

Mandanten - Newsletter Ärzte - III. Quartal 2013

1. Hausarzt-EBM – kommt er oder nicht?

Der neue „Hausarzt-EBM“ wird trotz vieler Kritik nicht ausgesetzt, sondern soll planmäßig zum 1.10.2013 in Kraft treten. Gelingt es jedoch nicht, bis Ende November Nachbesserungen mit den Kassen zu vereinbaren, wird der EBM nach einem Quartal wieder außer Kraft gesetzt. Die KBV-Vertreterversammlung hat am 20.9. dem Inkrafttreten des neuen Hausarzt-EBM zum 1. Oktober nur unter der Bedingung zugestimmt, dass das Gebührenwerk nachverhandelt wird.

Eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aus dem hausärztlichen Bereich soll die strittigen Themen beraten: Hierbei handelt es sich um den Chronikerzuschlag, die Vorhaltepauschale, Gesprächsleistungen, Gesprächsbudget und die dafür veranschlagten Zeitvorgaben sowie die Abrechenbarkeit von Pauschalen durch einen Vertreter. Die Verbesserungen sollen bis Ende November mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden und teilweise rückwirkend auch für das vierte Quartal gelten.

Eine detaillierte Übersicht über die Neuerungen finden Sie hier: http://www.kbv.de/media/man/PraxisWissen_EBM_Neuerungen_Stufe1.pdf

2. EBM-Weiterentwicklung 2014

Nach dem o.g. ersten Schritt ab 1. Oktober 2013 sind weitere EBM-Änderungen die bis 1. Juli 2014 in Kraft treten sollen.

Lt. KBV geht es dabei um folgende Themen:

⇒ Neue Vergütungssystematik für technikgestützte Leistungen, um eine bessere Amortisierung moderne Geräte zu erreichen:

Die Vergütung der Geräteleistungen soll nicht mehr von der Anzahl der durchgeführten Untersuchungen abhängen. Ab einer bestimmten Anzahl an Untersuchungen im Quartal soll der Arzt für jeden Patienten einen Technikzuschlag erhalten und zwar unabhängig davon, ob er weitere Untersuchungen durchführt.

⇒ Vergütung für Hausbesuche nichtärztlicher Mitarbeiter bei Patienten:

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, bis zum 1. Juli 2014 zu prüfen, ob die Hausbesuche von qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeitern auch in nicht unterversorgten Gebieten vergütet werden können.

⇒ Neukalkulation der Leistungen:

Bis zum 30. Juni 2014 sollen die Bewertungen aller Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs überprüft und neu kalkuliert werden. Dabei wird unter anderem geschaut, ob die für die Bewertung der Leistungen herangezogenen Praxiskosten noch stimmen oder auf die speziellen Belange der Hausärzte angepasst werden müssen.

3. Neuer Bundesmantelvertrag - Anstellung von Ärzten erleichtert!

Ab 1. Oktober 2013 gibt es nur noch einen Bundesmantelvertrag, der für Primär- und Ersatzkassen gilt. Im Zuge der Zusammenführung haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen einige wenige Neuerungen vereinbart (s. unter Nr. 4, 5, 6).

So können niedergelassene Vertragsärzte zukünftig auch überweisungsgebundene Ärzte anstellen. Dazu gehören Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie Ärzte für Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin. Dies war bislang durch den Bundesmantelvertrag ausgeschlossen, um eine Aushebelung des Überweisungsverbots gegen Entgelt zu verhindern.

Das Verbot war aber nicht umfassend, da die Anstellung von Ärzten dieser Fachrichtungen in Medizinischen Versorgungszentren bereits möglich war. Arztpraxen werden somit in Bezug auf die arztgruppenübergreifende Anstellung gleichgestellt.

4. Keine Arzthaftung bei ungültiger Versichertenkarte

Vertragsärzte haften nicht gegenüber den Krankenkassen, wenn Patienten beim Praxisbesuch eine ungültige Versicherten- bzw. Gesundheitskarte vorlegen.

Die Krankenkassen dürfen nur dann Schadensersatz verlangen, wenn der Arzt die unzulässige Verwendung der Karte (zum Beispiel aufgrund des Alters oder Bildes) hätte erkennen können. Krankenkassen haben im Missbrauchsfall keinen Schadensersatzanspruch gegenüber dem Arzt. Wird von Patienten eine ungültige Versichertenkarte eingesetzt, müssen die Krankenkassen diese selbst einziehen.

5. Anerkennung als Belegarzt

Die Anerkennung als Belegarzt wird in mehrfacher Hinsicht ausgeweitet. Zum einen kann die Anerkennung als Belegarzt künftig auch für mehrere Krankenhäuser ausgesprochen werden und nicht mehr nur für eins. Zudem können künftig auch vertragsärztliche Anästhesisten als Belegärzte bei belegärztlichen Leistungen anderer Fachgruppen tätig sein.

6. Anhebung der Bagatellgrenze

Die so genannte Bagatellgrenze für Schadensersatzansprüche gegen Vertragsärzte wird leicht angehoben. Künftig haben Krankenkassen erst ab einem Schadenswert von 30 € Anspruch auf Schadensersatz durch den Arzt. Einen höheren Betrag hatten die Kassen in den Verhandlungen abgelehnt. Die Bagatellgrenze gilt unter anderem bei unzulässigen Verordnungen von Leistungen, die nicht zum GKV-Leistungskatalog zählen. Bisher betrug die Bagatellgrenze 25,60 Euro. Weiter Neuregelungen für den Praxisalltag durch den neuen Bundesmanteltarifvertrag finden Sie hier:

7. Praxiswerbung mit Fotos erlaubt?

Es gilt: Abbildungen zur Arztwerbung dürfen nicht abstoßend sein. Der Begriff "abstoßend" wurde erstmals durch die EU-bedingte Novelle des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) ins deutsche Rechtssystem eingeführt. Eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Celle bringt nun etwas Licht ins begriffliche Dunkel.

In dem von der Wettbewerbszentrale geführten Verfahren verpflichteten sich drei beklagte Zahnärzte, nicht mehr für die Tätigkeit einer Mitarbeiterin zu werben, ohne zu erwähnen, dass sie als Vorbereitungsassistentin noch keine Vertragsarztzulassung besaß.

In einem weiteren Streitpunkt ging es um Abbildungen in einer Patientenzeitschrift der Zahnärzte. Zu sehen war darauf das Gebiss einer Patientin vor und nach der Behandlung, das Vorher-Bild war untertitelt mit dem Text "Jahrelange Vernachlässigung zerstört Zähne und Zahnfleisch".

Wie die Wettbewerbszentrale mitteilt, wertete das OLG Celle die Abbildungen nicht als Verstoß gegen das (neue) HWG. Verbotene Werbung habe schon deshalb nicht vorgelegen, weil sich die Werbeaussage nicht auf die Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit beziehe. Es sei zwar auch um die Wiederherstellung der Attraktivität der Zahnpatientin gegangen, aus der Werbung ergebe sich aber, dass für die Gebissanierung eine medizinische Indikation bestanden habe. Die eher zurückhaltende kleinformatige Ablichtung des geöffneten Mundes halte sich "noch im Bereich des Erträglichen".

Fraglich ist lt. Wettbewerbszentrale, ob das Verbot der vergleichenden Abbildungen nur für kosmetisch indizierte Eingriffe gilt.

8. Arztvergleichsportal „Weiße Liste“

Auswertungen von Patientenbewertungen im Arztvergleichsportal haben ergeben, dass Hausarztpraxen in der Patientenzufriedenheit mit dem Personal und der Praxisorganisation besser abschneiden als Facharztpraxen. Dies ist eines der Ergebnisse einer aktuellen Analyse von Patientenbewertungen im Arztvergleichsportal „Weiße Liste“ und den darauf basierenden Portalen von AOK, BARMER GEK und Techniker Krankenkasse.

9. Haben Sie eine optimale Sprechstundenorganisation?

Länger als 30 Minuten sollte kein Patient in einer Arztpraxis mit Bestellsystem warten müssen. Diese Größenordnung gilt allgemein als Zielsetzung, wird aber in vielen Praxen lange nicht erreicht. Die Folge sind unzufriedene Patienten, weil sie trotz vereinbartem Termin warten müssen - und dies zum Teil länger als eine Stunde. Auch das Praxisteam wird durch solch eine Situation belastet. Neben der abzufangenden Kritik wartender Patienten fallen Überstunden an und Mittagspause und Feierabend sind nicht planbar.

Wichtig für die Effizienz des Arztes ist vor allem, dass alle Praxisabläufe optimal mit seiner Arbeitsweise harmonieren. Verschiedene Behandlungen sollten verzahnt werden, damit möglichst wenig Zeit zwischen den eigentlichen Behandlungen verloren geht und die durchschnittliche Arzt-Patienten-Kontaktzeit optimiert werden kann. Grundlage hierfür ist eine Bestellpraxis und keine offene Sprechstunde.

Wichtig für die Patientenzufriedenheit ist, den Patienten jederzeit zu informieren, ob z.B. trotz guter Planung Wartezeiten auftreten. Oft ist die Einführung eines neuen (softwaregestützten) Terminsystems sinnvoll. Auch die Nutzung eines Online-Terminvergabesystems sollte geprüft werden. Vergleiche hierzu bietet z.B. folgende Plattform: <http://www.update-arztpraxis.de/online-termin-arzt-buchen-2013/>

10. Praxisnetz UGOM - Neuausrichtung

Das als Pioniernetz bekannte „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte“ (UGOM) strebt in Zukunft auch morbiditätsbezogene Selektivverträge an. Außerdem ist ein Wechsel in der Geschäftsführung geplant. Bisher leitete Dr. Thomas Bahr – der Bruder des bisherigen Gesundheitsministers – die Geschäfte der UGOM.

Durch die Neuausrichtung bei den Verträgen erhofft man sich insbesondere eine verbesserte Qualität und zusätzlichen Service für ganz spezifische Patientengruppen, gegebenenfalls auch für weitere Krankenkassen. Dafür hat das Netz nun offenbar auch eine Kapitalerhöhung beschlossen, die die erforderliche unternehmerische Flexibilität sichern soll.

11. Wann ist Leistungsverfügung nach BAG-Beendigung zulässig?

Wenn Ärzte aus einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) vorzeitig ausscheiden, können sie im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes nicht dazu verpflichtet werden, bis zur Entscheidung in der Hauptsache die ursprüngliche BAG fortzusetzen und die Einnahmen aus der neuen Praxis dem Gesellschafterkonto der ehemaligen Gemeinschaftspraxis zuzuführen (Landgericht Bamberg v. 28. Juni 2013, Az: 1-O-236/13).

12. Fortführung der Kampagne zur Image-Verbesserung der Ärzte

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ war die Kernaussage, die neben den Gesichtern richtiger Mediziner in der ersten Phase der von der KBV initiierten Image-Kampagne auf den Plakaten zu sehen war. Auch im Werbespot, der vor der Tagesschau lief, waren „echte“ Ärzte zu sehen.

In der seit Ende August laufenden zweiten Phase der Kampagne geht es deutlicher zur Sache. Aussagen wie: „Ich bin Arzt. Ich werde Ihnen fehlen.“ thematisieren den Ärztemangel. Zudem kommen die vielen Zusatzleistungen, die ohne Vergütung erbracht werden, zur Sprache.

15 Millionen Euro über fünf Jahre hat die KBV-Vertreterversammlung für Fernseh- und Kinospots, Plakate und Online-Anzeigen in überregionalen Zeitungen bewilligt. Hinzu kommt eine eigene Website www.ihre-aerzte.de, über die Ärzte unter anderem Flyer, Plakate fürs Wartezimmer und Patientenbroschüren beziehen können, die über den Arbeitsalltag niedergelassener Ärzte informieren.

13. Psychotherapie online?

Klinische Forscher der Universität Zürich haben zum ersten Mal experimentell untersucht, ob Online-Psychotherapie und konventionelle Sprechzimmertherapie gleich wirksam sind. Sechs Therapeuten behandelten 62 Patienten, wovon die meisten an einer mittelschweren Depression litten. Die Patienten wurden per Zufall je zur Hälfte einer Therapieform zugewiesen.

Anhand früherer Studien ging das Team von der Gleichwertigkeit der beiden Therapieformen aus. Diese Vermutung wurde nicht nur bestätigt, sondern die Ergebnisse der Online-Therapie haben die Erwartungen sogar übertroffen. Die Online-Therapie ist mittelfristig wirksamer.

Die komplette Medienmitteilung mit Details zur Studie finden Sie auf der Webseite der Universität Zürich unter: <http://www.mediadesk.uzh.ch/articles/2013/psychotherapie-via-internet-wirkt-gleich-gut-oder-besser-wie-im-sprechzimmer.html>

14. Defizite bei der Vernetzung

Laut einer Studie der Unternehmensberatung accenture nutzen 93 % der Ärzte in Deutschland die elektronische Krankenakte, aber nur 3 % der Ärzte tauschen regelmäßig klinische Daten mit anderen Gesundheitsrichtungen aus. Auch erhalten nur 9 % der Ärzte hierzulande regelmäßig Benachrichtigungen, wenn ein Patient in einer anderen Gesundheitseinrichtung behandelt wurde. Im weltweiten Durchschnitt aller untersuchten Länder sind es hingegen 20 %.

Immerhin 39 % der 3.700 befragten deutschen Ärzte gaben aber an, generell elektronischen Zugriff auf patientenbezogene Behandlungsdaten von anderen medizinischen Einrichtungen zu haben. Fast die Hälfte der Befragten nutzt, laut Studie, Healthcare-IT regelmäßig. Das sind 12 % mehr als 2011. Besonders intensiv nutzten die deutschen Ärzte im internationalen Vergleich die Erfassung elektronischer Notizen im Patientengespräch (77 %), die Verringerung des allgemeinen Verwaltungsaufwands durch IT-Tools (59 %), den Einsatz von computergestützten Behandlungsleitfäden für Diagnose- und Therapieentscheidungen (18 %).

Das Potenzial zum Datenaustausch mittels Healthcare-IT bleibt also bisher noch weitestgehend ungenutzt. Ein Umdenken wäre wünschenswert um Effizienzpotentiale zu heben und die Behandlungsqualität zu verbessern.

15. Klage gegen „Beratung“ im Rahmen einer Richtgrößenprüfung

Das Bundessozialgericht (BSG) hat bestätigt, dass auch gegen die seit Anfang 2012 neu eingeführte Beratung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) im Rahmen einer Richtgrößenprüfung eine Klage vor den Sozialgerichten zulässig ist.

Seit 2012 gilt der Grundsatz Beratung vor Regress. Die zuständige KV muss also zunächst beraten. Dies geschieht in aller Regel schriftlich, wenn die Richtgrößenprüfung eine Überschreitung des Volumens um 15 % ergibt.

Das BSG lässt also im Falle der auf eine Richtgrößenprüfung folgenden Beratung schon die Klage zu, da es sich nach Auffassung des Senats um eine Vorstufe zum eigentlichen Regressverfahren handelt.

16. Betriebsprüfung in der Zahnarztpraxis

Prinzipiell muss jede Zahnarztpraxis mit einer Betriebsprüfung rechnen. Es gibt jedoch eine Einstufung nach Größenklassen. Je kleiner die Praxis, umso seltener eine Betriebsprüfung. Zudem wird eine Zufallsauswahl getroffen.

Der Praxisinhaber ist zur Mitwirkung bei der Ermittlung der Sachverhalte verpflichtet. Die aus den Aufzeichnungspflichten resultierenden Daten sowie ergänzende Unterlagen müssen dem Prüfer vorgelegt werden, insbesondere auch Verträge. Darüber hinaus muss dem Prüfer ein geeigneter Raum zur Verfügung gestellt werden. Er darf auch eine Praxisbesichtigung durchführen, die Privaträume darf er aber ohne Zustimmung nicht betreten. Inhaltlich haben sich Betriebsprüfungen auf das Wesentliche zu konzentrieren, d.h. die Prüfer müssen Schwerpunkte setzen. Besonders kontrollieren wird der Prüfer die Vollständigkeit der Betriebseinnahmen, die Abgrenzung Betriebs- / Privatvermögen (z. B. auch Privatnutzung PKW), Verträge zwischen nahe stehenden Personen, Grundstückskäufe Beteiligungen, Wesentliche private Einkünfte und die Umsatzsteuer. Auch Ausgaben für Reisen, Bewirtungen und Fortbildungen werden in Zahnarztpraxen von Prüfern gerne aufgegriffen. Beachtet werden sollte auch, dass Prüfer vermehrt Außenprüfungen nutzen, um Kontrollmitteilungen an andere Finanzämter zu schreiben. In diesen teilen sie zum Beispiel Provisionszahlungen, Schenkungen, Abfindungen oder Zinszahlungen mit.

Ärzte und Zahnärzte unterliegen der Schweigepflicht in Bezug auf ihre Patienten. Das Finanzamt hat dies zu respektieren. Dies gilt vorrangig für die Patientenkartei. Probleme ergaben sich seither oft bei der Aufzeichnung der nun wieder abgeschafften Praxisgebühren. Ähnliches gilt für Ausgangsrechnungen. Sinnvoll ist in diesen Fällen, dass ein anonymisierendes Abrechnungssystem erstellt wird, bei dem beispielsweise statt Namen Nummern verwendet werden. So kann der Betriebsprüfer alle Zahlen nachvollziehen, ohne Rückschlüsse auf einzelne Patienten ziehen zu können. Kommt es dann zu Einzelfallfragen, ist der Arzt/Zahnarzt in der Lage, anhand einer gesonderten Liste den Patienten zu individualisieren und gegebenenfalls weitere Daten an den Prüfer zu geben. Zu beachten ist dabei, dass im Regelfall die Zustimmung des

Patienten hierzu notwendig ist. Bei Fragen zur Betriebsprüfung kann Sie Ihr Steuerberater informieren.

17. Ärztlicher Notdienst trotz belastender familiärer Situation?

In einem Urteil vom Juni 2013 hat sich das Sozialgericht (SG) Marburg mit der Frage befasst, ob eine belastende familiäre Situation zur Befreiung vom allgemeinen Notdienst führen kann.

Ein in einer Gemeinschaftspraxis tätiger Facharzt für Allgemeinmedizin beantragte im März 2012 die Befreiung von der Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst wegen besonderer familiärer Belastung. Eines seiner 4 Kinder sei schwer körperbehindert, wobei es im häuslichen Bereich alleine von seiner Frau und ihm gepflegt werde. Den Antrag des Arztes wurde mit Hinweis auf die maßgebliche Notdienstverordnung abgewiesen. Die Teilnahme am organisierten Bereitschaftsdienst sei auf Grund der geringen Diensteinteilung zumutbar, wobei es dem Arzt auch frei stünde, sich auf eigene Kosten einen geeigneten Vertreter zu nehmen.

Die anschließende Klage des Arztes gegen den abschlägigen Widerspruchsbescheid war erfolglos. Der Arzt habe keinen Anspruch darauf, von der Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst wegen besonderer familiärer Belastung freigestellt zu werden. Im vorliegenden Fall wurde eine Unzumutbarkeit der Teilnahme verneint, da es dem Arzt möglich sei, einen Vertreter auf eigene Kosten zu bestellen. Dies sei eine zulässige Ermessensausübung. Die Möglichkeit einer Vertreterbestellung sei angesichts der Häufigkeit der Heranziehung des Arztes zu den Diensten nicht ausgeschlossen oder unzumutbar.

18. Quotierte Vergütung freier Leistungen zulässig?

Sog. freie Leistungen, die außerhalb der RLV vergütet werden, müssen nicht von mengenbegrenzenden Regelungen ausgenommen werden. Eine quotierte Vergütung der freien Leistungen ist daher zulässig. Dies entschied das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 17. Juli 2013.

Im vorliegenden Fall hatte ein Hausarzt die volle Vergütung für die von ihm erbrachten freien Leistungen verlangt, die KV Baden-Württemberg erstattete diese aber nur quotiert, also je nach Leistungsmenge nur noch mit einer niedrigeren Quote.

Nach Auffassung des BSG ist es nicht zu beanstanden, dass freie Leistungen einer Steuerung unterzogen werden. Eine Förderung der freien Leistungen sei bereits darin zu sehen, dass diese außerhalb des RLV vergütet würden. Damit werde ein Anreiz für den Arzt gesetzt, diese Leistungen auch dann noch zu erbringen, wenn sein RLV bereits erschöpft sei.

19. Neuer Tarifvertrag: Mehr Geld für Medizinische Fachangestellte (MFA)

In der 3. Tarifrunde am 9. Juli 2013 einigten sich die Tarifpartner der niedergelassenen Ärzte und der Medizinischen Fachangestellten auf einen neuen Gehaltstarifvertrag mit Laufzeit vom 01.04.2013 bis 31.03.2016:

In 2 Stufen werden die Gehälter erhöht: ab 01.09.2013 um 4,5%, ab 01.04.2014 um 3%. Für die fünf Monate von April bis August 2013 gibt es im September eine Einmalzahlung in Höhe von 375 Euro für alle Vollzeitbeschäftigten, für Teilzeitbeschäftigte anteilig. Erstmals wird ab 2014 ein Eingangsstundenlohn für Berufsanfänger/innen von 10 Euro erreicht.

Die Ausbildungsvergütungen steigen ab 1. September 2013 in allen drei Ausbildungsjahren um 30 Euro monatlich und zwar auf 640 Euro, 680 Euro und 730 Euro. Auszubildende erhalten eine Einmalzahlung von 150 Euro für April bis August. Jeweils zum 01.04.2014 und 2015 erhöhen sich die Ausbildungsvergütungen um weitere 30 Euro monatlich. (Die Einspruchsfrist, in der beide Seiten dem Ergebnis noch widersprechen können, endet am 19. Juli 2013.)

20. Honorararzt im Krankenhaus – selbständige Tätigkeit?

Das Landesarbeitsgerichts (LAG) Hessen hat im zu entscheidenden Einzelfall die Arbeitnehmereigenschaft eines als Honorararzt in einem Krankenhaus tätigen Radiologen verneint. Die Entscheidungsgründe des LAG finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.lareda.hessenrecht.hessen.de/jportal/portal/t/s15/page/bslaredaprod.psml?doc.id=JURE130004753%3Ajuris-r01&showdoccase=1&doc.part=L>

Die Frage, ob Arbeitnehmereigenschaft oder selbständige Tätigkeit von Honorarärzten in Krankenhäusern vorliegt, ist nicht nur aufgrund von arbeitsrechtlichen, sondern auch von sozialversicherungsrechtlichen sowie steuerrechtlichen Konsequenzen in der Praxis von großer Bedeutung. So können sich aus der arbeitsrechtlichen Feststellung der Arbeitnehmereigenschaft eines Honorararztes Rechtsfolgen wie die Anwendung des Kündigungsschutzgesetzes, des Bundesurlaubsgesetzes oder von Tarifverträgen ergeben.

21. Honorarminderungspflicht auch für hinzugezogene Ärzte

Gemäß eines Urteils des Landgerichts Heidelberg vom Juni 2013 (Az: 5-S-2/13) unterliegt auch ein externer Arzt (hier: Anästhesist), der von Belegärzten zu einer stationären Behandlung hinzugezogen wird der Honorarminderungspflicht in Höhe von 15 % nach § 6 a Abs. 1 S. 2 der GOÄ. Das komplette Urteil finden Sie hier:

<http://openjur.de/u/636018.html>