



Mandanten - Newsletter Ärzte - IV. Quartal 2011

[Allgemeine/berufsrechtliche Themen](#)

1. Neue GOZ ab 2012?

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist bereits 24 Jahre alt und die letzte Änderung daran liegt bereits 17 Jahre zurück. Lange stand eine Novellierung der GOZ zur Diskussion, jetzt wurde eine - von manchen Verbänden als unzureichend befundene - Modernisierung des Leistungskatalogs bewilligt.

Die Neufassung der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wurde am 17. November 2011 vom Bundeskabinett verabschiedet. Diese sieht eine Erhöhung des abzurechnenden Honorarvolumens um rund 6 Prozent oder 345 Millionen Euro im Gegensatz zu den bisherigen Abrechnungen vor. Der Verordnungsentwurf greift zahlreiche Forderungen der Zahnärzteschaft auf. So wurde insbesondere die Umsetzung des „Zielleistungsprinzips“ in Anbetracht der BGH-Rechtsprechung dahingehend geändert, dass eine lege artis Behandlung kein Kriterium für die Gebührenfindung ist.

Ebenso wurde auch das Bemessungskriterium „Zeitaufwand“ gestrichen. Die Grenze für Kostenvoranschläge für zahntechnische Leistungen wurde von 500 auf 1.000 Euro erhöht, außerdem um eine Regelung für längere Behandlungszeiten ergänzt und der Umfang des Kostenvoranschlags etwas reduziert. Daneben wurde die Regelung zur Vereinbarung von Vorauszahlungen gestrichen, und die Verpflichtung zur Beilegung eines Belegs für Auslagen über 25 Euro ersetzt durch einen Erläuterungsanspruch des Patienten.

Zudem ist zahlungspflichtigen Patienten bei besonders hohen Kosten für zahntechnische Leistungen ein Kostenvoranschlag anzubieten und auf Wunsch zu erstellen.

Die novellierte Gebührenordnung soll zum 1. Januar 2012 in den Praxen zur Anwendung kommen, wenn die bei Redaktionsschluss noch ausstehende Bundesratszustimmung erfolgt.

2. Nach Riester-Rente nun Pflege-Bahr?

Die demographische Entwicklung der Gesellschaft in Deutschland führt zur Unterfinanzierung der Pflegeversicherung. Die Koalition versucht seit einiger Zeit durch pflegepolitische Reformen dieser Herausforderung zu begegnen. So wurde 7. November 2011 der Koalitionskompromiss „Pflege-Bahr“ vorgestellt. Eine private Pflegezusatzversicherung soll ähnlich der Riesterrente die Finanzierungslücke schließen. Allerdings ist der Kompromiss zur Pflegeversicherung nach Einschätzung von Opposition und Verbänden alles andere als der große Coup. Auch die geplante Milliarde zusätzlich für Demenzerkrankte, die aufgrund der bisherigen Pflegestufen-Einteilung häufig durchs Raster fielen, sei nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Beschlossen wurde auch eine Beitragssatzerhöhung zur Pflegeversicherung von 0,1 Prozentpunkten (derzeit 1,95%) zum 1. Januar 2013. Ab dann müssen Kinderlose ab 23 Jahren zusätzlich 0,25 Prozent vom Bruttoeinkommen zahlen. Des Weiteren soll auch eine freiwillige private Vorsorge ab 1. Januar 2013 steuerlich gefördert werden.

3. Neue Selektivverträge

Im Oktober 2011 wurde in Baden-Württemberg der Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie nach § 73 c SGB V zwischen der AOK und der Bosch BKK auf der einen sowie den beteiligten Vertragspartnern Medi-Verbund, Freie Liste, DPTV und BVDN-BW auf der anderen Seite unterzeichnet. Seit diesem Zeitpunkt können sich interessierte Psychotherapeuten und Fachärzte in den Vertrag „einschreiben“. Der Medi-Verbund als Managementgesellschaft übernimmt die entsprechende Organisation und später die Abrechnung der Leistungen. Der Vertrag ist auf der Internetseite des Medi-Verbundes und der AOK (<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/facharztprogramm/pnp/index.html>) einsehbar.

Sollten sich genügend Teilnehmer einschreiben, so können innerhalb des Vertrages Leistungen ab dem 1. Januar 2012 erbracht werden.

Bereits jetzt wurde durch die Hausarztverträge eine flächendeckende Fortbildungsstruktur etabliert, zu der landesweit beinahe 400 hausärztliche Qualitätszirkel zählen. Pro Quartal würden so bis zu einem Drittel der eingeschriebenen Hausärzte erreicht, sagte der Landesvorsitzende des Hausärzterverbandes Dietsche. Die wachsende Zahl der Facharztverträge (für Kardiologen, Gastroenterologen, Psychotherapeuten, Neurologen) stellt an die AOK hinsichtlich der Schnittstellenorganisation zwischen Haus- und Fachärzten eine entsprechend hohe organisatorische Anforderung.

4. „Kassentrotzener“ oder Arbeitserleichterung?

Um die Umsetzung von Selektivverträgen künftig „schneller, einfacher und kostengünstiger“ zu ermöglichen, hatte der AOK Bundesverband im Juni eine IT-Initiative gestartet. Diese soll in Zusammenarbeit mit KBV bzw. der Telematik-Arbeitsgemeinschaft von KVen und KBV (Telematik-Arge) und den Ersatzkassen umgesetzt werden. Mit Hilfe

der IT-Schnittstelle sollen Einzelverträge besser als bisher Eingang in die Praxissoftware der Ärzte finden, sagte damals der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Herbert Reichelt. Das Projekt trägt den Namen „Gesundheit-Versorgung-Kommunikation“ kurz „gevko“ und kann voraussichtlich frühestens im April 2012 von den Arztsoftwareanbietern auf den Markt gebracht werden.

Ärzteverbände sehen in dem Projekt den Versuch der Kassen, einen uneingeschränkten Zugriff auf die Praxisdaten zu erlangen; Hausärzteverband und MEDI bezeichneten das Projekt gar als „Kassentrojaner“. Der gevko-Geschäftsleiter, Karsten Knöppler entgegnete, dass das genaue Gegenteil der Fall sei, da die Schnittstelle komplett offengelegt werde. Die Schnittstelle soll die Abrechnungsdaten aller Selektivverträge in Deutschland zusammenfassen und dabei alle relevanten Daten ohne Umwege und vollständig in die Datenbanken der Kassen leiten. Die Schnittstelle würde unter Vorgaben der gevko von den beauftragten Softwarehäusern programmiert, wobei diese die einzelnen Selektivvertragsfunktionen zertifizieren lassen müssen.

5. Kommt IGeL-Regelmentierung?

Zehn Bundesländer haben jüngst Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz vorgelegt und fordern darin u.a. auch eine gesetzliche Regelung für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Nach der Auffassung der von SPD und Grünen geführten Länder solle der Gesetzgeber eine weitere Ausweitung von IGeL reglementieren, damit das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient nicht dauerhaft gestört und die abhängige Situation vieler Patienten nicht einseitig ausgenutzt würde. So solle die Pflicht zur Bezahlung der IGeL entfallen, wenn die vom Arzt geforderte Vergütung den marktüblichen Preis um mehr als 50 Prozent übersteigt oder die erbrachte Leistung erheblich vom anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik abweicht.

Wäre der Faktor 2,3 als marktüblich anzusehen, so wäre eine Abrechnung mit dem 3,5-fachen Satz unzulässig. Neben der Problematik „marktüblicher Preis“ dürfte aber auch die weitere geforderte Einschränkung („es soll keinen Zahlungsanspruch haben, wenn die erbrachte Leistung erheblich vom anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik abweicht“) diese geforderte IGeL-Reglementierung praktisch unanwendbar machen.

6. Nachbesetzung einer offenen Arztstelle im MVZ - zeitlich unbeschränkt?

Das Bundessozialgericht entschied am 19.10.2011 über die Nachbesetzungsfrist einer vakanten Arztstelle im MVZ. Nach Entscheidung des BSG muss eine vakante Stelle in einem MVZ innerhalb von 6 Monaten nachbesetzt werden; für die Nachbesetzung von deutlich unterhälftigen Teilzeitstellen darf mehr Zeit benötigt werden.

Im konkreten Fall ging es um die Nachbesetzung einer ¼-Stelle in einem MVZ eines katholischen Krankenhauses des KV-Bezirks Nordrhein. Frei wurde die Stelle bereits im Februar 2006, das MVZ beantragte aber erst im Juni 2007 die Nachbesetzung. Nach Auffassung des Berufungsausschuss erfolgte der Antrag zu spät weshalb er abgelehnt wurde. Das Nachbesetzungsverfahren von Arztstellen in einem MVZ besteht zeitlich nicht unbegrenzt. Ein unbefristeter Zeitraum stünde im Gegensatz zu den Strukturprinzipien von Bedarfsplanung, Überversorgung und Zulassungssperren. In Überversorgten Gebieten sollen freigewordene Vertragsarztsitze bzw. Arztstellen nach Möglichkeit wegfallen.

Vakante Stellen, gelten für die Bedarfsplanung als besetzt, obwohl sie faktisch frei sind weshalb sie nur für einen begrenzten Zeitraum hinzunehmen sind. Es könnte außerdem passieren, dass sich festgestellte Überversorgung und tatsächliche Versorgungslage nicht entsprechen, wodurch Zulassungschancen in einem gesperrten Bereich verhindert werden könnten. Grundsätzlich gilt, dass die Nachbesetzung einer Arztstelle in einem MVZ innerhalb von 6 Monaten nach Freiwerden erfolgen muss. Nach Ablauf der Frist erlischt das Nachbesetzungsrecht. Diese strikte zeitliche Begrenzung ist dann nicht Auflage, wenn der Wegfall der Arztstelle nicht zu einer Entsperrung des Planungsbereiches führen könnte. Bei einer vakanten ¼-Stelle ist dies regelmäßig der Fall.

Da es sich vorliegend um die Nachbesetzung einer offenen ¼-Stelle handelte, war das Nachbesetzungsrecht des MVZ bei der Antragstellung im Juni 2007 noch nicht erloschen.

7. Privatleistungen für gesetzlich Versicherte

Wenn dem gesetzlich Versicherten Patienten private Leistungen angeboten werden, sind die Vergütungsvereinbarungen nur wirksam, wenn der Patient zuvor eine Behandlung auf eigene Kosten ausdrücklich verlangt und dies dem Arzt schriftlich bestätigt hat. Zu diesem Urteil kam das Amtsgericht München am 28.04.2011.

Im verhandelten Fall befand sich ein Patient aufgrund eines Nabelbruchs bei einer Fachärztin in Behandlung. Zuvor schlossen die Ärztin und der Patient einen Behandlungsvertrag, der regelte, dass gemäß der ärztlichen Gebührenordnung abgerechnet werden soll. Zusätzlich wurden bestimmte Steigerungssätze vertraglich festgelegt. In dem Vertrag befand sich auch der Hinweis darauf, dass keine Gewährleistung für eine vollständige Vergütungserstattung durch die entsprechende Stelle gegeben würde. Nach Auffassung des Gerichts ist diese Vergütungsvereinbarung nicht wirksam. Der Patient müsse ausdrücklich verlangen, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Arzt schriftlich bestätigen. Die im Fall getroffene Vereinbarung dokumentiere nicht ausreichend, dass der Versicherte trotz des bestehenden Versicherungsschutzes im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich eine privatärztliche Behandlung wünsche. Dies sei jedoch notwendig, um dem Versicherten vor Augen zu führen, dass er hier die Kosten selbst zu tragen habe und ihm die Abwägung zwischen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Versicherung zu ermöglichen.

8. Dürfen Schönheitschirurgen Kosmetikinstitut empfehlen?

In der Musterberufsordnung für Ärzte ist im § 31 Abs.2 (bzw. § 34 Abs. 5 ÄBerufsO HE) ausdrücklich geregelt, dass Ärzte ihren Patienten ohne hinreichenden Grund nicht bestimmte Arztpraxen, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder sie an diese verweisen dürfen.

Im konkreten Fall warb ein Kosmetikinstitut damit, in Kooperation mit der Praxis einer Fachärztin für plastische Chirurgie spezielle Serviceangebote anzubieten. Ein Konkurrent der Schönheitschirurgin erstattete Anzeige. Er vertrat die Auffassung, dass diese Werbung für eine besondere Kooperation mit der Ärztin gegen die Berufsordnung der Ärzte verstoße. Dieser Ansicht war das Verwaltungsgericht Gießen in seinem Urteil vom 10.01.2011 nicht. Die Ärztin hatte diese Werbung nicht gestattet, und auch unmittelbar

nachdem sie Kenntnis davon hatte, unterbunden. Sie gab aber auch zu, eine mündlich abgesprochene Kooperation vereinbart zu haben. Diese sah vor, dass die Ärztin in Einzelfällen, insbesondere nach einem operativen Eingriff das Geschäft empfiehlt, falls die Patientin aufgrund des Eingriffs nicht mehr mit der bis dahin geübten Schminktechnik zurechtkommen würde. Im Gegenzug habe das Kosmetikinstitut auf Kundennachfrage die Praxis der Ärztin empfohlen.

Das Gericht vertrat die Auffassung, dass die Ärztin in geeigneten Fällen die Empfehlung mit hinreichendem Grund ausgesprochen hatte. Der Wortlaut der Vorschrift ergebe nicht, dass sich die hinreichenden Gründe unmittelbar aus dem Bereich der Medizin ergeben müssten und lasse sich nicht aus Sinn und Zweck der Vorschrift ableiten.

9. Kostenlose Untersuchungen von Neupatienten zulässig?

Die Lockerungen des ärztlichen Berufsrechts gerade in Bezug auf Werbemaßnahmen führen inzwischen zu dem häufigen Trugschluss, dass alles, was nicht ausdrücklich verboten ist, erlaubt sei. Probleme ergeben sich dabei weniger aufgrund der ärztlichen Berufsordnung, sondern eher aus Verstößen gegen allgemeingültige Rechtsvorschriften wie dem Heilmittelwerbegesetz (HWG) oder dem Gesetz gegen den Unlauteren Wettbewerb (UWG).

Das Landgericht Stade hatte in einem Urteil vom 16.06.2011 entschieden, dass das Anbieten und Bewerben kostenloser Untersuchungen durch Arztpraxen bei Neupatienten unzulässig ist. Ein Arzt hatte kostenlose Venenchecks bei Neupatienten nach Vorankündigung in einer örtlichen Zeitung und durch einen Internetauftritt angeboten. Das Gericht sah darin eine unlautere geschäftliche Handlung, die nach § 3 Abs. 1 UWG unzulässig ist. Das Anbieten kostenloser Leistungen sei deshalb als unzulässig im Sinne des Paragraphen zu bewerten, weil sich der Arzt einen Vorteil gegenüber ordnungsgemäß nach Gebührenordnung abrechnender konkurrierender Vertragsärzte verschafft habe. Diese Maßnahme des Arztes diene ausschließlich der Patientenbindung, was ihm bei Erfolg im Anschluss ermöglicht, kostenpflichtige Leistungen anzubieten.

10. Tarifverhandlungen für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern

Marburger Bund und die Vereinigung der kommunalen Krankenhäuser gehen in die vierte Runde ihrer Tarifverhandlungen. Der Marburger Bund fordert sechs Prozent mehr Gehalt und eine Veränderung bei den Bereitschaftsdiensten. Die vorherige Tarifrunde Ende Oktober wurde ohne Ergebnis abgebrochen. Der Marburger Bund fordert eine Begrenzung der Bereitschaftsdienste auf 4 pro Monat, derzeit würden von über der Hälfte der Klinikärzte monatlich durchschnittlich 5-9 Bereitschaftsdienste, von einigen (3%) sogar 10-14. Der Hartmannbund gab zu bedenken, dass sich die medizinische Infrastruktur ohne motivierte und gut ausgebildete Ärzte an kommunalen Krankenhäusern nicht mehr abbilden lasse. Nach Aussage von Hartmannbund-Vorsitzenden Klaus Reinhardt zeige sich in den kommunalen Krankenhäusern bereits jetzt in alarmierender Weise, wie unattraktive Arbeitsbedingungen Ärztemangel beschleunigen.

11. Arztwerbung durch Nennung in einem Fernsehbericht erlaubt?

Das Oberverwaltungsgericht Münster (NRW) hatte sich bereits vor einiger Zeit mit der Frage zu befassen, ob ein Arzt in einem Fernsehbericht über auch von ihm angebotene Leistungen unter Namensnennung erscheinen darf.

In einer TV-Sendung des Magazins RTL-Explosiv wurde über einen angeblichen „Mallorca-Trend des Sommers“ berichtet: die Verknüpfung von plastisch-ästhetischen Eingriffen mit einem Urlaub auf Mallorca. Der Beitrag stellte auch einen in Deutschland niedergelassenen Arzt vor, der in einer namentlich erwähnten Privatklinik auf der Ferieninsel Schönheitsoperationen durchführte.

Die zuständige Ärztekammer sah darin einen Verstoß gegen das ärztliche Berufsrecht und klagte. Das zuständige Gericht bestätigte den Verstoß und verhängte eine Geldbuße von 6.000 Euro. Der beklagte Arzt ging vor dem OVG Münster in Revision, wo die Entscheidung der Vorinstanz aufgehoben wurde. In der Urteilsbegründung verwies das Gericht auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach das ärztliche Berufsrecht nachhaltig liberalisiert wurde. Die inhaltliche Kontrolle der Medienveröffentlichungen in denen der Arzt in Erscheinung tritt, sei unverhältnismäßig und ihm nicht zuzumuten. Auch sei fraglich, ob der Beitrag als Arztwerbung zu sehen sei. Der Beitrag diene offensichtlich der Unterhaltung und sei wie ein Tatsachenbericht zu Informationszwecken gestaltet, was die Namensnennung von Arzt und Klinikum nahelege. Auch die Äußerungen des Arztes im Interview seien rein informativer Natur und damit nicht berufswidrig.

12. Absatzwerbung im ärztlichen Berufsrecht erlaubt?

Das Einräumen kostenloser Anzeigen in einer Stadtteilzeitung an Zahnärzte bei Erfüllen bestimmter Mindestumsätze bei Zahnersatzaufträgen ist wettbewerbswidrig. Das hat das Oberlandesgericht Düsseldorf vor kurzem in einem Verfahren entschieden.

Diesen Vorteil gewährte ein Zahnersatzhersteller seinen zahnärztlichen Kunden. Durch das Anknüpfen der Werbemöglichkeit an bestimmte Umsatzhöhen handle es sich um Absatzwerbung. Das Anbieten, Ankündigen oder Gewähren von Zuwendungen neben einer Ware oder Dienstleistung sei aber im Gesundheitswesen untersagt. Die betroffenen Zahnärzte erlangten aufgrund der „kostenlosen“ Werbemöglichkeit einen Vorteil. Im Normalfall müsste eine Werbemöglichkeit dieser Art bezahlt werden. Dies war aber vorliegend nicht der Fall, daher verstoße die Werbung des Zahnersatzherstellers gegen das Verbot von Werbeangaben nach § 7 Abs. 1 S. 1 HWG.

13. Nach Arztbewertungsportalen jetzt auch Kassenbewertungsportale?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereitet derzeit einen „Kassen-Navigator“ vor, der bereits 2012 starten soll. Die Versicherten sollen dann die Möglichkeit haben, via Internetportal das Leistungsangebot ihrer Kasse zu bewerten. Die Pleiten der City BKK und der Heilberufe BKK beunruhigen viele gesetzlich Versicherte. Lt. dem Vorstandsvorsitzenden der KBV, Dr. Andreas Köhler, ist der Informationsbedarf der Menschen in Bezug auf die Versorgung nicht gedeckt. Wenn die Kassen ihre Versicherten nicht ausreichend informieren, müsse dies die Ärzteschaft selbst in die Hand nehmen.

Ob ein Internet-Bewertungsportal dafür der richtige Weg ist, muss sich noch herausstellen. Die Nutzung der bisherigen Arztbewertungsportale jedenfalls war laut einer Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen mit ca. 10% bisher eher gering.

14. Vorsicht bei Betätigung in Klinik-MVZ!

Mehrere Razzien in von Kliniken betriebenen Medizinischen Versorgungszentren geben den Marburger-Bund Anlass zur Warnung. Bei den Razzien standen die Abrechnungen von Klinik-MVZ im Visier.

Im Fall des Helios-Klinikums standen 14 Ärzte und der Geschäftsführer unter Verdacht des Abrechnungsbetrugs gegenüber der KV Berlin. Patienten seien seit 2008 von nicht qualifizierten oder nicht zugelassenen Ärzten versorgt worden. Diese Versorgungen sollen aber als Facharztleistungen abgerechnet worden.

Problematisch ist, dass Abrechnungsbetrug nicht immer absichtlich begangen wird, sondern auch aus Unwissenheit über die Rechtssituation vorkommt. Der Marburger Bund sieht hier massiven Informationsbedarf, um Straffälligkeit zu vermeiden. Zu Problemen führe die Tätigkeit von Klinikärzten in Klinik-MVZs. So dürfen Weiterbildungsassistenten nicht im Klinik-MVZ tätig werden, wenn sie nur im Krankenhaus angestellt sind und nicht gleichzeitig auch als Assistent eines zur Weiterbildung berechtigten Facharztes im MVZ. In MVZ gilt Facharztstandard, da sie zu vertragsärztlichen Versorgung gehören. Diese Problematik wurde auch der Helios-Klinik zum Verhängnis. Nun fordert der Berliner Ärztekammerpräsident, Dr. Günther Jonitz, eine eindeutige Regelung, dass die organisations-, haftungs- und kassenarztrechtliche Verantwortung beim MVZ verbleibt und nicht zu Lasten des Arztes geht.

15. Verjährung beim Privathonorar

Ärztliche Honorarforderungen verjähren nach drei Jahren. Praxen, bei deren Patienten noch Rechnungen für Privatleistungen aus dem Jahr 2008 offen stehen, müssen noch vor dem 31.12.2011 dieses Jahres handeln, wenn die Ansprüche nicht verloren gehen sollen.

Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist beziehungsweise die Rechnung erstellt wurde. Damit ggf. noch offene Forderungen nicht verjähren, ist es ratsam, zeitnah eine entsprechende Mahnung an die säumigen Patienten zu schicken. Die Verjährung kann durch einen gerichtlichen Mahnbescheid oder ein Klage beim Amtsgericht unterbrochen werden.

16. Entlastung des Arztes durch Erstkraft

Im Praxisalltag habe Ärzte häufig wenig Zeit, sich neben den Patientenbehandlungen noch um Praxisorganisation und Personalführung zu kümmern. Entlastung bei der Aufgabenbewältigung kann eine erfahrene „Erstkraft“ bieten. Die Erstkraft oder Praxismanagerin ist ausgebildete Medizinische Fachangestellte oder Krankenschwester und übernimmt in ihrem täglichen Arbeitsfeld zusätzlich Führungs- und Managementaufgaben. Viele Ärzte haben zwar eine Erstkraft zur Unterstützung benannt, aber häufig stimmen die Rahmenbedingungen für die neuen Aufgaben nicht. Da die Erstkraft ein breites

Aufgabenspektrum abdeckt, sollten Ärzte bei der Auswahl auf einige Kriterien achten. Die Erstkraft sollte mehrjährige Berufserfahrung mitbringen, in Vollzeit arbeiten, einen Management-Lehrgang besucht haben, gut im Umgang mit Qualitätsmanagement sein sowie Weisungsbefugnis und Personalverantwortung beispielsweise bei der Auswahl neuer Mitarbeiterinnen haben.

Zur Abstimmung sollten regelmäßig Gespräche mit der Praxisleitung stattfinden; eine Leistungs- und Stellenzulage ist sinnvoll. Die Erstkraft kann für einen optimalen Arbeitsablauf sorgen, dazu gehören regelmäßige Mitarbeitergespräche wodurch ein gleicher Informationsstand gesichert wird. Sie kann Zuständigkeitsbereiche festlegen sowie für eine effizienter Zeit- und Ablauforganisation sorgen. Die Abläufe können beispielsweise durch ein (elektronisches) Übergabebuch und strukturierten Teambesprechungen optimiert werden. Sie fungiert als Vermittlerin zwischen Team und Arzt, trägt aber auch zur Teamzufriedenheit bei. Ob in der Praxis alles rund läuft kann der Arzt an verschiedenen Hinweisen feststellen. So z.B. an der Anzahl der Fehltag, Fehlerhäufigkeit, Weiterbildungs- und Überstundenbereitschaft oder anhand der Resultate aus Mitarbeiterbefragungen. Seminare zur Ausbildung von Erstkräften werden z.B. auch von KVen angeboten.

17. Anreize für kürzere Wartezeiten?

Die KBV ließ von der Forschungsgruppe Wahlen eine Umfrage zu den Wartezeiten auf Arzttermine durchführen. Ergebnis: 40 Prozent der Patienten warten im Schnitt drei Wochen und länger auf einen Termin beim Facharzt. Die meisten der Patienten sind deshalb aber nicht verärgert, sondern akzeptierten diese Tatsache (75%). Die Umfrage ergab weiter, dass 48 Prozent der Befragten beim letzten Arztbesuch sofort einen Termin bekommen oder ohne vereinbarten Termin die Praxis aufgesucht haben. Die KBV möchte Anreize für kürzere Wartezeiten schaffen. Ob diese im geplanten Versorgungsstrukturgesetz bzw. über eine Änderung des § 87 SGB V verankert werden können, war noch nicht bekannt.

18. Anforderungen an den Arztberuf der Zukunft

Die Gesundheitswirtschaft gilt als Zukunftsbranche und stellt den größten Wirtschaftszweig nicht nur in Deutschland sondern auch weltweit. Fraglich ist, ob die Ausbildungsgänge, Studienangebote und die geltende Approbationsordnung den Anforderungen des künftigen Gesundheitsmarktes gerecht werden. Das Institut für Arbeit und Technik (IAT) erstellte im Rahmen einer von der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e.V. (IGW) in Auftrag gegebenen Studie ein zukunftsfähiges Qualitätsprofil für den Arztberuf.

Neben den medizinischen Fähigkeiten wird danach künftig insbesondere die Patientenorientierung und – Kommunikation und eine immer wichtigere Rolle spielen.

Erwartet wird von Medizinern auch, dass sie sich auch damit auseinandersetzen, wie Patienten in Zukunft versorgt werden und dass sie über Managementkompetenzen verfügen, die es ihnen ermöglichen, Prozesse zu verändern. Ob die Prognose, dass die

Entwicklung künftig vom „hochkompetenten Einzelkämpfer“ hin zum „interprofessionellen Teamplayer“ geht, sich bewahrheitet, hängt sicher auch von den künftigen Rahmenbedingungen ab, die die Politik setzt. Eine Zusammenfassung der Studienergebnisse „Zukunftsfähige Qualifikationsprofile für Ärztinnen und Ärzte“ finden Sie auf der Internetseite des IGW [<http://www.initiative-gesundheitswirtschaft.org>].

19. Superrechner „Watson“ als Arzthelfer?

Der im Rahmen einer US-amerikanischen Quizshow präsentierte Supercomputer „Watson“ von IBM hat seinen ersten kommerziellen Auftrag – im Gesundheitswesen. Watson hatte in der Quizshow „Jeopardy“ gegen zwei menschliche Kandidaten gewonnen. Er soll nun Ärzten Unterstützung bei schwierigen Diagnosen bieten und ihnen Therapien mit den besten Heilungswahrscheinlichkeiten vorschlagen. Auftraggeber für Watsons Einsatz ist die amerikanische Krankenversicherung WellPoint. Ziel ist es, unwirksame Therapien einzusparen und Fehldiagnosen zu vermeiden. Die Stärke der neuen Healthcare-Applikation ist deren Geschwindigkeit (200 Mio. Seiten in 3 Sekunden) und das „Gedächtnis“. Informationen des Wall Street Journal zufolge soll die erste Installation für die Sachbearbeiter von WellPoint sein, danach sollen Krebskliniken folgen. Langfristig ist der Einsatz für Ärzte gedacht, die komplizierte chronische Erkrankungen behandeln.

20. Exitus für ELENA

Die Bundesregierung hatte am 21.09.2011 einen Entwurf zur Einstellung des Großprojekts des elektronischen Entgeltnachweises (ELENA) verabschiedet. Der Entwurf sieht die Aufhebung des ELENA-Gesetzes vor und die Wiederherstellung der alten Rechtslage. Das Programm wurde 2008 erstmals vorgestellt, seit Anfang 2010 werden mit ELENA Arbeitnehmerdaten gespeichert. ELENA wurde eingeführt, um den bürokratischen Aufwand zu verringern. Datenschützer kritisierten die zentrale Speicherung persönlicher Daten. Kritisch wird der Stopp von ELENA von anderer Seite gesehen, weil viele Arbeitgeber bereits erhebliche Investitionen geleistet haben, um den Start des elektronischen Entgeltnachweises zu unterstützen.

Die Regierung nannte als Hauptgrund für die Einstellung des ELENA-Verfahrens die schlechte Verbreitung der erforderlichen qualifizierten elektronischen Signatur. Der Gesetzesentwurf, der das Aus für ELENA beschließt soll nach Auskunft einer Sprecherin des Bundeswirtschaftsministeriums bis spätestens Anfang Januar 2012 in Kraft treten. Die bereits erhobenen ELENA-Datensätze sollen gemäß dem Gesetzesentwurf gelöscht werden.

21. IGeL-Rabatt - wirtschaftlich lohnend?

Die Vermarktung von individuellen Gesundheitsleistungen macht auch vor dem Internet nicht Halt. Auf Plattformen wie Groupon und ähnlichen werden unter anderem auch medizinische Leistungen wie beispielsweise professionelle Zahnreinigungen in Form von Gutscheinen mit teilweise hohen Rabatten angeboten.

Zahnärzte in Nordrhein-Westfalen haben sich dabei offensichtlich verkalkuliert. Sie setzten weit mehr Gutscheine als erwartet ab und stehen nun vor dem Problem, wie sie die

Gutscheine innerhalb der Gültigkeitsdauer abarbeiten sollen. Dabei lohnt sich der hohe Arbeitseinsatz häufig selten, da die Zahnärzte bei Rabattaktionen weit unter Selbstkosten arbeiten. Bei kleineren Betrieben ist es bereits durch Fehlkalkulationen im Rahmen der Rabattaktionen zu wirtschaftlichen Engpässen gekommen. Für Ärzte kann es aus berufsrechtlicher Sicht kritisch werden, wenn sie durch Rabattaktionen für Brustvergrößerungen oder Magenbänder Patienten zu risikobehafteten Eingriffe verleiten. Die auf den Gutschein-Plattformen angebotenen Leistungen sind typische IGeL wie Botox-Unterspritzungen, Brustvergrößerungen, Zahnreinigungen, Bleachings und LASIK-Operationen. Einige Ärztekammern gehen gegen diese Aktionen entweder selbst vor oder sie beauftragen Wettbewerbszentralen. Einer Pressemitteilung der Wettbewerbszentrale vom 5. September 2011 zufolge, habe sie in knapp 100 Fällen Abmahnungen an Ärzte oder Zahnärzte in Zusammenhang mit der Gutscheinplattform „Groupon“ erteilt. Hauptkritikpunkt sei das Angebot von Pauschalpreisen mit Rabatten von bis zu 70 Prozent, aber auch die unlautere Befristung der Gutscheine auf meist 6-12 Monate. Wenn Sie sich zu einer Rabattaktion entschließen, sollten Sie ihr Angebot vorab rechtlich prüfen lassen.

Steuerliche Themen

22. Leistungen zur Krankenhaushygiene umsatzsteuerfrei?

Mit Urteil vom 18. August 2011 hat der Bundesfinanzhof (BFH) entschieden, dass infektionshygienische Leistungen, die ein Arzt für Krankenhäuser erbringt, umsatzsteuerfrei sind. Nach dem Urteil des BFH ist es für die Steuerfreiheit ärztlicher Heilbehandlungsleistungen ausreichend, wenn die Leistung des Arztes Teil eines auf Patientenheilung ausgerichteten Gesamtverfahrens zur Heilbehandlung in einem Krankenhaus ist. Dies trifft auf infektionshygienische Leistungen eines Arztes zu, mit denen die Erfüllung der nach dem Infektionsschutzgesetz bestehenden Verpflichtungen in Krankenhäusern sichergestellt wird. Nicht steuerfrei sind demgegenüber allgemeine Leistungen, die nur einen mittelbaren Bezug zu der dort ausgeübten Heilbehandlungstätigkeit aufweisen. Zur Frage, welche Leistungen darunter fallen und ob Sie evtl. davon betroffen sind, wenden Sie sich an Ihren Steuerberater.

23. Umsatzsteuer für Verkehrstherapien, die auf MPU vorbereiten?

Eine Diplom-Psychologin führte individualpsychologische Verkehrstherapien für Kraftfahrer zur Vorbereitung auf die medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) durch. Diese Verkehrstherapien behandelte die Psychologin als umsatzsteuerfreie Heilleistung, wohingegen das Finanzamt diese als umsatzsteuerpflichtig ansah. Daraufhin legte die Psychologin Klage beim zuständigen Finanzgericht ein. Das Finanzgericht Münster gab in seinem Urteil vom 9. August 2011 dem Finanzamt Recht. Der Hauptzweck der Verkehrstherapien liegt nicht in der Behandlung von Krankheiten. Auch das Argument, dass die Therapie zu einer Änderung und Verbesserung der Lebensverhältnisse beitrage, ändere nichts an der Umsatzsteuerpflicht, da die Therapie eine nicht medizinisch indizierte Maßnahme im Bereich der privaten Lebensführung sei.

24. Fehlerhafte Lohnsteuer-Daten

Praxisinhaber sollten ihre Angestellten darauf hinweisen, ihre Steuermerkmale für das elektronische Lohnsteuerabzugsverfahren, das ab Januar 2012 gilt, genau zu prüfen. Wie der Bund der Steuerzahler (BdSt) mitteilt, seien viele bei den Finanzämtern gespeicherte Daten für den elektronischen Lohnsteuerabzug - auch ELStAM genannt - fehlerhaft. Die Daten wurden den Steuerpflichtigen in den letzten Wochen mit einem Brief des Finanzamtes zur Prüfung übermittelt. Diese Daten - sofern kein Änderungsantrag gestellt wird - werden so dem Arbeitgeber ab 1. Januar 2012 zum elektronischen Lohnsteuerabzug zur Verfügung gestellt. Vor allem bei Eheschließung oder Scheidung kann Handlungsbedarf sein. Nähere Informationen hierzu kann Ihnen Ihr Steuerberater geben.