

Mandanten-Newsletter Ärzte (III. Quartal 2014)

1. Honorarentwicklung: 800 Millionen mehr für 2015

Am 27.8. haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband in ihrer zweiten Verhandlungsrunde über die Weiterentwicklung der Vergütung niedergelassener Ärzte im Jahr 2015 geeinigt. Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte wird im kommenden Jahr um rund 800 Millionen Euro steigen.

Davon erhalten Hausärzte für Hausbesuche und für Beschäftigung von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistentinnen 132 Millionen Euro mehr. Die sog. VERAHS (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) werden damit in die Regelversorgung übernommen. Nach Angaben von KBV und GKV-Spitzenverband fließt dieses Geld außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Ein Schwerpunkt wurde auch auf die Förderung der allgemeinen fachärztlichen Leistungen gelegt. So entfallen 132 Millionen Euro der Gesamtsumme auf die Erhöhung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung.

Alle niedergelassenen Ärzte erhalten zusätzlich ein höheres Honorar von 536 Millionen Euro. Der Orientierungspunktwert steigt somit um 1,4 Prozent auf 10,27 Cent (bislang 10,13 Cent).

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erklärte: „Wir begrüßen es, dass wir als gemeinsame Selbstverwaltung eine Lösung gefunden haben. Wichtig ist für uns vor allem die Förderung der hausärztlichen und fachärztlichen Grundversorgung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, was den Einstieg in feste Preise darstellt.“

2. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014

Die junge Ärztegeneration legt auf geregelte Arbeitszeiten sowie eine Tätigkeit auf dem neuesten Stand der Wissenschaft Wert. Das ergab eine Umfrage der Universität Trier unter 11.462 Medizinstudierenden im Auftrag der KBV. Zudem kristallisierte sich heraus, dass für die Medizinstudenten eine Niederlassung ebenso wie eine Anstellung in einer Klinik vorstellbar ist. Weitere Ergebnisse der bereits zum zweiten Mal in diesem Umfang durchgeführten Befragung sind:

- ❖ wichtig ist den angehenden Ärzten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf – immerhin gaben 87,4 Prozent an, Kinder haben zu wollen
- ❖ für über 80 Prozent der Studierenden ist auch ein angemessenes Einkommen ein wichtiger Faktor
- ❖ 95 Prozent wollen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft arbeiten

- ❖ bei der Facharztausbildung stehen bei den Befragten die Innere Medizin (45,6 Prozent) gefolgt von Allgemeinmedizin (34,5 Prozent) und Chirurgie (25,2 Prozent) hoch im Kurs
- ❖ die beliebtesten Regionen sind bei den zukünftigen Ärzten vor allem urbane Zentren wie Hamburg (63 Prozent), Berlin (49 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (51 Prozent)

37,2 Prozent (Antworten „ja“ und „ja, wahrscheinlich“ zusammengefasst) präferieren eine Tätigkeit als Hausarzt, 74 Prozent (Antworten „ja“ und „ja, wahrscheinlich“ zusammengefasst) als spezialisierter Facharzt in eigener Praxis eine Anstellung in einer Klinik können sich 76 Prozent (Antworten „ja“ und „ja, wahrscheinlich“ zusammengefasst) vorstellen.

3. Kassen fordern Qualitätsberichte

Nach dem Willen der Krankenkassen soll künftig auch die Qualität von Praxisärzten bewertet werden. Bisher gibt es Qualitätsberichte nur für Kliniken.

Patienten sollten sich lt. dem Kassen-Spitzenverband GKV vorab informieren können, in welcher Praxis die Behandlungsqualität eines niedergelassenen Arztes gut ist und wo noch nicht. Ärztepräsident Frank Ulrich Montgomery und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wiesen den Vorstoß zurück.

Die Forderung nach Qualitätsberichten über niedergelassene Ärzte stammt aus einem Positionspapier, das der Verwaltungsrat des Kassen-Verbandes Anfang September 2014 beschließen will. Nach dem Willen der Kassen sollen die Qualitätsdaten von einem geplanten neuen Qualitätsinstitut aufbereitet werden. Die Daten sollen dann auch Patientenvertretern, Internetportalen und anderen Organisationen zur Verfügung gestellt werden. Offen ließ der GKV-Verband zunächst, wie sich die Qualität anhand fester Kriterien verlässlich messen und "laienverständlich darstellen" lasse. Diese Diskussion stehe noch ganz am Anfang.

4. Krankenversichertenkarte verliert Gültigkeit

Ab dem 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte (eGK) als Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen. Darauf haben sich KBV, KZBV und der GKV-Spitzenverband geeinigt. Ursprünglich sollte die Übergangsfrist für die alte Chipkarte bereits Ende September 2014 auslaufen. Die „alte“ Krankenversichertenkarte (KVK) kann nun noch bis Ende dieses Jahres verwendet werden. Danach verliert sie definitiv ihre Gültigkeit – unabhängig von dem aufgedruckten Datum.

„Durch die gefundene Verständigung haben Krankenkassen, Ärzte und Zahnärzte gemeinsam einen wichtigen Schritt auf dem Weg in die Telematikinfrastruktur gemacht“, sagte die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer.

Die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte können ihre Leistungen noch bis zum 31. Dezember 2014 im Rahmen einer Übergangsregelung über die alte Karte abrechnen.

5. Entschädigung wegen zu früher Langzeitprovisorien

Es ist als grober zahnärztlicher Behandlungsfehler zu werten, wenn eine Versorgung mit Langzeitprovisorien begonnen wird, ohne die Position der eingeleiteten Schienentherapie hinreichend zu sichern. Ein solches Vorgehen ist nicht verständlich, weil es gegen bewährte zahnmedizinische Erkenntnisse verstößt. Wegen des groben Behandlungsfehlers ist eine Weiterbehandlung für den Patienten unzumutbar (Urteil des OLG Hamm vom 6.6.2014, Az.: 26-U-14/13).

6. Bundesversicherungsamt kritisiert Umsetzung der Selektivverträge

Seit 2012 müssen Selektivverträge nach § 73 b, IV-Verträge und HzV-Verträge dem Bundesversicherungsamt (BVA) zur Prüfung vorgelegt werden. Nun hat das BVA in seinem Tätigkeitsbericht insbesondere die schleppende Umsetzung der HzV-Verträge durch die Krankenkassen angemahnt. Insgesamt wurden in 2013 1.268 Verträge zur Prüfung vorgelegt, von denen 8 förmlich beanstandet wurden. Dennoch ist das BVA mit der Umsetzung der HzV nicht zufrieden. Obwohl viele Verträge geschlossen sind, würden sie in der Praxis nur langsam umgesetzt.

Die größte Hürde ist dabei die Einigung auf einen Bereinigungsvertrag mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. In den neuen Bundesländern bleiben viele Hausärzte dem KV-System treu. Aufgrund der weggefallenen Wirtschaftlichkeitsvorgaben hofft das BVA nun auf eine schnellere Umsetzung der Verträge.

7. Moderne Medizintechnik erhöht Vertrauen

Moderne Medizintechnik kann als wichtige Stellschraube fungieren, um bei Patienten das Vertrauen in die Kompetenz des Praxisteam zu stärken. Das geht aus einer Online-Umfrage unter 1.000 Bundesbürgern hervor, die das Marktforschungsunternehmen Toluna im Auftrag des Medizintechnik-Anbieters Pentax Medical durchgeführt hat. Lt. Pressemeldung von Pentax Medical würden 79 Prozent der Deutschen für eine Behandlung mit modernster Medizintechnik auch einen weiteren Fahrtweg in Kauf nehmen. Der Einsatz moderner Medizintechnik kann sich damit für Praxisinhaber auch aus strategischen Überlegungen heraus lohnen.

Auf die Frage, inwieweit verschiedene Faktoren das Vertrauen der Befragten in ihren Arzt erhöhten, antworteten 85 Prozent, dass der Einsatz von medizintechnischen Gerätschaften, die auf dem neuesten Stand sind, das Vertrauen "sehr stark" oder "eher stark" erhöhe. 77 Prozent der Befragten versprechen sich durch modernes Gerät eine bessere Früherkennung von Krankheiten und damit größere Heilungschancen, 68 Prozent

eine schonendere Behandlung mit weniger Nebenwirkungen. 59 Prozent assoziierten kürzere Behandlungszeiten und eine schnellere Heilung.

Wenn Sie eine Investition planen, lassen Sie sich von Ihrem Steuerberater zu Finanzierungsalternativen und eventuellen Fördermitteln beraten!

8. Neues Forum für Beschwerden über IGeL

Die Verbraucherzentrale NRW betreut in Kooperation mit den Verbraucherzentralen Berlin und Rheinland-Pfalz ein Internetforum für Beschwerden im Zusammenhang mit Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Ziel ist es lt. der Initiatoren, Missstände rund um die Extras in Arztpraxen und Kliniken aufzudecken und abzustellen. Unter <http://www.vz-nrw.de/igel-aerger> können Betroffene ihre IGeL-Erfahrungen schildern, mit persönlichen Angaben oder anonym.

Die Verbraucherzentralen sammeln gezielt Patientenerfahrungen von der Werbung in der Arztpraxis über das therapeutische Angebot bis hin zur Abwicklung der Behandlung. Anhand der erfassten Daten wollen die Verbraucherschützer prüfen, wie die geltende Rechtslage von den Ärzten eingehalten wird und an welchen Stellen Nachbesserungsbedarf besteht. Allerdings bewerten sie nicht den medizinischen Nutzen, sondern ermitteln mit verbraucherrechtlichem Blick, welche Zusatzleistungen Ärzte offerieren, wie sie über die Kosten der IGeL-Leistungen informieren, ob das jeweilige Angebot in eine schriftliche Vereinbarung mündet und wie auf Beschwerden von Patienten reagiert wird. Ärzte, die negativ auffallen, sollen abgemahnt werden.

9. Vertragsstrafe bei zu spät eingereichten Abrechnungsunterlagen zulässig?

Das Bundessozialgericht hat die Beschwerde eines Arztes zurückgewiesen, dem die KV einer Gebühr i.H.v. 5 % des Honorarwerts in Rechnung gestellt hatte, nachdem er bei Abgabe seiner Unterlagen für die Quartalsabrechnung die durch die Kassenärztliche Vereinigung vorgegebene Frist nicht beachtet hatte (Az.: B-6-KA-42/13-B). Bereits in einem früheren Fall hat das BSG Honorarabzüge für zulässig erklärt, ein vollständiger Vergütungsausschluss wäre aber unverhältnismäßig.

10. Wachstumsmöglichkeiten für MVZ

Das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg hat im Rahmen eines Urteils (Az.: L-7-KA-68/12) entschieden, dass einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) innerhalb der ersten 3 Jahre seines Bestehens die im Honorarverteilungsvertrag (HVV) vorgesehenen allgemeinen Wachstumsmöglichkeiten einer Anfänger- und Aufbaupraxis auch dann einzuräumen sind, wenn unterdurchschnittlich abrechnende Vertragsärzte ihre Vertragsarztsitze bei der Gründung eingebracht haben und kurze Zeit später durch neu angestellte Ärzte ersetzt werden.

Lt. Gericht führt die Neuanstellung eines Arztes in einem MVZ jedoch nicht dazu, dass für diesen Arzt oder für das MVZ die Wachstumsmöglichkeiten einer Anfänger- oder Aufbaupraxis bestehen.

11. Neuregelung der orthopädischen Behandlung in Baden-Württemberg soll Wartezeiten verkürzen

Eine Maßnahme zur Reduzierung der oft langen Wartezeiten bei Orthopäden ist laut Medi-Verbund das neue orthopädische „FacharztProgramm“ von AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, MEDI Baden-Württemberg und den Berufsverbänden BVOU und BNC.

Um Rückenschmerzen, und andere orthopädische Probleme patientenfreundlich behandeln zu können, garantiert das neue FacharztProgramm laut Mitteilung des Medi-Verbands eine schnelle Terminvergabe und ausreichend Zeit für Beratung. Statt voreiliger Apparatedizin ermögliche das Programm eine ursachenorientierte Behandlung von orthopädischen Krankheiten und – im Zusammenspiel von Haus- und Facharzt – eine ganzheitliche medizinische Betreuung.

12. „GOÄ-B“ für Beamte?

Seit 1982 ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nur in Teilbereichen aktualisiert worden. Zum Leidwesen der Ärzteschaft besteht erheblicher „Reformstau“. Um diesen Stau aufzulösen und sich mit den Beihilfeträgern schneller zu einigen, schlägt der Chef des Medi-Verbands, Dr. Werner Baumgärtner eine GOÄ-B für Beamte vor. „Ich würde einen transparenten Rabatt für Beamte akzeptieren, der über die Steigerungsfaktoren geregelt werden könnte. Voraussetzung wäre aber, dass unsere GOÄ jetzt und auch in Zukunft regelmäßig mit dem Inflationsausgleich weiterentwickelt wird, wie das bei anderen freien Berufen, wie zum Beispiel Rechtsanwälten, auch Usus ist. Aktuell verlieren wir Ärzte einen Inflationsausgleich von ca. 31 Prozent.“

Der Vorschlag von Dr. Baumgärtner bedeutet, dass die Forderung nach einem Inflationsausgleich in Höhe von derzeit 31,8 Prozent nicht mehr für alle privat Versicherten sondern nur noch für ca. 58 Prozent von ihnen gelten soll. Dies wäre ein großer Erfolg für die Ärzteschaft. Derzeit ist aber wohl davon auszugehen, dass 30 Prozent weder für alle noch für einen Teil der Versicherten realistisch sind. Tatsächlich könnten es am Ende eher 10-15 Prozent werden.

13. Aus für regionale Angleichung des Vergütungsniveaus?

Die zur Vereinbarung der Gesamtvergütung berufenen Vertragspartner (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen) in den einzelnen KV-Bezirken dürfen für das Jahr 2013 die Grundlage für die jährliche Vergütungsanpassung nicht losgelöst von der Höhe der für das Vorjahr gezahlten Vergütungen festsetzen.

Diese Grundlage darf insbesondere nicht mit der Begründung verändert werden, dass bereits die Vergütung des Vorjahres, verglichen mit anderen KV-Bezirken und unter Berücksichtigung der Morbidität (Erkrankungshäufigkeit), zu gering gewesen sei. Maßgebend ist vielmehr die Veränderung der Morbiditätsstruktur gegenüber dem Vorjahr, so das Bundessozialgericht laut Pressemitteilung.

Mit seinem Urteil (Az.: B-6-KA-6/14) hat das BSG die Hoffnungen vieler Kassenärztlicher Vereinigungen auf eine deutlich bessere Bewertung der Morbidität in ihrer Region enttäuscht.

14. Neue hausärztliche Gesprächsleistung für Versicherte der AOK Nordost

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) und die AOK Nordost haben eine neue Leistung vereinbart: das „ausführliche sozialmedizinische Gespräch“. Damit werden rückwirkend ab dem 1. Juli 2014 alle intensiven hausärztlichen Gespräche mit Versicherten der AOK Nordost vergütet, auch ohne dass eine lebensverändernde Erkrankung vorliegt.

Das in dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), dem bundesweiten Abrechnungskatalog für vertragsärztliche Leistungen, zum 1. Oktober 2013 aufgenommene "problemorientierte ärztliche Gespräch" ist lediglich auf Patienten mit lebensverändernden Erkrankungen begrenzt. Genau an dieser Stelle setzt die Regelung zwischen KVMV und der größten regionalen Krankenkasse im Land an. Denn von Anfang an stand diese Regelung in der Kritik der Ärzteschaft, weil sie praxisfern sei und das tatsächliche ärztliche Tun wenig unterstützen würde.

Die neue Leistung gilt (bisher) ausschließlich für Versicherte der AOK Nordost. Für jedes vollendete zehninütige sozialmedizinische Gespräch können mit Beginn der Vereinbarung die Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin des Landes 90 Punkte abrechnen. Das entspricht einer Vergütung von 9,12 Euro.

15. Förderprogramme der KV Bayern gegen Unterversorgung

Seit dem 8. August 2014 gibt es in acht weiteren Regionen Bayerns die Möglichkeit, finanzielle Unterstützung zur Verbesserung des medizinischen Versorgungsangebots vor Ort zu erhalten. Denn schon längst ist aus der Befürchtung Realität geworden: Der Nachwuchsmangel und der hohe Altersdurchschnitt bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten - gerade auf dem Land - bereitet Patienten, Kommunen und auch der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zunehmend Sorgen.

Laut der KVB beendeten 371 Hausärzte im Jahr 2013 in Bayern ihre Tätigkeit. Trotz aufwendiger Suche konnte für 78 Hausarztpraxen kein Nachfolger gefunden werden. Auch bei Fachärzten und Psychotherapeuten gestaltet sich die Nachbesetzung von Praxen auf

dem Land immer schwieriger. Details bzw. eine Übersicht der unterversorgten Planungsbereiche finden Sie auf der [Homepage der KVB](#).

16. Aufkaufpflicht von Praxen für KV?

In der Koalition wird derzeit über einen verpflichtenden Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten diskutiert. Der Verband der Ersatzkassen hat vom Gesetzgeber eine Reform der Bedarfsplanung verlangt, um Überversorgung abzubauen. Eine gesetzliche „Muss-Regelung“ im Koalitionsvertrag von Union und SPD ist bislang nur von einer Soll- statt der bisherigen Kann-Regelung die Rede.

Fraglich ist, ob solch eine „Muss-Regelung“ politisch durchsetzbar und rechtlich unangreifbar wäre. Bereits das seit 2013 mit der neuen Bedarfsplanung eingeführte Aufkaufsregelung (Praxisstilllegung) der KVen im Falle einer Praxisaufgabe- bzw. Veräußerung in überversorgten Regionen führte zu kontroversen Diskussionen, u.a. wegen der Ermittlung des Verkehrswertes der Praxis.

17. Medizin- und Gesundheits-Apps immer beliebter!

Nach einer Umfrage der IKK classic zum Thema "Medizin- und Gesundheits-Apps" nutzen bereits 22 Prozent der Deutschen Applikationen auf ihrem Smartphone, um ihre Gesundheitswerte zu kontrollieren oder um sich über Krankheitsbilder und Symptome zu informieren. Fitness- und Ernährungstipps holen sich 12 Prozent der Befragten durch die Mini-Programme. Geht es aber um den Online-Austausch von sensiblen Gesundheitsdaten, dann reagieren die Deutschen verhalten und wünschen sich höhere Sicherheitsstandards.

Als Nachschlagewerke oder Organisationshilfen sind die Programme bereits bei vielen Bundesbürgern akzeptiert: Ganz oben auf der Hitliste der beliebtesten Apps stehen Anwendungen, die persönliche Informationen für den Notfall bereithalten, Erste-Hilfe-Kenntnisse auffrischen oder bei der ärztlichen Terminvereinbarung unterstützen.

Sollen sensible Gesundheitsdaten über das Smartphone ausgetauscht werden, so sind die Bürgerinnen und Bürger durchaus kritisch. Trotz der Bereitschaft Werte wie den Blutdruck direkt an den Arzt zu übermitteln, fürchten 39 Prozent eine Fehldiagnose. Ein Drittel der Befragten verzichtet ganz auf App-Auskünfte dieser Art.

18. Barrierefreie Arztpraxen?

Die meisten Arztpraxen in Deutschland sind für Behinderte schlecht zugänglich, wie die Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Linken belegt. Nur gut 20 Prozent der Arztpraxen für Allgemeinmedizin verfügen über einen ebenerdigen beziehungsweise für Rollstühle geeigneten Zugang oder einen Aufzug.

Relativ gut sieht es dabei nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums noch bei den Radiologen aus, bei denen etwa jede dritte Praxis als barrierefrei eingestuft wird. Am

schlechtesten schneiden demnach Zahnmediziner und Kieferchirurgen ab: Nur 15 Prozent ihrer Praxisräume sind für Rollstuhlfahrer überwindbar.

Auch Parkplätze für Behinderte, leicht zugängliche Toiletten oder spezielle Untersuchungsmöbel seien eher selten. Dies böten im Durchschnitt nicht einmal zehn Prozent aller Praxen. Solche Angebote seien bereits die Ausnahme, heißt es in der Antwort des Gesundheitsministeriums.

Die Bundesregierung will sich nun dafür stark machen, dass bis zum Jahr 2020 Arztpraxen zunehmend barrierefrei zugänglich werden, so wie dies im „Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention“ geplant sei.

19. Wer ist Eigentümer der Internetadresse nach Auflösung einer BAG?

Lt. einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Brandenburg (Az.: 7-U -159/13) ist der ausscheidende Gesellschafter zur Übertragung der Domainrechte auf die Gemeinschaftspraxis verpflichtet, wenn er die Registrierung der Domain in seiner Eigenschaft als Geschäftsführer der Gemeinschaftspraxis vorgenommen hat und diese Internetpräsenz nur für Zwecke der Gemeinschaftspraxis genutzt wurde und die Gemeinschaftspraxis die laufenden Registrierungskosten gezahlt hat.

Rechtlich beruht diese Entscheidung darauf, dass ein geschäftsführender Gesellschafter verpflichtet ist, alles an die Gesellschaft herauszugeben, was er in Ausübung der Geschäftsführung erlangt hat.

20. Heilmittelwerbung für umstrittene kinesiologische Behandlungen zulässig?

Kinesiologische Behandlungsverfahren dürfen nicht mit fachlich umstrittenen Wirkungsangaben beworben werden, wenn in der Werbung die Gegenmeinung nicht erwähnt wird. Diese Entscheidung des Oberlandesgerichts Hamm wurde kürzlich veröffentlicht.

Die Beklagte aus dem westlichen Münsterland bietet sog. "begleitende Kinesiologie" und "Edu-Kinestetik-BrainGym®" an. Ihre Angebote bewarb sie im Internet in Bezug auf das Behandlungsverfahren "Kinesiologie" u.a. mit den Äußerungen: Auf sanfte Art werden die Selbstheilungskräfte aktiviert; Unterstützung oder Beschleunigung des Genesungsprozesses; Hilfe bei Allergien, Unverträglichkeiten und toxischen Belastungen; mit dem Anwendungsgebiet ... Migräne, Rückenschmerzen, Verdauungsprobleme, Schlafstörungen, Nervosität, Depressionen; ... mit sanftem Druck wird der Muskeltonus, zum Beispiel am Arm, getestet. So erfahren wir, wo und wie der natürliche Energiefluss im Körper beeinträchtigt wird.

Das kinesiologische Verfahren "Edu-Kinestetik-BrainGym®" beschrieb sie u.a. mit "Auflösung von Energieblockaden zwischen beiden Gehirnhälften".

Der klagende Wettbewerbsverein aus Berlin war der Meinung, die Werbeaussagen

der Beklagten stellten eine irreführende Heilmittelwerbung dar. Die Kinesiologie und ihre Varianten seien zu Diagnosezwecken ungeeignet und in ihrer therapeutischen Wirksamkeit nicht belegt. Von der Beklagten hat er – nun mit Erfolg – die Unterlassung der Werbung begehrt.