

Politische Arbeit im Fokus

■ Abrechnung

Alles Wichtige rund um die Selektivverträge

■ garrioCAL

Der Online-Kalender von MEDI hilft im Praxisalltag

■ Tabakentwöhnung

Deswegen funktioniert digitale Therapie



Deutschland hat gewählt: Ende gut, alles gut?

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

am 23. Februar hat die vorgezogene Wahl zum neuen Bundestag stattgefunden. Positiv: Durch die Stärkung der CDU/CSU ist ein Wechsel in der Politik möglich. Negativ: Rechter und linker Rand gehen gestärkt aus der Wahl hervor und können erstmals eine Zweidrittelmehrheit, die für Grundgesetzänderungen, wie sie beispielsweise bei der Schuldenbremse nötig ist, blockieren.

Beim Schreiben dieses Editorials standen die Zeichen auf eine schwarz-rote Koalition mit CDU/CSU und SPD mit noch unklarem Zuschnitt und nicht geklärter Besetzung der Ministerien. Egal, wer es besetzt – unsere Forderungen sind klar: Patientensteuerung über die Selektivverträge, sinnvolle Digitalisierung, weniger Bürokratie und vor allem Einbinden der Basis in die Entscheidungen der Gesundheitspolitik.

Auch wenn Wirtschaft, Migration und der Ukraine Konflikt sehr im Mittelpunkt der aktuellen Politik stehen, werden wir nicht müde, die dringenden Verbesserungen im Gesundheitswesen kontinuierlich anzumahnen.

Wir können Versorgung! Das zeigen wir sowohl in der Digitalisierung mit unserer garrio-Familie als auch mit unserem Konzept der ärztlich geführten MVZ zum Erhalt der niedergelassenen Freiberuflichkeit.

Gemeinsam, gerade auch mit der bundesweiten Strahlkraft als MEDI GENO Deutschland, werden wir alles versuchen, um in Berlin Gehör zu finden. Wir sind uns dabei der Unterstützung durch Sie – die wichtige Basis – sicher.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr

Dr. Norbert Smetak
Vorstandsvorsitzender





Foto: Shutterstock

TITELTHEMA

Politische Arbeit im Fokus

DIALOG

» Wir brauchen dringend eine Steuerung im Gesundheitswesen «

06

SOCIAL MEDI@

Plattform X wird im Gesundheitswesen immer unattraktiver

09

GESUNDHEITSPOLITIK

Kein Grund zur „ePA-Euphorie“

32

MEDI GENO fordert Gleichbehandlung von selbstständigen Lehrkräften und Poolärzten

38

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

10 Online-Kalender erweitert die garrio-Produktfamilie

Der neue onlinefähige Terminkalender garrioCAL kann vom Praxispersonal und von Patienten genutzt werden. Damit können Arztpraxen ihre telefonische Terminvergabe effektiv reduzieren.



12 Nephrologievertrag trägt zur besseren Lebensqualität und Therapie bei

14 NACHGEFRAGT BEI PHILIPP REUTTER

»Die Voraussetzungen für unsere Praxen sind denkbar einfach«

16 Zehn aktuelle Fragen aus den MEDI-Praxen und ihre Antworten

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

20 NACHGEFRAGT BEI ALEXANDER BIEG

»Wir suchen Ärztinnen und Ärzte für unsere MVZ«

22 Young MEDI-Ärzte arbeiten neues Konzept zur ambulanten Weiterbildung aus

25 Kammer übernimmt Organisation und Durchführung von Kenntnisprüfungen

26 Digitale Tabakentwöhnung bietet enorme Chance für Betroffene

Der MEDI-Arzt Dr. Alexander Rupp hat die Erfahrung gemacht, dass diese Therapieform Betroffenen deutlich besser hilft als die bekannten Präsenzangebote. Wie und warum erklärt in der **MEDITIMES**.



GESUNDHEITSPOLITIK

34 MEDI gibt es nun auch in Sachsen

36 Programm für Nationale Versorgungsleitlinien auf neuem Fundament

39 Mitbehandelnde Ärzte können Videofallkonferenzen abrechnen

39 Zi: Weiter steigende Fallzahlen in der Psychotherapie

MENSCHEN BEI MEDI

40 Neue Mitarbeiterinnen

ARZT & RECHT

42 Gleichbehandlung von Vollzeit- und Teilzeitkräften – Rechtsprechung setzt Maßstäbe

Praxisinhaber sollten Arbeitsverträge, Betriebsvereinbarungen und Tarifregelungen überprüfen, um Benachteiligungen zu vermeiden. Zuschläge und Sonderzahlungen müssen anteilig gewährt werden, um Risiken auszuschließen.



- 44 Gutachter muss Gericht sofort über zu hohe Kosten informieren
 - 44 Unterlagen zu Coronatests werden bis 2028 aufbewahrt
 - 45 Ärztliche Aufklärung muss vorrangig mündlich erfolgen
-

PRAXISMANAGEMENT

46 Berufsbegleitendes Studium bietet MFA neue Perspektiven

48 Von der betrieblichen Altersvorsorge profitieren alle!

Mitarbeitende profitieren von einer sicheren, staatlich geförderten Altersvorsorge und Praxisinhaber können die Attraktivität ihrer Praxis steigern und haben administrative und steuerliche Vorteile.



50 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

IMPRESSUM

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

Redaktion: Angelina Schütz
 Verantwortlich nach § 18 Abs. 2 MStV:
 Dr. med. Norbert Smetak

Grafik: Evelina Pezer-Thoss

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

Erscheinungsweise vierteljährlich.
 Nachdruck nur mit Genehmigung
 des Herausgebers.

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

Die nächste **MEDITIMES**
 erscheint im Juli 2025.

» Wir brauchen dringend eine Steuerung im Gesundheitswesen «



Im Juli 2023 hat Dr. Norbert Smetak die Führung des MEDI Verbunds übernommen. Eine wichtige Rolle spielt bei ihm und seinen Stellvertretern die politische und standespolitische Arbeit. In der **MEDITIMES** spricht der niedergelassene Kardiologe über die vielfältigen Facetten dieser Arbeit und darüber, was sich nach der Bundestagswahl ändern muss.

MEDITIMES: Herr Dr. Smetak, was wünschen Sie sich von der neuen Regierung?

Smetak: Die neue Regierung muss vor allem die Wirtschaft wieder in Gang bringen, damit unser Gesundheitswesen und die Pflege finanzierbar bleiben. Das neue Bundesgesundheitsministerium muss zudem endlich die dringend notwendige Patientensteuerung in der Notfall-, aber vor allem auch in der Regelversorgung angehen. Ebenso muss die Ärzteschaft wieder in Entscheidungen aktiv eingebunden werden. Hätte man auf die Praxen gehört, wäre es erst gar nicht zu diesem chaotischen ePA-Start gekommen. Da wurde wieder einmal Vertrauen verspielt. Das war absehbar.

MEDITIMES: Wo decken sich Ihre Forderungen und Erwartungen mit denen der ärztlichen Körperschaften?

Smetak: Wir fordern alle gemeinsam die dringend notwendige Steuerung im Gesundheitswesen. Sie

ist existenziell für unser System und wird die nötige Entlastung bringen – in finanzieller und personeller Hinsicht.

MEDITIMES: Und wo gibt es Abweichungen?

Smetak: Bei der KV sicherlich bei der dringend nötigen Ausweitung der Selektivverträge – als Garant für eine sinnvolle Steuerung und einen Innovationsmotor. Die HZV mit der Verknüpfung zu den Facharztverträgen in Baden-Württemberg sind eine bundesweite Blaupause. Das Kollektivsystem kann das nicht leisten. Es ist viel zu träge, um auf die immer schneller werdenden Herausforderungen zu reagieren.

MEDITIMES: Die hausärztliche Entbudgetierung ist ein wichtiges Thema in der Ärzteschaft und wird kontrovers diskutiert. Wie ist die Haltung des MEDI-Vorstands dazu?

Smetak: Prinzipiell ist das ein Schritt in die richtige Richtung. Aber es kommt am Ende auf die

Ausgestaltung an. Aktuell stehen Zusatzleistungen wie Samstagssprechstunden im Raum, und es wird an mehreren Stellen von Kostenneutralität gesprochen. Es kommt aber jetzt auf eine echte Entbudgetierung an – nicht nach dem Motto: linke Tasche, rechte Tasche! Zusätzlich muss es unbedingt im hausärztlichen Bereich eine EBM-Reform geben, weil inzwischen viele Leistungen dort gar nicht oder nur unzureichend abgebildet werden.

Und natürlich muss die Entbudgetierung im fachärztlichen Bereich jetzt folgen. Nur so ist der Erhalt der Praxen mittelfristig gesichert.

MEDITIMES: Ein anderes viel diskutiertes Thema ist die Terminvergabe für Kassenpatienten. Wie stehen Sie dazu?

Smetak: Es kann nicht sein, dass Politik und Krankenkassen in unsere selbstständigen freiberuflichen Praxen hineinfunken. Das wäre Staatsmedizin und quasi Enteignung.

»Es kann nicht sein, dass Politik und Krankenkassen in unsere selbstständigen freiberuflichen Praxen hineinfunken. Das wäre Staatsmedizin und quasi Enteignung.«

Erfolgreiche Lösungen für zeitnahe Terminvergaben bieten wir mit den Selektivverträgen durch die zwingende Verknüpfung von HZV und Facharztverträgen. Hinzu kommt unser neues Digitaltool garrioCAL, das noch zielgenauere Terminvermittlung von Arzt zu Arzt online steuert.

MEDITIMES: Wenn Sie auf die letzten anderthalb Jahre zurückblicken: Welches politische Thema hat am meisten Zeit und Mühe gekostet?

Fortsetzung >>>

» Wir werden nach der Bundestagswahl versuchen, unsere berufspolitischen Forderungen bei der neuen Regierung und im neuen BMG zu platzieren. «

>>>

» Wir brauchen dringend eine Steuerung im Gesundheitswesen«

Smetak: Ich möchte das nicht an bestimmten Themen festmachen, sondern an der Art und Weise, wie das BMG gesundheitspolitisch gehandelt hat. Es fehlte die Einbindung von uns Praktikern. Eine universitäre Expertenkommission bildet nicht die Realität ab. Dadurch gab es eine Flut an Gesetzen, die an den Praxen, aber auch an den Krankenhausstrukturen letztlich völlig vorbeikonstruiert wurden.

MEDITIMES: Welche Themen stehen bei MEDI in diesem Jahr noch im Vordergrund?

Smetak: Wir werden nach der Bundestagswahl versuchen, unsere berufspolitischen Forderungen bei der neuen Regierung und im neuen BMG zu platzieren. Intern werden wir dieses Jahr vor allem das Ausrollen unserer garrio-Produktfamilie – allen voran garrioPRO – vorantreiben. Ebenso werden wir unsere MVZ-Struktur „Arztpraxen 2030“ weiterentwickeln. Das MVZ in Ditzingen geht ans Netz. Und natürlich hoffen wir auf weitere Selektivverträge – nicht nur in Baden-Württemberg.

MEDITIMES: Vor der Bundestagswahl haben Sie eine politische Sprechstunde ins Leben gerufen. Was ist das? Und wie oft fand sie statt?

Smetak: Es war eine gemeinsame Idee unseres Wahlkampfteams. Wir haben im Vorfeld der Wahlen 43 Politikerinnen und Politiker bis hin zum Kanzler in verschiedene MEDI-Praxen eingeladen. Hintergrund war, dass die Gesundheitspolitik im Wahlkampf so gut wie keine Rolle spielte. Das wollten wir ändern. Und das ist uns sehr gut gelungen. Wir hatten die Möglichkeit, mit Politikerinnen und Politikern aller für uns relevanten Parteien zu sprechen, um ihnen unsere prekäre Situation zu schildern. Dabei waren gesundheitspolitische Sprecherinnen und Sprecher


auf Bundes- und Landesebene, Bundestagsabgeordnete und sogar die Grünen-Chefin Franziska Brantner. Das Ganze wurde auch medial begleitet. Ein Dankeschön an dieser Stelle an alle Teilnehmenden. Mehr Infos findet man in unserem MEDI-Blog.

MEDITIMES: Sie arbeiten eng mit Ihren Stellvertretern zusammen. Gibt es da eine Aufgabenteilung?

Smetak: Ja, wir arbeiten als Team zusammen und sprechen die wesentlichen Punkte eng miteinander ab. Durch meine weiteren Bundesämter und meinen Vorsitz in MEDI GENO Deutschland bin ich viel in Berlin unterwegs, aber für alle wichtigen Punkte auch vor Ort. Die Stellvertreter waren und sind federführend für die Umwandlung der MEDI-GbR zuständig, ebenso für die Organisation unserer unterschiedlichen Taskforces zur ePA oder zum Wahlkampf. Sie vertreten auch die MEDI-Interessen in den Gremien der KV und der Ärztekammer. Und gemeinsam sind wir natürlich für eine gute Stimmung zuständig!

MEDITIMES: Abgesehen von der langjährigen partnerschaftlichen Zusammenarbeit im Bereich der Hausarzt- und Facharztverträge – mit welchen Verbänden stehen Sie im engen Austausch und zu welchen Themen?

Smetak: Aufgrund meiner weiteren Ämter mit sehr vielen Verbänden – wie beispielsweise mit dem Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), bei dem ich auch erster Vizepräsident bin. Hier decken sich viele berufspolitische Themen. Wir können dadurch Synergien nutzen. Aktuell bewegt sowohl MEDI als auch den BDI das Thema Steuerung. Aber es gibt dadurch auch andere Annäherungen: MEDI Bayern und der bayerische Landesverband des BDI wollen enger zusammenarbeiten – zum Beispiel beim Thema Fortbildung. Enge Kontakte gibt es auch zum Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK). Hier wird unser digitaler MEDI-Campus für Fortbildungen auch mit vom BNK genutzt, und wir planen weitere gemeinsame Digitalisierungsprojekte.

MEDITIMES: Vielen Dank für das Gespräch. 

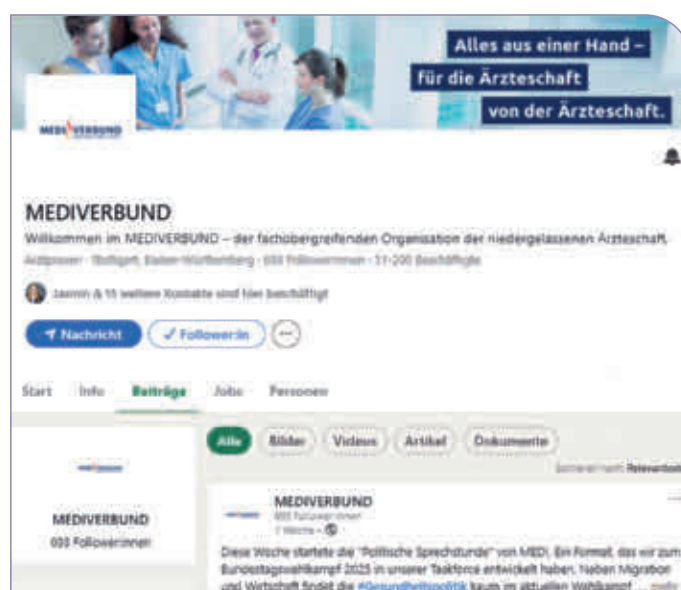
Das Interview führte Angelina Schütz

Plattform X wird im Gesundheitswesen immer unattraktiver



Seit rund zwei Jahren kehren immer mehr ärztliche Körperschaften, Verbände, Krankenkassen und andere Player im deutschen Gesundheitswesen der Social-Media-Plattform X den Rücken. MEDI Baden-Württemberg nutzt X seit fast einem Jahr nicht mehr.

Die 2006 als Kurznachrichtendienst „Twitter“ gestartete Online-Plattform geriet nach der Übernahme von Elon Musk 2022 in die Kritik, auf Fakten-Checks zu verzichten, antidemokratische Inhalte sowie Hass und Hetze zu verbreiten beziehungsweise diese nicht zu löschen. Der MEDI Verbund veröffentlicht schon seit einem knappen Jahr keine Inhalte mehr auf X. „Wir haben die negative Entwicklung dieses Online-Dienstes schon früh beobachtet und rechtzeitig Konsequenzen gezogen“, erklärt der MEDI-Vorsitzende Dr. Norbert Smetak. Die Art der Kommunikationspolitik sei aus Sicht der MEDI Führung nicht nur in vielen Fällen antidemokratisch, sondern auch teilweise menschenverachtend und mit dem Eid des Hippokrates nicht vereinbar.



Größerer Fokus auf LinkedIn

Neben den bewährten Online-Kanälen wie dem MEDI-Blog, der Facebook-Seite und der MFA-Facebook-Gruppe nutzt MEDI seit einiger Zeit das Business-Netzwerk LinkedIn, um über Botschaften und Projekte zu berichten. „Da auch immer mehr jüngere Kolleginnen und Kollegen diese Plattform nutzen, spielt LinkedIn für unsere Unternehmenskommunikation eine wichtige Rolle“, ergänzt Smetak. 🇩🇪

Angelina Schütz



Besuchen Sie MEDI auf LinkedIn:

→ www.linkedin.com/company/mediverbund

Online-Kalender erweitert die garrio-Produktfamilie

Viele Arztpraxen suchen nach Wegen, ihre Arbeitsabläufe zu optimieren und ihr Praxisteam zu entlasten. Eine effektive Maßnahme stellt die Implementierung eines onlinefähigen Praxiskalenders dar, der sowohl für das Personal als auch für Patientinnen und Patienten viele Vorteile bietet. Die MEDIVERBUND AG bietet mit ihrem Online-Terminkalender garrioCAL ein neues hilfreiches Tool an.



Foto: Guido Ehllich

Das garrio-Produktmanagement- und Support-Team in Stuttgart (v.l.n.r.): Christian Bister (garrioCOM), Sandra Schiffer (garrioPRO), Igor Möhring (garrioORG), Tamara Weber (garrioPRO und garrioCAL), Brwa Rasul (garrioPRO und garrioCAL), Valentina Lavorato (Kundensupport), Sven Gutekunst (Abteilungsleiter IT), Auzair Malik (garrioPRO) und Dew Kandhari (Werkstudent).

garrio CAL



Die altbekannte telefonische Terminvereinbarung führt häufig zu überlasteten Telefonleitungen und gestresstem Praxispersonal. Durch die Einführung einer Online-Terminvergabe können Patientinnen und Patienten rund um die Uhr über die Praxiswebseite oder spezielle Apps Termine buchen, absagen oder verschieben. Über eine intuitive Terminbuchung können Patienten ihre Arzttermine bequem online verwalten – zu jeder Zeit und von überall. Dabei werden sowohl Verfügbarkeiten als auch unterschiedliche Arztprechstunden, Praxisräume oder -personal berücksichtigt.

Reduktion der „no-show-rate“

Nicht wahrgenommene Termine sind für Praxen ärgerlich und kostenintensiv. Automatisierte Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail können dazu beitragen, die Anzahl der versäumten Termine zu reduzieren. Praxen, die garrioCAL nutzen, können entscheiden, ob und wann ein Termin aktiv vom Patienten bestätigt werden muss. Darüber hinaus wird der Online-Kalender den Austausch von Anamnesebögen und Behandlungsdokumenten oder die Einholung von Patienteneinwilligungen im Vorfeld anbieten, was den administrativen Aufwand für die Praxis minimiert.

Intuitives Ressourcenmanagement

Praxen, die garrioCAL nutzen, können festlegen, welche Terminoptionen nur intern oder online zur Verfügung gestellt werden sollen. Sie können definieren, welche Ressourcen wie beispielsweise Räume, Geräte oder Praxispersonal für welche Terminarten benötigt werden.

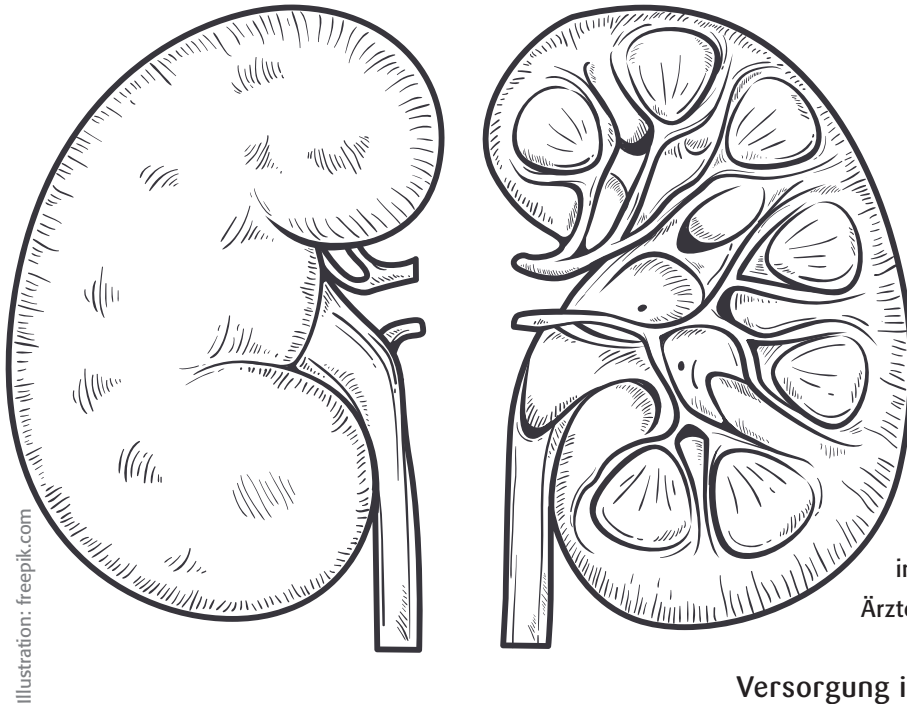
Das ermöglicht eine optimale Auslastung der verfügbaren Ressourcen in der Praxis. Patientinnen und Patienten können auf diese Weise effizient eingeteilt, für Behandlungen eingeteilt und danach entlassen werden. Auch Folgetermine lassen sich über garrioCAL schnell und unkompliziert im System planen.

So nutzen Praxen garrioCAL

Der neue Online-Terminkalender kann in Kombination mit dem Praxisverwaltungssystem garrioPRO oder dem Messenger garrioCOM eingesetzt werden und synchronisiert Praxisdaten in Echtzeit. Features wie Echtzeit-Terminänderungen, Ressourcenmanagement und sogar eine integrierte Videokonsultationsfunktion sind nur der Anfang. Die IT-Abteilung der MEDIVERBUND AG plant bereits weitere Funktionen, um Mitgliedern ihren Praxisalltag smarter zu gestalten. ■■

Tamara Weber

Nephrologievertrag trägt zur besseren Lebensqualität und Therapie bei



Am 1. April 2020 startete mit dem Nephrologievertrag der siebte Facharztvertrag der AOK Baden-Württemberg. Vertragspartner ist MEDI Baden-Württemberg in Kooperation mit dem Verbund nephrologischer Praxen (VNP). Die innovative Versorgung hat zum Ziel, den Verlauf bei chronischen Nierenerkrankungen positiv zu beeinflussen und den Beginn einer Dialyse hinauszuzögern. Dazu werden frühzeitig Nephrologen mit umfassender Beratung eingebunden, die eng mit den Hausärzten zusammenarbeiten.

Rund 6.000 AOK-Patientinnen und -Patienten pro Quartal haben mittlerweile Vorteile von der spezialisierten Versorgung, während teilnehmende Ärztinnen und Ärzte durch eine leistungsgerechte Vergütung und Planungssicherheit unterstützt werden. Von den Vorzügen des Vertrags profitieren

Versicherte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen und an chronischen Nierenerkrankungen leiden. Diese Versorgung, die auch die Förderung der Heimdialyse als Schwerpunkt verfolgt, wird sowohl von ärztlicher als auch von Patientenseite geschätzt. Mittlerweile nehmen 151 Nephrologinnen und Nephrologen inklusive angestellter Ärztinnen und Ärzte am Vertrag teil.

Versorgung in allen Krankheitsphasen

Unter den behandelten Patienten benötigen 1.260 eine Dialyse. Betroffene spüren eine chronische Erkrankung der Nieren oft erst, wenn es durch Folgeerkrankungen zu Beschwerden kommt oder die Nieren bereits versagen. Zu den häufigsten Ursachen für eine chronische Niereninsuffizienz gehören Diabetes und Bluthochdruck. Ein erhöhtes Risiko besteht zudem für Raucher, bei dauerhafter Einnahme bestimmter Schmerzmittel und bei genetischer Veranlagung.

Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, betont: „Unser Facharztvertrag setzt auf Früherkennung und Verlangsamung von Nierenkrankheiten. Durch die rechtzeitige Einbeziehung von Nierenfachärzten kann der Dialysebeginn hinausgezögert werden. Die Vergütung belohnt eine intensive Patientenbetreuung, die das Gesundheitswissen der Betroffenen stärkt. So können sie gemeinsam mit ihren Ärzten die besten Behandlungsentscheidungen treffen.“


Maßgeblich für die bessere Versorgung ist die Veränderung des Lebensstils. Dazu zählen insbesondere Maßnahmen, die Betroffene bei Rauchstopp, regelmäßiger Bewegung und dem Abbau von Übergewicht unterstützen sowie eine sichere Arz-

neimitteltherapie fördern. Dialysepatienten und von einer Nierentransplantation Betroffene werden ebenfalls ausführlich und angepasst an die individuelle Gesundheitssituation beraten und motiviert, weil das dazu beitragen kann, die Komplikationsraten zu senken.

Strukturierte Verknüpfung mit HZV

Dr. Dieter Baumann, Vorsitzender des VNP, ist mit dem Nephrologievertrag nach fünf Jahren sehr zufrieden: „Durch die strukturierte Verknüpfung mit der HZV der AOK haben wir einen hohen Zuspruch bei Zuweisern und bei unseren Patientinnen und Patienten. Ein Trend nach fünf Jahren ist daher sehr klar erkennbar!“ So sehen seine behandelnden Kolleginnen und Kollegen viel mehr Betroffene deutlich früher, was deren Prognose verbessert und den Dialysebeginn mitunter um Jahre verzögert. „In Verbindung mit dem hervorragenden Dialysesachkostenvertrag der AOK können wir in puncto Lebensqualitätsverbesserung und Wirtschaftlichkeit bun-

desweit eine einmalige Versorgung anbieten. Im Oktober 2024 wurden die Vergütungen erhöht und nach der Erhöhung des EBM zu Beginn 2025 sind in diesem Jahr weitere Gespräche darüber geplant“, freut sich Baumann.

Dr. Norbert Smetak, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland, bekräftigt: „Der Nephrologievertrag hat sich gut etabliert und hält, was er verspricht. Seit Herbst letzten Jahres können teilnehmende Nephrologinnen und Nephrologen ihre MFA zu Entlastungsassistentinnen in der Facharztpraxis (EFA[®]) fortbilden lassen. Bis heute haben wir 14 EFA[®]-Abschlüsse.“ Durch Übernahme delegationsfähiger Aufgaben tragen diese Assistentinnen wesentlich zu einer besseren Versorgung bei. Zuständig für das Weiterbildungsangebot ist das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde (IFFM). 

eb



NACHGEFRAGT BEI

Philipp Reutter

Geschäftsführer des IFFM

»Die Voraussetzungen für unsere Praxen sind denkbar einfach«

Seit knapp zwei Jahren können Haus- und Facharztpraxen, die an der neuen Versorgung teilnehmen und sich in die Selektivverträge der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben haben, ein Stipendium zur Förderung staatlich anerkannter akademischer Ausbildungen zum Physician Assistant (PA), zur akademisierten VERAH und gleichartiger Studiengänge in Anspruch nehmen.

MEDITIMES: Herr Reutter, wie viele MEDI-Praxen haben das Angebot schon genutzt?

Reutter: Leider haben erst wenige Praxen unser Angebot angenommen, sodass wir von den 100 verfügbaren Stipendien erst zehn vergeben haben.

MEDITIMES: Wie hoch ist die finanzielle Förderung für die Praxen?


Reutter: Sie beläuft sich auf insgesamt 5.000 Euro, die für die gesamte Studiendauer ausbezahlt wird. Die Auszahlung erfolgt dabei quartalsweise mit 300 Euro in einem maximalen Zeitraum von 12 Quartalen. Nach erfolgreichem Abschluss erfolgt die Restzahlung von 1.400 Euro.

MEDITIMES: Welche Voraussetzungen müssen Praxen erfüllen, um ein Stipendium zu bekommen?

Reutter: Die Voraussetzungen sind denkbar einfach. Um ein Stipendium zu bekommen, muss eine medizinische Fachangestellte (MFA) in einer Facharztpraxis beschäftigt sein. Für MFA, die in Hausarztpraxen arbeiten, ist der Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Baden-Württemberg zuständig. Darüber hinaus muss die MFA bereits an der Hochschule immatrikuliert sein. Jeder und jede Studierende, der oder die ein Studium zum PA macht, wird gefördert – unabhängig von der Hochschule.

MEDITIMES: Welche Rolle spielt das IFFM bei den PA-Stipendien?

Reutter: Unser Institut hat hier die Rolle des Vermittlers. Bei uns landen die Anträge und wir prüfen sie. Sind alle Voraussetzungen erfüllt und ist der Antrag vollständig ausgefüllt, geht er an unsere Vertragsabteilung, die hier mit uns zusammenarbeitet. Sie ist im Übrigen auch für die Auszahlungen zuständig. Das IFFM hat außerdem die Aufgabe, die notwendigen Immatrikulationsbescheinigungen bei Bedarf anzufordern und die Abschlusszertifikate zu prüfen. Des Weiteren koordinieren wir zusammen mit unserer Vertragsabteilung die Marketingmaßnahmen, um das Stipendium unter den Ärztinnen und Ärzten zu bewerben. 

as

→ Interessierte Praxen können sich per E-Mail an Philipp Reutter wenden unter: reutter@mediverbund-iffm.de

Zehn aktuelle Fragen aus den MEDI-Praxen und ihre Antworten

Die Vertragsabteilung der MEDIVERBUND AG hat für diese Ausgabe der **MEDITIMES** neun Abrechnungsfragen thematisiert, die die Facharztverträge betreffen, und eine Frage zum Pädiatriemodul in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV).



Facharztvertrag Orthopädie und Rheumatologie (AOK BW/Bosch BKK)

Wie werden die Zuschläge im ambulanten Operieren abgerechnet?

Solange der korrekte OPS-Code übermittelt wurde, werden sowohl Schweregradzuschläge und Zuschläge zur Förderung ambulanter Operationen als auch Hygienezuschläge automatisch durch uns der Abrechnung hinzugefügt.



Gastroenterologievertrag (AOK BW/Bosch BKK/BKK LV Süd)

Kann ich Abführmittel bei einer Vorsorgekoloskopie auf ein Rezept ausstellen?

Nein, Abführmittel wie beispielsweise Plenvue-Pulver dürfen nicht rezeptiert werden, sondern müssen dem Patienten direkt aus der Praxis mitgegeben werden. Die Kosten für Abführmittel sind bereits in der vertraglichen Pauschale enthalten.



Pneumologievertrag (AOK BW/Bosch BKK)

Welche Laborleistungen sind abrechenbar?

Als Einzelleistung können BNP (32097), Fibrin (D-Dimere; 32212) und Troponin (32150) abgerechnet werden. Alle anderen Laborleistungen müssen auf GZK-Relevanz geprüft werden. Sind sie im Gesamtziffernkranz enthalten, sind sie Leistungsbestandteil des Facharztvertrags und können nicht mehr über die KV abgerechnet werden.

Wie weiß ich, ob die P2+P3 für akute Erkrankungen oder die BG1+P4 für chronische Erkrankungen abrechenbar ist?

Diese Zusatzpauschalen dürfen nur abgerechnet werden, wenn eine gesicherte Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrags (ICD-Liste) vorliegt. Hier befinden sich die entsprechenden Diagnosen mit der jeweiligen Zuordnung zu akut oder chronisch.



Nephrologievertrag (AOK BW)

Was bedeutet der „EFA[®]-Zuschlag“?

EFA[®] steht für „Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis“. Hierbei handelt es sich um eine Fortbildung für MFA, die im Facharztvertrag mittels Zuschlags auf die Vergütungspositionen P2a, P2c, P2d, P2e oder P2g bei der Abrechnung berücksichtigt wird. Angeboten wird die Fortbildung durch das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde (IFFM). Dort finden Sie auch Informationen zur Anmeldung und aktuelle Termine.

Wie rechnet man den Zuschlag bei intensivierter Therapie immunsupprimierter Patienten ab?

Es wird eine Arzneimittelverordnung mit dem ATC-Code L04 im selben Quartal benötigt, wobei diese Verordnung nicht zwingend nephrologisch verordnet sein muss, sondern auch von einem anderen Fachgebiet oder vom Krankenhaus erfolgen kann. Der Zuschlag kann nur additiv zur Abrechnung der Betreuungspauschalen P1a für chronische Nierenerkrankung (Stadien 3–5) und P2a sonstige Nierenerkrankung abgerechnet werden. ■■



**Kardiologievertrag (AOK BW/
Bosch BKK/BKK LV Süd)**

Welche Ziffer kann neben der Grundpauschale abgerechnet werden, wenn beim Patienten keine gesicherte Diagnose gemäß der ICD-Liste vorliegt?

Für Patientinnen und Patienten ohne Zusatzpauschale (P1a bis e, P2) kann die Ziffer P3 (Diagnostikzuschlag) einmal innerhalb eines Krankheitsfalls (4 Quartale) abgerechnet werden. ■■

Fortsetzung >>>



PNP-Vertrag (AOK BW/Bosch BKK)

Modul Psychotherapie

Ist für die Behandlung jedes Quartal eine Überweisung erforderlich?

Dafür ist zu Beginn einer Therapie und dann wieder beim Therapieserienwechsel von PTE3 auf PTE4 bzw. auf PTE3TR (Traumatherapie) eine Überweisung erforderlich. Zusätzliche Überweisungsregelungen gelten im Zusammenhang mit „DAE“ und „GDK“.

Wie wird im Falle einer Therapiepause abgerechnet?

In diesem Fall wird das laufende Kontingent fortgeführt. Dabei läuft bei einer begonnenen Therapieserie die Zählung der zur Verfügung stehenden Quartale weiter, auch wenn es sich um behandlungsfreie Quartale handelt. Noch nicht begonnene Therapieserien werden nicht „angezählt“. Ab einer Therapiepause von 4 Jahren stehen im PNP-Vertrag alle Kontingente erneut zur Verfügung. ■■

>>>

» Zehn aktuelle
Fragen aus den
MEDI-Praxen und
ihre Antworten «




PNP-Vertrag (AOK BW/Bosch BKK)

Module Neurologie und Psychiatrie

Wie kann ein zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden?

Der zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakt NZ1 kann nicht am selben Tag neben Einzelleistungen (mit Ausnahme NE9), Beratungszuschlägen (NP2A2–NP2G2) oder der Vertretungspauschale (NV1) abgerechnet werden. Neben allen anderen Ziffern aus dem Modul Neurologie ist die NZ1 abrechenbar und wird ab dem 3. Kontakt innerhalb von 4 Quartalen vergütet. Grundsätzlich kann NZ1 auch am selben Tag mit NP3A/B abgerechnet werden.

Kann ein Patient sowohl neurologisch als auch psychiatrisch abgerechnet werden?

Ja, sofern eine Überweisung für beide Module vorliegt, wobei nur eine Grundpauschale pro Quartal abgerechnet werden kann. Es ist unter anderem die Diagnoseliste (Anhang 2 zu Anlage 12), die zur Abrechnung einiger Ziffern gewisse in der Regel gesicherte Diagnosen voraussetzt, zu berücksichtigen. 



Facharztvertrag Psychotherapie (BKK LV Süd/ GWQ) Was ist in Bezug auf die Intervisionsgruppe beim Übergang in PTE3 zu beachten?

Für die Abrechnung einer PTE3 ist zur Prüfung der Indikation der weiteren Behandlungsbedürftigkeit die patientenbezogene Vorstellung in einer Intervisionsgruppe erforderlich. Das sollte innerhalb der ersten PTE3-Kontingente erfolgen. Die Dokumentation erfolgt in der Patientenakte.

Stehen bei einer Wiedereinschreibung nach Ausschreibung die Kontingente erneut zur Verfügung?

Nein, eine Wiedereinschreibung führt nicht zum Neustart der Kontingente. Die laufende Therapieserie wird fortgesetzt.

Was passiert, wenn Versicherte zu einer anderen Krankenkasse wechseln, die auch am Vertrag der BKK LV Süd teilnimmt?

Mit Ende der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse endet die Teilnahme des Versicherten am Facharztvertrag. Für die weitere Abrechnung im PT-Vertrag LV Süd ist eine Neueinschreibung des Versicherten erforderlich.



Diabetologievertrag (AOK BW/DAK) Wie können Patientinnen mit Gestationsdiabetes über den DAK-Vertrag abgerechnet werden?

Im DAK-Facharztvertrag entfällt die Möglichkeit zur Abrechnung über das Arztportal. Die Patientinnen werden in den Vertrag eingeschrieben und können direkt über die Vertragssoftware abgerechnet werden. Hierfür stehen die Ziffern D4 und D5 zur Verfügung.

Können die DMP-Ziffern 99222 und 99223 parallel zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms im AOK-Vertrag abgerechnet werden?

Ja. Die jeweiligen Abrechnungsausschlüsse können auf der MEDI-Webseite in der Anlage 12 oder der Schreibtischunterlage abgerufen werden.



Urologievertrag (AOK BW/Bosch BKK) Wie funktioniert die präventive PSA-Wert-Bestimmung im Vertrag?

Im Rahmen der Vorsorge kann diese Leistung nicht als IGeL abgerechnet werden, sondern wird bei dazu berechtigten Praxen mit Eigenlabor (Gerätenachweis vorliegend) über den automatischen Zuschlag vergütet beziehungsweise alternativ über die Ziffer E10. Hierzu muss eine als Selektivfall besonders gekennzeichnete Anforderung ans Labor gestellt werden. Das Labor stellt diese PSA-Bestimmung dann der Praxis in Rechnung.



HZV-Modul Kinder- und Jugendarzt (AOK BW) Wie rechne ich die Men-B-Impfung für Säuglinge (89116A und 89116B) und die RSV-Prophylaxe ab?

Beide Leistungen müssen bis auf Weiteres ausschließlich über die KV Baden-Württemberg abgerechnet werden. Sollten sich Änderungen oder neue Regelungen ergeben, werden wir die Vertragsteilnehmer rechtzeitig darüber informieren.

Angie Becker, Marie Markan, Petra Müller,
Gabriele Raff, Hannah Marie Wehrle, Sophia Nürk



NACHGEFRAGT BEI

Alexander Bieg

Abteilungsleiter Versorgungsstrukturen (MVZ) und OE

»Wir suchen Ärztinnen und Ärzte für unsere MVZ«

Die MEDI-MVZ entwickeln sich in Ditzingen, Heidenheim, Sulzfeld und Laichingen gut weiter. Alexander Bieg erklärt, wie weit die Partner an den einzelnen Standorten sind.

MEDITIMES: Herr Bieg, wann öffnet das MVZ in Ditzingen seine Pforten?

Bieg: Es kann zum 1. Juli seine Arbeit aufnehmen. Ursprünglich haben wir den 1. April angestrebt, aber bürokratische Gründe und Umbauarbeiten haben das unmöglich gemacht. Das MVZ Ditzingen hat noch eine Nebenbetriebsstätte in Heimerdingen. Dort beginnt bald der Umbau im Gebäude der Volksbank. Bis zur Eröffnung findet die Patientenversorgung in der Praxis Ludewig statt, die sich auch in Heimerdingen befindet.

MEDITIMES: Wie weit sind Sie in Heidenheim?

Bieg: Hier entsteht ein ganz neues MVZ, das im Januar 2026 seine Pforten öffnen soll. Wir arbeiten mit zwei Einzelpraxen und einem Ärzteehepaar (BAG) zusammen. Alle Praxen sind hausärztlich tätig. Bisher sind dort auch zwei Ärztinnen und eine Weiterbildungsassistentin angestellt. Außerdem zeigt eine junge Ärztin Interesse, dort zu arbeiten. Die BAG besitzt ein modernes Ärztehaus, das ins MVZ eingebracht wird. Zudem soll eine weitere Betriebsstätte in den Räumen einer beteiligten Einzelpraxis im Stadtzentrum eingerichtet werden.

MEDITIMES: In Sulzfeld soll auch eine hausärztliche BAG in ein MVZ umstrukturiert werden.

Bieg: Genau. Das soll Mitte 2026 geschehen. Gespräche dazu haben wir mit den Besitzern der BAG, den dort angestellten Ärztinnen und dem stellvertretenden Bürgermeister geführt. Die Ärzte haben ihre Pläne auch noch mit dem Bürgermeister besprochen, der das Vorhaben unterstützt. Wir können die Räume für das neue MVZ komplett übernehmen und die Praxisbewertung liegt auch vor. Im nächsten Schritt beginnen wir mit der Projektkalkulation und mit der Umsetzung.

MEDITIMES: In Laichingen wird ein neues MVZ gerade konzipiert?

Bieg: Richtig. Wir haben uns dort mit einigen Niedergelassenen getroffen und suchen jetzt junge und motivierte Ärztinnen und Ärzte, die mit uns ein MVZ aufbauen, das eine hausärztliche, pädiatrische und eventuell fachärztlich internistische Patientenversorgung anbietet. Wenn unsere Leserinnen und Leser geeignete Kolleginnen oder Kollegen kennen, freuen wir uns über den Kontakt! Der Gemeinde gefällt unser Konzept auch sehr gut – sie stellt uns für das MVZ sehr kostengünstig ein Grundstück zur Verfügung. 🇩🇪

as

→ Kontakt:

medi-mvz@medi-verbund.de
Ansprechpartnerin Iris Bernkopf
Telefon 0711.80 60 79-3 41

Young MEDI-Ärzte arbeiten neues Konzept zur ambulanten Weiterbildung aus

Mehr ambulante Angebote, weniger Fokus auf die Kliniken – wohin die Reise bei der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin gehen soll, ist klar. Doch der Weg dorthin gestaltet sich oft holprig. Ein neues Konzept von Young MEDI unter der Federführung von Dr. Christine Blum und Dr. Ferdinand Gasser soll das ändern und die ambulante Weiterbildung attraktiver und zugänglicher gestalten.



Foto: Ronny Schönebaum

Dr. Christine Blum möchte die Weiterbildung für das Fach Allgemeinmedizin attraktiver und zugänglicher gestalten.

Blum ist Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie und mittlerweile niedergelassene Hausärztin in Stuttgart-Zuffenhausen. Die Idee zu dem Konzept kam ihr während ihrer eigenen Weiterbildung. „In der Allgemeinmedizin ist die Weiterbildung ganz anders organisiert als in meinem vorherigen Fach“, findet sie. Die fünfjährige Weiterbildung gliedert sich in zwölf Monate Basisweiterbildung in der Inneren Medizin am Krankenhaus, 24 Monate ambulante Weiterbildung in einer allgemeinmedizinischen Praxis und weitere 24 Monate Zusatzweiterbildung, die flexibel gestaltet und in verschiedenen Fächern wie Chirurgie, Pädiatrie oder Dermatologie abgeleistet werden können. „Das hat zur Folge, dass man sich im Verlauf der Weiterbildung mindestens dreimal eine neue Stelle suchen muss“, sagt die Ärztin.

Erfahrungen in Praxen sammeln

Für angehende Hausärztinnen und -ärzte mache das die Weiterbildung unnötig kompliziert. „Es gibt zwar bereits Weiterbildungsverbände, in denen die Weiterbildung strukturiert und koordiniert wird, aber nicht in Stuttgart.“ Gemeinsam mit ihrem Kollegen Gasser, der im selben Ärztehaus wie sie als Orthopäde niedergelassen ist, entwickelte sie ein Konzept, das es Kolleginnen und Kollegen ermöglichen soll, im Verlauf der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin umfassende Erfahrungen in Praxen zu sammeln.

Gasser erzählt: „Dass jemand die Weiterbildung in der Praxis macht, kommt eher selten vor, obwohl doch die Ambulantisierung vorangetrieben werden soll.“ Doch wenn man jungen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit gebe, den ambulanten Sektor für ihre Weiterbildung zu nutzen, könnten sie ihn besser kennen- und seine Vorteile schätzen lernen: „Es gibt keine Nacht- oder Wochenenddienste, dafür eine bessere Vergütung, Fortbildungsangebote wie zum Beispiel in Nahttechniken, Sonografie und Chirotherapie und zusätzliche Verdienstmöglichkeiten durch die Teilnahme an Bereitschaftsdiensten.“

Die Praxis als Lernort sei zudem oft flexibler und biete eine engere Betreuung durch feste Ansprechpersonen – also ideale Voraussetzungen, die nötigen Kenntnisse für die eigenständige Niederlassung zu erwerben.

Eigener Bereich im MEDIVERBUND Campus

Für ihr Konzept wollen Blum und Gasser den MEDIVERBUND Campus nutzen, der ein großes Angebot an Fortbildungen für verschiedene Fachgruppen bereithält. Über diese digitale Plattform können MEDI-Mitglieder seit fast fünf Jahren Live-Übertragungen von Kongressen und MEDI-Veranstaltungen, CME-zertifizierte Kurse oder medizinische Vorträge besuchen. „Der Campus umfasst mehrere Häuser, in denen die Inhalte hinterlegt sind“, beschreibt Blum den Aufbau. Perspektivisch sei geplant, ein eigenes Haus für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung einzurichten. Dort soll es speziell für sie zusammengestellte Inhalte geben. Präsenzkurse, etwa für praktische Fertigkeiten wie das



» Dass jemand die Weiterbildung in der Praxis macht, kommt eher selten vor «,

bedauert Dr. Ferdinand Gasser.

Fortsetzung >>>

>>>

» Young MEDI-
Ärzte arbeiten
neues Konzept
zur ambulanten
Weiterbildung
aus«



chirurgische Nähen zum Wundverschluss bei kleinen Verletzungen, sollen das Angebot ergänzen und praxisnahes Lernen ermöglichen. „Fortbildungen werden von jungen Kolleginnen und Kollegen immer geschätzt“, weiß Blum und ergänzt: „Dahinter steht auch die Idee, dem Nachwuchs ein niederschwelliges Komplettpaket anzubieten.“

Zentrale Aspekte des Konzepts sind Flexibilität, Transparenz und Planbarkeit: Blum und Gasser möchten eine Plattform schaffen, auf der alle verfügbaren Weiterbildungsstellen und Rotationsmöglichkeiten in den teilnehmenden MEDI-Praxen und Kliniken einsehbar sind. „Es soll klar ersichtlich sein, wo welche Weiterbildungsmöglichkeit verfügbar ist und für welchen Zeitraum“, erklärt Blum. Das erleichtere die Planung und sorgt für eine nahtlose Weiterbildung ohne unnötige Unterbrechungen.

Die Vorteile auf einen Blick

- Bessere Vergütung
- Keine Nacht- und Wochenenddienste
- Wichtige Fortbildungsangebote beispielsweise in Nahttechniken, Sonografie oder Chirotherapie
- Zusätzliche Verdienstmöglichkeiten durch Bereitschaftsdienste
- Praxis als Lernort ist oft flexibler als Krankenhäuser
- Engere Betreuung durch feste Ansprechpartner
- Vermittlung nötiger Kenntnisse für künftige Niederlassung

Finanzielle Förderung

MEDI-Praxen sollen von der Teilnahme profitieren. Zum einen wird die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin finanziell gefördert. So erhalten Praxen, die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung anstellen, von der Kassenärztlichen Vereinigung seit Januar dieses Jahres pro Monat 5.800 Euro. Gasser betont: „Das gilt auch, wenn angehende Allgemeinmediziner in fachärztlichen Praxen ausgebildet werden.“ Wollte er in seiner Praxis einen Arzt oder eine Ärztin zur Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie einstellen, sei die Förderung deutlich geringer. „Mit unserem Projekt möchten wir auch fachärztliche Praxen motivieren, sich in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin zu engagieren.“ ■■■


Antje Thiel

Kammer übernimmt Organisation und Durchführung von Kenntnisprüfungen



Seit Anfang Februar liegt die Zuständigkeit für die Organisation und Durchführung von Kenntnisprüfungen in der Humanmedizin für Personen aus sogenannten Drittstaaten zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Durch die Änderung der Heilberufe- und Gesundheitsfachberufe-Zuständigkeitsverordnung hat das Regierungspräsidium Stuttgart diese Aufgaben an die Ärztekammer übertragen. Dabei fungiert hier die Bezirksärztekammer Südbaden künftig als „Zentrale Stelle Kenntnisprüfung“.

Dort finden Ärztinnen und Ärzte Hilfe bei Fragen rund um das Thema wie folgt:

- per E-Mail unter kenntnispruefung@baek-sb.de
- per Telefon unter 0761.6 00.47 17 (Servicetelefon Kenntnisprüfung mit Sprechzeiten mittwochs von 10 Uhr bis 12 Uhr sowie donnerstags von 13.30 bis 15.30 Uhr)
- per Telefax unter 0761.6 00.47 57
- per Post an Bezirksärztekammer Südbaden, Zentrale Stelle Kenntnisprüfung, Postfach 100229, 79121 Freiburg, Sundgaullee 27, 79114 Freiburg 

eb/as



Foto: Shotshop

Digitale Tabakentwöhnung bietet enorme Chance für Betroffene

Eine digitale Tabakentwöhnung ist praktikabel und effektiv, schont Ressourcen und kann sehr viel mehr Rauchende erreichen als Präsenzangebote. MEDI-Mitglied Dr. Alexander Rupp ist Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie und Suchtmedizin in Stuttgart. Er ist außerdem medizinischer Berater der Firma Sanero Medical, die die App „NichtraucherHelden“ auf den Markt gebracht hat.

Tabakentwöhnung (TE) ist in nahezu allen medizinischen Fachgebieten die wichtigste und meist effektivste Therapie, die Entstehung und Progression von vielen Erkrankungen zu verhindern oder aufzuhalten¹, Lebensqualität zu verbessern², Lebenszeit zu steigern³ und immense sozioökonomische Kosten im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft einzusparen⁴. Der Goldstandard ist dabei die Kombination aus Verhaltenstherapie und medikamentöser Unterstützung bei Vorliegen einer Abhängigkeit und/oder beim Auftreten von Entzugssymptomen^{5,6}. Dennoch findet eine qualifizierte TE in Kliniken und Praxen kaum statt.

Die wenigen vorhandenen Angebote werden zudem von Rauchenden kaum genutzt, obwohl spontane Aufhörversuche ohne Unterstützung nur eine geringe langfristige Erfolgsquote von 3–7% zeigen.⁵ 2022 nahmen weniger als 0,03% der Rauchenden in Deutschland an sogenannten Präventionskursen zum Suchtmittelkonsum der GKV teil.⁷

Vorteile digitaler Entwöhnungstherapien

- Ressourcenschonend für Arzt und Patienten
- Volle Kostenübernahme durch GKV
- Niederschwelliger (anonymer) Zugang
- Sofortige Verfügbarkeit, unmittelbarer Beginn möglich
- Flexibel, 24/7 und global einsetzbar
- Jederzeit Unterstützung verfügbar
- Keine Fahrten erforderlich
- Lange digitale Nachbetreuung möglich
- Individualisierung („tailoring“) des Programms
- Interaktivität mit Chatgruppen oder im Forum
- Proaktivität der Programme durch Pushnachrichten und SMS
- Hoher Distributionsgrad

Tabelle 1

„NichtraucherHelden“-App hat beste Ergebnisse

Genau hier bieten moderne und evidenzbasierte digitale Therapieformen eine enorme Chance. Derzeit gibt es zwei vom Bundesinstitut für Arzneimittel und

Fortsetzung >>>

Minimalinterventionen „5A“ und „ABC“ (nach ^{5,9})	
5A	
A1: Ask	Rauchstatus erfragen
A2: Advice	Ratschlag zum Rauchstopp ggf. Feedback erhobener Befunde
A3: Assess willingness	Was denken Sie selbst über das Rauchen?
A4: Assist	Unterstützung anbieten
A5: Arrange follow up	Thema beim nächsten Kontakt wieder aufgreifen
ABC	
A: Ask	Rauchstatus erfragen
B: Brief intervention	Ratschlag zum Rauchstopp, Motivationsförderung, ggf. Feedback erhobener Befunde
C: Cessation support	Unterstützung anbieten (Informationsmaterial, Medikamente, Online-Entwöhnung, Telefonhotline BZgA, App [auf Rezept; DiGA], Weiterverweisen [Fax-to-Quit])

Tabelle 2

>>>

» Digitale Tabak-
entwöhnung
bietet enorme
Chance für
Betroffene«



Anzeige des täglichen
Coaching-Videos.

ICD10-Kriterien für die Tabakabhängigkeit (F17.2)

- Starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
- Toleranzentwicklung, Dosissteigerung über die Zeit
- Körperliche Entzugssyndrome bei Verringerung oder Abbruch des Konsums
- Das Rauchen wird anderen Aktivitäten vorgezogen
- Fortgesetzter Konsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen
- Liegen mindestens 3 der Kriterien innerhalb der vergangenen 12 Monate vor, handelt es sich um eine Tabakabhängigkeit

Medizinprodukte (BfArM) zugelassene Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) zur TE8, wobei bislang nur die „NichtraucherHelden“ nach Abschluss einer deutschlandweiten, randomisierten, kontrollierten Studie (RCT)² dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurden. Grundsätzlich bieten digitale Therapien im Vergleich zu Präsenzangeboten viele Vorteile (Tabelle 1).

Die RCT zur App konnte eine Aufhörquote von 20% nachweisen (OR 2,2 (95% KI 1,4–3,4)²). Für erfolgreiche Aufhörer konnte in einer Post-hoc-Analyse zudem eine signifikante Verbesserung der psychischen und der physischen Lebensqualität, ein signifikanter Rückgang des Hustens und eine signifikante Besserung der Dyspnoe gezeigt werden. Mit Minimalinterventionen (Tabelle 2) kann im Klinik- und Praxisalltag innerhalb von wenigen Minuten der Weg zu weiterführender evidenzbasierter Unterstützung gebahnt werden.

So kann die Therapie via App starten

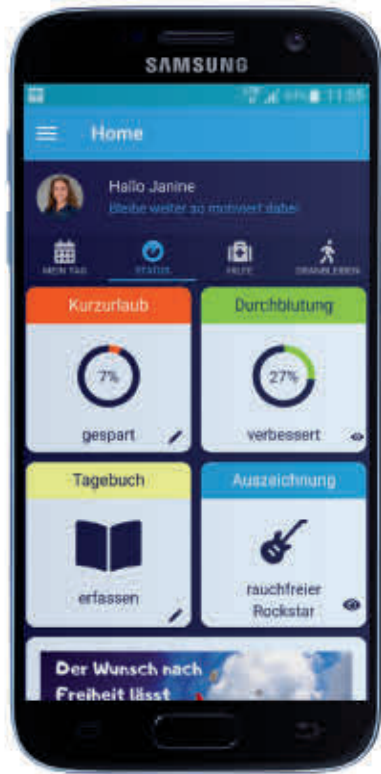
Vor der Verordnung einer DiGA zur therapeutischen Unterstützung beim Rauchstopp muss der Nachweis einer Tabakabhängigkeit nach ICD10-Kriterien vorliegen (Tabelle 3). Die Diagnose F17.2 sollte im Klinik- oder Praxissystem dokumentiert werden. Liegt eine Tabakabhängigkeit vor, kann das DiGA-Rezept ausgedruckt werden. Eine Diagnose auf dem Rezept ist dabei nicht erforderlich. Der Rauchende erhält mit dem Rezept bei seiner Krankenversicherung einen Freischaltcode und kann mit diesem die DiGA kostenlos auf sein Smartphone oder Tablet herunterladen und unmittelbar mit der Therapie beginnen.



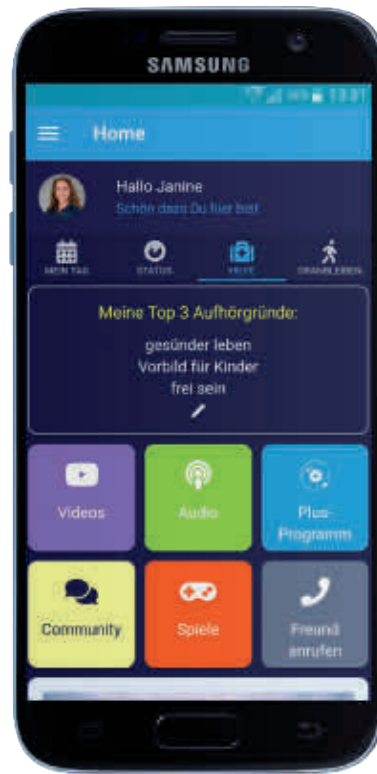
Dr. Alexander Rupp/Angelina Schütz

Tabelle 3

Übersicht des Entwöhn-Status mit Fortschrittsanzeige und Auszeichnung für das Erreichte.



Hilfe-Bildschirm mit Hilfe und Motivation, wenn die Entwöhnung gerade schwerfällt.



Fortsetzung >>>

ANZEIGE

WENN ALLTÄGLICHES ALLES BEDEUTET

Capsaicin 179mg kutanes Pflaster

Wiederholte Anwendung kann **Wirksamkeit und Nervenregeneration steigern**²⁻⁹

Lokale Anwendung – lokale Wirkung: alle **60-90 Tage**^{1,9-12}

Signifikante **Verbesserung der Lebensqualität**⁹

QUTENZA® 179 mg kutanes Pflaster

Innovative Pflastertherapie, die bei schmerzhafter diabetischer Polyneuropathie gezielt an den geschädigten Nerven wirkt und ihre Regeneration fördern kann.¹⁻⁵

1. Fachinformation QUTENZA® 179 mg kutanes Pflaster, 10/2023. **2.** Vinik AI et al. Capsaicin 8 % patch repeat treatment plus standard of care (SOC) versus SOC alone in painful diabetic peripheral neuropathy: a randomised, 52-week, open-label, safety study. *BMC Neurol* 2016;16(1):231. **3.** Vinik AI et al. Repeat treatment with capsaicin 8 % patch (179 mg capsaicin cutaneous patch): Effects on pain, quality of life, and patient satisfaction in painful diabetic peripheral neuropathy: an open-label, randomized controlled clinical trial. *Curr Med Res Opin* 2019;2(12):388–401. **4.** Anand P et al. Rational treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy with capsaicin 8 % patch: from pain relief towards disease modification. *J Pain Res* 2019;12:2039–2052. **5.** Anand P et al. Capsaicin 8 % Patch Treatment in Non-Freezing Cold Injury: Evidence for Pain Relief and Nerve Regeneration. *Front Neurol* 2021;12:722875. **6.** Sendel M et al. Capsaicin treatment in neuropathic pain: axon reflex vasodilatation after 4 weeks correlates with pain reduction. *Pain* 2023;164(3):534–542. **7.** Gálvez R et al. Capsaicin 8 % Patch Repeat Treatment in Nondiabetic Peripheral Neuropathic Pain: A 52-Week, Open-Label, Single-Arm, Safety Study. *Clin J Pain* 2017;33(10):921–931. **8.** Mankowski C et al. Effectiveness of the capsaicin 8 % patch in the management of peripheral neuropathic pain in European clinical practice: the ASCEND study. *BMC Neurol* 2017;17(1):80. **9.** Überall MA et al. Progressive Response with high concentration Capsaicin (179 mg) patch repeated treatment in patients with painful diabetic peripheral neuropathy in clinical practice; Poster #TH590 präsentiert auf dem IASP 2024, World Congress on Pain, Amsterdam, Netherlands, 05.–10. August 2024. **10.** Ziegler D et al. DDG-Praxisempfehlung. Diabetische Neuropathie. *Diabetologie* 2022;17(Suppl 2):S339–S353. **11.** Van Nooten F et al. Capsaicin 8 % Patch Versus Oral Neuropathic Pain Medications for the Treatment of Painful Diabetic Peripheral Neuropathy: A Systematic Literature Review and Network Meta-analysis. *Clin Ther* 2017;39(4):787–822. **12.** Haanpää M et al. Capsaicin 8 % patch versus oral pregabalin in patients with peripheral neuropathic pain. *Eur J Pain* 2016;20(2):316–328.

Qutenza® 179 mg kutanes Pflaster.
Wirkstoff: Capsaicin. **Zusammensetzung:** Jedes kutane Pflaster mit einer Fläche von 280 cm² enthält: **Wirkstoff:** 179 mg Capsaicin entsprechend 640 Mikrogramm Capsaicin pro cm² Pflaster. **Sonstige Bestandteile - Pflaster:** Matrix: Silikonknetstoffe, Diethylenglycolmonoethylether (Ph.Eur.), Dimeticone 12500 cSt, Ethylcellulose NS0 (E462); **Trägerschicht:** Polyester-Trägerfolie, Drucktinte mit Pigmentweiß 6; **Abziehbare Schutzfolie:** Polyester-Schutzfolie; **sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung - Reinigungsgele:** Butylhydroxyanisol (Ph.Eur.) (E320) (0,2 mg/g) **sonstige Bestandteile - Reinigungsgele:** Macrogol 300, Carbomer 1382, Gereinigtes Wasser, Natriumhydroxid (E524), Natriumedetat (Ph.Eur.). **Anwendungsgebiete:** Behandlung von peripheren neuropathischen Schmerzen bei Erwachsenen entweder allein oder in Kombination mit anderen Arzneimitteln gegen Schmerzen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig* (>1/10): an der Stelle an der das Pflaster angewendet wird: Schmerzen, Rötung. *Häufig* (>1/100 bis <1/10): An der Stelle an der das Pflaster angewendet wird: Juckreiz, Pusteln, Blasen, Schwellung, Trockenheit, Brennendes Gefühl, erhöhter Blutdruck, Husten, Übelkeit, Gliederschmerzen, Muskelkrämpfe, Schwellung von Gliedmaßen. *Gelegentlich* (>1/1.000 bis <1/100): Gürtelrose (Herpes zoster); vermindertes Geschmackempfinden; verringertes Gefühl in Gliedmaßen; Augenreizung; zu schneller, zu langsamer oder ungewöhnlicher Herzschlag (Atrioventrikulärer Block (AV-Block) ersten Grades, Tachykardie, Palpitationen); Rachenreizung; an der Stelle an der das Pflaster angewendet wird: Quaddeln, Kribbelgefühl, Entzündung, erhöhtes oder vermindertes Gefühl in der Haut, Hautreaktion, Reizung, Hautblutungen. *Nicht bekannt* (Häufigkeit kann anhand der vorliegenden Daten nicht bestimmt werden): Hautverbrennungen zweiten und dritten Grades; versehentliche Exposition (einschließlich Augenschmerzen, Augen- und Rachenreizung und Husten); tiefe Rötung an der Stelle an der das Pflaster angewendet wird; Blasenbildung/Nässen der Haut; sehr berührungsempfindliche, geschwollene, feuchte oder glänzende Haut. In klinischen Studien an gesunden Probanden wurden vorübergehende leichte Veränderungen der Wärmewahrnehmung (1°C bis 2°C) und stechende Empfindungen festgestellt. **Warnhinweise:** Reinigungsgele enthält Butylhydroxyanisol. Vor Anwendung Packungsbeilage beachten. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Lagerhinweise:** Flach liegend im Originalbeutel und Umkarton aufbewahren. Nicht über 25°C lagern. Nach dem Öffnen des Beutels innerhalb von 2 Stunden anwenden. **Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformation. **Stand der Information:** 10/2023. Grünenthal GmbH • 52099 Aachen • Deutschland

Fachinformationen und Pflichttexte unter www.fachinformation.grunenthal.de



>>>

»Digitale Tabak-
entwöhnung
bietet enorme
Chance für
Betroffene«

Literaturverzeichnis

1. Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ), ed. Tabakatlas Deutschland 2020. Pabst Science Publishers; 2020. Accessed October 30, 2024. https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/Buecher_und_Berichte/2020_Tabakatlas-Deutschland-2020.pdf?m=1665667274&
2. Rupp A, Rietzler S, Di Lellis MA, Weiland T, Tschirner C, Kreuter M. Digital Smoking Cessation With a Comprehensive Guideline-Based App—Results of a Nationwide, Multicentric, Parallel, Randomized Controlled Trial in Germany. *Nicotine and Tobacco Research*. Published online January 18, 2024: ntaeo09. doi:10.1093/ntr/ntaeo09
3. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368(4):341-350. doi:10.1056/NEJMSa1211128
4. Effertz T. Die Kosten des Rauchens in Deutschland im Jahr 2018 - aktuelle Situation und langfristige Perspektive. *AT*. 2019;45(07):307-314. doi:10.5414/ATX02359
5. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008;35(2):158-176. doi:10.1016/j.amepre.2008.04.009
6. Batra A, Andreas S, Brüggmann D, et al. S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. Published online January 1, 2021. Accessed June 12, 2024. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-006>
7. Medizinischer Dienst (MD Bund), Essen, ed. Präventionsbericht 2022 (Berichtsjahr 2021). Published online November 2022.
8. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). DiGA-Verzeichnis. October 30, 2024. <https://diga.bfarm.de/de>
9. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. In: *The Cochrane Collaboration, ed. Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2010:CD006936. pub2. doi:10.1002/14651858.CD006936.pub2

Faxantwort (an 0711.21 95 93 48)

Alternativ können Sie Ihre Bestellung per E-Mail an service@nichtraucherhelden.de senden oder über unsere Webseite www.NichtraucherHelden.de bestellen (unter dem Reiter „für Fachkreise“).

Absender:

Praxis / Klinik _____

Ansprechpartner _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

E-Mail _____

Bitte kreuzen Sie an:

Ich bin an einem **Demozugang** für die NichtraucherHelden-App interessiert (kostenfrei)
(bitte dazu oben Ihre Mailadresse angeben, wir verschicken den Zugang per Mail)

Ich benötige **Flyer** für die NichtraucherHelden-App (kostenfrei)

Stückzahl: _____

Ich benötige passende **Flyerstände** (kostenfrei)

Stückzahl: _____

Ich benötige **Poster** für die NichtraucherHelden-App zum Aufhängen (kostenfrei)

App-Info-Poster, Stückzahl: _____

Poster gesundheitliche Verbesserungen, Stückzahl: _____

Ich benötige einen **Rezeptblock** mit vorausgefüllter NichtraucherHelden-App (kostenfrei)

Ich bin an einem **Telefonat** interessiert

Sie erreichen mich am besten (Uhrzeit): _____ unter (Telefon) _____

Kein Grund zur „ePA-Euphorie“

Laut Gematik kommt das bundesweite Roll-out der elektronischen Patientenakte (ePA) frühestens im April. Derweilen bekräftigt die MEDI-Spitze auf Bundes- und Landesebene ihre Bedenken: Sicherheitslücken, offene Fragen zur ärztlichen Schweigepflicht und die Skepsis gegenüber der Praktikabilität im Praxisalltag bleiben. Erfreulich sei, dass mehr Verbände die bevorstehende ePA-Einführung kritisch sehen.



Foto: Ronny Schönebaum

MEDI-Vize Dr. Bernhard Schuknecht ist dagegen, pseudonymisierte Gesundheitsdaten für Forschungseinrichtungen oder Firmen zu öffnen.

Von Beginn an forderte MEDI, die elektronische Patientenakte erst bundesweit auszurollen, wenn garantiert werden kann, dass sie sicher ist und den Praxisbetrieb nicht stört. Die Aufklärung über die ePA gehört zu den wichtigsten politischen Arbeitsfeldern des MEDI Verbunds: Neben einer eigens zu dem Thema eingerichteten Webseite für die Ärzteschaft und Patientinnen und Patienten bietet MEDI auch entsprechendes Info-Material an und übte hierzu auch den Schulterschluss mit anderen großen Ärzteorganisationen.

So unterzeichnete MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak zusammen mit 27 anderen Verbänden einen offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Darin forderten die Unterzeichner das Ministerium auf, die vom Chaos Computer Club e.V. (CCC) Ende 2024 attestierten gravierenden Sicherheitslücken bei der ePA und der zugehörigen IT-Infrastruktur zu prüfen und zu schließen. Zudem

solle das Ministerium Risiken der ePA-Nutzung für Patientinnen und Patienten transparent machen.

„Wir sind froh, dass nach der anfänglichen ePA-Euphorie viele andere Institutionen und Verbände erkennen, dass Nachbesserungen für die Sicherheit der ePA, aber auch bei der Aufklärung, zwingend notwendig sind. Das ist die Basis, um die Akzeptanz der Patientinnen und Patienten, aber auch bei unseren Kolleginnen und Kollegen zu gewinnen“, betont Smetak.

Ärztliche Schweigepflicht hat Priorität

„Für uns hat die ärztliche Schweigepflicht oberste Priorität. Wir sehen durch die Sicherheitslücken, aber auch durch den stark erweiterten Zugang zu den Befunden der Patientinnen und Patienten, beispielsweise durch sämtliche Mitarbeiter in den Apotheken, diese Schweigepflicht durch die ePA gefährdet“, ergänzt der stellvertretende MEDI-Vorsitzende Dr. Bernhard Schuknecht.

Laut Ärzteverband müssen deshalb auch Haftungsfragen in Verbindung mit der ärztlichen Schweigepflicht dringend geklärt werden. Auch Lauterbachs Vision, künftig den Zugriff auf pseudonymisierte Gesundheitsdaten für Forschungseinrichtungen oder Firmen, wie beispielsweise Google, Meta oder OpenAI, zu öffnen, gefährde die Schweigepflicht. Die Vertraulichkeit der Gesundheitsdaten sei damit nicht mehr gegeben. MEDI prüft zurzeit juristisch, wie aussichtsreich eine Klage gegen die elektronische Patientenakte ist. 🇩🇪

Tanja Reiners/Angelina Schütz

Elektronische Patientenakte (ePA)

**Sie wissen nichts
über die ePA?
Aber die ePA weiß
alles über Sie!**

Die elektronische Patientenakte ist gestartet. Informieren Sie sich über die Risiken der ePA, um Ihre sensiblen Gesundheitsdaten und sich zu schützen.

Sie können der ePA jederzeit widersprechen.

Alle Infos zu den Risiken der ePA finden Sie hier:
www.medi-verbund.de/epa-risiken



MEDI  **VERBUND**



Das abgebildete Plakat dient der Aufklärung von Patientinnen und Patienten. Praxen können es auf der MEDI-Webseite herunterladen, ausdrucken und im Wartezimmer oder an der Anmeldung aufhängen. Das Plakat gibt es auch als Schwarz-Weiß-Version.



→ Plakat in Farbe



→ Plakat in Schwarz-Weiß

MEDI gibt es nun auch in Sachsen

Zwölf Fachärztinnen und Fachärzte aus den sächsischen Landesverbänden der Kardiologen, Pneumologen und Diabetologen haben mit Unterstützung der MEDIVERBUND AG MEDI Sachsen e. V. gegründet. Der neue Verbund ist auch in MEDI GENO Deutschland organisiert.

Damit sind unter dem bundesweiten MEDI GENO-Dach zehn Verbände vertreten. In Sachsen lenkt die niedergelassene Kardiologin Dr. Annette Birkenhagen die Geschicke des neuen MEDI Verbunds. „Die Gründung von MEDI Sachsen ist ein ganz wichtiger Schritt, um die ärztliche Versorgung vor Ort zukunftssicher zu gestalten“, betont sie und ergänzt: „Mit der Aufnahme in das bundesweite Ärztenetzwerk von MEDI GENO Deutschland und der Zusammenarbeit mit MEDI Baden-Württemberg

»Die Gründung von MEDI Sachsen ist ein ganz wichtiger Schritt, um die ärztliche Versorgung vor Ort zukunftssicher zu gestalten«,

betont Dr. Annette Birkenhagen.



Dr. Annette Birkenhagen ist Vorsitzende von MEDI Sachsen.


erhalten wir wertvolle Unterstützung.“ Neben Birkenhagen führen der Kardiologe Dr. Christoph Axthelm, der Pneumologe Dr. Christian Gessner sowie die Diabetologin Dr. Maximiliane Knöfel als stellvertretende Vorstände MEDI Sachsen.

„Die haus- und fachärztliche Versorgung ist vor allem in den ländlichen Regionen Sachsens sehr angespannt. Mit MEDI Sachsen können wir die Versorgung modernisieren und die Kolleginnen und Kollegen vor Ort unterstützen. Zudem haben wir auch in MEDI GENO Deutschland berufspolitisch mehr Gewicht“, sagt Dr. Norbert Smetak, Vorsitzender von MEDI GENO Deutschland.

Ziele

MEDI Sachsen möchte die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder gegenüber staatlichen Stellen, der ärztlichen Selbstverwaltung und den Krankenkassen wahrnehmen. Alle in Sachsen an der vertragsärztlichen und der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Mediziner und Psychotherapeuten, ihre angestellten Kollegen und regionalen Verbände oder Ärztenetze können ab sofort Mitglied von MEDI Sachsen werden.

Eine große Herausforderung ist für die neue MEDI-Vorsitzende, Kolleginnen und Kollegen für die ambulante Versorgung zu gewinnen. Die eigene Praxis wurde auch für junge Ärztinnen und Ärzte in Sachsen unattraktiver durch unzureichende Vergütung, mehr Bürokratisierung und ineffiziente Digitalisierung. Erste Gespräche mit der AOK PLUS über eine Zusammenarbeit und mögliche Selektivverträge in Sachsen laufen bereits.

Der Sächsische Hausärztinnen- und Hausärzteverband (SHÄV), zu dem ein großes Vertrauensverhältnis besteht, hat die Gründung unterstützt. „Mit MEDI Sachsen können wir mit allen erfolgreichen Angeboten und Versorgungskonzepten der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft und des MEDIVERBUND die ambulante Versorgung in Sachsen nachhaltig verbessern und sichern“, so Dr. Torsten Ostendorf, Vorsitzender des SHÄV. 

Tanja Reiners/Angelina Schütz

Programm für Nationale Versorgungsleitlinien auf neuem Fundament

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) übernimmt künftig die operative Koordination und Redaktion der Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL). Dabei kooperiert es mit dem Institut für Medizinisches Wissensmanagement (IMWi), der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften in der AWMF.



Die Herausgeberschaft wird gemeinsam wahrgenommen. Die Koordination und Redaktion des NVL-Programms oblag bislang dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Nach dessen Auflösung Ende letzten Jahres wurde intensiv nach einer Möglichkeit gesucht, das NVL-Programm neu aufzustellen. Seitens der Bundesärztekammer, der KBV und der AWMF wurde betont, dass das Programm in den Händen der in der AWMF vernetzten Fachgesellschaften und der ärztlichen Selbstverwaltung verbleiben müsse. Das ist mit der operativen Umsetzung am Zi gewährleistet.

Unabhängigkeit der Leitlinienarbeit

Zi und AWMF wenden im Rahmen der Kooperation eigene Mittel auf. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung fördern das NVL-Programm finanziell und werden gemeinsam mit der AWMF die Schirmherrschaft übernehmen. Die Unabhängigkeit der Arbeit der Leitliniengruppen bleibt

dabei gewahrt. Die künftig in jährlichen Zyklen aktualisierten NVL werden wie bisher nach Abschluss der Konsensuskonferenz und vor der Veröffentlichung durch die beteiligten Fachgesellschaften beschlossen.

Das NVL-Programm basiert auf einer im Jahr 2003 gegründeten Initiative für die Erstellung qualitativ hochwertiger medizinischer Leitlinien zu häufigen Erkrankungen. Der Fokus liegt auf der interdisziplinären und sektorenverbindenden Versorgung in Deutschland. Medizinische Fachgesellschaften und Patientenorganisationen erarbeiten dazu Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von Volkskrankheiten. ■■■

eb

→ Die Arbeit wird aufgenommen, sobald alle rechtlichen Fragen geklärt sind. Das betrifft auch die Internetseite des NVL-Programms www.leitlinien.de. Bis dahin sind die Leitlinien des NVL-Programms über das AWMF-Leitlinienregister register.awmf.org abrufbar.



MEDI GENO fordert Gleichbehandlung von selbstständigen Lehrkräften und Poolärzten

Vor einigen Wochen hat der Bundesrat einer vom Bundestag beschlossenen Übergangsregelung für selbstständige Lehrtätigkeiten auf Honorarbasis zugestimmt. Demnach tritt die Versicherungs- und Beitragspflicht aufgrund einer abhängigen Beschäftigung für selbstständige Lehrkräfte erst ab dem 1. Januar 2027 in Kraft.

MEDI GENO Deutschland verweist auf das BSG-Urteil vom Oktober 2023 zu den sogenannten Poolärztinnen und -ärzten, das keine Übergangsregelung enthielt und das zu bundesweiten Schließungen von Notfallpraxen führte. „Wir befürworten die Übergangsregelung für selbstständige Lehrtätigkeiten. Lehrkräfte sind sehr rar und systemrelevant. Die gleiche Situation haben wir aber auch bei den Poolärztinnen und -ärzten. Wir mussten allein in Baden-Württemberg 18 Notfallpraxen schließen, weil die Kassenärztliche Vereinigung aufgrund des BSG-Urteils sich von rund 3.000 selbstständigen Kolleginnen und Kollegen von heute auf morgen aus dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst trennen musste. Da gab es keine Übergangsregelungen“, kritisiert Dr. Norbert Smetak, Vorstandsvorsitzender von MEDI GENO Deutschland.

Zum Hintergrund: Am 24. Oktober 2023 hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass eine

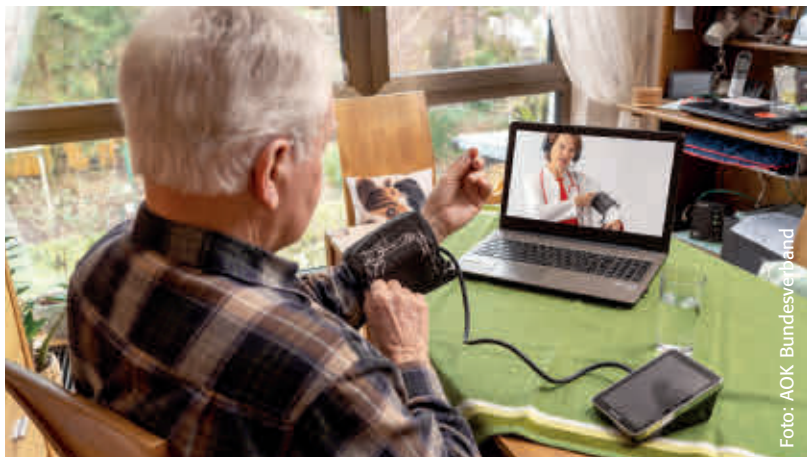
Tätigkeit im (zahn-)ärztlichen Bereitschaftsdienst als sogenannter Poolarzt sozialversicherungspflichtig ist.

Mit Blick auf den Ärztemangel und den demografischen Wandel fordert MEDI GENO Deutschland vom künftigen Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Änderung der Sozialversicherungspflicht für systemrelevante Berufe wie selbstständige Poolärztinnen und Poolärzte. „Wir benötigen dringend jede helfende Hand in der ambulanten Versorgung, um sie aufrechtzuerhalten. Der Ärztliche Bereitschaftsdienst lebt von vielen Kolleginnen und Kollegen, die bereits im Ruhestand oder mit Care-Arbeit zu Hause beschäftigt sind. Wir müssen für diese Personen pragmatische Lösungen finden, damit sie weiter für uns arbeiten können“, ergänzt Dr. Ralf Schneider, stellvertretender Vorsitzender von MEDI GENO Deutschland und Chef von MEDI Südwest. 🇩🇪

Tanja Reiners



Mitbehandelnde Ärzte können Videofallkonferenzen abrechnen



Seit dem 1. April dürfen auch mitbehandelnde Vertragsärztinnen und -ärzte patientenorientierte Videofallkonferenzen mit an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräften in der Häuslichkeit des Patienten oder Pflegeeinrichtungen abrechnen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat dazu im Januar einen entsprechenden Beschluss gefasst und eine neue EBM-Ziffer angelegt: Die GOP 01443 kann extrabudgetär mit 86 Punkten abgerechnet werden, was 10,66 Euro entspricht.

Sie ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig und nur, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis stattgefunden hat. Für die Abrechnung der neuen GOP gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss weist noch darauf hin, dass die neue GOP 01443 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01758, 30210, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400, 37720 und 37804 berechnungsfähig ist. ■

as

→ Die ausführliche Bekanntmachung finden Ärztinnen und Ärzte hier: <https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>

Zi: Weiter steigende Fallzahlen in der Psychotherapie

Im letzten Jahr wurden im ersten Halbjahr 292,6 Millionen Behandlungsfälle in der ambulanten Versorgung dokumentiert. Damit sind die Fallzahlen gegenüber 2023 mit 1,9 Millionen um 0,6 Prozent leicht angestiegen. Das sind die Ergebnisse des Trendreports des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

Beim Vergleich der Behandlungsfallzahlen des ersten Halbjahrs 2024 und 2023 zeigen sich in allen Versorgungsbereichen Zuwächse: Im hausärztlichen Bereich gab es ein Plus von 0,5 Prozent, bei den Fachärztinnen und -ärzten von 0,7 Prozent und in der Psychotherapie sogar von 4,3 Prozent. In der ersten Jahreshälfte 2024 erhöhte sich die Fallzahl bei den Einzeltherapien gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 2,1 Prozent und bei den Gruppen-

therapien um 30,3 Prozent. Einen deutlichen Anstieg der Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum zeigten auch die Abrechnungsdaten für das erste Halbjahr 2024 in der Neurologie mit +6,8 Prozent sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit ebenfalls +6,8 Prozent.

Die Anzahl der telefonischen Beratungen ist im ersten Halbjahr 2024 um 8,6 Prozent deutlich angestiegen. Noch stärker war die Zunahme bei den Videosprechstunden: Hier gab es 24 Prozent mehr als im Vorjahreszeitraum. Über das gesamte erste Halbjahr 2024 betrachtet, entfielen 47,4 Prozent aller Videosprechstunden auf den hausärztlichen, 15,7 Prozent auf den fachärztlichen und 36,8 Prozent auf den psychotherapeutischen Versorgungsbereich. ■

eb

NEUE MITARBEITERINNEN



Service-Center

Melisa Kadioglu ...

... wurde am 15. Juli 1998 in Istanbul geboren. Nach der mittleren Reife absolvierte sie ein Freiwilliges Soziales Jahr als Operationstechnische Assistentin. Im Anschluss daran entschied sie sich für eine Ausbildung als Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) und arbeitete daraufhin in Zahnarztpraxen sowie auch als Bürokauffrau bei einer Lebensmittelpedition. Nebenberuflich hat die gelernte ZFA ihren Gesundheitsbetriebswirt im Rahmen eines Fernstudiums am IST-Studieninstitut abgeschlossen.

Seit Juli 2024 verstärkt Melisa Kadioglu das Team des Service-Centers der MEDIVERBUND AG. Sie ist als Sachbearbeiterin für die Vertragsumsetzung und die medizinischen Fortbildungen zuständig.



Vertragswesen

Hannah Wehrle ...

... wurde am 22. Dezember 1998 in Balingen geboren. Nach ihrem Abitur absolvierte sie das Studium B. Sc. Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Furtwangen. Während eines Praxissemesters bei der Bosch BKK im Bereich Analytik und Controlling von Versorgungsverträgen bekam Hannah Wehrle erste Einblicke in das Selektivvertragswesen. Weitere Erfahrungen im Gesundheitswesen sammelte sie als Werkstudentin beim Start-up DiGA-Finder GmbH, das sie im Bereich Digitalisierung und Digitale Gesundheitsanwendungen unterstützte.

Seit Juli 2024 arbeitet Hannah Wehrle bei der MEDIVERBUND AG in der Abteilung Vertragswesen. Dort ist sie als Projektleiterin verantwortlich für den Facharztvertrag Orthopädie und Rheumatologie von der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK sowie für mehrere Hausarztverträge im Südwesten.



Foto: Shutterstock

Gleichbehandlung von Vollzeit- und Teilzeitkräften – Rechtsprechung setzt Maßstäbe

Teilzeitbeschäftigung ist für viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine attraktive Option. Dennoch bestehen oft Unterschiede bei Zuschlägen und Sonderleistungen im Vergleich zu Vollzeitkräften – obwohl das Gesetz eine Gleichbehandlung vorschreibt.

Laut § 4 Abs. 1 Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) dürfen Teilzeitkräfte nicht schlechter behandelt werden als Vollzeitbeschäftigte, es sei denn, ein sachlicher Grund liegt vor. Besonders umstritten sind Überstundenzuschläge, die Teilzeitkräfte häufig erst erhalten, wenn sie die reguläre Arbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten überschreiten.

Wichtige Urteile zur Benachteiligung von Teilzeitkräften

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschied am 19. Oktober 2023 (Rechtssache C-660/20), dass eine einheitliche Überstundenregelung für Vollzeit- und Teilzeitkräfte diskriminierend sein kann. Müssen Teilzeitkräfte anteilig mehr arbeiten als Vollzeitkräfte, um Boni oder Zuschläge zu erhalten, liegt eine Benachteiligung und ein Verstoß gegen den Pro-rata-temporis-Grundsatz, der eine anteilige Behandlung von Teilzeitbeschäftigten vorsieht, vor.

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) bestätigte diese Sichtweise im Dezember letzten Jahres (Az. 8 AZR

370/20, 8 AZR 372/20). Es entschied, dass Zuschläge bereits ab der individuellen Mehrarbeit von Teilzeitbeschäftigten gezahlt werden müssen. Die bisherige Praxis, Zuschläge erst ab Überschreiten der Vollzeitgrenze zu gewähren, wurde als mittelbare Diskriminierung aufgrund des Geschlechts gewertet, da Teilzeitbeschäftigung überwiegend Frauen betrifft.

Handlungsbedarf für Arbeitgeber

Arbeitgeber sollten Arbeitsverträge, Betriebsvereinbarungen und Tarifregelungen überprüfen, um Benachteiligungen zu vermeiden. Es ist darauf zu achten, Zuschläge und Sonderzahlungen anteilig zu gewähren, um rechtliche Risiken auszuschließen. Eine faire Behandlung aller Beschäftigten stärkt zudem die Motivation und Zufriedenheit im Unternehmen. ■■■

Angela Wank

Gutachter muss Gericht sofort über zu hohe Kosten informieren



Foto: Shutterstock

Verlangt ein medizinischer Sachverständiger für seine gutachterliche Tätigkeit eine Vergütung, die den gewährten Kostenvorschuss deutlich übersteigt, muss er bei Gericht im Vorfeld die Übernahme dieser höheren Kosten beantragen. Nach einem Beschluss des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg ist das der Fall, wenn es sich um mehr als 20 Prozent des Vorschusses handelt.

Für die Erheblichkeit der Überschreitung komme es darauf an, was dem medizinischen Sachverständigen als Vergütung objektiv zustehen würde,

und nicht darauf, was er als Vergütung geltend gemacht hat, argumentierte das Gericht. Stellt der Sachverständige im Laufe der Vorbereitung oder der Gutachtenerstellung fest, dass der Vorschuss nicht ausreichen wird, darf er nicht einfach weiterarbeiten, sondern muss sofort das Gericht informieren und dessen Antwort abwarten.

In dem Fall, den das LSG verhandelt hat, sollte ein Niedergelassener über die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente ein Gutachten erstellen. Für dieses hat ihm das Gericht einen Kostenvorschuss von 1.500 Euro gewährt. Die ambulante Begutachtung erwies sich jedoch als aufwendiger, weil wegen einer zuvor nicht erkennbaren posttraumatischen Belastungsstörung zusätzliche Termine und eine weitere Diagnostik erforderlich waren. Der Sachverständige verlangte letztendlich ein Honorar in Höhe von 2.840 Euro. Das lehnte das Gericht ab. ■

as

→ Az.: L 10 KO 2896/24 B

Unterlagen zu Coronatests werden bis 2028 aufbewahrt

Nach einer Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) müssen Unterlagen zu Coronatests bis Ende 2028 aufbewahrt werden. Die Aufbewahrungspflicht betrifft Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Apotheken, Rettungs- und Hilfsorganisationen, Testzentren und von Testzentren als Leistungserbringer beauftragte Dritte. Ursprünglich sollte die Aufbewahrungsfrist der Tests Ende letzten Jahres enden.

Das Ministerium begründet seine Entscheidung in der „Dritten Verordnung zur Änderung der Corona-

virus-Impfverordnung und der Coronavirus-Testverordnung“ damit, dass immer noch Abrechnungsprüfungen in einzelnen Ländern und Ermittlungen gegen Teststellenbetreiber liefen, die der Bund damals im Rahmen der staatlich finanzierten Schnelltests ermöglicht hatte. Damit Betrugsfälle auch in den nächsten Jahren aufgedeckt werden können, brauchte es eine Verlängerung der Aufbewahrungsfrist. ■

as

Ärztliche Aufklärung muss vorrangig mündlich erfolgen



Foto: DAK

Dabei müssen die in Betracht kommenden Risiken nicht exakt medizinisch beschrieben werden, so der BGH. Es genüge, den Patienten „im Großen und Ganzen“ über Chancen und Gefahren seiner Behandlung aufzuklären, damit er eine „allgemeine Vorstellung“ bekommt, mit welchen Risiken oder Komplikationen er durch den Eingriff rechnen muss, „ohne diese zu beschönigen oder zu verschlimmern“, heißt es im Urteil.

Der oben genannte Paragraph bestimmt also, dass die Aufklärung mündlich erfolgen muss. Ergänzend kann der Patient schriftliche Unterlagen „zur Wiederholung des Gesagten als Gedächtnisstütze, zur bildlichen Darstellung, zur Verbesserung des Verständnisses des mündlich Erläuterten und zur Vermittlung vertiefender Informationen, die hilfreich, für das Verständnis der Risiken aber nicht unbedingt notwendig sind“, bekommen, so das Gericht.

Geklagt hatte ein Mann, der sich von einem niedergelassenen Unfallchirurgen über mögliche Folgen einer Arthroskopie am Fuß nicht richtig aufgeklärt fühlte. Nach dem Eingriff ist der Kläger zu 60 Prozent schwerbehindert und dauerhaft erwerbsunfähig.

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) setzt die wirksame Einwilligung eines Patienten dessen ordnungsgemäße Aufklärung voraus (§ 630d Abs. 2 BGB). Ärztinnen und Ärzte müssen sichergehen, dass ihre Patientinnen und Patienten vor einem Eingriff die mündlichen und schriftlichen Informationen verstanden haben.

Schriftliche Dokumentation sinnvoll

Aus Gründen der Beweisführung rät Dr. Oliver Stenz vom Referat Recht der MEDIVERBUND AG zu einer schriftlichen Dokumentation. „In einem persönlichen Gespräch in der Praxis kann bereits eine konkludente Einwilligung in die Durchführung einer Behandlung gesehen werden. Allerdings sind auch alle anderen Merkmale und das Vorliegen einer rechtfertigenden Einwilligung durch den Behandler zu erfüllen und im Zweifelsfall nachzuweisen“, erklärt Stenz. Hierzu zählten die Einsichtsfähigkeit und eben die Kenntnis aller relevanten Informationen zum Eingriff und zu dessen Risiken. Hier sei die Nachweisführung durch konkludentes Handeln nicht oder nur schwer möglich – deswegen rät der Jurist zu einer ausführlichen schriftlichen Dokumentation. ■■

Angelina Schütz

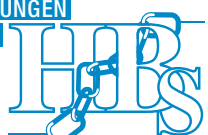
→ Az.: VI ZR 188/23

ANZEIGE

ARBEITSSICHERHEIT

ELEKTRISCHE PRÜFUNGEN

GERÄTESICHERHEIT



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

Berufsbegleitendes Studium bietet MFA neue Perspektiven

Seit März bietet die SRH Fernhochschule einen neuen berufsbegleitenden Studiengang für medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte (MFA/ZFA) an. Nach drei Semestern können sie den Bachelor of Science „Praxis- und Versorgungsmanagement“ erwerben. Einer der Kooperationspartner ist der MEDI Verbund.

Philipp Reutter vom Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde (IFFM) sieht den Studiengang als bedeutenden Schritt in Richtung Akademisierung medizinischer Fachberufe, der MFA neue Perspektiven in der Gesundheitsversorgung eröffnet. Das IFFM ist bei MEDI Baden-Württemberg für das Fort- und Weiterbildungsprogramm für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Medizinische Fachangestellte (MFA) verantwortlich. Geschäftsführer Reutter erklärt: „Wir bieten seit Jahren praxisorientierte Fortbildungen für Behandler und MFA an. Wir sind

aber keine Hochschule und können deswegen keine akademischen Studiengänge durchführen.“ Um den MFA der MEDI-Praxen neue Perspektiven zu bieten, kooperiert der Verbund mit der SRH Fernhochschule.

Qualifizierung für Leitungsfunktionen in den Praxen

Als zentralen Vorteil des Studiengangs „Praxis- & Versorgungsmanagement B. Sc.“ sieht Reutter die Verleihung des akademischen Titels in Form eines Bachelor-Abschlusses, der MFA für Leitungsfunktionen innerhalb ihrer Einrichtungen qualifiziert. Er betont: „Mit diesem Abschluss können MFA mehr Verantwortung im Praxismanagement, in der Organisation oder in der Abrechnung übernehmen. So entlasten sie Ärztinnen und Ärzte, tragen zu einer besseren Patientenversorgung bei und eröffnen sich neue Karrieremöglichkeiten.“ Der Studiengang sei eine ideale Ergänzung zu den geplanten MFA-Fortbildungen, die das IFFM in diesem Jahr anbieten möchte.

Darüber hinaus möchte man künftig Synergien zwischen den Fortbildungen des IFFM und den Angeboten der SRH schaffen. „Momentan gibt es noch keine direkte Integration, aber wir prüfen, ob wir künftig zum Beispiel unsere Räumlichkeiten oder Standorte im MEDIVERBUND Campus gemeinsam nutzen können“, sagt Reutter.



Foto: Shotshop

Auf Berufstätige zugeschnitten

Der Fernstudiengang „Praxis- und Versorgungsmanagement“ richtet sich an berufstätige MFA, die sich neben ihrer Tätigkeit akademisch weiterqualifizieren möchten. „Wer bereits im Arbeitsleben angekommen ist, schreckt häufig davor zurück, ein Studium aufzunehmen“, weiß Reutter, „doch das Fernstudium ist flexibel gestaltet und auf die Bedürfnisse von Berufstätigen ausgelegt.“ Für MFA mit abgeschlossener Berufsausbildung ist der Zugang zum Bachelor-Studiengang auch ohne Abitur möglich. Andere können bereits während der Ausbildung ins Studium einsteigen.

Neben dem MEDI Verbund sind auch der Verband Medizinischer Fachberufe (VMF) und der Hartmannbund Kooperationspartner. Der Studiengang selbst wurde inhaltlich von der SRH Fernhochschule ausgestaltet, die drei Kooperationspartner tragen das Modell über ihre Mitglieder in die Fläche. „Die Anmeldungen sind angelaufen, das Interesse ist groß“, berichtet Reutter ■■■

Antje Thiel

»Mit dem Abschluss „Praxis- & Versorgungsmanagement B. Sc.“ können MFA mehr Verantwortung im Praxismanagement, in der Organisation oder in der Abrechnung übernehmen. So entlasten sie Ärztinnen und Ärzte, tragen zu einer besseren Patientenversorgung bei und eröffnen sich neue Karrieremöglichkeiten«,

sagt Philipp Reutter.

Von der betrieblichen Altersvorsorge profitieren alle!

Die betriebliche Altersvorsorge (bAV) gewinnt für Arztpraxen zunehmend an Bedeutung: Mitarbeitende profitieren von einer sicheren, staatlich geförderten Altersvorsorge und Praxisinhaber können die Attraktivität ihrer Praxis steigern und haben administrative und steuerliche Vorteile. Dipl.-Ing. Wolfgang Schweikert von der MEDIGENO Assekuranz betont die Vorzüge der bAV gegenüber einer privaten Vorsorge.

Experten prognostizieren, dass langfristig die arbeitende Bevölkerung in Deutschland schrumpfen wird. Die Gesellschaft wird immer älter und die Generation der Baby-Boomer verabschiedet sich nach und nach in den Ruhestand. Laut Statistischem Bundesamt werden bis 2036 knapp 13 Millionen Menschen aus dem Erwerbsleben ausscheiden – rund 30 Prozent der Menschen, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Gleichzeitig wird die gesetzliche Rente für

viele Menschen nicht ausreichen. Besonders Frauen mit unterbrochenen Erwerbsbiografien sind betroffen. Hier bietet die bAV eine attraktive Lösung.

Vorteile für Arbeitgeber

Versicherungsexperte Schweikert erklärt: „Mit der bAV können Arbeitgeber ihre Mitarbeiter langfristig motivieren und binden.“ Ein zufriedenes Team reduziert die Fluktuation und spart Rekrutierungskosten. Weitere Vorteile der bAV für Arbeitgeber sind:

- kein Bilanzierungsbedarf für Versorgungsverpflichtungen
- risikofreie Renten für das Unternehmen
- Fortführung der bAV durch den Mitarbeiter bei Unternehmenswechsel

Die Abwicklung sei unkompliziert und transparent. Die MEDIGENO Assekuranz bietet hier eine persönliche Beratung und Unterstützung für Mitglieder.



Schritte zur Umsetzung

Laut Betriebsrentengesetz sind Arbeitgeber verpflichtet, eine bAV anzubieten. Schweikert empfiehlt, die bestehende Versorgung der Mitarbeitenden zu prüfen und gegebenenfalls ein passendes Modell zu implementieren. Unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben können Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein individuelles Paket, mindestens auf dem Niveau des Manteltarifvertrags, schnüren. Die Praxisinhaber bestimmen, ob die bestehenden Entgeltumwandlungsvereinbarungen angepasst werden oder ein Neuvertrag abgeschlossen wird. Die MEDIGENO Assekuranz unterstützt sie hier bei der Einführung und Dokumentation.

Vorteile für Arbeitnehmer

- Steuerliche Förderung und Sozialversicherungsersparnisse
- Arbeitgeberzuschüsse und freiwillige Zusatzbeiträge
- Erhalt der Anwartschaft bei Arbeitgeberwechsel
- Günstige Gruppenversicherungen
- Schutz vor Hartz IV und flexible Beitragsgestaltung

Beispielrechnung

Ein Mitarbeiter mit einem Bruttogehalt von 3.500 Euro wandelt 100 Euro in eine Rentenversicherung um. Der Nettoverzicht liegt bei etwa 53 Euro. Der Arbeitgeber leistet 15 Euro gesetzlichen Zuschuss und 100 Euro freiwillig. Insgesamt erhält der Mitarbeiter 215 Euro monatlich für die Altersvorsorge.

Parameter	Wert in €
Bruttogehalt	3.500
Entgeltumwandlung (Arbeitnehmer)	100
Nettoverzicht (Arbeitnehmer)	ca. 53
Gesetzlicher Arbeitgeberzuschuss	15
Zusätzlicher Arbeitgeberbeitrag	100
Monatlicher Sparbetrag (gesamt)	215



Foto: privat

»Die Effizienz der betrieblichen Altersvorsorge ist unübertroffen und gegenüber einer privaten Alternative vorzuziehen«,

rät Wolfgang Schweikert.

Im Vergleich zu einer Lohnerhöhung spart der Arbeitgeber in diesem Beispiel rund 94 Euro an Lohnnebenkosten.

„Die bAV bietet also eine Win-win-Situation für Praxisinhaber und Mitarbeitende, die Effizienz der bAV ist unübertroffen“, bilanziert Wolfgang Schweikert. Die strategische Einführung der bAV sichert nicht nur die Zukunft der Belegschaft, sondern auch den langfristigen Erfolg der Praxis. ■■■

Angelina Schütz

Kontakt und Beratung

Interessierte MEDI-Praxen erreichen Dipl.-Ing. Wolfgang Schweikert unter:
 Telefon 0711.80 60 79-1 77
 E-Mail schweikert@medigeno-assekuranz.de

April bis Juni 2025

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

05.04.2025 / 09.00–14.15 Uhr
**Triple-DMP-Kongress für Ärztinnen
und Ärzte**

MEDICLIN Herzzentrum in Lahr, 77933 Lahr/
Schwarzwald

08.04.2025 / 18.30–20.00 Uhr
**DiGA zur Unterstützung depressiver
Patientinnen und Patienten mit edupression**
CredoWeb / Onlineveranstaltung

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

07.05.2025 / 14.00–16.30 Uhr
Abrechnungsschulung PNP (N+PY+PT)
Microsoft® Teams / Online

08.05.2025 / 14.30–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung PT-Verträge
Microsoft® Teams / Online

09.05.2025 / 14.00–16.00 Uhr
Abrechnungsschulung Kardiologie
Microsoft® Teams / Online

14.05.2025 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Orthopädie
Microsoft® Teams / Online

21.05.2025 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Diabetologie
Microsoft® Teams / Online

→ **ACHTUNG:**

TeilnehmerInnen können sich online auf unserer Homepage zu allen Veranstaltungen anmelden. Bitte geben Sie eine gültige E-Mail-Adresse ein, damit Anmeldebestätigungen oder Zugangslinks zugestellt werden können.

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

30.04.2025 / 15.00–17.30 Uhr
**Diabetes mellitus Typ 2 – DMP in der
Arztpraxis**

KVBW, Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe

04.06.2025 / 15.00–18.00 Uhr
**Effektives Impfmanagement – Schutz- und
Pflichtimpfungen im Überblick**

KulturGut Ittenbeuren, Ittenbeuren 5,
88212 Ravensburg

25.06.2025 / 15.00–18.30 Uhr
**Umgang mit anspruchsvollen Patienten –
so entschärfen Sie die Situation**

MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2,
70565 Stuttgart

