

Mandanten-Newsletter Ärzte (II. Quartal 2016)

1. 119. Deutscher Ärztetag in Hamburg - Rückblick

Neben „politischen“ Forderungen wie dem Widerruf der Glyphosat-Zulassung oder die Aufforderung an die EU-Kommission, die im Vertrag von Lissabon garantierte Souveränität der Mitgliedstaaten bei der Gestaltung ihrer Gesundheits- und Sozialsysteme zu respektieren, standen vor allem medizinische bzw. berufsrechtliche Themen im Vordergrund. So wurde z.B. in einer EntschlieÙung die Bundesregierung aufgefordert, Sorge zu tragen, dass operative Eingriffe bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern grundsätzlich nur unter effektiver Sedierung und Schmerzausschaltung durch einen Arzt durchgeführt werden dürfen. Der Ärztetag hat auch die Notwendigkeit bekräftigt, die Kommunikationskompetenz als zentrales Merkmal des ärztlichen Berufs weiter zu fördern und zu stärken. Die Abgeordneten forderten dafür Rahmenbedingungen ein, unter denen Ärztinnen und Ärzten Zeit und Ruhe für das Gespräch mit ihren Patientinnen und Patienten finden. Eine Bilanz der Veranstaltung (Videoaufnahme) durch den Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, finden Sie [hier](#).

2. Antikorruptionsgesetz verabschiedet

Am 14.4. wurde das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen vom Bundestag verabschiedet. Damit ist der Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung für alle Heilberufe im Strafgesetzbuch verankert.

Das Gesetz kann somit noch vor der Sommerpause in Kraft treten. Was ist neu? Die Annahme, beziehungsweise das Versprechen, von Vorteilen gegen entsprechende Gegenleistung kann nun mit einer Geld- oder Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren geahndet werden.

Der neue Paragraf 299a soll strafrechtliche Lücken schließen. Im aktuellen Stand wurde ein Passus gestrichen, nach dem die Strafbarkeit an die Verletzung von „berufsrechtlichen Pflichten zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit“ geknüpft worden wäre. Rechtsexperten zufolge hätte dies zu einer ungleichen Behandlung und zu Rechtsunsicherheit geführt, denn das Berufsrecht ist regional unterschiedlich geregelt. Somit hätte es vorkommen können, dass das gleiche Verhalten eines Arztes in einem Bundesland erlaubt und in einem anderen als Korruption strafbar gewesen wäre. Zudem wurde kurz vor der Verabschiedung des Gesetzes ein Passus eingebracht, wonach

Korruption im Gesundheitswesen als Officialdelikt und nicht als Antragsdelikt ausgestaltet wird. Das bedeutet, dass entsprechende Taten von den Staatsanwaltschaften von Amts wegen verfolgt werden und ein Strafantrag nicht mehr nötig ist.

[Hier](#) finden Sie die Beschlussempfehlung und den Bericht zum neuen Gesetz. Bei Zweifelsfragen zum neuen Paragraph 299a lassen Sie sich von Ihrem Rechtsanwalt beraten.

3. GOÄ–Novelle – (immer noch) kein Land in Sicht?

Nach jahrelangen geheimen Verhandlungen zwischen Vertretern der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband lag vor kurzem vermeintlich endlich ein konsensreifer gemeinsamer Vorschlag für eine umfassende GOÄ-Novelle vor. Dann kam die Ablehnung durch den Vorstand der Bundesärztekammer, der die Verhandlungsergebnisse kritisierte.

Viele der geplanten „neuen“ Elemente hatten das Potential, die GOÄ zu einem Privat-EBM werden zu lassen, der langfristig in einen Einheits-EBM münden könnte.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich für die Verhandlungen mit dem PKV-Verband und der Beihilfe über die GOÄ-Novelle personell nun neu aufgestellt. Neuer Verhandlungsführer für die neue GOÄ ist BÄK-Präsident Professor Frank Ulrich Montgomery.

Den Vorsitz des Gebührenordnungsausschusses hat der 56-jährige Allgemeinarzt Dr. Klaus Reinhardt übernommen. Reinhardt ist BÄK-Vorstandsmitglied, Vize-Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Vorsitzender des Hartmannbundes.

Auf dem Deutschen Ärztetag in Hamburg haben die Delegierten entschieden, dass der aktuelle Entwurf einer GOÄneu „in allen Teilen eine zügige, planvolle und systematische Überarbeitung erfordert“. Ein großer Teil der Ärzteschaft möchte die aktuelle GOÄ in ihrer Konzeption erhalten und einen Inflationsausgleich herstellen. Man darf gespannt sein auf das nächste „GOÄ-Kapitel“.

4. Medikationsplan – Stand der Umsetzung?

Ab dem 1. Oktober 2016 haben Patienten, die mindestens drei verordnete Medikamente gleichzeitig anwenden, einen Anspruch auf die Erstellung sowie Aktualisierung eines Medikationsplans. So legt es das im Dezember 2015 in Kraft getretene E-Health-Gesetz fest. Pünktlich unter Dach und Fach gebracht haben KBV, DAV und BÄK die dafür notwendige Rahmenvereinbarung. Zusammen haben sie Inhalt und Struktur erarbeitet, Vorgaben zur Aktualisierung vorgelegt sowie ein Verfahren zur Fortschreibung des Medikationsplans entwickelt. Bis zum 30. Juni 2016 sollen KBV und GKV-Spitzenverband Vorlagen für die Regelung des Versichertenanspruchs im Bundesmantelvertrag sowie für die ärztliche Vergütung liefern. Die Bundesärztekammer hat dazu ein [Erläuterungsvideo](#) bereitgestellt.

5. Deutschpflicht bei Arztbesuchen?

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, hat in einem Interview mit der Ostthüringer Zeitung (20.05.2016) gefordert, dass bei Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung Dolmetscherdienste für ausländische Versicherte mitberücksichtigt werden sollten. In dem Interview, das in einer ausführlicheren Fassung aber mit der irreführenden Überschrift „Deutschpflicht für Ärzte aufheben“, auch im Hamburger Abendblatt erschienen ist, kritisierte Montgomery, dass für Versicherte nur ein Anspruch auf Leistungen in deutscher Sprache besteht. „Ich halte das für nicht mehr zeitgerecht. Wir haben heute viele Menschen in Deutschland, die normale sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse haben und nicht ausreichend Deutsch sprechen“, sagte er.

Bei der gesundheitlichen Versorgung von Migranten sprach sich Montgomery für eine Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz aus. Das Gesetz enthalte die Einschränkung, dass nur akute Erkrankungen und Schmerzen behandelt werden dürfen. Ärzte hätten aber die ethische Verpflichtung, jeden Patienten gleich zu behandeln. „Wenn ich erkenne, dass jemand auf dem Weg ist, zum Diabetiker zu werden, kann ich nicht warten, bis der Diabetes entgleist ist, sondern muss ihn gleich behandeln.“

6. MVZ – Übernahme von Arztsitzen erschwert?

Das neue Urteil über die Sitzeinbringung von Ärzten in ein Medizinisches Versorgungszentrum dürfte MVZ-Betreiber nicht erfreuen.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat Anfang Mai entschieden, dass Ärzte mindestens drei Jahre lang in einem MVZ mitarbeiten müssen, wenn sie ihren Sitz dort einbringen und dann in den Ruhestand gehen wollen. Bisher sind Fristen von drei bis sechs Monaten üblich.

Mit dem BSG-Urteil ist der Weg der Sitzeinbringung in ein MVZ aufgrund von Zulassungsverzicht nun deutlich erschwert. De facto ist die Sitzeinbringung damit so unattraktiv, so dass es zukünftig diesbezüglich wohl nur noch wenige Anträge beim Zulassungsausschuss geben wird.

Zur Begründung betonte der Senat, die Möglichkeit, einen Vertragsarztsitz in ein MVZ einzubringen, sei als Wahlmöglichkeit für aktive Ärztinnen und Ärzte gedacht, künftig angestellt statt freiberuflich zu arbeiten, nicht jedoch als Möglichkeit, aus dem Berufsleben auszuscheiden.

7. Praxiswert – aufwendige Ermittlung?

Anlässe für die Ermittlung des Werts einer (Zahn)Arztpraxis kann es viele geben. So z.B. Praxiskauf bzw. -veräußerung oder Einbringung in bzw. Ausscheiden aus einer BAG.

Eine detaillierte Praxisbewertung erfordert hohe Kompetenz in der Kenntnis der fachgruppenindividuellen Praxisbesonderheiten, der Abläufe in Arztpraxen, der aktuellen kassenrechtlichen Situation (KV-abhängig) und der aktuellen regionalen Marktlage.

Eine für Arztpraxen und Zahnarztpraxen geeignete Methode muss neben den wirtschaftlichen Ergebnissen eine ausführliche Praxisanalyse umfassen. Das Sachvermögen einer Praxis muss individuell bestimmt werden. Auch sind die regional tatsächlich gezahlten Übernahmeentgelte für vergleichbare Praxen gleicher Fachgruppe zu berücksichtigen.

Der Gutachter bzw. Berater ist grundsätzlich frei in der Wahl der geeigneten Bewertungsmethodik, wobei es anlassbezogen gewisse Kriterien zu beachten gilt. Sollten Sie einen Bewertungsanlass (z.B. wegen Planung der Praxisnachfolge) haben, so besprechen Sie sich dazu am besten frühzeitig mit Ihrem Steuerberater.

8. MFA - Neue Tarifverträge ab 1.1.2016

Die am 13. April in Berlin verhandelten Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte treten rückwirkend zum 1. April 2016 in Kraft. Damit erhöhen sich die Tarifgehälter um 2,5 Prozent und beginnen in den ersten vier Berufsjahren in Tätigkeitsgruppe I bei 1.725,22 Euro. Auf diese Grundvergütungen gibt es für die höheren fünf Tätigkeitsgruppen prozentuale Aufschläge. Diese betragen – je nach Qualifikation – 7,5 Prozent, 12,5 Prozent, 20 Prozent, 30 Prozent bzw. 50 Prozent.

Um 30 Euro steigen auch die monatlichen Ausbildungsvergütungen in allen drei Ausbildungsjahren und betragen somit ebenfalls rückwirkend zum 1. April 2016 im 1. Ausbildungsjahr 730,00 Euro, im 2. Ausbildungsjahr 770,00 Euro und im 3. Ausbildungsjahr 820,00 Euro. Der Gehaltstarifvertrag hat eine Laufzeit von zwölf Monaten, also bis zum 31. März 2017. Details zum Gehaltstarifvertrag finden Sie [hier](#).

9. Honorarbescheid – Zustellnachweis notwendig?

Eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) muss nicht für jeden einzelnen ihrer massenhaft zur Post gegebenen Honorarbescheide einen Versandnachweis haben. Ein Computerausdruck der KV reicht lt. aktuellem [Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg](#) aus. Danach gilt der Bescheid drei Tage nach dem dort erfassten Datum als zugestellt.

Diese "Zustellfiktion" ist auch anderweitig üblich. Im Streitfall hatte ein ermächtigter Kardiologe die einmonatige Widerspruchsfrist verpasst. Er wandte ein, die Frist könne gar nicht gelten, weil aus dem Honorarbescheid nicht hervorgehe, wann er zur Post gegeben worden sei.

10. Recall – wie sind die Regeln?

Mit dem Recall können Sie Ihre Patienten an regelmäßige wiederkehrende Untersuchungen erinnern, meist Vor- oder Nachsorgetermine, Auffrischimpfungen, aber auch Labor- oder Blutdruckkontrolluntersuchungen.

Es kann sich auch finanziell lohnen, wenn Sie Patienten an einen Impftermin oder eine Vorsorge-Untersuchung erinnern - sei es per Brief, E-Mail oder SMS. Allerdings gibt es einige Aspekte, die bedacht, und einige Vorgaben, die eingehalten werden müssen. Bevor Sie Patienten an einen Praxisbesuch „erinnern“, müssen diese in aller Regel zugestimmt haben. Der Gesetzgeber geht nämlich davon aus, dass sich der Betroffene ohne vorhergehende schriftliche Einwilligung belästigt fühlen können. Wer auf der sicheren Seite stehen möchte, lässt seine Patienten in jedem Fall eine Einverständniserklärung unterschreiben. Eine Muster-Einverständniserklärung und weitere Informationen zum „Recall“ finden Sie z.B. [hier](#) auf der Homepage der KV Bremen.

11. Bundeseinheitlicher Medikationsplan

Ab 1. Oktober 2016 haben Patienten, die mindestens drei verordnete Medikamente gleichzeitig anwenden, einen Anspruch auf die Erstellung sowie Aktualisierung eines Medikationsplans. In der Regel soll der Plan vom Hausarzt ausgestellt und aktualisiert werden. Hat der Patient keinen Hausarzt, kann es auch der behandelnde Facharzt sein. Aber auch mitbehandelnde Vertragsärzte, Krankenhäuser und – auf Wunsch des Patienten – Apotheken können den Medikationsplan aktualisieren.

So legt es das im Dezember 2015 in Kraft getretene E-Health-Gesetz fest. Die dafür notwendige Rahmenvereinbarung haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutsche Apothekerverband (DAV) pünktlich unter Dach und Fach gebracht. Zusammen haben sie Inhalt und Struktur erarbeitet, Vorgaben zur Aktualisierung vorgelegt sowie ein Verfahren zur Fortschreibung des Medikationsplans entwickelt. Die detaillierte Vereinbarung finden Sie [hier](#).

12. Förderprogramm ambulante Weiterbildung

Ab dem 1. Juli tritt eine neue Vereinbarung in Kraft, die GKV, DKG und KBV ausgehandelt haben. Sie schreibt fest, dass künftig 7.500 Förderstellen in der Weiterbildung Allgemeinmedizin und 1.000 Förderstellen in anderen fachärztlichen Bereichen bundesweit angeboten und mit einer Vergütung versehen werden müssen, die im Krankenhaus üblich ist. Somit erhalten Weiterbildungsassistenten künftig 4.800 Euro pro Monat. „Mit dieser Vereinbarung ist ein Instrument geschaffen worden, um die ambulante Weiterbildung in der Allgemeinmedizin deutlich attraktiver zu machen“, so Regina Feldmann, Vorstand der KBV.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen haben nun bis zum 1. Oktober Zeit, sich auf die zu fördernden Facharztgruppen zu einigen. Ein zweiter Teil der Vereinbarung betrifft die Förderung der Kompetenzzentren und Koordinierungsstellen, für die fünf Prozent der jährlichen Fördersumme aller Weiterbildungsbereiche zur Verfügung gestellt werden.

13. Behandlungsfehler: Leichter Anstieg

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat die Jahresergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung für das Jahr 2015 veröffentlicht. Der MDK ging danach in insgesamt 14.828 Fällen einem Behandlungsfehlervorwurf nach. Im Vergleich zum Jahr 2014 mit 14.663 Fällen ist dies erneut ein leichter Anstieg.

In 21,3% der Fälle erwies sich tatsächlich ein Behandlungsfehler als Ursache des beanstandeten Schadens des Patienten (Zunahme i.V.z. Vorjahr: 1%). Bei 6% lag zwar ein Behandlungsfehler vor, eine Kausalität zwischen diesem und dem beanstandeten Schaden war jedoch unklar oder nicht gegeben. In 72,7% der Fälle konnte der Vorwurf eines Behandlungsfehlers nicht bestätigt werden.

Nach Sektoren getrennt gab es im ambulanten Bereich „nur“ 4.905 Vorwürfe (=33,1%), im stationären Bereich hingegen 9.899 Vorwürfe (=66,9%).

Die höchste Quote an bestätigten Behandlungsfehlern findet sich mit 52,5% von 768 Fällen in der Pflege, gefolgt von der Zahnmedizin mit 39,7%. Auch dies wird darauf zurückgeführt, dass Fehler in der Pflege und in der Zahnbehandlung anhand der vorliegenden Beschwerden leichter erkennbar sind, weshalb die Quote auch keinen Hinweis auf eine besondere Gefährdung in einem der Fachgebiete darstellt. Die komplette Auswertung finden Sie [hier](#).

14. Projekte „eNurse“ und „Rollende Arztpraxis“ – ausgezeichnet!

Der erste Preis des von der Berlin-Chemie AG gestiftete Preis für Gesundheitsnetzwerke für die besten integrierten Versorgungsprojekte wurde aktuell dem Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V. für seine „Rollende Arztpraxis“ für die medizinische Versorgung von Asylbewerbern und Schutzsuchenden verliehen.

Den zweiten Preis erhielt das Projekt eNurse. Dieses Telemedizin-Projekt übernimmt die Betreuung von Patienten, denen es aus kurz- oder längerfristigen gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, den UGHÖ-Arzt aufzusuchen. Als sogenannte eNurses übernehmen ausgebildete nicht-ärztliche Praxisassistenten Patientenbesuche und entlasten den Hausarzt. Eine eNurse kann nicht diagnostisch tätig werden – es geht hier um delegierbare Fähigkeiten wie Wundversorgung, Medikamentenkontrolle und Blutdruckkontrolle.

15. Unfall mit Praxiswagen – Entschädigung versteuern?

Ärzte und andere Selbstständige müssen eine nach einem Autounfall von der gegnerischen Versicherung gezahlte Nutzungsausfallentschädigung versteuern, wenn sie ihr Fahrzeug im Betriebsvermögen halten.

Nach einem aktuellen Urteil des Bundesfinanzhofs (BFH) in München gilt dies auch dann, wenn der Wagen auch privat genutzt wird. Danach spielt es keine Rolle, ob der Unfall bei privater oder beruflicher Fahrt geschah. Einnahmen wie die Nutzungsausfallentschädigung

sind betrieblich zu verbuchen. Auch eine anteilige Minderung der steuerbaren Ausfallentschädigung entsprechend dem privaten Nutzungsanteil am Auto scheidet danach aus. Bei Detailfragen zur steuerlichen Behandlung der PKW-Nutzung berät Sie gerne Ihr Steuerberater!

16. Lebensversicherung - steuerlich begünstigte Risikovorsorge?

Die finanzielle Absicherung der Hinterbliebenen für den Todesfall des Versicherten steht im Mittelpunkt der Risiko-Lebensversicherung. Wenn der Versicherte stirbt, erhalten die Hinterbliebenen die vereinbarte Versicherungssumme.

Im Gegensatz dazu beinhaltet die Kapital-Lebensversicherung die Absicherung gegen das Todesfallrisiko sowie die zusätzliche Altersversorgung (Erlebensfall). Man spricht deshalb auch von einer Versicherung auf den Todes- und Erlebensfall bzw. von einer gemischten Versicherung.

Sie können Aufwände zu einer Lebensversicherung grds. in Ihrer Einkommensteuer geltend machen. Die Beiträge zur Risikolebensversicherung sind aber nur steuerlich absetzbar, wenn die Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen noch nicht ausgeschöpft sind (zum Beispiel durch die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung). Freiberufler und Selbstständige können bis zu 2.800 Euro an Sonderausgaben absetzen. Bei gemeinsam veranlagten Ehepaaren addieren sich die Höchstbeträge.

Vor Abschluss einer Risikolebensversicherung sollten Ihnen die steuerlich relevanten Bereiche der Risiko-Absicherung bewusst sein. Dies betrifft Ihre Steuererklärung (Einkommensteuer) sowie denjenigen, der im Todesfall die Versicherungssumme ausgezahlt bekommt (Erbchaftsteuer). Prüfen Sie vor Abschluss der Risikolebensversicherung, wie die Leistung im Todesfall erfolgen soll. So vermeiden Sie, dass Ihre Hinterbliebenen mit einer Erbschaftsteuer belastet werden. Insbesondere für nicht eheliche Lebensgemeinschaften ist eine Vertragsgestaltung wichtig, in der keine Erbschaftsteuer anfällt. Dies ist möglich, indem man sich „über Kreuz“ versichert, ein Partner also jeweils den anderen über seinen Vertrag versichert.

Die steuerliche Auswirkung sollte letztlich individuell geprüft werden; sprechen Sie bei Bedarf dazu Ihren Steuerberater an. Zu Fragen der Vertrags- bzw. Testamentsgestaltung lassen Sie sich von Ihrem Rechtsanwalt informieren.

17. Deutscher Zahnärztetag 2016 – Terminvorschau

Der wissenschaftliche Kongress im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages 2016 findet vom 10. – 12. November 2016 in Frankfurt am Main statt. Der standespolitische Teil findet vom 17. – 19. November 2016 in Berlin statt.

Der Deutsche Zahnärztetag ist eine gemeinsame Veranstaltung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)

und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Er vereint mit der Standespolitik, der Praxis und der Wissenschaft das komplette Spektrum der Zahnmedizin in Deutschland. Es ist die einzige bundesweite Veranstaltung, bei der Zahnärzte, Standespolitiker, Vertreter der Wissenschaft und die Studentenschaft gemeinsam die vielfältigen Aspekte des gesamten Berufsstandes präsentieren.