?

**Kleinknecht:** Wir informieren unsere Mitglieder über Präparate, für die Rabattverträge mit den Krankenkassen abgeschlossen wurden. Darüber hinaus bieten wir Seminare zu Themen wie Impfmanagement oder leitliniengerechter und wirtschaftlicher Wundversorgung an. Solche Schulungen richten sich auch an das

Praxispersonal. Außerdem arbeiten wir nach wie vor mit Laboranbietern zusammen. Damit unterstützen wir die EDV-Vernetzung zwischen den Praxen, was wiederum die Sicherheit und Transparenz der Praxisabläufe verbessert.

Drittens konnten wir in Baden-Württemberg und Berlin Kooperationspartner im Bereich Ultraschall und Sonografie gewinnen. Mit ihnen konnten wir einigen Mitgliedern im Hinblick auf die Änderung der Ultraschallrichtlinie zum 1. April zu einem neuen und preislich sehr attraktiven Ultraschallgerät verhelfen.

Zu guter Letzt möchte ich noch den Bereich Praxisabgabe bzw. Praxisgründer erwähnen. Hier haben wir mit unseren Workshops und unserem „Marktplatz“ den ersten Schritt in Richtung Kompetenzzentrum „Praxisabgabe & Praxisgründung“ gemacht. Wir greifen dabei auf ein etabliertes Berater-Team aus Recht, Steuern, Praxisbewertung und Finanzen zurück.

Perspektivisch haben wir einige Neuerungen vor, um den Ärzten die Abgabe bzw. Gründung zu erleichtern.

**MEDITIMES:** Das lässt auf ein großes Leistungsspektrum schließen! Unter welchen Voraussetzungen baut die AG ihre Geschäftsfelder eigentlich aus?

**Kleinknecht:** Wir müssen immer abwägen, ob wir Mehrwerte für die Mitglieder schaffen können und ob sich das Projekt finanziell trägt. Darüber hinaus stellt sich für uns die Frage, ob wir vertrauensvolle und kompetente Partner finden. Wie auch bei den Selektivverträgen müssen wir bei jedem Projekt erst einmal in Vorleistung gehen. Deswegen hängt viel von der Unterstützung bzw. Anerkennung unserer Mitglieder ab, bevor wir ein neues Projekt starten.

**MEDITIMES:** Haben Sie weitere neue Ideen?

**Kleinknecht (lacht):** Viele! Wir möchten unser Leistungsspektrum in jedem Fall noch weiter ausbauen. Die Vernetzung von Arztpraxen, Dienstleistungen für Ärztenetze, Versorgungsforschung, wirtschaftliche Beratung von Arztpraxen und Ärztehäusern und der Versicherungsbereich wären für uns attraktiv. Da diese Bereiche intensiv vorbereitet werden müssen und wir an unsere personellen Ressourcen gebunden sind, können wir nur ein Projekt nach dem anderen angehen. Deshalb kommt es auch vor, dass ein Vorhaben zeitlich verzögert startet, oder gar abgebrochen werden muss, wenn es sich als nicht zielführend erweist.

**MEDITIMES:** Dann wünsche ich Ihnen weiterhin viel Erfolg und danke Ihnen für unser Gespräch. 🇩🇪

→ Für Fragen steht Ihnen Sven Kleinknecht gerne zur Verfügung. Sie erreichen ihn unter **Telefon 0711 806079-0** oder per E-Mail unter [kleinknecht@medi-verbund.de](mailto:kleinknecht@medi-verbund.de)



Ab 1. Juli rollt das VERAHmobil durchs Land: Berthold Dietsche (HÄV), Christopher Hermann (AOK) und Werner Baumgärtner (MEDI) präsentierten es in Stuttgart.

## Vertragspartner feiern fünften Geburtstag der HZV und stellen Neuerungen vor

Am 8. Mai 2008 starteten die AOK, MEDI und der Hausärzteverband in Baden-Württemberg die deutschlandweite Premiere zur umfassenden hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Fünf Jahre danach kann der Vertrag als Erfolgsgeschichte bezeichnet werden. Ein Grund, am 8. Mai 2013 nicht nur über die „HZV 2.0“ zu sprechen, sondern im Kultur- und Kongresszentrum Liederhalle in Stuttgart auch zu feiern.

DEN VORSPRUNG AUSBAUEN –

**FÜNF  
JAHRE  
HZV**

IN BADEN-WÜRTTEMBERG

„Der perfekte Arzt ist der, der nichts zu tun hat. Ein volles Wartezimmer ist ein schlechtes Gütesiegel. Wenn ich da hinschaue, denke ich immer, die sind ja alle noch krank.“ Wer Mathias Richling zu einem Fest einlädt, darf über sich selbst lachen. Intelligent, humorvoll und wortgewandt amüsierte der schwäbische Kabarettist die rund 1.000 Gäste bei der Festveranstaltung der Vertragspartner, die unter dem Motto „Den Vor-

sprung ausbauen – fünf Jahre HZV in Baden-Württemberg“ stand.

Der Beifall der Festgesellschaft, die hauptsächlich aus Hausärzten, VERAHs und Medizinischen Fachangestellten bestand, galt jedoch auch den Percussionisten der Gruppe „Big-Bom“. Mit ihren Instrumenten setzten sie im Hegelsaal temporeiche und rhythmische Akzente – ein gutes Entree nach der Begrüßung durch Moderator Wolfgang van den Bergh

für das Grußwort von Katrin Altpeter. Die Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren in Baden-Württemberg nannte die HZV „ein gutes Produkt, um das andere uns beneiden“. Würden Patienten durch die Lotsenfunktion ihres Hausarztes betreut, entfielen unnötige Facharztbesuche. „Impulse aus der HZV-Versorgung müssen in die Regelversorgung eingehen“, sagte die Ministerin. Verhandlungen über ein eigenstän-



Die Evaluation ergab: HZV-Ärzte sind zufriedener und motivierter, so Joachim Szecsenyi.

diges Modell für Kinder- und Jugendärzte nach dem Vorbild der HZV seien im Gespräch, so Altpeter.

Den aufrechten Gang der Hausärzte zu stärken war das Motiv der geistigen Väter des AOK-Hausarztvertrags. Rund 3.500 Hausärzte und 1,1 Millionen AOK-Versicherte haben sich seit der Vertragsunterzeichnung vor fünf Jahren in die HZV eingeschrieben. In 340 Qualitätszirkeln und fachlichen Stammtischen bilden sie sich weiter. Dr. Bernhard Büchler arbeitet mit seinen fünf MFAs und zwei Versorgungsassistentinnen in Zell am Harmersbach. Der Allgemeinmediziner gehörte 2008 zu den ersten Kollegen, die sich in die HZV einschrieben. „Ich verstehe nicht, warum nicht alle Hausärzte dabei sind, ich arbeite mit einer ganz anderen finanziellen Sicherheit als vorher“, sagt der 49-Jährige und freut sich, dass er bei der Verlosungsaktion im Hegelsaal einen kostenlosen Laesing-Vertrag für ein VERAHmobil

## Die Neuerungen zum 1. Juli 2013 in der HZV

### 1. VERAHmobil

Für einen VW Up! zahlen alle HZV-Praxen mit mindestens einer VERAH nur 99,06 Euro statt regulär 199,06 Euro im Monat bei einer Vertragslaufzeit von drei Jahren. Die Vertragspartner übernehmen 100 Euro pro Monat.

### 2. Anhebung Vertreterpauschale

Die Pauschale steigt von 12,50 Euro auf 20 Euro pro Quartal.

### 3. Neue Pauschale Multimorbidität

Ergänzung zur Chronikerpauschale P3 für besonders versorgungsaufwändige Patienten. Abrechenbar mit 15 Euro pro Quartal ab 1.10.2013 (bei Patienten mit mindestens 3 unterschiedlichen chronischen Erkrankungen aus 18 für die hausärztliche Versorgung wichtigen Krankheitsbereichen).

### 4. Neue Pauschale Pflegeheim

Neu für alle HZV-Patienten, die in einem Pflegeheim leben und dort behandelt werden. Die Pauschale beträgt 15 Euro und kann einmal im Quartal abgerechnet werden.

### 5. Neue Kooperationspauschale

Für jeden HZV-Patienten, der auch ins AOK-Facharztprogramm eingeschrieben ist, erhält der Hausarzt für Kooperationsaufwände einen Zuschlag von 4 Euro auf die kontaktunabhängige Pauschale P1.

### 6. AOK-Gesundheitscheck

Umfassender kostenloser Gesundheitscheck inklusive Beratung für Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren, die in die HZV eingeschrieben werden (Basis: ausführlicher Anamnesebogen). Einmalige Pauschale von 40 Euro bei Einschreibung in die HZV.

### 7. Anhebung Impfungszuschlag

Der Impfungszuschlag wird von 2 Euro auf 3 Euro erhöht.

### 8. Veränderte Arzneimittelquote

Neue Berechnungsgrundlage für die Arzneimittelquoten:

Art der Quote	Definition	Zuschlag (auf P2)
Grün 1	≥90%	1,50 Euro
Grün 2	80 bis <90%	1,00 Euro
Grün Nec-aut-idem	≤5%	1,00 Euro
Rot 1	≤3%	2,50 Euro
Rot 2	>3 bis ≤6%	1,50 Euro

Die Blauquote bleibt unverändert. Pro Farbe (Grün, Rot, Blau) wird pro Quartal max. ein Zuschlag ausgezahlt.

### 9. Übernahme OTC-Arzneimittel bis 18 Jahre

Für alle in der HZV versicherten Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind vom HZV-Arzt verordnete apothekenpflichtige, aber verschreibungsfreie Arzneimittel kostenlos (sog. OTC-Arzneimittel; in der Regel pflanzenheilkundliche oder homöopathische Arzneimittel).

### 10. Sicherstellungszuschlag

Zur Unterstützung von Projekten zur nachhaltigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg wird ein Fördertopf eingerichtet. Die Finanzierung erfolgt über einen vergütungsneutralen Zuschlag auf die Pauschale P1 in Höhe von 1 Euro.

### 11. Neues spezielles Fallmanagement

Einführung eines intensivierten hausarztbasierten Fallmanagements für speziell ausgewählte chronisch kranke, multimorbide Patienten ab 1. Januar 2014. Die Betreuung erfolgt durch den Hausarzt sowie seine speziell weitergebildete MFA. Honorierung: 80 Euro pro Fall und Quartal.

Fortsetzung Seite 10



Ministerin Katrin Altpeter lachte beim Kabarett herzlich mit und Martin O. sorgte mit seiner außergewöhnlichen Performance für Begeisterung.

Fortsetzung

## Vertragspartner feiern fünften Geburtstag der HZV und stellen Neuerungen vor

gewonnen hat. Mit dem weißen VW hat Büchler mal wieder die Nase vorn. Denn der AOK-Hausarztvertrag ist bundesweit die erste Vereinbarung dieser Art, in der der Einsatz seiner beiden Versorgungsassistentinnen eigenständig vergütet wird. Führen seine beiden VERAHs bisher mit dem Fahrrad oder dem Privatauto zu ihren Hausbesuchen, können sie ab 1. Juli das nagelneue VERAHmobil nutzen.

### HZV 2.0 bringt weitere Vorteile

„Die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum ist das Thema, wenn nicht gerade Uli Hoeneß debattiert wird“, sagte Dr. Christopher Hermann in der Talkrunde. Und traf damit den launigen Ton, der die Veranstaltung dominierte. Mit der HZV 2.0 wollte man nun „noch einen draufsetzen“, so Hermann. Zur Weiterentwicklung der HZV zählen neben der Nutzung des VERAHmobils zu bevorzugten Konditionen die Anhebung der Vertreterpauschale. Es gibt neue Pauschalen für die Bereiche Morbidität,

Pflegeheim und Kooperation, einen AOK-Gesundheitscheck für Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren, die Anhebung des Impfzuschlags, veränderte Arzneimittelquoten, die Übernahme von OTC-Arzneimitteln bis 18 Jahre, ein Sicherstellungszuschlag sowie ein neues spezielles Fallmanagement. „Der Vertrag löst seit fünf Jahren sein Versprechen ein“, bilanzierte der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner. Er sieht im AOK-Hausarztvertrag sogar das Gegenstück zur Regelversorgung. „Die HZV bringt uns eine feste und leistungsgerechte Vergütung und damit Planungssicherheit für unsere

zweite Schiene der HZV-Versorgung auf, die hört nicht auf“, so AOK-Chef Hermann zuversichtlich.

Ärgerlich sind einige Mediziner, weil „Softwarehersteller für jeden neuen Vertrag ein neues Modul produzieren“. Mit Ironie und dem Machtbewusstsein des Kunden reagierte Werner Baumgärtner auf dem Podium: „Man kann auch als Hausarzt große Softwarehersteller zu kleinen machen.“ Warum es in anderen Bundesländern keine HZV-Verträge gäbe, interessierte Kollegen ebenfalls. „Hessen und Rheinland-Pfalz gehen es langsam an“, sagte Diesche. Er und die beiden an-

„*Eine feste und leistungsgerechte Vergütung bringt uns Planungssicherheit*“

Praxen. Hinter ihr bleibt die EBM-Reform der KBV um Lichtjahre zurück“ betonte er.

„Warum gibt es die Neuerungen in der HZV erst nach fünf Jahren?“, fragte prompt ein Allgemeinmediziner aus dem Publikum. „Wir dachten, fünf Jahre sind eine schöne Zeit“, antwortete der Landesvorsitzende des Deutschen Hausärzterverbands Dr. Berthold Dietsche. Eine andere Frage zielte auf die Laufzeit der HZV ab. „Wir machen ab 1. Juli 2013 die

deren Vorstandsvorsitzenden nutzten am Vormittag bei einer Presskonferenz die Gelegenheit zur Kritik an der aktuellen Gesetzeslage. Diese sieht seit 2010 einen Investitionsvorbehalt für Hausarztverträge vor, die es anderen Bundesländern heftig erschwerten, wenn nicht gar unmöglich machten, dem Vorbild Baden-Württembergs zu folgen.

Trotz der vielfach betonten Bedeutung einer qualitativ hochwertigen hausärzt-





„Big-Bom“ brachte afrikanische Rhythmen und Latino-Feeling in den Hegelsaal.



„Die EBM-Reform bleibt um Lichtjahre hinter der HZV zurück“, so Werner Baumgärtner.

lichen Versorgung für die Funktionstüchtigkeit des Gesundheitssystems, nahm die Zahl der Hausärzte in Deutschland zwischen 1993 und 2009 um fast 8% ab, während die Zahl der Fachärzte im gleichen Zeitraum um mehr als 50% anstieg. Um dieser Fehlentwicklung entgegenzuwirken, hat die Politik seit mehr als 20 Jahren wiederholt Anläufe gestartet, die hausärztliche Versorgung zu stärken und weiter zu entwickeln. Ohne den Erfolg, den die HZV in Baden-Württemberg aufzuzeigen hat. „Praxen müssen wieder Gewinne machen und ihre Mitarbeiter ordentlich bezahlen“, schloss Baumgärtner unter großem Beifall die Diskussion auf dem Podium ab.

### Ergebnisse aus der Evaluation

Wie sinnvoll die HZV für eine effektive und effiziente Versorgungssteuerung ist, belegte Professor Joachim Szecsenyi bei der Jubiläums-Veranstaltung. Denn für die Vertragspartner war von Beginn an klar, dass die praktischen Folgen ihres Handelns im Versorgungsalltag wissenschaftlich begleitet werden müssten. „Wir sollten nicht von einer alternden Gesellschaft reden, sondern von einer Gesellschaft des langen Lebens“, brachte der Ärztliche Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg als Alternative für ein gesellschaftliches Umdenken ins Gespräch. Patienten, die sich

in die HZV eingeschrieben hätten, seien sehr zufrieden, so Szecsenyi. Die Hausarztmedizin verfüge wieder über Kernkompetenzen, chronisch Kranke optimal mit Medikamenten zu versorgen, Klinikaufenthalte trotz schwerer Grunderkrankungen zu verringern oder gar zu vermeiden und zeige so den Vorsprung der HZV gegenüber der Regelversorgung. „Ein im Hausarztvertrag eingeschriebener Versicherter sieht seinen Hausarzt im Halbjahr durchschnittlich zweimal häufiger als ein Versicherter vergleichbarer Morbidität“, resümierte Szecsenyi. Im gleichen Zeitraum sei die Zahl der unkoordinierten Facharztbesuche gesunken. „Und nicht zuletzt hat die Befragung der Hausärzte im Rahmen der Evaluation gezeigt, dass HZV-Hausärzte trotz höherer Arbeitsbelastung zufriedener, motivierter und weniger gestresst sind“, sagte der Heidelberger Forscher unter großem Beifall im Saal.

Dass zu dieser Entlastung auch die VERAH beiträgt, bestätigte Kirsten A. am späteren Abend nach einem begeisterten Auftritt des Schweizer Vokal-Künstlers Martin O., der es bei seiner Performance sogar verstand, das Veranstaltungsmotto und die Vertragspartner mit einzubauen. Im Herbst 2013 wird Kirsten A. eine Qualifikation zur VERAH beginnen. „Ich möchte meinen Beruf aufwerten und die Chefin entlasten“, sagte sie. Dann könne sie Hausbesuche, die sie bisher gemeinsam mit der Ärztin abgehalten habe, in eigener Regie vornehmen. Und dass mit der Zusatzqualifikation dann auch ihr Gehalt höher ausfällt, freut Kirsten A. zusätzlich. ■■■

*Brigitte Jähnigen, Angelina Schütz*

→ Alle Informationen zum HZV-Vertrag gibt es unter:  
[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)  
[www.aok-gesundheitspartner.de/bw](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw)  
[www.hausarzt-bw.de](http://www.hausarzt-bw.de)  
[www.neue-versorgung.de](http://www.neue-versorgung.de)

Fortsetzung Seite 12



Christopher Hermann überreicht den Gutschein für den Leasing-Vertrag des VERAHmobils an die Praxis Bernhard Büchler.



## Startschuss für das VERAHmobil

AOK, MEDI und HÄV setzen in Sachen mobile Versorgung neue Maßstäbe: Ab Juli können Hausärzte im AOK-Hausarztvertrag das VERAHmobil zu Sonderkonditionen leasen, sofern sie eine Versorgungsassistentin beschäftigen. In Stuttgart wurde der erste Leasingvertrag als Hauptgewinn verlost.

Der Gewinner war Dr. Bernhard Büchler aus Oberharmersbach. Andere Hausarztpraxen können das VERAHmobil für 99,06 Euro im Monat leasen, die restlichen Kosten tragen die Vertragspartner.

Versorgungsassistentinnen sollen den Kleinwagen dafür nutzen, um Hausbesuche im Auftrag ihrer Chefs zu machen. „Ich finde das VERAHmobil eine großartige Idee“, freute sich der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner – und

unterzeichnete direkt nach der Festveranstaltung den Leasingvertrag für seine Praxis in Stuttgart-Zuffenhausen.

In den nächsten fünf Jahren möchten die Vertragspartner über 1.000 dieser Fahrzeuge auf die Straße bringen. Der HZV-Vertrag im Land ist bundesweit die erste Vereinbarung dieser Art, in der der Einsatz einer VERAH zur Versorgung chronisch kranker Patienten eigenständig vergütet wird.

### ...und noch mehr glückliche Gewinnerinnen

Nach der Verlosung des Hauptgewinns konnten die Praxismitarbeiterinnen im Saal weitere schöne Preise mit nach Hause nehmen: Die Vertragspartner verlost drei VERAH Kompaktseminare an MFAs, die die Zusatzausbildung zur Versorgungsassistentin noch nicht gemacht haben.

Neun andere Mitarbeiterinnen konnten Geschenkgutscheine im Wert von 199 Euro gewinnen, die MEDI beisteuerte. Damit kann sich jede Gewinnerin auf dem Portal von Jochen Schweizer unter mehr als 1.000 Erlebnissen und Angeboten ihr ganz individuelles Wellness- oder Freizeitevent zusammenstellen. 🇩🇪

Angelina Schütz



Die Vertragspartner mit den drei Gewinnerinnen für das VERAH Kompaktseminar...



...und mit neun Gewinnerinnen der Geschenkgutscheine.



Werner Baumgärtner bestellte das VERAHmobil für seine Praxis noch in der Liederhalle.

## AOK und Kinderärzte erweitern HZV

Der AOK-Hausarztvertrag soll die kinder- und jugendärztliche Versorgung besser abbilden. Deswegen verhandelt die AOK Baden-Württemberg mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) eine zusätzliche Vergütungssäule, die speziell die pädiatrischen Leistungen darstellen soll. Der BVKJ wird dabei von der MEDIVERBUND AG unterstützt. Die Vertragspartner rechnen noch vor der Sommerpause in Baden-Württemberg mit einem Ergebnis. Zum Redaktionsschluss der **MEDITIMES** befanden sich die Honorarverhandlungen auf der Zielgeraden.

Die Vertragspartner möchten eine auf pädiatrische Leistungsinhalte ausgelegte neue Honorarsäule im bestehenden AOK-Hausarztvertrag erreichen. Sie gehen davon aus, dass diese Erweiterung mehr Pädiater zu einer Teilnahme an der HZV motivieren wird. ■ ■ *ab*

## Innovation im Kardiologievertrag ab Juli

Die Vertragspartner AOK, MEDI und BNK in Baden-Württemberg haben im Rahmen des Kardiologievertrags nach § 73c SGB V vereinbart, dass ab dem 1. Juli die Kosten für den Druckdraht bei grenzwertigen Engstellen im Rahmen des Herzkatheters abgerechnet werden dürfen. Diese Vereinbarung ist deutschlandweit einmalig.

Sie gilt jedoch nur für Patienten mit Angina pectoris, denen ein objektiv nicht-invasiver Ischämienachweis fehlt, wie beispielsweise ein fehlender Ischämienachweis in der Ergometrie. Damit soll die Stentimplantation zielgerichteter erfolgen und auch von prognostischer Bedeutung für den Patienten sein. Überflüssige Eingriffe können so vermieden und die Zahl der Stentimplantationen kann reduziert werden. ■ ■ *ar*

HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN



Foto: fotolia

## Kann ich die Abrechnung meiner Sofortabrechnungsfälle korrigieren?

Seit Juni ist mit Wirkung zum 1. 7. 2012 die Korrektur von Sofortabrechnungsfällen eingeschränkt möglich. Die Vertragspartner hatten vereinbart, dass alle Ziffern, die sich nicht auf KV-Bereinigungsbeträge auswirken, auch nachträglich (bis zu 4 Quartale nach dem Quartal der Leistungserbringung) korrigiert werden können – vorausgesetzt Sie hatten die Sofortabrechnung fristgerecht übermittelt.

Mit Ausnahme der folgenden Ziffern können künftig alle Ziffern korrigiert werden:

Gastroenterologie	
P1	Grundpauschale
E1a	Gastroskopie
Kardiologie	
P1	Grundpauschale
E3a	Linksherzkatheter (Intervention/konventionell)
E4a/b	Ein-Gefäß PCI mit/ohne Stent
E5a/b	Mehr-Gefäß PCI mit/ohne Stent
PNP	
Ab dem 1. Quartal 2013 können alle PNP-Ziffern für bereits eingereichte Fälle korrigiert werden. Das gilt jedoch nicht für die folgenden Ziffern bis zum 4. Quartal 2012:	
Grundpauschale PTP1	Psychotherapiegrundkomplex
PTE1 (V; T; SD; SDV; SDT): Zeitnahe/akute Versorgung	Akute Einzeltherapie
PTE2 (V; T): Erstbehandlung – Einzeltherapie	Erstbehandlung Einzeltherapie
PTE3 (V; T): Weiterbehandlung – Einzeltherapie	Weiterbehandlung Einzeltherapie
PTE5: Psychoanalyse – Einzelbehandlung	Psychoanalyse Einzeltherapie
PTE6V: Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (Verhaltenstherapie)	Kleine Gruppe – Verhaltenstherapie
PTE7 (V; T): Gruppenbehandlung – große Gruppe	Große Gruppe
PTA1V: Gruppenbehandlung – kleine Gruppe (Verhaltenstherapie)	Auftrag – Kleine Gruppe – Verhaltenstherapie
PTA2 (V; T): Gruppenbehandlung – große Gruppe	Auftrag - Große Gruppe

PNP
Ab der Abrechnung für das 1. Quartal 2013 können alle Ziffern für die Module Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie korrigiert werden, da jeder Sofortabrechnungs-Fall wie folgt pauschal bei der KV bereinigt wird:
PNPPT mit 14,93 Euro (Grundkomplex für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte)
PNPKJ mit 122,23 Euro (Grundkomplex für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie)
PNPPP mit 72,54 Euro (Grundkomplex für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie)
PNPNN mit 66,64 Euro (Grundkomplex für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie)
PTEH mit 48,96 Euro (Akute Einzeltherapie (ggf. nach Vorstellung Sozialdienst) oder Erstbehandlung Einzeltherapie gemäß Modul C der Anlage 12 des PNP-Vertrags (nur Hausärzte))

Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass auch die Sofortabrechnungs-Fälle immer ca. zwei Monate nach dem Abrechnungsstichtag ausgezahlt werden. 🇩🇪

→ Für alle **patientenbezogenen Fragen** zu Ihrer Abrechnung stehen Ihnen Frau Mörk und Frau Neumann unter **Telefon: 0711 80 60 79-20** zur Verfügung.



Fotos: Tamarara Arne

Wir beantworten gerne Ihre Fragen  
Silke Arnegger und Thomas Rademacher



## Über 30% mehr für Ärzte im PNP-Vertrag!

Nachdem am 1. Januar die Module Psychiatrie und Neurologie des PNP-Vertrags angelaufen sind, liegen zwischenzeitlich die ersten Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals 2013 vor. Dabei können sich die teilnehmenden Ärzte über gute Resultate freuen: Im Bereich der Psychiatrie wurde ein erster durchschnittlichen Fallwert von 127 Euro und damit eine Steigerung um bis zu

54% im Vergleich zur KVBW erzielt (KV für Q4/2012 - 82,44 Euro/ Q3/2012 - 82,47 Euro).

Ähnlich gute Ergebnisse wurden im Modul Neurologie, mit einem durchschnittlichen Fallwert von 95 Euro und einer Steigerung um über 35% im Vergleich zum KVBW-Fallwert, erreicht (KV für Q4/2012 - 69,65 Euro/ Q3/2012 - 67,33 Euro).

„Wir sind stolz auf diese Ergebnisse und sehen uns in unserer Strategie bestätigt“, erklärt der Vorstand der MEDI-VERBUND AG Frank Hofmann und erinnert daran, dass alle Vorteile des Hausarztvertrags auch für die Facharztverträge gelten, die MEDI mit ausverhandelt. „Die Ärzte und Psychotherapeuten bekommen auch dort eine feste und höhere Vergütung, es gibt keine Umverteilung, keine Mengen- und Fallzahlbegrenzung und kein RLV. Stattdessen haben die Vertrags Teilnehmer Planungssicherheit, weil die Verträge in der Regel mindestens fünf Jahre lang laufen“, so Hofmann. ■■■

jo/as

## Mehr Gruppentherapie

Im PNP-Vertrag nimmt die Gruppentherapie zu. Aktuelle Auswertungen des Moduls Psychotherapie haben ergeben, dass Patienten, die in den Vertrag eingeschrieben sind, fast sechs Mal häufiger an Gruppentherapie-Sitzungen teilnehmen als in der Regelversorgung.

Während in der KVBW die Quote der gruppentherapeutischen Leistungen konstant bei 1,73% im Vergleich zur Gesamtsitzungsanzahl (98,27% sind Einzelsitzungen) liegt, exklusive der analytischen Gruppen sogar nur bei 1,26%, wurden im PNP-Vertrag im vierten Quartal 2012 Quoten in Höhe von 4,15% und im ersten Quartal 2013 von 7,33% erreicht.

Im Vergleich aller Verfahren, einschließlich der analytischen Gruppen in der KV, übertrifft der PNP-Vertrag die KV-Quote um das rund 4,2-Fache. Insgesamt wurden im ersten Quartal 2013 bereits 20,32% der gesamten Gruppentherapien (KVBW+PNP) über den PNP-Vertrag erbracht. ■■■

jo/as

# MEDI Verbände und Ärztegenossen geben sich ein neues Dach

Aus MEDI Deutschland wird MEDI GENO Deutschland. 17.000 Niedergelassene repräsentieren die unter dieser Dachmarke vereinten Organisationen. Damit entsteht ein bundesweit aktiver und fachübergreifender Verband, der sich in politischer Schlagkraft mit den ganz Großen der Szene messen kann.

Stuttgart im Jahr 1999: Eine Gruppe Niedergelassener gründet den MEDI Verbund. Über 1.000 Ärzte und Psychotherapeuten schließen sich der neuen Organisation an. Neumünster im Jahr 2000: Dort ruft eine Gruppe niedergelassener Mediziner die Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein ins Leben. Mehr als 1.600 Ärzte treten am Gründungstag ein. Im Frühjahr 2013 vereinbaren der Bundesverband der Ärztegenossenschaften und MEDI Deutschland die gemeinsame Dachmarke MEDI GENO Deutschland in Berlin.

So wie die Veranstaltungen in Stuttgart und Neumünster viel Bewegung in die gesundheitspolitische Szene brachten, könnte auch MEDI GENO eines Tages für einen Umbruch stehen. Im Gegensatz zu den damals regional gegründeten Organisationen hat MEDI GENO aber andere Dimensionen. Das zeigt sich an der hohen Mitgliederzahl und an der langjährigen Verankerung der beigetretenen Ärzteorganisationen – und wird sich auch in der politischen Schlagkraft zeigen, die sich die Chefs der größten beigetretenen Organisationen von MEDI GENO erhoffen. Wer Dr. Werner Baumgärtner (MEDI), Dr. Klaus Bittmann (Ärztegenossenschaft Nord) und Dr. Rainer Woltmann (Ärztegenossenschaft Niedersachsen-Bremen) kennt, darf dem neuen Dach einiges zutrauen.

## Auf einer Wellenlänge

Entsprechend hochgesteckt sind die Ziele. Mit keinem geringeren als dem Deut-

schen Hausärzterverband soll sich MEDI GENO in Zukunft als Partner auf Augenhöhe bewegen, so Baumgärtner. Dafür war es wichtig, dass die neue Dachmarke entstand – die bislang bestehenden weißen Flecken auf der Deutschlandkarte sind nun gefüllt, man ist bundesweit präsent und in fast allen Regionen gut aufgestellt.

Derzeit werden die 17.000 Mitglieder der beigetretenen Organisationen über die neue Dachmarke informiert. „Die Resonanz wird positiv sein“, prophezeit Baumgärtner, „denn wir haben gleiche Ziele und gleiche Programme. Das gilt politisch und ökonomisch.“

Ein Blick in die bislang verfolgte Politik von Ärztegenossenschaften und MEDI bestätigt: Beide stehen für Freiberuflichkeit, Kostenerstattung und feste Preise. Beide haben sich das geordnete Miteinander von Selektiv- und Kollektivvertrag auf die Fahnen geschrieben, treten für Hausarzt- und Facharztverträge ein. Und beide stehen dem KV-System konstruktiv-kritisch gegenüber, ohne es abzulehnen.

Gute Voraussetzungen also, um die Mitglieder zu überzeugen. Und dennoch – könnte nicht der Name der jeweiligen Organisationen, mit denen sich die Mitglieder identifizieren, Schaden nehmen? „Das Gegenteil wird eintreten. Wir haben das in vielen Gremien diskutiert und es wurde rundweg positiv gesehen“, berichtet der MEDI Chef. Bestätigt wurde seine Ansicht Anfang Juni in Rends-



„Unsere Souveränität und Identifikation bleiben bestehen“, so Klaus Bittmann.



Rainer Woltmann möchte keine Doppelstrukturen, aber eine starke Lobby.

burg: Auf der Generalversammlung der Ärztegenossenschaft Nord gab es keine einzige kritische Stimme, nachdem Klaus Bittmann den Genossen von der neuen Dachmarke berichtet hatte. Die Zustimmung fällt wohl auch deshalb so leicht, weil der neue Verband den beigetretenen Organisationen nicht vorschreibt, wie sie denken und handeln sollen – denn da sind sie sich ohnehin recht ähnlich. Und die bestehenden Unterschiede werden respektiert. „Wir erhalten unsere Souveränität und Identifikation und wir können so weiterarbeiten wie bisher“, sagt Bittmann.

## Das sind die Unterschiede

Außer im Namen und der Rechtsform unterscheidet sich MEDI von der Ärztegenossenschaft Nord etwa durch Mitgliedsbeiträge. Die gibt es in der nördlichsten Organisation (Schleswig-Holstein und Hamburg) nicht, in Woltmanns Region Nordwest (Niedersachsen und Bremen) dagegen schon. Ergo müssen die Nord-Genossen wirtschaftlich stark sein, um politische Schlagkraft zu entwickeln. Auch bei den bislang abgewickelten Verträgen unterscheidet man sich: In Schleswig-Holstein geht der Hausarztvertrag

der TK jetzt erst an den Start. Die Genossenschaft konnte eher durch die Begleitung von IV-Verträgen punkten. „HZV war bei uns bislang nicht der Renner“, räumt Bittmann ein. Er kann sich vorstellen, dass sich die Organisationen unter der Dachmarke im Sinne von best practice das bei den Partnern abschauen, was ihnen weiterhilft – ohne sich von eigenen Zielen verabschieden zu müssen.

Dazu könnte auch gehören, dass man in Sachen Nachwuchsgewinnung voneinander lernt oder gemeinsame Programme auflegt. Denn wie alle Ärzteorganisationen müssen sich auch Genossenschaften und MEDI anstrengen, junge Ärzte von ihren Ideen zu überzeugen. „Wir sprechen nicht die gleiche Sprache wie die jungen Ärzte“, macht Woltmann als Ursache aus. Er steht wie Bittmann und Baumgärtner seit Gründung seiner Organisation 2001 in Wildeshausen an der Spitze und ist von der gemeinsamen Marke überzeugt: „Wir brauchen keine Doppelstrukturen, aber eine starke Lobby. Doppelte politische Repräsentanz wäre zu teuer“, so Woltmann. Er kann sich eine Zusammenarbeit nicht nur politisch vorstellen, sondern auch ökonomisch, etwa durch gemeinsame Vertragsabschlüsse mit Partnern. Damit stößt er bei Bittmann und Baumgärtner auf klare Zustimmung – beste Voraussetzungen also für eine erfolgreiche Zukunft. ■■

*Dirk Schnack*

## Die Ärztenossenschaft Nord



Wurde 2000 in Neumünster gegründet und verstand sich als Parallelorganisation zur KV. Gründungsvorstand war der damalige KV-Chef Dr. Klaus Bittmann. Auch Geschäftsführer Thomas Rampoldt, der seit Beginn die Geschäfte der Genossenschaft führt, kam aus der KV. Inzwischen ist die Ärztenossenschaft Nord, wie sie seit ihrer Fusion mit der kleineren Schwester in Hamburg heißt, aus dem Gesundheitswesen im Norden nicht mehr wegzudenken und ist dort, vor allem dank der Person Bittmann, politisch und ökonomisch präsent.

Anfang 2013 wies sie 2.169 Mitglieder auf. Der Jahresumsatz liegt bei rund 1,3 Millionen Euro, ohne dass Mitgliedsbeiträge erhoben werden. Die Geschäftsstelle in Bad Segeberg arbeitet mit 16 Beschäftigten. Als Jahresüberschuss wies die Genossenschaft 2012 rund 129.000 Euro aus. Die wichtigsten Geschäftsfelder sind die Abwicklung von Selektivverträgen, Provisionserlöse aus Rahmenverträgen mit Unternehmen, die den Mitgliedern Produkte und Dienstleistungen anbieten, Zuweisungen der Tochterfirma

Q-Pharm, die Generika vertreibt, sowie Erträge aus Dienstleistungen. Dieses am stärksten wachsende Geschäftsfeld beinhaltet auch die Geschäftsführung von Netzen und Ärzteverbänden. Rampoldt erwartet, dass dieser Zweig die Q-Pharm-Erträge als dritt wichtigste Erlössäule ablösen wird. Damit ist die Genossenschaft wirtschaftlich breit aufgestellt. Politisch lastet dagegen noch viel auf Bittmanns Schultern.

Viel Arbeit steht noch in Hamburg bevor: Der traditionell schwache Organisationsgrad in der Hansestadt konnte auch nach der Fusion nicht verbessert werden. Die Genossenschaft muss sich dort über die Netze, die stark in Berufsverbänden organisiert sind, bekannt machen. ■■

*di*

→ Weitere Informationen unter [www.aegnord.de](http://www.aegnord.de)

## Die Ärztenossenschaft Niedersachsen-Bremen



Wurde 2001 in Wildeshausen am Praxisstandort von Nervenarzt Dr. Rainer Woltmann gegründet und hat sich mit rund 900 Mitgliedern als zweitstärkste Genossenschaft etabliert. Die siebenköpfige Geschäftsstelle befindet sich im niedersächsischen Oldenburg, Geschäftsführer ist dort seit 2002 Dr. Wolfgang Rühle. Er und Woltmann sind überzeugt von der engen Verbindung zwischen Genossenschaft und Ärztenetzen. Außendienstmitarbeiter der Genossenschaft pflegen

den Kontakt in die Netze.

Leicht hatten es die Genossen in Niedersachsen nie: In den Anfangsjahren war das Verhältnis zur KV in Hannover oft angespannt. Dort gab es inzwischen erhebliche Fortschritte. Die KV-Spitze zeigt sich den Genossenschaftsideen gegenüber aufgeschlossen, Vorstandsvize Dr. Jörg Berling war sogar selbst aktiver Genosse und Wunschkandidat des 64-jährigen Woltmanns für seine Nachfolge. Nachdem Berling inzwischen nicht mehr zur Verfügung

steht, ist die Nachfolgefrage in Niedersachsen derzeit offen.

Anders als in der Ärztenossenschaft Nord erhebt Niedersachsen-Bremen seit drei Jahren einen Mitgliedsbeitrag von zehn Euro im Monat. Die Genossen erleben eine Fluktuation von jährlich 10% der Mitglieder. Woltmann beobachtet, dass neue Mitglieder weniger als Überzeugungstäter an der Genossenschaftsidee, sondern wegen handfester Vorteile, etwa durch die Teilnahme an Verträgen, zur Organisation stoßen. ■■

*di*

→ Weitere Informationen unter [www.aegnw.de](http://www.aegnw.de)

# Allgemeinplätze allerorten

Auch wenn SPD und Bündnis90/Die Grünen mit dem Thema Bürgerversicherung in den Bundestagswahlkampf ziehen – die Gesundheitspolitik wird bei der Entscheidung der Wähler am 22. September über die Zusammensetzung des neuen Bundestags vermutlich keine allzu große Rolle spielen.

Knapp drei Monate vor der Bundestagswahl haben die meisten Parteien noch keine endgültigen Wahlprogramme vorliegen, sondern erst vorläufige Fassungen veröffentlicht. Vielfach finden sich dort nur Allgemeinplätze. Detaillierte Pläne zur Zukunft des Gesundheitswesens sucht der Bürger meist vergebens.

## Union hält sich noch bedeckt

Die Union will ihr Wahlprogramm und ihre Pläne für das Gesundheitssystem und die Pflege erst Ende Juni vorstellen. Dann werden die Parteivorsitzenden von CDU und CSU, Angela Merkel und Horst Seehofer, das gemeinsame Regierungsprogramm bekannt geben.

Ungeachtet dessen hat die Arbeitsgruppe Gesundheit der Union bereits festgestellt, dass die Sicherstellung einer guten, flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen ist. Die ambulante ärztliche Versorgung, vor allem die hausärztliche, müsse wohnortnah gesichert sein.

Darüber hinaus hat sich die Union in einem Positionspapier für eine Klarstellung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivvertrag ausgesprochen. „Eine Vielzahl von Regelungen des Kollektivvertrags, z.B. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, zur Förderung der Weiterbildung, zur Organisation des Notdienstes und zur Sicherstellung, gilt für die Selektivverträge nicht, zumindest nicht automatisch“, heißt es dort. Zudem gestalte sich eine notwendige Budgetbereinigung meist äußerst konfliktuell, langwierig und kompliziert.

## Liberales für Wahlfreiheit

Die FDP äußert sich in ihrem Bürgerprogramm nur sehr allgemein zur Gesundheitspolitik. Darin spricht sie sich für ein freiheitliches Gesundheitssystem und gegen eine gelenkte Staatsmedizin aus. Die Wahlfreiheit für den Bürger bleibe die Maxime liberaler Gesundheitspolitik. „Deshalb setzen wir uns weiter für die freie Wahl des Arztes, für Therapiefreiheit, für die freie Wahl bei der Krankenversicherung, bei Versicherungsschutz und Krankenhaus ein“, heißt es in dem Programm. Außerdem will sich die FDP für den Erhalt der privaten Krankenversicherung, die Abschaffung der Budgetmedizin und die Einführung der Kostenerstattung einsetzen. Die Beitragsautonomie der Kassen müsse ausgebaut und die Umverteilung durch den Gesundheitsfonds zurückgeführt werden, verlangen die Freidemokraten.

## Sozialdemokraten für solidarischen Wettbewerbsrahmen

Die SPD begründet in ihrem Regierungsprogramm die Forderung nach der Einführung einer Bürgerversicherung mit Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem. Wettbewerbsprinzipien der Wirtschaft hätten in der gesundheitlichen Versorgung zu einer Ungleichverteilung der Zugänge geführt, finden die Sozialdemokraten. Unter dem Dach einer Bürgerversicherung solle deshalb ein einheitlicher solidarischer Wettbewerbsrahmen geschaffen werden. Die Versorgungsstrukturen sollen so weiterentwickelt werden, dass Versorgungsmängel, soziale Ungerechtigkeit und Zugangsbarrieren überwunden werden.


„Dazu werden wir die flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung sowie die Vernetzung zwischen Leistungserbringern der verschiedenen Gesundheitsberufe stärken“, heißt es im SPD-Programm. Die Primärversorgung sei das Rückgrat einer starken, wohnortnahen Versorgung. Die integrierte Versorgung solle mit einer eigenständigen zweckgebundenen Finanzierung wiederbelebt und verstetigt werden. Ziel sei eine qualitätsgesicherte Zusammenarbeit zwischen haus-, fach- und spezialärztlichem Bereich, den nicht ärztlichen Heilberufen, den ambulanten und stationären Sektoren sowie zwischen pflegerischem, rehabilitativem und medizinischem Bereich.

## Grüne wollen Primärversorgung stärken

Auch Bündnis 90/Die Grünen wollen die Einführung einer Bürgerversicherung. Angestrebt werde im Kern eine Primärversorgung durch Haus- und Kinderärzte, die mit weiteren Gesundheitsberufen auf Augenhöhe zusammenarbeiten.

„Dafür sind u. a. die Aufwertung der HausärztInnen und des Berufsbildes der Pflege, eine veränderte Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen und ein Vergütungssystem erforderlich, das die besonderen Leistungen der Primärversorgung, wie die Beratung und Begleitung der PatientInnen, berücksichtigt“, heißt es im (vorläufigen) Programm. Hausarztverträge könnten dabei die wohnortnahe Primärversorgung gewährleisten und die Qualität der Versorgung verbessern.

## Linke will die PKV abschaffen

Die Linke macht vor allem Aussagen zur stationären Versorgung. Die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung müsse aufgehoben und den Krankenhäusern erlaubt werden, eine Ambulanz oder Poliklinik zu führen. Gefordert wird eine solidarische Grundversicherung. Die private Vollversicherung sei überflüssig und müsse abgeschafft werden, fordert die Partei. Auf diese Weise könne der Beitragssatz zur Krankenversicherung auf Jahre hinaus bei etwas über 10% des Einkommens gehalten werden, so das Wahlversprechen. 

Jürgen Stoschek





MENSCHEN BEI MEDI

## Reinhard Deinfelder

Orthopäde in Donzdorf

Reinhard Deinfelder ist nicht nur bei MEDI aktiv. Im Berufsverband der Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ist er Landesvorsitzender Württemberg. Möglicherweise kommt es ihm im Augenblick so vor, als würde er seine orthopädische Praxis nur nebenher führen – wegen seines Engagements für den Orthopädie-Vertrag.

Dieser neue Vertrag nach § 73c SGB V wird zwischen MEDI Baden-Württemberg, den Berufsverbänden BVOU und BNC und der AOK Baden-Württemberg seit fast einem Jahr durchgehend verhandelt. Dabei ist Deinfelders Kompetenz als Orthopäde unverzichtbar. Das bedeutet: Ein bis zweimal pro Woche Sitzung mit der AOK neben der Praxis. Wer das durchhält, muss eine starke Motivation haben. Deinfelder nickt, er hat sich schon immer für seine Ziele engagiert. Warum? „Ich kann mich nur dann darüber beschweren, dass etwas nicht passt, wenn ich auch versuche, es zu ändern“, erklärt er.

Diesen Grundsatz hatte er schon in seiner Jugend vertreten, als er sich im Internat durchsetzen musste. Auch als Studentenvertreter in verschiedenen Gremien war er derjenige, der sich nicht nur über Ungerechtigkeiten aufregte, sondern für Veränderungen eintrat und sich zu Wort meldete. Als Erwachsener war er schließlich in verschiedenen Kirchengemeinden aktiv und leitete einen Arbeitskreis Gesundheitspolitik. Seit immerhin 30 Jahren (!) engagiert er sich in der ärztlichen Berufspolitik. „Schon in der Zeit vor Werner Baumgärtner als KV-Chef

war ich in der Vertragsärztlichen Vereinigung und im Berufsverband der Ärzte für Orthopädie aktiv“, berichtet er, „dann nach natürlich bei MEDI“. Eine lange Zeit. Kann man ein Fazit aus 30 Jahren berufspolitischem Engagement ziehen? Deinfelder kann: „Ich habe erstens für mich selbst gelernt, meine Interessen durchzusetzen. Und zweitens haben wir es gemeinsam geschafft, MEDI aufzubauen, um im Sinne der niedergelassenen Ärzte politisch agieren zu können“.

und Unfallchirurgen. Er ist außerdem Mitglied in sechs ärztlichen Organisationen rund um die Manuelle Medizin. Akupunktur, Moxibustion, Atlasterapie und Osteopathie – das ist unübersehbar der Mittelpunkt seiner medizinischen Interessen. Dass er „nebenher“ auch noch Kurse in Manueller Medizin unterrichtet, bezeichnet er leicht ironisch als Hobby. In seiner Donzdorfer Praxis dagegen wird schwerpunktmäßig Kassenmedizin betrieben. Für die IGeL hat er zwar ein umfangreiches Angebot ausgearbeitet und sogar spezielle Sprechstunden organisiert, aber die Nachfrage hält sich in Grenzen. „Das alleine reicht nicht“, sagt Deinfelder mit leichtem Bedauern und spricht über den Spagat zwischen Interesse und Notwendigkeit. „Von der Atlasterapie alleine könnte ich nicht leben“, bekennt er, „aber es ist eine Behandlungsmethode zum Wohle des Patienten und sie erweitert meine therapeutischen Möglichkeiten“. Diese Situation ist sicher nicht untypisch für eine Orthopädie-Praxis auf dem Land.

### Know-how für den neuen Orthopädie-Vertrag

Sein berufspolitischer Schwerpunkt ist zurzeit der Orthopädie-Vertrag, der nächste Selektivvertrag, an dem MEDI, Berufsverbände und AOK aktuell „stricken“. Deinfelder spricht von beabsichtigten Umsteuerungen und von einem angestrebten Paradigmen-Wechsel. Konkret heißt das am Beispiel Osteoporose: Die

*Als nächster Facharztvertrag startet der Vertrag zur Orthopädie*

### Steckenpferd Manuelle Medizin

Gemeinsamkeit – dieses Stichwort nennt der konservativ tätige Orthopäde immer wieder. Hausärzte und Fachärzte sollten seiner Ansicht nach die Gemeinsamkeiten in den Vordergrund stellen, anstatt sich gegenseitig zu bekämpfen. Er engagiert sich übrigens nicht nur bei MEDI und im Berufsverband der Orthopäden


Prävention soll gefördert werden. Knochendichtemessungen sollen sinnvollerweise durchgeführt werden, bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist und nicht erst, wie es derzeit im EBM vorgesehen ist, wenn eine Fraktur vorliegt. Es soll möglich sein, eine umfangreiche Beratung zum Krankheitsbild und zur Therapie durchzuführen, was sich auch



Neben Praxis und Berufspolitik betreut Reinhard Deinfelder Schüleraustausch-Projekte.

nungen, Kirchen, ja, ganze Städte geschlagen. Vom Ballon aus sieht man sich konfrontiert mit einer unglaublichen Welt. So ganz anders als das schwäbische Donzdorf. Vielleicht aber gerade deshalb ideal, um sich von den Patientenströmen der Praxis und vom berufspolitischen Verhandlungsmarathon zu erholen?

Im vergangenen Sommer organisierte er als Projektleiter

und stellvertretender Vorsitzender des Vereins Europabaum e.V. mit der Stadt Donzdorf einen Jugendaustausch. Den Rahmen bildete das „European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations“. Aus Frankreich, Spanien und Sachsen reisten 53 Schüler nach Donzdorf an, um sich dort mit Altersfragen zu befassen. Es wurde ein Theaterstück zum Altern in Europa aufgeführt, Diskussionen mit EU-Politikern organisiert und Gesundheitseinrichtungen wie die Klinik am Eichert mit ihrem geriatrischen Schwerpunkt besichtigt. „Die Zukunft ist nur gemeinsam zu bewältigen“, so Deinfelder. Womit wir fast wieder bei der Berufspolitik wären... 

*Ruth Auschra*

auf die Motivation zu lebensändernden Maßnahmen auswirken dürfte. Ähnliches gilt für Patienten mit Arthrose oder Rückenschmerzen.

Man spürt, dass Deinfelder dieses Thema am Herzen liegt. Außerdem soll es für Patienten, die langfristig krank sind und deshalb häufig in die Praxis kommen, eine angepasste Vergütung geben. Der Vertrag soll nicht einfach nur mehr Geld bringen, sondern vor allem den bürokratischen Aufwand reduzieren und gleichzeitig Sicherheit und Überschaubarkeit der Einnahmen gewährleisten. „Pay for Performance“ (kurz P4P) oder auch „leistungsorientierte Vergütung“ genannt – dieses sperrige Stichwort soll für eine Qualitätsverbesserung und gleichzeitig für eine bessere Vergütung der Ärzte sorgen.

### „Verträge mit Behandlungspfaden sind notwendig“

Wenn der Orthopäde einen Wunsch frei hätte, würde er sich eine medizinische Versorgung wünschen, bei der eine rechtzeitige und angemessene Diagnostik und Therapie gewährleistet sind. Seiner Erfahrung nach kommt es im Rahmen der Primärversorgung leider immer

wieder vor, dass wochenlang symptomatisch behandelt wird, ohne dass ein Erfolg erzielt wird. Wenn der Patient dann endlich zum Orthopäden überwiesen wird, ist er oft in einem unnötig schlechten Zustand mit deutlichen Chronifizierungstendenzen. Auch deswegen unterstreicht Deinfelder die Notwendigkeit von Verträgen mit Behandlungspfaden, die für die ambulante Versorgung entwickelt wurden und werden. Andererseits ist er auch gerne bereit, kurzfristige Termine zu vergeben, wenn es notwendig ist. Nicht ohne Grund hat er in seiner Praxis eine tägliche Notfallsprechstunde eingerichtet, was allerdings zugegebenermaßen deutliche Auswirkungen auf die Wartezeit haben kann.

### Fluchten aus dem Alltag

Aber die Medizin ist nicht alles, auch der Blick über den Tellerrand kommt bei dem Orthopäden nicht zu kurz. Da gibt es einerseits Urlaube, „kleine Fluchten“ aus dem prall gefüllten Alltag. Im Frühjahr war er für einige Tage in der Türkei, in Kappadokien. Das Land dort erinnert an eine bizarre Mondlandschaft, wo Tuffsteinkegel aufragen, die man Feenkamine nennt. In den weichen Stein sind Woh-



Foto: DAK


## § 115a: So sind Sie auf der sicheren Seite

Das Gesetz erlaubt nun ausdrücklich, dass Kliniken vor- und nachstationäre Leistungen an Niedergelassene delegieren dürfen. Die **MEDITIMES** erklärt, was Vertragsärzte dürfen und was nicht – und wie sie nicht auf ihren Kosten sitzen bleiben.

Seit 2012 stellt der § 115a Absatz 1 SGB V klar, dass Kliniken Vertragsärzte mit der Übernahme der prä- und poststationären Leistungen beauftragen dürfen. Nach dem Wortlaut der Regelung können Kliniken derartige Behandlungen entweder selbst erbringen oder sie an niedergelassene Ärzte delegieren. „Mit dieser Gesetzesänderung ist also ausdrücklich die rechtliche Möglichkeit dazu geschaffen worden, dass Ärzte von Krankenhäusern beauftragt werden“, sagt Frank Hofmann, Justiziar und Vorstand der MEDIVERBUND AG. Die Änderungen waren nach verschiedenen Gerichtsurtei-

len nötig geworden (*siehe Kasten*). Dennoch sollten Vertragsärzte vor- und nachstationäre Behandlungen weiterhin nur dann erbringen, wenn sie von einem Krankenhaus ausdrücklich dazu beauftragt worden sind. „Übernimmt ein Niedergelassener derartige Leistungen ohne eindeutige Delegation, läuft er Gefahr, sie umsonst zu erbringen, da sie nicht in die Gesamtvergütung fallen“, erklärt MEDI Juristin Ivona Büttner-Kröber. Würden derartige Leistungen trotzdem gegenüber der KV abgerechnet werden, könnten sie gestrichen werden.

## MEDI wirkte mit bei der Gesetzesänderung

Auslöser für die Gesetzesänderung war unter anderem das Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf. Es entschied 2009, und damit noch in der alten Regelung des § 115a SGB V, dass Kooperationsverträge zu vor- und nachstationären Leistungen zwischen Vertragsarzt und Klinik wettbewerbswidrig seien. Denn die bessere Honorierung dieser Leistungen stelle eine verbotene Zuweisung gegen Entgelt dar, hieß es unter anderem. Auch sah das OLG die Gefahr, dass Patienten keine freie Klinikwahl mehr hätten und Ärzte sich wiederum bei Empfehlungen von dem guten Honorar leiten lassen könnten. Auch auf Betreiben des MEDI Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner wurde der § 115a geändert, sodass Delegationen ausdrücklich erlaubt sind und vom Krankenhaus bezahlt werden müssen  *din*

## Wasserdichter Rahmenvertrag von MEDI

Prinzipiell kann sich ein niedergelassener Arzt von einem Krankenhaus einzeln beauftragen lassen. In einem solchen Fall muss die Klinik ausdrücklich erklären, dass sie die Kosten der Behandlung übernimmt. Damit die Vertragsärzte aber nicht mit jedem Krankenhaus einzelne Vereinbarungen treffen müssen, bemühen sich MEDI, die KV Baden-Württemberg und der Deutsche Hausärzteverband seit fast eineinhalb Jahren mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) um einen neuen Rahmenvertrag. Die BWKG hatte jedoch anberaumte Gespräche wegen „internen Abstimmungsbedarfs“ abgesagt. Flexibler zeigten sich da die Kliniken der GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar in Schwetzingen, Sinsheim, Weinheim und Eberbach. Mit ihnen besteht seit März ein Kooperationsvertrag für nachstationäre Leistungen, der für alle Vertragsärzte offen ist.


Außerhalb des Kooperationsvertrags sollten niedergelassene Haus- und Fachärzte prä- und poststationäre Leistungen vorzugsweise über bestehende Rahmenvereinbarungen in ihrer Region erbringen. Arztgruppen, die Rahmenvereinbarungen verhandeln möchten, können sich einen geprüften Rahmenvertrag von der MEDI Homepage herunterladen und sich von den MEDI Experten beraten lassen.

## Ohne Vereinbarung nur mit Patientenbegleitbrief!


Wer keine Vereinbarung mit einer Klinik hat, sollte seinen Patienten bei der Einweisung ins Krankenhaus einen Patientenbegleitbrief mitgeben. Dieser wurde von MEDI und der KVBW juristisch geprüft. In dem Brief werden Patienten über die rechtliche Situation informiert und sie erfahren, dass Ärzte ohne eine entsprechende Beauftragung des Krankenhauses keine vor- und nachstationären Behandlungen erbringen dürfen. Außerdem sollten die Patienten bei ihrer Entlassung einen Termin mit ihrem Krankenhaus innerhalb der nächsten 14 Tage zur poststationären Behandlung vereinbaren.

## Die Leistungen auf einen Blick

Bei **vorstationären Leistungen** soll meist die vollstationäre klinische Behandlung abgeklärt oder vorbereitet werden. „Sie sind begrenzt auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor dem eigentlichen Klinikaufenthalt und umfassen beispielsweise EKG, Gerinnungsuntersuchungen, Sonografie- und Röntgenleistungen“, so Frank Hofmann.

**Nachstationäre Leistungen** sollen den Erfolg der klinischen Behandlung sichern. „Sie sollten sich unmittelbar an den Klinikaufenthalt anschließen und sind auf sieben Tage innerhalb von zwei Wochen nach dem vollstationären Aufenthalt begrenzt“, erklärt Hofmann. Zum Leistungsspektrum gehören unter anderem Wundkontrolle, Verbandswechsel und Laborkontrollen.  *din*

Zudem sollten alle Patienten, sofern ihr Zustand es zulässt, mit dem Begleitbrief in die Kliniken zurückgeschickt werden. „Da diese Leistungen innerhalb eines klar definierten Zeitraums grundsätzlich Aufgabe der Klinik sind, darf in diesem Falle auch kein Überweisungsschein mitgegeben werden“, erklärt Büttner-Kröber (*siehe Kasten*).

Unabhängig davon dürfen im vor- oder nachstationären Zeitraum alle medizinisch notwendigen Behandlungen erbracht werden, die mit dem Klinikaufenthalt nichts zu tun haben, wie etwa die Behandlung eines grippalen Infekts. Und zu guter Letzt sollte der Umfang des Arzthaftpflichtschutzes bei vor- und nachstationären Behandlungen in jedem Fall mit der Versicherung geklärt werden. 

*Diana Niedernhöfer*

→ Rahmenvertrag, Patientenbegleitbrief und weitere Informationen zum Thema finden Sie unter [www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) in der Rubrik „Ärzte“ im Bereich „Verträge“.



Ass.jur. Ivona Büttner-Kröber  
beantwortet Ihre  
Rechtsfragen

## Welchen Urlaubsanspruch hat mein Personal?

Im Bundesurlaubsgesetz (BUrlG) ist geregelt, dass jeder Arbeitnehmer in jedem Kalenderjahr Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub hat, wobei der Urlaub jährlich mindestens 24 Werktage einschließlich Samstage beträgt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass als Werktage alle Kalendertage gelten, die nicht Sonn- oder

gesetzliche Feiertage sind. Das bedeutet, dass bei einer regulären Fünf-Tage-Woche ein gesetzlicher Urlaubsanspruch von 20 Urlaubstagen ohne Samstage besteht. Gesetzlich geregelt ist allerdings nur der Mindesturlaub. Einzelvertraglich vereinbaren Arbeitgeber und Arbeitnehmer häufig mehr Urlaubstage.

## Muss ich den Urlaub zum beantragten Zeitpunkt gewähren?

Grundsätzlich muss der Praxischef bei der zeitlichen Festlegung des Urlaubs die Wünsche seiner Angestellten berücksichtigen. Es sei denn, dass dringende betriebliche Belange oder Urlaubswünsche anderer Arbeitnehmer, die unter sozialen Gesichtspunkten den Vorrang verdienen, entgegenstehen. Demnach darf der Chef beispielsweise den beantragten Urlaub kinderloser, lediger Arbeitnehmer in den Schulferien ablehnen, wenn andere Mitarbeiter schulpflichtige Kinder haben und daher auf den Urlaub in den Schulferien angewiesen sind. Das gilt jedoch nur, wenn nicht die gesamte Praxis Urlaub hat. ■

Vertragsabteilung


## Jens Offenhäuser ...



... wurde 1982 in Stuttgart geboren und wuchs dort und in Korntal auf. Seine Schulausbildung schloss er 2002 mit dem Abitur am Gymnasium Korntal ab. 2003 begann Jens Offenhäuser sein Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Hohenheim mit den Vertiefungsrichtungen Personal, Organisation und Unternehmensführung/Wirtschaftspsychologie sowie Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen.

Nach seinem Prädikatsabschluss zum Diplom-Ökonom war Offenhäuser von 2009 bis 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen der Universität Hohenheim. Dort

war er sowohl für die Betreuung und Ausbildung von Bachelor- und Masterstudenten als auch für Forschungs- und Beratungsprojekte des Lehrstuhls mitverantwortlich. Parallel dazu arbeitete der Stuttgarter als Dozent der Dualen Hochschule Baden-Württemberg und als freiberuflicher Berater. Zeitgleich begann er sein Promotionsstudium im Bereich der Gesundheitsökonomik in Kooperation mit der geriatrischen Abteilung des Robert-Bosch-Krankenhauses.

Im Januar 2013 kam Jens Offenhäuser zur MEDIVERBUND AG, bei der er als Projektmanager die Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg und der Bosch-BKK betreut. 

Sekretariat


## Susanne Voeske ...



... wurde 1966 in Wuppertal geboren. Nach dem Abitur absolvierte sie zunächst eine kaufmännische Ausbildung und Anstellung als Facheinkäuferin bei einem Automobilerstaurier. Später studierte sie Betriebswirtschaft an der Technischen Akademie Wuppertal und war zudem als Facheinkäuferin bei Mannesmann Mobilfunk tätig.

1997 wechselte Susanne Voeske gemeinsam mit ihrem Mann nach Dresden und arbeitete dort als Großkunden-Betreuerin bei Mannesmann Arcor. 2000

folgte für beide der Wechsel nach Baden-Württemberg. Hier arbeitete Voeske zunächst als Facheinkäuferin beim Sparkassenverlag, später als Vertriebsbeauftragte der Debeka und zuletzt als Assistentin der Geschäftsleitung einer Werbe- und Vertriebsberatungsagentur.

Im März 2013 kam sie als Sekretärin des Vorstands und Qualitätsmanagementbeauftragte zur MEDIVERBUND AG. 

# Schritt für Schritt zur neuen Versorgung: So entsteht ein 73c-Vertrag

Seit drei Jahren ergänzen Facharztverträge den Hausarztvertrag in Baden-Württemberg. Die Vertragspartner bauen ihre alternative Vollversorgung weiter aus und schaffen damit konkrete Verbesserungen für Ärzte und Patienten. An einem Facharztvertrag nach § 73c SGB V arbeiten 20 bis 30 Personen. Bis der Vertrag starten kann, bedarf es in der Regel ein Jahr Vorbereitungszeit.

## Ausschreibung und Bewerbung

Wann welcher Facharztvertrag verhandelt wird, entscheiden die Krankenkassen. Die Kassenseite legt in ihrer Ausschreibung die Grundvoraussetzungen für einen medizinischen Fachbereich oder ein spezifisches EBM-Kapitel fest. Dazu zäh-

len beispielsweise Flächendeckung, technische und qualitative Voraussetzungen für die Praxen oder Anforderungen für die ärztlichen Managementgesellschaften.

Ist ein 73c-Vertrag ausgeschrieben, nimmt MEDI Kontakt mit den in Frage kommenden Berufsverbänden auf und ar-

beitet mit ihnen ein entsprechendes Angebot für eine gemeinsame Bewerbung aus. „Manchmal holen wir auch besonders versierte Einzelmitglieder ins Boot, die ihr Experten-Wissen bei bestimmten Therapieformen einbringen“, erklärt Silke Arnegger, Leiterin der Vertragsabteilung



bei der MEDIVERBUND AG. Zwischen der Ausschreibung und der Bewerbung liegen im Durchschnitt sechs bis acht Wochen.

Im letzten Schritt prüft die Krankenkasse die Bewerbung und fordert bei Bedarf fehlende Sachverhalte oder Erläuterungen an. Ist auch das unter Dach und Fach und MEDI und die Berufsverbände bekommen den Zuschlag für die Vertragsverhandlungen, sind sie damit offizielle Vertragspartner der Krankenkasse.

## Bildung der Arbeitsgruppen

Für jeden Facharztvertrag wird eine Vertrags-AG gebildet. Ihr sind wiederum weitere Arbeitsgruppen untergeordnet:

- Qualitäts-AG
- Pharma-AG
- Versorgungssteuerungs-AG
- Prozess-AG
- Abrechnungs-AG
- Kommunikations-AG

In den Arbeitsgruppen sitzen Kassenvertreter, Mitarbeiter der MEDIVERBUND AG und Ärzte bzw. Psychotherapeuten aus den Berufsverbänden. Die Arbeitsgruppen starten zu unterschiedlichen Zeitpunkten und treffen sich in regelmäßigen Abständen, bei Bedarf sogar wöchentlich. Den Anfang machen die Vertrags- und die Qualitäts-AGs. Dort werden beispielsweise technische Anlagen, Leistungsinhalte oder Qualitätsanforderun-

gen erarbeitet und das Quorum definiert (*siehe auch Grafik*). Die Ergebnisse aus diesen beiden Arbeitsgruppen bilden die Grundbausteine für die Vergütungssysteme, die im obersten Gremium, dem Lenkungsausschuss, verhandelt werden. An diesem nehmen die Vorsitzenden der Vertragspartnern sowie weitere Experten aus der Vertrags-AG teil.

Je nach Facharztgruppe kommen für einen 73c-Vertrag insgesamt zwischen 70


schulungen besuchen, Vertragsvoraussetzungen nachweisen, die erforderliche Praxis-Software installieren und sich in den Vertrag einschreiben. Haben sich genügend Ärzte eingeschrieben, ist das Quorum erreicht und die Ärzte erhalten ihre Starterpakete mit Info-Material für ihre Patienten, Handouts und Einschreibeunterlagen. Das darauf folgende Quartal ist dann in der Regel das vergütungswirksame Abrechnungsquartal.

*Zwischen 70 und 130 Verhandlungstage kommen für einen Vertrag zusammen*

und 130 Verhandlungstage zusammen! „Für die Ärzte und Psychotherapeuten bedeutet das, dass sie neben ihrer Arbeit in der Praxis und ihrem berufspolitischen Engagement viele Nachmittage und Abende für Vertragsverhandlungen opfern“, gibt Arnegger zu bedenken.

## Vertrags-Start

Sind alle Anforderungen und die Vergütungssystematik unter Dach und Fach, ist der Vertrag unterschiftsreif und kann starten. Doch bevor die Ärzte ihre Patienten behandeln und abrechnen können, müssen sie Informations- und Vertrags-

Die Arbeitsgruppen treffen sich auch noch nach dem Vertrags-Start in regelmäßigen Abständen, jedoch nicht mehr so häufig wie in der Entstehungsphase. Im Lenkungsausschuss werden aktuelle Entwicklungen, Probleme und Kommunikationsmaßnahmen besprochen. „Mit dem Vertragsstart ist die Arbeit längst nicht erledigt“, weiß Silke Arnegger, „denn solche Verträge sind immer laufenden Prozessen unterworfen und müssen konsequent begleitet werden.“ 

Angelina Schütz





## Auf dem Weg zur Facharzt-Nurse

Für Medizinische Fachangestellte in allgemeinmedizinischen Praxen hat sich die VERAH als interessante Entwicklungsmöglichkeit etabliert. Die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) sorgt dafür, dass sich die Qualifizierung für die Praxen rechnet. Nun arbeitet MEDI an etwas Ähnlichem für Facharztpraxen in 73c-Verträgen.

Genauer gesagt ist es vor allem Ekkehard Ruebsam-Simon, der seit Monaten Gespräche mit allen Beteiligten führt, um die Möglichkeiten auszuloten und umzusetzen. Gemeinsam mit den Facharztverbänden entwickelt er Curricula, die mit den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer (BÄK) abgestimmt werden müssen. Zum Schluss fehlen dann noch die Verhandlungen mit der AOK, um die finanzielle Seite der Qualifizierungsmaßnahme abzustimmen. Alle Seiten sollen profitieren:

- Die Patienten von einer verbesserten Versorgung.
- Die Ärzte von einer Stärkung ihrer Praxis sowie einer Entlastung im Alltag durch ein qualifiziertes Team.
- Die Angestellten von einer sinnvollen beruflichen Weiterentwicklung.

Bei der Entwicklung der Curricula möchte der Vize von MEDI Baden-Württemberg das Rad möglichst nicht komplett neu erfinden. Stattdessen will er lieber auf vorhandene Curricula aufbauen und diese mit den neuen Fortbildungsinhalten ab-

stimmen, sodass ineinander verzahnte Curricula entstehen. Die Fortbildungen der Kammern sind dafür gut geeignet. Im Idealfall könnten Mitarbeiterinnen die Qualifikation für einen 73c-Vertrag gleich-

zeitig auch als ein Element dieser Fortbildungen nutzen. Die Mehrzahl der MFAs wird nach Einschätzung von Ruebsam-Simon jedoch eher die „kleine“ Qualifikation für die 73c-Verträge ausreichend finden. Wichtig für MEDI Fachärzte ist in erster Linie, dass die Curricula tatsächlich die Inhalte der Selektivverträge abbilden. Hier sollen die MFAs die Möglichkeit bekommen, mehr Verantwortung zu übernehmen.

### Strukturen und Prozesse

Für eine optimale Betreuung sind ein durchdachtes Übergangsmanagement und eine Optimierung der Schnittstellen erforderlich. Das heißt: Auch in den Facharztpraxen ist es sinnvoll, die Mitarbeiterinnen verstärkt in neue Betreuungsstrukturen und verbesserte Versorgungsprozesse chronisch Kranker einzubeziehen. Diese Qualifizierung von MFAs zu spezialisierten Nurses hat jedoch nicht nur das Ziel einer verbesserten Versorgungsqualität. Es geht auch um die Verbesserung des Schnittstellen-Managements im Vertrag, die Entwicklung solider Kenntnisse der organisatorischen Vertrags-Tools und um tatkräftige Unterstützung zur effektiveren Umsetzung der Inhalte.

Dabei wird nicht nur an die bisher übliche Praxisroutine gedacht. Als Fernziel wäre es beispielsweise vorstellbar, chronisch Kranke und/oder deren Angehörige im Rahmen eines Case-Managements per Telefon zu begleiten und bei alltäglichen Themen zu unterstützen. Die regelmäßige Frage nach der Medikamenteneinnahme, nach Nebenwirkungen, Beschwerden oder anderen Problemen

*Curricula sollen die Inhalte  
der Facharztverträge abbilden*

wäre therapeutisch sinnvoll, um Fehlentwicklungen vorzubeugen und frühzeitig motivierend einzugreifen. Manche Fragen könnte die Nurse am Telefon klären, andere werden die Rücksprache mit dem

Arzt oder eine Einbestellung in die Praxis notwendig machen.

Der Hintergrund für die Überlegungen rund um die Facharzt-Nurses ist kein Geheimnis. In den Praxen sorgt der demografische Wandel für einen Anstieg der Anforderungen an die Versorgungsqualität. Das gilt insbesondere für die langfristige Betreuung chronisch kranker Patienten. Die Facharztpraxis ist für viele Patienten zu einem zentralen Ort der Versorgung zwischen den Hausärzten und den Kliniken geworden. Wichtig wird dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich auch bei den Fachärzten ein Nachwuchsmangel ankündigt.


### Wie geht es weiter?

Eine verstärkte Qualifizierung der MFAs für delegationsfähige Aufgaben ist also anzustreben. Das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungs-

Fortsetzung Seite 30

### Neurologie

Die Berufsverbände BVDN und VNBW stellen die vier Krankheitsbilder Multiple Sklerose, Demenz, Morbus Parkinson und Epilepsie in den Vordergrund. Hier könnten sich die Mediziner eine echte Entlastung durch eine qualifizierte MFA vorstellen. Beispielsweise könnten neurologische Versorgungsassistentinnen folgende Aufgaben übernehmen:

- Testungen, Zwischenanamnese und Vorbereitung des Arzt-Patienten-Kontaktes.
- Compliance fördernde Maßnahmen und Informationen zur medikamentösen Therapie.
- Beratung von Angehörigen, z.B. Mitarbeit in Selbsthilfe- und Angehörigengruppen.
- Sozialmedizinischer Service (Fragen um Reha, Rente, Schwerbehinderung, Kurzzeitpflege, Pflegedienste, Altenheime).  *ra*

### Kardiologie

Die Fachärzte für Kardiologie betreuen in enger Verzahnung mit den Hausarztpraxen viele chronisch Herzranke. Der erste Curriculum-Entwurf sieht beispielsweise vor, dass die MFA besondere Aufgaben bei der langfristigen Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten übernimmt. Wichtige Bestandteile könnten sein:

- Schulung von Kommunikation und Gesprächsführung mit chronisch Kranken.
- Hausbesuche mit dem Ziel einer verbesserten Verlaufskontrolle.
- Informationsmaßnahmen zur Motivierung und Schärfung der Selbstwahrnehmung.

Auch für andere Patientengruppen wären Themen wie Telemonitoring oder ein fundierteres Wissen über Medikamenteninteraktionen wünschenswert.



*ra*

Fortsetzung  
**Auf dem Weg zur  
 Facharzt-Nurse**



forschung der MEDI Verbünde (IFFM) wird diese Kurse anbieten. Selbstverständlich muss es die Möglichkeit geben, dafür öffentliche Unterstützung wie Fortbildungsgutscheine (Bildungsprämien) zu beantragen. Etliche Fragen sind noch offen. Relativ weit fortgeschritten sind bereits die Vorarbeiten für den Neurologie- und den Gastroenterologie-Vertrag.

Ruebsam-Simon ist zuversichtlich, dass die Gespräche mit den Facharztverbänden in Kürze zu allseitig akzeptierten Curricula führen werden. Gerade vor dem Hintergrund des sich anbahnenden Facharztmangels ist die Stärkung der ambulant tätigen Fachärzte dringend notwendig. Deswegen geht der MEDI Vize davon aus, dass die AOK sich diskussionsbereit zeigen wird, wenn es um die finanzielle Umsetzung des Konzeptes geht. ■■

Ruth Auschra

Ekkehard Ruebsam-Simon will vorhandene Curricula mit neuen Inhalten anreichern.

**Psychiatrie**

Mit den Facharztverbänden für Psychiatrie haben erste Gespräche stattgefunden, die zu interessanten Ansätzen geführt haben. Wäre es nicht denkbar, engagierten Angestellten Teile einer strukturierten Anamneseerhebung zu übertragen? Oder Aufgaben im Rahmen der Medikamentenanamnese mit dem Schwerpunkt Wechselwirkungen? Auch bei ambulant durchgeführten Lumbalpunktionen wäre eine Qualifizierungsmaßnahme sinnvoll, um die Qualität zu sichern. ■■ ra

**Gastroenterologie**

Die ambulant durchgeführte Diagnostik muss hohen Qualitätsanforderungen genügen. Auch die evidenzbasierte Therapie erfordert ein besonderes Case Management unter Berücksichtigung spezieller Assessments und facharztspezifischer Hilfepläne. Hier bieten sich verschiedene Schwerpunkte an, um die Kompetenz der MFAs bei delegationsfähigen Aufgaben zu stärken. Beispielsweise umfasst die aktuelle Fassung des Curriculums, das in Kooperation mit dem BNG entwickelt wurde, folgende Punkte:

- Organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance (z.B. Einführung von Remindings und Recalls).
- Kommunikative und Schulungsmaßnahmen zur Stärkung von Autonomie und Adherence.
- Schritte zur Optimierung der Abläufe bei ambulanten Eingriffen (z.B. Notfallmaßnahmen, Hygiene, Sedierung). ■■ ra

Unser Angebot  
**Terminblöcke  
 DIN A6**

Menge: 50 Stück  
 Format: DIN A6: 10,5 cm x 14,8 cm  
 Blatt: 100  
 Druck: 4/0-farbig Euroskala  
 Papier: 80 g/m<sup>2</sup> Offset hochweiß  
 Preis: 50 Stück mit je 100 Blatt für nur 200,- Euro (inkl. MwSt. zzgl. Versand)

**Bestellformulare unter  
 Telefon: 0711 806079-0  
 oder [www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)**



← 1



← 3



← 2



← 4



Günther Limbergs Wundnetz kann Erfolge in der Diabetesbehandlung nachweisen und gilt als Beispiel für hervorragendes Teamwork.

## Wer ist der Spezialist für diabetische Füße?

Vorsicht, das ist eine Fangfrage! Es kommt nicht in erster Linie auf den Spezialisten an, wenn man die Zahl von Fuß-Amputationen bei Diabetikern reduzieren will. Im „Wundnetz Nordschwarzwald“ ist das MEDI Arzt Dr. Günther Limberg durch Teamarbeit gelungen.

Der Direktvertrag zur integrierten Versorgung chronischer Wunden wurde 2009 mit dem Ziel aufgebaut, eine Steigerung der Effizienz und der Versorgungsqualität bei sinkenden Kosten zu erreichen. Ein Ziel, das heute schon erreicht worden ist. Limberg kann nämlich belegen, dass

1. Amputationen bei den Diabetikern in seinem Netz seltener sind,
2. die Zahl der Krankenhaustage gesunken ist,
3. die Zahl der Krankenseinweisungen gesunken ist.

Für diese Erfolge ist nach Limbergs Überzeugung nicht er alleine verantwortlich.

„Die Besonderheit des Wundmanagements ist das Team“, sagt er und ergänzt: „Die Arbeit ist genau so gut wie sie vom schwächsten Glied in der Kette getan wird“. Damit meint er nicht den Menschen mit der geringsten Qualifikation, sondern denjenigen, der sich am wenigsten mit den Zielen des Projekts identifiziert. Es ist wie beim Fußball: Gewinnen wird nicht die Mannschaft, die einen genialen Stürmer hat, sondern die, bei der das Zusammenspiel aller Spieler am besten funktioniert. Darin liegt wohl der größte Unterschied zwischen dem Wundnetz Nordschwarzwald und der nicht organisierten Versorgung chronischer Wunden. Limberg ist nicht dann zufrieden, wenn er selbst gute Arbeit geleistet

hat, sondern wenn er herausgefunden hat, wer warum welchen Fehler macht und wie sich dieser beheben lässt.

### Konkrete Abläufe

In der Praxis bedeutet dieser Standpunkt, dass Limberg viel telefoniert. Fast jeden Tag ruft er in einem Krankenhaus an, spricht mit Kollegen, mit Angestellten der Diakoniestation oder mit Angehörigen. Er weiß, dass die Ergebnisqualität vom einzelnen Mitarbeiter abhängt und fragt nach, wenn er Mängel bemerkt. „Ich gehe davon aus, dass jeder davon überzeugt ist, seine Arbeit richtig zu machen“, sagt er. Aber er kennt nicht jeden neuen Mitarbeiter in jeder Einrichtung und vielleicht kennt auch nicht jeder Mitarbeiter alle Anforderungen des strukturierten Wundmanagements. Vor einem Abstrich für die Bakteriologie ist die Wunde beispielsweise zuerst oberflächlich zu säubern. Dieser Grundsatz gilt verbindlich für alle, die an der Behandlung teilhaben – so wie natürlich noch viele andere Grundsätze! Und trotzdem wird es immer wieder falsch gemacht. So lange, bis es wieder einmal erklärt werden muss.

Die Koordination aller Beteiligten kostet Zeit. „Aber wir sind erfolgreich“, so Limberg. Er beklagt sich nicht über den Zeitaufwand. Auch der bürokratische Aufwand lässt sich im Wundnetz in Grenzen halten. Dabei reicht es nicht, sich nur mit den Patienten und dem eigenen Team auseinanderzusetzen, sondern auch noch mit Chirurgen und Allgemeinmedizinern, mit Podologen, Schuhmachern, Angehörigen und Hauspflegekräften: Man kann nur ahnen, wieviel Energie es kostet, alle immer wieder auf die Grundsätze des Netzes einzuschwören.

## Therapie im Netz

Wenn der Patient sich eingeschrieben hat, erfolgt seine Behandlung im Wundnetz. Eigentlich wie üblich:

- Diagnostik
- Dokumentation
- Therapie
- Ausgabe der Materialien
- Hilfsmittelanpassung
- Einschaltung und Begleiten der Mitbehandler
- Regelmäßige Information des Hausarztes über den Verlauf der Behandlung
- Jährliche Kontrolle

Aber ein paar Besonderheiten machen das Wundnetz für Patienten interessant: Sie finden hier kurze Wege und nur einen Ansprechpartner für ihr Problem. Außerdem hat sich herumgesprochen, dass sie von der hohen Behandlungsqualität im Wundnetz profitieren.

Für jeden Patienten gibt es einen Behandlungsbogen, den der Hauptbetreuer bekommt. Das kann der Hausarzt sein, die Diakonie oder ein Angehöriger. In 60% der Fälle arbeiten Angehörige mit dem Behandlungsbogen.

Nach Abheilung der akuten Läsionen übernimmt der Hausarzt die Weiterbetreuung. Auch er hat Vorteile von der Integrierten Versorgung: Er wird bei der Wundbehandlung unterstützt, der Patient bleibt aber in seiner Behandlung. Er muss keine aufwendigen Wundverbände anbieten und hat keine Regressforderungen zu befürchten.

Auch die Klinik hat gute Gründe, sich am Wundnetz zu beteiligen: Der Aufwand für stationäre Aufenthalte sinkt, weil die Patienten durch die gute Vorbereitung weniger lange Liegezeiten haben. Außerdem ist der Drehtüreffekt durch die gute ambulante Versorgung zu vernachlässigen.

Die AOK profitiert nicht nur von diesen Einsparungen, sondern generell von der hohen Behandlungsqualität für ihre Versicherten. Dadurch sinken die Folgekosten, etwa die Zahl der häuslichen Verordnungen. Von den Einsparungen durch die nicht amputierten Füße ganz zu schweigen. ■■

Ruth Auschra

## Wie man ein solches Netz aufbaut

Nach zwei Jahren Vorbereitungszeit gründete Limberg das „Wundnetz Nordschwarzwald“, ein in Baden-Württemberg einzigartiges Gemeinschaftsprojekt von AOK Nordschwarzwald, Kreisklinikum Calw-Nagold und MEDI Verbund. Als Vorbild diente das „Fußnetz Köln“ dessen Konzept von Dr. Dirk Hochlenert entwickelt wurde.

Bevor Limberg das Wundnetz aufbauen konnte, war einige Vorarbeit fällig, u.a. mehrere Fortbildungen und Hospitationen in ähnlichen Projekten. Heute kommen Kollegen zum Hospitieren zu ihm und er gibt sein Wissen gerne weiter. Um ein solches Netz aufzubauen, braucht man seiner Erfahrung nach das nötige Wissen im Bereich Wundmanagement und ein passendes

Netzwerk. Gute Kontakte hatte er zur AOK und zu MEDI. „Ich musste das Rad zum Glück nicht neu erfinden“, gibt er gerne zu.

Limberg betreibt nach wie vor eine fachinternistische Praxis in Bad Wildbad (Diabetologie, Kardiologie, Gastroenterologie) und eine Zweigpraxis in Calw. Außerdem hält er einmal wöchentlich eine Wundvisite im Krankenhaus Calw ab. Angestellt sind bei ihm eine internistische Assistenzärztin, drei Wundassistentinnen, zwei Diabetesberaterinnen und zwei Diabetes-Assistentinnen. ■■

ra

→ [www.fussnetz-koeln.de](http://www.fussnetz-koeln.de)



## WundApp unterstützt Ärzte

Die Dr. Ausbüttel & Co. GmbH (DRACO®) stellt niedergelassenen Ärzten eine kostenfreie WundApp für die Versorgung chronisch-rezidivierender Wunden zur Verfügung, die im App-Store für iPhone und iPad zur Verfügung steht. Dank einer mobilen Wunddokumentation für Haus- und Heimbesuche kann der Arzt die Dokumentationspflicht unmittelbar im Heim oder beim Patienten zu Hause sicherstellen. Die Wunden werden passwortgeschützt direkt mit dem iPhone oder iPad erfasst und fotografiert. Anschließend können Wunddokumentationsbögen zusammen mit den Fotos als PDF per E-Mail an die Praxis geschickt werden. Darüber hinaus hilft ein Wundaufgaben-Assistent dabei die richtige Wundaufgabe für jede chronische Wundindikation auszuwählen. ■■

as

# Wenn VERAHs coachen

Das geht, wenn sich die VERAH zum HausMed Coach weiterbildet. Konkret eröffnet das die Möglichkeit, Coachings für Patienten mit leichten Depressionen oder Bluthochdruck im Rahmen der HZV anzubieten und abzurechnen. „Eine gute Sache“, findet MEDI Arzt Andreas Hessenbruch aus Winterbach.

Grundlage des Coachings ist die Onlineplattform [www.hausmed.de](http://www.hausmed.de). Hier bietet der Deutsche Hausärzterverband sein Präventionskonzept an: Online-Gesundheitscoachings, bei denen die VERAHs eine wichtige Rolle spielen. Eingeschriebene Patienten können die drei Monate dauernden Coachings am eigenen Rechner abrufen, wann immer es ihnen in den Alltagsablauf passt. Die üblichen Terminprobleme, die jeder Kurs-Anbieter kennt, sollte es hier also nicht geben. Die VERAH hat die Aufgabe, zusätzlich per SMS, E-Mail oder telefonisch Unterstützung anzubieten. Bringt das etwas?

Hausarzt Hessenbruch hat erst vor kurzem das Angebot der HausMed Coaches für seine Praxis entdeckt und ist überzeugt von den Vorteilen: Erstens findet er es eine gute Idee, die Compliance der Patienten zu verbessern. Zweitens ist es ein Vorteil, dass die Programme auf eine Entlastung durch die VERAH angelegt sind. Und drittens sieht er einen deutlichen Motivationsschub bei seinen VERAHs durch das neue Aufgabenfeld. Zudem sind alle Programme pharmafrei. Derzeit können im Rahmen der HZV Coachings mit zwei Indikationen abrechnet und für die Patienten kostenfrei angeboten werden: Hypertonie und Depression. Die Abrechnung erfolgt über den HZV-Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg als Einzelleistung.

## Hier liegen die Vorteile

Nach Hessenbruchs Erfahrung machen Überwachung und Motivation gerade bei Hypertonikern mit hohen Werten Sinn. In der üblichen Praxis nicht ganz leicht: Haben Sie Ihre Hochdruck-Patienten



Andreas Hessenbruch ist vom HausMed Coaching überzeugt.

schon einmal angerufen, um sie an die regelmäßige Medikamenteneinnahme zu erinnern? Oder um nachzufragen, was aus den besprochenen Lebensstiländerungen geworden ist? Im Rahmen des HausMed Coachings machen die VERAHs das, wenn sie die strukturierten Online-schulungen begleiten. Sie fragen nach, ob die Motivation zum Fitnesstraining noch vorhanden ist oder freuen sich mit, wenn das Körpergewicht gesunken ist. Sie bieten sich als Ansprechpartner und Begleiter bei der Krankheitsbewältigung an. Hessenbruch erinnert daran, dass Verhaltensänderungen seiner Erfahrung nach davon leben, dass man an die guten Vorsätze immer wieder erinnert wird.

Auch für Patienten mit leichten Depressionen erwartet der Allgemeinmediziner Vorteile durch die neue Form der Betreuung. Bei dieser Patientengruppe

sieht er die Gefahr, dass sie in der Praxis bisher bei allem guten Willen nicht immer perfekt betreut, sondern möglicherweise manchmal ein bisschen vernachlässigt werden. Eine bessere Anbindung an die Praxis findet er absolut wünschenswert. Um Missverständnissen vorzubeugen: Selbstverständlich kann und soll ein Coaching kein Ersatz für eine fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung sein.

## So funktioniert es

Der Ablauf in der Praxis ist klar strukturiert: Der Arzt spricht geeignete Patienten auf das neue Coaching an und erklärt ihnen die Möglichkeiten des Angebots. Wenn es auf Interesse stößt und der Patient sein Einverständnis dokumentiert hat, startet die HausMed-Betreuung. Von diesem Moment an coacht die VERAH auch diesen Patienten. Das nötige Wissen wird den VERAHs in einem Einführungskurs vermittelt, der mit einem Zertifikat abschließt. Wichtig ist im Praxisalltag, dass die VERAH dem Arzt direkte Rückmeldungen gibt.

Viel Aufwand ist das für Hessenbruch nicht gewesen. Es kostet nicht viel Zeit, sich in das Programm einzuarbeiten. Die VERAHs seiner Praxis haben die nötige Weiterbildung „sehr gerne“ gemacht. Dafür hat es sicher auch eine Rolle gespielt, dass ihr zeitlicher Aufwand für den Kurs als Arbeitszeit berücksichtigt wurde. Eigenständiges Arbeiten mit mehr Patientenbindung – für die hausärztliche Praxis auch stimmungsmäßig ein echter Pluspunkt. „Motivierte Mitarbeiterinnen und ein verbessertes Betriebsklima zahlen sich aus“, bilanziert Hessenbruch. ■

Ruth Auschra

→ [www.hausmed.de](http://www.hausmed.de)



## Alles Gute – oder auf Nimmerwiedersehen?

Trennungen begleiten uns auch in der Praxis. Manche Kündigung fällt leicht, oft sind aber auch Spannungen oder Abmahnungen im Spiel. Oder es fühlt sich wie ein kleiner Verrat an, wenn die Erstkraft kündigt. Wie verabschiedet man sich dann?

Wenn sich diese Frage stellt, sollte man prinzipiell über die Teamarbeit nachdenken. Man kann in einer Arztpraxis irgendwie oder aber als Team zusammenarbeiten. Der feine Unterschied bedeutet, dass man dort, wo sonst gestritten und gemeckert wird, konstruktiv miteinander umgeht und den gemeinsamen Erfolg wichtiger findet als persönliche

Befindlichkeiten. Teamarbeit funktioniert nur dann gut, wenn ein paar Voraussetzungen erfüllt sind: Guter Informationsaustausch, gemeinsame Ziele und ein daraus entstehendes Wir-Gefühl, offene Kommunikation und die Möglichkeit zu gegenseitigem Feedback – dazu gehört auch Kritik.

In einem funktionierenden Team sind

Abschiede kein Problem. Es spielt keine Rolle, ob man sich beim Lieblings-Italiener oder in der Praxis bei einer Tasse Kaffee zusammensetzt. Das ergibt sich ganz nach persönlichen Zeitplanungen und Interessen. In der einen Praxis wird man sich herzlich in den Arm nehmen, in der anderen gibt es vielleicht eine kleine Rede. Die Form muss einfach zum Team passen. Schwierig wird es eigentlich nur, wenn man sich am liebsten gar nicht mehr in die Augen blicken möchte.

### Das sagt die Teamkultur über Abschiede aus

Dipl.-Kfm. Peter Rach ist Kommunikationstrainer und Coach und betreibt ein Unternehmen für Teamentwicklung. „In einem gut funktionierenden Team mit kompetent eingesetzter Kommunikation werden Differenzen zeitnah besprochen“, weiß er. Wenn also der Abschied eines Team-Mitglieds zu emotionalen Schwierigkeiten führt, kann das bedeuten, dass in diesem Team schon länger irgendetwas nicht stimmt. Hat der Chef oder die Mitarbeiterin keine Lust zum Verabschieden, ist das sogar ein sehr deutliches Signal. Rach geht davon aus, dass die Teamkultur in so einem Fall Defizite hat, dass der Umgang miteinander nicht stimmt oder dass einer von beiden sich irgendwo unfair behandelt fühlt.

Für den Coach ist klar: In einem guten Team weiß jeder, woran er ist. Das gilt für Kritik sowieso, in der Folge auch für Trennungen und Abschiede. Wenn man nicht zusammenpasst, trennt man sich einvernehmlich. Es sollte nichts nach-

## IMPRESSUM

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

E-Mail: [info@medi-verbund.de](mailto:info@medi-verbund.de)  
Tel.: 0711 806079-0, Fax: -79  
[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)

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

Design: Heinz P. Fothén  
Druck: W. Kohlhammer Druckerei  
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.  
Nachdruck nur mit Genehmigung  
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**  
erscheint im Oktober 2013.  
Anzeigenschluss ist der 15. August 2013.



Peter Rach rät zum angemessenen und professionellen Abschied.


getragen werden, das ist besser für alle Beteiligten und die Praxis. In diesem Fall wäre eine freundliche Verabschiedung mit einer kleinen Feier oder Zeremonie das Richtige.

Wenn wünschenswerte Freundlichkeiten zum Abschied aber schwer fallen, gab es vermutlich massive Differenzen, Fehlverhalten und Vertrauensbrüche. Wenn hier einer nachtritt, spricht das deutlich dafür, dass er dem anderen noch nicht verzeihen hat und seine negativen Gefühle mit in die Zukunft trägt. „Das ist schade“, meint Rach: Wer negative Emotionen unverarbeitet mitnimmt und vielleicht noch füttert, der bindet und verschwendet Energie. Ein solches Verhalten sollte nicht unterschätzt werden, da es sich langfristig in Form von gesundheitlichen Problemen, weniger Lebensfreude, Blockaden und ausbleibenden Erfolgen auswirken kann. Das Verzeihen und Loslassen ist ein wichtiger Punkt bei jeder Trennung.

### Auch an die bleibenden Team-Mitglieder denken!


Für Rach ist das gegenseitige Vertrauen im Team elementar, aber noch wichtiger in der Mitarbeiter-Chef-Beziehung. Das Verhalten des Praxischefs hat immer Signalwirkung auf die Mitarbeiterinnen, die bleiben und weiter vertrauensvoll zusammenarbeiten sollen. „Eine unwürdige, stilllose oder gar nachtragende und verletzend Verabschiedung richtet

## Ideen für den Abschied

- Gemeinsames Grillen mit Kind und Kegel.
  - Ein bunter Blumenstrauß mit einem Stiel pro Mitarbeiter. Jeder erklärt kurz, warum er welche Blume ausgesucht hat.
  - Das (vorher abgestimmte) Arbeitszeugnis schon am letzten Arbeitstag überreichen und mit einem festen Händedruck alles Gute für die Zukunft wünschen.
  - Ein Fotobuch gestalten (z.B. mit Bildern des Teams, der Umgebung, des letzten Betriebsausfluges).
  - Eine große Tüte Luxus-Müsli individuell zusammenstellen.
- [www.mymuesli.com](http://www.mymuesli.com) 

ra

Schäden bei allen verbleibenden Mitarbeiterinnen an“, warnt er. Selbst was nur hinter verschlossenen Türen gesagt oder getan wird, spricht sich herum.

Aber Rach weiß auch, dass dieses Konzept nur in einer idealen Welt funktioniert. Tatsächlich hat auch der Arzt Emotionen und fühlt sich enttäuscht, verraten oder verletzt. Rach wäre kein Experte, wenn er nicht einen letzten professionellen Rat parat hätte: „Erstens sollte man wissen, dass man mit dem Ausleben dieser Gefühle in seiner Praxis Porzellan zerschlägt. Und zweitens, dass ein Coach beim professionellen Umgang mit diesen schwierigen Gefühlen helfen kann – der Praxis zuliebe.“ 

Ruth Auschra

→ Dipl.-Kfm. Peter Rach  
Coach (DVNLP)  
Lehrtrainer des DVNLP  
Heimbach 11a  
63776 Mömbris  
[www.rach-team-kommunikation.de](http://www.rach-team-kommunikation.de)

## Unsere Visitenkarten für Mitglieder

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

The image displays five numbered examples of business cards for Dr. med. Max Musterarzt, an allergist. Each card features the logo 'MEDI VERBUND' and the doctor's name and specialty. The cards vary in layout, with some showing contact information and office hours, and others showing a more minimalist design. The cards are numbered 1 through 5.



## Geschenke ohne Reue

Viele Praxisinhaber lassen sich regelmäßig etwas einfallen, um ihre Mitarbeiterinnen zu motivieren. Das ist auch gut so – solange sie dabei die steuerrechtliche Seite berücksichtigen.

Die Chefs einer großen Gemeinschaftspraxis in Baden-Württemberg hatten zu einem ganz besonderen Event geladen: Unter Anleitung eines bekannten Kochs kreierten Ärzte und Mitarbeiterinnen mehrere Menü-Gänge, um mit großem Vergnügen gemeinsam zu essen. Ohne Zweifel ein gelungenes Spektakel, an das sich alle Beteiligten noch lange erinnern werden. Doch es müssen nicht immer große Gesten sein, um das Praxisteam zu motivieren. „Den Angestellten geht es vor allem um Wertschätzung“, sagt die Personal- und Praxistrainerin Caroline Beil. Und diese könne der Praxischef schon mit Kleinigkeiten zum Ausdruck bringen.



### Was zu welcher Gelegenheit?

„Mitarbeiterinnen freuen sich an ihrem Geburtstag, zur Hochzeit oder bei der Geburt ihres Kindes über einen Strauß Blumen oder ein kleines Geschenk“, rät Beil. Das könne auch ein Gutschein sein. Wichtig sei nur, dass er zur Beschenkten passe. „Aufmerksamkeiten, die mit der Person nichts zu tun haben, vermitteln Desinteresse und sind kontraproduktiv“, warnt Beil. War ein Arbeitstag besonders stressig, kann der Chef sein Team zu einer Runde Eis oder zur Pizza einladen. Und ein Gläschen Sekt für alle ist vielleicht das richtige Mittel, um die Anstrengungen einer Quartalsabrechnung oder einer QM-Zertifizierung zu feiern.

Den Teamgeist fördern auch Betriebsausflüge wie beispielsweise gemeinsames Grillen im Sommer oder ein Musicalbesuch. „Wichtig ist, dass die Aktionen zum Praxisteam passen“, sagt Beil. Darüber hinaus dürfe niemand zu einer Teilnahme gezwungen werden.

Bei größeren Aktionen wie einem Wochenendtrip rät die Praxistrainerin zu Umsicht. Hier müsse sich der Chef gut

überlegen, ob so viel gemeinsam verbrachte Zeit für alle passend wäre. Neben personellen Konstellationen spielen für die Entscheidung auch familiäre Umstände des Teams wie z.B. Kinder oder pflegebedürftige Angehörige eine Rolle.

### Verdecktes Gehalt?

Einige Praxischefs überlegen sich andere Möglichkeiten, um ihre Mitarbeiterinnen stärker an die Praxis zu binden: Sie investieren beispielsweise in eine Betriebsrente, bezahlen ihrer Praxisperle im Mutterchutz die Kindertagesstätte, damit diese wieder schneller an ihren Arbeitsplatz zurückkehrt oder stellen der QM-Kraft einen Laptop für ihre Arbeit zu Hause zur Verfügung. Doch Vorsicht: Der Praxisinhaber kann zwar die Kosten für diese Zuwendungen als Betriebsausgaben von der Steuer absetzen. Beachtet er jedoch zum Schutze seiner Arbeitnehmer grundlegende steuerrechtliche Vorgaben nicht, müssen seine Angestellten diese Zuwendungen versteuern. „Denn dann handelt es sich aus Sicht des Gesetzgebers um ein verdecktes, steuerpflichtiges Gehalt“,

sagt der Stuttgarter Steuerberater Andreas Göricke von der GLK Göricke Lange-Steuerberatungsgesellschaft.

Daher sollte ein verantwortungsvoller Chef grundsätzlich die Finger von größeren Geldgeschenken lassen. Sie sind für Arbeitnehmer stets einkommenssteuer- und sozialversicherungspflichtig. Kleinere Aufmerksamkeiten wie besagte Blumen oder Einkaufsgutscheine dürfen bis zu 40 Euro inklusive Umsatzsteuer betragen. Zusätzlich dazu sind Geschenke wie Warengutscheine oder solche für das Fitnessstudio zwar jeden Monat erlaubt, aber nur bis zu einer Freigrenze in Höhe von 44 Euro inklusive Umsatzsteuer. „Auch Benzinkosten muss der Arbeitgeber mittels eines Gutscheins begleichen“, so Göricke.

Die Runde Eis oder Pizza ist im Monat insgesamt bis zu 40 Euro steuerfrei. Darüber hinaus dürfen in der Praxis Getränke, Obst oder Süßigkeiten in kleineren Mengen für die Angestellten bereitstehen.

Auch für die betriebliche Altersvorsorge gelten Höchstgrenzen, bis zu denen der Arbeitgeber steuer- und sozialversicherungsfrei einzahlen darf. Und die Nutzung eines Firmenlaptops ist nur dann steuerfrei, „wenn die Angestellte ihn für ihre Arbeit wirklich benötigt“, sagt Göricke und weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ein Firmenhandy für eine Praxiskraft daher kaum denkbar sei. Die gesamten Kosten eines Kindergartens könnten dagegen steuerfrei übernommen werden.

Zweimal im Jahr kann der Praxischef sein Team zu Betriebsausflügen oder zu Feiern wie dem Kochevent einladen. „Pro Arbeitnehmer und Veranstaltung sind 110 Euro inklusive Umsatzsteuer steuerfrei“, so Göricke. Inbegriffen seien Fahrtkosten, Eintrittskarten und kleinere Geschenke ohne bleibenden Wert.

Ein Ausflug oder eine Reise mit entsprechend höheren Kosten geht nur dann als (für die Angestellten steuerfreie) Mitarbeiterschulung durch, wenn sie auch eine ist. Hier gelten sehr strenge Regeln. „Eine solche Fortbildung muss entsprechend straff durchorganisiert werden. Da darf keine Zeit fürs Shoppen bleiben, sonst erkennt das Finanzamt die Reise nicht als Schulung an“, warnt Göricke. ■

Diana Niedernhöfer