

Mandanten-Newsletter Ärzte (I. Quartal 2017)

1. Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz beschlossen

Der Bundestag hat im Februar das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) beschlossen. Ziel des Gesetzes ist es vor allem, künftig Qualitätsdefizite bei der Patientenversorgung zu vermeiden. Zugleich enthält das Gesetz sogenannte Omnibusregelungen aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens, die der Gesetzgeber noch vor der Bundestagswahl im Herbst verabschieden wollte.

Kern der Neuregelungen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung ist die künftige Wahlmöglichkeit der Patienten bei zuzahlungsfreien Mitteln. Hier hatte es in der Vergangenheit oft Probleme mit der Qualität der Produkte gegeben. Die Krankenkassen müssen bei ihren Vergabeentscheidungen bei Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich daher neben dem Preis nun auch qualitative Anforderungen berücksichtigen, die über die Mindestanforderungen hinausgehen. Für „Hilfsmittel mit hohem individuellen Anpassungsbedarf“ dürfen die Kassen keine Ausschreibungen mehr vornehmen. Zudem sind die Kassen künftig verpflichtet, anhand von Stichproben zu kontrollieren, ob die Leistungserbringer ihre gesetzlichen und vertraglichen Pflichten auch einhalten. Desweiteren ist vorgesehen, dass Ärzte und Krankenkassen die Patienten ausreichend beraten, welche zuzahlungsfreien Hilfsmittel für sie geeignet sind.

Ein Teil der Reform ist auch das umstrittene Modellprojekt zur Erprobung von Blankoverordnungen. Ärzte verordnen hierbei nur noch, dass ein Patient eine Therapie erhalten soll. Welche das ist und wie oft und wie lange sie erbracht wird, soll künftig jedoch der jeweilige Leistungserbringer entscheiden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, mit den Verbänden der Heilmittelerbringer entsprechende Verträge über solche Modellvorhaben abzuschließen. Vorgabe ist, dass es in jedem Bundesland ein Modellvorhaben geben soll.

2. Auf dem Weg zur einheitlichen Gebührenordnung?

Die Reform der Honorarordnung ist ein Langzeitprojekt der deutschen Ärzteschaft. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, hat nun einer einheitlichen Gebührenordnung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung auf der Basis von Honorarpauschalen, Budgets und ungesteuerter Flatrate-Mentalität der Versicherten eine klare Absage erteilt.

„Bei allem Verständnis dafür, dass die CDU angesichts der zu erwartenden Gerechtigkeitsdebatte offensichtlich soweit wie möglich den Druck vom Kessel des Themas Bürgerversicherung nehmen möchte, darf niemand den Blick dafür nicht verlieren, dass eine Diskussion um eine einheitliche Gebührenordnung – wenn überhaupt – nur im

Rahmen einer praktikablen Einzelleistungsvergütung und sozialverträglich organisierter Kostenerstattung geführt werden kann“, sagte Reinhardt. Auch vor einer Diskussion über intelligente Instrumente zur Mengensteuerung durch sozialverträgliche Elemente einer Selbstbeteiligung von Patientinnen und Patienten dürfe man sich seitens der politischen Entscheidungsträger vor diesem Hintergrund nicht weiter drücken, so Reinhardt.

Kompromisslos ablehnend zeigte sich der Vorsitzende des Hartmannbundes mit Blick auf eine drohende sukzessive Verstaatlichung des Gesundheitssystems. Dies habe sich in der Regel als patientenfeindlich und wenig leistungsfördernd erwiesen, betonte Reinhardt unter anderem mit Hinweis auf aktuelle Probleme des britischen Gesundheitssystems und skandinavische Rationierungsmedizin.

3. Ärzte: Finanzielle Situation lt. ZIPP verbessert, aber Stagnation bei Investitionen

Die Daten für den aktuellen Jahresbericht hat das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) 2015 im Rahmen des Zi-Praxis-Panels (ZiPP) erhoben. Sie umfassen die Jahre 2011 bis 2014. Demnach ist der Jahresüberschuss von Ärzten im Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr um 6,7 Prozent gestiegen. Doch im Berichtszeitraum stagnieren die Investitionen trotz eines hohen Bedarfs. Details zum Bericht finden Sie [hier](#).

Das Zi erhebt im Rahmen des ZiPP seit 2010 jährlich bei Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten Daten zur Wirtschaftssituation (Kosten, Einnahmen und Jahresüberschuss). Die Daten beruhen auf Angaben, die in der überwiegenden Zahl der Fälle von den Steuerberatern der Teilnehmer testiert sind. Die Ergebnisse der Befragungen werden in Jahresberichten veröffentlicht.

4. Psychotherapeuten: Einkommenssituation lt. ZIPP verschlechtert

Lt. der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) geht die Schere der Einkommen immer weiter auseinander. Während sich der durchschnittliche Jahresüberschuss aller Arztgruppen von 2011 bis 2014 inflationsbereinigt um ca. 6,7 Prozent erhöhte, fiel er bei den Psychotherapeuten um 3,3 Prozent.

Umgerechnet auf eine Stunde Arbeitszeit erzielen Psychotherapeuten einen Brutto-Überschuss von 35,40 Euro, während Hausärzte 68 Euro und Fachärzte durchschnittlich 69 Euro pro Stunde erreichen.

Die aktuelle ZI-Erhebung - aus der auch die o.g. Daten stammen - belegt lt. DPtV, dass an der Vergütungssystematik grundsätzlich „etwas schief läuft“. Das sei nicht akzeptabel. Der Bewertungsausschuss müsse daher bei der anstehenden Neubewertung der psychotherapeutischen Leistungen "für eine Vergütung sorgen, die die wirtschaftliche Situation der Psychotherapeuten deutlich verbessert". Von den Psychotherapeuten werde eine erhebliche Bereitschaft erwartet, die mit der Reform der Psychotherapierichtlinie

einhergehenden neuen Leistungsangebote wie Akutbehandlung und personalintensive Sprechstunde umzusetzen.

5. Zuwachs bei den HzV-Verträgen

Zu Beginn 2017 sind lt. Hausärzteverband bundesweit ca. 4,3 Millionen Versicherte in die Vollversorgungsverträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeschrieben. Das ist ein Zuwachs von knapp 380.000 Versicherten gegenüber dem Vorjahr, wie der Hausärzteverband kürzlich mitteilte.

Insgesamt nehmen aktuellen Zahlen zufolge fast 17.000 Hausärzte an den Verträgen teil; exklusive der Teilnehmer an den sogenannten Add-On-Verträgen.

"Die Entwicklung der HzV in den letzten Jahren zeigt deutlich, dass es bei Versicherten und Hausärzten einen großen Bedarf nach dieser besseren Form der Versorgung gibt", kommentiert Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes, die aktuellen Zahlen. Nach seiner Ansicht gab es in Deutschland noch nie einen Selektivvertrag, der auch nur annähernd so erfolgreich war wie die HzV.

Neben Baden-Württemberg und Bayern, wo die HzV seit Jahren flächendeckend umgesetzt wird, haben sich 2016 wie berichtet in immer mehr Regionen Versicherte für die HzV entschieden. Allein in Nordrhein-Westfalen sind 600.000 Versicherte eingeschrieben. Weitere (statistische) Daten finden Sie auf der Homepage des Hausärzteverbandes.

6. Anstieg der Insolvenzen

Lt. dem Statistischen Bundesamt in Wiesbaden wurden bei Haus-, Fach- und Zahnarztpraxen im Zeitraum Januar bis November 2016 in 97 Fällen Insolvenzverfahren beantragt. Das ist eine Steigerung gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 15,5 Prozent, aber auf weiterhin niedrigem Niveau. Eröffnet wurden 94 Verfahren, drei mangels Masse abgewiesen. Die voraussichtlichen Forderungen beliefen sich auf 89,3 Millionen Euro, knapp 1 Million je Fall. Betroffen waren 301 Arbeitnehmer.

Untergliedert nach Gruppen entfielen mit 50 Fällen die meisten eröffneten Insolvenzverfahren auf Zahnarztpraxen. Hier ging es um Forderungen in Höhe von 26,2 Millionen Euro. Die 30 Insolvenzverfahren bei Facharztpraxen – ein Anstieg im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 34,8 Prozent – waren mit Forderungen in Höhe von 51,5 Millionen Euro verbunden. 14 Insolvenzverfahren trafen Hausarztpraxen mit einem Forderungsvolumen von 11,6 Millionen Euro. Jeweils ein Verfahren wurde bei den drei Gruppen mangels Masse abgewiesen.

7. Notärzte: Befreiung von der Sozialversicherungspflicht

Mit dem o.g. neuen Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz sind Notärzte künftig unter bestimmten Bedingungen von der Sozialversicherungspflicht befreit. So müssen Sie hierfür außerhalb des Rettungsdienstes eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im

Umfang von mindestens 15 Wochenarbeitsstunden ausüben. Die Befreiung gilt auch für niedergelassene Ärzte, die auf Rettungswagen als Notärzte mitfahren.

Anlass der Neuregelung ist ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) im vergangenen Jahr. Die Richter legten die bislang geltende Gesetzeslage so aus, dass es sich bei einer Notarztstätigkeit um eine abhängige und mithin sozialversicherungspflichtige Tätigkeit handelt. Die bisher gängige Praxis, Ärzte auf Rettungswagen als Selbständige einzusetzen, stufte das BSG als Scheinselbständigkeit ein. Die Träger der Rettungsdienste sahen sich daraufhin mit der Frage konfrontiert, wie unter diesen Umständen der Rettungsdienst noch sichergestellt werden kann.

8. Vereinbarung über digitale Vordrucke

Die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben erstmals eine Vereinbarung über digitale Vordrucke geschlossen.

Laut KBV können die niedergelassenen Ärzte ab 1. Juli ihre Laboraufträge digital ausstellen und übermitteln. Dies gilt für jährlich rund 94 Millionen Überweisungs- und Anforderungsscheine in Form der Laboraufträge Muster 10 und 10 A, die bisher ausschließlich in Papierform ausgestellt werden.

„Dort, wo die Digitalisierung Sinn macht, treiben wir sie voran“, betonte der KBV-Chef. Die neue Vereinbarung wurde dem Bundesmantelvertrag als Anlage hinzugefügt. Sie regelt die Überweisung zum Labor und zum radiologischen Telekonsil (Anlage 2b). Das Ganze kann um weitere digitale Vordrucke erweitert werden.

Erste Anwendung findet das digitale Ausstellen und Übermitteln von Mustern ab dem 1. April zur Beauftragung des radiologischen Telekonsils, das dann als neue Leistung eingeführt wird.

Hintergrund: Die beiden Labormuster 10 und 10A zählen zu den am häufigsten genutzten Vordrucken. „Damit wollen wir die Kolleginnen und Kollegen von einem großen Stück papierner Bürokratie befreien. Es kann aber jeder selbst entscheiden, ob er künftig den digitalen oder den herkömmlichen Weg wählt“, sagte Gassen.

9. Erstes „MEDI-MVZ“ nimmt Arbeit auf

Im Baden-Württembergischen Aalen hat das bundesweit erste „MEDI-MVZ“ seine Arbeit aufgenommen. Gründer des Medizinischen Versorgungszentrums nach dem MEDI-Konzept ist der Kreisärzteschaftsvorsitzende und Sprecher der MEDI GbR Ostalb Rainer Michael Gräter.

Nach Überzeugung von Gräter hat die Politik noch nicht begriffen, welche Versorgungskatastrophe in seiner Ärzteschaft schon mehr als spürbar ist. Seinen Patienten möchte er die Erfahrung gerne ersparen, eines Tages vor verschlossenen Praxistüren zu stehen.

In Aalen sind von 34 Ärzten im hausärztlichen Bereich inzwischen 17 älter als 60 Jahre, mindestens sieben Arztsitze sind ohne Nachfolger von der Bühne verschwunden. „Die Situation ist nicht nur im hausärztlichen Bereich brenzlig“, weiß der MEDI-Sprecher. Dieser Entwicklung wollte er mit der Gründung des Freiberufler-MVZ etwas entgegenhalten.

Ein weiterer Grund für die Gründung war für Gräter die eigene Altersversorgung. „Als Mediziner haben wir ein langes Studium absolviert und ein besonders hohes Maß an menschlicher und gesellschaftlicher Verantwortung übernommen – sollen ausgerechnet wir als Rentner unsere Praxen ohne Gegenwert abgeben?“ Damit will Gräter sich nicht abfinden. Für ihn ist es unverständlich, dass die Politiker den Zusammenhang zwischen Anerkennung der Ärzte und schiefer Versorgungslage nicht einsehen: „Solange die ökonomische Situation von Hausarztpraxen unsicher bleibt, sind sie für Nachfolger nicht interessant“, warnt er.

Für Gräter war von Anfang an klar, dass er nicht vom Hausarzt zum MVZ-Manager mutieren wollte. Das Angebot des MEDI-Verbands, Aufbau und Organisation von Freiberufler-MVZs zu begleiten, passte für ihn deshalb perfekt – schon in der Planungsphase. „Für die Gründung sind viele Gespräche nötig, die nicht am Wochenende möglich sind“, weiß er. Der Hausarzt holte sich bei MEDI Unterstützung für die Verhandlungen mit der Bank, dem Steuerberater oder der KV. „Das hätte ich ohne MEDI nicht gepackt“, sagt er.

MEDI-Mitglieder können einen Geschäftsbesorgungsvertrag mit der MEDIVERBUND AG abschließen, in dem der konkrete Umfang der Unterstützung definiert wird. Die AG kann in diesem Rahmen diverse Aufgaben übernehmen. Wolfgang Fink ist Projektleiter bei der MEDIVERBUND AG und unterstützt MEDI-Ärztinnen und -Ärzte beim Thema Freiberufler-MVZ. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter [Medi-Verbund](#).

10. Kampf gegen Keime – Unterstützung durch KVen!

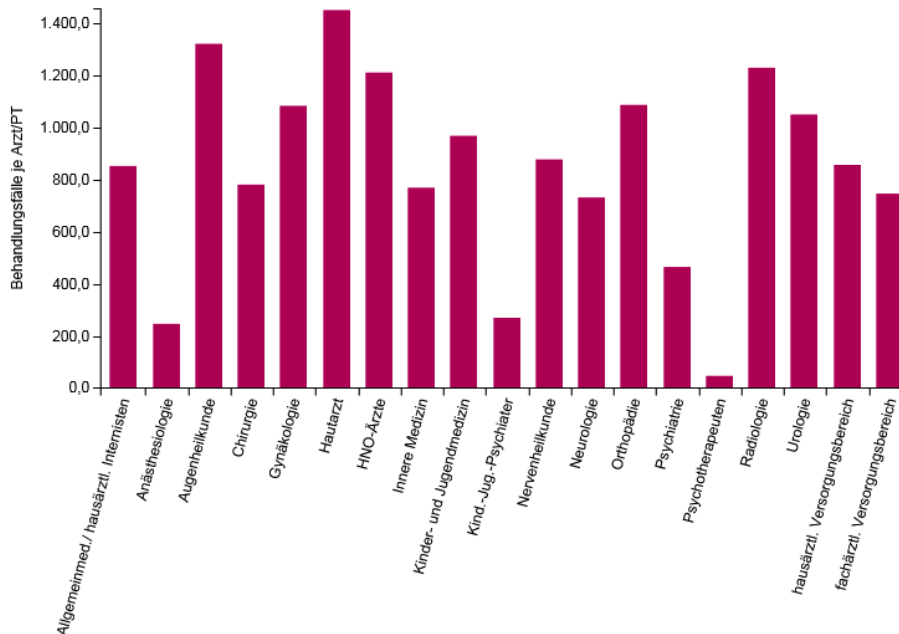
Beim Kampf gegen Keime und Infektionen unterstützten die KVen lt. Pressemitteilung der KBV Ärzte mit einem erweiterten Serviceangebot mit kompakten und übersichtlichen Informationen.

Das Spektrum reicht vom Musterdokument für einen Reinigungs- und Desinfektionsplan für die Praxis über Ablaufbeschreibungen beispielsweise zur Aufbereitung von Medizinprodukten oder zur Wundversorgung bis hin zu Checklisten, mit denen die Umsetzung der Hygienemaßnahmen überprüft werden kann. Im Mittelpunkt stehen dabei fachübergreifend Maßnahmen zur Basishygiene. Weitere Informationen dazu finden Sie [hier](#). Wenn Sie den Status Ihrer Praxis hinsichtlich Patientensicherheit, Hygiene, Informationssicherheit u.a. überprüfen wollen, können Sie dafür die kostenlosen Tools der KBV „[Mein PraxisCheck](#)“ nutzen.

11. Gesundheitsdaten

Eine Vielzahl an Daten rund um die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Praxen, in stationären Einrichtungen und in der Pflege stellt die KBV laufend bereit. Dazu gehören Zahlen zur Bedarfsplanung und zur Versorgung mit Arzneimitteln sowie veranlassten Leistungen. Viele Statistiken, u.a. die unten aufgeführte Abbildung zur durchschnittlichen Anzahl der Behandlungsfälle je Fachgruppe können Sie [hier](#) aufrufen.

Behandlungsfälle je Arzt/PT, alle Ärzte/Psychotherapeuten, 2014/4



12. EBM-Ziffern für Videosprechstunde

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich im Februar auf die Vergütung der Videosprechstunde geeinigt. Die neuen Positionen gelten bereits ab April – und nicht, wie gesetzlich gefordert, erst ab Juli 2017.

Im Vergleich zu früheren Planungen hat sich die Systematik der Abrechnung nochmals stark geändert. Zwei Leistungen sind vorgesehen, die von 16 Fachgruppen abgerechnet werden dürfen, darunter auch Hausärzte und Internisten:

- Der **Technikzuschlag** nach GOP 01450 (40 Punkte bzw. 4,21 Euro) wird pro Quartal und Arzt für 47 Videokontakte bezahlt. Eine Kostendeckung für die technische Ausstattung soll bereits bei zwei Videosprechstunden pro Woche erreicht sein. Dabei rechnet der Ausschuss mit Lizenzgebühren für Videodienste von etwa 100 Euro pro Quartal.
- **Videosprechstunde** nach GOP 01439: Zusätzlich wird der EBM um die GOP 01439 – analog zur Regelung zum telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt - erweitert (88 Punkte bzw. 9,27 Euro). Diese gilt aber nur für Fälle, in denen der Patient im

Quartal die Praxis nicht persönlich aufsucht. Prinzipiell ist die Videokonsultation bereits mit der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale abgegolten.

Beide Leistungen sind auf sechs Indikationen begrenzt. Dabei geht es vor allem um die Verlaufskontrolle, etwa von Wunden oder von Bewegungseinschränkungen.

In der Vereinbarung zu den technischen Anforderungen ist geregelt, dass die Konsultation per Video nicht den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ersetzen darf, sondern bei einer bereits begonnenen Behandlung ergänzend eingesetzt werden kann. Ärzte müssen zudem für die Videosprechstunde eine schriftliche Einwilligung des Patienten einholen. Weitere Details zu den Voraussetzungen finden Sie [hier](#).

13. Fördermittel für Umbau von Kinderkrippe in Hausarztpraxis

Lt. Pressemeldung der FreiePresse (Chemnitz) hat ein Facharzt in Sachsen 200.000 Euro Fördermittel für die Umnutzung einer leer stehenden Kinderkrippe in Oederan (Landkreis Mittelsachsen) erhalten. Die Mittel stammen aus dem Programm LEADER, mit dem über das Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft die Entwicklung des ländlichen Raums unterstützt wird.

Staatsminister Thomas Schmidt hat gemeinsam mit Petra Wein, Abteilungsleiterin für Kreisentwicklung und Bauen des Landratsamtes Mittelsachsen, die Umnutzung der ehemaligen Kinderkrippe zur Hausarztpraxis mit der Übergabe zweier Förderbescheide symbolisch gestartet. Nähere Informationen zum Förderprogramm LEADER finden Sie [hier](#). Einen Überblick über weitere Fördermaßnahmen für Ärzte in Sachsen finden Sie unter diesem [Link](#).

14. Bayern: Förderung von Gesundheitsregionen

Seit dem vergangenen Jahr fördert das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) mit dem speziellen Förderkonzept "[Gesundheitsregion Plus](#)" die gezielte Vernetzung von Gesundheitspolitikern und den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen. Zu diesem Zweck wurde eine entsprechende Förderrichtlinie verabschiedet, die bis zum Jahr 2020 gilt. Parallel hierzu wurde beim Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit eine landesweite Leitstelle zur Beratung und Unterstützung der Teilnehmerregionen eingerichtet. Ziel ist es, über die Vernetzung die Prävention sowie die medizinische Versorgung im Freistaat zu verbessern.

Antragsberechtigt sind Landkreise und kreisfreie Städte

Voraussetzung für eine Förderung ist die Erfüllung definierter organisatorischer und inhaltlicher Vorgaben. So ist z.B. ein Gesundheitsforum einzurichten, dem die Steuerung obliegt und im Rahmen dessen sich die zentralen Vertreter des regionalen Gesundheitswesens mindestens einmal pro Jahr treffen. Die Umsetzung der konkreten

Versorgungsprojekte obliegt speziellen Arbeitsgruppen. Diese erarbeiten zunächst Präventions- und Versorgungslösungen auf Basis der Fragestellungen vor Ort. Die Einrichtung einer regionalen Geschäftsstelle sichert den Austausch und die Koordination aller beteiligten Akteure.

Die Förderschwerpunkte liegen bei der Gesundheitsversorgung, -förderung und Prävention (z.B. ärztliche Versorgung, Patienteninformation, ambulant-stationäre Kooperation, Bewegungsförderung, Suchtvorbeugung oder Kinder- und Jugendgesundheit). Daneben können weitere lokalspezifische Probleme aufgegriffen werden.

Die Förderung umfasst einen Zuschuss von jährlich maximal 50.000 Euro über einen Zeitraum von fünf Kalenderjahren (Anteilfinanzierung i.H.v. bis zu 70% der förderfähigen Ausgaben).

Gegenwärtig gibt es in ganz Bayern bereits 33 geförderte Gesundheitsnetzwerke, von denen ein Teil aus früheren Modell- und Förderprojekten übernommen wurde.

15. Praxisabgabe : die 3 häufigsten Versäumnisse

Mangelnde Planung, mangelhafte Positionierung der Praxis und das Übersehen von Abgabe-Optionen sind wohl die häufigsten Versäumnisse bei der Planung der Nachfolge bzw. Praxisveräußerung. Alle 3 Punkte wirken sich auf den späteren Kaufpreis aus.

Experten raten bereits 5 Jahre vor der möglichen Praxisabgabe die Planungen aufzunehmen bzw. einen Zeitplan zu erstellen. Was ist wann zu tun? Lassen Sie sich hierbei von Ihrem Steuerberater bzw. Rechtsanwalt beraten. Die Ermittlung des (vorläufigen) Praxiswerts ist dabei auch relevant, wobei sich der Veräußerer bewusst machen sollte, dass sämtliche Bewertungsmethoden lediglich einen rechnerischen Verkaufspreis ermitteln, welcher sich wirtschaftlich am Markt erst realisieren lassen muss. Fast alle Wertermittlungsmethoden legen für die Beurteilung des Praxiswertes die Summe der vorhandenen Sachwerte, der tatsächlich erzielten Gewinne und der perspektivischen Entwicklung der Praxis (immaterieller Wert bzw. Goodwill) zugrunde. Hierbei kann Sie Ihr Steuerberater unterstützen. Praxisbörsen helfen bei der Vermittlung von Praxisabgebern und Praxiskäufern. Hier gibt es regionale Börsen wie z.B. von der KV Schleswig-Holstein Oder bundesweite wie von der Apotheker- und Ärztebank oder auch eine „Landarztbörse“.

16. Abrechnung bei der Delegation von Speziallaborleistungen

Die Frage, unter welchen Voraussetzungen ärztliche Mitglieder einer Laborgemeinschaft die von ihnen veranlassten Untersuchungen des sogenannten „Speziallabors“ (M III des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ) selbst abrechnen können, ist seit der zum 1. Januar 1996 erfolgten Änderung des § 4 Abs. 2 GOÄ in Rechtsprechung und Literatur umstritten. Lt. einem aktuellen Urteil des OLG Düsseldorf (Az.: III-1 Ws 482/15 v. 20.1.2017) muss der Arzt, um eine Speziallaborleistung gemäß § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ als eigene Leistungen

abzurechnen, nicht während des gesamten automatisierten Analysevorgangs persönlich zugegen sein.

Da die in akkreditierten Laboren durchgeführten M III-Analysen – insbesondere diejenigen der hier zur Rede stehenden 23 Parameter des Abschnitts M III – weitestgehend durch nichtärztliches Personal durchgeführt werden, steht hierbei lt. dem Gericht das Merkmal „unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung“ im Vordergrund. Die Abrechnungsfähigkeit delegierter Leistungen setzt nach dem Willen des Ordnungsgebers eine eigenverantwortliche Mitwirkung des abrechnenden Arztes dergestalt voraus, dass der abrechnende Arzt diesen Leistungen „sein persönliches Gepräge“ gibt; er muss Aufsicht und Weisung so ausüben, dass er seiner Verantwortlichkeit für die Durchführung delegierter Leistungen im Einzelfall auch tatsächlich und fachlich gerecht werden kann (BT-Drucks. 118/88 S. 46). Sollten Sie ebenfalls delegierte Speziallaborleistungen abrechnen (wollen), so lassen Sie sich dazu im Zweifel von Ihrem Rechtsanwalt beraten.

17.Rechtsprechung: Erneuerung von Zahnersatz nach 4 Jahren

Für die medizinische Notwendigkeit der Erneuerung einer implantatgetragenen Prothese nach einer vierjährigen Tragezeit ist der Versicherungsnehmer beweisbelastet. So entschied das Landgericht Koblenz im Rechtsstreit eines privat Versicherten mit seiner KV um die Kostenübernahme für die Erneuerung eines zerbrochenen Implantats aus dem Jahre 2008. Den kompletten Urteilstext finden Sie [hier](#).

18.Rechtsprechung: Werbung mit Zuzahlungsverzicht zulässig?

Der Bundesgerichtshof hat jüngst entschieden, dass die Werbung eines Onlinehändlers mit einem Verzicht auf die gesetzliche Zuzahlung bei medizinischen Hilfsmitteln zulässig ist.

Das beklagte Unternehmen handelt im Internet mit medizinischen Hilfsmitteln, insbesondere zur Behandlung von Diabetes. Sie warb damit, dass ihre Kunden keine gesetzliche Zuzahlung entrichten müssen, weil sie diese übernehme.

Der Zuzahlungsverzicht sei keine verbotene Heilmittelwerbung. Nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. a HWG seien bestimmte oder auf bestimmte Art zu berechnende Rabatte jeder Art für nicht preisgebundene Arzneimittel, Medizinprodukte und andere Heilmittel erlaubt. In § 33 Abs. 8 Satz 3 SGB V und § 61 Satz 1 SGB V seien die Zuzahlungen an die Höhe des Abgabepreises gekoppelt und lassen sich ohne weiteres errechnen. Das Urteil finden Sie [hier](#).

19.Gute IGeL schlechte IGeL

Während der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) den Nutzen individueller Gesundheitsleistungen bezweifelt, und in Summe eine eher negative „Schaden-Nutzen-Bilanz“ zieht, sehen KVen und andere Institutionen zumindest teilweise auch positive Aspekte und fordern die Aufnahme einiger Leistungen in den EBM-Katalog.

Reiseimpfungen, die Entfernung von Tätowierungen oder Sportuntersuchungen können im Einzelfall sinnvoll sein. Sie dienen allerdings nicht der Früherkennung oder Behandlung, deshalb können sie generell keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse sein. Darüber hinaus gibt es Testverfahren oder Behandlungsmethoden, deren Nutzen-Schaden-Bilanz so positiv erscheint, dass sie bald Kassenleistung werden könnten. Das sind etwa die Stoßwellentherapie bei Fersenschmerz oder neuere Stuhltests zur Darmkrebsfrüherkennung. Für Ärzte gilt: Anpreisende Werbung ist nicht erlaubt. Der Arzt darf die Kassenleistung nicht als unzureichend darstellen und muss eine Rechnung ausstellen. Auch eine schriftliche Behandlungsvereinbarung ist Pflicht.

Bewertungen einzelner Igel-Leistungen finden sich vom MDS auch im Internet unter <http://www.igel-monitor.de> sowie im Ratgeber der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: <http://www.igel-check.de>.

20. Lohnt sich Praxismarketing?

Oft wird darunter nur Werbung zur Gewinnung von neuen Patienten verstanden, z.B. mittels einer Praxishomepage.

„Marketing“ kann aber auch eingesetzt werden um die Patientenbindung zu erhöhen oder zur Compliance, also der „Mitarbeit“ des Patienten bei einer medizinischen Behandlung durch Einhalten von Verhaltensregeln.

Hierfür eignen sich - z.B. im Rahmen von Info-Seminaren - vor allem Themen, von denen viele Patienten betroffen sind wie z.B. Volkskrankheiten (Diabetes, Venenerkrankungen, Herz-/Kreislaufkrankungen, Ernährungsfragen oder Gewichtsreduktion). Aber auch das Themengebiet "Vorbeugung und Prophylaxe" bietet sich an.

Häufig sind Pharmaunternehmen bereit, erfahrene Referenten zur Verfügung zu stellen. Auch Angehörige anderer Heilberufe wie Apotheker, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten kommen als Referenten in Frage. Tipps für erfolgreiches Praxismarketing finden Sie z.B. [hier](#) auf der Homepage der KBV.

21. Finanzämter fordern Umsatzsteuererklärungen an

Der Bayerische Oberste Rechnungshof hat in seinem letzten Jahresbericht (2016) beanstandet, dass eine „systematische Überprüfung der Umsatzsteuerpflicht von Ärzten durch die Finanzämter in zu vielen Fällen unterbleibt“, und die Finanzverwaltung aufgefordert, diese Mängel abzustellen.

Darauf haben nun die bayrischen Finanzbehörden reagiert. Sie wollen bei der umsatzsteuerlichen Behandlung von (zahn-)medizinischen Leistungen künftig genauer hinschauen. In Zweifelsfällen werde es auch Überprüfungen geben, schrieb das Bayerische Landesamt für Steuern in einer Vorabinformation an die Bayerische Landeszahnärztekammer.

„Um die in den Heilberufen tätigen Unternehmer für die Umsatzsteuer stärker zu sensibilisieren“, wird die bayerische Finanzverwaltung Praxen, die bislang nicht zur Umsatzsteuer veranlagt wurden, jetzt zur Abgabe einer Umsatzsteuererklärung für das Jahr 2015 auffordern. Andere Bundesländer könnten dem Beispiel womöglich bald folgen. Informieren Sie zeitnah Ihren Steuerberater, wenn Sie solch ein Anschreiben erhalten.

22. Praxisinvestitionen steuerlich absetzen

Viele Arztpraxen scheuen teure Modernisierungsmaßnahmen bzw. Neuinvestitionen in Praxisausstattung, obwohl diese sinnvoll wären.

Für die Planung des Kaufs teurerer Untersuchungsgeräte oder Zubehör könnte der sog. Investitionsabzugsbetrag kurzfristig eine spürbare steuerliche Entlastung bringen. Dieser wird für eine geplante, zukünftige Anschaffung von Wirtschaftsgütern gewährt und mindert in Höhe von 40% der voraussichtlichen Anschaffungskosten Ihren Gewinn.

Schaffen Sie innerhalb von 3 Jahren nach Inanspruchnahme des Investitionsabzugsbetrages das geplante Gerät an, wird der Gewinn im Jahr der Anschaffung wiederum um 40% des tatsächlichen Kaufpreises, höchstens jedoch in Höhe des zuvor in Anspruch genommenen Investitionsabzugsbetrages, erhöht. Ob sich dieses Modell für Ihre Praxis lohnt bzw. welche Voraussetzungen genau erfüllt sein müssen, kann Ihnen Ihr Steuerberater sagen.