



WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN

Wer seinen Assistenzarzt liebt, der gibt?

Ein frustrierter Erfahrungsbericht eines angehenden Hausarztes über die Kuriositäten des „Intensivprogramms Allgemeinmedizin“, kurz IPAM

Was ist eigentlich IPAM? Das fragte ich mich, als ich nach drei Jahren assistenzärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus beschloss, die ausstehende Weiterbildungszeit im ambulanten Sektor anzutreten. Ein Jahr Chirurgie/Orthopädie (optional ambulant) und eineinhalb Jahre Allgemeinmedizin (Pflicht ambulant) waren auf dem Weg zum Hausarzt noch abzuleisten.

Innerhalb kürzester Zeit erhielt ich mehrere feste Jobangebote. Die jeweilige Praxis bekommt mich schließlich preisgünstig, denn ich erhalte ja Geld aus dem IPAM. Das Programm ermöglicht es dem Weiterbildungsassistenten und der Weiterbildungspraxis, Fördergelder über die Kassenärztliche Vereini-

gung (KV) zu beantragen. Diese, so las ich auf der Webseite der Ärztekammer Berlin, werden zur Hälfte von der KV und zur anderen Hälfte von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt.

Über das Kleingedruckte des Knebelvertrages – Verzeihung, Förderantrages, wie etwa: regelmäßig alles haarklein nachweisen, Vorbehalte der Rückforderung, wenn man nach der Facharztprüfung innerhalb bestimmter Zeit ins Ausland geht – sah ich zunächst optimistisch hinweg. Dann bin ich wohl vorübergehend „KV-Eigentum“. Interessiert las ich nun weiter auf der Webseite: „Für den ambulanten Bereich wird der Förderbetrag [...] auf 3 500 Euro erhöht. Dieser Betrag sollte durch die Weiterbildungsstätte auf die im Krankenhaus übliche, in der Regel tarifvertragliche Vergütung, angehoben werden.“

So langsam kam ich ins Grübeln: Der angehende Allgemeinarzt ist, wie ich, typischerweise, wenn er in

die ambulante Weiterbildung geht, im dritten oder vierten Jahr der Weiterbildung. Im Krankenhaus liegt sein monatliches Tarifgehalt entsprechend bei circa 4 500 Euro – ohne Dienste. Im Klartext: Die Differenz zwischen der IPAM-Förderung zum Tarifgehalt im Krankenhaus beträgt im Schnitt 1 000 Euro monatlich. Und darüber soll ich jetzt mit meinem zukünftigen Arbeitgeber in der Praxis verhandeln?

Eine freundliche Dame bei der KV Berlin erklärte mir, dass nun alles von meinem Verhandlungsgeschick abhängt. Außerdem könne ich mir ja vorher überlegen, ob ich mit der Fördersumme auskäme, falls die Verhandlungen scheiterten. Überhaupt solle ich mich doch bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschweren und am besten auch noch beim GKV-Spitzenverband. Den Spaß ließ ich mir nicht nehmen. Ein freundlicher Mensch bei der KBV sagte mir, er kenne das Problem, aber ihm seien

RECHTSREPORT

Definition einer Aufbaupraxis

Eine Aufbaupraxis liegt nicht vor, wenn in die bereits länger bestehende Praxis ein weiterer Arzt eintritt, der Standort der Praxis verlegt wird oder für qualitätsgesicherte Leistungen Abrechnungsgenehmigungen erteilt werden. Eine Berufsausübungsgemeinschaft kann sich nicht durch Aufnahme eines weiteren Partners verjüngen und so die Eigenschaft als Aufbaupraxis länger als fünf Jahre oder gar durch regelmäßige Neueintritte junger Partner fortwährend behalten. Dies hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden.

Die klagende Berufsausübungsgemeinschaft begehrt eine höhere Bemessung ihres

Regelleistungsvolumen für das Quartal III /2009. Die Praxis bestand 2004 zunächst aus zwei Radiologen, 2008 kam eine weitere Ärztin hinzu. 2009 wurde die Praxis aufgrund einer Sitzungsverlegung an einem neuen Ort im Planungsbereich eröffnet und erhielt Abrechnungsgenehmigungen für CT, MRT und MR-Angiographieleistungen.

Nach Auffassung des BSG handelt es sich vorliegend nicht um eine Aufbaupraxis. Allerdings müssen unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben, den Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dies erfordert nicht die Möglichkeit kontinuierlicher Steigerung, sondern es kommt auf das Ergebnis, die

Möglichkeit, den Durchschnittsumsatz zu erreichen, an. Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz müssen nicht von jeder Begrenzung des Honorarwachstums verschont werden. Dem genügt nach Auffassung des Gerichts die seit 2009 geltende Honorarregelung, wonach sich Fallzahlerhöhungen erst ein Jahr später für das Regelleistungsvolumen auswirken; dieses Jahresmoratorium ist nicht generell unverhältnismäßig, denn geringe Fallzahlen können – wie im vorliegenden Fall – auch auf der unternehmerischen Entscheidung des Vertragsarztes beruhen, nur im geringen Umfang vertragsärztlich tätig zu sein (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, B6 KA 44/12R).

RAin Barbara Berner

die Hände gebunden. Schließlich seien allein bei den Verhandlungen über die Anhebung der Fördersumme alle Beteiligten „mehrfach über ihren Schatten gesprungen“. Auf eine Antwort des GKV-Spitzenver-

ten seien zu arm. In Baden-Württemberg oder Thüringen vielleicht... Aber was kann eigentlich die weiterbildende Praxis dafür? Man sollte entweder die Fördergelder entsprechend der Berufsjahre nach zum

Ärzte in die Wirtschaft oder nach Skandinavien gehen? Ist es billiger, Sprachkurse für Ärzte zu subventionieren, die kein Deutsch können?

Bis diese Fragen beantwortet sind, bewaffe ich mich schon einmal mit ein paar Norwegisch- und Schwedisch-Vokabeln. Denn die Skandinavier vergüten ihre Ärzte fair, ohne dass sie darum betteln müssen. Die neueste Meldung aus der KV Berlin lautete übrigens, man müsse sich jetzt frühzeitig für die Fördergelder bewerben, sonst seien diese gegebenenfalls „vorübergehend erschöpft“. Man solle sich ohnehin immer vorsichtshalber arbeitslos melden. Ich denke derweil weiter über das Auswandern nach. Das bisschen IPAM kann ich zur Not von meinem norwegischen Gehalt zurückzahlen. Aber dafür muss mich die KV dort erst einmal finden. ■

Dr. med. Ralf von Seckendorff

Eine freundliche Dame bei der KV Berlin erklärte mir, dass nun alles von meinem Verhandlungsgeschick abhängt.

bandes wartete ich monatelang vergeblich.

So liegt der Schwarze Peter letztlich beim Praxisinhaber, den ich jetzt fragen soll, ob er aus Mitleid noch ein paar hundert Euro mehr pro Monat zahlt. Das ist peinlich. Schließlich bin ich auf die Weiterbildung im ambulanten Bereich angewiesen. Ich habe keine Wahl, geschweige denn eine Verhandlungsgrundlage. Die Kollegen sagen mir jetzt schon, in Berlin könne ich zusätzliches Geld vergessen. Die Pra-

Beispiel Marburger-Bund-Tarif erhöhen oder die Praxen so vergüten, dass sie den Assistenzarzt zumindest annähernd auf Krankenhausniveau bezahlen können. Ich werde nun die Arztpraxen, in denen ich mich bewerbe, um Gnade bitten, und frage mich, ob der Ärztemangel erst noch schlimmer werden muss. Über wie viele Schatten müssen wir noch springen, bis wir erkennen, dass Wertschätzung auch etwas mit angemessener Bezahlung zu tun hat? Wollen wir warten, bis noch mehr

GOÄ-RATGEBER

Früherkennungsuntersuchungen und Hautkrebs-Screening

Angelehnt an die nach den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien beziehungsweise den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen vorgesehenen Untersuchungen enthält auch die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit den Nrn. 27 bis 29 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Dies ist einerseits die Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut nach der Nummer 27 GOÄ beziehungsweise die Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut nach der Nummer 28 GOÄ und andererseits die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen – einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinisch orientierter Beratung nach der Nummer 29 GOÄ. Die nach den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen sollen sich dabei insbesondere auf die Früherkennung von Herz-Kreis-

lauf-Erkrankungen und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus erstrecken und zur Früherkennung der betreffenden Krankheiten die jeweils relevanten Risikofaktoren einbeziehen. Da sich somit die Gesundheitsuntersuchung auf andere Inhalte als die Krebsfrüherkennungsuntersuchung bezieht, kann nach der Kommentierung von Brück et al. (2013, Deutscher Ärzte-Verlag) die GOÄ-Nummer 29 in einer Sitzung durchaus mit der Nummer 27 GOÄ oder 28 GOÄ kombiniert werden.

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs, das sogenannte Hautkrebs-Screening, kann regelmäßig den Nrn. 1 oder 3 für die Beratung und 7 für die vollständige körperliche Untersuchung des Hautorgans zugeordnet werden (DÄ, Heft 40/2009). Beratung und vollständige körperliche Untersuchung sind als Teilleistungen jedoch in den weitergehenden Früherkennungsuntersuchungen nach den Nrn. 27 bis 29 GOÄ bereits enthalten, so dass für das Hautkrebs-Screening keine weiteren Gebührenpositionen mehr angesetzt werden können, wenn diese Leistungen in einer Sitzung erbracht werden. Um den zusätzlichen Aufwand für das Hautkrebs-Screening adäquat berücksichtigen zu können, hat der Ausschuss

„Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer deshalb eine Abrechnungsempfehlung beschlossen und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 19/2012, veröffentlicht. Danach kann der zeitliche Mehraufwand aufgrund der kombinierten Beratungsleistung über einen erhöhten Gebührensatz berücksichtigt werden. Sofern im Rahmen des Hautkrebs-Screenings eine Auflichtmikroskopie der Haut oder eine videogestützte Untersuchung und Dokumentation von Muttermalen durchgeführt werden muss, kann hierfür die Nr. 750 GOÄ beziehungsweise die Nr. 612 GOÄ analog zusätzlich abgerechnet werden.

Schließlich ist im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen zu beachten, dass die Nrn. 27 bis 29 GOÄ nicht mit zeitlichen Abrechnungsbeschränkungen versehen sind. Allerdings orientieren sich viele Krankenversicherungen und Beihilfestellen im Hinblick auf Untersuchungsumfang und -intervall an den für die gesetzliche Krankenversicherung maßgeblichen Richtlinien des G-BA. Sofern ein Patient aus Sicherheitsbedürfnis kürzere Untersuchungsintervalle wünscht, sorgt ein entsprechender Hinweis, dass eine Kostenübernahme gegebenenfalls nicht gewährleistet ist und eine Rücksprache mit der Krankenversicherung empfohlen wird, für die nötige Rechtssicherheit.

Dipl.-Verw. Wiss. Martin Ulmer