

Der Gastkommentar

Einheitsvergütung in der hausärztlichen Versorgungsebene?

Im GKV-Gesundheitsreformgesetz vom 01.01.2000 hat der Gesetzgeber die Gesamtvergütung in einen fach- und in einen hausärztliche Teil getrennt und die Vergütungsanteile festgeschrieben. Im SGB V wurde in § 73 unabhängig von den Inhalten der einzelnen Weiterbildungsordnungen festgelegt, welche Arztgruppen der hausärztlichen Versorgungsebene zuzuordnen sind:

- Allgemeinärzte
- Kinder- und Jugendärzte
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben
- Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und
- Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben

Diese Arztgruppen haben völlig unterschiedliche Weiterbildungen durchlaufen und auch innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs durch ihre besonderen Qualifikationen unterschiedliche Aufgaben. Dies haben die Patienten auch so in Anspruch genommen.

Der EBM 2008 hat mit seiner Versicherungspauschale alle Leistungen der hausärztlichen Versorgungsebene im Wesentlichen zusammengefasst und damit, wenn auch mit unterschiedlichen Gebührenordnungsziffern, eine Einheitsgebührenordnung für diese Versorgungsebene geschaffen, die die unterschiedlichen Leistungen der einzelnen Arztgruppen, die Inhalte der Weiterbildungsordnungen und die unterschiedliche Versorgungsrealität nicht mehr abbildet.

Im Beratenden Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung bei der KBV, der mehrheitlich vom Hausärzterverband (HÄV) bestimmt wird, hat die KBV unter Federführung des damaligen stellvertretenden Vorsitzenden Weigeldt eine Modellrechnung einer hausärztlichen Musterpraxis ohne Fachgruppenunterschiede erstellt, bei der der notwendige Durchschnittsumsatz einer hausärztlichen Praxis mit € 143,50 pro Stunde und der durchschnittliche Fallwert bei 800 Fällen pro Quartal mit € 85,- errechnet wurde. Leistungen der Prävention, alle Notfälle und Hausbesuche sollten außerhalb dieser Pauschale vergütet werden, für die Pädiatrie

waren 3 Zuschläge vorgesehen, die die Besonderheiten und die Kernkompetenz der Kinder- und Jugendmedizin abbilden sollten. Diesem Konzept des HÄV der weitgehenden Pauschalierung der Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich haben Internisten und Pädiater nur deshalb mit einigem Bauchgrimmen zugestimmt, weil als weitgehend gesichert dargestellt wurde, dass die errechneten höheren Honorare im hausärztlichen Versorgungsbereich politisch gewollt und damit auch realistisch seien.

Der Bewertungsausschuss hat das gesamte Konzept weitgehend zunichte gemacht und damit der Zustimmung von Internisten und Pädiatern die Grundlage entzogen. Der Unmut bei den betroffenen Berufsgruppen ist groß und der KBV-Vorstand ist aufgefordert, noch in diesem Jahr diesen Fehler wieder auszubügeln und im hausärztlichen Versorgungsbereich einen EBM zu schaffen, der der Versorgungsrealität gerecht wird und die unterschiedlichen Weiterbildungsinhalte ausreichend berücksichtigt.



Dr. Wolfram Hartmann ist Präsident des Berufsverbände der Kinder- und Jugendärzte (bvjkj e.V.)

Erstaunlicherweise feiert dieses auf Bundesebene gescheiterte Konzept nun fröhliche Urständ beim Hausarztvertrag zwischen AOK, MEDI und HÄV in Baden-Württemberg. Allerdings mit dem Unterschied,

dass hier die gesamte Prävention auch noch in der Pauschale versenkt wurde.

Die Inhalte der Weiterbildungsordnungen, die Unterschiede in der Versorgungsrealität und in der Wahrnehmung der Qualifikation der einzelnen Arztgruppen durch die Patienten werden ignoriert, die Ärzte werden erneut mit dem Versprechen eines höheren Honorars in eine Falle gelockt. Was die Patienten von diesem Versorgungskonzept als Vorteil zu erwarten haben, bleibt im Dunkeln. Die Gegenfinanzierung höherer Arzthonorare muss ja über Einsparungen bei den Patienten erfolgen.

Wir Kinder- und Jugendärzte werden einem Einheits-EBM ohne Berücksichtigung der Unterschiede in der Qualifikation aufgrund der in der Weiterbildung der einzelnen Arztgruppen erworbenen eingehenden

Kenntnisse und der unterschiedlichen Versorgungsrealität nicht zustimmen und verlangen eine eigenständige Gebührenordnung, die diese Vorgaben berücksichtigt. Auch der Weg hin zu Qualifikationszuschlägen für technische Leistungen, Sprach- und Entwicklungsdiagnostik sowie die Psychosomatik ist in unseren Augen nicht Ziel führend. Kurative Versorgung und Prävention müssen strikt getrennt und weiterentwickelt werden. Die Prävention in einer Pauschale zu versenken ist auch angesichts der Weiterentwicklung und des hohen Stellenwertes dieser Leistungen in der Gesundheitspolitik für uns nicht verhandlungsfähig.

Gegenüber der Öffentlichkeit muss dargestellt werden, dass die hausärztliche Versorgungsebene heterogen und mit unterschiedlichen Versorgungsaufgaben betraut ist. Wir wissen, dass der BDI dies ebenso sieht und sehen uns deshalb als natürliche Verbündete, zumal wir als einzige Verbände sowohl Mitglieder aus dem haus- wie aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich vertreten.

Dr. Wolfram Hartmann

(Fortsetzung von Seite 3)

dagegen im Hintergrund und habe vor allem die Kostenabrechnung zum Gegenstand. „Diese Kontrolle ist schon längst automatisiert und standardisiert durch eine zunehmende Leistungs- und Kostenüberwachung mit Hilfe von ICD, Data-warehouses bei den Krankenkassen und Wirtschaftlichkeitskontrollen durch Wissenschaft, KVen und Kassen selbst.“ Der Sündenfall fand in Weicherts Augen statt, als vor wenigen Jahren die fallbezogene durch die patientenbezogene Abrechnung im ambulanten Bereich abgelöst wurde. Seitdem können bei den Krankenkassen umfassende Patientenprofile mit Daten aus dem ambulanten und dem stationären Bereich sowie aus der Medikation erstellt werden. „Was mich als Datenschützer ärgerte, war, dass sich hiergegen damals in der Gesellschaft wie in der Ärzteschaft kein nennenswerter Widerstand regte.“

Für Weichert ist offensichtlich, dass für viele ambulant tätige Ärzte, insbesondere Hausärzte, mit einer Forcierung der Telematik große Zumutungen verbunden sind. Dies habe aber weniger mit der Gefährdung des Patientengeheimnisses zu tun, sondern mit handgreiflichen Konsequenzen bei den Kosten und beim praktischen Aufwand: Mediziner, denen neben ihrer medizinischen Expertise inzwischen eine gewaltige

betriebswirtschaftliche Kompetenz abverlangt werde, um nicht in die Kluft von Abrechnungsbetrug und Insolvenz zu stürzen, müssten sich nun mit komplexer Informationstechnik herumschlagen, nicht nur mit einer vernetzten Praxissoftware, sondern mit PINs und Health Professional Cards (HPC bzw. HBA).

● **Elektronisch gespeicherte Daten sind so sicher wie im Safe**
Trotzdem könne man sich dieser Entwicklung nicht entziehen. Die Kommunikationsformen hätten sich auch außerhalb des Medizinbereichs mit dem Internet grundlegend verändert. „Wer dies für die medizinische Kommunikation nicht akzeptieren will, der verschließt seine Augen vor der Realität.“

Weichert wies Behauptungen, es entstünde durch den Einsatz der eGK ein gewaltiger zentraler Datenpool mit sämtlichen medizinischen Daten der krankenversicherten Bevölkerung, als falsch zurück. Ob Daten zentral oder dezentral abgelegt seien, sei irrelevant, wenn der Schlüssel für deren Abruf individuell und damit dezentral in den Händen der Ärzte und der Patienten liege. Er wies darauf hin, dass es mit Hilfe von Verschlüsselungstechnologien möglich sei, den Zugriff auf elektronisch gespeicherte Medizindaten ebenso sicher auszuschließen wie

durch die Aufbewahrung einer Patientenakte in einem Safe. Mit Hilfe von Protokollierungsverfahren lasse sich, verlässlicher als in der Welt der Papierakten, nachträglich feststellen, wer ein Datum zur Kenntnis genommen und wer dieses evtl. geändert hat. Eine hundertprozentige Sicherheit werde es niemals geben, wie es diese auch in der Vergangenheit nie gegeben habe.

Bartmann als Telematik-Beauftragter der Bundesärztekammer versicherte, dass bei der Führung von Gesundheitsakten, unabhängig vom Akzentyp und Speicherort, vor allem durch den Einsatz von Kryptographie-Werkzeugen das individuelle Patient-Arzt-Verhältnis einerseits und die informationelle Selbstbestimmung des Patienten andererseits sicher bewahrt werden können. Er machte auch klar, dass die Existenz elektronischer Patientenakten längst Realität ist. Die Forderung, sie einfach zu verbieten, sei kaum realistisch. Was man aus ärztlicher Sicht allerdings verlangen müsse, sei der Einsatz der Kryptographie mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte und der damit verbundenen Sicherheitsstruktur.

Wie und ob die im Projekt elektronische Gesundheitskarte liegende Chance für die Etablierung einer sicheren elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen

genutzt werde, hänge nicht zuletzt von der konstruktiven und kritischen Begleitung durch die Ärzteschaft ab. Da gelte es, wachsam zu sein und nicht zuzulassen, „dass dabei allein diejenigen die Richtung

vorgeben, die die Technisierung und Industrialisierung der Medizin anstreben und die Telematik dabei dieser Sichtweise unterzuordnen versuchen“.

KS

„Arzt ist nicht beliebig austauschbar“

Gegen eine „Trivialisierung des Arztberufs“ hat sich der 111. Deutsche Ärztetag gewandt. „Der Arztberuf ist ein freier Beruf und keine beliebig austauschbarer Gesundheitsdienstleister“, heißt es in den „10 Thesen zum Arztbild der Zukunft und zur Rolle der deutschen Ärzteschaft für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“. Die Komplexität ärztlichen Handelns sei weder mit einer Partikularisierung des Arztberufes in einen „Heiltechniker“ oder „Arzt light“ noch mit einer Verkürzung des Medizinstudiums und Reduzierung des Primärarztes auf einen „Schmalspur-Primärversorger“ vereinbar. „Die Patienten lehnen zu Recht ab, auf Symptome und Diagnosen reduziert zu werden.“

Sie erwarten von guter Medizin, in der Ganzheit ihres Leidens wahrgenommen zu werden. Ein fragmentierter Arzt kann dieser Aufgabe nicht gerecht werden“, betonten die Delegierten. Die Ärzteschaft kritisierte Konzepte und Modellvorhaben von Bund und Ländern sowie privaten Klinikbetreibern, in denen Ärzte ganz oder teilweise durch Nichtärzte ersetzt werden. Die Ganzheitlichkeit und Unteilbarkeit des Arztberufes werde damit zur Disposition gestellt. „Weil medizinische Behandlung eine Frage des Vertrauens ist, betrachten die Patienten nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern auch die Beratung über Behandlungsmethoden und die damit verbundenen Risiken als genuine Aufgabe des Arztes, die nicht an andere Fachpersonen übertragen werden sollen“, sagte Prof. Jan Schulze, Präsident der Ärztekammer Sachsen.

KBV-Vertreterversammlung in Ulm (Fortsetzung von Seite 1)

Köhler fordert 4,5 Mrd. Euro mehr mit gesetzlicher Garantie

● Pauschalierungen widersprechen dem ärztlichen Berufsbild

Auch ergibt sich in seiner Sicht ein Problem aus dem Übermaß an Pauschalierung in diesem Vertrag. Ärzte finden darin überhaupt keine Möglichkeit mehr, sich mit dem eigenen Leistungsspektrum zu identifizieren. Das widerspreche dem ärztlichen Berufsbild und könnte einen negativen Leistungsanreiz setzen. Köhler äußerte starke Zweifel daran, dass

einem AOK-Anstellungsverhältnis sei nicht mehr sehr groß.

● KBV-Delegierte fordern Wegfall der Budgetierung

In der Diskussion der Vertreterversammlung spielte der Vertragsabschluss in Baden-Württemberg keine große Rolle. Von den beiden ärztlichen Vertrags-Unterhändlern meldete sich kein einziger Vertreter zu Wort. Stattdessen beschäftigten die

Aber aus bitterer Erfahrung heraus bräuchten sie dafür auch Garantien, vor allem angesichts der Problematik der Mittelumverteilung über den Fonds und über den Orientierungspunktwert. Die KBV habe daher einen Gesetzentwurf in die Beratungen eingespeist, der diese Garantien abgibt. Jetzt müsse der Gesetzgeber nur noch zügig handeln und den Anspruch auf die 4,5 Mrd. € gesetzlich fixieren. Diese zusätzlichen Mittel garantierten, dass den Vertragsärzten in Baden-Württemberg und Bayern auf keinen Fall etwas weggenommen würde. Höchstens würden die Zuwächse niedriger liegen als anderswo. In den neuen Bundesländern und Berlin würden die Zuwächse so hoch sein, dass die Angleichung an das durchschnittliche West-Niveau tatsächlich erreicht werden könne.

● Die KBV will „Windmühlen errichten“

Ebenso wichtig wie die Höhe der Summe ist für Köhler die gesetzliche Verankerung der Trennung der Vergütungen in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil. Nur damit sei gewährleistet, dass die hausärztliche Versorgungsebene gestärkt werden könne und die Vergütungen für beide Bereiche sich separat entwickelten. Auch dafür hat die KBV dem Gesetzgeber einen Formulierungsvorschlag unterbreitet. Das Motto für das zukünftige Tun der Körperschaften beschrieb Köhler kurz und bündig mit „Mauern dienen der Verteidigung, Windmühlen dem Fortschritt“. Die KBV habe sich entschlossen, Windmühlen zu errichten anstelle von Mauern. Das soll auch mehr sein, als das „Ulmer Papier“ der Bundesärztekammer verspricht. Für Köhler ist das zwar ein Fanal für die Gesundheitspolitik, das aber bei weitem nicht ausreicht in diesem insbesondere in der ambulanten Versorgung stürmischen Zeiten. Es müsse deshalb ergänzt werden um eine klare Perspektive für Vertragsärzte. „Wir brauchen ein Konzept zur Etablierung einer nachvollziehbaren, den Patientenschutz und die Wirtschaftlichkeit fördernden Wettbewerbsordnung. Wir brauchen das zum Schutz des Patienten-Arzt-Verhältnisses. Vor allem brauchen wir Ruhe und Stabilität, Spaß an der Arbeit und weniger Bürokratie. Unter diesen Prämissen wird es Hauptaufgabe des KV-Systems in den kommenden Jahren sein, den Wettbewerb sinnvoll zu gestalten.“ Das Ulmer Papier sei im Kern ein gutes Papier, doch fehlten ihm konkrete Vorstellungen für die Gestaltung der Versorgungslandschaft. Deswegen müsse das Ulmer Papier nochmals intensiv mit allen ärztli-

chen Organisationen in einem strukturierten Prozess diskutiert und ergänzt werden um konkrete Vorschläge zur Neugestaltung der Versorgungsstruktur.

● Neustrukturierung der Versorgung mit Fünf-Säulen-Modell

Dem dient das KBV-Projekt zur Neustrukturierung der Versorgung mit einem Fünf-Säulen-Modell. Das sieht so aus, dass die Primärversorgung auch zukünftig kollektivvertraglich organisiert ist. Jeder Versicherte in der Regelversorgung kann sich frei seinen Hausarzt wählen. Der Hausarzt entscheidet, ob eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung notwendig ist, und stellt die entsprechende Überweisung aus. In Notfällen kann der Hausarzt natürlich auch direkt an einen hochspezialisierten Vertragsarzt überweisen oder ins Krankenhaus.

In der Primärversorgungsebene à la KBV-Modell ist der Facharzt für Allgemeinmedizin der zentrale Leistungsträger. Er kann sich durch ein Team in der Praxis Unterstützung holen, das über die notwendigen Qualifikationen zur Ausführung dele-

hier gilt der Kollektivvertrag als bevorzugtes Vertragsmuster. Anders sieht es aus auf der nächsten Stufe, der spezialisierten fachärztlichen krankenhaushnahen Versorgungsebene. Hier gibt es keine bevorzugte Vertragsform mehr. Es bleibt den Krankenkassen und Ärzten selbst überlassen, welche Form sie wählen. Auch hier kann die KV Vertragspartner sein, wenn es gewünscht wird. Ambulant tätige Fachärzte und Krankenhäuser sind dann völlig gleichgestellt: Es gelten die gleichen Kontrahierungsregeln und die gleichen Vergütungsregeln wie im stationären Bereich. Die Sektorengrenzen werden damit überwunden. Der Streit, der heute um den § 116b SGB V geführt wird, hätte sich dann erledigt, argumentiert Köhler.

Diese Eckpunkte bieten aus seiner Sicht eine gute Grundlage für eine Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft. Er sieht allerdings auch Gefahren aus einer anderen Richtung: Kapitalunternehmen entdecken den ambulanten medizinischen Markt für sich und gründen immer mehr Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Dem will die KBV entgegen-



Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des BDI e.V., und BDI-Vize Dr. Wolf von Römer am 19. Mai bei der KBV-Vertreterversammlung in Ulm

die notwendige Win-Win-Situation für alle durch diesen Vertrag geschaffen werden kann. Was passiert denn, wenn Versicherte in diesem Vertrag eine Vertretung für ihren Hausarzt brauchen? Dafür ist eine Pauschale von 12,50 € vorgesehen. Der KBV-Vorsitzende fragte: Wie soll der Vertreter für dieses Geld eine Heimbetreuung pflegebedürftiger Patienten durchführen? Welcher Hausarzt kann dafür einen Hausbesuch inklusive Behandlung und Wegegeld machen? Noch sind viele Fragen zu dem Vertrag offen, da die 16 Anlagen, in denen die Details geregelt sind, noch nicht veröffentlicht worden sind. Das gilt auch für die Online-Anbindung der Ärzte. Diese ist auch ein Ziel der KBV und der 15 KV-Mitglieder der Vertrags-Arbeitsgemeinschaft. In dem baden-württembergischen AOK-Vertrag werden die Ärzte verpflichtet, eine spezielle Vertragssoftware dafür zu nutzen. „Was mit den Daten konkret geschieht und in welcher Detailtiefe sie an die AOK zu liefern sind, können wir derzeit nicht genau sagen“, stellte Köhler fest, und fügte hinzu: „Mir als Hausarzt in Baden-Württemberg wäre aber ziemlich unwohl bei dem Gedanken, dass die Kasse direkten Zugriff auf alle meine Praxisdaten haben könnte.“ Die direkte Abhängigkeit von der Kasse wird dadurch immer größer. Der Schritt von der kontakt-unabhängigen Versichertenpauschale zu

Vergütungsreform und das politische Versprechen einer angemessenen Vergütung die Delegierten um so mehr. In einer einstimmig angenommenen Resolution forderten die KBV-Delegierten die Politik auf, ihr Versprechen einzulösen, und zwar sowohl im Hinblick auf den Wegfall der unseligen Budgetierung mit einer nicht versorgungskonformen Kopplung an die Grundlohnsumme als auch insbesondere in Bezug auf die erstmalige Bereitstellung von zusätzlich dringend benötigten Finanzmitteln in Höhe von 4,5 Mrd. € spätestens mit Beginn des Jahres 2009. Nicht alle teilen diese Hoffnung. Köhler weiß, dass Skeptiker befürchten, dass dieses so dringend benötigte Geld sich zwischen dem Gesundheitsfonds und der „Drückerkolonnen-Funktion“ der Krankenkassen in Nichts auflöst. „Das darf auf gar keinen Fall passieren.“ Die Politik wisse um die fatalen Folgen, wenn das Geld nicht bei den Vertragsärzten und –psychotherapeuten ankäme. Eine Protest- und Ausstiegswelle ungeheuerlichen Ausmaßes käme auf sie zu. Ärzte, Psychotherapeuten und ihre Mitarbeiter würden scharenweise auf die Straße gehen. Das KV-System wäre dann nicht mehr in der Lage, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. „Wir werden in diesem Fall die Konsequenzen ziehen. Das heißt, auch wir steigen dann aus.“ Die Ärzte hätten die Zusage, das Geld werde kommen, betonte Köhler.



„Ohne eine deutliche und spürbare Verbesserung der finanziellen Situation für die niedergelassenen Kollegen ist die Versorgung der Patienten nicht mehr zu gewährleisten. Jetzt muss der Gesetzgeber zügig handeln und unseren Anspruch in Höhe von mindestens 4,5 Milliarden Euro gesetzlich fixieren“, forderte der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler in Ulm.

gierbarer Leistungen verfügt. Dazu zählt die „Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH)“, die den Hausarzt entlastet und mehr Zeit schafft für die Betreuung vor allem multimorbider älterer Patienten in ihrer häuslichen Umgebung. Auf diese Primärversorgungsebene baut die Ebene der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung auf. Der Zugang zu ihr wird von den Hausärzten gesteuert. Ausgenommen davon sind die Fachärzte für Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie sowie die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Fachärzte dieser Versorgungsebene steuern den Zugang ins Krankenhaus. Auch

treten und hat eine unabhängige Stiftung gegründet, die an einer Aktiengesellschaft beteiligt ist, die MVZ gründet, in denen Vertragsärzte als Vertragsärzte oder angestellte Ärzte arbeiten können. Köhler in Ulm: „Wir wollen ein Partnerschaftsmodell einführen, das einen Mittelweg zwischen wirtschaftlich selbstständig und angestellt geht. Das lässt sich z.B. über Gewinnbeteiligungen angestellter Ärzte realisieren.“ MVZ sind aus der Versorgungslandschaft nicht mehr wegzudenken, gibt der KBV-Vorsitzende zu. Deshalb findet er es besser, sie in eigener Regie zu führen.

Klaus Schmidt

Neue Hausarztversorgung in Baden-Württemberg

AOK und Ärzteverbände kontrahieren an der KV vorbei

Der Vertrag der AOK Baden-Württemberg mit Hausärzterverband und MEDI über eine Hausarzt-zentrierte Versorgung nach § 73b SGB V ist unterzeichnet. Damit ist der Kollektivvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung erstmals durchbrochen. Die AOK als größte Versorgerkasse in Baden-Württemberg spricht von einem neuen Kapitel, das in der Hausarztversorgung im Lande aufgeschlagen worden ist.

Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, war bei der Präsentation des Vertragsabschlusses vor der Bundespressekonferenz am 8. Mai 2008 in Berlin des Lobes voll: „Mit diesem Vorgehen modernisieren wir gemeinsam mit den Partnern die hausärztliche Versorgung in unserem Bundesland. Qualitätsvolle, zielgenaue Versorgung unserer Versicherten bei besserer Vergütung für die Ärzte waren die Leitgedanken. Am Ende profitiert gerade der Patient davon, weil wir das ganze System von unnötiger Bürokratie befreien.“

Die AOK setzt nach Ausschreibung und Monaten intensiver Verhandlungen als erste Krankenkasse in Deutschland die Möglichkeiten des GKV-WSG umfassend um, direkt mit Ärzteverbänden Umfang, Inhalte und Vergütung der hausärztlichen Versorgung zu vereinbaren. Hoberg: „Stethoskop statt Stift lautet unser Motto, was heißen soll, dass der Hausarzt in Baden-Württemberg jetzt seine Zeit nicht mit Formularen, sondern mit dem Patienten verbringen kann.“

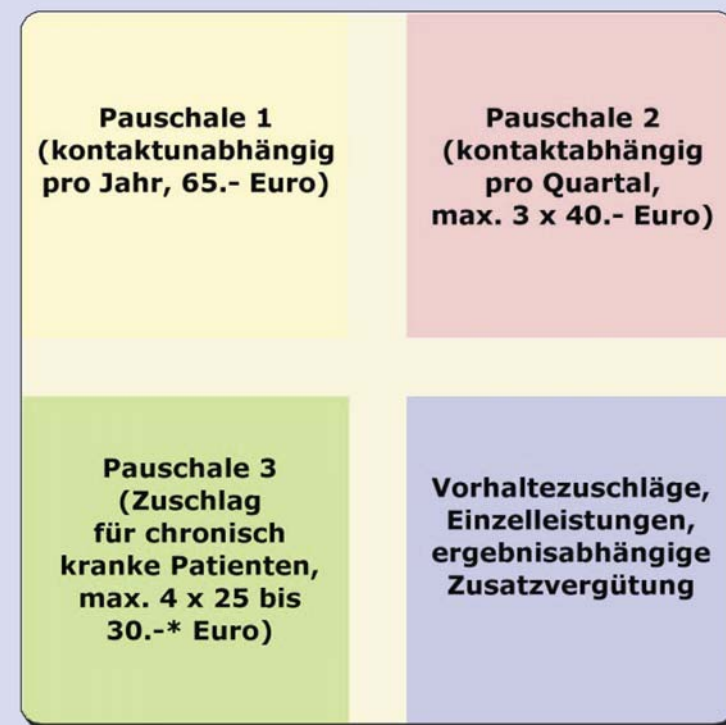
Den teilnehmenden Hausärzten beschert der Vertrag auf der einen Seite eine bessere Vergütung, auf

der anderen Seite verpflichtet er sie dazu „ihre Rolle als Lotse auch tatsächlich wahrzunehmen“, formuliert Hoberg: Die Behandlungsabläufe müssen immer wieder geprüft und

wenn notwendig verbessert werden, außerdem sind künftig mehr Service-Leistungen wie Abendsprechstunden bis 20 Uhr für Berufstätige vorgesehen.

„Wir haben die Abrechnungsmodalitäten so einfach konstruiert, dass sie auch auf einen Bierdeckel passen würden“, meinte AOK-Vorstandsvize Dr. Christopher Hermann in Anlehn-

Die Abrechnung passt auf einen "Bierdeckel"



* Zuschlag von 5.- Euro für medizinische Fachangestellte mit Zusatzqualifizierung (VERAH: Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis)

AOK-Vorstandsvize Hermann wirbt damit, dass die Abrechnungsmodalitäten „auf einen Bierdeckel passen“. (Quelle: AOK)

Fragen zum Vertrag, Antworten von der AOK

? Wie viele Hausärzte werden durch die aktuellen Bewerber abgedeckt, wenn alle Partner werden?

In Baden-Württemberg verfügt der Hausärzterverband über eine Mitgliedschaft von ca. 3500 Hausärzten, MEDI über ca. 6500 Haus- und Fachärzte. Mit diesem Hintergrund ist kurz-, zumindest mittelfristig eine flächendeckende Hausarzt-zentrierte Versorgung in Baden-Württemberg zu erwarten.

? Wie sieht die Versorgung der Versicherten bis zur Entscheidung aus?
Die Versicherten bleiben in der Regelversorgung, bis sie sich in die HzV einschreiben.

? Was ist das Ziel der hausarzt-zentrierten Versorgung nach § 73b SGB V?

- Eine effektive und effiziente Betreuung der Patienten durch die zentrale Koordinierungs- und Steuerungsfunktion des Hausarztes.
- Neben dem optimalen Versorgungsmanagement bilden Früherkennung, Prävention sowie die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Ausgleich, Vermeidung oder Verschlechterung einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit bzw. deren Folgen einen Schwerpunkt der HzV.
- Die AOK Baden-Württemberg rechnet vermehrt mit Behandlungserfolgen, mit einer besseren Ergebnisqualität und damit, zumindest

mittel- bis langfristig, gesünderen Versicherten.

- Mehr Zufriedenheit der Patienten.
 - Wirtschaftliche und medizinisch effiziente Handlungsweisen.
- Um diese Ziele zu erreichen, sind u.a. ergebnisabhängige Vergütungsbestandteile für die Ärzte vorgesehen (s. Beispiel).

? Ist die Bereinigung nicht ein Nullsummenspiel? Die AOK BW zahlt anstatt im Rahmen des Budgets an die KV einen Teil der Vergütung direkt an die Ärzte aus.

Die AOK wird über Pauschalierungen die bisherige EBM-Abrechnung für die Ärzte vereinfachen und damit zur Entbürokratisierung beitragen. Pauschalierung bedeutet auch, dass die AOK BW im Bereich der HzV über 2008 hinaus bereit ist, das bundesweit überdurchschnittliche Vergütungsniveau in Baden-Württemberg aufrecht zu halten. Daneben soll ein höheres Honorar berücksichtigt werden, das sich aus dem neuen EBM ab 2009 ergeben wird. Schließlich wird die HzV besondere Anforderungen definieren, für die ebenfalls ein Vergütungsäquivalent zu verhandeln sein wird.
Fazit: die HzV-Vergütung wird im Durchschnitt attraktiver und damit höher sein als die Regelvergütung, die im Südwesten ab 2009 auf Bundesdurchschnitt abfallen wird.

? Welche Vergütung erhält der Arzt für welche Aufgaben?

Der Hausarzt verpflichtet sich zum Beispiel

- zur Beratung und Information des Versicherten,
- zur Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der sektorenübergreifenden Versorgung,
- zur leitlinienorientierten und -konformen Kooperation mit Leistungspartnern und sukzessiven Umsetzung von Konsensusleitlinien,
- zur Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen, wenn erforderlich,
- zur aktiven Verordnungssteuerung im Arznei-, Heilmittel- sowie Hilfsmittelbereich,
- zur Integration nichtärztlicher Hilfen bzw. Dienste,
- zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen,
- zur rationalen Pharmakotherapie,
- zu einer werktäglichen Akutprechstunde (außer Samstag),
- zur Implementierung eines internen QM-Systems,
- zur Durchführung von Hausbesuchen,
- zur Durchführung von Impfungen gemäß STIKO-Vorgaben,
- zur Durchführung von DMP, wenn erforderlich,
- zur Kooperation mit den AOK-Bezirksdirektionen vor Ort,
- zur Umsetzung der IV Rückenschmerz und weiterer Verträge nach §§ 73c bzw. 140 a-d SGB V,

- zum Führen eines elektronischen Patientenpasses, wenn vom Versicherten gewünscht,
- zur Installation eines geeigneten Softwaremoduls zur online-basierenden administrativen Vertragsumsetzung.

? Hat der Patient die freie Arztwahl innerhalb der HzV?

Der Versicherte wählt seinen Hausarzt aus der Menge der über 3000 vorgesehenen teilnehmenden Hausärzte für mindestens ein Jahr. Der Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden (z. B. Umzug Arzt oder Versicherter). Nach frühestens einem Jahr kann der Versicherte die HzV kündigen.

? Wie funktioniert die HzV, wenn z.B. ein AOK-Versicherter aus Baden-Württemberg – Notfall, Urlaub etc. – in Hamburg einen Arzt aufsucht?
Das funktioniert über den so genannten Fremdkassenzahlungsausgleich.

? Wird es einen „gläsernen Arzt“ geben, wenn die Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung und Dokumentation umgesetzt wird?

Die Versendung elektronischer Abrechnungsdaten der Ärzte durch die KV gemäß § 295 Abs. 2 SGB V an die Krankenkassen ist bereits seit vielen Jahren gängige Praxis. Da diese Daten im Rahmen der HzV nicht mehr von der KV geliefert

werden können, ist es nur verständlich, dass der Arzt diese notwendigen Daten der AOK BW zukommen lässt – ebenfalls auf elektronischem Wege.

? Werden Patienten, die einen anderen als den schriftlich erklärten Hausarzt wählen, bei dem anderen Arzt als Privatpatient behandelt?

Nein. Die HzV bleibt Bestandteil der GKV und somit der Sachleistungsversorgung. Es ist davon auszugehen, dass bei nicht vertragsgemäßer Inanspruchnahme eines anderen Hausarztes dieser über die KV abrechnet. Hierzu wird über einen Rückerstattungsmodus mit der KV zu verhandeln sein.

? Wird die freie Arztwahl des Patienten behindert?

Nein, denn mit einer Überweisung durch den Hausarzt kann sich der Patient seinen Facharzt aussuchen. Darüber hinaus wählt der Versicherte aus mehreren Tausend Hausärzten seinen „HzV-Wahlarzt“.

? Woher kommt das Geld für die Finanzierung der Ärzte?

Zum einen aus der gesetzlich vorgesehenen Bereinigung der Gesamtvergütung, zum anderen aus Einsparungen aus veranlassenen Bereichen: etwa Einsatz günstiger Arzneimittel oder Vermeidung unnötiger bzw. doppelter Untersuchungen.

KS

nung an den Steuerreform-Vorschlag von Friedrich Merz (CDU). Für den Arzt beginne auch beim Honorar eine neue Zeitrechnung mit festen Euro-beträgen und wenigen übersichtlichen Regelungen: Behandlungspauschalen, Qualifikationszuschläge und ergebnisabhängige Vergütungsbestandteile, etwa für das Erreichen einer bestimmten Impf- oder Check-up-Quote. Auf diese Weise können Hausärzte einen durchschnittlichen Behandlungswert von bis zu 80,00 Euro im Quartal erreichen, deutlich mehr, als heute in Baden-Württemberg üblicherweise gezahlt wird. Dafür übernehmen die Ärzte die Verantwortung für eine gleichermaßen qualitätsvolle wie wirtschaftli-

che Versorgung der AOK-Versicherten. Sie werden hierbei intensiv unterstützt bzw. gelenkt, etwa durch IT-gesteuerte Informationen über effiziente Verordnungsalternativen, insbesondere bei Arzneimitteln, sowie durch regelmäßigen Erfahrungsaustausch in „strukturierten Qualitätszirkeln“ mit besonders geschulten Moderatoren, in denen ärztliche Leitlinien besprochen und die individuelle Verordnungspraxis umfassend gemeinsam mit Arztkollegen erörtert werden.

● **Teilnahme von 5000 Hausärzten bis Ende 2009 erwartet**

Die AOK erwartet laut Hermann, dass bis Ende 2009 mindestens eine Million ihrer Versicherten und 5000 Haus-

ärzte in Baden-Württemberg dabei sind. Der Vertrag hat eine Mindestlaufzeit von fünf Jahren. Ärzte und Versicherte können sich ab Juli 2008 einschreiben: Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm ist für beide freiwillig. Für Versicherte, die sich einschreiben, beginnt das Programm dann vom folgenden Quartal an zu laufen. Die Bindung an den gewählten Hausarzt soll auf jeden Fall für zunächst zwölf Monate bestehen. Wer sich für das AOK-Hausarztprogramm entschieden hat, kann im Notfall jeden beliebigen Arzt oder Notdienst in Baden-Württemberg aufsuchen. Gleiches gelte im Urlaub oder für die Notfallversorgung außerhalb Baden-Württembergs. Für Ärzte und Patienten, die nicht am AOK-Hausarztprogramm teilnehmen, läuft alles weiter wie bisher. Auch mit der KV des Landes bleibt die Zusammenarbeit in wichtigen Punkten bestehen: Der Notfalldienst oder die Sicherstellung des sogenannten Fremdkassenzahlungsausgleichs sind nur einige der weiterhin gemeinsamen Themen.

KS

Investitionsstau in den Krankenhäusern

Fast überall rückläufige Investitionen

Vom Investitionsstau in den Krankenhäusern ist landauf, landab die Rede. Aktuelle Zahlen gehen aus einer Grafik hervor, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihrem „Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009“ veröffentlicht hat.

Aus der Grafik (siehe Abbildung) geht hervor, dass es unterschiedliche Entwicklungen bezüglich der Investition von den einzelnen Sozialministerien gibt. Die neuen Bundesländer haben ihren Nachholbedarf nach der Wiedervereinigung gedeckt, sodass die Investitionen in diesen Ländern rückläufig sind. Rückläufig sind sie aber auch in den alten Bundesländern

Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen. Als rühmliche Ausnahmen fallen Hessen und Hamburg auf. Hier haben sich die Investitionskosten erhöht. Der Investitionsstau in den Krankenhäusern bleibt aber wohl dennoch bestehen.

HFS

KHG-Investitionsfördermittel der Länder 1991 / 2006 in Mio Euro

Baden-Württemberg	325,8	296,7
Bayern	664,7	452,6
Berlin	319,4	99,6
Brandenburg	210,5	113,6
Bremen	37,2	34,3
Hamburg	70,1	110,0
Hessen	182,0	285,2
Mecklenburg-Vorpommern	122,0	80,6
Niedersachsen	208,0	121,4
Nordrhein-Westfalen	649,4	472,0
Rheinland-Pfalz	133,7	118,8
Saarland	39,6	26,2
Sachsen	306,8	167,4
Sachsen-Anhalt	173,8	154,3
Schleswig-Holstein	69,0	88,6
Thüringen	129,0	127,9

Quelle: AOLG, zitiert nach DKG

Kommentar

Trost für Hoppenthaller

Nun ist es endgültig: Der Vorstand des Bayrischen Hausärzterverbandes, allen voran Herr Hoppenthaller, ist gescheitert. In einer Stellungnahme hat er zugegeben, dass zwar in einzelnen Regionen die 50%-Marke für den Austritt aus der KV geknackt worden ist. Sein hochgestecktes Ziel hat er aber nicht erreicht. Hoch gepokert und verloren! So könnte man meinen.

Sicher ist, dass das Scheitern des Korbmodells in Bayern, das bei nüchterner Betrachtung zu erwarten war, im Gesundheitswesen, aber auch im Hausärzterverband tiefe Spuren hinterlässt.

- ▶ Die Hardliner um Hoppenthaller sind die Verlierer. Die Hausärztervertreter, die via eigenständige Verträge die KV aushebeln wollen, bekommen Oberwasser. Nicht umsonst lässt sich Herr Weigeldt mit den Vertragsschließenden in Baden-Württemberg fotografieren.
- ▶ Den Ärzten geht es offensichtlich immer noch zu gut. Man möchte die Sicherheit der monatlichen Abschlagszahlung doch nicht mehrheitlich aufgeben. Der Spatz in der Hand ist eben immer noch besser als die Taube auf dem Dach.

Dennoch: Die Politik sollte gewarnt sein. Nahezu die Hälfte aller Ärzte wollte aus der KV aussteigen, obwohl sie von ihr per Gesetz mit Existenznot bedroht wurde, wenn sie dazu bereit ist. Dies sollte für die Politiker ein alarmierendes Signal sein. Wenn die Kostendämpfung so weitergeführt wird, gibt es beim Korbmodell im zweiten Anlauf ein anderes Ergebnis.

HFS

„Umsturz“ in Baden-Württemberg

Wo steht der Internist?

Jetzt ist es tatsächlich passiert: Eine wichtige, vielleicht die wichtigste Kasse, nämlich die AOK, hat einen flächendeckenden Vertrag für die hausärztliche Versorgung mit Berufsverbänden und nicht mit der KV abgeschlossen. Der bleibt nur noch ein Rest: die Notfallversorgung und die Bereinigung des eigenen Budgets. Dabei hat sie die unangenehme Frage zu verhandeln, ob die Bereinigung ihres Budgets nach dem abgeschlossenen Vertrag oder nach den seither bezahlten Honoraren abgewickelt wird. Im Klartext: Bleibt die Finanzierung des zusätzlichen Honorars beim Rest der Vertragsärzte hängen oder bezahlt dies die AOK selbst? Übernimmt die KV Baden-Württemberg bei der Budgetbereinigung die Vorgaben des Hausärztervertrages, zahlen die übrigen Ärzte, vor allem die Fachärzte die Zeche.

Interessant dürfte die Reaktion der fachärztlichen Medi-Mitglieder auf dieses Ergebnis sein: Bezahlen sie in Zukunft die Zeche für die Mehrvergütung ihre hausärztlichen Kollegen? Kann man einem hausärztlichen Internisten raten, diesem abgeschlossenen Vertrag beizutreten? Das Vergütungskonzept ist Pauschalierung hoch drei. Es gibt keine Einzelleistungsvergütung mehr, alles wird nivelliert, nach dem Motto: Hausarzt ist gleich Hausarzt, gleichgültig, wie er weitergebildet ist und welche Leistungen er tatsächlich anbietet. Es besteht die Gefahr, dass er seine internistische Kompetenz als Hausarzt nicht mehr vergütet bekommt und auf seinen dabei entstehenden Kosten sitzen bleibt. Ergo: Als Internist kann man dem Vertrag nur beitreten, wenn man seine fachliche Kompetenz endgültig aufgibt, zugeben, für eine echt gute Pauschale.

- **Der Hausarzt als Sparkommissar?** Die zweite Frage lautet: Was wird aus fachärztlich tätigen Internisten im Ländle? Die AOK zahlt in Euro und Cent mehr Geld in den hausärztlichen Bereich. Wo nimmt sie das Geld her? Wo werden die Einsparungen reali-

siert? Zunächst mal wieder bei den Arzneimitteln! Ist das in Baden-Württemberg noch möglich, ohne dass der Hausarzt zum Sparkommissar degradiert wird? Vielleicht bei den Überweisungen zum Facharzt? Bei der EDV-gestützten Analyse wird den Kassenvertretern schon auffallen, ob die Fachärzte mehr oder weniger bemüht wurden! Sicher ein Anreiz, das Geld für die Fachärzte im KV-Topf ein bisschen zu kürzen. Die Lotsenfunktion der Hausärzte wird nicht spurlos am Honorar der Fachärzte vorbeigehen, ist zu vermuten. Bleiben noch die Einweisungen ins Krankenhaus. Auch hier gibt es Einsparpotentiale. Wo sollen die techni-

schen Untersuchungen in Baden-Württemberg in Zukunft vorgenommen werden? Beim Hausarzt? Der erhält doch eine „Betreuungspauschale“. Beim Facharzt? An den sollte man aus Kostengründen besser nicht überweisen. Dem Krankenhaus? Da wird's wohl hängen bleiben, eventuell per Selbsteinweisung der Patienten. Ein Rat für die fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen zum Schluss: Sollte bei Ihnen ein Patient, der dem Vertrag beigetreten ist, ohne Überweisung auftauchen, behandeln Sie ihn einfach als Selbstzahler. Schließlich hat sich auch der Patient an Verträge zu halten.

HFS

Anzeige
109 x 50

Reform der Krankenversicherung

Klarstellungen zum Standardtarif und Basistarif

Die Reform der Krankenversicherung hat viele Fragen aufgeworfen. BDI aktuell erläutert in einem Artikel, der zuvor in der Zeitschrift „der niedergelassene Arzt“ erschienen ist, wie man sich gegenüber Basistarif-Versicherten verhalten sollte und wie abzurechnen sei.

● Basistarif

Den Basistarif gibt es bis jetzt nur im Gesetzestext (GKV-Wettbewerbs-Stärkungs-Gesetz, GKV-WSG). Kernelemente sind z.B. die Wahlmöglichkeit für alle PKV-Versicherten, die Verpflichtung der PKV, Nichtversicherte in diesem Tarif aufzunehmen und eingeschränkte Beitragshöhe und Leistungsumfang ähnlich der GKV. Eingeführt wird der Basistarif aber erst zum 1.1.2009 (Artikel 44, 46 GKV-WSG). Ganz sicher ist das aber noch nicht, da PKV-Unternehmen gegen die Einführung klagen (Verfassungsbeschwerde).

● Standardtarif

Den Standardtarif gibt es seit 1993 (Gesundheitsstrukturgesetz). Seine Kernelemente sind z.B. ebenfalls eingeschränkte Beitragshöhe und Leistungsumfang. Für Ärzte war im Jahr 2000 die Einführung des § 5b der GOÄ mit den dort angeführten Gebührensätzen die offensichtlichste Folge, daneben, dass Standardtarifversicherte im Krankenhaus nur Anspruch auf allgemeine Krankenhausbehandlung haben (keine Chefarztbehandlung). Der Standardtarif stand nur bestimmten Personengruppen offen, z.B. PKV-Versicherten ab dem 65. Lebensjahr mit mindestens 10 Jahre bestehendem PKV-Versicherungsschutz oder ab dem 55. Lebensjahr, wenn das jährliche Gesamteinkommen die Versicherungspflichtgrenze nicht überstieg.

● Modifizierter Standardtarif

Seit 1. Juli 2007 (GKV-WSG) müssen die Privaten Krankenversicherungen auch weitere Personengruppen in den Standardtarif aufnehmen. Vor allem sind dies Nichtversicherte, die der Privatversicherung zuzuordnen sind (meist Selbständige und mangels Beitragszahlung aus der PKV „entlassene“ ehemalige Versicherte). Verbunden damit ist, dass die KVen nun einen Sicherstellungsauftrag auch für

die Behandlung von Standardtarifversicherten haben und damit neue Vergütungsregelungen verbunden sind. Man spricht nun vom „modifizierten Standardtarif“.

● Behandlungspflicht

Während bisher umstritten war, ob Ärzte Standardtarifversicherte zu den abgesenkten GOÄ-Sätzen des § 5b GOÄ behandeln müssen, ist dies durch den Sicherstellungsauftrag der KV nun zumindest für Vertragsärzte entschieden. Es gilt die Behandlungspflicht zu den Sätzen des Standardtarifs.

● Abrechnung

Der wesentliche Unterschied in der Abrechnung ist aber, dass nicht gegenüber der KV abgerechnet, sondern mit GOÄ-Rechnung direkt gegenüber dem Patienten. Geradezu kurios (leider auch typisch für das Gesetzesdickicht in Deutschland) ist, dass zwar im § 75 Abs. 3a des SGB V die Vergütung für die Behandlung von Standardtarifversicherten im Rahmen des Sicherstellungsauftrags neu geregelt wurde, nicht aber der § 5b der GOÄ. Da nach § 1 der GOÄ Bundesgesetze gegenüber der GOÄ Vorrang haben, müssen nun bei der Abrechnung gegenüber Standardtarifversicherten die Sätze des § 75 Abs. 3a SGB V angewandt werden – und die sind abweichend vom § 5b der GOÄ.

● Neue Sätze zum Standardtarif

Die neuen Sätze sind nachfolgend angeführt (in Klammern die bisherigen Sätze des § 5b GOÄ). Dies sind Höchstsätze. Die Begründungsschwellen des § 5 der GOÄ gelten weiterhin. Laborleistungen oberhalb des 1,15-fachen abzurechnen müsste also begründet werden. Ärztliche Leistungen: 1,8-fach (bisher 1,7-fach) Laborleistungen und Nr. 437 GOÄ: 1,16-fach (bisher 1,1-fach) Leistungen der GOÄ-Abschnitte A, E und O: 1,38-fach (bisher 1,3-fach).

● Evtl. Widerspruch

Da die neue Regelung sich noch nicht überall herumgesprochen hat, kann Ihre Abrechnung zu den neuen, höheren Sätzen evtl. moniert werden. Weisen Sie dann auf den § 75 Abs. 3a des SGB V hin und darauf, dass nach § 1 GOÄ die GOÄ-Regelung nur dann anzuwenden ist, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes geregelt ist. Das SGB V ist ein solches Bundesgesetz, die GOÄ dagegen „nur“ eine Rechtsverordnung der Bundesregierung.

Quelle: der niedergelassene Arzt 10/2007, WPV-Verlag, Essen



Fast die Hälfte aller Arzthomepages sind mangelhaft

Homepagebetreiber müssen Informationspflichten beachten

Eine bundesweite Stichprobe der Stiftung Gesundheit hat ergeben, dass fast die Hälfte der Arzthomepages in Deutschland rechtliche Mängel aufweist. So genügt zum Beispiel bei 45,1% das Impressum nicht den Anforderungen des Telemediengesetzes bzw. fehlt völlig. Der Berufsverband Deutscher Internisten, Europas größter Facharztverband, hat für Sie daher nachfolgend die Voraussetzungen, Beispiele und die Folgen für Sie zusammengestellt.

Das Telemediengesetz (TMG) wurde mit Artikel 1 des Elektronischer-Geschäftsverkehr-Vereinheitlichungsgesetz (ELVG) verkündet. Es löst das Teledienstegesetz (TDG) sowie das Teledienstedatenschutzgesetz (TDDSG) ab, die zeitgleich mit dem Inkrafttreten des TMG am 1. März 2007 außer Kraft traten. Inhaltlich sind die bis dahin geltenden Vorschriften weitgehend unverändert geblieben.

Wer als Betreiber einer Arzthomepage die nach dem Telemediengesetz (TMG) vom 26. Februar 2007 vorgeschriebenen Informationspflichten verletzt, kann mit einem Bußgeld bis zu 50.000 Euro zur Kasse gebeten werden.

Der Anwendungsbereich des Telemediengesetzes erstreckt sich auf alle elektronischen Informations- und Kommunikationsdienste. Bei Nichteinhaltung kann eine wettbewerbsrechtliche Abmahnung erfolgen. Verbreitet der niedergelassene Arzt auf einer Homepage Informationen über sein Dienstleistungsangebot, so ist er gezwungen, die Vorgaben des TMG zu berücksichtigen.

Auf der Arzthomepage müssen zu finden sein:

- Name
Praxis-Anschrift
E-Mail-Adresse
- Bei juristischen Personen die Rechtsform
- Zuständige Aufsichtsbehörde (Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung)
- Die gesetzliche Berufsbezeichnung (Arzt), der Staat, in dem die Bezeichnung verliehen wurde
- Die für den Homepagebetreiber geltende Berufsordnung und Angabe, wie der Text für den Internetnutzer zugänglich ist
- Umsatzsteueridentifikationsnummer
- Bei Führung einer Partnerschaftsgesellschaft das Register und die Registernummer

Beispiel für ein Impressum nach § 5 TMG:

Dr. med. Rufus Nierenstein
Facharzt für Innere Medizin
Gallenstr. 13, 40212 Düsseldorf
Tel.: 0211-456789
Fax.: 0211-456788
E-Mail: info@dr-nierenstein.de

Zuständige Ärztekammer als Aufsichtsbehörde:

Ärztekammer Nordrhein www.aekno.de

Zuständige Kassenärztliche Vereinigung:

KV Nordrhein: www.kvno.de

Berufsordnung:

www.aekno.de/htmljava/c/berufsordnung.pdf

Die Berufsbezeichnung Arzt, Promotion zum Dr. der Medizin, Facharztanerkennung zum Facharzt für innere Erkrankungen wurden in Deutschland (Universität Mainz) verliehen.

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß § 27 a Umsatzsteuergesetz:
12 345 67 890

Rechtsanwälte haben hier ein Betätigungsfeld entdeckt und mahnen Homepagebetreiber ab, wenn sie entgegen den Vorschriften des TMG im Impressum einer Homepage eine Information nicht, nicht richtig oder nicht vollständig verfügbar halten. Ein Anwalt kann dann beispielsweise einen Praxisarzt zur Behebung des Fehlers auf seiner Homepage sowie zur Unterzeichnung einer strafbewährten Unterlassungserklärung und zur Überweisung der Anwaltsgebühr auffordern. Zur Vermeidung von solchen Zahlungen muss das Telemediengesetz auch von jedem Arzt, der eine Homepage betreibt, genau beachtet werden. Auf der Startseite sollten die vorgenannten Angaben über einen gut sichtbaren Link „Impressum“ zugänglich sein.

Für allgemeine Rechtsfragen steht unseren Mitgliedern die Geschäftsstelle des BDI zur Verfügung:

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden
Telefon: 0611 / 181 33 – 36
Telefax: 0611 / 181 33 – 15
info@bdi.de
www.bdi.de

Rechtsanwalt
Fachanwalt für Steuerrecht
Helge Rühl
Geschäftsführer des Berufsverbandes
Deutscher Internisten e.V.

Arbeitsgemeinschaft hausärztlich tätiger Internisten im BDI e.V. neu aufgestellt

In der Mitgliederversammlung am 17. Mai 2008 in Wiesbaden hat die Arbeitsgemeinschaft hausärztlich tätiger Internisten einen neuen Vorsitzenden gewählt. Nachdem Dr. Pinkernell nicht zur Wiederwahl zur Verfügung stand, wählte die Versammlung Dr. med. Hans-Reinhard Pies, Nettetal, einstimmig zu ihrem neuen Vorsitzenden. Ihm stehen Dr. med. Wolfgang Drossard, Kelkheim, als auch Dr. med. Heinz

Rauch, Ludwigshafen, als Stellvertreter zur Seite. Sollten Sie Interesse an der Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft hausärztlich tätiger Internisten im BDI e. V. haben oder über die Aktivitäten informiert werden wollen, reicht eine kurze E-Mail an die Geschäftsstelle des BDI, info@bdi.de, mit der Bitte um Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft. Wir wünschen dem neu gewählten Vorstand viel Erfolg und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit und danken dem bisherigen für seine jahrelange aktive Tätigkeit.

WICHTIG

- ein „Basistarif“ soll erst zum 1.1.2009 kommen. Jetzt gilt der „modifizierte Standardtarif“
- Standardtarifversicherte fallen jetzt unter den Sicherstellungsauftrag der KVen
- Die Abrechnung erfolgt aber gegenüber dem Patienten mit GOÄ-Rechnung
- Die Höchstsätze der Abrechnung bei Standardtarifversicherten sind nun höher als sie noch im Paragraphen 5b der GOÄ stehen, nämlich 1,8- bzw. 1,38 - bzw. 1,16-fach