

Mandanten-Newsletter Ärzte (II. Quartal 2014)

1. Wartezeitendiskussion: Express-Überweisung?

Als gänzlich ungeeignetes Instrument hat der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, die mögliche Einführung einer sogenannten Express-Überweisung zur Gewährleistung eines schnelleren Zugangs zum Facharzt bezeichnet. Abgesehen davon, dass die Debatte über angeblich lange Wartezeiten auf Facharzttermine ohnehin an der populistischen Oberfläche geführt werde, würde durch die Einführung einer solchen Überweisung insbesondere in die Hausarztpraxen ein Problem ganz neuer Art hineingetragen.

So wären in der Vergangenheit ungerechtfertigt lange Wartezeiten im Einzelfall durch einen interkollegialen Kontakt zwischen Haus- und Facharzt vermieden worden. In Zukunft sehe sich jeder Hausarzt einem potentiellen Disput mit seinem Patienten darüber ausgesetzt, ob dieser nun eine Express- oder nur eine "normale" Überweisung wert sei.

Indes startete im Saarland am 1. April ein Modellprojekt für zeitnahe Facharzttermine bei dringenden medizinischen Fällen. Der Beirat für das Modellprojekt "Dringliche Überweisung im Saarland" hat sich vor kurzem in Saarbrücken konstituiert.

Der Beirat für das Modellprojekt wird das Forschungskooperationsprojekt von Universität und kassenärztlicher Vereinigung Saarland begleiten. Das wichtigste Kriterium für eine zeitnahe Überweisung zum Facharzt sei die medizinische Dringlichkeit der Behandlung, so Dr. Gunter Hauptmann, Vorstandsvorsitzender der kassenärztlichen Vereinigung Saarland. Um die notwendige Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt zu erleichtern und die Terminvergabe in der fachärztlichen Praxis zu beschleunigen, habe die Kassenärztliche Vereinigung Saarland gemeinsam mit dem Saarländischen Hausärzteverband und dem Facharztforum Saar bereits ein unbürokratisches Verfahren etabliert, das jetzt ab April evaluiert und auf seine Praxistauglichkeit geprüft werden soll. Erste Ergebnisse werden im Juli 2014 erwartet. Geplant ist, 15-20 % aller saarländischen Praxen in die Stichprobe aufzunehmen.

2. Aussichten für das deutsche Gesundheitssystem

Laut dem aktuellen *Gesundheitsreport 2014* des Finanzdienstleisters MLP sind die Bürger und Mediziner aktuell zufrieden mit dem deutschen Gesundheitssystem. Für die Zukunft haben sie allerdings eher negative Aussichten:

- 69 % der Bürger erwarten eine zunehmende Zwei-Klassen-Medizin.
- Ca. 65 % der Versicherten befürchten einen Leistungsverlust, weniger Zeit der Ärzte für die Patienten aufgrund Personalmangel und höhere eigene Kostenbeteiligungen bei Operationen/Arztbesuchen.

- Knapp 50% der Bürger gehen davon aus, dass sie im Pflegefall finanziell nicht ausreichend abgesichert sind.
- 75% der Ärzte erwarten eine zunehmende Zwei-Klassen-Medizin.
- Mehr als drei von vier Mediziner sehen die Therapiefreiheit in Gefahr. 20% der Ärzte geben zu, dass bereits heute häufig oder gelegentlich aus Kostengründen auf Behandlungen verzichtet wird.
- 71% der Krankenhausärzte befürchten eine schlechtere finanzielle Lage ihrer Klinik. 43% der Krankenhausärzte sind der Meinung, dass aufgrund des Spardrucks bereits erforderliches Personal abgebaut wurde, und 79% rechnen mit einer weiteren Zuspitzung. 60% der Mediziner rechnen daher mit einer schlechteren Qualität der medizinischen Versorgung an Krankenhäusern.

Hauptgründe für die düsteren Prognosen sind eine älter werdende Gesellschaft, eine abnehmende Zahl der Beitragszahler, sowie der bereits heute spürbare Ärztemangel bzw. die Personalpolitik in Krankenhäusern.

3. Umsatzstärkste ärztliche Leistungen

Lt. aktueller Gesundheitsberichterstattung des Bundes war 2012 deutschlandweit die umsatzstärkste ärztliche Leistung die Versichertenpauschale 6.-59. Lebensjahr, die von Ärztinnen und Ärzten mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wurde. Die ersten 10 Plätze (nach Rang und in Prozent des Gesamtleistungsbedarfs) sehen folgendermaßen aus:

Gebührenordnungsposition	Sachverhalt	
	Rang ▲▼	Anteil am Gesamtleistungsbedarf in Prozent ▲▼
Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr (hausärztlich)	1	8,6
Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr (hausärztlich)	2	7,0
Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit (hausärztlich)	3	4,6
Kostenpauschale für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifestem Diabetes mellitus	4	1,8
Kostenpauschale für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr	5	1,6
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr (frauenärztlich)	6	1,3
Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr (kinderärztlich)	7	1,2
Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	8	1,1
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	9	1,1
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32	10	1,1

Quelle: www.gbe-bund.de

4. Hausarztzentrierte Versorgung ausbauen?

Der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Karl-Josef Laumann, hat sich für eine Ausweitung von Hausarztzentrierten Verträgen (HZV) in den Bundesländern ausgesprochen. „Die hausarztzentrierte Versorgung muss endlich flächendeckend umgesetzt werden“, sagte Laumann bei einer Informationsveranstaltung des Deutschen Hausärzteverbandes vor kurzem in Köln. „Mit dem Koalitionsvertrag ermöglichen wir kreative Verträge mit dem Ziel, den Patienten regional bestmögliche Angebote zu machen.“

Der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, Ulrich Weigeldt, sagte mit Blick auf die jetzt vom Bundestag verabschiedete Gesetzesnovelle, die ab 1. April den Abschluss von HZV-Verträgen erleichtern soll: „Den Versicherten wird die Option eröffnet, sich in HZV-Verträge einzuschreiben, deren Leistungen über denen in der Regelversorgung liegen, und die beispielsweise in Baden-Württemberg sowohl von den Patienten als auch von den Hausärzten als bessere Alternative bewertet werden.“

5. (Keine) Ermittlungen wegen Manipulationsverdacht?

Die Augsburger Staatsanwaltschaft wies kürzlich einen Medienbericht zurück, wonach sie rund zehntausend Mediziner unter Manipulationsverdacht i. V. m. Speziallaborleistungen nicht verfolgt habe. Es seien im Januar 2009 zwei Verfahren wegen des Verdachts der Bestechung beziehungsweise Bestechlichkeit und Betrugs gegen lediglich 151 Beschuldigte (davon 146 Ärzte) im Zusammenhang mit Laborabrechnungen eingestellt worden - wegen fehlenden Tatverdachts.

Das Handelsblatt hatte vor Kurzem berichtet, dass die Anklagebehörde mit Wissen von Justizministerium und Generalstaatsanwaltschaft 10.000 Ärzte unbehelligt gelassen habe, und die meisten Fälle aufgrund der Untätigkeit der Behörde mittlerweile verjährt seien.

Die Staatsanwaltschaft München habe lt. Oberstaatsanwalt Matthias Nickolai hingegen eine andere Rechtsauffassung vertreten. Dort sei angeklagt worden, und die Verurteilung eines Mediziners sei 2012 auch vom Bundesgerichtshof (BGH) bestätigt worden.

Jetzt droht lt. Augsburger Allgemeine (www.augsburger-allgemeine.de) die Opposition im bayerischen Landtag mit einem Untersuchungsausschuss.

6. Was halten Sie von der Delegation ärztlicher Leistungen?

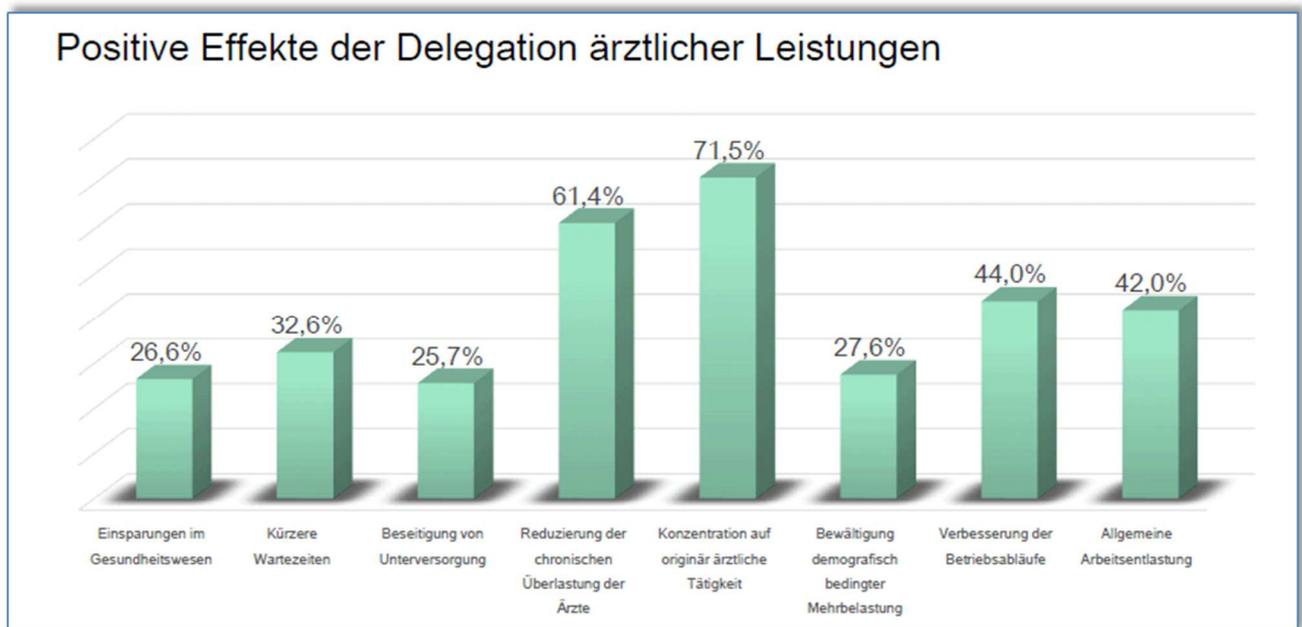
Mehr als 1.000 Hartmannbund-Mitglieder haben sich von Ende Februar bis Mitte März beteiligt und mit ihren Antworten einen repräsentativen Einblick in die Einstellung und Bewertung der deutschen Ärzteschaft zu diesen zentralen Fragestellungen ermöglicht.

Die meisten Ärzte stehen der Delegation aufgeschlossen gegenüber. Die Ergebnisse zeigen in der differenzierten Analyse signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen und der aktuellen Beschäftigungssituation. Im Kern: Je jünger, desto aufgeschlossener. Dabei

stehen angestellte Ärztinnen und Ärzte nicht nur der Delegation, sondern auch der Substitution offener gegenüber als ihre niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, und auch in den neuen Bundesländern kann eine größere Offenheit als in den alten verzeichnet werden. Für alle Befragten gilt allerdings: Es gibt klare Grenzen bei der Bereitschaft, ärztliche Leistungen zu delegieren oder anderen Berufsgruppen zu überlassen.

So bejahten 56 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte die Frage, ob sie grundsätzlich eine Übertragung ärztlicher Leistungen durch Delegation befürworten. Nur ein Fünftel lehnte dies ab, ein weiteres Fünftel zeigte sich unentschlossen. Bei den Jüngeren liegt der Anteil der Befürworter mit 71 Prozent deutlich höher. Die Mehrheit der Befragten erhofft sich davon vor allem zweierlei: Zum einen eine stärkere Konzentration auf die originär ärztlichen Tätigkeiten, zum anderen eine Reduzierung der chronischen Überlastung im Arbeitsalltag. Als gut delegierbare Leistungen benannten die Befragten Tätigkeiten wie u. a. Blutentnahmen, Verabreichen von Infusionen, Injektionen, Tests, Verbandswechsel, Wundkontrollen, das Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Nachsorge, Dokumentation und Kodieren. Für nicht delegationsfähig halten sie körperliche Untersuchungen, Anamnese, Arzt-/Entlassungsbriefe, Medikamentenmanagement, Folgerezepte, kleinere Eingriffen und Biopsien.

Klare Bedenken bestehen mit Blick auf das Haftungsrisiko, die Kompetenz nichtärztlichen Personals und das mögliche Abfließen von Mitteln aus der ärztlichen Vergütung.



Details der Umfrageergebnisse finden Sie [hier](#).

Die Regierungsparteien im Bundestag haben sich im Koalitionsvertrag auf den Einsatz von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen geeinigt, die „delegierte ärztliche Leistungen erbringen“ sollen. Zudem plant die Koalition Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistungen.

7. E-Arztbrief der KBV

Der sogenannte E-Arztbrief dient grundsätzlich dazu, komfortabel und kostensparend Arztbriefe online verschicken und empfangen können. Lästiges Einsortieren und Heraussuchen von Unterlagen kann entfallen, wenn der E-Arztbrief in die Praxissoftware integriert ist.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung will den Ärzten jetzt auch den E-Arztbrief zur Verfügung stellen. Dieser soll ab dem vierten Quartal 2014 über KV-CONNECT zur Verfügung stehen. PVS-Hersteller können den E-Arztbrief, der sich schon seit Jahren in der Entwicklung befindet, dann in ihren Systemen anbieten.

KV-CONNECT ist ein Kommunikationskanal, der es erlaubt, IT-Dienste der KVen direkt im Praxisverwaltungssystem (PVS oder Praxis-EDV) zu nutzen. Ärzte müssen dann nicht mehr, wie bisher noch häufig, über die KV-Portale gehen, was umständlicher ist, als den Brief direkt aus dem Programm zu verschicken.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat Ende 2013 die KV Telematik GmbH gegründet, um KV-CONNECT voranzubringen.

Der elektronische Arztbrief ist lt. Dr. Peter Potthoff von der KV Nordrhein ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur einrichtungsübergreifenden elektronischen Fallakte, mit der sich vor allem das Entlassungsmanagement verbessern ließe. Elektronische Arztbriefe zu verschicken ist indes nicht ganz neu. Etwa 20 Praxen in Baden-Württemberg nutzen seit Jahren die Möglichkeit, sich via D2D Briefe zu schicken.

8. Gute Versorgung lt. Barmer GEK Zahnreport

Die Barmer GEK zieht in ihrem aktuellen Zahnreport 2014 zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland ein positives Fazit.

Schwerpunkt des diesjährigen Berichts waren die "Wurzelbehandlungen". Zu diesem Zweck wurde der Behandlungsverlauf von rund 150.000 Zähnen nach einer "direkten Überkappung" mit Unterstützung eines wissenschaftlichen Experten verfolgt. Dabei wurde auch beobachtet, ob nach einer Wurzelbehandlung weitere Behandlungen erforderlich waren. Als positiv werteten die Autoren, dass bei ca. 84% aller wurzelbehandelten Zähne im Zeitraum 2010 bis 2012 keine weitere Behandlung nötig war. Die häufigste Folgebehandlung war die Extraktion des Zahnes, gefolgt von einer Wurzelspitzenresektion. In den seltensten Fällen war eine Wiederholung der Wurzelbehandlung notwendig.

Bei der Zahnvorsorge gibt es lt. dem Report ein deutliches Ost-West-Gefälle. Während in Westdeutschland die Teilnahmeraten zwischen 43 % in Bremen und 56 % in Bayern schwanken, pendeln die Werte in den neuen Ländern um die 60%-Marke. Insgesamt beanspruchte nur jeder zweite Bundesbürger im Jahr 2012 Prophylaxe-Leistungen.

9. Deutscher Ärztetag

Vom 27. bis 30. Mai findet in der Stadthalle des Congress-Centers Düsseldorf (CCD) der 117. Deutsche Ärztetag statt. Das Programm bzw. die Tagesordnung finden Sie unter folgendem Link: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.10741.11659>

10. Praxis- und Apothekenbörse der apoBank

Seit dem Start der Börse Anfang 2013 ist lt. apobank eine stetige Zunahme der Zahl der registrierte Praxen und Apotheken zu verzeichnen.

Auf den Internetseiten der Bank (<http://www.apobank.de/praxisboerse.html>) können sich Heilberufler seit Januar mit neuer Online-Suche darüber informieren, wie viele Praxen und Apotheken im Zeitraum der kommenden 24 Monate in der gewünschten Region zur Abgabe stehen. Auch eine Selektion nach Fachrichtung ist möglich. Sowohl für Existenzgründer als auch für Niedergelassene mit Kooperationswunsch und Praxis- und Apothekenabgeber dürfte das Angebot interessant sein.

Ein weiterer Praxisbörsenanbieter ist die KBV. Sie bietet eine regionale Suche für Ärzte und Psychotherapeuten (<http://www.kbv.de/html/praxisboersen.php>).

Wenn Sie einen Praxiskauf- oder Verkauf planen, sollten Sie frühzeitig auch mit Ihrem Steuerberater bzw. Rechtsanwalt die Vorgehensweise abstimmen, um z.B. Fragen zum Praxiswert und steuerliche Auswirkungen zu klären.

11. Drive-in-Praxis in Wien

Ein Allgemeinarzt und Anästhesist Dieter aus Österreich hat am 1. Mai eine Arztpraxis an einer Tankstelle in Wien eröffnet. Die anvisierte Zielgruppe sind berufstätige Patienten, die wenig Zeit für einen Arztbesuch haben. Im nur 8 Quadratmeter großen "dr.ive in" sollen sie auf dem Weg zur bzw. von der Arbeit zwischen 6 und 22 Uhr eine erste Diagnose sowie bei Bedarf Arzneimittelrezepte und eine Überweisung für die weitere Behandlung erhalten.

Für eine 15-minütige Konsultation verlangt der Arzt 50 Euro. Vor einer dauerhaften Umsetzung des neuen Versorgungsmodells ist zunächst eine Testphase bis Ende Juli geplant. Kritik kommt von der Wiener Ärztekammer, die in dem Konzept einen „Marketing-Gag“ sieht und die Tankstellenpraxis sorgfältig beobachten will.

12. Kooperationszunahme bei fachärztlichen Existenzgründern

Immer mehr Fachärzte starten ihre freiberufliche Tätigkeit in einer Kooperation. Am meisten interessiert an einer gemeinsamen Berufsausübung sind Anästhesisten, Neurologen und Orthopäden. Dies zeigt die Existenzgründungsanalyse für Fachärzte 2012 der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer (apoBank).

Bundesweit ist das Verhältnis von Niederlassungen in Einzelpraxis und Kooperationen nahezu ausgewogen. Unterschiede zeigen sich aber bei einer differenzierten Betrachtung von Ost- und Westdeutschland. So dominiert im Osten mit 67,8 Prozent die Einzelpraxis.

Im Westen liegt sie mit 47,8 Prozent knapp hinter der Kooperation. "Der Osten ist eher ländlich geprägt. Deshalb funktioniert hier das Konstrukt der Einzelpraxis oft besser. Die Anzahl potenzieller Patienten im Einzugsgebiet der Praxis ist für eine Kooperation oft zu gering", so Georg Heßbrügge, Bereichsleiter Gesundheitsmärkte und -politik bei der apoBank. Die Kooperation ist hingegen ein Modell, das in städtischen Gebieten mehr und mehr Einzug hält. Am kooperationsfreudigsten zeigten sich Anästhesisten (77,6 Prozent), Neurologen (70,5 Prozent), Orthopäden (70,4 Prozent), Internisten (69,1 Prozent), Augenärzte (69 Prozent) und Chirurgen (68,5 Prozent).

13. Haftungsrisiken bei BAG und Praxisgemeinschaft

Bei der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) schließen sich Ärzte und/oder Psychotherapeuten meist in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) zusammen. Die BAG ist durch die gemeinsame Berufsausübung gekennzeichnet, vor allem durch eine gemeinsame Abrechnung.

Werden lediglich Praxisräume gemeinsam genutzt und gemeinsames Personal beschäftigt, liegt eine Praxisgemeinschaft vor. Auch für diese wählen Ärzte oder Psychotherapeuten regelmäßig die Rechtsform der GbR.

Für ein Medizinisches Versorgungszentrum kommt die Gesellschaftsform der GbR für das Zusammenwirken der Gründer ebenfalls in Betracht. Die GbR ist eine Personengesellschaft; sie ist ein Zusammenschluss von mindestens zwei Gesellschaftern, die sich vertraglich verpflichten, die Erreichung des gemeinsamen Zwecks zu fördern.

Klären Sie rechtzeitig vor einer geplanten Kooperation zusammen mit Ihrem rechtlichen Berater, wer ggf. den Regress zahlen muss, wenn der Praxispartner zu viel verordnet. Wer haftet, wenn der Praxispartner ein Darlehen aufgenommen hat? Wie kann man das Haftungsrisiko in Berufsausübungsgemeinschaften generell begrenzen?

14. Arztgruppenübergreifende Anstellung

Seit Neufassung des Bundesmanteltarifvertrags-Ärzte zum Oktober 2013 gilt das Verbot der arztgruppenübergreifenden Anstellung von Ärzten, die nur auf Überweisung tätig werden, nicht mehr (§14a BMV-Ä).

Zu beachten ist hierbei, dass sich unter Umständen gewerbesteuerliche Konsequenzen ergeben können. Die berufsrechtlich zulässige eigenverantwortliche medizinische Versorgung könnte steuerlich zu Einkünften aus Gewerbebetrieb führen. Für eine notwendige individuelle Beurteilung der Umstände wenden Sie sich an Ihren Steuerberater.

15. Wahlleistungen durch den Konsiliararzt?

Vor Kurzem hat das Landgericht Düsseldorf auch in zweiter Instanz entschieden, dass ein Konsiliararzt keine wahlärztlichen Leistungen erbringt, da § 17 Abs. 3 KHEntgG dem entgegensteht. Eine Liquidation durch Dritte dürfe nicht stattfinden, wenn die wahlärztliche Leistung von einem Arzt erbracht werde, der weder selbst von der Wahlleistungsvereinbarung erfasst sei, noch ein angestellter Arzt des Krankenhauses sei, noch dessen Behandlung durch den in der Wahlleistungsvereinbarung genannten Arzt oder Angestellten des Krankenhauses veranlasst wurde.

Im vorliegenden Fall hatte ein Unfallchirurg mit einem Krankenhaus einen Kooperationsvertrag geschlossen. Er operierte eine privat versicherte Patientin im Krankenhaus, nachdem er diese zuvor in seiner Praxis untersucht hatte. Der stationären Behandlung lag sowohl ein Behandlungsvertrag mit dem Krankenhausträger als auch eine Vereinbarung mit dem Unfallchirurg über die privatärztliche Abrechnung zugrunde. Der Chirurg stellte 1.200 Euro in Rechnung, die zunächst bezahlt, dann aber von der Privatversicherung zurückverlangt wurden (Az.: 21-S-187/12).

16. MVZ: Keine Übernahme von angestellten Arztsitzen?

Der Berufungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) hat die Verlegung von angestellten Arztsitzen von einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) auf ein anderes MVZ untersagt. Wie der Berufungsausschuss der KVH mitteilte, gebe es derzeit keine rechtlich saubere Möglichkeit, einen angestellten Arztsitz unmittelbar von einem MVZ auf ein anderes MVZ zu übertragen. Auch ein „Mehr-Schritt-Verfahren“ sei nicht möglich. Im konkreten Fall wurde dem MVZ Bergedorf der „Asklepios-Gruppe“ aus diesem Grund untersagt, die Arztsitze aus Bergedorf auf ein anderes MVZ der „Asklepios-Gruppe“ in Harburg zu übertragen.

Eine direkte Übertragung von angestellten Arztsitzen ist weder im Gesetz noch in der Richtlinie zur Bedarfsplanung vorgesehen. Aus diesem Grund hatten Rechtsanwälte eine „Umgehungsstrategie“ entwickelt. Danach überträgt ein MVZ-Träger die an den Arztsitz gebundene Zulassung zunächst auf einen Arzt; dieser verzichtet aber sofort auf seine Zulassung zugunsten einer Anstellung bei einem anderen MVZ. Für diesen Weg waren zulassungsrechtlich jeweils vier Einzelentscheidungen des Zulassungsausschusses notwendig, die dieser aber in einer Sitzung durchführte.

Faktisch bedeutet die Entscheidung des Berufungsausschusses zunächst, dass die Sitze im MVZ Bergedorf nicht verlegt werden können. Darüber hinaus dürften auch alle anderen Versuche, auf diesem Weg Arztsitze zu verlegen, nicht mehr möglich sein. Dies würde sowohl MVZ wie auch anstellende Ärzte betreffen, wenn diese Arztsitze auf eine andere Anstellung übertragen wollten. Die KV Hamburg erwartet, dass diese Frage zur Klärung vor die Gerichte gebracht wird.

17. Darf ein MVZ ein anderes MVZ gründen?

Ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) kann nicht wiederum Gründer eines MVZ sein. Das hat das Sozialgericht (SG) Marburg aktuell in einem Urteil klargestellt.

Im zugrunde liegenden Fall stritten die Beteiligten um die Feststellung der Rechtswidrigkeit der Ablehnung eines Antrags auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Das klagende MVZ wurde im Jahr 2010 durch den Alleingesellschafter, einen Apotheker, gegründet. Mit Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte in Thüringen in 2010 wurde der Klägerin die Zulassung für ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) erteilt.

2012 beantragte die Klägerin die Zulassung eines MVZ. Sie trug vor, aus der Vorschrift zur analogen Geltung nach § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V folge, dass auch ein MVZ ein neues MVZ gründen könne. Insofern sei sie zur Gründung berechtigt.

Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern und von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich.

Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort (§ 95 Abs. 1a SGB V i.d.F.d. Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung). Danach können Medizinische Versorgungszentren von einem bereits bestehenden MVZ nicht gegründet werden. Das Urteil ist nicht rechtskräftig. Die Berufung ist vor dem Hessischen Landessozialgericht anhängig.

18. Wartezimmer-TV darf nicht exklusiv für Apotheke werben

Bei exklusiver Werbung für eine bestimmte Apotheke im Wartezimmerfernsehen wird das Zuweisungsverbot vom Arzt zu einer bestimmten Apotheke verletzt. Das hat jetzt das Oberlandesgericht Frankfurt in zweiter Instanz bestätigt (Az.: 6-U-2/13).

Die Bayerische Landesapothekerkammer (BLAK) hatte über die Wettbewerbszentrale in Bad Homburg gegen ein Unternehmen geklagt, das damit geworben hatte, über ein regionales Gesundheitsfenster auf einem Wartezimmer-TV-Angebot regional ansässige Unternehmen aus den Bereichen Gesundheit, Wellness, Fitness und Medizin exklusiv vorzustellen, darunter auch individuelle Apotheken. Werbeaussagen waren damals unter anderem gewesen "Werden Sie beim Arzt empfohlen oder Ihr Wettbewerb?" Lt. Gericht ist als "Zuführung" von Patienten eines Arztes zu einem Apotheker im Sinne von § 11 ApoG jede Verlautbarung in den Praxisräumen (hier: auf einem im Wartezimmer

angebrachten Bildschirm) einzustufen, die aus der Sicht des Patienten als gezielte Werbung des Arztes für eine bestimmte Apotheke verstanden wird.

Eine - zugleich unlautere (§ 4 Nr. 11 UWG) - "Absprache" über eine derartige Zuführung kann auch dadurch getroffen werden, dass ein Dritter (hier: der Betreiber eines sog. "TV Wartezimmer") mit Wissen und Wollen von Arzt und Apotheker für eine solche Verlautbarung sorgt.

Werbung im Wartezimmer TV ist jedoch nicht grundsätzlich untersagt. Wenn der Werbepplatz im Wartezimmerfernsehen nicht exklusiv ist und wenn die Werbung insgesamt nicht wie eine Empfehlung des Arztes wirkt, kann diese erlaubt sein.

19. Verändert Internet-Surfen Patient-Arzt-Verhältnis?

Aus einer Umfrage der Internetportals *healthcare42.com* geht hervor, dass Internetinformationen das Auftreten der Patienten gegenüber ihrem Arzt und auch ihre Therapietreue verändern.

Die am 29. April in Berlin vorgestellte Umfrage beruht auf den Angaben von 3.160 Internet-Nutzern, die diese auf 19 Gesundheitsportalen anonym getätigt haben, unter anderem auf „Jameda“ und „Netdoktor“.

Über zwei Drittel der Befragten gaben an, ihrem Arzt andere oder mehr Fragen gestellt zu haben, nachdem sie sich im Internet zu einem medizinischen Thema informiert hatten. Etwa die Hälfte meinte, ihren Arzt jetzt besser verstehen zu können. Etwa ein Drittel erklärte, durch das Internet-Surfen schon einmal ein anderes Medikament oder eine andere Therapie vom Arzt erhalten zu haben.

20. Praxis-Webseiten: Vermarktung via Suchmaschine

Für die meisten Arztpraxen gehört die Präsenz im Internet längst zu den wichtigsten Marketingmaßnahmen für die eigene Praxis. Trotzdem tun sich viele Praxen mit einem professionellen Webauftritt noch schwer. Nur ca. 14 % verfügen lt. der letzten Umfrage der Stiftung Gesundheit zu „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ über ein Marketing-Budget. Entscheidend sind aber nicht unbedingt hohe finanzielle Investitionen. Ein schickes Design alleine hilft Arztpraxen nicht, wenn sie bei Internet-Suchmaschinen hoch gelistet werden wollen.

Wichtiger sind die Web Texte und die zu streuenden Schlüsselwörter. Google bietet auch einen „Keyword Planer“. Für diesen Service muss man sich zuvor anmelden. Keywords sind Schlüsselwörter, die bei den Suchmaschinen eher zu Treffern und einer Listung in den Suchergebnissen führen.

Das Erscheinen in den Suchmaschinen garantiert aber noch nicht, dass sich die Website-Besucher auf der Praxishomepage auch wohlfühlen und sich dort tatsächlich länger mit den angebotenen Themen beschäftigt. Es muss auch die Themenauswahl stimmen, welche von der Zielgruppe abhängt. Zum Thema Arzt werden im Internet von den Nutzern oft

"Öffnungszeiten" oder "Notdienste" recherchiert. Daraus lässt sich auch ablesen, welche Infos die Praxis als Mindestanforderung auf ihrer Homepage aufführen sollte.

21. Umsatzsteuer bei Zytostatikaabgabe durch ermächtigte Ärzte?

Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom März 2014 ist die Abgabe von Zytostatika durch selbständig tätige Ärzte bei einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus nur steuerfrei, wenn diese Lieferung in tatsächlicher und wirtschaftlicher Hinsicht untrennbar von der Hauptleistung der ärztlichen Heilbehandlung ist (Az.: C-366/12). Bei Fragen zu diesen Sachverhalten kann Sie Ihr Steuerberater beraten.

22. Ersatz einer Teilprothese durch Prothese mit Teleskopkronen

Ein Zahnarzt handelt nicht „behandlungsfehlerhaft“, wenn er eine mit Stiften zu befestigende, beschädigte Teilprothese durch eine Prothese mit Teleskopkronen ersetzt. Eine Neuherstellung auf der Basis des bisherigen Schienensystems wäre nicht lege artis gewesen, so das Oberlandesgericht Hamm (Az.:26-U-76/12). Der Kostenaufwand einer Reparatur der alten Prothese wäre vergleichbar aufwendig gewesen wie die Neuversorgung.

Der Schmerzensgeldanspruch sowie Ersatz eines Haushaltsführungsschadens wurden somit abgewiesen.

23. Geldstrafe für Zahnextraktion ohne Indikation

Das Landgericht Stendal hat im April 2014 das Strafverfahren gegen einen Zahnarzt aus Havelberg eingestellt, der wegen Körperverletzung vom Amtsgericht Stendal zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten ohne Bewährung und einem Berufsverbot von zwei Jahren verurteilt worden war. Ihm wurde vorgeworfen, einer Patientin ohne wirksame Einwilligung unter Allgemeinnarkose elf Zähne im Ober- und Unterkiefer gezogen zu haben, wobei für fünf Zähne keine Indikation bestanden haben soll.

Das Landgericht Stendal stellte nach erfolgreicher Revision am OLG Hamm das Verfahren gegen Zahlung von 3.500 Euro an die Patientin ein. Es führte an, dass eine Körperverletzung im Hinblick auf die Zahnextraktion ausscheide. Die Patientin sei schriftlich über die Risiken des Eingriffs ausreichend aufgeklärt worden. Es stünde lediglich im Raum, ob der Zahnarzt bestehende Gefahren mündlich verharmlost habe. Die Glaubwürdigkeit der Patientin war jedoch zweifelhaft, weil ihre bisherigen Aussagen im Verfahren „wechselhaft“ waren.

24. KZV muss Abrechnungsdaten unverschlüsselt übermitteln

Das Bundessozialgericht hat im April 2014 entschieden, dass eine Kassenzahnärztliche Vereinigung nach § 285 Abs. 2 SGB V verpflichtet ist, der Krankenkasse die

Abrechnungsdaten des Zahnarztes mit der unverschlüsselten Zahnarzt Nummer zu übermitteln. Von dieser gesetzlichen Vorgabe abweichende vertragliche Regelungen seien unwirksam, weil den Partnern der Bundesmantelverträge die Kompetenz dazu fehle.

Der Gesetzgeber habe vor dem Hintergrund langjähriger Kontroversen um den Zahnarztbezug der Abrechnungsdaten Klarheit schaffen wollen, und detailliert vorgeschrieben, was zu übermitteln ist (Az.: B-6-KA-19/13-R).

25. Name darf bei Abrechnungsbetrug veröffentlicht werden

Das Bundesverfassungsgericht hat jüngst beschlossen, dass Urteile im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht werden dürfen, in denen der vollständige Name des betroffenen Arztes steht. Ein Arzt wollte mit einer Verfassungsbeschwerde durchsetzen, dass Urteile nicht namentlich veröffentlicht werden dürfen.

Allerdings sei eine Veröffentlichung unter den Vorbehalt einer sorgfältigen Abwägung zu stellen, und nur in solchen Fällen zulässig, in denen ein besonderes Bedürfnis der Urteilsveröffentlichung bestehe, die mit den Regelmaßnahmen nach § 60 Abs. 1 HeilBerG NRW nicht erreicht werden könne. Im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung sei die von der Veröffentlichung ausgehende und - auch bezweckte - Prangerwirkung zu beachten (Az.: 1-BvR-1128/13).

26. Faltenunterspritzungen durch niedergelassene Zahnärzte?

Eine Zahnärztin wollte Faltenunterspritzungen im Gesichts- und Halsbereich durchführen. Das Bundesverwaltungsgericht entschied im Januar 2014 in letzter Instanz: Als Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen.

Hieraus ergibt sich, dass die beabsichtigte Tätigkeit keine Ausübung der Zahnheilkunde ist, weil sie nicht den geforderten Behandlungsbezug zum Bereich der Zähne, des Mundes oder der Kiefer – einschließlich der dazugehörigen Gewebe – aufweist. Vielmehr seien Faltenunterspritzungen ausschließlich auf eine Behandlung der Gesichtshaut und der Haut des Halses gerichtet. Es stünde der Zahnärztin frei, entsprechende Qualifikationen zu erwerben (Az.: 3-B-48.13).