

Mandanten-Newsletter Ärzte (II. Quartal 2017)

1. Deutsche Ärztetag - 23. bis 26. Mai 2017 in Freiburg

Der Präsident der Bundesärztekammer und des deutschen Ärztetags hat bereits in seiner öffentlichen Einladung zum 120. Deutschen Ärztetag an die Berufsangehörigen deutlich gemacht, was Schwerpunkte der Veranstaltung sein werden bzw. worauf es aus seiner Sicht in der Gesundheitspolitik ankommt:

Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit, Vorfahrt für die Selbstverwaltung und ein deutliches Bekenntnis für den Erhalt und die Fortentwicklung des dualen Versicherungssystems mit den beiden Säulen gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV). Beide Systeme seien zu stärken und an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen. Weitere Themen waren neben der Novellierung der GOÄ v.a. die Digitalisierung und die Musterweiterbildungsordnung.

Infos zu Ergebnissen der Veranstaltung stellt die Bundesärztekammer [hier](#) bereit. Berichte in Videoform finden Sie bei der [ÄrzteZeitung](#).

2. Transparenzkodex: Arzneimittelhersteller veröffentlichen Leistungen

Zur Jahresmitte 2017 steht die Veröffentlichung der Leistungen der forschenden Arzneimittelhersteller an Ärzte, andere Fachkreisangehörige und Institutionen im Gesundheitswesen an.

Mit dem 2013 vom Verein Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) - dem alle im Verband forschender Pharma-Unternehmen (vfa) organisierten Firmen verpflichtend angehören müssen - beschlossenen [Transparenzkodex](#) ist ein neues Kapitel in den Beziehungen zwischen Industrie und Ärzten bzw. anderen Fachkreisangehörigen und Einrichtungen im Gesundheitswesen aufgeschlagen worden. Die erste Veröffentlichung von Leistungen erfolgte Mitte vergangenen Jahres, nun steht die zweite Publikation an.

Die Ärzteschaft hat eindeutig Position zum Thema Transparenz bezogen: Der Deutsche Ärztetag ist 2013 dem Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer gefolgt, "allen Ärzten zu empfehlen, mögliche Interessenkonflikte, zum Beispiel durch von der Industrie unterstützte Fortbildungsveranstaltungen, Anwendungsbeobachtungen oder klinische Studien, aber auch Bonuszahlungen aus entsprechenden Verträgen mit Krankenhäusern... gegenüber Patientinnen und Patienten transparent zu machen".

In welchem Ausmaß Transparenz nach dem Kodex entsteht, hängt aber - zumindest bisher - von der individuellen Entscheidung des Arztes ab, sich zur Kooperation zu bekennen. Ohne Zustimmung erfolgt keine Veröffentlichung individueller Daten. Leistungen an Ärzte und andere Fachkreisangehörige werden dann nur aggregiert auf der Website der Firma publiziert.

Mehr Transparenz wird in den USA praktiziert: Dort sind seit 2013 alle Unternehmen durch den "Physician Payment Sunshine Act" gesetzlich verpflichtet, einer Behörde Zahlungen an Ärzte zu melden. Neben dem Namen umfassen die Angaben den Grund für die Zahlung und die Höhe. Die Daten werden in eine zentrale, öffentlich zugängliche und durchsuchbare Datenbank eingepflegt.

3. Arznei-Reform in Kraft getreten

Das Arzneimittelversorgungsstärkungs-Gesetz (kurz AMVSG) wurde am 12.5.2017 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und ist damit in Kraft getreten. Einen Link zur Online-Variante finden Sie [hier](#).

Das AMVSG verlängert unter anderem das Preismoratorium für Bestandsarzneimittel bis zum Jahr 2022. Verzichtet hat die Koalition kurzfristig noch auf die geplante Vertraulichkeit der Erstattungsbeträge sowie auf eine Umsatzschwelle für das erste Jahr nach Zulassung eines Medikaments. Nur vage geregelt ist das Arztinformationssystem, das Ärzte besser über die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung informieren soll.

4. Cyber-Attacke auf britische Kliniken und Hausärzte

Der Cyberangriff auf britische Kliniken Mitte Mai 2017 hat offenbar auch bei britischen Hausärzten mehr Schaden angerichtet als zunächst vermutet. Ihre tägliche Arbeit wurde nach Informationen der Ärzte Zeitung erheblich behindert. IT-Schutzmaßnahmen sind jetzt wichtig – auch für deutsche Ärzte.

Als erste Konsequenz auf den Hackerangriff kündigte die britische Innenministerin Amber Rudd am Wochenende an, die IT-Systeme in Kliniken, Arztpraxen und Gesundheitsverwaltungen "modernisieren" zu wollen. "Wir müssen daraus lernen und unsere Software aktualisieren", sagte die Ministerin sichtlich geschockt vor Journalisten.

Die Gesundheitsversorgung befindet sich im Zuge der Digitalisierung im Umbruch. Unbestreitbar bietet die Digitalisierung enorme Chancen zur Verbesserung von Patientenbehandlung und zur Optimierung von Verwaltungsabläufen. Gleichzeitig steckt darin aber auch ein hohes Missbrauchs- und Gefährdungspotential im Fall von schlechter Datenhaltung oder ungenügend gesicherter Datenübertragung.

Der Zugriff nur durch berechtigte und qualifizierte Personen muss zu jedem Zeitpunkt sichergestellt sein. Für Ärzte und Personal in Klinik und Praxis sind daher Kenntnis und Nutzung sicherer IT-Systeme unabdingbar. Weitere Informationen und eine Checkliste finden Sie z.B. unter diesem [Link](#).

5. Notfallversorgung an Klinikambulanzen: KBV und DKG weiter uneins

Den Dauerkonflikt zwischen der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) um die Notfallversorgung an Klinikambulanzen und deren Finanzierung hält mancher Experte nur durch den Gesetzgeber für lösbar.

Dabei plädiert der Gesundheitsexperte Karl Lauterbach dafür, den Patienten ein Wahlrecht zu lassen, ob sie den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst oder die nächstgelegene Krankenhausambulanz nutzen. Er möchte mehr Wettbewerb. Dazu sei es notwendig, dass für Notfälle, die in den kassenärztlichen Bereitschaftsdiensten oder in Krankenhausambulanzen behandelt werden, die gleichen Honorare gezahlt werden. Die Krankenhäuser beklagen, dass die Honorare für ambulante Notfalleistungen, die die KVen zahlen, nicht kostendeckend sind.

Dem wird vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) entgegengehalten, dass viel zu viele Kliniken Notfallambulanzen unterhalten, deren Kapazitäten nicht ausgelastet seien. Stattdessen sollte, wie in einem Konsenspapier der KVen im März dargelegt, für GKV-Versicherte ein telefonisches Beratungsangebot entwickelt werden, mit dem die Dringlichkeit der Behandlung eingeschätzt und der Patient an den richtigen Behandlungsort geleitet werden könne.

Der Marburger Bund hatte jüngst dafür plädiert, für Klinikambulanzen Mindestmengen einzuführen. Er sprach von mindestens 20.000 Fällen pro Jahr. Das dürfte den Krankenhausträgern nicht gefallen, für die Notfallaufnahmen auch ein Instrument sind, um stationäre Fälle zu generieren. Dies gewinnt immer mehr an Bedeutung, weil die Zahl der gezielt von Vertragsärzten ins Krankenhaus eingewiesener Patienten sinkt.

6. Tarifrunde für MFA – Verhandlungen laufen

Auch nach der zweiten Verhandlungsrunde über neue Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte (Gehalts- und Manteltarifvertrag) Anfang Mai, trennten sich die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/ Medizinischen Fachangestellten (AAA) und der Verband medizinischer Fachberufe (VmF) noch ohne konkretes Ergebnis. Die wechselseitigen Positionen wurden intensiv und konstruktiv ausgetauscht.

Die AAA erläuterte ihr Angebot zur inhaltlichen Umgestaltung des 13. Gehaltes in § 12 Manteltarifvertrag (MTV) in eine Jahressonderzahlung. Der Verband medizinischer Fachberufe unterbreitete seinerseits Vorschläge zur Umgestaltung. Bis Redaktionsschluss Ende Mai lagen noch keine neuern Informationen vor. Die Gespräche sollen im Juni 2017 fortgesetzt werden. Bis zum Abschluss neuer Verträge gelten die bestehenden Tarifwerke fort.

7. Riskante Abkürzungen - Netzwerk CIRS analysiert kritische Fälle

Missverständliche Abkürzungen bergen im Praxisalltag erhebliche Risiken. Experten des „Netzwerks CIRSmedical.de“ haben zwei Fälle analysiert, in denen die Patienten nur knapp einem Schaden entgangen sind. CIRS steht für Critical Incident Reporting System und hilft, aus Fehlern zu lernen.

Im ersten Fall aus dem Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland wurde im Operationssaal ein Medikament verwechselt. Die Schwester sollte „Suggi“ (Sugammadex) beschaffen, sie verstand aber „Succi“ (Succinylcholin). Der Irrtum fiel auf, weil sich die Oberärztin darüber wunderte, dass die Ampulle eine andere Größe als erwartet hatte – nur 100 statt 200 Milligramm. Sie schaute nach und entdeckte den Irrtum noch rechtzeitig.

In einem anderen Fall wurde in einer Patientenakte die Abkürzung „HWI“ zunächst statt als Hinterwandinfarkt als Harnwegsinfekt verstanden. Erst als eine Mitarbeiterin in der Akte näher nachschaute, fand sie die richtige Diagnose.

Ein entscheidender Punkt beim Risiko- und Fehlermanagement ist der Umgang mit Fehlern. Sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis sollte es eine Möglichkeit geben, über Fehler zu sprechen. So können dieselben Fehler vermieden werden. Es geht nicht darum, wer etwas falsch gemacht hat, sondern was die Ursache gewesen ist. Ein Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen ist unter www.jeder-fehler-zählt.de aufrufbar. Eine Übersicht zu weiteren Fehler-Reporting-Systemen finden Sie [hier](#).

8. Mehr Autonomie in der Physiotherapie?

Die Debatte über die Einführung des Direktzugangs zum Physiotherapeuten ist in Deutschland nicht neu. Direktzugang bedeutet, dass ein Patient ohne die vorherige Diagnose eines Arztes und ohne eine ärztliche Verordnung zu einem Physiotherapeuten gehen kann. Alternativ hierzu wird die Einführung einer Blankoverordnung diskutiert; das würde bedeuten, dass weiterhin der Arzt die Diagnose stellt und eine Blanke Verordnung über Physiotherapie ausstellt. So würde sich die Autonomie des Therapeuten in Bezug auf seine eigene Therapie erhöhen, da er selbst bestimmt, welche therapeutischen Maßnahmen sinnvoll sind, und eigenständig die Dauer und Frequenz der Therapie festlegt. Es gibt aber auch kritische Stimmen, die die im Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) festgelegten Modellprojekte zur Blankoverordnung ablehnen. Das HHVG soll die Qualität der Hilfsmittelversorgung stärken und die Arbeit von Therapeuten finanziell aufwerten. Es ist am 11. April 2017 in Kraft getreten.

9. Digitaler Kontakt zum Arzt im Trend?

Lt. dem Ergebnis einer jüngst veröffentlichten Forsa-Studie im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) ist jeder zweite Deutsche der Ansicht, dass elektronische Medien wie Smartphones den Austausch mit ihrem Arzt einfacher machen.

Die Studie zeigt außerdem, dass sich 25 Prozent der Umfrageteilnehmer vorstellen können, künftig per Video-Chat mit dem Arzt zu kommunizieren. Bei den Befragten, die sich auch vorstellen können einen Arzttermin online zu buchen, ist sogar jeder Zweite bereit, sich mittels Videogespräch mit ihrem Mediziner auszutauschen.

10. Fünf Jahre IGeL-Monitor ...

Seit über fünf Jahren versucht das [Internetportal](#) des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) interessierten Patienten eine Entscheidungshilfe zu sein.

Dabei bewertet der MDS für derzeit 45 individuelle Gesundheitsleistungen, wie hoch der Nutzen im Vergleich zu möglichen Nebenwirkungen ist. Seitdem hat sich zwar manches verbessert. Aber längst nicht alles ist gut. So ist nur jeder vierte Patient mit den Informationen zu Nebenwirkungen bei einer zusätzlichen Gesundheitsleistung zufrieden. Dem kann entgegen gewirkt werden, indem ausreichend Informationen rund um Kosten, Wirkung und mögliche Schäden dem Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Aus Sicht der KBV ist der Markt der individuellen Gesundheitsleistungen ein für Patienten und auch Ärzte sinnvoller Markt, weil er Möglichkeiten eröffnet, alternative Methoden zu erforschen und mehr zu machen als i.d.R. von den Kassen bezahlt wird.

11. SpiFa fordert Debatte über den Stellenwert fachärztlicher Versorgung

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) fordert die KBV-Vertreterversammlung nachdrücklich auf, eine tiefgreifende Debatte über den Stellenwert einer fachärztlichen Versorgung in Klinik und Praxis zu führen.

„Ärztliche Grundversorgung wird bereits heute nicht nur durch Hausärzte sondern auch durch fachärztliche Grundversorger wahrgenommen, so dass ein anhaltendes Denken in abgeschotteten Sektoren zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung nicht mehr zeitgemäß ist.“, so Dr. Dirk Heinrich, Vorstandsvorsitzender des SpiFa.

Eine deutliche Definition des fachärztlichen Versorgungsauftrages im Gesetz ist längst überfällig. Die ärztliche Grundversorgung bedarf, auch unter der wahrgenommenen Dysbalance zwischen Leistungsgeschehen und Leistungsvergütung im fachärztlichen Versorgungsbereich, daher einer Neudefinition des bestehenden Versorgungsauftrages an der Grenze der haus- und fachärztlichen Versorgung. Diese sollte ergebnisoffen und ohne budgetierende Vorgaben stattfinden.

Hinsichtlich der Reform der GOÄ stehen übrigens lt. [SPIFA](#) zumindest die Verhandlungen innerhalb der Ärzteschaft kurz vor dem Abschluss.

12. „KBV 2020“ – wie sieht die Versorgung der Zukunft aus?

Das Konzept "KBV 2020" umfasst Vorschläge, wie die hochwertige ambulante medizinische Versorgung in Zukunft gesichert werden könnte. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben es entwickelt. Die KBV bringt die Vorschläge in die gesundheitspolitische Diskussion ein.

Das Konzept sieht vor, dass unter anderem die Zusammenarbeit mit Kliniken intensiviert werden soll. Bei der Bedarfsplanung, aber auch beim Not- und Bereitschaftsdienst gibt es viele Möglichkeiten einer verbesserten Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern. Mit Hinweis darauf, dass die rund 2.000 Kliniken im Land so nicht zu halten seien, bot der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen die Hilfe des KV-Systems an. Nicht mehr benötigte Kapazitäten könnten für die ambulante vertragsärztliche Versorgung genutzt werden. So blieben in strukturschwachen Gebieten fachärztliche Kompetenzen erhalten.

Bei der Sicherstellung der ambulanten Versorgung wollen KBV und KVen enger mit den Kommunen zusammenarbeiten und ihnen Angebote unterbreiten, wie die Infrastruktur einer künftigen Versorgung entwickelt werden kann. Intensiviert werden soll dem Papier zufolge die Kooperation mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Die elektronische Kommunikation soll weiter vorangetrieben werden, um Teamarbeit und Vernetzung zu fördern. Das komplette Papier finden Sie [hier](#).

13. Gründer Check-up APO Bank

Der Gründer-CheckUp der APO Bank ist das speziell entwickelte Self-Assessment-Tool für akademische Heilberufler. Es bietet Studenten und angestellten Heilberuflern wertvolle und qualifizierte Orientierung in der anspruchsvollen Entscheidungsphase "Niederlassen oder lieber lassen?".

Rund 30 Fragen je Heilberufsrichtung dienen der aktiven Auseinandersetzung mit der Option der eigenen Selbständigkeit. Das Persönlichkeitsprofil wird abgebildet und Kenntnisse aus den Bereichen Gesundheitspolitik und Betriebswirtschaft werden abgefragt. Der Link zum Tool finden Sie [hier](#).

14. Wer finanziert die Telematik-Infrastruktur?

Für Ärzte und Psychotherapeuten steht jetzt fest, dass sie die Kosten für die Anbindung ihrer Praxis an die Telematik Infrastruktur voll erstattet bekommen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich auf Erstattungsbeträge für die technische Erstausrüstung und die laufenden Betriebskosten geeinigt.

Den derzeit noch hohen Anschaffungskosten für den Konnektor wurde dadurch Rechnung getragen, dass es hierfür eine gestaffelte Kostenerstattung geben wird - abhängig vom Zeitpunkt der Inbetriebnahme des Gerätes in der Praxis. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich unter Moderation des Bundesschiedsamtes Anfang Mai auf Eckpunkte für eine entsprechende Vereinbarung verständigt.

Die Vereinbarung gilt ab dem 1. Juli 2017. Bei Veränderungen auf dem Markt - insbesondere bei der preislichen Entwicklung der technischen Komponenten - soll die Vereinbarung angepasst werden. Weitere Informationen auf der [Website der KBV](#).

15. [Urteil] Reiseveranstalter haftet nicht für Behandlungsfehler

Kommt der Passagier eines Kreuzfahrtschiffs aufgrund eines Behandlungsfehlers durch den Bordarzt zu Schaden, so haftet dafür nicht der Reiseveranstalter. Der Schiffsarzt ist weder Erfüllungs- noch Verrichtungsgehilfe des Reiseveranstalters, sondern selbstständig tätig. Die Behandlung durch einen Bordarzt stellt keine Reiseleistung dar, so das Amtsgericht Rostock.

Der Fall: Die Klägerin hatte sich auf einem Schiff einer Behandlung wegen Übelkeit und Schwindel unterzogen. Der Arzt attestierte Seekrankheit und setzte eine Infusion.

Die Frau klagte daraufhin über Taubheit im linken Unterarm. Sie erklärte, die Nadel habe einen Nerv geschädigt und verlangte folglich Schmerzensgeld vom Reiseveranstalter. Doch vor Gericht hatte sie keinen Erfolg. Der Veranstalter haftete nicht - unabhängig davon, ob es sich tatsächlich um einen Behandlungsfehler gehandelt habe oder nicht.

16. [Urteil] Entbindung von ärztlicher Schweigepflicht bei Erbstreit?

Ein Arzt ist zur Aussage im Rahmen eines Erbschaftsstreits verpflichtet, wenn die Aussage des Arztes im Rahmen eines Erbschaftsstreits zwischen den Kindern des Verstorbenen benötigt wird.

Das Oberlandesgericht Koblenz bestätigte zwar, dass die ärztliche Schweigepflicht auch über den Tod des Patienten hinaus reichen könne. Ein Arzt könne daher grundsätzlich unter Berufung auf die Schweigepflicht seine Aussage gemäß § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO verweigern. Nach dem Tod sei aber stets zu prüfen, ob der Patient zu Lebzeiten geäußert habe, dass der Arzt nach ihrem Tod schweigen solle bzw. dass er Angaben machen dürfe. Sei eine solche Äußerung nicht vorhanden, sei der mutmaßliche Wille des Verstorbenen zu erforschen.

Nach Ansicht des Oberlandesgerichts hätte im vorliegenden Fall die Verstorbene mutmaßlich den Arzt von seiner Schweigepflicht entbunden. Es könne nämlich angenommen werden, dass sie interessiert daran gewesen wäre, dass es nach ihrem Tod zu einer gerechten Regelung betreffend ihres Nachlasses komme. Sie hätte mutmaßlich alles Erforderliche getan, um eine Klärung der Frage zu ihrer Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen.

17. [Urteil] Honorarrückforderung wegen Vorteilsgewährung durch Laborarzt?

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen hat entschieden, dass die Kassenärztliche Vereinigung das Honorar eines Arztes zurückfordern darf, der einer Kollegin Geld für die Überweisung von Laborproben zukommen ließ (Az.: L-3-KA 6/13).

Im zugrunde liegenden Verfahren hatte der klagende Laborarzt bereits in den frühen 90er Jahren mit einer Urologin vereinbart, dass er ihr für jede Überweisung von Untersuchungsmaterial 0,50 DM bezahlt. Diese hatte ihm daraufhin bis ins Jahr 2000 in großer Zahl Überweisungen zukommen lassen, an denen er Honorar im sechsstelligen Bereich verdiente. Der Behauptung des Laborarztes, mit der Zahlung der 0,50 DM pro Überweisung habe er der Urologin eine pauschale Erstattung von Versandkosten zukommen lassen wollen, schenkte das Gericht keinen Glauben.

18. [Urteil] Trotz Patientenwunsch kein Verstoß gegen Standard zulässig?

Ein Zahnarzt haftet für eine gegen den zahnmedizinischen Standard verstoßende Behandlung eines unter einer CMD (Craniomandibuläre Dysfunktion) leidenden Patienten auch dann, wenn der Patient diese Behandlung ausdrücklich wünscht.

Ein vom Patienten gewünschtes behandlungsfehlerhaftes Vorgehen muss ein Arzt ablehnen, so ein Urteil des Oberlandesgerichts Hamm aus 2016. Auch eine eingehende ärztliche Aufklärung über die möglichen Behandlungsfolgen legitimiert kein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen.

Im vorliegenden Fall sollten Kiefergelenke mit einer Schiene therapiert werden. Erst später sollten die die Frontzähne saniert werden. Allerdings begann der Zahnarzt schon mit der Frontzahnsanierung, bevor die Schienentherapie abgeschlossen war. Dies bewirkte eine Kompression der Kiefergelenke. Die Patientin verlangte wegen fehlerhafter Behandlung Schmerzensgeld und die Rückzahlung des Honorars. Das Gericht sprach ihr u. a. ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 25.000 Euro und die Rückzahlung des gezahlten Honorars zu.

19. [Urteil] Wie lange muss ein Langzeitprovisorium halten?

Wenn ein für mehrere Monate oder einen noch längeren Zeitraum gedachtes Langzeitprovisorium seinen Zweck nur für kurze Zeit (hier: zwei Monate) erfüllt, so kann es nicht als brauchbar angesehen werden.

Somit verliert ein Zahnarzt seine Honoraransprüche, wenn der von ihm angefertigte Zahnersatz für den Patienten vollkommen unbrauchbar ist und daher neu hergestellt werden muss. Laut dem Oberlandesgericht München ist ein „Langzeitprovisorium“, das ja nur vorübergehend eingesetzt wird, als unbrauchbar und wertlos anzusehen, wenn es nach zwei Monaten Tragedauer nicht mehr brauchbar ist (Az.: 3-U-2991/16).

20. [Urteil] Pauschalhinweis auf Praxis-Untervermietung an Sanitätshaus verstößt gegen Empfehlungsverbot!

Überlässt ein Arzt einem Unternehmen in seiner Praxis für die Tätigkeit eines Orthopädietechnikers einen Raum und duldet er in der Praxis Schilder, die den Weg zu

diesem Raum weisen, spricht er lt. BGH damit gegenüber seinen Patienten eine Empfehlung aus, die ihm berufsrechtlich nicht gestattet ist.

Für einen Verstoß gegen das ärztliche Empfehlungsverbot (hier: des § 31 Abs. 2 BayBOÄ) reicht es bereits aus, wenn der Arzt (hier: ein Orthopäde) dem Patienten von sich aus einen Erbringer gesundheitlicher Leistungen nahelegt oder empfiehlt, ohne dass dafür ein hinreichender Grund vorliegt. Eine solche Empfehlung im Sinne der Vorschrift hat der Arzt im konkreten Fall durch Überlassen der Räumlichkeiten und Duldung von Hinweisschildern in der Praxis – pauschal und damit ohne hinreichenden Grund – ausgesprochen. Das Sanitätshaus, das selbst nicht Adressat der berufsrechtlichen Vorgaben für Ärzte ist, kann als Teilnehmer, also als Anstifter oder Gehilfe, an diesem Verstoß haften und auf Unterlassung in Anspruch genommen werden, wenn von einem dafür erforderlichen Vorsatz auszugehen ist (Az.:I-ZR-46/15).

21. Vergütung Psychotherapie: Neue Gebührenordnungspositionen ab

01.07.2017 für Gruppen- und Einzeltherapien

Mit der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie wurde das Leistungsangebot zum 1. April 2017 erweitert und neu strukturiert. Zu den Neuerungen gehören zum Beispiel die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung. Sie wurden zum 1. April als neue Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen und können seitdem abgerechnet werden.

Die Höhe der Vergütung wurde durch den Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt, nachdem die Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband gescheitert waren. Die KBV hat gegen diesen Beschluss beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eine Klage eingereicht. Der Grund ist, dass sowohl die Psychotherapeutische Sprechstunde als auch die Akutbehandlung schlechter honoriert wird als Einzel- und Gruppentherapien.

Weitere Beschlüsse betreffen die Vergütung von Gruppentherapien sowie die Umstrukturierung des psychotherapeutischen EBM-Kapitels - diese Änderungen gelten ab dem 1. Juli 2017. Details zu den Neuerungen ab 1. April/1. Juli finden Sie [hier](#).

Die Modellversuche zur „Blankoverordnung“ stoßen indes aus geteiltes Echo. Einzelne Kassenärztliche Vereinigungen wie die [KVBW](#) lehnen diese ab und sprechen von „Experimenten an Kranken“. Das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG), das am 11. April 2017 in Kraft trat, sieht solche Modellprojekte vor.

22. Gewerbesteuergefahr bei Anstellung von Ärzten?

Einkünfte eines niedergelassenen Arztes/einer Ärztin zählen grundsätzlich als Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit zu den „Einkünften aus selbstständiger Arbeit“. Dies gilt auch, wenn sich der/die Mediziner(in) der Mithilfe „fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte“ bedient.

Für einen Arzt ist zu berücksichtigen, dass er eine höchstpersönliche, individuelle Arbeitsleistung am Patienten schuldet und deshalb einen wesentlichen Teil der

Dienstleistung selbst übernehmen muss. Dafür reicht es aus, dass er aufgrund seiner Fachkenntnisse durch regelmäßige und eingehende Kontrolle maßgeblich auf die Tätigkeit seines angestellten Fachpersonals Einfluss nimmt.

Um Gewerblichkeit zu vermeiden sollten für die Gestaltung von Arbeitsverhältnissen mit angestellten Ärzten v.a. folgende Kriterien erfüllt sein:

- ⇒ Der Praxisinhaber gewinnt eine Vorstellung von den Rahmenbedingungen der Behandlung (z.B. durch eine selbst durchgeführte Voruntersuchung).
- ⇒ Der Praxisinhaber macht dem angestellten Arzt eine Rahmenvorgabe, z.B. die Definition der Behandlungsmethode.
- ⇒ Der Praxisinhaber behält sich die Selbstbehandlung problematischer Fälle vor.

Wird die Grenze zur Gewerblichkeit überschritten, gelten sämtliche Einkünfte des Arztes als Einkünfte aus Gewerbebetrieb. Informationen zu weiteren Aspekten der Anstellung von Ärzten finden Sie z.B. [hier](#) auf der Homepage der KVMV.

Übt der Arzt seine Tätigkeit zusammen mit Dritten in einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) aus, kann die Grenze zur Gewerblichkeit schnell überschritten werden. Dies ist dann der Fall, wenn ohne leitende und eigenverantwortliche Beteiligung der Mitunternehmer-Gesellschafter Einkünfte aus ärztlichen Leistungen erzielt werden. Wenden Sie sich bei Planungen zur Anstellung oder Kooperation vorab an Ihren Steuerberater, um sich hinsichtlich der Vermeidung gewerbsteuerlicher Risiken beraten zu lassen.