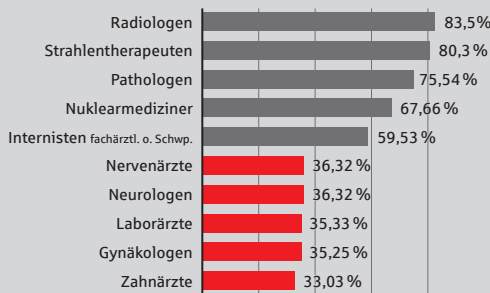


Kündigung für Maskenverweigerer

Beschäftigte im Dienstleistungsbereich mit direktem Kundenkontakt sind auf Anordnung des Arbeitgebers verpflichtet, einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) zu tragen. Bei strikter Weigerung ist eine Kündigung rechtmäßig. Dies geht aus einem Urteil des Arbeitsgerichts Cottbus vom 17.6.2021 hervor (Az. 11 Ca 10390/20). Im konkreten Fall hatte sich eine angestellte Logopädin geweigert, bei Therapiestunden eine Maske zu tragen. Das Angebot des Arbeitgebers, unterschiedliche Masken auszuprobieren und häufigere Pausen einlegen zu dürfen, lehnte sie ab. Ihre Klage gegen die daraufhin erfolgte ordentliche Kündigung blieb trotz zweier Atteste zur Befreiung von der Maskenpflicht ohne Erfolg. Das Gericht stufte die Atteste, die keine nähere medizinische Begründung enthielten, als nicht glaubhaft ein. Die Rechtmäßigkeit der Kündigung wurde auch damit begründet, dass es in der Praxis keine alternative Beschäftigungsmöglichkeit für die MNS-Verweigerin gab.

BAG-Kooperationsgrad nach Fachgruppen 2020: Top Five und Bottom Five



Quelle: ATLAS MEDICUS® Infodienst 2021 Grafik: REBMANN RESEARCH

Gerätebedarf beeinflusst Kooperationsentscheidung

Im niedergelassenen Bereich liegen Kooperationen und größere Praxisstrukturen im Trend. Der genauere Blick auf die einzelnen Fachgruppen zeigt jedoch, dass die Kooperationsbereitschaft in Form von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Dies geht aus einer Auswertung der Daten von 19 Fachgruppen aus der Heilberufedatenbank ATLAS MEDICUS® für das Jahr 2020 hervor. Unter den Fachbereichen, die bevorzugt einer gemeinschaftlichen Berufsausübung nachgehen, liegen die Radiologen mit knapp 84 % auf Platz eins, gefolgt von den Strahlentherapeuten, Pathologen, Nuklearmediziner und fachärztlichen Internisten. Einzelpraxen hingegen sind mit einem Anteil von rund 77 % vor allem bei den Zahnärzten beliebt. Auch Gynäkologen, Labormediziner, Nervenärzte und Neurologen bevorzugen – zumindest in der statistischen Durchschnittsbetrachtung – die Tätigkeit in einer Einzelpraxis. Die anderen untersuchten Fachgruppen liegen mit einem BAG-Kooperationsgrad zwischen knapp 38% und rund 53 % im Mittelfeld.

Der hohe durchschnittliche BAG-Kooperationsgrad bei den Top Five erschließt sich vor allem aus wirtschaftlicher Sicht. Insbesondere die vier erstgenannten Fachgruppen charakterisieren sich durch einen ausgesprochen hohen Investitionsbedarf bei der medizinisch-technischen Ausstattung. BAG tragen in diesen Fachgebieten dazu bei, das Investitionsrisiko zu reduzieren, und sorgen für eine bessere Auslastung der Geräte. Kooperationen ermöglichen jedoch auch flexible Arbeitszeitmodelle sowie das Arbeiten im Team – Faktoren, die für die nachrückende

Ärztegeneration von großer Bedeutung sind. Insgesamt lässt sich deshalb im gesamten niedergelassenen Bereich ein Trend zu größeren Praxisstrukturen erkennen. So arbeiten selbst Einzelpraxisinhaber immer häufiger mit angestellten Ärzten, während die Zahl der reinen Einzelkämpfer Jahr für Jahr sinkt.

Jobsharing: Das gilt es zu beachten

Das sogenannte Jobsharing bietet Ärzten derselben Fachrichtung die Möglichkeit, sich bei gemeinsamer Nutzung der Praxisinfrastruktur (Räume und Personal) einen Vertragsarztsitz zu teilen. Dabei gibt es grundsätzlich zwei Gestaltungsalternativen: Die gleichberechtigte Kooperation in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder die Anstellung des Juniorpartners (vgl. Infobox). Der Expansion der ärztlichen Leistungen in der Praxis sind in beiden Fällen allerdings klare Grenzen gesetzt. So darf der zum Zeitpunkt der Antragsstellung gegebene Leistungsumfang (Basis sind die vorliegenden letzten vier Abrechnungsbescheide) nur um maximal 3 % überschritten werden. Die genaue Art der Leistungen ist jedoch nicht festgeschrieben. Eine Abrechnungsgenehmigung vorausgesetzt, dürfen die Juniorpartner auch qualitätsgesicherte Leistungen anbieten, die bislang nicht Bestandteil des Leistungsangebots der Praxis waren. Das Jobsharing erfordert eine Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Je nach Gestaltung ist hierfür neben anderen Unterlagen entweder die Vorlage eines BAG- oder Anstellungsvertrags erforderlich.

Ärzte sollten im Vorfeld einer Jobsharingentscheidung nicht nur detaillierte Informationen zu den Voraussetzungen und Regelungen bei ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einholen, sondern auch eine qualifizierte Beratung in Erwägung ziehen. Bei unsachgemäßer Gestaltung des Kooperationsmodells können steuerliche Nachteile drohen – insbesondere dann, wenn der Juniorpartner nicht regelmäßig durch den Seniorpartner angeleitet und beaufsichtigt wird. Das Job-Sharing bietet nicht nur eine Option, in gesperrten Planungsbereichen tätig zu sein, sondern ermöglicht auch, das Arbeitsvolumen an bestimmte Lebensphasen und -situationen anzupassen. Das Kooperationsmodell dient zudem als optimale Vorbereitung der Praxisübergabe. Dabei profitieren Senior- wie Juniorpartner gleichermaßen.

Gestaltungsalternativen beim Jobsharing

- **BAG:** Der hinzukommende Juniorpartner erhält eine eigene Zulassung und ist somit auf dem Praxisschild und Briefkopf aufzuführen. Hinsichtlich der wirtschaftlichen Verantwortung des Juniorpartners gelten die für die BAG maßgeblichen Regelungen. Die Zulassung ist an die BAG gebunden und gilt nur, solange beide Jobsharingpartner gemeinsam in der Praxis tätig sind. Bezüglich der Arbeitsaufteilung bestehen keine Vorgaben. Nach fünfjähriger oder längerer Zusammenarbeit wird der Juniorpartner bei Rückgabe der Zulassung des Partners im Fall einer Nachbesetzung bevorzugt behandelt. Bei Entsperrung des Planungsbereichs oder nach zehnjähriger Zusammenarbeit erfolgt eine Umwandlung der beschränkten Zulassung in eine unbeschränkte Zulassung.
- **Anstellung:** Der Juniorpartner erhält keine eigene Zulassung und erscheint somit weder auf dem Praxisschild noch auf dem Briefkopf. Verordnungen sind vom Angestellten mit eigenem Namen unter Angabe der Facharztbezeichnung zu signieren. Als Stempel dient der Praxisstempel des Praxisinhabers.

Keine Niederlassung ohne Berufshaftpflichtversicherung!

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), das im Juli 2021 in Kraft getreten ist, wird das Zulassungsverfahren weiter verkompliziert. Künftig müssen niederlassungswillige Ärzte bereits mit dem Zulassungsantrag eine Arzthaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe gegenüber dem Zulassungsausschuss nachweisen (§ 95 e SGB V). Die Verpflichtung zur Vorlage der Versicherungsbescheinigung gilt zudem bei Antrag auf ärztliche Ermächtigung, Anstellung oder Arbeitszeitreduzierung. Daneben kann der Zulassungsausschuss auch außerhalb der Antragsstellung einen Versicherungsnachweis fordern. Von der Nachweispflicht ausgenommen sind lediglich Weiterbildungsassistenten und ermächtigte Einrichtungen. Für Einzelpraxen liegt die Mindestversicherungssumme derzeit bei 3 Mio. € für Personen- und Sachschäden je Versicherungsfall. Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) müssen mindestens in Höhe von 5 Mio. € versichert sein. Liegt keine oder eine

nur unzureichende Arzthaftpflichtversicherung vor, kann der Zulassungsausschuss die Zulassung ruhen lassen. Reicht der Arzt den Nachweis über die Versicherung nach, wird die Erlaubnis zur vertragsärztlichen Tätigkeit reaktiviert. Kommt der Leistungserbringer seiner Nachweispflicht innerhalb von zwei Jahren nicht nach, wird die Zulassung entzogen. Die Zulassungsausschüsse sind aufgefordert, den Versicherungsschutz bei allen Vertragsärzten bis zum 20. Juli 2023 zu überprüfen. Etwaige Verstöße sind dann durch den Zulassungsausschuss an die Ärztekammer zu melden.

Zwar wurden die Mindestversicherungssummen für die verschiedenen ambulanten Versorgungsformen definiert, allerdings bleibt bislang offen, ob eine einrichtungsübergreifende Versicherung in Form einer Gesamtbescheinigung möglich ist oder ob eine Versicherung pro Standort erfolgen muss. Zudem muss Einheitlichkeit in den formalen Anforderungen auf KV-Ebene gegeben sein. Insbesondere im Rahmen des Zulassungsverfahrens sind diese von zentraler Bedeutung. Zu diesem Zweck stehen Gesamtverband der Versicherungswirtschaft, Kassenärztliche Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Austausch.

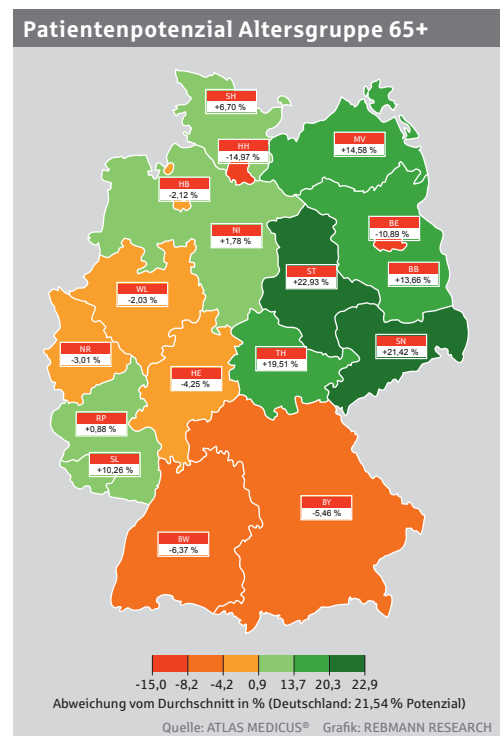
Altersmedizin in Deutschland: Wo liegt das Potenzial am höchsten?

Deutschlands Bevölkerung wird immer älter. Für den Zeitraum 2020 bis 2035 prognostiziert das Statistische Bundesamt einen Anstieg der Bevölkerungsgruppe 67+ um 22% auf 20 Mio. Einwohner. Bundesweit befinden sich gegenwärtig durchschnittlich rund 21% der Bevölkerung im Rentenalter von über 65 Jahren. Bei der Altersstruktur gibt es jedoch je nach KV-Region zum Teil erhebliche Abweichungen. Wie eine aktuelle Auswertung des ATLAS MEDICUS®-Marktatlases zeigt, gilt dies auch für die Bevölkerungsgruppe der Senioren im Rentenalter ab 65 Jahren (vgl. Abb.).

Da das Alter der Bevölkerung direkte Auswirkungen auf die Morbidität und damit den Behandlungsbedarf hat, beeinflusst die Überalterung auch das Leistungsgeschehen in der Gesundheitsversorgung. Insbesondere für

Arztpraxen, die aufgrund der Fachrichtung, einer entsprechenden Spezialisierung oder anderer persönlicher/fachlicher Gründe auf die Behandlung der Gruppe der Senioren ausgerichtet sind, ist deshalb das Patientenpotenzial 65+ von Interesse. In der Karte zeigen grüne Einfärbungen jene Regionen an, in denen diese Altersgruppe (jeweils in Relation zum Bundesdurchschnitt) gegenwärtig besonders stark vertreten ist. Hierbei fallen die ostdeutschen Bundesländer – und insbesondere Sachsen und Sachsen-Anhalt – durch einen hohen Bevölkerungsanteil im Rentenalter auf, während vor allem in Deutschlands Süden jüngere Altersgruppen vorherrschen.

Das Patientenpotenzial nach Altersgruppen kann neben weiteren Faktoren wie u. a. der Konkurrenzsituation oder des Einkommenspotenzials wichtige Informationen bezüglich einer Niederlassungs- oder Expansionsentscheidung sowie für die strategische Ausrichtung einer



Praxis bieten. Insbesondere in den dunkelgrün gekennzeichneten Regionen kann eine Spezialisierung auf den Bereich der Altersmedizin oder auf chronische Erkrankungen sowie die Zusammenarbeit mit Altenpflegeeinrichtungen sinnvoll sein. Umgekehrt bieten rot eingefärbte Regionen eher Potenziale im spezialisierten Leistungsbereich für Erwerbstätige sowie für Vorsorgeleistungen. Hierbei lohnt sich ein detaillierter Blick in den Marktatlases: Dieser liefert neben den Altersstrukturen nicht nur weitere wichtige Informationen zu Umsatzpotenzialen, Konkurrenzsituation etc., sondern erlaubt auch eine Darstellung der Situation in den einzelnen Landkreisen – auf Wunsch bis auf Postleitzahlerebene.

Boom bei den Impfpassfälschungen

Die zur Bekämpfung der Pandemie von Bund und Ländern ergriffenen 3G- oder 2G-Maßnahmen führen offenbar dazu, dass immer mehr gefälschte Impfpässe in Umlauf gelangen. Eine Umfrage des ARD-Politikmagazins REPORT MAINZ unter allen Landeskriminalämtern (LKA) und obersten Polizeibehörden ergab bei vorsichtiger Bewertung fast 2.000 gemeldete Fälle, die wiederum mehrere gefälschte Impfpässe umfassen können. So stellte das LKA Bayern im Rahmen der 600 registrierten Fälle insgesamt 3.000 Impfpass-Fälschungen sicher. Dabei ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Die Impfpassfälschung gestaltet sich gegenwärtig aufgrund mangelnder Sicherheitsmechanismen als leicht.

Bis vor Kurzem kamen die Aussteller und Nutzer gefälschter Impfpässe glimpflich davon. So fiel das Strafmaß bei der Fälschung von Gesundheitszeugnissen im Vergleich zu anderen Urkundenfälschungen deutlich geringer aus. Bei Vorlage der Fälschung in einer Apotheke zur Ausstellung eines digitalen Impfpasses bestand aufgrund einer Strafbarkeitslücke keine rechtliche Handhabe und das Vorzeigen des Fälschings z. B. in Kinos oder Restaurants stellte lediglich eine Ordnungswidrigkeit dar. Mit dem am 18.11. vom Bundestag verabschiedeten Gesetz zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen wurde nachgebessert: Personen, die einen falschen Impfpass vorbereiten (z. B. über die

Dokumentation einer nicht erfolgten Schutzimpfung in einem Blau- oder Grünimpfpass) oder solche Dokumente anderen verschaffen, drohen Freiheitsstrafen von bis zu zwei Jahren. Das unbefugte Ausstellen von Impfpässen wird mit einer Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe geahndet. Ärzten und anderem approbierten Medizinpersonal drohen beim Ausstellen falscher Gesundheitszertifikate Freiheitsstrafen von bis zu 2 Jahren. Bei gewerbs- oder bandenmäßiger Herstellung gefälschter Impfpässe gilt ein verschärftes Strafmaß von bis zu 5 Jahren. Auch die Nutzung der Fälschungen gilt nicht länger als Kavaliersdelikt. Hier sieht das Gesetz künftig Geldstrafen oder Haftstrafen von bis zu einem Jahr vor.

ATLAS MEDICUS®
UNTER DER LUPE

87.706 € Umsatz (GKV und PKV) erzielte eine ostdeutsche Orthopädiepraxis im Jahr 2020 im Durchschnitt je Mitarbeiter (inkl. Arzt) und damit rund 1.683 € mehr als noch im Jahr zuvor. In Westdeutschland lag der Wert bei rund 90.037 € (+3.019 € im Vergleich zu 2019). Dem ATLAS MEDICUS®-Kennziffernrating zufolge liegt somit die durchschnittliche Personalproduktivität in West und Ost im Normbereich (101.000–71.000 €). Werte von ≥ 101.000 € gelten als „sehr gut“, während eine Personalproduktivität zwischen 71.000 und 50.000 € Anlass zu einer Überprüfung der Ursachen geben sollte. Werte < 50.000 € fallen in den kritischen Bereich.

Impressum
Herausgeber und Verlag: Deutscher Sparkassen Verlag GmbH, 70547 Stuttgart, Tel: +49 711 782-0

Redaktion, Konzeption & Gestaltung: REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG, Mommsenstraße 36, 10629 Berlin | Grafiken: REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG | Objektleitung: Dr. rer. pol. Elisabeth Leonhard, Dr. oec. Bernd Rebmann

Diese Publikation beruht auf allgemein zugänglichen Quellen, die wir für zuverlässig halten. Eine Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird nicht übernommen. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle und unverbindliche Einschätzung der jeweiligen Verfasser zum Redaktionsschluss wieder und stellen nicht notwendigerweise die Meinung der Deutschen Sparkassen Verlag GmbH dar. Die Deutsche Sparkassen Verlag GmbH übernimmt keine Haftung für die Verwendung dieser Publikation oder deren Inhalte. Mit der männlichen/weiblichen Personenbezeichnung sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

Redaktionsschluss: 30. November 2021
© REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG. Alle Rechte vorbehalten.
Bei Zitaten wird um die Quellenangabe „Praxis-Dossier“ gebeten.