

Mandanten - Newsletter Ärzte - I. Quartal 2013

1. Neue Bedarfsplanung 2013

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit einer Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 1. Januar 2013 den Planungsrahmen für die Zulassungsmöglichkeiten von Ärzten nach Fachgruppen einschließlich der Psychotherapeuten für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgung festgelegt. Die Richtlinie muss durch die Landesausschüsse bis zum 1.7.2013 umgesetzt werden.

Die neue Bedarfsplanung führt u.a. zu neuen Planungsbezirken, für die die Versorgungsgrade zu berechnen sind. Hausärzte werden zukünftig wohnortnah und flächendeckend in kleineren Räumen als bisher auf der Basis sogenannter Mittelbereiche (insgesamt 879) geplant. Diese Definition geht zurück auf das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, welches Mittelbereiche für die Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen heranzieht. Eine solche Planung der Hausärzte auf Mittelbereichsebene wird zu einer politisch gewollten Ausweitung der Anzahl von Arztsitzen führen. Bundesweit ergeben sich so nach Berechnungen des G-BA für den hausärztlichen Bereich annähernd ca. 1.000 neue Zulassungsmöglichkeiten, für Psychotherapeuten ca. 1.350.

Weitere Änderung: Der bisherige Demographiefaktor wurde modifiziert. Er kam bisher nur bei einer überdurchschnittlichen Fallzahl zum Einsatz. Jetzt werden die Einflüsse demographiebedingter Morbiditätsveränderungen in allen Planungsbereichen berücksichtigt, so dass der zunehmende Leistungsbedarf der über 65-Jährigen auch durch eine zunehmende Anzahl niedergelassener Ärzte gedeckt wird. Neu ist auch die Erweiterung der Bedarfsplanung auf bisher nicht beplanter Fachgruppen wie z.B. Laborärzte. Eine Übersicht dieser Arztgruppen finden Sie z.B. hier:

http://www.g-ba.de/downloads/62-492-666/BPL-RL_2012-12-20_BAnz.pdf

2. EBM Reform?

Der Deutsche Hausärzteverband steht den Plänen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Reform des Hausarzt-EBM kritisch gegenüber. Er befürchtet, dass die geplante Aufteilung der Hausärzte in „typische und atypische“ zu einer Spaltung der Hausärzte führt. Eine Absenkung des Honorars für „atypischen Hausärzte“, um mit diesem Geld die so genannten typischen Hausärzte zu fördern, wird abgelehnt. Solange das Gesamtbudget unverändert ist, läuft eine Reform auf Umverteilungen hinaus.

Zu „typischen“ hausärztlichen Leistungen solle z.B. Betreuung chronisch Kranker, Hausbesuche, Vorsorgeuntersuchungen und Rehabilitation zählen. „Atypische Hausärzte sind der Definition der KBV zufolge dagegen Mediziner, die häufig Schmerztherapien, Akupunktur, psychotherapeutische Leistungen oder andere spezifische Leistungen

erbringen. Sie sollen von der neuen Grundpauschale für Hausärzte nur die Hälfte bekommen.

Die EBM-Reform für die Hausärzte soll bereits zum 1. Juli 2013 in Kraft treten. Geplant ist unter anderem, neue Leistungsziffern für Hausärzte einzuführen. Das bringt jedoch aus Sicht des Hausärzterverbandes lediglich "eine aufgeblähte Bürokratie ohne neues Geld".

Der beratende Fachausschuss bei der KBV dagegen hält die Reform für „richtig und angemessen“. Die hausärztliche Tätigkeit werde in ihrer gesamten Behandlungsbreite und -tiefe dargestellt

3. Patientenrechtegesetz – Auswirkungen für Ärzte?

Am 1.2.2013 stimmte auch der Bundesrat dem neuen Patientenrechtegesetz zu. Rechte und Pflichten von Patienten und Ärzten werden darin gesetzlich verankert. Geregelt wird u.a. der Behandlungsvertrag, die ärztliche Informations- bzw. Aufklärungspflicht und die Einsichtgewährung in Patientenakten.

Auch Dokumentationspflichten bei der Behandlung sind im Gesetz festgelegt. Es ist darauf zu achten, dass Patientenakten vollständig und sorgfältig geführt werden, um im Prozessfall keine Nachteile zu haben. Den Gesetzestext finden Sie hier:

http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Gesetz_zur_Verbesserung_der_Rechte_von_Patientinnen_und_Patienten.pdf?__blob=publicationFile

4. Abstufungsquote „Q“

Zum 4. Quartal 2012 wurde die sog. Laborquote eingeführt. Diese wird nun quartalsweise neu festgelegt. Dabei stellen die einzelnen KVen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Daten des Vorjahresquartals (Kosten für Laborleistungen beziehungsweise Punktzahlanforderungen für das Laborkapitel) zur Verfügung.

Auf dieser Basis errechnet die KBV dann anhand des zur Verfügung stehenden Geldes für das Laborkapitel eine bundeseinheitliche Abstufungsquote "Q". Diese wird den einzelnen KVen vor Beginn des entsprechenden Quartals bekannt gegeben.

Die im EBM aufgeführten Beträge für die Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 werden nicht zu dem im EBM angegebenen Preis honoriert, sondern zu einem unter Anwendung der Abstufungsquote "Q" neu ermittelten Preis. Dieser liegt der Quote entsprechend niedriger und wird von Quartal zu Quartal wechseln.

Befürchtungen, dass diese Quote eher sinkt statt steigt scheinen nicht unbegründet, wie erste Daten belegen:

Für das vierte Quartal 2012 betrug die bundesweite Abstufungsquote "Q" noch 95,36 Prozent. Für das erste Quartal 2013 ist sie schon auf 89,18 Prozent gesunken.

5. Entwicklung bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Vor kurzem wurden von der KBV neue Daten zur MVZ-Entwicklung (3. Quartal 2011) bekannt gegeben.

Danach gibt es bundesweit 1.750 MVZ mit insgesamt 9.571 Ärzten. 8.257 davon befinden sich im Anstellungsverhältnis. Gut 40% der MVZ wird von Vertragsärzten gegründet. Die am häufigsten beteiligten Facharztgruppen sind Hausärzte und Internisten. Durchschnittlich beträgt die MVZ-„Größe“ 5,5 Ärzte.

Entgegen der ursprünglichen Erwartung seitens der Politik tragen MVZ bisher kaum zur Sicherstellung bzw. Verbesserung der Versorgung auf dem Land bei. Laut KBV befinden sich die meisten MVZ in der Nähe von Krankenhäusern.

6. MoNi soll Hausarzt entlasten

Das Modellprojekt Niedersachsen (MoNi) wurde bis Ende 2013 verlängert. Seit 2010 wurden hier ärztliche Leistungen auf Medizinische Fachangestellte (MFA) übertragen.

Sie nehmen dabei bei Hausbesuchen vom Arzt delegierbare Tätigkeiten selbstständig vor. Sie messen z. B. Blutdruck und Blutzucker, verabreichen Medikamente nach ärztlicher Verordnung, nehmen EKG-Messungen vor und bieten Beratungen zum gesunden Verhalten an.

Die Ärzte stünden nicht mehr unter ständigem Zeitdruck durch Hausbesuche. Für Hausärzte steige damit der Anreiz, sich in von Unterversorgung bedrohten Regionen Niedersachsens niederzulassen, so die KV Niedersachsen.

Ob sich MoNi rechnet und dauerhaft bewähren kann, soll durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Berlin geklärt werden.

7. Approbation gefährdet bei strafrechtlichen Ermittlungen?

Sogar schon vor schon Anklageerhebung kann die Approbation bei strafrechtlichen Ermittlungen in Gefahr sein.

In einem Beschluss vom Dezember 2012 hat das Verwaltungsgericht Arnberg den Sofortvollzug der Anordnung des Ruhens der Approbation bestätigt, welche die Bezirksregierung gegenüber dem Antragsteller – einem Facharzt für Gynäkologie – anlässlich eines staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahrens ausgesprochen hatte.

Die im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzverfahrens vorzunehmende Interessenabwägung fällt zu Lasten des Antragstellers aus, weil bei summarischer Prüfung derzeit alles dafür spricht, dass seine Klage gegen die Anordnung des Ruhens seiner Approbation als Arzt erfolglos bleiben wird, und weil das Vollzugsinteresse der Öffentlichkeit höher zu bewerten ist als das Interesse des Antragstellers daran, von einer Vollziehung einstweilen verschont zu bleiben.

8. Hälfthige Zulassungsentziehung wegen Pflichtverletzung?

Bei „gröblicher“ Pflichtverletzung kann die Vertragsarztzulassung entzogen werden. Eine Vertragsärztin hatte aufgrund unrichtiger Leistungsabrechnungen, wegen derer sie auch strafrechtlich wegen Betruges zu Lasten der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung verurteilt worden war, ihre Vertragsarztzulassung verloren. Die Klage vor dem Landessozialgericht blieb erfolglos, und das BSG (mit Beschluss v. 17.10.2012) wies eine „Nichtzulassungsbeschwerde“ zurück.

Die Klägerin hatte beim Bundessozialgericht auch die Frage aufgeworfen, ob neben einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Zulassung in Betracht kommen könne.

Lt. BSG sei es jedoch widersinnig, die vertragsärztliche Tätigkeit zur Hälfte fortzusetzen zu können, wenn die Pflichtverletzung so schwerwiegend sei, dass eine Zulassungsentziehung zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sei. Eine hälftige Entziehung wäre nur dann zur Anwendung gekommen, wenn von vorneherein eine hälftige Zulassung bestanden hätte.

9. Korruption als Herausforderung für ärztliche Selbstverwaltung?

Die aktuelle Diskussion um eine stärkere Verfolgung von Korruption im Gesundheitswesen muss für Kammern und Kassenärztliche Vereinigungen Anlass sein, noch stärker ihrer Aufgabe als Selbstverwaltung eines freien Berufes nachzukommen, so der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Dr. Dirk Heinrich.

„Zu lange haben wir die wenigen schwarzen Schafe unter der Decke gehalten. Der Eindruck, den die Öffentlichkeit davon hat, ist ein Zerrbild vom korrupten Arzt, der Prämien von Pharmaindustrie oder Krankenhausträgern für sein Verordnungs- und Einweisungsverhalten erhält. Wenn die ärztliche Selbstverwaltung weitere Instrumente benötigt, diese Missbrauchsfälle aufzudecken, dann soll sie diese jetzt benennen und fordern. Denn ein effektiver, vor allem transparenter und öffentlicher Selbstreinigungsprozess ist längst überfällig“, stellt Dr. Heinrich fest.

Das Thema Korruption sei bei niedergelassenen Ärzten auf eine Handvoll Fälle beschränkt und stelle die absolute Ausnahme dar, so der NAV-Virchow-Bund-Vorsitzende: „Korruption ist kein wirkliches Problem innerhalb der Ärzteschaft. Diese Fälle müssen aber aufgedeckt und sanktioniert werden, um alle Redlichen und Ehrlichen zu schützen. Dabei sind die bestehenden Sanktionsmöglichkeiten ausreichend. Ein zeitlicher Entzug der Approbation oder der Zulassung bewirkt einen wirtschaftlichen Schaden, der an die Grenzen der Existenz führen kann. Einnahmeausfälle von einem halben Jahresumsatz wirken besser als jede Haftandrohung“, so Dr. Heinrich

10. Nutzenbewertung von Pharma-Referenten

Niedergelassene Ärzte sind mit dem Angebot des Pharma-Außendienstes z. T. nicht zufrieden. Dieses Ergebnis zeigt zumindest ein aktuelles Projekt des Düsseldorfer Instituts für betriebswirtschaftliche Analysen, Beratung und Strategie-Entwicklung (IFABS). Ca. 5.000 Ärzte hatten dabei in einem „Pharma-Quick-Check“ die Stärken und Schwächen von Pharma-Referenten zu bewerten.

Dabei kam heraus, dass v.a. unangemeldete Besuche zur Kurzinformation über einzelne Präparate aus Sicht der niedergelassenen Ärzte ein großes Ärgernis sein. Präparateinformationen erhielten Ärzte heutzutage zunehmend aus anderen Quellen.

Gut bewertet wurden Pharma-Referenten, die den Ärzten Hilfen bei der Praxisführung anbieten. Dabei geht es zum Beispiel um Fortbildungen für das Praxisteam oder um Unterstützung beim Marketing.

Lt. IFABS-Leiter Klaus-Dieter Thill müssen sich Pharmaunternehmen Gedanken darüber machen, wie das Leistungsspektrum der Außendienst-Mitarbeiter künftig aussehen soll. Weitere Informationen dazu finden Sie unter: <http://ifabsthill.wordpress.com/>

11. Haben Sie eine behindertengerechte Praxis?

Häufig sind es schon kleine Veränderungen, die Menschen mit Behinderung den Weg in die Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten erleichtern. Davon profitieren auch alle anderen Patienten, und es hilft Ihnen (neue) Patienten zu gewinnen.

Oft sind bereits kleine Änderungen ausreichend. Prüfen Sie z.B., ob Hausnummer, Praxisschild und Klingel gut sichtbar sind. Kann die Eingangstür leicht geöffnet werden?

Kann ein Rollstuhlfahrer hindurchfahren, ohne sich am Türrahmen zu stoßen? Wie ist der Zustand des Fußbodens, gibt es Stolperfallen?

Weitere Ideen und Vorschläge, wie Sie Ihre Praxis besser auf spezielle Bedürfnisse ausrichten können, finden Sie in der Broschüre der KBV unter dem Titel „Barrieren abbauen im Internet unter <http://www.kbv.de/barrieren-abbauen.html>.

12. Zertifizierung gesundheitsbezogener Websites

Die Stiftung Gesundheit Fördergemeinschaft bezuschusst nach einer Pressemeldung auch in 2013 die Zertifizierung gesundheitsbezogener Websites.

Ärzte, die ihre Internetseiten von der Stiftung Gesundheit zertifizieren lassen, erhalten Förderungen von bis zu 50 Prozent, gemeinnützige Einrichtungen bis zu 100 Prozent.

Die unabhängigen externen Gutachter der Stiftung prüfen auf Antrag, ob Web-Auftritte benutzerfreundlich, laienverständlich und rechtskonform sind. Bei Mängeln erhalten die Betreiber einen Katalog mit konkreten Hinweisen, wie sie ihre Websites optimieren können.

Dr. Thomas Motz, Justiziar der Stiftung Gesundheit(www.stiftung-gesundheit.de): "Schon allein aus rechtlichem Blickwinkel lohnt die Prüfung in den meisten Fällen. Denn komplexe Vorschriften wie Heilmittelwerbegesetz, Urheberrecht und Telemediengesetz bergen zahlreiche Fallstricke für Website-Betreiber."

13.KBV-Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung

Der seit 2012 quartalsmäßig von der KBV veröffentlichte Honorarbericht liegt aktuell für das 4. Quartal 2011 vor. Der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt stieg danach im Jahres-Vergleich um 3,6%. Bei den einzelnen Ländern ergibt sich aber ein differenziertes Bild, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 1: Alle Ärzte/Psychotherapeuten Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro								
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	4. Q 2010	4. Q 2011	absolut	in %	4. Q 2010	4. Q 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	47.694	49.065	1.371	2,9%	55,33	56,64	1,31	2,4%
Hamburg	48.405	47.595	-810	-1,7%	61,59	60,50	-1,09	-1,8%
Bremen	51.951	52.210	259	0,5%	57,95	60,75	2,80	4,8%
Niedersachsen	53.317	55.126	1.809	3,4%	56,83	59,13	2,30	4,0%
Westfalen-Lippe	52.901	53.831	930	1,8%	55,84	57,16	1,32	2,4%
Nordrhein	47.848	47.075	-773	-1,6%	60,02	58,86	-1,16	-1,9%
Hessen	45.314	46.884	1.570	3,5%	56,50	58,60	2,10	3,7%
Rheinland-Pfalz	49.405	49.934	529	1,1%	58,05	58,60	0,55	0,9%
Baden-Württemberg	49.017	48.941	-76	-0,2%	60,95	62,70	1,75	2,9%
Bayerns	42.873	51.258	8.385	19,6%	62,33	66,94	4,61	7,4%
Berlin	39.899	39.820	-79	-0,2%	59,51	59,33	-0,18	-0,3%
Saarland	49.822	49.728	-94	-0,2%	62,72	62,80	0,08	0,1%
Mecklenburg-Vorp.	63.640	60.503	-3.137	-4,9%	60,01	56,83	-3,18	-5,3%
Brandenburg	53.747	53.693	-54	-0,1%	52,23	53,10	0,87	1,7%
Sachsen-Anhalt	57.166	56.932	-234	-0,4%	53,85	54,93	1,08	2,0%
Thüringen	55.586	56.354	768	1,4%	51,27	52,29	1,02	2,0%
Sachsen	54.465	57.169	2.704	5,0%	53,08	55,82	2,74	5,2%
Bund	48.993	50.778	1.785	3,6%	58,09	59,64	1,55	2,7%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

14. Nordrhein: Honorarsteigerung von gut 5 %

Die Mittel für die ambulante ärztliche Versorgung in Nordrhein erhöhen sich in 2013 um 5,15 Prozent. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen einigten sich für dieses Jahr auf ein Plus bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) von rund 128 Millionen Euro - ein Ergebnis, das alle Verhandlungspartner als fairen Kompromiss betrachten.

"Mit der realen Steigerung um 5,15 Prozent, zu der man analog zur Einigung auf Bundesebene auch noch die erwartete Mengensteigerung bei psychotherapeutischen Leistungen und die Steigerung des Orientierungspunktwertes bei Einzelleistungen außerhalb der MGV rechnen könnte, haben wir ein gutes Ergebnis erzielt - nicht nur mit Blick auf das Verhandlungsergebnis auf Bundesebene und in anderen Regionen", sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. "Die strukturelle Benachteiligung Nordrheins bei den Mitteln für die ambulante ärztliche Versorgung konnte ein Stück weit kompensiert werden."

Lt. der Pressemitteilung der KV Nordrhein besteht die vereinbarte Gesamtsteigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aus mehreren Komponenten und wirkt sich nicht auf alle Arztgruppen in gleicher Weise aus, was an den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses auf Bundesebene liegt.

15.Förderung der Bereitschaftspraxen in Bayern

Die finanzielle Förderung in Höhe von 5 Euro je abgerechneten und anerkannten Fall in der Bereitschaftspraxis wird lt. KVB auch in 2013 fortgesetzt. Um von der Förderung zu profitieren, braucht in die Abrechnung keine gesonderte Abrechnungsnummer eingetragen zu werden. Der Zuschlag wird wie bisher automatisch jedem Behandlungsschein mit Kennziffer der Bereitschaftspraxis zugesetzt. Die Vergütung für 1. - 4. Quartal 2013 erfolgt im Rahmen der jeweiligen Quartalsabrechnung.

16.Vertragsgestaltung zwischen Zahnärzten und Dentallabor

Wenn sich Zahnärzte gegenüber einem Dentallabor vertraglich verpflichten, zahntechnische Arbeiten (fast) ausschließlich nur bei diesem gegen eine Gewinnbeteiligung fertigen zu lassen, so ist ein solcher Vertrag nichtig. Lt. Bundesgerichtshof stellt solch eine vertragliche Verpflichtung eines Zahnarztes einen Verstoß gegen das Wettbewerbsrecht (UWG), gegen das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und gegen die zahnärztliche Berufsordnung dar.

17. Gründung von Zahnarztpraxen teurer?

Lt. einer Pressemeldung der KZBV vom Januar 2013 sind in weiten Bereichen die Existenzgründungskosten für Zahnärztinnen und Zahnärzte im Jahr 2011 deutlich gestiegen.

Dies zeigt der aktuelle InvestMonitor Zahnarztpraxis des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Trotz hoher Investitionskosten wagen bundesweit weiterhin viele Zahnärzte den Schritt in die Selbständigkeit und gewährleisten so eine qualitativ hochwertige und flächendeckend wohnortnahe Versorgung.

Ein zentrales Ergebnis des InvestMonitor Zahnarztpraxis ist, dass 2011 das durchschnittliche Finanzierungsvolumen einer Praxisneugründung in den alten Bundesländern mit 429.000 Euro auf einen neuen Höchstwert gestiegen ist. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies einen Anstieg von etwa sieben Prozent. Demgegenüber sanken die Kosten für die Übernahme einer westdeutschen Einzelpraxis leicht um drei Prozent auf 299.000 Euro. Zahnärzte in den neuen Bundesländern mussten für eine Übernahme 198.000 Euro investieren – und damit sieben Prozent mehr als im Vorjahr.

18. Umsatzsteuerliche Fallen bei der Berufsausübung?

Grundsätzlich sind die Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Hebamme oder aus einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit nach § 4 Nr. 14 UStG von der Umsatzsteuer befreit. Voraussetzung ist, dass das therapeutische Ziel im Vordergrund steht. Die Abgrenzung ist im Einzelfall jedoch oft schwierig.

So fallen z.B. Gutachten über die Minderung der Erwerbsfähigkeit in Sozialversicherungsangelegenheiten oder beim Zahnarzt die Anfertigung von Inlays mit einem Cerec nicht unter die USt-Befreiung. Umsatzsteuerfrei sind dagegen z.B. gutachterliche Tätigkeiten zur Feststellung der persönlichen Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation oder reisemedizinische Untersuchungs- und Beratungsleistungen, wenn hierüber eine Bescheinigung ausgestellt wird (welche Grundlage für eine Entscheidungsfindung eines Dritten ist).

IGeL-Leistungen, z. B. Ultraschalluntersuchungen ohne diagnostischen Nutzen können umsatzsteuerpflichtig sein. Wichtig ist die diagnostische und heilbehandelnde Begründung bzw. die entsprechende Dokumentation.

Zu umsatzsteuerlichen Fragen, z.B. auch ob eine „geplante“ USt-Pflicht bei Anschaffung von Praxisausstattungen sinnvoll ist, kann Sie Ihr Steuerberater beraten.