

Die Facharztverträge wachsen und gedeihen



■ Vernetzung

Das Heilbronner Projekt erreicht die nächste Stufe

■ Versorgung

Im Ländle entsteht das zweite MEDI-MVZ

■ Verbot

Wann wird aus Kooperation unter Ärzten Korruption?

Die Politik muss Facharztverträge fördern!

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

unsere Facharztverträge in Baden-Württemberg entwickeln sich mit allen Krankenkassen sehr gut weiter und die Teilnehmerzahlen steigen. Was uns noch fehlt, sind Facharztverträge in anderen Bundesländern. Hier zögern leider, trotz der wiederholt guten Evaluationsergebnisse der AOK Baden-Württemberg, nach wie vor alle Kassen.

Damit sich das ändert, habe ich viele Gespräche mit Kassenvorständen und Politikern auf allen Ebenen geführt bis hin zu Minister Gröhe. Ihnen habe ich Vorschläge gemacht, wie sich Facharztverträge bundesweit fördern ließen. Eine gesetzliche Verpflichtung wie bei den Hausarztverträgen ist politisch derzeit nicht durchsetzbar. Deshalb schlagen wir vor, dass Krankenkassen, die Facharztverträge abschließen, eine Vergütung wie beispielsweise bei den DMP bekommen sollen. Das ist ein Verfahren, das sowohl Kassen als auch Politik kennen und das funktioniert.

Diese Regelung haben wir auf Landes- und Bundesebene mit den anderen großen Ärzteverbänden konsentiert. Wir haben sie sowohl im gemeinsamen Forderungskatalog der Vertragspartner im Südwesten als auch im Zehn-Punkte-Papier der Allianz Deutscher Ärzteverbände verankert. Mit beiden Positionspapieren sind wir im Vorfeld der Bundestagswahl an die Öffentlichkeit gegangen und ich hoffe nun sehr, dass unsere Vorschläge im Ministerium auf fruchtbaren Boden fallen werden.

In Baden-Württemberg entstehen nach wie vor neue Selektivverträge. Im Juli haben wir einen landesweiten Diabetologievertrag für spezialisierte Haus- und Fachärzte auf den Weg gebracht. Der Orthopädiever-

trag wird um ein Rheumatologiemodul ergänzt und die Ortho-EFA® ist ebenfalls in Vorbereitung – in den Fachgebieten Neurologie und Gastroenterologie ist sie ja bereits Standard. Dass das noch lange nicht das Ende der Fahnenstange ist, zeigt uns eine Umfrage, die wir unter den niedergelassenen Fachärzten im Land durchgeführt haben. Wir wollten von ihnen wissen, welche Arztgruppen sich am ehesten Facharztverträge wünschen. Die HNO-Kolleginnen und -Kollegen haben hier die Nase vorn.

Zu guter Letzt geht auch unser Vernetzungsprojekt Heilbronn in die nächste Stufe: Wir vergrößern die Zahl der Teilnehmerpraxen, stattdessen die Praxissoftware mit neuen Modulen aus und die teilnehmenden Praxen bekommen ihren bürokratischen Aufwand bezahlt. Das alles mit dem Ziel, die Selektivvertragspraxen miteinander zu vernetzen – ein Ziel, das wir noch dieses Jahr angehen möchten.

Es grüßt Sie herzlich Ihr



*Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender*



TITELTHEMA

HAUSARZT- UND
FACHARZTVERTRÄGE

**Sozialminister Lucha nennt
Selektivverträge
»wichtige Impulse«**

8

**Diabetologievertrag
bildet neue Leistungen ab**

10

**Patienten fühlen sich im
Orthopädievertrag prima versorgt**

17

GESUNDHEITSPOLITIK

**Reformen ja,
Systemwechsel nein**

34

DIALOG

- 6 **Das Heilbronner Projekt geht in die nächste Phase**

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

- 14 FRAGEN ZU DEN SELEKTIVVERTRÄGEN
Abrechnungsfragen rund um den Urologievertrag
18 **EFAs werden zu QZ-Moderatorinnen**

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 20 **Das zweite MEDI-MVZ ist unter Dach und Fach**
24 **Ärztehaus Zuffenhausen feiert 10-jähriges Bestehen**
26 **Gewalttätige Patienten?
So entschärft man haarige Situationen**
28 NACHRUFE
Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 30 **»Wir müssen zweigleisig fahren«**

GESUNDHEITSPOLITIK

- 33 **Ärztetze sollen MVZs gründen dürfen**
Viele Ärzte- und Praxisnetze in Deutschland wollen mehr Verantwortung in der Versorgung übernehmen. Deswegen würde ein gesetzlich verankerter Gründerstatus zum Aufbau von MVZs Sinn machen, fordert MEDI GENO Deutschland.
- 37 **Praxischefs beklagen fehlende Perspektiven**
37 **STIKO-Impfempfehlungen 2017/2018**
38 **Was Ärzte bei der Cannabis-Verordnung beachten müssen**

MENSCHEN BEI MEDI

- 40 **Dr. Klaus Schreiber**
 Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Stuttgart
- 42 NEUE MITARBEITER
Carsten Zierau und Luiz Wagner
-

ARZT & RECHT

- 44 SERIE: BEKÄMPFUNG VON KORRUPTION
 IM GESUNDHEITSWESEN
Zulässige Kooperation oder verbotene Korruption?
- 48 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER
 BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN
- **Kann meine Mitarbeiterin telefonisch oder per E-Mail ohne Begründung fristlos kündigen?**
 - **Kann ich am letzten Tag der vereinbarten Probezeit meiner Mitarbeiterin das Arbeitsverhältnis kündigen?**
-

PRAXISMANAGEMENT

- 50 **Bei Ihnen hat es noch nie gebrannt?**
- 52 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

- 54 SERIE: BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG
Praxisabgabe - wie komme ich da raus?
 Anders als der Kauf oder die Gründung einer Praxis werden Praxisabgaben in Deutschland selten effizient vorbereitet. Dabei müsste gerade heute der Ausstieg langfristig geplant werden. Die **MEDITIMES** verrät Praxisinhabern, die ans Aufhören denken, was sie beachten sollten.

- 58 FÜR SIE GELESEN
Arztpraxen - Handbuch und Planungshilfe
-

IMPRESSUM

Herausgeber:
 MEDI Baden-Württemberg e.V.
 Industriestraße 2, 70565 Stuttgart
 E-Mail: info@medi-verbund.de
 Tel.: 0711 806079-0, Fax: -623
 www.medi-verbund.de

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

Design: Heinz P. Fothén

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
 GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
 Nachdruck nur mit Genehmigung
 des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
 erscheint im Dezember 2017.
 Anzeigenschluss ist
 der 14. November 2017.



Foto: Maks Richter

Das Heilbronner Projekt geht in die nächste Phase

Das Vernetzungsprojekt in Heilbronn soll bis Ende des Jahres auf 125 Haus- und Fachärzte aufgestockt werden, so das Ziel der Vertragspartner MEDI Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg und Audi BKK. Angelina Schütz sprach mit MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner über den Grund dafür und darüber, wie die weiteren Schritte und die Finanzierung des Projekts aussehen sollen.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, bisher nehmen rund 100 niedergelassene Ärzte am Vernetzungsprojekt teil. Warum sollen es künftig ausgerechnet 125 sein?

Baumgärtner: Das ist etwa die Zahl der Praxen, die wir brauchen, um den „Traffic“ zwischen den Praxen zu intensivieren. Darunter versteht man die Kommunikation der Praxen untereinander und welche Befunde, Briefe oder Ähnliches sie verschicken oder von den anderen Praxen bekommen. Wir haben deshalb unter den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen eine Umfrage gemacht, um besser herauszufinden, welche Hausärzte mit welchen Fachärzten im Projekt in welcher Häufigkeit und Dauer zusammenarbeiten. Von den Fachärzten wollten wir wissen, welche hausärztlichen Zuweiser für sie wichtig sind. An alle Projektteilnehmer haben wir die Frage gerichtet, welche Facharztgruppen noch nicht ausreichend vertreten sind. Das Ergebnis der Umfrage zeigt, dass insbesondere die Radiologen fehlen.

MEDITIMES: Und welche Konsequenz folgt nun auf diese Erkenntnis?

Baumgärtner: Es werden neue Praxen in das Projekt aufgenommen, auf der anderen Seite werden aber einige Teilnehmerpraxen künftig nicht mehr dabei sein. Hierbei handelt es sich um Praxen, die sich das ViViAN-Programm von MicroNova zwar irgendwann einmal haben installieren lassen, jedoch nie damit gearbeitet haben.

MEDITIMES: Warum lassen sich Ärzte ein solches Programm zunächst einbauen und nutzen es dann nicht?

Baumgärtner: Einige Praxen sind einfach nicht mit der doppelten Belastung mit papierförmiger und elektronischer Kommunikation klargekommen. In einigen Praxen hat auch die „Pärchenbildung“ zwischen Zuweiser und Facharzt nicht gestimmt. Insofern ist jetzt der richtige Zeitpunkt, diese Praxen aus dem Projekt herauszunehmen.

MEDITIMES: Bis Ende nächsten Jahres sollen auch andere Einrichtungen in Heilbronn, die die Patienten versorgen, in das Vernetzungsprojekt aufgenommen werden.

Baumgärtner: Richtig. Wenn unsere Patientinnen und Patienten von dem Projekt profitieren sollen, macht es natürlich Sinn, auch Krankenhäuser, Pflegeheime und Notfallambulanzen einzubinden. Eine schnellere und papierlose Kommunikation zwischen uns und diesen Einrichtungen wäre ein Quantensprung in der Versorgung.

MEDITIMES: Und welche neuen ViViAN-Anwendungen werden den teilnehmenden Praxen bis Ende 2018 zur Verfügung stehen?

Baumgärtner: Der Medikamentenplan, der dann endlich in die Netzakte kommt, die elektronische Übermittlung der AU an die AOK und die Audi BKK und ein elektronischer Terminplan, der den Hausärzten im Projekt ermöglicht, selbstständig Termine bei den Fachärzten einzutragen, die diese für Notfallpatienten bereithalten. Das hätte nicht nur den Vorteil, dass Patienten schneller als sonst einen wichtigen Termin bei einem Facharzt bekämen – auch das Praxispersonal würde davon profitieren, weil es dann diese Termine nicht mehr am Telefon ausmachen müsste.

» Wir lassen ein Programm entwickeln, das allen denkbaren Vernetzungsszenarien standhält «

MEDITIMES: Wer trägt die Kosten für diese neuen Installationen?

Baumgärtner: Die Praxen bekommen alles kostenlos installiert. Die Kosten, die MicroNova entstehen, werden von den beiden Krankenkassen übernommen, die Kosten für das Projekt und die Betreuung der Praxen tragen wir. Wer denkt, dass das alles demnächst eh mit der Telematikinfrastruktur kommt, irrt. Wenn überhaupt, wird es noch Jahre dauern, bis die Telematikinfrastruktur steht, und dann ist das erst einmal eine Datenautobahn, auf der wir lediglich unsere Daten verschicken können. Wir wollen und können mehr! Wir wollen eine digitale Kommunikation zwischen allen Praxen und endlich weg vom Faxstandard.

MEDITIMES: Bekommen die Projektpraxen ihre Arbeit in irgendeiner Form auch vergütet?

Baumgärtner: Ja, auch das ist neu! Die Praxen und insbesondere die MFAs werden für den bürokratischen Mehraufwand bezahlt. Den wird es so lange geben, bis die Praxen nur noch digital miteinander kommunizieren. Die Praxen erhalten eine Pauschale für ihre Teilnahme und bekommen darüber hinaus jeden Traffic mit etwa fünf Euro vergütet.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, haben Sie vielen Dank für das Gespräch. ■■■



Foto: Kienzie

Sozialminister Lucha nennt Selektivverträge »wichtige Impulse«

V. l. n. r.: Manne Lucha im Gespräch mit Christopher Hermann (AOK Baden-Württemberg), den Hausärztinnen Susanne Bublitz und Petra Sandig und dem Kardiologen Friedhelm Gerst.

Die Hausarzt- und Facharztverträge von AOK, MEDI und HÄV in Baden-Württemberg sind seit Jahren ein Muster für die wettbewerbliche Erneuerung des Gesundheitswesens. Bei einem Praxisbesuch in Pfedelbach konnte sich Sozial- und Integrationsminister Manne Lucha davon überzeugen, wie diese umgesetzt werden und bei Patienten ankommen.

Chronische Krankheiten nehmen bundesweit kontinuierlich zu, gleichzeitig sind die Hausarztzahlen seit Jahren rückläufig. Das AOK-Hausarztprogramm und das angeschlossene Facharztprogramm setzen genau hier an, um Fehlversorgung zu vermindern: Die Patientenversorgung wird durch eine intensive und koordinierte Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte verbessert, die Rolle des Hausarztes in seiner Lotsenfunktion gestärkt und der Beruf für den Nachwuchs wieder attraktiv gemacht.

1,5 Millionen AOK-Versicherte in der HZV

Landesweit nehmen 1,5 Millionen AOK-Versicherte daran teil – davon zudem fast 600.000 an dem 2011 gestarteten Facharztprogramm. Im Hohenlohekreis liegt die Teilnahme der rund 60.000 AOK-Versicherten über dem Landesdurchschnitt von 35 Prozent: Mehr als jeder Zweite profitiert von den Vorteilen des Hausarztprogramms, fast jeder Fünfte nimmt am Facharztprogramm teil.

„Die gemeinsame Aufgabe von Kassen und Politik ist es, glaubhaft, empathisch und engagiert die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Land qualitativ

hochwertig sicherzustellen – egal wo in Baden-Württemberg jemand lebt. Die Anstrengungen der AOK geben dabei wichtige Impulse“, sagt Sozial- und Integrationsminister Manne Lucha.

Um den Versorgungswettbewerb zu beleben, hat der Gesetzgeber 2008 bundesweit alle Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten Hausarztverträge als Alternative zur altbekannten Einheitsversorgung anzubieten. In anderen Bundesländern fehlt jedoch eine Wettbewerbslokomotive nach dem Vorbild im Südwesten.

Bessere Versorgung durch strukturierte Prozesse

Wichtig ist den drei Vertragspartnern, dass solche innovativen und eng vernetzten Versorgungsangebote nach der Bundestagswahl mehr Unterstützung von der Politik erhalten und in ganz Deutschland ausgebaut werden. Dr. Christopher Hermann, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, dazu: „Wir sehen heute, dass wir auf freiwilliger Basis durch die strukturierten Prozesse für 1,5 Millionen Patientinnen und Patienten eine nachweislich bessere Versorgung ermöglichen, zum Beispiel durch mehr Zeit für Beratung. Und so sichern wir gemeinsam mit den Ärztepartnern die nachhaltige Versorgung im Land.“

Derzeit nehmen mehr als 4.000 Hausärzte und Pädiater und über 1.700 Fachärzte und Psychotherapeuten an den Selektivverträgen im Südwesten teil. Von den im Hohenlohekreis tätigen 80 Hausärzten sind es 47. Zwei von ihnen sind Dr. Susanne Bublitz und Dr. Petra Sandig in ihrer Gemeinschaftspraxis in Pfedelbach. In ihrer Praxis sind rund 1.000 Patientinnen und Patienten im AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben.

Verträge sichern den Versorgungsbedarf

„Die Abrechnung ist einfacher, es bleibt mehr Zeit für die Patienten und durch die enge Vernetzung mit den Fachärzten kann ich die Behandlung besser koordinieren“, so Bublitz. Die Ärztinnen betonen, dass sie für alle eingeschriebenen Patienten ein gutes und planbares Honorar bekommen. Das sei auch die Voraussetzung dafür, einen Assistenzarzt oder eine angestellte Ärztin einzustellen, um den gestiegenen Versorgungsbedarf bewältigen zu können. Gerade auch für den ländlich geprägten Hohenlohekreis sei es schwierig, geeignete Bewerber zu finden, weiß Bublitz.

» Bei Herzpatienten werden im Jahr rund 4.000 unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden «

AOK-Chef Hermann verweist in dem Erfahrungsaustausch auch auf entsprechende Ergebnisse der von Anfang an begleitenden wissenschaftlichen Evaluation der Haus- und Facharztverträge. Durch die optimierte ambulante Versorgung würden so allein bei Herzpatienten pro Jahr rund 4.000 unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden.

Der in Öhringen niedergelassene Kardiologe Dr. Friedhelm Gerst nimmt seit 2011 am Kardiologievertrag teil. Er bestätigt die positiven Wirkungen des Vertrags: „Der Arzt hat mehr Zeit, insbesondere für schwer kranke Fälle. Das ist ein Grund für die Abnahme unnötiger Klinikeinweisungen“, so Gerst, der auch Mitglied bei MEDI Baden-Württemberg ist.

Bessere Medikamentenabstimmung und Teamstrukturen

Ein weiterer Vorteil sei das eng abgestimmte Medikamentenmanagement zwischen Haus- und Facharzt, das zu einer Harmonisierung der Verordnungen beitrage. „Die Patienten wissen das zu schätzen, weil es dadurch zu weniger Umstellungen kommt“, betont Gerst. Und Hausärztin Bublitz ergänzt: „Gerade für Patienten mit mehreren Erkrankungen ist das wichtig und dass es im AOK-Vertrag eine Zuzahlungsbe-freiung bei vielen rabattierten Medikamenten gibt.“

Ein weiteres Gesprächsthema beim Praxisrundgang war die Förderung von Teamstrukturen in den Haus- und Facharztverträgen. Zunehmend wichtig sind dafür speziell ausgebildete Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAHs) sowie deren Pendant, die Entlastungsassistentinnen in der Facharztpraxis (EFAs). Durch die Übernahme von Routinearbeiten entlasten sie Haus- und Fachärzte gleichermaßen. ■■■

eb



Foto: Richter

Diabetologievertrag bildet neue Leistungen ab

80 Ärztinnen und Ärzte haben sich bis jetzt in den neuen Facharztvertrag Diabetologie eingeschrieben, den MEDI, die Diabetologen Baden-Württemberg eG und die AOK in Baden-Württemberg auf den Weg gebracht haben. Genau wie alle anderen Facharztverträge bringt auch der Diabetologievertrag Ärzten und Patienten viele Vorteile.

Die Partner nach der Vertragsunterszeichnung (v. l. n. r.): Frank Hofmann und Werner Baumgärtner (beide MEDI), Christopher Hermann (AOK), Richard Daikeler, Klaus Kusterer und Erik Wizemann (Diabetologen Baden-Württemberg eG).

Der neue Vertrag ergänzt das Hausarzt- und Facharztprogramm der Südwest-AOK. Anders als die bisherigen Facharztverträge deckt der Diabetologievertrag ausschließlich Leistungen ab, die auf Beratung, Betreuung und Schulung ausgerichtet sind. Von Patientenseite können AOK-Versicherte teilnehmen, die bereits in das Hausarzt- und Facharztprogramm eingeschrieben sind und

- bei denen eine Therapie mittels einer Flash-Glukose-Messung (FGM) oder einer kontinuierlichen Glukose-Messung (CGM) erfolgt oder
- bei deren Behandlung eine Insulinpumpe (CSSI) eingesetzt wurde oder
- bei Patientinnen mit Gestationsdiabetes.

Damit bildet der Diabetologievertrag neue Leistungen ab, die im EBM nicht enthalten sind. Das bedeutet, dass der Gesamtziffernkranz, der bei den anderen Facharztverträgen der AOK maßgeblich ist, im Diabetologievertrag keine Anwendung findet. Nach dem EBM abrechenbare Leistungen können somit (ausgenommen die zum 1.4.2017 neuen EBM-Ziffern zu rtCGM 03355, 04590 und 13360) weiterhin über die KV abgerechnet werden.

Teilnahmevoraussetzungen für Ärzte

Am Vertrag können Fachärzte für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie und Kinder- und Jugendmedizin und Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ teilnehmen.

Es können sich sogar Hausärzte einschreiben, die sonst nicht am HZV-Vertrag der AOK teilnehmen. Darüber hinaus können auch MVZs und – unter besonderen Voraussetzungen – persönlich ermächtigte Ärzte sowie Hochschul- und Kinderspezialambulanzen AOK-Patienten im Rahmen des Vertrags behandeln.

»*Neue Leistungen, bessere Versorgung und höhere Vergütung*«

An die Ärzte werden hohe qualitative Ansprüche an Erfahrung, Schulung und Praxisstruktur gestellt. Darunter fallen insbesondere:

- das Vorhalten einer Diabetesberaterin/eines Diabetesberaters
- die Teilnahme an Qualifizierungsveranstaltungen zu Patientenschulungen (mind. INPUT oder Subito für die Insulinpumpentherapie und Spectrum für die Therapie mittels rtCGM bzw. FGM) oder
- das Vorhalten einer qualitätsgesicherten Präsenzblutzuckermessung nach Richtlinien der Bundesärztekammer und eine HbA1c-POC-Diagnostik in der Praxis

Fortsetzung >>>


Fortsetzung

Diabetologievertrag bildet neue Leistungen ab

Die Zielgruppen bei den AOK-Versicherten sind solche mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 1 und 2, für die eine der zuvor genannten Behandlungen in Betracht kommt. Eine Besonderheit in der Vergütungssystematik besteht darin, dass neben den ärztlichen Leistungen auch die Leistungen der Diabetesberaterin/des Diabetesberaters abgerechnet werden können, wie die Tabelle unten zeigt.

Vorteile für die Praxen

Praxen, die am Vertrag teilnehmen, haben einen geringeren bürokratischen Aufwand, da es dort keine Beantragungs- und Genehmigungsverfahren bei der Verordnung von FGM, rtCGM und Insulinpumpen gibt.

Bei einer FGM-Verordnung wird das Rezept direkt an den Dienstleister Contra Care GmbH geschickt. Das Unternehmen schickt nach Prüfung der Daten einen Auftrag an den Lieferanten. Das Messsystem wird bei Erstverordnung an die Praxis und bei Folgeverordnungen (von beispielsweise Sensoren) direkt an die Adresse des Versicherten geliefert. Für die Verordnung von CGM-Geräten und Insulinpumpen einschließlich Zubehör will die AOK Baden-Württemberg im Nachgang ein entsprechendes Verfahren schaffen. 

Elisa Czerny/Angelina Schütz

Übersicht der Ziffern im Diabetologievertrag			
	Vergütungs-ziffer	Leistungsbeschreibung	Vergütung
Therapie mittels FGM	D1aFA	Ersteinstellung des Patienten durch den Facharzt	17,00 Euro je 10 min
	D1aDB	Ersteinstellung des Patienten durch die Diabetesberaterin	10,00 Euro je 10 min
	D1bFA	Folgebetreuung durch den Facharzt	17,00 Euro je 10 min
	D1bDB	Folgebetreuung durch die Diabetesberaterin	10,00 Euro je 10 min
	D1c	Anleitung zur initialen Selbstanwendung	40,00 Euro je 90 min
	D1d	Nachschulung zur Selbstanwendung	40,00 Euro je 90 min
	D1e	Sachkostenpauschale für Unterrichtsmaterial i.V. mit D1c	12,50 Euro
Therapie mittels rtCGM	D2aFA	Ersteinstellung des Patienten durch den Facharzt	17,00 Euro je 10 min
	D2aDB	Ersteinstellung des Patienten durch die Diabetesberaterin	10,00 Euro je 10 min
	D2bFA	Folgebetreuung durch den Facharzt	17,00 Euro je 10 min
	D2bDB	Folgebetreuung durch die Diabetesberaterin	10,00 Euro je 10 min
	D2c	Anleitung zur initialen Selbstanwendung	40,00 Euro je 90 min
	D2d	Nachschulung zur Selbstanwendung	40,00 Euro je 90 min
Therapie mittels CSII	D3aFA	Ersteinstellung des Patienten durch den Facharzt	17,00 Euro je 10 min
	D3aDB	Ersteinstellung des Patienten durch die Diabetesberaterin	10,00 Euro je 10 min
	D3bFA	Folgebetreuung durch den Facharzt	17,00 Euro je 10 min
	D3bDB	Folgebetreuung durch die Diabetesberaterin	10,00 Euro je 10 min
	D3c	Anleitung zur initialen Selbstanwendung	40,00 Euro je 90 min
	D3d	Nachschulung zur Selbstanwendung	40,00 Euro je 90 min
	D3e	Sachkostenpauschale für Unterrichtsmaterial i.V. mit D1c	12,50 Euro
	D3fDB	Komplexitätszuschlag für Diabetesberater/in zur Folgebetreuung von Patienten mit CSII in Kombination mit rtCGM/FGM	10,00 Euro je 10 min
	D4	Gestationsdiabeteskomplex Diabetesberater/in	10,00 Euro je 10 min

FRAGEN ZU DEN SELEKTIVVERTRÄGEN



Abrechnungsfragen rund um den Urologievertrag

Da der Facharztvertrag Urologie seit vier Quartalen abgerechnet werden kann, beantwortet die **MEDITIMES** dazu die häufigsten Fragen, die bei der Vertragsabteilung der **MEDIVERBUND AG** eingehen.




Wann darf ich Patienten über den Vertrag abrechnen?

Über Ihre Vertragssoftware überprüfen Sie – am besten gleich, nachdem Sie die Versichertenkarte eingelesen haben –, ob der Patient bereits am Facharztprogramm teilnimmt. Wenn ja, können Sie ihn direkt im Rahmen des Urologievertrags behandeln und abrechnen.

Patienten, die bereits an der HZV teilnehmen, können ins Facharztprogramm eingeschrieben und über die sogenannte „Sofortabrechnung nach Einschreibung“ (SANE) abgerechnet werden. Der Patient muss dafür seinen Wohnsitz in Baden-Württemberg haben


und in Ihrer Praxis eine Teilnahmeerklärung zum Facharztprogramm unterzeichnen.

Die SANE ist maximal zwei Quartale hintereinander möglich, da der Patient nach spätestens zwei Quartalen gültig am Facharztprogramm teilnimmt. Grundsätzlich ist die Teilnahme einer Praxis an der SANE freiwillig und muss gesondert in der Teilnahmeerklärung angegeben werden. Nehmen mehrere Ärzte einer Praxis am Vertrag teil, ist die SANE nur möglich, wenn alle Ärzte das auf der Teilnahmeerklärung angeben. 



Wie wird die PSA-Wertbestimmung als Vorsorge abgerechnet?

Sie ist für Patienten im Facharztprogramm ein Vertragsbestandteil und darf somit nicht als IGeL abgerechnet werden!

- Praxen mit Eigenlabor erhalten automatisch den Zuschlag Q7 (PSA-Strukturzuschlag) auf jede abgerechnete P1 (Voraussetzung: Geräternachweis liegt vor).
- Praxen ohne Eigenlabor kennzeichnen die Laboranforderung als Selektivvertragsfall (individuell zu regelndes Verfahren), erhalten vom Labor eine Rechnung über die PSA-Bestimmung und rechnen als Ausgleich die Ziffer E10 pro präventiver PSA-Bestimmung ab. 



Wie rechne ich die PSA-Wertbestimmung als Nachsorge beim Prostatakarzinom ab?

Sie können sie weiterhin über die KV (EBM-Ziffer 32351) abrechnen oder über einen 10er-Schein beim Labor anfordern.



Kann ich den Katheterwechsel in der Praxis abrechnen?

Diese Leistung ist, wenn in der Praxis erbracht, über die Grundpauschale vergütet. Für das Anlegen eines suprapubischen Katheters kann die Ziffer E1c abgerechnet werden. Ein Katheterwechsel außerhalb der Praxis kann über die Ziffern E1a und E1b abgerechnet werden.



Wozu dient die Kennziffer 88192?

Wenn Sie am Facharztprogramm teilnehmen, kann sich das auf die Höhe Ihres individuellen Laborbudgets auswirken. Für jeden Patienten, der im Facharztprogramm eingeschrieben ist, und für den Sie keine Leistungen über die KV abrechnen, sollten Sie einen so-



Wie werden Laborleistungen abgerechnet oder vergütet?

Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz abgebildet sind, dürfen für im Facharztprogramm eingeschriebene Versicherte nicht mehr über den 10A- oder 10er-Schein angefordert werden (zum Beispiel Blutbild, Kreatinin, Harnsäure).

- Diese werden beim Labor über ein individuell zu regelndes Verfahren angefordert.
- Das Labor stellt diese Anforderungen der Praxis in Rechnung.

- Diese Laborleistungen sind mit der Grundpauschale P1 abgegolten.

Alle Laborleistungen, die nicht im Gesamtziffernkranz abgebildet sind (Speziallaborleistungen), können weiterhin über den 10er-Schein angefordert bzw. über KV abgerechnet werden (Beispiele: Testosteron, FSH, LH, kulturelle Untersuchungen 32720–32727).



Wie erfolgt die Vergütung von Sonographie- und Röntgenleistungen?

Sie erfolgt über die Qualitätszuschläge Q2 – Q4b. Diese werden automatisch jeder abgerechneten P1 hinzugefügt, wenn die entsprechenden Nachweise eingereicht wurden.

Zielbehandler können die Auftragsleistungen A2 (Abdomen-Sonographie), A3 (Duplex-Sonographie) oder A6 (Röntgen) abrechnen, wenn sie hierfür einen Zielauftrag durch eine andere Praxis bekommen haben.



Ich beantworte gerne Ihre Fragen:

Jasmin Ritter

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Abrechnungsfragen rund um den Urologievertrag



Wie werden ambulante Operationen abgerechnet?

Dazu sind die Leistungsziffern im Anhang 4 zur Anlage 12 aufgeführt:

- Die OP-Ziffern im Vertrag entsprechen den EBM-Ziffern.
- Anästhesien, postoperative Überwachung und Behandlung sind über AOP-Ziffern abrechenbar (jeweils zur korrespondierenden OP-Ziffer).
- Zusammen mit den Ziffern und Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Bitte achten Sie hier auf die Dokumentation der Seitenlokalisierung!
- Sachkosten im Rahmen der ambulanten OP können über ein Eingabefeld in der Software erfasst werden, soweit sie nicht bereits in der entsprechenden Ziffer enthalten sind. Der Bezug über Sprechstundenbedarf bleibt hiervon unberührt.
- **Simultaneingriff:** Bei Durchführung mehrerer Operationen pro Patient und Tag besteht die Möglichkeit zur Abrechnung eines Simultaneingriffs. Das bedeutet, die höherwertige Operation wird abgerechnet und für die zweite Operation je 15 Minuten die Zuschlagsziffer für den Simultaneingriff angesetzt. ■



Welche Sachkosten kann ich abrechnen?

- Solche, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen entstanden sind. Die Erfassung erfolgt über dafür vorgesehene Eingabefelder in der Software.
- Der Bezug von Sachmaterialien über Sprechstundenbedarf bleibt unberührt.
- In Verbindung mit folgenden Leistungen sind Sachkosten nicht gesondert abrechenbar, sondern bereits in der Vergütung der Einzelleistung enthalten: E2 (Prostatatabiopsie), E3/A4 (Botox-Injektion), E8 (Urodynamik). ■



Foto: fotolia

Patienten fühlen sich im Orthopädievertrag prima versorgt

Mehr Zeit für Beratung und Motivation des Patienten waren wichtige Ziele des Facharztvertrags Orthopädie im Südwesten. Zwei Patientenbefragungen aus den Jahren 2015 und 2016 zeigen, dass die Vertragspartner diese erreicht haben.

Danach sind vier von fünf Patienten mit der Beratung durch ihren Orthopäden zufrieden und 85 Prozent würden ihren Arzt weiterempfehlen. Auch die knapp 580 teilnehmenden Ärzte profitieren: 82 Prozent gaben an, wichtige Rückmeldungen zur Patientensicht erhalten zu haben, 72 Prozent erhielten Hinweise auf Verbesserungen. Das größte Potenzial bestand bei der Beratung zu Selbsthilfeangeboten, zum Beispiel für Ernährung und Bewegung.


Wissenschaftlich begleitet

Die jährlichen Patientenbefragungen geben wichtige Hinweise zu Versorgungsqualität und möglichen Verbesserungspotenzialen. Die Durchführung erfolgte unter wissenschaftlicher Federführung des Universitätsklinikums Heidelberg im Auftrag der Vertragspartner MEDI Baden-Württemberg, BVOU, BNC, AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK.

183 Facharztpraxen beteiligten sich 2015 an der Befragung, was einer Rücklaufquote von 49 Prozent entspricht. Im Folgejahr waren es 267 Praxen (Rücklaufquote 59 Prozent). Im ersten Jahr nahmen rund 9.000 Patientinnen und Patienten teil, 2016 fast zehn Prozent mehr. Praxen mit mehr als 20 verwertbaren Fragebögen erhielten einen Feedbackbericht mit ihren praxisindividuellen Ergebnissen inklusive eines Vergleichs zu den aggregierten, anonymisierten Ergebnissen aller Praxen. Die teilnehmenden Ärzte diskutierten die Ergebnisse zudem in den vertragsbegleitenden Qualitätszirkeln.

Gute Noten für Praxisteam, Wartezeiten und Versorgung

Sehr gute Bewertungen erteilten die Patienten im Jahr 2015 für die Freundlichkeit des Praxispersonals mit 87,6 Prozent, für die Terminvergabe innerhalb von 14 Tagen mit 71,9 Prozent sowie für kurze Wartezeiten von weniger als 30 Minuten mit 70 Prozent. Etwa 81 Prozent der Befragten gaben an, dass sie sich durch ihren Orthopäden oder Chirurgen gut beraten fühlen. 86 Prozent würden ihren Orthopäden wieder aufsuchen und 85 Prozent weiterempfehlen.

Den stärksten statistischen Zusammenhang zur Gesamtzufriedenheit zeigte die Bewertung der ärztlichen Beratung. Vergleichbar positive Ergebnisse wie 2015 zeigten sich auch in der zweiten Befragungswelle ein Jahr später. Speziell die Beratung zu Angeboten der Selbsthilfe und zu Bewegungs- und Ernährungskursen wurde von knapp 60 Prozent als ausreichend empfunden. Insbesondere jüngere, erwerbstätige Patienten wünschten sich eine noch intensivere Beratung zur Lebensweise und zu Fragen der seelischen Belastungen. 

eb



EFA[®] werden zu QZ-Moderatorinnen

Das Berufsbild der früheren Sprechstundenhilfe hat sich positiv gewandelt. Dazu haben auch die Haus- und Facharztverträge mit VERAH[®] und EFA[®] beigetragen. Inzwischen sind die EFA[®]-Qualitätszirkel zu Treffpunkten engagierter MFAs geworden und die ersten EFAs haben sich zu Moderatorinnen ausbilden lassen.

Eine von ihnen ist Anna Kedziora, die in der kardiologischen MEDI-Praxis von Dr. Alexander Klein und Dr. Tobias Neumann angestellt ist. Als die Facharztverträge starteten, war ihr sofort klar, dass sie sich zur Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis (EFA[®]) qualifizieren wollte. „Ich bin heute nicht mehr die Sprech-

stundenhilfe, die dem Arzt nur assistiert“, betont sie, „ich habe eigene Aufgabenbereiche, die ich selbstverantwortlich organisiere und damit auch zum Erfolg der Praxis beitrage.“

Sie kann sich noch erinnern, wie die Arzthelferinnen früher Aufgaben wie das Sortieren von Karteikarten hatten. „Manchmal auf allen vieren, weil der ganze Fußboden voller Karten lag“, erzählt sie schmunzelnd. Heute könnte man Medizinische Fachangestellte ihrer Ansicht nach auch als Managerinnen im Gesundheitswesen bezeichnen. Viele neue Aufgabenbereiche sind hinzugekommen und Kedziora unterstreicht selbstbewusst, dass dafür eine gute Ausbildung nötig ist.

Die EFA[®]-Qualitätszirkel (QZ) sind für sie nicht vergleichbar mit den üblichen Fortbildungen. Hier gibt es keinen Frontalunterricht von allwissenden Referenten und man muss keine Angst haben, „dumme Fragen“ zu stellen. Stattdessen stellt das Konzept explizit den Erfahrungsaustausch der EFAs in den Mittelpunkt, sodass sich jede EFA[®] einbringen kann. Aha-Effekte sind garantiert! „Der Austausch untereinander ist intensiver als bei anderen Seminaren“, berichtet Anna Kedziora, „die Kolleginnen haben alle ein Interesse daran, aus ihrer Isolation herauszukommen, und es entsteht gerade ein richtiges Netzwerk aus MFAs.“ Dieses Networking, der Austausch untereinander, das ist ihrer Überzeugung nach Gold wert, „besser gesagt: Das ist eigentlich unbezahlbar“.

» Die Theorieblöcke werden durch praktische Übungen aufgelockert «

Moderatorinnentraining

Bei der MEDIVERBUND AG ist das Thema bei Angelika Bölhoff angesiedelt. Sie findet es ideal, wenn die Teilnehmerinnen aus dem Qualitätszirkel neue Impulse für die Praxis mitnehmen und umsetzen. „In jeder Praxis gibt es ähnliche Probleme und individuelle Ideen für die Lösung“, weiß die Projektleiterin, „und hier im QZ besteht die Möglichkeit, diese Ansätze praxisübergreifend zu vergleichen.“

Bölhoff hat gemeinsam mit Susanne Haiber aus dem Beirat der MEDI-MFA-Akademie das Moderatorinnentraining auf die Beine gestellt. Hätte man nicht lieber professionelle Moderatoren beauftragen sollen? „Nein“, antwortet Bölhoff, „das wollten wir nicht.“ Es ist kein Zufall oder Versehen, dass Moderatorinnen aus dem Kreis der Teilnehmerinnen ausgebildet werden. Die EFA®-Qualitätszirkel sind vom Aufbau her angelehnt an die bewährten ärztlichen Qualitätszirkel. Ein wichtiges Merkmal ist hier die Moderation der Diskussion durch einen Moderator aus dem Teilnehmerkreis.

Natürlich muss man auf die Tätigkeit als Moderator vorbereitet werden. Zu den theoretischen Grundlagen, die im Training vermittelt werden, gehören zum Beispiel Theorien zu Kommunikation und Gruppenprozessen. Praktischer wird es dann beim Einsatz von Moderationsmedien oder den Regeln für Moderation und Diskussion. Wie soll ein Moderator zum Beispiel bei hitzigen Debatten oder Konflikten vorgehen? Trainiert wird im Moderatorinnentraining mit dem Handwerkszeug aus dem professionellen Moderatorenkoffer. „Wir haben die Theorieblöcke durch praktische Übungen aufgelockert“, berichtet Bölhoff, „zum Beispiel bei der Frage, wie man Vielredner stoppt oder scheue Teilnehmer lockt.“

Jedes Jahr werden Schwerpunktthemen für die Qualitätszirkel festgelegt. 2016 wurde das Thema „Erfolgreiche Teamsitzungen“ ausgewählt, in diesem Jahr gab es zwei Schwerpunktthemen: „Schnittstellenmanagement“ und „die Information von Patienten über die Facharztverträge“.

Kedziora hat ihre ersten Qualitätszirkel moderiert und es hat ihr ganz offensichtlich Spaß gemacht. In das trockene Thema „Schnittstellenmanagement“ ist sie mit Metaplankarten eingestiegen: Jede der knapp 20 Teilnehmerinnen bekam eine bunte Karte, auf der notiert wurde, „wo der Schuh drückt“, wo sich also die Kooperation zwischen Haus- und Facharzt erfah-



„Hier entsteht ein richtiges Netzwerk aus MFAs“, freut sich Anna Kedziora.



Angelika Bölhoff betreut das Projekt auf MEDI-Seite.

rungsgemäß verbessern ließe. Die Moderation selbst war für die redogewandte Frau kein Problem – sie war nicht nur durch das Moderatorinnentraining gut vorbereitet, sondern brachte auch schon viele Erfahrungen aus der Patientenschulung mit. 🇩🇪

Ruth Auschra



Moderatorinnentraining für EFAs und MFAs

Susanne Haiber, Coach und Trainerin, Mitglied VmF e.V.
Angelika Bölhoff, MEDIVERBUND AG

Der Qualitätszirkel findet das nächste Mal am Samstag, den 24. Februar 2018, von 9:30 Uhr bis ca. 16:30 Uhr statt bei der MEDIVERBUND AG, Industriestr 2, 70565 Stuttgart (blauer Eingang) im 1. Stock.

Interessierte MEDI-Praxen wenden sich bitte direkt an Angelika Bölhoff unter Telefon 0711 806079-233. 🇩🇪



Das zweite MEDI-MVZ ist unter Dach und Fach

Anders als früher steht für junge Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung die Selbstständigkeit heute nicht mehr im Vordergrund. Mit einem ärztlich geführten MVZ kann der Brückenschlag zwischen Alt und Jung gelingen, wie die Planungen für das MEDI-MVZ Baiersbronn nach dem MEDI-Konzept »Arztpraxen 2020« zeigen.

Wenn niedergelassene Ärztinnen und Ärzte über ihre Praxisnachfolge sprechen, klingt es oft ein bisschen schuldbewusst, wenn sie erzählen: „Ich werde meine Praxis wohl an ein MVZ verkaufen, es gab keine besseren Interessenten.“ Immer noch ist der Begriff MVZ für viele gleichbedeutend mit Klinik oder versorgungsfernen Investoren, in jedem Fall aber weit entfernt vom selbstbestimmten ärztlichen Arbeiten, wie sie es über Jahrzehnte gelebt und verteidigt haben.

Die neue Generation kann in der Regel nicht nachvollziehen, warum das MVZ bei den Älteren einen so schlechten Ruf genießt. Nach ihren Zukunftsplänen befragt, erklären die meisten Ärztinnen und Ärzte, die sich am Ende ihrer Weiterbildung befinden, dass sie im Krankenhaus bleiben oder als Facharzt zum Beispiel in einem MVZ angestellt sein möchten.

Drei Hausarztpraxen ohne Nachwuchs

In Baiersbronn stand bis vor Kurzem die Zukunft der hausärztlichen Versorgung auf der Kippe. Denn dort steht in gleich drei von vier hausärztlichen Einrichtungen ein Generationenwechsel bevor: Da ist zum einen die Praxis von Dr. Beate Schaible und ihrem Sohn Hans-Jörg Schaible. Die Ärztin möchte gern in den Ruhestand gehen und allenfalls noch stundenweise in der Praxis weiterarbeiten. Ganz ähnlich ist die Situation der Eheleute Dr. Ludwig und Elfi Wäckers im Ortsteil Klosterreichenbach und in der Einzelpraxis von Dr. Ernst Beilharz in Baiersbronn-Mitteltal.

Hausärztlicher Nachwuchs, der in die etablierten Strukturen der Niederlassung einsteigt, ist auch hier nicht zu finden. Und so gehen die Baiersbronner Hausärzte nun alle gemeinsam einen neuen Weg, indem sie das Projekt „Ärzte am Reichenbach – MEDI-MVZ GmbH“ starten. Am 25. August waren sie beim Notar und haben die neue Gesellschaft beurkunden lassen. Ohne Klinik oder Beteiligung der Kommune, sondern als GmbH unter der Regie ärztlicher Gesellschafter und mit Unterstützung der MEDIVERBUND AG.

„Weil die Wäckers keine Praxisnachfolger fanden, hätten sie über kurz oder lang ihre Praxis einfach schließen müssen“, erklärt Wolfgang Fink, Projektleiter von „Arztpraxen 2020“, die Hintergründe. Die Patienten wiederum hätten sich wohl oder übel auf die verbleibenden hausärztlichen Praxen in Baiersbronn aufgeteilt: auf die Praxis Schaible und die Hausärzte am Spritzenhaus Regiopraxis KV BW.



» Wir suchen Ärzte, die ihre Praxis bei der Umwandlung begleiten «

Projektleiter Wolfgang Fink

Mit dieser Perspektive war Hans-Jörg Schaible allerdings nicht glücklich: „Ich kann nicht mehr Patienten betreuen, weil ich in absehbarer Zeit meine Praxis allein führen muss – und ob ich einen Praxispartner finde, ist ungewiss.“ Auch für die sieben Hausärzte der Regiopraxis war die Aussicht auf mehr Patienten kein wünschenswertes Szenario, wie Dr. Wolfgang von Meißner erklärt: „Jeder von uns behandelt wesentlich mehr Patienten im Quartal, als wir geplant hatten. Schon aus Platzgründen dürften es

nicht mehr werden. Wir wollen also, dass es in Klosterreichenbach auch in Zukunft eine hausärztliche Praxis gibt.“

Dort gab es anfänglich Überlegungen, eine Regiopraxis nach dem Vorbild der Hausärzte am Spritzenhaus aufzubauen. Doch von Meißners Praxispartner Dr. Michael Seitz berichtet: „Wir selbst haben mit der Regiopraxis erst vor ein paar Jahren ein Ärztehaus gegründet. Noch einmal wollten wir ein Projekt dieser Größenordnung nicht stemmen.“

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Das zweite MEDI-MVZ ist unter Dach und Fach



»Meinen Anteil am MVZ kann ich später einmal verkaufen«

Wolfgang von Meißner

Bürgermeister stieß auf MEDI-Projekt

Auch in der Gemeindeverwaltung war man besorgt um die hausärztliche Versorgung vor Ort. Bürgermeister Michael Ruf machte sich in anderen Gemeinden schlau. Bei einem Vortrag über das im letzten Jahr gegründete MEDI-MVZ Aalen lernte er Wolfgang Fink kennen und stellte rasch den Kontakt zu den Baiersbronner Ärzten her. Die ersten Gespräche fanden im Juli statt und führten schnell zu einer Einigung. Zum 1. April 2018 soll das MEDI-MVZ Baiersbronn seine Arbeit aufnehmen.

Der Planungszeitraum ist auch deshalb überschaubar, weil bei der MEDIVERBUND AG erfahrene Berater am Werk sind. Sie verhandeln mit den Kommunen über Standorte, mit den Vermietern über Umbauten und Mietkonditionen, mit dem Zulassungsausschuss über Praxissitze und mit der Bank über erforderliche Darlehen.

Sie arbeiten die Verträge aus und übernehmen auf Wunsch auch das Management und die Geschäftsführung der Gesellschaft. „Alles unter zwei Bedingungen“, betont Fink, „wir beraten und unterstützen ausschließlich MVZs von MEDI-Mitgliedern und unter rein ärztlicher Inhaberschaft.“



Michael Seitz trat für das MVZ-Projekt sogar MEDI bei.

Mitgliedschaft ist Voraussetzung

Die Hausärzte von Meißner und Seitz mussten nicht lange überlegen und traten MEDI Baden-Württemberg bei. Sie werden als Minderheitsgesellschafter am neuen MVZ beteiligt sein, aber nicht dort arbeiten. Ihr Kollege Schaible wird als einziger Gesellschafter mit einer vollen

Stelle im MVZ Baiersbronn arbeiten. Seine Mutter und die Wäckers halten keine Gesellschaftsanteile, werden aber im Praxisbetrieb mitarbeiten und perspektivisch ihre Stunden reduzieren. Es laufen auch schon Gespräche mit zwei Ärztinnen in Weiterbildung, die gern mitarbeiten würden und Wert auf familienfreundliche Arbeitsbedingungen legen. „Mehrheitsgesellschafter der frisch gegründeten GmbH ist das MEDI-MVZ Aalen. Ohne das hätte der entscheidende Antrieb für das MVZ Baiersbronn gefehlt“, sagt Fink und ergänzt: „Es wird in Zukunft bestimmt weitere MVZs mit einer gemischten Zusammensetzung der Gesellschafter geben.“

Entscheidend ist für ihn aber nicht die Zusammensetzung der GmbH-Gesellschafter. Wichtiger ist die Bereitschaft der Praxisabgeber, nicht nur ihre Praxissitze in das MEDI-MVZ einzubringen, sondern auch als Angestellte dort weiter mitzuarbeiten: „Wir suchen Ärzte, die ihre Praxen bei der Umwandlung in eine neue Versorgungsform begleiten. Sie können dann im MVZ ihre Patienten weiterbehandeln, aber ohne Bürokratie oder Personalverantwortung.“

Vorteile für die Ärzte

Für die beteiligten Ärzte liegen die Vorteile auf der Hand. „Im MVZ kann ich als ärztlicher Leiter und Gründer summa summarum zu vergleichbaren Konditionen arbeiten wie bisher. Ich habe aber mehr



» Ich arbeite als ärztlicher Leiter zu gleichen Bedingungen weiter, habe aber mehr Sicherheit «

Hans-Jörg Schaible

Sicherheit, weil die finanzielle Verantwortung auf viele Schultern verteilt ist. Ich denke, dass dieser Aspekt für viele jüngere Kolleginnen und Kollegen attraktiv ist. Frühere Generationen hätten nur sehr ungern auf ihre ärztliche Selbstständigkeit verzichtet, aber die heutige Generation ist dazu bereit, solange sie als Gesellschafter beteiligt ist und mitgestalten kann“, sagt Schaible.

Und Seitz ist vor allem aus persönlichen Gründen zufrieden mit dem neuen MVZ: „Funktioniert das Projekt, bedeutet das für mich eine bessere Work-Life-Balance für die verbleibenden zehn bis 15 Jahre meiner Berufstätigkeit.“ Darüber hinaus denkt er aber auch an die Praxisangestellten: „Verschwindet eine Praxis, verlieren Menschen ihre Arbeitsplätze. Als kleine lokale Arbeitgeber tragen wir hier auch Verantwortung, vor der ich mich nicht drücken möchte.“

Für seinen Praxispartner von Meißner spielen auch strategische Überlegungen eine Rolle: „Meinen MVZ-Anteil kann ich später einmal verkaufen, mit meiner Praxis wird mir das so nicht gelingen. Schließlich habe ich für meinen eigenen Praxissitz schon kein Geld mehr bezahlt, sondern bin nur in laufende Verträge eingestiegen.“ Er sieht seine Beteiligung auch als Investition: „Das MVZ ist für uns der Versuch, bei einem Zukunftsprojekt mitzumachen, in dem Ärzte mit geregelten Arbeits- und Urlaubszeiten und ohne zwingende Investitionen arbeiten. Wer so etwas nicht bieten kann, der findet keinen Nachwuchs.“

Antje Thiel

Das MEDI-Projekt »Arztpraxen 2020« will

- mehr junge Ärztinnen und Ärzte für die Niederlassung begeistern
- individuelle Konzepte für Praxisabgeber und -nachfolger ausarbeiten
- MVZs in ärztlicher Hand unterstützen, um Klinik-MVZs die Stirn zu bieten
- Netz-MVZs als längerfristiges Ziel etablieren

Unterstützung für MEDI-Ärzte

- Persönliche Gespräche und Beratung bei der MEDIVERBUND AG oder vor Ort
- Erfassung der betriebswirtschaftlichen Situation der einzelnen Praxen
- Vorschläge für sinnvolle Kooperationsformen
- Projektkoordination



Die Zuffenhäuser Ärzte bei der Grundsteinlegung.

Zur Eröffnung kamen rund 3.000 Menschen.



Ärztehaus Zuffenhausen feiert 10-jähriges Bestehen

Im September 2007 öffnete das Ärztehaus im Norden Stuttgarts seine Pforten. Begleitet wurde das Projekt damals von der MEDI-VERBUND Dienstleistungs GmbH, der Vorläuferin der heutigen AG. Sie übernahm die Koordination von Bauplanung, Controlling und Bauaufsicht ebenso wie die Ärztetreffen und die öffentliche Einweihung – ein Rundum-sorglos-Paket für die MEDI-Mitglieder also!



2003 wurde mit der Planung begonnen, vier Jahre später nahmen zehn Praxen ihren Betrieb auf. Dienstleister wie Apotheke, Friseur, Café oder Hörakustiker siedelten sich ebenfalls im Gebäudekomplex an. In der großzügigen Tiefgarage finden Praxisteams, Patienten und Geschäftskunden immer bequem Platz. Sogar ein Secondhandgeschäft gibt es seit einigen Jahren. Mit geschätzt 2.000 Patienten und Kunden pro Tag zählt das Ärztehaus Zuffenhausen heute zu einem der wichtigsten Versorgungszentren in der Region.

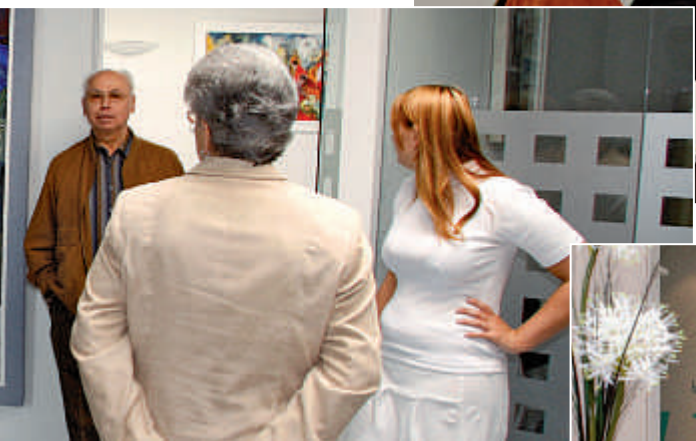
Stärkung der Freiberuflichkeit

Das Ärztehaus wurde als Gegengewicht zu den damaligen Krankenhaus-MVZs gebaut und wurde als erstes Ärztehaus nach dem MEDI-Konzept umgesetzt.

Es sollte die freiberuflich tätigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stärken und den Wert ihrer Praxen langfristig sichern. Das Konzept scheint aufgegangen zu sein: Nach zehn Jahren arbeiten alle Arztpraxen nach wie vor, wenn auch mit teilweise neuem Personal oder Praxisinhaber.

MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner zum Beispiel hat im Frühjahr die Räume der Allgemeinarztpraxis seiner Kollegin Dr. Dagmar Schmucker übernommen, die inzwischen rein privatärztlich arbeitet. „Niemand von uns hat den Schritt bereut, das Ärztehaus gebaut zu haben“, bilanziert er heute. „Die Praxisinhaber und ihre Angestellten arbeiten nach wie vor gerne hier und die Patienten sind von den Räumlichkeiten und dem Angebot begeistert.“





Gewalttätige Patienten? So entschärft man haarige Situationen

Gewalt fängt nicht erst an, wenn Fäuste oder Waffen eingesetzt werden. Auch Drohungen oder Beschimpfungen sind Formen von Gewalt. In einem MEDI-Seminar mit Deeskalationstrainer Thomas Sommer können Praxisteams neuerdings lernen, mit solchen Situationen richtig umzugehen.

Gewalt ist leider auch in Arztpraxen ein Thema. Schon vor zwei Jahren ergab eine Befragung, dass Hausärzte den Umgang mit aggressiven Patienten in der Praxis durchaus als Problem ansehen: 73 Prozent der Befragten erinnerten sich an aggressives Verhalten von Patienten in den vergangenen zwölf Monaten, 23 Prozent von ihnen gaben sogar schwerwiegende Aggressionen an.

Bei Hausbesuchen und im Bereitschaftsdienst fühlen sich 66 Prozent der Ärztinnen und 34 Prozent der Ärzte nicht sicher. Für Medizinische Fachangestellte (MFAs) werden keine Zahlen genannt, aber erfahrungsgemäß wird auch am Empfang nicht selten geöbelt, geschimpft oder gedroht.

Workshop für MEDI-Praxen

Was kann man tun, um mit solchen Situationen besser zurechtzukommen? Die MEDIVERBUND AG bietet Mitgliedern in Baden-Württemberg als Hilfestellung Kurse an, die der Deeskalationsexperte Thomas Som-



Foto: Fotolia

mer leitet. Er ist an Aggressionen gewöhnt, der Umgang mit Menschen in Ausnahmesituationen zieht sich wie ein roter Faden durch sein Berufsleben. Als Streifenpolizist in Berlin gehört es zu seinem Job, verbale oder körperliche Auseinandersetzungen zu beenden, ob auf der Straße, in einer Bar oder einer Privatwohnung.

Sommer hat sogar Einsätze im Rahmen von Sondereinsatzkommandos mitgemacht. „Sie kennen das aus dem Fernsehen“, lacht er und erklärt sofort, dass Polizisten in Wirklichkeit einen Konflikt nicht unbedingt mit Faust und Schlagstock lösen, sondern in erster Linie das Gespräch suchen. Nebenbei ist der Polizist auch ausgebildeter Rettungssanitäter, gibt zum Beispiel Notfallmedizinische Kurse in Kliniken und engagiert sich ehrenamtlich bei der freiwilligen Feuerwehr. Und selbstverständlich beherrscht Sommer Jiu-Jitsu und andere Defensivsportarten. Viele Fähigkeiten und Berufsfelder, die irgendwie mit Konfrontationen, Gewalt und Deeskalation zu tun haben. Aber welche Inhalte kann und will er in einem Tagesseminar vermitteln?

Diese Inhalte werden vermittelt

„Es geht im ersten Teil des Seminars darum, über Gewalt zu sprechen“, beschreibt er, „sich mit den Praxis-Mitarbeiterinnen über bisherige Erfahrungen und daraus resultierende Überlegungen auszutauschen.“ Einen Vortrag plant er nicht, er sucht das Gespräch. Seiner Erfahrung nach steht oft die Frage im Raum, wo Gewalt überhaupt anfängt und wann man wie reagieren sollte. Der gebürtige Schwabe

weiß genau, dass in Berlin-Neukölln andere Umgangsformen toleriert werden als in Baden-Baden. Wichtig ist es ihm, dass man auf aggressives Verhalten vorbereitet ist und Grenzen festlegt, die niemand überschreiten darf. „Gewalt ist nicht lustig“, sagt er ernst.

Im zweiten Teil des Seminars wird es dann um Kommunikation gehen, genauer gesagt um Strategien zur Deeskalation. Beispielsweise gibt es Menschen, die unfreiwillig eskalieren, weil sie herablassend wirken, unerfüllbare Forderungen stellen oder umgekehrt zu spät auf eine Grenzüberschreitung reagieren. Das richtige Auftreten kann man lernen! Allerdings gibt es zu bedenken, dass es keine Formel gibt, die immer und zuverlässig für Deeskalation sorgt. „Das hat viel mit Zuhören und Empathie zu tun“, findet er, „mit dem Sichhineinversetzen in den aggressiven Menschen.“

Der dritte Teil ist dann der Praxis gewidmet. Damit meint der Polizist die kleinen Tricks und Tipps, aber auch Fehler. Ein Abwehrspray oder Messer hat

am Empfang nichts zu suchen, vernünftiger ist seiner Ansicht nach eine Trillerpfeife und – Überraschung! – die Installation einer kleinen Türklingel. Mehr dazu wird erst im Seminar verraten.

„Mir geht es nicht darum, Ängste zu schüren“, sagt Sommer, „sondern ich will für die Gewaltproblematik sensibilisieren und Sicherheit geben.“ Viel Erfolg! 🇩🇪

Ruth Auschra



Thomas Sommer leitet das Seminar für MEDI-Praxen zum Deeskalationstraining.

NACHRUFE



Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon

25.05.1944 - 13.08.2017

Mein langjähriger Stellvertreter und Mitstreiter, Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon, ist nach langer und schwerer Krankheit verstorben. Er war menschlich und fachlich in unseren Gremien hoch angesehen, von allen MEDI-Projekten hundertprozentig überzeugt und widmete diesen seine ganze Schaffenskraft.

Zu seinen großen Verdiensten zählen insbesondere der Aufbau des Instituts für Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI-Verbünde (IFFM) und die Einführung der Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis (EFA®) als weitergebildete MFA im Rahmen unserer Facharztverträge. Seit der Einführung der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg 2008 arbeitete Ekkehard Ruebsam-Simon auch im Pressebereich mit großem Engagement mit und diente den dortigen Kommunikationsexperten als wertvoller Ratgeber.

Er hat viele Jahre gegen seine Krankheit gekämpft, dabei jedoch nicht viel Aufhebens um die Nebenwirkungen seiner Therapien gemacht, die wir als Ärztinnen und Ärzte selbst fürchten. Er war über Jahre das, was ich ein „Stehaufmännchen“ nenne; deshalb habe ich, genauso wie er, bis zuletzt gehofft, dass eine neue Behandlung erneut zum Erfolg führen würde. Leider kam es anders und das ist sehr traurig für uns alle.

Ekkehard Ruebsam-Simon war seit 2004 mein Stellvertreter auf Landesebene und davor Vorsitzender der Nordbadischen Ärzteinitiative (NAI). Es war sein historisches Verdienst, dass die NAI in MEDI

Baden-Württemberg aufging. Dieses bei ärztlichen Verbänden und deren Vertretern einzigartige Vorgehen machte es dann möglich, dass MEDI als fachübergreifender Verband die Landespolitik in Baden-Württemberg mitbestimmte und prägte. Wir werden in Baden-Württemberg nicht ohne Grund um unsere Rahmenbedingungen beneidet, daran hat Ekkehard Ruebsam-Simon bis zuletzt mitgearbeitet und dafür gilt ihm besonderer Dank.

Sein Herz schlug für das Fachübergreifende, für Hausärzte und Fachärzte ohne Unterschied. Er kämpfte für Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit und für eine bessere Politik und Landespolitik. Das hat uns zusammengeschweißt und unseren Verbund erfolgreich gemacht. Sein scharfer Intellekt, seine brillante Rhetorik und sein Teamgeist werden mir und uns allen sehr fehlen.

Unser Mitgefühl gilt seiner Frau Carla und seinen Kindern und Angehörigen – wir trauern mit ihnen. Als sein Freund und als Christ hoffe ich darauf, Ekkehard in einem anderen Leben wiederzutreffen.



In freundschaftlichem Gedenken


Dr. Werner Baumgärtner,

Vorstandsvorsitzender

von MEDI Baden-Württemberg

Ein großer Freund und Kämpfer ist nach langer und schwerer Erkrankung mit 73 Jahren von uns gegangen. Er setzte sich mit all seiner Kraft u. a. als Vorstand der Nordbadischen Ärzteinitiative (NAI), dann als Vorstand von MEDI Nordbaden/NAI und später gleichzeitig bis zuletzt als stellvertretender Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg konsequent für den Erhalt der Freiberuflichkeit der niedergelassenen

Haus- und Fachärzte mit fachübergreifender Kooperation zum Wohle und Erhalt einer besseren wohnortnahen Patientenversorgung ein.

Die nordbadischen MEDI-Ärzte vermissen Dich sehr. Wir trauern mit Deiner Familie und werden Dich stets in dankbarer Erinnerung behalten. 

Der Vorstand von MEDI Nordbaden/NAI



Der Vorstand von MEDI-Südwest
(v. l. n. r.): Frank Fasco, Walter Gradel,
Ralf Schneider und Ulrich Glatzel.

»Wir müssen zweigleisig fahren«

Wohin soll sich MEDI Südwest weiterentwickeln? Soll der Schwerpunkt auf Dienstleistungen wie QM-Kurse oder MVZ-Beratung liegen oder profiliert sich MEDI zunehmend als politische Interessenvertretung für Haus- und Fachärzte?

Anlass für diese Fragen im Vorstand war die für MEDI Südwest unbefriedigend ausgegangene Wahl zur KV-Vertreterversammlung, bei der MEDI einen Sitz verloren hatte. „Die KV hat sich immer mehr zum Dienstleister für das Bundesgesundheitsministerium entwickelt und die Interessenvertretung für uns Ärzte aus den Augen verloren“, kritisiert das stellvertretende Vorstandsmitglied Dr. Ulrich Glatzel. Für den Orthopäden und Unfallchirurgen ist deshalb klar: MEDI Süd-

west muss sich wieder in der KV stärker für die Interessen der Ärzte einsetzen und dabei auch keine Konflikte scheuen.

Jüngstes Beispiel ist die neue Arzneimittelvereinbarung 2017. Diese sei von der KV „katastrophal schlecht verhandelt worden“, heißt es in einem Aufruf zu einer Online-Umfrage. Unter www.mediumfrage.de ruft MEDI Niedergelassene in Rheinland-Pfalz dazu auf, für die Abschaffung der Arznei- und Heilmittelbudgets zu stimmen.

Die Arzneimittelvereinbarung und die damit verbundene Wirtschaftlichkeitsprüfung schränken „die freie Berufsausübung der Ärzte immer mehr ein“, erklärt Glatzel. Die Krankenkassen würden den Leitfaden vorgeben, nach denen die Ärzte dann therapieren müssten. „Wer individuell therapiert, läuft Gefahr, in Regressverfahren zu geraten“, so Glatzel weiter. Dagegen müsse MEDI Südwest energisch protestieren.

Morbiditätsrisiko zu den Kassen

Den Aufruf haben außer Glatzel auch Vorstandschef Dr. Ralf Schneider und die stellvertretenden Vorstandsmitglieder Dr. Walter Gradel und Frank Fasco unterzeichnet. Dort heißt es weiter, die KV habe mit der Zustimmung zur Arzneimittelvereinbarung „unseren berufspolitischen Kampf, das Morbiditätsrisiko endlich dahin zu verlagern, wo es hingehört – nämlich zu den Krankenkassen –, um Jahre zurückgeworfen.“

Laut Glatzel wird sich MEDI Südwest in Zukunft in der Vertreterversammlung stärker dafür einsetzen, „den freien Beruf des Arztes wieder in den Vordergrund zu rücken“. In der ambulanten Versorgung seien die Haus- und Fachärzte durch solche Programme wie die praxisfremde und damit auch versorgungsfeindliche Arzneimittelvereinbarung völlig blockiert. Das Risiko für Kostensteigerungen müssten allein die gesetzlichen Kassen und nicht die Mediziner tragen. Nur so könne der Arztberuf wieder attraktiv werden. Der MEDI-Vorstand hat deshalb drei zentrale Forderungen an den KV-Vorstand formuliert:

- Setzen Sie sich für die Abschaffung der Arznei- und Heilmittelbudgets ein.
- Erläutern Sie der Ärzteschaft, wie die fachgruppenspezifischen Arzneimittelfallwerte errechnet wurden.
- Machen Sie den Krankenkassen klar, dass die KV auf Dauer die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung nur gewährleisten kann, wenn die Krankenkassen aufhören, den Vertragsärzten Knüppel zwischen die Beine zu werfen.

» Wir möchten den freien
Arztberuf wieder stärker
in den Vordergrund rücken «

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

»Wir müssen zweigleisig fahren«


Glatzel, der Inhaber der Orthos-Praxisklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie in Germersheim ist, kann sich auch eine grundlegende Reform der Abrechnung zwischen Ärzten, Patienten und Krankenkassen vorstellen. So sollten die Mediziner ihre Leistungen künftig den Patienten in Mitverantwortung in Rechnung stellen, die dann wiederum diese den Kassen zur Erstattung vorlegen. Den Einwand, dass dies viele Patienten überfordern könnte, kontert Glatzel mit dem Argument, Solidarität und Unterstützung von Hilfsbedürftigen seien eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung und somit durch Steuer-gelder zu finanzieren, aber nicht durch „In-Haft-Nehmen“ der Vertragsärzte.

Während MEDI Südwest bereits konkrete Forderungen an die KV formuliert hat, hat der Vorstand noch keine Forderungen an die Politik formuliert. „Wir wollen erst den Ausgang der Bundestagswahl abwarten und schauen, mit wem wir es zu tun bekommen“, sagt Glatzel.

Dienstleistungen bleiben Standbein

Auch wenn sich MEDI Südwest künftig stärker als politische Interessenvertretung profilieren will, bleiben die Dienstleistungen für die Mitglieder weiterhin ein wichtiges Standbein der Arbeit, betont MEDI-Chef Schneider: „Hier möchte ich vor allem die besseren Honorare durch Selektiv- und Heimversorgungs-verträge hervorheben.“ So könnten Mitglieder etwa von den vielen regionalen Kooperations- und Heimverträgen profitieren, die MEDI mit diversen Altenheimen in Alzey, Pirmasens und Trier abgeschlossen habe. Weitere sollen noch folgen, so Schneider. Die Teilnahme für MEDI-Mitglieder ist einfach.

„Wir müssen zweigleisig fahren, um Mitglieder zu gewinnen“, bilanziert Schneider. „Deshalb sehe ich auch die Implementierung von Facharztverträgen als wichtiges Ziel an.“ Dazu sollen bald Gespräche mit dem Hausarztverband stattfinden, um die bestehende hausarztzentrierte Versorgung auszubauen.

Weitere Dienstleistungen für Mitglieder sind die Beratung bei der Gründung von ärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (*siehe auch **MEDITIMES** 3/2017, S. 26 ff.*) sowie günstige QM-Fortbildungen, günstiger Praxisbedarf und die Teilnahme am Grippeimpfungsvertrag mit der BKK/IKK. 

Martin Heuser

→ Informationen zu den Kooperations- und Heimverträgen können MEDI-Mitglieder in der Geschäftsstelle bei Magda Itrich per E-Mail unter itrich@mediverbund.de anfordern.

»Facharztverträge sind auch für MEDI Südwest ein Thema«



Ärztennetze sollen MVZs gründen dürfen

Der Vorstand von MEDI GENO Deutschland fordert den Gesetzgeber auf, den Status der Ärztenetze im SGB V aufzuwerten: Ärztenetze sollen einen Gründerstatus zum Aufbau medizinischer Versorgungszentren (MVZs) bekommen.

„Dadurch könnten unsere Netze eigenverantwortlich an der Versorgung teilnehmen und neue ambulante Kooperationen und Konzepte aufbauen und die Praxisitze blieben in der Hand der Niedergelassenen“, erklärt der Vorstandsvorsitzende von MEDI GENO Deutschland, Dr. Werner Baumgärtner. Dazu wäre eine Änderung im SGB V notwendig, damit auch Praxis- oder Ärztenetze Gründereigenschaften für MVZs erhielten.

Einige Netze fordern derzeit von der Politik den Leistungserbringerstatus, obwohl, realistisch gesehen, nur ein Teil von ihnen in der Lage wäre, die damit verbundene Verantwortung zu tragen. Insbesondere das Problem der Haftung bei Fragen der Honorarverteilung, Richtgrößenprüfung oder sachlich rechnerischen Berichtigungen würden von der KV auf die Netze übergehen. „Aber auch die Fragen zur Bedarfsplanung

würden schwieriger werden. Würde diese Verantwortung auf die Netze übergehen, würde das viele überfordern“, gibt Baumgärtner zu bedenken.

Vorteile für die ambulante Versorgung

„Die Praxisnetze wollen gemeinschaftlich mehr Verantwortung in der Versorgung übernehmen. Insofern wäre der Gründerstatus der erste Schritt in die richtige Richtung“, so Dr. Svante Gehring, stellvertretender Vorsitzender von MEDI GENO Deutschland. Dann könnten die Netze eigene Einrichtungen gründen, die Versorgung übernehmen und die Praxisitze in der Region erhalten.

Deshalb schlägt der MEDI GENO-Vorstand folgenden Text für eine Gesetzesänderung im § 95 Abs. 1a SGB V vor: „Zugelassene Ärzte, die bereits in Form eines Praxisnetzes gem. § 87b Abs. 2 Satz 3 zusammengeschlossen sind, können auch als Praxisnetz medizinische Versorgungszentren gründen, sofern dies in der Satzung oder im Gesellschaftsvertrag der gewählten Rechtsform vorgesehen ist.“

Angelina Schütz



Foto: KBV

Übten den Schulterschluss in Berlin: Andreas Gassen (links) und Werner Baumgärtner vor der Presse.

Reformen ja, Systemwechsel nein

Vor der Bundestagswahl rückten die KBV und die großen Ärzteverbände zusammen. Sie warnten vor einer drohenden Verstaatlichung des Gesundheitssystems und sprachen sich für Selektivverträge neben dem Kollektivvertrag aus. Ein ungewöhnlicher und bisher einmaliger Schritt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Allianz Deutscher Ärzteverbände, die die großen freien Ärzteorganisationen vertritt, übten den Schulterschluss und stellten zwei Wochen vor der Bundestagswahl ihre Positionen bei einer Pressekonferenz in Berlin vor. Ihr Credo: Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung sind ein tragendes Element des deutschen Gesundheitssystems, dessen Verstaatlichung der falsche Weg.

„Sorgen Sie dafür, dass unser weltweit hoch geschätztes System nicht von den Beinen auf den Kopf

gestellt wird“, appellierte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Gassen, an die neue Regierung. Er und MEDI GENO-Chef Dr. Werner Baumgärtner, der aktuell auch Sprecher der Allianz Deutscher Ärzteverbände ist, warnten: „Ein Blick in andere europäische Länder macht deutlich, wohin eine zentralistische Organisation der Gesundheitsversorgung führen kann. Die Folgen sind Abschaffung der freien Arztwahl und monatelange Wartezeiten“, so Gassen.

Mehr Spielräume

Der KBV-Chef präsentierte acht Kernforderungen an die Politik, die die Allianz in allen Punkten unterstützt. Baumgärtner wiederum stellte ein Zehnpunktepapier der Ärzteverbände vor. Wichtigste Forderung: Die Förderung der Facharztverträge nach § 140a SGB V. „Ähnlich wie für die hausarztzentrierte Versorgung soll es auch für Facharztverträge eine Abschlussverpflichtung der Krankenkassen geben. Oder wenigstens eine finanzielle Förderung derjenigen Kassen, die ihren Versicherten Facharztverträge anbieten.“

Die Allianz-Forderungen an die Politik

- **Erhalt und Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems**

Eine Bürgerversicherung würde zum „Turbo“ für eine Zweiklassenmedizin führen, was sich am Beispiel der Gesundheitssysteme anderer europäischer Staaten darstellen lässt. Eine neue GOÄ ist dabei ein K.-o.-Kriterium für die Ärzteschaft.

- **Ende der Budgetierung, feste Preise im Kollektiv- und Selektivvertrag**

Mehr als 25 Jahre ohne kalkulierbare Rahmenbedingungen haben zu innerärztlichen Konflikten, letztlich auch zum Hausarzt- und Facharztmangel, geführt.

- **Delegation ja, Substitution nein**

Ärztliche Verantwortung für den Patienten ist nicht teilbar und ärztlicher Sachverstand sollte jede Behandlung bis zum Schluss begleiten.

- **Koordinierte Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen**

Ein System, in dem jeder Patient/jede Patientin beliebig und unkoordiniert ärztliche Leistungen in der Praxis und im Krankenhaus in Anspruch nehmen kann, macht weder medizinisch noch wirtschaftlich Sinn.

- **Förderung von Facharztverträgen nach § 140a SGB V**

Es sollte ein geordnetes Miteinander von Kollektiv- und Selektivverträgen geben. Und keine Behinderung von Teilnehmern, die sich für solche Verträge entscheiden. Auch für Facharztverträge sollte es eine Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss solcher Verträge geben – wenigstens eine finanzielle Förderung der Kassen, die ihren Versicherten Facharztverträge anbieten.

- **Keine institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung**

Dennoch sollte die Grenze ambulant/stationär durch gemeinsame Versorgungsmodelle, wie zum Beispiel in Selektivverträgen oder der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, sukzessive gelockert werden.

- **Freiberuflichkeit im Krankenhaus**

Die Krankenhausträger sollten die ärztliche Freiberuflichkeit nicht durch zunehmende ökonomische Vorgaben einengen. Die unabhängige ärztliche Entscheidung ist ein zentrales Qualitätskriterium jeder Behandlung von Patienten im Krankenhaus.


- **Stärkung der Selbstverwaltung**

Die KBV und die KVen sind durch die sogenannte „Professionalisierung“ ihrer Gremien zu nachgeordneten Behörden des BMG, beziehungsweise der Sozialministerien der Länder, geworden. Die Selbstverwaltung braucht wieder mehr Spielräume und weniger gesetzliche Vorgaben bis in die eigenen Satzungen hinein. Letztes Negativbeispiel ist das Gesetz zur Stärkung der Selbstverwaltung.

- **Digitalisierung**

Durch zahlreiche Interessenkonflikte kommt die Digitalisierung nicht voran. Das gilt insbesondere für die Kommunikation der Praxen untereinander, wo bislang nur der Faxstandard gilt. Die Telematikinfrastruktur und darauf aufbauende Anwendungen müssen auch Raum für selektivvertraglich vereinbarte Optionen lassen.


- **Ärztmangel und ärztlicher Nachwuchs**

Der Arztberuf in Klinik und Praxis muss durch unterschiedliche Maßnahmen attraktiver gestaltet werden. Die ärztliche Versorgung steht vor Veränderungen wie im Einzelhandel der 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts. 

Fortsetzung

Reformen ja, Systemwechsel nein


Mindestens genauso deutlich sprach sich Baumgärtner gegen eine Bürgerversicherung aus. „Diese würde erst recht zu einer Zweiklassenmedizin führen“, gab er zu bedenken. Stattdessen müsse die Versorgungsdebatte in eine ganz andere Richtung gehen. „Wir brauchen deutlich mehr Spielräume, um bundesweit neue Versorgungskonzepte mit den Krankenkassen umzusetzen – sowohl im Bereich des Kollektivvertrags als auch im Bereich der Hausarzt- und Facharztverträge.“

Die weiteren Forderungen beinhalten die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, die Digitalisierung der Praxen, Ende der Budgetierung und Einführung fester Preise für ärztliche Leistungen, um nur einige zu nennen. Außerdem wendet sich die Allianz nach wie vor gegen die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und fordert eine Patientensteuerung, die einen geregelten Zugang zu allen Leistungsebenen zum Ziel hat. 

Angelina Schütz

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände

Der Dachverband wurde im Mai 2006 von sechs großen freien ärztlichen Verbänden gegründet. Der als Arbeitsgemeinschaft agierende Zusammenschluss soll die Interessen und die Schlagkraft der einzelnen Verbände bündeln und der Politik gegenüber als Gesprächs- und Verhandlungspartner der Ärzteschaft auftreten. Die Gründungsmitglieder sind:


- der Berufsverband
Deutscher Internisten (BDI)
- der Bundesverband
der Ärztegenossenschaften
- die Gemeinschaft Fachärztlicher
Berufsverbände (GFB)
- der Hartmannbund
- MEDI Deutschland
- der NAV-Virchow-Bund 

Praxischefs beklagen fehlende Perspektiven

Niedergelassene Ärzte investieren deutlich weniger, als nach eigener Einschätzung der Praxisinhaber notwendig wäre. Allein für Medizingeräte, IT und EDV sehen Vertragsärzte 2017 einen offenen Bedarf von 15.000 Euro je Praxis. Zu diesem Ergebnis kommen das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung und die Universität Bayreuth.

Die offenen Investitionen verteilen sich allerdings ungleichmäßig: Je nach Praxis und fachlichem Zuschnitt liege der nicht umgesetzte Bedarf auch deutlich darüber. Internistisch tätige Arztpraxen gaben an, 27.500 Euro an offenen Investitionen bei Medizingeräten zu haben und 10.000 Euro bei der IT und EDV. Hinzu kommen weitere Bereiche, in die nicht oder wenig investiert wird, wie zum Beispiel in die Praxiseinrichtung.

Ursache sei ein von Bedenken geprägtes Investitionsumfeld. Fast 60 Prozent der Ärzte gaben an, dass sie die Honorarentwicklung als zu unsicher ansehen. Auf Platz zwei der Investitionsbremsen stehen jährlich variierende Steuerzahlungen. Hinzu kommen unzureichende Prognosen der Behandlungspotenziale und Sorgen vor Wettbewerbsnachteilen sowie einer unsicheren Praxisnachfolge.

Für die Umfrage wurden bundesweit rund 900 Ärzte nach den vergangenen drei Jahren und der Prognose für die nächsten drei Jahre befragt. 

pag

STIKO-Impfempfehlungen 2017/2018

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) hat neue Impfempfehlungen im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht. Änderungen gibt es bei den Impfungen gegen Hepatitis A und B, Influenza und Tetanus. Außerdem nimmt die Kommission Stellung zur Herpes-zoster-Impfung.


Die Impfung gegen Hepatitis A und B empfiehlt die STIKO nun auch ehrenamtlich Tätigen, Auszubildenden, Studierenden und Praktikanten. Die Kommission stellt damit klar, dass die Indikation zur Impfung anhand des mit der jeweiligen Tätigkeit verbundenen Risikos zu beurteilen und nicht beschränkt auf bestimmte Berufsgruppen ist.

Bei der Influenzaimpfung hatte die STIKO bereits zur Saison 2016/17 ihre Empfehlung vorläufig ausgesetzt, Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren bevorzugt mit dem über die Nase zu verabreichenden Lebendimpfstoff zu impfen. Die Empfehlung wurde nun endgültig zurückgezogen.

Eine Auffrischimpfung gegen Tetanus bei geringfügigen, sauberen Wunden empfiehlt die STIKO nur

noch dann, wenn seit der letzten Impfung mehr als zehn Jahre vergangen sind.

Neu eingefügt hat sie einen Abschnitt zu Impfungen von Patienten mit Immundefizienz oder Immunsuppression. Bis Anfang 2018 will die STIKO detaillierte Anwendungshinweise für Impfungen bei Patienten dieser Gruppe erarbeiten.

Seit 2013 ist in Deutschland ein attenuierter Lebendimpfstoff zur Verhinderung eines Herpes zoster (HZ) beziehungsweise der durch HZ verursachten postherpetischen Neuralgie bei Personen ab 50 Jahren verfügbar. Die STIKO rät aktuell davon ab, diese Impfung als Standardimpfung zu empfehlen. Die Entscheidung basiere auf der systematischen Bewertung der Daten zu Wirksamkeit, Schutzdauer und Sicherheit des Impfstoffs. So nähmen die Wahrscheinlichkeit, an HZ zu erkranken, und die Schwere der Erkrankung mit dem Alter deutlich zu, hingegen die Wirksamkeit der Impfung mit dem Alter ab. Zudem sei die Schutzdauer der Impfung nur für wenige Jahre belegt. 

pag



Was Ärzte bei der Cannabis-Verordnung beachten müssen

Seit dem 10. März dürfen Mediziner in Deutschland Cannabis zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnen. Grundsätzliche Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung.

Der Versicherte hat Anspruch auf die Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten, Extrakten oder Fertigarzneimitteln, wenn

- eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder
- wenn diese im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankenstands nicht mehr zur Anwendung kommen kann.
- Zudem muss eine nicht ganz entfernte Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome bestehen.

Vor Beginn der Therapie hat der Patient bei seiner Krankenkasse eine Genehmigung zu beantragen,

die der Arzt mit einem ausgefüllten Arztfragebogen unterstützt. Diesen stellen die Krankenkassen zur Verfügung. Ebenfalls vor Beginn der Leistung ist der Patient zu informieren, dass er mit Teilnahme an der Therapie an einer fünfjährigen Begleiterhebung durch das BfArM teilnimmt. Die Daten werden hierzu in anonymisierter Form durch die Arztpraxis übertragen. Das gilt nicht für Fertigarzneimittel innerhalb der zugelassenen Indikation.

Generell kann Cannabis in verschiedenen Formen verordnet werden:

- Fertigarzneimittel (derzeit im Handel ist Sativex[®], Canemes[®])
- Cannabisblüten (Angabe der Sorte erforderlich!), Höchstmenge bis 100 g
- Cannabisölextrakt, Höchstmenge bis 1000 mg
- Dronabinol, Höchstmenge bis 500 mg

Die Verordnung erfolgt auf einem BtM-Rezept mit den üblichen erforderlichen Angaben. Beim Überschreiten der Höchstmengen oder bei der Verordnung von mehr als zwei Betäubungsmitteln binnen 30 Tagen für einen Patienten ist mit einem „A“ für „Ausnahme“ zu kennzeichnen.

Wichtig bei der Verordnung von Cannabisblüten: Die verschiedenen Blütensorten können gemeinsam aufgeschrieben werden, mit genauen Mengenangaben pro Sorte, da die Gehalte unterschiedlich sind. Die Höchstmenge von maximal 100 g bleibt aber insgesamt erhalten.

Cannabisblüten oder Extrakt?

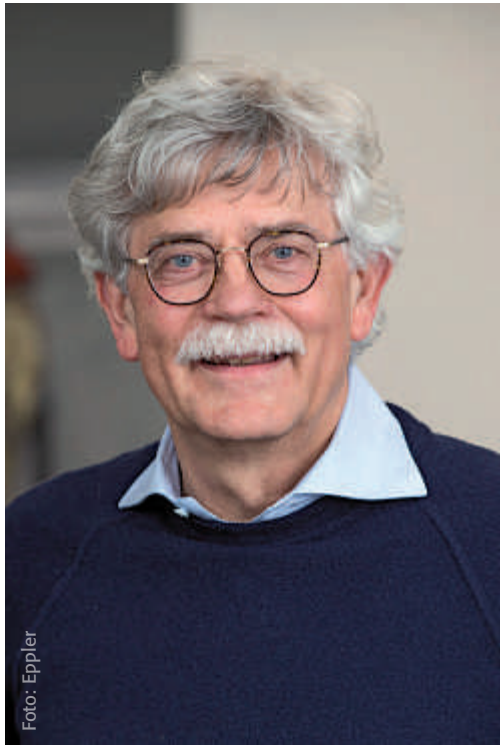
Mit dem Ziel einer qualitativ gleichmäßigen Versorgung bietet sich in erster Linie Cannabisölextrakt an, da es folgende Vorteile hat:

- es ist auf einen bestimmten Gehalt eingestellt, also standardisiert
- einfache und praktische Einnahme für den Patienten
- gleichmäßige Dosierung ohne naturgemäße Schwankungsbreite

Abrechnung

Der Abrechnungspreis von cannabishaltigen Zubereitungen oder Cannabisblüten berechnet sich nach den Regelungen der Hilfstaxe für Apotheken, § 4 AMPPreisV, unverarbeitete Abgabe oder § 5, Rezeptur und Zubereitungen. ■

Dr. Ingrid Glas, LAV Baden-Württemberg



Dr. Klaus Schreiber

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Stuttgart

Ein MEDI-Arzt, der gemeinsam mit seinem Patienten und einer Moderatorin vor 250 Patienten auf der Bühne steht und Fragen zu Parkinson beantwortet? Genau das hat der Neurologe Dr. Klaus Schreiber getan – und nach anfänglicher Aufregung machte es ihm sogar richtig Spaß.

Diese Erfahrung hat er vor allem einem Parkinsonpatienten zu verdanken, nämlich dem ehemaligen SWR-Moderator Matthias Holtmann. Der wollte seine Diagnose nicht verstecken, sondern öffentlich über die Krankheit informieren. Die Vertragspartner AOK, MEDI und der Hausärzterverband in Baden-Württemberg stellten gemeinsam eine gelungene Veranstaltung auf die Beine, die von Stefanie Anhalt (SWR) moderiert wurde.

„Zum Glück haben mir die Profis den Einstieg in den öffentlichen Auftritt leicht gemacht“, freut sich Schreiber. Das neue Veranstaltungsformat der drei Vertragspartner im Südwesten trägt den Namen „Neue

Versorgung live“ und lebt von der Nähe zwischen den Machern auf dem Podium und dem Publikum. Das Konzept kam gut an! Mit etwa 250 Zuschauern war der

Kursaal in Bad Cannstatt brechend voll, viele Zuschauer beteiligten sich aktiv und stellten dem Parkinsonspezialisten Fragen. „Es hat mich gewundert“, erinnert sich der Neurologe, „dass wirklich auch intimste Sachverhalte angesprochen wurden,

einfach so vor dem Mikro.“ Schreiber freut sich zwar über viele positive Rückmeldungen nach der Abendveranstaltung, fürchtet aber auch eine steigende Zahl von Anmeldungen in seiner Praxis, in der jetzt schon oft genug die Stühle im Wartezimmer knapp werden.

Besseres Verhältnis zu den Hausärzten dank PNP-Vertrag

Termindruck gehört auch hier zum Alltag. Im Facharztprogramm ist eine schnelle Terminvergabe im Vertrag geregelt. „Die Wahrheit ist auch, dass ich im PNP-Vertrag für meine Arbeit einfach besser bezahlt werde“, gibt der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie zu. Gut, dass in den Facharztverträgen jeder Patientenkontakt bezahlt wird, auch bei den Patienten, die am liebsten dreimal pro Woche zu ihm kämen. „Verstehen Sie mich nicht falsch“, appelliert er, „diese Patienten brauchen so viele Kontakte! Aber ohne den Facharztvertrag könnte ich das wirtschaftlich nicht leisten.“

Schreiber ist auch überzeugt, dass sich sein Verhältnis zu den Hausärzten durch den PNP-Vertrag verändert hat, dass es etwas persönlicher geworden ist. Er spricht von Kompetenztransfer und davon, dass seine Briefe aufmerksamer gelesen würden. Auch Telefonate sind häufiger geworden, um zum Bei-

»Ohne den PNP-Vertrag könnte ich nicht so viele Patienten behandeln«



Mit Entertainer Matthias Holtmann (links) und der SWR-Moderatorin Stefanie Anhalt klärte Klaus Schreiber Betroffene und Angehörige rund um das Thema Parkinson auf.

spiel die Probleme eines Patienten beim Einstieg in eine neue Therapie zu besprechen. „Die Schwelle für interkollegiale Gespräche ist niedriger geworden“, fasst er zusammen, „und die Haltung zum Kollegen entspannter.“

Bundesweites Forum

Schreiber hat hohe Ansprüche an seinen Beruf. Vielleicht ist er deshalb auch eines der Gründungsmitglieder von NeuroTransData (NTD) und NeuroTrans-Concept (NTC), einem bundesweiten Netz ausgewählter Praxen in den Fachbereichen Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. „Wir hatten damals das Forum gegründet, weil wir uns völlig offen und ohne jede Rivalität austauschen wollten“, erinnert sich Schreiber, „und unsere Treffen waren immer richtig gut.“ Hier darf nicht jeder mitmachen, die Messlatte liegt hoch. Beispielsweise sind alle NTC-Praxen ISO-zertifiziert und voll digitalisiert.

Zusätzlich werden weitere qualitätssichernde medizinische Kriterien geprüft. Aktuell dürfen sich 78 Praxen mit 153 Gesellschaftern als „Center of Excellence“ bezeichnen. Sie betreuen jedes Jahr rund 600.000 Patienten im neurologisch-psychiatrischen Fachbereich und stellen mithilfe einer speziellen Software Daten anonymisiert in eine riesige Datenbank. „Keine Klinik kann die Krankheitsverläufe von so vielen Patienten über einen so langen Zeitraum darstellen“, sagt Schreiber stolz, „wir können es.“ Im Klartext heißt das, die NTC-Ärzte können die Ergebnis-

qualität der Therapiemaßnahmen vergleichen. Dieser Datenschatz ist sicher nicht nur für Leistungserbringer interessant. „Nebenbei“, so der Neurologe, „erzieht die Dateneingabe zur Disziplin.“

Der MEDI-Arzt beschreibt, dass die Psychoanalyse sein Denken geprägt hat. Eine große psychoanalytische Ausbildung gehörte zu seiner beruflichen Ausbildung und Schreiber findet, dass er seitdem auf eine andere Art zuhört. Viele Patienten würden es genießen, dass der Neurologe schnell aufnimmt und versteht, wo der Kern des Problems sitzt. Er erzählt, dass seine zwei Facharztausbildungen ihm dabei helfen, manche Fehldiagnose zu verhindern. Schließlich können neurologische Symptome auch durch psychiatrische Probleme verursacht werden. Umgekehrt ist manches Gefühlschaos eine Folge organischer Veränderungen.

Unterschiedliche Hobbys als Ausgleich

Als Gegengewicht zur beruflichen Disziplin dienen diverse Hobbys. Kochen mit Freunden, Fotografie und eine umfangreiche Plattensammlung sorgen für Entspannung. Wobei die Musik eine besondere Rolle spielt – und das nicht nur, weil sich bei ihm tatsächlich noch der Plattenteller dreht. Auch die Musikstile sind nicht jedermanns Geschmack. Er hört gerne alle Arten von Jazz, aber auch Klassik, moderne Klassik und Experimentalmusik. „Nicht immer zur Freude meiner Frau“, gibt er freundlich zu. 🇩🇪

Ruth Auschra

NEUE MITARBEITER




IT und Abrechnung
Carsten Zierau ...

... wurde 1977 in Osterburg in der Altmark als Sohn eines Landwirts, in dessen Unternehmen er viele Jahre mitwirkte, geboren. Nach dem Abitur absolvierte er seinen zwölfmonatigen Wehrdienst. Anschließend machte Zierau eine Ausbildung beim Osterburger Straßen-, Hoch- und Tiefbau zum Industriekaufmann. Das Studium zum Diplom- und Master-Wirtschaftsinformatiker absolvierte er in Berlin und sammelte weitere Erfahrungen bei einem Auslandsstudium in Schweden.

Seit 2006 lebt Carsten Zierau im Raum Stuttgart. Er arbeitete für sechs Jahre als Teamleiter „Systems und Services“ bei einem Stuttgarter Technologieunternehmen, das sich auf Sprachcomputer und App-Entwicklung spezialisiert hatte. Dort verantwortete er die strategische Beratung, den IT-Betrieb und das

Hosting aller Telefonie-Applikationen im eigenen Rechenzentrum.

Danach wechselte Zierau in eine Krankenversicherung und übernahm als Fachbereichsleiter die IT-Produktion. Dort verantwortete er den Betrieb aller IT-Anwendungen von rund 1.200 Mitarbeitern in 81 Geschäftsstellen. Außerdem war er für den Betrieb der Main-Frame-Anwendung für über 500.000 Versicherte und das Prüf- und Dokumentenmanagementsystem (rund 13.000 Briefe pro Tag) der Krankenkasse verantwortlich. Zudem verantwortete er den IT-Betrieb der telefonischen Kundenberatung mit mehr als zwei Millionen Anrufen pro Jahr.

Seit Anfang Juli 2017 arbeitet Carsten Zierau bei der MEDIVERBUND AG als Bereichsleiter IT und Abrechnung. 



Marketing
Luiz Wagner ...

... wurde 1990 in Curitiba, Brasilien geboren und ist in Karlsruhe aufgewachsen, wo er auch sein Abitur machte. Im Anschluss an den Grundwehrdienst nahm Luiz Wagner das Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Hohenheim auf, wo er nach seinem Bachelor-Abschluss den Master in Management mit den Schwerpunkten Marketing und Controlling erfolgreich absolvierte.

In den letzten Semestern seines Bachelors arbeitete Wagner bei der MEDIVERBUND AG – zunächst

als Aushilfe und später als Werkstudent. Dort lernte er auch unterschiedliche Abteilungen des Unternehmens kennen.


Während seiner Masterarbeit an der Universität begann Luiz Wagner im April 2017 damit, die Managementgesellschaft im Bereich Marketing in Vollzeit zu unterstützen. Zu seinen Aufgaben zählt insbesondere die Weiterentwicklung der Digitalisierung der digitalen Markenführung und des Online-Marketings. 



Foto: Fotolia

Zulässige Kooperation oder verbotene Korruption?

Das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen ist seit über einem Jahr in Kraft. Nach einer »Aufwärmphase« wird es jetzt für alle Beteiligten im Gesundheitswesen ernst.

Der dritte Beitrag zur Serie befasst sich mit den Kooperationen im Gesundheitswesen. Diese wurden in den vergangenen 12 Monaten von Juristen im Hinblick auf eine mögliche Strafbarkeit nach dem Antikorruptionsgesetz eingehend diskutiert. Denn auch Kooperationen und die ihnen zugrunde liegenden Verträge stellen nach Ansicht des Bundesgerichtshofs grundsätzlich einen Vorteil im Sinne der §§ 299 ff. StGB dar.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren allerdings eine Vielzahl von Kooperationsmöglichkeiten und damit moderne Versorgungsstrukturen geschaffen, die hierdurch in einem Spannungsverhältnis stehen: Einerseits will der Gesetzgeber eine stärkere Kooperation der Leistungserbringer im Gesundheitswesen

fördern, um Sektorengrenzen zu überwinden und wettbewerbliche Elemente in das Gesundheitssystem zu implementieren. Andererseits existieren vielfältige Verbotsnormen bezüglich der Kooperationen zwischen den Leistungserbringern.

Dies hat bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen zu einer ganz erheblichen Verunsicherung und auch zu einer Reihe von Kündigungen entsprechender Kooperationsverträge – insbesondere zwischen Kliniken und Honorarärzten – geführt.

Tatsächlich stehen manche Kooperationen im Verdacht, eine sogenannte „Zuweisung von Patienten gegen Entgelt“ und damit ein Strafbarkeitsrisiko zu enthalten. Eine klare Strafbarkeit liegt ohne Zweifel immer dann vor, wenn Sinn und Zweck einer als „Kooperation“ bezeichneten Vereinbarung letztlich nur die Zuweisung von Patienten und eine damit verbundene „Vergütung“ oder „Kopfpauschale“ (durch die Klinik oder eine Facharztpraxis) ist. Hierbei kommt es nicht auf die Bezeichnung der Kooperation, sondern darauf an, was tatsächlich gewollt und gelebt wird.

Honorarärzte

Ferner steht der sogenannte „Honorararzt“ im Fokus, soweit er entweder vor- oder nachstationäre Leistungen für eine Klinik erbringt und hierfür eine besondere Vergütung von der Klinik erhält oder wenn er seine eigenen Patienten auf Basis einer Vergütungs- und Kooperationsvereinbarung in einer bestimmten Klinik

operiert. Wenn und soweit die Klinik dem Honorararzt (beispielsweise dem Orthopäden, HNO-Arzt oder Augenarzt) – trotz in der Klinik angestellter eigener Fachärzte – eine attraktive Vergütung dafür zahlt, dass der niedergelassene Arzt seine Patienten in genau dieser Klinik operiert, so ist dies nach heutiger Rechtslage durchaus heikel.

Denn es könnte gerade die attraktive Vergütung sein, die den Honorararzt dazu veranlasst, seine Patienten in dieser Klinik und nicht etwa in einer benachbarten anderen Klinik zu operieren oder dorthin zu empfehlen. § 299a StGB verbietet es nämlich, für die Zuführung von Patienten einen Vorteil anzunehmen oder zu fordern und dafür einen Dritten im Wettbewerb in unlauterer Weise zu bevorzugen. Zur rechtlichen Beurteilung entsprechender Kooperationsvereinbarungen sollten drei Stufen geprüft werden:

1. Basiert die medizinische Kooperation überhaupt auf einer sozial- und berufsrechtlichen Grundlage? Diese Voraussetzung ist typischerweise erfüllt, nachdem ja grundsätzlich die vielfältigsten Kooperationsformen möglich sind.
2. Auf einer zweiten Stufe ist zu prüfen, ob an der vereinbarten Kooperationsleistung überhaupt ein nachvollziehbares Interesse besteht und ob die Auswahl des Honorararztes nachvollziehbar ist. Nachvollziehbare Gründe sind zum Beispiel Besetzungsschwierigkeiten für bestimmte Fachärzte in einer Klinik, die Eröffnung eines neuen Fachbereichs, Belegungsschwankungen oder auch die Einführung neuer medizinischer Verfahren und damit die Inanspruchnahme externer Spezialisten. Gibt es demgegenüber in der Klinik bereits eine bestimmte Fachabteilung und wird dennoch ein externer Honorararzt eingesetzt, so könnte dies von einem Staatsanwalt durchaus kritisch gesehen werden.
3. Auf dritter Stufe kommt es nun drauf an, dass die Vergütung der honorarärztlichen Leistungen auch angemessen ist. Hierzu haben fünf Medizinanwälte die sogenannte „Würzburger Erklärung“ entworfen, um den Juristen bei der Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung verschiedene Kriterien an die Hand zu geben. In Betracht kommen

Fortsetzung >>>

UNSER BUCH-TIPP ZUM THEMA



Bahner

Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Das Praxishandbuch

→ MedizinRechtVerlagHeidelberg
Zu erwerben im Buchhandel
oder beim Verlag direkt.
www.beatebahner.de
1. Auflage Februar 2017,
374 Seiten, 49,95 Euro

Fortsetzung

Zulässige Kooperation oder verbotene Korruption?

danach folgende Vergütungs- und Referenzsysteme: Vergütung nach DRG, EBM, GOÄ, InEK-Aufschlüsselung. Hierbei ergibt sich ein möglicher Vergütungskorridor, innerhalb dessen nach Auffassung der Medizinanwälte die Vergütung noch angemessen ist. (→ Die Würzburger Erklärung ist abrufbar auf der Homepage der Autorin unter www.beatebahner.de)

Wenn und soweit niedergelassene Ärzte allerdings einen „klassischen“ Belegarztvertrag mit der Klinik schließen, sind diese Kooperationen selbstverständlich auch weiterhin unangreifbar. Kritisch werden allerdings sogenannte „Zusatzvergütungen“, beispielsweise für zusätzlichen Dokumentationsaufwand, Qualitätssicherung oder Bereitschaftsdienste. Denn diese Leistungen sind bereits in der belegärztlichen Vergütung durch die KV enthalten, sodass in solchen Zusatzvereinbarungen durchaus eine unzulässige „Zuweisung gegen Entgelt“ für die Zuführung von Patienten in die Klinik gesehen werden kann.

In jedem Fall sollten bei jeder Kooperationsvereinbarung zunächst die folgenden vier Compliance-Prinzipien eingehalten werden:

- Äquivalenz zwischen Leistung und Gegenleistung, Vermeidung von Doppelzahlung (Äquivalenzprinzip)
- Trennung zwischen der ärztlichen Leistung und einer etwaigen weiteren Zuwendung (Trennungsprinzip)

- Anzeige der Kooperation bei der Ärztekammer unter Vorlage der Verträge, Transparenz der Geldflüsse (Transparenzprinzip)
- Schriftliche Dokumentation und Darlegung der Kooperation (Dokumentationsprinzip)

Unzulässige Kooperationen

Ein Kooperationsvertrag zwischen Zahnärzten und einem Dentallabor mit Ausschließlichkeitsklausel ist wegen unsachlicher Einflussnahme auf die ärztliche Behandlungstätigkeit und der damit verbundenen Verletzung der Patienteninteressen von den Gerichten für nichtig erklärt worden (vgl. BGH, Urt. v. 23.02.2012 – I ZR 231/10 – Dentallaborleistungen). Die Entscheidung ist freilich übertragbar auf eine vergleichbare Kooperationsvereinbarung mit Laborärzten.

Untersagt wurden ferner Kooperationsverträge zwischen einer orthopädischen Sportklinik und niedergelassenen Orthopäden, Chirurgen und Allgemeinärzten über die Erbringung von vor- und nachstationären Leistungen (LSG BW, Beschl. v. 04.11.2014 – L 5 KR 141/14 ER-B). Denn tatsächlich seien die vertraglich vorgesehenen Leistungen keine vor- und nachstationären Leistungen nach § 115a SGB V, sondern fast ausschließlich Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, die als solche vom Vertragsarzt zu leisten und von der Kassenärztlichen Vereinigung als Vertragsarztleistungen zu vergüten sind. Eine zusätzliche Vergütung durch die Klinik für „stationäre Auftragsleistungen“ nach § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V sei daneben nicht zulässig.

Auch die gesellschaftsrechtliche Beteiligung eines Arztes an einem Zytostatika herstellenden Unternehmen verstößt gegen § 31 BO, wenn nach dem Ge-

schäftsmodell ein spürbarer Einfluss auf den Gewinn des Unternehmens dadurch erzielt wird, dass die Patienten an Apotheker verwiesen werden, die an dem Unternehmen ebenfalls beteiligt sind, und bei diesem die Herstellung der Zytostatika in Auftrag geben.


Eine Teilberufsausübungsgemeinschaft zwischen Zuweisern und Operateuren (etwa in der Augenheilkunde) ist nach der Rechtsprechung des BSG nur zulässig, wenn die nichtoperativ tätigen Ärzte am Gesamtergebnis (nur) in dem Verhältnis beteiligt werden, in dem der Wert der von ihnen erbrachten Leistungen zum Wert der Gesamtleistungen steht.

Für unzulässig wurden ferner Kooperationsvereinbarungen zwischen Laborärzten und niedergelassenen Hausärzten über die gekoppelte Erbringung von Basis- und Speziallaborleistungen erklärt.

Nach der aktuellen Rechtslage könnten solche Verträge auch die neuen Straftatbestände der §§ 299a, 299b StGB erfüllen. Die Folge wäre nicht nur eine Geld- oder Freiheitsstrafe. Auch Honorarrückforde-

rungen der KV oder der Krankenkassen sowie insbesondere der Entzug der Zulassung oder gar der Approbation können die viel schwerwiegendere Folge sein.

Zusammenfassung

Bisherige Kooperationsverträge sind angesichts der neuen Korruptionstatbestände sorgfältig zu prüfen und gegebenenfalls zu ändern. Es gibt leider ein reelles Strafbarkeitsrisiko für alle Beteiligten, dass eine „Zuweisung der Patienten gegen Entgelt“ und damit eine unlautere Bevorzugung eines Wettbewerbers angenommen wird. Die mit einem Ermittlungsverfahren verbundene psychische und finanzielle Belastung sollten alle Beteiligten im Gesundheitswesen unbedingt vermeiden, auch wenn dies zum Wegfall bislang lukrativer Zusatzeinkünfte führt. 

Beate Bahner

→ Das lesen Sie in der nächsten Ausgabe:

**Fortbildung und Sponsoring -
was ist noch möglich?**

Ass. jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre Rechtsfragen



Kann meine Mitarbeiterin telefonisch oder per E-Mail ohne Begründung fristlos kündigen?

Nein, denn im Arbeitsrecht besteht ein zwingendes Schriftformerfordernis (§ 623 BGB). Bei Kündigungen von Arbeitsverhältnissen ist die Schriftform eine Wirksamkeitsvoraussetzung, wobei unerheblich ist, ob Arbeitnehmer oder Arbeitgeber kündigt. Außerdem muss die Kündigung vom Kündigenden eigenhändig unterzeichnet werden. Das bedeutet, dass das Schriftformerfordernis dann nicht gewahrt ist, wenn die Kündigung als E-Mail, Fax, SMS oder Ähnliches erfolgt.

hältnis außerordentlich, das heißt ohne Einhaltung der Kündigungsfrist, gekündigt wird (§ 626 BGB).

Die Mitarbeiterin kann zum Beispiel nicht zur Umgehung der vereinbarten längeren Kündigungsfrist das Arbeitsverhältnis fristlos kündigen. Denn eine fristlose oder auch außerordentliche Kündigung erfordert einen wichtigen Grund, zum Beispiel wenn Umstände vorliegen, die die Einhaltung der Kündigungsfrist unzumutbar machen. Als mögliche Gründe kommen beispielsweise die wiederholte unpünktliche oder ausbleibende Bezahlung des Gehalts, unwiederbringlicher Verlust des Vertrauens zum Arbeitgeber, Verlangen strafbaren Verhaltens oder aggressives Verhalten in Betracht. Reine Eigeninteressen der Mitarbeiterin zählen nicht zu den wichtigen Gründen. Dabei müssen alle Umstände des Einzelfalls berücksichtigt und die Interessen beider Parteien gegeneinander abgewogen werden. Zudem ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten, das heißt, im Falle einer unpünktlichen Zahlung sind in der Regel zuvor eine Abmahnung und eine Fristsetzung erforderlich.

Die Angabe von Kündigungsgründen ist grundsätzlich für die Wirksamkeit einer Kündigung nicht erforderlich, es sei denn, dass das im Arbeits- oder Tarifvertrag oder nach besonderen gesetzlichen Vorschriften vorgesehen ist. Der Empfänger der Kündigung hat dann aber einen Anspruch auf nachträgliche Mitteilung der Kündigungsgründe, wenn er das umgehend nach Erhalt der Kündigung verlangt. Das gilt insbesondere für den Fall, dass das Arbeitsver-

hältnis im Übrigen darf eine fristlose Kündigung nur innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen ausgesprochen werden, nachdem der Kündigungsgrund eingetreten ist beziehungsweise der Kündigende davon erfahren hat. ■

Kann ich am letzten Tag der vereinbarten Probezeit meiner Mitarbeiterin das Arbeitsverhältnis kündigen?

Ja, das ist möglich, setzt aber voraus, dass die Kündigung der Mitarbeiterin rechtzeitig am letzten Tag der vereinbarten Probezeit zugegangen ist und kein Sonderkündigungsschutz besteht (wie zum Beispiel nach dem Mutterschutzgesetz für schwangere Arbeitnehmerinnen).

In der Regel wird in Arbeitsverträgen eine Probezeit vereinbart, die maximal bis zu sechs Monate andauern darf. Die Kündigungsfrist ist dann kürzer und beträgt zwei Wochen (§ 622 Abs. 3 BGB). Es sei denn, die Parteien haben eine andere längere Frist vereinbart bzw. tarifvertraglich nichts anderes bestimmt.

Die Kündigung in der Probezeit muss dann nicht zum Ende des Monats oder zum 15. eines Monats erfolgen, was bedeutet, dass das Arbeitsverhältnis bei einer vereinbarten Probezeit zwei Wochen nach Zugang der Kündigung endet.


Wichtig ist aber, dass die Kündigung rechtzeitig zugegangen ist, das heißt, die Mitarbeiterin muss die schriftliche Kündigung am letzten Tag der Probezeit erhalten haben. Dies kann durch persönliche Übergabe oder durch Einwurf in den Briefkasten zur üblichen Postzustellungszeit, also an Werktagen bis etwa 14 Uhr, und nicht erst am Abend, erfolgen. 



Foto: Michael Klein/LFV RP

Mehrfachsteckdosen durch Kaffeemaschine & Co zu überlasten kann brandgefährlich werden, warnt Frank Hachemer.

Typische Brandursachen sind seiner Erfahrung nach einerseits technische Defekte wie überhitzte Kühlschränke und Handyakkus, andererseits kommen leider auch immer wieder Nutzungsfehler vor. So ist es brandgefährlich, Mehrfachsteckdosen durch Kaffeemaschine plus Wasserkocher & Co zu überlasten. Die Auslastung kann man übrigens selbst überprüfen: auf der Unterseite der Mehrfachsteckdose ist ihre maximale Wattauslastung vermerkt. Zur Kontrolle addiert man die Wattstärken der angeschlossenen Geräte. Weitere Schwachpunkte sind Stromkabel, die mit der Zeit brüchig geworden, abgeknickt oder gequetscht worden sind. Besondere Brandgefahren lauern im OP, was eigentlich nicht verwunderlich ist. Hier kommen Zündquellen wie Elektroauter, Laser oder Endoskope mit leicht brennbaren Materialien und Gasen zusammen, die als Brandbeschleuniger wirken. Selbst die Möglichkeit einer fahrlässigen Brandstiftung darf man nicht ganz vernachlässigen. Schon mancher heimliche Raucher auf der Patiententoilette hat versehentlich die Papierhandtücher in Brand gesetzt.

Vorschriften

Das gesetzliche Regelwerk zum Brandschutz ist für Laien schwierig zu überblicken. Arbeitsstättenverordnung, DIN-Normen für den anlagentechnischen Brandschutz oder die Länderbauvorschriften der Bundesländer – die Handbücher für Brandschutz sind keine unterhaltsame Lektüre.

Brandschutz ist auch Teil des Arbeitsschutzes. Als Arbeitgeber ist man verantwortlich dafür, dass die „TRGS 800 Brandschutzmaßnahmen“ erfüllt werden. Die Gefährdungssituation der Praxis muss eingestuft und die nötigen Brandschutzmaßnahmen befolgt werden. Externe Brandschutzbeauftragte können einmalig oder regelmäßig bei der praktischen Umsetzung der TRGS 800 und anderen Brandschutzfragen helfen.

Bei Ihnen hat es noch nie gebrannt?

Da haben Sie Glück gehabt! Zur Sicherheit sollten Sie lieber damit rechnen, dass die Glückssträhne nicht ewig anhält. Vorbeugen ist also angesagt.

Brände in Arztpraxen entstehen zum Beispiel durch technische Defekte, Fehler beim Umgang mit Sauerstoffflaschen oder durch fahrlässige Brandstiftung. „Brandursache Nummer 1 sind Elektrogeräte“, klärt Frank Hachemer auf. Er muss es wissen. Der Journalist ist nebenher Feuerwehrmann, Sachverständiger für Vorbeugenden Brandschutz, Präsident des Landesfeuerwehrverbandes Rheinland-Pfalz und Vizepräsident des Deutschen Feuerwehrverbands.

Auch nicht unwichtig: Versicherungen prüfen im Schadensfall, ob alles Notwendige zur Vermeidung des Brandes getan wurde oder ob etwa Fahrlässigkeit eine Rolle gespielt hat.

Üben

Regelmäßige Brandschutzunterweisungen des Personals sind nach § 12 Arbeitsschutzgesetz Pflicht! Auch Praktikanten oder das Reinigungspersonal müssen wissen, was bei einem Feueralarm zu tun ist. Sinnvollerweise bekommen neu eingestellte Mitarbeiter zu Arbeitsbeginn eine individuelle Unterweisung, zusätzlich gibt es einmal im Jahr für alle Mitarbeiter eine Auffrischung. Im Rahmen von Haftungsfragen wird oft überprüft, ob alle erforderlichen Unterweisungen ordnungsgemäß durchgeführt wurden. Eine Unterschrift schafft Sicherheit. Noch vernünftiger findet es Hachemer, einen oder zwei Mitarbeiter zum Brandschutzhelfer ausbilden zu lassen. Die Ausbildung besteht aus Theorie und Praxis, es wird zum Beispiel die Brandlöschung mit verschiedenen Feuerlöschern geübt.

Ein Notfallplan soll grundsätzliche Abläufe für den Fall der Fälle festlegen. Hachemer empfiehlt ein regelmäßiges Üben. Wie evakuiert man zum Beispiel mobilitätseingeschränkte Patienten, eventuell sogar nach operativen Eingriffen, in der nötigen Geschwindigkeit? Und unbedingt sollten alle Mitarbeiter wissen, wie man Notausgangstüren mit Türwächter bedient. Ähnliches gilt für die Feuerlöcher. Es ist natürlich gut, welche zu haben. Deutlich besser ist es aber, **die richtigen Feuerlöcher zu haben und diese im Ernstfall auch bedienen zu können. Pulverfeuerlöcher können sämtliche elektrischen Geräte zerstören und eine Renovierung der Praxis erforderlich machen.**

So bitte nicht!

Zu Hachemers Feuerwehralltag gehören auch Gebäudebegehungen. „Das Bewusstsein für die Sicherheit ist leider oftmals erschreckend gering“, so der Brandschutzexperte. Er berichtet von Keilen, mit denen Brandschutztüren offen gehalten werden („da gibt es inzwischen richtig stylische Dinger“). Sicher, es ist lässig, die schweren Türen täglich mehrfach zu öffnen. Die Keile sind trotzdem eine ganz schlechte Lösung, nicht nur wegen der versicherungsrechtlichen Konsequenzen im Fall eines Schadens. „Jeder Arbeitgeber



Tipps

- Rauchmelder sind für Arztpraxen nicht vorgeschrieben. Wenn keine Brandmeldeanlage vorhanden ist, können sie trotzdem Sinn machen, etwa in den Patiententoiletten oder im Serverraum.
- Wie viele Feuerlöcher sollten in der Praxis sein? Das Berechnungsmodul Feuerlöcher hilft weiter: <http://brandschutz.portal.bgn.de>
- Die technischen Regeln (TRGS 800 Brandschutzmaßnahmen) kann man nachlesen auf der Homepage der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin www.baua.de.
- Feststellanlagen erlauben es, Brandschutztüren ständig offen stehen zu lassen. Das Rauchmeldesignal löst ein automatisches Schließen aus. Nur Fachfirmen dürfen nachrüsten. ■■



muss sich an die Arbeitsstättenrichtlinie ASR A2.2 halten“, erinnert er, „und nach § 145 Strafgesetzbuch macht man sich sogar strafbar, wenn man Einrichtungen des Brandschutzes unbefugt außer Betrieb setzt.“

Auch zugestellte Feuerlöscheinrichtungen sieht Hachemer häufig. Wandhydranten werden hinter schweren Blumentöpfen oder Kartonstapeln versteckt. Optisch verständlich, vom Sicherheitsstandpunkt her schlicht unverantwortlich. Genauso ärgerlich sind für ihn verstellte Notausgangstüren. „Wenn der Raum voller Rauch ist, hat man keine Zeit, Blumen oder Kartons herumzutragen“, weiß er. Und plötzlich ist die Vorstellung eines Brandes ganz konkret. ■■

Ruth Auschra



VERANSTALTUNGEN,
FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

Oktober bis Dezember 2017

Veranstaltungen für Ärzte – medizinisch

- **Trauma-Training**
8. November, 14–18 Uhr
Hotel Campo, Raitestr. 26, 71272 Renningen

Veranstaltungen für Ärzte – nichtmedizinisch

- **Deeskalationstraining**
14. Oktober, ab 9 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart
- **MVZ-Informationsveranstaltung**
26. Oktober, ab 19 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

Veranstaltungen für MFAs und EFAs – medizinisch

- **Notfalltraining für das Praxisteam**
25. Oktober, 14–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart
- **Trauma-Training**
8. November, 14–18 Uhr
Hotel Campo, Raitestr. 26, 71272 Renningen
- **DRACO-Wundworkshop**
8. November, 15–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart
- **DRACO-Wundworkshop**
10. November, 15–18 Uhr
Leonardo Hotel, Roter Straße, 69191 Walldorf

Veranstaltungen für MFAs und EFAs – nichtmedizinisch

- **Deeskalationstraining**
14. Oktober, ab 9 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart
- **QZ EFA® und MFA fachübergreifend**
24. Oktober, 17–19 Uhr
AOK Forum, Fahnenbergplatz 6, 79098 Freiburg
- **QZ EFA® und MFA fachübergreifend**
27. Oktober, 17–19 Uhr
AOK KundenCenter, Schwambergerstr. 14,
89073 Ulm
- **MFA-Tag Urologie**
22. November, 13:30–17 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

Vertragsschulungen für Ärzte, MFAs und EFAs

- **Abrechnungsschulung Kardiologie**
§ 73c/140a
27. Oktober, 14–16 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart
- **Abrechnungsschulung Gastroenterologie**
§ 73c/140a
27. Oktober, 16–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart
- **Vertragsschulung Gastroenterologie**
§ 73c/140a
8. November, 14–16 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

→ **ACHTUNG:**
Ort und Zeit der einzelnen Veranstaltungen können sich unter Umständen kurzfristig ändern. Bitte beachten Sie die jeweiligen Einladungen.

● **Vertragsschulung Kardiologie
§ 73c/140a**

10. November, 16–18 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

● **Abrechnungsschulung PNP-Vertrag
§ 73c – Modul PT**

15. November, 18–20 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

● **Abrechnungsschulung Urologie
§ 140a**

22. November, 19–21 Uhr

AOK Forum, Fahnenbergplatz 6, 79098 Freiburg

● **Vertragsschulung Orthopädie
§ 73c**

29. November, 15–17 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

● **Abrechnungsschulung PNP-Vertrag
§ 73c – Module Psychiatrie,
Neurologie, Nervenheilkunde**

1. Dezember, 15–17 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

● **Abrechnungsschulung Orthopädie § 73c
6. Dezember, 15–17 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Veranstaltungssaal 1.11, 70565 Stuttgart

● **Vertragsschulung PNP-Vertrag
§ 73c – Module Psychiatrie,
Neurologie, Nervenheilkunde**

8. Dezember, 15–17 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. OG, Raum orange, 70565 Stuttgart

● **Abrechnungsschulung Urologie § 140a
13. Dezember, 15–17 Uhr**

AOK KundenCenter, Schwambergerstr. 14,
89073 Ulm



Fotos: fotolia

Praxisabgabe – wie komme ich da raus?

Vor einer Generation konnten niedergelassene Ärzte ihre Praxen noch für gutes Geld an geeignete Nachfolger verkaufen. Der Erlös war ein bequemes finanzielles Polster, ideal für den Start in den Ruhestand. Weil es heute anders aussieht, sind neue Entscheidungen gefragt.

Die Abgabe der Praxis an einen Nachfolger hat für viele Ärzte etwas Schmerzliches. Selbst dann, wenn mit diesem Schritt gar keine finanziellen Einbußen verbunden sind. Mit der Abgabe oder Schließung der Praxis läutet man unüberhörbar die letzte Phase im Lebenszyklus ein. War es das jetzt?

Vielleicht ist das der Grund dafür, dass die Praxisabgabe meistens nicht so effizient vorbereitet wird wie die Gründung. Andererseits ist Rita Gehring überzeugt, dass gerade heute der Ausstieg sehr langfristig

geplant werden sollte. Die Projektleiterin Ärzteberatung bei der MEDIVERBUND AG bietet nicht nur Seminare zum Thema an, sondern berät auch Face to Face. Ihr ist es wichtig, den richtigen Zeitpunkt für den Ausstieg zu ermitteln. Grundsätzlich spielt natürlich die Höhe der Rentenansprüche eine zentrale Rolle. Eine der wichtigsten Fragen aber lautet: Wie sieht der Planungsbereich aus, in dem die Praxis liegt? Ist er offen oder gesperrt?

Gibt es einen Nachfolger?

Falls der Planungsbereich offen ist, könnte eine Praxisabgabe wie aus dem Bilderbuch in etwa sechs Monaten über die Bühne gehen. Vernünftigerweise sollte ein spezialisierter Anwalt einen Praxisübergabevertrag ausarbeiten. Zum Stichtag verzichtet der Praxisinhaber auf seine Zulassung und der Praxisübernehmer stellt einen Zulassungsantrag.

Sollte der Planungsbereich gesperrt sein, wird die Praxisübergabe etwas aufwendiger. Auch in diesem Fall wird der Anwalt einen Praxisübergabevertrag ausarbeiten. Der Praxisinhaber muss einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens stellen. Fällt das Ergebnis positiv aus, wird die Praxis anschließend ausgeschrieben und der potenzielle Praxisübernehmer bewirbt sich auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes. Wenn alles glattläuft, verzichtet der

Praxisinhaber zum Stichtag auf seine Zulassung und der junge Kollege stellt zum Stichtag einen Zulassungsantrag. „Dieser Ablauf dauert eher länger als sechs Monate“, weiß Gehring.

Falls es Mitbewerber gibt, verändert sich das Prozedere. Der Praxisabgeber erhält sämtliche Bewerbungsunterlagen, kontaktiert jeden Bewerber und gibt ihm die nötigen Informationen über die Praxis. Nicht der Praxisinhaber, sondern der Zulassungsausschuss prüft die Eignung der Bewerber und entscheidet über den Nachfolger. Die entscheidende Frage lautet: Welcher Kandidat ist am besten geeignet zur Fortführung der Praxis mit dem bisherigen Leistungsspektrum? „Ausschlaggebend ist also nicht der Wunsch des Abgebers und auch nicht die vereinbarte Höhe des Kaufpreises“, warnt Gehring, „wichtige Auswahlkriterien sind Fachgleichheit und/oder Berufserfahrung im Fachgebiet.“

Die MEDI-Fachfrau verdeutlicht die Vorgehensweise am Beispiel einer fachärztlich-internistischen Praxis: Angenommen, eine bisher gastroenterolo-

Offene Planungsbereiche in Baden-Württemberg						
	HNO	Haut	ÄPPT	Gyn	Augen	Chir
Feb. 2016	10	10	6	3	7	2
Juli 2016	14	9	8	7	14	4
Okt. 2016	13	9	5	7	9	5
Feb. 2017	13	10	6	5	7	3
Juli 2017	12	8	8	6	4	4

Quelle: Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen BW

gisch ausgerichtete Praxis hat nicht nur einen gastroenterologisch ausgerichteten Bewerber, sondern es bewirbt sich außerdem ein Kardiologe oder Pneumologe um die Nachfolge. „In diesem Fall wird sich der Zulassungsausschuss mit ganz hoher Wahrscheinlichkeit für den Gastroenterologen entscheiden“, mutmaßt Gehring, „selbst wenn dieser über die

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Praxisabgabe - wie komme ich da raus?

kürzeste Berufserfahrung verfügt.“ Lange Verhandlungen mit aussichtslosen Kandidaten sind leider oft Zeitverschwendung. Gehring jedenfalls rät dem abgebenden Arzt, mit dem Interessenten am ernsthaftesten zu verhandeln, der vor dem Zulassungsausschuss die größten Chancen hat. In jedem Fall lohnt sich eine Beratung bei der zuständigen KV zum individuellen Sachverhalt.

Kein Nachfolger in Sicht?

Die Projektleiterin kennt einige Ärzte, die seit Jahren erfolglos nach einem Nachfolger suchen. Die Gründe dafür liegen nicht unbedingt beim Praxisinhaber. Kaum ein junger Arzt, kaum eine junge Ärztin sucht

heute nach einer Einzelpraxis, wo ein Achtstundentag Luxus ist und der Abend oft mit Abrechnung, Buchhaltung oder Bürokratie verplant ist. Selbst ein Gewinn von 100.000 bis 120.000 Euro aus der eigenen Praxis ist nicht besser als ein marktübliches Angestelltengehalt. Die Bedürfnisse der nachfolgenden Generation decken sich – höflich ausgedrückt – nur ausnahmsweise mit den Angeboten auf dem Markt. „Der Boden brennt“, lautet Gehrings knapper Kommentar, „abgebende Ärzte müssen heute schnell handeln und flexibel bleiben.“

Angesichts dieser Entwicklung ist das Warten vieler Ärzte auf den einen perfekten Bewerber Wunschdenken. Da die Hoffnung bekanntlich zuletzt stirbt, wird trotzdem weitergearbeitet und der ursprüngliche Zeitplan für die Praxisabgabe verzögert sich. „Irgendwann geben diese Ärzte auf und müssen die Praxis schließen“, warnt Rita Gehring und spricht von einer riesigen Welle, die noch auf uns zukommen wird. Längst seien nicht mehr nur Hausärzte davon betroffen.



Top-Ideen

Kooperieren mit Kollegen

Drei Einzelpraxen an einem Ort? Die Kollegen könnten sich auch zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen. Solche größeren Einheiten werden unübersehbar von der Politik gefördert. Und Gehring ist überzeugt, dass bei vernünftigem Management auch eine Viertageswoche für jeden Arzt drinsein müsste.

Ausstieg als Teilzeitangestellter

Dr. A ist 60 Jahre alt und denkt über den Verkauf seiner konservativ-augenärztlichen Praxis nach. Bisher konnte er jedoch weder einen Assistenten noch einen Nachfolger für die Einzelpraxis finden. Er kommt mit Dr. Z ins Gespräch, dem Chef einer großen Praxis mit Schwerpunkt Augenchirurgie. Z bietet ihm eine Stelle als angestellter Arzt an. Aufgabengebiet soll die Indikationsstellung zur Operation sein, außerdem die Kinderprechstunde und die Operationsnachsorge. ■■



Flops

Privat- und Berufsleben ideal geplant?

Bei der Praxisgründung hatte das Arztehepaar alles perfekt geplant: Haus gebaut, Praxisräume im Erdgeschoss, weitläufige Wohnung im ersten Stock. Der Lebensabend sollte aus dem Verkauf der Praxis und den Mieteinnahmen gesichert werden. Nur leider: Es findet sich niemand, der die Praxis in dieser Lage und dann auch noch unter den Augen der ehemaligen Inhaber übernehmen möchte. Aus der Traum!

Die Praxis als Lebenswerk

Die Praxistür absperren und ein Schild „ab sofort geschlossen“ aufhängen – vielen Ärzten blutet bei dieser Vorstellung das Herz. Die Praxis war das Lebenswerk, sie soll einem seriösen Nachfolger übergeben werden, der damit auch 30 Jahre glücklich wird. Und die Patienten will man natürlich auch in gute Hände abgeben und nicht einfach im Stich lassen.

So ehrenwert dieser Standpunkt auch ist: Manchmal muss man einen Schlussstrich ziehen – der eigenen Gesundheit zuliebe. ■■

Auch HNO-Ärzte oder konservativ tätige Augenärzte haben es in einigen Regionen ganz schön schwer, Praxen zu verkaufen. Aktuelle Zahlen aus Baden-Württemberg (*siehe Tabelle*) zeigen, dass offene Planungsbereiche für einzelne Facharztgruppen zu einem Dauerzustand werden.

Auch ohne einen Nachfolger in Sicht sollte man den Ausstiegstermin aus dem Berufsleben planen, rät Gehring. Wenn durch das Ausbleiben eines Verkaufserlöses eine finanzielle Lücke klafft, kann die Situation gemeinsam mit dem Steuerberater analysiert werden. Dann lässt sich ein Stichtag festlegen, zu dem man sich die Aufgabe der Praxis leisten kann.

Alternativen suchen

Durchhalten bis zum bitteren Ende, bis gar nichts mehr geht – dieses Szenario schreit förmlich nach einem Ende mit Burnout. Andererseits kennt Gehring realistische Alternativen, die allerdings individuell und je nach Fachgruppe unterschiedlich ausfallen.

Grundsätzlich ist es ein kluger Schachzug, das Gespräch mit den Kollegen vor Ort zu suchen. Für Gehring ist das ein erster Schritt in Richtung Kooperation. „Aus der interkollegialen Kommunikation kann ein MVZ oder eine große überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft entstehen“, meint sie, „Resultat kann aber auch eine Anstellung als Arzt bei einem jüngeren Kollegen sein.“

Die Inhaber einer größeren Praxis oder eines MVZ mit zunehmender Spezialisierung der Fachdisziplinen können durchaus Interesse daran haben, einen älteren Kollegen als Allrounder anzustellen. Dazu muss ein Antrag auf Anstellung gestellt werden, ein Kaufvertrag und ein Anstellungsvertrag werden abgeschlossen. Typisch ist eine allmähliche Reduktion der Arbeitszeit über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Spätestens mit 58 sollte man sich auf die Suche nach einem solchen Arbeitsplatz machen, rät Gehring. Als Lohn für die Überwindung winkt eine Win-win-Situation für alle Beteiligten. ■■

Ruth Auschra

FÜR SIE GELESEN

Philipp Meuser (Hrsg.)

Arztpraxen - Handbuch und Planungshilfe



Wenn Architekten ein Buch für Architekten und Ärzte schreiben – kann dabei etwas Vernünftiges herauskommen? Unbedingt, wie dieses Buch zeigt, das Bildband, Handbuch und Planungshilfe in einem ist und sich in edler, solider Ausstattung präsentiert. Einerseits ist es eine Art Lehrbuch für die Besonderheiten beim Bau von Arztpraxen. Andererseits machen Fotos und Erklärungen zu 100 beispielhaften Arztpraxen einfach Lust auf architektonisch und optisch ansprechende, funktionale Praxen.

Lesenswert für Architekten sind sicher die Grundlagen der Praxisplanung und die Projekte mit ihren unterschiedlichen Anforderungen an Sanierung, Umbau oder Neubau von Ärztehäusern, Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Es werden Projekte aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen vorgestellt, ein Schwerpunkt liegt möglicherweise auf der Zahnmedizin.

Lesenswert für Nichtarchitekten ist etwa das Kapitel „Grundlagen des Entwurfs“, in dem zentrale Etappen des Planungs- und Baugeschehens vorgestellt werden. Wie gestalten sich die Investitions- und Baukosten im Vergleich zur Nutzungszeit? Wie wird der Bedarf ermittelt, wie wird aus dem Ist- der Soll-Zustand der Praxis? Weitere Themen, die sich auf die Kosten und den gesamten Projektverlauf auswirken, sind Standortauswahl, Konzeption, Funktions- und Raumprogramm. Die Mustergrundrisse sind gute Anhaltspunkte für individuelle Planungen, auch Kosten werden angegeben. Und bei den großformatigen Fotos der vorgestellten Arztpraxen kann man ins Träumen geraten.

Wenn Arzt und Architekt eine Arztpraxis planen, brauchen sie das Spezialwissen des anderen, um voneinander zu lernen. Dieses Buch könnte eine schöne Grundlage dafür sein. ■

ra

→ DOM publishers

2016, 2. akt., erw. Aufl.

600 Seiten, mit 800 Abbildungen,

Hardcover mit Gummiband

98,- Euro

ISBN: 978-3-86922-338-4