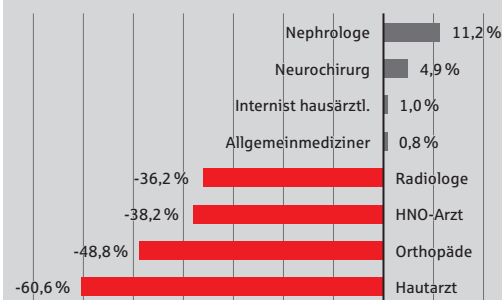


Patienten müssen über bedrohliche Befunde informiert werden

Einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 26.6.2018 zufolge müssen Ärzte im Rahmen der nachwirkenden Schutz- und Fürsorgepflicht auch nach Ende des Behandlungsvertrags sicherstellen, dass der Patient über bedrohliche Diagnosen informiert wird (VI ZR 285/17). Im konkreten Fall hatte eine Hausärztin ihren Patienten zur Abklärung an den Facharzt überwiesen. Ein im MRT entdecktes Geschwulst wurde in einer Klinik reseziert. Diese teilte den Befund (maligner Nervenscheidetumor) gemeinsam mit der Empfehlung zur Vorstellung des Patienten in einem onkologischen Spezialzentrum per Arztbrief mit. Die Ärztin als alleinige Empfängerin des Briefs informierte den Patienten jedoch erst 1,5 Jahre später anlässlich einer anderen Behandlung. Der BGH wertete das Verhalten der Ärztin als groben Behandlungsfehler und sprach dem Patienten (bei dem sich ein Rezidiv gebildet hatte) ein Schmerzensgeld in Höhe von 30.000 € zu.

So viel verdienen ostdeutsche Praxen mehr/weniger (2017)*



Quelle: ATLAS MEDICUS® 2019 Grafik: REBMANN RESEARCH

Praxisgewinn: zum Teil große Unterschiede in Ost und West

Eine aktuelle Auswertung der Heilberufedatenbank ATLAS MEDICUS® des Branchenspezialisten REBMANN RESEARCH kommt zu dem Ergebnis, dass mit Blick auf den durchschnittlichen Gewinn je Praxis bei der großen Mehrzahl der untersuchten 26 Fachgruppen nach wie vor ein West-Ost-Gefälle vorliegt. Dieses ist bei den Dermatologen mit knapp 61% besonders ausgeprägt (vgl. Abb.). Auch Orthopäden, HNO-Ärzte und Radiologen müssen sich im Osten mit deutlich niedrigeren Durchschnittsgewinnen als ihre westdeutschen Kollegen begnügen. Erheblich besser als die obigen Fachgruppen positionieren sich die ostdeutschen Kardiologen (-7,8%), Pneumologen/Lungenärzte (-6,0%), Kinderärzte (-5,9%), nichtärztliche Psychotherapeuten (-4,6%) und insbesondere die Neurologen (-1,9%) und Nervenärzte (-1,0%). Die hausärztlichen Fachgruppen sowie die Neurochirurgen und Nephrologen konnten in der Durchschnittsbetrachtung die westdeutschen Praxen sogar überholen. Bei allen anderen untersuchten Fachgruppen liegen die Unterschiede zwischen rund 11% und 34% (zugunsten der westdeutschen Ärzte). Gemessen in den absoluten Differenzbeträgen ergeben sich leichte Verschiebungen der Fachgruppenreihenfolge. Hier führen die westdeutschen Radiologen die Rangfolge mit einem Plus von fast 100.000€ an (vgl. Tab.). Unter den ostdeutschen Fachgruppen liegen – wie auch beim prozentualen Vergleich – die Nephrologen vorn.

Für die dargestellten Gewinnunterschiede zwischen Ost und West gibt es keine monokausale Erklärung. So spielt neben der regionalen Kaufkraft, den Privatpatientenanteilen, den Kosten

(für Immobilien, Miete, Personal etc.) u.a. das KV-Vergütungsniveau eine Rolle. Darüber hinaus üben auch die Praxisstrukturen großen Einfluss aus. So lassen sich z.B. durch große Mehrbehandlerpraxen oder MVZ(-Ketten) entsprechende Renditesteigerungen realisieren. Die Spitzenverdiener innerhalb der Fachgruppen beeinflussen die Durchschnittswerte sehr stark, was die Hypothese nahelegt, dass es in Westdeutschland innerhalb der Fachgruppen der Hautärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte und Radiologen eine größere Anzahl besonders erfolgreicher (größerer) Einrichtungen gibt als in Ostdeutschland. Bei den Hausärzten hingegen ist dieser „Verzerrungseffekt“ geringer, da hier große renditestarke Kooperationsformen eher selten vorkommen. Somit sollten hier die jeweiligen Durchschnittswerte deutlich näher an jenen Werten liegen, die die Mehrheit der Allgemeinmediziner und Hausarztinternisten tatsächlich erwirtschaftet.

Gewinnplus/-minus im Vergleich (2017)*

	West	Ost	Differenz
Radiologe	375.880 €	276.068 €	-99.812 €
Hautarzt	261.734 €	163.006 €	-98.728 €
Internist fachärztl. (o. Schwerpunkt)	331.499 €	246.689 €	-84.810 €
Orthopäde	228.914 €	153.846 €	-75.068 €
Allgemeinmediziner	167.979 €	169.322 €	1.343 €
Internist hausärztl.	204.861 €	206.854 €	1.993 €
Neurochirurg	241.815 €	254.305 €	12.490 €
Nephrologe	455.318 €	512.772 €	57.454 €

* Die Durchschnittswerte je Vertragsarzt erlauben keine Aussage über den Einzelfall. Der Gewinnausweis erfolgt vor Steuern und Abzug von Aufwendungen für die Krankenversorgung, Altersvorsorge etc. und gegebenenfalls Tilgungsleistungen für Praxiskredite.

Indikationseinschränkung bei Videosprechstunde entfällt

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) hat die Rahmenbedingungen für Videosprechstunden deutlich verbessert. Infolge der Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1.4.2019 entfiel die bislang restriktive Beschränkung auf bestimmte Indikationen. Stattdessen liegt es nun im Ermessen des Arztes, in welchen

Fällen er (in Absprache mit dem Patienten) eine Videosprechstunde für sachgerecht und medizinisch vertretbar hält. Durch die Aufhebung der Indikationsbeschränkungen dürfen nun auch Psychotherapeuten Online-Konsultationen anbieten. Die Vergütung der Videosprechstunde unterteilt sich in eine Pauschale für Abdeckung der Aufwendungen für die Soft- und Hardware und in die Abrechnung der Konsultationen (vgl. Infobox). Videosprechstunden dürfen auch für die bereits im EBM enthaltenen Fallkonferenzen im Pflegebereich zum Einsatz kommen. In diesem Fall ist die GOP 01450 neben den bereits bestehenden GOP für Fallkonferenzen 37120 (Pflegeheim) und 37320 (Palliativversorgung) anzusetzen.

GOP für die Videosprechstunde

GOP 01439: Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde

- 88 Punkte (9,52 €)
- einmal im Behandlungsfall abrechenbar
- mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in den zwei vorangegangenen Quartalen erforderlich
- nicht neben einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abrechenbar
- nicht im organisierten Not(fall)dienst abrechenbar
- im selben Behandlungsfall nicht neben GOP 01435 berechnungsfähig
- am gleichen Behandlungstag nicht neben der GOP 01438 berechnungsfähig
- nicht neben anderen GOP berechnungsfähig (Ausnahme: GOP 01450)

GOP 01450: Technik- und Förderzuschlag

- 40 Punkte (4,33 €); extrabudgetär
- je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde (auch neben der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale) berechnungsfähig
- Deckelung auf 47 Videosprechstunden pro Quartal (maximal 1.899 Punkte / 205,52 €)
- nicht neben den GOP des Kapitels 35 berechnungsfähig

Bei bestimmten Gebührenordnungspositionen (GOP 02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330 und 18340), die mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzen, darf einer dieser Kontakte auch als reine Videosprechstunde erfolgen. Im Gegensatz zur GOP 01439, die maximal einmal pro

13 zertifizierte Videosprechstundenanbieter stehen mittlerweile zur Durchführung der Online-Sprechstunde zur Verfügung. Einige davon stellen ihren Service den Ärzten unter bestimmten Bedingungen kostenfrei zur Verfügung. Andere berechnen monatlich bis zu rund 70 € je Arzt. Eine aktuelle Anbieterliste einschließlich der Preise und weiterer Informationen finden Sie unter: www.atlas-medicus.de/videosprechstunde

Behandlungsfall (im Quartal) gestattet ist, greift der extrabudgetäre Technik- und Förderzuschlag bei jedem Online-Arzt-Patienten-Kontakt – unabhängig davon, ob die GOP 01439 abgerechnet wurde oder nicht. Bei mehreren Videokonsultationen im selben Behandlungsfall (auch am selben Tag) darf die Pauschale daher auch mehrfach (bei Dokumentation der Uhrzeit) zum Ansatz kommen. Wichtig ist eine schriftliche Einwilligung des Patienten in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung. Darüber hinaus muss der Arzt die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) erfüllen und dafür sorgen, dass während der Online-Konsultation die Privatsphäre des Patienten gewahrt bleibt.

Trotz der Lockerung der Bestimmungen zur Erbringung der Videosprechstunde gehen von der Vergütung nach wie vor unzureichende Anreize für das digitale Angebot aus. Pro Monat steht dem Arzt ein Budget von maximal rund 68,50 € für die technische Infrastruktur zur Verfügung. Hieraus sind auch die Kosten für den zertifizierten Videosprechstundendienst zu decken. Je nach Zahl der abgerechneten Online-Konsultationen und der Wahl des Anbieters/Abonnements kann dies zu Kostenunterdeckungen führen. Der Bewertungsausschuss hat jedoch den Auftrag, weitere Maßnahmen zur (finanziellen) Förderung von Videosprechstunden zu prüfen. Auch Gesundheitsminister Jens Spahn beabsichtigt, im Rahmen des geplanten „Digitale Versorgung Gesetz“ das digitale Angebot weiter zu stärken. Künftig soll z.B. Werbung für die Videosprechstunde auf der Praxiswebsite erlaubt sein und die Einwilligung und Aufklärung des Patienten direkt während des Online-Kontakts erfolgen.

Achtung: Frist für Fortbildungspunkte läuft Ende Juni ab!

Am 30. Juni 2019 endet für viele Ärzte/Psychotherapeuten die Frist zum Nachweis der Fortbildung. Für den vorangegangenen Fünfjahreszeitraum sind dann mindestens 250 CME-Punkte bei der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen – andernfalls drohen Sanktionen. Der Stichtag gilt für alle am 1. Juli 2004 bereits zugelassenen Teilnehmer an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und somit auch für ermächtigte und angestellte Ärzte (unabhängig vom Beschäftigungsumfang). Für später zugelassene Teilnehmer beginnt der fünfjährige Nachweiszeitraum jeweils mit dem Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Der Stand der bereits erfassten CME-Punkte kann bei der zuständigen Landesärztekammer (online) abgefragt werden. Um fehlende Fortbildungspunkte nachzuholen, bieten sich kurzfristig insbesondere Onlinefortbildungen an. Diese werden u.a. von den Facharztverbänden, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie speziellen Fortbildungsportalen angeboten. Ärzte/Psychotherapeuten, die ihrer Fortbildungsverpflichtung zum Stichtag nicht nachkommen können, sollten die noch ausstehenden Punkte so schnell wie möglich nachreichen. Die Honorarkürzung endet dann nach Ablauf des Quartals, in dem der Nachweis erbracht wurde.

EBM-Glossar: Ausschlussbestimmungen richtig anwenden

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab sieht häufig Kombinationen von Gebührenordnungspositionen (GOP) vor, die nicht „nebeneinander“ abgerechnet werden dürfen. Um eventuelle Abzüge durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu vermeiden und kein Honorar zu verschenken, gilt es, die mit den einzelnen Ausschlüssen zusammenhängenden Regelungen zu beachten.

„Nicht neben“ ohne Zusatz: Ein gemeinsamer Ansatz der betreffenden GOP während einer Konsultation ist nicht gestattet (unabhängig davon, ob die Leistungen nur von einem

oder von mehreren Ärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft erbracht wurden). Hinweis: Sofern die Leistungen von einem oder unterschiedlichen Ärzten im Rahmen separater Konsultationen (also zeitlich voneinander getrennten Sitzungen) beim selben Patienten am selben Behandlungstag erbracht wurden, dürfen die GOP unter Angabe der Uhrzeit zum Ansatz kommen. Voraussetzung ist, dass die Initiative der mehrfachen Leistungsanspruchnahme an einem Tag ausschließlich vom Patienten ausging.

„Nicht neben“ im Behandlungsfall: Die kombinierte Abrechnung der betreffenden GOP ist beim selben Patienten im gleichen Quartal durch dieselbe Arztpraxis zulasten derselben Krankenkasse nicht erlaubt. Hinweis: Sofern der Patient während des betreffenden Quartals einen Krankenkassenwechsel vornimmt, kommt es automatisch zu einem neuen Behandlungsfall mit den entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten.

„Nicht neben“ im Arztfall: Die genannten GOP dürfen nicht gemeinsam beim selben Patienten im gleichen Quartal zulasten derselben Krankenkasse von demselben Arzt (unter seiner LANR) abgerechnet werden. Hinweis: Sind GOP-Kombinationen im Arztfall – nicht jedoch im Behandlungsfall – ausgeschlossen, so dürfen sie dann nebeneinander berechnet werden, wenn sie von verschiedenen Ärzten einer BAG erbracht werden (separate Arztfälle).

„Nicht neben“ im Krankheitsfall: Die ausgeschlossene Leistung darf beim selben Patienten erst nach Ablauf der drei nachfolgenden Quartale wieder abgerechnet werden. Hinweis: Sofern der Patient die Krankenkasse wechselt, greift der Ausschluss nicht mehr.

Arztpraxen: Ärger mit Terminschwänzern nimmt zu

Immer mehr Patienten lassen ihren von der Terminservicestelle (TSS) vermittelten Termin platzen. Der Ärztenverband NAV-Virchow-Bund geht gegenwärtig von einer Quote von rund 30 % unentschuldig versäumten Terminen aus. Diese sorgen insbesondere in spezialisierten

Facharztpraxen für Ärger, wo die spontane Weitergabe eines zeitintensiven Termins an einen anderen Patienten meist nicht möglich ist. Hierbei können sich für die Praxen nicht nur Honorarausfälle ergeben, sondern auch zusätzliche Kosten (z.B. durch die Aufbereitung von Kontrastmitteln oder das Vorbereiten von Instrumenten etc.). Negativ zu Buche schlägt auch, dass sich so die Wartezeiten für die Patienten insgesamt verlängern.

Über den richtigen Umgang mit den sogenannten No-Shows wird derzeit diskutiert. So steht z.B. eine von den Patienten zu entrichtende Ausfallgebühr oder eine vorübergehende Sperre bei der TSS im Raum. In Ermangelung einer bundesweiten Lösung ergreifen immer mehr Praxen selbst die Initiative; etwa in Form eines Recalls ein bis zwei Tage vor dem Termin per Telefon, SMS oder E-Mail. Andere sperren die Terminschwänzer im Onlineterminvergabesystem oder geben ihnen nur noch Randtermine (ggf. mit längerer Wartezeit). Schließlich fordern einige Praxen ein Ausfallhonorar ein. Ob dieses – selbst bei voriger Unterzeichnung einer entsprechenden Erklärung durch den Patienten – letztendlich vor Gericht Bestand hat, bleibt offen. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass allein die Ausstellung einer solchen Rechnung als „erzieherische Maßnahme“ sehr effektiv ist.

Impressum

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

Redaktion, Konzeption & Gestaltung: REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG, Mommsenstraße 36, 10629 Berlin | Grafiken: REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG | Objektleitung: 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.

Diese Publikation enthält keine Finanzanalysen beziehungsweise Informationen mit Empfehlungen nach § 34b WpHG. Wertpapiere sind Risikolagen, die überdurchschnittliche Kapitalerträge abwerfen, aber auch erhebliche Verluste verursachen können. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass sämtliche Angaben keine Anlageempfehlungen darstellen.

Redaktionsschluss: 14. Juni 2019

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