

Mandanten - Newsletter Ärzte - II. Quartal 2013

1. Neuer Hausärzte-EBM noch in 2013?

Voraussichtlich nicht. Entgegen früherer Planungen wird die Überarbeitung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) wohl erst bis Mitte 2014 abgeschlossen sein. Ein wesentliches Ziel ist es, die haus- und fachärztliche Grundversorgung zu stärken. Die Änderungen sollen bis Mitte 2014 schrittweise umgesetzt werden.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat am 1. März Eckpunkte beschlossen, über die derzeit mit den Krankenkassen verhandelt wird. Welche Änderungen im hausärztlichen Bereich geplant sind, erläutert die KBV unter folgendem Link: <http://www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/kbv-praxisinformation-ebm.pdf>

2. Anhebung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert

Der EBM wird zum 1. Oktober 2013 – nicht wie ursprünglich geplant zum 1. Juli - einer „Währungsreform“ unterzogen. Alle mit Punkten bewerteten EBM-Ziffern werden hierfür auf einen Punktwert von 10 Cent umgerechnet. So wird z.B. die EBM-Ziffer 03321 künftig mit 200 Punkten (zu 10 Cent) statt wie bisher mit 565 Punkten (zu 3,5363 Cent) bewertet. Alte und neue Bewertungen ergeben rund 20 Euro.

Die Anhebung des Orientierungswertes auf 10 Cent zum 1. Oktober 2013 erfolgt lt. KBV kostenneutral. Sie sei aber ein wichtiger Schritt um die Forderung nach festen Preisen durchzusetzen. Weitere Informationen der KBV finden Sie hier:

http://www.kvno.de/downloads/honorar/information_punktewert.pdf

3. Deutscher Ärztetag 28. - 31. Mai

Der 116. Deutsche Ärztetag in Hannover hat die Bundesregierung aufgefordert, unverzüglich Regelungen gegen einen weiteren Anstieg der zuletzt dramatisch angewachsenen Haftpflichtversicherungsprämien für Ärzte zu treffen. Konkret sprach sich der Ärztetag für eine Absenkung der Versicherungssteuer für ärztliche Haftpflichtversicherungen von derzeit 19 Prozent auf 11 Prozent aus. Im Rahmen der Daseinsvorsorge habe der Gesetzgeber verschiedene Versicherungen durch eine ermäßigte Versicherungssteuer in Höhe von elf Prozent gefördert. Zudem seien die gesetzlichen Regelungen zur Anpassung der Vergütungen, Erlösbudgets und Gesamtvergütungen für ärztliche Leistungen so zu ergänzen, dass bei Notwendigkeit auch eine unterjährige Berücksichtigung der Entwicklung der Prämien für ärztliche Haftpflichtversicherungen möglich wird.

Das Beschlussprotokoll zu den zahlreichen Themen der Veranstaltung finden Sie im Beschlussprotokoll auf den Seiten der Bundesärztekammer:

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.9807.11302>

4. Entschädigung bei Stilllegung frei werdender Sitze

Die neue Bedarfsplanung bietet für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die Möglichkeit, in überversorgten Regionen frei werdende Sitze stillzulegen. Die KVen entschädigen dann den ausscheidenden Arzt. Der Wert der Praxis muss im Einzelfall ermittelt werden. Über die Höhe der Entschädigungen wird viel spekuliert, da es eine verbindliche Methode zur Wertermittlung nicht gibt.

Lt. KV Nordrhein wäre eine Berechnungsformel für die Entschädigung plausibel, bei der der durchschnittliche Quartalsumsatz der Kassenpraxis mit 2 multipliziert wird. Letztlich wird es hier vermutlich zu richterlichen Klärungen kommen.

Da die Praxis meist auch eine Säule der Altersversorgung darstellt, empfiehlt es sich, frühzeitig - d.h. mindestens 3-5 Jahre vor geplantem Ruhestand - mit der optimalen (Nachfolge-) Strategie zu beschäftigen. Ihr Steuerberater bzw. Rechtsanwalt kann Sie hierbei beraten.

5. „Honorarvergleich“ in Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen einigten sich vor kurzem ohne Schiedsspruch auf ein Honorarplus von 6,99 Prozent.

Unter Moderation des Schiedsamtes gab es einen Vergleich, der ein Honorarplus in diesem Jahr von 6,99 Prozent bedeutet. Das entspricht einem Zuschlag von etwa 46 Millionen Euro.

Aus Sicht der KV sei dies ein sehr positiver Kompromiss, zumal die Ausdeckelung zusätzlicher Leistungen erreicht werden konnte. So werden jetzt z.B. auch schmerztherapeutische Leistungen durch Schmerztherapeuten und Leistungen der spezifischen Immuntherapie und kinderpneumologische Behandlungen extrabudgetär bezahlt.

6. Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“

KBV und KVen haben Ende April die Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ gestartet. Bis 2017 soll sie den Berufsstand des niedergelassenen Arztes und Psychotherapeuten authentisch abbilden und dem Ärztemangel entgegenwirken.

Die Vertreterversammlung der KBV hatte den Auftrag zur Durchführung einer Kampagne erteilt. Dies war vor dem Hintergrund von Befragungen geschehen mit tausenden Ärzten und Psychotherapeuten (Ärztemonitor, Befragung zum Sicherstellungsauftrag). Dabei hatte sich gezeigt, dass unter der Ärzteschaft der Eindruck und das Gefühl weit verbreitet sind, ärztliches und psychotherapeutisches Tun beim Patienten findet immer weniger Wertschätzung in Gesellschaft und Politik.

Ab Ende April werden in fast 250 Städten Großflächenplakate mit den Gesichtern von Haus- und Fachärzten zu sehen sein. Medial begleiten die Kampagne zusätzlich verschiedene Publikationen, Anzeigen, ein Kinospot und eine eigens eingerichtete Website.

Die Kampagne läuft über fünf Jahre. Mit der Umsetzung ist die Kommunikationsagentur „ressourcenmangel“ beauftragt. Sie hat die Kreatividee zur Kampagne entwickelt. Weitere Informationen zu Einzelheiten und Hintergründen der Kampagne sowie ein „Making-of“ vom TV-Spot finden Sie auf der Kampagnen-Website www.ihre-aerzte.de.

7. Hausarztverträge auf dem Rückzug?

Der letzte „Leuchtturm“ der hausarztzentrierten Versorgung steht in Baden-Württemberg. MEDI-Verbund und AOK bauen dort die Selektivverträge sogar noch aus. Die Kasse investiert einen zweistelligen Millionenbetrag in 1000 Dienstwagen für VERAH, die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis. Damit soll die flächendeckende Versorgung für chronisch Kranke verbessert werden. Mit den Kleinwagen für die Praxismitarbeiterinnen wird das Pflegenetz für eingeschriebene Patienten dichter geknüpft. Zusätzlich erhöht sich die Chronikerpauschale P3 um eine Morbiditätspauschale von 15 Euro im Quartal. Der durchschnittliche Fallwert steigt für die teilnehmenden Praxen von 81 auf 85 Euro.

Nicht ganz so rosig sind die Bedingungen für den Hausärzteverband in Bayern, wo man im Dauerstreit mit der AOK liegt. Der Alleinvertretungsanspruch könnte in Frage gestellt werden, nachdem die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns dort attraktive Bedingungen im Rahmen der aktuellen EBM-Reform im Kollektivsystem aushandeln will.

8. Widersprüchliches Verhalten der KV bei Abrechnungskorrektur?

Das Sozialgericht (SG) Marburg hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen verurteilt, den Honorarbescheid eines Arztes abzuändern und Nachvergütungen im Wert von etwa 7.500 Euro vorzunehmen. Nach Einschätzung des Gerichts hatte sich die KV widersprüchlich verhalten und müsse sich dies entgegenhalten lassen.

Eine Kassenärztliche Vereinigung verhält sich lt. SG widersprüchlich, wenn sie einen Vertragsarzt zeitnah auf die Möglichkeit einer Abrechnungskorrektur hinweist und hierbei eine Hilfestellung anbietet, dann aber falsche oder unzureichende Auskünfte erteilt und sich hierfür nicht in der Verantwortung sieht.

Von einem Vertragsarzt kann nicht mehr verlangt werden, als dass er sich bei Abrechnungsproblemen an die Kassenärztliche Vereinigung wendet. Kann der Vertragsarzt davon ausgehen, nunmehr für eine ordnungsgemäße Abrechnung alles Erforderliche veranlasst zu haben, dann kann sich die Kassenärztliche Vereinigung nicht darauf berufen, für die Einreichung weiterer Unterlagen sei die Frist nach ihrer Abrechnungsrichtlinie verstrichen bzw. es bestehe kein Grund für eine Nachfrist. Dies verstößt grob gegen den allgemeinen Grundsatz von Treu und Glauben.

9. Barmer Zahnreport 2013

In der diesjährigen Analyse des zahnärztlichen Versorgungsbereichs haben Wissenschaftler erstmals auch Daten zu Zahnersatzleistungen wie Prothesen oder Implantate ausgewertet. Grundlage waren Heil- und Kostenpläne aus 2011-2009. Die Studie kann unter folgendem Link aufgerufen werden:

<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/130423-Zahnreport-2013/PDF-Zahnreport-2013,property=Data.pdf>

Die Wissenschaftler vom Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Hannover weisen in der Studie den Trend zu steigenden Privatkosten beim Zahnersatz nach. So stiegen die Eigenleistungen für Zahnersatz zwischen 2005 und 2009 inflationsbereinigt um 18 Prozent. Der Privatanteil an den Gesamtkosten legte um einen Prozentpunkt von 55 auf 56 Prozent zu. Im Jahr 2009 lagen die Durchschnittskosten für neuen Zahnersatz demnach bei 1.382 Euro, wovon durchschnittlich 776 Euro privat aufzuwenden waren.

Die KZBV erklärt sich in einer Pressemeldung als nicht einverstanden „mit einigen Schlussfolgerungen des Zahnreports 2013 im Versorgungsbereich Zahnersatz“: Es gibt keine anhaltende Tendenz zur Privatisierung der vertragszahnärztlichen Versorgung. Und wir können auch keine finanzielle Überforderung der Patienten feststellen. Das Honorar für private Zusatzleistungen bei Füllungen und Zahnersatz hat im Jahr 2011 nur rund zehn Prozent des Gesamthonorars für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten ausgemacht. Die Eigenanteile der Versicherten haben sich auch ausweislich des Barmer-Reportes seit 2006 kaum verändert. Das seit 2005 geltende Festzuschusssystem für Zahnersatz funktioniert sehr gut und ist bei den Patienten akzeptiert. Es ist sozial sensitiv und verhindert durch eine Härtefallregelung übermäßige finanzielle Belastungen.

10. Apothekenwerbung in Arztpraxen zulässig?

Das Landgericht Limburg hat mit Urteil vom 17.12.2012 entschieden, dass im Wartezimmer von Arztpraxen nicht für bestimmte Apotheken geworben werden darf.

Bei der Entscheidung ging es um das Geschäftsmodell eines Vermarktungsunternehmens, wobei Apotheken auf Werbebildschirmen in Arztpraxen beworben wurden.

Auf Basis von Verträgen zwischen Apotheken und Arztpraxen wurden durch das Unternehmen im Wartezimmer-TV der Arztpraxen das regionale Wirtschaftsfenster und das regionale Gesundheitsfenster ausgestrahlt. Dabei standen je Standort 8 Sendeplätze für 8 Werbepartner zur Verfügung. Da jede Branche nur einmal vertreten war, konnten beteiligte Apotheker davon ausgehen, im regionalen Gesundheitsfenster als Einzige genannt zu werden.

Nach Ansicht der Richter des Landgerichtes Limburg verstößt dieses Geschäftsmodell gegen § 11 Abs. 1 ApoG. Durch die Begrenzung der Werbepartner und die sich daraus

ergebende Exklusivität des jeweils beworbenen regionalen Apothekers werden die Patienten bevorzugt einer bestimmten Apotheke zugeführt. Darüber hinaus wird die einseitige Bevorzugung einer Apotheke durch einen Arzt auch in den jeweiligen Landesberufsordnungen verboten. Eine Berufung beim Oberlandesgericht Frankfurt am Main ist anhängig.

11. Maßregelungskündigung unwirksam?

Das Arbeitsgericht Bonn hat in einem jüngst veröffentlichten Urteil die Kündigung einer Arzthelferin für unwirksam erklärt, weil eine unzulässige Maßregelung im Sinne des § 612a BGB zugrunde lag.

Der Fall betraf eine Krankenschwester, die seit 1978 als Arzthelferin in der Praxis angestellt war. Anfang 2012 wurde die Praxis durch einen anderen Arzt übernommen. Die Arzthelferin war bis dahin mit 11 Wochenarbeitsstunden bei einem Entgelt von etwa 890 Euro beschäftigt. Im Juni 2012 teilte der neue Praxisinhaber der Arzthelferin mit, die Wochenarbeitszeit bei gleichbleibender Vergütung auf 16 Stunden zu erhöhen.

Nach urlaubsbedingter Praxisschließung teilte die Arzthelferin mit, sie sei mit der Änderung grundsätzlich einverstanden, es seien aber die Fristen für eine Änderungskündigung einzuhalten, wonach die Änderung erst zum Februar 2013 greifen könne. Sie sei jedoch bereit, eine Umsetzung bereits zum November 2012 mitzutragen.

Am 24. Juli 2012 kündigte der Arzt das Arbeitsverhältnis zum nächstmöglichen Termin und stellte die Arzthelferin von der Arbeit frei.

Nach Ansicht des Arbeitsgerichts darf der Arbeitgeber einen Arbeitnehmer nicht benachteiligen, weil dieser in zulässiger Weise seine Rechte ausübt. Die Kündigung ist nur dann unwirksam, wenn die Rechtsausübung für die Kündigung das wesentliche Motiv gewesen ist, wovon das Gericht wegen der Zeitnähe der Kündigung zum Schreiben der Arzthelferin ausging.

12. Tages-/Quartalsprofil bei Job-Sharing

Lt. Urteil des Sozialgerichts Marburg vom Jahresanfang ist eine sog. Job-Sharing-Angestellte bei der Erstellung eines Tages- oder Quartalsprofils mit der vereinbarten bzw. tatsächlichen Arbeitszeit zu berücksichtigen und nicht pauschal mit dem Faktor 0,25 in Relation zu einer vollen vertragsärztlichen Tätigkeit.

Verstöße gegen die Vorgaben im Rahmen eines Job-Sharing-Verhältnisses können nicht im Wege der Plausibilitätsprüfung zu einer Honorarrückforderung führen.

Es ist zulässig, sachlich-rechnerische Berichtigungen wegen Implausibilität, Überschreitung der Obergrenzen für ein Job-Sharing-Verhältnis und wegen einer Honorarrückforderung parallel vorzunehmen. Im Rahmen der Festsetzung des Kürzungsbetrags sind die zuvor ergangenen Kürzungen zu berücksichtigen.

13. Vorteile durch Job-Sharing?

Beim Job-Sharing handelt es sich um eine besondere Form der Berufsausübungsgemeinschaft, meist mit einem Senior- und einem Juniorpartner.

Dabei teilt sich ein bereits zugelassener Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut (der sog. „Senior“) seinen Versorgungsauftrag mit einem zusätzlich tätig werdenden Arzt bzw. Psychotherapeuten (dem sog. „Junior“) und einigt sich mit diesem über Umfang und Aufteilung der gemeinsamen Leistungserbringung intern. Bei der Bedarfsplanung wird dieser zusätzliche Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung nicht mitgezählt.

Auch in den für Neuzulassungen bzw. Anstellungen eigentlich gesperrten Planungsbereichen bietet das Job-Sharing für Ärzte und Psychotherapeuten daher eine Möglichkeit, trotzdem vertragsärztlich tätig zu werden.

Durch das Job-Sharing kann der Praxisinhaber entlastet werden, es kann eine bessere Anpassung der Praxisöffnungszeiten und des Leistungsangebotes an die Patientenbedürfnisse erfolgen und es erleichtert den Einstieg von (jungen) Kollegen trotz Zulassungssperren.

Job-Sharing ist jeweils nur unter Ärzten der gleichen Fachrichtung bzw. nur unter Psychologischen Psychotherapeuten oder nur unter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässig, bei den beiden letzteren unabhängig von der Therapierichtung.

14. BSG zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes

Das Bundessozialgericht (BSG) hat im März eine neue Entscheidung (Az: B-6-KA-19/12-R) zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes getroffen. Es ging um die Frage, ob es für die Annahme einer Praxisfortführung ausreichend sei, wenn der Arzt lediglich den Willen habe, als angestellter Arzt in der Zweigpraxis einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines medizinischen Versorgungszentrums tätig zu werden.

Die ausnahmsweise Nachbesetzung in einem wegen Überversorgung zulassungsgesperrten Bereich ist nur möglich, wenn die Praxis des ausscheidenden Arztes fortgeführt werden soll. Fortgeführt wird eine Praxis nur dann, wenn der eine Nachfolgezulassung anstrebende Bewerber am bisherigen Praxisort als Vertragsarzt – ggf. auch als Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) – tätig werden will.

Der Wille, lediglich als angestellter Arzt in der Zweigpraxis einer BAG oder eines medizinischen Versorgungszentrums tätig zu werden, genügt nicht.

Dieses Urteil dürfte auch die Strategie mancher MVZ, sich durch die Anwerbung älterer angestellter Ärzte Vertragsarztsitze zu sichern, durchkreuzen.

15. Gutscheine für Bremer Hausärzten für Hausnotruf-Vermittlung illegal?

Der Malteser Hilfsdienst versprach Bremer Hausärzten, die ihren Patienten den Malteser-Hausnotruf vermitteln, einen Einkaufsgutschein von 60 Euro pro neuem Kunden.

"Das Ganze war eine Idee unseres Vertriebs", so der Malteser-Pressesprecher Andreas Schack. Die Prämie sei aber nicht Teil der Vereinbarung mit dem Hausärzterverband gewesen. Ärztekammer und KV schätzen diese Prämie als unerlaubte Zuwendung gegen Entgelt nach Paragraph 31 der Berufsordnung ein. Die öffentliche Empörung in Bremen führte dazu, dass die Malteser das Angebot zurückzogen.

16. Zahl der Arztbesuche gesunken?

Lt. DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) suchen die Deutschen heute im Schnitt nur noch 10 Mal pro Jahr einen Arzt auf. 1995 seien es durchschnittlich noch 13 Besuche gewesen.

Lt. DIW liegt dies an der besseren Vorsorge, etwa bei Zahnärzten. Arztbesuche würden auch deshalb seltener, weil Patienten viele Medikamente heute selbst zahlen müssten und deshalb kein Rezept mehr bräuchten.

Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, bezweifelt hingegen, ob die Patienten in Deutschland mittlerweile tatsächlich deutlich weniger die Arztpraxen aufsuchen. Entscheidend sei, wer im Rahmen des sozioökonomischen Panels befragt worden ist. Über 50 Prozent der Arztkontakte entfallen auf 16 Prozent der Patienten, also auf solche, die auf Grund einer schweren Erkrankung eine häufige und regelmäßige ärztliche Betreuung brauchen. Durch Befragungen lässt sich diese Personengruppe schwierig erreichen. Die Arztkontakte sind innerhalb der bundesdeutschen Bevölkerung sehr ungleich verteilt.

17. EU-weites Interesse an Nr. 116 117

Lt. einer KBV Pressemeldung ist die vor einem Jahr in Deutschland eingeführte einheitliche Rufnummer 116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst in vielen anderen europäischen Ländern auf großes Interesse gestoßen. Ein Symposium in Brüssel hat gezeigt, dass einige Länder die Einführung bereits vorantreiben.

Unter der Telefonnummer 116 117 erreichen Patienten in Deutschland seit April 2012 den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Er übernimmt die medizinische Versorgung der Bevölkerung, wenn die Arztpraxen geschlossen haben. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen, welche die einheitliche Nummer initiiert haben und in Deutschland betreiben, haben diese von Anfang an als europaweite Nummer reservieren lassen.

Die Vergabe der europaweiten Rufnummer 116 117 ist regulatorisch an die Bedingung geknüpft, dass dieser Dienst für den Anrufer kostenlos anzubieten ist. Werden Anrufer direkt mit einem niedergelassenen Arzt verbunden, kann dieser ein telefonisches Beratungsgespräch abrechnen.

Österreich hat den Betrieb der Nummer einem regionalen Rettungsleitstellenverbund zugeteilt, der sie seit dem 1. April 2013 freigeschaltet hat. In Österreich gibt es seit Jahren eine einheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Dort seien

beispielsweise auch Ärzte im Telefondienst im Einsatz, die ihre niedergelassenen Kollegen unterstützen und die Kontakthäufigkeit vor Ort reduzieren.

18. ZI-Praxis-Panel – aktueller Jahresbericht

Das ZI (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland) erhebt im Rahmen des ZI-Praxis-Panel jährlich bei mehreren tausend Praxen Daten zur wirtschaftlichen Situation der niedergelassenen Ärzte. Ziel des ZI-Praxis-Panels (ZiPP) ist es, ein Gesamtbild der Wirtschaftslage in den Praxen niedergelassener Ärzte sowie Psychotherapeuten zu geben.

Im Mai wurden vom ZI neue Daten zur wirtschaftlichen Lage veröffentlicht. Diese belegen lt. ZI die Wirkung der im Jahr 2009 in Kraft getretenen Vergütungsreform. Danach ist der Praxisumsatz zwischen 2007 und 2009 je Praxisinhaber im Mittel um 4,5% (rund 11.000 Euro) pro Jahr gestiegen. Die Honorare für die Behandlung von GKV-Patienten verzeichneten dabei mit 5,5% (rund 10.000 Euro) pro Jahr den stärksten Zuwachs. Nach Abzug der Praxiskosten verblieb einem Praxisinhaber 2009 ein Jahresüberschuss von rund 131.000 Euro je Einzelpraxis bzw. 158.000 Euro in einer Gemeinschaftspraxis. Lt. ZI sagen die Jahresüberschüsse der Praxen, wie sie auch vom Statistischen Bundesamt in 4-Jahresabständen berichtet werden, noch nichts über die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit aus. Der Gebührenordnung liegt die Annahme zugrunde, dass ein Arzt bei Vollzeittätigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung im Schnitt 105.600 Euro Jahresüberschuss realisieren kann. Tatsächlich lag der Jahresüberschuss aus rein vertragsärztlicher Tätigkeit nach ZI- Daten im Jahr 2009 im Schnitt bei nur 98.300 Euro. Das Niveau der Investitionstätigkeit der Praxen ist lt. ZI so niedrig, dass bereits ein Investitionsstau zu diagnostizieren ist.

19. Weiterbildungsassistent als Praxisnachfolger?

Der Weiterbildungsassistent ist ein Arzt, der nach Erteilung der Approbation bzw. Berufserlaubnis im Rahmen einer Weiterbildung zum Erwerb einer Facharztbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung, Zusatzbezeichnung sowie einer Fachkunde oder spezieller Kenntnisse, Erfahrungen oder Fertigkeiten (fakultative Weiterbildung) bei einem durch die Landesärztekammer zur Weiterbildung befugten Vertragsarzt tätig wird.

Für viele Hausärzte ist es schwierig, einen geeigneten Praxisnachfolger zu finden. Der Einstieg in die hausärztliche Weiterbildung vermittelt hier gute Chancen, schon in der Phase der Weiterbildung zum Allgemeinarzt einen geeigneten Praxisnachfolger zu finden und ihn in der eigenen Praxis systematisch aufzubauen. Lt. KBV wurde die Weiterbildung 2010 mit 76 Mio. Euro gefördert. Für den ambulanten Bereich liegt die Förderung je besetzter Stelle bei 3.500 Euro. Weitere „Zulagen“ sind möglich. Zu weiteren Details wie Förderdauer etc. s. u. <http://www.kbv.de/2606.html>. Weiterbildungsstellenangebote/ -gesuche sind auch via Internet auffindbar, z.B. bei der [Landesärztekammer Berlin](#).

20. Umsatzsteuer bei IGeL

In der Praxis oft unterschätzt wird die Relevanz der Umsatzsteuer, auch und vor allem im Zusammenhang mit „Selbstzahlerleistungen“.

Wenn eine konkrete und unmittelbare medizinisch-therapeutische Zielsetzung der Behandlung gegeben ist, besteht keine Umsatzsteuerpflicht. Die Abgrenzung kann im Einzelfall aber schwierig sein und bedingt eine gute Dokumentation. Allgemeinprophylaxe (z.B. Ernährungsberatung) ist i.d.R. nicht begünstigt, jährliche Gesundheitsuntersuchungen für gesetzlich Krankenversicherte unter 35 Jahren sind dagegen umsatzsteuerfrei.

Beim Großteil der Individuellen Gesundheitsleistungen liegt nur dann eine Steuerbefreiung vor, wenn die Vorsorge auf ein bestimmtes Krankheitsbild abzielt (z.B. Hautkrebsscreening). Wenn Sie eine (neue) Leistung planen, sollten Sie sich vorab von Ihrem Steuerberater zur Steuerbarkeit und ggf. auch zur Kostenkalkulation beraten lassen.

21. Umsatzsteuer bei Gutachten

Auch ärztliche Gutachten sind nur dann von der USt befreit, wenn damit ein therapeutischer Zweck verfolgt wird. Steuerpflichtig sind daher u.a. Gutachten über Seh- und Hörvermögen, Gutachten über Berufstauglichkeit, Gutachten über den Gesundheitszustand als Grundlage für Versicherungsabschlüsse, Vaterschaftstests und Alkohol- und Drogengutachten zur Untersuchung der Fahrtüchtigkeit.

22. Umsatzsteuer bei Prothetik

Bei Zahnärzten sind alle direkt mit den Prothetikumsätzen verbundenen Leistungen (z.B. Auftragen von Haftliquid) umsatzsteuerpflichtige „Nebenleistungen“.

Wird der Zahnersatz in der eignen Praxis hergestellt, bleibt die zahnärztliche Leistung von der USt befreit. Lediglich der gelieferte Zahnersatz unterliegt dem (ermäßigten) USt-Satz von 7%.

Wird der Zahnersatz von einem Fremdlabor angefertigt, so ist diese Lieferung mit 7% zu besteuern. Die Weiterlieferung an den Patienten ist steuerfrei, aber es kann auch keinen Vorsteuerabzug aus den Zahntechnikerrechnungen erfolgen.

Lt. Finanzverwaltung ist übrigens auch die „Materialbeistellung“, also z.B. das Überlassen von Gold an Fremdlabore ein umsatzsteuerpflichtiger Vorgang (7%).