



So viele Vorteile für Mitglieder

■ Bestätigt

Eine Studie der Vertragspartner legt nahe, die Altersgrenze für Darmspiegelungen zu senken

■ Beschnitten

Wie das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz die KBV schwächt

■ Beraten

Wann machen sich Ärzte der Korruption schuldig? Darüber klärt die neue **MEDITIMES**-Serie auf

Wenn's wirklich drauf ankommt!

Versichern im Verbund – Rundumschutz aus einer Hand:

- ✓ **Wir sind spezialisiert auf die Beratung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten.**
- ✓ **Wir bieten MEDI-Mitgliedern Spezialkonditionen und besondere Rahmenvertragsmodelle.**
- ✓ **Wir überprüfen und verwalten Ihre bestehenden Verträge regelmäßig auf Aktualität und Vollständigkeit.**



MEDI GENO Assekuranz GmbH

Tel.: 0711 - 80 60 79 - 177

Fax: 0711 - 80 60 79 - 634

Mail: versicherung@medigeno-assekuranz.de

Web: www.medigeno-assekuranz.de



Wir sind mehr als ein politischer Verband

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wenn es um die Vielfalt der Ärzteverbände in Deutschland geht, ist die Frage „was bringt mir eine MEDI-Mitgliedschaft?“ berechtigt. Das wichtigste Merkmal, das uns von den Berufsverbänden unterscheidet, ist, dass wir bei MEDI fachübergreifend denken, auftreten und handeln.

In der hausarztzentrierten Versorgung arbeiten wir seit fast zehn Jahren gut mit dem Deutschen Hausärzteverband zusammen. Ohne MEDI Baden-Württemberg gäbe es weder Hausarztverträge noch diese Partnerschaft. Die Fachärzte messen uns daran, was wir in den Facharztverträgen für sie erreichen. Unseren Einfluss und unser Engagement in den Körperschaften nehmen die Kolleginnen und Kollegen größtenteils als selbstverständlich hin.

Fakt ist: keiner unserer Erfolge war ein Selbstläufer! Dennoch haben wir in Baden-Württemberg viel erreicht: Wir haben keine innerärztlichen Konflikte, die in den Medien ausgetragen werden, und wirtschaftlich die besten Rahmenbedingungen, um die uns die Kolleginnen und Kollegen in anderen Bundesländern beneiden. Unser hartnäckiger Kampf gegen drohende Regresse und Budgetierung feiert erste Erfolge in Form von Selektivverträgen, die eine bessere Honorierung, feste Preise und keine Obergrenzen haben.

Anders als andere Ärzteverbände üben wir uns nicht in politischen Ränkespielchen im Dunstkreis der Körperschaften. Wir gestalten neue Konzepte, die

den freiberuflichen Praxen dienen: Konzepte, die die ambulante Versorgung auch für den ärztlichen Nachwuchs wieder attraktiv machen, und ihre notwendige Absicherung im Blick haben. Konzepte, die unsere Mitglieder nichts oder weniger kosten als anderswo, obwohl sie sich nicht allein über Mitgliederbeiträge finanzieren lassen.

Wir können mehr als Politik: Mit unserer Managementgesellschaft, der MEDIVERBUND AG, haben wir ein solides Fundament geschaffen, das im Gesundheitswettbewerb besteht und für die Interessen der Mitglieder arbeitet.

Ob Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Freiberufler-MVZ – wir tragen unsere Erfahrungen und Erfolge auch in andere Bundesländer. Dementsprechend richten wir unseren Fokus in diesem Jahr auf die Vernetzung und Digitalisierung aus. Das sichert auch die Zukunft Ihrer Praxis!

Es grüßt Sie herzlich Ihr



*Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender*



TITELTHEMA

DIALOG

»Wissen, wo der Schuh drückt«

6

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

Ganz schön viele Vorteile!

10

PRAXISMANAGEMENT

doc.star: Selektivvertragsflatrate für Praxen

46

BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG | 2
Chancen und Fallen bei der Praxisgründung

52

LESERFORUM

- 9 ZU »WIR NUTZEN CHANCEN ÜBER HEILBRONN HINAUS«
»In unserem Vernetzungsprojekt arbeiten wir viel effektiver!«

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

- 14 Who is who von MEDI in der KV?
16 Die BAG in ein MVZ umwandeln? Ja, aber mit System!

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

- 18 Darmspiegelung schon ab 50 - vor allem für Männer

20 Orthopädievertrag ist der Renner im Facharztprogramm

Die Vertragspartner im Südwesten ziehen eine positive Bilanz nach drei Jahren: Die Zahl der teilnehmenden Ärzte und Patienten steigt weiter und im letzten Jahr sind rund 35 Millionen Euro Honorar ausgezahlt worden.

20 Die Ortho-EFA® kommt

22 KURZ NOTIERT

- PNP-Vertrag soll erweitert werden
- Urologievertrag mit guter Bilanz
- Neue Maßnahme im Kardiologievertrag

22 Weiter geht's mit Diabetologie

23 Psychotherapievertrag mit TK startet

24 Hier bietet die Demenz-EFA® praktische Unterstützung

27 Mehr Geld für Neurologen im PNP-Vertrag

27 Ärger über höhere Laborkosten

AUS RHEINLAND-PFALZ

- 28 Auch kleinste Knochensplitter sind sichtbar

GESUNDHEITSPOLITIK

30 »Überflüssig wie ein Kropf«

Per Gesetz hat das Bundesgesundheitsministerium die KBV dazu verdonnert, ein drittes Vorstandsmitglied einzuführen. „Eine Führungsspitze mit drei Vorständen ist immer schlecht“, kritisiert MEDI GENO-Chef Dr. Werner Baumgärtner. Mit dem Selbstverwaltungsstärkungsgesetz überschreite das Ministerium zudem seine Kompetenzen.

32 Daten und Fakten zum SVSG

33 Schulterchluss mit den Verbänden

34 GENEVA schlüpft unter das MEDI GENO-Dach



MENSCHEN BEI MEDI

36 Dr. Uwe de Jager

Facharzt für Orthopädie, Freudenstadt

39 NEUE MITARBEITER

**Ihsan Korkmaz, Oliver Schalow, Elisa Mühling,
Silvia Annette Wäschle und Klaus Kröber**

ARZT & RECHT

42 SERIE:

BEKÄMPFUNG VON KORRUPTION IM GESUNDHEITSWESEN

Für Ärzte wird's jetzt ernst!

Inzwischen sind Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen auch für niedergelassene Mediziner strafbar: Ihnen drohen Geld- oder Freiheitsstrafen, wenn sie im Rahmen ihrer Tätigkeit bestimmte Zuwendungen einfordern oder annehmen.

43 UNSER BUCH-TIPP ZUM THEMA

45 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER
BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN**Hat meine MFA Anspruch auf Teilzeit?**

PRAXISMANAGEMENT

50 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

IMPRESSUM

Herausgeber:

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

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

Design: Heinz P. Fothern

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
erscheint im Juli 2017.
Anzeigenschluss ist
der 15. Mai 2017.



»Wissen, wo der Schuh drückt«

Praxen, die auf eine andere Verwaltungssoftware umsteigen, wissen, dass das nicht immer reibungslos klappt. Claudia Mosthaf ist für die Mitgliederbetreuung bei der MEDIVERBUND AG zuständig und kümmert sich seit einiger Zeit auch um Mitglieder, die mit der MEDI-Software doc.star arbeiten. Wenn es notwendig ist, stattet die Projektleiterin den MEDI-Praxen sogar einen Besuch ab, wie sie im Gespräch mit Angelina Schütz berichtet.

MEDITIMES: Frau Mosthaf, was muss geschehen, dass Sie zu unseren Mitgliedern kommen?

Mosthaf (lacht): Wenn der Klärungsbedarf so groß ist, dass ich mir vor Ort ein Bild machen muss, steige ich ins Auto und fahre zu den Praxen. Im Gespräch mit den Ärzten und ihren Praxisteams kann ich dann besser feststellen, wo zwischen der Praxis, unserer Praxissoftware doc.star, dem Hardwarelieferanten und dem Netzwerkbetreuer der Praxis der Schuh drückt und wo es einen konkreten Abstimmungs- und Gesprächsbedarf gibt. Die Probleme können da ganz unterschiedlich sein: Eine Praxis hat beispielsweise Schwierigkeiten mit der Hardware, eine andere kommt mit der Bedienung von doc.star nicht ganz klar und hat Schulungsbedarf. In einem anderen Fall musste ich mit der Hotline eines IT-Herstellers sprechen, weil die Praxis allein nicht weiterkam.

MEDITIMES: Nun ist das je eher ungewöhnlich, dass Mitarbeiter von Ärzteverbänden die Mitglieder aufsuchen. Wie kam es dazu?

Mosthaf: Mit dem Vertriebsstart von doc.star hat unsere Managementgesellschaft den Bereich „customer service“ oder auf deutsch „Mitgliederbetreuung“ ins Leben gerufen. Wir möchten unsere Mitglieder ganz individuell bei ihrer Arbeit mit doc.star unterstützen, insbesondere dort, wo eine Hotline überfordert wäre.

MEDITIMES: Wie werden Sie in den Praxen empfangen?

Mosthaf: Bei all meinen Besuchen werde ich sehr offen und interessiert empfangen. Manche Mitglieder sind etwas überrascht, wenn ich persönlich auftauche, finden das aber gut.

MEDITIMES: Sind in Zeiten von Internet, Videokonferenzen und FaceTime solche Besuche wirklich noch notwendig?

Mosthaf: Sicher können sich Praxen auf diesen Wegen informieren, und wenn die Interaktion klappt, findet auch eine gute Kommunikation statt. Ein Besuch vor Ort vermittelt jedoch einen ganz anderen Eindruck und die Gespräche sind umfassender. Wir können direkter auf Themen eingehen, die nicht unbedingt etwas mit doc.star zu tun haben, aber dennoch den Praxisalltag betreffen oder unseren Mitgliedern wichtig sind. Und ich habe bei meinen Besuchen den Vorteil, nicht nur die Ärzte, sondern auch ihre Angestellten persönlich kennenzulernen. Vor Ort spreche ich ja nicht nur doc.star an, sondern versuche zu erfahren, welche unserer Dienstleistungsangebote für die Praxis interessant sein könnten und ob die Ärzte und ihre Teams ausreichend darüber informiert sind. Ein direkter, persönlicher Dialog ist also viel informativer und gibt uns auch die Möglichkeit, die Stimmung in einer Praxis zu erfassen. Auf diese Weise können wir deutlich besser auf die Bedürfnisse unserer Mitglieder eingehen.

MEDITIMES: Was sprechen Sie sonst noch bei unseren Mitgliedern an?

» In der MEDI GbR Nürtingen testen wir, ob unsere Strategie Erfolg hat «

Mosthaf: Ich informiere sie über die Vorteile unserer Angebote und Projekte und erkläre ihnen, dass sie von ihrer Mitgliedschaft ganz klar profitieren und welche konkreten Mehrwerte sie von uns haben. Dazu gehören zum Beispiel Praxisbedarf, die elektronische Vernetzung, die wir weiterentwickeln, bessere Tarife von Energieanbietern, unsere betriebswirtschaftliche Beratung, unsere Schulungen und Fortbildungen, unser Projekt „Arztpraxen 2020“ und das Thema Versicherungen, das wir über die MEDI GENO Assekuranz abdecken.

MEDITIMES: Wofür interessieren sich unsere Mitglieder am meisten?

Mosthaf: Das ist in jeder Praxis anders. Manche haben Fragen zum Praxisbedarf, andere interessieren sich für günstigere Strom- und Gastarife. Die nächste Praxis hat Fragen zu doc.star oder zur Abrechnung eines Facharztvertrags, an dem sie teilnimmt. Wieder andere Mitglieder interessieren sich für das Thema Vernetzung und möchten wissen, was sich bei der Vernetzungssoftware ViViAN tut. Manche Ärzte haben Fragen angehäuft, die sie wegen ihres stressigen Praxisalltags auf die lange Bank geschoben haben. Da höre ich dann Sätze wie: „Wir haben einige Punkte, die wir mal klären wollten, sind aber noch nicht dazu gekommen.“ Bei meinen Besuchen kann ich viele Fragen beantworten oder mit entsprechendem Informationsmaterial weiterhelfen. Wenn aber jemand, sagen wir mal, spezielle Fragen zu einem Facharztvertrag hat, stelle ich einen Kontakt zu unseren Vertragsexperten her.

MEDITIMES: Inwiefern spielen die MFAs eine Rolle bei Ihrer Arbeit?

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

»Wissen, wo der Schuh drückt«

Mosthaf: Das sind für mich sehr wichtige Ansprechpartnerinnen! Sie arbeiten ja auch intensiv mit der Praxissoftware doc.star, bestellen den Praxisbedarf und informieren ihre Chefs über alles Wichtige. Ich hatte auch schon mit Praxismitarbeiterinnen gesprochen, die gar nicht wussten, dass wir auch Praxisbedarf anbieten. Viele von ihnen bestellten aus Gewohnheit bei den Lieferanten, bei denen bereits ihre Vorgängerin bestellt hat. Hier kann ich ihnen in der Regel ein besseres Angebot machen.

MEDITIMES: Seit Anfang des Jahres betreuen Sie sogar eine ganze MEDI GbR, die GbR Nürtingen, deren Sprecher der stellvertretende MEDI-Vorsitzende Dr. Norbert Smetak ist. Was genau geschieht dort?

Mosthaf: Dabei handelt es sich um eine Pilotaktion, um einen Test, wenn Sie so wollen, der zwei Ziele

hat: Zum einen möchten wir gemeinsam mit den dortigen Geschäftsführern und anderen MEDI-Ärzten neue Mitglieder gewinnen, zum anderen bestehende Mitglieder von unseren Angeboten und Projekten überzeugen beziehungsweise sie darüber informieren. MEDI wird nach wie vor in erster Linie als politischer Verband wahrgenommen; wir haben aber auch ein Businessspektrum, das immer größer wird. Nach meinen Besuchen bei den doc.star-Anwendern entstand der Gedanke, einen direkten Kontakt zu unseren Praxen herzustellen. Wir wollen herausfinden, wie wir den Bezug zu unseren Mitgliedern verbessern können und inwieweit sie dadurch einen Nutzen haben.

MEDITIMES: Frau Mosthaf, vielen Dank für das Gespräch. ■■■

ZU »WIR NUTZEN CHANCEN ÜBER HEILBRONN HINAUS«

In unserem Vernetzungsprojekt arbeiten wir viel effektiver!

In die Sprechstunde am Montagmorgen kommt eine 75-jährige Frau in reduziertem Allgemeinzustand mit starker Dyspnoe in Ruhe sowie Hämoptysen, die seit Freitag bestehen. Sie sagt, dass die Luftnot in den letzten Tagen schlimmer geworden ist. Sie nimmt Blutdruckmedikamenten und „Zuckertabletten“. Außerdem Medikamente, die das Krankenhaus ihr verordnet hat. Welche genau, weiß sie aber nicht. Auf Nachfrage erzählt sie, dass sie auf ein Antibiotikum allergisch sei, aber nicht mehr wisse, auf welches. Normalerweise würden jetzt Untersuchungen erfolgen und eine Mitarbeiterin müsste bei der hausärztlichen Praxis den aktuellen Verordnungsplan und den Arztbrief anfragen.

Anders bei der 75-Jährigen: Da sie am Heilbronner Vernetzungsprojekt teilnimmt, konnten wir „auf Knopfdruck“ den Verordnungsplan aufrufen. Den Arztbrief aus dem Krankenhaus hatte ihr Hausarzt bereits eingestellt. Außerdem konnten wir der Netzakte entnehmen, dass die Patientin auf Penicillin allergisch ist.

Das Beispiel zeigt deutlich, dass vernetzte Praxen effektiver zusammenarbeiten und dass wir keine Zeit mehr darauf verschwenden müssen, Befunden hinterherzujagen. Verordnungen, Laborbefunde, Medikamentenallergien, Impfungen, Arztbriefe und Röntgenbilder stehen in der Netzakte und lassen sich als PDF-Dateien einfügen. Am Ende des Patientengesprächs kann ich entscheiden, welche Informationen aus der Patien-

ten- in die Netzakte gehören. Das stellt die Patientenversorgung auf ein ganz neues Niveau, da alle Informationen zeitnah zur Verfügung stehen und alle vernetzten Kolleginnen und Kollegen darauf zugreifen können.

Darüber hinaus arbeitet die Vernetzungssoftware ViViAN sehr gut mit unserem Praxisverwaltungssystem zusammen und läuft im Hintergrund. Unser System ist dadurch nicht langsamer geworden und es kostet wenig Aufwand, sich in das Programm einzuarbeiten. In meiner Praxis möchte ich auf die Netzakte nicht mehr verzichten! 🇪🇺

*Dr. Stefan Schröder,
Lungenfacharzt aus Heilbronn*



Leserbriefe sind Stellungnahmen der Leserinnen und Leser. Ihr Inhalt gibt ausschließlich die Ansicht der Einsender wieder, die mit der Meinung der Redaktion nicht unbedingt übereinstimmen muss. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe vor ihrer Veröffentlichung zu prüfen und zu kürzen.



Ganz schön viele Vorteile!

Ins Leben gerufen wurde der MEDI Verbund als Parallelorganisation zum KV-System. Einen Namen gemacht hat er sich als Protestorganisation. Mittlerweile profitieren MEDI-Mitglieder von Angeboten, die ihnen kein anderer Verband in dieser Fülle bietet.

● Politisches Engagement

MEDI Baden-Württemberg setzt sich in erster Linie für bessere Bedingungen in den Praxen ein. „Wir wollen ein Ende der Honorarbudgets und feste und angemessene Preise der ärztlichen Arbeit. Nur so können wir die ambulante wohnortnahe Versorgung erhalten“, erklärt MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner.

● Fachübergreifende Lobbyarbeit

Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten sind bei MEDI gleichwertig. Der Hausarzt-Facharzt-Konflikt und Fachgruppenegoismen haben die KBV politikunfähig gemacht und schwelen in vielen KVen. Baden-Württemberg macht vor, wie es anders geht.

● Streikrecht ohne Zulassungsentzug

Lange Zeit hat MEDI auf einen flächendeckenden Systemausstieg hingearbeitet. Inzwischen setzt der Verband Hausarzt- und Facharztverträge um, die den teilnehmenden Praxen höhere Honorare und mehr Planungssicherheit bringen. „Zudem kämpfen wir um ein Streikrecht für Niedergelassene, ohne unsere Zulassung zu riskieren. Hier klagen wir durch alle Instanzen“, sagt Baumgärtner.

● Arbeit in der Ärzteschaft

MEDI engagiert sich in allen ärztlichen Körperschaften und hat auf Bundesebene zusammen mit einigen Genossenschaften „MEDI GENO Deutschland“ gegründet. MEDI GENO betreut rund 17.000 Ärzte und Psychotherapeuten und setzt sich zum Beispiel für den Erhalt der PKV und der GOÄ ein. Werner Baumgärtner hat daran mitgewirkt, dass der letzte GOÄ-Entwurf gestoppt wurde. Nun begleitet er mit anderen Verbandsvorsitzenden die Neufassung der GOÄ.

● Honorarverluste ausgeglichen

MEDI engagiert sich auch in der KVBW. Das nützt allen Praxen und nicht nur einzelnen Fachgruppen. „Mit unserer Hilfe konnte die KVBW in der letzten Legislatur große Honorarverluste aus den Jahren



2008/2009 ausgleichen“, erinnert Baumgärtner. Alle Praxen haben dadurch bessere Einnahmen. Die Honorarpolitik von MEDI lautet: keine Umverteilung, sondern asymmetrische Verteilung der Honorarzuwächse und dadurch mehr Planungssicherheit für die Praxen.

● 60 Millionen Euro dank »Baumgärtner-Urteil«

Dank einer Musterklage von Werner Baumgärtner haben im Jahr 2010 Praxen in Baden-Württemberg, die Einspruch eingelegt haben, Honorarnachzahlungen von rund 60 Millionen Euro bekommen. Bundesweit einmalig war, dass sich die Kassen daran zur Hälfte beteiligt hatten.

● Nur in Baden-Württemberg: Hausarzt- und Facharztverträge

Dank MEDI gibt es hierzulande neben den gesetzlich vorgeschriebenen Hausarztverträgen auch Facharztverträge. Das ist deutschlandweit einzigartig!

»Freundlicher Service und schnelle Lieferung beim Praxisbedarf«

Verena Wörner, MFA im Vaisana Ärztehaus, Vaihingen an der Enz



● 30 Prozent mehr Honorar

In den Hausarzt- und Facharztverträgen erzielen die Teilnehmer Fallwerte, die im Durchschnitt 30 Prozent über dem KV-Niveau liegen. Dadurch steigen die Praxiseinnahmen, die Praxen haben mehr Planungssicherheit und werden für Nachfolger attraktiver!



Fortsetzung >>>



Fortsetzung

Ganz schön viele Vorteile!

Keine Honorarbudgets

Dank der Hausarzt- und Facharztverträge sind Ärzte erstmals seit 40 Jahren aus der Honorarbudgetierung herausgekommen! Die Kassen tragen das Fallzahlrisiko und jeder abgerechnete Fall wird ohne Fallzahlzuwachsbegrenzung bezahlt.

Starke Hausarztverträge

Ohne MEDI würden die Hausarztverträge in Baden-Württemberg unter den politischen Voraussetzungen und der Gegenwehr von Krankenkassen, KVen und der IT-Industrie genauso schleppend laufen wie in vielen anderen Bundesländern auch.

Günstige Fortbildungen

Für MEDI-Fortbildungen zahlen Mitglieder und ihre Praxisteams weniger oder nichts.

IT-Vernetzung

„Unsere Praxen kommunizieren hauptsächlich noch per Fax. Das kann nicht so bleiben“, kritisiert Baumgärtner. MEDI vernetzt Praxen elektronisch miteinander, unabhängig von ihrer Praxissoftware. „Damit sind wir auf Augenhöhe mit Kliniken, Kapitalgesellschaften und anderen im Gesundheitsmarkt.“ Vernetzte Praxen über alle Arztgruppen sind neben den Hausarzt- und Facharztverträgen der beste Schutz davor, dass Krankenhäuser in die ambulante Versorgung drängen. „Wir weiten unser Vernetzungsprojekt Heilbronn auch auf andere MEDI-Regionen aus. Außerdem gestalten wir unsere Website www.medi-verbund.de neu und arbeiten an einer MEDI-App.“

Eigene Praxissoftware doc.star

Mit doc.star hat der MEDI Verbund eine webbasierte Praxissoftware gekauft und weiterentwickelt. „Damit machen sich unsere Mitglieder unabhängig von den IT-Herstellern – auch in Bezug auf die Kosten“, betont Baumgärtner. Dank doc.star entfallen zudem Updates und die Datensicherung in der Praxis.

»Arztpraxen 2020«

Junge Ärzte scheuen oft das unternehmerische Risiko oder möchten gerne in Teilzeit arbeiten. „Arztpraxen 2020“ hilft MEDI-Mitgliedern, Medizinische Versorgungszentren (MVZs) nach dem freiberuflichen MEDI-Konzept aufzubauen. Diese MVZs gehören freiberuflich tätigen Ärzten und/oder beschäftigen solche. So steigt der Marktwert einer Praxis für Nachfolger und die Patienten werden weiter ambulant versorgt.

Sie profitieren von den MEDI-Projekten

„Wir haben mit dem MEDI Baden-Württemberg e.V. und der MEDIVERBUND AG zwei Standbeine geschaffen: politische Lobbyarbeit und wirtschaftliche Geschäftsfelder. Beide sind voneinander getrennt“,

» Mit doc.star entfallen die Updates und wir gestalten die Software mit«

Dr. Christoph Kaltenmaier, Aglasterhausen

Umfassender Service

Unsere Vertragsabteilung steht Mitgliedern, die an den Hausarzt- und Facharztverträgen teilnehmen, täglich zur Verfügung. Wir bieten Vertragsschulungen für Behandler und MFAs an. Sie und Ihr Team können sich auch von 8 bis 17 Uhr kostenfrei an unser Service-Center wenden.

EFA® entlastet Fachärzte

Neben der VERAH in den Hausarztverträgen gibt es Dank MEDI die EFA® (Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis) in den Facharztverträgen. Sie durchläuft eine spezielle Ausbildung und wird von den Kassen vergütet. Unser MEDI-Institut IFFM arbeitet zusammen mit den Facharztverbänden und der Landesärztekammer die entsprechenden Curricula aus.



erklärt Baumgärtner. Die AG gehört zu 100 Prozent dem Verein, also den MEDI-Mitgliedern. Die Einnahmen der AG fließen in Projekte, die den Mitgliedern auch wirtschaftlich nutzen. Beispielsweise kosten die Verhandlung und Umsetzung eines Facharztvertrags rund 1 Million Euro!

● **Eigener Praxisbedarf**

Dank MEDI bekommen Mitglieder Praxis- und Sprechstundenbedarf günstiger und werden gut betreut.

● **Bessere Versicherungstarife**

MEDI-Mitglieder bekommen eine unabhängige Beratung und zahlen günstige Tarife, besonders bei Berufshaftpflicht und Nachhaftung.

» Dank guter Beratung habe ich nun den besseren und günstigeren Versicherungsschutz«

Dr. Michael Ruland, München

● **Juristische und betriebswirtschaftliche Beratung**

Der MEDI Verbund beschäftigt eigene Experten zu juristischen und betriebswirtschaftlichen Fragen.

● **Eigenes Mitglieder-Magazin**

Die **MEDITIMES** informiert Sie viermal im Jahr über alle MEDI-Projekte und -Aktivitäten. ■■

Angelina Schütz



Who is who von MEDI in der KV?

Im Januar und im März hat die neue Vertreterversammlung der KVBW ihre Mitglieder für die sieben KV-Ausschüsse und die KBV gewählt. Die **MEDITIMES** gibt Ihnen einen Überblick, welche MEDI-Delegierte Sie wo vertreten.

Vertreterversammlung der KBV

Vertreter

Dr. Werner Baumgärtner, Stuttgart
FA für Allgemeinmedizin

Stellvertreter

Dr. Roland Freßle, Freiburg
FA für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. Stephan Roder, Talheim
FA für Allgemeinmedizin

Dr. Burkhard Lembeck, Ostfildern
FA für Orthopädie und Chirurgie

Prof. Dr. Burkard Lippert, Heilbronn
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

1

Beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung

Mitglieder

Dr. Markus Klett, Stuttgart
FA für Allgemeinmedizin

Dr. Stephan Roder, Talheim
FA für Allgemeinmedizin

Dr. Roland Fressle, Freiburg
FA für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. Michael Eckstein, Reilingen
FA für Innere Medizin

Stellvertretende Mitglieder

Daniela-Ursula Ibach, Filderstadt
FA für Allgemeinmedizin, fachgeb. Psychotherapie

Dr. Antje Herold, Ulm
FA für Allgemeinmedizin

Johannes Glaser, Leimen
FA für Allgemeinmedizin

2

Beratender Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung

Mitglieder

Dr. Bärbel Grashoff, Ulm
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. Burkhard Lembeck, Ostfildern
FA für Orthopädie und Chirurgie

Dr. Norbert Smetak, Nürtingen
FA für Innere Medizin

Prof. Dr. Burkhard Lippert, Heilbronn
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Stellvertretende Mitglieder

Dr. Bernd Prieshof, Ravensburg
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. Michael Deeg, Freiburg
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. Kasten Braun, Wertheim
FA für Orthopädie

Prof. Dr. Wolfgang Linhart, Heilbronn
FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

3

Beratender Fachausschuss für die Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Mitglieder

Dr. rer. soc. Alessandro Cavicchioli, Schwäbisch Hall
psychologischer Psychotherapeut + KJP

Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf, Esslingen
psychologischer Psychotherapeut

Stellvertretendes Mitglied

Dipl.-Psych. Willi Kempf, Stuttgart
psychologischer Psychotherapeut + KJP

6

Finanzausschuss

Mitglieder

Dr. Klaus Baier (Vorsitzender), Sindelfingen

FA für Allgemeinmedizin

Dr. rer. soc. Alessandro Cavicchioli, Schwäbisch Hall
psychologischer Psychotherapeut + KJP

Dr. Norbert Smetak, Kirchheim

FA für Innere Medizin

Stellvertretende Mitglieder

Dr. Markus Klett, Stuttgart

FA für Allgemeinmedizin

Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf, Esslingen
psychologischer Psychotherapeut

4

Ärztliche Psychotherapeuten

Mitglieder

Dr. med. Harald Schuler, Karlsruhe

FA für Psychotherapie

Dr. med. Ramona Vetter, Baden-Baden

FA für Allgemeinmedizin und Psychotherapie

Stellvertretendes Mitglied

Dr. med. Michael Fleck-Vetter, Baden-Baden

FA für Allgemeinmedizin und Psychotherapie

7

Notfalldienstausschuss

Mitglieder

Rainer Michael Gräter, Aalen

FA für Allgemeinmedizin

Dr. Christoph Kaltenmaier, Aglasterhausen

FA für Allgemeinmedizin

Dr. Hans-Michael Oertel (Stellv. Vorsitzender),
Stuttgart

FA für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. Wolfgang Linhart, Heilbronn

FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. Wolfgang Miller, Leinfelden-Echterdingen

FA für Chirurgie

5

Beratender Fachausschuss für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten

Mitglieder

Dr. Clemens Christ, Kirchheim

FA für Chirurgie

Dr. Susanne Doll, Leinfelden-Echterdingen

FA für Innere Medizin

Dr. Albrecht Hofmeister, Lahr

FA für Allgemeinmedizin, Fachgebiet Innere Medizin





Die BAG in ein MVZ umwandeln? Ja, aber mit System!

Seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ist der Anreiz gestiegen, Gemeinschaftspraxen in MVZs umzuwandeln. Auch bei MEDI Baden-Württemberg wird ein erhöhter Beratungsbedarf registriert. Die Fachleute raten dazu, genügend Vorlaufzeit einzukalkulieren.

Konkret empfiehlt Dipl.-Ges.Oec. (FH) Wolfgang Fink, ungefähr ein Jahr vor der Umsetzung mit den Vorbereitungen zu beginnen. Der MEDI-Projektleiter MVZ weiß, wovon er spricht. Er hat bereits drei MVZ-GmbHs begleitet, die zum 1. Januar dieses Jahres zugelassen wurden. „Im Augenblick gibt es eine ganze Reihe neuer MVZ-Projekte“, berichtet er, „aber erfahrungsgemäß wird sich erst im Sommer herausstellen, wie viele dieser Pläne tatsächlich umgesetzt werden.“

Auch Kooperationen mit Gemeinden und Banken sind vorstellbar, für die Umsetzung ist allerdings noch einige Vorarbeit nötig.

GbR? GmbH? Genossenschaft?

Fink weiß aus Erfahrung, dass eine der ersten Entscheidungen beim Übergang von der BAG zum MVZ

die Festlegung der zukünftigen Rechtsform ist. Soll das MVZ wie die bisherige BAG als GbR geführt werden? Oder wird die Überführung in eine GmbH oder Genossenschaft angestrebt? „Meistens wird aktuell die GmbH-Lösung favorisiert“, informiert Rechtsanwalt Dr. Christian Wittmann (→ www.brp.de). Ein Vorteil liegt darin, dass das Haftungsrisiko der GmbH auf ihr Vermögen begrenzt ist.

Arbeitet der Gründer im MVZ als Arzt mit und unterläuft ihm dabei ein Fehler, haftet er allerdings trotzdem mit seinem Privatvermögen für die Folgen. Nachteilig sind die relativ aufwendige Gründung sowie die gegenüber der GbR strengeren Vorgaben für den laufenden Betrieb einer GmbH.

Auch Wirtschaftsprüfer Fritz Baldus (→ www.etl.de) berichtet von einem wachsenden Interesse an der GmbH-Lösung. „Man muss in jedem Einzelfall im Vorfeld penibel ausrechnen, welche Entscheidung welche steuerlichen Folgen hat“, fordert er. Während der Arzt in der GbR seinen Anteil am Gewinn als Einkommen versteuert und hieraus Einkommensteuer zu leisten hat, zahlt die GmbH Gehälter an die Angestellten und Dividenden an die Gesellschafter aus. Der Gewinn der GmbH unterliegt der Gewerbesteuer und Körperschaftsteuer. „Das sind komplexe Verrechnungen“, weiß Baldus.

Es spricht einiges dafür, einen Wirtschaftsprüfer oder Steuerberater schon sehr früh mit ins Boot zu nehmen. Aus steuerlicher Sicht kann es bei der Umwandlung einer BAG in eine GmbH zum Beispiel sinnvoll sein, nicht das gesamte bisherige Betriebsvermögen – Stichwort Praxisimmobilie – in die GmbH zu übertragen. In diesem Fall muss die GbR ihre Vermögenswerte zuerst bereinigen: Was nicht in die GmbH überführt werden soll, muss vor der geplanten Umwandlung aus der GbR herausgelöst werden. Auch bei der Gestaltung der Arbeitsverträge ist steuerlicher Rat sinnvoll, um diese individuell zu optimieren.

Vorschriften und Verträge

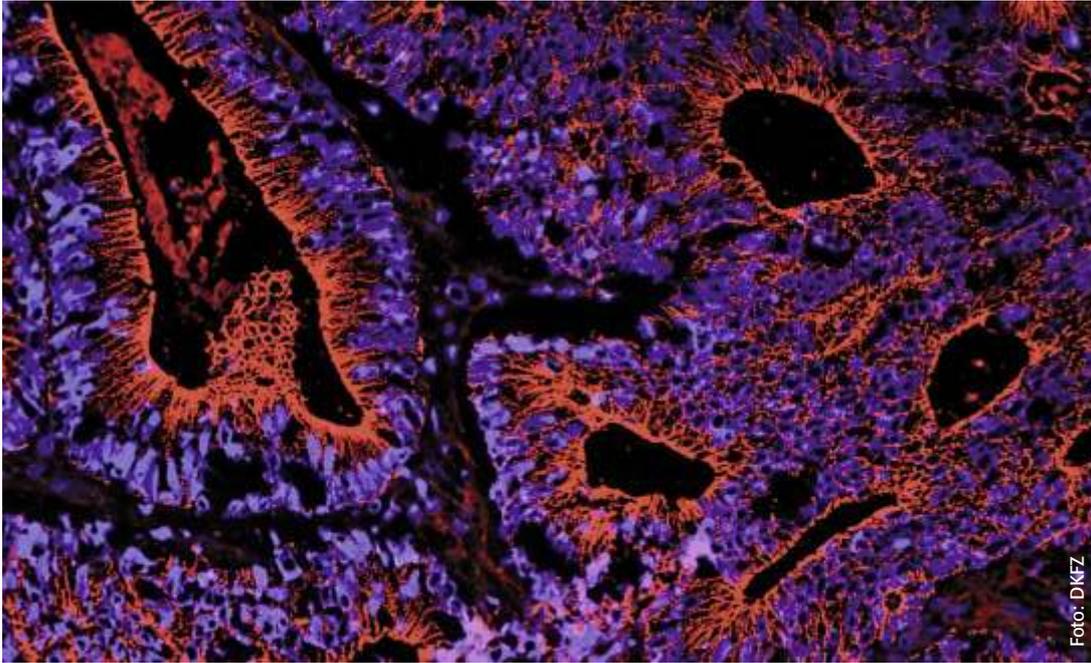
Wittmann erinnert daran, dass der Zulassungsausschuss nur alle vier bis sechs Wochen tagt. Vorgelegt werden muss ein Bündel an Unterlagen, unter anderem die Satzung der GmbH und die Arbeitsverträge der angestellten Ärzte. Für den Betriebsübergang sind alle Ärzte neu anzumelden, auch die genehmigungspflichtigen Leistungen müssen neu beantragt

»Die meisten Ärzte entscheiden sich für die GmbH«

werden. „Im Idealfall wäre es möglich, eine BAG in ein paar Wochen in ein MVZ umzuwandeln“, weiß der Jurist, „aber die Realität sieht meistens völlig anders aus.“

Steuerexperte, Jurist und Gesundheitsökonom sind sich einig: Auch so harmlos klingende Formalitäten wie eine neue Betriebsstättennummer oder die BG-Ummeldung können im Alltag nervige Verzögerungen verursachen. Ein Grund mehr, früh mit der Umwandlung von der BAG zum MVZ zu beginnen! ■

Ruth Auschra



Dickdarmkrebs unter dem
Fluoreszenzmikroskop.

Foto: DKFZ

Darmspiegelung schon ab 50 - vor allem für Männer

Ab 55 Jahren haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf eine Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs. Eine Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK und von MEDI Baden-Württemberg legt nahe, diese Altersgrenze zu senken: Die Untersuchung ist routinemäßig schon ab 50 sinnvoll – insbesondere für Männer.

2002 wurde die Vorsorgedarmspiegelung in das Krebsfrüherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Ab dem Alter von 55 Jahren haben Versicherte Anspruch auf die Untersuchung, bei der eventuell entdeckte Krebsvorstufentumore sogleich entfernt werden können. Seitdem ist die Darmkrebsneuerkrankungsrate deutlich zurückgegangen – und zwar ausschließlich in der Altersgruppe, der das Screening angeboten wird.

„In den ersten zehn Jahren haben mehr als vier Millionen Menschen an einer Vorsorgedarmspiegelung teilgenommen. Das hat nach unseren Berechnungen etwa 180.000 Darmkrebsfälle verhindert“, sagt Hermann Brenner vom Deutschen Krebsforschungszentrum. Der Heidelberger Präventionsexperte und seine Kooperationspartner suchen nach Möglichkeiten, diese Rate noch weiter zu verbessern.

Erstmals große Gruppe geprüft

Bei Menschen ohne familiäre Belastungen tritt Darmkrebs vor dem Alter von 50 Jahren äußerst selten auf. Danach steigt die Erkrankungsrate kontinuierlich an. Nationale und internationale Leitlinien empfehlen daher die Krebsvorsorge bereits ab 50 Jahren. „Durch die Zusammenarbeit mit der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK und MEDI Baden-Württemberg hatten wir erstmals die Möglichkeit, an einer großen Bevölkerungsgruppe zu prüfen, welche Ergebnisse mit dem Angebot der Vorsorgedarmspiegelung ab 50 Jahren zu erzielen sind“, so Brenner.

Insgesamt 84.726 Versicherte der AOK Baden-Württemberg zwischen 50 und 54 Jahren erhielten 2014 und 2015 eine persönliche Einladung zur Früherkennungsdarmspiegelung. Eingeladen wurden ausschließlich Personen, die in den Jahren zuvor keine Darmspiegelung beansprucht hatten, nicht an Krebs erkrankt und in das Hausarzt- oder das Facharztprogramm eingeschrieben waren.

»Jeder 12. Mann zwischen 50 und 54 hatte verdächtige Gewebsveränderungen«

Unterschiede zwischen den Geschlechtern

1,9 Prozent der Angeschriebenen leisteten der Einladung Folge. Bei den insgesamt 1.396 Untersuchungen wurden in 6,8 Prozent der Fälle Darmkrebs oder Darmkrebsvorstufen, sogenannte fortgeschrittene Adenome, entdeckt und abgetragen.

Die Untersuchung offenbarte einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern: Während bei nur 4,5 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe Darmkrebs oder -vorstufen gefunden wurden, traten sie bei Männern mit 8,6 Prozent fast doppelt so häufig auf. Das heißt, die Ärzte entdeckten bei jeder zwölften Untersuchung von Männern zwischen 50 und 54 Jahren eine verdächtige Gewebeveränderung. Dagegen müssten bei Frauen dieser Altersgruppe 22 Darmspiegelungen durchgeführt werden, um einen relevanten Befund zu entdecken.

„Damit sind Darmkrebs und seine Vorstufen bei Männern dieser Altersgruppe sogar häufiger als bei den 55- bis 69-jährigen Frauen, bei denen die Darmspiegelung ganz selbstverständlich zum Krebsfrüherkennungsangebot gehört. Das ist ein überzeugender Grund dafür, die Altersgrenze für die Vorsorgekoloskopie zumindest bei Männern schon vom 50. Geburtstag an routinemäßig anzubieten“, ist Brenners Fazit. Andere Länder, etwa Österreich, haben die Vorsorgeuntersuchung bereits ab 50 Jahren in ihr Krebsfrüherkennungsprogramm aufgenommen.

Vorreiter Gastroenterologie

Seit 2017 ist ein Einladungsverfahren für die Früherkennung durch die Darmspiegelung ab dem Alter von 55 Jahren gesetzlich vorgesehen. Bundesweiter Vorreiter ist dabei seit Jahren der Facharztvertrag Gastroenterologie. Dort wird das Einladungsschreiben bereits seit 2011 für Teilnehmer ab dem 55. Geburtstag und seit 2014 für Teilnehmer ab dem 50. Geburtstag umgesetzt.

Die Studienergebnisse bestätigten den Beteiligten die Richtigkeit des Wegs: „Es wird eindeutig belegt, wie unverzichtbar Früherkennung bei Darmkrebs gerade auch bei Jüngeren ist. Wer an unserem Haus- und Facharztprogramm teilnimmt, kann die kostenlose Darmspiegelung bereits ab 50 Jahren in Anspruch nehmen. Ich empfehle dies nachdrücklich“, so AOK-Chef Dr. Christopher Hermann.



Hermann Brenner, Nadine Zwink, Leopold Ludwig, Michael Hoffmeister: *Sollte die Vorsorgekoloskopie bereits ab 50 Jahren angeboten werden? Befunde eines landesweiten Modellprojekts und Ergebnisse einer randomisierten Interventionsstudie. Deutsches Ärzteblatt 2017, 114(6): 94–100; DOI: 10.3238/arztebl.2017.0094*

Unsere Visitenkarten für Mitglieder



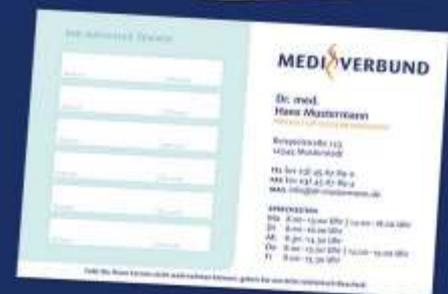
VISITENKARTEN* - 1.000 STÜCK:

- zum Preis von 100,- Euro

*Weitere Designs finden Sie auf unserer Internetseite

Alle Preise inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)

Unsere Terminblöcke in den Größen DIN A6/A7



50 TERMINBLÖCKE* mit je 100 Blatt:

- DIN A6 • 100 Blatt zum Preis von 200,- Euro
- DIN A7 • 100 Blatt zum Preis von 175,- Euro

*Weitere Designs finden Sie auf unserer Internetseite

Alle Preise inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)

MEDI VERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT



Bestellformulare finden Sie unter: www.medi-verbund.de oder QR-Code scannen.



Orthopädievertrag ist der Renner im Facharztprogramm

Drei Jahre nach Vertragsbeginn haben sich die Erwartungen der Vertragspartner an den Facharztvertrag für Orthopäden, Unfallchirurgen und Chirurgen voll erfüllt. Im Südwesten nehmen mittlerweile 550 Ärztinnen und Ärzte teil.

Kontinuierlich wächst auch die Anzahl der behandelten Patienten und das Honorarvolumen: 2016 wurden je Quartal über 80.000 Versicherte behandelt und rund 35 Millionen Euro Honorar ausgezahlt. Insgesamt nehmen am Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK über 530.000 Versicherte teil. Das entspricht etwa 50 Prozent der Versicherten, die pro Quartal im Facharztprogramm behandelt werden. Für diese Patienten betrug der Fallwert für ausschließlich konservativ tätige Ärzte im vierten Quartal 2016 rund 87 Euro und für operativ tätige Ärzte rund 109 Euro (exklusive Sachkosten).

Auf Schwerpunktdiagnosen ausgelegt

Mehr Zeit für eine umfassende biopsychosoziale Anamnese und eine kompetente Beratung, weniger unnötige apparative Diagnostik und Therapie, Förderung der Eigeninitiative der Patienten, angemessenes Honorar sowie eine bessere Koordination mit den HZV-Ärzten: Der 2014 gestartete vierte Facharztvertrag stellt einen Paradigmenwechsel in der ambulanten orthopädischen Versorgung dar.

Anders als im KV-System ist der Orthopädievertrag morbiditätsorientiert. Dadurch schafft er Spielräume für eine zeitintensive Versorgung und ist auf eine bessere Versorgung orthopädischer Schwerpunktdiagnosen ausgelegt: unspezifischer Rückenschmerz (48 Prozent), Gon-Coxarthrose (37 Prozent), spezifischer Rückenschmerz (33 Prozent), Osteoporose (9 Prozent) und entzündliche Gelenkerkrankungen (4 Prozent)*.

Darüber hinaus können teilnehmende Ärzte einen Präventionsberater der AOK Baden-Württemberg oder einen Patientenbegleiter der Bosch BKK hinzuziehen.

Patientenbefragung zeigt Vorteile

Dass das koordinierte Zusammenspiel zwischen Haus- und Facharzt besser funktioniert als in der Regelversorgung, belegt die Auswertung einer umfassenden Patientenbefragung. Sie zeigt, dass die Überweisungsquote mit rund 90 Prozent deutlich höher liegt als im KV-System. Die Ergebnisse der Befragung sind derzeit noch in der Auswertung und werden im Lauf der nächsten Monate veröffentlicht.

Außerdem soll noch in diesem Jahr der Startschuss für ein Rheumatologie-Modul als Ergänzung zum Orthopädievertrag fallen. ■■■

Angelina Schütz

*In Klammern der durchschnittliche Anteil für die im Orthopädievertrag behandelten Versicherten für die Jahre 2015 und 2016 (inklusive Mehrfachnennungen).

Die Ortho-EFA® kommt

Die Vertragspartner bauen das EFA®-Konzept weiter aus. Deswegen bietet die MEDIVERBUND AG bald auch für das Fachgebiet Orthopädie eine Weiterbildung der Medizinischen Fachangestellten zur EFA® (Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis) an. Die Fortbildung ist von der Landesärztekammer zertifiziert und umfasst die Krankheitsbilder Rückenschmerz, Gelenkerkrankungen, Osteoporose und Arthrose. Weitere Lehrinhalte sind beispielsweise Gesprächsführung und Motivation chronisch kranker Patienten sowie Patientenschulungen und Spezialsprechstunden. Die EFA®-Tätigkeiten werden ab dem Sommer vergütet. ■■■

kb



doc.star

Eine Marke der
MEDIVERBUND AG



Die Lösung für Ihre Praxissoftware

- Moderne Web-Technologie für Ihren flexiblen Praxisalltag
- Hosting in einem gesicherten Rechenzentrum oder lokale Installation in Ihrer Praxis
- doc.star im Rechenzentrum erspart Ihnen Kosten und Aufwand für lokale Server, Datensicherung und Aufspielen von Updates
- doc.star im Rechenzentrum ermöglicht Ihnen den sicheren Zugriff auf Ihre gehosteten Daten unabhängig von Zeit und Ort
- doc.star unterstützt Sie effektiv bei der Abrechnung inkl. der Haus- und Facharztverträge
- doc.star, Ihre Praxissoftware von Ärzten für Ärzte

MEDIVERBUND AG • Steyler Straße 11 • 51067 Köln
Fon: +49 (0)711 80 60 79 300 • Fax: +49 (0)711 80 60 79 522
info@docstar.de • www.docstar.de



KURZ NOTIERT



Foto: fotolia

PNP-Vertrag soll erweitert werden

Bisher konnten Kinder- und Jugendpsychiater im PNP-Vertrag der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK ihre jungen Patienten nur psychotherapeutisch behandeln. Künftig sollen für sie auch psychiatrische Leistungen dazukommen. Dazu laufen Gespräche mit dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP). ■■

Urologievertrag mit guter Bilanz

Nach erfolgreichem Vertragsstart im letzten Herbst liegen erste Abrechnungsergebnisse vor: Im vierten Quartal 2016 wurden rund 10.000 Fälle generiert. Der durchschnittliche Fallwert lag mit fast 77 Euro deutlich über dem KV-Niveau. Nach wie vor schreiben sich neue Praxen in den Urologievertrag ein. ■■

Neue Maßnahme im Kardiologievertrag

Teilnehmer am Kardiologievertrag profitieren künftig von einer innovativen Behandlung: Die Vertragspartner haben die ambulante Implantation von Cardioverter-Defibrillatoren in den Facharztvertrag aufgenommen. Die neuen Abrechnungsziffern für die Neuimplantation von 1, 2 und 3 Kammer-ICDs bzw. für den Aggregatwechsel können ab dem 1. April über die Vertragssoftware abgerechnet werden. ■■



Foto: fotolia

Weiter geht's mit Diabetologie

Die MEDIVERBUND AG hat von der AOK Baden-Württemberg den Zuschlag für die Verhandlungen des Diabetologievertrags nach § 140a SGB V bekommen. Der sechste Facharztvertrag startet in den nächsten Monaten.

Neben MEDI-Experten sitzen auch Vertreter der „Diabetologen Baden-Württemberg eG“ mit am Verhandlungstisch. Gegenstand des Vertrags sind Beratung, Schulung, Versorgung und therapeutische Überwachung der Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen – in Verbindung mit der Indikationsstellung zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM und FGM) und der Behandlung mit Insulinpumpen. Dafür ist auch die Einrichtung eines Abrechnungs- und Datenregisters geplant, um eine indikationsgerechte Versorgung mit neuen Technologien sicherzustellen.

Mindestens vier Jahre Laufzeit

Am neuen Vertrag können diabetologisch besonders qualifizierte Haus- und Fachärzte, wie beispielsweise Endokrinologen oder Diabetologen, teilnehmen. „Ärztliche Leistungen, die über Maßnahmen hinausgehen, welche bereits in den Hausarzt- und Facharztverträgen vereinbart wurden, sollen gesondert und unbudgetiert honoriert werden“, hebt Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg, hervor und ergänzt: „Die Vertragslaufzeit von mindestens vier Jahren bietet den Ärzten Kalkulationssicherheit in Bezug auf organisatorische Anpassungen und zusätzliche Qualifizierungsmaßnahmen.“ Zur Finanzierung der besonderen ambulanten Versorgung setzt die Südwest-AOK auf Einsparungen aus einer rationalen Verordnungssteuerung (Arzneimittel und Hilfsmittel) sowie auf einen Rückgang der stationären Behandlungen. ■■

Wolfgang Fechter/Angelina Schütz



Stellen die psychotherapeutische Versorgung auf eine neue Ebene: Andreas Vogt (links), Leiter der TK-Landesvertretung Baden-Württemberg, und der MEDI-Vorstandsvorsitzende Dr. Werner Baumgärtner.

Psychotherapievertrag mit TK startet

Ab dem 1. April profitieren die Versicherten der Techniker Krankenkasse in Baden-Württemberg von einer alternativen psychotherapeutischen Versorgung außerhalb des Kollektivvertrags. Dafür müssen sie nicht zwingend an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Mit der Vereinbarung zur „besonderen psychotherapeutischen Versorgung“ möchten die Techniker Krankenkasse (TK) und MEDI Baden-Württemberg die oft monatelangen Wartezeiten auf eine Psychotherapie deutlich verkürzen: Künftig sollen TK-Versicherte, die sich in den Vertrag einschreiben, nicht länger als zwei Wochen auf den ersten Termin warten müssen.

Ermöglicht wird das in erster Linie durch neue Modelle bei der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Während bisher eher Langzeittherapien attraktiv waren, werden nun kürzere Therapien mit häufigen Arzt-Patienten-Kontakten zu Beginn der

Behandlung für die Therapeuten interessanter. Auch Gruppentherapien werden finanziell aufgewertet, um möglichst vielen Patienten zeitnah eine Behandlung zu ermöglichen.

Kürzere Wartezeiten werden auch dadurch erreicht, dass die Therapeuten freie Therapieplätze ins Internet einstellen. Das kommt besonders schwer kranken Patienten zugute: Sie brauchen Behandler, die gut erreichbar sind und ein ausreichendes Arbeitspensum haben. Deshalb müssen Therapeuten, die am TK-Vertrag teilnehmen möchten, mindestens 20 Stunden pro Woche arbeiten.

Außerdem haben sich die Partner darauf verständigt, bei den meisten Therapien auf langwierige Genehmigungsverfahren zu verzichten. Weitere Inhalte der Vereinbarung sind:

- Termine zur Vermeidung von Rückfällen können flexibel vereinbart werden.
- Die Wartezeit in der Praxis soll nicht länger als 30 Minuten dauern.
- Für Berufstätige werden Abendtermine auf Nachfrage angeboten. ■■■

eb

→ Alle Informationen und Leistungen zum Vertrag finden Sie auch unter www.medi-verbund.de im Bereich „Ärzte“ und dort unter „Verträge“.



Engagement im Team: Karl-Heinz Schlör (links), Kristina Burkart und Alexander Schlör.

Hier bietet die Demenz-EFA® praktische Unterstützung

Welche Aufgaben könnte eine Neuro-EFA® in einer Demenz-Schwerpunktpraxis übernehmen? MEDI-Arzt Dr. Karl-Heinz Schlör hat vor allem die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken im Visier. In seinem Team wurden Ideen entwickelt, um sie vor Überlastungen zu schützen.

„Die Diagnose Demenz bedeutet in der häuslichen Pflege typischerweise, dass wir es mit zwei Kranken zu tun haben“, beschreibt der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Die Betreuung von Demenzkranken kostet bekanntlich Zeit, Nerven und Lebensenergie, sodass pflegende Angehörige ein hohes Risiko haben, einen Burnout oder psychische Dekompensationen zu erleiden. Ist das der Fall, dann gerät die Grundlage der ambulanten Versorgung des Demenzkranken ins Wanken. „Die häusliche Betreuung Demenzkranker hängt an einem seidenen Faden“, warnt Schlör – und berichtet, wie eine Schwerpunktpraxis Demenz gegensteuern kann.

Sein Sohn Alexander arbeitet in der Neckarsulmer Praxis mit. Er ist Student der Prävention und Gesundheitspsychologie. Komplettiert wird das Team durch die MFA Kristina Burkart, die sich als Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis (EFA®) auf Demenzkranke spezialisiert hat. „Sie ist die sensible Kontaktstelle für die Angehörigen und stellt gegebenenfalls die Weichen zu präventiven Maßnahmen“, berichtet der MEDI-Arzt.

Besondere Angebote der Praxis

Zum Praxisangebot gehört natürlich das Assessment bei Demenzverdacht samt neurologischer Untersuchung und Beratung. Hinzu kommt eine spezielle Gedächtnissprechstunde mit ausführlicher Bestandsaufnahme der Störungen unter Berücksichtigung der sozialen Lebensbedingungen.

Eine Ergänzung sind Angehörigengruppen, die sich in der Praxis treffen. Das Curriculum hierfür hat Alexander Schlör entwickelt. Auch seinem Vater ist dieser Blick über den Tellerrand in Richtung Psychologie ein wichtiges Anliegen. Er nimmt ebenso teil wie Kristina Burkart. Durchschnittlich kommen sechs Angehörige von Demenzpatienten zu den Gruppenabenden. Alexander Schlör bereitet Themen wie Krankheitsverständnis und Selbstmanagement vor, weitere Themen wurden von den Teilnehmern vorgeschlagen. Am Ende jeder Gruppensitzung werden Entspannungstechniken wie Fantasiereisen und Biofeedback vorgestellt.

Öffentliche Veranstaltungen

Die Themen der Angehörigengruppen wurden außerdem auch auf öffentlichen Veranstaltungen angeboten. Dazu wurden 15 bis 20 Angehörige zu einem Halbtagsseminar eingeladen. Besonderer Wert wurde auf Tagungsorte mit angenehmer Umgebung gelegt, um eine möglichst klare Trennung zur Alltagspflege zu ermöglichen und das Abschalten zu fördern.

Leider erwiesen sich diese Termine als zu aufwendig: Die Kosten für besonders schöne Räumlichkeiten sind hoch und vermutlich nicht für alle Angehörigen akzeptabel. „Auch der Aufwand für die Praxismitarbeiter war hoch“, ergänzt Alexander Schlör. Die Gruppen in der Praxis werden als akzeptable Alternative betrachtet, auch wenn die Teilnehmerzahl aus Platzgründen geringer sein muss.

Die Aufgaben der EFA®

Kristina Burkart fungiert einerseits als kompetente Ansprechpartnerin für Angehörige von Demenzkranken. Anders als zum Beispiel bei MS-Patienten gibt es für Demenzpatienten nur wenige medizinische

Therapiemöglichkeiten. Im Vordergrund der Versorgung stehen deshalb Betreuung und Pflege, die Kommunikation mit den Kranken und der Umgang mit den sozialen Konsequenzen. Hier kann die EFA® praktische Unterstützung bieten, um die erdrückende Betreuungslast der pflegenden Angehörigen zu mildern. Sie informiert etwa über folgende Probleme:

- Wo gibt es soziale, psychologische und medizinische Beratung?
- Wo findet man welche Angebote zur Hauspflege?
- Wie können Pflegende zum Beispiel mit aggressivem oder depressivem Verhalten von Demenzkranken umgehen?
- Wo finden Angehörige Hilfe, um mit eigenen Sorgen oder der Trauer über die nicht mehr vorhandene Beziehung zurechtzukommen?

Burkart organisiert die Praxisbetreuung, bietet Informationsmaterial an und stellt die Verbindung zu anderen Schwerpunktpraxen her. Im Rahmen ihrer Tätigkeiten wird sie oft mit Fragen konfrontiert, die sonst der Arzt beantworten müsste. Typische Problemstellun-

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Hier bietet die Demenz-EFA® praktische Unterstützung

»Unsere EFA® genießt
hohes Vertrauen bei den Patienten
und ihren Angehörigen«

gen sind die Kooperation mit dem Pflegestützpunkt, sozialmedizinische Themen wie Schwerbehinderung, Pflegestufe, Vorsorgevollmacht, Geschäftsfähigkeit, Tages- und Kurzzeitpflege.

Neben diesen Beratungsanlässen richtet sie ihr Augenmerk auch darauf, wie stark die Belastung der

Angehörigen ist. „Ihr fällt es leichter, Überlastungssymptome zu erkennen, da sich Patienten ihr gegenüber weniger zusammenreißen“, erläutert Schlör. Er ist erkennbar stolz auf die Kompetenz seiner Mitarbeiterin und freut sich darüber, dass sie „hohes Vertrauen bei den Kranken und ihren Angehörigen“ genießt.

Auch die Praxis profitiert seiner Ansicht nach davon. „Mit einer Neuro-EFA® können wir nicht nur die Qualität unserer üblichen Arbeit verbessern, sondern uns auch um den Aspekt der Prävention psychischer Erkrankungen bei pflegenden Angehörigen kümmern“, stellt der Neurologe fest, „ich kann mir gar nicht mehr vorstellen, wie das hier ohne unsere EFA® gehen sollte.“ Nachdenklich erwähnt er noch eine Sorge: „Wenn wir niedergelassenen Ärzte keine umfassende Betreuung von Demenzkranken und ihren Angehörigen gewährleisten können, werden die Patienten eines Tages aus der ambulanten Versorgung verschwunden sein.“ ■■

Ruth Auschra

Mehr Geld für Neurologen im PNP-Vertrag

Für überwiegend neurologisch tätige Praxen wird der PNP-Vertrag ab dem 1. Juli noch attraktiver. Bisher konnte im Modul Neurologie nur eine Zusatzpauschale pro Fall abgerechnet werden. Ab Juli können die Behandler auch mehrere neurologische Zusatzpauschalen* in einem Quartal abrechnen, sofern die Diagnosen der ICD-Liste entsprechen. Gleiches gilt für Beratungsgespräche*: Auch sie können nun von allen Ärzten, die Leistungen aus dem Neurologiemodul abrechnen, kombiniert werden.

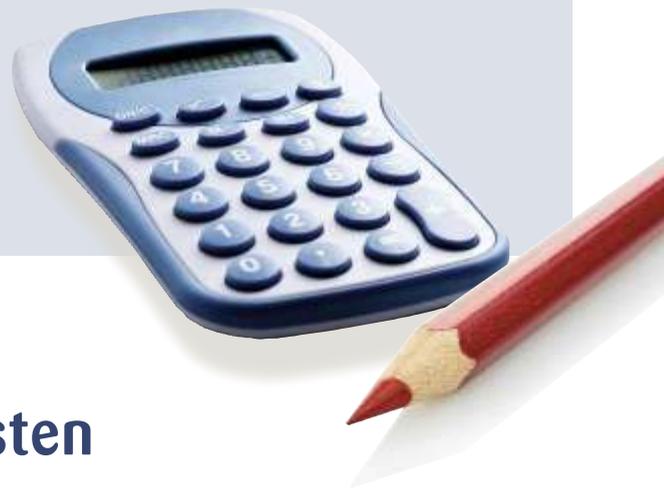
Zusätzlich angepasst wird die Vergütung der Beratungszuschläge. Nach bisher unterschiedlich hohen Zeitkontingenten und ungleicher Vergütung wird die neurologische Beratung ab Juli einheitlich mit 19 Euro pro 10 Minuten Gesprächszeit bewertet. Von dieser Anpassung profitieren auch die multimorbiden Patienten.

Neben den Zusatzleistungen für chronisch Kranke wurde auch die Grundversorgung geändert: Die neu bewertete Grundpauschale NP1 mit künftig 35 Euro

wird um die Ziffer NP1A ergänzt, die zusätzlich 5 Euro einbringt, wenn der Patient, wie vertraglich vorgesehen, eine Überweisung vorlegen kann. Mit der Anhebung der NP1H um 5 Euro wird auch die Versorgung von Heimpatienten verbessert.

Zu guter Letzt wurde auch die Vergütung des zweiten Diagnostikzuschlags angehoben. Beide Zuschläge zur Abbildung von Diagnostikleistungen sind ab Juli 30 Euro wert. ■■ jr

* Zusatzpauschalen und Beratungszuschläge gibt es im Neurologiemodul für: zerebrovaskuläre Krankheiten, multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinson und extrapyramidale Syndrome, Demenz, Polyneuropathie und Myopathie sowie Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks.



Ärger über höhere Laborkosten

Allgemeinmediziner und Pädiater, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen, beobachten seit einigen Monaten eine deutliche Preiserhöhung im O-II-Labor. „Manche Praxen zahlen sogar doppelt so viel wie früher“, berichtet der MEDI-Vorstandsvorsitzende Dr. Werner Baumgärtner.

Ursache sei das Antikorruptionsgesetz, das eine gemeinsame Preisfindung von O-II- und O-III-Labor unter Strafe stellt. Das hat zur Konsequenz, dass die Labore nur noch zu EBM-Preisen abrechnen. „Grundsätzlich ist es den Laboren aber gestattet, auch unterhalb des EBM abzurechnen – deswegen haben wir ja seit 2008 eine entsprechende Vereinbarung in der HZV getroffen“, erinnert Baumgärtner. Die Labore dürften nur nicht unterhalb des eigenen Herstellungspreises abrechnen.

Wegen der höheren Kosten hat der MEDI-Chef Gespräche mit mehreren Vertretern von Laboren in Baden-Württemberg geführt. Diese haben darauf hingewiesen, dass der EBM inzwischen neun Jahre alt sei und ihre Personalkosten während dieses Zeitraums deutlich gestiegen seien.

Die HZV-Pauschalen beinhalten einen Laborzuschlag von etwa 2 Euro. „Das hat bisher ausgereicht. Jetzt muss der Zuschlag aber so weit angehoben werden, dass die Leistungen in der Praxis und im Labor bezahlt werden können“, erklärt Baumgärtner und verspricht an dem Thema weiter dranzubleiben. ■■ as

Auch kleinste Knochensplitter sind sichtbar

Seit neun Monaten arbeitet der MEDI-Arzt Frank A. Fasco mit einem digitalen Volumentomografen (DTV) in seiner Praxisgemeinschaft in Pirmasens. Damit bietet er als Einziger in Rheinland-Pfalz und im Saarland diese Diagnosemethode an.



Foto: privat
Frank A. Fasco ist vom digitalen Volumentomografen überzeugt.

Digitale Volumentomografen, auch „cone beam 3D CT“ genannt, sind bislang vor allem bei Zahnärzten und Kieferchirurgen im Einsatz. Hier liefern sie hochauflösende Bilder und 3D-Ansichten von Zähnen oder dem Kiefer. Diese Diagnostik wird zum Beispiel vor und nach Implantatoperationen eingesetzt.

In der Orthopädie und Unfallchirurgie ist dieses hochmoderne bildgebende Verfahren aber noch eine Ausnahme. „Bundesweit sind gerade mal neun Geräte im Einsatz“, erklärt Orthopäde Fasco, der auch Vorstandsmitglied bei MEDI Südwest ist. Die Geräte bieten seiner Erfahrung nach gegenüber dem herkömmlichen Röntgen oder der Computertomografie (CT) deutliche Vorteile.

Sehr geringe Strahlendosis

„Stellen Sie sich vor, ein achtjähriger Junge kommt nach dem Fußballspiel mit einer Sprunggelenks- oder

Knieverletzung in die Praxis“, nennt Fasco ein Beispiel. „Ein solches Kind lässt sich nicht in die CT-Röhre legen und verharrt dort ruhig bis zum Ende der Aufnahme.“ Die Untersuchung im DTV-Gerät dauere dagegen gerade mal 30 Sekunden. „Und die Strahlenbelastung entspricht der einer normalen Tagesdosis bei einem Aufenthalt im Freien“, so der Orthopäde. Deshalb sei die DTV-Diagnostik gerade bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen erste Wahl, da man diese jungen Patienten keinen hohen Strahlendosen aussetzen wolle.

Neben der vielfach geringeren Röntgenstrahlung gebe es noch weitere Vorteile: Die Bilder seien wesentlich detailgenauer als herkömmliche Röntgenaufnahmen. „Auch kleinste Knochensplitter sind deutlich sichtbar“, weiß Fasco. Gerade beim Röntgen von Händen und Handgelenken komme es wegen der vielen kleinen Knochen häufig zu sogenannten Überlagerungen. In den 3D-Aufnahmen sei das ausgeschlossen; selbst feinste Haarrisse und Brüche seien sichtbar.

Untersuchung unter Belastung möglich

In Fascos Praxis, die er mit dem Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. Jürgen Knoch im Medicenter Pirmasens betreibt, wird der DTV vor allem zur Untersuchung von Verletzungen an Händen, Armen, Füßen und Beinen eingesetzt. Häufig seien das Sportverletzungen von Kindern und Jugendlichen. Ein weiterer großer Vorteil gegenüber dem starren Röntgentisch ist, dass das Gerät flexibel positioniert werden kann. So können die Patienten davor sitzen oder sie steigen mit ihrem Fuß oder Bein hinein.

Das mache Untersuchungen unter Belastung möglich, da die Patienten Hände, Knie oder Füße bewegen könnten. Fasco berichtet von einer Frau, die auch nach einer Operation noch starke Schmerzen im Sprunggelenk plagten, obwohl Röntgenaufnahmen keine Auffälligkeiten zeigten. Erst das DTV-Bild hat einen Riss im Syndesmoseband gezeigt.

In Zukunft würden die DTV-Geräte immer besser auch Verletzungen an den Weichteilen anzeigen, wie zum Beispiel Meniskus- oder Bänderrisse, ist Fasco überzeugt. Ein weiterer Vorteil gegenüber anderen bildgebenden Verfahren sei, „dass es keine Artefakt-darstellung von Metallteilen im Körper gibt, wie beispielsweise bei künstlichen Kniegelenken“. Das Gerät würde die Metallteile beim Erstellen des Bildes einfach „wegrechnen“.

Sach- und Fachkundenachweis

Um die DVT-Diagnostik als Orthopäde oder Unfallchirurg anzubieten, ist neben der Röntgenteilzulassung zunächst ein Fachkundenachweis nötig. Der erfolgt in der Regel in einem Tagesseminar, das vom Hersteller vermittelt wird. Aufwendiger ist der Sachkundenachweis: Hier müssen mindestens 100 Diagnosen an einem DVT nachgewiesen werden, und zwar in einer Praxis oder Einrichtung, in der er seit mindestens einem halben Jahr im Einsatz ist. Fasco hat das an der „Main Medical Clinic“, einem ambulanten OP-Zentrum in bayerischen Großwallstadt, absolviert. Nach einer entsprechenden Einweisung dürfen auch Röntgenfachassistenten bzw. -assistentinnen das Gerät bedienen.

Neben den Schulungen und Nachweisen ist die Anschaffung des DVT eine Investition, die gut überlegt sein will. Rund 350.000 Euro müssen Fasco und sein Kollege für ihr Exemplar aufbringen. „Das läuft über einen Leasingvertrag“, erläutert der Orthopäde und fügt hinzu: „Für eine nicht spezialisierte Einzelpraxis rechnet sich das nicht.“ Die beiden Ärzte wollen in naher Zukunft versuchen, mit anderen Orthopä-

den, Unfallchirurgen oder Zahnärzten eine „Apparategemeinschaft“ zu bilden, um den DVT gemeinsam zu nutzen. Aktuell laufen auch Gespräche mit dem Bereich Hand-/Fußchirurgie der Klinik Rodalben über eine Mitbenutzung des Tomografen. Außerdem wollen Fasco und Knoch demnächst gezielt die Jugendabteilungen von Sportvereinen in der Umgebung über das Angebot der strahlenarmen DVT-Diagnostik informieren.



Keine GKV-Leistung

Wer als gesetzlich versicherter Patient in den Genuss dieser modernen Diagnostik kommen will, muss das in der Regel aus eigener Tasche bezahlen. Fasco und Knoch berechnen diese Wunschleistung in ihrer Gemeinschaftspraxis mit 135 Euro. Lediglich die privaten Krankenkassen und die Berufsgenossenschaften übernehmen die Kosten, sagt Fasco. ■■

Martin Heuser



Foto: fotolia

»Überflüssig wie ein Kropf«

Ende Januar hat der Gesundheitsausschuss des Bundestags eine leicht nachgebesserte Version des umstrittenen Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes beschlossen, im Februar billigte auch der Bundesrat das Regelwerk. Die **MEDITIMES** gibt einen Überblick über die Entstehung und die Auswirkungen des Gesetzes auf die ärztliche Selbstverwaltung.

Das „Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht“ klingt selbst in der Kurzfassung „Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ (SVSG) noch sperrig. Auch inhaltlich dürfte sich das Gesetz mit seinen neuen Regelungen – etwa für das Aufsichtsverfahren und für die Haushalts- und Vermögensverwaltung sowie strengere Transparenzpflichten und Kontrollmechanismen inklusive externer Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung – noch als sehr unhandlich erweisen; darüber ist man sich zumindest in der Ärzteschaft relativ einig.

Anders die Einschätzung der Regierungskoalition: Schließlich hatte man sich im Bundesgesundheitsministerium (BMG) lange über den Skandal um überhöhte Pensionszahlungen und angeblich dubiose Immobiliengeschäfte bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geärgert, die noch unter dem ehe-

maligen KBV-Chef Dr. Andreas Köhler fehlerhaft abgewickelt worden waren. Und so verspricht sich Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) von dem Gesetz nicht weniger, als dass „die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung künftig noch besser ihrer großen Verantwortung nachkommen können und vor Selbstblockaden geschützt sind“.

Drei Vorstände leiten künftig die KBV

Zum Schutz vor diesen „Selbstblockaden“ soll es in der KBV künftig drei statt bislang zwei Vorstände geben – wobei das Gesetz vorsieht, dass einer der Vorstände „in Bezug auf die Versorgungsbereiche innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung eine neutrale Person sein muss“. Dabei kann es sich um einen Juristen, Ökonomen oder auch einen Arzt handeln. Für den Vorstandsvorsitzenden von MEDI GENO Deutschland Dr. Werner Baumgärtner ist genau diese Vorgabe völlig inakzeptabel. „Eine Führungsspitze aus drei Vorständen ist immer die schlechteste Lösung“, gibt er zu bedenken.

Dabei sind die neuen Machtbefugnisse des Ministeriums aus seiner Sicht generell nicht zu rechtfertigen: „Das Gesetz ist so überflüssig wie ein Kropf. Es ist unerhört, dass das BMG der KBV vorgibt, nach welcher Wahlordnung sie ihre Führung bestimmt, wie sie ihre Vorstände bezahlt und auch sonst mit ihrem Geld umgeht. Schließlich geht es dabei nicht um Steuergelder, sondern ausschließlich um Abgaben der Ärzteschaft an ihre Selbstverwaltung“, kritisiert Baumgärtner. Sein Fazit: „Die KBV ist jetzt nach dem Gesetz eine nachgeordnete Behörde des BMG.“

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

»Überflüssig wie ein Kropf«



Daten und Fakten zum SVSG

Warum wurde das SVSG eingeführt?

Als Hauptgrund gelten die Unregelmäßigkeiten bei Pensionszahlungen und Immobiliengeschäften der KBV im Zusammenhang mit dem Umzug der Zentrale nach Berlin.

Für wen gilt es?

Neben der KBV gilt es auch für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), den GKV-Spitzenverband, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen (MDS). Es gilt aber nicht für Apotheker und Krankenhäuser mit ihren jeweiligen Selbstverwaltungsorganen.

Ab wann gilt es?

Die Regierungskoalition hatte es eilig, das Gesetz zu verabschieden, damit es bereits zum 1. März 2017 und damit vor den KBV-Vorstandswahlen am 3. März 2017 in Kraft treten konnte.

In welchen Punkten wurde der Gesetzentwurf noch entschärft?

Ein „Staatskommissar light“, der ursprünglich bei Gefahr für die ordnungsgemäße Verwaltung eingesetzt werden sollte, soll der jeweiligen Institution nun nur beratend zur Seite stehen, die Entscheidung bleibt weiterhin beim Vorstand. Auch das Vorhaben, die Organe durch den Bundesrechnungshof prüfen zu lassen, wurde in den letzten Beratungen zurückgezogen. ■■

Disziplinieren statt stärken

Der MEDI-GENO-Chef widerspricht auch der vorherrschenden Meinung, die Einführung des neuen Gesetzes sei einzig auf die Ungereimtheiten der ehemaligen KBV-Führung zurückzuführen: „Auch wenn Köhler an manchen Stellen überzogen hat, ist das Gesetz nicht allein ihm anzulasten. Ich persönlich bin sicher völlig unverdächtig, wenn ich ihn in diesem Punkt in Schutz nehme, da ich standespolitisch immer eine ganz andere Haltung als er vertreten habe.“ Das „KBV-Disziplinierungsgesetz“, wie es intern genannt wurde, setze vielmehr eine seit Langem voranschreitende Entwicklung fort: „Seit 20 Jahren hat jede Regierung die Regelungsdichte im SGB V erhöht. Und nun entfernt sich die KBV abermals von ihrem eigentlich etwas janusköpfigen Charakter, nachdem sie gleichzeitig Selbstverwaltung und Interessenvertretung sein soll“, so Baumgärtner.

KVen und Verbände müssen zusammenrücken

Ein stärkerer Fokus auf die Verwaltungsaufgaben, weniger Optionen für die Interessenvertretung – das bedeutet für Baumgärtner, dass die Körperschaften künftig enger mit den Berufsverbänden zusammenarbeiten müssen, wenn sie den Belangen der Niedergelassenen Gehör verschaffen wollen. „Der einzelne regionale Delegierte in der KBV-Vertreterversammlung kann zwar wie gehabt über die Geschicke der bundesweiten Selbstverwaltung abstimmen, doch der Rahmen hierfür ist nun enger geworden“, erklärt Baumgärtner.

Um überhaupt noch politisch Einfluss nehmen zu können, müsse auch die KBV mehr als bisher mit den Verbänden zusammenarbeiten. Gemeinsame Aktionen der KBV-Führung, der Berufsverbände, der KV-Spitzen, des Arbeitskreises 4 der KBV und der Allianz Deutscher Ärzteverbände, zu der auch MEDI GENO Deutschland gehört, habe es zwar schon in der Vergangenheit gegeben. „Doch die Beteiligten sollten ihren Informationsaustausch verbessern, sich regelmäßig treffen und ihre gemeinsamen Interessen formulieren“, fordert Baumgärtner. ■■

Antje Thiel

at



Die neue KBV-Spitze für die nächsten sechs Jahre (von links nach rechts): Dr. Thomas Kriedel, Dr. Andreas Gassen und Dr. Stephan Hofmeister.

Schulterschluss mit den Verbänden

MEDI GENO Deutschland ruft die neuen KBV-Vorstände zu mehr Zusammenarbeit mit den Ärzteverbänden auf. Die KBV muss nach Jahren innerer Auseinandersetzungen wieder politisch handlungsfähig werden. Außerdem brauchen die Praxen bessere Rahmenbedingungen – sonst werden sie zum Auslaufmodell und Gesundheitskonzerne übernehmen die ambulante Patientenversorgung.

Zu den bestehenden Konfliktherden in der KBV zählt der MEDI GENO-Vorstand den Hausarzt-Facharzt-Konflikt, die Konkurrenz zwischen den Kollektiv- und Selektivverträgen, den selbstständigen und angestellten Ärztinnen und Ärzten und den hauptamtlich und ehrenamtlich tätigen KBV-Vertretern. „Gelingt es der KBV nicht, diese Gräben zuzuschütten, sinken ihre Akzeptanz und ihre Politikfähigkeit weiter“, warnt er.

Vorstandschef Dr. Werner Baumgärtner weist darauf hin, dass das kürzlich in Kraft getretene Selbstverwaltungsstärkungsgesetz die KBV zusätzlich schwächt (siehe auch Artikel auf Seite 30): „Unser oberstes Organ der Selbstverwaltung wurde zu einer nachgeordneten Behörde des Bundesgesundheitsministeriums degradiert.“ Das sei einerseits selbstverschuldet, andererseits die Folge eines „politischen Mainstreams der staatlichen Bevormundung“. Hier gelte es, politisch und öffentlich mit eigenen Konzepten dagegenzuhalten.

Erfolg setzt Politikfähigkeit voraus

Die KBV kann ihre Ziele nur erreichen, wenn sie wieder enger mit den Verbänden zusammenarbeitet. „Interessenvertretung geht nur gemeinsam! Unsere Organisation bestehend aus Ärztenetzen, Genossenschaften und Verbänden ist dazu bereit“, so der MEDI GENO-Vorstand. Nur gemeinsam können die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte weniger Bürokratie, bessere wirtschaftliche Bedingungen und endlich feste Preise im Kollektivvertrag erreichen. Budgetierung, Regelleistungsvolumina und Regresse haben nichts mit Freiberuflichkeit zu tun und sind verantwortlich für den Nachwuchsmangel in den Haus- und Facharztpraxen. 🇩🇪

Angelina Schütz

GENEVA schlüpft unter das MEDI GENO-Dach

Das Ärztenetz GENEVA vertritt 67 Vertragsärzte im Saarland und hat sich im Februar MEDI GENO Deutschland angeschlossen. Abgesehen von vielen gemeinsamen Zielen hofft die Genossenschaft in erster Linie auf bundesweite Facharztverträge.

„Es war keine große Frage, MEDI GENO beizutreten, da unser Netz über 16 Jahre mit fast identischen Zielen existiert“, erklärt Dr. Alexander Emrich, Vorstandsmitglied von GENEVA und Allgemeinarzt in Spiesen-Elversberg. Der Name steht für „Gemeinschaft Neunkircher Vertragsärzte eG.“

Insbesondere die Facharztverträge, wie sie MEDI Baden-Württemberg seit sieben Jahren umsetzt, interessieren die GENEVA-Ärzte. Sie hoffen, dass solche Verträge unter der Führung von MEDI GENO Deutschland eines Tages auch bundesweit geschlossen werden. „Abgesehen von unserer Teilnahme am Ärztenetz Prosper der Bundesknappschaft konnten wir noch keine Verträge mit Krankenkassen abschließen“, bedauert Emrich. Gespräche, in die auch Ärztenetze aus Rheinland-Pfalz eingebunden waren, seien ergebnislos verlaufen. „Unsere Praxen werden die ambulante Versorgung nur dann längerfristig aufrechterhalten können, wenn wir ausbaufähige Hausarztverträge mit gekoppelten Facharztverträgen haben“, ist er überzeugt.

Aktuell möchte GENEVA Verhandlungen zum Herzinsuffizienzprogramm der AOK und einiger Betriebskrankenkassen sowie zum Modellprojekt Heimversorgung aufnehmen. Beide Versorgungsprogramme sind Add-on-Verträge, an denen MEDI-Ärzte in Rheinland-Pfalz bereits teilnehmen. Außerdem steht ein Verbund-Weiterbildungsvertrag für Allgemeinärzte mit zwei Krankenhäusern im Kreis Neunkirchen kurz vor dem Abschluss. Darüber hinaus zeigt GENEVA großes Interesse am Projekt „Arztpraxen 2020“ von MEDI Baden-Württemberg.

Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandschef von MEDI GENO Deutschland, begrüßt den Beitritt: „Wir werden GENEVA in allen Fragen unterstützen, denn die politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Ärztenetze müssen besser werden. Unsere Netze müssen stärker gefördert werden, damit sie die Qualität und Effektivität der Patientenversorgung im Sinne einer engeren fachübergreifenden Zusammenarbeit verbessern können.“

Angelina Schütz



Foto: fotolia

11 Verbände unter einem Dach

MEDI GENO Deutschland ist bundesweit und fachübergreifend aufgestellt. Der Dachverband vertritt rund 17.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten und über 100 Ärztenetze. Dazu gehören auch die 39 regionalen MEDI GbRen in Baden-Württemberg.

Mitglied bei MEDI GENO sind:

- Ärztegenossenschaft Niedersachsen-Bremen
- Ärztegenossenschaft Nord (Schleswig-Holstein)
- GENEVA (Saarland)
- hessenmed
- Landesverband Praxisnetze Nordrhein-Westfalen
- MEDI Baden-Württemberg
- MEDI Bayern
- MEDI Berlin
- MEDI Brandenburg
- MEDI Mecklenburg-Vorpommern
- MEDI Südwest (Rheinland-Pfalz)



as



Dr. Uwe de Jager

Facharzt für Orthopädie, Freudenstadt

Dr. Uwe de Jager engagiert sich schon seit Jahren im Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), daher war er auch maßgeblich an der Gestaltung des Orthopädievertrags beteiligt. Seit ein paar Monaten ist der Orthopäde jetzt auch bei MEDI Baden-Württemberg mit dabei.

Der niedergelassene Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin in Freudenstadt hängt seinen aktiven Beitrag für die Entstehung des Orthopädievertrags (siehe auch Artikel Seite 20) nicht an die große Glocke. Bei ihm klingt es fast so, als müsste man sich nur mit den richtigen Menschen an einen Tisch setzen, um die Inhalte abzustimmen – und fertig. Die Realität dürfte anders ausgesehen haben. Aber offenbar hatte dieses Kennenlernen der Arbeit keine abschreckende Wirkung auf ihn. Er nimmt die Erfahrungen rückblickend eher zum Anlass, über ein stärkeres Engagement bei MEDI nachzudenken.

Berufspolitischer Einsatz

Vorsichtig ausgedrückt hat de Jager bereits ein abwechslungsreiches berufspolitisches Programm. Das mag daran liegen, dass er sich als Niedergelassener für den Erhalt der wohnortnahen medizinischen Versorgung einsetzt. Gerade im Schwarzwald ist das keine einfache Sache: Laut AOK-Ärztatlas 2016 ist die Versorgung bei Frauenärzten und Orthopäden die schlechteste in ganz Deutschland.

Ohne berufspolitisches Engagement wird sich die Situation wohl nicht verbessern, also engagiert sich

de Jager. Im BVOU ist er seit 2001 Vorsitzender der Bezirke Baden-Baden, Rastatt und Freudenstadt, außerdem stellvertretender Vorsitzender des Landesverbands Baden. Zusätzlich wird er als Osteologieexperte zu wissenschaftlichen Veranstaltungen eingeladen, moderiert einen interdisziplinären Osteoporosequalitätszirkel und wurde in die Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg gewählt.

Mit der Entwicklung des Orthopädievertrags hat der MEDI-Arzt Aspekte am Kollektivvertrag verändert, die er zunehmend als störend empfindet. Es existieren seiner Ansicht nach zu viele unregelmäßige Bereiche, in denen der Patientenstrom nicht gelenkt wird. „Es kann doch nicht sein, dass ein Patient wegen einer Kleinigkeit drei Ärzte aufsucht und dadurch entsprechende Kosten verursacht, ohne dass irgendwelche Sanktionen folgen“, kritisiert er und erinnert daran, dass die Kosten schließlich gedeckelt sind.

Ein anderes Beispiel sind Patienten, die auf dem Einsatz bildgebender Diagnostik bestehen, obwohl eine sorgfältige Untersuchung für den Zweck ausreichend wäre. Solche Wünsche in geordnete Bahnen zu lenken, ohne jemandem etwas Sinnvolles vorzuenthalten – auch das ist für ihn Sinn und Zweck der Facharztverträge.

Teampayer

De Jager ist kein Einzelkämpfer, er kooperiert gerne. Typisch, dass er in einer Berufsausübungsgemeinschaft niedergelassen ist! Er ist überzeugt, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der deutschen Medizinlandschaft verbessern lässt. Berufspolitische Arbeit bedeutet für de Jager keinesfalls nur Stress oder das Erfüllen trister Notwendigkeiten. Wenn er über Möglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung spricht, spürt man echtes Interesse an einer guten medizinischen Arbeit. „Zur Umsetzung muss man die richtigen Stellschrauben finden und justieren.“

Natürlich setzt de Jager den Orthopädievertrag in seiner Praxis um, er war bereits in der Testphase beteiligt. „Das ist eine richtig gute Sache“, lautet sein Urteil, „ganz besonders für ältere Patienten oder für Sportler.“ So gibt es für Patienten, die normalerweise keine Anschlussheilbehandlung bekommen würden, durch AOK-Sports erweiterte Therapiemöglichkeiten, „fast wie bei einer ambulanten Reha.“

Andererseits bleibt de Jager kritisch, wenn er die konkrete Umsetzung betrachtet. „So ein Vertrag muss mit Leben gefüllt werden“, weiß er. Perfekt findet er die Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten noch nicht. Der Austausch zwischen den beiden Ärzteguppen könnte manchmal besser werden. Zu einer gut verzahnten Diagnostik gehört es zum Beispiel, die Primärdiagnosen, Vorbefunde und Laborergebnisse an den Orthopäden weiterzugeben. „Vorscreening inklusive Labor beim Hausarzt, weitere Diagnostik auch mit Geräten beim Facharzt“, lautet sein Konzept. Ihn stört es, wenn unnötige Telefonate geführt werden müssen, damit die vertraglich vereinbarten Unterlagen geliefert werden. Gerade für Rheuma- oder Osteoporosepatienten könnte man durch eine bessere Kooperation mehr Zeit und Kosten einsparen.

An der Umsetzung weiterarbeiten

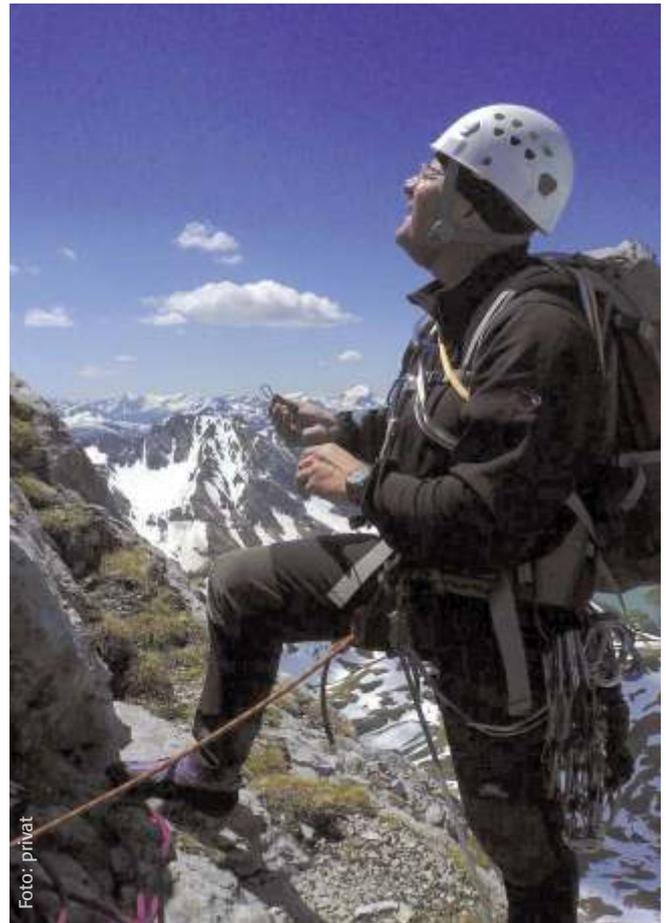
Umgekehrt ist der Facharzt in der Pflicht, den Hausarzt zeitnah über Ergebnisse und therapeutische Konsequenzen zu informieren. „Meistens klappt das bei uns in ein bis drei Tagen“, sagt er und gibt offen zu, dass es in Urlaubsphasen leider auch etwas länger dauern kann. Andere Verzögerungen liegen gar nicht in seiner Hand. Wenn er einen Patienten zum Beispiel zum MRT überweist, kann es Wochen bis zur Untersuchung dauern. Anschließend muss das Bild

noch ausgewertet werden und der Orthopäde muss die resultierende Therapie planen – erst dann kann ein Arztbrief überhaupt formuliert und verschickt werden.

Womit er beim nächsten brennenden Thema wäre: dem Datenaustausch zwischen den Praxen. Es ist einfach nicht mehr zeitgemäß, einen Medikationsplan als Papierausdruck oder Fax zu übermitteln. Der müsste dann in der Facharztpraxis abgeschrieben werden, damit er im System ist. „Da brauchen wir bessere technische Lösungen“, fordert de Jager.

Ausdauertraining und Klettern

Aufgeben ist für ihn keine Option – er arbeitet lieber weiter an der Verbesserung der Kooperation mit den Kollegen. Ob mehr Training auch in diesem Fall zu einer Leistungssteigerung führt? Trainingseffekte kennt de Jager nicht nur als Orthopäde, sondern auch aus eigener Erfahrung als Sportler. Ausdauertraining macht er „natürlich sowieso“. Fast täglich dreht er seine Fahrrunde, um seine Kondition zu steigern oder wenigstens zu behalten.



Beim Alpinklettern an der Roggal-Spitze, Lechquellgebiet.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Dr. Uwe de Jager

Als Orthopäde sieht er schließlich täglich die Folgen von Bewegungsmangel und Ernährungsfehlern. Fahrradfahren oder Laufen gehören zu de Jagers Vernunftentscheidungen. Anders ist es mit dem Klettern, das er seit über zehn Jahren „als Späteinsteiger“ für sich entdeckt hat. Am Kletterseil hängt er mit ganzem Herzen. Er nimmt gerne an regionalen Wettbewerben teil und hat sogar schon einen ersten Platz bei einem Ü40-Wettkampf gemacht. Im Winter trainiert er in einer Halle des Deutschen Alpenvereins, um fit zu bleiben.

Auch hier reicht es dem MEDI-Arzt nicht, über suboptimale Bedingungen zu diskutieren, lieber packt er selbst mit an: Gemeinsam mit Freunden wurde ein Plan zur Hallenvergrößerung ausgeheckt und in die

»Im Kollektivvertrag werden die Patientenströme nicht ausreichend gelenkt«

Tat umgesetzt. Wenn es wärmer wird, zieht es ihn eher in den Klettergarten, etwa in den Battert bei Baden-Baden. Hier gibt es Kletterrouten in fast allen Schwierigkeitsgraden, die Absicherung gilt allerdings als sparsam. Und wenn de Jager mehr Zeit hat, ist er auch in den Alpen bergsteigerisch unterwegs.

Einer, der hoch hinaus will und nicht so schnell aufgibt? Auf jeden Fall einer, der nicht nach dem bequemsten Weg sucht, um seine Ziele zu erreichen.



Ruth Auschra

NEUE MITARBEITER

IT-Abteilung

Ihsan Korkmaz...

... wurde am 15. Dezember 1992 in Herrenberg geboren. Sein Fachabitur machte er am Berufskolleg in Rottenburg in Wirtschaft. Danach studierte Korkmaz Wirtschaftsinformatik an der Hochschule Albstadt-Sigmaringen. Im Rahmen seines Studiums kam der Herrenberger zum ersten Mal mit der Softwareentwicklung in Berührung.

Bei einem Praktikum bei der Groz-Beckert KG, einem Unternehmen für industrielle Maschinennadeln, Präzisionsteile, Feinwerkzeuge, Systeme und Dienstleistungen für die Herstellung und Fügung textiler Flächen, sammelte Korkmaz Erfahrung im

Bereich SAP Business Intelligence. Dieses Thema verfolgte er auch in seiner Bachelor-Thesis weiter. Der IT-Fachmann entwickelte für die Groz-Beckert KG anforderungsspezifische Komponenten für das Erstellen von Management-Dashboards.

Seit August 2016 arbeitet Ihsan Korkmaz bei der MEDIVERBUND AG als Softwareentwickler. Dort erweitert er zusammen mit seinen IT-Kollegen die Abrechnungssoftware für neue und bestehende Facharztverträge. ■■



IT-Abteilung

Oliver Schalow...

... wurde am 29. Oktober 1970 in Koblenz geboren. Sein Abitur machte er am Rhein-Gymnasium Sinzig. Nach dem Wehrdienst studierte Schalow an der Fachhochschule Worms Allgemeine Informatik. In dieser Zeit erstellte er als selbstständiger Softwareentwickler zusammen mit einem Psychologen Programme für die Personalentwicklung. Seine Diplomarbeit drehte sich um ein E-Commerce-System für eine Wormser Consultingfirma.

Danach zog Schalow nach Augsburg, wo er für die Infomatec AG ein Internetbörsenportal erweiterte. Im Anschluss daran arbeitete er an Kundenprojekten bei der örtlichen Niederlassung der Ray Sono AG, einer Multimediaagentur aus München.

Nach seinem Umzug nach Stuttgart ging Schalow für zwölf Jahre als Softwareentwickler und technischer Projektleiter zur ELO Digital Office GmbH, einem Hersteller für Dokumentenmanagement-Software. Zuletzt arbeitete der IT-Fachmann im Auftrag einer Consultingfirma bei der Allianz Versicherung.

Im September 2016 kam Oliver Schalow zur MEDIVERBUND AG. Hier formuliert er als Product Owner Aufgaben für die Entwickler und unterstützt das Team bei der Abrechnungssoftware. ■■



NEUE MITARBEITER



Vertragswesen
Elisa Mühling...

... wurde in Buchen im Neckar-Odenwald-Kreis geboren und machte ihr Abitur am Ganztagsgymnasium in Osterburken. Ihr duales Bachelorstudium im Studiengang Gesundheitsmanagement schloss sie 2012 in Bad Mergentheim ab. Im Anschluss daran absolvierte Mühling ein berufsbegleitendes Masterstudium an der FH in Aalen mit dem Studiengang Management/Gesundheitsmanagement. Zeitgleich arbeitete sie in den ACURA Kliniken, einem Verbund mehrerer Rehabilitationskliniken, im Bereich Projektmanagement/Controlling und führte als Projektleiterin das Therapieplanungssystem RehaTIS und

das Krankenhausinformationssystem CGM ein. Nach Abschluss des Masterstudiums nahm Elisa Mühling die Stelle als Assistentin der Geschäftsführung ein. Danach leitete sie ein Jahr lang die Abteilung des zentralen Patientenservice mit insgesamt 12 Mitarbeitern und war auch für den Datenschutz zuständig.

Seit 1. August 2016 arbeitet Elisa Mühling bei der MEDIVERBUND AG und betreut dort als Projektleiterin den Kardiologievertrag, den Gastroenterologievertrag und die hausarztzentrierte Versorgung (HZV). ■■



Vorstandssekretariat
Silvia Annette Wäsche...

... wurde im niedersächsischen Salzgitter geboren und kam im Alter von neun Jahren ins schwäbische Rommelshausen. Nach dem Abitur studierte sie Betriebswirtschaft, Soziologie und Marketing an der Universität Stuttgart.

Direkt nach dem Studium ging die gelernte BWLerin für acht Jahre zum Sparkassenverlag, wo sie im Bereich Marktforschung arbeitete. Dort unterstützte Wäsche die Stabsstelle und die Geschäftsführung in Sachen Werbung und Budget.

Nach ihrer Tätigkeit beim Sparkassenverlag machte sich Silvia Wäsche selbstständig und arbeitete zwölf Jahre lang in den Bereichen Marketing und Vertrieb. Dabei lag ihr Schwerpunkt in der Ge-

staltung und Betreuung von Messeständen. Gleichzeitig richtete sie Büros, Arztpraxen und Geschäfte mit Luftbefeuchtungsanlagen unter Berücksichtigung der Feng-Shui-Aspekte ein.

Im Anschluss daran ging Silvia Wäsche zum Landesbauernverband Baden-Württemberg, wo sie im Sekretariat der Geschäftsführung arbeitete. Seit August 2016 ist sie im Sekretariat des Vorstands der MEDIVERBUND AG tätig. ■■

Verwaltung

Klaus Kröber...

... wurde 1963 in Koblenz geboren. Nach der Ausbildung in einer Rechtsanwaltskanzlei wechselte er in den öffentlichen Dienst und arbeitete dort bis 1993 in den Amtsgerichten Koblenz und Montabaur als Beamter. Neben seiner Berufstätigkeit absolvierte Kröber ein BWL-Studium an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Koblenz und eine Ausbildung zum Rettungssanitäter beim DRK Koblenz. Dort arbeitete er mehrere Jahre ehrenamtlich im Rettungsdienst.

Nach seinem erfolgreichen Abschluss als Betriebswirt VWA wechselte Kröber zu einem Frankfur-

ter Elektrogroßhandel als Kreditmanager. Nach längerer Selbstständigkeit orientierte er sich stärker in Richtung IT und war als Administrator in einer Stuttgarter Rechtsanwaltskanzlei und dann für das Unternehmen Creditreform Stuttgart tätig.

Seit August 2016 arbeitet Klaus Kröber bei der MEDIVERBUND AG. Dort ist er für interne Prozesse und das Qualitätsmanagement zuständig. Kröber hat erfolgreich eine Fortbildung zur Informationssicherheit nach ISO 27001 absolviert und verantwortet in diesem Zusammenhang die bevorstehenden Neuzertifizierungen der MEDIVERBUND AG. ■■■





Für Ärzte wird's jetzt ernst!

Das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen ist seit Juni 2016 und damit seit fast einem Jahr in Kraft. Nach einer „Aufwärmphase“ wird es jetzt für alle Beteiligten im Gesundheitswesen ernst.

Nun sind Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen nicht mehr nur für „Amtsträger“ und „Beauftragte“ strafbar; künftig können auch niedergelassene Ärzte mit Geld- oder Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren bestraft werden, falls sie bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial eine Klinik oder eine Praxis oder bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln bzw. Medizinprodukten ein bestimmtes Unternehmen bevorzugen, weil sie dafür einen Vorteil erhalten.

Alle Beteiligten im Gesundheitswesen, insbesondere jedoch die Ärzte und Kliniken einerseits sowie die Unternehmen der Pharma- und Medizinprodukteindustrie andererseits, sollten sich zügig mit dem Gesetz vertraut machen. Sie müssen wissen, was

künftig verboten ist, was erlaubt bleibt und welche Risiken bestimmte Handlungsweisen bergen. Mit dem Gesetz wurde ein Paradigmenwechsel vollzogen: Was jahrzehntelang im Zweifel gar nicht oder milde sanktioniert wurde, ist heute strafbar und kann sogar existenzgefährdende Konsequenzen nach sich ziehen. Dieser Paradigmenwechsel ist vergleichbar mit früheren „Schmiergeldzahlungen“ der Industrie, die damals sogar steuerlich absetzbar waren. Heute drohen für die damaligen „Kavaliersdelikte“ sogar Gefängnisstrafen, ähnlich wie bei einer Steuerhinterziehung.

So steht es im Gesetz

§ 299a StGB: Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er

- (1) bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten
- (2) bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur un-

mittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder

- (3) bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ihn oder einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 299b StGB: Bestechung im Gesundheitswesen

Wer einem Angehörigen eines Heilberufs im Sinne des § 299a im Zusammenhang mit dessen Berufsausübung einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt, dass er

- (1) bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten
 (2) bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur un-

mittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder

- (3) bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ihn oder einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Die beiden Straftatbestände der §§ 299a, 299b StGB gelten für alle gesundheitsbezogenen Sachverhalte, bei denen allerdings auf der „Nehmerseite“ stets ein Heilberufler beteiligt sein muss. Strafbar machen sich hierbei nicht nur Ärzte, Zahnärzte oder Apotheker, sondern alle Heilberufe mit staatlicher Ausbildung, also auch MFAs, Pfleger oder die Physiotherapeuten. Die Straftatbestände beschränken sich auch nicht auf den GKV-Bereich, sondern gelten auch für den PKV-Bereich und für weitere mögliche korruptive Fälle zwischen Ärzten und Dritten.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Für Ärzte wird's jetzt ernst!

UNSER BUCH-TIPP ZUM THEMA

Bahner

Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen**Das Praxishandbuch**

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

Die Vorteilsannahme

Der Tatbestand der „Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ nach § 299a StGB setzt voraus, dass der Arzt einen Vorteil fordert, sich versprechen lässt oder annimmt. Dabei umfasst „Vorteil“ Geld, Kickbacks, Boni, Geschenke, Rabatte, Fortbildungen oder andere Zuwendungen. Typisch sind Prämienzahlungen von Unternehmen an Ärzte, mit denen das Bezugsverhalten zugunsten eines bestimmten Produkts beeinflusst werden soll. Bekannt wurden ferner vielfältige Fallkonstellationen, in denen für die Zuführung von Patienten oder von Untersuchungsmaterial (beispielsweise an einen Fachkollegen, eine Klinik oder an ein Labor) als „Gegenleistung“ Zuwendungen an die Ärzte gezahlt werden bzw. von den Ärzten ausdrücklich eingefordert werden.

Dabei ist es unerheblich, wie die Zuwendung bezeichnet wird – etwa als „Verordnungsmanagement“, „Aufwandsentschädigung“ oder „Vergütung für vor- und nachstationäre Leistungen“. Für die Beurteilung der

Unrechtmäßigkeit des Vorteils kommt es einzig auf die unlautere Zielsetzung an. Auch Vertragsbeziehungen wie Beraterverträge oder Verträge über Anwendungsbeobachtungen oder Materialtestungen gelten nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs als „Vorteil“.

Die Vorteile müssen sich nicht zwingend auf den Arzt selbst beziehen. Auch Vorteile für Praxisteam, Kollegen, Labormitarbeiter oder Familienmitglieder fallen unter den Begriff. Vorteile, die jedoch dem Patienten zugutekommen, wie etwa weiterreichende Preisnachlässe, erfüllen den Tatbestand nicht.

Keine Geringwertigkeits- oder Bagatellgrenze

Eine Geringwertigkeits- oder Bagatellgrenze des Vorteils hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Wo es aber an einer objektiven Eignung fehlt, konkrete Bezugs- oder Zuführungsentscheidungen zu beeinflussen, ist von einer sozialadäquaten Zuwendung auszugehen, die den Tatbestand der Vorschrift nicht erfüllt. Das gilt etwa für Praxisjubiläen, runde Geburtstage oder besondere Auszeichnungen. Hier darf auch heute noch entsprechend den Regeln des Anstands und der Höflichkeit ein Geschenk überreicht werden. Dieses sollte allerdings einen zweistelligen Betrag nicht überschreiten. Bei Geschenken von Patienten als Dank für eine erfolgreiche Behandlung handelt es sich um nachträgliche Zuwendungen, die ohnehin nicht vom Tatbestand erfasst sind.

Beate Bahner

In den nächsten Ausgaben

- Die weiteren Voraussetzungen der Strafbarkeit nach § 299a StGB
- Zulässige Kooperation oder verbotene Korruption?
- Fortbildung und Sponsoring – was ist noch möglich? 



Ass. jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre Rechtsfragen



Hat meine MFA Anspruch auf Teilzeit?

Ja, aber nur, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Ein allgemeiner Teilzeitanspruch ist im Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) geregelt. Voraussetzung dafür ist, dass

- das Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate besteht, bevor die MFA ihren Antrag auf Teilzeit stellt
- der Antrag spätestens drei Monate vor Beginn der Teilzeit unter Angabe des Umfangs der Arbeitszeitverringerung gestellt wird
- mehr als 15 Mitarbeiterinnen in der Praxis beschäftigt sind. Dabei werden zur Berufsausbildung beschäftigte Personen wie Auszubildende nicht mitgezählt; Teilzeitkräfte und geringfügig Beschäftigte dagegen schon – also auch die angestellte Reinigungskraft.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann der Praxischef den Teilzeitwunsch seiner MFA trotzdem ablehnen. Allerdings muss er das innerhalb eines Monats schriftlich begründen. Wird die Frist nämlich versäumt, gilt die Zustimmung als erteilt!

Der Arbeitgeber kann das Teilzeitverlangen bei Vorliegen aller Voraussetzungen nur dann ablehnen, wenn er gute betriebliche Gründe hat. Dazu zählt beispielsweise, dass die Verringerung der Arbeitszeit die Organisation, den Arbeitsablauf oder die Sicherheit in der Praxis wesentlich beeinträchtigt oder unverhältnismäßige Kosten verursacht, wobei diese Aufzählung im Gesetz nicht abschließend ist. Der Praxisinhaber muss also den Teilzeitwunsch einer MFA immer genau prüfen und mit ihr erörtern. ■■



doc.star: Selektivvertragsflatrate für Praxen

Seit dem letzten Quartal rollt die MEDIVERBUND AG ihre Praxissoftware doc.star aus. Dabei bietet sie den Praxen eine komplett webbasierte Lösung. Damit sollen MEDI-Mitgliedern nicht nur die Kosten für Updates und Datensicherung erspart bleiben. Das Paket beinhaltet auch eine Flatrate für Selektivverträge.

Die Abrechnung von Selektivverträgen über die Praxissoftware ist ein leidiges Thema: Längst nicht jeder Vertrag wird von allen Softwareunternehmen umgesetzt. Oder aber es fallen, gerade für regional begrenzte Verträge, Zusatzgebühren an. Der MEDI Verbund wollte es daher wissen: Lässt sich die technische Umsetzung der Selektivverträge nicht doch kostengünstiger oder gar kostenneutral gestalten?

Vor rund drei Jahren stieg der Verbund in den Praxis-EDV-Markt ein – erst nur mit einer Beteiligung, später mit der Übernahme der Software doc.star. Jetzt ist die webbasierte Lösung mit Selektivvertragsflatrate marktreif.

„Der Vorlauf war so lang, weil wir ein Produkt wollten, das den Ansprüchen am Markt gerecht werden kann“, erklärt MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner. Dabei bildet das System nicht nur alle Selektivverträge ab, es stellt eine vollwertige Praxissoftware samt KV-, BG- und Privatabrechnung bereit. „Es kommt nicht auf Schnelligkeit an, sondern auf Qualität“, sagt auch Werner Conrad, Vorstand der MEDIVERBUND AG.

20 Pilotpraxen haben sich beteiligt

Eineinhalb Jahre lang haben 20 MEDI-Praxen doc.star auf Herz und Nieren getestet. „Wir konnten in dieser Zeit wichtige Erfahrungen für die Praxisabläufe sammeln“, so Franz Rainer Feinen, Leiter der MEDIVERBUND AG Niederlassung in Köln und Gründer von doc.star. Diese sind auch gleich in den Entwicklungsprozess eingeflossen. Zumal doc.star laut Feinen tatsächlich die erste komplett webbasierte Praxissoftware auf dem Markt ist. So hatte sich etwa beim Scannen von Dokumenten in den Pilotpraxen gezeigt, dass, wenn die Teams die Daten direkt durch den Äther senden, sie ab einer gewissen Datenmenge die Leitung verstopfen. „Wir haben daher im System einen Buffer, also einen Zwischenspeicher, eingebaut, über den die Scans dann zeitversetzt zum Server geschickt werden.“

Eigener Praxisserver wird obsolet

Der Vorteil für die Praxen: Sie müssen keine eigenen Server mehr vorhalten und sich auch nicht mehr um die Datensicherung kümmern. Die Rechner in der Praxis werden nur als Arbeitsoberfläche bzw. Terminal genutzt. Die Software liegt auf Servern der MEDIVERBUND AG. Diese stehen in zwei getrennten und zertifizierten Rechenzentren in Stuttgart. „Das ist so aufgebaut, dass die Daten spiegelbildlich in beiden Rechenzentren gesichert werden“, erläutert Conrad. Fällt ein Server aus, läuft das System dennoch weiter. Conrad: „In eineinhalb bis zwei Stunden lässt sich das zweite Rechenzentrum aktivieren, das ist eine Zeit, die man in der Praxis überbrücken kann.“ Die Praxisdaten werden in der SaaS-Lösung damit ebenfalls automatisch doppelt gesichert. Dabei werden



„In den Updates sind alle gesetzlichen Regelungen enthalten“, betont Franz Rainer Feinen.

» Alle Wünsche
unserer Testpraxen
wurden berücksichtigt«

alle Daten verschlüsselt übertragen. Die Schlüssel werden in der jeweiligen Praxis generiert. Zusätzlich wird die Verbindung zwischen Rechenzentrum und Praxis extra gesichert: „Wir arbeiten mit einem hardwaregestützten Virtual Private Network“, berichtet Feinen. Die Praxen erhalten dafür eine Extrabox in Größe eines CD-Spielers, die den geschützten VPN-Tunnel aufbaut.

Neben der Datensicherung sind sämtliche Softwareupdates inklusive. Gerade das Pflichtpaket sei

nicht ohne: „Der Gesetzgeber hat uns in letzter Zeit viel ins Gebetbuch geschrieben“, sagt Feinen. Da seien die Vorgaben für den bundeseinheitlichen Medikationsplan oder den elektronischen Arztbrief. Dennoch sind in den Updates – und damit im Softwarepreis – alle gesetzlichen Regelungen inbegriffen. „Wir haben die Philosophie, dass wir ein All-inclusive-Paket anbieten.“ Das beinhaltet immer auch kleine Änderungen, die der ärztliche Beirat von doc.star aus dem täglichen Praxisbetrieb anmeldet.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

doc.star: Selektivvertragsflatrate für Praxen

NACHGEFRAGT BEI

Dr. Michael Friederich

MEDI-Internist aus Ludwigsburg



»Ich würde keinen Schritt mehr zurückgehen«

MEDITIMES: Herr Dr. Friederich, Sie haben sich am Testlauf von doc.star beteiligt und gleich die komplette Praxis-EDV auf das neue System umgestellt. Hatten Sie keine Bedenken?

Friederich: Wir haben zum Jahreswechsel 2015 umgestellt. Zu einem Zeitpunkt, als ich größere Investitionen in meine Praxis-IT hätte tätigen müssen. Es war auch nicht die erste Umstellung, deshalb waren meine Sorgen begrenzt. Wir haben 1987 das DOS-basierte System Arcos eingeführt. 2000 sind wir auf das Windows-basierte System M1 umgestiegen. Ich war nicht unzufrieden mit der Software. Aber unser Server war so überladen und langsam, dass wir ihn immer wieder neu starten mussten. Letztlich hätten wir ihn austauschen müssen. Das hätte mich, mit dem Überspielen aller Tools, rund 11.000 Euro gekostet. Just zu dem Zeitpunkt kam das Angebot, die webbasierte Software doc.star zu testen.

MEDITIMES: Wie lief die Umstellung?

Friederich: Wir haben den Datenexport zum Jahreswechsel gemacht und im Prinzip alle Daten von 1987 bis 2015 auch rüberbekommen. Es war ein-

mal ein Bild nicht in der Patientenakte. Probleme machen auch die alten Medikationspläne und Labortabellen, aber diese bekommen sie aus keinem System rüber. Wir nutzen daher den alten Server noch, um im Notfall nachschauen zu können. In drei bis vier Wochen hatten wir das Programm rund laufen, mit allen Einbindungen wie Sonografie-, EKG- oder Lungenfunktionsgerät.

MEDITIMES: Wo liegen für Sie die Vorteile der webbasierten Lösung?

Friederich: Sie brauchen keine Server mehr in der Praxis. Die Abrechnung aller HZV-Verträge läuft nicht einzeln, sondern wird über Prüflauf und Testabrechnung in einem Schritt ins Rechenzentrum der HÄVG übertragen. Von dieser zukunftsweisenden Technik würde ich auf keinen Fall mehr zurückgehen wollen. ■■■

Software von Ärzten für Ärzte

„Alles, was unsere Mitglieder an Wünschen einbringen, geht eins zu eins an die Managementgesellschaft, die das dann in der Software umsetzt“, sagt Baumgärtner. Und natürlich werden alle Selektivverträge umgesetzt. „Unsere Mitglieder können sicher sein, dass die Selektivverträge, die wir entwickeln, in unserer Software ausgerollt werden. Auch wenn es nur fünf Ärzte gibt, die mitmachen“, stellt er klar. Das gelte ebenso für Kooperationen mit dem Hausärzterverband. Für Praxen interessant ist dabei vor allem, dass doc.star die Arzneydatenbank von MMI ebenfalls als Webservice integriert hat. Feinen: „Dadurch wird aktuell gescreent, ob das jeweilige verordnete Arzneimittel noch aktuell ist.“

Gerade bei den Arzneimitteln geht es laut Baumgärtner durch die Bonivereinbarungen in den Selektivverträgen für die Praxen „um richtig Geld“. Die Selektivverträge hätten eine eigene Prüfdatenbank. Parallel dazu habe jede Praxissoftware ihre eigene Arzneimitteldatenbank, in der sich die Ärzte

oft Favoriten mit rabattierten oder häufig verwendeten Arzneimitteln anlegen. „Das muss abgeglichen werden mit den Selektivverträgen“, erläutert er. Eine Funktion, die doc.star bietet. Trotz webbasierter Lösung könnten die Praxen Abläufe individuell automatisieren, so Feinen.

Sich sorgen, dass die Praxissoftware nicht mehr läuft, wenn einmal die Internet- bzw. DSL-Verbindung hängt, müssen sich die Praxen nicht: „Das System schaltet dann automatisch auf LTE- oder UMTS-Verbindung um – und später zurück auf DSL“, sagt Feinen. Als Ziel für dieses Jahr hat sich die MEDIVERBUND AG übrigens gesetzt, erst einmal 40 bis 50 Praxen für das neue System zu gewinnen. ■

Nachdruck aus der Ärzte Zeitung vom 01.02.17.

Der Originaltitel wurde aus layouttechnischen Gründen angepasst



VERANSTALTUNGEN,
FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

April bis Juni 2017

Veranstaltungen für Ärzte – medizinisch

- **Notfalltraining**
31. Mai, 15–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

Veranstaltungen für MFAs und EFA®s – medizinisch

- **Impfseminar**
5. April, 15–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart
- **Spirometriekurs – Deviceschulung**
3. Mai, 14–16 Uhr und
3. Mai, 16:15–18:15 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum Orange, 70565 Stuttgart
- **Draco Wunde – Aufbaukurs**
10. Mai, 15–18 Uhr
Buhlsche Mühle, Pforzheimer Str. 68,
76275 Ettlingen
- **MFA-Tag HZV**
10. Mai, 13:30–17 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart
- **Fachübergreifender QZ für MFA**
10. Mai, 17–19 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum Orange, 70565 Stuttgart
- **Impfseminar**
17. Mai, 15–18 Uhr
Leonardo Hotel Heidelberg-Walldorf, Roter Str.,
69190 Walldorf

- **MFA-Tag HZV**
17. Mai, 13:30–17 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart
- **Fachübergreifender QZ für MFA**
17. Mai, 17–19 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum Orange, 70565 Stuttgart
- **Notfalltraining**
31. Mai, 15–18 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart
- **EFA®-Schulung Orthopädie**
23. Juni, 9–14 Uhr,
24. Juni, 9–14 Uhr und am
30. Juni, 9–14 Uhr
MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart
- **EFA®-Schulung Orthopädie**
23. Juni, 9–14 Uhr,
24. Juni, 9–14 Uhr und am
30. Juni, 9–14 Uhr
AkademieHotel Karlsruhe, Rüppurer Schloss 40,
76199 Karlsruhe

Vertragsschulungen für Ärzte, MFAs und EFA®s

- **Vertragsschulung PT Techniker
Krankenkasse**
4. April, 17–19 Uhr
Hotel Eden, Bahnhofstr. 15–19, 76137 Karlsruhe
- **Vertragsschulung PT Techniker
Krankenkasse**
7. April, 15–17 Uhr
Best Western Plus Delta Park Hotel, Keplerstr. 24,
68165 Mannheim

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



Chancen und Fallen bei der Praxisgründung

Mit dem Facharztstitel in der Tasche kann man die Weichen für seine Zukunft stellen. Geht der Traum von der eigenen Praxis in Erfüllung? Oder passt der Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) doch besser? Die unabhängige MEDI-Beratung sorgt für realistische Zukunftspläne.

Viele Berater bieten Ärzten ihre Hilfe bei der Existenzgründung an. Leider nicht immer ganz uneigennützig, sondern mit dem Ziel, an Provisionen, Versicherungen und Finanzierungen zu verdienen. Anders ist es bei Rita Gehring. Die Projektleiterin Ärzteberatung bei der MEDIVERBUND AG kann junge Ärzte neutral und unabhängig beraten.

Was macht eine gute Beratung aus?

Wichtige Entscheidungen werden nicht nur mit dem Kopf und auf Grundlage betriebswirtschaftlicher Fak-

ten getroffen. „Ärzte sind nun mal unterschiedlich, haben verschiedene Werte und Vorstellungen davon, wie sie sich in ihrem Beruf verwirklichen wollen“, beschreibt Gehring.

Der junge Facharzt muss entscheiden, welchen Stellenwert das Familienleben, der berufliche Erfolg und die wirtschaftliche Sicherheit haben sollen. Auf der einen Seite stehen typischerweise junge Ärztinnen, die neben dem Beruf auch noch viel Zeit für die Familie haben wollen. Ganz anders ticken Ärzte, die ein möglichst hohes Einkommen anstreben. Und wieder andere Schwerpunkte legen Mediziner, für die ein kollegiales Arbeitsklima wichtigste Grundlage für das persönliche Wohlbefinden darstellt. Zur Beratung gehört für Gehring deshalb unbedingt, diese Vorstellungen gemeinsam herauszuarbeiten und als Grundlage für die nächsten beruflichen Entscheidungen festzulegen.

„Für manche Ärzte passt die Einzelpraxis nach wie vor sehr gut, obwohl damit kein Goldesel im Garten steht“, lacht sie. „Aber lieber ein glücklicher Arzt in der Einzelpraxis als ein Stressopfer in der Klinik oder

ein verbitterter Arzt, der nicht mit seinen BAG-Kollegen zurechtkommt.“ Für Individualisten mit naturheilkundlichem Hintergrund könnte sich eine feine kleine Hausarztpraxis als perfekte Lösung erweisen. Aber nicht jeder Arzt ist zum Einzelkämpfer geboren. Wer sich mit Kollegen in einer BAG besser aufgehoben fühlt, sollte diesen Weg einschlagen oder die Anstellung in einem MVZ erwägen.

Unrealistische Wünsche

Manche Mediziner suchen nach ihrer ganz persönlichen Traumpraxis, weit entfernt von jeder vernunftgeleiteten Kaufentscheidung. Muss die Praxis wirklich so nah an Heidelberg oder dem Bodensee liegen? Muss es das süße Fachwerkgebäude mit der kuscheligen Praxis sein? Der Traum ist natürlich nachvollziehbar. Gehring erinnert jedoch daran, dass eine solide Konkurrenzanalyse zum Beispiel für eine andere Gemeinde sprechen könnte oder für eine nüchtern anmutende Praxis im Ärztehaus. „Jeder entscheidet nach seinen Kriterien“, lautet ihr Fazit, „aber man

MEDI-Expertin Rita Gehring berät nicht nur junge Mitglieder neutral und unabhängig zu betriebswirtschaftlichen Fragen rund um den Arztberuf.

Telefon 0711 806079-272

Die Kosten:

- Intensive Erstberatung 250 Euro
- Folgeberatung 85 Euro pro Stunde 



sollte sich klar darüber sein, dass man unter Umständen den Rest des Berufslebens mit den Konsequenzen leben muss.“

Die Last der Schulden

Die Fachrichtung spielt bei den Überlegungen zur Praxisgründung selbstverständlich eine wichtige Rolle. Wer sich zum Beispiel als Orthopäde oder Chirurg

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Chancen und Fallen bei der Praxisgründung

Tops

Das weibliche Konzept

Längst gibt es mehr Ärztinnen als Ärzte. Eigentlich liegt es da nahe, dass zwei Ärztinnen gemeinsam eine Praxis (zu je 50 Prozent) übernehmen. Schwangerschaften und Familienauszeiten kann man zu zweit leichter überbrücken. Der Traum von der Selbstständigkeit ist so auch im Teilzeitmodell gut zu verwirklichen. Diese Form der Zusammenarbeit gibt es in der Gynäkologie schon oft.

Kooperation statt Konkurrenz

Eine gute Analyse der Versorgungsangebote einer Region kann zu zündenden Ideen führen. Zu durchdachten Konzepten, etwa einem Mix aus Kollegen einer Fachrichtung plus sich ergänzenden Fachgruppen, die auf hohem medizinischem Niveau örtlich und/oder überörtlich selbstständig tätig werden. ■■

Flops

Die Traum-Praxis am See

„Ich kaufe hier und jetzt diese tolle Praxis, fange erst mal allein an, es wird schon weitergehen...“ So ein spontaner Kauf hat das Potenzial zum Albtraum. Dann nämlich, wenn vor dem Praxiskauf und den Investitionen keine solide Standort- und Konkurrenzanalyse durchgeführt wurde. Der Blick aus dem neuen OP mag schön sein, macht aber nicht glücklich, wenn er sich nicht rechnet.

Die Bank war gerne großzügig

Günstige Kreditzinsen haben etwas Verlockendes. Und ein richtig gutes Sonografiegerät hat bekanntlich seinen Preis. Aber der Kauf wird schnell halsbrecherisch, wenn man nicht durchrechnet, ob sich die Ausgabe betriebswirtschaftlich lohnt. Vielleicht reicht doch das günstigere Gerät?

10-Jahres-Mietvertrag

Der günstige 10-Jahres-Mietvertrag schien perfekt – bis das nahe gelegene Krankenhaus mit dem Bau eines Gesundheitszentrums begann. Ein idealer Standort! Bei Veränderungen des Gesundheitsmarkts kann sich ein langfristiger Mietvertrag schnell als Klotz am Bein entpuppen. Eine etwas höhere Monatsmiete und kürzere Laufzeit bieten mehr Freiheiten. ■■

niederlassen und operativ tätig werden will, darf das Risiko nicht scheuen, mit Krediten in Höhe von mehreren Hunderttausend Euro ins Berufsleben zu starten. Das bedeutet unter Umständen Stress – außer es gibt einen finanzstarken Hintergrund.

Schwindelerregend hohe Kreditsummen und niedrige Zinsen können zu weiteren, ungeplanten Investitionen verleiten. Die Bank ist dem jungen Arzt gegenüber gerne großzügig, ganz anders als in Studenienzeiten. Gehring rät zum Maßhalten und erinnert daran, dass die Tilgung aus dem versteuerten Einkommen erfolgt. Im Vordergrund muss eine gesunde Liquidität über den gesamten Finanzierungszeitraum stehen.

„Manche Ärzte schaffen es gerade noch rechtzeitig, beim Praxiskauf die Reißleine zu ziehen“, berichtet sie. Das kann aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen heraus eine sinnvolle Entscheidung sein, oft ist es aber auch menschlich gesehen das einzig Richtige.

Pläne machen Arbeit

Erfahrungsgemäß ist es sinnvoll, sehr frühzeitig Kontakt zu möglichen Abgebern aufzunehmen, wenn die Wunschregion feststeht. Inserate lesen und beantworten, mit älteren Kolleginnen und Kollegen sprechen und Praxisbörsen beobachten – das sind die ersten Schritte. „Manchmal dauert eine Praxisübergabe Jahre“, weiß Gehring und weist darauf hin, dass auch die Chemie zwischen den Vertragspartnern stimmen muss. Sie rät dringend davon ab, nur die Praxis und den Kaufpreis zu beurteilen. Gespräche mit den Kollegen vor Ort sind absolut empfehlenswert. „Klinkenputzen ist angesagt“, gibt Gehring offen zu. Weil das nicht jedem liegt, gehören auch solche Gespräche zu ihrem Beratungskonzept.

- Wer hat was vor?
- Wer wäre zu einer Kooperation bereit?
- Wie ist die Altersstruktur vor Ort?
- Wäre jemand zur Anstellung bereit?
- Möchte jemand eine BAG gründen?
- Stehen geeignete Räume für eine Zusammenarbeit zur Verfügung?

Diese und viele andere Puzzlesteinchen ermöglichen es, ernsthafte Pläne zu schmieden. Sie haben den Vorteil, nicht wie Seifenblasen zu platzen. ■■

Ruth Auschra

Jetzt
KATALOG
anfordern!



Der neue Katalog 2017/2018

MEDI VERBUND
PRAXISBEDARF

Tel.: 0711 - 80 60 79 - 188
Fax: 0800 - 60 79 - 000
E-Mail: info@medi-verbund-praxisbedarf.de
Web: www.medi-verbund-praxisbedarf.de

- Attraktive Preise
- Umfangreiches Sortiment
- Online Bestellung

BESTELLEN IM VERBUND – GEMEINSAM PROFITIEREN

