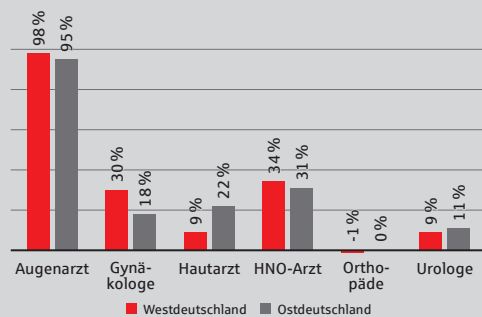


Ambulante Operationen in Folge: Sperrfrist ist Pflicht

Ärzte müssen ambulante Operationen (OP) an demselben Patienten entweder in einer Sitzung durchführen oder die Sperrfrist von mindestens 3 Tagen (beginnend mit dem Tag der OP) beachten, die sich aus der Ausschlussregelung der Nr. 8 der Präambel 31.2.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ergibt. Andernfalls haben sie keinen Anspruch auf das Honorar für die zweite OP und die damit zusammenhängenden Untersuchungsleistungen. Dies geht aus einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 13.5.2020 hervor (B 6 KA 24/18 R). Im konkreten Fall musste eine BAG auf Honorare in Höhe von rund 12.360 € verzichten. Das BSG verwies angesichts der Simultanregelung und der 3-Tage-Sperrfrist auf den hiermit beabsichtigten Schutz des Patienten, dem entweder bei einer Simultandurchführung eine Narkose erspart bleibt oder zumindest zwei Erholungstage zwischen den OP zuzugestehen sind.

Durchschnittlicher Gewinnvorteil durch operative Ausrichtung



Konservativ versus operativ: Große Spannen beim Praxisgewinn

Ambulante Operationen liegen im Trend. Die entsprechenden Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen summierten sich 2019 auf mehr als 2,70 Mrd. €. Davon entfiel mit rund 2,05 Mrd. € der Hauptteil auf die niedergelassenen Vertragsärzte – Tendenz steigend. Eine Analyse des Heilberufs-Branchenspezialisten REBMANN RESEARCH hat sich nun auf Basis der Honorardaten 2019 der Frage gewidmet, wie sich eine operative Tätigkeit auf das Praxisergebnis im Vergleich zu einer rein konservativ ausgerichteten Praxis niederschlägt. Die Analyse bezog sich hierbei auf sechs ausgewählte Fachgruppen in Ost- und Westdeutschland (vgl. Abb.). Dabei zeigen sich je nach Fachgruppe zum Teil sehr große Unterschiede.

Die mit Abstand größten Gewinner bei den ambulanten Operationen sind die Augenärzte. Ihr Praxisüberschuss lag 2019 sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland fast doppelt so hoch wie jener ihrer konservativ ausgerichteten Kollegen. In absoluten Zahlen kam dies einem Gewinnplus von rund 188.000 € in Westdeutschland und knapp 167.000 € in Ostdeutschland gleich. Auch HNO-Ärzte profitierten mit einem Gewinn von zusätzlich rund einem Drittel in besonderem Maße von einer operativen Ausrichtung. Gegenüber konservativen Praxen hatten sie gut 59.000 € (West) bzw. knapp 38.000 € (Ost) mehr in der Tasche. Operative Gynäkologen lagen insbesondere in Westdeutschland (ca. +50.000 €; Ostdeutschland: ca. +24.000 €) vorn. Operativ tätige Hautärzte wiederum hatten insbesondere in Ostdeutschland (rund 30.000; Westdeutschland: gut 22.000 €) einen Gewinnvorteil. Bei den Uro-

logen waren die Vorteile mit rund 10 % geringer. Für die Orthopäden als Schlusslicht unter den untersuchten Fachgruppen zeigte sich kein Vorteil (Ost) bzw. sogar ein geringer finanzieller Nachteil (Westdeutschland). Da es sich um eine Durchschnittsbetrachtung handelt, kann hierbei jedoch nicht automatisch auf alle operativen Orthopädiepraxen geschlossen werden. Wie auch bei den anderen Fachgruppen, können sich deutliche Abweichungen vom Durchschnitt ergeben. Dies gilt auch für die jeweiligen Werte in den einzelnen KV-Regionen.

Künftig ist mit einer weiteren Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu rechnen. Mit dem Ziel der Anpassung des Katalogs der ambulanten Operationen an die aktuellen medizinisch-technischen Möglichkeiten wurde mit dem am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz dessen inhaltliche Überarbeitung beschlossen. Die Ergebnisse eines Gutachtens, das Ende Januar 2022 zu erwarten ist, sollen in einen neuen, umfangreicheren Leistungskatalog münden. Der Katalog, der auch nicht-invasive Behandlungen umfassen soll, ist künftig im Zweijahresrhythmus an den Stand der medizinischen Entwicklung anzupassen. Die (für Vertragsärzte wie Kliniken) einheitliche Vergütung soll dabei künftig den Schweregrad der Fälle, nicht-ärztliche Leistungen, die Sachkosten sowie die spezifischen Investitionsbedingungen berücksichtigen und damit für mehr Vergütungsgerechtigkeit sorgen.

Übungsleiterfreibetrag greift auch für Ärzte im Ruhestand

Während der ersten Pandemiewelle haben viele Ärzte im Ruhestand Aufgaben in der Krankenversorgung übernommen und damit einen wertvollen Beitrag zur Bewältigung der Pandemie geleistet. In einem FAQ-Katalog zu steuerlichen Fragen in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie hat nun das Bundesfinanzministerium klargestellt, dass Ärzte im Ruhestand für entsprechende Vergütungen unter bestimmten Voraussetzungen den sog. Übungsleiterfreibetrag für sich in Anspruch nehmen können. Die Einnahmen aus der ärztlichen Tätigkeit sind dann in Höhe von maximal 2.400 € je Kalenderjahr steuerfrei. Allerdings darf die regelmäßige Wochenarbeitszeit nicht mehr als 14 Stunden betragen. Ferner muss der Auftraggeber eine

juristische Person des öffentlichen Rechts oder eine Einrichtung zur Förderung gemeinnütziger, mildtätiger oder kirchlicher Zwecke sein.

Auch bei mehreren begünstigten Tätigkeiten darf der Übungsleiterfreibetrag nur einmal in Anspruch genommen werden; d.h. Einnahmen aus allen begünstigten Tätigkeiten sind bis zu 2.400 € von der Steuer befreit. Eine entsprechende Beitragsfreiheit gilt auch für die Sozialversicherung. Ausgaben, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der begünstigten Tätigkeit stehen, können steuerlich nur insoweit berücksichtigt werden, als sie den Übungsleiterfreibetrag übersteigen. Da die ärztliche Tätigkeit nach § 3 Nr. 26 EStG generell zu den begünstigten Tätigkeiten zählt, gilt der Freibetrag auch für Ärzte, deren Beschäftigungsverhältnis ruht (z. B. aufgrund Elternzeit oder eines unbezahlten Urlaubs). Ebenso begünstigt ist auch die Pflege kranker, alter oder behinderter Menschen, weshalb die obigen Regelungen auch auf Pflegekräfte Anwendung finden.

Umsatzsteuersenkung: Zeitpunkt der Umsatzausführung beachten!

Noch bis zum 31.12.2020 greift der verminderte Umsatzsteuer-Regelsteuersatz von 16 % (statt 19 %). Eine Verlagerung von Anschaffungen, Instandhaltungs- oder Modernisierungsleistungen etc. noch in dieses Jahr kann sich deshalb insbesondere bei größeren Investitionen auch für Arztpraxen lohnen. Um von der Regelung zu profitieren, sollten Praxisinhaber einige wichtige Punkte beachten. Entscheidend für die Anwendbarkeit des abgesenkten Umsatzsteuersatzes ist weder der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch der Rechnungserteilung oder Entgeltvereinnahmung, sondern der Zeitpunkt, in dem der jeweilige Umsatz ausgeführt wird. Verzögert sich z. B. die Lieferung eines im steuervergünstigten Zeitraum bestellten Investitionsguts auf ein Datum nach dem 31.12.2020, greift unabhängig vom Rechnungsdatum oder von eventuellen Anzahlungen wieder der Steuersatz von 19 %. Gleiches gilt z. B. für Bau- oder Handwerkerleistungen, die zwar bis 31.12.2020 beauftragt/begonnen, aber nicht mehr ausgeführt/vollendet wurden. Bei wirtschaftlich sinnvoll abgrenzbaren Leistungen besteht jedoch die Möglichkeit, Teilleistungen zu vereinbaren und so zumindest für die 2020 bereits abgeschlossenen Leistungen vom reduzierten Steuersatz zu

profitieren. Voraussetzungen sind eine entsprechende vertragliche Vereinbarung sowie eine gesonderte Abnahme und Abrechnung.

Bei Zweifelsfragen sollten sich Praxisinhaber unbedingt an ihren Steuerberater wenden. Dieser kann auch darüber Auskunft geben, ob sich vorgezogene Investitionen – unabhängig von der Umsatzsteuerfrage – aus abschreibungstechnischer Sicht lohnen. Dank des 2. Corona-Steuerhilfegesetzes gilt für in 2020 und 2021 angeschaffte bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens die Option der degressiven Abschreibung, die u.a. für Praxen mit pandemiebedingten Gewinnschwankungen Vorteile bieten kann.

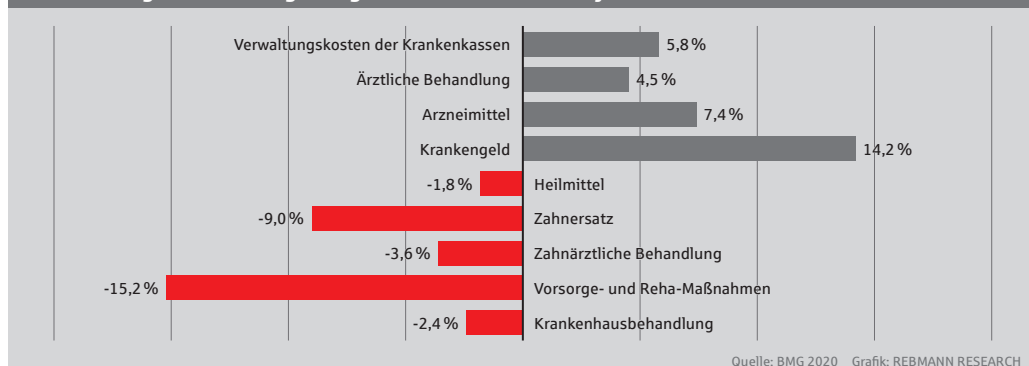
Finanzentwicklung der GKV: Krankenkassen mit Pandemie-Plus

Nachdem die gesetzlichen Krankenkassen das erste Quartal 2020 noch mit einem Defizit von 1,3 Mrd. € abgeschlossen hatten, hat sich die Lage im 2. Quartal 2020 wieder gewendet. Dem vorläufigen Finanzergebnis zufolge lag der Einnahmenüberschuss im 1. Halbjahr 2020 bei rund 1,3 Mrd. €, wodurch die Finanzreserven auf 20,8 Mrd. € stiegen. Die Gründe liegen in der rückläufigen Inanspruchnahme der Praxen und Krankenhäuser durch die Patienten – insbesondere in den Monaten April bis Juni. Während der absolute Zuwachs bei den Leistungsausgaben und Verwaltungskosten der Krankenkassen im ersten Quartal 2020 noch bei 5,6 % lag, betrug er für das 1. Halbjahr 2020 nur noch 2,3 %. Leistungsrückgänge ergaben sich

insbesondere im Bereich Vorsorge und Rehabilitation (vgl. Abb.). Im Gegensatz zu den Kassen verbuchte der Gesundheitsfonds Ende Juni 2020 ein Defizit von 7,2 Mrd. Laut Bundesgesundheitsministerium zeichnen für diese Entwicklung saisonale Effekte und insbesondere die konjunkturellen Mindereinnahmen sowie die Ausgleichszahlungen an die Leistungserbringer verantwortlich. Allein Letztere bezifferten sich bis Ende Juni 2020 auf insgesamt 7,25 Mrd. €. Für die Ausgleichszahlungen an die Krankenhäuser hat der Bund jedoch hiervon rund 5,73 Mrd. € an den Gesundheitsfonds zurücküberwiesen. Das Wachstum der Beitragseinnahmen lag konjunkturbedingt bei nur 1,8 % und damit deutlich unter den durchschnittlichen Veränderungsdaten der Vorjahre (gut 4 %).

Beim Gesundheitsfonds sind weitere Mindereinnahmen aufgrund der konjunkturellen Entwicklung sowie aufgrund des Konjunkturprogramms zu erwarten. Letzteres sieht für 2020 und 2021 eine Höchstgrenze bei den Sozialversicherungsabgaben von 40 % der Löhne/Gehälter vor. Mitte Juli 2020 wurde der Gesundheitsfonds mit einem Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Mrd. € gestützt. Über weitere Stützmaßnahmen des Bundes für das kommende Jahr soll im Herbst entschieden werden. Auch die Finanzentwicklung bei den Kassen ist unsicher und auch vom weiteren Infektionsgeschehen abhängig. Viele Praxen waren/sind nach dem Abklingen der ersten Welle der Pandemie aufgrund der nachzuholenden Termine der Patienten überlastet. Bei den

Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV: 1. Halbjahr 2020



Krankenhäusern hingegen lässt die vollständige Rückkehr in den Regelbetrieb auf sich warten, da eine volle Mehrbettzimmerbelegung nicht möglich ist und nach wie vor Kapazitäten für schwere COVID-19-Fälle erforderlich sind.

Höhere Vergütung für E-Arztbriefe

Am 1. Juli wurde das Honorar für den E-Arztbrief angehoben. Neben der bisherigen GOP 86900 (28 Cent) kommt nun eine Strukturförderpauschale (GOP 01660) für den elektronischen Versand zum Ansatz, die mit einem EBM-Punkt (10,99 Cent) je E-Arztbrief bewertet ist. Insgesamt erhält der Versender somit 38,99 Cent pro E-Arztbrief. Für den Empfänger gilt unverändert die GOP 86901 (elektronischer Empfang eines Arztbriefs: 27 Cent). Die Pauschalen 86900 und 86901 sind auf einen gemeinsamen Maximalwert in Höhe von 23,40 € je Quartal und Arzt gedeckelt. Für die neue, extrabudgetäre Strukturförderpauschale greift keine Höchstgrenze – sie wird also auch dann gewährt, wenn der Arzt den Höchstwert überschritten hat. Die Neuregelung gilt zunächst für drei Jahre.

Um den E-Arztbrief weiter zu fördern, wurde ferner die alte GOP 40120 (55 Cent) für den Faxversand durch die neue, deutlich geringer bewertete GOP 40111 (5 Cent) abgelöst. Für den Postversand ersetzt die neue Portokostenpauschale für Arztbriefe und andere Dokumente GOP 40110 (81 Cent) die bisherigen Versandkostenpauschalen 40120-40126 und die GOP 40144 für Kopien. Für den Fax- und Postversand greift eine fachgruppenspezifische Deckelung, die sich danach richtet, wie viele Arztbriefe die Fachgruppe im Durchschnitt verschickt (vgl. hierzu www.bit.ly/2ELGpvn).

Künftig darf der Versand von E-Arztbriefen nur noch über den Übermittlungsdienst „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) erfolgen, was auch Voraussetzung für die Abrechnung ist. KIM gilt als der nächste wichtige Schritt im Ausbau der Telematikinfrastruktur. Neben der Beschleunigung der Kommunikation zeichnet sich der neue Übermittlungsdienst vor allem durch die einrichtungs- und sektorenübergreifende Vernetzungsmöglichkeit aus. Da sich die Umsetzung von KIM verzögert hatte, gilt bis Jahresende eine

Übergangsfrist für andere Dienste (z.B. KV Connect). Ab 1. Oktober 2021 sind die AU-Daten verpflichtend via KIM an die Kassen zu übermitteln. Die Praxen sollten sich deshalb rechtzeitig um die erforderliche Hardware kümmern. Diese umfasst neben dem (upgedateten) E-Health-Konnektor ein Kartenterminal, den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) der 2. Generation sowie den Praxisausweis (SMC-B). Für KIM greifen seit dem 1. Juli spezielle Förderungen. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten für die Einrichtung eine einmalige Pauschale von 100 € je Praxis zuzüglich einer quartalsweisen Betriebskostenpauschale in Höhe von 23,40 € je Praxis.

ATLAS MEDICUS®
UNTER DER LUPE

156 € Umsatz (GKV und PKV) erzielte ein deutscher Allgemeinmediziner im Jahr 2019 im Durchschnitt je Arztstunde – und damit 7 € mehr als noch im Jahr zuvor. Dem ATLAS MEDICUS®-Kennziffern-Rating zufolge gelten Werte von 174 € und mehr als „sehr gut“. Mit Stundenwerten von 122 € bis 174 € liegen Allgemeinmediziner im Normbereich, während Werte zwischen 85 € und 122 € Anlass zu einer Überprüfung geben sollten. Als „kritisch“ sind Arztstundenumsätze einzustufen, die unter dem Wert von 85 € liegen. Selbstverständlich sind praxisindividuelle Einflussfaktoren bei der Berücksichtigung der Werte zu beachten. Für andere Fachgruppen weichen die Werte zum Teil deutlich ab. So lag z.B. der durchschnittliche Umsatz je Arztstunde bei den Radiologen bei 507 € (2019).

Impressum
Herausgeber und Verlag: Deutscher Sparkassen Verlag GmbH, 70547 Stuttgart, Tel.: +49 711 782-0

Redaktion, Konzeption & Gestaltung: REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG, Mommensenstraße 36, 10629 Berlin | Grafiken: REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG | Objektleitung: Dr. rer. pol. Elisabeth Leonhard, Dr. oec. Bernd Rebmann

Diese Publikation beruht auf allgemein zugänglichen Quellen, die wir für zuverlässig halten. Eine Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird nicht übernommen. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle und unverbindliche Einschätzung der jeweiligen Verfasser zum Redaktionsschluss wieder und stellen nicht notwendigerweise die Meinung der Deutschen Sparkassen Verlag GmbH dar. Die Deutsche Sparkassen Verlag GmbH übernimmt keine Haftung für die Verwendung dieser Publikation oder deren Inhalte. Mit der männlichen/weiblichen Personenbezeichnung sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

Redaktionsschluss: 11. September 2020
© REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG. Alle Rechte vorbehalten.
Bei Zitaten wird um die Quellenangabe „Praxis-Dossier“ gebeten.