

MEDI bleibt auf Wachstumskurs



Betriebsprüfung in der Praxis

Wer die Regeln und Abläufe befolgt und für ein gutes Arbeitsklima sorgt, hat wenig zu befürchten.

Mitglieder sind mit MEDI sehr zufrieden

Eine Umfrage aus Baden-Württemberg zeigt: MEDI Mitglieder sind mit der politischen Arbeit und den Geschäftsfeldern ihres Verbunds sehr zufrieden.

Baumgärtner beschreibt die „Zukunft Arztpraxis“

Der MEDI Vorsitzende erklärt, wie Niedergelassene ihre Chancen im Markt besser nutzen können. Für „Frischlinge“ genauso lesenswert wie für „alte Hasen“.

EBM-Reform 2013 – Neiddebatte reloaded

Liebe Leserin, lieber Leser,

im Mai 2013 feiern wir 5 Jahre Hausarztvertrag in Baden-Württemberg. Erinnern Sie sich noch, welche Diskussionen wir bereits im Vorfeld hatten? Trotz des Gegenwinds hat sich der Vertrag in Baden-Württemberg aber zügig durchgesetzt und bringt nicht nur unseren Kolleginnen und Kollegen eine größere finanzielle Sicherheit als der Kollektivvertrag, sondern verbessert auch die Versorgung unserer Patienten. Zu diesem Ergebnis kam auch die Wissenschaft und lobte den Vertrag öffentlich im Rahmen der Evaluation.

Ohne funktionierenden Hausarztvertrag haben Facharztverträge in einem fachübergreifenden Versorgungskonzept keine Zukunft. Deshalb gibt es bisher nur im Südwesten Facharztverträge von Bedeutung und das auch nur mit der AOK und der Bosch BKK, obwohl andere Kassen durchaus Interesse haben.

Unsere Facharztverträge gewinnen durch die Sofortabrechnung nach Einschreibung und durch Nachbesserungen im Kardiologie- und PNP-Vertrag an Attraktivität. Wir freuen uns, dass die Kolleginnen und Kollegen die strukturellen Vorteile verstehen und schätzen. Dort gibt es keine Fallzahlbegrenzungen und jeder Fall wird mit festen Preisen und höheren Fallwerten als im Kollektivvertrag vergütet. Es gibt keine Abrechnungsarithmetik mit Verdünnerscheinen und keine Umverteilung mit daraus resultierenden Neiddiskussionen.

Diese führen wir jedoch aktuell wieder im Vorfeld der x-ten EBM-Reform. Wieder wird es die Umverteilung in einem unterfinanzierten System mit dem hehren Ziel „Honorargerechtigkeit“ zu schaffen geben – welch ein Quatsch! Die Hausärzte sollen für Hausbesuche und Gespräche wieder Einzelleistungen vergütet bekommen – jedoch alles in einem gedeckelten

System! Was soll dieser Unsinn? Zudem will die KBV neue Qualitätsvorgaben einführen, wie z.B. 60 Stunden für geriatrisches Assessment. Bevor man über neue Vorgaben spricht, sollte man aber zuerst die aktuelle Qualität und Leistungsmenge bezahlen!

Bei den Fachärzten sollten ursprünglich 2 Milliarden Euro umverteilt werden. Nun werden es rund 400 Millionen Euro sein. Warum muss das in Zeiten der Unterfinanzierung sein? Und dann auch noch parallel zu Köhlers Forderung nach festen Preisen?

Dr. Andreas Köhler hat ja verkündet, in 5 Jahren feste Preise durchsetzen zu wollen. Angesichts der EBM-Reform bin ich mir aber nicht mehr sicher, ob wir unter „festen Preisen“ das Gleiche verstehen. Er kann jedoch davon ausgehen, dass wir bei MEDI auch im neuen Jahr unseren Weg weitergehen und feste und bessere Preise in unseren Hausarzt- und Facharztverträgen umsetzen werden.



Es grüßt Sie herzlich Ihr

Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender



TITEL

MEDI BLEIBT AUF WACHSTUMSKURS

- 6 Werner Conrad – »Wir bauen unsere Geschäftsfelder immer weiter aus«
- 20 **MEDI probt den Schulterchluss mit Gleichgesinnten**

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 9 **Umfrage: Mitglieder geben Vorstand Top-Noten**
- 9 **MEDITIMES ist wichtigstes Medium**
- 10 **So kommt es nicht zu Engpässen in der Psychotherapie**
- 11 **PNP-Vertrag startet nun auch für Mediziner**
- 12 **Delegierte wollen feste Preise und Änderungen im Notfalldienst**
- 12 **MEDI bringt Mitgliedsausweis heraus**
- 13 **73c-Verträge: Ärzte und Patienten profitieren von der Sofortabrechnung**
- 14 **HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN:
»Werden bei der Sofortabrechnung im 73c-Vertrag Abschläge fällig?«**



Mitglieder in Baden-Württemberg haben schon bald ihren eigenen MEDI Ausweis.

AUS BAYERN

- 16 **Suche nach neuen Partnern**
- 16 **Blick auf Europa in der Krise**

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 18 **»Wir sind eine Art ADAC für Ärzte«**

GESUNDHEITSPOLITIK

- 22 **MENSCHEN BEI MEDI – Dr. Matthias Lohaus
HNO-Arzt und Vorsitzender von MEDI Berlin, Vize von MEDI Deutschland**

POLITISCHER FRÜHSCHOPPEN AUF DER MEDIZIN 2013

- 24 **Streikrecht und Selektivverträge – Stärkung der Freiberuflichkeit?**

ARZT & RECHT

- 26 **ASS. JUR. FRANK HOFMANN BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN:
Neue Rechtsprechung für betreute psychisch Kranke**
- 27 **Beleidigung ist keine freie Meinung!**
- 27 **GEZ-Gebühren in Praxen**

BUSINESS

- 28 **NEUE MITARBEITERIN BEI MEDI – Simone Neumann**
- 28 **MEDI Deutschland unterstützt neuen IGel-Ratgeber**

PRAXISMANAGEMENT

- 30 **FÜR SIE GELESEN – »Zukunft Arztpraxis«**
- 31 **NACHGEFRAGT BEI DR. WERNER BAUMGÄRTNER:
»Wir zeigen, wie erfolgreiche Niederlassung geht«**
- 32 **Frisch niedergelassen? Da hilft MEDI weiter**
- 33 **NACHGEFRAGT BEI SVEN KLEINKNECHT:
»Wir empfehlen Praxisneulingen unsere Workshops«**
- 34 **Wenn eine Betriebsprüfung ansteht...**



PRAXISTEAM

- 36 **Wenn »Helferinnen« VERAHs werden...**
- 37 **IMPRESSUM**
- 38 **Die Neue im Team – so klappt es mit der Einarbeitung**

»Wir bauen unsere Geschäftsfelder immer weiter aus«

Seit fast 12 Jahren leitet Werner Conrad die Geschicke der Managementgesellschaft des MEDI Verbunds. In dieser Zeit hat er mit viel Ausdauer und einem feinen Gespür für erfolgreiche Geschäftsfelder dazu beigetragen, dass MEDI seine Position im Gesundheitsmarkt ausbauen konnte. Angelina Schütz sprach mit dem Diplomkaufmann über neue Projekte und Visionen und warum nicht nur Ärzte und Patienten von Selektivverträgen profitieren.

MEDITIMES: Herr Conrad, bei MEDI sind 30 Mitarbeiter beschäftigt, 26 davon bei der MEDIVERBUND AG. Ich kann mich noch an Zeiten erinnern, als MEDI 4 Mitarbeiter für den Business-Bereich und 3 für den Verein hatte...

Conrad (lacht): Ja, daran erinnere ich mich auch noch gut. Damals gab es die MEDI Dienstleistungs GmbH mit einem Geschäftsführer, einem Prokuristen und 2 Sekretärinnen. Ich kam im Juli 2001 dazu und fand einen Ärzterverbund mit einer Handvoll Mitarbeiter, aber großen Visionen und Möglichkeiten vor. In den fast 12 Jahren, in denen ich dabei bin, hat sich nicht nur die Anzahl unserer Mitarbeiter geändert.

MEDITIMES: Sondern?

Conrad: Wir konnten unsere Geschäftsfelder deutlich ausdehnen! Insbesondere die Selektivverträge bringen den Ärzten erhebliche Vorteile. Sie wären nicht möglich gewesen, wenn wir nicht durch Werbeverträge die notwendigen finanziellen Ressourcen geschaffen hätten, die voll und ganz in die Entwicklung unserer Verträge fließen. Hinzu kommt, dass der Alleingesellschafter MEDI Baden Württemberg e.V. in die Managementgesellschaft in den Anfängen investiert und in den letzten 10 Jahren keine Gewinne aus der AG entnommen hat, was ebenfalls der Vertragsentwicklung

zugute kam. Managementgesellschaft und Verein arbeiten eng zusammen, nur so können wir uns als erfolgreicher Dienstleister behaupten. Mittlerweile haben wir auch sehr hoch qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die unseren Vorstand und mich mit großem Engagement unterstützen. Auch die besondere Struktur und die Organisation unseres Unternehmens ist für den Erfolg mitverantwortlich.

MEDITIMES: Was hat MEDI, was andere Ärzterverbände nicht haben?

MEDI Mitgliedern gefällt die Organisationsform

Das ist das Ergebnis der Umfrage von MEDI Baden-Württemberg. Ein Großteil findet die Organisationsstrukturen „sehr gut“ oder „gut“.

48 % sehr gut

46 % gut

1 % weniger gut

0-1 % schlecht

4 % ohne Meinung

Conrad: MEDI hat die effektivere und verbindlichere Organisation, weil wirtschaftliche und politische Aktivitäten getrennt sind. Das hat selbstverständlich auch mit den handelnden Personen zu tun. Jeder Bereich erfordert hundertprozentige Konzentration, deswegen tauschen sich die AG und der Verein jede Woche in einem Jour fixe aus. Einige Organisationen wie z.B. Genossenschaften vermischen diese Ziele, andere sind zu dezentral organisiert, sodass sie Projekte, die den Ärzten einen spürbaren Mehrwert auf unterschiedlichen Ebenen bringen würden, nicht umsetzen können.

MEDITIMES: Welcher Aufgabenbereich liegt Ihnen persönlich am Herzen?

Conrad: Ganz klar die Selektivverträge. Wenn wir hier erfolgreich sind, können wir unser Leistungsspektrum weiter ausbauen und unseren Mitgliedern, die wir ja auch als Kunden betrachten, neue attraktive Dienstleistungen anbieten. Darüber hinaus erhalten Ärzte, die an Selektivverträgen teilnehmen, 2,5 Monate





sprechen möchte. Ich gehöre zu den Menschen, die solche Dinge erst bekanntgeben, wenn die Tinte unter den Verträgen trocken ist.

MEDITIMES: Und außerhalb der Vertragslandschaft?

Conrad: Inzwischen haben wir einen eigenen Marktplatz geschaffen, damit Praxisabgeber und Praxisgründer besser zusammenkommen. Wir möchten unsere Mitglieder von der Gründung bis zur Praxisabgabe betreuen. Die Praxisabgeber können auf unserem Marktplatz ihre Praxis online mit den wichtigsten Daten und Fotos auf unserer Internetseite www.medivereinbund-marktplatz.de einstellen. Zusätzlich dazu arbeiten wir noch an 2 bis 3 weiteren Geschäftsfeldern, die unseren Mitgliedern einen Mehrwert bringen würden. Konkretes wird es dazu in den nächsten Monaten geben...

MEDITIMES: Das klingt ja spannend! Welche Visionen haben Sie sonst noch für die AG?

nach Ende eines Quartals pünktlich ihre Endabrechnung. Das ist ein großer und wertvoller Bonus, den wir hier bieten! So etwas schafft auch Vertrauen.

Conrad: Meine größte Vision ist, dass unsere Mitglieder die fachübergreifende Zusammenarbeit leben und sie konsequent umsetzen. Sie ist das Markenzeichen und

*Ärzte müssen fachübergreifend denken,
um im Wettbewerb Erfolg zu haben*

MEDITIMES: Was dürfen wir von der Managementgesellschaft 2013 erwarten?

Conrad: Die Module Psychiatrie und Neurologie des PNP-Vertrags starten zum 1. Januar 2013. Und wir gehen davon aus, dass im neuen Jahr auch der Orthopädievertrag unter Dach und Fach sein wird. Darüber hinaus werden für einige MEDI Deutschland-Partner außerhalb von Baden-Württemberg Hausarztverträge an den Start gehen, die wir in enger Zusammenarbeit mit der HÄVG verhandelt haben. Und wir arbeiten an weiteren Verträgen, über die ich aber noch nicht

die Grundlage von MEDI und mittlerweile übernehmen auch immer mehr andere Ärztenetze in Deutschland diesen Gedanken. Die fachübergreifende Zusammenarbeit bündelt Kräfte, damit Niedergelassene auf politischer und wirtschaftlicher Ebene mit den anderen Playern im Gesundheitsmarkt mithalten können. Im Gegensatz zum KV-System möchten wir für jede Fachgruppe eigene Verträge aushandeln. Ärzte, die mit uns zusammenarbeiten und an diesen Verträgen teilnehmen, leben nicht von der willkürlichen Umverteilung,

Fortsetzung Seite 8

Fortsetzung

»Wir bauen unsere Geschäftsfelder immer weiter aus«

sondern von festen und kalkulierbaren Preisen. Dadurch wird auch die Versorgung der Patienten verbessert. Als wirtschaftlich orientierter Mensch schätze ich die damit verbundenen Wettbewerbsmög-

Gute Noten für die Geschäftsstelle

Die meisten MEDI Mitglieder im Südwesten finden, dass ihre Fragen „immer“ oder zumindest „meistens“ kompetent beantwortet werden.

39% immer

37% meistens

2% nein

22% keine Angaben

Bei MEDI sind die wirtschaftlichen und die politischen Aktivitäten getrennt

lichkeiten, die in einem vernünftigen Rahmen immer schon von Vorteil waren.

MEDITIMES: Ihr wichtigster Mitstreiter bei MEDI ist Dr. Werner Baumgärtner. Sie beide bilden ein erfolgreiches und harmonisches Team. Was ist Ihr Geheimnis?

Conrad: Wir verstehen uns blind. Werner Baumgärtner weiß, wie ich denke und umgekehrt. Nur mit einem gegenseitigen hohen Respekt ist eine derart gute Zusammenarbeit möglich. So etwas findet man selten und das ist zweifellos die Grundlage für unseren Erfolg.

MEDITIMES: Der Business- und Vertragsbereich ist mit viel Arbeit und Ausdauer verbunden. Wo andere die Geduld verlieren, blicken Sie nach vorne. Wie schaffen Sie das?

Conrad: Das hängt mit meiner Lebenseinstellung zusammen. Für mich existie-

ren immer Lösungen, auch wenn es Probleme gibt. Vielleicht hat auch meine Ausbildung bei den Jesuiten etwas damit zu tun. Ich habe eine relativ strenge und konsequente Ausbildung und Erziehung erlebt, in der man sich immer Freiräume durch gute Argumente erkämpfen musste. Im Übrigen schätze ich hohe Transparenz und Offenheit bei Geschäftspartnern und bei Mitarbeitern. Deswegen glaube ich auch, dass es mir noch oft gelingen wird, dass viele andere mit mir den Wagen durchs Ziel ziehen werden.

MEDITIMES: Herr Conrad, haben Sie vielen Dank für das Gespräch. 🇩🇪

→ Das Leistungsspektrum der MEDIVERBUND AG und alle Verträge finden Sie online auf www.medi-verbund.de

Umfrage: Mitglieder geben Vorstand Top-Noten

Um die Zufriedenheit der Mitglieder abzufragen, hat MEDI Baden-Württemberg eine Umfrage gestartet. Die Ärzte und Psychotherapeuten konnten online oder per Fax antworten. 3.913 Mitglieder wurden angeschrieben, 671 (rund 18%) haben geantwortet.



Die Zielsetzung stimmt, freut sich Michael Ruland.

Dabei wurde deutlich, dass sie ihren Verbund als politisch *und* wirtschaftlich handelnde Organisation sehen. Großes Lob gab es für den Vorstand: 46% der Mitglieder bewerten dessen Arbeit mit „sehr gut“ und genauso viele mit „gut“. Nur 4% finden, dass der Vorstand „weniger gut“ arbeitet, 1% bewertet die Arbeit als „schlecht“ und 2% haben dazu keine Meinung.

Lob für den Vorstand

46 % sehr gut

46 % gut

4 % weniger gut

1 % schlecht

2 % ohne Meinung

92% der MEDI Mitglieder interessieren sich für Honorarentwicklungen, 87% für die berufspolitische Vertretung. Für Praxishilfen sind 25% dankbar, Vor-Ort-Kontakte interessieren 17% und der Praxiseinkauf 11%. „Unsere grundsätzliche Zielsetzung trifft auf breite Zustimmung und wir müssen die Selektivverträge weiter voranbringen“, bilanziert Dr. Michael Ruland, Vize

von MEDI Baden-Württemberg. Der Allgemeinmediziner aus Korntal-Münchingen hat die Umfrage maßgeblich begleitet.

Bezug nehmend auf das Fünf-Säulen-Modell von MEDI halten 95% der Mitglieder das Thema KV und GOÄ bzw. Kostenerstattung für „sehr wichtig“ oder „wichtig“, 77% sagen das über die Selektivverträge und 61% über die prä- und poststationären Leistungen. Für 21% sind die Teilgemeinschaftspraxen ein Thema.

Für den Großteil ist das Streikrecht wichtig

Über 94% der Mitglieder halten den Einsatz für das Streikrecht für „sehr gut“ oder „gut“. 40% bewerten die Arbeit von MEDI insgesamt mit „sehr gut“, 48% mit „gut“, 8% mit „befriedigend“, 2% mit „ausreichend“ und 2% mit „mangelhaft“. 27% sind der Meinung, dass die Stuttgarter Geschäftsstelle „sehr gut“ erreichbar ist, 52% geben die Note „gut“. Nur 3% sind der Ansicht, dass die Erreichbar „weniger gut“ oder „schlecht“ ist, 18% haben dazu keine Meinung.

39% der Mitglieder finden, dass ihre Fragen in der Geschäftsstelle immer kompetent beantwortet werden, 37% geben an, dass das „meistens“ so ist. Nur 2% vertreten die Meinung, dass ihre Fragen nicht kompetent beantwortet werden, 22% haben dazu keine Meinung.

Knapp 95% der Befragten würden MEDI weiterempfehlen. 60% würden sich sogar in der Mitgliederwerbung vor Ort engagieren. „Das übertrifft unsere Erwartungen bei weitem“, so Ruland. „Die Mitgliedergewinnung und -betreuung

ist eine Aufgabe, zu der die Voraussetzungen in der Geschäftsstelle und den Regionen ausgebaut werden müssen. Dazu gehören auch mehr Online-Angebote, um die Nutzung unserer Homepage für die Mitglieder attraktiver zu machen.“

Angelina Schütz

→ Alle Ergebnisse der Umfrage finden Sie auf www.medi-verbund.de

MEDITIMES ist wichtigstes Medium

Laut Umfrage ist die **MEDITIMES** das wichtigste Informationsmedium für die Mitglieder in Baden-Württemberg. 79% lesen sie, um mehr über die Entwicklungen und Projekte bei MEDI zu erfahren. Damit rangiert die **MEDITIMES** noch vor den Bekanntmachungen per E-Mail oder Fax und auch vor den Veranstaltungen.

79 % MEDITIMES

70 % E-Mail

59 % Veranstaltungen

57 % Fax

50 % Qualitätszirkel

40 % pers. Gespräch

31 % Homepage

8 % Sonstige

So kommt es nicht zu Engpässen in der Psychotherapie

Aufgrund der kürzeren Wartezeiten befürchtet mancher Psychotherapeut bei einer Teilnahme am PNP-Facharztvertrag einen regelrechten Ansturm neuer Patienten. Doch diese Sorge ist unbegründet.

Seit im Juli 2012 das Modul Psychotherapie des PNP-Facharztvertrags gestartet ist, verkürzen sich für Versicherte der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, die im Hausarztvertrag eingeschrieben sind, die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung auf maximal 2 Wochen, in schweren Fällen sogar auf weniger als 3 Tage.

Damit Hausärzte der HZV ihre Patienten gezielt einem Psychotherapeuten des PNP-Vertrags zuweisen können, sei es hilfreich, sich eine eigene regionale Therapeutenliste anzulegen. Die könne der Hausarzt dann seinem Patienten mitgeben, rät Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf. Er ist nicht nur praktizierender Psychotherapeut in Esslingen, sondern auch Mitglied des geschäftsführenden Vorstands von MEDI Baden-Württemberg und Vorsitzender der Freien Liste der Psychotherapeuten.

Gezielte Aufnahme

Seinen Kolleginnen und Kollegen empfiehlt Wachendorf, auf dem Anrufbeantworter der Praxis sinngemäß mitzuteilen, dass Patienten, die am Hausarztmodell teilnehmen, innerhalb von 2 Wochen eine zeitnahe Versorgung bekommen. Gleiches könne man auch auf der Praxishomepage angeben. „So erfahren die Patienten, dass sie schneller einen Termin bekommen können, wenn sie im Hausarztvertrag eingeschrieben sind“, erklärt er.

Patienten, die bereits auf der Warteliste stehen, können sich in den Hausarztvertrag einschreiben. „Der Patient kommt auf diese Weise trotzdem immer noch schneller in eine Behandlung, als

wenn er nicht eingeschrieben ist“, sagt Wachendorf. Wenn bei selbsteingeschriebenen Patienten der Psychotherapeut – wie im PNP-Vertrag vorgesehen – dem Hausarzt zeitnah per Fax einen Erstbericht schickt, erfährt dieser auch, welche Psychotherapeuten für weitere Patienten ansprechbar sind.

Eine andere Möglichkeit der Patientensteuerung seien halboffene Sprechstunden und erweiterte Anrufzeiten. „Wir geben auf unserem Anrufbeantworter zusätzlich eine Telefonnummer an, über die wir für ärztliche Kollegen und Notfälle immer erreichbar sind“, berichtet der Therapeut. Die Erfahrung zeige, dass Patienten dieses Angebot in der Regel wirklich nur im Notfall nutzen.

Um die Behandlungskapazitäten einer psychotherapeutischen Praxis dem veränderten Klientel einer akuten Versor-



Rolf Wachendorf gibt Tipps zur Patientensteuerung.

gung anzupassen, können die Kolleginnen und Kollegen auch darüber nachdenken, Klienten nach der ersten Stabilisierung nicht wöchentlich, sondern eventuell 14-tägig oder 3-wöchig einzubestellen. „Das hängt aber natürlich immer vom Einzelfall ab“, räumt Wachendorf ein. ■

Jürgen Stoschek

→ Hausärzte, die einen Psychotherapeuten in ihrer Nähe suchen, finden diesen online über die Vertragsarztsuche auf www.medi-verbund.de im Bereich „Ärzte“.

Abrechnungsergebnisse sprechen für sich

Dass die vorgesehenen Wartezeiten für den Behandlungsbeginn durchaus umsetzbar sind, darauf deuten auch die ersten Abrechnungszahlen hin. Im 3. Quartal 2012 wurden 1.413 Patienten über den Vertrag behandelt. Eine 1. Analyse der abgerechneten Gesprächsziffern zeigt, dass rund 60% auf die akute/zeitnahe Versorgung (PTE1) entfallen. Der Anteil der abgerechneten Ziffern für die reguläre Erstbehandlung (PTE2) entspricht rund 36%. Die Wei-

terbehandlung (PTE3) und die Gruppenbehandlung (PTE6/7) tragen mit jeweils 2% zu den abgerechneten Ziffern bei.

Zum Start des Moduls Psychotherapie am 1. Juli haben 385 Fachärzte und Psychotherapeuten ihre Teilnahmeerklärung abgegeben (inklusive Angestellte und Praxispartner). Im November hat sich ihre Anzahl auf 414 erhöht. ■

fho

PNP-Vertrag startet nun auch für Mediziner


Zum 1. Januar 2013 starten auch die neurologischen und psychiatrischen Module des PNP-Facharztvertrags. Das psychotherapeutische Modul läuft bereits seit Juli 2012.

Der Facharztvertrag für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie (PNP-Vertrag), den die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK mit MEDI Baden-Württemberg und einigen ärztlichen Berufsverbänden vereinbart haben, ist ein Vollversorgungsvertrag mit festen Preisen und ohne Fallzahlbegrenzung. Das heißt, es werden keine Leistungen gestrichen

oder gekürzt. Die Vergütung ist dort nicht nur besser, sondern auch transparenter als im Kollektivvertrag. Das gilt insbesondere auch für das psychiatrische Gespräch und die neurologische Akutdiagnostik. „Teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten haben dadurch mehr Planungssicherheit“, betont der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner. Versicherte, die am Hausarzt- und Facharztprogramm der beiden Krankenkassen teilnehmen, profitieren von deutlich kürzeren Wartezeiten sowie von einer optimierten und koordinierten Behandlung.

Ein wesentlicher Bestandteil des Vertrags ist die Sofortabrechnung nach Einschreibung, die teilnehmenden Psychotherapeuten, Neurologen und Nervenärzte – ebenso wie den Kardiologen und

Gastroenterologen in den beiden anderen Facharztverträgen – die taggleiche Abrechnung und Einschreibung eines Versicherten über den Vertrag ermöglicht. „Dadurch können Patienten auch bei Vorliegen mehrerer Erkrankungen zeitnah und während einer ärztlichen Konsultation umfassend behandelt werden“, erläutert Dr. Thomas Hug, Vorstandsmitglied des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte in Baden-Württemberg.

Unterdessen teilte die MEDIVERBUND AG mit, dass die Finanzierungsunterstützung für die IT-Investitionskosten für die Module Psychiatrie und Neurologie im Rahmen der „Korb-Aktion“ verlängert wurde. Die ersten 20 Teilnehmer erhalten für den Konnektor und die Software gegen entsprechende Nachweise eine Förderung. 

Jürgen Stoschek

→ Informationen zur „Korb-Aktion“
finden Sie auf www.medi-verbund.de
↳ „Ärzte“ ↳ „Verträge“



Delegierte wollen feste Preise und Änderungen im Notfalldienst

Die Delegiertenversammlung von MEDI Baden-Württemberg hat die Eckpunkte für den neuen Hausarzt-EBM einstimmig abgelehnt. Ohne feste Preise und ohne Wegfall der Fallzahlbegrenzung mache eine EBM-Reform mit neuen Qualitätsanforderungen und neuen Einzelleistungen keinen Sinn.

„Ein solcher EBM würde den Hausärzten zusätzliche Bürokratie bescheren, weil sie mehr kodieren müssten. Und er würde den Hamsterrad-Effekt verstärken, weil die Hausärzte mehr Einzelleistungen erbringen müssten, um auf ihre bisherigen Fallwerte zu kommen“, erklärte

der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner Ende November in Stuttgart.

In einem weiteren Beschlussantrag forderte die Delegiertenversammlung KBV-Chef Dr. Andreas Köhler auf, als ersten Schritt zu festen Preisen 2013 nicht nur die Grundpauschalen auszubudgetieren,

sondern auch die ärztlichen Leistungen im Bereitschaftsdienst und die Kosten für Notfallpraxen und Fahrdienst. „Die künftige Subventionierung von Notfallpraxen und Fahrdienst durch Ärzte muss aufhören“, unterstrich Baumgärtner. Auch dieser Beschluss wurde einstimmig angenommen.

Keine zentrale Datenspeicherung bei e-Card

Darüber hinaus lehnten die Delegierten eine bundesweit zentrale Datenspeicherung bei der Weiterentwicklung der e-Card einstimmig ab, ebenso den direkten Kontakt zwischen Kassen- und Praxis-IT. „Wird von der Politik und den Krankenkassen ein Online-Datenabgleich eingefordert, ist dieser bereits heute im Rahmen der Selektivverträge in Baden-Württemberg zwischen Kassen-IT und ärztlichen Managementgesellschaften geregelt und funktioniert“, hieß es im Antrag. Eine direkte Verbindung zwischen Kassen-IT und Arztpraxen, wie sie im geplanten Modellversuch möglich wäre, „ist im Sinne des Schutzes von Patienten- und Praxisdaten zu verhindern“.

Ende 2012 läuft die Korbaktion zur kollektiven Rückgabe der Kassenzulassung aus. Die Delegiertenversammlung stimmte zu, die Aktion nicht weiterzuführen. Eine Fortsetzung mache mangels Zuspruch der Mitglieder und neuer Kosten keinen Sinn, lautete die Begründung. ■

Angelina Schütz

MEDI bringt Mitgliedsausweis heraus



MEDI Mitglieder im Südwesten erhalten in den nächsten Wochen ihren persönlichen Mitgliedsausweis. „Damit können Fortbildungsdaten für HZV-Ärzte problemlos und ohne Papier an die HÄVG und die Landesärztekammer übermittelt werden“, erklärt MEDI Vize Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon. Die Veranstalter können

mit Hilfe eines Barcodescanners die notwendigen Daten erfassen und weiterleiten. Für Fachärzte soll es so bald wie möglich einen ähnlichen Ausweis geben. ■ as

→ Weitere Informationen zum Mitgliedsausweis gibt es auf www.medi-verbund.de

73c-Verträge: Ärzte und Patienten profitieren von der Sofortabrechnung

Seit Juli 2012 können Fachärzte und Psychotherapeuten, die an einem Facharztvertrag nach § 73c SGB V teilnehmen, ihre erbrachten Leistungen bei Patienten, die neu in das Facharztprogramm eingeschrieben werden, sofort abrechnen. Davor wurde die unmittelbare Abrechnung über die Facharztverträge durch Einschreibefristen verhindert. Eine erste Bilanz der MEDIVERBUND AG zeigt: Die Sofortabrechnung nach Einschreibung bringt nicht nur Ärzten Vorteile – auch die Patienten profitieren von der zeitnahen Versorgung über die Facharztverträge.

Dass der Schritt zur Sofortabrechnung im Sinne der Fachärzte und Psychothe-

rapeuten war, zeigt die Teilnahmequote von mehr als 70%. Ab dem 1. Januar 2013 wird die Sofortabrechnung nach Einschreibung auf für die Module Neurologie und Psychiatrie zur Verfügung stehen.

Die Abrechnungsergebnisse der MEDIVERBUND AG zeigen, dass die Sofortabrechnung ein deutlicher Gewinn für die Facharztverträge ist: Im 3. Quartal 2012 wurde bei rund 40% der abgerechneten Patienten die Sofortabrechnungsvariante angewendet. Im Bereich der Gastroenterologie lag die Quote der sofortabgerechneten Patienten bei 59%, im Bereich der Psychotherapie, bedingt durch den Vertragsstart, sogar bei 86%.

Betrachtet man das finanzielle Ergebnis für die Praxen, liegen die Fallwerte bei der Sofortabrechnung deutlich über dem KV-Niveau. Die AOK Baden-Württemberg investiert in die Versorgung der Patienten, denn das Honorar, das ausgezahlt wird, liegt mehr als 30% über der Bereinigungssumme. Darüber hinaus haben die Vertragspartner Probleme, die es früher einmal bei den Abschlagszahlungen gegeben hat, inzwischen behoben. ■■■

Sven Kleinknecht

HÄUFIGE FRAGEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN



Foto: fotolia

Werden bei der Sofortabrechnung im 73c-Vertrag Abschläge fällig?

Ja. Alle Ärzte, die an der Sofortabrechnung teilnehmen, bekommen Abschläge ausbezahlt. Das gilt rückwirkend auch für das 4. Quartal 2012. Generell gelten die Abrechnungsziffern aus dem Vorquartal als Basis für die Abschlagsbeträge. Für 2013 verhandeln die Vertragspartner derzeit noch eine Erhöhung der Abschläge für teilnehmende Ärzte.


Ich nehme am Psychotherapiemodul des PNP-Vertrags teil. Wie muss ich Therapieverfahren kennzeichnen, die ich über den Vertrag abrechnen möchte?

Das geschieht seit dem 1. Oktober 2012 über die Vertragssoftware. Bei allen Einzel- und Auftragsleistungen, außer PTE5 und PTE8, müssen Sie auch Therapieverfahren, -methoden oder -techniken angeben:

- V = Verhaltenstherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken.
- T = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie ggfs. dazugehörige Methoden und Techniken.
- N = Neue Therapieverfahren/-techniken und -methoden.

Dafür können Sie die Ziffern in der Software mit der entsprechenden Endung auswählen, z.B. PTE1V – PTE1T – PTE1N. Die höchste Summe an Sitzungen ist ausschlaggebend für die Abrechnungsziffer ohne die Differenzierung der Therapieverfahren (z.B. 10 x PTE1*).

Wie ändert sich meine Dokumentation der Selektivverträge, nachdem die Praxisgebühr wegfällt?

Ab dem 1. Januar 2013 müssen Sie in Ihrer Vertragssoftware nicht mehr zu jedem Abrechnungsfall eine Praxisgebühreziffer dokumentieren. Die Ermittlung der ambulant-kurativen bzw. ambulant-präventiven Fallzahlen, die bisher über die Praxisgebühreziffer erkennbar waren, ist aber weiterhin notwendig. Deswegen werden in Facharztverträgen ab dem 1. Januar erst einmal alle Fälle als kurative Fälle gekennzeichnet und Sie dokumentieren über die Vertragssoftware, falls es sich um eine Prävention handeln sollte. Sollten Sie Leistungen aus dem Jahr 2012 nachreichen, müssen Sie die Praxisgebühreziffer in Ihrer Software angeben. Deshalb bleiben diese Ziffern auch 2013 in der Vertragssoftware enthalten. 



Fotos: Tamara Arne

Wir beantworten gerne Ihre Fragen
Silke Schill und Thomas Rademacher

Suche nach neuen Partnern

Der Vorsitzende Dr. Alfried Schinz bestätigt, dass aktuell Gespräche über eine engere Zusammenarbeit von MEDI mit dem regionalen Praxisnetz GO IN (Gesundheitsorganisation Ingolstadt) und dessen Vorsitzenden Dr. Siegfried Jedamzik, dem bayerischen Landesverband Ambulantes Operieren sowie dem Bayerischen Facharztverband und dessen Vorsitzenden Dr. Wolfgang Bärtl geführt werden.

Die Verbände wollen ihre Selbstständigkeit nicht aufgeben, suchen aber nach tatkräftigen Partnern. Anders als die Hausärzte stellen die Fachärzte keinen homogenen Block dar, erklärt Schinz, „deshalb ist es unbedingt notwendig, dass wir unsere Kräfte bündeln.“ MEDI Bayern bietet sich als gemeinsames Dach an, um die Schlagkraft der Fachärzte zu forcieren.

Im Wahlkampf zu den bayerischen Bezirksverbänden und zur Bayerischen Landesärztekammer hat MEDI Bayern eine gemeinsame Liste mit der Facharztallianz Bayern und dem Bayerischen Facharztverband aufgestellt. „Durch die Überwindung des künstlich erzeugten Hausarzt-Facharzt-Konflikts sowie die jetzt erreichte Ausbudgetierung der Psychotherapie ist der Weg frei für eine konstruktive und ehrliche Zusammenarbeit mit den verschiedenen Versorgungsebenen in München“, sagt Dr. Josef Pilz, zweiter Vorsitzender von MEDI Bayern.

Er verweist darauf, dass MEDI aus einem heterogenen Geflecht von Verbänden, Genossenschaften und lokalen Praxisnetzen als größter deutscher Praxisverbund hervorgegangen ist. MEDI habe bewiesen, was eine einige Ärzteschaft zu erreichen vermag. Der Dermatologe nennt beispielhaft die Stärkung der KVen bei der Durchsetzung einer leistungsgerechten Vertrags- und Honorarpolitik und die Selektivverträge nach §§ 73b + c SGB V. MEDI ergreife auf vielen Feldern die Initiative für Ärzte, deren Fachverbände in Eigeninteressen gefangen seien oder nicht über ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen verfügen. „Wo MEDI

stark ist, gibt es keinen Hausarzt-Facharzt-Konflikt“, so Pilz. Auf das Resultat des Schulterschlusses darf man gespannt sein, denn zum Redaktionsschluss lagen die Wahlergebnisse leider noch nicht vor. ■

Klaus Schmidt



Blick auf Europa in der Krise

Mit Günter Danner PhD, Direktor des Brüsseler Büros der deutschen Sozialversicherungen, hatte MEDI Bayern einen exzellenten Kenner der europäischen Szene zu einem Vortrag über die Auswirkungen der Eurokrise auf Deutschlands Gesundheitswesen im EU-Umfeld nach München eingeladen. In Europa gibt es 27 ganz unterschiedliche Gesundheitssysteme. Die meisten sind steuerfinanzierte und staatsbetriebene Gesundheitsdienste wie in Großbritannien oder Schweden. Ein beitragsfinanziertes Gesundheitswesen gibt es nur in Deutschland.

Die Krise, erläuterte Danner, ist von den amerikanischen Banken auf Europa übersprungen und hat das Anleger-Vertrauen eingetrübt. Trotz allen düsteren Prophezeiungen gebe es aber keine Anzeichen dafür, dass der Euro morgen nicht mehr existieren werde.

Der Euro-Sündenfall begann mit der Preisgabe selbstformulierter Stabilitätsregeln. Der Euro war die politische Klammer der EU. Er wurde Turbolader der Schwachwährungsstaaten bei deren

Verschuldung. Eine Sparpolitik kann zwar flankieren, so Danner, jedoch keine fehlende Produktivität ersetzen. Sie dient nur vorübergehendem Zeitgewinn. „Bankrott ist, wer Schuldzinsen nicht mehr am Markt finanziert bekommt.“ Der Fachmann geht davon aus, dass wir bald Staatsbankrotte im Euroland erleben werden. Kandidaten dafür sind Griechenland, Portugal und Spanien.

Die Politik sei von ihrer Vergangenheit getrieben und nicht erkenntnisfähig. Dennoch gebe es politische Kräfte, die den Sozialschutz erhalten wollen, dessen vornehmster Teil wir sind. „Wir brauchen vernetzte Basislobby und lagerübergreifendes Schnittstellendenken“, erklärt Danner.

Die Glaubwürdigkeit der EU sei dahin, die der nationalen Regierung/Opposition angeschlagen. Selbstverwaltete Akteure stehen für Verlässlichkeit, heute seltener als jemals zuvor. Der Brückenschlag aus seiner Sicht: Effizienter Sozialschutz, Teilhabesicherung und Zukunftssicherheit sind demokratieschützend. ■

Klaus Schmidt



Alexander Dorn berät die MEDI Mitglieder in Rheinland-Pfalz.

»Wir sind eine Art ADAC für Ärzte«

Manchmal geht alles ganz schnell: Eine kleine Ungereimtheit, ein ungewöhnlicher Behandlungsverlauf und den Ärzten drohen Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln reicht da nicht immer aus. Deswegen hat MEDI Südwest den Mainzer Medizinrechtler Dr. Alexander Dorn ins Boot geholt.

MEDI Geschäftsführer Axel Motzenbäcker nennt den Fall eines Arztes in Rheinland-Pfalz, der einer Patientin während ihres stationären Aufenthalts Medikamente verordnet hatte. Das Seniorenheim, in dem die alte Dame lebt, hat an einem Montag Dauermedikamente angefordert, die in der Apotheke gestellt und verblistert wurden. Der Arzt wusste jedoch an jenem Tag nicht, dass die Patientin bereits am Sonntag nach einem Sturz ins Krankenhaus eingeliefert worden war. Fazit aus Sicht der Krankenkassen: Während des stationären Aufenthalts wurden Medikamente zulasten der GKV verordnet, die eigentlich mit dem Honorar des Krankenhauses abzugelten sind. Der Arzt hätte sich vor der Verordnung nicht vom Gesundheits-

zustand der Patientin überzeugt, argumentierten die Kassen. Wegen dieser Unkenntnis drohen ihm nun Regressforderungen in Höhe von mehreren tausend Euro.

Manchmal genügt schon ein Verdacht, damit die KV aktiv wird

Auch Dr. Ralf Schneider, Allgemeinmediziner aus Alzey und Vorsitzender von MEDI Südwest, kennt vergleichbare Fälle: „Im Grunde kann schon ein Verdacht genügen, damit die KV aktiv wird und ein Arzt in Erklärungsnoté kommt“,

weiß er. Zugespißt formuliert: „Eine betrogene Ehefrau oder eine entlassene Arzthelferin könnten alleine aus Rachegefühlen einen Stein ins Rollen bringen“. Und das mit unvorhersehbaren Folgen, denn im hochkomplexen Abrechnungssystem der Ärzte sind die rechtlichen Fallstricke oft kaum erkennbar. „Medizinrecht ist mittlerweile eine Art Geheimwissenschaft“, bringt Rechtsanwalt Dorn es auf den Punkt. Er hat sich mit seiner Kanzlei auf dieses Gebiet spezialisiert und im Laufe der Zeit hinter die Kulissen bei den Prüfmethode der KVen geschaut.

„Wir verstehen uns als eine Art ADAC für die Ärzte“, erklärt der Experte. „Im Normalfall funktioniert das System. Wenn es aber zu Störungen kommt, braucht man schnelle Hilfe vom Fachmann“. Deswegen gibt es seit Juni die Kooperation mit MEDI Südwest. 15 Mitglieder haben bis heute Dorn um Rat gefragt. „Zunächst geht es um eine Einschätzung der Situation“, beschreibt dieser den Ablauf. „Wir legen dem Arzt dar, was ihn erwartet und klären mit ihm ab, wie wir weiter verfahren.“ Das könne auch durchaus einmal so aussehen, dass empfohlen wird, die Forderungen der KV vorbe-

haltlos zu erfüllen. „Man muss auch eigene Fehler erkennen können“. Diese Schritte laufen für MEDI Mitglieder unbürokratisch und schnell ab. „Ein Anruf genügt und wenige Tage später wissen die Ärzte mehr“, so Dorn.

Die Sache mit den Zeitangaben

Besonders knifflig könne es werden, wenn eine Plausibilitätsprüfung strafrechtliche Schritte nach sich ziehe, was leider keine Seltenheit sei. „Dann besteht Gefahr, dass jemand Ärger mit der Staatsanwaltschaft bekommt“, warnt Dorn. Für Zündstoff zwischen Ärzten und KVen sorgen hier immer wieder die Zeitangaben, die für die Dauer von Behandlungen

vereinfacht und die Behandlungsdauer beschleunigt. Hohe Fallzahlen sind hier keinesfalls ein direkter Hinweis auf Missbrauch.

Zündstoff Arbeitsmodelle

Ein weiterer Knackpunkt sind die immer beliebter werdenden Arbeitsmodelle von Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften. Dabei wird von den Kontrollbehörden genau festgelegt, wie

kommen. Das müsse bereits bei der Vertragsgestaltung der Gesellschaft mit berücksichtigt werden.

Die erste Bilanz, die MEDI aus dieser Zusammenarbeit mit der Kanzlei zieht, ist überaus positiv. „Wir möchten unseren Mitgliedern künftig Dr. Dorns Informationen in Form eines Newsletters schicken und sie über rechtliche Neuerungen auf dem Laufenden halten“, sagt Geschäftsführer Motzenbäcker. So könnte die Gefahr eines Rechtsstreits oft im Vorfeld verringert werden. Und Ralf Schneider sieht noch einen weiteren wichtigen Vorteil in der Zusammenarbeit mit dem Rechtsexperten: Den Ärzten bleibe dadurch wieder mehr Zeit für ihr eigentliches „Kerngeschäft“ – die Betreuung ihrer Patienten. ■■■

Jutta Glaser-Heuser

MEDI Südwest erwägt für seine Mitglieder einen Newsletter zu Rechtsfragen

festgelegt wurden. Unter dem Stichwort „EBM der Zeitprofile für ärztliche Leistungen“ läuft vieles zusammen, was sich nach Ansicht und Erfahrung der Ärzte nicht zusammenfassen lässt.

Gerade Ärzte mit hohen Fallzahlen können damit schnell in den Fokus der Prüfbehörde geraten. Doch angesichts des Ärztemangels auf dem Land bleibt den Medizinern in vielen Fällen gar keine andere Wahl, als eine große Anzahl an Patienten zu betreuen. Der Vorteil hier: Der Arzt kennt seine Patienten oft über Jahre hinweg, was die Diagnose-

viele Patienten gemeinsam betreut werden dürfen. Sind das in Praxisgemeinschaften mehr als 50%, wird fast automatisch ein Missbrauch unterstellt, gerade wenn es sich um Praxen unterschiedlicher Fachrichtungen handelt.

Durch die Obergrenze bei der Patientenidentität soll gewährleistet werden, dass die Praxispartner ihre Honorare nicht künstlich aufblähen, indem sie sich Fälle gegenseitig „zuschancen“. Auch hier kommt es Dorn zufolge immer wieder zu Situationen, in denen Ärzte aus reiner Unkenntnis in brenzlige Situationen

→ Kontakt bei MEDI Südwest e.V.:

Magda Itrich

Mobil: 01523-3695215

Telefon: 06731-9907994

E-Mail: itrich@mediverbund-rz.de



MEDI probt den Schulterschluss mit Gleichgesinnten

Nicht nur auf regionaler Ebene strebt MEDI Allianzen mit gleichgesinnten Netzen und Verbänden an. Auch auf Bundesebene bleibt der Verbund auf Expansionskurs und bietet seinen Partnerverbänden in MEDI Deutschland Know-how und Unterstützung an – für politische Lobbyarbeit genauso wie für Business- und Vertragsthemen.

Am Anfang war MEDI Deutschland die Arbeitsgemeinschaft der regionalen MEDI Verbände. Der erste Verbund wurde 1999 im Raum Stuttgart von Dr. Werner Baumgärtner und anderen politisch aktiven Kollegen als Parallelorganisation zur Kassenärztlichen Vereinigung gegründet. Im Laufe der Zeit entstanden MEDI Verbände in weiteren Bundesländern. „Hintergrund war, dass die KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts die berufspolitischen Interessen der Mediziner immer weniger wahrnahmen und nichts gegen die fortschreitende Unterfinanzierung im ambulanten Bereich taten“, erinnert der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner. Darüber hinaus griff der Staat immer stärker in die Therapiefreiheit ein und legte den Ärzten im-

mer mehr Budgets auf, welche die Qualität der fachübergreifenden und flächendeckenden Versorgung minderten. Außerdem sahen die MEDI Initiatoren die Gefahr, dass die einzelnen niedergelassenen Ärzte den Oligopolen der Krankenkassen im Wettbewerb machtlos gegenüber stehen würden, die dann die Nachfrage- und damit die Marktmacht hätten. So entstand der Gedanke, dass die Niedergelassenen sich fachübergreifend neu organisieren müssten, und zwar in einer möglichst großen Gruppe statt in kleinen Netzen, um gegenüber den Krankenkassen geschlossen auftreten zu können.

Am 19. Juli 2003 wurde die Arbeitsgemeinschaft MEDI Deutschland durch fachübergreifende Organisationen von

Ärzten und Psychotherapeuten aus 12 der damals 23 KV-Regionen gegründet. Im September 2011 wurde aus der Arbeitsgemeinschaft ein eingetragener Verein mit Sitz in Berlin. Seine Aufgaben bestehen in der gegenseitigen Abstimmung von Zielen und Tätigkeiten, insbesondere auf politischem, standespolitischem und wirtschaftlichem Gebiet, die Pflege der fachübergreifenden gemeinsamen Identität aller in MEDI Deutschland e.V. vertretenen Organisationen, die Förderung und Unterstützung regionaler Projekte sowie die gemeinsame und einheitliche Vertretung aller bundesweit relevanten Angelegenheiten.

Vereinsstruktur bietet mehr Spielräume

Die Bildung eines eingetragenen Vereins anstelle der Arbeitsgemeinschaft erklärt Baumgärtner vor allem mit haftungsrechtlichen und steuerlichen Gründen. Der Verein bietet hier eine bessere Grundlage, außerdem haben die meisten ärztlichen Verbände in Deutschland die Rechtsform eines Vereins. „Ich glaube, dass wir inzwischen ein Portfolio haben, das attraktiv ist für freie Verbände, die regional organisiert sind, und für regionale Praxisnetze“, argumentiert Baumgärtner. Auch können sich interessierte Ärzte und Psychotherapeuten in Bundesländern, in denen es noch keine MEDI Verbände gibt, als Einzelmitglieder dem Verein MEDI Deutschland anschließen, so der Stuttgarter weiter. Als Rechtsnachfolger der früheren Arbeitsgemeinschaft MEDI Deutschland übernimmt der Verein alle bestehenden Verpflichtungen.

MEDI Deutschland gehören derzeit 9 Ärzteverbände aus 8 Bundesländern mit rund 14.000 Mitgliedern an (*siehe Kasten*). Sie alle wollen unter dem gemeinsamen Dach ihre berufspolitischen Ziele effektiver bündeln. Für seine Mitglieder hält der Verein das gesamte politische und standespolitische Know-how sowie die Leistungen der eigenen Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bereit. Die AG gehört Ärzten und Psychotherapeuten und ist rechtlich und wirtschaftlich selbständig. Sie steuert und organisiert alle wirtschaftlichen Aktivitäten von MEDI und kann Verträge aller Art

und in jeder Region abrechnen.

MEDI Chef Baumgärtner weist auf wichtige Erfolge hin, an denen MEDI in den letzten beiden Jahren intensiv beteiligt war: „Wir konnten die Ambulanten Kodierrichtlinien und die Konvergenz im Versorgungsstrukturgesetz verhindern, die eine neue Umverteilung innerhalb der KVen und Fachgruppen gebracht hätte. Darüber hinaus wurde der § 115a SGB V in unserem Interesse geändert, der Verträge zur prä- und poststationären Versorgung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten möglich macht.“

Standespolitisch arbeitet MEDI eng mit dem Deutschen Hausärzterverband und dessen Managementgesellschaft, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) zusammen. Die HÄVG rechnet bundesweit Hausarztverträge ab, die MEDIVERBUND AG Facharztverträge.

Mit dem Bundesverband der Ärztgenossenschaften (BVÄG) und dem NAV Virchowbund hat MEDI den Bundesverband MEDI-Genossenschaften (BVMG) e.G. gegründet. Darüber hinaus ist MEDI Mitglied in der Allianz Deutscher Ärzteverbände, wo man gemeinsam mit dem Hartmannbund, dem NAV, dem Berufsverband Deutscher Internisten, dem BVÄG und der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) in Absprache mit dem Hausärzterverband versucht, ein Gegengewicht zum Marburger Bund in den Ärztekammern aufzubauen.

Auf Bundes- und auf Landesebene bestehen Kooperationsverträge mit unterschiedlichen Facharztverbänden.

Auch Hessenmed lobt das Konzept der Schwaben

Derzeit unterstützen die MEDI Macher aus Stuttgart Hessenmed und den Landesverband Praxisnetze Nordrhein-Westfalen bei der Kooperation mit der HÄVG und den Hausärzteverbänden in Hessen, Nordrhein und Westfalen-Lippe. „Es kommt uns insbesondere auf die Verzahnung der hausarztzentrierten Versorgung mit den rein fachärztlichen Versorgungsverträgen an“, betont Baumgärtner. Dr. Heinrich Miks, Vorsitzender des LPNRW, erwartet sich davon eine bessere Steuerungsfunktion in der Versorgung, die vor allem chronisch kranken



Jörg Simon ist begeistert von den Aktivitäten bei MEDI Deutschland.

und älteren Patienten zugute kommt.

Der Vorsitzende von Hessenmed, Dr. Jörg Simon, hofft, dass die dort vertretenen Fachärzte von den von MEDI Baden-Württemberg nach § 73c SGBV abgeschlossenen Facharztverträgen profitieren können: „Ich bin begeistert von den nationalen Aktivitäten von MEDI Deutschland“, gibt Simon offen zu. „Das war der Hauptgrund, warum wir Mitglied geworden sind. Ebenso entscheidend waren die vorbildlichen Aktivitäten Baumgärtners für die Hausarzt- und Facharztverträge.“

Baden-Württemberg war für die Hessen das Vorbild bei den Verhandlungen über einen Hausarztvertrag. MEDI haben den Hessen auch Rückhalt in der KV gegeben mit dem in Baden-Württemberg bestehenden guten Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen. Mit den Facharztverträgen will MEDI die Hausarztverträge im Rahmen der ambulanten Versorgung ergänzen. Zu diesem Zweck werden aktuell mit mehreren Facharztverbänden Gespräche für die Verhandlung und Abrechnung von Facharztverträgen nach § 73c SGB V geführt.


Großteil der Ärzte will das Streikrecht

Ein wichtiges Ziel von MEDI ist, dass die Ärzte endlich eine angemessene feste Vergütung in Euro erhalten und die Bezahlung in Punkten abgeschafft wird. Darüber hinaus prüft MEDI weiterhin, ob den niedergelassenen Ärzten unter den gegebenen Umständen nicht wieder ein Streikrecht zusteht. Eine Aufgabe, die ein Großteil der Mitglieder befürwortet. Mit einer nationalen Musterklage will


Wer zu MEDI Deutschland gehört

Bis heute sind 9 Ärzteverbände aus 8 Bundesländern bei MEDI Deutschland e.V. organisiert:

- Hessenmed
- Landesverband Praxisnetze Nordrhein-Westfalen (LPNRW)
- MEDI Baden-Württemberg
- MEDI Bayern
- MEDI Berlin Ärzteinitiative
- MEDI Brandenburg
- MEDI Güt
- MEDI Mecklenburg-Vorpommern
- MEDI Südwest

Damit zählt MEDI Deutschland bundesweit zu den größten Ärzteorganisationen und vertritt rund 14.000 Mitglieder. 

MEDI die Frage nach dem Streikrecht klären lassen. Fällt das erste Urteil vor einem Sozialgericht negativ aus, erwägt MEDI, sich an die EU-Kommission und den Europäischen Gerichtshof zu wenden. Baumgärtner rechnet sich hier gute Chancen aus, denn in anderen europäischen Ländern dürfen Ärzte im Gegensatz zu Deutschland durchaus streiken.

Insgesamt sieht er die Entwicklung von MEDI Deutschland optimistisch: „Ich glaube, dass wir 2013 noch größer werden und uns weitere landesweite Organisationen und Netze beitreten werden. Wir haben ein eigenes Profil im Gegensatz zu den KVen und bieten den Kolleginnen und Kollegen einen politischen und wirtschaftlichen Mehrwert.“ 

Klaus Schmidt



MENSCHEN BEI MEDI

Dr. Matthias Lohaus

HNO-Arzt und Vorsitzender von MEDI Berlin,
stellvertretender Vorsitzender von MEDI Deutschland

„Mein Haus, mein Auto, mein Boot“ – solche Statussymbole sucht man beim Berliner MEDI Chef Dr. Matthias Lohaus vergeblich. Der HNO-Arzt fährt zwar einen geerbten alten Porsche, aber finanziell steht er mit dem Rücken zur Wand. Er liebt seinen Beruf, weiß aber nicht, wie lange er seine Praxis noch halten kann.

Als Vorstandsvorsitzender von MEDI Berlin löste Lohaus im Juni 2010 Dr. Wolfgang Mitlehner ab. Der „Neue“ erinnert sich gerne an seinen langjährigen Vorgänger. „Jeder hat seinen eigenen Stil“, findet er, „Mitlehner hat seine Sache gut gemacht“. Seitdem hat sich bei MEDI Berlin einiges verändert. Lohaus nennt z.B. einen veränderten Standpunkt gegenüber den Selektivverträgen: „Früher hatten wir in Berlin eine sehr kritische Haltung zu den Verträgen“, erinnert er sich. Seiner Einschätzung nach hat sich das KV-System in den letzten Jahren auffällig negativ entwickelt und ist von einer leistungsgerechten Vergütung weiter entfernt als je zuvor. „Heute denke ich, die Selektivverträge haben ihre Berechtigung, weil sie das KV-System unter Druck setzen.“ Auch die Klinikverträge, die zuletzt auf Eis lagen, werden nun „wiederbelebt“, was die Berliner MEDI Macher viel Überzeugungsarbeit kostet. Ärgerlich findet Lohaus, dass die – politisch ja gewünschte – Zusammenarbeit zwischen den Sektoren in der Öffentlichkeit gerne grundsätzlich mit einem Korruptionsverdacht belegt wird. „Das hat in der Vergangenheit für unschöne Situationen gesorgt“, bemerkt er.

Engagierte Medienarbeit gegen Ärzte-Bashing

Auch in der Gegenwart gibt es unschöne Baustellen, die Lohaus mehr oder weni-

ger Bauchschmerzen bereiten, wie das schlechte Image der Ärzte in den Medien. Will man berufspolitische Ziele durchsetzen und Missstände im Gesundheitswesen publik machen, kommt man an Öffentlichkeitsarbeit nicht vorbei. In dieser Beziehung gilt Lohaus schon fast als eine Art Medienstar unter den MEDI Ärzten. „ARD, ZDF, RBB und Sat1 waren in den letzten Monaten bei mir“, erzählt er. Er gibt gerne Interviews, da er hofft, damit etwas bewegen zu können. Aber nicht immer findet er den Umgang der Medien

fair. „Je nach Intention des Senders werden dem Interviewten schon mal Aussagen untergeschoben“, ärgert er sich. Einzelheiten will er nicht öffentlich machen. „Es gab beispielsweise Verunglimpfungen“, sagt er nur knapp und erzählt lieber, welche typischen Klischees die Sender seiner Einschätzung nach gerne bedienen: Einerseits sieht man den guten Landarzt, der mit viel Engagement Hausbesuche im kleinen Auto fährt – gerne auch nachts und bei Schnee. Ähnlich häufig wird aber auch das entgegengesetzte Klischee bedient: Der skrupellos-geldgierige Arzt, der sein Geld vorzugsweise mit dunklen Machen-

schaften verdient, illegalem Organhandel etwa oder sinnlosen IGeL-Leistungen.

Lohaus hat sich daran gewöhnt, dass Ärzte nicht dann in die Schlagzeilen kommen, wenn sie ihre Arbeit besonders gut machen – und das auch noch trotz langer Arbeitstage, bürokratischer Sisyphusarbeit und finanzieller Engpässe. Ärzte-Bashing liegt unübersehbar im

„
Die Selektivverträge haben ihre
Berechtigung, weil sie das
KV-System unter Druck setzen
“

Trend. „Warum wird eigentlich nie öffentlich gefragt, wie viel zusätzliche Einnahmen andere Berufsgruppen nach einer Tarifrunde bekommen?“, fragt er sich. „Warum traut man Ärzten jede unethische Handlung zu?“

Trotz aller Vorbehalte gegenüber der Presse setzt MEDI Berlin gerne auf öffentlichkeitswirksame Werbung. Die letzte U-Bahn-Kampagne war ein echter Hingucker: „Nur noch 42 Euro je Quartal für Ihre Medikamente beim Hausarzt. Für mehr zahlt Ihr Arzt Strafe“. Solche plakativen Slogans muss man sich erst einmal trauen. Lohaus traut sich und freut sich heute noch, dass die Kam-



Als MEDI Chef von Berlin nimmt sich Matthias Lohaus auch regelmäßig Zeit für die Medien.
Foto: Svea Keller

pagne informierte und Aufmerksamkeit erregte. „Teilweise gab es in der Presse sehr vernünftige Berichte“, sagt er sachlich.

Sorgen wegen zu geringer Einnahmen

Das schlechte Image ist aber nicht seine einzige Sorge. Viel schlimmer ist, dass die Einnahmen nicht ausreichen. „Das ist nicht überall und nicht für alle Facharztgruppen so“, beschwichtigt Lohaus. Aber er muss mit niedrigen Einnahmen kämpfen. Seine Praxis musste er vor einigen Jahren verlegen. Damals war sie im Wedding auf dem Gelände eines Altenheimes angesiedelt, einer Gegend, wo die Zahl der Privatpatienten überschaubar ist. Als er sich dort 2002 niederließ, gab es in dem alten Arbeiterbezirk 13 HNO-Ärzte. Heute sind nur noch 5 übrig. „Wäre ich dageblieben, dann wäre ich inzwischen definitiv pleite“, meint Lohaus. Heute praktiziert er am Potsdamer Platz, zwischen Bundestag und teuren Büroetagen. Aber auch hier ist es mittlerweile finanziell eng für ihn geworden, vielleicht zu eng. Die hohen Mieten führen zu Leerstand in den Bürohäusern um den Platz, was wiederum die Zahl der Privatpatienten schmälert. Und auf die ist Lohaus angewiesen. Mit den GKV-Patienten kann er nur etwa ein Viertel der notwendigen Einnahmen erzielen. „Ich liebe meinen Beruf wirklich“, sagt

er etwas gequält, „aber ich weiß nicht, wie lange ich ihn mir noch leisten kann“. Das klingt tatsächlich so, als wäre in Berlin aus der Tätigkeit der freiberuflichen Ärzte ein teures Hobby geworden!


Wie hält man das aus?

Von Oktober 2009 bis März 2012 hat Lohaus neben seiner Praxis noch ein Studium zum Master of Public Health absolviert, um berufspolitisch „mehr Gewicht“ zu erlangen. „Mittlerweile denke ich öfter darüber nach, ob ich mit dem Studium tatsächlich etwas anfangen und mir einen entsprechenden Job in der Wirtschaft oder anderen Institutionen suchen soll“, sagt er offen. Noch zögert er. Das wäre die Abkehr von der Patientenversorgung. „Ich bin nun mal gerne Arzt und würde mich am liebsten nur um die Medizin kümmern“, gibt Lohaus zu. Aber es zieht ihn auch in die Berufspolitik, die er mit einem schiefen Lächeln als notwendiges Übel bezeichnet.

Sein Engagement bedeutet einen spürbaren Abzug von den Stunden, die er in seiner Einzelpraxis verbringen kann. Er hat keinen angestellten Arzt, könnte sich auch keinen leisten. Er engagiert sich trotzdem. Nicht nur bei MEDI, sondern auch bei den HNO-Ärzten und in der KV Berlin. In manchen Wochen bringt er 4 Abende in den Räumen der KV, wo auch die MEDI Sitzungen stattfinden. 2011 verbrachte er mehr als 500

Stunden mit Sitzungen und anderen berufspolitisch bedingten Zusammenkünften. Da bleibt nicht viel Platz für andere Freizeitaktivitäten, zumal er als Arzt schließlich auch fachlich am Ball bleiben will und muss.

Die berufspolitische Arbeit zeigt ihm deutlich, dass viele Kollegen frustriert sind. Bei MEDI finden sich eher die engagierten Ärzte, auch wenn in Berlin die fachgruppenübergreifende Arbeit und Solidarität nicht immer einfach ist. Oder wie er es ausdrückt: „Es kostet richtig Energie, den Laden zusammenzuhalten“. Lohaus macht trotzdem weiter. Wenn er sich sicher wäre, dass sich nichts ändert, würde er seine Zulassung sofort zurückgeben und das politische Engagement beenden. Aber er ist sich nicht sicher, also macht er weiter.

Wenn es denn eine gute Gesundheitsfee gäbe, dann wäre sein Wunsch an sie die sofortige Durchsetzung der Kostenersatzung. „Wir haben feste Preise, jede Leistung wird bezahlt und es gibt die Möglichkeit, eine Eigenbeteiligung als Steuerungselement einzusetzen“, beschreibt der HNO-Arzt. Aber die Hoffnung auf eine gute Fee ist ihm wohl schon lange verlorengegangen. Hoffnungsvoll ist eher das Bild an der Wand, ein Geschenk seiner Praxisvorgängerin. Es zeigt den bekannten Frosch, der gerade vom Storch gefressen wird und trotzig versucht, diesen zu erwürgen. „Niemals aufgeben“, steht darunter. 

Ruth Auschra

Referenten und Podiumsteilnehmer

Sonntag, 27. Januar 2013
10:30 bis 13:00 Uhr
In der Messe Stuttgart
ICS, 1. Obergeschoss,
Raum C4 Messепiazza 1



Dr. Klaus Baier
Präsident der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg



Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender des MEDI Verbunds



Biggi Bender
MdB Grüne



Michael Hennrich
MdB CDU



Dr. Christopher Hermann
Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg



Prof. Dr. Karl Lauterbach
MdB SPD



Dr. Norbert Metke
Vorstandsvorsitzender der KV Baden-Württemberg



Univ.-Prof. Dr. Helge Sodan
Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht



Dr. Joachim B. Steck
Rechtsanwalt



Wolfgang van den Bergh
Chefredakteur der „Ärzte Zeitung“



Ass. jur. Frank Hofmann
beantwortet
Ihre Rechtsfragen

Neue Rechtsprechung für betreute psychisch Kranke


Ich habe gehört, dass es eine aktuelle höchstrichterliche Entscheidung gibt, welche es bei unter Betreuung stehenden psychisch Kranken verbietet, eine erforderliche medikamentöse Therapie zu erzwingen. Was hat es damit auf sich?

Frank Hofmann: Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) dürfen psychisch Kranke, die unter Betreuung stehen, nicht mehr gegen ihren Willen behandelt werden. In Anlehnung an Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung von im strafrechtlichen Maßregelvollzug Unterbrachten hat der BGH im Sommer entschieden, dass es „an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung fehle und deshalb ein Betreuer derzeit auch im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung keine Zwangsbehandlung veranlassen dürfe.“ (BGH vom 20.06.2012, X II ZB 99/12)

Zum Hintergrund: Gemäß den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) kann das sogenannte „Betreuungsgericht“ (vormals Vormundschaftsgericht, es handelt sich dabei um Abteilungen der Amtsgerichte) bei Volljährigen, die auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen können, einen Betreuer bestellen (§ 1896 BGB). Es kann sich dabei um eine Betreuung für die Gesundheitsorge

handeln. Das Betreuungsgericht kann unter bestimmten Voraussetzungen auch die sogenannte Unterbringung (Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik) zur Heilbehandlung durch den Betreuer genehmigen (§ 1906 BGB). Vor der BGH-Entscheidung war eine medikamentöse (Zwangs-) Behandlung gegen den Willen des Betroffenen möglich.

Es wird kritisiert, dass die neuen Vorschriften zu unpräzise seien, um einen Grundrechtseingriff zu rechtfertigen. So sehe z.B. „das Gesetz keine Ausführungen zur Zwangsbehandlung, namentlich zur Auswahl der konkret anzuwendenden Maßnahmen nach Art und Dauer – einschließlich der Auswahl und Dosierung einzusetzender Medikamente und begleitender Kontrollen – vor. Ebenso fehlten Regelungen dazu, dass die Zwangsbehandlung nicht mit Belastungen verbunden sein darf, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen und dass die Zwangsbehandlung nur das letzte Mittel darstellen darf, also eine weniger eingreifende Behandlung aussichtslos sein muss.“ (BGH a.a.O.)

Der BGH hat selbst gesehen, dass diese Entscheidung nicht unproblematisch ist, und führt aus, dass „das Fehlen von Zwangsbefugnissen zur Durchsetzung notwendiger medizinischer Maßnahmen dazu führen kann, dass ein Betroffener ohne eine solche Behandlung einen erheblichen Schaden nimmt.“ (BGH a.a.O.) Abhilfe kann hier nur eine neue, den Anforderungen genügende gesetzliche Regelung schaffen. 

Beleidigung ist keine freie Meinung!




Arbeitgeber müssen sich auf vermeintlich privaten Facebook-Seiten keine Beschimpfungen gefallen lassen, so das Landesarbeitsgericht (LAG) Hamm. Vielmehr dürfen sie einem richtig unverschämten Mitarbeiter fristlos kündigen. Denn grobe Beleidigungen des Chefs stellen einen erheblichen Verstoß gegen die Pflichten eines Arbeitnehmers dar und sind nicht von der Meinungsfreiheit gedeckt. Das Urteil ist nur eingeschränkt auf Auszubildende anzuwenden, da sie noch jung und offensichtlich unreif sind. Bei ihnen sollte es der Arbeitgeber zunächst bei einer Abmahnung oder einem Gespräch belassen.

In dem vom LAG entschiedenen Fall

handelte es sich zwar auch um einen Azubi, dieser war jedoch schon 26 Jahre alt, als er seinen Chef 2011 auf seinem Facebook-Profil als „Menschenschinder und Ausbeuter“ betitelte. Er werde wie ein Leibeigener gehalten und mache „dämliche Scheiße für Mindestlohn“. Das konnte monatelang lesen, wer sich in das Profil des Mannes einklickte.

Sein Arbeitgeber erfuhr davon und kündigte dem Mann fristlos. Dieser klagte und berief sich auf das Grundrecht auf freie Meinungsäußerung. Er habe es lustig gemeint und ein bisschen übertrieben. Das Arbeitsgericht Bochum gab dem Azubi zunächst recht. Die Eintragung sei

zwar beleidigend, gebe jedoch die unreife Persönlichkeit des Mannes wider. Daher hätte sein Chef ihn abmahnen oder ein Gespräch mit ihm suchen können.

Das LAG Hamm sah das auf die Berufung des Arbeitgebers hin jedoch anders: Arbeitnehmer dürften ihren Chef zwar öffentlich kritisieren und dabei auch polemisch werden. Diese Einträge jedoch seien massiv ehrverletzend und ließen den Chef in einem sehr schlechten Licht erscheinen. Auch im Netz gebe es keinen Freiraum für die Beleidigung Dritter. Die fristlose Kündigung sei folglich gerechtfertigt, da dermaßen ehrverletzende Äußerungen nicht vom Recht auf freie Meinungsäußerung gedeckt seien. Auch die Besonderheiten des Auszubildendenverhältnisses stünden der Entlassung nicht entgegen. Die Pflicht zur charakterlichen Förderung habe ihre Grenze, wenn der Chef von einem 26-Jährigen in einer derartigen Weise gekränkt werde. (Aktenzeichen: 3 Sa644/12) 

Diana Niedernhöfer

GEZ-Gebühren in Praxen

Praxen mit internetfähigen PCs müssen Rundfunkgebühren zahlen. Doch ab 2013 wird nicht mehr nach Radio, Fernseher und Computer unterschieden.

Das gilt für Bürger genauso wie für Unternehmen und Selbstständige – und dazu zählen auch Niedergelassene. Denn auch sie können Radio im Empfangsbereich oder im Wartezimmer haben. In jedem Fall haben sie aber einen internetfähigen PC und damit eine Beitragsverpflichtung. Laut Bundesverfassungsgericht diene die Gebührenpflicht der Finanzierung des öffentlich-rechtlichen Rundfunks und sei nicht unverhältnismäßig (Aktenzeichen: 1 BvR 199/11).

Für Praxen sind künftig 3 Faktoren bei der Anmeldung entscheidend: Die Zahl der Betriebsstätten, die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Mitarbeiterinnen und die Zahl der betrieblich genutzten Autos. Pro Betriebsstätte ist ein Firmenwagen beitragsfrei.


Ein Niedergelassener mit **Einzelpraxis**

dürfte laut GEZ auf den niedrigsten Satz für Klein- und Kleinstunternehmen kommen und das wären 5,99 Euro im Monat.

Bei einer **Gemeinschaftspraxis** werden die Praxisräumlichkeiten als eine Betriebsstätte und die insgesamt vorhandenen Mitarbeiter angemeldet. Auch die auf die Gemeinschaftspraxis zugelassenen Kraftfahrzeuge sind anzumelden. Ein PKW pro Betriebsstätte ist beitragsfrei. Private Fahrzeuge, die auf die einzelnen Gesellschafter zugelassen sind, aber beruflich genutzt werden, sind vom jeweiligen Gesellschafter gesondert anzumelden.

Bei einer **Praxisgemeinschaft** haben die Niedergelassenen die Wahl: Im Grundsatz haftet jeder Arzt selbst. Daher können sich die Mitglieder einer Praxisgemeinschaft einerseits getrennt veranlassen lassen. Jeder Arzt meldet seine Betriebsstätte und seine eigenen Mitarbeiter an. Pro Betriebsstätte bleibt ein Firmen-PKW beitragsfrei.

Andererseits können die Niedergelas-

sene ihre gemeinsame Praxis als einzige Betriebsstätte anmelden. Die Anmeldung kann aber nur von einem vorgenommen werden. Die Ärzte müssen sich also entscheiden, auf welchen Namen die Betriebsstätte laufen soll. Dieser Arzt meldet die Praxis und alle Angestellten auf seinen Namen an und nur er kann seinen auf ihn zugelassenen Firmenwagen kostenfrei anrechnen lassen. Die anderen Ärzte müssen für ihre Firmenautos die gesonderte GEZ-Gebühr in Höhe von 5,99 Euro pro PKW bezahlen. 

Diana Niedernhöfer

→ Mehr Informationen zu den GEZ-Gebühren finden Sie unter www.gez.de



NEUE MITARBEITERIN BEI MEDI

Abrechnungsabteilung
Simone Neumann...



...wurde 1971 in Löbau geboren und wuchs zunächst in Ebersbach auf. Nach ihrer Ausreise aus der ehemaligen DDR in die Bundesrepublik 1988 lebte sie in Herrenberg. Simone Neumann beendete ihre Schulausbildung an der polytechnischen Oberschule und schloss eine Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten ab. Von 1989 bis 2001 arbeitete sie in einer internistischen und einer allgemeinmedizinischen Praxis in Herrenberg und Sindelfingen. Dort war sie auch für die Praxisorganisation und die Abrechnung verantwortlich.

Von 2001 bis 2007 war Simone Neumann bei der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Stuttgart tätig. Dort war sie für die ambulante Abrechnung, den Auf-

bau des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach §115b SGB V und für die Erstellung und Abrechnung dieser Leistungen auf Basis des EBM verantwortlich. 2007 wechselte Simone Neumann zum Abrechnungszentrum Factoris, das zum BKK Landesverband Baden-Württemberg gehört. Dort war sie als Teamleiterin für die ambulante Krankenhausabrechnung zuständig und für die Weiterentwicklung des ambulanten Operierens und der ambulanten Behandlung.

Im Juli 2012 kam Simone Neumann zur MEDIVERBUND AG, wo sie für die Entwicklung und Umsetzung der Selektivverträge und für die Organisation der Abrechnungsabteilung zuständig ist. ■■■

MEDI Deutschland unterstützt neuen IGeL-Ratgeber

Die ärztlichen Körperschaften haben ihren IGeL-Ratgeber „Selbst zahlen?“ überarbeitet. Er steht auch MEDI Mitgliedern zum kostenlosen Download zur Verfügung. Der Ratgeber soll die Diskussion versachlichen und ausgewogen über Selbstzahlerleistungen informieren. Er erklärt, welche Regeln Ärzte einhalten müssen und veranschaulicht diese anhand von Checklisten. ■■■

→ Der Ratgeber ist auf www.medi-verbund.de im Bereich „Ärzte“ und dort in der Rubrik „IGeL“ verfügbar.



Foto: DAK

FÜR SIE GELESEN

Werner Baumgärtner

Michael Holzmann

Steffen Holzmann

Zukunft Arztpraxis

Auswirkungen der Veränderungen des Gesundheitsmarktes und der Versorgungsformen auf die Gestaltung der Berufsausübung



Wer sich als Neueinsteiger aus der Klinik in den Gesundheitsmarkt bewegt, hat einiges zu lernen, was man im Medizinstudium nicht vermittelt bekommt. Das ist natürlich längst bekannt. Aber wie denn nun eigentlich das Geldverdienen in der Praxis funktioniert, welche persönlichen und berufspolitischen Weichen man schon früh stellen muss – um diese Frage drücken sich viele Experten. Coaches, Kommunikationstrainer oder Steuerberater versprechen zwar Beratung, können aber in der Regel nur Einzelaspekte aus ihrer beruflichen Perspektive darstellen.

Die Autoren dieses Buches haben einen fundierteren beruflichen Hintergrund: Dr. Werner Baumgärtner mit seinem unschlagbaren Erfahrungsschatz als berufspolitisch aktiver niedergelassener Arzt hat das Buch gemeinsam mit den auf Medizinrecht spezialisierten Rechtsanwältinnen Michael und Steffen Holzmann geschrieben. Dem Geldverdienen widmen sie ein umfangreiches Kapitel. Sie erläutern das Fünf-Säulen-Modell von MEDI: Kollektivvertrag, Selektivverträge, IGel und Teilgemeinschaftspraxen, Kostenerstattung sowie prä- und poststationäre Verträge. Aus diesen 5 Bereichen können und müssen sich Praxen finanzieren. Das Modell soll vor Hilflosigkeit bewahren, wenn Verände-

rungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen eine der Säulen unter Druck bringen oder sogar wegbrechen lassen.

Zum Überleben als niedergelassener Arzt gehört noch mehr. Arztpraxen unterliegen bekanntlich einem Wettbewerb. Hinzu kommt der schärfer werdende Wettbewerb mit dem stationären Sektor. Ein Beispiel: Verträge zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen werden einerseits politisch gewünscht, andererseits häufig nach dem Motto „Zuweisung gegen Entgelt“ kriminalisiert. Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Patienten wird dagegen von der Politik unterstützt – das geht klar zu Lasten der niedergelassenen Ärzte. Baumgärtner hält fest, dass der ursprünglich gemeinsame Versorgungsauftrag von vertragsärztlicher Behandlung und stationärer Krankenhausbehandlung „nur als gescheitert betrachtet werden kann“.

Auch für Berufseinsteiger empfehlenswert

Das Buch beantwortet viele Fragen eines Berufsanfängers, andere werden fast provozierend aufgeworfen. Das dritte Kapitel beispielsweise widmet sich komplett der Frage: „Warum muss ich etwas ändern?“ Hat der Kollektivvertrag

noch Zukunft? Nur dann, „wenn von einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf feste und angemessene Preise umgestellt wird“, schreibt Baumgärtner. Einzelpraxen müssen sich gegenüber Berufsausübungsgemeinschaften und MVZs durchsetzen. Welche Praxisform ist tatsächlich zukunftsträchtig? Welche Vor- und Nachteile hat es, Ärzte anzustellen, Zweigpraxen zu eröffnen oder konsiliarisch am Krankenhaus tätig zu werden?

Die veränderte Morbidität und die demographische Entwicklung machen einen Systemwandel notwendig. Aber wie wird der aussehen? Was bringt die Zukunft für die niedergelassenen Ärzte? Gewerkschaftliche Strukturen mit Streikrecht? Das gilt in Deutschland als ethisch verwerflich und kaum vorstellbar. Wer weiß schon, dass die Ärzte in Frankreich ein Streikrecht haben? Der Leser dieses Buches weiß es.

Einem gut informierten MEDI Arzt mag das Buch wenig Neuigkeiten bieten. Aber den Autoren ging es sicherlich nicht um Sensationen. Der Leser darf sich auf eine sorgfältige Zusammenstellung von Fakten und Standpunkten freuen. Könnten Sie erklären, wie die Honorarverteilung zwischen Haus- und Fachärzten funktioniert? Wie es zum Chaos bei den Hausarztverträgen gekommen ist?

Welche Strategie sich hinter den selektiven Facharztverträgen verbirgt?

Vor allem der neu niedergelassene Arzt darf mit praktischer Unterstützung durch das Buch rechnen. Die Experten geben nicht nur Tipps, sondern weisen auch auf kostenlose Quellen wie die MEDI Musterverträge hin. Vor allem aber gibt Baumgärtner seine umfangreiche Erfahrung weiter. Nicht nur der Berufspolitiker schreibt hier, sondern auch (oder sogar vor allem) der Praxisinhaber Baumgärtner, der Erfahrungen mit der Anstellung von Kollegen oder der Ermittlung des Praxiswertes gemacht hat.

Eigentlich müsste man dieses Buch jedem Medizinstudenten unter den Weihnachtsbaum legen. Oder wenigstens allen jungen Ärzten, die einen Praxiseinstieg ins Auge fassen. Oder denen, die über eine Vernetzung nachdenken. Denen, die sich immer nur unzufrieden fragen, warum alles so ist, wie es ist. Und unbedingt auch denen, die kurz vor dem Ruhestand sind und über den Wert ihrer Praxis nachdenken. ■■

Ruth Auschra

→ Thieme Verlag 2012

200 Seiten

30 Abbildungen, gebunden

ISBN 978-3-13-167341-1

49,99 Euro

NACHGEFRAGT BEI

Dr. Werner Baumgärtner

Vorstandsvorsitzender von MEDI Deutschland



»Wir zeigen, wie erfolgreiche Niederlassung geht«

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, wie kam es zu diesem Buch?

Baumgärtner: Ich wurde vom Thieme Verlag angefragt und habe nach kurzem Zögern zugesagt. Ich wollte die Chance, meine Sicht der Dinge weiterzugeben, doch nutzen.

MEDITIMES: Als Arzt schreibt man ein solches Buch ja nicht alle Tage – wie war das für Sie?

Baumgärtner: Inhaltlich gesehen leichter als gedacht, aber ich habe gelernt, dass man ein solches Buch nicht neben seinem täglichen Arbeitspensum schreiben kann. Interessant war, die Sichtweisen aller Autoren unterzubringen. Es gab durchaus unterschiedliche Einschätzungen, aber wir haben die einzelnen Texte zu einem gelungenen Gesamtwerk zusammengebaut. Alle Beteiligten waren am Ende positiv überrascht, was wir gemeinsam hinbekommen haben.

MEDITIMES: Beim Blättern sind mir mehrere Möglichkeiten der Einsortierung eingefallen. Einerseits ein Standardwerk für Praxiseinsteiger, andererseits eine Abrechnung mit der ärztlichen Selbstverwaltung. Vielleicht aber auch das Vermächtnis eines Machers für die junge Ärztegeneration?

Baumgärtner: Es ist zuerst einmal eine Beschreibung des Ist-Zustandes eines Systems, das zum Erhalt des freien Arztberufes, bzw. zur Rückgewinnung der Freiberuflichkeit dringend reformiert gehört. Wir zeigen Wege für eine erfolgreiche Niederlassung auf, aber auch die Notwendigkeit, sich für Veränderungen und Verbesserungen einzusetzen und wie man das am besten macht. Vermächtnis ist zu früh, ich denke das schreibe ich in 5 bis 10 Jahren. ■■

ra

Aus für die Praxisgebühr

Der Bundestag hat einstimmig das Ende der Praxisgebühr ab 2013 beschlossen. „Dieser Schritt war längst überfällig“, kommentiert der MEDI Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner und erinnert daran, dass seit der Einführung der Praxisgebühr diverse Studien gezeigt haben, dass die Gebühr

weder die Zahl der Arztbesuche reduzieren konnte noch eine Steuerungswirkung hatte.

Die Praxisgebühr war Umfragen zufolge das größte Ärgernis der Deutschen und zählte zu den Auswüchsen sinnloser und überbordender Bürokratie in den Arztpraxen, gegen die sich MEDI

von Beginn an mit allem Nachdruck eingesetzt hat. „Insofern sehen wir in ihrer Abschaffung ein notwendiges Stück Reduzierung der Bürokratie in unseren Praxen“, erklärt Baumgärtner. „Nun haben auch unsere Praxismitarbeiterinnen wieder mehr Zeit für die Betreuung unserer Patienten.“ ■■ *as*

Frisch niedergelassen? Da hilft MEDI weiter

MEDI Arzt Dr. Rainer Voss hat sich vor ein paar Monaten niedergelassen. Mit seinen 50 Lebens- und 24 Klinikjahren ist er kein Neuling mehr, sondern ein Spezialist für internistische und naturheilkundliche Fragen. Als frisch niedergelassener Arzt fühlt er sich trotzdem manchmal etwas verloren.

„Finanzorganisatorisch bin ich kein Genie“, sagt der Internist selbstkritisch. Also gründete er gemeinsam mit einer praxiserfahrenen Kollegin eine „völlig gleichberechtigte“ Berufsausübungsgemeinschaft. Am „Finanz- und Organisationspapierkram“ kommt er natürlich trotzdem nicht vorbei, Quartalsabrechnungen sind für ihn bisher apokalyptische Zahlenwerke.

In der Gründungsphase fehlen viele Informationen, die für Niedergelassene wichtig sind. „Aber wenn ich dann 90 eng beschriebene Seiten Material von der KV erhalte, überkommt mich automatisch Übelkeit“, gibt Voss zu. Wie gelingt es seiner Kollegin, aus diesem weitgehend irrelevanten Buchstabenwust den Halbsatz auf Seite 42 rechts unten herauszuselektieren, der für seine Praxis gerade eminent wichtig ist? Eine unabhängige Beratung durch erfahrene Kollegen käme hier sicher gelegen.

Lehrgeld beim Einstieg

Beim Kauf der Praxis machte Voss nach heutiger eigener Einschätzung diverse drastische Fehler: „Ich bezahlte viel zu viel“, sagt er. „Keiner der so genannten Experten erklärte mir, dass der Praxis-Abgeber-Markt de facto zusammengebrochen und ein reiner Übernehmer-Markt ist – Kaufpreis nach unten offen.“ Sein Praxisvorgänger war früh verstorben, hinterließ eine Witwe mit zwei kleinen Töchtern. Voss hatte Skrupel, hart zu verhandeln. Beim Kauf des notwendigen zweiten Kassensitzes machte seine Kollegin, die Allgemeinmedizinerin Dr. Martina Hof-Degen, weniger Verluste.



Rainer Voss wünscht sich mehr Austausch mit erfahrenen Kollegen statt mit teuren Experten.

Aber es ist wohl nur in der Erinnerung komisch, dass bei manchen Praxisabgebern 20 Jahre alte IKEA-Möbel zu sündhaft teuren Designerstücken mutieren, deren Rechnung selbstverständlich irgendwie verloren ging. „Medico medici lupus“ fällt Voss dazu ein, „was allerdings eine glatte Rufschädigung der sehr sozial lebenden Wölfe ist“. Bei beiden Käufen wäre eine neutrale Bewertung und Vermittlung (Stichwort „MEDIVERBUND Marktplatz“) vermutlich sehr hilfreich gewesen.

Ausgerechnet beim Gesellschaftervertrag für die Praxisgemeinschaft wollten er und seine Kollegin auch nicht sparen. Also ließen sie sich ausführlich von einer sehr renommierten Anwaltskanzlei beraten – zum Stundenlohn von mehreren

hundert Euro für den Anwalt. „Dass wir den sehr sorgfältig individuell erstellten Vertrag in nahezu gleicher Qualität auch kostenfrei im Internet hätten herunterladen können, merken wir erst viel später“, gibt Voss heute zu.

Auch die alten Verträge des Vorgängers wurden anfangs recht sorglos übernommen. „Es ist zwar kaum zu bewältigen, aber man muss da eigentlich jede Kleinigkeit auf den Prüfstand stellen“, weiß er heute, „von der Miete über die Nebenkosten, Arbeitsverträge der Mitarbeiter, Zeitschriftenverträge fürs Wartezimmer, Stromversorger, Telefon, Praxissoftware und so weiter“. Seiner Einschätzung nach lässt sich das Einkommen aus einer Praxis derzeit eher über die Minimierung der Kosten als über die Maximierung der Einnahmen erhöhen.

MEDI als richtiges Forum

Inzwischen ist Voss MEDI Mitglied. Nach einem jahrelangen Engagement im Marburger Bund hatte er ein geeignetes Forum gesucht, um sich als niedergelassener Arzt sinnvoll und erfolgreich in die Lobbyarbeit einbringen zu können. Ideen und Wünsche für Themen, die man angehen sollte, hat er genug, „ganz vorne steht z.B. eine veränderte Vertretungspauschale“, sagt er und erklärt: „Es bedeutet mehr und nicht weniger Aufwand, wenn ein Patient meine Hilfe benötigt, den ich nicht kenne. Diagnosen, Dauermedikation, Allergien und sonstige Hintergründe muss ich bei solchen Patienten erst eruiieren. Es gibt also Gründe, Vertretungspatienten höher zu vergüten statt geringer!“

Um mehr junge Mitglieder zu gewinnen, schlägt er eine Kampagne vor, die an die „Gelben Engel“ des ADAC erinnert. Junge Kollegen in Nöten werden möglichst gut unterstützt, um sie dann als passive oder sogar aktiv-engagierte Mitglieder zu gewinnen. „Und warum entwickeln wir nicht gemeinsam mit anderen Ärzteverbänden eine funktionierende einfache Praxissoftware?“, fragt er. Ja, warum eigentlich nicht? Herzlich willkommen, Herr Dr. Voss! ■

Ruth Auschra

Fortsetzung Seite 33

NACHGEFRAGT BEI

Sven Kleinknecht

Assistent des Vorstands




»Wir empfehlen Praxisneulingen unsere Workshops«

MEDITIMES: Wie kann MEDI Ärzte in der Gründungsphase unterstützen?

Kleinknecht: MEDI unterstützt die Gründer in der Startphase im Rahmen von Gründerworkshops. In den Workshops arbeiten wir mit Partnern aus den Bereichen Recht, Steuer, Praxisbewertung und Finanzen zusammen und können somit die gesamte Beratungskompetenz, die für eine Praxisgründung notwendig ist, anbieten.

MEDITIMES: Was erfährt man dort?

Kleinknecht: Die Workshops dienen dazu, den persönlichen Status Quo zu ermitteln. Bei Bedarf kann selbstverständlich auf unser Netzwerk von Spezialisten zurückgegriffen werden. Gerade in der Gründungsphase, da hier die Weichen für die Freiberuflichkeit gestellt werden, ist eine kompetente Beratung unerlässlich. Darüber hinaus bieten wir den Gründern

durch unseren MEDIVERBUND Marktplatz die Möglichkeit, eine geeignete Praxis zu suchen oder ein eigenes Inserat für die Wunschpraxis aufzugeben. 

ra

→ Weitere Informationen zum Marktplatz unter

www.medi-verbund-marktplatz.de



Wenn eine Betriebsprüfung ansteht...

Dann machen sich viele Praxischefs schon im Vorfeld Sorgen. Doch das ist nicht zwingend notwendig, sofern Einnahmen nicht verheimlicht oder Vermögen gefälscht oder ins Ausland gebracht wurde. Die **MEDITIMES** erklärt, worauf Kontrolleure achten und wie man eine Betriebsprüfung gut über die Runden bringt.

„Ein Steuerprüfer ist auch nur ein Mensch, der seinen Job machen muss. Er sucht nicht nach Fehlern, sondern prüft, ob die Gesetze eingehalten worden sind“, sagt der Stuttgarter Steuerberater Andreas Göricke von der GLK Göricke Lange-Steuerberatungsgesellschaft. Das sollten sich auch Praxisinhaber vor Augen halten und ein entsprechendes Feindbild abbauen, wenn das Ankündigungsschreiben im Briefkasten liegt.

In solch einem Schreiben wird die Betriebsprüfung in der Regel rechtzeitig angekündigt. Unangekündigt sind dagegen Umsatzsteuer- und Lohnsteuer-sonderprüfungen. In einem Ankündigungsbrief steht jedoch genau, welche Steuerarten und Steuerjahre untersucht werden sollen. „Es ist auch möglich, dass nur die Praxis geprüft wird, wenn das Betriebsstättenfinanzamt und das Wohnstättenfinanzamt nicht dieselben sind“, sagt Göricke. Der Steuerberater, der sein Expertenwissen auch der MEDIVERBUND AG zur Verfügung stellt, rät daher seinen Mandanten generell, private und berufliche Finanzen streng zu trennen.

Das übliche Prozedere

Nach dem Brief wird ein Prüfungstermin vereinbart. In der Zwischenzeit sollte man die entsprechenden Unterlagen herausuchen. Denn auch wenn der Kontrolleur eine Ortsbegehung anordnen kann, ist eine Steuerprüfung in erster Linie eine Beleg- und Buchprüfung: Für die reine Praxisprüfung braucht man die

gesamte Finanz- und Lohnbuchhaltung mit den dazugehörigen Belegen, Bankauszügen und der elektronischen Buchhaltung wie DATEV der entsprechenden Jahre. Weiter sind auch Rechnungen an Privatpatienten vorzulegen. „Bei allen vorzulegenden Patientenunterlagen müssen die unter die Schweigepflicht fallenden Angaben geschwärzt werden“, sagt Göricke.


Will das Finanzamt auch die Einkommenssteuer kontrollieren, müssen ebenfalls alle relevanten Belege und Rechnungen vorgelegt werden. „Das betrifft etwa Einnahmen aus Vermietungen und Verpachtungen, Zinseinkünfte, Renteneinkünfte und Arbeitseinkommen.“ Unter Umständen müssen sogar Arbeitsverträge vorgelegt werden – und zwar auch dann, wenn kurz zuvor eine Lohnsteuerprüfung stattgefunden hat. „Kurz gesagt, darf der Prüfer sich alles vorlegen lassen, was er in dem entsprechenden Bereich für notwendig erachtet“, fasst der Steuerberater zusammen.

Um all diese Papiere durchzugehen, benötigt der Kontrolleur ein paar Tage und einen ruhigen Raum. Das kann ein ruhiges Zimmer in der Praxis sein oder aber, wenn ein solcher Raum nicht zur Verfügung steht, die Kanzlei des Steuerberaters. Keinesfalls sollte man den Prüfer aber in ein muffiges Kellerzimmer ohne Fenster setzen! „Denn es ist wichtig, dass die Prüfung auch für den Finanzbeamten in einem normalen Arbeitsklima abläuft“, sagt der Steuerberater.

Da wären zum einen die menschliche Dimension und der schon erwähnte Abbau von Feindbildern. Zum anderen hat ein Prüfer auch einen gewissen Ermessensspielraum bei seinen Entscheidungen. Wird er schlecht behandelt, ist er vielleicht nicht geneigt, diesen Spielraum voll auszuschöpfen, was auch nur eine menschliche Reaktion wäre.

Außerdem will das Finanzamt den Arzt mit der Prüfung nicht ärgern. Sofern keine Anzeige vorliegt, die eine Prüfung zwingend erforderlich macht, werden kleinere und mittlere Betriebe, zu denen Arztpraxen auch zählen, nach dem Zufallsprinzip ausgesucht. „Großbetriebe wie eine Radiologen-Gemeinschaftspraxis dagegen werden wegen ihres entsprechend hohen Umsatzes über die Jahre hinweg

Elster

Durch die elektronische Steuererklärung (Elster) können Finanzämter die Angaben viel einfacher auf ihren Wahrheitsgehalt überprüfen. Denn die Beamten müssen nicht mehr Papiere wälzen. Vielmehr verfügen die Behörden mittlerweile über eine spezielle Prüfungssoftware. Der Datenbestand wird dabei vorgefiltert und Auffälligkeiten oder Ungereimtheiten, die Anlass zur genaueren Überprüfung sein können, herausgefiltert.  dn



Andreas Göricke rät zu einem guten Klima zwischen Arzt und Steuerprüfer.

lückenlos geprüft“, weiß der Steuerberater aus Erfahrung.

In der eigentlichen Prüfung kontrollieren die Finanzbeamten auf der Einnahmenseite, ob beispielsweise ein Internist bei seiner Patientenstruktur in der Lage ist, diese Einnahmen zu erzielen. Auf der Ausgabenseite gibt es ein paar kritische Punkte, „rote Tücher“ nennt Andreas Göricke sie, auf die die Finanzbeamten besonders achten (siehe Kasten).

Beim Abschlussgespräch den Steuerberater hinzuziehen

Nach der Prüfung erfolgt das Abschlussgespräch. „Spätestens hier sollte man einen Steuerberater hinzuziehen“, rät Göricke. Auf Fehler von Vorprüfungen kann man sich damit ebenso wenig berufen, wie auf eine geänderte Finanzrechtssprechung. Alte und damit überholte Urteile zählen nicht mehr!

Es folgt ein Betriebsprüfungsbericht, gegen den Widerspruch möglich ist. Letztendlich setzt das Finanzamt – und nicht der Prüfer(!) – für die entsprechenden Jahre einzeln die Steuern neu fest. „Fast immer folgt das Finanzamt aber den Prüfungsergebnissen der Kontrolleure“, weiß Göricke. Sind Nachzahlungen fällig, können diese eventuell per Raten gezahlt werden. Diese Fälle müssen dann jedoch mit dem Finanzamt ausgehandelt werden.

Ein Steuerstrafverfahren droht nicht bei normalen Fehlern bei der Steuererklärung. Die Staatsanwaltschaft wird

Darauf achten Prüfer besonders

PKW: Problematisch sind Luxusautos wie z.B. ein Porsche als Firmenwagen für die Hausbesuche eines Hausarztes. Die Rechtssprechung zeigt sich zwar uneinheitlich. Das Finanzgericht Saarland (Az.: 1K2011/04) hat jedoch 2008 entschieden, dass bei einem Arzt die Anschaffungskosten eines PKWs über 50.000 Euro unangemessen hoch sind. Wer also sicher gehen will, dass sein Auto auch als Betriebswagen anerkannt wird, muss 6 Monate lang ein Fahrtenbuch führen. Nur so kann er nachweisen, dass die Hälfte der Fahrten berufsbedingt ist. Dazu gehören übrigens auch Fahrten von der Praxis nach Hause und umgekehrt. Wird der PKW nicht als Firmenwagen anerkannt, findet eine Kostendeckelung statt. „Alles zum PKW Gehörige wird dann nicht mehr als Betriebsausgabe anerkannt“, warnt Andreas Göricke.

Fach- und Fortbildungskosten: Auch wenn es wie ein alter Hut erscheint, kommt es nach Görickes Erfahrung immer wieder zu Schwierigkeiten bei der Anerkennung. Das gilt vor allem dann, wenn eine Veranstaltung eher wie eine Luxusreise daher kommt.

Presse und Berufskleidung: Probleme gibt es sicher nicht beim einschlägigen medizinischen Fachjournal und dem weißen Kittel, denn diese sind eindeu-

tig beruflich erforderlich. Anders ist das bei einer allgemeinen Tageszeitung und bei Alltagskleidung. So ist für die Anerkennung von Kleidung erforderlich, dass diese nur für den Beruf verwendet werden kann. „Zwar klingen die Ausgaben von Zeitungen und Kleidung nicht nach viel Geld“, so Göricke. Da der Prüfer jedoch mehrere Jahre kontrolliere, könnten sich nicht anerkannten Ausgaben summieren.

Gehälter/Zuwendungen an Ehepartner:

Die Gehälter der Ehefrauen werden vom Prüfer immer kritisch beäugt. Denn sie drücken die Steuerlast und überdies sind die Frauen durch ihre Anstellung sozialversichert. Mitarbeitende Familienmitglieder dürfen keine Scheinangestellte sein, denn ein solches Scheinverhältnis ist strafbar! Dann sollte die Höhe der Gehälter die Leistungen der verwandten Angehörigen in der Praxis widerspiegeln. Ebenso kritisch geprüft wird z.B. der zur Verfügung gestellte weitere Firmenwagen für Familienangehörige. Ist das alles nur Schein, liegt Steuerbetrug vor!

Überentnahmen: Probleme bei der Besteuerung können sich auch ergeben, wenn mehr Gewinn entnommen wurde als in dem entsprechenden Veranlagungsjahr eingenommen wurde. ■■■

dn

dann auf den Plan gerufen, wenn bewusst Steuern hinterzogen worden sind. Das ist z.B. der Fall, wenn Einnahmen nicht erklärt werden oder Vermögen ins Ausland transferiert oder gar gefälscht wurde.

Das ganze Verfahren kann sich bis zu einem Jahr hinziehen. „Doch eine Steuerprüfung ist nicht nur ein Fluch, sondern auch ein Segen“, sagt Göricke. Denn es bescheinige dem Praxisinhaber auch, was er alles richtig gemacht habe! ■■■

Diana Niedernhöfer



Wenn »Helferinnen« VERAHs werden...

Die Einstiegsphase kann für Arzt und MFA ungewohnt sein. Nicht jede frisch gebackene Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) hat das nötige Selbstbewusstsein, um eigenverantwortlich Aufgabenbereiche zu übernehmen. Und nicht jeder Chef freut sich, wenn eine VERAH Routineabläufe verändert. Was übernehmen die VERAHs in der Praxis?

Routinehausbesuche bei chronisch kranken Patienten, z.B. auch in Alters- oder Pflegeheimen, werden fast immer genannt, wenn es um die Beschreibung der VERAH-Aufgaben geht. Da werden Blutdruck, Blutzucker oder Gerinnungswerte kontrolliert, Füße oder Wunden inspiziert und Verbände gewechselt. Aber Hausbesuche sind längst nicht alles, was eine Versorgungsassistentin übernehmen kann. Andere Beispiele sind das Impf- und Wundmanagement, Quicktests, geriatrische Screenings und Demenztests.

Zur Erinnerung: Die Weiterbildung zur VERAH umfasst die Module

- Casemanagement (Kommunikationstechnik, Motivation, Wahrnehmung, Interaktion mit chronisch Kranken)
- Präventionsmanagement (Impfmanagement, Vorsorgeprogramme, Screening)
- Gesundheitsmanagement (Ernährung, Risikoerkennung, Gesundheitserziehung)
- Technikmanagement (Gerätekunde ausgewählter medizinischer Geräte, GBA)
- Praxismanagement (Planung, Kommunikation, Qualitätsmanagement, Personalwesen, Beschaffungswesen, Abrechnungswesen)
- Besuchsmanagement (rechtliche und medizinische Bedingungen, häusliches Umfeld, Antragstellung, Organisation)

Blutdruckmessungen werden auch an MFAs delegiert, Hausbesuche dagegen eher an VERAHs.

Foto: Ruth Auschra

- Notfallmanagement (lebensbedrohliche Erkrankungen, Traumatologie, Versorgungsmaßnahmen)
- Wundmanagement (Wundheilungsmechanismen, Wundversorgungsmöglichkeiten, Dokumentation)

Ein umfangreiches Programm. Aber welche Aufgaben delegieren Hausärzte tatsächlich? Und wird häufiger an Versorgungsassistentinnen delegiert als an gewöhnliche MFAs? Im Auftrag der AOK Baden-Württemberg und der HÄVG konzipierte Karola Mergenthal zu diesem Thema kürzlich einen Fragebogen und führte eine Befragung in VERAH-Praxen durch. Die Gesundheitswissenschaftlerin ist selbst ausgebildete Arzthelferin und heute nach einem berufsbegleitenden Studium Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/Main. Sie wollte mit ihrer Untersuchung u.a. herausfinden, ob Hausärzte bestimmte Tätigkeiten eher an die VERAHs delegieren oder auch an nicht weitergebildete Medizinische Fachangestellte. „Blutdruck und Blutzuckermessen – das machen alle Mitarbeiterinnen“, weiß sie, „aber spezielle Aufgaben im Rahmen des Casemanagements werden doch eher an Versorgungsassistentinnen übertragen“. Damit meint sie z.B. das Durchführen von Assessments und Re-Assessments, um Veränderungen zu erkennen. Gerade die geriatrischen Assessments spielen mittlerweile in vielen Hausarztpraxen eine wichtige Rolle. Auch das Erarbeiten von Hilfeplänen und die Unterstützung bei deren Umsetzung werden häufiger an VERAHs delegiert.

Die Ergebnisse ihrer Studie unterstreichen den Wert der Weiterbildung. Als Motivationsgründe für die Beschäftigung einer VERAH nennen 76% der befragten Ärzte die Möglichkeit, mehr Tätigkeiten

als vorher an qualifiziertes Personal zu delegieren. Fast genauso viele Ärzte (74%) nennen die Möglichkeit, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern und (72%) sich selbst zeitlich zu entlasten. Diese Entlastung scheint durch VERAHs tatsächlich eher zu funktionieren als durch andere MFAs. Wenn Hausärzte Routinehausbesuche delegieren, dann beauftragen sie laut Studie in 84% der Fälle VERAHs und nur in 30% der Fälle Medizinische Fachangestellte ohne Weiterbildung zur Versorgungsassistentin (Doppelnennungen waren möglich).

Erste Aufgaben für die VERAH

Nicht jede Mitarbeiterin ist erfahren genug, um wirklich von der Weiterbildung zu profitieren. Und nicht jede frisch gebackene VERAH ist selbstbewusst genug, um sich an alle Aufgaben heranzutrauen, die sie nach den Kursen beherrschen sollte oder könnte. Und schließlich ist auch nicht jedes Ärzte-Team darauf eingestellt, Routinehausbesuche oder andere Aufgaben zuverlässig an die Versorgungsassistentin zu delegieren. Wie kann man den Einstieg erleichtern?



Karola Mergenthal ist selbst ausgebildete Arzthelferin.

Vielleicht wäre eine überschaubare Aufgabe wie die Kontrolle des Impfstatus der chronisch kranken Patienten oder die Überprüfung der im Haushalt vorhandenen Medikamente ein erster Schritt. Es muss ja nicht gleich zu Anfang die große Hausbesuchsrunde sein. Auch die Durchführung von geriatrischen Basis-Assessments ist für den Einstieg schwierig. Dafür braucht man nämlich, so die Einschätzung von Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon, nicht nur Fachkenntnisse. „Man braucht auch viel Fingerspitzengefühl im Umgang mit älteren Patienten“, beschreibt der Allgemeinmediziner und Vize von MEDI Baden-Württemberg, „man könnte sie sonst leicht in eine beschämende Situation bringen“. Ein auffälliges Ergebnis beispielsweise beim Uhrentest bliebe auch dem Patienten selbst nicht verborgen. Das muss eine VERAH wissen und auffangen können.

In der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Bammental, die Ruebsam-Simon gemeinsam mit Allgemeinarzt Dr. Steffen Weinmann und Dipl.-Psych. Carla Simon führt, hat sich durch die Weiterbildung einer MFA zur VERAH einiges geändert. „Die Mitarbeiterin ist selbstbewusster geworden und bringt mehr Ideen ein als früher“, berichtet er. Die Weiterbildung zur VERAH hat nicht nur Geld, sondern auch Zeit und Energie gekostet. Dafür bekommt die Mitarbeiterin heute auch

etwas mehr Gehalt. In dieser Praxis ist der Plan offensichtlich gut aufgegangen. „Wir fanden das Konzept unterstützenswert“, so Ruebsam-Simon, „deshalb haben wir unsere Mitarbeiterinnen gefragt, wer die VERAH-Weiterbildung machen möchte und waren froh, dass eine sich dafür entschieden hat und dass es so gut geklappt hat“.

Wenn nicht VERAH, was dann?

Die Patienten werden älter und die Zahl der niedergelassenen Ärzte sinkt. Welche Alternativen hat denn eigentlich ein Hausarzt, dessen Praxis jetzt schon ausgelastet ist? Spätestens dann, wenn seine direkten Kollegen in Rente gehen und keinen Nachfolger finden, wird sich jeder Arzt die Frage stellen müssen, wie es mit seiner Praxis weitergehen kann.

Karola Mergenthal ist zuversichtlich: „Ich gehe davon aus, dass die Ärzte der nächsten Generation eher Teamplayer sein werden und dass die Mitarbeiterinnen weniger Angst haben werden, selbstständig zu arbeiten und Verantwortung zu übernehmen“.

Ruth Auschra

Marketingschlager VERAH?

Weisen Sie auf Ihrer Homepage oder in Ihrem Praxisflyer darauf hin, dass es bei Ihnen eine VERAH gibt? Wenn, dann sind die Hinweise meistens dezent. Selten wird die neue Versorgungsassistentin so klar wie im folgenden Zitat als Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten dargestellt: „Nur Patienten, die sich in die Hausarztverträge eingeschrieben haben, haben Anspruch auf Betreuung durch unsere Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis. Ansonsten kann diese Leistung nicht über die Kasse abgerechnet werden“, heißt es auf dem Flyer einer Münchner Praxis, der auch die Aufgaben der VERAH detailliert aufführt. ■

IMPRESSUM

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

E-Mail: info@medi-verbund.de
Tel.: 0711 806079-0, Fax: -79
www.medi-verbund.de

Redaktion: Angelina Schütz

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

Design: Heinz P. Fothern

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
erscheint im April 2013.
Anzeigenschluss ist der 30. Febr. 2013.



Die Neue im Team - so klappt es mit der Einarbeitung

Wer eine neue Mitarbeiterin einstellt, sollte einiges beachten, damit die Einarbeitung zur Zufriedenheit aller verläuft. Ein guter Einarbeitungsplan bringt Struktur in die Praxis und vermeidet falsche Erwartungen.

Natürlich sind alle im Team neugierig und vorbereitet auf „die Neue“ und mit Sicherheit freuen sich alle auf die Verstärkung. Ihr Fach ist freigeräumt und ihr Garderobenhaken auch. Die optimale Vorbereitung auf die Einarbeitung einer neuen Kraft beginnt jedoch schon mit der exakten Planung.

„Bevor die neue Mitarbeiterin anfängt, sollte der Praxischef einen realistischen Einarbeitungsplan angefertigt haben“, erklärt die Führer Personal- und Praxistrainerin Caroline Beil. Er sollte enthalten, was die neue Kraft schon kann und wo sie demnach am schnellsten eingearbeitet werden kann. Außerdem sollte geklärt sein, in welchen weiteren Stationen sie nach und nach eingelernt wird.

„Diesen Plan sollte die neue Kollegin auch kennen“, gibt Beil zu bedenken. Schließlich müsse sie ja auch selbst wissen, was von ihr erwartet wird und wer für sie zuständig ist. Ebenso sollte der Chef die Bedürfnisse der neuen Kraft

einbeziehen und wissen, was sie eigentlich von der Einarbeitung und ihrem neuen Arbeitsplatz erwartet. Diese Vorbereitung ist essentiell. Denn nach Erfahrung der Personaltrainerin können neue und an sich vielversprechende Arbeitsverhältnisse schon während der Probezeit scheitern, wenn keiner der Beteiligten weiß, was von ihm erwartet wird.

Außerdem sollte festgelegt werden, wer im Team die neue Kollegin in welchem Arbeitsbereich einarbeitet. Denn es ist keine gute Idee, sie einfach ins „kalte Wasser zu werfen“, um zu testen, ob sie sich alleine durchbeißen kann. „Das führt zu Überforderung, schafft Frust und damit Arbeitsunlust und verprellt im schlimmsten Fall eine gute Mitarbeiterin“, weiß Praxistrainerin Beil. Außerdem sind in so einem Fall Qualitäten gefragt, die man von einer Führungskraft und nicht von einem Teammitglied erwarten darf.

Weiter hat sich bewährt, der „Neuen“

eine Mentorin an die Hand zu geben. „Das sollte jemand mit hoher Sozialkompetenz sein, der als Vertrauensperson fungieren kann“, erklärt Caroline Beil. In großen Praxen wird das üblicherweise die Teamleiterin sein. Diese Mentorin arbeitet die neue Kollegin nicht ein, sondern betreut sie während dieser Phase. Sie erklärt ihr die Praxisabläufe, zeigt ihr den Arbeitsplatz, macht sie mit den anderen Teammitgliedern bekannt und hat ein offenes Ohr für Kummer und Sorgen. Eine solche Mentorin sollte auch schlichten können.

Der erste Tag

Am ersten Arbeitstag wäre es ideal, wenn die meisten Teammitglieder bereits am Arbeitsplatz sind. Ein Montag ist für alle eine Herausforderung. „Da ist so viel los, dass die neue Kraft dann am besten nur mitlaufen und sich alles anschauen kann“, so die Expertin. Intensive Einarbeitungen sollten in ruhigen Phasen erfolgen.

Denn der erste Arbeitstag ist auch fast der wichtigste. Es sollte gewährleistet sein, dass die neue Kollegin nach Plan eingearbeitet wird. „Dabei sollte man dem neuen Teammitglied möglichst schnell Feedback geben“, weiß Beil. Und das Loben nicht vergessen, das ist ganz wichtig für die Motivation.

Außerdem hat es sich nach Caroline Beils Erfahrungen immer bewährt, der Kraft gleich den Ordner vom Qualitätsmanagement in die Hand zu drücken. Dann kann sie die Ablaufprozesse parallel zur Praxis verfolgen.

Wer jetzt denkt, das sei zu viel Aufwand für eine bloße Einarbeitung, sollte genau nachrechnen. „Eine gescheiterte Einarbeitung kostet nicht nur die Nerven aller Beteiligten“, so Beil. Denn Stellenanzeigen, die Auswertung der Bewerbungen und die Bewerbungsgespräche kosten die Arbeitszeit der dafür verantwortlichen Mitarbeiterin in der Praxis oder gar die des Chefs. Rechnet man dann noch die Arbeitszeit hinzu, die die neue Kraft aufgrund der nachlässigen Vorbereitung nicht richtig einbringen konnte, kommen nach Beils Berechnungen schnell 11.000 Euro zusammen, die umsonst ausgegeben worden sind. ■

Diana Niedernhöfer