Inhalt

- 1368 Änderung der ASV im Bereich urologischer Tumorerkrankungen
- 1369 Bitte um Meinungsäußerung: Validierungs-/QM-Angebot zu festgeschriebenen Preisen
- 1370 Influenza-Impfung in der urologischen Praxis – Was gibt es Neues?
- 1371 MFA dringend gesucht
- 1373 Wie geht es weiter nach der Rente mit den Beiträgen für die PKV
- 1375 Ihr gutes Recht

Änderung der ASV im Bereich urologischer Tumorerkrankungen

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V im Bereich der urologischen Tumorerkrankungen nimmt Fahrt auf. In keiner anderen ASV-Indikation hat die Zahl der ASV-Teams so zugelegt wie in der Urologie. Stand September 2021 sind 71 Teams registriert. Von Anfang an war die ASV in der Urologie auf komplexe Behandlungsverläufe mit multimodaler Therapie beschränkt. Die in unserem Fachgebiet häufigen Tumorerkrankungen wie das lokal begrenzte Prostatakarzinom, lokal begrenzte Nierenzellkarzinom, lokalbegrenzte Hodentumore oder die oberflächlichen Harnblasentumore waren und sind kein Inhalt der ASV. Im Wesentlichen beschränkt sich die urologische ASV auf fortgeschrittene und/oder metastasierte urologische Karzinomerkrankungen. Dabei war bisher die endokrine Therapie des Prostatakarzinoms ausdrücklich aus der ASV ausgeschlossen.

Seit 07.08.2021 gelten nun Änderungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. In der neuen Anpassung stellt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nun in den tragenden Gründen klar, dass eine endokrine Therapie nur dann ausgeschlossen ist, wenn eine weitere tumorgerichtete Behandlung parallel verläuft. Damit ist z. B. eine endokrine Therapie adjuvant zur Strahlentherapie beim lokal begrenzten pCa kein Inhalt der ASV. Im metastasierten Stadium jedoch ist die endokrine Therapie nun eindeutig Inhalt der ASV.

Auszug aus den Tragenden Gründen zur ASV vom 18.03.2021

Anlage 1.1a Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

Endokrine Behandlung

Die Streichung der Formulierung „ausgenommen eine endokrine Therapie“ dient einer Klarstellung. Endokrine Behandlungen sind nur dann von dem Behandlungsumfang der ASV ausgeschlossen, wenn es sich um adjuvante Therapien handelt. Nicht umfasst ist eine adjuvante endokrine Therapie sofern nicht andere tumorgerichtete Behandlungen parallel verabreicht werden. Im metastasierten Stadium gehören endokrine Therapien selbstverständlich zum Behandlungsumfang der ASV.

© Quelle: G-BA, Tragende Gründe vom 18.03.2021, Gültig ab 07.08.2021

Urologe 2021 · 60:1368–1377

<https://doi.org/10.1007/s00120-021-01669-4>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Redaktion

Dr. R. Zielke (V.i.S.d.P.)
BvDU-Geschäftsführer
Kantstr. 149, 10623 Berlin

Damit wird die Zahl der potentiell ASV-fähigen urologischen Tumormpatienten deutlich ansteigen.

Kolleginnen und Kollegen in der Klinik, die Mitglieder im ASV-Team sind, werden diese Patienten, die bisher fast ausschließlich in den Praxen behandelt wurden, potentiell häufiger behandeln. Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis, die im ASV-Team mitarbeiten, haben damit die Wahl, ob diese Patienten über die ASV oder die Onkologievereinbarung (OV) abgerechnet werden. Ein Vergleich ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) und Onkologievereinbarung (OV) siehe auch **Tab. 1**. Dabei ist allerdings die Einhaltung der in der OV geforderten Mindestfallzahlen zu beachten.

Für Kolleginnen und Kollegen, die bisher nicht an der Onkologievereinbarung (OV) teilnehmen können, besteht nun die Möglichkeit, durch Teilnahme an einem ASV-Team diese Patienten in Ihrer Praxis als Tumormpatienten mit den Ziffern der OV leistungsgerecht abzurechnen, da die Ziffern der OV auch in der ASV gelten. Zu beachten sind aber die Teilnahmebedingungen der ASV (Kooperationsvertrag mit Klinik, Anmeldung in ASV-Team, Teilnahme an der Tumorkonferenz und Vorstellung der Patienten in der Tumorkonferenz). In der Praxis-Software muss der Behandlungsfall als ASV-Abrechnungsschein mit der ASV-Teamnummer gekennzeichnet werden. In diesem ASV-Schein werden alle Ziffern der Behandlung eingetragen. Alle Verordnungen (Rezept, Überweisung, ect.) müssen ebenfalls mit der ASV-Teamnummer gekennzeichnet werden. Die Abrechnung erfolgt dann mit der Übermittlung der ASV-Scheine an die KVNO am Quartalsende mit der Abrechnung. Die KVNO muss mit der Abrechnung der ASV-Leistungen gegenüber den Kassen explizit beauftragt werden. Alle ASV-Leistungen werden dann in einer gesonderten Abrechnungsaufstellung von der KVNO extrabudgetär vergütet.

Fazit: Insgesamt wird die diese Änderung dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumorerkrankungen auch in Zukunft ambulant und stationär von Urologinnen und Urologen behandelt werden können.

Autor: Dr. Stephan-Odenthal

Tab. 1 Vergleich ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) und Onkologievereinbarung (OV)		
	ASV	OV
Inhalt	Fortgeschrittene Tumorstadien	Alle Tumorstadien
Voraussetzung	Kooperationsvertrag, Registrierung als ASV-Teammitglied	Medikamentöse Tumorthherapie, Beantragung bei KV
Mindestfallzahl	Nur für das Team und einen Behandler aus dem Team	Für jeden Behandler (KV spezifisch)
Kooperation	sektorübergreifend, interdisziplinär	KV-Praxen/MVZ, interdisziplinär
Zusammenarbeit	Tumorkonferenz im ASV-Team	Interdisziplinäre Fallbesprechungen, Konsile
Organisatorische Maßnahmen	24/7/365 Erreichbarkeit des ASV-Teams	24 Std. Rufbereitschaft in Kooperation
Überweisungen, Verordnungen, Rezepte	Nur über die ASV-Teamnummer	Über die KV-Nummer der Praxis/MVZ
CME-Fortbildung	Nachweis im ASV-Team	Individueller Nachweis (KV spezifisch)
Abrechnung	Direkt mit den Kassen. Alle Teammitglieder können ihre Leistungen abrechnen (evtl. Zuhilfenahme Dienstleister z. B. KV)	Quartalsweise mit KV. Nur ein Behandler kann bisher die Leistungen des OV abrechnen.
Dokumentation	Sektorübergreifende Patientenakte	Arztbrief an Hausarzt und mitbehandelnde Ärzte
Qualitätssicherung	QS-Maßnahmen nach § 115b (amb OP), § 135 (Sono, Röntgen, Endoskopie, ect.)	Stichprobe 8 % der Teilnehmer/Jahr
Budget	Alle Leistungen im Quartal extrabudgetär (s. ASV-Anhang) Zusätzlich: Ziffern OV (GOP 865xx) gelten.	Nur die Leistungen des OV extrabudgetär (GOP 865xx)
Leistungen außerhalb GKV-Katalogs	Möglich. PSMA-PET-CT nur bei PSA-Rezidiv nach kurativ intendierter Therapie bei neg. MRT-Becken	Nicht möglich
Regress	Evtl. über MDK	Evtl. über KV

Bitte um Meinungsäußerung: Validierungs-/QM-Angebot zu festgeschriebenen Preisen

Mögliche Entwicklung eines Rahmenvertrags für BvDU-Mitglieder

In verschiedenen Bundesländern ist deutlich zu spüren, dass die aufsichtführenden Behörden ihre Kontrollen hinsichtlich der Aufbereitung von Medizinprodukten verschärfen. Aus diesem Grund wollen wir als Berufsverband uns rechtzeitig und professionell darum kümmern, dass eine mögliche Begehung durch die Behörden keine zusätzliche Belastung darstellt. Deshalb haben wir uns mit Vertretern der Industrie zusammengesetzt und bitten Sie, darüber abzustimmen, ob folgende Lösung für Sie und Ihre Praxis in Frage kommen könnte.

Laut Medizinproduktebetriebsverordnung § 8 ist „die Aufbereitung von keimarmen oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten unter Berücksichtigung der Herstellerangaben mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass

1. der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist
2. die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern und Dritten nicht gefährdet wird.“

Das heißt: Sowohl die Prozesse der maschinellen als auch der manuellen Aufbereitung müssen validiert werden. Nur auf diese Weise kann eine nachweisbare Qualitätssicherung und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse erreicht und im Validierungsbericht dokumentiert werden.

Folgende Anforderungen müssen erfüllt sein:

- spezielles Sach- und Fachwissen bei den mit der Aufbereitung betrauten Personen
- Sach- und Fachwissen muss gemäß den Inhalten der Krinko/BfArM-Empfehlungen „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (Anlage 6) und dem Kolloquium der Bundesärztekammer in sogenannten Sachkundekursen geschult werden
- die Qualifikation der validierenden Personen muss der Norm DIN 58341 „Anforderungen an die Validierung von Reinigungs- und Desinfektionsverfahren“ entsprechen – unabhängig davon, ob das Verfahren rein manuell, manuell mit maschineller Unterstützung oder maschinell ist

Konkret heißt das für jede Praxis:

- Aufbau und Pflege des QM Systems mit allen Inhalten der Aufbereitung
- Erstellung der dazu notwendigen Dokumente entsprechend der geltenden Richtlinien, Gesetze und Verordnungen (Hygieneplan, Reinigungs- und Desinfektionsplan, Standardarbeits-

- anweisungen, Medizinproduktebücher, Dokumentationsbücher u. s. w.)
- Schulung des gesamten aufbereitenden Personals
- Kontrolle der Qualifikation der validierenden Personen

Dass alles bedeutet einen erheblichen Zeitaufwand für Sie und garantiert gleichzeitig nicht unbedingt einen positiven Kontrollbescheid durch die Aufsichtsbehörde!

Der BvDU schlägt seinen Mitgliedern zur Entlastung folgende Lösung vor:

Vereinbarung von unterschiedliche Validierungs-/QM-Modellen zu festgeschriebenen Preisen mit einem Kooperationspartner

Die Vorteile einer solchen Rahmenvereinbarung für Sie als BvDU-Mitglied:

- Validierungs-/QM-Modelle zu festgeschriebenen Preisen mit entsprechendem
- Sach-/Fachwissen zur Aufbereitung von Medizinprodukten
- kein Zeitaufwand für die Kontrolle der Qualifikation der Validierer/des validierenden Unternehmens
- kein Zeitaufwand für Preisvergleiche/Preisfindungen für die Validierung der Aufbereitungsprozesse

Je nach Bedarf können die BvDU-Mitglieder dann unter den Angeboten innerhalb der Rahmenvereinbarung wählen, müssen sich um die Preisgestaltung keine Gedanken mehr machen und könnten so die frei gewordene Zeit sinnvoll und wertschöpfend füllen.

Was meinen Sie? Für weitere Verhandlungen und eine Konkretisierung des Angebotes sind wir für Ihr Feedback dankbar:

Bitte teilen Sie uns bis zum 31.10.2021 Ihre Meinung mit:

- **Ja**, ich habe großes Interesse an einem solchen Angebot für Validierungs-/QM-Modelle zu festgeschriebenen Preisen mittels Rahmenvertrag für BvDU-Mitglieder
- **Nein**, ich habe kein Interesse an einem Angebot für Validierungs-/QM-Modelle zu festgeschriebenen Preisen. Ich kümmere mich selbst darum.

Das können Sie unter:

<https://www.surveymonkey.de/r/BvDU-Abstimmung>

Weitere
Informationen unter:
www.sgdu-mbh.de

Influenza-Impfung in der urologischen Praxis – Was gibt es Neues?

Mit Herbstbeginn wird neben der Corona-Impfung auch die jährliche Gripeschutz-Impfung wieder verstärkt eine Rolle in urologischen Praxen spielen.

Doch leider, bedingt auch durch die Zeit der Pandemie, ist die Bereitschaft für eine Influenza-Impfung in den letzten Jahren gesunken. So lassen sich in Deutschland pro Jahr nur

etwa 35 % der über 60-jährigen gegen die Grippe impfen. Grund genug, neben der Aufklärung zum Covid 19-Thema die Patienten verstärkt auch wieder hinsichtlich einer Influenza-Impfung zu beraten und natürlich bestenfalls zu impfen.

Influenza-Viren

Saisonale Influenza-Viren sind umhüllte Viren mit einem segmentierten RNA-Genom, die zur Familie der Orthomyxoviridae gehören. Bisher sind 3 Typen bekannt (Influenza A, B und C).

Eine höhere Morbidität (verbunden insbesondere mit schweren Krankheitsverläufen) und Mortalität wird vor allem bei folgenden Risikogruppen beobachtet:

- Senioren (≥60 Jahre)
- Schwangere
- Menschen mit chronischen Krankheiten oder mit angeborener bzw. erworbener Immundefizienz.

Impfstoffhersteller passen die verwendeten Antigene in ihren Impfstoffen zweimal pro Jahr an die aktuelle WHO-Empfehlung der zirkulierenden Influenza-Viren an (jeweils einmal jährlich für die Nord- und die Südhalbkugel). Seit November 2017 werden von der STIKO ausschließlich quadrivalente Influenza-Impfstoffe empfohlen.

Diese enthalten Antigene jeweils für Influenza A(H1N1) und A(H3N2) sowie für Influenza B(Victoria) und B(Yamagata).

Im höheren Alter ist im Allgemeinen die Wirksamkeit der Influenzaimpfstoffe reduziert, hauptsächlich durch Immunseneszenz. Zudem haben auch Effekte des immunologischen „Imprinting“ (d. h. Prägung durch frühe, zurückliegende Antigenkontakte) einen großen Einfluss auf die Immunität.

Impfstoffarten und Zulassung

Neben lebend-attenuierten Influenza-Impfstoffen (LAIV), die nur für Kinder zugelassen sind, gibt es eine Reihe inaktivierter Influenza-Impfstofftypen (Totimpfstoffe), die in Deutschland für alle Altersklassen zugelassen sind.

Insbesondere um die schwächere Immunantwort im höheren Alter durch eine stärkere Aktivierung der humoralen und zellulären Immunität zu verbessern, können Impfstoffe mit höherem Antigen-gehalt sowie auch wirkverstärkte, adjuvantierte Impfstoffe eingesetzt werden.

Der **MF-59-adjuvantierte Impfstoff** ist ein wirkverstärkter Ei-basierter Subunitimpfstoff mit einem „herkömmlichen“ Antigen-gehalt von 15 µg HA. Zugelassen ab 65 LJ.

Der **Hochdosis- Impfstoff** ist ein Ei-basierter Spaltimpfstoff, der die vierfache Menge HA-Antigen (60 µg) enthält. Zugelassen ab 65 Jahre (Zulassung ab 60.LJ 2021 erwartet).

Subunitimpfstoffe unterscheiden sich von **Spaltimpfstoffen** durch eine stärkere Anreicherung der HA- und NA-Antigene und die Abtrennung von anderen viralen Proteinen und der viralen RNA (HA = Hämagglutinine, NA = Neuraminidase).

In ungünstigen Fällen führt eine Vermehrung der Influenza-Viren in Hühnereiern zu Mutationen, die die Antigenität und somit die Wirksamkeit der Impfstoffe gegenüber den zirkulierenden Virustypen negativ beeinträchtigen können (Ei-Adaptation).

Weiterhin werden optimierte Zellkulturtechniken eingesetzt, die eine Vermehrung der Viren in Säugerzellen ermöglichen (**Zellkultur-basierter Impfstoff**). Zugelassen ab 9.LJ.

Die Vermehrung eines rekombinanten Baculovirusvektors in Insektenzellkulturen zur Expression des HA-Antigens der Influenza-Viren führt zu einem **rekombinanten Impfstoff**. Auch der rekombinante Impfstoff enthält eine erhöhte Menge HA-Antigen (45 µg). Zugelassen ist er ab 18.Jahre und der einzige Impfstoff, der kein NA-Antigen enthält.

Hochdosisimpfstoff

Die STIKO kommt zu dem Schluss, dass die Qualität der Evidenz für den Hochdosis-Impfstoff als hoch eingestuft werden kann (Endpunkt: Verhinderung laborbestätigter Influenza bei Personen im Alter von ≥ 60 Jahren).

Für zwei weitere Endpunkte (Verhinderung Influenza- bedingter Hospitalisierung bzw. Influenza-bedingter Hospitalisierung/ Pneumonie bei Personen im Alter von ≥ 60 Jahren durch den Hochdosis-Impfstoff) wurde die Qualität der Evidenz als sehr gering eingestuft.

Der Hochdosis-Impfstoff hat eine höhere Reaktogenität. Es sind nach Impfung häufiger (zeitlich begrenzte) Lokalreaktionen zu erwarten als bei konventionelle Influenza-Impfstoffen.

Schmerzen sind gering bis moderat ausgeprägt, systemische Nebenwirkungen (Fieber) sehr gering bis gering.

Der Hochdosis-Impfstoff hat eine klinisch relevante, verbesserte Wirksamkeit gegenüber konventionellen Influenza-Impfstoffen.

Laut STIKO-Empfehlung sollten Ärzte ihre Patienten im Alter von ≥ 60 Jahren beraten und über die bessere Wirksamkeit aber auch über die möglichen Nebenwirkungen aufklären.

Bei Schwangeren/Stillenden gibt es keine Zulassung.

Derzeit ist auf dem europäischen Markt nur ein Influenza Hochdosis-Impfstoff zugelassen. Bei einer präferenziellen Empfehlung von Hochdosis-Impfstoffen steigt somit das Risiko für Lieferengpässe. Bei einem Lieferengpass oder Nicht-Verfügbarkeit eines Hochdosis-Impfstoffes sollen ersatzweise andere inaktivierte qua-

drivalente Influenza-Impfstoffe (unabhängig vom Impfstofftyp) angewendet werden.

Fazit

Im Vergleich zu konventionellen Influenza-Impfstoffen wurde für den Influenza-Hochdosis-Impfstoff eine geringfügige, aber signifikante Überlegenheit der Impfeffektivität bei älteren Menschen nachgewiesen.

Der Hochdosis-Impfstoff zeigte zwar ein signifikant erhöhtes Risiko für Lokalreaktionen, temporäres Unwohlsein, Kopf- und Gliederschmerzen im Vergleich zu konventionellen Influenza-Impfstoffen, es wurden jedoch keine schweren Komplikationen bei der Verwendung der Impfstoffe beobachtet.

Die impfenden Ärzte sollten ihre Patienten entsprechend auf mögliche Impfreaktionen hinweisen.

Hinweise zu einem möglicherweise sehr geringfügig erhöhten Risiko für die Entwicklung eines Guillain-Barré-Syndroms nach einer Impfung müssen weiter geprüft werden. (Impfkomplikationen sind nach § 6 Abs. 1 IfSG meldepflichtig).

Quelle: Epidemiologisches Bulletin 1/2021 7. Januar 2021

Autorin: Catrin Steiniger, 01.09.2021

MFA dringend gesucht

Fachkräftemangel macht Arztpraxen zu schaffen

Jede zweite Praxis suchte 2019 und 2020 Personal – Bei einem Großteil blieb die Suche erfolglos, zeigen Ergebnisse einer Zi-Umfrage. Vor allem an qualifizierten MFA mangelt es auf dem Arbeitsmarkt. Das hat Folgen für die ambulante Versorgung.

Berlin. Seit Jahren wird über den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen diskutiert, im Fokus standen dabei aber meist Pflegeberufe sowie Ärztinnen und Ärzte. Nun tut sich eine neue Lücke auf:

Immer mehr vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen können nichtärztliche Stellen nicht mehr besetzen.

Jede zweite Praxis (50,2 %) suchte in den Jahren 2019 und 2020 nach Personal, der größte Anteil davon hielt nach Medizinischen Fachangestellten (MFA) Ausschau. So das Ergebnis einer am Dienstag veröffentlichten Sonderbefragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) im Rahmen des Zi-Praxis-Panels, an der sich fast 5300 Praxen beteiligt haben.

Es gehen keine Bewerbungen ein

Dabei gaben 46 % der Praxen an, dass sich erst gar keine Bewerberinnen und Bewerber auf ihre Stellenausschreibung meldeten. 52 % sagten zudem, dass die Bewerber, die sich meldeten, nicht ausreichend qualifiziert für den Job seien.

Besonders kritisch sehen die Praxen die Verfügbarkeit von qualifizierten MFA auf dem Arbeitsmarkt: 94 % meinen, diese sei schlecht oder gar sehr schlecht. Und auch bei technischen Assistenten geben 86 % der Praxen die Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt mit schlecht oder sehr schlecht an.

Selbst mit Blick auf die Zukunft sind die Praxen eher pessimistisch gestimmt: Über zwei Drittel erwarten auch in den Jahren 2021/22 substantielle Probleme, geeignetes Personal auf dem Arbeitsmarkt zu finden.

Hausärzte haben bei Ausbildung die Nase vorn

Und das, obwohl die Praxen selbst viel dafür tun, dass es qualifizierte MFA gibt: Mehr als die Hälfte der Vertragsarztpraxen bilden nicht-ärztliches Fachpersonal aus. Mit fast 68 % bilden Hausärzte häufiger angehende MFA aus, als ihre Facharztkollegen. Hauptgrund für die Ausbildung ist tatsächlich die Qualifizierung von Personal, das langfristig in der eigenen Praxis eingesetzt werden soll –, das zumindest sagen 78,5 %.

Dennoch sind rund ein Viertel der Praxen von der Abwanderung selbst ausgebildeten Personals betroffen. Der größte Anteil der Auszubildenden (37,3 %), der trotz Übernahmeangebot die Praxis verließ, wechselte in eine andere Arztpraxis. 18,7 % wanderten hingegen in die Klinik ab.

Bei den MFA, die schon länger in der Praxis tätig sind und kündigen sieht das Verhältnis etwas anders aus: Jeweils rund ein Fünftel orientieren sich beruflich neu oder wechseln in eine andere Praxis. Rund elf Prozent kündigen für eine Stelle in der Klinik.

Der Personalmangel wirkt sich bereits auf die Versorgungssituation in den Praxen aus: 15 % der Praxen mussten zumindest zeitweise ihr Leistungsangebot einschränken. 30 % der Praxen, die in den vergangenen zwei Jahren Personal suchten oder angestellt hatten, mussten zudem delegierbare Leistungen einschränken. Im Schnitt reduzierten die Praxen in 2019 und 2020 ihren Leistungsumfang wegen fehlendem nicht-ärztlichen Personals laut Zi um 14,1 Wochen pro Praxis.

Stellen- und Hospitationsbörse

Eine Initiative der GeSRU unterstützt durch den BvDU

ICH BIETE

ICH SUCHE

Praxis von Urologen
für Urologen!

Die meisten MFA, die auf eigenen Wunsch die Praxis verließen, waren dort erst ein bis fünf Jahre tätig. Langjährige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind demnach eher seltener wechselbereit.

Sonderleistungen eher die Regel als die Ausnahme

Die Praxen tun dabei durchaus einiges, um Personal zu halten. Knapp drei Viertel schütten Sonderzahlungen oder andere Zulagen aus. Über die Hälfte zahlt Gehälter in Anlehnung an einen Tarifvertrag, 31 % zahlen sogar über Tarif. Fast jede zweite Praxis bietet außerdem Sachleistungen wie die Erstattung von Kinderbetreuungskosten oder die private Nutzung des Praxis-PKW an.

Über zwei Drittel der Praxen nutzten auch die steuerfreie Corona-Sonderzahlung, im Schnitt wurden 856 Euro je nicht-ärztlichem Mitarbeiter pro Praxis ausgezahlt.

Der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried sieht die Hauptursache für die prekäre Situation auf dem Arbeitsmarkt denn auch eher darin, dass die Praxen bei der Personalsuche immer öfter in Konkurrenz zu Kliniken stehen. „Immer häufiger machen Krankenhäuser das Rennen um die gut ausgebildeten nicht-medizinischen Fachkräfte. Das wundert nicht, denn seit Jahren steigt der sogenannte Orientierungswert und damit der Preis pro Leistung für Krankenhäuser stärker als der für Vertragsarztpraxen.“ Zwischen 2016 und 2020 sei dieser für Krankenhäuser um 15,02 % gestiegen, für Vertragsarztpraxen lediglich um 6,96 %, rechnet er vor. Den Kliniken falle es damit leichter, höhere Gehälter zu zahlen.

Quelle: Ärztezeitung/Rebekka Höhl

Wie geht es weiter nach der Rente mit den Beiträgen für die PKV

Bereits Ende des vergangenen Jahres informierten wir Sie an dieser Stelle über die Möglichkeit einer Tarifo Optimierung bei den Beiträgen für Ihre private Krankenkasse. Dieses Angebot stieß auf reges Interesse und vielen von Ihnen konnten wir so schon ein akzeptables Angebot unterbreiten und den Wechsel zu einem günstigeren Tarif ermöglichen.

In Anbetracht der Tatsache, dass fast jeder zweite Arzt über

50 Jahre alt ist, bleibt die entsprechende Vorsorge für die Zeit nach dem Beruf weiterhin ein großes Thema für Versicherte in der PKV.

Zum einen lernt man die gute Gesundheitsversorgung zu schätzen, die im Alter noch wichtiger wird, zum anderen weiß man aber auch, dass die Beiträge für diese Leistungen regelmäßig steigen.

Der PKV-Verband spricht im Schnitt von ca. 2,8 % jährlicher Anpassung

Die Gründe dafür liegen auf der Hand: eine steigende Lebenserwartung, höhere Kosten für medizinische Leistungen, neue Medikamente und Technologien und die Tarifgemeinschaft verursachen mehr Kosten, als Beitragseinnahmen zur Verfügung stehen.

Die Richtigkeit der Auswertungen und Berechnungen Ihrer PKV wird von einem unabhängigen Treuhänder kontrolliert. Ohne seine Zustimmung darf der Versicherer seine Beiträge nicht ändern. Damit ist also eine Willkür des Versicherers ausgeschlossen.

Tarifwelt der PKV ist groß und undurchsichtig

Das liegt daran, dass das Neugeschäft der PKV hauptsächlich durch Makler realisiert wird. Diese arbeiten mit einer Vergleichssoftware, um das beste Preis-Leistungsverhältnis darzustellen. Die Beratung beschränkt sich meist auf die ersten 20 Tarife, die angezeigt werden. Tarife, die noch vor Jahren vermittelt wurden und es durch Beitragsanpassungen nicht mehr unter die TOP-20 schaffen, werden aktiv nicht mehr angezeigt und damit vermittelt. Die Versicherungsgesellschaften bringen neue Tarife auf den Markt, um wieder ein Neugeschäft durch freie Makler zu generieren. Das führt zu Tausenden von Tarifkombinationen, ein Vergleich wird fast unmöglich und ein Wechsel zu einem günstigeren Tarif scheint in weiter Ferne.

Doch er ist möglich!

Die Grundlage für den Tarifwechsel ist § 204 VVG

Seit dem 01.01.2009 haben Versicherungsnehmer nach § 204 VVG das Recht, innerhalb der Gesellschaft in einen gleichartigen Tarif zu wechseln. (Auszug) „Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser (...) Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt.“

Anders ausgedrückt: Sie haben das Recht, jederzeit **innerhalb Ihres Versicherungsunternehmens** in einen **gleichartigen** Versicherungsschutz (mit gleichen Leistungen) zu wechseln.

© Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) nach Daten von BMG, BVA und PKV-Verband

Und das können Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung und unter Mitnahme der gebildeten Altersrückstellungen!

Für die Versicherungsgesellschaften gibt es jedoch keine Vorschrift, von sich aus oder auf Nachfrage den tatsächlich besten Tarif dem Kunden anzubieten. Für einen Laien ist es schwierig, den richtigen Tarif zu finden, ohne versteckte Leistungskürzungen zu vermeiden.

Diese Problematik betrifft alle Krankenversicherungsgesellschaften und auch alle Arten von Altverträgen. Es empfiehlt sich deshalb, Ihren Vertrag einer individuellen Prüfung zu unterziehen.

Die Mehrwert onTop GmbH hat sich auf dieses Gebiet spezialisiert.

Sie realisiert für ihre Mandanten im Schnitt jährliche Einsparungen in Höhe von über 3500,00 €. Dafür müssen Sie nicht Ihre Versicherung wechseln.

Wir beraten Sie gern und suchen für Sie den besten Tarif!

Sie zahlen ein Honorar in Abhängigkeit vom Einsparbetrag erst bei einem tatsächlich erfolgten Wechsel in eine beitragsreduzierte Tarifvariante mit gleichartigen Leistungen. Unsere Agentur ist ein unabhängiges Dienstleistungsunternehmen in der Versicherungswirtschaft – für uns die beste Ausgangslage, um objektiv für Sie den optimalen Tarifwechsel innerhalb Ihrer Versicherungsgesellschaft zu ermitteln und umzustellen.

Sonderkonditionen für BvDU-Mitglieder

Wir beraten Sie gerne und beantworten Ihnen die Fragen zu den Details eines Tarifwechsels.

Erst wenn Sie mit unserer Dienstleistung vollständig zufrieden sind, bieten wir Ihnen die kostenpflichtige Umsetzung der erstellten Expertise an.

Unsere individuelle Vergütung setzt sich aus der Jahresprämienersparnis zusammen, welche sich aus der Differenz des alten bestehenden Zahlbeitrages und dem neu angeforderten und vom Mandanten abgeschlossenen Zahlbeitrages zzgl. der gesetzlichen Mehrwertwertsteuer bemisst.

Diese Vergütung ist einmalig.

Speziell für BvDU-Mitglieder bieten wir Sonderkonditionen an, welche im Schnitt eine **Honorar-Ersparnis von ca. 350,00 €** ergeben.

Autor: Florindo Covelli, Geschäftsführer Mehrwert onTop GmbH,
www.mehrwertontop.de

Die Nr. 1 für Mediziner in Deutschland!

Tel: 02102-552 94 94

Fax: 02102-552 94 99

E-Mail: bvdu@mehrwertontop.de

web: www.mehrwertontop.de

**WISSEN,
DAS WEITERBRINGT.
FORTBILDUNGEN FÜR
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE**

www.mfawissen.de

**Die Plattform für das ganze Team
in Klinik & Praxis**

Ihr gutes Recht

Vorsicht bei Geschäften mit PatientInnen

Die Behandlung durch die Ärztin oder den Arzt wird durch das Honorar abgegolten, was sich § 630a Abs. 1 BGB aber auch § 12 der (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO) entnehmen lässt. Es mag sich aber außerhalb dessen einmal ergeben, dass ÄrztInnen

Geschäfte mit ihren PatientInnen abschließen. Dabei ist Vorsicht geboten. Denn ein solches Geschäft kann gegen § 32 Abs. 1 MBO verstoßen mit der Folge, dass es nichtig ist und der vom Patienten erhaltene Vorteil als „unerlaubte Zuwendung“ auf dessen Verlangen zurückgegeben werden muss. Auch berufsrechtliche Sanktionen der Ärztekammern oder Heilberufsgerichte können die Folge sein.

§ 32 Abs. 1 Satz 1 MBO

Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Vergleichbare Regelungen zu dieser Vorschrift finden sich in allen Berufsordnungen der Länder.

Der Fall

Das Berufsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Berlin hatte im April dieses Jahres über einen Fall zu entscheiden (Urteil vom 30.04.2021, Az. 90 K 6.19 T), in dem ein Arzt ein Grundstück seiner langjährigen Patientin erworben hatte. Da Voraussetzung für die Annahme einer „unerlaubten Zuwendung“ im Sinne des § 32 Abs. 1 MBO ist, dass dem Behandler oder der Behandlerin ein wirtschaftlicher Vorteil aus dem Geschäft erwächst, sah das Gericht den Grundstückskauf im Fall als nicht berufsrechtswidrig an. Denn der Arzt zahlte seiner Patientin einen angemessenen Preis.

Die Patientin war über sechzehn Jahre beim beschuldigten Arzt in hausärztlicher Behandlung, ehe sie in eine Seniorenresidenz umzog. Durch ihren Bevollmächtigten bot sie daher ihr Berliner Hausgrundstück zu einem Kaufpreis von 250.000,- EUR am Markt an. Nach Ansicht ihres Bevollmächtigten war dieser Preis wegen der Renovierungsbedürftigkeit des Hauses angemessen. Lediglich der Beschuldigte sowie ein Grundstücksnachbar, der das Verhalten des Arztes schließlich bei der Berliner Ärztekammer zur Anzeige brachte, interessierten sich für das Objekt. Dabei hatte der Nachbar ein besonderes persönliches Interesse am Erwerb des Grundstücks, da seine Mutter dort wohnen sollte. Aus diesem Grund bot er mehr als den vorgeschlagenen Preis für das Grundstück an und war bereit,

es zu einem Preis von 300.000,- EUR zu erwerben. Gleichwohl entschied sich die Patientin, an ihren Arzt zu verkaufen.

Die angerufene Ärztekammer folgte der Darstellung des Nachbarn, dass der beschuldigte Arzt die Weiterbehandlung von dem Kauf abhängig gemacht hätte, nicht. Trotzdem eröffnete der Kammervorstand das berufsgerichtliche Verfahren gegen den Arzt und stellte sich auf den Standpunkt, der vom Arzt erlangte wirtschaftliche Vorteil läge in der Möglichkeit, das Grundstück von seiner Patientin zu erwerben und trotz eines höheren Angebots als Käufer ausgewählt zu werden. Dass der Arzt das Grundstück unter dem am Markt erzielbaren Preis von 300.000,- EUR erworben habe, hielt er hingegen zuletzt für unbeachtlich. Das Berufsgericht ging hingegen nicht von einem Verstoß gegen § 32 Abs. 1 BO aus und sprach den Beschuldigten frei.

Im Berufsrecht rein wirtschaftliche Betrachtungsweise geboten

Das Gericht argumentierte mit dem Unterschied zwischen dem berufsrechtlichen Verbot der Vorteilsannahme und der strafrechtlichen Regelung zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen nach § 299a StGB. Es neigte dabei deutlich der Auffassung zu, dass – anders als im Strafrecht – im Berufsrecht eine rein wirtschaftliche Betrachtungsweise geboten sei. Dagegen gehe das Strafrecht über die berufsrechtlichen Wertungen hinaus und lasse als tatbestandsmäßigen Vorteil auch einen immateriellen Vorteil (Einladung zu einem Kongress, Verleihung eines Ehrenamtes o. ä.) genügen. Im zu entscheidenden Fall habe es an dem für das Berufsrecht relevanten wirtschaftlichen Vorteil gefehlt, denn der Arzt habe das Grundstück jedenfalls nicht unter dessen wirtschaftlichem Wert erworben.

Voraussetzung des Zusammenhangs mit der Berufsausübung

Zudem habe es nach Auffassung des Gerichts an der zweiten Voraussetzung für einen Berufsrechtsverstoß gefehlt: dem Zusammenhang mit der Berufsausübung. Ein solcher Zusammenhang liegt nach § 32 Abs. 1 Satz 1 MBO dann vor, wenn durch die Annahme eines Vorteils der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Dafür ist es nach Ansicht des angerufenen Gerichts ausreichend, wenn in der Vorstellung eines objektiven Beobachters Zweifel daran entstehen, ob angesichts des Geschenks oder einer sonstigen Zuwendung die Wahrung der Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung gewährleistet ist. Die Wahrung der Integrität der Ärzteschaft gehe dabei aber nicht so weit, dass jegliche abstrakte Verbindung von ärztlichem Behandlungsverhältnis und nichtärztlicher Geschäftsbeziehung untersagt werde. Geschäfte lediglich bei Gelegenheit der ärztlichen Berufstätigkeit, also außerhalb des ärztlichen Behandlungsvertrages, könnten keine Zweifel an der Neutralität der Entscheidungsfindung des Arztes erwecken.

Autorin: Rechtsanwältin Dr. Sophia Gluth,
D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Berlin, www.db-law.de

In Klinik und Praxis

Die Zukunft der Urologie gestalten!

Medizinische Qualität. Wirtschaftlicher Erfolg.

**Mitglied werden
im Berufsverband!**

Mehr Informationen unter: www.urologie-gestalten.de

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.
Kantstraße 149 | 10623 Berlin | +49 (0)30 887 22 55-0

Veranstaltungsübersicht BvDU & SgDU

Wichtige Hinweise zu unseren Veranstaltungen

Unsere Veranstaltungen finden selbstverständlich unter Berücksichtigung der geltenden Hygienevorschriften statt. Im Einzelfall kann dies zu einer Begrenzung der Teilnehmerzahl führen. Wenn möglich, bieten wir derzeit als Präsenzveranstaltung geplante Seminare digital, z. B. als Webinare, an. Zum Teil kann es aber ebenso zu Terminverschiebungen kommen. Wir informieren Sie natürlich rechtzeitig über mögliche Änderungen – vielen Dank für Ihr Verständnis!

2021

Oktober

19.10.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Brandenburg

21.10.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Baden-Württemberg

23.10.2021
Essen
09:00–18:00 Uhr
Zertifizierter Grundkurs Impfen
CME-Punkte beantragt

26.10.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Schleswig-Holstein

27.10.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Rheinland-Pfalz

28.10.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – nie richtig genutzt
KV-Bereich Nordrhein

November

02.11.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Sachsen

04.11.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Hessen

05.–06.11.2021
Stuttgart
ganztägig
MFAWissen: Qualifizierungskurs zur Hygiene und der Aufbereitung von Medizinprodukten

06.11.2021
Frankfurt/Main
13.30–18.00 Uhr
Zertifiziertes Grundlagentraining Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
CME-Punkte werden beantragt

09.11.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Thüringen

11.11.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Saarland

12.–13.11.2021
Neumünster
ganztägig
Urologische Tumorthherapie
Schleswig-Holstein
CME-Punkte werden beantragt

13.11.2021
Online
10.00–15.30 Uhr
Zertifiziertes Live-Webinar: Impfundgrundlagen für die urologische Praxis
CME-Punkte werden beantragt

16.11.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Niedersachsen

19.–20.11.2021
Online
6. Urologisches Herbstforum
CME-Punkte werden beantragt

23.11.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Sachsen-Anhalt

26.–27.11.2021
Halle
ganztägig
Praxisgründungsseminar

27.11.2021
Online
13.30–18.00 Uhr
Zertifiziertes Live-Webinar: Grundlagentraining Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
CME-Punkte werden beantragt

30.11.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Hamburg

Dezember

07.12.2021
Webinar
19.00–19.30 Uhr
Vorsorgen – Alter Hut – trotzdem nie richtig genutzt | KV-Bereich Bremen

2022

Januar

22.–23.01.2022
Hannover
ganztägig
Praxisgründungsseminar

Februar

19.–20.02.2022
Neu-Ulm
ganztägig
Praxisgründungsseminar

März

04.–05. März 2022
Leipzig
ganztägig
7. Urologisches Frühjahrsforum
CME-Punkte werden beantragt

26.–27.03.2022
Bad Nauheim
ganztägig
Praxisgründungsseminar

Juni

10.–11.06.2022
Hamburg
ganztägig
13. Urologisches Sommerforum
CME-Punkte werden beantragt

Sie möchten eine Veranstaltung durchführen oder zertifizieren lassen? Sprechen Sie uns an, wir helfen gerne weiter.

Boris Rogowski
Tel: 030 887 22 55-1
E-Mail: rogowski@sgdu-mbh.de,
www.sgdu-mbh.de

Anmeldungen unter www.sgdu-mbh.de/veranstaltungen oder diesem QR-Code