

## MEDI Verbände legen Ziele für KV-Wahlen fest

### ■ Perspektive

MEDI-Arzt Dr. Roland Kolepke stellt sein Praxiskonzept vor

### ■ Powertruppe

Darum ist die IT die größte Abteilung beim MEDI Verbund

### ■ Psychotherapeutische Versorgung

Mehr Honorar und Therapiefreiheit nun auch im DAK-Vertrag



# Die KV-Wahl entscheidet über unsere Zukunft!

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

nicht nur in der Bevölkerung, auch in der Ärzteschaft hat sich eine Wahlmüdigkeit breitgemacht: Die einen empören sich über die KBV oder sehen die KVen als Auslaufmodell, die mit einer Interessenvertretung wenig gemein hat. Andere finden, dass ihre KV insgesamt einen guten Job macht, gewissermaßen als Selbstläufer. In Zeiten, in denen auch die Politik die KVen regelmäßig infrage stellt, sagen wir: Wir brauchen starke KVen!

Wenn die KVen und die KBV wegfielen, würden die Niedergelassenen völlig zersplittert auf die Politik reagieren. Die Verbände alleine könnten es nicht richten. Keiner hat eine höhere Expertise in der Verwaltung des Mangels als die KV, so merkwürdig das auch klingen mag. In Baden-Württemberg hat die KV viel im MEDI-Sinn geleistet: Sie hat unsere Forderung nach angemessenen und festen Honoraren fast erreicht und die Umverteilung zwischen den Fachgruppen beendet. Was die Interessen ihrer Mitglieder angeht, haben die Vorstände Norbert Metke und Johannes Fechner diese immer bis an den Rand des Machbaren im Rahmen des SGB V vertreten.

Im Gegensatz zu anderen Bundesländern haben wir hierzulande mit unseren Hausarzt- und Facharztverträgen eine zusätzliche und in weiten Teilen auch bessere Versorgungsebene geschaffen. Dass wir hier so erfolgreich sind und weitere Facharztverträge an

den Start bringen, liegt auch an unserer KV: Ein geordnetes Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag klappt nur in Zusammenarbeit von Ärzteverbänden, Krankenkassen und einer wohlwollenden KV. Das zeigte sich auch in der neutralen Bereinigung aus der Gesamtvergütung, die niemandem schadet – selbst denen nicht, die nicht an den Selektivverträgen teilnehmen.

Das Ergebnis der KV-Wahl ist entscheidend für die Zukunft unseres Versorgungssystems! Deswegen sollte sich jedes MEDI-Mitglied mit den Erfolgen oder Misserfolgen seiner KV bekanntmachen und sich klar darüber werden, welche Kandidaten wofür stehen. Das Beispiel Baden-Württemberg zeigt: Eine KV, die die Interessen aller Ärzte und Psychotherapeuten im Blick hat und fachübergreifend denkt und handelt, ist zukunftsfähig.

Es grüßt Sie herzlich Ihr



*Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon  
Stellvertretender Vorsitzender von  
MEDI Baden-Württemberg*



**KV-Wahl  
2016**

TITELTHEMA

DIALOG

»Vernetzung ist unsere Zukunft«

6

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

**Wahlkampf im Biergarten – warum nicht?**

14

AUS HESSEN

**Gemeinsame Wahlliste von hessenmed und Hartmannbund**

28

AUS RHEINLAND-PFALZ

**Im MEDI-Netz Trier sind Terminservicestellen unnötig**

29

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

10 **Ein Konzept mit Charme**

MEDI-Arzt Dr. Roland Kolepke hat eine überörtliche Gemeinschaftspraxis an mehreren Standorten aufgebaut. Davon profitieren abgabewillige Kollegen genauso wie junge Nachfolger.

16 **Vernetzungsprojekt Heilbronn wächst weiter**

18 **»Wir müssen uns einig sein«**

Niedergelassene müssen Veränderungen selbst in die Hand nehmen, so das Fazit einer FDP-Veranstaltung.

HAUSARZT- UND FACHARZTVETRÄGE



22 **Psychotherapie-Vertrag mit der DAK-Gesundheit am 1. April gestartet**

Von kürzeren Wartezeiten und einem besseren Behandlungsangebot profitieren in Baden-Württemberg künftig auch Versicherte der DAK-Gesundheit. Ärzte und Therapeuten dürfen sich auf mehr Honorar freuen.

24 **PNP-Vertrag: Mitmachen lohnt sich!**

26 NACHGEFRAGT BEI BIRGIT IMDAHL

**»Unser Vertrag ist patientenfreundlicher«**

27 **Mehr Teilnehmer und Honorarvolumen bei Selektivverträgen**

27 KURZ NOTIERT

MENSCHEN BEI MEDI

32 **Dr. Andreas Tosch**

Facharzt für Allgemeinmedizin, Ulm-Gögglingen

## GESUNDHEITSPOLITIK

- 35 **Ärztetze müssen unabhängig bleiben**
- 36 **MEDI Berlin kritisiert Impfpolitik des Senats**
- 38 **Quo vadis, GOÄ?**

## ARZT &amp; RECHT

- 42 **Juristen warnen vor Privatnutzung von Internet und E-Mail in Arztpraxen**
- 44 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER  
BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN  
**Wie muss eine Rechnung aussehen, damit sie das Finanzamt anerkennt?**

## BUSINESS

- 46 **»Früher haben wir sogar die Nächte durchgearbeitet«**  
Vor 13 Jahren zog Sven Gutekunst die IT-Abteilung beim Verbund hoch.  
Heute arbeiten in Stuttgart und Köln insgesamt 20 Fachleute.



## PRAXISMANAGEMENT

- 52 **Auch in diesem Jahr sind die Richtgrößen einzuhalten!**
- 56 SERIE: DATENSCHUTZ IN ARZTPRAXEN  
**Das müssen Sie bei Abrechnung und Praxisübergabe beachten**
- 60 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS
- 62 **Vorsicht vor Gefälligkeitsattesten!**

## IMPRESSUM

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

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

Design: Heinz P. Foth

Druck: W. Kohlhammer Druckerei  
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.  
Nachdruck nur mit Genehmigung  
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**  
erscheint als Sonderausgabe zur  
KV-Wahl in Baden-Württemberg  
im Juli 2016.

Die nächste reguläre **MEDITIMES**  
erscheint im Oktober 2016.  
Anzeigenschluss ist  
der 15. August 2016.



## »Vernetzung ist unsere Zukunft«

Im Juli sind rund 21.500 Ärzte und Psychotherapeuten im Südwesten aufgerufen, die Vertreterversammlung ihrer KV zu wählen. MEDI Baden-Württemberg geht mit 120 Kandidaten ins Rennen. Im Gespräch mit Angelina Schütz stellt MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner die Wahlziele vor und zieht Bilanz über die KV-Arbeit.

**MEDITIMES:** Herr Dr. Baumgärtner, 120 Mitglieder stellen sich für den MEDI Verbund zur Wahl. Sind Sie zufrieden?

**Baumgärtner:** Natürlich bin ich sehr zufrieden, dass sich so viele Kolleginnen und Kollegen bereiterklärt haben, für unsere Ziele zu kandidieren.

**MEDITIMES:** Welche Regionen sind besonders gut vertreten?

**Baumgärtner:** Der Großteil der Kandidaten kommt aus Nordwürttemberg und Nordbaden. Dort haben wir nach wie vor die meisten Mitglieder. Dieses Nord-Süd-Gefälle ist bei uns historisch bedingt.

**MEDITIMES:** Wird es auch dieses Mal eine eigene MEDI-Liste geben?

**Baumgärtner:** Nicht nur eine! Es wird drei fachübergreifende Listen geben: Eine für Nordwürttemberg, eine für Nordbaden und eine für die beiden Regionen Südwürttemberg und Südbaden. Mein Vize Dr. Michael Ruland führt eine weitere Liste, die „Liste ärztlicher Psychotherapeuten, Psychosomatiker und Psychiater“, an und Rolf Wachendorf, auch Mitglied in unserem geschäftsführenden Vorstand, tritt wieder mit seiner „Freien Liste der Psychotherapeuten“ an. Darüber hinaus stehen MEDI-Kandidaten auf der Liste für ermächtigte Ärztinnen und Ärzte.

**MEDITIMES:** Der Vorstand wollte auch jüngere Kandidaten und Ärztinnen gewinnen. Ist das gelungen?

**Baumgärtner:** Absolut! Wir freuen uns sehr, dass wir jüngere Kolleginnen und Kollegen auf unserer Liste haben, von denen viele zum ersten Mal zu einer KV-Wahl antreten. Einige von ihnen stehen auch so weit vorne auf der Liste, dass sie Chancen haben, gewählt zu werden und in die Vertreterversammlung einziehen können.

**MEDITIMES:** Welche Wahlziele stehen oben auf Ihrer Agenda?

**Baumgärtner:** Wir wollen eine KV ohne Hausarzt-Facharzt-Konflikte und ein geordnetes Miteinander von Kollektiv- und Selektivverträgen. Außerdem muss Schluss sein mit mutwilligen Umverteilungen und dauernd wechselnden Honorarverteilungsmaßstäben! Stattdessen setzen wir uns für Planungssicherheit ein, soweit das in dem budgetierten System möglich ist. Und wir fordern weiterhin feste Preise für unsere Leistungen! Dass das gelingen kann und keine Utopie bleiben muss, haben wir vor fast 20 Jahren bewiesen: Unter meiner Führung von 1997 bis 2005 hat die KV Nord-Württemberg feste Honorare für viele Bereiche und Facharztgruppen ausgehandelt. Wir waren damals auch bundesweit die erste KV, die feste Preise für Psychotherapeuten bezahlt hat! Diese Errungenschaften wurden jedoch vom nachfolgenden Vorstand der KV Baden-Württemberg 2006 leider wieder gekippt, was uns viel Honorar hierzulande gekostet hat, das uns heute noch fehlt.

**MEDITIMES:** Zum ersten Mal sucht der MEDI Verbund den Schulterschluss zu einem anderen fachübergreifenden Ärzteverband – dem Hartmannbund. Warum?

**Baumgärtner:** Wir brauchen wieder mehr fachübergreifende Standespolitik! Wohin uns die Maxime „Hausarzt wählt Hausarzt und Facharzt wählt Facharzt“ gebracht hat, sehen wir am besten in der KBV. Wie es besser geht, erleben wir in Baden-Württemberg.

**MEDITIMES:** Mit „Arztpraxen 2020“ und der elektronischen Vernetzung in Heilbronn haben Sie zwei Projekte angestoßen, die ihresgleichen suchen. Welche Bedeutung haben diese Projekte für Sie?

Fortsetzung >>>

# Die MEDI-Forderungen auf einen Blick



- **Ja zur Körperschaft KV** mit gleichwertiger Ordnungsfunktion und Interessenvertretung.
- **Ja zur fachübergreifenden Standespolitik.**
- **Ja zu festen angemessenen Preisen.** Sie sichern die Existenz unserer Praxen.
- **Ja zu Hausarzt- und Facharztverträgen** neben dem Kollektivvertrag mit besserer Vergütung und Planungssicherheit.
- **Ja zur (elektronischen) Vernetzung der Praxen** unter Berücksichtigung des Datenschutzes.
- **Ja zu Freiberufler-MVZs** in der Hand niedergelassener Ärztinnen und Ärzte.
- **Ja zum Streikrecht für Niedergelassene.**
- **Ja zur GOÄ-Reform** mit angemessener und stabiler Preisgestaltung. Wir wollen keine EBMisierung der GOÄ und die Gemeinsame Kommission darf nur beraten.
- **Niederlassung muss sich wieder lohnen.** Runde Tische und kleinräumige Bedarfsplanung halten den Nachwuchsmangel nicht auf. Stattdessen muss das Regressrisiko sinken.



- **Nein zu Klinik-MVZs.** Krankenhäuser und Kapitalgesellschaften drängen immer weiter in die ambulante Versorgung.
- **Nein zur Umverteilung** durch KVen/KBV und zu EBM-Reformen.
- **Nein zu Budgetierung und Honorarverteilungsmaßstäben.**
- **Nein zur institutionellen Öffnung der Krankenhäuser** für die fachärztliche Versorgung und Substitution durch nichtärztliche Heilberufe bei Hausärzten.
- **Nein zu Portalpraxen auf unsere Kosten.** Wir haben bessere Versorgungskonzepte.
- **Nein zur Finanzierung von Ärztenetzen aus der Gesamtvergütung.** Das Geld muss von Krankenkassen und Gemeinden kommen. 🇩🇪

Fortsetzung

»Vernetzung ist unsere Zukunft«

»Wir brauchen wieder mehr fachübergreifende Landespolitik«

**Baumgärtner:** Strukturell sehe ich in digitalen Ärztenetzen unsere Zukunft. Einzel- oder Gemeinschaftspraxen ohne Anbindung an ein Ärztenetz, insbesondere im fachärztlichen Bereich, werden sich schwer tun, in der Konkurrenz zu Krankenhäusern zu bestehen. Nicht nur weil die Krankenhäuser von der Politik immer mehr für die ambulante Versorgung geöffnet werden, sondern auch wegen der Rahmenbedingungen, unter denen die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen arbeiten müssen. Unser Nachwuchs möchte lieber in größeren Kooperationen arbeiten, wo er sich untereinander austauschen kann, geregelte Arbeitszeiten hat oder Teilzeit arbeiten kann. Deshalb müssen wir als Freiberufler und Selbstständige solche Rahmenbedingungen schaffen, in denen unser Nachwuchs angestellt arbeiten, sich aber dort, wo er es möchte, auch selbstständig machen kann.

**MEDITIMES:** Kommen wir nun zur Arbeit des KV-Vorstands in Baden-Württemberg. Wie zufrieden sind Sie mit den letzten sechs Jahren?

**Baumgärtner:** Von mir bekommt der Vorstand eine glatte Eins! Sowohl für seine Arbeit auf Landes- als auch auf Bundesebene. In der KBV hat Baden-Würt-

temberg nach einer sechsjährigen Phase der Bedeutungslosigkeit endlich wieder etwas zu sagen. Die beiden Vorsitzenden Metke und Fechner haben gut und effektiv zusammengearbeitet und an einem Strang gezogen. Sie haben ihrer Verwaltung eine Philosophie vorgegeben, die immer das Wohl der Niedergelassenen im Blick hat. Außerdem haben sie und ihre Gremien die Verbände nicht dominiert, sondern sie in ihre Arbeit eingebunden. Darum beneiden uns andere Länder!

**MEDITIMES:** Gibt es etwas, das aus Ihrer Sicht besser laufen könnte?

**Baumgärtner:** Es gibt immer etwas zu verbessern und hinsichtlich unserer Selektivverträge in Baden-Württemberg kann es immer mal wieder zu Konkurrenzsituationen kommen, insbesondere was die Bereinigung angeht. Bis jetzt haben wir aber zusammen mit der KV immer Lösungen für beide Seiten gefunden. Aktuell macht mir Sorgen, dass medizinische Versorgungszentren, die von freiberuflichen Ärzten geleitet werden, durch die Zulassungsausschüsse in der Anstellung schlechter gestellt sind als beispielsweise Krankenhäuser. Daran müssen wir in den nächsten Jahren unbedingt arbeiten.

**MEDITIMES:** Im Hinblick auf die KBV dürfte Ihre Bilanz nicht so positiv ausfallen, oder?

**Baumgärtner:** Schlechter kann es dort gar nicht mehr laufen! Was wir da in den letzten Jahren erlebt haben, ist nicht zu toppen. Unsere Verbände müssen sich darauf einigen, was ihre Vertreter in den KVen besser machen müssen. Diesen Konsens brauchen wir auch mit dem Hausärzterverband und dem Spitzenverband der Fachärzte. Das andauernde Gegeneinander und Trennungsdiskussionen bringen uns nicht weiter! Wir erreichen bessere Rahmenbedingungen und mehr politischen Einfluss nur *miteinander* und wenn wir unsere Probleme intern diskutieren und lösen. Das hört sich einfach an, ist aber vielen KV-Vertretern außerhalb von Baden-Württemberg völlig fremd. Genau da müssen wir ansetzen.

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



Anfang Juli bekommen die KV-Mitglieder in Baden-Württemberg ihre Wahlunterlagen. Die Wahlfrist endet am 26. Juli um 18 Uhr.



„Junge Ärzte wollen Medizin machen, keinen sechsstelligen Kredit stemmen“, weiß Roland Kolepke.

## Ein Konzept mit Charme

MEDI-Arzt Dr. Roland Kolepke hat einen ungewöhnlichen Plan umgesetzt, nämlich eine überörtliche hausärztliche Gemeinschaftspraxis aufgebaut. Aktuell sind es acht Partnerpraxen an verschiedenen Standorten – Tendenz steigend!

Der 51-jährige Facharzt für Allgemeinmedizin aus Ludwigsburg ist seit 1998 niedergelassen und seitdem auch bei MEDI dabei. Mit der Zeit begegnete er immer häufiger Kollegen auf der Suche nach einem Praxisnachfolger. Beim Aufbau der Ludwigsburger Notfallpraxis lernte er außerdem viel über die Mentalität der jüngeren Pool-Ärzte, die dort als Vertreter Notdienste übernahmen. „Sie arbeiteten richtig gut, wollten aber keine Praxis übernehmen, sondern nach Dienstschluss Feierabend haben“, beschreibt er.

Als 2008 die Gründung überörtlicher Gemeinschaftspraxen möglich wurde, erkannte Kolepke die Chancen dieser rechtlichen Konstruktion. Abgabewillige Ärzte im Rentenalter auf der einen, junge ange-

stellte Ärzte auf der anderen Seite. Er kaufte eine erste bis dahin unverkäufliche Praxis auf, gründete eine Zweigpraxis und stellte Kollegen an. Dann begann Kolepke mit dem Aufbau von Partnerpraxen. Inzwischen sind es acht Partnerpraxen mit insgesamt 7.000 bis 8.000 Patienten im Quartal, die von 16 Ärzten versorgt werden: sechs Partner-Ärzte, sieben angestellte Ärzte sowie drei Ärzte in Weiterbildung.

„Nicht jede Praxis bleibt erhalten“, sagt Kolepke offen. Bei jedem Arztsitz überlegt er, ob der Praxisstandort strategisch Sinn macht. Er möchte nicht unbedingt nur ländliche Praxen aufbauen. Schließlich sucht inzwischen auch manche Praxis aus dem Zentrum einer Stadt vergeblich einen Nachfolger.



## Vorteile für beide Seiten

Das Konzept hat Charme, keine Frage. Die abgehenden Ärzte freuen sich über eine Lösung für ihren Praxissitz. „Oft wollen die Kollegen gerne noch ein paar Jahre arbeiten“, weiß Kolepke, „ihnen ist dann eine Anstellung für ein paar Stunden pro Woche lieber als die Verantwortung für die Praxis alleine zu tragen.“ Die angestellten Kollegen freuen sich darüber, in der Praxis zu arbeiten, ohne die üblichen Nachteile dafür in Kauf nehmen zu müssen: Sie müssen keinen sechsstelligen Kredit aufnehmen und niemand zwingt sie, bis Mitternacht über einer Abrechnung zu brüten. „Vor allem junge Ärztinnen, die sich Kinder oder auch ein gutes Leben außerhalb der Arbeit wünschen, sind angetan von dem Konzept“, so der MEDI-Arzt.

Er weiß auch, warum die jungen Kollegen ihren Facharzt lieber in der Klinik machen: Einerseits ist die Praxis-Bürokratie ein Stück weit abschreckend, andererseits fühlen sie sich als Einzelkämpfer nicht wirklich wohl. Diese Probleme hat der Partnerschaftsgründer gelöst. In seiner Gemeinschaftspraxis können sich die Ärzte mit der Medizin beschäftigen. Kolepke und seine Mitarbeiterinnen kümmern sich dafür um die Praxisführung, kontrollieren die Abrechnung, klären Steuerfragen, spielen Praxissoftware-Updates auf oder formulieren Stellenanzeigen für neue Mitarbeiterinnen. Selbstverständlich kann sich Kolepke zentral in jeden Rechner der Partnerpraxen einloggen. „Das läuft gut so“, findet er, „der administrative Aufwand für jede Einzelpraxis wäre dagegen deutlich größer.“

## Besseres Gruppengefühl

Noch ein Angebot mit Charme gehört zum Konzept: Unter den Ärzten entsteht ein Austausch untereinander und damit ein Gruppengefühl. Kolepke fiel auf, dass die Kollegen in der Klinik mit dem sicheren Gefühl arbeiten, nicht immer und alles alleine entscheiden zu müssen. In der Praxis müssen sie dagegen jede Menge Fragen lösen und die Entscheidungen auch vertreten – gegenüber dem Team oder gegenüber den Patienten. Das stresst.

Kolepke hat deshalb in der Ludwigsburger Gemeinschaftspraxis regelmäßige Treffen organisiert, in denen aktuelle Themen besprochen werden. Zum Beispiel wird über neue Medikamente, aktuelle Gesetzesänderungen oder gemeinsame Strategien diskutiert.

» *Schlankere Kooperationsform hat viele Vorteile* «

Kolepke moderiert, er doziert nicht und er hat auch nicht auf jede Frage die passende Lösung parat. „Ich bin immer wieder erstaunt über die Kreativität der jungen Ärzte“, freut er sich und erklärt einen weiteren positiven Aspekt des Gruppengefühls: „Es fällt den jungen Kollegen viel leichter, eine Entscheidung nach außen zu vertreten, wenn sie von der Ärztegruppe gemeinsam getroffen wurde.“

## Von der überörtlichen Partnerschaft zum Freiberufler-MVZ

Roland Kolepke wird mehr aus den acht Partnerpraxen machen. Er wird immer häufiger von älteren Kollegen um Rat zur Praxisabgabe gefragt. Das Potenzial zur Vergrößerung seiner Praxenkette ist offensichtlich vorhanden. Allerdings stößt die bisherige Organisationskonstruktion allmählich an ihre Grenzen. Eine Partnerschaft auf GbR-Grundlage ist nicht dafür gedacht, dass immer wieder neue Kollegen einsteigen. „Bei jeder neuen Partnerschaft muss die alte GbR komplett aufgelöst und eine neue gegründet werden“, erklärt der Allgemeinarzt. Auch Abrechnungsnummern müssen jedes Mal neu vergeben werden – eine unhandliche Konstruktion.

Fortsetzung >>>

»Roland Kolepke sucht auch die Kooperation mit Fachärzten«



Foto: fotolia

## Entwicklung des Kolepke-Konzepts

### Schritt

1

- Aufkauf von zwei unverkäuflichen Praxen
- Betrieb als Zweigpraxen
- Anstellung junger Ärzte

### Schritt

2

- Kooperation mit abgabewilligen Kollegen ohne Nachfolger
- Angebot: Praxis mit angestellten Ärzten als Partnerpraxis (GbR) weiterführen
- Bisher acht Partnerpraxen

### Schritt

3

Plan

- Gründung eines fachgleichen MVZ
- GmbH als Dachorganisation
- Angeschlossene Zweigpraxen

Der neueste Plan ist deshalb die Gründung eines fachgleichen MVZ mit einer GmbH als Dachorganisation und angeschlossenen Zweigpraxen. „So eine schlankere Kooperationsform hat betriebswirtschaftliche, finanzrechtliche und zulassungsrechtliche Vorteile“, sagt Kolepke. Steuerrechtlich wird es teurer, weil die Gewerbesteuer fällig wird. Trotzdem überwiegen seiner Einschätzung nach die Vorteile. Vor allem Erweiterungen sind seiner Auffassung nach deutlich einfacher zu realisieren. „Wenn die Zulassungsausschüsse mitziehen“, schränkt er vorsichtig ein.

Kolepke sucht die Kooperation mit anderen Ärzten, „auch gerne mit Facharztpraxen“. Natürlich kennt er sich in der Szene der großen Praxen aus und ist als Kopf einer großen hausärztlichen Gemeinschaftspraxis für spezialisierte Kollegen ein interessanter Ansprechpartner. „Ich kann organisatorische Wünsche von Facharztpraxen schnell in die Praxen kommunizieren“, bietet er an, „wenn es zum Beispiel um Hinweise auf Überweisungen geht.“

Selbstverständlich sind alle Ärzte der Partnerschaft und in Zukunft alle MVZ-Ärzte frei in ihren therapeutischen Entscheidungen. Und Spezialisierungen sind nicht nur möglich, sondern sogar gewünscht. Eine Akupunktur-Praxis, eine zur Gewichtsreduktion oder eine homöopathisch ausgerichtete Praxis – wer sich spezialisiert, kann damit rechnen, von den Kollegen empfohlen zu werden.

### Fazit

Bisher hat der Ludwigsburger Hausarzt viel Zeit und wohl auch Geld in seinen Traum einer ärztlich aufgebauten Praxiskette investiert. Unterstützung hat er von keiner Seite bekommen, wie er neutral berichtet. Inzwischen freut er sich, dass seine Pläne von MEDI Baden-Württemberg mit großem Interesse und Wohlwollen begleitet werden. Sicher wird er eines Tages von seinem Einsatz profitieren. Und vermutlich auch die beteiligten Kollegen. Sogar die Patienten sind zufrieden über ein Konzept, mit dem sie wieder ärztlich versorgt werden. Die Frage drängt sich auf, wie groß eine solche freiberufliche MVZ-Praxenkette werden könnte. Kolepke lacht und winkt ab: „Jetzt zeigen wir erst mal, was wir können“, sagt er ruhig. ■■■

Ruth Auschra



## KV-Wahl 2016

# Wahlkampf im Biergarten – warum nicht?

Dass Wahlkampftermine nicht immer nach einem stressigen Praxistag stattfinden müssen, hat die MEDI GbR Main-Tauber bewiesen: Sie lud vor der letzten KV-Wahl im Rahmen ihrer Mitgliederversammlung zum Sonntags-Frühschoppen in einen Biergarten ein und erntete dafür viel Lob.



Rainer Grabs freut es, dass andere MEDI GbRen seinem Beispiel folgen.

Bei herrlichem Sonnenschein kamen rund 30 Mitglieder zum Weißwurstessen in den Biergarten der Distelhäuser Brauerei in Tauberbischofsheim. Einige brachten auch ihre Ehefrauen und Kinder mit. „Alle waren ausgeruht und guter Stimmung“, erinnert sich Dr. Rainer Grabs, Sprecher der MEDI GbR Main-Tauber, „außerdem hat der Biergarten auch einen Kinderspielplatz, sodass alle, die kamen, einen schönen Vormittag verbracht hatten.“

Auch Dr. Norbert Metke, der damals zum ersten Mal für den KV-Vorstand kandidierte, gefiel die Idee und die Atmosphäre im Biergarten. Trotz des gemütlichen Rahmens im Freien bei meist alkoholfreiem Bier kam die Sacharbeit an diesem Tag nicht zu kurz, wie Grabs versichert: „Metke stellte uns sein Programm vor und im Anschluss daran hatten wir Gelegenheit, unsere Fragen loszuwerden und auch das ein oder andere persönliche Gespräch zu suchen. Unser Frühschoppen kam sehr gut an und wir laden unsere Mitglieder am 10. Juli wieder in die Distelhäuser Brauerei ein.“

Das Beispiel aus Main-Tauber hat mittlerweile Schule gemacht: Auch andere MEDI GbRen im Land wie Calw/Pforzheim (12. Juni), Schwäbisch Hall/Crailsheim (26. Juni), Stuttgart (3. Juli) oder Ulm/Neu-Ulm (19. Juni) werden ihre Veranstaltungen zur KV-Wahl im Biergarten vor Ort abhalten. ■

Angelina Schütz

# Gemeinsam auf Erfolgskurs

## KV-Wahl 2016





## Vernetzungsprojekt Heilbronn wächst weiter

Knapp ein Jahr nach Beginn des Projekts nehmen 107 Ärzte der MEDI GbR Heilbronn und 7.413 Versicherte der AOK Baden-Württemberg und der BKK Audi daran teil. Inzwischen hat auch das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) die Vernetzungssoftware ViViAN (Virtuelle Vernetzung im Arztnetz) der MicroNova AG zertifiziert.

„Datenschutz und Datensicherheit standen bereits bei der Konzeption und Entwicklung von ViViAN an erster Stelle. Jetzt hat uns das renommierte ULD bestätigt, dass unsere Vernetzungssoftware in rechtlicher und technischer Hinsicht die Vorschriften zu Datenschutz und Datensicherheit erfüllt. Das ULD-Datenschutz-Gütesiegel gibt unseren Anwendern zusätzliche Sicherheit, dass ViViAN höchste Datenschutzanforderungen erfüllt“, erklärt Daniel Jozic, Vertriebsleiter für den Bereich eHealth & Medical IT von MicroNova.

ViViAN ermöglicht eine sichere Datenübertragung von einem Arzt-Computer auf den eines anderen Kollegen – unabhängig davon, welche Praxis-IT-Systeme die Ärzte haben. Seit Oktober 2015 arbeiten die vernetzten Praxen mit einem Medikationsplan, den MicroNova gemeinsam mit den Netzärzten entwickelt hat. Er wird per Update in den Praxen eingespielt und alle Ärzte, die an der Vernetzung teilnehmen, haben darauf Zugriff.

Sobald ein Patient seine Einverständniserklärung unterzeichnet hat, können Verordnungsdaten schnell und sicher zwischen den behandelnden Ärzten ausgetauscht werden. Daraus entsteht der Medikationsplan, der immer aktuell ist und der auch Unverträglichkeiten anzeigt. Die Patienten bekommen ihren Medikationsplan zum Mitnehmen ausgedruckt.

### Ärzte werden immer eingebunden

„ViViAN und der Medikationsplan wurden von Beginn an in Zusammenarbeit mit den Netzärzten kontinuierlich erweitert und optimiert“, sagt der Vorstandsvorsitzende von MEDI Baden-Württemberg, Dr. Werner Baumgärtner. „Die Ärzte erhalten die automatische Übertragung von Diagnosen, Verordnungen, Laboraten oder Allergien künftig als elektronischen Arztbrief. Der Arzt kann diese wichtigen Informationen als Fremdbefunde mit einem Klick in seiner Software ablegen“, so Baumgärtner weiter.

MEDI Baden-Württemberg hat das Vernetzungsprojekt zusammen mit der AOK Baden-Württemberg, der Audi BKK und der MicroNova AG im April 2015 gestartet. „Vernetzte Praxen bieten Patienten und Ärzten große Vorteile, weil die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten besser und schneller funktioniert“, betont Baumgärtner. „Darüber hinaus haben vernetzte Praxen bessere Perspektiven im Gesundheitsmarkt und sind attraktiver für den ärztlichen Nachwuchs.“

Angelina Schütz



Diskutierten über die Zukunft der ambulanten Versorgung: Markus Klett, Dieter Baumgärtner, Norbert Metke und Werner Baumgärtner.

## »Wir müssen uns einig sein«

Möchte sich die Ärzteschaft Gehör bei der Politik verschaffen, muss sie sich einig sein und eigene Vorschläge zur Patientenversorgung machen. Das war das Fazit bei einer FDP-Veranstaltung von MEDI Baden-Württemberg, auf der die Teilnehmer mehr Freiberuflichkeit und Patientensteuerung von der Politik forderten.

Anlass dafür war die bevorstehende Landtagswahl im Südwesten, für die ein MEDI-Arzt einen Sitz im Plenum anstrebte: Dr. Dieter Baumgärtner aus Bietigheim, der jüngere Bruder des MEDI-Vorstandsvorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner, ließ sich für die FDP aufstellen, verpasste den Einzug in den Landtag dann aber knapp.

Rund 150 Ärztinnen und Ärzte, größtenteils MEDI-Mitglieder, kamen an diesem Februarabend ins Gebäude der KV, um sich vom Parteivorsitzenden Christian Lindner die marktwirtschaftlichen Positionen der FDP erläutern zu lassen und ihm ihre Erwartungen

näherzubringen. Viele niedergelassene Ärzte im Land sind enttäuscht über die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik und ganz besonders über die FDP in der schwarz-gelben Regierung bis 2013. Damals hatte MEDI Baden-Württemberg im Vorfeld der Bundestagswahl stark für die FDP getrommelt. In Stuttgart interessierte daher besonders die Frage, warum man als Arzt oder Ärztin der FDP eine neue Chance geben sollte.

Lindner erläuterte zunächst seine Positionen zu den wichtigsten Fragen der Bundespolitik und benannte seine größten Kritikpunkte an der Arbeit der Großen Koalition in Berlin, insbesondere in Bezug auf die Flüchtlings- und Wirtschaftspolitik.

### Hohe medizinische Qualität

Die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland, so seine Ausführungen zur Situation der Ärzteschaft, gründe in der freiberuflichen Struktur und der Unabhängigkeit der niedergelassenen Ärzte sowie in der freien Arzt- und Therapiewahl durch die Patienten. Diese Grundsätze bedeuten den Kern der FDP-Position, so Lindner. Um die ärztliche Versorgung in der Fläche weiterhin sicherzustellen, sei es unabdingbar,

wieder eine echte Freiberuflichkeit zu erreichen. Wachsender wirtschaftlicher Druck auf die Ärzte, Vorhaben, die Freiberufler zur Gewerbesteuer zu verpflichten, die Gefahr, in Regress genommen werden zu können und kostenträchtige Leistungsausweitungen ohne entsprechende Erhöhung der Budgets machten es den niedergelassenen Ärzten zunehmend schwer.

Unter diesem Gesichtspunkt stellte Lindner dem amtierenden Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) kein gutes Zeugnis aus, der seit seinem Amtsantritt Standards und Leistungen stetig ausgedehnt habe, ohne für eine entsprechende Gegenfinanzierung zu sorgen. Und die neuen Terminservicestellen vermittelten zwar den Facharzttermin innerhalb der vorgegebenen Zeitspanne, bedeuteten aber zugleich die Abkehr von der freien Arztwahl.

Der FDP-Vorsitzende warnte schließlich eindringlich vor der Bürgerversicherung. Dieses Vorhaben sei „noch nicht tot“. Eine „Bundesagentur für Gesundheit“ analog der Renten- und Arbeitslosenversicherung



Fotos: Rudel

FDP-Chef Christian Lindner warnte vor der Bürgerversicherung.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

»Wir müssen uns einig sein«



MEDI-Vorstandsmitglied Johannes Glaser stellte klar, wo die Ärzte der Schuh drückt.

bestimme dann Standards und Leistungen und enge die Ärzte in ihrer freien und patientenorientierten Entscheidung und damit die Qualität der ärztlichen Versorgung erheblich ein.

### Landes-FDP unterstützt Selektivverträge

Während sich Lindner zu Selektivverträgen in der haus- und fachärztlichen Versorgung eher vorsichtig äußerte, steht die FDP im Land diesen sehr positiv gegenüber und fordert ihren weiteren Ausbau. Dies nicht zuletzt, weil Dieter Baumgärtner seine Erfahrungen als niedergelassener Arzt in das Landtagswahlprogramm der FDP einbringen konnte. Weiterhin mache sich seine Partei für die Abschaffung der Bedarfsplanung stark und will sich für mehr Ärztehäuser, die Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung und die Beibehaltung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung einsetzen.

Den Abend beschloss eine Podiumsdiskussion, bei der neben Dieter Baumgärtner auch der MEDI-

Chef Dr. Werner Baumgärtner, der Ärzteschaftsvorsitzende von Stuttgart Dr. Markus Klett und der Vorstandsvorsitzende der KV Baden-Württemberg Dr. Norbert Metke die Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung erörterten. „Wir brauchen mehr Eigenverantwortung der Patienten und mehr Patientensteuerung“, forderten Metke sowie Ärztinnen und Ärzte aus dem Publikum. Dass immer mehr Patienten an der falschen Stelle behandelt würden, bringe die Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen am deutlichsten zum Ausdruck. Krankenhaus, ambulante Spezialfachärztliche Versorgung, kommunale Versorgungszentren – alle drei Säulen haben ihren Wert und dürften nicht länger unterschiedlich behandelt und gegeneinander ausgespielt werden. „In Baden-Württemberg kriegen wir das hin“, ist sich Metke sicher, „denn wie Patientensteuerung erfolgreich funktioniert, haben die Selektivverträge gezeigt.“

Die Politik müsse die Ärzte endlich ernst nehmen, forderte Markus Klett. Dass die Patienten häufig mit im Internet entdeckten Fehlinformationen in die Behandlung kämen, die der Arzt dann widerlegen müsse, koste Zeit und erschwere die ärztliche Arbeit zunehmend.

### Heißes Eisen Patientensteuerung

„Es ist wohl kaum zu erwarten, dass ein Politiker Patienten zur Eigenverantwortlichkeit auffordern wird“, gab Werner Baumgärtner zu bedenken. „Wir müssen die Sache deshalb selbst in die Hand nehmen.“ Es gelte, intern zu diskutieren, „wie wir die Patientensteuerung haben wollen“ und dann entsprechende Versorgungsangebote zu entwickeln. „Voraussetzung ist allerdings, dass wir uns innerärztlich einig sind“, so Baumgärtner. Die Konflikte zwischen Haus- und Fachärzten und zwischen Selektiv- und Kollektivverträgen außerhalb von Baden-Württemberg müssten aufhören und mit der Uneinigkeit innerhalb der KBV endlich Schluss sein. „Wir brauchen eine starke KBV, andernfalls müssen wir uns an der eigenen Nase fassen, wenn wir keinen Erfolg haben.“ Darüber hinaus müssen die niedergelassenen Ärzte in ihrer Freiberuflichkeit gestärkt und angemessen bezahlt werden. Neben der gesetzlichen und der privaten Versorgung sollen die Selektivverträge als dritte Säule etabliert werden. ■■■

Susanne Wetterich





Streben gemeinsam eine bessere psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg an (von links): Alessandro Cavicchioli (DPTV), Thomas Hug (BVDN), Siegfried Euerle (DAK), Thomas Bodmer (DAK), Werner Baumgärtner (MEDI) und Rolf Wachendorf (Freie Liste der Psychotherapeuten).

## Psychotherapie-Vertrag mit der DAK-Gesundheit am 1. April gestartet

DAK-Versicherte im Südwesten, die psychotherapeutisch versorgt werden müssen, bekommen einen schnelleren Zugang zur Behandlung als in der Regelversorgung und werden besser betreut. Dafür hat die Kasse mit MEDI Baden-Württemberg und vier Berufsverbänden einen landesweiten Facharztvertrag abgeschlossen.

Die Freie Liste der Psychotherapeuten, die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsver-

band Psychosoziale Berufe (DGTV-BV) unterstützen den Vertrag als Kooperationspartner. Die Teilnahme ist für Behandler und Versicherte freiwillig.

Das neue Angebot ermöglicht es psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Therapeuten, kurzfristig mehr Zeit für ihre Patienten aufzuwenden. „Wir verbessern die Versorgung für unsere Kunden und passen das bestehende System an den tatsächlichen Bedarf der Betroffenen an. Unser neues Angebot verhindert lange Wartezeiten und reduziert Fehldiagnosen“, sagt Thomas Bodmer, Vorstandsmitglied der DAK-Gesundheit. Konkret verkürzt sich die Wartezeit von mehreren Monaten in der Regelversorgung auf höchstens vier Wochen und in dringenden Fällen sogar auf sieben Tage.

„Die Patienten profitieren nicht nur von der schnelleren Terminvergabe und dem zeitnahen Be-

handlungsbeginn, sondern erfahren durch die vertraglich vereinbarten besonderen Therapieverfahren und -methoden auch noch eine bessere Behandlungsqualität“, erklärt Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf, Sprecher der Freien Liste der Psychotherapeuten und psychotherapeutischer Vertragsverhandler für MEDI. „Da der neue Vertrag auch Kindern und Jugendlichen offen steht, kommen diese Behandlungen auch ihnen zugute“, ergänzt Dr. Wolfgang Bürger von der DGVT, „in der Regelversorgung haben Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diesbezüglich größere Einschränkungen.“

Dr. Alessandro Cavicchioli, Landesvorsitzender der DPTV, betont: „Durch die volle Berücksichtigung aller F-Diagnosen und durch die Vereinfachung der Einschreibung ist der Zugang der Patienten zum Psychotherapeuten noch unkomplizierter. Der DAK-Vertrag erleichtert zudem auch die gruppentherapeutische Behandlung und die Teilnahme der analytischen Psychotherapie.“

Birgit Imdahl, Landesvorsitzende des BVDN, bewertet den DAK-Vertrag insgesamt als patientenfreundlicher als die Versorgung im KV-System: „Da wir alle Leistungen vergütet bekommen, können wir unseren Patienten eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung entsprechend ihrer Erkrankung ermöglichen.“

### Deutlich bessere Vergütung für Behandler

„Ärzte und Psychotherapeuten, die am Vertrag teilnehmen, erhalten etwa 30 Prozent mehr Honorar als in der Regelversorgung und es gibt keine Fallzahlbegrenzung“, unterstreicht Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg. Demnach beträgt die Grundpauschale, die die Behandler einmal in vier Quartalen abrechnen können, 60 Euro, weiterführende Einzelbehandlungen liegen zwischen 92 und 117 Euro. Für die Gruppentherapie bezahlt die Kasse 120 Euro für die kleine und 60 Euro für die große Gruppe.

Der Vertrag nach § 73c SGB V stieß bei den Behandlern schon vor seinem offiziellen Start auf großes Interesse: „Die kooperierenden Berufsverbände haben uns schon Wochen im Voraus eine rege Teilnahmeabsicht bestätigt“, so Baumgärtner. Insgesamt hat MEDI rund 3.680 Psychotherapeuten und Ärzte angeschrieben und sie mit den notwendigen Starterpaketen zur Vertragsteilnahme versorgt. Ärzte und Therapeuten können mit der Behandlung ihrer Patienten beginnen, nachdem sie ihre Teilnahme am Vertrag erklärt und ein für die Abrechnung notwendiges Programm in ihrer Praxissoftware installiert haben. ■■■

*Angelina Schütz*

## PNP-Vertrag: Mitmachen lohnt sich!

Bei den Psychotherapeuten ist das Quorum im PNP-Vertrag erfüllt. Nach entsprechenden Anpassungen ziehen Teilnehmer des PNP-Vertrags aller Berufsgruppen eine positive Zwischenbilanz.

Seit 2013 gibt es den Facharztvertrag nach § 73c SGB V für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie, kurz PNP-Vertrag. Alle Teilnehmer verzeichnen eine bessere Honorierung. Dr. Gerhard Dieter Roth, Facharzt für Nervenheilkunde in Ostfildern, sieht seine Erwartungen voll und ganz erfüllt: „Während die Honorierung im KV-Vertrag immer mit einem großen Unsicherheitsfaktor behaftet ist, hat der PNP-Vertrag eine sehr gute Struktur. Und während die Kollegen in der Regelversorgung Einbußen haben, steigen die Umsätze im PNP-Vertrag.“ Darüber hinaus bringe die strukturierte interdisziplinäre Versorgung Vorteile für Arzt, Patient und Therapeuten und funktioniere immer besser.

### Anpassungen gemeinsam entwickeln

Die Teilnehmer schätzen es, dass der Vertrag laufend angepasst wird und Probleme schnell behoben werden: „Manche Punkte waren am Anfang nicht geregelt, insbesondere dass für die Neurologen die Komorbidität bezüglich psychiatrischer Probleme nicht abgebildet war.

Ein Beispiel: Viele MS-Patienten leiden, auch infolge ihrer Erkrankung, an einer Depression, die durch den Neurologen mitbehandelt wird. Das fiel anfänglich unter den Tisch. Inzwischen gibt es hierfür eine eigene Ziffer“, sagt Dr. Frank Halbgewachs, Facharzt für Neurologie in Heidenheim. Schließlich müsse man dem Vertrag zugute halten, dass er sich entwickeln muss. Das ändere jedoch nichts an der positiven Gesamtbilanz: „Durch die Fallwerte sind alle Ärzte im PNP-Vertrag finanziell eindeutig besser gestellt als in der Regelversorgung.“

Dr. Monika Zeller, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Stuttgart, sieht das ähnlich: „Zu Beginn gab es Probleme mit der Bereinigung, da die guten Fallwerte im PNP-Vertrag durch einen hohen Anteil von nicht vertragsgemäßer Inanspruchnahme und daraus resultierenden erheblichen Abzügen bis zum Zweifachen des Regelleistungsvolumens gekürzt wurden.“ Das habe großen Ärger und etlichen Aufwand verursacht, da man jedes Mal gegen die KV-Abrechnung Widerspruch einlegen musste. „Hier hat sich MEDI sehr eingesetzt und mittlerweile bleiben die Fallwerte ungeschmälert auf hohem Niveau“, freut sich die Ärztin.

Auch die von einzelnen Kollegen beklagten Probleme mit der Vertragssoftware bestehen nach übereinstimmenden Aussagen nicht mehr: „Inzwischen sind wir aus den Kinderschuhen raus, zumal die Software dauernd weiterentwickelt wird. Positiv ist auch, dass ich bei Problemen die MEDI-Hotline anrufen kann, die dann schnell hilft“, so Zeller.

### Größere Flexibilität in der Behandlung

„Der Wegfall des in der Regelversorgung festgeschriebenen starren Stundenkontingents führt in der Praxis zu einer erheblich besseren flexiblen Behandlung entsprechend dem individuellen Bedarf“, urteilt Dr. Michael Ruland, Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie aus Korntal-Münchingen und MEDI-Vize in Baden-Württemberg. Diplompsychologe Rolf Wachendorf aus Esslingen betont insbesondere die Vorteile der Gruppentherapie. „Da Genehmigungsanträge und Gutachterverfahren entfallen, können größere Praxen recht einfach eine Gruppentherapie mit vier bis fünf Patienten organisieren.“ Auch einzelne Patienten aus anderen Praxen in der Umgebung können daran teilnehmen, wenn die Diagnose passe. Im PNP-Modul kommen deshalb Gruppentherapien über viermal häufiger vor als in der Regelversorgung. Das schafft zusätzliche Therapieplätze und kürzere Wartezeiten für die Patienten, was wiederum Chronifizierungen vorbeugt.

Dr. Alessandro Cavicchioli, psychologischer Psychotherapeut in Schwäbisch Hall, sieht besonders für



„Die Fallwerte bleiben auf einem hohen Niveau“, freut sich Monika Zeller.



„Der Vertrag ermöglicht uns eine viel flexiblere Behandlung“, betont Michael Ruland.

Patienten mit schweren chronischen Verläufen große Vorteile: „Sie profitieren von einem schnellen Zugang, einer besseren Diagnostik, einer erleichterten Teilnahme an der Gruppentherapie und können zudem niederfrequent behandelt werden.“ Und Monika Zeller fasst zusammen: „Ich kann die Patienten behandeln, wie ich es für notwendig halte, und verordnen, was ich für notwendig halte. Dadurch kann ich viel entspannter arbeiten.“

### Schnelle Termine

Ein großes Plus für die Patienten ist, dass sie zügig zur Behandlung kommen: Ein wesentlicher Grund dafür liegt darin, dass außer bei der Psychoanalyse im PNP-Vertrag kein aufwendiges vorgeschaltetes Gutachterverfahren vorgesehen ist.

Dass er die Patienten im Facharztprogramm kurzfristig in eine Verhaltens- oder Psychotherapie bringen kann, hält Nervenarzt Roth für „geradezu genial“: „Bei Patienten mit Angstpsychosen oder phobischen Störungen kann es den weiteren Krankheitsverlauf

sehr positiv beeinflussen, wenn sie zeitnah in eine Verhaltenstherapie kommen. Deshalb ist das sehr wesentlich.“ Diese Sicht teilt auch Wachendorf: „Ein Patient erhält bei Verdacht auf eine Depression spätestens nach 14 Tagen einen Ersttermin bei einem Psychotherapeuten, im Notfall auch am gleichen Tag. Ist eine Behandlung nötig, schließt sich spätestens innerhalb von 14 Tagen ein Behandlungstermin an.“

„Sehr gut klappt die Überweisung von Facharzt zu Facharzt. So gibt es für meine Patienten sehr schnell einen Termin beim Orthopäden, wenn es sein muss, am gleichen Tag. Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten könnte allerdings noch enger sein“, bilanziert Frank Halbgewachs.

Positiver sieht es Wachendorf: „Früher empfahl der Hausarzt, zuerst einen Therapieplatz zu finden, und stellte dann erst die Überweisung aus, weil er nicht damit rechnete, im gleichen Quartal einen Termin zu bekommen. Jetzt bekommt der Hausarzt von mir binnen 14 Tagen ein Fax und erfährt, dass und wie die Behandlung aufgenommen ist.“



**Alessandro Cavicchioli sieht Vorteile für Patienten mit schweren chronischen Verläufen.**

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

**PNP-Vertrag: Mitmachen lohnt sich!**

Außerdem bekommt Wachendorf von seinen Patienten die Rückmeldung, „dass sie froh sind, sich ins Hausarzt- und Facharztprogramm eingeschrieben zu haben. Sie spüren, gut behandelt zu werden“.

*Susanne Wetterich/Angelina Schütz*

NACHGEFRAGT BEI



**Birgit Imdahl**

Vorsitzende des BVDN in Baden-Württemberg

»Unser Vertrag ist patientenfreundlicher«

**MEDITIMES:** Was sind die größten Vorteile des PNP-Vertrags?

**Imdahl:** Dass wir unsere Leistungen auch tatsächlich vergütet bekommen. So wird eine angemessene und leitliniengerechte Behandlung vor allem psychiatrisch kranker Menschen erst möglich: Ich kann Patienten so häufig einbestellen, wie es das Krankheitsbild erfordert. Auch der Psychiater profitiert: Während früher oft Behandlungen unentgeltlich erfolgen mussten, sind jetzt Umsatzsteigerungen im vierstelligen Bereich pro Quartal realisiert. Diese Verbesserung der psychiatrischen Vergütung hat die Chance, den unseligen Trend umzukehren, wonach immer mehr Psychiater der unterfinanzierten Regelversorgung den Rücken kehren und in die Psychotherapie abwandern.

**MEDITIMES:** Wie ist die Vergütung im Vergleich zur Regelversorgung?

**Imdahl:** Sie ist patientenfreundlicher. Wir haben keine Fallzahlbegrenzung wie in der Regelversorgung.

Dadurch wird eine eigene Gestaltung der Behandlung durch den Arzt entsprechend der Diagnose möglich.

**MEDITIMES:** Warum nehmen dann nicht mehr Ärzte am Vertrag teil?

**Imdahl:** Das hat ideologische Gründe. Einer davon ist eine vermeintliche Abhängigkeit von der AOK. Diese Furcht ist aber unbegründet. Ein weiterer Punkt ist, dass die Fachgebiete Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie ein recht heterogenes Arztkollektiv darstellen, innerhalb dessen es auch sehr unterschiedliche Fallzahlen gibt. Schließlich gab es bei einigen Nervenärzten vor allem in ländlichen Gebieten die Befürchtung, zu viele Patienten behandeln zu müssen und der Anforderung der schnellen Terminvergabe deshalb nicht nachkommen zu können. In der Realität hat sich das nicht bewahrheitet. Ich selbst habe eine Praxis in einer ländlichen Region und kann die Terminvergabe problemlos steuern.

# Mehr Teilnehmer und Honorarvolumen bei Selektivverträgen

Auch für 2015 legten die Selektivverträge von AOK, Bosch BKK, MEDI, HÄV und fachärztlichen Berufsverbänden in Baden-Württemberg zu: bei den teilnehmenden Versicherten, Ärzten und Psychotherapeuten genauso wie beim Honorarvolumen.

Bei der AOK Baden-Württemberg flossen 2015 bereits mehr als ein Fünftel der Ausgaben für die ärztliche Versorgung in die Hausarzt- und Facharztverträge. Derzeit verhandeln die Vertragspartner einen neuen Vertrag mit den Urologen sowie ein Rheumatologiemodul, das den bestehenden Orthopädievertrag ergänzt. Mit Spannung erwarten die Vertragspartner auch die neuen Ergebnisse der dritten wissenschaftlichen Auswertung des AOK-Hausarztvertrags im Juni.

Das Honorarvolumen in der HZV ist bei der AOK im letzten Jahr um 9,2 Prozent auf knapp 377 Millionen Euro gestiegen. Im gemeinsamen Facharztprogramm mit der Bosch BKK stiegen die Vergütungen sogar um 25 Prozent auf rund 84 Millionen Euro. Das Gesamthonorarvolumen belief sich damit auf rund 461 Millionen Euro (+11,7 Prozent).

Die positive Entwicklung der Selektivverträge spiegelt sich auch bei Behandlern und Versicherten wider: Ende 2015 nahmen insgesamt 5.380 Ärzte und Therapeuten, davon 3.934 Haus- und Kinderärzte (+2,6 Prozent) und 1.471 Fachärzte und Psychotherapeuten (+7,6 Prozent) an den Verträgen teil.

Die Zahl der HZV-Versicherten stieg weiter um 7,3 Prozent auf insgesamt 1,361 Millionen Teilnehmerinnen und Teilnehmer. In den Verträgen mit derzeit sechs Facharztgruppen nahm die Zahl der eingeschriebenen Versicherten von AOK und Bosch BKK 2015 um ein Drittel gegenüber dem Vorjahr zu. „Zu der positiven Entwicklung haben alle Facharztverträge beigetragen“, freut sich MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner. „Insbesondere der Orthopädievertrag und das Pädiatriemodul im HZV-Vertrag kommen sehr gut an, weil sie auf die regionalen Versorgungsbedürfnisse zugeschnitten sind. Den Praxen bieten sie mehr Planungssicherheit und eine bessere Bezahlung, während unsere Patienten vor allem die strukturierte Vernetzung der Hausarzt- und Facharztpraxen schätzen.“ ■

eb

## KURZ NOTIERT



### Urologievertrag startet später

Der Start des nächsten Facharztvertrags, des Urologievertrags mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, verzögert sich. Zwar konnten sich die Partner auf wichtige Vertragsregelungen einigen, jedoch gehen die Verhandlungen im April weiter. Demnach wird der Urologievertrag voraussichtlich erst im Juli starten. ■

### Gastro-Vertrag: Regelung für Darmreinigungsmittel beachten!

Die MEDIVERBUND AG bekommt oft fehlerhafte Abrechnungen von Praxen, die am Gastroenterologievertrag teilnehmen und Darmreinigungsmittel für Koloskopien verordnen. In den Ziffern E2a, E3 und E4 werden alle dafür anfallenden Sachkosten vergütet – auch Darmreinigungsmittel. Praxen, die dennoch ein Rezept ausstellen, verursachen bei den Krankenkassen Kosten, die zurückgefordert werden müssen. Darüber hinaus wird pro Fall ein Rückforderungsbetrag von 15 Euro fällig. ■

### Neue Facharztverträge mit BKK VAG

Zum 1. Juli können mehr als 80.000 HZV-Versicherte von über 40 der BKK VAG Baden-Württemberg angehörenden Betriebskrankenkassen eine spezielle fachärztliche Versorgung für Kardiologie und Gastroenterologie beanspruchen. Das BKK-Programm „Mein Facharzt“ orientiert sich weitestgehend an den bekannten Selektivvertragsstrukturen im Südwesten. Auch die beteiligten Berufsverbände empfehlen die Teilnahme an den neuen Verträgen nach § 140a SGB V. ■

# Gemeinsame Wahlliste von hessenmed und Hartmannbund

Der Ärzteverband hessenmed, Mitglied bei MEDI GENO Deutschland, tritt bei der KV-Wahl im Oktober mit dem Hartmannbund auf einer gemeinsamen Wahlliste auf. In hessenmed sind 22 Ärztenetze mit insgesamt über 2.000 Mitgliedern organisiert.



**KV-Wahl**  
**2016**

» *hessenmed möchte mehr Mitsprache für Ärztenetze* «



Lothar Born führt die gemeinsame Wahlliste an.

Der Schulterschluss zwischen hessenmed und dem Hartmannbund im Land war das Resultat von Gesprächen, die zwischen MEDI GENO und dem Hartmannbund im vergangenen Jahr auf der Bundesebene geführt wurden. Dort suchten die Verbände, beide bundesweit und fachübergreifend aufgestellt, den Schulterschluss, um künftig gemeinsam mehr in der Ärzteschaft zu bewegen.

„Dieser Schulterschluss findet sich nun auch in Hessen“, erklärt Kardiologe Dr. Lothar Born, der Landesvorsitzender des Hartmannbunds und Vorstandsmitglied von hessenmed ist. „Beide Verbände haben standespolitische Gemeinsamkeiten festgestellt und möchten diese für die KV-Wahl im Herbst nutzen.“ Um den fachübergreifenden Proporz abzubilden, werden auf den ersten 12 Listenplätzen sechs Fachärzte und sechs Hausärzte stehen. Zehn Kandidaten stellt hessenmed, zwei der Hartmannbund. Die hessenmed-Ärzte kommen aus den Reihen der großen Regionalnetze sowie der Urologen, Kardiologen und Diabetologen.

## Wahlziele

hessenmed und Hartmannbund streben eine bessere regionale Versorgung im Land an und möchten dazu ihrer KV gemeinsame Vorschläge unterbreiten. Darüber hinaus setzen sich beide Verbände für eine ausreichende Finanzierung der Ärztenetze ein und fordern, die Kompetenz der Netze bei der Gründung von Portalpraxen zu berücksichtigen oder Portalpraxen durch Ärztenetze betreiben zu lassen. Auch soll die Kompetenz der Netze in der Verbundweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin effektiv genutzt werden und beide Verbände möchten neue Wege bei der Patientensteuerung in der Notfallversorgung gehen.

hessenmed strebt auch ein Ende der hausärztlichen und fachärztlichen Interessenkonflikte an und erhofft sich dabei entsprechende Unterstützung durch den Hartmannbund. Last but not least setzen sich beide Verbände für eine landesspezifische Besonderheit in der honorarfinanzierten Altersrente der Vertragsärzte ein: Sie möchten eine gerechtere Lastenverteilung bei der erweiterten Honorarverteilung (EHV) in Hessen. ■

Angelina Schütz

# Im MEDI-Netz Trier sind Terminservicestellen unnötig

Im Januar haben die umstrittenen Terminservicestellen auch in Rheinland-Pfalz ihre Arbeit aufgenommen. Die Politik glaubt, dass Patienten so schneller an einen Facharzttermin kommen können. Falsch, sagen beispielsweise MEDI-Ärzte im Raum Trier. Sie haben schon 2009 eine bessere Alternative zu den Terminservicestellen ins Leben gerufen.



**KV-Wahl  
2016**

Im MEDI-Netz Trier sind aktuell 35 Praxen mit etwa 200 praktizierenden Gesellschaftern zusammengeschlossen. Etwa die Hälfte von ihnen sind Facharztpraxen, die andere Hälfte wird von Hausärzten geführt. „Wer immer einen dringenden Termin beim Facharzt braucht, bekommt ihn auch“, versichert Dr. Michael Siegert, Allgemeinmediziner und Mitglied im MEDI-Vorstand Trier. Seit nunmehr knapp sieben Jahren verlaufe die Terminvergabe und Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Haus- und Fachärzten im dortigen MEDI-Netz reibungslos. Die Terminservicestellen (TSS) hält Siegert deshalb für puren Aktionismus der Politik. Damit werde bei den KVEn nur „unnützlich Geld verpulvert“, findet er, der seit 2005 in der Vertreterversammlung der KV Rheinland-Pfalz sitzt.



„Terminservicestellen sind purer Aktionismus der Politik“, so Michael Siegert.

## Überweisung nach Dringlichkeitskategorien

Wie seine Kollegen hat auch Siegert von seiner KV Aufkleber mit Codes erhalten. Diese sollen die Ärzte auf Überweisungen kleben und damit die Patienten zu den TSS schicken, die dann laut Gesetz in den meisten Fällen innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin besorgen müssen. Die Facharztpraxis sollte in der Regel innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit für den Patienten erreichbar sein.

Bislang liegen die Codes aber ungebraucht in der Schublade, denn innerhalb des Trierer Netzes nutzen die angeschlossenen Praxen ein eigenes System bei

Überweisungen. Dieses gliedert sich in drei Dringlichkeitskategorien:

- **Kategorie A** ist die höchste Dringlichkeitsstufe. Hier soll der Patient noch am selben oder spätestens am folgenden Tag einen Termin beim Facharzt erhalten.
- Patienten mit einer Überweisung der **Kategorie B** sollen innerhalb von zwei Wochen vermittelt werden.
- Bei der weniger dringlichen **Kategorie C** wird ein Termin innerhalb von sechs Wochen gesucht und vereinbart.

Fortsetzung >>>



Fortsetzung

**Im MEDI-Netz Trier  
sind Terminservicestellen unnötig**

»Noch hat kein Patient die  
Terminservicestelle gebraucht«

Im Gespräch mit dem Patienten werde die Einteilung in die jeweilige Kategorie besprochen, erläutert Dr. Walter Gradel, hausärztlich tätiger Internist in Trier und stellvertretender Vorstandsvorsitzender von MEDI Südwest. Manchmal muss man dem Patienten auch klar machen, dass eine Untersuchung nicht so dringend sei, wie dieser vielleicht glaubt, sagt Gradel. „Wegen eines Schnupfens muss ich ja nicht gleich zum HNO-Arzt gehen“, fügt sein Kollege Siegert hin-



Walter Gradel hätte gerne, dass die im Klinik-MVZ tätigen Kardiologen am MEDI-Terminvergabesystem teilnehmen würden.

zu. Einen Monat nach Einführung der TSS hat in Gradels Gemeinschaftspraxis noch kein Patient nach einer solchen Überweisung gefragt. „Den Patienten ist es doch auch lieber, wenn ich ihnen die Termine beim Facharzt besorge“, sagt er.

Aus Sicht der Fachärzte im MEDI-Netz bestätigt Unfallchirurg Dr. Wolfgang Hagedorn das Funktionieren des MEDI-eigenen Überweisungssystems. „Wir haben verbindliche Behandlungswege und bei der Terminplanung immer einen Puffer für Notfälle der Kategorie A“, erklärt er. Auch bei Hagedorn, der nebenbei den Internetauftritt des Trierer MEDI-Netzes betreut, haben nach der Einführung der TSS keine Patienten auf diesem Weg nach einem Termin in seiner Praxis gefragt. Auch seiner Meinung nach sind die Servicestellen ein Bürokratiemonster und völlig unnütz. Das habe man auch den Trierer Bundestagsabgeordneten Katarina Barley (SPD) und Bernhard Kastner (CDU) im Gespräch erklärt, sagt Hagedorn.

**Terminprobleme bei Kardiologen**

Probleme mit der Terminvergabe gibt es laut Gradel in der Region Trier eigentlich nur bei Überweisungen zu Kardiologen. Hier seien zwei von drei Kardiologen in einem MVZ angestellt, das von Krankenhäusern betrieben werde. Diese Ärzte hätten kein Interesse daran, am gemeinsamen Terminvergabesystem des MEDI-Netzes teilzunehmen, bedauert Gradel.



„Wir haben verbindliche Behandlungswege und für Notfälle immer einen Puffer“, versichert Wolfgang Hagedorn.

## Fachübergreifende Arbeit Schwerpunkt im KV-Wahlkampf

Der Protest gegen die Terminservicestellen und das Werben um eine Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten nach dem Vorbild des Trierer MEDI-Netzes wird auch das beherrschende Thema im Wahlkampf zur KV-Vertreterversammlung sein. Als fachübergreifender Verband lehnt MEDI Südwest die Trennung von Haus- und Fachärzten ab und stellt sich für die bevorstehende KV-Wahl erneut mit einer gemeinsamen Liste zur Wahl. „Wir brauchen beide Seiten“, sagt Siegert, der in der aktuellen KV-Vertreterversammlung gemeinsam mit dem MEDI-Vorstandsvorsitzenden Dr. Ralf Schneider aus Alzey und dem Orthopäden Dr. Frank A. Fasco aus Pirmasens sitzt.

Auch den Hausärzten müsse klar werden, dass eine gesetzlich vorgeschriebene Gatekeeper-Funktion der Hausärzte, wie es sie in England oder Holland

»Keine Trennung von  
Haus- und Fachärzten«

gebe, weder für Ärzte noch für Patienten vorteilhaft sei. MEDI setze sich auch für die freie Arztwahl ein, betont Siegert. 🇩🇪

*Martin Heuser*

→ Weitere Informationen zum  
MEDI-Netz Trier finden Sie auf  
[www.medinetz-trier.de](http://www.medinetz-trier.de)



Andreas Tosch würde sich selbst gerne für ein paar Wochen in Kenia engagieren.

## Dr. Andreas Tosch

Facharzt für Allgemeinmedizin, Ulm-Gögglingen

Es ist höchst ungewöhnlich, dass ein schwäbischer Hausarzt einer Klinik in Kenia zum Leben verhilft. Möglich ist es, wie das Beispiel von MEDI-Arzt Dr. Andreas Tosch aus Ulm-Gögglingen zeigt.

Ein Angeber ist Tosch ganz sicher nicht. Der Allgemeinmediziner betont mehrfach, dass er eigentlich keine besonders große Rolle bei dem Projekt gespielt hat. Eigentlich ist er auch gar nicht selbst auf die Idee gekommen, sich in Kenia zu engagieren: Seine VERAH Karina Müller hat ihn vor mehreren Jahren darauf aufmerksam gemacht, dass es in der kenianischen Stadt Msambweni etwas zu tun geben könnte. Sie hatte erfahren, dass es dort eine Klinik gab, die eigentlich fertig war, aber das Geld zur Inbetriebnahme und zum Unterhalt fehlte.

Die meisten Menschen zucken hilflos mit den Schultern, wenn sie so eine Geschichte hören. Tosch, der sich bereits für ein Waisenhaus in Argentinien engagierte, reagierte anders. Seine Praxis unterstützt seitdem das Nice-View-Charity-Medical-Centre in Msambweni.

Die Vorgeschichte dieser Projekte bietet genug Stoff, um einen Kinofilm daraus zu machen. Im Zeitraster sieht die Story so aus: Die Familie Dürr aus Ingstetten im Landkreis Neu-Ulm macht 1996 Ferien in Kenia und verschließt die Augen nicht vor dem Elend der Kinder ohne Eltern. Für Gudrun Dürr sind die Bilder Not leidender Kinder Anlass, ihr ganzes Leben umzukrempeln. Sie zieht mit zwei ihrer Kinder nach Kenia, gründet den Verein Schwarz-Weiß e.V. und baut das Kinderdorf Nice View Children's Village auf. Inzwischen gehören auch eine Schreinerei, eine Farm und das Nice-View-Charity-Medical-Centre dazu.

### Unterstützung bleibt willkommen

Ohne Hilfe aus dem Ausland wäre die Klinik wohl nie eröffnet worden. Inzwischen ist das Projekt angelau-

fen, aber es werden noch immer Menschen gesucht, die es unterstützen: finanziell, mit Sachspenden oder ganz praktisch. Auch Tosch möchte unbedingt für ein paar Wochen in der kenianischen Klinik mitarbeiten, muss diesen Plan jedoch noch verschieben. Seine Kinder sind fünf, zehn und fünfzehn Jahre alt. Da kann man als Ehemann und Vater nicht einfach für ein paar Wochen verschwinden.

Er hat eine gutgehende Hausarztpraxis und sicher ist ihm auch nach Feierabend nicht langweilig. Trotzdem hilft er dabei mit, Spendengelder und deutsche Medizinprodukte für den Verein zu sammeln, von Röntgen über Ultraschall bis Labor. „Wenn Kliniken geschlossen werden, kommen oft Sachspenden zusammen“, berichtet er. Daneben ist aus seiner Sicht vor allem ein regelmäßiger Geldfluss wichtig. Einnahmen, mit denen die Klinik rechnen kann. „Lieber zehn Euro jeden Monat als einmal 100 Euro“, schlägt er potenziellen Spendern vor.

Er findet die direkte Art von Unterstützung für ein konkretes, überschaubares Projekt nicht nur sinnvoll, sondern auch befriedigend. Zum Beispiel berichtet er von einer Spendenaktion in seiner Umgebung, wo zum Schluss alles in einen Container verpackt und nach Afrika verschickt wurde. Wochen später bekam er eine Mail von den dortigen Kollegen, die sich für Spritzen und Einmalhandschuhe bedankten. Zufrieden berichtet er von ersten Waisenkindern, die heute als Erwachsene mit Studienabschluss wieder zurück nach Msambweni kommen, um selbst in dem Projekt mitzuarbeiten. Tosch freut sich über diese „echte Hilfe zur Selbsthilfe“.

Als Hausarzt in Deutschland hat er es natürlich mit ganz anderen Problemen zu tun. „Die Medizin ist hier selbstverständlich wichtig und sinnvoll“, sagt er vorsichtig, „aber es erscheint oft widersinnig, wenn auf der einen Seite der Erdkugel gehungert wird und bei uns immer mehr Patienten an Wohlstandsproblemen leiden.“ Aber wem hilft es, wenn der Arzt beim Anblick eines „prachtvollen“ Bauchs mit den typischen Folgeproblemen an Hungerbäuche denkt?



Dank Schwarz-Weiß e.V. konnten Ärzte und Schwestern ihre Arbeit im Nice-View-Charity-Medical-Centre aufnehmen.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung


**Dr. Andreas Tosch**

»Die HZV ist  
ein Segen für die Praxis«

### Überzeugt von MEDI und den Selektivverträgen

Als baden-württembergischer Hausarzt ist Tosch auch berufspolitisch engagiert. Seine Praxisgründung fiel in die Zeit der Ärzteproteste Anfang dieses Jahrtausends. Seitdem ist er bei MEDI mit dabei. „Damals war ich sofort Feuer und Flamme für unsere Ziele“, sagt er, „heute fehlt mir leider die Zeit, mich regelmäßig politisch zu engagieren.“

Aber der Allgemeinmediziner steht gerne in der ersten Reihe, wenn es an die Umsetzung von Verträgen in der Praxis geht: „Ich bin von Anfang an HZV-Teilnehmer, habe meine Praxismanagerin zur VERAH weiterbilden lassen und unterstütze die Facharztkollegen bei ihren Verträgen“, schildert er. Die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) bezeichnet er als „Segen für die Praxis“, seine VERAH Karina Müller als Praxismanagerin und hochqualifizierte Mitarbeiterin.

Gesundheitspolitisch liegt seiner Meinung nach bei uns noch einiges im Argen. Das Praxissterben ist beispielsweise auch in den Städten auf der Alb angekommen. „Es ist schon gut, dass es ein paar Helden wie Werner Baumgärtner gibt“, sagt er ehrlich und fügt hinzu: „Ich bin einfach Arzt.“ 

Ruth Auschra

→ Alle Informationen zum Projekt in Msambweni finden Sie unter [www.kenia-hilfe.com](http://www.kenia-hilfe.com)

## Ärzteneetze müssen unabhängig bleiben

MEDI GENO Deutschland hält die KV-Förderrichtlinie zur Anerkennung von Ärztenetzen nach § 87b Abs.4 SGB V für ungeeignet, um die Arbeit von Ärztenetzen wirksam zu unterstützen, da sie auf der einen Seite zu weitreichend und auf der anderen Seite zu einschränkend sind.

„Ärzteneetze sind wie Arztpraxen kleine Unternehmen von Selbstständigen und Freiberuflern. Sie sollten sich nicht finanziell oder strukturell von den Körperschaften abhängig machen“, erklärt der Vorstandsvorsitzende Dr. Werner Baumgärtner. Deswegen lehnt MEDI GENO die Finanzierung von Ärztenetzen aus der Gesamtvergütung entschieden ab und hält in diesem Zusammenhang auch die Politik der Agentur Deutscher Ärztenetze für falsch: „Sie führt in eine vollständige Abhängigkeit der Netze von den KV-Vorgaben. Das können wir nicht befürworten.“

Wie eine bessere gesetzliche Förderung von Ärztenetzen im SGB V aussehen könnte, hat MEDI GENO der Politik vor zwei Jahren unterbreitet: Erstens müssten die Regelungen zur Anerkennung von Netzen in Bezug auf Größe und Bestehensdauer flexibler gestaltet werden. Die KV-Richtlinie schreibt hier eine Teilnehmerzahl von mindestens 20 bis höchstens 100 Praxen vor sowie ein dreijähriges Bestehen. MEDI GENO schlägt vor, das Bestehen auf zwei Jahre ab Gründungszeitpunkt zu senken.

### Fördermittel müssen von Kassen und Gemeinden kommen

Zweitens müssten die Fördermittel für Ärztenetze aus einem Strukturfonds kommen, der von Krankenkassen und Gemeinden finanziert wird. „Diese Verantwortung muss bei den Gemeinden und Krankenkassen liegen, da sie letztendlich von einer stabilen und besseren ambulanten Versorgung und von der Arbeit

der Netzärzte profitieren“, so Baumgärtner. „Ärzteneetze können, ergänzt durch MVZs unter der Führung von freiberuflichen niedergelassenen Ärzten, die ambulante Versorgung mittel- und langfristig sichern.“

»Ärzteneetze können die Patientenversorgung sichern«

### Ärgernis Antikorruptionsgesetz

Damit die Netze bestehen können, müssten sie eigene wirtschaftliche Aktivitäten betreiben dürfen. „Das geplante Antikorruptionsgesetz konterkariert hier alle sinnvollen Aktivitäten von Ärztenetzen und Genossenschaften und gibt nicht vor, was konkret geahndet wird und was nicht. Deswegen lehnen wir das Gesetz in seiner jetzigen Form ab“, erklärt Baumgärtner. „Ärzteneetze und dort tätige Kolleginnen und Kollegen sollen eigene, freiberufliche MVZs betreiben dürfen, um die Versorgung dort zu sichern, wo Praxen nicht nachbesetzt werden. Unsere Kolleginnen und Kollegen müssen in der Lage sein, Nachwuchsärzte, die sich nicht niederlassen möchten, anzustellen und sie in das freiberufliche MVZ zu integrieren.“

Angelina Schütz

# MEDI Berlin kritisiert Impfpolitik des Senats

Aufgrund der Masern-Epidemie 2015 beschäftigt sich MEDI Berlin seit letztem Jahr mit der Versorgung der Flüchtlinge. Dazu hat er dem Berliner Senat verschiedene Impfangebote gemacht – leider ohne Erfolg.

„Wir boten sogar an, ein Impfmobil zur Verfügung zu stellen, das die Flüchtlingswohnheime anfahren könnte“, sagt der stellvertretende Vorsitzende von MEDI Berlin, Dr. Holger Wloch. Die Verhandlungen mit dem Senat verliefen jedoch sehr zäh und erfolglos. Anders mit einzelnen Bezirksamtern: In Spandau und Treptow-Köpenick wurden Vereinbarungen geschlossen, Asylbewerber in den Heimen zu impfen.


Ende September 2015 wurde im Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LaGeSo) die zentrale Impfstation der KV eröffnet. MEDI-Vorstandsmitglied und Impfarzt Dr. Cornelius J. Rottacker kritisiert, dass dort auf Wunsch des Senats jedoch nicht gegen Keuchhusten und Windpocken geimpft wurde. „Beide Infektionskrankheiten können sich rasant ausbreiten und für Schwangere und Neugeborene eine ernsthafte Bedrohung darstellen“, erinnert er.



Holger Wloch setzt sich für indikationsgerechte Impfungen ein.

Laut KV Berlin will der Senat die Impfstelle nicht mehr weiterführen. „Auch unsere Gespräche mit dem Senat brachten keine Ergebnisse und schlussendlich erteilte uns die medizinische Leitung des LaGeSo im Februar eine endgültige Absage, da sie keinen weiteren Bedarf an Impfungen mehr sah“, bedauert Rottacker.

Sein Kollege Wloch fragt sich besorgt, wie der Senat einen ausreichenden Impfschutz der Flüchtlinge sicherstellen will: „Die überlasteten Kliniken haben bestimmt nicht das Personal, diese anspruchsvolle Aufgabe in ausreichendem Ausmaß wahrzunehmen. Nach unserer Ansicht ist eine erfolgreiche Immunisierung, insbesondere der Kinder, zentral bei der Registrierung in Berlin und später dezentral vor Ort in den Flüchtlingsunterkünften mit Hilfe der niedergelassenen Ärzte effektiv zu organisieren.“

Epidemiologisch sinnvolle Impfstrategien in den Flüchtlingsheimen ließen sich über Eingliederung der Flüchtlinge in die Regelversorgung nicht kurzfristig erreichen. „MEDI Berlin möchte weiter dazu beitragen, Epidemien wie die Masern-Epidemie 2015 durch indikationsgerechte Impfungen zu verhindern.“ 

eb



Foto: fotolia

## Quo vadis, GOÄ?

MEDI GENO Deutschland ist mit der Entwicklung der GOÄ unzufrieden. Der Verband kritisiert die Änderungen des Paragraphenteils und der Bundesärzteordnung (BÄO), die der Sonderärztetag Ende Januar beschlossen hat, und die Gemeinsame Kommission.

Die Bundesärztekammer (BÄK) behauptet, eine moderne Gebührenordnung mit 4050 Gebührenpositionen entwickelt zu haben, die sie mit den Berufsverbänden abgestimmt hat. Jede Position sei betriebswirtschaftlich abgesichert. Gesteuert werden soll die GOÄ durch die Gemeinsame Kommission (GeKo), die den früheren Zentralen Konsultationsausschuss (ZeKo) der BÄK ablöst. Das bedeutet aber, dass die Bundesärztekammer in der GeKo, anders als davor im ZeKo, keine Stimmenmehrheit mehr hat. Im Streitfall entscheidet dann das Bundesgesundheitsministerium (BMG).

In ihrem Papier „GOÄ jetzt!“ von 2011 schlägt die BÄK vor, „den Zentralen Koordinationsausschuss zu einem privatärztlichen Bewertungsausschuss mit paritätischer Besetzung und Schiedslösung im Konfliktfall weiterzuentwickeln. Dieser soll dem Verordnungsgeber in jährlichen Abständen Vorschläge zur medizinisch inhaltlichen und preislichen Anpassung der GOÄ unterbreiten.“

### EBMisierung der GOÄ

Die neue Konstruktion erfordert eine Neudefinition des § 11 in der BÄO. Die GeKo wird zum zentralen Mechanismus einer EBMisierung der alten GOÄ. Ohne Not wurde im Vorfeld dem Staat (Beihilfe) und den Privatversicherungen eine entscheidende Mitbestimmung eingeräumt – insbesondere durch das Schiedssystem beim BMG. Außerdem ist das Bundesministerium für Justiz nicht mehr dabei.

Sprach der alte ZeKo nur *Empfehlungen* aus und hatte die ärztliche Seite immer das letzte Wort, erlässt die GeKo *verbindliche* Vorgaben, auch wenn das von der BÄK vehement geleugnet wird. Semantisch wird im Entwurf der GOÄ-Novelle der Begriff „Empfehlung“ gebraucht, was der Tätigkeit des Organs aber widerspricht. Die GeKo entscheidet in den folgenden Bereichen mit:



- **Robuster Einheitsatz:** Für alle Leistungen wird ein Einheitsatz vereinbart. Er soll dem alten 2,4-fachen Satz der GOÄ entsprechen. Es gibt nur eine Verdoppelung des Einheitsatzes, wobei die GeKo eine umfassende Positiv- und Negativliste der Begründungen erarbeiten soll. Eine Regelung unterhalb des robusten Einheitsatzes, wie sie bisher bei Selbstzahlerleistungen und aus sozialen Gründen üblich war, ist künftig nicht mehr möglich.
- **Analogbewertungen neuer Leistungen:** Ist auch weiterhin möglich, aber nur nach Vorgaben der GeKo.
- **Freie Vereinbarungen** zwischen Arzt und Patient sind wegen der Begründungspflichten nahezu unmöglich. Die Beschränkungen gelten auch bei ästhetischer Medizin, IGeL und Gutachten.
- **BMG und PKV übernehmen Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung:** Die GeKo macht Empfehlungen zum Umgang mit Informations-, Beratungs- und Dokumentationspflichten. Damit werden Kompetenzen der Landesärztekammern ohne Notwendigkeit an den Bund übertragen.
- **Die GeKo entscheidet über Behandlungsumstände zur Steigerung des Gebührensatzes.** Das war bisher Aufgabe der Ärztekammern mit ihren Schiedsstellen zur GOÄ.
- **Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter, unbegründeter Honorarentwicklungen:** Die GeKo soll hier geeignete Gegenmaßnahmen ergreifen. Alle sechs Monate wird ein Monitoring der Honorar- und Ausgabenentwicklung gemacht, danach wird ein verstecktes Budget eingeführt.
- **Weitere Merkmale:** Die GeKo soll einen Mindestleistungskatalog für die PKV vorlegen. Darin soll die medizinische Notwendigkeit von Leistungen, vor allem auch die innovativen Leistungen, begründet werden.

Inzwischen sind die unglaublichen Vorgänge auf dem Sonderärztetag, bei dem durch Geschäftsordnungstricks eine ehrliche Diskussion der GOÄ durch die Leitung verhindert wurde, längst bekannt. Die Chance wurde verspielt, die neue GOÄ zu einer allgemein akzeptierten gesetzlichen Honorarordnung zu machen. Der schwere ordnungspolitische Fehler, den Staat mit der Beihilfe und die betroffene Privatversicherungswirtschaft in die GeKo zu holen, ist ein nicht umkehrbarer Schritt.

## Fazit

In verdeckter Form wurden eine Budgetierung und zahlreiche Steuerungsinstrumente aus der GKV eingeführt. Erstaunlich war, dass überhaupt nicht über Geld gesprochen wurde. Die Algorithmen, die die Höhe des robusten Einheitsatzes bestimmen, bleiben im Dunkeln. Ob bei den Einzelleistungen tat-

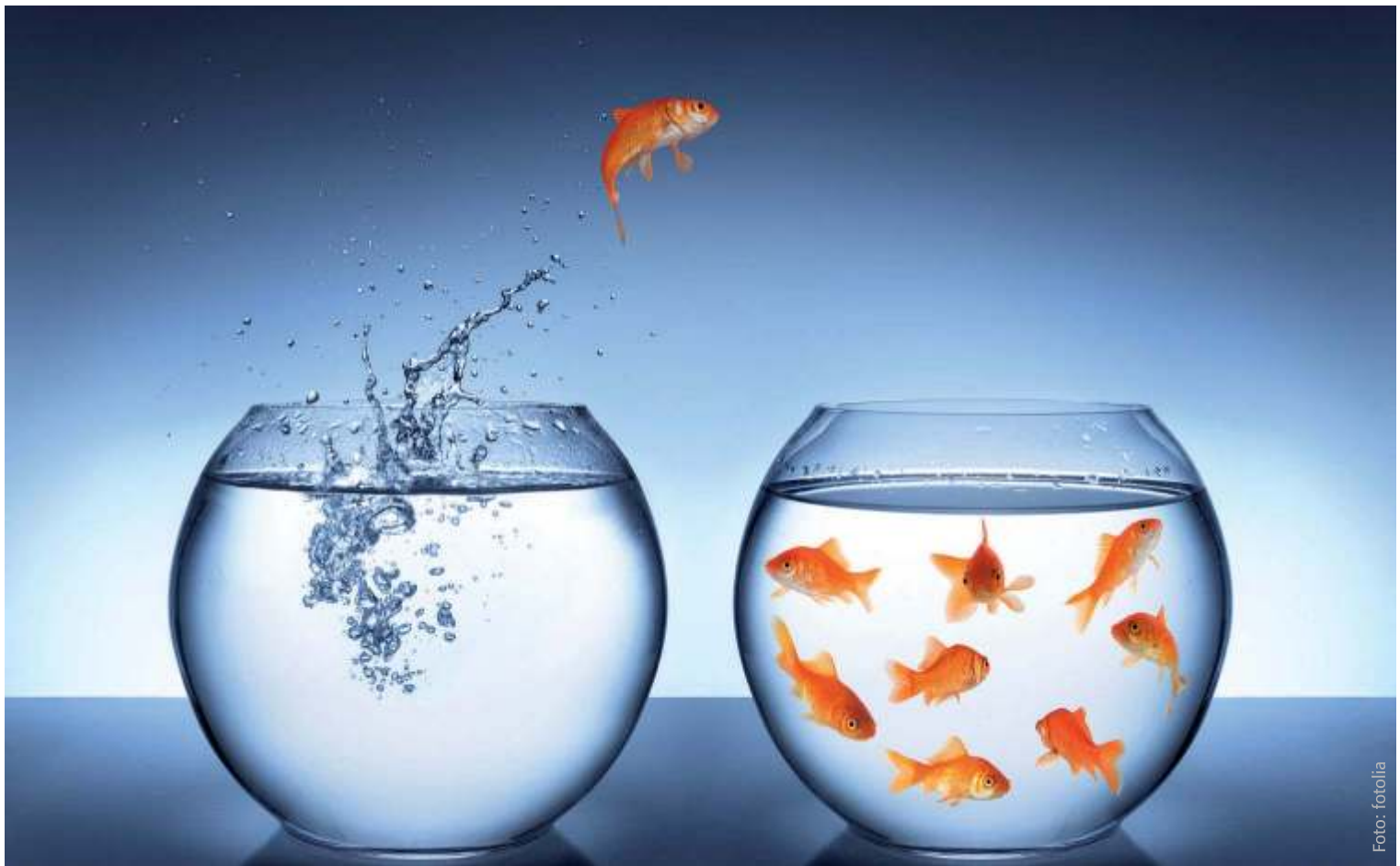
»Die Gemeinsame Kommission wird verbindliche Vorgaben erlassen«

sächlich betriebswirtschaftliche Berechnungen vorliegen, bleibt auch zweifelhaft. Bei den schlechten statistischen Daten in Deutschland und der ökonomischen Inkompetenz der Verhandlungsführer sind Zweifel angebracht. Im Übrigen wird die GeKo die Kammern sehr viel Geld kosten, da für ihre Aufgaben ein gewaltiger Apparat aufgebaut werden muss.

Am schlimmsten ist, dass diejenigen Ärzte, die am wenigsten von der GOÄ betroffen sind, nämlich die angestellten Ärzte im Krankenhaus, über eine existenzielle Frage für ihre niedergelassenen Kollegen entschieden haben. Im Gegensatz zum verstorbenen BÄK-Präsidenten Hoppe, der immer alle Gruppierungen versucht hat einzubinden, zeigt sich Präsident Montgomery als wenig weitsichtiger Machtmensch, dem es darum geht, bezüglich der GOÄ endlich „den Sack zuzumachen“, wie er nach dem Sonderärztetag sagte.

Um weiteren Schaden abzuwenden, sucht unser Vorstandschef Dr. Werner Baumgärtner das Gespräch mit Präsident Montgomery und Bundesgesundheitsminister Gröhe. ■■■

Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon



## Jetzt Vorteile sichern und Mitglied werden!

Die Auswirkungen der politischen Reglementierung und Beeinflussung im Gesundheitswesen zeigen sich in den ökonomischen Problemen und wirtschaftlichen Zwängen der Arztpraxen. Ärzten, die laut Hippokratischem Eid in ihren Entscheidungen frei und unabhängig sein sollten, werden Rahmenbedingungen auferlegt, die zu Recht als unwürdig empfunden werden und darüber hinaus das „Unternehmen Arztpraxis“ in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährden.

Einige standespolitische Vertreter schimpfen zwar lautstark über politisch verordnete Regelleistungsvolumen, Fallzahlzuwachsbeschränkungen, Regresse, unsichere Honorare und Budget-Kürzungen – unterm Strich billigen sie jedoch die von der Politik vorgegebenen Entscheidungen und deren Umsetzung.

Mit der Entwicklung des 5-Säulen-Modells hat unser MEDI Verbund einen anderen Weg eingeschlagen. Die 5 Säulen eröffnen Ihrer Praxis völlig neue Perspektiven, indem sie individuelle, standesrelevante Möglichkeiten für patientenorientierte Gesundheitsversorgung und wirtschaftliches Wachstum anbieten. Nehmen Sie sich die Zeit, denn es geht um die Zukunft Ihrer Praxis.

### 1. Kollektivvertrag

Bleibt auch künftig eine wichtige Einnahmequelle für die Praxen. Hier lautet unsere Kernforderung: endlich eine angemessene und feste Bezahlung unserer Arbeit in Euro und Cent. Dafür machen wir uns im KV-System und bei der Politik stark.

### 2. Selektivverträge für Haus- und Fachärzte

Bieten Planungssicherheit und eine deutlich bessere Vergütung als der Kollektivvertrag. Deswegen helfen sie insbesondere Versorgerpraxen mit wenigen Privatpatienten dabei, ihre Existenz zu sichern. Unser Ziel ist es, solche Verträge für alle Fachgruppen und mit allen Krankenkassen abzuschließen. Selektivverträge verbessern die Patientenversorgung und mindern den ärztlichen Nachwuchsmangel.

### 3. Kostenerstattung

Sorgt für Transparenz und reduziert die Bürokratie. Privatpatienten und Selbstzahler sind für viele Praxen existenziell. Deswegen setzen wir uns für den Erhalt der PKV ein und fordern eine neue GOÄ. Aus unserer Sicht ist es selbstverständlich, dass sie nach über 20 Jahren Gültigkeit angehoben wird.

### 4. Individuelle Gesundheitsleistungen

Sind bei einer steigenden Nachfrage nach Gutachten, Bescheinigungen, reisemedizinischen und sonstigen von den Patienten gewünschten Leistungen unabdingbar. Wir setzen uns für Transparenz beim Angebot und bei den Preisen der einzelnen Leistungen ein und haben dazu einen Katalog entwickelt.

### 5. Einzelverträge mit Krankenhäusern

Krankenhausaufenthalte können durch ambulante Voruntersuchungen und poststationäre Weiterbehandlungen verkürzt werden. Diese Behandlungen müssten die Krankenhäuser vergüten, weil sie in ihren DRG enthalten sind. Da der § 115a SGB V im VStG sinnvoll ergänzt wurde, können wir prä- und poststationäre Leistungen mit den Krankenhäusern wieder vertraglich vereinbaren.

#### So einfach geht's

Bitte füllen Sie den Aufnahmeantrag vollständig aus und schicken Sie ihn per Post an:

MEDI Baden-Württemberg e.V.  
Mitgliederverwaltung  
Industriestraße 2  
70565 Stuttgart

#### Auszug aus der Beitragsordnung:

Für Mitglieder beträgt der Jahresbeitrag 300 Euro/Jahr in Einzelpraxen, 240 Euro/Person in einer Gemeinschaftspraxis von zwei Kollegen/innen, 210 Euro/Person bei mehr als zwei Kollegen/innen bzw. wenn die Mitglieder der Gemeinschaftspraxis in einem Verwandtschaftsverhältnis zueinander stehen.

Die Mitgliedschaft in der MEDI GbR ist kostenlos.

→ Die gültige Satzung des MEDI Verbunds und die GbR-Verträge finden Sie unter [www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de).

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Titel/Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Fachgebiet \_\_\_\_\_

LANR \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Praxisort \_\_\_\_\_

Gemeinschaftspraxis mit \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

meine Aufnahme als Einzelmitglied in den MEDI Verbund und in die zugehörige MEDI GbR. Ich bin als  Vertragsarzt/Vertragsärztin, als  ermächtigte/r Arzt/Ärztin oder als  psychologische/r Psychotherapeut/in bzw.  Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt. Mit der Aufnahme erkenne ich die Regelungen in den Satzungen des MEDI Verbunds und der MEDI GbR als für mich verbindlich an.

#### Datenschutzerklärung:

Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine Daten weiteren MEDI-Geschäftspartnern für die Zusendung von Informationen und zur direkten Kontaktaufnahme zur Verfügung gestellt werden:  ja  nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

#### Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den fälligen Jahresbeitrag von meinem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



Foto: fotolia

## Juristen warnen vor Privatnutzung von Internet und E-Mail in Arztpraxen

Die Kommunikation per E-Mail ist ebenso wie die Nutzung des Internets aus dem heutigen Arbeitsalltag nicht mehr wegzudenken – auch in Arztpraxen. Mitarbeiter/-innen lesen und schreiben E-Mails und recherchieren im Internet. Solange das betrieblich veranlasst ist, gibt es rechtlich kaum Probleme.

Ganz anders ist aber die Situation, wenn Angestellte die betriebliche E-Mail-Adresse auch für ihre private Kommunikation oder den Internetzugang der Praxis zu privaten Zwecken nutzen, wie zum Beispiel online Einkäufe oder Reisebuchungen tätigen, den Arbeitsalltag durch YouTube-Filme auflockern oder Videos und Musik herunterladen. Hier spielen das **Datenschutzrecht**, das **Telekommunikationsrecht** und insbesondere das **Arbeitsrecht** eine große Rolle.

Grundsätzlich sehen wir keine Notwendigkeit dazu, dass Mitarbeiter/-innen den Computer am Arbeitsplatz für private Zwecke nutzen. Das gegen das Verbot der Privatnutzung immer wieder gerne vorgebrachte Argument, es sei heutzutage fast schon eine Selbstverständlichkeit und Zeichen eines „modernen“ Betriebs, dass Mitarbeiter/-innen Internet und E-Mail auch privat nutzen können, überzeugt nicht. Heutzutage hat fast jeder ein Smartphone oder ein internetfähiges Handy und ist darüber online erreichbar oder kann das Internet nutzen.

Zudem wird wohl niemand ernsthaft die Ansicht vertreten, ein Arbeitgeber müsse seinen Arbeitnehmern während der Arbeitszeit (!) eine „Lesecke“ mit Zeitschriften, Katalogen, Büchern, Filmen und Musik zur Verfügung stellen. Genau dasselbe gilt für die „Online-Lesecke“: Für die Gestattung eines privaten E-Mail- und Internetzugangs während der Arbeitszeit für Mitarbeiter/-innen gibt es keine Veranlassung.

Deswegen empfehlen wir aus rechtlicher Sicht jedem Praxisinhaber dringend, die private Nutzung sowohl des betrieblich zur Verfügung gestellten Internetzugangs als auch der betrieblichen E-Mail-Adresse ausdrücklich und schriftlich zu verbieten. Das Verbot allein genügt aber nicht. Zur Absicherung der eigenen Position sollten auch regelmäßige stichprobenmäßige Kontrollen durchgeführt werden, Verstöße gegen das Verbot sind zu sanktionieren. Ansonsten kann ein mit arbeitsrechtlichen Instrumenten nur noch schwer zu beseitigender Anspruch auf Privatnutzung entstehen.

### Warum verbieten?


Wenn der Praxischef die private Nutzung von Internet und E-Mail nicht vollumfänglich ausdrücklich verbietet, sondern duldet oder sogar ausdrücklich erlaubt,

wird er nach der ganz überwiegenden Meinung in der Rechtsprechung und juristischen Literatur zum sogenannten Anbieter von Telekommunikations- und Telemediendiensten. Damit muss er nicht nur die üblichen Datenschutzregeln einhalten, sondern insbesondere auch das Fernmeldegeheimnis (§ 85 Telekommunikationsgesetz, TKG).

Nimmt der Praxisinhaber dann – ohne Zustimmung des Arbeitnehmers – Kenntnis vom Inhalt oder den näheren Umständen einer Telekommunikation, kann er sich sogar recht schnell strafbar machen. Das wäre zum Beispiel der Fall, wenn er Einblick in das E-Mail-Konto seiner Mitarbeiter/-innen nimmt. Da stets die Zustimmung der Mitarbeiter/-innen erforderlich ist, bedeutet dies, dass der Praxischef letztlich keine Kontrollen vornehmen kann.

Auch die Einhaltung gesetzlicher Dokumentationspflichten, zum Beispiel die Archivierung von E-Mails, wird erheblich erschwert, weil der Arzt eben von der E-Mail-Kommunikation seiner Mitarbeiter/-in keine Kenntnis erlangen darf. Schon ganz alltägliche, in der

Praxis häufig vorkommende Ereignisse, wie die (längerfristige) Erkrankung von Angestellten, ziehen rechtliche Probleme nach sich. Denn der Arzt darf zum Beispiel nicht ohne Weiteres den E-Mail-Eingang von Angestellten auf andere umleiten oder selbst nachsehen, welche E-Mails bei ihnen eingehen.

Sofern ihnen jedoch die (teilweise) Privatnutzung erlaubt werden soll, müssen hierfür unbedingt klare und präzise Regelungen getroffen werden: zum Beispiel zum zeitlichen Umfang und zu den Voraussetzungen, unter denen ein Widerruf der privaten Nutzung erfolgen kann. Darüber hinaus müssen die Mitarbeiter ihre Einwilligung zu klar definierten Kontrollen erklären. Keinesfalls sollte bezüglich privater Nutzung ein Auge zugedrückt und diese faktisch geduldet werden. 

*Dr. Thomas Weimann,*

*Dr. Jörg Fecker*



Ass. jur. Ivona Büttner-Kröber  
beantwortet Ihre Rechtsfragen



Foto: fotolia

## Wie muss eine Rechnung aussehen, damit sie das Finanzamt anerkennt?


Für alle Unternehmen und Selbständige sind gemäß §§ 14, 14a Umsatzsteuergesetz folgende Angaben auf der Rechnung erforderlich:

- vollständiger Name (einschließlich der Angabe der evtl. Gesellschaftsform) und Anschrift des leistenden Unternehmens
- vollständiger Name und Anschrift des Leistungsempfängers
- Termin/Zeitraum der Lieferung bzw. Leistung
- Ausstellungsdatum (= Rechnungsdatum)
- Menge und handelsübliche Bezeichnung der gelieferten Produkte bzw. Art und Umfang der Dienstleistung (also „Beratungsgespräch zum Thema Büroorganisation“ und nicht nur „Dienstleistung“)
- Netto-Beträge sowie die darauf entfallenden Steuersätze und auch Steuer-Beträge (wenn nicht Kleinunternehmer)
- Rechnungsnummer: Diese Rechnungsnummer muss fortlaufend sein und darf vom Aussteller nur einmal vergeben werden
- Steuernummer oder die Umsatzsteuer-Identifikationsnummer des Rechnungsstellers

Bei sogenannten Kleinbetragsrechnungen, zu denen Rechnungen bis zu einem Wert von 150 Euro zählen, reichen nach § 33 Umsatzsteuerdurchführungs-Verordnung folgende Positionen aus:

- Name und Anschrift des Rechnungsausstellers und des Rechnungsempfängers
- Rechnungsdatum sowie Liefer- oder Leistungsdatum
- Rechnungsnummer
- Menge und Bezeichnung der gelieferten Produkte oder Art und Umfang der Dienstleistung
- Bruttobetrag
- Steuersatz der im Bruttobetrag enthaltenen Umsatzsteuer
- (Finanzamts-)Steuernummer oder die Umsatzsteuer-Identifikationsnummer,
- ggf. Hinweis auf den Grund für die fehlenden Umsatzsteuer-Angaben

Jede Eingangsrechnung sollte nicht nur auf rechnerische Richtigkeit, sondern auch auf Vollständigkeit geprüft werden, denn das Finanzamt kann von fehlerhaften Eingangsrechnungen die ggf. einbehaltene Vorsteuer nachträglich zurückverlangen oder sogar den Betriebsausgabenabzug verwehren.

Weitergehende Detailfragen, insbesondere im Hinblick auf ein eventuelles Formerfordernis bei eigenen Ausgangsrechnungen und der Umsatzsteuerpflichtigkeit der ärztlichen Tätigkeit, sollten mit einem Steuerberater geklärt werden. 



Fotos: Maks Richter

Software-Entwicklung ist Teamarbeit. In Stuttgart sorgen 13 IT-Fachleute dafür, dass alles läuft. Sieben weitere arbeiten in Köln.

## » Früher haben wir sogar die Nächte durchgearbeitet «

Aus einem Einmannposten ist die größte Abteilung beim MEDI Verbund geworden. Das Team von Sven Gutekunst sorgt zwar auch heute noch dafür, dass die Computer in der Stuttgarter Geschäftsstelle laufen. Aber es gibt neue Arbeitsschwerpunkte: die Abrechnung der Selektivverträge und die Praxissoftware doc.star.

---

Sven Gutekunst ist seit über 13 Jahren für die IT zuständig. Anfangs glaubte er nicht, dass er lange beim MEDI Verbund bleiben würde. „Die Firma wirkte sehr klein“, lacht er heute. Seine Ausbildung zum IT-Systemkaufmann hatte er bei IBM absolviert. Bei MEDI war der 35-Jährige anfangs für alles zuständig, was

einen Stecker hatte. Aber das konnte auch von Vorteil sein: Gutekunst konnte Projekte entwickeln, eine Mitgliederverwaltung aufbauen, den Internetauftritt realisieren oder den EBM-Praxishelfer erstellen. „Es liegt mir, frei und kreativ zu arbeiten“, sagt er. Also blieb er und baute die IT-Abteilung auf.

Die Zahl der Mitglieder wuchs erfreulich, neue Projekte kamen hinzu. Als Folge wurden neue Mitarbeiter eingestellt, mehr Raum wurde nötig. MEDI zog von Stuttgart-Zuffenhausen nach Stuttgart-Möhringen und schließlich nach Stuttgart-Vaihingen. Mit den Jahren vergrößerte sich auch die IT-Abteilung. Gutekunst merkte schnell, dass es gar nicht so leicht ist, qualifizierte Mitarbeiter zu finden: Die Nachfrage nach IT-Spezialisten im Großraum Stuttgart ist enorm. „Wir brauchen Mitarbeiter, die kreativ, neugierig und absolut zuverlässig sind.“



Sven Gutekunst hat die IT-Abteilung aufgebaut. Heute ist er ihr Chef.

## Lernprozesse und Erfolge

Und manchmal muss man auch den Sprung ins kalte Wasser wagen. Die Entwicklung für die Selektivverträge ist dafür ein schönes Beispiel. Neu war für Gutekunst und sein Team der Umfang der Programmierung, aber auch die enge Kooperation mit der AOK Baden-Württemberg und dem Hausärzterverband. „Verträge müssen von Anfang an so gestrickt sein, dass sie in eine Software umgesetzt werden können“, weiß er heute. Da wird beispielsweise formuliert, dass eine bestimmte Ziffer in der Regel nur einmal im Quartal abgerechnet werden kann, bei Verschlechterung des Zustands aber auch häufiger. „Solche Ausnahmen müssen wir vor Beginn eines neuen Vertrags kennen und bei der Entwicklung berücksichtigen“, betont der Software-Experte und fügt hinzu: „In Anfangszeiten unserer Selektivverträge hatte ich auch viele MEDI-Ärzte beraten.“

Seine Abteilung hat viele Lernprozesse rund um die Programmierung erlebt. Das gesamte Vorgehen hat sich in den letzten Jahren enorm verändert. Anfangs hat Gutekunst selbst Software entwickelt. Heute können das seine Mitarbeiter besser. Früher hatte er Ideen, die er sofort und ohne Anforderungskatalog oder Pflichtenheft umgesetzt hat. Heute ist Software-Entwicklung Teamarbeit. Jeder Schritt wird dokumentiert.

## Die IT-Abteilung in Zahlen

- 13 Mitarbeiter in Stuttgart, 7 in Köln
- Durchschnittsalter: 41,5 Jahre
- 10 Selektivverträge
- Mehrere tausend E-Mails pro Tag
- 470 Quadratmeter Fläche
- 28 Computer stehen in der IT-Abteilung
- Für 62 vernetzte Computer der Mitarbeiter und viele andere IT-Komponenten zuständig
- 108 Server mit einer Kapazität von über 224 Gigahertz, über 1,2 Terabyte Arbeitsspeicher und mehr als 67 Terabyte Speicherplatz
- Rund 8,5 Kilometer Netzkabel in den MEDI-Räumen und im Rechenzentrum
- Über 2.000 Tassen Kaffee pro Jahr
- Über 70 Pizzalieferungen pro Jahr



Foto: fotolia

Gutekunst freut sich über die Erfolge und darüber, dass heute keine Nacharbeit mehr für die Abrechnung der Verträge nötig ist. „In den ersten Quartalen haben wir oft noch nach Mitternacht an den Rechnern gesessen“, erinnert er sich. „Das war eine

Fortsetzung >>>





Agim Ameti (links) ist für die Abrechnungssoftware der Facharztverträge zuständig, Oliver Keutel für die Administration der IT-Infrastruktur bei MEDI.

Fortsetzung

»Früher haben wir sogar die Nächte durchgearbeitet«

knackig-harte Zeit, aber wir haben es immer geschafft, pünktlich abzurechnen.“ Und nebenbei musste auch noch der ganz normale Alltag funktionieren: neue Computer installieren, Software updaten, bei Fehlern helfen – Systemadministration halt.

### Systemadministration

Oliver Keutel hat Medien- und Kommunikationsinformatik studiert. Mit 14 wollte er einen Computer haben, also arbeitete er in den Sommerferien in der Buchbinderei. Mit 16 hatte er seinen ersten kleinen Job als Systemadministrator eines Übersetzungsbüros. So verdiente er sich auch sein Studium.

Seit Mitte 2014 ist Keutel einer von aktuell zwei Systemadministratoren beim MEDI Verbund. Eine Art EDV-Hausmeister, der richtige Ansprechpartner, wenn es an einem Rechner im Haus klemmt. Er kennt alle Mitarbeiter und Abteilungen, hat an jedem Rechner schon Software installiert oder nach Fehlern gefahndet. Als Systemadministrator sorgt Keutel auch für das Funktionieren der gesamten IT-Infrastruktur, für das Netzwerk, die physikalischen und virtuellen Server, aber auch für die Telefonanlage oder die Präsentationstechnologie. Er ist dafür zuständig, dass die Technik reibungslos funktioniert. Dazu muss er ständig weiterlernen, sich mit jeder Software-Aktualisierung

auskennen und die neuen Trends bei Geräten kennen. „Es ist nie langweilig und immer herausfordernd“, freut sich Keutel über den Gestaltungsspielraum, den er bei MEDI hat.

Natürlich ist er auch noch für die Administration der MEDI-eigenen Software zuständig, die seit Jahren wächst. Da gibt es zum Beispiel das Ticketsystem namens MEDI-Cockpit, mit dem Anfragen oder Aufgaben intern organisiert, gemeinsam bearbeitet und beantwortet werden. Oder MEDios, das riesige Programm für die Abrechnung der Hausarzt- und Facharztverträge. Nicht zu vergessen die zentrale Datenablage, das E-Mail-Programm für alle Mitarbeiter oder die Buchhaltungssoftware. Auch die Schulung neuer Mitarbeiter gehört zu Keutels Aufgaben, wenn es um MEDI-Anwendungen geht. Zu guter Letzt ist er einer von zwei IT-Spezialisten, die in Arztpraxen die MEDI-eigene Praxissoftware doc.star installieren.

### Größer als ein U-Bahn-Plan

Einige Server arbeiten mit Windows, andere mit Linux – ein Normalsterblicher möchte sich die physikalischen, virtuellen oder Cluster-Server nicht wirklich vorstellen. Für Keutel ist ein Netzwerk dagegen etwas Faszinierendes und Lebendiges. Für ihn gibt es keine besonders fehleranfällige Abteilung. „Wenn es bei uns knirscht, dann meistens überall gleichzeitig“, beschreibt er nüchtern, was im Alltag bestimmt eine Stressquelle darstellt.

Als Grund dafür gibt er „die gegenseitigen Abhängigkeiten im System“ an: Einzelne Dienste, welche auf bestimmten Servern laufen, sind von Diensten

abhängig, die auf diesem oder einem anderen Server laufen, die wiederum – und so weiter. Für den Laien interessanter ist die Tatsache, dass man die Abhängigkeiten der einzelnen Dienste grafisch darstellen kann. Resultat ist dann eine Karte, die umfangreicher aussieht als der Plan der Londoner U-Bahn.

Die IT-Abteilung sorgt mit der Auslieferung standardisierter Rechner dafür, dass die Mitarbeiter alle nötigen Programme vorfinden und nichts selbst installieren oder entwickeln müssen. Dafür gibt es zusätzlich zur Systemadministration die Software-Entwickler.

### Software-Entwicklung

Agim Ameti entspricht nicht dem Klischee eines Software-Entwicklers, der am liebsten alleine vor seinem Rechner sitzt und sich von Pizza und Kaffee ernährt. Im Gegenteil, für ihn sind Kontakte und Kommunikation wichtig – auch bei der Software-Entwicklung. Intern kooperiert Ameti vor allem mit der Abrechnungsabteilung, nach außen auch mit MEDI-Ärzten. Zum Beispiel wenn eine Teilgemeinschaftspraxis

(TGP) Unterstützung für den Aufbau eines Internet-auftritts braucht. Patienten sollen schließlich über alle TGP-Angebote Bescheid wissen und die teilnehmenden Ärzte sollen miteinander im Netz kommunizieren können. Solche Arbeiten machen Ameti Spaß. „Man sieht sofort die Ergebnisse am Rechner und die zufriedenen Gesichter der Ärzte“, lacht er.

### Abrechnungsprogramm für Selektivverträge

Die Programmierung der Abrechnungsprogramm MEDlos war dagegen ein Projekt ganz anderen Kalibers. Diese Programme gehören zu den größten und wichtigsten Aufgaben der IT-Abteilung. „Beim ersten Vertrag war das eine echte Herausforderung“, erinnert sich Ameti.

Zuerst musste vollständig erfasst werden, welche Einzelheiten die Software tatsächlich abbilden muss. Dazu arbeitete sich Ameti tief in Vertrags- und Abrechnungsfragen ein und nahm auch an gemeinsamen Planungs- und Abrechnungssitzungen der Vertragspartner teil.



Über 70  
Essenslieferungen,  
der Jahresverbrauch  
der MEDI-ITler.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

»Früher haben wir sogar die Nächte durchgearbeitet«

## Aufgaben von A bis Z



- Abrechnungssoftware für Selektivverträge entwickeln
- Backups organisieren und sicherstellen
- Benutzermanagement: Wer hat welche Berechtigung?
- Beratung des Vorstands in EDV-Fragen
- Computer und -zubehör kaufen, installieren und warten
- Datenschutz-Anforderungen kennen und umsetzen
- E-Mail-Versand sicherstellen
- Hilfestellung für MEDI-Mitarbeiter bei EDV-Problemen
- Innovationen erkennen und bei Bedarf umsetzen
- Leitlinien für MEDI-Mitarbeiter entwickeln
- Mitgliederverwaltung bereitstellen und erweitern
- Netzwerk erweitern und pflegen
- Praxissoftware doc.star installieren, verbessern, anpassen
- Qualitätsmanagement praktisch umsetzen
- Rechnungswesen unterstützen
- Server installieren und pflegen
- Telefonanlage betreuen
- Unterstützung aller Abteilungen bei Hard- und Software-Problemen
- Virenschutz im gesamten Netzwerk sicherstellen
- Zustand der gesamten IT-Infrastruktur überwachen

Foto: fotolia

Wochen vergingen, bis das erste Grobkonzept für die Software entwickelt war. Voraussetzung für den Erfolg war auch die enge Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Abteilungen. Nicht nur die einzelnen Leistungen, die ein Arzt erbringt, auch etliche Parameter der Ärzte müssen für eine korrekte Abrechnung elektronisch erfasst werden: von der Betriebsstättennummer über das Vorhandensein von Geräten, die für Zuschläge sorgen. Im Idealfall schicken die Vertragsteilnehmer ihre Leistungsdaten an MEDI, wo sie in Abrechnungsdaten für die Krankenkassen umgewandelt werden. „Mit gewissen Einschränkungen“, erklärt Ameti, „das Programm prüft nacheinander in sechs Stufen, ob die Abrechnung korrekt ist.“ Wo es



möglich ist, wandelt es falsche Ziffern in vertragskonforme Ziffern um und streicht nur in Fällen ohne Abrechnungsmöglichkeit.

Zusätzlich erzeugt die Software Abrechnungsziffern, falls Quoten erreicht oder Geräte nachgewiesen wurden. Erst nach dieser Prüfung werden die Daten an die Krankenkassen weitergeleitet – in genau der Form, die der Datenschutz vorschreibt. „Datenschutz ist ein großes Thema geworden“, weiß Ameti, „da muss man höllisch aufpassen.“

Seit dem ersten Facharztvertrag hat sich bei den MEDI-Technikern viel getan. Ihre Erfahrungen sind gewachsen und das Grundgerüst der Vertragssoftware erleichtert die Programmierung für neue Verträge. Aktuell liegen für zehn Selektivverträge Abrechnungsprogramme vor und Ameti erklärt stolz, aber auch mit einer gewissen Erleichterung, dass bei der Programmierung ein Stück weit Routine eingekehrt ist.

### Neues Geschäftsfeld doc.star

Eine wichtige Rolle spielt in Zukunft die Praxisverwaltungssoftware doc.star. Mit ihr wird MEDI-Mitgliedern eine technisch gut umgesetzte Praxissoftware angeboten. Wer doc.star nutzen möchte, benötigt nur einen internetfähigen Computer mit einem Browser. Die Besonderheit besteht darin, dass nicht jeder Arzt einen eigenen Server in seiner Praxis braucht. Stattdessen läuft doc.star in einem MEDI-Rechenzentrum, wo sich die Nutzer über eine sichere Verbindung einloggen können.

So etwas nennt man „Software as a Service“ oder kurz SaaS. Ein neuer Trend, den auch Microsoft für das Office-Paket nutzt. „Technisch und datenschutzrechtlich ist das kein Problem“, versichert Gutekunst.



Die Liste wird aktualisiert und motiviert zusätzlich.

MEDI übernimmt hier viele Aufgaben, die bisher der Arzt selbst lösen musste: „Einspielen von Software-Updates, Datenspeicherung und Datensicherung entfallen durch die Arbeit mit doc.star“, zählt Jens Langen, Leiter der Software-Entwicklung doc.star, auf. Er ist einer von sieben Mitarbeitern, die in der neuen MEDI-Niederlassung in Köln an der Weiterentwicklung von

doc.star tüfteln. „Einen weiteren Vorteil bietet das Programm angesichts der steigenden Bedeutung von Praxiseinbrüchen, weil die Daten ja nicht mehr in der Arztpraxis gespeichert werden“, so Langen.

Damit das neue Projekt langfristig in den Praxen funktioniert, mussten die IT-Leute in Stuttgart und Köln ihre Arbeitsprozesse optimieren. „Inzwischen arbeiten beide Standorte, auch dank der IT-Infrastruktur in Stuttgart, effektiv und eng zusammen“, freut sich Langen.

Die IT-Abteilung sieht sich als ein Dienstleistungsunternehmen für MEDI, das den Vorstand und andere Abteilungen dabei unterstützt, die politischen und wirtschaftlichen Ziele des Verbunds zu erreichen. An der Entwicklung ist abzulesen, dass aus der ehemaligen schwäbischen Ärztegruppe inzwischen ein professioneller Ärzteverband mit dem nötigen betriebswirtschaftlichen, juristischen und IT-Hintergrund geworden ist und ein Kompetenzzentrum für die Abrechnung von Selektivverträgen. ■■■

*Ruth Auschra*



## Auch in diesem Jahr sind die Richtgrößen einzuhalten!

Erst ab 2017 sollen die Richtgrößen durch neue Vereinbarungen abgelöst werden. Für die Jahre 2014 bis 2016 werden die bisherigen Richtgrößenprüfungen im Zweifel auch weiterhin durchgeführt. Entsprechende Regresse können innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren festgesetzt werden. Für das Verordnungsjahr 2016 also bis 31.12.2018.

Wer in der Vergangenheit wegen der Überschreitung seines Richtgrößenbudgets schon eine Beratung erhalten hat, dem drohen für die weiteren Jahre im Falle weiterer Überschreitung der Richtgrößen nun ernsthaft Regresse! Und tatsächlich wurden einige Ärzte im Dezember 2015 mit einem Regress für das Jahr 2013 konfrontiert. Dasselbe droht rückwirkend auch für Arzneimittelverordnungen in den Jahren 2014 und 2015 sowie für das laufende Jahr 2016. Eine Entwarnung kann also noch nicht gegeben werden. Vielmehr ist es niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dringend zu empfehlen, eine eventuell erhal-

tene Beratung der Prüfungsstelle ernst zu nehmen und umzusetzen oder, falls noch keine Beratung erfolgt ist, zur Vermeidung einer Richtgrößenprüfung den Arzneimittelreport bzw. das eigene Richtgrößenbudget auch im laufenden Jahr 2016 jedes Quartal streng auf die Einhaltung zu überprüfen.

Denn der Gesetzgeber schreibt die Einleitung einer Richtgrößenprüfung vor, wenn Ärzte ihr individuelles Richtgrößenbudget um mehr als 15 Prozent überschreiten. Das Budget errechnet sich nach der Anzahl der Behandlungsfälle (aufgegliedert nach Mitgliedern und Familienangehörigen einerseits sowie Rentnern andererseits), multipliziert mit der jeweils für Mitglieder und Rentner gültigen Richtgröße der Facharztgruppe. Ein Regress droht allerdings erst dann, wenn das individuelle Richtgrößenbudget um mehr als 25 Prozent überschritten ist.

### Verordnungskosten und weitere Zahlen sorgfältig prüfen

In diesem Fall ist der Arzt gut beraten, innerhalb der Monatsfrist Widerspruch einzulegen und sodann den Bescheid sorgfältig zu prüfen. Zu überprüfen sind sowohl die beigefügte Arzneimittelstatistik als auch

die Verordnungslisten bzw. die behaupteten Verordnungskosten. Die Software der Arztpraxis muss eine Übersicht der veranlassten Verordnungskosten und damit einen Vergleich mit den von der Prüfungsstelle behaupteten Verordnungskosten ermöglichen. Ferner sind grundsätzlich die Fallzahlen auf Übereinstimmung mit den eigenen Daten zu überprüfen. Erst wenn der Arzt sicher ist, dass die behaupteten Verordnungskosten und Zahlen zutreffend sind (was keinesfalls immer der Fall ist), muss weiter untersucht werden, weshalb der Arzt die Richtgrößen nicht einhalten konnte.

### **Praxisbesonderheiten überprüfen**

Daher ist nun eingehend zu prüfen, ob sämtliche Praxisbesonderheiten, die von der Prüfungsstelle bereits im Vorfeld aufgrund bestimmter Indikationen oder Wirkstoffe anzuerkennen sind, bei den Berechnungen der Prüfungsstelle auch tatsächlich Berücksichtigung gefunden haben. Die Anerkennung von Indikationen und Wirkstoffen ist allerdings für die

Ärzte oft intransparent und nicht nachvollziehbar: So kann es sein, dass bestimmte Wirkstoffe oder Indikationen im Vorjahr noch als Praxisbesonderheit herausgerechnet wurden, im Nachfolgejahr hingegen nicht mehr als solche gelten. Auch die Reduzierung der Richtgrößen führt zu einer Verringerung der individuellen Richtgrößenbudgets und damit zu einer größeren Gefahr der Überschreitung, wenn nicht zugleich weitere Wirkstoffe als Praxisbesonderheiten anerkannt werden. Schließlich ist zu prüfen, ob Patienten, die in Selektivverträgen eingeschrieben sind, ebenfalls in die Verordnungskosten eingerechnet wurden und ob dies den vertraglichen Vereinbarungen mit den Krankenkassen entspricht.

Eine entsprechende sorgfältige Prüfung und Stellungnahme kann daher dazu führen, dass auch eine Überschreitung des Richtgrößenbudgets um mehr als 25 Prozent aufgrund von Praxisbesonderheiten plausibel erklärt werden kann und folglich kein Regress ausgesprochen wird. Denn der Regress muss stets auf dem Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit im

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

## Auch in diesem Jahr sind die Richtgrößen einzuhalten!

Sinne des § 12 SGB V beruhen. Medizinisch notwendige Verordnungen sind hingegen nie unwirtschaftlich – diese medizinische Beurteilung obliegt allerdings im Nachhinein den Prüfungsgremien und nicht dem Arzt.

### Beratung vor Regress - nicht immer entlastend!

Seit einer Änderung des § 106 SGB V darf bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent noch kein Regress festgesetzt werden. Vielmehr muss zuerst stets eine individuelle Beratung erfolgen.

## Die Autorin



**Beate Bahner** ist Fachanwältin für Medizinrecht und Inhaberin der gleichnamigen Fachanwaltskanzlei in Heidelberg. Sie ist ferner Fachbuchautorin mehrerer Standardwerke im Arztrecht, wie zum Beispiel „Honorarkürzungen, Arzneimittelregresse, Heilmittelregresse: Ärzte in der Wirtschaftlichkeitsprüfung“.

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

Diese stellt sinnbildlich gesehen eine „gelbe Karte“ dar und ist die zwingende gesetzliche Voraussetzung für einen späteren Regress. Daher sollte auch schon die Beratung im Zweifel mit einem schriftlichen Widerspruch innerhalb der Monatsfrist angegriffen werden. Denn wenn die von der Prüfungsstelle behauptete Überschreitung der Richtgrößen tatsächlich gar nicht vorlag, dann hätte auch keine Beratung erfolgen dürfen.

Ein Regress darf aber erst festgesetzt werden, nachdem der Arzt erstmalig in rechtlich zulässiger

Weise beraten wurde. Es empfiehlt sich daher, selbst solche Bescheide mit Widerspruch anzugreifen, die nur eine Beratung enthalten. Denn die anwaltliche Erfahrung zeigt, dass Überschreitungen im Arzneimittel- und im Heilmittelbereich oftmals durch eine bestimmte Patientenlientel und die damit verbundene Notwendigkeit entsprechender Verordnungen begründet sind. Wer krank ist und entsprechender Medikamente oder Heilmittel bedarf, hat, trotz vorgegebener Richtgrößen, einen gesetzlichen Anspruch auf Verordnung durch den Arzt. Der Arzt darf hierfür nicht durch einen Arzneimittelregress sanktioniert werden. All dies muss jedoch rechtzeitig und sehr sorgfältig begründet werden.

### Regress erst nach erstmaliger Beratung zulässig

Ein Regress darf erst für den Prüfzeitraum nach erfolgter Beratung festgesetzt werden. Das bedeutet für die aktuelle Richtgrößenprüfung, dass der Arzt im Falle der erstmaligen Überschreitung seines Richtgrößenvolumens im Jahre 2013 und einer entsprechenden Beratung im Dezember 2015 erst für den Zeitraum ab Januar 2016 auf das kritisierte Ordnungsverhalten reagieren muss. Erst jetzt droht also für das Ordnungsjahr 2016 erstmalig ein Regress, der bis 31.12.2018 festgesetzt werden darf. Der Regress ist allerdings in den ersten zwei Jahren begrenzt auf 25.000 Euro pro Ordnungsjahr.

### Auf individuelle Richtgrößenvereinbarung hinwirken

Möglich ist im Rahmen einer Richtgrößenprüfung auch der Abschluss einer sogenannten individuellen Richtgrößenvereinbarung zwischen Arzt und Prüfungsgremien. Voraussetzung ist der Nachweis, dass der Arzt aufgrund von Praxisbesonderheiten die allgemeinen Richtgrößen seiner Facharztgruppe nicht einhalten kann und daher ein höheres Richtgrößenvolumen benötigt. Er muss dieses dann für die Zukunft allerdings auch einhalten, da bei Überschreitung auch dieses individuellen Richtgrößenvolumens nun ein Regress droht.

Ferner können die Prüfungsgremien dem Arzt eine Reduktion des festgestellten Regressbetrages um bis zu 20 Prozent anbieten, um so ein weiteres Widerspruchs- und Klageverfahren zu vermeiden.

Beate Bahner

## SERIE: DATENSCHUTZ IN ARZTPRAXEN



Foto: fotolia

## Das müssen Sie bei Abrechnung und Praxisübergabe beachten

Die Verarbeitung von Patientendaten spielt in Arztpraxen nicht nur bei alltäglichen Vorgängen wie etwa der Abrechnung der ärztlichen Leistungen eine Rolle, sondern auch bei besonderen Vorkommnissen wie etwa der Praxisabgabe.

Die ärztliche Schweigepflicht und mit ihr die Vorschriften des Datenschutzrechts sind auch bei der Veräußerung der Praxis zu beachten. Dabei gilt, dass, wer die ärztliche Schweigepflicht einhält, zugleich auch die Regeln des Datenschutzes beachtet. In der Rechtsprechung wird die Praxisübergabe bisher in erster Linie unter dem Aspekt der Schweigepflicht (§ 203 StGB, §§ 9, 10 Abs.4 Satz 2 MBO-Ä) behandelt. Es kommt darauf an, ob eine Einzelpraxis oder Anteile an einer Gemeinschaftspraxis (Gesellschafts-

anteile) übertragen werden. Werden Gesellschaftsanteile übertragen, tritt der Erwerber in die fortbestehende Gemeinschaftspraxis ein.

Da der Behandlungsvertrag zwischen Patient und Gemeinschaftspraxis (Gesellschaft) besteht, erstreckt er sich auf alle Mitglieder der Gemeinschaftspraxis, selbst wenn diese erst später in die Gemeinschaftspraxis eintreten. Daher liegt in diesem Eintritt nach der Rechtsprechung des BGH kein unbefugtes Offenbaren eines Geheimnisses gemäß § 203 Abs.1 Nr.1 StGB. Es bedarf bei der Veräußerung eines Anteils an einer Berufsausübungsgemeinschaft im Kaufvertrag daher nicht zwingend besonderer Regelungen zum Schutz der Patientendaten.

### Für Einzelpraxen gelten andere Regeln

Anders verhält es sich bei der Veräußerung einer Einzelpraxis. Verkauft und übertragen werden bei der Veräußerung einer Einzelpraxis nicht nur die so-



nannten materiellen Wirtschaftsgüter (z.B. Praxiseinrichtung, Geräte etc.), sondern insbesondere auch die Ertragschancen der Praxis, d.h. der ideelle Wert der Praxis. Dieser ist in der Patientenkartei verkörpert, die von der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutzrecht geschützt wird. Die Übergabe der Patientenkartei stellt in der Regel eine wesentliche Vertragsbestimmung des Praxisübergabevertrages dar. Nach der Rechtsprechung des BGH ist eine uneingeschränkte Verpflichtung zur Übergabe dieser Unterlagen an einen Praxisnachfolger allerdings nichtig (§ 134 BGB), was zur Folge haben kann, dass der gesamte Praxisübergabevertrag nichtig ist.

### **Patientenkartei**

Grundsätzlich geht die Rechtsprechung davon aus, dass vor der tatsächlichen Übergabe der Patientenkartei die Zustimmung aller Patienten in eindeutiger und unmissverständlicher Weise einzuholen ist. Dies wäre praktisch jedoch nahezu undurchführbar. Daher haben sich Modelle herausgebildet, mit denen sich

*»Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch bei der Praxisabgabe«*

eine vorherige Befragung der Patienten vermeiden lässt. Diese Modelle sind heute überwiegend anerkannt. So geht man etwa davon aus, dass es zulässig ist, zu vereinbaren, dass die Patientendokumentation vom Praxisübernehmer in Verwahrung genommen und unter Verschluss gehalten wird.

Der Zugriff ist dem Praxisübernehmer nur gestattet, wenn sich ein Patient des Praxisabgebers in seine Praxis begibt und um die Behandlung bittet, da

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

## Das müssen Sie bei Abrechnung und Praxisübergabe beachten

hierin zugleich eine Einwilligung in die Übertragung der Patientendaten zu sehen ist. Im Übrigen werden die Patientenunterlagen für die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung (§ 10 Abs. 4 MBO-Ä) im Wege des sogenannten Zwei-Schrank-Modells für den Abgeber aufbewahrt und anschließend vernichtet. Entsprechendes gilt bei EDV-mäßiger Führung der Patientenakte.

### Abrechnungswesen

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht nach der Rechtsprechung des BSG fest, dass sich die Befugnis zur Datenerhebung und Verarbeitung ausschließlich nach den abschließenden bereichsspezifischen Regelungen des Sozialgesetzbuchs, in der vertragsärztlichen Versorgung also insbesondere nach dem SGB V, richten. Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) findet insoweit keine Anwendung. Eine unerlaubte Offenbarung von Sozialdaten verletzt jedoch auch im Bereich der GKV die Strafnorm des § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB, auch die Sozialdaten sind somit strafrechtlich geschützt.

*»Daten von GKV-Patienten sind strafrechtlich geschützt«*

Die komplexen Regelungen des sozialrechtlichen Datenschutzes können hier nicht eingehend dargestellt werden. Für die Datenübermittlung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bedarf es jedenfalls immer einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung. Die Einwilligung des Patienten als Er-

mächtigungsgrundlage ist – nach der Rechtsprechung des BSG abweichend vom datenschutzrechtlichen Regelfall – nicht hinreichend. Da für die Weitergabe an private Abrechnungsstellen (beispielsweise PVS) keine ausdrückliche gesetzliche Grundlage existiert, scheidet im Bereich der GKV die Abrechnung über Abrechnungsstellen aus.

### PKV und Selbstzahler

Im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) und gegenüber sonstigen Selbstzahlern verhält sich dies nach der dort maßgeblichen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) anders. Die Berechtigung gegenüber Selbstzahlern, wie etwa privatversicherten Patienten, unter Einbindung eines gewerblichen privatärztlichen Abrechnungsunternehmens abzurechnen, ist in der Rechtsprechung des BGH seit langem im Grundsatz anerkannt, weil hier, anders als im Bereich der GKV, die Einwilligung des Betroffenen die Datenverarbeitung rechtfertigt.

Verbreitet sind zwei verschiedene Formen der Einschaltung Dritter in die Honorarabrechnung. Zum einen können professionelle Abrechnungsstellen mit der Erstellung einer im Übrigen durch die Praxis selbst erfolgenden Abrechnung beauftragt werden (Outsourcing der Abrechnungserstellung). Zum anderen besteht die Möglichkeit, die Forderung an ein Abrechnungsunternehmen (privatärztliche Verrechnungsstelle) abzutreten (Inkassoession), mit der Folge, dass das Abrechnungsunternehmen im Außenverhältnis Gläubiger des Zahlungsanspruchs gegenüber dem Patienten wird.

Nach der Rechtsprechung bedarf es in beiden Fällen einer vorherigen Einwilligung des Patienten, die schon zu Beweis Zwecken schriftlich erfolgen muss. Hierfür existieren vorformulierte Einwilligungserklärungen, deren Benutzung gängig ist.

Neuere Strömungen in der juristischen Literatur lassen allerdings erkennen, dass die Entwicklung des Datenschutzes im Zusammenhang mit der ärztlichen Abrechnung nicht abgeschlossen ist. Wird das Abrechnungsunternehmen vertraglich darauf beschränkt, im Auftrag des Arztes die Abrechnung zu erstellen, ohne dass zugleich eine Forderungsabtretung erfolgt, so führt es im Außenverhältnis zum Patienten ein ausschließlich fremdnütziges Geschäft aus. In diesem Fall kann es sich um sogenannte Auftragsdatenverarbeitung handeln.

Gemäß § 3 Abs. 8, Abs. 4 Nr. 3 BDSG ist, wenn die Voraussetzungen der Auftragsdatenverarbeitung vorliegen, der Auftragnehmer aus Sicht des Auftraggebers (Arzt) kein „Dritter“, sodass zwischen beiden keine unter das BDSG fallende Übermittlung von Daten stattfindet. Datenschutzrechtlich werden Auftraggeber und Auftragnehmer im Hinblick auf die Weitergabebefugnis somit als Einheit gesehen. Aus datenschutzrechtlicher Sicht bedarf es für diese Fälle somit eigentlich keiner Einwilligung des Patienten.

Ungeachtet dessen haben aber die Datenschutzbehörden bislang die Weitergabe von Daten eines Berufsgeheimnisträgers an ein Abrechnungsunternehmen in der Regel als „Offenbarung“ von Daten gesehen und von einer Einwilligung abhängig gemacht. Die Einwilligung ist daher – nicht zuletzt im Hinblick auf die ohne Einwilligung des Patienten drohende Strafbarkeit gemäß § 203 StGB – in allen Fällen der Weitergabe von Daten zu Abrechnungszwecken einzuholen. ■■■

*Dr. Christian Wittmann,*

*Dr. Thomas Weimann*

## Das lesen Sie in den nächsten Ausgaben

- Datenschutz und Praxissoftware
- Datenschutz bei der Einschaltung von Auftragnehmern und der Auslagerung von Aufgaben
- Datenschutzrechtliche Fragen und Lösungen im Arbeitsrecht



VERANSTALTUNGEN,  
FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

## April bis September 2016

### Veranstaltungen für Ärzte

- **Chronisch entzündliche Darmerkrankung**

**15. April, 18–20:30 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Geriatric: Wundversorgung Dekubitus**

**20. April, 17:30–19 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **»Herz im Fokus«**

**27. April, 17:30–19 Uhr**

Ort wird noch bekannt gegeben

- **Notfalltraining**

**8. Juni, 14–18 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Notfalltraining**

**10. Juni, 14–18 Uhr**

AOK KundenCenter Offenburg,  
Kolpingstr. 2, 77656 Offenburg

- **Notfalltraining**

**29. Juni, 14–18 Uhr**

AOK KundenCenter Karlsruhe,  
Kriegsstr. 41, 76133 Karlsruhe

- **Notfalltraining**

**28. September, 14–18 Uhr**

AOK KundenCenter Aalen,  
Wiener Str. 8, 73430 Aalen

### Veranstaltungen für MFAs – medizinisch

- **Auftaktveranstaltung MFA-Akademie**

**6. April, 13:30–16:30 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Auftaktveranstaltung MFA-Akademie**

**8. April, 13:30–16:30 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Impfseminar**

**15. April, 15–18 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Geriatric: Wundversorgung Dekubitus**

**20. April, 17:30–19 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Schulung zur Gastro-EFA, Teil 1**

**22–23. April, 8–20 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **»Herz im Fokus«**

**27. April, 17:30–19 Uhr**

Ort wird noch bekannt gegeben

- **Spirometrie-Kurs für Fortgeschrittene**

**11. Mai, 14–16 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

- **Spirometrie-Kurs für Anfänger**

**11. Mai, 16–18 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

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

● **Schulung zur Gastro-EFA, Teil 2**

**13.–14. Mai, 8–20 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Schulung zur Gastro-EFA, Teil 3**

**3.–4. Juni, 8–20 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Notfalltraining**

**8. Juni, 14–18 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Notfalltraining**

**10. Juni, 14–18 Uhr**

AOK KundenCenter Offenburg,  
Kolpingstr. 2, 77656 Offenburg

● **DRACO Wundworkshop**

**15. Juni, 15–18 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Qualitätszirkel MFA-Akademie**

**22. Juni, 14–17:30 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **DRACO Wundworkshop**

**22. Juni, 15–18 Uhr**

Hotel St. Michael,  
Stammbergweg 1, 97941 Tauberbischofsheim

● **Qualitätszirkel MFA-Akademie**

**24. Juni, 14–17:30 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Qualitätszirkel MFA-Akademie**

**29. Juni, 14–17:30 Uhr**

Ort wird noch bekannt gegeben

● **Notfalltraining**

**29. Juni, 14–18 Uhr**

AOK KundenCenter Karlsruhe,  
Kriegsstr. 41, 76133 Karlsruhe

● **Schulung zur Gastro-EFA, Teil 4**

**1.–2. Juli, 8–20 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Spirometrie-Kurs für Fortgeschrittene**

**13. Juli, 14–16 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Spirometrie-Kurs für Anfänger**

**13. Juli, 16–18 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Qualitätszirkel MFA-Akademie**

**13. Juli, 14–17:30 Uhr**

Ort wird noch bekannt gegeben

● **Qualitätszirkel MFA-Akademie**

**15. Juli, 14–17:30 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Qualitätszirkel MFA-Akademie**

**22. Juli, 14–17:30 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Qualitätszirkel MFA-Akademie**

**14. September, 14–17:30 Uhr**

Ort wird noch bekannt gegeben

● **Qualitätszirkel MFA-Akademie**

**16. September, 14–17:30 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Impfseminar**

**23. September, 15–18 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **Notfalltraining**

**28. September, 14–18 Uhr**

AOK KundenCenter Aalen,  
Wiener Str. 8, 73430 Aalen

● **Qualitätszirkel MFA-Akademie**

**28. September, 14–17:30 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

● **DRACO Wundworkshop**

**28. September, 15–18 Uhr**

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart



## Vorsicht vor Gefälligkeitsattesten!

Der Gesetzgeber sieht das Ausstellen von Gefälligkeitsattesten nicht als Kavaliersdelikt an, sondern als Betrug. Ärzte müssen damit rechnen, dass Detektive mit Ermittlungen für Versicherungen oder Arbeitgeber beauftragt werden.

Kennen Sie das? Ein Bekannter meldet sich, man plaudert über alte Zeiten und irgendwann rückt sie oder er mit dem eigentlichen Anliegen heraus: Ein geplanter Urlaubsflug soll doch nicht angetreten werden, ein Sportstudio hat viel zu lange Kündigungsfristen oder es besteht ein Konflikt mit dem Arbeitgeber. In allen Fällen wünscht sich der Bekannte ein Attest als elegante Lösung – nur ausnahmsweise und unter Freunden. Und wie sollte die Fluggesellschaft, das Studio oder der Chef schon herausfinden, ob jemand tatsächlich mit einem fiebrigen Infekt im Bett lag oder nicht? Gute Frage!

### Wie soll das herauskommen?


Jochen Meismann ist Geschäftsführer der Detektei APlus Detektive und seit Jahren im Geschäft. Er weiß, dass Reiserücktrittsversicherungen oft betrogen werden und entsprechend häufig nachprüfen lassen, ob die vorgelegten Atteste tatsächlich hieb- und stichfest sind. Meismann ist auch oft mit Nachforschungen beschäftigt, die sich um Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Ärzte drehen. Dann observiert er zum Beispiel Menschen, die wegen regelmäßiger AU-Atteste aufgefallen sind.

Manchmal kommt es vor, dass krankgeschriebene Arbeitnehmer während der Krankheitszeit einer Schwarzarbeit nachgehen. Oder dass sich angeblich Rückenschmerzgeplagte nach dem Besuch in der Praxis direkt dem Hausbau widmen. In solchen Fäl-

len bestehen zumindest Zweifel an der Glaubwürdigkeit des Attests. Der Arzt ist möglicherweise auf einen guten Schauspieler hereingefallen.

Ganz anders sieht die Sache für den Mediziner aus, wenn der Detektiv den gesamten Tagesablauf eines „notorischen Blaumachers“ nachverfolgt hat und dieser sich nicht in der Nähe der Praxis aufgehalten hat. Wenn trotzdem ein Attest mit diesem Datum auftaucht, wurde es offenbar nicht korrekt ausgestellt. Dann ist nicht nur der Kranke dran, sondern auch der Arzt. Ihm droht im Ernstfall eine Geldbuße oder eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren.

### Detektive können auch in Arztpraxen ermitteln

Um nachträglich festzustellen, ob der Kranke tatsächlich in der Praxis war, reicht oft ein Telefonat des Detektivs mit der Empfangsmitarbeiterin oder ein Besuch in der Praxis. Selbstverständlich stellt sich Meismann dann nicht mit seiner Berufsbezeichnung vor. „Man benötigt eine Geschichte, um an Informationen zu kommen“, erzählt er. Gut vorstellbar, dass sich die Praxismitarbeiterin mit den besten Absichten bemühen würde, ihm zu helfen. Und wie soll sie schon die Tragweite des Hinweises erfassen, dass Herr oder Frau XY noch nie in der Praxis war? 

*Ruth Auschra*