

MEDI rüstet sich zur Bundestagswahl



■ Aufwärtstrend

Mehr Honorar, mehr Verträge, mehr Teilnehmer:
Selektivverträge bleiben attraktiv

■ Aussichtsreich

So hilft die MEDI GENO Assekuranz Mitgliedern bei ihren Versicherungen

■ Ausbau

Das MEDI-MVZ-Konzept gibt es nun auch in Rheinland-Pfalz

Die Hausarzt- und Facharztverträge müssen vorankommen!

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

auf dem Deutschen Ärztetag in Freiburg ließ Minister Gröhe durchblicken, dass er auch in der nächsten Legislatur gerne im Amt bleiben würde. Das wäre für mich persönlich in jedem Fall besser als eine Ministerin oder ein Minister eines rot-rot-grünen Kabinetts. Das soll jetzt nicht heißen, dass wir unter Gröhe ausschließlich blühende Landschaften hatten – denken wir nur an das Antikorruptionsgesetz oder das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Aber unser gemeinsames Positionspapier, das wir vor vier Jahren mit unseren Vertragspartnern AOK und Hausärzteverband in Baden-Württemberg auf den Weg gebracht haben, hat zu der ein oder anderen Gesetzesänderung in unserem Sinne geführt: Die Refinanzierungsklausel in § 73b SGB V, der die Hausarztverträge regelt, ist weg und die Bereinigung wurde auch positiv für die Vertragsteilnehmer geregelt.

Damit die Hausarzt- und Facharztverträge vorankommen, haben wir unser Positionspapier aktualisiert. Die Facharztverträge entwickeln sich hierzulande nach wie vor gut: Mit dem Diabetologievertrag ist ein weiterer Versorgungsbereich hinzugekommen und der Orthopädievertrag wird um das Rheumamodul erweitert. Ich möchte aber, dass sich endlich auch MEDI-Mitglieder außerhalb von Baden-Württemberg in diese Verträge einschreiben können!



Haben ihr gemeinsames Positionspapier zur Bundestagswahl aktualisiert: Dr. Berthold Dietsche (HÄV), Dr. Christopher Hermann (AOK) und Dr. Werner Baumgärtner (MEDI).

Denn diese Verträge sind die Antwort auf die Absichten vieler Parteien, die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland unter dem Schein der Gleichberechtigung zu verschlechtern. Wir brauchen keine „Physician assistants“ oder „Nurses“, die unsere Arbeit machen! In Baden-Württemberg zeigen wir mit unseren Hausarzt- und Facharztverträgen, wie erfolgreiche Koordination und Delegation, auch dank unserer VERAHs und EFAs, geht.

Es grüßt Sie herzlich Ihr

Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender



TITELTHEMA

DIALOG

**Raus aus der
»Hängematte Kollektivvertrag«!**

6

GESUNDHEITSPOLITIK

**Ungeklärte Auswirkungen auf
Deutschlands Arztpraxen**

28

NACHGEFRAGT BEI
DR. THOMAS ZALEWSKI

**»Der Systemwechsel würde an
keinem Arzt vorübergehen«**

30

PRO ►|◀ CONTRA

Wahlkampf in der Praxis?

32

HAUSARZT- UND FACHARZTVERTRÄGE

10 **Partner ergänzen ihr Facharztprogramm
durch Diabetologievertrag**

Dieser tritt rückwirkend zum 1. April in Kraft. Teilnehmen können Ärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin, die bestimmte Anforderungen erfüllen.

12 **Neues aus der HZV**

15 **Auch die BKKen entwickeln ihren Hausarztvertrag weiter**

16 **Arztportal und Vertragsarztsuche kommen gut an**

17 **Satter Zuschlag für Kardiologen**

17 **Neues Mailing zu »Darm-Check«**

18 **Neue Psychotherapierichtlinie löst Run
auf Selektivverträge aus**

20 **Alltag ohne Schmerzen**

22 NACHGEFRAGT BEI DR. UWE DE JAGER

Return to work

23 **Jetzt ist der PNP-Vertrag für Neurologen noch attraktiver!**

AUS BADEN-WÜRTTEMBERG

24 **Besser informiert dank neuem Internetauftritt**

24 **Partner weiten Vernetzung aus**

AUS RHEINLAND-PFALZ

26 **Nun bietet auch MEDI Südwest MVZ-Beratung an**

GESUNDHEITSPOLITIK

34 KURZ NOTIERT

34 **Institut ermittelt ökonomische Bedeutung von Privatpatienten**

35 **Ein kleiner Schritt in die richtige Richtung**

MENSCHEN BEI MEDI

- 36 **Dr. Marcus Ksoll**
Facharzt für Urologie, Heilbronn
- 38 NEUE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER
Christina Cypel, Hanna Pfenning, Kathrin Betsch und Laura Rieth
Patrik Huzel und Sebastian Kreiner
-

ARZT & RECHT

- 42 SERIE: BEKÄMPFUNG VON KORRUPTION
IM GESUNDHEITSWESEN
Weitere Voraussetzungen der Strafbarkeit nach § 299a StGB
- 46 ASS. JUR. IVONA BÜTTNER-KRÖBER
BEANTWORTET IHRE RECHTSFRAGEN
- **Muss ich die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten der KV anzeigen und genehmigen lassen?**
 - **Muss ich jedem Urlaubswunsch meiner Angestellten nachgeben?**
- 48 FÜR SIE GELESEN
Datenschutz im Gesundheitswesen
Grundlagen, Konzepte, Umsetzung
-

BUSINESS

- 49 **Sind Ihre Versicherungen noch aktuell?**
- 52 **MEDIVERBUND fördert Austauschprogramm im Gesundheitswesen**
- 53 NACHGEFRAGT BEI JASMIN RITTER
»Eine tolle Sache!«
-

PRAXISMANAGEMENT

- 54 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

- 56 SERIE: BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG
Midlife-Krise oder Bergfest in der Praxis?
Ihre Praxis läuft gut, Sie haben ein eingespieltes Team und einen routinierten Alltag? Glückwunsch! Das ist aber auch genau der richtige Zeitpunkt, um über die betriebswirtschaftliche Zukunft Ihrer Praxis nachzudenken.

**IMPRESSUM**

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

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

Design: Heinz P. Fothén

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES**
erscheint im Oktober 2017.
Anzeigenschluss ist
der 15. August 2017.



Foto: Maiks Richter



Raus aus der »Hängematte Kollektivvertrag«!

Zur Bundestagswahl am 24. September hat MEDI Baden-Württemberg mit den Vertragspartnern Hausärzteverband und AOK Baden-Württemberg ein gemeinsames Positionspapier mit sechs Forderungen auf den Weg gebracht. Die Partner wollen den Versorgungswettbewerb ankurbeln und die Selektivverträge als Alternative zur Regelversorgung ausbauen. Über die Details sprach Chefredakteurin Angelina Schütz mit MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, welche dieser Forderungen hat für Sie die höchste Priorität und warum?

Baumgärtner: Die Stärkung der Delegation ärztlicher Leistung und die Ablehnung der Substitution. Es ist leider so, dass viele Politiker die Heilberufe akademisieren möchten: Der niedergelassene Arzt soll in be-

stimmten Bereichen durch nichtärztliche Mitarbeiter ersetzt werden und den Rest soll dann die Digitalisierung erledigen. Dass damit amerikanische Verhältnisse eingeführt werden und der Patient darum betteln muss, einen Arzt zu sehen, wird ausgeblendet. Ebenso die Folge, dass dadurch der medizinische Versorgungsstandard sinkt. Manchmal entsteht bei mir der Eindruck, dass die Politik medizinisch alle Menschen in Deutschland gleich schlecht versorgt haben möchte, was ja auch eine Auswirkung der Bürgerversicherung wäre.

Ebenso wichtig ist für mich unsere Forderung, dass Facharztverträge Pflicht für Krankenkassen werden, weil die Kassen sonst keine Veranlassung dafür sehen, diese Verträge anzubieten.

MEDITIMES: Wie bewerten Sie die Chancen, dass die gemeinsamen Forderungen Gehör bei der Politik finden werden?

Baumgärtner: Was die Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen angeht, hatte ich auf dem letz-

ten Deutschen Ärztetag im Mai die Hoffnung, dass Minister Gröhe ein klares Wort dazu im Sinne der Ärzteschaft sagen würde. Darüber haben wir im Ministerium vor einigen Wochen diskutiert. Leider hat dann aber unser Bundesärztekammerpräsident Montgomery dieses Thema in seiner Rede weggelassen mit der Folge, dass sich auch der Minister nicht dazu geäußert hat. Ich habe aber nach wie vor die Hoffnung, dass Herr Gröhe ein klares Statement dazu im Sinne der Delegation abgibt. Ich hoffe natürlich auch, dass unsere anderen Forderungen Gehör bei der Politik finden werden, und bin diesbezüglich auch guter Dinge, da es wirklich einiges zu verbessern gibt und die Politik hier auch Handlungsbedarf sieht.

MEDITIMES: In Baden-Württemberg ist mit dem Diabetologievertrag ein neuer Facharztvertrag an den Start gegangen, unsere Verträge werden wissenschaftlich evaluiert, es gibt speziell ausgebildete MFAs. Und trotzdem tut sich bei den Facharztverträgen außerhalb von Baden-Württemberg nicht viel. Warum?

Baumgärtner: Wegen der von mir bereits angesprochenen fehlenden Anreize für die Krankenkassen. Sie wollen die bequeme „Hängematte Kollektivvertrag“ nicht verlassen. Zudem gibt es in der Anlaufphase eines Facharztvertrags auch für die Kassenseite immer erst einmal viel Arbeit und mehr Kosten. Deshalb brauchen wir entweder eine gesetzliche Verpflichtung oder zumindest finanzielle Anreize für innovative Krankenkassen, die solche Facharztverträge verhandeln und ihren Versicherten anbieten.

MEDITIMES: In der HZV gibt es ja die Patientensteuerung. Auf der anderen Seite singt die Politik gerne das Hohelied der freien Arztwahl. Wollen die Patienten entgegen allen politischen Parolen in Wirklichkeit doch geleitet werden?

Baumgärtner: Wir haben vor einigen Wochen mit unseren Vertragspartnern eine bundesweite Umfrage durchgeführt, in der Versicherte aller Krankenkassen zu mehr Wettbewerb um eine bessere Versorgung im Gesundheitswesen befragt wurden. Das Ergebnis war, dass neun von zehn Versicherten die gesetzliche Regelung zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung für sinnvoll halten. Die Antworten aus Baden-Württemberg lagen hier sogar bei 93,3 Prozent!

Die sechs Forderungen an die Politik

- 1. Hausarztverträge müssen Krankenkassenpflicht bleiben**
- 2. Blockaden von Hausarztverträgen und Facharztverträgen durch einzelne KVen und AIS-Anbieter müssen unterbunden werden**
- 3. Delegation von Leistungen und Aufbau von Teamstrukturen unter ärztlicher Leitung müssen weiter unterstützt werden**
- 4. Facharztverträge sollen Pflicht für Krankenkassen werden**
- 5. Keine gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträge im Kollektivvertrag**
- 6. Mehr Freiräume für Selektivverträge – insbesondere im Klinikbereich **



Auf der anderen Seite haben wir in Deutschland weltweit den einfachsten Zugang zur ärztlichen Versorgung. So ein ungesteuertes System führt automatisch zu Irrationalitäten bei der Inanspruchnahme. Das ist wirtschaftlich und medizinisch fragwürdig – dennoch traut sich keine politische Partei, die freie Arztwahl zu koordinieren. Insofern wäre es wichtig, dass die verantwortlichen Politiker endlich den Mut aufbrächten, uns auf unserem baden-württembergischen Weg mit einer funktionierenden alternativen Versorgung, einer geregelten und besser koordinierten Inanspruchnahme, einer schnelleren Terminvergabe und finanziellen Vorteilen für die Versicherten zu begleiten.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Raus aus der »Hängematte Kollektivvertrag«!

MEDITIMES: Welche sind aus Ihrer Sicht sonst noch die größten Herausforderungen, die kurz- oder mittelfristig auf die niedergelassenen Ärzte in Deutschland zukommen?

»Eine Substitution ärztlicher Leistungen würde die Zusatzversicherungen forcieren«

Baumgärtner: Für die Fachärzte ist es die politisch gewollte Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, für die Hausärzte ist es der Nachwuchsmangel. Die Bürgerversicherung würde insbesondere die hoch spezialisierten Fächer treffen, ohne die GOÄ müssten heute schon die Radiologen schließen. Die Politik will das alles mit einer Substitution ärztlicher Leistungen lösen. Sollte das kommen, würde das die ärztliche Versorgung verschlechtern und die Zusatzversicherungen vorantreiben. Für die Ärztinnen und Ärzte wäre das nicht unbedingt von Nachteil, wie das zum Beispiel in England oder in anderen Ländern mit einer schlechteren ärztlichen Versorgung als in Deutschland läuft. In diesen Ländern wünschen sich die Patienten jedoch deutsche Verhältnisse!

MEDITIMES: Was hat MEDI dem entgegenzusetzen?

Baumgärtner: Wir haben bei den Hausarzt- und Facharztverträgen die Nase vorn. Hier schulen wir auch unsere MFAs in Kooperation mit dem Hausärztever-

band und den Facharztverbänden im Delegationsverfahren zu speziell ausgebildeten Mitarbeiterinnen und schaffen damit Fakten. Wir sind bei der elektronischen Vernetzung und Digitalisierung führend. Wir vernetzten Praxen flächendeckend mit eigenen Systemen und bieten attraktive Optionen für den ärztlichen Nachwuchs, wie das Projekt „Arztpraxen 2020“ mit unserem MVZ-Konzept zeigt. Damit springen wir dort ein, wo die Kommunen den Ärztemangel selbst nicht in den Griff bekommen, wie das zum Beispiel in Aalen der Fall ist. Wir sind fachübergreifend aufgestellt, bringen Verbesserungen in den Kollektivvertrag ein und entwickeln unsere Selektivverträge weiter. Ein solches Portfolio hat sonst kein anderer Verband.

MEDITIMES: Viele Ihrer Kolleginnen und Kollegen sind enttäuscht darüber, dass die Gesundheitspolitik kaum eine Rolle bei den Parteiprogrammen spielt. Warum ist das so?

Baumgärtner: Weil die Versorgung in Deutschland noch gut funktioniert und jeder lieber hierzulande behandelt werden möchte als in irgendeinem anderen Land der Welt. Die Patienten sind zufrieden, die Ärzte halten still und mit dem Euphemismus Bürgerversicherung gewinnt man keine Wahlen mehr.

MEDITIMES: Wird MEDI trotzdem Wahlkampf wie gewohnt machen?

Baumgärtner: Selbstverständlich positionieren wir uns mit unsere Forderungen in der Öffentlichkeit! Diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die uns dabei in ihren Praxen unterstützen möchten, bekommen entsprechende Plakate zur Verfügung gestellt. Diese entwickeln wir gerade zusammen mit einer Werbeagentur. Außerdem werden einige GbRen regionale politische Veranstaltungen auf die Beine stellen oder ihre Abgeordneten vor Ort auf andere Weise unterstützen. Ich selbst bin auch wieder bei diversen Diskussions- und Podiumsrunden dabei.

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

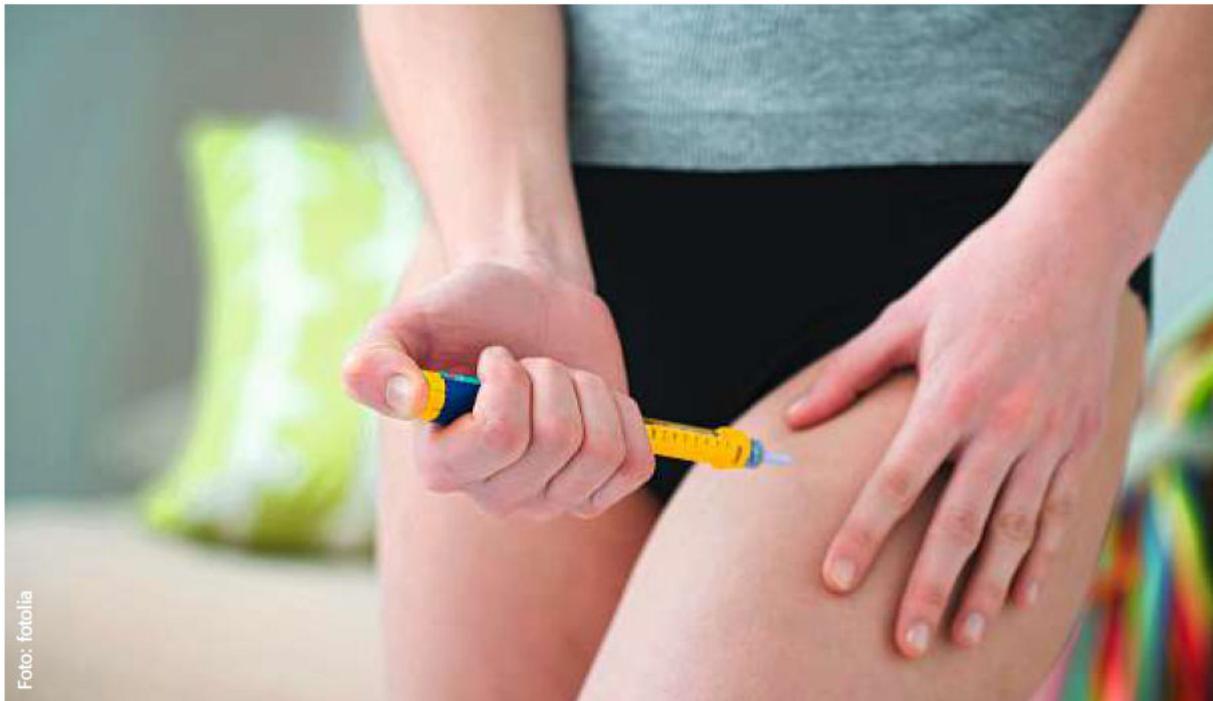


Foto: fotolia

Partner ergänzen ihr Facharztprogramm durch Diabetologievertrag

Für viele Diabetiker, die eine intensivere konventionelle Insulinbehandlung benötigen, können Geräte zur kontinuierlichen Glukosemessung die Versorgung verbessern. Bislang ist jedoch das von vielen Patienten und Ärzten bevorzugte Flash-Glukose-Messsystem (FGM) keine GKV-Leistung. Ein neuer Facharztvertrag nach § 140a SGB V schafft im Südwesten Abhilfe.

Der Vertrag richtet sich an Versicherte, die am AOK-Hausarzt- und -Facharztprogramm teilnehmen. Im Zentrum steht die Versorgung von Diabetikern mit einer Indikationsstellung für die kontinuierliche Glukosemessung sowie Insulinpumpen. Auch das von Ärzten häufig empfohlene und von Diabetikern präferierte System zur Flash-Glukose-Messung (FGM) Freestyle Libre ist im Diabetologievertrag, anders als in der Regelversorgung, eingeschlossen.

Darüber hinaus deckt der neue Facharztvertrag auch die Betreuung von Patientinnen mit Gestations-

diabetes durch qualifizierte diabetologische Schwerpunktpraxen ab. Vertragspartner auf Ärzteseite ist MEDI Baden-Württemberg in Kooperation mit der Diabetologen-Genossenschaft Baden-Württemberg. Der Vertrag wird rückwirkend zum 1. April in Kraft gesetzt.

Hoher Qualitätsanspruch

Teilnehmen können Ärzte für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Endokrinologie bzw. Diabetologie, die bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Dazu zählen der Nachweis zur qualifizierten Patientenschulung, die Beschäftigung einer Diabetesberaterin sowie die Teilnahme am DMP zu Diabetes mellitus Typ 1 und 2.

Dr. Richard Daikeler, Sprecher der Diabetologen-Genossenschaft, ist überzeugt: „Dieser Facharztvertrag ist ein Meilenstein in der deutschen Diabetologie. Es wird erstmalig der erforderliche Aufwand für eine optimierte diabetologische Betreuung beschrieben und vergütet.“ Insbesondere im High-End-Technologiebereich der interstitiellen Glukosemessung (FGM und rtCGM) und der Insulinpumpentherapie werde dadurch eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung für die betroffenen Menschen mit Diabetes erreicht.

„Das FGM-System ist ausgesprochen beliebt, einfacher zu handhaben als ein rtCGM-System und hilft, dank lückenloser Glukosekurven sowie Trendanzeigen, ebenfalls dabei, Hypoglykämien frühzeitig zu erkennen. Erfahrungsgemäß empfinden viele Patienten die Alarmfunktion eines rtCGM-Systems sogar als störend. Der neue Vertrag kommt daher den Bedürfnissen vieler Patienten und ihrer Diabetesteams entgegen“, so Daikeler.

Ganzheitliche und rechtssichere Versorgung

Nach Rezeptausstellung kümmert sich ein externer Dienstleister um die komplette Abwicklung. Für Übergabe und Einweisung ist allein der behandelnde Arzt zuständig. Damit schaffen die Vertragspartner auch eine rechtliche Grauzone ab. Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, erklärt dazu: „Derzeit ist der FGM-Bezug nur über den Online-Shop des Anbieters gegen eine Registrierung des Patienten möglich, was datenschutzrechtliche Fra-

gen aufwirft. Diese Versorgungslücke schließen wir jetzt mit einer rechtssicheren Lösung in unserem Facharztprogramm.“

Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland, betont: „Den Ärzten bietet der Vertrag mit der Laufzeit von mindestens vier Jahren auch genügend Kalkulationssicherheit zu Qualifizierung und Anpassung ihrer Praxisorganisation.“ 

eb

» *Ein Meilenstein in der deutschen Diabetologie* «



Foto: fotolia

Neues aus der HZV

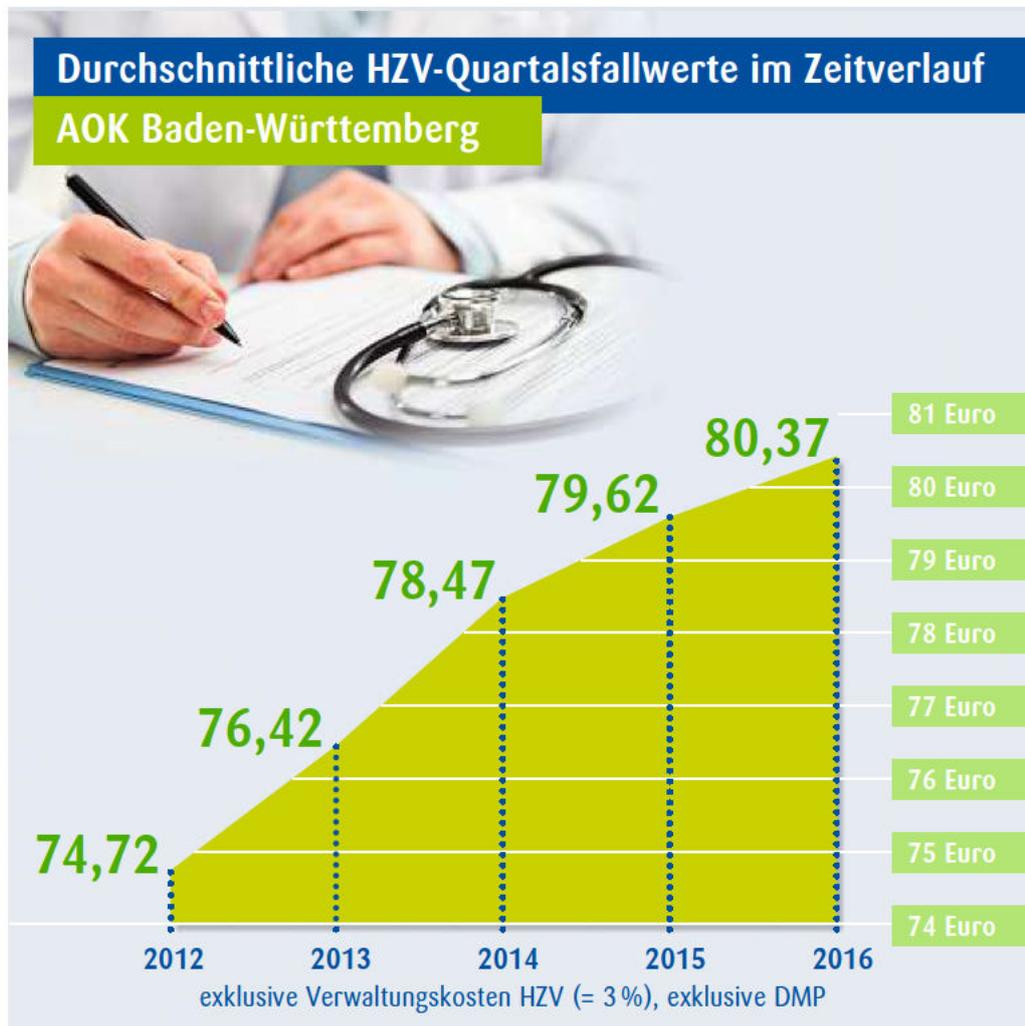
Im neunten Jahr der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg haben die Vertragspartner AOK, MEDI und HÄV im Land ihren Vertrag weiterentwickelt. Die **MEDITIMES** gibt einen Überblick, welche Leistungsbereiche und Vergütungspauschalen angepasst oder neu geschaffen wurden.

Hausärztliche Leistung/Vergütungsposition	Start
Zielauftragspauschale Diabetologie (DMP-Ebene 2): Neue Vergütungsposition für die Erbringung diabetologischer Leistungen per Zielauftrag samt Befundübermittlung – max. 5-mal 12,50 Euro pro Quartal	1. Juli 2017
Zuschlag für den erhöhten Aufwand bei der Mitbehandlung von diabetologisch erkrankten Patienten durch einen besonders qualifizierten Hausarzt (P3b): Zuschlag bei Vorliegen der Qualifikation gemäß § 3 DMP Diabetes mellitus Typ 1-Vereinbarung i. V. m. Anlage 1a zur Strukturqualität – 25 Euro pro Quartal auf P3a	1. Juli 2017
Palliativmedizinische Betreuung und Koordination (P7): Neue Vergütungsposition insbesondere für Beratung, Betreuung und Ordnungsmanagement mit dem Patienten und dessen Angehörigen – max. 3 Quartale in Folge, 100 Euro pro Quartal	1. Oktober 2017
Palliativmedizinischer Besuch (P7a): Neue Vergütungsposition bei palliativmedizinischer Versorgung in der Häuslichkeit, im Hospiz oder im Pflegeheim ab 4. Arzt-Patienten-Kontakt – max. 3 Quartale in Folge, 15 Euro je Besuchstag	1. Oktober 2017
Zuschlag bei Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (P7b): Zusatzweiterbildung in der Palliativmedizin mit Anerkennung durch die KVBW – automatisch generierter Zuschlag von 25 Euro pro Patient auf die jeweils erste vergütete P7a	1. Oktober 2017
Zuschlag bei palliativmedizinischer Betreuung von fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten: Zuschlag zur Vertreterpauschale bei palliativmedizinischer Versorgung in der Häuslichkeit, im Hospiz oder im Pflegeheim – 20 Euro pro Quartal	1. Oktober 2017
Pflegeheimpauschale: Anhebung der Vergütung auf 25 Euro pro Quartal	1. Oktober 2017

Hausärztliche Leistung/Vergütungsposition	Start
Krebsfrüherkennung Mann: Anhebung der Vergütung auf 20 Euro pro Quartal	1. Oktober 2017
Zuschlag für die Behandlung multimorbider Patienten (P4): Zuschlag wird künftig max. 1-mal pro Tag und max. 2-mal pro Quartal vergütet und beinhaltet nun eine zehnminütige Beratungsleistung pro Einheit. Die Leistung kann auch durch die VERAH erbracht werden.	1. Oktober 2017
Grundpauschale (P1): Anhebung der Vergütung auf HZV-Versicherten mit Teilnahme am Facharztprogramm der AOK: 77 Euro pro Versichertenteilnahmejahr HZV-Versicherter ohne Teilnahme am Facharztprogramm der AOK: 72 Euro pro Versichertenteilnahmejahr	1. Oktober 2017
Grundpauschale (P1): Anhebung der Vergütung auf HZV-Versicherten mit Teilnahme am Facharztprogramm der AOK: 80 Euro pro Versichertenteilnahmejahr HZV-Versicherter ohne Teilnahme am Facharztprogramm der AOK: 75 Euro pro Versichertenteilnahmejahr	1. Oktober 2018

Mit der Weiterentwicklung der HZV gehen auch Vereinfachungen bei der Abrechnung einher. So findet ab dem vierten Quartal 2017 keine Verrechnung der VKA-Zuschläge mit der P4 bei multimorbiden Patienten statt. Der besondere Aufwand bei der koordinierten Behandlung von Patienten im Facharztprogramm geht in der neuen Grundpauschale P1 auf. Die beiden Abrechnungsziffern zur Inanspruchnahme zu Unzeiten gingen in die Berechnung der neuen Pauschalen ein und entfallen ab Oktober dieses Jahres.

Wie die Grafik rechts deutlich zeigt, haben sich alle bisherigen Vertragsanpassungen, die ebenfalls auf die Versorgungsaspekte ausgerichtet waren, finanziell zum Vorteil der Hausärzte in Baden-Württemberg entwickelt.



Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Neues aus der HZV

Um sich für weitere Herausforderungen, wie beispielsweise den voranschreitenden Ärztemangel, zu wappnen, forcieren die geistigen Väter der HZV in Baden-Württemberg die koordinierte und effiziente Zusammenarbeit zwischen den teilnehmenden Haus- und Fachärzten. Zudem soll der verstärkte Einsatz der VERAH[®] bzw. EFA[®] die Ärzte nicht nur entlasten, sondern auch die Koordination zwischen den Fachgruppen vereinfachen. Die Vertragspartner sind sich einig, dass ihnen das mit der Weiterentwicklung ihres HZV-Vertrags gelingen wird. Ebenso überzeugt sind sie vom Prinzip der HZV als „kontinuierlich lernendem System“: Die Partner erkennen den konkreten Handlungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung und passen ihren Vertrag zeitnah entsprechend an. Das schafft nachhaltig die richtigen Anreize für eine leistungsgerechte und hochwertige Versorgung.

Pädiater vorbildlich bei Fortbildungsveranstaltungen

Das pädiatrische Modul des HZV-Vertrags ist nicht nur hinsichtlich der Versorgungsqualität und der Honorierung bundesweit einzigartig – auch in Sachen Fortbildungsverpflichtungen erreichen die Kinder- und Jugendärzte ein vorbildliches Niveau. Alle teilnehmenden Mediziner müssen pro Jahr drei spezielle Fortbildungsveranstaltungen und drei pädiatrische Qualitätszirkelsitzungen absolvieren.

Im letzten Jahr haben fast alle Pädiater diese Verpflichtungen erfüllt. Nur drei Prozent konnten nicht an allen anerkannten Veranstaltungen teilnehmen. Der Großteil gab aber plausible Gründe, zum Beispiel eine längere Erkrankung, dafür an.

Die Vertragspartner sind mit dem Ergebnis sehr zufrieden und können, auch durch die seit Jahresbeginn gültigen Regelungen zu den Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem für Praxen, ein kontinuierlich hohes Versorgungsniveau garantieren. 

Wolfgang Fechter



Auch die BKKen entwickeln ihren Hausarztvertrag weiter

Seit dem 1. Juli werden Patienten mit höhergradiger Herzinsuffizienz bzw. Diabetes mellitus Typ 2 mit Komplikationen, die im Hausarztvertrag »BKK.Mein Hausarzt« eingeschrieben sind, dank neuer Versorgungsmodule besser betreut. Auch Patienten mit Adipositas profitieren mehr vom BKK-Vertrag.

Darauf haben sich die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft (BKK VAG), MEDI und der Hausärzterverband in Baden-Württemberg geeignet. Die enge Betreuung durch den Hausarzt beziehungsweise die VERAH® soll dazu beitragen, dass Patienten mit ihrer Erkrankung besser umgehen. Sie umfasst auch die Vermittlung von Präventionsangeboten, die regelmäßige Medikamentendurchsprache und auf Wunsch die Einbindung der Angehörigen. Ebenfalls neu ist ein Versorgungsmodul für Versicherte mit Adipositas (BMI > 30).

Seit Juli können die im Hausarztvertrag eingeschriebenen Versicherten der teilnehmenden Betriebskrankenkassen die Vorteile der besseren Versorgung im Rahmen des Programms »VERAH® TopVersorgt« oder des Versorgungsmoduls Adipositas nutzen.

Leitlinienorientiert und patientenbezogen

Dagmar Stange-Pfalz, Vorsitzende des Vertragsausschusses der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg und Vorstand der BKK VerbundPlus, freut sich über die Weiterentwicklung des Hausarztvertrags: „Für die Patienten bedeutet das eine qualitativ hochwertige und intensivere Betreuung unter Berücksichtigung leitlinienorientierter Versorgungspfade mit konkreten patientenbezogenen Zielen.“ Und MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner ergänzt: „Die zusätzliche Honorierung, die Aufwertung der VERAH® und die daraus resultierende Entlastung für Hausärzte durch die neuen Versorgungsmodule tragen dazu bei, dass sich die hausarztzentrierte Versorgung in die richtige Richtung entwickelt. Die beteiligten Betriebskrankenkassen bezahlen den Mehraufwand in den Hausarztpraxen und sichern so die Zukunft der hausärztlichen Versorgung.“

Darüber hinaus wird ab 1. Juli auch die Palliativversorgung gesondert vergütet: Für die Behandlung eines Palliativpatienten erhält der Hausarzt für maximal fünf Quartale einen Zuschlag von jeweils 120 Euro. Neben weiteren Verbesserungen der hausärztlichen Vergütung sieht die vereinbarte Vergütungsanpassung auch die intensivierte Behandlung von chronisch kranken Patienten vor. ■

eb

→ Alle Neuerungen und weitere Informationen zu »BKK.Mein Hausarzt« finden Hausarztpraxen online unter www.medi-verbund.de im Bereich »Ärzte« und dort in der Rubrik »Hausarztverträge/BKK VAG«.

Arztportal und Vertragsarztsuche kommen gut an

Seit dem Start des MEDIVERBUND Arztportals im November 2016 hat sich über die Hälfte der Vertragsteilnehmer für die Nutzung auf www.medi-arztportal.de registriert. Aktuell arbeiten fast 900 Ärzte und Psychotherapeuten mit dem Online-Portal und profitieren so vom schnellen, komfortablen und gesicherten Abruf von Abrechnungsnachweisen, Vertragsunterlagen und anderer wichtiger Korrespondenz.

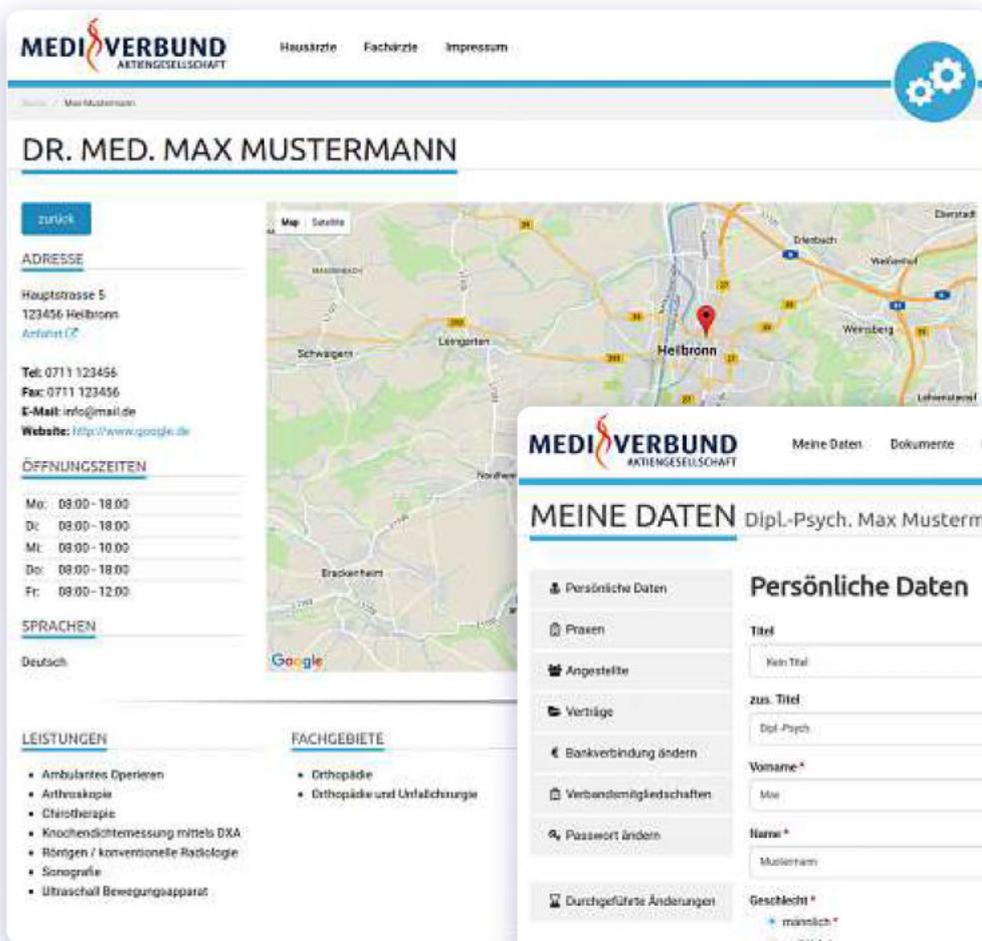
Auch die Änderung von Stammdaten oder die Ergänzung von Zusatzinformationen, die in der MEDIVERBUND Vertragsarztsuche unter www.medi-arzt-suche.de angezeigt werden, nehmen die Vertragsteilnehmer im Südwesten täglich in Anspruch.

Bis Ende des Jahres möchte die MEDIVERBUND AG ihr Arztportal weiterentwickeln: Dann sollen sich

die registrierten Ärzte und Therapeuten auch individuelle Verordnungsstatistiken herunterladen können. „Das hilft den Vertragsteilnehmern dabei, ihre Verordnungen besser auszuwerten und gegebenenfalls anzupassen“, erklärt Sven Gutekunst von der IT-Abteilung beim MEDI Verbund. ■■■

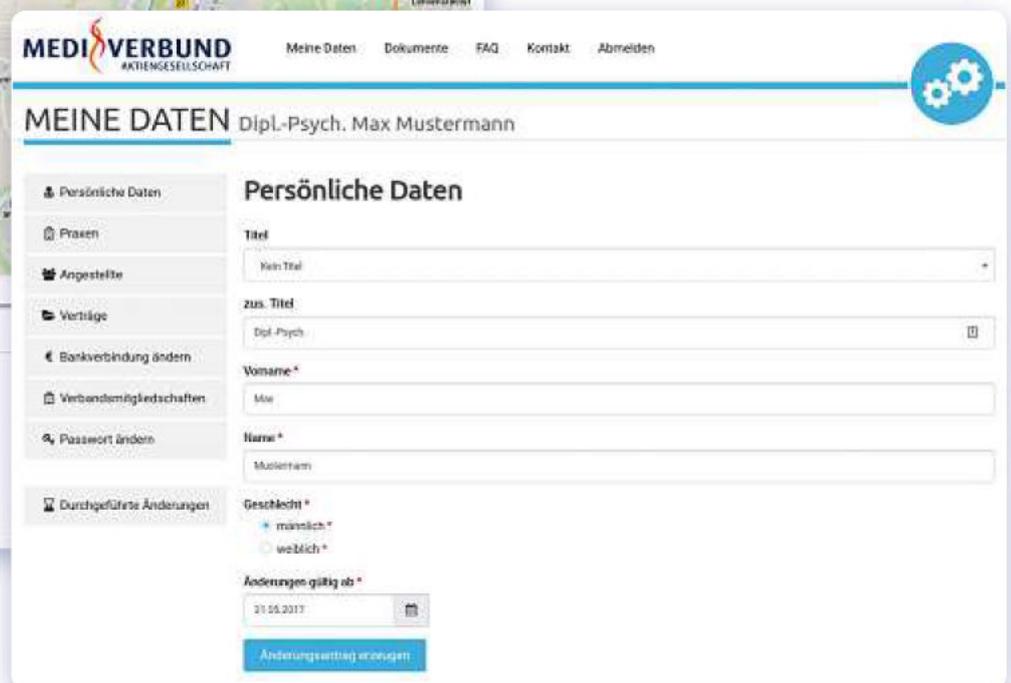
sg/as

→ Fragen zum MEDIVERBUND Arztportal beantwortet Ihnen gerne per E-Mail die Abrechnungsabteilung der MEDIVERBUND AG unter abrechnung@medi-verbund.de



< Die MEDI Arztsuche zeigt Ärzten, Therapeuten und Patienten an, welche Behandler in der Nähe an der HZV oder am Facharztprogramm teilnehmen.

✓ Das MEDI Arztportal ist für Vertragsteilnehmer eine wichtige und gern genutzte Hilfestellung.



Satter Zuschlag für Kardiologen

Zum dritten Mal in Folge bekommen Kardiologen, die am Facharztprogramm teilnehmen, den sogenannten „Qualitätszuschlag zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisungen“ für die Indikationen Herzinsuffizienz, Koronare Herzerkrankung und Herzrhythmusstörungen ausgezahlt. Dieses Mal liegt der Zuschlag bei rund 255.000 Euro!

Die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK hatten bei den drei Erkrankungen wieder deutlich niedrigere Krankenhausausgaben als in der Regelversorgung. Grundsätzlich bekommen Kardiologen, die

am Facharztprogramm teilnehmen, diesen Qualitätszuschlag ausgezahlt, wenn sie eine Netto-Einsparquote von 3 Prozent erreichen. Dieses Mal wurden Abrechnungsdaten aus 2015 ausgewertet. Für das besagte Jahr lag die Quote bei 4,3 Prozent im Vergleich zum Basisjahr 2010.

Der Qualitätszuschlag wird im Laufe dieses Jahres ausgezahlt. Dann bekommen die Vertragskardiologen für jede Abrechnungsziffer Z1, die sie 2015 abgerechnet haben, 20 Euro mehr. ■■

em/as

Neues Mailing zu »Darm-Check«

Die AOK Baden-Württemberg und ihre Arztpartner wollen mehr Versicherte zur Vorsorgekoloskopie bewegen. Deswegen startet, aufbauend auf den Ergebnissen einer Studie mit Unterstützung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), ab dem 15. Juli ein neues Versicherten-Mailing im Rahmen des „Darm Checks“. Die Aktion richtet sich an die 50- bis 54-jährigen HZV-Teilnehmer der AOK.

Dabei teilt die Kasse ihre Versicherten in drei gleichgroße Gruppen nach dem Zufallsprinzip ein. Die erste Gruppe bekommt ein Schreiben, das auf die Früherkennung von Darmkrebs hinweist und zusätzlich einen quantitativen immunochemischen FIT-Stuhltest beinhaltet. Diese Versicherten senden ihren durchgeführten Stuhltest inklusive einer Einwilligungserklärung an das DKFZ zur Untersuchung.

Gruppe zwei bekommt ein Schreiben, das ebenfalls auf die Früherkennung von Darmkrebs hinweist und zusätzlich einen quantitativen immunochemischen FIT-Stuhltest zum Abruf beim DKFZ enthält. Diese Gruppe kann ihren Test freiwillig und kostenlos beim DGFZ abrufen und ihn zusammen mit einer Einwilligungserklärung dorthin zur Untersuchung schicken.



Foto: fotolia

Gruppe drei bekommt das gleiche Schreiben wie die beiden anderen Gruppen, jedoch ohne den FIT-Stuhltest. Diese Gruppe kann aber im Rahmen des Gastroenterologievertrags oder der Regelversorgung gemäß § 39 Krebsfrüherkennungsrichtlinie einen Stuhltest beim Gastroenterologen oder Hausarzt machen lassen.

Die Aktion soll zeigen, wie erfolgreich eine Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien mithilfe solcher Anschreiben ist. ■■

em/as



Neue Psychotherapierichtlinie löst Run auf Selektivverträge aus

Niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten setzten große Erwartungen in die neue Psychotherapierichtlinie – schließlich war sie die erste Reform nach 30 Jahren. Doch das Ergebnis ist ernüchternd und im Südwesten schreiben sich immer mehr Behandler in die Psychotherapieverträge ein.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte für die neue Psychotherapierichtlinie einen gut durchdachten Auftrag bekommen. Während der GKV-Spitzenverband eine grundlegende Reform vorschlug, wollte das Psychotherapeutenmodell der KBV an der alten Richtlinie fast unverändert festhalten und neue Leistungen daran andocken. Das Ergebnis: Der GKV-Spitzenverband definierte die neuen Leistungen und im Gegenzug blieb die alte Richtlinie fast unverändert.

Die neuen Leistungen, speziell die telefonische Erreichbarkeit, die Sprechstunde und die Akutbehandlung, wurden als zwingende Pflichten aufgestellt. Zur Empörung der Kolleginnen und Kollegen

werden diese entweder gar nicht (telefonische Erreichbarkeit) oder unterhalb der genehmigten Leistungen honoriert. De facto sinkt das durchschnittliche Honorar durch die neue Struktur spürbar ab. Denn schlecht honorierte Leistungen müssen wir nun häufiger erbringen, bevor wir höher bezahlte (35.2-Leistungen) durchführen.

Die Macher der Reform wollen in der Regelversorgung analog zu unseren Psychotherapieverträgen in Baden-Württemberg eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen erreichen. Jedoch soll über unbezahlte oder schlecht honorierte Pflichten etwas erzwungen werden, das in unseren Verträgen über positive Anreize freiwillig geschieht.

Weniger Selbstständigkeit, schlechtere Bezahlung

Im KV-System gibt es, auch aufgrund gesetzlicher Tendenzen, Bestrebungen, unsere selbstständige Berufsausübung aufzuweichen: Wir werden über zunehmende Pflichten zu Angestellten degradiert, unsere Honorare werden abgesenkt und die Risiken auf unsere Praxen abgewälzt. Die Terminservicestellen der KVen können bei uns nun Sprechstunden- und Akutbehandlungstermine einfordern – auch für Bagatellfälle. Zwar haben alle Versicherten, die die Terminservicestelle anrufen, einen Vermittlungsrechtsanspruch, wir Psychotherapeuten haben aber auf der anderen Seite keinen Honoraranspruch, wenn vermittelte Patienten nicht zum Termin erscheinen. Das will der GKV-Spitzenverband auch auf die 35.2-Therapieleistungen ausdehnen.

Große Vorteile durch Psychotherapieverträge

Anders bei unseren Psychotherapieverträgen: Die 100-minütige Sprechstundenpflicht pro Woche kann dort durch die Erstkontakte erfüllt werden und die

Leistungen werden dem Strukturzuschlag angerechnet. Wer sie also der KVBW meldet, bekommt mehr Honorar – für die Leistung im Selektivvertrag und für die Anrechnung auf erbrachte Leistungen im KV-System.

Zum Start der neuen Richtlinie stimmten die Kolleginnen und Kollegen in Baden-Württemberg mit den Füßen ab und zogen Freiwilligkeit, keine Bürokratie und höhere Honorare im Selektivvertrag den Pflichten, der Bürokratie und der schlechteren Honorierung in der Regelversorgung vor. Die Psychotherapieverträge mit der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK, der DAK-Gesundheit und der Techniker Krankenkasse haben dadurch deutliche Zuwächse erfahren! Inzwischen haben bei der MEDIVERTBUND AG 497 Ärzte und Psychotherapeuten ihre Teilnahmeerklärung abgegeben. ■

Dipl.-Psych. Rolf Wachendorf
Freie Liste der Psychotherapeuten



Nahezu 500 Behandler wollen an den Psychotherapieverträgen der Ersatzkassen teilnehmen, freut sich Rolf Wachendorf.



Foto: Tobias Fröhner

Petra Whitford bei der Mobilisation der Schulterstabilisatoren.

Es ist kurz nach 14 Uhr an einem Donnerstagnachmittag im Reha Zentrum Brüderlin in Göppingen. Geschäftsführer Michael Brüderlin ist wie immer gut ausgelastet. Der Physiotherapeut mit Masterabschluss kümmert sich mit einem 27-köpfigen Team aus Physiotherapeuten, Masseuren, Diplom-Sportwissenschaftlern und Ergotherapeuten um eine schnelle Genesung der Patienten.

So auch um Petra Whitford: Die 47-Jährige aus Göppingen nimmt am Therapieangebot AOK-Sports teil und absolviert ihre vierte Trainingseinheit. „Das Programm ist zwar anstrengend, die Therapie tut mir aber trotzdem unheimlich gut. Nach jeder Einheit verspüre ich eine deutliche Verbesserung“, so ihr Eindruck. Inzwischen kann die Freizeitsportlerin wieder schmerzfrei ihren Mantel anziehen und ihre Zähne putzen.

Vor ein paar Wochen wäre das undenkbar gewesen. Im Oktober letzten Jahres stolperte die kaufmännische Angestellte in einem Parkhaus und fiel auf ihre rechte Schulter. Am Anfang hatte sie noch wenige Probleme, dann wurden die Schmerzen aber immer stärker und schließlich unerträglich. Ihr Hausarzt diagnostizierte eine Verletzung der Rotatorenmanschette der Schulter. „Ich konnte meinen Arm kaum anheben. Nachts konnte ich sehr schlecht schlafen“, so Whitford.

In der Stufenklinik in Göppingen mussten zwei Nähte gesetzt, der Schleimbeutel und Ablagerungen entfernt werden. Fünf Wochen war Petra Whitford krankgeschrieben. Ein sogenanntes Abduktionskissen stellte in dieser Zeit das Schultergelenk ruhig. Nach der Krankschreibung konnte sie ihre Arbeit als Assistentin des Werkleiters eines großen Galvanikunternehmens zwar wiederaufnehmen, war aber immer noch stark eingeschränkt.

Alltag ohne Schmerzen

Mit AOK-Sports wird im Orthopädievertrag eine rehabilitative Versorgungslücke geschlossen, die insbesondere nach sporttypischen Verletzungen entstehen kann.

Exklusiv im Orthopädievertrag

Mit AOK-Sports erhält Petra Whitford eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung mit einem individuell gestalteten Behandlungsplan. Dieser umfasst maximal 20 Behandlungstage, findet innerhalb von drei bis sechs Wochen statt und unterstützt so den Genesungsprozess. „Die Verletzung der Schulter ist eigentlich eine typische Sportverletzung“, weiß Brüderlin. „Nach einer Phase der Ruhigstellung geht es vor allem um eine schnelle Wiederherstellung der Beweglichkeit, das Auftrainieren der Rotatorenmanschette und der Muskulatur. Auch passive Maßnahmen wie manuelle Lymphdrainage oder Wärmerapie spielen eine Rolle.“

AOK-Sports ist rehabilitativ ausgerichtet und ergänzt durch die Einbindung in den Orthopädievertrag Krankenhausaufenthalte, ärztliche Behandlungen und andere Leistungen. Die Orthopäden stellen die medizinische Notwendigkeit fest. „Der Antrag wird innerhalb von fünf Arbeitstagen bei der AOK vor Ort bearbeitet. Daraufhin können sich die Versicherten bei

AOK-Sports schließt die rehabilitative Lücke

Voraussetzung für den Behandlungsstart ist eine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm. AOK-Sports ist dann indiziert, wenn ein grundsätzlicher Rehabilitationsbedarf gegeben und Physiotherapie nicht ausreichend ist. Eine ambulante Reha wäre bei den zugrunde liegenden Diagnosen allerdings nicht möglich, weil die Erwerbsfähigkeit bei diesen Patienten im Allgemeinen nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist.

Der Orthopäde stellt den Antrag auf AOK-Sports, die AOK Baden-Württemberg prüft diesen innerhalb von fünf Arbeitstagen, dann kann der Patient bei einer teilnehmenden AOK-Sports-Einrichtung seiner Wahl beginnen. Derzeit gibt es 39 Therapieeinrichtungen. 

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Alltag ohne Schmerzen

einer Therapieeinrichtung melden und die Behandlung beginnen“, erläutert Marina Rosenberger, Projektleiterin bei der AOK-Hauptverwaltung in Stuttgart.

Das sagt der behandelnde Arzt

Behandelt wurde Petra Whitford von Dr. Stefan Worm, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie in einer Göppinger Gemeinschaftspraxis und MEDI-Mitglied. Er nimmt am Orthopädievertrag teil und seiner Erfahrung nach sind gerade Sportler sehr angetan von dem intensiven Training im Rahmen von AOK-Sports.

Er berichtet von einem sehr sportlichen jungen Patienten, der nach einem Mountainbike-Unfall mit

Knieverletzung als einer der Ersten in das Programm aufgenommen wurde. Vor Kurzem verunfallte der junge Mann erneut, erlitt diesmal eine Klavikulafraktur und fragte in der Praxis sofort, ob er wieder AOK-Sports bekomme. „Wenn die Patienten zufrieden sind, ist der Arzt auch zufrieden“, so Worm lächelnd.

„Der meist degenerative Riss der Rotatorenmanschette ist eine häufige Ursache für anhaltende Schmerzen in der Schulter. Etwa ein Viertel der Fünfzigjährigen ist davon betroffen und sogar die Hälfte aller Siebzigjährigen“, sagt Prof. Dr. Gert Krischak vom Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm. Das Institut begleitet AOK-Sports wissenschaftlich. Hierbei wurden sowohl Erfahrungen von Anwendern als auch aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Nachbehandlung der Sportverletzungen berücksichtigt. ■■

Stefan Rösch

NACHGEFRAGT BEI



Dr. Uwe de Jager

Orthopäde und MEDI-Mitglied

Return to work

MEDITIMES: Gibt es typische Patienten, bei denen Sie einen Antrag auf AOK-Sports stellen?

de Jager: Typisch sind Patienten mit Sportverletzungen, die normalerweise keine Anschlussheilbehandlung bekommen würden. Zum Beispiel Kletterer mit Schulterverletzungen oder Tennisspieler mit Sprunggelenksverletzungen.

MEDITIMES: Welches Ziel verfolgen Sie damit?

de Jager: AOK-Sports kann eine schnellere Genesung bewirken. Die Patienten werden intensiver

versorgt als bei einer Physiotherapie, fast wie bei einer ambulanten Rehabilitation. Das Stichwort dazu heißt „return to work“ oder eher „return to sports“. Ein weiterer Vorteil für die Patienten ist, dass das Programm komplett zuzahlungsfrei ist.

MEDITIMES: In der Vertragssoftware gibt es ein Erinnerungsfenster, das aufpoppt – warum?

de Jager: Es gibt bestimmte Diagnosen, bei denen AOK-Sports möglich ist. Diese sind mit ICD-Ziffern hinterlegt. Bei der Eingabe einer dieser Ziffern öffnet sich das Erinnerungsfenster. ■■

Jetzt ist der PNP-Vertrag für Neurologen noch attraktiver!

Neue Vergütungsregeln führen dazu, dass Neurologen ab Juli noch mehr vom PNP-Vertrag profitieren. Die Erhöhung der Grundpauschale über die Schaffung einer neuen Abrechnungsziffer und Zusatzpauschalen sind nur einige Beispiele für die Weiterentwicklung der Vergütung.

Die Grundpauschale NP1 wird seit 1. Juli mit 35 Euro vergütet. Gleichzeitig haben die Vertragspartner die neue Ziffer NP1A geschaffen, die mit 5 Euro vergütet wird und zusätzlich zur NP1 abgerechnet werden kann, wenn der Patient eine Überweisung von seinem HZV-Hausarzt vorlegt. In diesen Fällen erhalten Neurologen, die am PNP-Vertrag teilnehmen, mit beiden Ziffern künftig 40 Euro statt wie bisher 37 Euro. Die „Grundpauschale Heim“ (NP1H) wurde ebenfalls angehoben – von 45 Euro auf 50 Euro.

Zusatzpauschalen können parallel abgerechnet werden

Bisher konnten Neurologen maximal eine der krankheitsspezifischen Zusatzpauschalen pro Behandlungsfall abrechnen. Ab diesem Quartal können sie mehrere dieser Pauschalen gleichzeitig, sogar am selben Behandlungstag, abrechnen, wenn die entsprechenden Diagnosen gemäß der ICD-Liste vorliegen. Mit dieser Regelung verbessern die Vertragspartner die Versorgung multimorbider Patienten.

Zuschläge verbessert

Die Abrechnung eines Beratungszuschlags setzte neben den entsprechenden Diagnosen bislang eine Gesprächszeit von mindestens 20 Minuten voraus. Die verschiedenen Zuschläge wurden unterschiedlich hoch bewertet und waren in unterschiedlichen Frequenzen abrechenbar. Diese Regelung ist nun einfacher:

- Alle Beratungszuschläge werden künftig mit jeweils 19 Euro pro 10 Minuten Gesprächszeit vergütet.
- Die Beratungszuschläge NP2a2 und NP2e2 bis NP2g2 können einmal pro Quartal abgerechnet werden.
- Die Beratungszuschläge NP2b2 bis NP2d2 können zweimal pro Quartal abgerechnet werden, sogar am selben Tag.
- Liegen mehrere Diagnosen vor, können Beratungszuschläge kombiniert werden (bis maximal zwei Beratungszuschläge pro Quartal).

Der zweite Diagnostikzuschlag NZ2B wurde von 25 Euro auf 30 Euro angehoben.

Neue Vertragsschulungen

Im Zuge der neuen Vertragsanpassungen bieten die Vertragsexperten der MEDIVERBUND AG allen teilnehmenden Praxen eine Abrechnungsschulung an (*siehe Seite 54/55*). Dort bekommen die Teilnehmer nicht nur die Abrechnungsregeln im Detail erklärt, sondern erfahren auch alle Vertragsänderungen. Wer an den Schulungen nicht teilnehmen kann und trotzdem Fragen zum Vertrag hat, kann sich direkt an die Vertragsabteilung der MEDIVERBUND AG wenden. 

Jasmin Ritter/Angelina Schütz

→ Die neue Fassung der Anlage 12 des PNP-Vertrags gibt es online unter <http://medi-verbund.de/375.html>.

Besser informiert dank neuem Internetauftritt



Die Webseite von MEDI Baden-Württemberg und der Managementgesellschaft bekommt ein neues Design mit überarbeiteter Struktur und zusätzlichen Funktionalitäten. Hauptgrund für den neuen Internetauftritt war die höhere Nutzung von mobilen Endgeräten. Die alte Webseite des MEDI Verbunds konnte die Darstellung auf einem Smartphone oder einem Tablet nicht optimal unterstützen. Darüber hinaus wollte die MEDI-Spitze ihren Mitgliedern eine modernere, benutzerfreundlichere und intuitivere Navigation bieten.

Die neue Startseite bietet nicht nur ein breiteres Informationsspektrum über die MEDI-Projekte. Die MEDI-Mitglieder erfahren nun auch fast täglich Neues aus anderen Bereichen der Gesundheitspolitik. Hier

arbeitet die MEDI-Pressestelle mit der „Presseagentur Gesundheit“ zusammen, einer erfahrenen Berliner Nachrichtenagentur, die sich auf Gesundheitspolitik spezialisiert hat.

In einem nächsten Schritt möchte die MEDIVERBUND AG einen regelmäßig erscheinenden Newsletter für die MEDI-Mitglieder einführen, den diese freiwillig abonnieren können. Darüber hinaus sollen die Mitglieder künftig in einem geschlossenen Bereich beispielsweise über günstigere Einkaufsmöglichkeiten, spezielle Beratungsangebote oder neue Workshops für Praxisteams informiert werden. ■■

sk/as

Partner weiten Vernetzung aus

Derzeit nehmen am Heilbronner MEDI-Projekt 100 Ärzte und Psychotherapeuten teil, die ihre Behandlungsdaten über die Software ViViAN (Virtuelle Vernetzung im Arztnetz) miteinander austauschen. MEDI Baden-Württemberg, die AOK Baden-Württemberg und die Audi BKK haben die Weiterführung der Vernetzung bis Ende 2018 im Grundsatz beschlossen. Das Projekt soll nun auf 125 Ärzte ausgedehnt werden. Darüber hinaus sind die Partner wegen einer Vergütung für die Bereitstellung von Behandlungsdaten miteinander im Gespräch. Die Kosten hierfür tragen, wie bisher, die beiden Krankenkassen.

Neben Heilbronn bereitet MEDI Baden-Württemberg noch weitere GbRen auf eine Vernetzung mit ViViAN vor. Nach dem Heilbronner Vorbild sollen auch Calw, Pforzheim und Hockenheim vernetzt werden. Der Start ist für das 2. Halbjahr dieses Jahres vorgesehen, die Laufzeit ist auf zwei Jahre angelegt. Für diese Vernetzungsprojekte rechnet MEDI mit einer finanziellen Förderung durch die KV Baden-Württemberg, um die sich der Verbund bereits 2016 im Rahmen des Ideenwettbewerbs für innovative Versorgungsmodelle beworben hat. ■■

wf

Ihre beste Kombination für eine sichere Zukunft

- ✓ Wir beraten Ihr Unternehmen Arztpraxis in allen Phasen: Gründung, Optimierung und Abgabe.
- ✓ Wir arbeiten eng mit Expertenteams aus den Bereichen Recht, Steuern, Praxisbewertung und Finanzen zusammen und können Ihnen diese in allen Belangen zur Seite stellen.



MEDIVERBUND AG

Tel.: 0711 -80 60 79 -0

Fax: 0711 -80 60 79 -555

E-Mail: info@medi-verbund.de

Web: www.medi-verbund.de

BERATEN IM VERBUND – EFFIZIENZ GEWINNEN



Nun bietet auch MEDI Südwest MVZ-Beratung an

Viele ältere Hausärzte suchen einen Nachfolger oder wollen in der Gemeinschaftspraxis etwas kürzertreten. Doch junge Ärzte scheuen oft das Risiko der Selbstständigkeit. Hier kann die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) die Lösung sein. Nach dem Vorbild von MEDI Baden-Württemberg bietet nun auch MEDI Südwest seinen Mitgliedern eine entsprechende Beratung an.



So wie Bernhard Förster* geht es vielen Hausärzten in den ländlichen Regionen von Rheinland-Pfalz: Jahrelang hat er mit vollem Einsatz zusammen mit zwei Kollegen eine Gemeinschaftspraxis geführt. Nun würde er sich gerne die letzten Jahre bis zum Ruhestand langsam aus der Praxis zurückziehen. „Weniger Stunden arbeiten, aber trotzdem mehr Zeit für die Patienten haben“, lautet Försters Wunschvorstellung. Der Facharzt für Allgemeinmedizin lässt sich derzeit von MEDI Südwest beraten, wie er die als GbR organisierte Gemeinschaftspraxis in ein MVZ umwandeln kann. Seine Kollegen hat er noch nicht eingeweiht, deswegen will er seinen richtigen Namen in der **MEDITIMES** nicht lesen.

„Ein MVZ kann viele Probleme lösen, die die niedergelassenen Ärzte aktuell haben“, erläutert Axel Motzenbäcker, Geschäftsführer von MEDI Südwest. So suchten etwa viele Krankenhausärztinnen, die noch eine Familie gründen wollten, nach Anstellungsverhältnissen ohne viele Nachtschichten oder Wochenenddienste. „Für sie ist eine Anstellung im MVZ eine prima Sache“, so Motzenbäcker.

Hilfe vom ersten Schritt an

Ein weiterer Vorteil: Im MVZ werden die Ärzte von fachfremden Tätigkeiten entlastet. Nach dem Vorbild von MEDI Baden-Württemberg (siehe auch **MEDITIMES** 2/2017, S. 16 ff.) bietet jetzt auch MEDI Südwest seinen Mitgliedern in Rheinland-Pfalz an, den gesamten Gründungsprozess zu begleiten – vom ersten Beratungsgespräch bis zu Anmeldung und Zulassung

* (Name ist der Redaktion bekannt)

bei der KV. Auf Wunsch übernimmt MEDI Südwest auch die Verwaltung eines solchen Zentrums: Personalplanung, Abrechnung, EDV-Wartung und betriebswirtschaftliches Controlling würden damit outsourct. Die Ärztinnen und Ärzte arbeiten als Gesellschafter oder Angestellte des MVZ und können sich auf die Behandlung ihrer Patienten konzentrieren.

So läuft die Beratung

Zunächst berät MEDI Südwest interessierte Ärzte in einem Gespräch über die Bedarfsplanung der KV. Dabei geht es auch um die Frage, an welchem Ort ein MVZ Sinn macht und wo nicht. Von diesem Beratungsgespräch wird ein Protokoll erstellt.

Im zweiten Schritt erfolgt der aufwendige Teil: Mit Steuerberatern und Rechtsanwälten wird die Gründung einer GmbH vorbereitet, die in der Regel die sinnvollste Gesellschaftsform eines MVZ ist. Dann muss geklärt werden, welche Ärzte Gesellschafter der GmbH werden und welche sich „nur“ anstellen lassen. Das Ganze geht dann weiter über die Zulassung bei der KV bis hin zur eigentlichen MVZ-Gründung.

„Hier arbeiten wir mit Experten zusammen, die auf den Medizinsektor spezialisiert sind“, erläutert Motzenbäcker. Die MEDI-Mitglieder müssten also nicht selbst mühevoll Beratungsangebote einholen und könnten damit viel Geld an Beratungshonoraren sparen.

Auch Krankenhäuser oder Gemeinden dürfen MVZs gründen, doch hier besteht die Gefahr, so Motzenbäcker, „dass diese sich nur die Rosinen herauspicken. Den Hausärztemangel lösen sie damit nicht.“

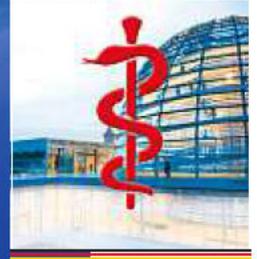


Martin Heuser

→ Bei Fragen zum MEDI-MVZ-Konzept hilft Ihnen Axel Motzenbäcker gerne weiter: Telefon 0631 3119975
E-Mail: motzenbaecker@medi-verbund.de



„Für manche Ärzte wäre ein Freiberufler-MVZ nach dem MEDI-Konzept eine gute Lösung“, weiß Axel Motzenbäcker.



Ungeklärte Auswirkungen auf Deutschlands Arztpraxen

Die Bürgerversicherung geistert seit etlichen Legislaturperioden durch die Gazetten und zählt auch in diesem Jahr zu den gesundheitspolitischen Forderungen von SPD, Grünen und Linken. Die **MEDITIMES** hat mit dem Gesundheitsökonom Dr. Thomas Zalewski darüber gesprochen, wie sich eine Bürgerversicherung auf Vertragsärzte in Deutschland auswirken würde.

Es ginge Ärzten tatsächlich an den Geldbeutel, wenn nach der Bundestagswahl eine Bürgerversicherung eingeführt würde, wie SPD, Grüne und Linke sie fordern. Davon geht zumindest Dr. Thomas Zalewski aus, der mittelfristig sogar mit gravierenden finanziellen Auswirkungen auf die niedergelassenen Ärzte rechnet. „Die Bürgerversicherung bedeutet im Ergebnis ja eine Auflösung des gegenwärtigen dualen Systems aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung“, betont der Gesundheitsökonom. Mit dem Ende der privaten Krankenversicherung werde etwa ein Viertel des Honorarvolumens der niedergelassenen Ärzte wegfallen, was einer Summe von rund neun bis zehn Milliarden Euro pro Jahr entspricht.

Wer lediglich die ambulante Versorgung in der privaten Vollversicherung in die Berechnungen einbezieht, kommt zwar „nur“ auf sechs Milliarden Euro weniger für die vertragsärztliche Versorgung bzw. durchschnittlich 13,7 Prozent Minus pro Arzt. Doch in diesem Betrag sind die Leistungen der Bei-

»Die Bürgerversicherung würde wie ein Brandbeschleuniger für eine echte Zweiklassenmedizin wirken«

hilfe nicht enthalten. „Zusammen mit den Beihilfezahlungen ergeben sich dann neun bis zehn Milliarden Euro“, erklärt Zalewski. Dennoch hält er eine seriöse Berechnung der finanziellen Folgen einer Bürgerversicherung auf die Vertragsärzteschaft für schwierig.

Kein auskalkuliertes Konzept

Denn bis heute liegt noch kein vollständig ausformuliertes und auskalkuliertes Konzept für die Bürgerversicherung auf dem Tisch. So ist zum Beispiel davon auszugehen, dass nicht nur eine generelle Pflichtversicherung für alle Bürger in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt würde. Diskutiert wird auch über die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze. „Außerdem sollen alle Einkommensarten in die Beitragsbemessung einfließen – und niemand weiß genau, um welche Summen es dabei eigentlich geht. Es lässt sich kaum berechnen, welche Auswirkungen es hätte, wenn die etwa neun Millionen Privatversicherten sukzessive in der gesetzlichen Krankenversicherung ‚verschwinden‘ würden“, mahnt Zalewski.

Denn mit dem Start der Bürgerversicherung würden keinesfalls alle Privatversicherten umgehend in die gesetzliche Krankenversicherung überführt. So könnte etwa bei Beamten die Bürgerversicherung nur für künftige Beamte verpflichtend werden. Damit wäre dann die öffentliche Hand allerdings auch für den Arbeitgeberanteil zuständig und die Beamten müssten den Arbeitnehmeranteil ihrer Krankenversicherung selbst zahlen wie andere Arbeitnehmer auch. Das wirft weitere Probleme auf, wie Zalewski erläutert: „Dann müsste allerdings auch die Beamtenbesoldung auf den Prüfstand. Sonst hätten Beamte mit Einführung der Bürgerversicherung schlagartig weniger Nettoeinkünfte als jetzt. All diese Dinge sind noch nicht abschließend gegengerechnet.“

Zur Person

Dr. Thomas Zalewski war nach seinem Studium der Volkswirtschaftslehre in Berlin zunächst wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel und forschte schwerpunktmäßig zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung unter dem Aspekt ihrer langfristigen Finanzierbarkeit. Zwischen 1985 und 2004 war Thomas Zalewski in der KV Nord-Württemberg tätig, ab 1987 als deren Hauptgeschäftsführer. Als Vorstandsmitglied der KV Baden-Württemberg war er von 2005 bis 2010 für die Bereiche Organisationsentwicklung, Personalwesen, Finanzen und IT zuständig und prägte maßgeblich die Fusion der vier Regional-KVen zur KVBW. Auf Bundesebene war der Volkswirt im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses oder als Leiter von Fachseminaren in der KBV-Akademie tätig. Heute arbeitet er als Buchautor, Referent und Lehrbeauftragter für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik, Health-Care-Management und Public Health.  at

Private Zusatzversicherungen auch für die ambulante Versorgung

Ebenso wenig ist derzeit vorhersehbar, wie sich der Markt der privaten Zusatzversicherungen entwickeln wird. Thomas Zalewski geht davon aus, dass es auch in einem System der Bürgerversicherung weiter private Zusatzversicherungen geben würde. Dies werde auch von den Befürwortern einer Bürgerversicherung so gesehen. „Aktuell gibt es neben den rund neun Millionen Vollversicherten etwa 25 Millionen Menschen mit einer privaten Zusatzversicherung, insbesondere für die stationäre Versorgung. Viele dieser Zusatzversicherten würden sich mit Einführung einer Bürgerversicherung vermutlich für vergleichbare Verträge in der ambulanten Versorgung entscheiden. Auch diese Effekte gilt es zu berücksichtigen“, erklärt der Gesundheitsökonom.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Ungeklärte Auswirkungen auf Deutschlands Arztpraxen

Der Markt der privaten Zusatzversicherungen ist es auch, der das Argument entkräftet, die Bürgerversicherung sei ein wirksames Instrument, um eine vermeintliche Zweiklassenmedizin abzuschaffen. „Unter diesem Aspekt ist sie allerdings eine Mogelpackung“, findet Zalewski. „Es ist im Gegenteil davon auszugehen, dass die Bürgerversicherung wie ein Brandbeschleuniger für eine echte Zweiklassenmedizin wirken würde.“ Sprich: Wer es sich leisten kann,

NACHGEFRAGT BEI

Dr. Thomas Zalewski

»Der Systemwechsel würde an keinem Arzt vorübergehen«

MEDITIMES: Können Sie beziffern, was die Bürgerversicherung für Ärzte in der Stadt und Ärzte auf dem Land bedeuten würde?

Zalewski: Mir liegen zu dieser Frage keine Zahlen vor, doch generell ist der Anteil an Privatpatienten im städtischen Bereich eher höher als in ländlichen Regionen. Das liegt unter anderem an der höheren Beamtendichte in Ballungsräumen. Deshalb bekämen niedergelassene Ärzte in Metropolregionen den Systemwechsel vermutlich stärker zu spüren als Vertragsärzte auf dem Land.

MEDITIMES: Gibt es bei den Prognosen Unterschiede zwischen Hausärzten und Fachärzten?

Zalewski: Der Anteil der PKV-Einnahmen schwankt zwischen den Arztgruppen, macht aber im Durchschnitt etwa 25 Prozent der Gesamteinnahmen einer Arztpraxis aus. Generell werden die Honorarsätze aus privatärztlicher Tätigkeit in den

Arztpraxen auch und vor allem für notwendige Quersubventionierungen genutzt – also zum notwendigen Ausgleich von Honorardefiziten aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Es würde ganz sicher kein Arzt schaffen, die entstehenden Verluste durch den Wegfall ihrer PKV-Honorare zu kompensieren. Fachärzte wären aufgrund ihrer stark technikorientierten Ausstattung vermutlich stärker betroffen, denn sie haben einen höheren Reinvestitionsbedarf. Doch auch an Hausärzten würde der Systemwechsel nicht spurlos vorübergehen.

MEDITIMES: Kann ein niedergelassener Arzt Ihrer Meinung nach ruhigen Gewissens SPD wählen?

Zalewski: Ohne eine Wahlempfehlung abgeben zu wollen – wenn ein Arzt die grundlegende Veränderung im System befürwortet, wie sie mit der Bürgerversicherung angestrebt wird, dann kann ich ihm nur dazu raten! 🇩🇪

würde neben seiner Bürgerversicherung private Zusatzversicherungen auch für die ambulante Versorgung abschließen und sich damit den Zugang zu einer umfangreicheren Versorgung sichern. Versicherte, die weniger finanzkräftig sind, hätten das Nachsehen und müssten sich mit der Basisversorgung in der GKV begnügen.

Grundlegende Probleme der GKV bleiben bestehen

Obwohl der gesetzlichen Krankenversicherung mit Einführung der Bürgerversicherung mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stünden, ist dies nach Einschätzung von Thomas Zalewski noch kein Garant für eine gute oder gar bessere Versorgung. „Das Grundproblem der GKV bleibt auch mit einer Bürgerversicherung bestehen: die Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts sowie einer sich verändernden Morbiditätsstruktur“, erklärt er.

Immerhin: Der Stellenwert der Bürgerversicherung im Bundestagswahlkampf scheint derzeit überschaubar zu sein. Der Ökonom beobachtet, dass das Thema gegenwärtig „nicht ganz so heiß gekocht wird“ wie im letzten Bundestagswahlkampf. Zwar werde die Bürgerversicherung auch im Rahmen der aktuellen Gerechtigkeitsdebatte beworben. „Doch eine Bürgerversicherung, in der unter anderem die Beihilfe quasi abgeschafft wird, bedeutet letztlich auch, dass der Staat sich bei der Fürsorgepflicht für seine Staatsdiener aus der Verantwortung stiehlt“, meint Zalewski und ergänzt: „Dieser Sachverhalt dürfte für einen Wahlkampf eher ungeeignet sein.“

Darüber hinaus erscheint es ihm durchaus denkbar, dass die Forderung nach einer Bürgerversicherung bei Bedarf in den Koalitionsverhandlungen geopfert würde. „Je nach Wahlergebnis und Farbenspiel in den Koalitionsverhandlungen könnte es sein, dass alles beim Alten bleibt – bei einer eher rotlastigen Konstellation allerdings eher nicht“, prophezeit Zalewski. 

Antje Thiel

PRO ► | ◀ CONTRA



Wahlkampf in der Praxis?

Diese Frage stellen sich viele Praxisinhaber vor einer Bundestagswahl. Bringt der Wahlkampf im Wartezimmer oder in der Sprechstunde etwas? Und wie weit darf man als Arzt oder Ärztin gehen? Die **MEDITIMES** hat zwei engagierte Mitglieder gefragt.

► | Warum sollten Ärztinnen und Ärzte keinen Wahlkampf machen?

Die Gesundheitspolitik wird bei der Bundestagswahl keine große Rolle spielen, wohl aber im Leben der Wähler und Patienten nach der Wahl. Zumal mit einer rot-rot-grünen Regierung eine radikale Änderung der Bedingungen angestrebt wird. Die Bürgerversicherung würde zahlreiche Praxen zum Aufgeben zwingen und damit die flächendeckende Versorgung aushebeln. Das müssen unsere Patienten wissen, bevor sie ihr Kreuzchen machen! Es lässt sich nicht schönreden: Die Versorgung der gesetzlich Versicherten ist unterfinanziert und profitiert enorm von der Quersubventionierung durch die Privatpatienten. Ohne sie fehlt

nahezu jeder Praxis das Geld für neue Technik und qualifizierte Mitarbeiter. Die Qualität der Versorgung leidet und der Konkurrenzkampf mit den Klinikkonzernen wird noch größer. Das kann kein Patient wollen. Wer aber erklärt diese Zusammenhänge, wenn nicht wir? Es wäre für jeden Wähler interessant, zumindest die Kernpunkte der Parteiprogramme zur Gesundheitspolitik zu kennen und sich so eine eigene Meinung zu bilden. Eine Wahlempfehlung für eine bestimmte Partei wird es von meiner Seite nicht noch einmal geben. Meine Interessen für den Erhalt meiner Praxis sind aber gleichzeitig die Interessen meiner Patientinnen – insofern werden meine Argumente offene Ohren finden. ■■■



Dr. Bärbel Grashoff,
Frauenärztin in Ulm

| ◀ Ich sehe keinen Spielraum für einen parteipolitischen Wahlkampf in unseren Praxen, wenn es um ärztliche Anliegen geht.

Die Befürchtung der niedergelassenen Ärzte, die Bürgerversicherung könnte ihre Einkünfte gefährden, ist so ein eigenes Anliegen. Im Geiste unserer Berufsordnung richtet sich unser Handeln allein am Patientenwohl aus. Das entgegenbrachte Vertrauen des Patienten darf daher nicht für eigene Interessen und für Interessen Dritter missbraucht werden. So geloben wir, dass wir bei der Ausübung unserer ärztlichen Pflichten zum Beispiel bezüglich der Parteizugehörigkeit unserer Patienten keine Unterschiede machen wollen. Doch dieser Unterschied kommt durch einen

Wahlkampf in meine Praxis, denn es wird Patienten geben, die meiner Meinung sind, und andere, die es eben nicht sind. Dabei könnte die Arzt-Patienten-Beziehung empfindlich gestört werden und meine ärztliche Unabhängigkeit stünde im Zweifel. Als Arzt möchte ich deshalb in meiner Praxis überparteilich und neutral auftreten. Das bedeutet aber nicht, dass ich, wenn mich ein Patient nach meiner persönlichen Meinung fragen würde, diese nicht sagen würde. Ganz anders sehe ich das jedoch bei Gesetzesinitiativen, die die Versorgung verschlechtern und das Patientenwohl gefährden würden. Hier sehe ich es als meine Pflicht, den Patienten rechtzeitig und ausgewogen darüber zu informieren. ■■■



Dr. Svante Gehring,
hausärztlicher Internist
in Bad Segeberg

KURZ NOTIERT



Foto: fotolia

Überflüssige Kliniken für ambulante Versorgung nutzen

Nicht mehr benötigte Krankenhäuser könnten laut KBV in ambulante medizinische Zentren umgewandelt werden. Damit würde die Schließung von zumeist kleinen Kliniken verhindert und der Standort für die medizinische Versorgung der Bevölkerung erhalten bleiben, erläutert KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister. ■

Grünes Licht für den Online-Rollout

Die gematik hat die Freigabe für den Online-Rollout erteilt. Damit kann die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen ihren Betrieb aufnehmen und der Anschluss der Praxen kann beginnen. Voraussichtlich ab Herbst werden laut gematik dafür die ersten zugelassenen Produkte wie Konnektor und Kartenterminals auf dem Markt verfügbar sein. ■

»Melden Sie Vorkommnisse!«

Die Arbeitsgruppe „MPG“ (Medizinproduktegesetz) der Industriefachverbände hat ihren Flyer zu Meldepflichten von Medizinprodukten aktualisiert. Ärzte und Pflegekräfte sollen Vorkommnisse melden, um den Patientenschutz zu verbessern. Das kann auch online unter www2.bfarm.de/medprod/mpsv erfolgen. Die AG empfiehlt, die Meldung zeitgleich auch an die Hersteller zu senden. ■

pag

Institut ermittelt ökonomische Bedeutung von Privatpatienten

Auf 12,63 Milliarden Euro Mehrumsatz bei Privatversicherten im Vergleich zu gesetzlich Versicherten kommt eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP). Damit ist 2015 der Wert um 1,4 Prozent oder 180 Millionen Euro im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

Das WIP zieht in der Studie einen Vergleich der Leistungsausgaben für privat und gesetzlich Versicherte und quantifiziert damit die Summe, die dem Gesundheitssystem durch die Existenz der privaten Krankenversicherung zur Verfügung steht. Damit wird verdeutlicht, was niedergelassene Ärzte und Zahnärzte ohne Privatversicherte wären – nämlich um 50.200 Euro beziehungsweise 61.900 Euro jährlich ärmer.

Der ambulante ärztliche Bereich profitiert am meisten von dem Mehrumsatz. Dieser beläuft sich auf 10,7 Milliarden Euro (+2,5 Prozent) im vorletzten Jahr und stellt 32 Prozent der gesamten Leistungsausgaben der PKV dar – die größte Leistungsart.

Wenn die Privatversicherten nach den gleichen Vorgaben und Regularien wie in der GKV abgerechnet würden, ergäben sich statt der Ausgaben von 10,7 Milliarden Euro im Jahr 2015 Ausgaben in Höhe von 4,64 Milliarden Euro. Damit liegt der Mehrumsatz in diesem Leistungsbereich bei 6,06 Milliarden Euro, so die Studie.

Der Ausgabenanstieg von 2014 zu 2015 lag in der GKV bei 4,4 Prozent und damit höher als in der PKV mit 2,5 Prozent. Im Durchschnitt sind die Leistungsausgaben für die ärztliche Behandlung damit von 2005 bis 2015 in der PKV um 3 Prozent pro Jahr gestiegen, wohingegen die gesetzliche Krankenversicherung einen Anstieg der Leistungsausgaben von 4,3 Prozent pro Jahr verzeichnet. Die GKV-Ausgaben in diesem Sektor betragen im Jahr 2015 insgesamt 34,89 Milliarden Euro. Der Anteil der ambulanten ärztlichen Leistungen an den gesamten Leistungsausgaben der GKV lag bei 20,6 Prozent und damit deutlich niedriger als in der PKV.

Von den Gesamteinnahmen der niedergelassenen Ärzte entfallen 23,5 Prozent auf Privatversicherte, obwohl diese nur 11 Prozent der Gesamtbevölkerung stellen. Umgekehrt formuliert: Die 89 Prozent GKV-Versicherten sind für 76,5 Prozent der Gesamteinnahmen der Ärzte verantwortlich. ■

pag

→ Die Studie »Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV - Jahresbericht 2017« kann unter www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP-Diskussionspapier_1_2017_Mehrumsatz.pdf heruntergeladen werden.



Ein kleiner Schritt in die richtige Richtung

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sollen Praxis-IT-Systeme in Zukunft leichter wechseln können und bei der Anbindung von Zusatzmodulen flexibler werden. Dazu hat der Deutsche Bundestag vor einigen Wochen eine Änderung des § 291d SGB V verabschiedet.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt dies und betont, dass mit dem neuen Gesetz Softwareanpassungen, die beispielsweise durch gesetzliche Änderungen erforderlich sind, in allen Systemen in gleicher Art und Weise erfolgen. Dadurch seien die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nicht einseitig an einen Anbieter gebunden. Dem stimmt auch der Vorstandsvorsitzende von MEDI GENO Deutschland, Dr. Werner Baumgärtner, zu: „Das Gesetz erleichtert den Systemwechsel in den Praxen. Jedoch löst es nicht alle Probleme, die wir Niedergelassenen beim Thema Praxis-IT haben: Die aktuellen Schwierigkeiten, die wir bei der Abrechnung

von Hausarzt- und Facharztverträgen und bei der elektronischen Vernetzung haben, bleiben nach wie vor bestehen“, betont er.

Das Gesetz geht voraussichtlich noch vor der Sommerpause in den Bundesrat. Die Hersteller werden darin verpflichtet, binnen zwei Jahren „offene und standardisierte“ Schnittstellen für die Archivierung von Patientendaten und für den Systemwechsel zu schaffen. Die Frist läuft, sobald eine entsprechende Schnittstelle von der Selbstverwaltung empfohlen wird. Das Bundesgesundheitsministerium behält sich das Recht vor, auch andere Schnittstellen per Rechtsverordnung festzulegen. 

Angelina Schütz



Dr. Marcus Ksoll

Facharzt für Urologie, Heilbronn

Dr. Marcus Ksoll war maßgeblich an der Entwicklung des Urologievertrags in Baden-Württemberg beteiligt. Neuland für den jungen MEDI-Arzt, der allerdings jahrelange berufspolitische Erfahrung im BDU mitbrachte. Was bringt jemanden dazu, seine knappe Freizeit auf Sitzungen zu verbringen?

Ksoll berichtet von Gesprächen unter Kollegen, von Stammtischdiskussionen und zunehmender Verärgerung über eine unzureichende Bezahlung. „Aber es reicht im Leben nun mal nicht, sich zu ärgern“, sagt er achselzuckend. „Wenn man etwas ändern möchte, muss einer die Arbeit machen.“ Wobei es in diesem Fall glücklicherweise noch zwei Kollegen gab, die ihn unterstützten. Entwickelt wurde der Urologievertrag von:

- Dr. Marcus Ksoll
Vorsitzender des BDU-Landesverbands
Württemberg
- Dr. Michael Rug
Vorsitzender des BDU-Landesverbands Baden
- Dr. Robert Rudolph
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der
niedergelassenen Urologen (AGNU)

„Wir haben gut zusammengearbeitet“, erinnert sich Ksoll und beschreibt, wie alles anfing. Als auf Grundlage der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) die ersten MEDI-Facharztverträge im Südwesten abgeschlossen wurden, beobachteten die Urologen diese Entwicklung sehr genau. „Wir haben die Verträge der Kolleginnen und Kollegen sozusagen aus der Ferne mit etwas Neid zur Kenntnis genommen“, lacht Ksoll.

Schlussendlich einigten sich der MEDI Verbund und die AOK Baden-Württemberg darauf, einen Facharztvertrag Urologie abzuschließen. Die Ärzte waren interessiert und wandten sich an den MEDI Verbund. Auch hier bestand natürlich Interesse, allerdings nur unter der Bedingung, dass sich genügend Teilnehmer finden würden. Das Quorum war bekanntlich erfolgreich und damit konnte die praktische Umsetzung beginnen.

Neuland Vertragswesen

Den Arbeitsaufwand dafür konnten die drei Urologen anfangs gar nicht abschätzen, sie machten das ja alle zum ersten Mal. Ksoll berichtet, dass im Schnitt tatsächlich zwei Sitzungen pro Woche notwendig waren

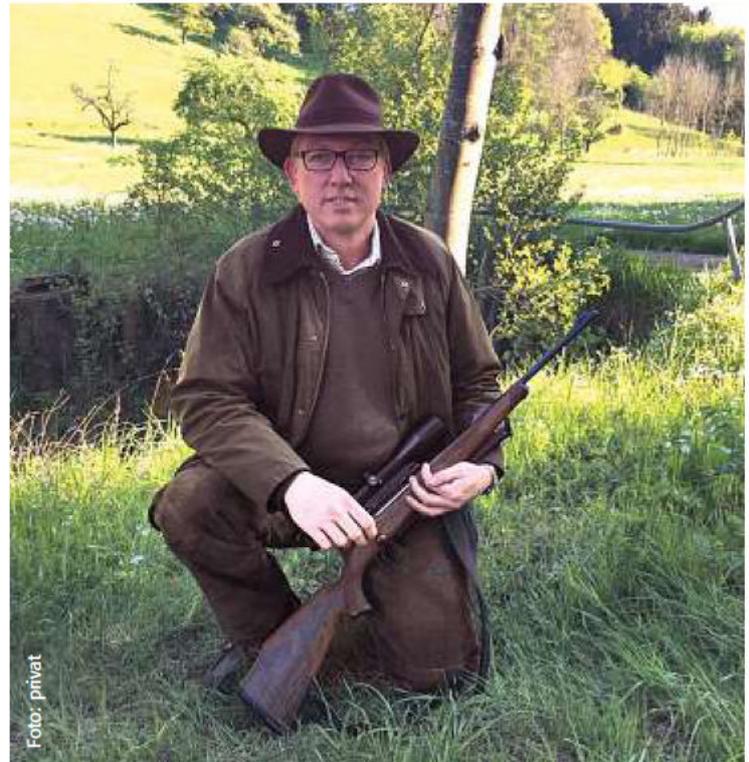
»Manchmal musste man eindrücklich erklären, wo es keinen Verhandlungsspielraum gibt«

– und das über anderthalb Jahre. „Man muss ja nicht nur Besprechungen mit Vertragsfachleuten, Juristen oder Krankenkassenmitarbeitern abhalten“, erinnert er sich, „sondern die Treffen auch zu dritt vor- und nachbereiten.“ Mit diesem Zeitaufwand hatte Ksoll vorher nicht gerechnet.

Er bekam vom Berufsverband zwar eine Aufwandsentschädigung, die allerdings knapp bemessen ist und als Motivator nicht ausreicht. Trotzdem war Aufgeben keine Option. „Jahrelang haben wir Urologen über die schlechte Vergütung gemeckert und uns beschwert, dass es keinen Vertrag gab“, erinnert sich Ksoll, „da war das Engagement einfach fällig.“ Anschließend weist er noch einmal in aller Deutlichkeit darauf hin, dass die Facharztverträge nicht nur den Ärzten nützen, sondern tatsächlich auch für eine bessere Versorgung der Patienten sorgen.

Bei der Entwicklung eines Facharztvertrags müssen die Vorstellungen von AOK, des MEDI Verbunds und den Facharztverbänden ermittelt und unter einen Hut gebracht werden. Medizinische Grundlage war in erster Linie die S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Das Prostatakarzinom ist schließlich mit jährlich 58.000 Neuerkrankungen die häufigste Krebserkrankung des Mannes in Deutschland. „Folglich ist es hier für die Kostenträger am wichtigsten, ein stringentes, gutes Konzept zu haben“, sagt Ksoll, „natürlich auch um unnötige Kosten einzusparen.“ Ärzte als Kosteneinsparer? Der Urologe winkt ab: „Manchmal musste man natürlich eindrücklich erklären, wo es keinen Verhandlungsspielraum gibt.“ Inhalte einer S3-Leitlinie lassen sich nun mal nicht verhandeln. „Die Kostensteuerungsfunktion des Urologievertrags wird nicht über Einsparungen bei notwendigen Ausgaben umgesetzt“, stellt der MEDI-Arzt klar, „sondern über die Vermeidung unnötiger Operationen.“ Die zusätzliche Zeit für die Beratung ist ein klarer Vorteil für Arzt und Patient.

Ob er sich wieder so entscheiden würde? Diese Frage beantwortet Ksoll etwas zögernd. Einerseits ja, weil er sicher ist, dass der Kollektivvertrag nicht ausreicht und er das MEDI-Konzept der Selektivverträge unterstützt. Andererseits gibt er offen zu, dass die Vertragsarbeit schwieriger war als gedacht. „Ich würde nicht empfehlen, sich in dieser Zeit nebenher noch andere Dinge vorzunehmen“, lacht er und freut sich darüber, dass er inzwischen wieder mehr Zeit für die Familie hat.



Es muss nicht immer die Jagd sein. Marcus Ksoll beobachtet auch gerne in Ruhe die Tiere im Wald.

Der Wald als wichtiger Zufluchtsort

Seine beiden Töchter haben ihn während der heißen Phase der Vertragsverhandlungen leider viel zu selten gesehen. Und Zeit für den Wald hat er auch kaum gehabt. Dazu muss man wissen, dass die Jagd sein wichtigstes Hobby ist. Ist es nicht widersprüchlich, wenn ein Arzt in seiner Freizeit Tiere schießt? Ksoll hat da einen sehr klaren Standpunkt. Jeder Fleischesser, nicht nur Jäger, nimmt in Kauf, dass Tiere für ihn sterben. Schwarzkittel und Rehe haben in den meisten Gegenden Deutschlands keine natürlichen Feinde und zum Erhalt des Waldes ist es nötig, ihre Zahl zu dezimieren.

Von Anfang Mai bis Ende Januar ist es erlaubt, Rehböcke zu schießen. Jäger freuen sich folglich jedes Jahr auf den 1. Mai, weil das die Gelegenheit ist, einen Maibock nach Hause zu bringen. Der MEDI-Arzt kocht zwar auch gerne mal ein Wildragout, aber eigentlich geht es ihm bei der Jagd nicht um die kulinarische Selbstversorgung. „Ich liebe es, einfach allein im Wald zu sein“, berichtet er. „Es ist ein toller Ausgleich zum Alltag, auch wenn ich nur Tiere beobachte und die Ruhe genieße.“ ■■■

Ruth Auschra



Weitere Voraussetzungen der Strafbarkeit nach § 299a StGB

Das Antikorruptionsgesetz kann bei unzulässigen Zuwendungen durch oder an Ärzte zu schweren Folgen führen. Die Voraussetzungen der Strafbarkeit sind jedoch leider unscharf und schwer verstehbar. Ärzte sollten „heikle“ Vereinbarungen überprüfen lassen und bei einem Ermittlungsverfahren sofort spezialisierte Anwälte zurate ziehen.

Vorteilsannahme für unlautere Bevorzugung im Wettbewerb

Das bloße Fordern oder Annehmen eines Vorteils ist zur Verwirklichung des Straftatbestands nicht ausreichend. Der Arzt muss den Vorteil vielmehr als Gegenleistung für eine zumindest beabsichtigte unlautere Bevorzugung im Wettbewerb fordern, sich versprechen lassen oder annehmen.

Die damit verbundene Verknüpfung von Vorteil und Gegenleistung wird als „Unrechtsvereinbarung“ bezeichnet und ist typisch für alle Korruptionstatbestände des Strafgesetzbuchs. Es ist also gerade die

Unrechtsvereinbarung, die die besondere Strafwürdigkeit von Korruption begründet. Eine Bevorzugung ist unlauter, wenn sie Mitbewerber durch die Umgehung der Wettbewerbsregelungen und durch Ausschaltung der Konkurrenz schädigen könnte. Die Bevorzugung muss dabei auf einer sachfremden Entscheidung beruhen.

Verbot der Vorteilsannahme für Verordnungs- und Zuführungsentscheidungen

Voraussetzung einer Strafbarkeit ist allerdings zwingend, dass der Vorteil im Zusammenhang mit einer der drei folgenden Handlungsvarianten des § 299a StGB gefordert oder angenommen wird.

(1) Vorteilsannahme für die Verordnung von Arzneimitteln, Heilmitteln, Hilfsmitteln oder Medizinprodukten:

Wer als Arzt für seine Verordnung von der Apotheke, vom Physiotherapeuten, Pharmareferenten oder Sanitätshaus einen Vorteil fordert oder annimmt (meist in Form eines Kickbacks in Geld, wobei auch Sachwerte oder Einladungen einen Vorteil darstellen), schafft sowohl für sich als

auch für den „Vorteilsgeber“ ein sehr hohes strafrechtliches Risiko.

Der vom BGH im Jahr 2012 entschiedene Fall, als eine Pharmareferentin Ärzten für die Verordnung der Präparate ihres Unternehmens ein Kickback von fünf Prozent der Verordnungssumme zahlte, wäre nach den heutigen Regelungen nach §§ 299a, 299b StGB wegen Bestechung und Bestechlichkeit sowohl für den Arzt als auch für die Pharmareferentin strafbar.

(2) **Vorteilsannahme für den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind:**

Hier geht es beispielsweise um Zytostatika, die der Onkologe dem Patienten unmittelbar zuführt, oder um Implantate, die der Orthopäde oder der Zahnarzt dem Patienten unmittelbar einsetzt. Bieten Unternehmen für den Bezug sol-

cher Medizinprodukte Vorteile an, die den Arzt zum Bezug genau dieser Produkte bewegen, ist diese Tatbestandsvariante erfüllt, sofern es sich nicht um zulässige Rabatte handelt.

(3) **Vorteilsannahme für die Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial:**

Auch diese Variante kommt für niedergelassene Ärzte in Betracht, wenn sie für die Zuweisung in eine Klinik oder zu einem Facharzt einen Vorteil fordern oder wenn sie für die Übersendung von Untersuchungsmaterial an einen Laborarzt einen Bonus erhalten.

Risiko von Honorarkürzungen

Ein Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen zeigt die besondere finanzielle Brisanz, die ein Verstoß gegen das Verbot der unerlaubten Zuweisung (hier: von Untersuchungsmaterial) gegen Entgelt nach sich ziehen kann. Es ging um einen Regress für die Quartale 1/1998 bis 3/2000, nach-

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Weitere Voraussetzungen der Strafbarkeit nach § 299a StGB

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

dem ein Laborarzt einer Urologin für jede Zuweisung von Untersuchungsmaterial ein Entgelt von 0,50 DM gezahlt hatte.

Das LSG hat festgestellt, dass die Abrechnung der von der Urologin „überwiesenen“ Laborfälle rechtswidrig war, da die Leistungen auf einem Verstoß gegen das berufsrechtliche (!) Verbot des § 31 Berufsordnung Ärzte beruhten (die aktuellen Strafvorschriften der §§ 299a, 299b StGB gab es damals noch nicht). Eine Zuwiderhandlung gegen dieses Verbot führe zur Sittenwidrigkeit und damit zur Nichtigkeit der getroffenen Vereinbarung (hier zwischen Laborarzt und Urologin).

Das Ausmaß rechtlicher Missbilligung müsse zur Folge haben, dass der Laborarzt das durch eine Provisionsvereinbarung zugeflossene Honorar nicht behalten könne. Seine daraus gewonnenen finanziellen Vorteile begründeten einen Regressanspruch der Krankenkassen wegen eines „sonstigen Schadens“. Das Gericht hat folglich den auf einer sachlich-rechnerischen Berichtigung beruhenden Regress der KV ge-

gen den Laborarzt in Höhe von ca. 295.000 Euro bestätigt (vgl. LSG Niedersachsen, Ur. v. 08.06.2016 – L 3 KA 6/13).

Die Zuwendung von Vorteilen „als Dank“ für die unlautere Bevorzugung im Wettbewerb kann daher auch honorarrechtlich gravierend sein.

Vorteile bei allgemeiner Praxisführung zulässig

Der Bezug von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die nicht zur unmittelbaren Anwendung am Patienten bestimmt sind, ist indes nicht vom Straftatbestand erfasst. Beim Bezug von allgemeinen Praxisgegenständen, beispielsweise beim Kauf eines Behandlungsstuhls oder sonstiger Medizinprodukte zur allgemeinen Ausstattung der Praxis und der Behandlungsräume, darf der Arzt unternehmerisch handeln und seine eigenen wirtschaftlichen Interessen verfolgen. Patienteninteressen sind selbst dann nicht betroffen, wenn beim Bezug solcher allgemeiner Praxisausstattung aufgrund von Zuwendungen eine unlautere Bevorzugung erfolgen sollte.

Besonders schwere Fälle mit Strafverschärfung

Das Gesetz sieht in § 300 StGB eine Strafverschärfung vor, wenn sich die Tat auf einen Vorteil großen Ausmaßes bezieht oder wenn der Täter gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt, die sich für solche Taten verbunden hat.

In den nächsten Ausgaben

- Zulässige Kooperation oder verbotene Korruption?
- Fortbildung und Sponsoring – was ist noch möglich? 

Ein „**Vorteil großen Ausmaßes**“ liegt vor, wenn sich die Zuwendung deutlich vom Durchschnitt der wettbewerbswidrigen Zuwendungen abhebt. Eine feste Wertbemessungsgrenze dafür hat sich bisher nicht durchgesetzt. Der BGH nimmt aber ein großes Ausmaß ab einem Betrag von 50.000 Euro an. Dieser Betrag kann sich allerdings aus vielen kleinen Einzelbeträgen und über mehrere Jahre zusammensetzen.

„**Gewerbsmäßig**“ handelt, wer sich wiederholt eine fortlaufende Einnahmequelle von einigem Umfang und einer gewissen Dauer verschaffen will. Sogar eine nur einmalige Gesetzesverletzung kann bereits für eine solche Annahme ausreichen, sofern hier die Absicht einer wiederholten Tatbegehung besteht. Wer also regelmäßig für die Zuweisung von Patienten, Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung einen Vorteil fordert, verwirklicht damit die Strafverschärfung der „Gewerbsmäßigkeit“.

Als „**Mitglied einer Bande**“ handelt jeder Arzt, der zusammen mit mindestens zwei weiteren Kollegen eine entsprechende Annahme unlauterer

Vorteile durch Dritte vereinbart. Wer also als Gemeinschaftspraxis oder als ÜBAG mit mindestens drei Ärzten eine entsprechende Unrechtsvereinbarung trifft, fällt ebenfalls unter die Strafverschärfung des § 300 StGB.

Die Beispiele zeigen, dass der „schwere Fall“ der Bestechlichkeit bei Ärzten möglicherweise sehr viel häufiger droht als nur der einfache Straftatbestand des § 299a StGB. Bei einer Strafverschärfung nach § 300 StGB kommt keine Geldstrafe mehr in Betracht, sondern nur noch Freiheitsstrafe von mindestens drei Monaten bis zu fünf Jahren. Das hat insbesondere Auswirkungen auf die Art und Dauer der Eintragung im Bundeszentralregister und im polizeilichen Führungszeugnis. Es drohen jedoch die weitaus schmerzlicheren Folgen des Entzugs der Kassenzulassung bis hin zum Entzug der Approbation. Dabei dauert es viele Jahre, bis in einem solchen Fall die Berufstätigkeit wiederaufgenommen werden kann! 

Beate Bahner



Ass. jur. Ivona Büttner-Kröber
beantwortet Ihre Rechtsfragen



Foto: fotolia

Muss ich die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten der KV anzeigen und genehmigen lassen?

Ja, eine solche Beschäftigung muss vor der Aufnahme der Tätigkeit gegenüber der KV schriftlich angezeigt und von dieser, ebenfalls schriftlich, genehmigt werden. Sonst drohen Honorarkürzungen für die vom Assistenten erbrachten Kassenleistungen und eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.

In einem vor dem Sozialgericht Marburg verhandelten Fall hat die KV einer Ärztin wegen der ungenehmigten Beschäftigung einer Assistentin für drei Quartale das Honorar in Höhe von rund 33.000 Euro netto gekürzt, obwohl die Ärztin durch Vermerke auf den Sammelerklärungen der KV mitgeteilt habe, dass sie eine Entlastungsassistentin beschäftige. Auch sei ihr vor Jahren mündlich mitgeteilt worden, dass eine schriftliche Genehmigung nicht zwingend erforderlich sei.

Das Gericht hat der Klage der Ärztin nicht stattgegeben, sondern unter anderem festgestellt, dass die

Berechtigung zur Abrechnung der durch Assistenten erbrachten Leistungen die formelle Grundlage der Genehmigung nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV voraussetzt. Eine handschriftliche Anzeige der Beschäftigung eines Assistenten durch den abrechnenden Arzt auf der Sammelerklärung genügt ebenso wenig wie eine mündliche Unbedenklichkeitsauskunft eines KV-Vertreters. Nach Auffassung des Gerichts bedarf es nach den Grundsätzen der Zusicherung zur Begründung einer verbindlichen Rechtsposition (Genehmigung einer Assistenz nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV) einer in schriftlicher Form erteilten Zusage.

Wer einen Assistenten beschäftigen will, muss also zunächst zwingend einen schriftlichen Antrag auf Genehmigung stellen und darf den Assistenten erst arbeiten lassen, wenn der schriftliche Genehmigungsbescheid vorliegt. 

Muss ich jedem Urlaubswunsch meiner Angestellten nachgeben?

Es kommt drauf an. Grundsätzlich muss der Arbeitgeber laut Bundesurlaubsgesetz die Urlaubswünsche seiner Angestellten berücksichtigen. Wenn aber dringende betriebliche Belange oder Urlaube anderer Arbeitnehmer, die ihren Urlaubswunsch früher ein-

gereicht haben, dem entgegenstehen, darf der Praxischef den Urlaubswunsch verweigern.

Zu den dringenden betrieblichen Belangen zählen zum Beispiel personelle Engpässe, die Einhaltung festgelegter Betriebsferien, eine besonders arbeits-

intensive Zeit, Abschluss- und Inventurarbeiten für den Jahresabschluss sowie sonstige Umstände der Betriebsorganisation oder des technischen Arbeitsablaufs. Dringend sind die betrieblichen Belange also dann, wenn die Urlaubsfreigabe zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Betriebsablaufs führen würde und dem Praxischef nichts anderes übrig bleibt, als den Urlaub zu verweigern.

Allerdings gilt auch eine Ausnahme: Wenn der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin an einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation teilgenommen hat und direkt im Anschluss daran Urlaub beantragt, ist der Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, dem Urlaubswunsch nachzugeben, auch wenn dem dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

Ein weiterer nicht unbedeutender Fall ist, dass Mitarbeiter den Urlaub nicht zusammenhängend nehmen, sondern immer nur tageweise auf das Jahr verteilt. Das Bundesurlaubsgesetz schreibt nämlich vor,



dass der Urlaub zusammenhängend zu gewähren ist. Das heißt, ein Teil des Jahresurlaubs muss im Ergebnis zwei volle Wochen zusammenhängend umfassen. Dem generellen Stückelungswunsch muss der Praxisinhaber also nicht nachgeben. ■

FÜR SIE GELESEN

Thomas Jäschke (Hrsg.)

Datenschutz im Gesundheitswesen

Grundlagen, Konzepte, Umsetzung



Datenschutz ist kein Thema, mit dem man sich wirklich gern beschäftigt. Und auch dieses Buch ist keine Strandlektüre, das man bei einem Glas Wein durchblättert. Es enthält Fakten, Vorschriften und Ausnahmeregelungen – wie man es von einem Buch über Datenschutz erwarten darf. Es gibt einen umfassenden Überblick über die zu beachtenden Rahmenbedingungen. Herausgeber ist Prof. Dr. Thomas Jäschke, der als Medizin- und Wirtschaftsinformatiker lange Geschäftsführer der Compugroup AG war. Heute leitet er das Institut für Sicherheit und Datenschutz im Gesundheitswesen (ISDSG).

Die vermittelten Inhalte entsprechen dem Titel. Nach dem Lesen weiß man zum Beispiel, welche Praxis einen Datenschutzbeauftragten

braucht und was der zu tun hat. Allen Akteuren im Gesundheitswesen sind Extrakapitel gewidmet – von der Arztpraxis über die Pflegeeinrichtung bis zum Heilpraktiker. Auch Kooperationen werden unter dem Stichwort Datenschutz beleuchtet.

Mein persönliches Highlight sind die Praxisbeispiele: einzelne Fragestellungen unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes betrachtet. In einem Kapitel geht es nur um Outsourcing, um die Datenweitergabe an ein kooperierendes Unternehmen. Jede Arztpraxis gibt Daten an den Steuerberater weiter. Wie verhält es sich mit dem Datenschutz bei Wartungsarbeiten am Rechner? Wie geht man in der Praxis mit Anfragen ehemaliger Patienten um, die um eine Löschung ihrer Daten bitten? Was ist vor und nach einem Einbruch in die Praxis zu beachten? Präventive Maßnahmen sind ebenso aufgeführt wie ein Notfallplan.

Das sperrige Thema verbietet es, dieses Buch als lesenswert zu bezeichnen. Wichtig ist es allemal! ■

ra

→ **MWV**

Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft
2016, 1. Auflage
411 Seiten, Paperback
79,95 Euro
ISBN: 978-3-95466-221-0



Wolfgang Schweikert
berät MEDI-Mitglieder in
Sachen Versicherungen.

Sind Ihre Versicherungen noch aktuell?

Berufshaftpflicht, Hausrat oder Krankentagegeld: Versicherungen sollten regelmäßig überprüft und wenn nötig angepasst werden. Ihr Makler hat das lange nicht vorgeschlagen? Das macht misstrauisch. Ein neues Angebot für MEDI-Mitglieder ist die Betreuung der Versicherungen durch die MEDI GENO Assekuranz.

Ein Versicherungsmakler verdient seine Provision nicht nur beim Vertragsabschluss. Zusätzlich zur Abschlussprovision bekommt er normalerweise noch die sogenannte Bestandsprovision für die laufende Verwaltung Ihrer Verträge. Wem Sie diese Summe zukommen lassen, ist allein Ihre Entscheidung und hat nichts damit zu tun, wo Sie die Versicherungen abgeschlossen haben.

Auch der MEDI Verbund freut sich natürlich über zusätzliche Einnahmen aus dem Versicherungsgeschäft, wobei dies nicht das treibende Motiv für die Gründung der MEDI GENO Assekuranz und die Kooperation mit dem Makler Wolfgang Schweikert war. Laut Dr. Werner Baumgärtner ging es eher darum, die

Managementgesellschaft der Genossenschaften dabei zu unterstützen, sich im Süden mit dem Thema Versicherungen besser zu etablieren. In zweiter Linie sieht er die Notwendigkeit eines attraktiven Angebots für den ärztlichen Nachwuchs beim Start in den Beruf oder in die Selbstständigkeit. „Wir brauchen Angebote mit einem Mehrwert, um die jungen Kolleginnen und Kollegen für MEDI zu gewinnen“, führt er aus.

Warum den Makler wechseln?

Die Betreuung durch einen kompetenten Makler ist nicht nur für junge Kollegen wichtig. Auch etablierte Ärzte profitieren von einem Maklerwechsel, wenn das Resultat eine sorgfältigere Beratung und Betreuung ist.

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Sind Ihre Versicherungen noch aktuell?

Makler wechseln Schritt für Schritt

1. Versicherungspolice kopieren

2. Kontaktaufnahme
zur MEDI GENO Assekuranz:
Telefon 0711 806079177, oder
versicherung@medigeno-assekuranz.de

3. Wollen Sie, dass ein kostenloser
Versicherungs-Check durchgeführt wird?
Ein kurzer Hinweis reicht.

4. Fertig, das war's schon.

Baumgärtner hat das Angebot übrigens selbst in Anspruch genommen, er beschreibt den Wechsel der Assekuranz als „supereinfach“. Die Kooperation mit einem neuen Makler hat übrigens keine Folgen für die Inhalte der Versicherungspolice.

Andererseits kann man den Wechsel natürlich zum Anlass nehmen, seine Versicherungen routinemäßig überprüfen zu lassen. Das kostet nichts, kann aber schlummernde Probleme aufdecken und vor erheblichen finanziellen Nachteilen schützen. „Ich versuche, Herrn Schweikert und die MEDI GENO Assekuranz mit meinen Möglichkeiten zu unterstützen, damit sie erfolgreich sind“, erklärt der Vorstandschef von MEDI GENO Deutschland und ergänzt: „Für uns wäre das Projekt dann ein Erfolg, wenn wir damit junge Mitglieder gewinnen und schwarze Zahlen schreiben würden, damit unsere Zusammenarbeit mit den Genossenschaften gestärkt wird.“

Warum ein Versicherungs-Check?

Eine Versicherungsanalyse klärt, ob der Versicherungsschutz richtig bemessen ist. Auch wenn beim Abschluss aller wichtigen Versicherungen keine Fehler gemacht wurden, sind regelmäßige Überprüfungen sinnvoll, um Deckungslücken zu identifizieren. Zum Beispiel sind die Schadenssummen pro Schaden bei Haftpflichtschäden in den letzten Jahren beständig gestiegen. Außerdem verändern sich im Lauf des Berufslebens bei vielen Ärzten die Arbeitsschwerpunkte und damit die versicherten Risiken.

Neue Tätigkeiten, etwa als Praxisvertreter, Belegarzt, Notarzt oder Sportarzt, machen einen zusätzlichen Versicherungsschutz nötig. Neue Geräte oder Räumlichkeiten können ebenfalls Anpassungen bei den Versicherungsverträgen nach sich ziehen. Familiäre Veränderungen sollten sich natürlich auch in den Versicherungen niederschlagen: Die private Haftpflicht als Teil der Berufshaftpflicht sollte Ehepartner und Kinder unbedingt einschließen.

Unabhängig von der individuellen Situation des einzelnen Arztes sind in den letzten Jahren neue Risiken entstanden. Vor Jahren musste sich ein niedergelassener Arzt zum Beispiel noch nicht mit Hackerangriffen und Cyberattacken auseinandersetzen. Heute wäre es hochriskant, diese Risiken nicht abzusichern.

Last but not least sollte man den Unterschied zwischen der Katalogversicherung und der Allgefahrenversicherung kennen. Früher wurden prinzipiell Katalogversicherungen abgeschlossen. Dieser Begriff bedeutet, dass in der Versicherungspolice alle versicherten Risiken aufgezählt waren. Diese Form gilt heute als veraltet und ungünstig für den Versicherungsnehmer. Altverträge sollten deshalb auf die heute übliche Allgefahrenversicherung umgestellt werden, die nur wenige extreme Risiken ausschließt. Das ist im Schadensfall von Vorteil, weil so keine unangenehmen Überraschungen und Streitfälle entstehen können. Im Streitfall wichtig: Bei der Allgefahrenversicherung muss im Schadensfall nicht der Versicherungsnehmer beweisen, dass die Versicherung ersatzpflichtig ist. Stattdessen liegt die Beweislast beim Versicherer.

Praxisgründung oder -umstrukturierung

Das Wissen eines Versicherungsmaklers spielt nicht nur bei der Praxisgründung eine wichtige Rolle. Das

Ausscheiden eines Kollegen aus der Berufsausübungsgemeinschaft ist ein weiterer typischer Anlass für eine Überprüfung und Anpassung der Praxisversicherungen. Genau das hat MEDI-Ärztin Dr. Petra Kotzan gerade hinter sich gebracht: Ihr Kollege verabschiedete sich in den wohlverdienten Ruhestand, nachdem er eine Nachfolgerin gefunden hatte. Folglich musste die Praxis Mitte 2016 umstrukturiert werden – organisatorisch keine ganz einfache Sache. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin ließ sich dabei von der MEDI GENO Assekuranz unterstützen. Sie äußert sich zufrieden über die Beratungsqualität und die realisierten Einsparungsmöglichkeiten: „Es hat alles gut funktioniert und der Zeitaufwand hielt sich in Grenzen“, berichtet sie.

Braucht man einen Makler?

Wirklich empfehlenswert ist es nicht, seine Versicherungen ohne Beratung abzuschließen. Natürlich beraten auch die Angestellten der Versicherungen. Im Gegensatz zu einem Versicherungsmakler wird

»Herr Schweikert hat alles aktualisiert, was nötig war. Alles lief reibungslos und ich habe mich gut beraten gefühlt!«

Dr. Petra Kotzan

ein Versicherungsangestellter allerdings nur zu den Produkten seiner eigenen Gesellschaft Informationen liefern. Ein guter Makler kennt dagegen die Angebote unterschiedlicher Versicherungen, macht Vergleiche und wählt neutral das individuell beste Angebot.

Natürlich können Sie Ihre Verträge auch von einem Makler überprüfen lassen, wenn Sie die Versicherungen direkt abgeschlossen haben. ■■

Ruth Auschra



Jasmin Ritter nahm am Austauschprogramm der Universität Hohenheim in Neuseeland teil.

MEDIVERBUND fördert Austauschprogramm im Gesundheitswesen

Seit fünf Jahren unterstützt die MEDIVERBUND AG ein Stipendium der Universität Hohenheim für Auslandspraktika in Neuseeland. Das Programm richtet sich an Studentinnen und Studenten der Fachrichtung Wirtschaftswissenschaften/ Gesundheitsmanagement mit der Vertiefung Gesundheits- und Sozialmanagement (B.Sc.) bzw. Health Care Management (M.Sc.).

„Mit unserer Unterstützung können Studentinnen und Studenten praktische und wertvolle Einblicke in ein anderes Gesundheitssystem bekommen“, erklärt AG-Vorstand Ass.-jur. Frank Hofmann und betont: „Gerade bei einer fachlichen Vertiefung im Gesundheitswesen lohnt ein Blick über den Tellerrand.“ Die MEDIVERBUND AG profitiert ihrerseits von der Kooperation mit der Uni Hohenheim, da sie im laufenden Austausch mit Absolventen und Praktikanten steht. Jasmin Ritter, die seit Jahren die Facharztverträge im Südwesten mitbetreut, hat selbst am Austauschprogramm teilgenommen. ■■■

NACHGEFRAGT BEI

Jasmin Ritter

Projektleiterin Facharztverträge



Foto: fotolia

»Eine tolle Sache!«

MEDITIMES: Frau Ritter, was kann man sich unter dem Austauschprogramm vorstellen?

Ritter: Es ist aus einer Kooperation des Lehrstuhls „Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen“ mit dem Auckland District Health Board (ADHB) entstanden. Das sind regionale Einrichtungen im neuseeländischen Gesundheitssystem, die für die gesamte medizinische Versorgung verantwortlich sind. Jedes Jahr können sich Studenten für ein Praktikum bewerben, das mindestens drei Monate dauert und das eine Teilnahme an Projekten vor Ort ermöglicht. Dabei werden auch die Interessen der Studenten berücksichtigt. Insofern fallen die Praktika sehr individuell aus. Das Programm ist eine tolle Sache! Die Studenten lernen ein anderes Gesundheitssystem kennen und die Partner profitieren vom Input der Studenten.

MEDITIMES: Inwiefern haben Ihnen die dortigen Erfahrungen für Ihre jetzige Arbeit genützt?

Ritter: Ich habe mich bereits während meines Studiums für Selektivverträge interessiert und mich deswegen in meinem Praktikum mit den ökonomischen Aspekten der integrierten Versorgung beschäftigt. Zunächst habe ich eine wissenschaftliche Arbeit verfasst, in der ich auf Basis einer strukturierten Literaturanalyse die wesentlichen Erfolgsfaktoren und Barrieren bei der Konzeption und Umsetzung von Projekten zur integrierten Versorgung herausgearbeitet habe. Die Ergebnisse habe

ich als Mitglied einer Arbeitsgruppe des ADHB und der Universität von Auckland in die Evaluation zum Shared-Care-Planning-Programm eingebracht.

MEDITIMES: Was hat Ihnen an Neuseeland besonders gefallen und was nicht so?

Ritter: Besonders gut gefallen haben mir die herzliche und hilfsbereite Art der Neuseeländer und die unbeschreiblich schöne Landschaft. Neuseeland ist ein wahres Paradies für Outdoor-Fans! Weniger begeistert war ich vom öffentlichen Nahverkehr: Da muss man für die Suche nach der richtigen Bushaltestelle einige Zeit einplanen. Wer Neuseeland erkunden möchte, nimmt sich lieber einen Mietwagen und geht campen.

MEDITIMES: Was können wir vom neuseeländischen Gesundheitswesen lernen?

Ritter: Neuseeland setzt auf eine starke Primärversorgung, in der der Hausarzt die erste Anlaufstelle für die Patienten ist. Dort ist die hausarztzentrierte Versorgung also längst Standard. Darüber hinaus gibt es in Neuseeland diverse Projekte zur integrierten Versorgung, in denen Vernetzungs- und Steuerungstools wie die elektronische Überweisung, Patientenakten oder Behandlungspfade angewendet werden. Da lohnt sich der Blick auf die andere Seite der Weltkugel, um zu sehen, wie solche Projekte gelingen. ■■■

05



VERANSTALTUNGEN,
FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

Juli bis September 2017

Veranstaltungen für Ärzte – medizinisch

- **Ultraschallkurs**

14. Juli, ab 15 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

- **Ultraschallkurs**

15. Juli, 9–17 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

Veranstaltungen für Ärzte – nichtmedizinisch

- **Tour de Ländle – Main-Tauber-Kreis**

9. Juli, ab 11 Uhr

Distelhäuser Brauerei, Grünsfelder Str. 3,
97941 Tauberbischofsheim

- **Tour de Ländle – Nordwürttemberg**

10. Juli, ab 19 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, 70565 Stuttgart

- **Tour de Ländle – Südwürttemberg**

13. September, ab 17:30 Uhr

Ulm (VA-Ort wird noch bekannt gegeben)

Veranstaltungen für MFAs und EFA®s – medizinisch

- **Draco-Wundworkshop**

14. Juli, 15–18 Uhr

Dorinhotel Freiburg, An den Heilquellen 8,
79111 Freiburg

- **Notfalltraining für das Praxisteam**

13. September, 14–18 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

- **EFA®-Schulung Orthopädie**

15.–16. September, 9–14 Uhr

22.–23. September, 9–14 Uhr

29.–30. September, 9–14 Uhr

Stuttgart (VA-Ort wird noch bekannt gegeben)

- **EFA®-Schulung Orthopädie**

15.–16. September, 9–14 Uhr

22.–23. September, 9–14 Uhr

29.–30. September, 9–14 Uhr

Orthopädische Gemeinschaftspraxis am
Ludwigsplatz, Dr. J. Flechtenmacher,
Waldstraße 67, 76133 Karlsruhe

- **MFA-Workshop Wunde**

16. September, 9–16 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

- **EFA®-Schulung Gastroenterologie**

22.–23. September, 9–20 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum Orange, 70565 Stuttgart

- **Draco-Wundworkshop**

27. September, 15–18 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

Veranstaltungen für MFAs und EFA®s – nichtmedizinisch

- **MFA-Tag Kardio/Gastro**

12. Juli, 13:30–17 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

- **QZ EFA® Kardio/Gastro**

12. Juli, 17–19 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum Orange, 70565 Stuttgart

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

- **QZ EFA® fachspezifisch**

12. September, 17–19 Uhr

AOK Kundencenter Ulm, Schwambergstr. 14,
89073 Ulm

- **MFA-Tag Orthopädie**

20. und 22. September, 13:30–17 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

- **QZ EFA® Orthopädie**

22. September, 17–19 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum Orange, 70565 Stuttgart

- **QZ EFA® und MFA fachübergreifend**

27. September, 17–19 Uhr

AOK KundenCenter Karlsruhe-Mitte, Kriegsstr. 41,
76133 Karlsruhe

- **QZ EFA® fachspezifisch**

28. September, 17–19 Uhr

AOK KundenCenter Karlsruhe-Mitte, Kriegsstr. 41,
76133 Karlsruhe

Vertragsschulungen für Ärzte, MFAs und EFA®s

- **Vertragsschulung Orthopädie**

7. Juli, 14–16 Uhr

19. Juli, 15–17 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

- **Abrechnungsschulung PNP**

(Module N + PY)

26. Juli, 15–17:30 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, Raum 1.11, 70565 Stuttgart

- **Schulung rtCGM für Ärzte und
Diabetesberater**

16. September, 9:30–18:30 Uhr

MEDIVERBUND, Industriestr. 2, Blauer Eingang,
1. Stock, 70565 Stuttgart



Midlife-Krise oder Bergfest in der Praxis?

Nach rund 15 Jahren Praxistätigkeit ist der Berufsalltag längst Routine geworden und die Praxis läuft. Der perfekte Zeitpunkt also, um die Ideen bei der Gründung mit der betriebswirtschaftlichen Realität und den Zukunftsvisionen abzugleichen. Es könnte gut sein, dass Handlungsbedarf besteht!

Wer sich mit Anfang 30 niedergelassen hat, ist mit Mitte 40 ein erfahrener Arzt. Der richtige Zeitpunkt, um darüber nachzudenken, wo man mit Ende 50 stehen möchte. Leider lassen sich niedergelassene Ärzte nur selten zu ihrer betriebswirtschaftlichen Situation beraten. „Zu selten“, findet Rita Gehring. Die Projektleiterin Ärzteberatung bei der MEDIVERBUND AG

erinnert an die Risiken, die das Ausruhen auf den wohlverdienten Lorbeeren mit sich bringt: „Man läuft Gefahr, neue Chancen zu verpassen, und gerät irgendwann unter Stress, sodass die Lebensqualität leidet.“

Aktiv werden!

Konkret muss sich ein niedergelassener Arzt heute damit auseinandersetzen, dass ältere Kollegen auch in seiner Umgebung ihre Praxen schließen werden, ohne einen Nachfolger gefunden zu haben. Abnehmende Arztdichte bei gleichzeitig steigender Zahl alter und chronisch kranker Patienten – das Ergebnis wird ein Run auf die verbleibenden niedergelassenen Ärzte sein. Gehrings Einschätzung nach ist die Situation aktuell schon für viele allgemeinmedizinische Praxen ein Problem, aber auch für Gynäkologen, Dermatologen, HNO- und Augenärzte wird die Lage allmählich eng.

Wer sich dieser Situation heute nicht stellt, der wird vielleicht in zwei Jahren mit dem Ausscheiden eines Kollegen und entsprechend steigenden Patientenzahlen konfrontiert werden. Wenn es so weit ist, bleiben eigentlich nur zwei Möglichkeiten übrig: Sie können die Praxistür für neue Patienten verschließen oder bis zum Burnout arbeiten. Keine schöne Vorstellung für einen Arzt, der seinen Beruf und sein Leben liebt.

Etablierten Ärzten rät Gehring dazu, weder in Panik zu geraten noch weiterzumachen wie bisher. Ihrer Ansicht nach sollte sich jeder niedergelassene Arzt nach etwa 15 Jahren Praxistätigkeit die Zeit nehmen, den betriebswirtschaftlichen Ist-Zustand der Praxis zu überprüfen und darüber nachzudenken, wie er die nächsten 15 Jahre arbeiten will. Ihr Tipp: „Gemeinsam geht es besser als einsam.“

Kooperationen aufbauen

MVZs sind „in“, örtliche oder überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften können eine weitere Möglichkeit sein, die Lasten auf mehrere Schultern zu verteilen. Während Einzelpraxen große Probleme haben, angestellte Ärzte zu finden, bewerben sich Weiterbildungsassistenten und Fachärzte aktiv bei neu gegründeten MVZs. Diese Situation sollte man für die eigenen Pläne nutzen, ein Patentrezept für jeden Arzt gibt es erfahrungsgemäß nicht. „Für manche Ärzte mag es richtig sein, in der Einzelpraxis zu bleiben“, erläutert die MEDI-Expertin. Für Fachärzte wie Orthopäden, Chirurgen oder Gynäkologen kann eine Kooperation mit einer Klinik sinnvoll sein, wenn sie auf gleicher Augenhöhe gelebt wird. Auch die Möglichkeiten, die Portalpraxen oder eine kooperative Ärztehausstruktur bieten, sollten geprüft werden.

Wichtig ist, selbst aktiv zu werden und neue Märkte und Organisationsformen nicht Akteuren außerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft zu überlassen. „Suchen Sie selbst attraktive Standorte, an denen Synergieeffekte in der Versorgung unter bestmöglichen betriebswirtschaftlichen Bedingungen möglich sind“, rät Gehring.

Ihre Beratung für MEDI-Mitglieder bietet mehr als nur theoretisches Wissen, sondern fungiert auch als eine Art Kontaktbörse. Hier sind die MVZ-Pläne der verschiedenen Regionen bekannt, hier klopfen potenzielle Praxisabgeber ebenso an wie junge Ärzte, die eine Stelle suchen. Gehring hat selbst viel Wissen und jede Menge Erfahrungen, kooperiert aber auch

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 



mit externen Spezialisten aus den verschiedenen Rechtsgebieten, beispielsweise Zulassungs-, Vertrags- oder Steuerrecht.

Damals, heute, morgen

Bei der Praxisgründung standen die eigenen Ziele klar vor den Augen. Wer mit den Jahren im ärztlichen Hamsterrad angekommen ist, hat oft gar kein klares Ziel mehr, weil der Abstand zum Alltag fehlt. Kann man jemanden beraten, der überzeugt ist, für ein Gespräch keine Zeit zu haben? Gehring kennt genug Ärzte, denen es so ging. Gerade dann ist es sinnvoll, die zweite Hälfte des Berufslebens ebenso sorgfältig zu planen wie die erste. Dabei bietet sie Unterstützung an. Ihrer Erfahrung nach gibt es durchaus Möglichkeiten, die Geschwindigkeit des Hamsterrades auf ein Wohlfühltempo herunterzufahren. Dafür muss aber die Bereitschaft da sein, das Rad kurz anzuhalten.

Um etwas verändern zu können, muss man sich aus der Komfortzone der Gewohnheit herausbewegen, sich einen frischen Wind um die Nase wehen lassen und sein Leben überdenken. „Wenn man die Situation positiv sieht, könnte so eine Midlife-Beratung tatsächlich den Anlass für ein Bergfest nach sich ziehen“, prophezeit Rita Gehring. Leider kommt es in Wirklichkeit gar nicht so selten zu einer Art Midlife-Berggrutsch, zu einer Krise, die eine betriebswirtschaftliche Beratung kaum noch auffangen kann.

Auch eine Art Frühjahrsputz der Verpflichtungen kann reinigende Wirkungen haben. Vor 15 Jahren haben Sie Versicherungs- und Mietverträge abgeschlossen, Sie haben Zeitschriften abonniert und sind in Verbände eingetreten. Sind diese Entscheidungen heute noch richtig? Ein Wochenende lang alle Unterlagen ausmisten – das befreit, spart Geld und schafft neuen Überblick!

Fortsetzung >>>

Fortsetzung

Midlife-Krise oder Bergfest in der Praxis?

Bekanntlich wirkt sich auch die private Situation auf die Einkommenssituation aus. Werden zum Beispiel die Kinder das Haus verlassen, um zu studieren? Wie hoch werden die finanziellen Belastungen hierfür sein? Hat sich die steuerliche Situation durch eine Scheidung verändert oder steht eine Trennung be-

vor? Wie wollen Sie die nächsten Jahre leben? Wie ist der eigene Gesundheitszustand oder der von Angehörigen? Ist die Altersvorsorge angemessen? Und nicht zuletzt: Was wird eigentlich aus den persönlichen Träumen? Gab es da nicht den lange gehegten Wunsch, mit dem Wohnmobil durch Australien zu fahren? ■■

Ruth Auschra

→ In der nächsten MEDITIMES lesen Sie:
Praxisabgabe - wie komme ich da raus?



Tops

Versorgung gestalten

Wer zu spät kommt, den bestraft bekanntlich das Leben – oder die Ärzteinitiative, die ohne Sie zu neuen Ufern aufbricht. Reden Sie auf Qualitätszirkeln, Stammtischen oder Fortbildungen mit Kollegen aus Ihrer Region! Vielleicht gibt es bereits welche, die Ideen entwickelt haben oder sich sogar schon mit ihrer Realisierung beschäftigen. Ansonsten sind Sie der Erste, haben vielleicht sogar Freude am unternehmerischen Handeln und können der Motor einer neuen Ärztekoooperation werden!

Apparategemeinschaft

In einer Apparategemeinschaft können Ärzte gleicher oder symbiotischer Fachrichtungen die betriebswirtschaftliche Situation ihrer Einzelpraxen verbessern. An einem zentralen Standort wird eine Apparategemeinschaft als diagnostisches Zentrum errichtet. Für die Nutzer handelt es sich um eine ausgelagerte Praxisstätte. Nicht nur interessant für Ophthalmologen!

Leistungsangebot verändern

Mancher Hausarzt würde sich am liebsten mehr mit seinem „Hobby“ Psychotherapie oder Naturheilverfahren beschäftigen. Das ist nicht unmöglich: Aufgabe des bisherigen Praxissitzes, kleinere Räumlichkeiten,

weniger Personal oder eventuell sogar eine Anstellung in Voll- oder Teilzeit bei Kollegen mit dem Spezialgebiet. Wenn ein Umsatzrückgang zu verschmerzen ist, kann auch diese Lösung für viele Jahre passend sein, als Übergangslösung bis zum endgültigen Ruhestand ist sie nahezu perfekt. ■■



Flops

Vogel Strauß

Dr. Müller ist 64 Jahre alt und sucht einen Nachfolger, findet keinen und macht irgendwann dicht. Damit hatten Dr. Meyer und Dr. Schmidt irgendwie nicht gerechnet. Sie sehen sich an einem Montagmorgen mit Warteschlangen fremder Patienten am Empfang konfrontiert. Und jetzt? Zu spät!

Kooperationsqual

Es sprechen zwar viele Argumente dafür, sich mit Kollegen zusammenzuschließen. Aber nicht jeder Kollege ist dafür auch in jeder Hinsicht offen genug. Eine Kooperation wird zur echten Quälerei mit vorprogrammiertem Scheitern, wenn man sich nur aus Vernunftgründen mit einem Idiotus Maximus zusammensetzt. ■■

Wie gut sind Sie gesichert?

**Rechtzeitig versichern
und beruhigt in die
Zukunft blicken.**



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





Drucksachen für Ihre Praxis.

Visitenkarten und Terminblöcke exklusiv für unsere Mitglieder!



1.000
Visitenkarten
nur € 100,-

Preis inkl. MwSt



100
Terminblöcke
nur € 175,-

Preis inkl. MwSt
(Format DIN A6 und DIN A7 erhältlich)



Bestellformulare und weitere Designs finden Sie unter:
www.medi-verbund.de
im Bereich Ärzte/Service oder einfach QR-Code einscannen.

