

15 Jahre HZV im Ländle

PAUSCHALE 1
(Kontaktunabhängig
pro Jahr, 65 Euro)

PAUSCHALE 2
(Kontaktabhängig
pro Quartal,
max. 3x 40 Euro)

**DAS ORIGINAL
BAUJAHR 2008**

PAUSCHALE 3
(Zuschlag für
chronisch kranke
Patienten, max.
4x 25 bis 30 Euro)

Vorhaltezuschläge,
Einzelleistungen,
ergebnisabhängige
Zusatzvergütungen

■ Zukunft

Wer folgt auf Dr. Werner Baumgärtner?

■ Weiterbildung

MEDI-Ärztinnen geben Tipps zur richtigen Praxiswahl

■ Schwangere Angestellte

Das müssen Praxis-Chefs beachten

Gute Erinnerungen an 15 Jahre erfolgreiche Zusammenarbeit

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

am 8. Mai 2008 haben wir den ersten Hausarztvertrag in Deutschland unterschrieben, noch bevor es eine gesetzliche Verpflichtung dafür gab. Am 15. Mai dieses Jahres stellten wir zum 15-jährigen Bestehen dieses Vertrags die neuen Evaluationsergebnisse in Berlin vor und natürlich war das für mich ein Tag, an dem ich bewegte Zeiten Revue passieren ließ.

2008 fanden vielerorts Ärzteproteste statt und MEDI war vorne mit dabei. Parallel verhandelten wir in Baden-Württemberg aber eine neue Versorgung auf einer ganz neuen gesetzlichen Grundlage. Das zusammenzubringen war nicht immer einfach. Zudem mussten wir in Baden-Württemberg eine Mandatierung durchführen, weil 50 Prozent der Hausärztinnen und -ärzte einem Hausarztvertrag zustimmen mussten. Hierzulande und in einigen anderen Bundesländern, in denen Hausärzteverband und MEDI gemeinsam mandatierten, ist uns das gelungen. Das wird heute oft vergessen.

Die anschließenden Verhandlungen waren nicht immer vergnügungssteuerpflichtig. Nur wenige wissen, dass die drei Partner 2006 als Triumvirat zusammensaßen und an einem LOI feilten, dessen Inhalte in alle weiteren Verträge einfließen. Mir war damals besonders wichtig, dass es nicht nur den Hausarztvertrag geben soll, sondern als *Conditio sine qua non* auch Facharztverträge. Das Triumvirat aus den Dres. Christopher Hermann, Berthold Dietsche und mir hat dann auch entsprechend geliefert: Nach dem Hausarztvertrag unterzeichneten wir vor zwölf Jahren den ersten Facharztvertrag im Bereich Kardiologie.

Natürlich war es vor der gesetzlichen Verpflichtung auch wichtig, dass andere Krankenkassen in die Versorgung nach §§ 73b und c einstiegen, um das Interesse bei Kassen und Ärzten für diese neuen Möglichkeiten zu wecken. Das gelang, dank der Vorsitzenden der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft und der Bosch BKK Konrad Ehing und Dr. Mohr, sogar ohne Schiedsamt. In den Schiedsämtern wurden an-

schließend bundesweit die BKK-Verträge verwendet, was zur Folge hatte, dass unser ursprünglicher „Bierdeckel“ für die Abrechnung deutlich vergrößert wurde. Aber ohne die BKK-Verträge wäre es politisch eng geworden.

Ich kann den ersten Teilnehmern und Teilnehmerinnen für ihr Vertrauen und Durchhaltevermögen nur danken, denn die Widerstände aus unserer KV und der KBV waren immens. Dazu kamen technische Probleme, weil die Softwareanbieter die Abrechnung der Verträge mild ausgedrückt schleppend integrierten. Also mussten wir den Praxen mit „Hausarzt plus“ eine Alternative anbieten – und die war zunächst alles andere als perfekt.

Persönlich bleiben mir gute Erinnerungen und 15 Jahre erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Hausärzteverband, den Facharztverbänden, unserer Landes-AOK, der Bosch BKK, der VAG BKK und anderen Kassen. Es war mir eine Freude und Ehre, den ersten Hausarztvertrag zusammen mit Berthold Dietsche, Eberhard Mehl und Uli Weigeldt verhandelt zu haben. Besondere Verdienste hat sich aber Christopher Hermann erworben – ohne ihn gäbe es das alles heute nicht.

Es grüßt Sie herzlich Ihr



*Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender*



HAUSARZT- UND FACHARZTVETRÄGE

Chronisch Kranke werden in der HZV besser und wirtschaftlicher versorgt und leben länger

12

Alle HZV-Neuerungen auf einen Blick

16

Weiter höhere Arzthonorare und mehr Teilnehmer im AOK-Haus- und -Facharztprogramm

20

DIALOG

- 6 »Die Grundausrichtung von MEDI ist auch für junge Kolleginnen und Kollegen wichtig«
- 10 Visionen mit Aktionen

HAUSARZT- UND FACHARZTVETRÄGE

- 17 Häufige Fragen zur Abrechnung

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 22 KVBW-Spitze: »Wir profitieren davon, dass wir verschieden sind«
- 23 Klarheit über Vergütung für Impfungen
- 24 NACHGEFRAGT BEI DANIELA-URSULA IBACH
»Zu wenige Frauen engagieren sich berufspolitisch«

- 27 **MEDI als »Arbeitgeber der Zukunft« gekürt**
Der MEDI Verbund ist stolz auf diese Auszeichnung, auch weil sie ein wichtiges Signal nach innen und außen ist: Damit zeigt der Verbund, dass er sich für die Zukunft aufstellt und sich als Arbeitgeber modern und attraktiv präsentiert.



- 28 NACHGEFRAGT BEI DR. WOLFGANG MILLER
»Wir müssen uns für Herausforderungen besser aufstellen«

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 30 MEDI Südwest wirbt auf Berufsmesse um Auszubildende

GESUNDHEITSPOLITIK

- 32 Zehn Punkte gegen investorenbetriebene MVZ
 - 34 Ärzteschaft soll höhere GOÄ-Steigerungssätze prüfen
 - 35 DEGAM: Adipositas ganzheitlich verstehen und behandeln
 - 36 Post-COVID: wenige Betroffene, aber lange Ausfallzeiten
 - 37 Frauenanteil in Praxen erstmals über 50 Prozent
 - 38 2,35 Millionen COVID-19-Erkrankte in ambulanter Versorgung
 - 40 Mehr Menschen befürworten Impfungen
-

ARZT & RECHT

- 41 Nach Feierabend muss niemand erreichbar sein
 - 42 Darf ich meine schwangere MFA weiterhin beschäftigen?
 - 43 Gericht: „Focus“-Ärzte-Siegel sind irreführend
-

MENSCHEN BEI MEDI

- 44 **Dipl.-Psych. Martina Gempp**
Psychologische Psychotherapeutin
-

PRAXISMANAGEMENT

- 47 **Auf der Suche nach der perfekten Weiterbildungspraxis?**
Welche Weiterbildung stellen sich junge niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vor und welche Erwartungen sind hier realistisch? Zwei „Young MEDI“-Ärztinnen teilen hier ihre Erfahrungen und geben Tipps.



- 50 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS
-

IMPRESSUM

Herausgeber:
MEDI Baden-Württemberg e. V.
Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart
E-Mail: info@medi-verbund.de
Tel.: 0711.80 60 79-0, Fax: -6 23
www.medi-verbund.de

Redaktion: Angelina Schütz
Verantwortlich nach § 18 Abs. 2 MStV:
Dr. med. Werner Baumgärtner

Grafik: Evelina Pezer-Thoss

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH + Co. KG, Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

In der **MEDITIMES** wird aus Gründen
der besseren Lesbarkeit auf die stets
gleichzeitige Verwendung der Sprach-
formen männlich, weiblich und divers
(m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personen-
bezeichnungen gelten gleichermaßen
für alle Geschlechter.

Die nächste **MEDITIMES**
erscheint im Oktober 2023.

» Die Grundausrichtung von MEDI ist auch für junge Kolleginnen und Kollegen wichtig «

Nach 25 Jahren an der MEDI-Spitze zieht sich Dr. Werner Baumgärtner aus der ärztlichen Standespolitik zurück und tritt bei der Wahl von MEDI Baden-Württemberg am 19. Juli nicht mehr an. Als Nachfolger wirft Dr. Norbert Smetak, Kardiologe aus Kirchheim an der Teck und langjähriger MEDI-Vize im Südwesten, seinen Hut in den Ring. In der MEDITIMES erläutern beide, wie es weitergeht.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, warum hören Sie im Juli auf?

Baumgärtner: Ich bin noch fit und kann die Dinge selbst regeln und entscheiden. Deswegen wollte ich auch diese Entscheidung, wann ich aufhöre, selbst treffen. Wenn ich an die KVen oder andere Verbände denke, halten sich Menschen in meiner Position nur sehr selten so lange an der Spitze. Ich hatte das Glück, dass unsere Mitglieder mit mir und meinen Entscheidungen so lange zufrieden waren.

MEDITIMES: Herr Dr. Smetak, wie groß sind die Fußstapfen, in die Sie treten? Und was für ein MEDI-Vorsitzender möchten Sie sein, falls Sie an die Spitze gewählt werden würden?

Smetak: In jedem Fall ein guter! Einer, der Evolutionen und Innovationen vorantreiben wird. Eine Revolution wird es nicht geben, Werner Baumgärtner hinterlässt ja ein bestelltes Feld. Die Fußstapfen sind groß, aber nicht zu groß und ich habe ja auch schon viel Erfahrung in der ärztlichen Berufspolitik. Seit 2007 bin ich der Bundesvorsitzende der niedergelassenen deutschen Kardiologen und damit bisher am längsten an der Spitze des BNK. Darüber hinaus bin ich

schon seit Jahren im BDI aktiv und 1. Vizepräsident sowie Vorstandsmitglied des SpiFa und im Fachgruppenbeirat bei der KBV. Außerdem habe ich den Pulmologievertrag mit der AOK Baden-Württemberg mitverhandelt und habe diesbezüglich also auch schon Erfahrung in diffizilen Verhandlungen zu Selektivverträgen. Und last, but not least bleibt uns Werner Baumgärtner weiterhin als Berater erhalten.

Baumgärtner: Der Übergang fand ja fließend und über mehrere Jahre hinweg statt. Norbert Smetak hat sukzessive immer mehr Aufgaben übernommen und hat sich in letzter Zeit auch oft öffentlich positioniert.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, warum wäre Dr. Smetak der geeignete Nachfolger?

Baumgärtner: Wir haben uns vor Jahren in der Berufspolitik kennengelernt. Seit Kollege Smetak in unseren geschäftsführenden Vorstand gewählt wurde, haben wir immer besser zusammengearbeitet. Schließlich wurde mir klar, dass er aus meiner Sicht zum Nachfolger taugt. Er hätte noch andere Möglichkeiten in der Berufspolitik gehabt, aber er hat sich für MEDI entschieden und wir haben den Übergang bestens zusammen gestaltet.

MEDITIMES: Der MEDI Verbund ging aus der „Ärzteinitiative Stuttgart“ beziehungsweise der „Vertragsärztlichen Vereinigung“ hervor, die Sie damals mitbegründet haben. Wie viel davon ist noch in der MEDI-DNA enthalten?

» Im System fehlt die Steuerung – in unseren Verträgen leben wir sie.«



MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner hält seinen Vize Dr. Norbert Smetak für den geeigneten Nachfolger.

Baumgärtner: Natürlich verändert man im Laufe der Zeit die ein oder andere Position. Aber unsere Grundausrichtung, dass wir uns fachübergreifend aufstellen, uns für die wirtschaftlichen Belange der Praxen einsetzen oder dass wir wehrhaft bleiben und für das ärztliche Streikrecht kämpfen, war immer unsere Philosophie. Die MEDI-DNA können Sie an drei Themen gut erkennen: Unseren Hausarzt- und Facharztverträgen, unserem MVZ-Konzept und unserem Einsatz für das ärztliche Streikrecht.

Diese Themen überzeugen auch die junge Arztgeneration, wie mir von „Young MEDI“ bestätigt wird. Neben unseren Verträgen findet dort unser MVZ-Konzept großen Anklang. Wir sind damals in den Markt hineingegangen und haben unser Konzept so entwickelt, dass junge Kolleginnen und Kollegen sich in diesen MVZ anstellen lassen können und später die Leitung oder die Trägerschaft übernehmen können. Dazu haben wir weder die Bundesärztekammer noch andere Selbstverwaltungen gebraucht. Wir machten es einfach!

Smetak: Die Landschaft in unserem Gesundheitswesen verändert sich ja laufend und bedroht unsere Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit. Deswegen

»Bei unseren MVZ gehen wir für unsere Mitglieder in Vorleistung.«

bleiben wir fachübergreifend aufgestellt und wehrhaft. Darüber hinaus entwickeln wir für die nächsten Generationen konkrete Produkte, damit Ärztinnen und Ärzte und ihre Teams wieder bessere Perspektiven und mehr Freude an ihrer Arbeit haben. Dabei berücksichtigen wir immer, dass sich unsere Produkte auch tragen und in die Versorgungsstruktur passen.

MEDITIMES: Sie haben die Facharztverträge angesprochen. Lassen sie sich so fortsetzen?

Smetak: Ja! Wir müssen die Steuerung im System gemeinsam organisieren und die Verträge tragen sich aus sich heraus. Das waren ja die Gründe, warum wir sie seit Jahren umsetzen und weiterentwickeln. Dazu hat sich die AOK Baden-Württemberg uns gegenüber auch committed.

MEDITIMES: Schauen wir doch auch noch auf die andern Business-Bereiche, die in der Zuständigkeit der MEDIVERBUND AG liegen. Wie wird es da weitergehen?

Fortsetzung >>>



» Bei Young MEDI engagieren sich knapp 30 Kolleginnen und Kollegen, die wir fördern«,

so Dr. Norbert Smetak.

>>>
„Die Grundausrichtung von MEDI ist auch für junge Kolleginnen und Kollegen wichtig“

Smetak: Unsere AG-Projekte bleiben, neben unserer politischen und standespolitischen Arbeit, ein wichtiges Standbein bei MEDI. Wie ich schon oben betont habe, legen wir Wert auf Konzepte, die unseren Mitgliedern direkt und unmittelbar nützen. Außer den Versorgungsverträgen und unseren MVZ zählen auch unsere IT-Projekte dazu.

Baumgärtner: Die Digitalisierung in Arztpraxen ist bei uns ein zentrales Thema. Sollte es in absehbarer Zeit eine Softwarelösung innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) geben, wäre das für unsere Kolleginnen und Kollegen eine gute Sache. Wogegen ich nach wie vor kämpfen würde, wäre die Zwangseinführung der ePA. Das wäre, so wie damals die TI, eine Totgeburt, weil die ePA nichts mit einer professionellen Kommunikation derjenigen zu tun hat, die in der Versorgung arbeiten – dafür ist sie ungeeignet. Sie wäre lediglich ein Add-on für die Patientinnen und Patienten, fakultativ hilfreich für die Kolleginnen und Kollegen und damit rein freiwillig sinnvoll.

» Die ePA hat nichts mit einer professionellen Kommunikation derjenigen zu tun, die in der Versorgung arbeiten.«

MEDITIMES: Bleiben wir noch bei der IT: Wann kommen die garrio-Anwendungen auf den Markt?

Baumgärtner: Der Messenger garrioCOM steht in den Startlöchern und wird zunächst nur in Baden-Württemberg eingesetzt. Danach könnte ich mir vorstellen, dass er, als einheitliche Lösung für Behandler und Patienten, in anderen Bundesländern und sogar in Kliniken und anderen Einrichtungen zum Einsatz kommt. Es macht keinen Sinn, wenn die Patienten für jeden Arzt und jede Ärztin einen unterschiedlichen Messenger (App) nutzen müssten, dahin geht aber aktuell leider die Entwicklung.

Darüber hinaus lassen wir vom garrio-IT-Team in Vietnam ein Praxisverwaltungssystem programmieren, das wir Ende des Jahres oder Anfang 2024 auf den Markt bringen möchten. Sowohl beim Messenger als auch beim AIS handelt es sich um Produkte, die von Ärzten und MFA entwickelt wurden und bei denen Ärzte das Sagen haben. Wir haben mit unseren Entwicklern und den Pilotpraxen ein System definiert, das alle Verknüpfungen hat, damit unsere Praxen vollumfänglich damit arbeiten können.

MEDITIMES: Inwieweit binden Sie die Ärztinnen und Ärzte, die bei MEDI Baden-Württemberg in „Young MEDI“ organisiert sind, in Ihre Entscheidungen ein?

Smetak: Bei „Young MEDI“ engagieren sich etwa 30 Kolleginnen und Kollegen, die sich in unserer politischen Ausrichtung wiederfinden und die wir fördern. Sie nehmen seit der letzten KV-Wahl 2022 an unseren Klausurtagungen teil und entwickeln mit uns zusammen unsere Projekte und Produkte weiter. Die neue Ärztegeneration hat oft zu einigen Dingen einen anderen Zugang als wir. Und wir beobachten, dass inzwischen mehr Ärztinnen dazukommen.

Baumgärtner: Nach der Gründung des MEDI Verbunds in Stuttgart bildeten etwa 50 Ärztinnen und Ärzte den harten Kern. Sie haben die Themen vorgegeben und weiterentwickelt. Altersbedingt brauchen wir eine neue Generation aktiver Ideengeber und Entwickler, die bestimmen, wohin die Reise bei MEDI gehen soll.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, welche Rolle werden Sie künftig bei MEDI spielen?

Baumgärtner: Ich ziehe mich aus dem Tagesgeschäft zurück, bleibe MEDI Baden-Württemberg und der MEDIVERBUND AG aber noch als Berater erhalten. Wir haben ein einmaliges Portfolio, unser Verein und unsere AG sind wirtschaftlich gesund und beschäftigt allein in Stuttgart rund 100 Menschen. Somit kann ich mich guten Gewissens zurückziehen. Meine Frau und ich planen, zeitweise im Ausland zu leben.

MEDITIMES: Vielen Dank Ihnen beiden für das Gespräch und alles Gute! 🇩🇪

Das Interview führte Angelina Schütz



» Wir brauchen eine neue Generation von Ideengebern aus der Ärzteschaft«,

weiß Dr. Werner Baumgärtner.

Visionen mit Aktionen

„Visionen ohne Aktionen sind Halluzinationen“, war ein beliebtes Motto von Dr. Werner Baumgärtner. In seiner 30-jährigen politischen und standespolitischen Laufbahn hat er trotz enger Gestaltungsmöglichkeiten Wege gefunden, den MEDI-Praxen neue Perspektiven und Vorteile zu bieten. Große Protestveranstaltungen und -maßnahmen gehen ebenso auf sein Konto wie eine erfolgreiche Managementgesellschaft, der Erfolg der Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg, bessere Honorare für Niedergelassene in der ehemaligen KV Nord-Württemberg und ein funktionierendes MVZ-Konzept nach dem MEDI-Motto. 

as



Baumgärtner konnte die Massen mobilisieren: In der Messe Stuttgart zeigten Ärztinnen, Ärzte und MFA der Gesundheitspolitik von Ulla Schmidt (SPD) 2005 die Rote Karte.

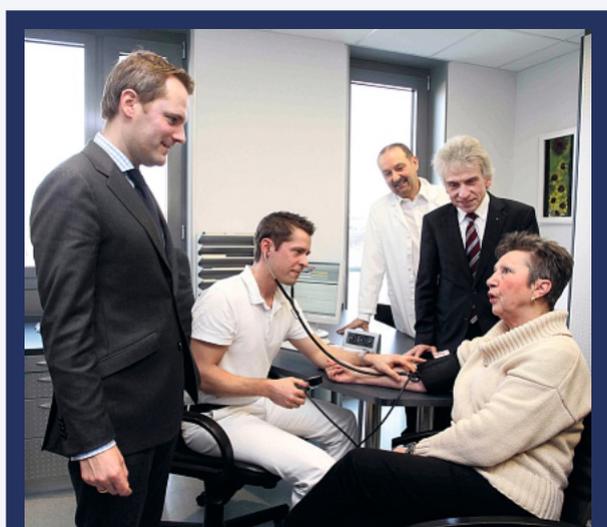


2006 fanden in mehreren Städten Deutschlands große Ärzteproteste statt, wie hier auf dem Stuttgarter Schlossplatz.

Porsche-Arena 2008: Der Systemausstieg, den die MEDI-Spitze initiiert hatte, war in vollem Gange.



2009 unterzeichneten die AOK, MEDI und zwei Kardiologenverbände in Baden-Württemberg den deutschlandweit ersten Facharztvertrag nach § 73c SGB V.



2012 überzeugte sich Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) von der HZV in Baumgärtner's Praxis in Stuttgart.



2022 stellte Dr. Werner Baumgärtner in Vietnam das MVZ-Konzept von MEDI vor.

Chronisch Kranke werden in der HZV besser und wirtschaftlicher versorgt und leben länger

Zu diesem Ergebnis kommen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Goethe-Universität Frankfurt und des Universitätsklinikums Heidelberg, die es zum 15-jährigen Bestehen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der AOK Baden-Württemberg in Berlin vorstellten. Damit sind Patientinnen und Patienten klar im Vorteil im Vergleich zur Regelversorgung.



Stellten im Mai die Ergebnisse in Berlin vor (v.l.): Dr. Werner Baumgärtner, Johannes Bauernfeind, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach und Prof. Dr. Joachim Szecsenyi.

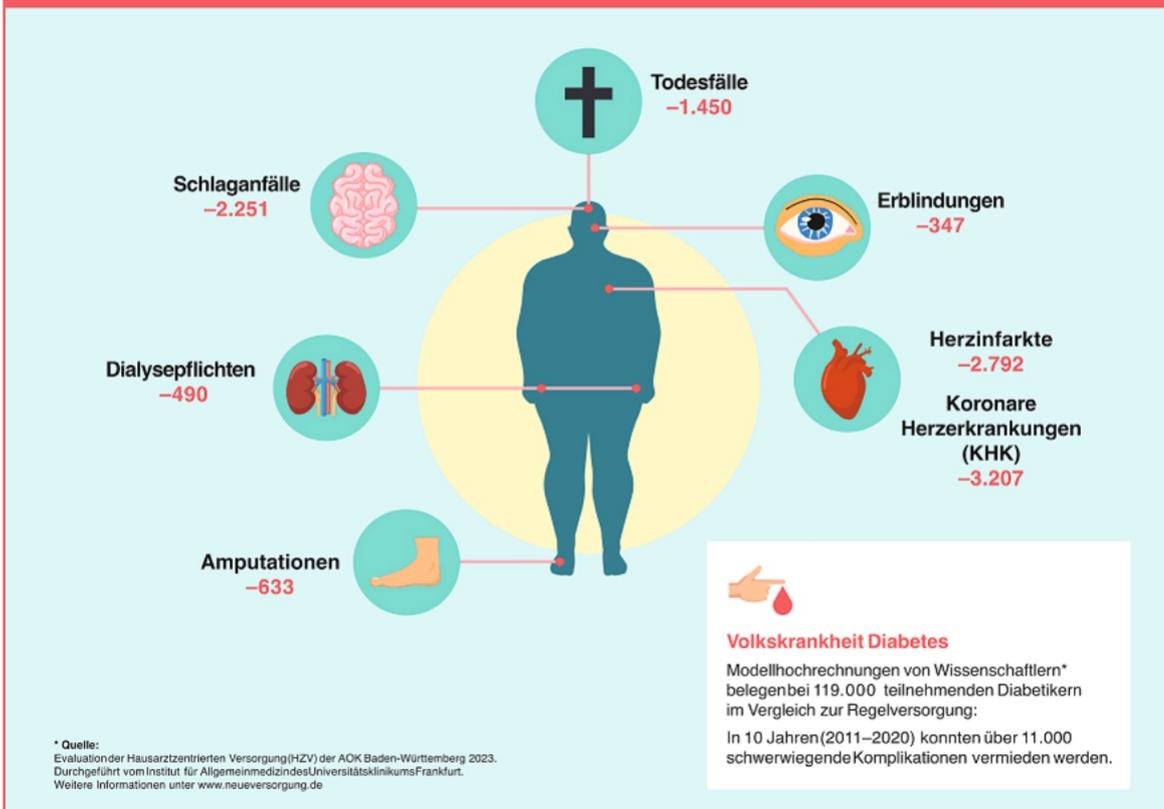
Für die Jahre 2011 bis 2020 zeigen Hochrechnungen, dass bei 119.000 Diabetikern über 11.000 schwerwiegende Komplikationen vermieden werden konnten. So wurden unter anderem rund 350 Fälle neu aufgetretener Erblindungen und circa 2.250 Schlaganfälle vermieden. Die in der HZV von 5.400 Ärztinnen und Ärzten betreuten 1,78 Millionen AOK-Versicherten erhalten insgesamt eine nachweislich intensivere und besser koordinierte Versorgung.

Im Jahr 2020 gab es allein zwei Millionen Hausarztkontakte mehr und 1,9 Millionen unkoordinierte Facharztkontakte ohne Überweisung weniger. Die bessere Versorgungsqualität wird seit Jahren bei geringeren Kosten erreicht. Bei der Pressekonferenz in Berlin betonten die Vertragspartner, die HZV und die angeschlossenen Facharztverträge konsequent weiterzuentwickeln.

Die bessere Alternative

Die Vertragsunterschrift am 8. Mai 2008 zum bundesweit ersten HZV-Vertrag war die Blaupause für viele weitere Verträge. Und sie steht in der ambulanten Versorgung für den wettbewerblichen Aufbruch in eine Selektivvertragswelt ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Der Vollversorgungsvertrag der Südwest-AOK setzt bis heute qualitative Maßstäbe – nicht zuletzt auch deshalb, weil die HZV deutlich mehr Freiheitsgrade zur eigenverantwortlichen regionalen Versorgungsgestaltung ermöglicht. Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland, erklärt: „Unsere Hausarzt- und Facharztverträge waren, sind und bleiben die besse-

15 Jahre AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg Chronisch Kranke werden besser versorgt und leben länger



re Alternative zur KV-Regelversorgung und Call-Center-Medizin. Die Zauberformel lautet Steuerung der Patientenversorgung. Das geht nur mit Selektivverträgen auf Vollversorgungsbasis.“ So war der HZV-Vertrag auch von Anfang an ausbaufähig angelegt, sowohl für die hausärztliche Behandlung als auch zur besseren ambulanten Versorgung durch ein strukturierteres Zusammenspiel von Haus- und Fachärzten.

Für viele Kassen sei der Kollektivvertrag aber immer noch zu bequem, bedauert Baumgärtner. Die gesetzliche HZV-Kassenpflicht, die vorschreibt, eine HZV anzubieten, reiche nach den Erfahrungen der Vertragspartner nicht aus. Damit bundesweit deutlich mehr Patienten von den nachgewiesenen Vorteilen profitieren können, fordern sie deshalb, dass Vollversorgungsverträge von der Bundespolitik durch Anschubfinanzierungen und Bonifizierungen explizit gefördert werden müssen.

Eingeschriebene Versicherte schätzen die koordinierte Versorgung

Von den Vorteilen der HZV seien viele eingeschriebene Versicherte überzeugt, so der

Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, Johannes Bauernfeind: „Wir sind insgesamt sehr zufrieden mit der Entwicklung der HZV. Bei unseren teilnehmenden Versicherten kommt sie gut an. Die koordinierte Versorgung durch den Hausarzt ist für neun von zehn Versicherten der wichtigste Teilnahmegrund.“

Regelmäßige Befragungen ergeben, dass rund 90 Prozent der Teilnehmenden die HZV weiterempfehlen und mehr als 90 Prozent sehr zufrieden mit dem Versorgungsangebot sind. „Dabei sind die jährlichen Kosten pro Patient um rund 40 Euro niedriger als bei einem vergleichbaren Versicherten in der Regelversorgung“, so Bauernfeind weiter. Voraussetzung für erfolgreiche Versorgungsstrukturen wie die HZV seien aber stabile Kassenfinanzen. Die könnten nur dann erreicht werden, wenn die Effizienzvorteile durch Selektivverträge dort verbleiben, wo sie erzielt werden.

Deutlich weniger Komplikationen bei Diabetikern

„Besonders chronisch kranke Menschen profitieren von der HZV“, ordnet Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach,

Fortsetzung >>>

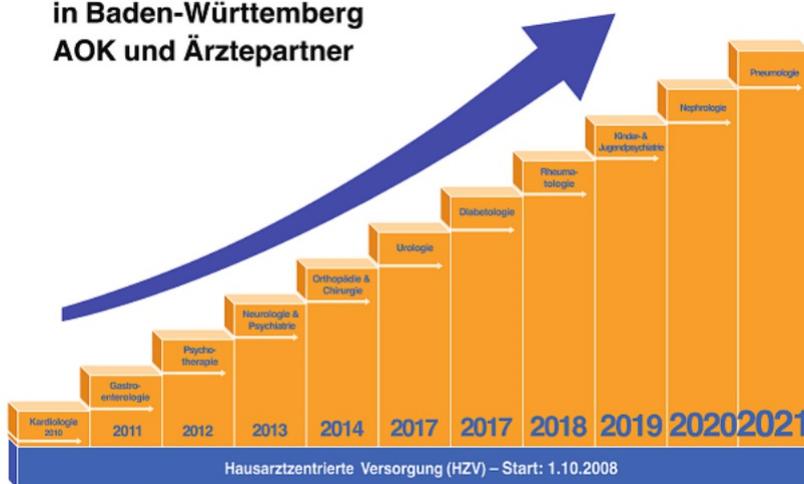
>>>
 Chronisch Kranke werden in der HZV besser und wirtschaftlicher versorgt und leben länger

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, die Ergebnisse ein: „Wir sehen zum Beispiel bei Diabetikern signifikant weniger schwerwiegende Komplikationen und sogar eine längere Lebenserwartung.“ Mitverantwortlich dafür sei sehr wahrscheinlich die um rund 20 Prozent höhere Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP), die in der HZV gezielt angereizt werde.

Die Versorgung werde so strukturierter und kontinuierlicher, was bei chronischen Krankheiten besonders wichtig sei. Hinzu kommen sich gegenseitig verstärkende Steuerungsmaßnahmen, wie etwa die in der HZV etablierten Qualitätszirkel zur leitliniengerechten Pharmakotherapie oder die in der HZV gestärkte Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte als Lotsen durch die Versorgungslandschaft. „Bemerkenswert ist außerdem, dass sich die Qualitätsschere zwischen HZV und Regelversorgung von Jahr zu Jahr mehr zugunsten der HZV öffnet. Und dies gilt auch unter den erschwerten Bedingungen der Pandemie“, ergänzt Gerlach.

So wurden in der aktuellen Evaluation bei 422.000 älteren Versicherten (ab 65 Jahre) in der HZV-Gruppe im Vergleich zur RV beeindruckende Ergebnisse erzielt: Die Hochrechnungen im ersten Pandemiejahr 2020 ergaben über 35.000 Influenzaimpfungen mehr, rund 6.500 weniger Verordnungen potenziell inadäquater Medikamente und circa 195 vermiedene Krankenhausaufenthalte wegen Hüftgelenksfrakturen.

Qualitätsorientierte, ambulante Vollversorgung in Baden-Württemberg AOK und Ärztepartner



Die drei HZV-Partner wollen die hausarztzentrierte Versorgung weiter ausbauen und haben bereits konkrete Neuerungen auf den Weg gebracht.

VERAH hatte von Beginn an eine wichtige Rolle

Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Senior Professor und langjähriger Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, betont: „HZV-Patienten erhalten nachweislich eine intensivere und besser koordinierte Versorgung bei dauerhaft höherer Versorgungskontinuität. HZV-Praxen mit einer Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) schneiden sogar noch besser ab.“

In der HZV wurde seit Beginn besonders darauf fokussiert, dass das ganze Team in die Versorgung einbezogen wird. Im HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg wurde deshalb seit Beginn die Weiterqualifikation von MFA zur VERAH im Praxisteam gefördert und vergütet. Inzwischen entlasten mehr als 2.300 VERAH die Ärztinnen und Ärzte. Ein weiterer Punkt, der untersucht wurde, ist die Versorgung durch immer mehr angestellte Ärztinnen und Ärzte.

Zum Start der HZV im Jahr 2008 gab es im ambulanten Bereich rund 12.500 angestellte Ärztinnen und Ärzte, mittlerweile sind es viermal so viele. „Deshalb sind wir der Frage nachgegangen, ob und wie sich die Versorgungsqualität zwischen HZV-Praxen mit und ohne Angestellte unterscheidet“, so Szecsenyi. „Die Analyse wichtiger Indikatoren wie etwa vermeidbarer Krankenhausaufnahmen ergab, dass Patienten in HZV-Praxen mit angestellten Ärzten genauso gut versorgt werden wie in HZV-Praxen ohne.“

Partner setzen auf Ausweitung der Delegation

Für die Partner sind diese Ergebnisse von hoher Bedeutung, da sie zentrale strategische Entwicklungsstränge untermauern. Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Vorsitzende des Hausärzteverbands Baden-Württemberg, betont: „Die Hausarztpraxis muss der zentrale Ort der Versorgung bleiben. Mit dem HZV-Innovationsmotor setzen wir intensiv auf die Ausweitung von Delegation und die Entwicklung zur hausarztpraxiszentrierten Versorgung.“ Im Kernteam einer Teampraxis sollen dann neben Hausärzten, MFA und VERAH noch weitere akademisierte nicht ärztliche Gesundheitsfachberufe vertreten sein. Dazu zählen vor allem die akademisierte VERAH und Physician Assistants.

Ab Juli fördern die Vertragspartner deren Ausbildung mit 300 Stipendien zu je 5.000 Euro und nach Abschluss auch die Bezahlung dieser Fachkräfte. Ein wichtiger und zeitgemäßer Schritt zur hausarztpraxiszentrierten Versorgung soll zudem durch die HZV-Einschreibung des Patienten in Praxen statt bei ein-

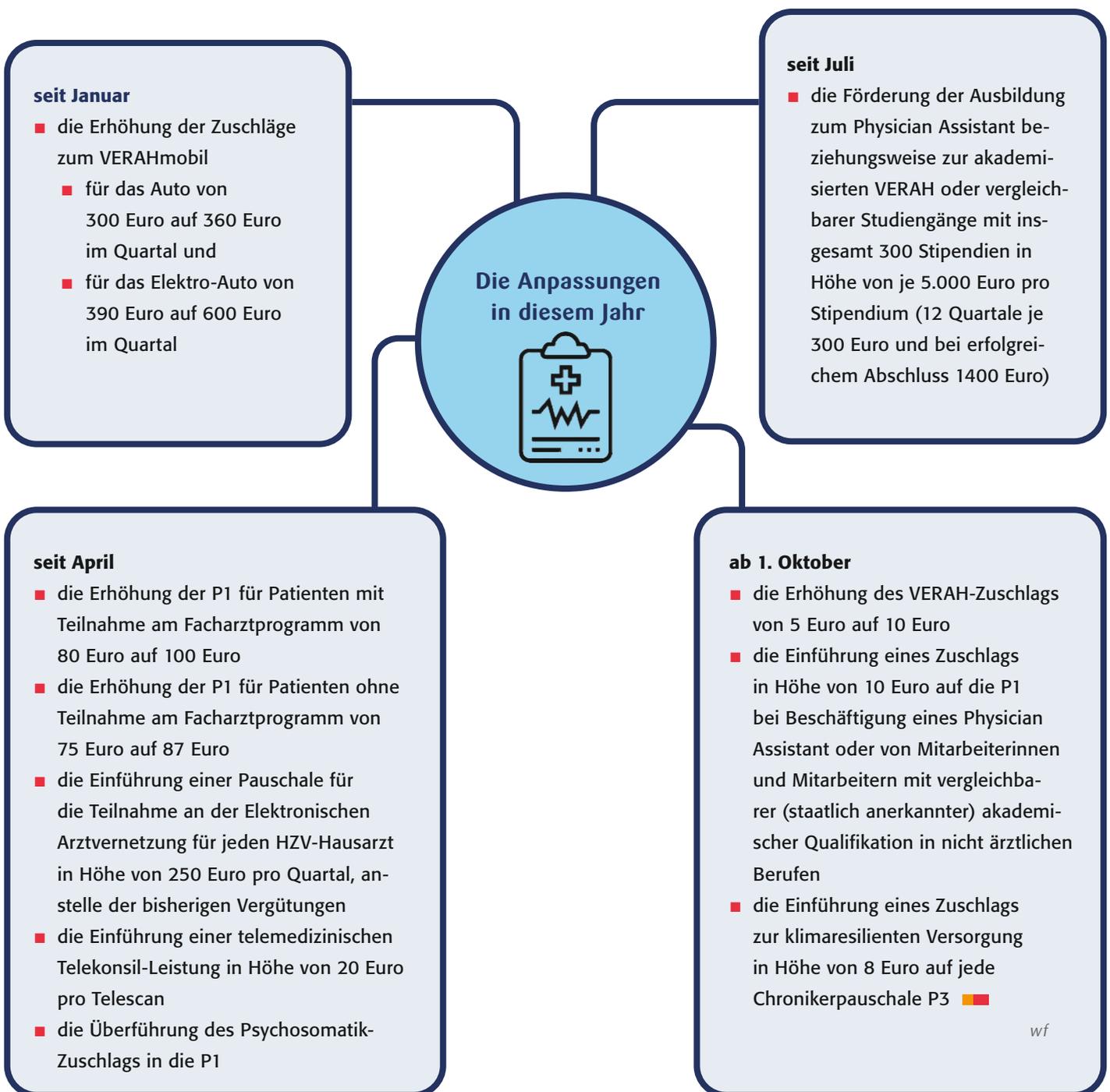
zelnen Ärzten erfolgen. „Derart erweiterte HZV-Praxen sind leistungsstärker, flexibler und attraktiver für Mitarbeitende. Und sie können deutlich mehr Patienten betreuen. Das ist wichtig, um auch künftig landesweit eine hochwertige Versorgung anbieten zu können“, so Buhlinger-Göpfarth.

Ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung sind Maßnahmen in HZV-Praxen zur Bewältigung der vielfältigen Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit. Künftig häufiger auftretende Hitzeperioden stellen gerade für ältere und chronisch kranke Menschen ein besonderes Gesundheitsrisiko dar. Diese Gruppen machen über 60 Prozent der HZV-Teilnehmer aus. Die Vertragspartner setzen darauf, die Gesundheits- und Klimakompetenz von Risikogruppen durch die jeweils behandelnde Praxis strukturiert zu stärken. „Bei entsprechenden Angeboten, etwa in Form einer klimaresilienten Beratung oder der Schulung der Mitarbeitenden, erhalten HZV-Praxen ab diesem Jahr erstmals einen Honorarzuschlag“, betont Johannes Bauernfeind. ■■■

eb

Alle HZV-Neuerungen auf einen Blick

Mit ihrem letzten Maßnahmenpaket haben die drei Vertragspartner im Südwesten wieder zu einer hochwertigen Patientenversorgung und zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung beigetragen. Und die sich daraus ergebenden Fallwertsteigerungen tragen zu einer adäquaten Vergütung der Arbeit in der Praxis bei.



Illu: Flaticon

Häufige Fragen zur Abrechnung



Facharztvertragsübergreifend

Welche Abrechnungsziffern gelten bei telemedizinisch erbrachten Leistungen?

In allen Facharztverträgen ist inzwischen geregelt, welche Leistungen telemedizinisch, also zum Beispiel per Videofernbehandlung oder am Telefon, erbracht und abgerechnet werden können. Eine Mengengrenzung der Abrechnung von telemedizinischen Arzt-Patienten-Kontakten findet nicht statt. Die Abrechnungsziffer ist dabei dieselbe wie beim persönlichen Kontakt. Lediglich wenn in einem Quartal ausschließlich telemedizinische Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, muss das in den Verträgen der AOK BW mit der Ziffer FBE gekennzeichnet werden. ■■



§ 73c Facharztvertrag Orthopädie und Rheumatologie (AOK BW/Bosch BKK)

Wie können die neuen Förderzuschläge zum ambulanten Operieren EBM 31451 bis 31457 im Facharztvertrag abgerechnet werden?

Diese Zuschläge sowie die Ziffer AOP 16 (verlängerte Nachbeobachtung gem. EBM 31530) wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2023 neu in den Facharztvertrag aufgenommen.

Die Ziffern sind ab 1. Juli 2023 in der Software und können ab Q3/2023 zur Abrechnung gebracht werden. Für die Quartale Q1/2023 und Q2/2023 wird die jeweilige Zuschlagsziffer (31451–31457) vom MEDIVERBUND automatisch Ihrer Abrechnung zugesetzt, wenn der entsprechende OPS-Code übermittelt wurde. Die Ziffer AOP 16 kann gegebenenfalls nachabgerechnet werden. ■■



§ 73c Facharztvertrag Gastroenterologie (AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG)

Kann ich für Abführmittel wie zum Beispiel Plenvu-Pulver bei einer Vorsorgekoloskopie ein Rezept zulasten der Krankenkasse ausstellen?

Nein, da die Kosten für diese Abführmittel bereits in der Vergütung der Vorsorgekoloskopie enthalten sind. ■■



§ 140a Urologie-Vertrag (AOK BW/Bosch BKK)

Wie werden Laborleistungen abgerechnet und vergütet?

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz abgebildet sind, dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht mehr über den 10A- oder 10er-Schein angefordert werden (zum Beispiel Blutbild, Kreatinin, Harnsäure).
 - Diese werden beim Labor über ein individuell mit den Ärzten geregeltes Verfahren angefordert.
 - Das Labor stellt diese Anforderungen der Praxis in Rechnung.
 - Diese Laborleistungen sind mit der Grundpauschale P1 abgegolten.
- Alle Laborleistungen, die nicht im Gesamtziffernkranz abgebildet sind, können weiterhin über den 10er-Schein beim Labor angefordert beziehungsweise über die KVBW abgerechnet werden (zum Beispiel Testosteron, FSH, LH, kulturelle Untersuchungen EBM 32720–32727). ■■

Fortsetzung >>>

>>>

Häufige Fragen
zur Abrechnung



§ 73c PNP-Vertrag, Module
Neurologie und Psychiatrie
(AOK BW/Bosch BKK)

**Wann ist eine
Kombination neuro-
logischer und
psychiatrischer
Abrechnungsziffern
möglich?**

Bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen, die sowohl psychiatrische als auch neurologische Zusatzpauschalen der Gruppe NP2 rechtfertigen, können eine oder sogar mehrere neurologische Zusatzpauschalen mit einer psychiatrischen Zusatzpauschale kombiniert werden. Dazu ist die Abrechnung der Grundpauschale möglich. Dabei ist frei wählbar, ob die neurologische oder die psychiatrische Grundpauschale angesetzt wird. ■■



§ 73c PNP-Vertrag, Modul Psychotherapie (AOK BW/Bosch BKK)

Wie ist die Zählung des zeitlichen Kontingents bei der Abrechnung der Ziffer PTZ7 (Zuschlag für zeitnahe psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach teil-/stationärem Aufenthalt)?

Es können maximal 20 Zuschläge innerhalb von höchstens zwölf Wochen nach teil-/stationärer Entlassung aus einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung (Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung) abgerechnet werden, wobei der Beginn innerhalb vier Wochen erfolgen muss. Hier ist nicht eine wochen-, sondern eine tagesaktuelle Zählung zugrunde gelegt.

Wird das Kontingent der Gruppentherapie durch die neuen Ziffern PTE6A und PTE7A von 20 auf 24 Einheiten erhöht?

Nein, diese Ziffern stehen zur Abrechnung einer verhaltensmedizinischen Basisintervention zur Verfügung und können in eine bestehende Gruppe gemäß PTE6/PTE7 integriert oder ganz unabhängig von einer laufenden Gruppentherapie oder dieser vorgeschaltet abgerechnet werden. ■■



§ 73c PNP-Vertrag, Modul Neurologie (AOK BW/Bosch BKK)

Wie wird eine neurologische Erstdiagnostik über den Vertrag abgerechnet?

Sofern keine gesicherte Diagnose gestellt wird, die eine Abrechnung der Zusatzpauschalen NP2A1–NP2G1 ermöglicht, kann hier die Ziffer NP3A (Pauschale neurologische Versorgung, 1. Kontakt) abgerechnet werden. Gibt es einen weiteren Termin im Folgequartal, wird dieser über die Ziffer NP3B vergütet. Alle weiteren Termine im Quartal sind abrechenbar mit der Ziffer NZ1 (zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt).

Wann wird der EFA[®]-Neurologie-Zuschlag NQ2 vergütet?

Bereits zur EFA[®] ausgebildete MFA können seit dem letzten Jahr ein Aufbaumodul der Fortbildung mit circa acht Unterrichtseinheiten absolvieren. Mit Abschluss dieses Zusatzteils wird neben den krankheitsspezifischen EFA[®]-Zuschlägen NQ2A bis D auch der Zuschlag NQ2 vergütet, sodass weitere Zusatzpauschalen (z. B. auch NP3A und B) dadurch in der Vergütung erhöht werden. In den aktuellen EFA[®]-Fortbildungen im Bereich Neurologie ist das Aufbaumodul bereits automatisch inkludiert. ■■



§ 73b AOK-HZV-Modul Kinder- und Jugendarzt

Kann ich den Zuschlag zur Terminvermittlung zum Facharzt EBM 04008 zusätzlich zum Selektivvertrag mit der KV abrechnen?

Nein, die Ziffer kann bei Selektivvertrags-Patienten nicht gesondert abgerechnet werden, da die Terminvermittlung im Ziffernkranz dieses Vertrags enthalten ist.

Wird die Weiterbildung von MFA zum/zur Sozialpädiatrie- und Präventionsassistenten/-assistentin (SOPASS) gefördert?

Die AOK BW ist bundesweit die einzige Krankenkasse, die die Beschäftigung einer SOPASS in der Praxis fördert. Bisher erhalten Praxen für eine SOPASS mit vollständig abgeschlossener Ausbildung einen Zuschlag in Höhe von fünf Euro auf die Leistungen „Kindervorsorge Paed.Check“ oder „Sozialpädiatrische Beratung und Koordination“. Zum 1. Oktober 2023 wird die Vergütung auf zehn Euro erhöht. Die Häufigkeit der Zuschläge richtet sich nach dem Tätigkeitsumfang der SOPASS, maximal sind jedoch 300 Zuschläge im Quartal pro SOPASS möglich. 🇩🇪

Jasmin Ritter

Weiter höhere Arzthonorare und mehr Teilnehmer im AOK-Haus- und -Facharztprogramm

2022 liegt das Gesamthonorar der Ärztinnen und Ärzte mit 725 Millionen Euro 2,4 Prozent über dem Vorjahr. Davon entfallen rund 547 Millionen Euro (plus 1,9 Prozent) auf den HZV-Vertrag mit 1,78 Millionen AOK-Versicherten. 178 Millionen Euro (plus 2,5 Prozent) fließen in die gemeinsamen Facharztverträge von AOK und Bosch BKK mit 835.000 teilnehmenden Versicherten.

90 bis 95
Prozent der Vertrags-
teilnehmer
sind zufrieden.

8.577 Ärztinnen und Ärzte inklusive Angestellten nehmen an der Versorgung teil (plus 0,8 Prozent). Davon entfallen 5.416 auf Haus- und Kinderärzte sowie 3.161 auf Fachärzte und Psychotherapeuten. Die Vertragspartner setzen weiter auf die bessere und wirtschaftlichere Versorgung in den Selektivverträgen. Der

Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Johannes Bauernfeind, kommentiert: „Die Haus- und Facharztverträge als eng vernetzte Versorgungseinheit stehen nach wie vor für eine dauerhaft qualitativ hochwertige und koordinierte Versorgung unserer Versicherten bei leistungsgerechter Vergütung der Ärzte. Das funktioniert nur mit Vollversorgungsverträgen, da die Versorgungsstrukturen so genauestens auf die regionalen Gegebenheiten abgestimmt werden können.“

Teilnehmende Versicherte sind sehr zufrieden

Regelmäßige Befragungen bei Vertragsteilnehmern belegen eine Zufriedenheit zwischen 90 und 95 Prozent. Und für neun von zehn HZV-Versicherten ist die Erwartung einer koordinierten Versorgung durch den Hausarzt der wichtigste Teilnahmegrund. Voraussetzung für erfolgreiche Versorgungsstrukturen wie die HZV seien aber stabile Kassenfinanzen, so Bauernfeind. „Die können auch nur dann erreicht

werden, wenn die Effizienzvorteile durch Selektivverträge dort verbleiben, wo sie erzielt werden. Es ist nicht zielführend, wenn Regionen wie Baden-Württemberg mit hoher Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung in finanzieller Hinsicht dafür bestraft werden.“

Erstmals gibt es altersbedingt einen Rückgang bei den teilnehmenden Hausärztinnen und -ärzten (minus 21). Im Vergleich zu 2021 nehmen in der HZV 47 angestellte Ärztinnen und Ärzte mehr an der Versorgung teil, was den Wachstumstrend im Bereich der Angestellten bestätigt. Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Chefin des Hausärzterverbands Baden-Württemberg, sagt dazu: „Für eine gut gehende HZV-Praxis findet sich wesentlich leichter ein Nachfolger. Doch auch die HZV muss sich den Herausforderungen der demografischen Entwicklung stellen. Eine wichtige strategische Ausrichtung, die wir selbst beeinflussen können, ist die systematische Ausweitung der Delegation und die Verstärkung der interprofessionellen Versorgung. Viele HZV-Praxen werden dadurch in Zukunft ein größeres Leistungsspektrum abdecken, attraktiver für Mitarbeitende sein und so deutlich mehr Patienten betreuen“.

Zur Entwicklung der Selektivverträge erklärt Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland: „Der HZV-Vertrag war von Anfang an ausbaufähig angelegt, weil bessere ambulante Versorgung und Steuerung ein strukturierteres Zusammenspiel von Haus- und Fachärzten erfordert. Die Wachstumsraten aller Teilnehmer des letzten

Jahres sind angesichts der finanziellen Kassenlage immer noch zufriedenstellend. Mittlerweile gibt es acht Facharztverträge für 13 Fachgruppen. Die Evaluationsdaten zeigen, dass die positiven HZV-Wirkungen dadurch noch verstärkt werden. Deshalb fordern wir nach wie vor von der Bundespolitik, für

verlässliche Rahmenbedingungen zu sorgen und qualitätsorientierte haus- und fachärztliche Vollversorgungsverträge explizit zu fördern, sodass auch bundesweit viel mehr Patienten von den nachweislichen Vorteilen profitieren können.“ 

eb

AOK-Haus- und -Facharztverträge in Baden-Württemberg



Versicherte in Tsd.	2021	2022	Wachst. in %
HausarztProgramm	1.763	1.776	0,7
FacharztProgramm¹	814	835	2,6

¹ seit 2013 inkl. Bosch BKK



Ärzte ²	2021	2022	Wachst. in %
Hausärzte³	5.396	5.416	0,4
Fachärzte⁴	3.113	3.161	1,5
Gesamt	8.509	8.577	0,8

² inkl. Angestellten | ³ inkl. Kinder- und Jugendärzten | ⁴ inkl. Psychotherapeuten



Honorar in Mio. Euro	2021	2022	Wachst. in %
Hausärzte³	537	547	1,9
Fachärzte⁴	171	178	4,1
Gesamt	708	725	2,4

Quellen: AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK

KVBW-Spitze: » Wir profitieren davon, dass wir verschieden sind «

Im Januar ging der neue Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg an den Start: MEDI-Spitzenkandidat Dr. Karsten Braun als Vorstandsvorsitzender und Dr. Doris Reinhardt vom Hausärzterverband Baden-Württemberg als stellvertretende Vorsitzende. Beide verstehen sich als Spitzenduo. Ihre Unterschiedlichkeit empfinden sie dabei als Bereicherung.



Foto: KVBW

Im Gespräch mit der KV-Spitze ist sofort klar: Dr. Karsten Braun und Dr. Doris Reinhardt sind in ihrer neuen Rolle als KV-Spitze angekommen. Die Aufgaben sind verteilt, der Terminkalender ist voll und die Agenda lang. „Ich habe noch keinen Tag bereut, diesen Schritt gemacht zu haben“, sagt Braun, KVBW-Vorstandsvorsitzender, Orthopäde und Unfallchirurg. Er ist für MEDI im vergangenen Herbst im Wahlkampf als Spitzenkandidat angetreten. Auch Vorstandsvize Reinhardt erfülle die neue Aufgabe. Sie profitiere sehr von den 30 Jahren Erfahrung als Hausärztin, erzählt sie im großen Interview für den MEDI-Blog.

Perspektivenwechsel statt abnicken

Wie ergänzen sich die beiden Ärzte als Spitzenduo? „Wenn ich eine andere Perspektive benötige, frage ich Karsten nach seiner Meinung und möchte nicht, dass er mir Recht gibt, sondern dass er mir die andere Sicht spiegelt“, erzählt Reinhardt. Von ihren unterschiedlichen Erfahrungen und Fähigkeiten würden beide sehr für ihre Arbeit profitieren. Das sei wichtig, denn die Herausforderungen seien groß und komplex. „Es vergeht kein Tag ohne eine Zuschrift eines Patienten, einer Kollegin oder eines Politikers, die sich darum sorgen, dass in ihrer Region kein Hausarzt, keine Kinderärztin oder auch zunehmend keine bestimmten Facharztgruppen mehr zur Verfügung stehen“, erzählt Braun. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung sei aktuell eines der drängendsten Themen.

Aber nicht nur die Bevölkerung sorge sich um die Versorgung, auch in der Ärzteschaft sei die Stimmung mittlerweile an einem Tiefpunkt angelangt. Gerade für die Fachärztinnen und -ärzte seien Honorarverluste durch den Wegfall der Neupatientenregelung in den nächsten Quartalen deutlich spürbar. „Bei manchen Facharztgruppen macht das fast 50 Prozent der Fälle aus“, so Braun.

Delegation stärken

Reinhardt weist darauf hin, wie sehr Niedergelassene von den Selektivverträgen profitierten. Durch die VERAH konnten Hausärztinnen und -ärzte „noch stärker in die strukturierte Delegation gehen“, betont die KV-Vizechefin. Sie wünscht sich, bei den Debatten um sektorenübergreifende Versorgungsmodelle zu schauen, was bereits an erfolgreichen Konzepten vorliege. „Viele Ideen, die gerade gehandelt werden, hören sich schön an, haben aber nicht bewiesen, dass sie Versorgung leisten können“, kritisiert Reinhardt.

Sie und Braun sind sich einig, dass die Politik den Niedergelassenen keine verlässliche und wertschätzende Perspektive biete. „Es ist ein Balanceakt für uns. Wir haben einen Beruf, den wir lieben. Wir müssen einerseits auf die Missstände aufmerksam machen und andererseits wollen wir unseren Nachwuchs nicht verschrecken“, sagt Braun. 

Tanja Reiners



→ Das vollständige Interview mit Dr. Karsten Braun und Dr. Doris Reinhardt gibt es hier: www.medi-verbund.de/2023/05/kvbw/

Klarheit über Vergütung für Impfungen

Die Verbände der Krankenkassen und die KV Baden-Württemberg haben sich im Mai auf eine Vergütungsvereinbarung für die COVID-Impfungen und für andere Impfungen verständigt. Das wurde erforderlich, nachdem die COVID-Impfung seit April keine Leistung des Bundes mehr ist, sondern in den GKV-Katalog aufgenommen wurde. Damit übernehmen die Krankenkassen künftig auch die Vergütung dieser Leistung.

Diese Impfleistungen wurden angehoben

Die Partner haben ein Gesamtpaket geschnürt, das neben einer Vergütung für die COVID-19-Impfungen auch eine rückwirkende Vergütungserhöhung der Schutzimpfungen gegen Influenza und Hepatitis B zum 1. April 2023 vorsieht, die 2024 noch einmal angehoben wird.

In diesem Jahr können Ärztinnen und Ärzte dabei für die Impfungen gegen Hepatitis und Influenza

9,50 Euro pro Impfung berechnen, für die COVID-Impfung aufgrund des erhöhten Dokumentationsaufwands und des Mehraufwands bei der Impfstoffbestellung 15,50 Euro. Ab 2024 erhöhen sich die Beträge jeweils um 0,50 Euro. Die Zuschläge werden so lange vergütet, wie es den Mehraufwand im Zusammenhang mit den COVID-19-Schutzimpfungen gibt.

„Ein größeres Rad gedreht“

Braun sieht es als positiv an, dass die Einigung über die eigentliche COVID-Impfung hinausgeht: „Wir haben ein größeres Rad gedreht, als zwingend erforderlich gewesen wäre, indem wir uns auch über die Influenza- und die Hepatitis-B-Impfung verständigt haben. Ich bin froh, dass wir daher die Verbesserung der Versorgung in einem größeren Rahmen in den Vordergrund gestellt haben und dieses Thema in einer konstruktiven Atmosphäre abhandeln konnten.“





NACHGEFRAGT BEI

Daniela-Ursula Ibach

Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie,
Filderstadt

» Zu wenige Frauen engagieren sich berufspolitisch «

Seit vier Jahren ist die MEDI-Ärztin in der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg aktiv. Bei der letzten Wahl ist sie zur Vizepräsidentin gewählt worden.

MEDITIMES: Frau Ibach, Sie waren bereits Rechnungsführerin in der Bezirksärztekammer. Was treibt Sie an, sich berufspolitisch zu engagieren?

Ibach: Grundsätzlich wünsche ich mir, dass wir Ärztinnen und Ärzte unsere Rahmenbedingungen mitgestalten. Die Politik hat einen engen Rahmen gesteckt, in dem wir Gestaltungsmöglichkeiten haben. Die sollten wir aber auch nutzen! Meine Überzeugung ist: Veränderungen müssen erarbeitet werden. Wir haben eine Selbstverwaltung, die nur tragfähig ist, wenn wir dafür sorgen. Die Politik darf nicht über ärztliche Weiterbildung oder Digitalisierung entscheiden. Werner Baumgärtner hat jahrelang vor den TI-Konnektoren gewarnt, jetzt ist das Schlamassel da.

MEDITIMES: Gibt es standespolitische Themen, die Ihnen besonders wichtig sind?

Ibach: Es gibt viele Probleme, allen voran die Mangelversorgung. Wir haben nicht nur zu wenig Ärztinnen und Ärzte, sondern auch zu wenig nicht ärztliches Personal. Um die Versorgung zu verbessern, gibt es zwar erste Ansätze, aber noch keine tragfähigen Lösungen. Wir waren geschockt, als der Betten- und Personalmangel die Kinderkliniken fast kollabieren ließ. Im ambulanten Bereich sehe ich ähnliche Gefahren. Und ich setze mich dafür ein, dass mehr Frauen berufspolitisch aktiv werden.

MEDITIMES: In der ambulanten Versorgung arbeiten mittlerweile mehr Ärztinnen als Ärzte. In den Ärztekammern überwiegen aber die Männer. Warum?

Ibach: Viel zu wenig Frauen engagieren sich berufspolitisch. Wenn überhaupt, finden ältere Kolleginnen Zeit dafür. Das hat mit unseren Traditionen zu tun. Noch immer holen eher Frauen die Kinder aus der Kita ab und versorgen sie daheim. Wenn beide Eltern berufstätig sind, ist das Wochenende heilig. Wochentags sieht man die Familie in der morgendlichen Hektik und hat abends vielleicht noch ein bisschen Zeit zusammen. Und viele Sitzungen der Kammer finden nun mal am Samstag statt.

MEDITIMES: Was würden Sie in unserem Gesundheitswesen am liebsten ändern?

Ibach: Am wichtigsten ist die Verlässlichkeit, was die Bezahlung angeht. Die Streichung der Neupatientenregelung bringt unsere Einnahmen ins Wanken. Grundsätzlich bin ich für eine andere Bewertung der Vergütung im ambulanten und stationären Sektor. Man darf sich ruhig mal anschauen, wie die Bezahlung in vielen Nachbarländern funktioniert. Damit sind wir wieder beim Thema Versorgungsmangel: Wer will im Krankenhaus oder in der Praxis arbeiten, wenn die Bezahlung nicht adäquat ist?



ra



Heike Mössler (links) und Brigitte Zypries bei der Preisverleihung in Frankfurt.

MEDI als »Arbeitgeber der Zukunft« gekürt

Der MEDI Verbund wurde als „Arbeitgeber der Zukunft“ ausgezeichnet. Das Qualitätssiegel vom Deutschen Innovationsinstitut für Nachhaltigkeit und Digitalisierung GmbH legt den Fokus auf Zukunftsorientierung und Qualität als wichtige Aspekte für die Erfolgsaussichten und die Zukunftsfähigkeit von Unternehmen – auch mit Blick auf den Wettbewerb um gutes Personal. MEDI-Personalleiterin Heike Mössler hat gemeinsam mit Marketingreferentin Victoria Weis den Preis in Frankfurt entgegengenommen. Ex-Bundeswirtschaftsministerin Brigitte Zypries ist Schirmherrin der Initiative und war bei der Übergabe dabei.

Ein wichtiges Zeichen

„Die Auszeichnung ist ein ganz wichtiges Zeichen nach innen und außen“, erklärt Heike Mössler. „Wir wollen unseren Mitarbeitenden zeigen, dass wir uns für die Zukunft aufstellen und sie mitnehmen. Nach außen geht es darum, sich als Arbeitgeber modern und attraktiv zu präsentieren und unser Employer Branding zu stärken – wir sind ja immer auf der Suche nach qualifiziertem Nachwuchs.“ Durch den Fachkräftemangel werde das zunehmend schwieriger, weiß Mössler: „Ich arbeite seit 30 Jahren im

Personalbereich und die Herausforderungen waren nie so groß wie heute. Als mittelständisches Unternehmen am wirtschaftsstarken Standort Stuttgart müssen wir uns besonders gut behaupten können.“

Nach der Coronapandemie

Auch heute bietet der MEDI Verbund seinen Angestellten nach wie vor die Möglichkeit zum mobilen Arbeiten und flexiblere Arbeitszeiten an. Aktuell arbeitet die Personalleiterin an der elektronischen Zeiterfassung mit einer großzügigeren Gleitzeitregelung für das MEDI-Team. „Dadurch können Arbeitsstunden flexibel auf- und wieder abgebaut werden. Außerdem gibt es bald eine digitale Personalakte mit einem modernen Dokumentenmanagement“, erklärt Heike Mössler. Sie arbeitet gerne beim MEDI Verbund. „Ich habe ein großes Themenspektrum, kann Prozesse mitgestalten und am Erfolg partizipieren“, freut sie sich und ergänzt: „Unsere Mitarbeitenden können eigenverantwortlich arbeiten und haben viel Gestaltungsfreiraum. Der offene Austausch und das kollegiale Arbeiten über alle Generationen und Disziplinen hinweg ist sehr bereichernd.“

tr/as



Dr. Wolfgang Miller

Präsident der Landesärztekammer BW

» Wir müssen uns für Herausforderungen besser aufstellen «

Mit einem herausragenden Ergebnis wurde der MEDI-Spitzenkandidat Dr. Wolfgang Miller für weitere vier Jahre zum Kammerpräsidenten in Baden-Württemberg gewählt. In der MEDITIMES gibt er einen Überblick über die wichtigsten Projekte und Themen.

MEDITIMES: Die Pandemie hat viele Menschen auch im Gesundheitswesen schwer belastet. Wo sehen Sie notwendige Veränderungen?

Miller: In der Kammer haben wir unsere Ziele neu justiert. Digitalisierung, Fernbehandlung, Online-Formate sind selbstverständlich geworden. Dabei müssen wir uns für neue Herausforderungen besser aufstellen: Wie wird unsere Gesellschaft krisenfest? Diese Frage stellen sich unsere Abgeordneten. Die Kammer hat mitgearbeitet in der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags. Das bedeutet Vorsorge für extreme Szenarien, aber auch eine leistungsfähigere Regelversorgung. Die Koordination der Notfallversorgung, die Gewährleistung von Spitzenmedizin trotz begrenzter Ressourcen, keine unnötige Bürokratie – das sind die Herausforderungen für die Ärztinnen und Ärzte und die Kammer.

MEDITIMES: Was bedeutet es, die Ärzteschaft bei der Berufsausübung besser zu unterstützen?

Miller: Intern müssen wir unsere Verwaltungsprozesse glatter aufstellen. Der Übergang von der Papierwelt auf die digitale Welt ist überall holprig, das Online-Zugangsgesetz verpflichtet die gesamte öffentliche Verwaltung dazu. Bei allen standardisierten Prozessen muss Raum sein für individuelle

Lösungen. Gegenüber Krankenkassen, der Regierung und den Medien werden wir uns kompromisslos vor die Kolleginnen und Kollegen stellen. Die Beziehung zu unseren Patientinnen und Patienten duldet keine Übergriffe. Auch der Datenschutz ist hier nicht verhandelbar.

MEDITIMES: Welche Projekte nehmen Sie aus der letzten Wahlperiode mit?

Miller: Wir müssen unsere Berufsordnung weiterentwickeln. Die Trennung zwischen Klinikfähigkeit und Niederlassung taugt nicht mehr. Dabei dürfen wir unsere ärztliche Kompetenz nicht an Investoren verkaufen, für die Profit im Vordergrund steht. Wir müssen in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen die Verantwortung behalten. Ich leite bei der Bundesärztekammer als Co-Vorsitzender den Ausschuss ambulante Versorgung und den Ausschuss Berufsordnung. Außerdem habe ich in der letzten Wahlperiode in der AG Akut- und Notfallmedizin, in der AG Notarztindikationskatalog, in der Taskforce Arbeitsmedizin, in der AG ÖGD und in der AG Klimawandel und Gesundheit mitgearbeitet. Das sind einige drängende Themen. Daneben betreffen uns gesellschaftliche Themen wie soziale Ungleichheit, Flüchtlingsströme und Kriege.

MEDITIMES: Haben Sie auch neue Projekte auf der Agenda?

Miller: Wir starten eine Initiative zur Verwaltung der kurzen Wege. Viele, die den Bürokratieabbau fordern, erfinden für eine abgeschaffte Regel drei neue. Entscheidend ist, dass sich die Prozesse an den Menschen orientieren und nicht umgekehrt. Ich will Mut und neue Ideen fördern und habe hier meinen Vorstand und meine Verwaltung hinter mir.

MEDITIMES: Es wird viel über künstliche Intelligenz gesprochen. Angeblich schlägt sich der Text-Roboter ChatGPT in einem Medizinexamen ganz gut. Sind KI-Behandlungspfade die Zukunft?

Miller: Die KI ist eine große Chance. Sie kann vieles zielsicherer lösen und klären, was wir uns früher mit dem Handbuch oder in der Bibliothek zusammensuchen mussten. Seit dreißig Jahren hilft uns das EKG-Gerät beim Befunden eines EKG. Warum sollten wir

uns bei Laborwerten oder Röntgenbildern nicht auch helfen lassen? Die Verantwortung für die Diagnosestellung und die Therapie wird immer ärztlich getroffen.

MEDITIMES: Wie kommunizieren Sie als Kammerpräsident mit Kliniken und Praxen?

Miller: Am liebsten telefonisch. Wenn es die Zeit erlaubt, treffe ich Kolleginnen und Kollegen persönlich und gehe zur Fortbildung ins Krankenhaus. Die Übertragung zum Beispiel von MRT-Bildern und zugehörigen Befunden klappt digital immer besser. Leider haben wir trotz aller staatlich verordneter TI kein einheitlich funktionierendes System: hier ein QR-Code, dort eine Ziffernkombination. Allerdings geht die Entwicklung weiter. MEDI ist auch dabei, die Praxisverwaltung sowie die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten und auch innerhalb des Gesundheitswesens auf eine gemeinsame Plattform zu bringen. ■■■

ra

Magda Becht hat den Messeauftritt von MEDI Südwest organisiert. Die erfreuliche Bilanz: mehrere Bewerbungen für eine MFA-Stelle und noch mehr für ein Praktikum.

MEDI Südwest wirbt auf Berufsmesse um Auszubildende

Der Fachkräftemangel hat längst auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz erreicht. Deshalb geht MEDI Südwest jetzt neue Wege bei der Rekrutierung und hat sich erstmals auf einer Berufsinformationsmesse präsentiert.

„In den Praxen wird händeringend nach Medizinischen Fachangestellten (MFA) gesucht“, sagt Magda Becht, Geschäftsstellenleiterin von MEDI Südwest. Viele niedergelassenen Mediziner würden inzwischen auch Krankenschwestern und Quereinsteigerinnen einstellen, um die Lücken zu füllen. Daher habe man sich beim Ärztenetzwerk Medidoc Rheinhessen/Pfalz e.V. und MEDI Südwest entschieden, an der Berufsinformationsmesse (BIM) in der Berufsbildenden Schule in Alzey Ende April dieses Jahres teilzunehmen. Der Auftritt wurde auch von der Ärztekammer Rheinland-Pfalz unterstützt.

Neben etwa 60 Unternehmen aus Handwerk, Industrie und Dienstleistung präsentierten sich die teilnehmenden Praxen aus dem Ärztenetzwerk am

» Wir müssen künftig offensiver für den Beruf der MFA werben«,

so Magda Becht.



MEDI-Südwest-Stand in der großen Halle. „Das war für uns das erste Mal, dass wir uns bei einer solchen Messe präsentiert haben“, berichtet Becht, die den gesamten Auftritt organisiert hat. Jeweils eine MFA und ein Arzt oder eine Ärztin suchten am Stand das Gespräch mit den anwesenden Schülerinnen und Schülern, beantworteten deren Fragen, verteilten Flyer, Kaffeetassen und kleine Geschenke.

Jugendliche zeigten großes Interesse

„Am Freitag kamen etwa 1.200 Schülerinnen und Schüler aus Schulen der ganzen Region zur BIM, das war ein richtiger Ansturm“, freut sich Becht. Wie lange dauert die Ausbildung zur MFA, was verdient man und welche Weiterbildungsmöglichkeiten gibt es? Das seien die häufigsten Fragen der jungen Leute gewesen. Einen Tag später seien dann viele Jugendliche ein zweites Mal mit ihren Eltern gekommen, um die Gespräche auf der Messe zu vertiefen.

Die vorläufige Bilanz des ersten Auftritts: „Wir haben einige Bewerbungen für eine Ausbildung zur MFA erhalten und mehrere für Praktika“, resümiert Organisatorin Becht. Der Aufwand habe sich auf jeden Fall gelohnt, das sähen auch die teilnehmenden Praxen so. „Wir müssen künftig offensiver für den Beruf der MFA werben“, so Becht weiter.

Das sei ein interessanter Beruf: Neben der Terminorganisation und dem persönlichen Kontakt mit Patienten am Tresen gebe es unter anderem Arbeit im Labor zu erledigen, Verbände zu wechseln und Blutdruck zu messen. Außerdem gebe es viele

Weiterbildungsmöglichkeiten, etwa zur Diabetesberaterin oder Wundmanagerin. „Wer sich für eine Ausbildung zur MFA entscheidet, kann sich die Praxis aussuchen, in der er oder sie arbeiten möchte,“ fasst die MEDI-Geschäftsstellenleiterin die aktuelle Situation auf dem Arbeitsmarkt zusammen.

Messeteilnahme auch an anderen Standorten geplant

MEDI Südwest plane deshalb, im kommenden Jahr wieder an der Berufsinformationsmesse in Alzey teilzunehmen. Darüber hinaus soll die Initiative auch in andere Regionen in Rheinland-Pfalz ausgedehnt werden. „Derzeit denken wir über die Teilnahme an Berufsinformationsveranstaltungen in Trier und Pirmasens nach“, sagt Becht. In den Regionen um die beiden Städte gebe es einen massiven Mangel an niedergelassenen Ärzten und auch an Angestellten für die Praxen. 

Martin Heuser



MFA Marie Schneider (links) und Hausärztin Carolin Krezdorn rührten kräftig die Werbetrommel für Praxis-Azubis.

Zehn Punkte gegen investorenbetriebene MVZ

Die ärztliche Versorgung vor Ort muss wieder Vorrang gegenüber wirtschaftlichen Interessen von Investoren haben, mahnt MEDI GENO Deutschland. Der Einstieg externer Kapitalgeber bei der Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) verursache Interessenkollisionen zwischen ärztlicher Behandlungsfreiheit und wirtschaftlichen Interessen und gefährde effektive regionale Versorgungsstrukturen. Mit einem Zehn-Punkte-Programm möchte MEDI GENO dem entgegenwirken.

Mitglieder von MEDI GENO Deutschland betreiben seit Jahren MVZ mit dieser Zielrichtung. So wirkt die Ärztenossenschaft Nord an der Entwicklung und dem Betrieb von MVZ in kommunaler Trägerschaft mit, die eine rechtskonforme Versorgungsstruktur für eine ambulante Gesundheitsversorgung vor Ort bieten. Auch MEDI Baden-Württemberg, MEDI Südwest und die Ärztenossenschaft Niedersachsen-Bremen haben in enger Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten in ihrer Region Lösungen entwickelt. Dort arbeiten mehrere MVZ, die einen entscheidenden Beitrag zur Versorgung in unterversorgten Gebieten leisten und ausschließlich in ärztlicher Hand sind.

Vorbilder existieren bereits in mehreren Ländern

„Die Big Points bei MVZ müssen die regionale Patientenversorgung, die Gewährleistung ärztlicher Behandlungsfreiheit und die Chance für angestellte

Ärztinnen und Ärzte, in die Selbstständigkeit zu wechseln, sein“, unterstreicht Dr. Svante Gehring, stellvertretender Vorsitzender von MEDI GENO Deutschland. „Die Praktiker von den Ärztenossenschaften Nord in Schleswig-Holstein und in Niedersachsen-Bremen, von MEDI in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz zeigen, wie es geht. Die Bundesratsinitiative ist zu unterstützen, wo sie Transparenz und Ausrichtung am Versorgungsauftrag fordert, eine zu enge räumliche Zuordnung und beschränkte Trägerschaft wird von MEDI GENO aber kritisch gesehen“, so Gehring.

„Nur noch fachübergreifende MVZ zuzulassen, ist angesichts des ärztlichen Nachwuchsmangels und des Versorgungsziels kontraproduktiv. Auch eine Verpflichtung zum örtlichen und fachlichen Bezug des MVZ-Gründers zum Versorgungszentrum ist nicht zielführend“, erklärt Dr. Werner Baumgärtner, MEDI GENO Deutschland-Chef. Er und die anderen Vorstände fordern deswegen, dass künftig auch ärztliche Organisationen MVZ gründen dürfen sollen. „Hier ist eine Änderung des SGB V längst überfällig, um eine breitere ärztliche Trägerschaft zu ermöglichen“, fordert Baumgärtner. 

Victoria Weis



→ Das Zehn-Punkte-Programm von MEDI GENO Deutschland gibt es online hier: www.medi-verbund.de/wp-content/uploads/2023/04/PM_MEDI_GENO_iMVZ_Zehn-Punkte-Programm.pdf

Ärzeschaft soll höhere GOÄ-Steigerungssätze prüfen

Der MEDI Verbund fordert, genau wie andere Ärzteverbände, seine Mitglieder dazu auf, bei privatärztlichen Abrechnungen nach der veralteten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) höhere Steigerungssätze zu nutzen – soweit das möglich ist.



Foto: Shotshop

„Die auf sich wartende Umsetzung der GOÄ bleibt ein großes Ärgernis für uns Niedergelassene. Bundesgesundheitsminister Lauterbach möchte sie nicht vorantreiben, solange keine Einigung mit den

PKV besteht. Allein das ist schon ein erheblicher Affront gegenüber unseren berechtigten Interessen, eine völlig antiquierte Gebührenordnung zu reformieren“, kritisiert Dr. Norbert Smetak, stellvertretender Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg, die Situation Niedergelassener.

MEDI sieht aufgrund der aktuellen Inflation und der massiven Kostensteigerungen durch die Energiekrise und den zunehmenden Personalmangel schnellen und pragmatischen Handlungsbedarf, damit niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit ihren Praxen nicht in eine wirtschaftliche Misere geraten. Der fachübergreifende Ärzteverband rät seinen Mitgliedern in jedem Einzelfall zu prüfen, ob höhere Steigerungssätze, die nach der GOÄ in bestimmten Fällen bis zum 3,5-fachen Satz möglich sind, gerechtfertigt sind.

Alle Möglichkeiten ausschöpfen!

Laut aktueller GOÄ sind die Gebühren grundsätzlich unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der einzelnen Leistung, des Krankheitsfalls, des Zeitaufwands und der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Ist ein Kriterium bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt, kann es nicht herangezogen werden. Für Weiteres gilt die GOÄ. Ärztinnen und Ärzte sollten alle Möglichkeiten der GOÄ genau prüfen und ausschöpfen, fordert MEDI.

„Die individuelle Prüfung geschieht insgesamt viel zu wenig“, betont Smetak. Das läge an unzureichender Kenntnis der Möglichkeiten, aber auch an der Sorge vor Konflikten mit Patientinnen und Patienten oder den Krankenkassen. Letzteres könne man durch legitime Begründungen wie beispielsweise erhöhten Zeitaufwand oder schwierige Bedingungen bei Untersuchungen vermeiden. Das Überschreiten des oberen Regelsatzes sei dabei laut GOÄ verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen.

„Zeigen Sie, dass Sie es leid sind, Ihre Arbeit nicht adäquat und zeitgemäß honoriert zu bekommen. Rechnen Sie das ab, was Ihnen zusteht, und senden Sie damit auch ein klares Zeichen an die Politik“, appelliert Smetak an die MEDI-Mitglieder. 

Tanja Reiners

DEGAM: Adipositas ganzheitlich verstehen und behandeln

Ein heterogenes Krankheitsbild wie Adipositas sollte nicht separat, sondern im Kontext anderer Erkrankungen wie Diabetes, arterieller Hypertonie, Demenz oder Osteoporose verstanden werden. In ihrem neuen Positionspapier fasst die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wichtige Grundlagen zur Behandlung und Prävention von Adipositas in der Hausarztpraxis zusammen.

Die aktuellen wissenschaftlichen Ergebnisse zu Übergewicht und Adipositas empfehlen auf dieser Basis eine holistische Perspektive. Gleichzeitig müssen die vielfältigen Ursachen von Adipositas berücksichtigt werden: genetische Prädispositionen, aber

auch Ernährungsverhalten, Bewegungsmangel und sozioökonomische Verhältnisse.

Adipositas in der Hausarztpraxis

Die DEGAM sieht die Behandlung von Adipositas bei den Hausärztinnen und -ärzten. Diese seien spezialisiert auf den ganzen Menschen und damit prädestiniert dafür, Adipositas zu erkennen, in den Gesamtkontext zu stellen und zu behandeln. Als Therapien stehen zur Verfügung: Ernährungsberatung, Bewegungsempfehlungen, (neue) Arzneimittel sowie bariatrische Operationen.

Weil Übergewicht und Adipositas aber auch durch gesellschaftliche Faktoren bedingt sind, weist die DEGAM darauf hin, dass deren Bewältigung nicht nur in der Hausarztpraxis liegen kann. Deshalb greife eine Therapie, die allein auf das individuelle Verhalten abzielt, zu kurz, da auch die Verhältnisse berücksichtigt werden müssen. 🇩🇪



→ Zum Positionspapier:
<https://bit.ly/3noenIU>

as

Post-COVID: wenige Betroffene, aber lange Ausfallzeiten

Eine Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigt: Seit dem Beginn der Pandemie sind rund 30 Prozent aller durchgehend erwerbstätigen AOK-Versicherten mindestens einmal im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung in ihren Unternehmen ausgefallen.

Bis einschließlich Dezember 2022 war knapp 1 Prozent von ihnen von einer Post-COVID-Erkrankung betroffen. Beim allgemeinen Krankenstand verzeichnete das WIdO 2022 den höchsten Wert seit Beginn der Analysen 1991.

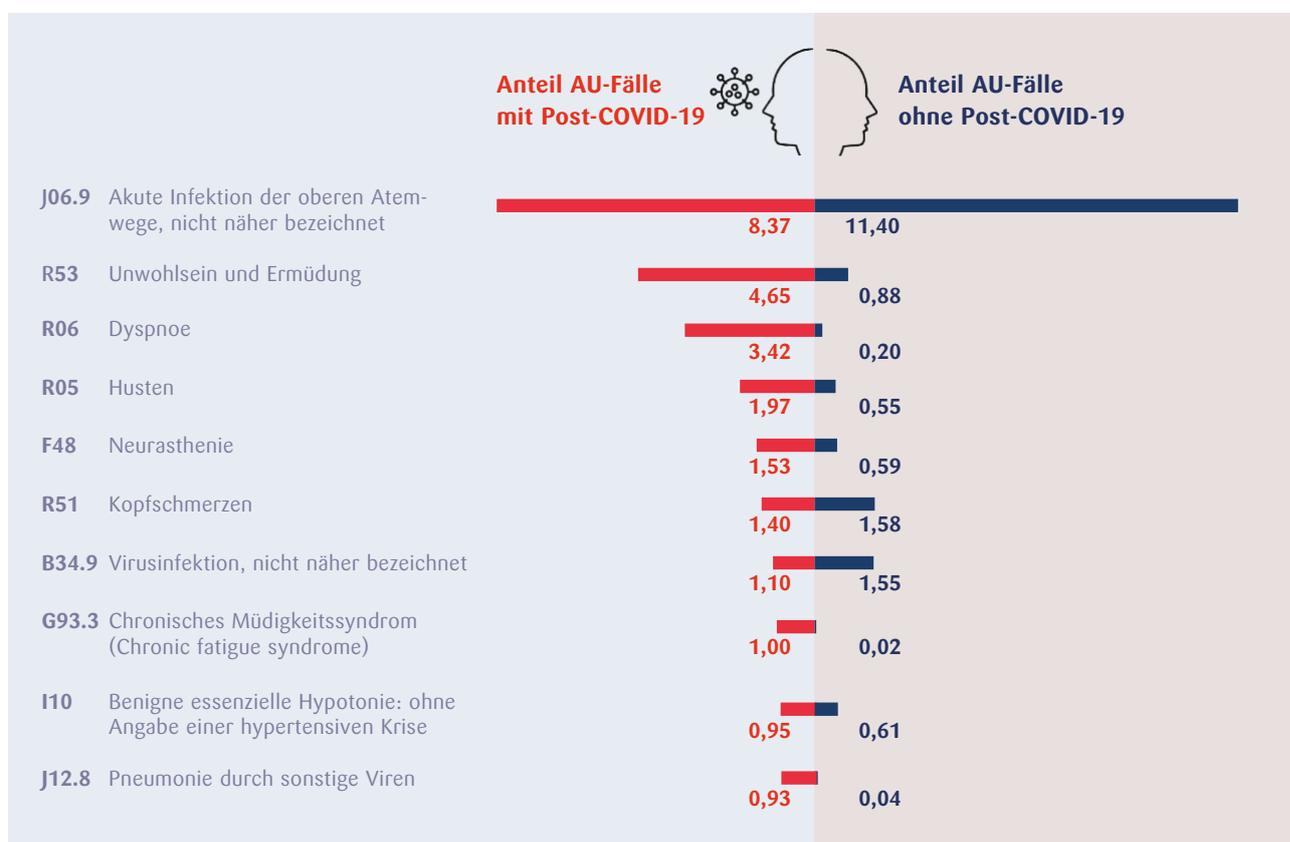
Etwa 2,3 Millionen der insgesamt 7,7 Millionen durchgehend erwerbstätigen AOK-Versicherten wurden zwischen März 2020 und Dezember 2022 im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung mindestens einmal arbeitsunfähig geschrieben. 71.651 Beschäftigte waren von einer Post-COVID-19-Erkrankung betroffen. Nach mehreren Auf- und Abwärtsbewegungen erreichten akute und Post-COVID-Erkrankungen im Frühjahr 2022 ihren vorläufigen Höhepunkt.

Delta-Variante sorgte für die meisten Ausfälle

Zur Analyse der Auswirkungen der verschiedenen Virusvarianten wurden die AU-Daten von Beschäftigten mit einer AU-Meldung aufgrund einer akuten COVID-19-Erkrankung sieben Monate lang nachbeobachtet. Dabei zeigte sich, dass zwischen September und Dezember 2021, als die Delta-Variante dominierte, bei 2,5 Prozent der akut Erkrankten eine Post-COVID-Erkrankung folgte.

Damit ist ihr Anteil doppelt so hoch wie in der Zeit, in der die Omikron-Variante vorherrschte. Hier folgte bei nur 1,1 Prozent aller von Akut-COVID-Betroffenen eine Post-COVID-Erkrankung. Auch die durchschnittliche Länge der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Post-COVID-Erkrankung ist in der Zeit, in der die Delta-Variante vorherrschte, mit durchschnittlich 43,2 Tagen deutlich höher als in dem Zeitraum, in dem die Omikron-Variante vorherrschend war (30,9 Tage). ■ ■

eb



Die häufigsten Begleitdiagnosen einer dokumentierten Post-COVID-19-Erkrankung unter allen erwerbstätigen AOK-Versicherten von November 2020 bis Dezember 2022

Frauenanteil in Praxen erstmals über 50 Prozent

Der Frauenanteil bei Ärzten und Psychotherapeuten im ambulanten Bereich wächst kontinuierlich. Laut Arztlstatistik der KBV für 2022 erreichte er im letzten Jahr erstmals über 50 Prozent. Am höchsten ist er bei den Psychologischen Psychotherapeuten (76,8 Prozent). Je jünger Ärzte und Psychotherapeuten sind, desto höher ist der Frauenanteil.

Die Statistik zeigt zudem: Die reine Zahl an Niedergelassenen ist zwar nach Köpfen gestiegen, die Ressource Zeit bleibt aber knapp. Laut Bundesarztregister nahmen im letzten Jahr 185.298 Ärzte und Psychotherapeuten an der ambulanten Versorgung teil. Gegenüber 2021 hat sich die Anzahl von Ärzten und Psychotherapeuten nach Köpfen um 1.962 erhöht – ein Plus von 1,1 Prozent (bei Ärzten plus 0,4 Prozent, bei Psychologischen Psychotherapeuten plus 4,1 Prozent).

Immer mehr arbeiten in Anstellung

Die meisten Niedergelassenen sind nach wie vor in eigener Praxis tätig. Allerdings wählen sie zunehmend flexiblere Arbeitsformen und entscheiden sich für eine Anstellung oder eine Teilzeitbeschäftigung statt des vollen Versorgungsauftrags. Die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte lag 2022 bei 46.109. Das ist seit 2012 ein Plus von 141 Prozent.

Zuwächse gab es bei Nervenärzten (plus 1,9 Prozent), Kinder- und Jugendpsychiatern (plus 1,8 Prozent), Augenärzten (plus 0,4 Prozent), Kinderärzten (plus 0,3 Prozent) und Psychotherapeuten (plus 0,2 Prozent). Dagegen sank die Zahl der Hausärzte um 0,3 Prozent. 

as

2,35 Millionen COVID-19-Erkrankte in ambulanter Versorgung

In der zweiten und dritten Corona-Pandemiewelle Ende 2020 bis Mitte Juni 2021 und in der sich anschließenden Abklingphase sind in Deutschland 2,35 Millionen Menschen mit laborbestätigter COVID-19-Diagnose vertragsärztlich behandelt worden. Das waren mehr als achtmal so viele wie in der ersten Pandemiewelle.

Zu diesen und anderen Ergebnissen kommt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in seiner Versorgungsatlas-Studie „Vertragsärztlich-ambulante Versorgung von COVID-19-Patienten im bundesweiten regionalen Vergleich“ mit Schwerpunkt auf der zweiten und dritten Pandemiewelle. Die bundesweite Prävalenz war in der zweiten und dritten Welle mit 3,3 Prozent deutlich höher als in der ersten (1. bis 3. Quartal 2020: 0,4 Prozent).

Die COVID-19-Fallzahlen nach den Meldedaten des Infektionsschutzgesetzes lagen mit 3,95 Millionen deutlich über der Zahl ambulant versorgter COVID-19-Patienten. Das lässt im Gegensatz zur ersten Pandemiewelle darauf schließen, dass viele COVID-19-Infektionen bei weiter rückläufiger stationärer Behandlungsbedürftigkeit auch nicht zu einer Inanspruchnahme in den Praxen geführt haben.

Gut acht Prozent mit Post-COVID-Diagnose

Bei 8,6 Prozent der ambulant versorgten COVID-19-Erkrankten wurde ein Post-COVID-Status diagnostiziert. Von den Post-COVID-Patienten hatten etwa zwei Drittel eine COVID-19-Diagnose. In der Patientensubpopulation mit der Diagnose COVID-19 und Post-COVID-Status waren die Anteile der Risikogruppen 2 und 3 (Altersbereiche 60 bis 79 Jahre beziehungsweise 15 bis 59 Jahre mit jeweils bestimmten Konstellationen von Vorerkrankungen) etwas höher als bei Patienten, bei denen nur die Diagnose COVID-19 kodiert wurde.

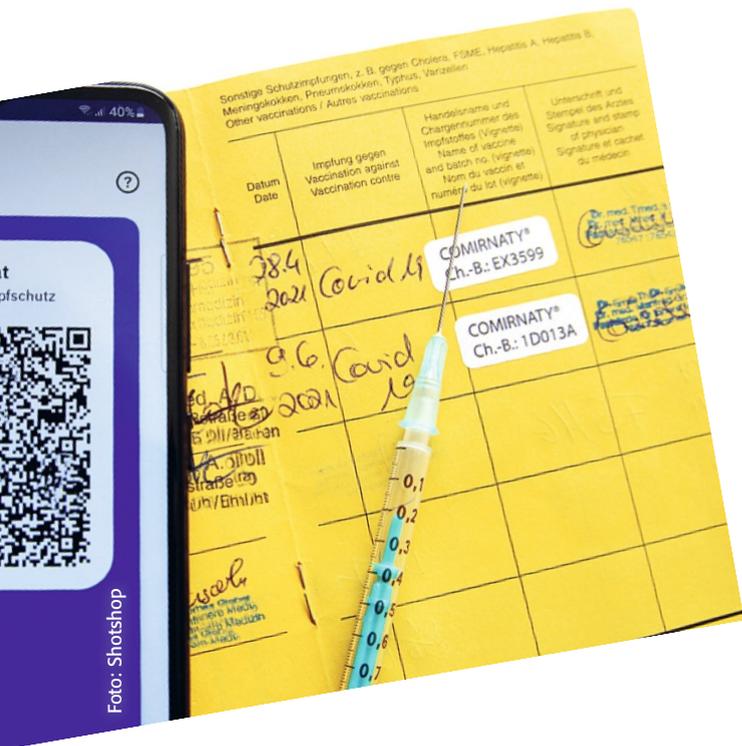
Regional war ein COVID-19-Prävalenzgefälle mit höheren Werten in Süd- und Ostdeutschland zu erkennen. Im Norden und Westen dagegen überwogen niedrigere Prävalenzen. Im Rahmen der räumlichen Clusteranalyse zeigte sich ein großes Cluster mit insgesamt 28 Kreisen in Sachsen und Thüringen mit Ausstrahlung nach Brandenburg sowie zwei kleinere Cluster in Baden-Württemberg (zwei beziehungsweise vier Kreise).

„Die Auswertungen zeigen, dass sich die Vertragsärztinnen und -ärzte auch im weiteren Pandemieverlauf mit voller Kraft engagiert und damit die Kliniken vor einer Überlastung geschützt haben“, so der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. Von den 2,35 Millionen ambulant behandelten COVID-19-Patienten in der zweiten und dritten Welle sind 2,15 Millionen (91,3 Prozent) nur in einem Quartal und 205.000 (8,65 Prozent) in zwei oder mehr Quartalen des Untersuchungszeitraums mit Kodierung einer laborbestätigten COVID-19-Diagnose versorgt worden.

„Wir haben auch den Zusammenhang zwischen Post-COVID-Symptomatik und Vorerkrankungen, bei denen ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf besteht, untersucht. Dabei haben wir COVID-19-Patientinnen und -Patienten von altersbezogenen Risikogruppen ab dem Alter von 15 Jahren eingeschlossen. Im Ergebnis ist bei gut 201.000 dieser Erkrankten eine Post-COVID-Symptomatik kodiert worden. Das zeigt zum einen, dass sich Post-COVID nicht zu einer neuen Volkskrankheit entwickelt. Zum anderen haben wir in den Abrechnungsdaten spezifische somatische und psychische Vorerkrankungen wie Adipositas oder Anpassungsstörungen als Risikofaktoren für Post-COVID-Komplikationen identifiziert. Das unterstreicht, dass Post-COVID ein heterogenes Krankheitsbild ist“, fügt von Stillfried hinzu.

Grundlage der Auswertungen waren bundesweite Abrechnungsdaten der KVen aller Vertragspraxen von Oktober 2020 bis September 2021. Darüber hinaus wurden Patienten mit weiteren Kodierungen für COVID-19 und erstmals auch solche mit Post-COVID-Symptomatik erfasst. 

eb



83 Prozent
der Bevölkerung
befürworten
Impfungen.

Mehr Menschen befürworten Impfungen

Immer mehr Menschen in Deutschland haben eine positive Einstellung zu Impfungen. Das zeigen die Ergebnisse der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen“ von 2022. Danach stehen 83 Prozent der Bevölkerung Impfungen eher befürwortend oder befürwortend gegenüber. Vor zehn Jahren waren das 61 Prozent. Drei Prozent der Befragten lehnen Impfungen ab oder eher ab.

Die Ergebnisse zeigen auch: Der Anteil an Befragten, die Impfungen positiv bewerten, hat sich im letzten Jahr mit 56 Prozent im Vergleich zu 59 Prozent im Jahr 2021 statistisch nicht relevant verändert. Bei Befragten, die volles Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen haben, gibt es mit 56 Prozent im Jahr 2016 hin zu 65 Prozent in 2022 einen positiven Trend.

In Ostdeutschland weniger Befürwortende

In den Erhebungsjahren 2012 bis 2020 standen Befragte in Ostdeutschland jeweils häufiger als solche in Westdeutschland Impfungen befürwortend gegenüber. 2021 war dieser Anteil in Ost- und Westdeutschland mit 59 Prozent etwa gleich. In der Repräsentativbefragung 2022 gaben mit 57 Prozent erstmals mehr Befragte in Westdeutschland als mit 51 Prozent in Ostdeutschland eine positive Haltung gegenüber Impfungen an.

Die Daten zeigen zudem eine rückläufige Entwicklung bei der Einschätzung der Wichtigkeit der Corona-Schutzimpfung: 2022 schätzten 83 Prozent der Befragten die Schutzimpfung für sich selbst als besonders wichtig oder wichtig ein. Ein Jahr zuvor gaben 2021 das noch 87 Prozent an. 16 Prozent betrachten 2022 die Impfung für sich selbst als nicht so wichtig. Zwölf Prozent sahen das im Jahr 2021 so. Wegen der besseren Verfügbarkeit von Impfstoffen und des zunehmenden Anteils der Bevölkerung, der geimpft oder genesen ist, sind schwere Krankheitsverläufe seltener geworden. Für die Befragung wurden 5.000 Personen im Alter von 16 bis 85 Jahren zwischen Juli und August 2022 befragt. ■■■

ANZEIGE

**ARBEITSSICHERHEIT
ELEKTRISCHE PRÜFUNGEN
GERÄTESICHERHEIT**

Ing.-Büro Hartmut Böttger Sicherheitssysteme und Arbeitssicherheit | Hans-Stempel-Str. 1c · 76829 Landau
Telefon 07071 / 147 01 45 · Telefax 03212 / 949 52 10
Mobil 0179 / 392 87 27 · Ing-buero@Hartmut-Boettger.de



Nach Feierabend muss niemand erreichbar sein

Fällt Arbeitgebern beispielsweise am Abend noch etwas ein, worüber sie ihre Angestellten unbedingt informieren möchten, ist es zu spät. Denn Angestellte haben in ihrer Freizeit und nach Feierabend ein Recht auf Nichterreichbarkeit und müssen keine SMS oder andere Nachrichten ihres Chefs oder ihrer Chefin lesen. Das entschied das Landesarbeitsgericht (LAG) Schleswig-Holstein.

Vor dem LAG wurde ein Fall verhandelt, in dem es um kurzfristige Dienstplanänderungen für einen Notfallsanitäter ging. Dieser hatte in zwei Fällen telefonisch und per SMS und in einem Fall auch per E-Mail in seiner Freizeit auf eine kurzfristige Dienstplanänderung für den Folgetag nicht reagiert und meldete sich jeweils wie ursprünglich geplant zu seinen Diensten. Daraufhin hat der Arbeitgeber den

Mann wegen unentschuldigtem Fehlen am Arbeitsplatz abgemahnt und ihm Stunden von seinem Zeitkonto abgezogen.

Der Notfallsanitäter zog zunächst vor das Arbeitsgericht (ArbG) und unterlag. In der Berufung entschied das LAG dann zugunsten des Mannes. Der Arbeitgeber musste laut LAG damit rechnen, dass der Sanitäter die SMS erst bei Dienstbeginn las. Das Recht auf Nichterreichbarkeit diene dem Gesundheitsschutz und dem Persönlichkeitsschutz von Arbeitnehmern. Ein Mensch darf selbst entscheiden, für wen er oder sie in dieser Zeit erreichbar sein will oder nicht, argumentierte das Gericht. ■

as

→ Az.: 1 Sa 39 öD/22



Darf ich meine schwangere MFA weiterhin beschäftigen?

Grundsätzlich ja, es gilt jedoch ein besonderer Schutz für schwangere und stillende Arbeitnehmerinnen, um sie vor körperlicher Überforderung, Erschöpfung und psychischer Belastung zu schützen. Die gesetzlichen Grundlagen finden sich im Mutterschutzgesetz (MuSchG) und in der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbV). Diese gelten für alle schwangeren Angestellten in der Praxis, nicht jedoch für Selbstständige, wie beispielsweise Praxisinhaberinnen.

Die wichtigsten Grundsätze

Schwangere dürfen maximal 8,5 Stunden pro Tag beziehungsweise 90 Stunden pro Doppelwoche arbeiten. Teilzeitbeschäftigte dürfen den Monatsdurchschnitt ihrer wöchentlich vereinbarten Stundenzahl nicht überschreiten. Das heißt, arbeitet eine MFA 20 Stunden wöchentlich, kann sie zwar eine Woche 30 Stunden arbeiten, darf dafür in der nächsten Woche jedoch nur zehn Stunden arbeiten. Der Schnitt der Stundenanzahl im Monat muss gewährleistet sein. Arbeiten zwischen 20 und 22 Uhr oder an Sonn- und Feiertagen kann eine Schwangere nur ausführen, wenn sie einwilligt und die Praxis eine Genehmigung bei der zuständigen Aufsichtsbehörde einholt. Nachtarbeit ist verboten.

Es ist sicherzustellen, dass eine schwangere oder stillende Arbeitnehmerin ihre Arbeit kurz unterbrechen, sich hinlegen oder ausruhen kann.

Behandlungen unter den üblichen Hygiene- und Schutzmaßnahmen sind möglich, dagegen sind Tätigkeiten, die die Schwangere gefährden könnten, verboten. Dazu gehören:

- der Umgang mit stechenden und schneidenden Instrumenten, die mit Blut kontaminiert sein können, oder mit infektiösem Material, wie Spritzen, Impfungen, Blutabnahmen, Verbandswechsel.
- regelmäßiges Heben oder Tragen von mehr als fünf Kilogramm oder gelegentliches Heben oder bewegen von zehn Kilogramm Gewicht.
- Tätigkeiten, bei denen man sich häufig erheblich strecken, beugen, hocken oder gebückt halten oder eine Schutzausrüstung tragen muss und dies eine Belastung darstellt.
- das Umlagern von Patienten oder die Begleitung

von wackeligen Patienten beispielsweise in den Behandlungsraum.

- der Umgang mit offenen radioaktiven Substanzen und Gefahrstoffen gem. §§ 11 MuSchG, 5 MuSchArbV.
- Patienten mit besonderen Infektionskrankheiten wie HIV, MRSA, Tuberkuloseverdacht oder die Betreuung von Kindern. Diese Tätigkeiten können jedoch in Abhängigkeit vom Impfstatus und nach Beratung mit dem Betriebsarzt ausgeführt werden.

Gefährdungsbeurteilung

Bereits nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) hat die Chefin oder der Chef für jeden Arbeitsplatz eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen. Wird eine Arbeitnehmerin schwanger, ist die Praxis verpflichtet, erneut eine aktuelle Gefährdungsbeurteilung des jeweiligen Arbeitsplatzes durchzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob Schutzmaßnahmen für die werdende oder stillende Mutter erforderlich sind. Die Praxis hat die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über die Beurteilung zu unterrichten und arbeitsplatzbezogen die notwendigen Schutzmaßnahmen umzusetzen. Kommt die Praxis zu dem Ergebnis, dass weder eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes noch ein Arbeitsplatzwechsel genügt oder in Betracht kommt, muss der Arbeitgeber gegebenenfalls ein teilweises Beschäftigungsverbot aussprechen. Keine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen, stellt eine Ordnungswidrigkeit dar und kann ein Bußgeld nach sich ziehen. Das Gleiche gilt, wenn der Arbeitgeber zum Beispiel keine Ruhezeiten gewährt.

Schwangere und Mütter in Mutterschutz und Elternzeit sind durch ein sehr weitgehendes Kündigungsverbot geschützt. Das gilt sogar, wenn die Kündigung bereits ausgesprochen wurde, sofern die gekündigte Mitarbeiterin innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung über ihre Schwangerschaft informiert. Außerdem haben Frauen mindestens 14 Wochen Mutterschutz: sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt, in denen sie nicht beschäftigt werden dürfen. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten verlängert sich der nachgeburtliche Mutterschutz auf zwölf Wochen. ■■■

Angela Wank

Gericht: „Focus“-Ärzte-Siegel sind irreführend

Das Nachrichtenmagazin „Focus“ muss künftig die Verleihung und Veröffentlichung seiner Siegel „Top Mediziner“ und „Focus Empfehlung“ unterlassen. Das hat das Landgericht München I entschieden. Die Siegel, die einmal im Jahr in „Focus Gesundheit“ unter dem Titel „Ärzteliste“ in der Aufmachung eines Prüfzeichens erscheinen, seien irreführend, da das Magazin den Eindruck erwecke, dass die aufgeführten Mediziner auf Basis einer neutralen und sachgerechten Prüfung ausgezeichnet worden wären und damit eine Spitzenstellung unter den Ärzten gleicher Fachrichtung hätten.

In Wirklichkeit werden diese Auszeichnungen gegen Entgelt verliehen: Ärztinnen und Ärzte bekommen gegen eine Lizenz von rund 2.000 Euro netto ein Siegel unter der Rubrik „Focus Empfehlung“, das sie werbend benutzen können, was sie auch tun.

Der „Focus“ verstößt durch die Vergabe seiner Siegel gegen das lauterkeitsrechtliche Irreführungsverbot, so das Gericht. Der Verbraucher erwarte, dass ein mit solch einem Prüfzeichen versehenes Produkt oder eine Dienstleistung von einer neutralen und fachkundigen Stelle auf die Erfüllung von Mindestanforderungen anhand objektiver Kriterien geprüft wurde und bestimmte, von ihm für die Güte und Brauchbarkeit der Ware als wesentlich angesehene Eigenschaften aufweise. Tatsächlich könne sich aber die Qualität ärztlicher Dienstleistungen nicht mit Messgeräten im Testlabor ermitteln und vergleichen lassen. 

as

→ Az 4 HKO 14545/21



Dipl.-Psych. Martina Gempp

Psychologische Psychotherapeutin

Martina Gempps beruflicher Schwerpunkt ist die Verhaltenstherapie. Sie liebt die Arbeit im Team und bezeichnet ihre Weiterbildung „Emotionsfokussierte Therapie“ als Steckenpferd. Privat steht die Familie mit den drei Teenie-Töchtern an erster Stelle – und der Wunsch nach mehr Zeit für gemeinsame Rucksackreisen.

Seit dieser Legislaturperiode ist Gempp außerdem Delegierte in der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg. Aber der Reihe nach: Die Psychologische Psychotherapeutin ist seit elf Jahren ambulant in Freiburg tätig. Ihr Berufseinstieg war eng gekoppelt an den PNP-Vertrag: Dr. Anton Rosner, Psychologischer und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, hatte sie wegen des PNP-Vertrags angestellt. Durch ihn lernte sie den Selektivvertrag Psychotherapie kennen – seitdem ist sie ein Fan der Selektivverträge.

Inzwischen hat Gempp einen eigenen Praxissitz und führt mit ihrem früheren Arbeitgeber die schon bestehende Ausbildungspraxis für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten partnerschaftlich weiter. In dieser behandeln Kolleginnen und Kollegen verschiedener Ausbildungsinstitute Baden-Württembergs Patientinnen und Patienten unter Supervision.

Tolle Vorteile durch den PNP-Vertrag

Gempp ist auch Supervisorin und Dozentin an verschiedenen Ausbildungsinstituten für Verhaltenstherapie. Ihre eigene Praxis hat zwei halbe Versorgungsaufträge, die von vier therapeutisch arbeitenden Kolleginnen ausgefüllt werden. Einer-

» Der PNP-Vertrag verbessert die Versorgung ungemein!«

seits sicher eine trübelige Angelegenheit, aber für die Psychotherapeutin überwiegen die positiven Aspekte. „Es ist ein großer Mehrwert für mich, nicht alleine arbeiten zu müssen“, sagt sie, „ich profitiere sehr von der Teamarbeit.“

Auf Grundlage des PNP-Vertrags konnten zusätzliche Therapieplätze geschaffen werden, die wiederum ein großes Team möglich machen. Gut auch für die Patientinnen und Patienten: „Durch die unbürokratische Ausgestaltung der Selektivverträge und unser Team im Rücken können wir die Versorgung von komplex und schwer erkrankten Menschen gut anbieten“, so Gempp.

Die Praxisstruktur hat tatsächlich Folgen für ihre eigenen Behandlungsschwerpunkte. Die approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben vor allem schwer oder vielfältig erkrankte Menschen in Therapie, zum Beispiel mit Persönlichkeits- oder Traumafolgestörungen.

Bei Geflüchteten kommen meist Sprachbarrieren hinzu, sodass Gempp auch mit Dolmetschern arbei-

tet. Trotzdem beschreibt sie diesen Teil ihres Jobs nicht als belastend, sondern berichtet voller Freude von den guten und hilfreichen Behandlungsansätzen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. „Das Entwicklungspotenzial der Betroffenen ist groß“, beschreibt sie, „oft ist eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität möglich.“

Wie hält man es aus, den ganzen Tag lang Probleme in sich aufzunehmen? „Dafür habe ich wohl ein Händchen“, lacht sie. Natürlich braucht auch sie eine Mischung unterschiedlich belasteter Patientinnen und Patienten, aber es ist zu spüren, dass sie ihre Arbeit tatsächlich als bereichernd empfindet.

Neues Steckenpferd

Zuletzt absolvierte sie die Weiterbildung „Emotionsfokussierte Therapie“, die sie augenzwinkernd als ihr neues Steckenpferd bezeichnet. „Die Emotionsfokussierung erlebe ich als unglaublich bereichernd“, sagt sie, „aber auch als sehr intensiv.“ Hier geht es nicht um die kognitive und verhaltensnahe Bearbeitung von Problemen, sondern um das tiefe Hinein-

fühlen in den eigenen Schmerz – natürlich in einer sicheren therapeutischen Umgebung.

„Wenn unsere schmerzhaftesten Gefühle zugelassen werden, können wir sie verarbeiten“, erklärt sie. Gleichzeitig werden in der Therapie alternative, hilfreichere Emotionen zugänglich gemacht, die den Schmerz verändern und heilen helfen. Das funktioniert auch im Rahmen der Weiterbildung. „Wir sind ja lauter gestandene Therapeutinnen und Therapeuten, die im Seminar an ihren eigenen Erfahrungen arbeiten“, beschreibt sie, „aber wir heulen uns jedes Mal die Augen aus.“

Neben den intensiven Einzeltherapien bietet Martina Gempff auch störungsübergreifende Gruppen an. „Es ist oft eine unglaublich heilsame Erfahrung, sich anderen gegenüber in einer sicheren Umgebung öffnen zu können und trotz oder gar wegen seines So-Seins Wertschätzung und Verständnis zu erfahren“, so die Therapeutin. Doch auch aus Gründen der Sicherstellung und Kosteneffektivität hält sie die Gruppentherapie für einen sehr wichtigen Baustein der psychotherapeutischen Versorgung. So können mehr Menschen versorgt werden. In ihrer

Fortsetzung >>>

Eine Auszeit vom Berufsalltag nimmt sich Martina Gempff am liebsten in den Bergen.



>>>
Dipl.-Psych.
Martina Gempp

Praxis gibt es gute Erfahrungen mit einer Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie.

Seit einem halben Jahr sitzt sie inzwischen im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie und seit dieser Legislaturperiode in der Vertreterversammlung der KVBW. Wichtige Themen sind für sie aktuell der Bürokratieabbau, die Umsetzung der Richtlinie zur Versorgung psychisch komplex erkrankter Menschen sowie die berufsgruppenübergreifende Vernetzung im KV-System. „Im Selektivvertrag Psychotherapie ist in dieser Richtung schon sehr viel umgesetzt“, stellt sie fest, „das freut mich immer wieder.“

Mit dem Rucksack nach Albanien

Ein ausgefülltes und intensives Berufsleben – bleibt da noch Raum für ein Privatleben? Unbedingt! Gempp liebt die Natur und macht gerne Sport, am liebsten in den Bergen. Es ist ihr wichtig, für Werte wie Umwelt- und Klimaschutz einzutreten.

Gleichzeitig wünscht sie sich eine gerechtere Verteilung von Einkommen, Ressourcen und Besitz sowohl innerhalb unserer Gesellschaft als auch international. Man spürt, wie ernst ihr diese Wertvorstellungen sind.

Fröhlich erzählt sie von der Familie – Mann und drei Töchter im Teenageralter. Gemeinsame Urlaube sind ein seltenes Highlight. Sie schwärmt vom letzten Sommer, als die Familie mit Rucksäcken und Zeltausrüstung im Zug nach Albanien aufbrach. Am Wochenende ging es früher manchmal zum Plaisirklettern in die Schweiz, heute wünschen sich die Mädels eher Klettersteige und Hüttentouren. Gempp ist gerne mit dabei. „Ich suche die Herausforderung und packe gerne an“, sagt sie, „so bin ich auch bei der Berufspolitik gelandet.“ 

Ruth Auschra

Auf der Suche nach der perfekten Weiterbildungspraxis?



Foto: Shotshop

Fällt Ihnen beim Stichwort „Weiterbildung im ambulanten Bereich“ nur eine der vielen Landarztpraxen ein? Schade! Wie die Realität aussieht, wissen die Mitglieder der Arbeitsgruppe Young-MEDI. Zum Glück geben sie Tipps weiter.

» Wir verbringen mehr Zeit am Arbeitsplatz als zu Hause, daher muss ich mich beim Arbeiten wohlfühlen«,

sagt Dr. Christine Blum.

Welche Weiterbildung?

Diese Frage muss klar beantwortet sein, bevor Sie nach einer passenden Weiterbildungspraxis suchen. Klassiker bleibt natürlich die Allgemeinmedizin mit 24 Monaten, die im ambulanten Sektor absolviert werden können. Aber fakultativ können zum Beispiel auch Teile der Facharzt Ausbildung HNO, Dermatologie, Innere, Pädiatrie oder Augenheilkunde im ambulanten Bereich absolviert werden.

Allgemeinmedizinerin Cathérine Hetzer-Baumann empfiehlt, sorgfältig zu prüfen, welche Weiterbildungsermächtigungen für die gewählte Facharzt Ausbildung in der Praxis vorhanden sein müssen. „Es lohnt sich auch die Nachfrage, wie vie-

le Ärztinnen und Ärzte in der Praxis in welchem Bereich und für wie lange weiterbildungsermächtigt sind“, rät sie und stellt weitere Ideen vor: Angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sollten erfragen, ob die Weiterbildungspraxis Hausbesuche übernimmt, eventuell auch ein Pflegeheim betreut. Welche technischen Diagnostikmöglichkeiten werden angeboten? Welche Abrechnungsarten (KV, HZV, BG, Privat?) lernt man dort kennen?

Welche Praxis?

Region und Lage der Praxis sind sicherlich wesentliche Faktoren für die Entscheidung. Muss die Weiterbildungspraxis unbedingt in der Uni-Stadt oder der alten Heimatstadt liegen? „Auch eine eher ländlich gelegene Praxis hat ihren Charme, wenn sie groß und modern ist“, findet Dr. Christine Blum. Die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie ist inzwischen als Quereinsteigerin in der Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin. Als Mutter von zwei Kindern hat sie sich bewusst gegen die spezialisierte Klinik und für die hausärztliche Praxis entschieden.

Fortsetzung >>>

>>>

Auf der Suche nach der perfekten Weiterbildungspraxis?

Was ist mir in der Weiterbildungspraxis wichtig?	Ja/Nein	Wichtig	Unwichtig
Passt die Region zu meinen Ansprüchen?			
Ist die Erreichbarkeit der Praxis o.k.?			
Passt die Wohnsituation?			
Passt der menschliche Faktor?			
Wie hoch ist das Gehalt (variable Bestandteile bei Selbstzahlerleistungen)?			
Wie sind die Arbeitszeiten (Länge der unbezahlten Mittagspause, Abendsprechstunde, Bereitschaftsdienste, Hausbesuche)?			
Wie ist der Umgang mit Überstunden und Mehrarbeit?			
Ist eine Weiterbildung in Teilzeit möglich?			
Passen die Urlaubsregelungen und Dienstpläne?			
Gibt es ein eigenes Behandlungszimmer?			
Sind die gewünschten technischen Geräte vorhanden?			
Passen die Zusatzausbildungen der Weiterbildungsärzte?			
Passen die Patientinnen und Patienten (Alter, Soziales, Kultur, Stadt-Land)?			
Wie erfahren/fortgebildet ist der Chef als Weiterbilder?			
Gelten Fortbildungen als Arbeitszeit? Wenn ja, welche?			
Wie werde ich eingearbeitet?			
Wie ist der technische Organisationsgrad der Praxis?			
Wie ist die Teamarbeit organisiert?			



Dr. Christine Blum hat ihre Weiterbildung in der väterlichen Praxis absolviert.

Längst gibt es nicht nur die Einzelpraxis, sondern auch Job-Angebote in großen Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren. Für Anna Sedlacek, angehende Fachärztin für Allgemeinmedizin, war die Praxisgröße ein wichtiges Entscheidungsmerkmal: „Je mehr Ärzte, desto mehr Potenzial zu lernen“, findet sie. Ihr war auch die Frage wichtig, ob sie die erste Ärztin ist, die in der Vorstellungspraxis eine Weiterbildung absolviert.

Die Erfahrungen des Weiterbildenden und der Organisationsgrad der Weiterbildungspraxis können eine wichtige Rolle spielen: Spätestens zur Anmeldung der Facharztprüfung müssen alle Dokumente aus Kliniken und Praxen vollständig vorliegen, auch zu Kenntnissen und Kompetenzen! Schlecht, wenn man notwendigen Unterschriften hinterherlaufen muss. Im schlimmsten Fall kann sich dadurch die Anmeldung zur Facharztprüfung verzögern. Im besten Fall ist die Praxis perfekt durchorganisiert und wird zum Vorbild für eine eigene spätere Praxistätigkeit.

Wichtig ist auch die Frage, ob die Praxis mit anderen kooperiert oder an einem Rotationsmodell teilnimmt. Ideal ist der Anschluss an einen regionalen Weiterbildungsverbund aus Praxen und Kliniken: das erspart Umzüge und erleichtert ganz grundsätzlich die Organisation der Facharztausbildung.

Vorstellungsgespräch

Beim Vorstellungsgespräch bekommt man nicht mehr als einen ersten Einblick in die Praxis. Aber

während man in der Klinik meist nur den Chefarzt der entsprechenden Abteilung kennenlernt, hat man in der Praxis die Möglichkeit, den größten Teil des Teams kennenzulernen. „Für mich persönlich war es am wichtigsten, die Stimmung im Team wahrzunehmen“, erinnert sich Blum und erklärt: „Wir verbringen mehr Zeit am Arbeitsplatz als zu Hause, daher muss ich mich beim Arbeiten wohlfühlen.“ Ein kollegiales Miteinander und flache Hierarchien sind ihrer Erfahrung nach wesentlich für ein gutes Arbeitsklima.

Geld spielt auch eine Rolle. Das Gehalt des Weiterbildungsassistenten wird bekanntlich von der KV gefördert. Insofern hat die Praxisführung die Möglichkeit, Gehaltsanpassungen und/oder Bonuszahlungen anzubieten. Auch über die Förderung und Bezahlung von Fortbildungen sollte man sprechen. Noch wichtiger können flexible Arbeitszeitmodelle sein. „Die Arbeitszeiten können in der Praxis deutlich flexibler an die Bedürfnisse des Einzelnen angepasst werden als im stationären Sektor“, weiß Blum. ■■

Ruth Auschra



Die Hausärztin Dr. Cathérine Hetzer-Baumann ist eine der Sprecherinnen bei Young-MEDI.

VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

Juli bis September 2023

**VERANSTALTUNGEN FÜR
ÄRZTINNEN, ÄRZTE/
PSYCHOTHERAPEUTINNEN,
PSYCHOTHERAPEUTEN --
medizinisch**

15.07.2023 / 09.00–18.30 Uhr
**DEGUM-Refresher-Workshop mit virtuellen
Patienten: „Update Sonografie in der nieder-
gelassenen Praxis“**
Bildungszentrum St. Nikolaus, Pettenkofenstr. 5,
83022 Rosenheim

**VERANSTALTUNGEN FÜR MFA UND
EFA® -- medizinisch**

27.09.2023 / 14.30–18.00 Uhr
**Schutz- und Pflichtimpfungen –
Impfmanagement**
Hotel Alpenhof, Donauwörther Str. 233,
86154 Augsburg

**VERTRAGSSCHULUNGEN FÜR
ÄRZTINNEN, ÄRZTE/PSYCHOTHERA-
PEUTINNEN, PSYCHOTHERAPEUTEN
UND MFA/EFA®**

05.07.2023 / 15.00–17.00 Uhr
**Vertragsschulung Gastroenterologie /
Vertragsschulung Urologie /
Vertragsschulung Orthopädie**
Microsoft® Teams / Online

07.07.2023 / 15.00–17.00 Uhr
**Abrechnungsschulung Urologie /
Vertragsschulung Pneumologie**
Microsoft® Teams / Online

11.07.2023 / 16.00–18.00 Uhr
Vertragsschulung PT-Verträge
Microsoft® Teams / Online

12.07.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Orthopädie
Microsoft® Teams / Online

13.07.2023 / 15.00–17.30 Uhr
Abrechnungsschulung PT-Verträge
Microsoft® Teams / Online

14.07.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Vertragsschulung Nephrologie
Microsoft® Teams / Online

06.09.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Vertragsschulung KJÄ
Microsoft® Teams / Online

13.09.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Pneumologie
Microsoft® Teams / Online

20.09.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Kardiologie
Microsoft® Teams / Online

22.09.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Vertragsschulung Kardiologie
Microsoft® Teams / Online

27.09.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Gastroenterologie
Microsoft® Teams / Online

27.09.2023 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung KJÄ
Microsoft® Teams / Online

→ **ACHTUNG:**
TeilnehmerInnen
können sich
online auf
unserer
Homepage zu
allen
Veranstaltungen
anmelden.
Bitte geben Sie
eine gültige
E-Mail-Adresse
ein, damit
Anmelde-
bestätigungen
oder Zugangs-
links zugestellt
werden können.

