



Inhalt

Wirtschaftlichkeitsprüfung: Entschärfung durch TSVG	S. 1	Verkürzte Wartezeiten durch geändertes Sprechstundenangebot?	S. 2
MVZ: »Danke, geht gut.«	S. 1	Elektronische Patientenakte: Ärzte sollen Teil des Netzwerkes werden	S. 3
G-BA: Neue Bedarfsplanung absehbar	S. 2	7 Tipps im Umgang mit der Terminservicestelle (TSS)	S. 4

Wirtschaftlichkeitsprüfung: Entschärfung durch TSVG

Das TSVG sieht für Ärzte erfreuliche Änderungen im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen vor. Eine gute Nachricht stellt vor allem die Verkürzung der Prüffrist dar. Die Festsetzung einer Honorarkürzung muss für ärztliche Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen. Damit wird verhindert, dass ein langer Prüfzeitraum (bislang bis zu vier Jahre) zu einem besonders hohen Rückforderungsbetrag führen kann. Es besteht nun früher die Möglichkeit, auf Abrechnungs- oder Verordnungsfehler aufmerksam zu werden und gegenzusteuern.

Positiv ist auch zu bewerten, dass Zufälligkeitprüfungen nur noch auf begründeten Antrag eingeleitet werden dürfen – derzeit sind mindestens 2% der Ärzte von Amts wegen in die Prüfung zu nehmen. Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen unterliegen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Eine grundlegende Neuerung sieht das Gesetz für die Berechnung eines Verordnungs-Regresses vor. Bislang galt der sog. normative Schadensbegriff des Bundessozialgerichts – Ärzte wurden mit dem Argument, dass auch die Verordnung des wirtschaftlichen (statt des tatsächlich verordneten) Medikaments Kosten verursacht hätte, nicht gehört. Das TSVG sieht jetzt vor, dass Regresse auf die Differenz zwischen wirtschaftlichem und tatsächlich verordnetem Medikament zu begrenzen sind. Es wird mit Spannung erwartet, wie diese gesetzliche Vorgabe in den Rahmenvereinbarungen von KBV und Spitzenverband Bund der Krankenkassen umgesetzt wird, d.h. ob ihr Anwendungsbereich auf die Einzelfallprüfung (z.B. Off-Label-Use) beschränkt wird oder auch für die statistischen Prüfungen (z.B. Richtgrößenprüfungen, Wirkstoffprüfungen) gilt.

DR. JAN MOECK

MVZ: »Danke, geht gut.«

Der Gesetzgeber bleibt den MVZ gewogen. Abseits der Debatte um Investorenbeteiligungen hat sich einiges getan.

Immer schon sinnvoll, aber bisher rechtlich umstritten: Praxisabgeber verzichten auf ihre Zulassung, um sich anstellen zu lassen – wollen aber nicht ins MVZ ziehen, sondern am eigenen Praxisstandort bleiben; und das MVZ gründet dort eine Zweigpraxis. Das Gesetz erlaubt das nun ausdrücklich – spannend bleibt, ob die Berliner und Brandenburger Zulassungsgremien es umsetzen.

Endlich ist es möglich, dass Ärzte oder Psychotherapeuten, die als Angestellte im MVZ anfangen, Anteile an der MVZ-Gesellschaft von den Gründern erwerben und dadurch (Mit-)Unternehmer werden. Das ermöglicht eine strategische Entwicklung über Ärztegenerationen hinweg.

Bei der Auswahl im Nachbesetzungsverfahren und bei der Frage, ob ein Arztsitz ins MVZ verlagert werden darf, hat der Zulassungsausschuss nun die »Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots« durch den Arzt zu berücksichtigen. Eine auch juristisch überzeugende Ausarbeitung des medizinischen Konzepts wird jetzt also wichtiger.

Last but not least: Bei der Nachbesetzung bleiben Angestelltensitze gegenüber Zulassungen privilegiert – es gibt keine Versorgungsprüfung und damit auch kein Risiko eines Sitzaufkaufs durch die KV.

Erfreulich ist, dass die Idee, bei jeder Nachbesetzung einer Arztstelle eine Prüfung durchzuführen, wieder verworfen wurde. Aufwand und Risiken wären sonst immens gestiegen.

MVZ sind attraktiver denn je. Lassen Sie uns gemeinsam feststellen, ob das auch etwas für Sie ist.

DR. THOMAS WILLASCHEK ■

G-BA: Neue Bedarfsplanung absehbar

Die Versorgung der Versicherten soll auch durch Änderungen bei der Bedarfsplanung und die Erweiterung von Zulassungsmöglichkeiten verbessert werden. So wird z. B. dem Landesausschuss die Möglichkeit gegeben, auf Antrag in örtlich abgegrenzten Teilgebieten des Planungsbereichs für bestimmte Arztgruppen oder »Fachrichtungen« Zulassungssperren, ggf. zeitlich beschränkt, aufzuheben. Da in Berlin zwischen der Senatsverwaltung, den Krankenkassen und der KV Einigkeit zu bestehen scheint, dass ein besonderes Augenmerk auf die Versorgungssituation in den einzelnen Verwaltungsbezirken zu legen ist, könnte dies in Berlin durchaus relevant werden. Beispielsweise liegt der Versorgungsgrad für die Kinder- und Jugendpsychiater in Marzahn-Hellersdorf lediglich bei 37,0 % und im Falle der Frauenärzte im Verwaltungsbezirk Neukölln nur bei 64,9 %.

Vor allem aber dürften die Vorgaben an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie bis zum 1. Juli 2019 (die neue Richtlinie liegt schon beim Ministerium zur Prüfung) für das Zulassungswesen große Relevanz entfalten. Mit Inkrafttreten des TSVG darf der G-BA die Zusammensetzung einzelner bedarfsplanerischer Arztgruppen detaillierter vorgeben. Innerhalb der einzelnen Arztgruppen kann es zukünftig nach Fachge-

bieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte mit entsprechender Ausrichtung geben. Vor allem innerhalb großer Arztgruppen (beispielsweise: Facharztinternisten) kann damit eine spezialisierte Versorgung zielgerichteter als bisher gesteuert werden. Eine solche Differenzierung nach weiterbildungsrechtlichen Subspezialisierungen mit gleichzeitiger Vorgabe von Quoten könnte dazu führen, dass innerhalb großer Arztgruppen für längere Zeiträume nur noch ganz bestimmte Subspezialisierungen überhaupt eine Neuzulassung erhalten. Für den Fall der Facharztinternisten würde dies beispielsweise bedeuten, dass nach der bereits beschlossenen Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie bis zum Erreichen der Mindestquote von 8 % Zulassungen nur noch an Rheumatologen gehen.

Wer langfristig eine Vergrößerung der eigenen Praxis, ihren Verkauf oder eine neue Niederlassung plant, sollte die jetzt auf das TSVG folgenden neuen Entwicklungen engmaschig verfolgen. Auch ist daran zu denken, sich in den Verwaltungsbezirken vor Ort politisch dafür einzusetzen, dass bestimmte Arztgruppen dort durch Neuzulassungen unterstützt werden.

PROF. DR. MARTIN STELLPFLUG ■

Verkürzte Wartezeiten durch geändertes Sprechstundenangebot?

Mit Inkrafttreten des TSVG wurde die Mindestsprechstundenzahl von 20 auf 25 Wochenstunden erhöht. Zeiten für Haus- und Pflegeheimbesuche werden angerechnet. Außerdem sind Facharztgruppen, die die sog. grundversorgende und wohnortnahe Versorgung sicherstellen (z.B. konservativ tätige Augenärzte, Gynäkologen und HNO-Ärzte), ab dem 1. September zu offenen Sprechstunden verpflichtet. Fünf der 25 Wochensprechstunden müssen ohne Terminvereinbarung angeboten werden. Durch eine extrabudgetäre Vergütung werden für Vertragsärzte finanzielle Anreize geschaffen. Bei reduzierten Versorgungsaufträgen gelten die Änderungen anteilig.

Wie auch bisher, muss die Einhaltung der Sprechstundenvorgaben durch die KVen kontrolliert werden. Hierzu wird ein Abgleich zwischen den Abrechnungsdaten und den Angaben zum Zeitaufwand im EBM vorgenommen. Werden die Mindestsprechstunden in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten, ergeht ein Hinweis. Können Ärzte die Unterschreitungen nicht rechtfertigen oder kommen einer gesetzten Frist zur Erhöhung der Sprechstundenzahl bzw. Reduzierung des Versorgungsauftrags nicht nach, drohen Vergütungskürzungen; bei erneuten Verstößen kommt es im schlimmsten Fall zur anteiligen Zulassungsentziehung.

Trotz Inkrafttretens des TSVG sind wichtige Punkte noch offen: Für die Kontrolle der Sprechstundenzeiten sind einheitliche Prüfkriterien festzulegen. Die zu offenen Sprechstunden verpflichteten Facharztgruppen müssen durch KBV und GKV-Spitzenverband noch bestimmt werden. Auch ist unklar, wie die extrabudgetär zu vergütenden Leistungen bei der Abrechnung zu kennzeichnen sind.

Für Vertragsärzte ist vorerst wichtig, die Mindestsprechstundenzahl zu gewährleisten. Zur Kontrolle kann anhand der Abrechnungsdaten die durchschnittliche Wochenarbeitszeit ermittelt werden.

LIV HEEGER ■



IMPRESSUM

SCHRIFTLEITUNG:

Constanze Barufke, Dr. Maximilian Warntjen

HERAUSGEBER:

D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

Kurfürstendamm 195, 10707 Berlin

Tel. + 49 30 327 787-0

Fax + 49 30 327 787-77

office@db-law.de

www.db-law.de

Wir versenden den D+B Arztbrief auch per Mail. Sie können ihn jederzeit per Mail an newsletter@db-law.de bestellen, abbestellen oder Ihre E-Mail-Adresse ändern.

Alle Angaben sind trotz sorgfältiger Recherche ohne Gewähr. Der D+B Arztbrief ersetzt nicht die rechtliche Beratung im Einzelfall.



Elektronische Patientenakte: Ärzte sollen Teil des Netzwerkes werden

Patienten wollen einfach, sicher und schnell auf ihre Behandlungsdaten zugreifen können. Dafür wird die elektronische Patientenakte (ePA) als zentrales Element der vernetzten Gesundheitsversorgung Alltag werden. Das TSVG verpflichtet die Krankenkassen, ihren Versicherten bis spätestens 2021 solche Akten anzubieten. Patienten, die dies wünschen, sollen dann auch ohne den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte mobil mit Smartphone oder Tablet auf medizinische Daten (z.B. Befunde, Diagnosen, Therapien, Behandlungsberichte, Impfungen) ihrer ePA zugreifen können.

Mit der Einführung der ePA hat das TSVG somit einen weiteren Schritt in Richtung Digitalisierung unternommen. Damit Patienten dieses digitale Angebot möglichst bald flächendeckend nutzen können, wird das Bundesministerium

für Gesundheit schon bald erneut aufs Tempo drücken: Mit dem sogenannten Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) soll ein weiterer Baustein für die Beschleunigung der Digitalisierung geschaffen werden, der auch die Ärzte zur Nutzung der ePA verpflichtet.

Nach dem Referentenentwurf erhalten Patienten ab dem 1. Januar 2021 einen Anspruch auf Speicherung ihrer medizinischen Daten in der ePA. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sollen dazu verpflichtet werden, die Patienten über diesen Anspruch zu informieren, diese bei Anlage und Verwaltung der ePA zu unterstützen und die Daten auf Wunsch des Patienten in die ePA einzustellen. Gegenüber den KVen wird nachzuweisen sein, dass die erforderlichen Komponenten und Dienste für den Zugriff auf die ePA zur Verfügung stehen. Wird der

Nachweis nicht bis zum 30. Juni 2021 erbracht, ist eine Kürzung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1% so lange vorgesehen, bis der Nachweis erbracht ist.

So sollen Ärzte künftig immer mehr Teil des digitalen Netzwerkes werden. Mit Einführung der ePA ist ein zusätzlicher organisatorischer und zeitlicher Aufwand zu erwarten. Die Befürworter verweisen jedoch auf den angestrebten Mehrwert einer ePA: Durch eine effizientere Kommunikation der Ärzte untereinander gewinnen diese einen besseren und objektiveren Überblick über die Krankheits- und Behandlungshistorie des Patienten, können vorherige oder parallele Behandlungen besser nachvollziehen und in ihre aktuelle Behandlung einfließen lassen.

CHARLOTTE RIESE

7 Tipps im Umgang mit der Terminservicestelle (TSS)

1. Ab sofort ist die Meldung freier Termine an die TSS nicht mehr freiwillig, sondern eine aufforderungslose Pflicht. Die Meldepflicht obliegt nicht nur Fachärzten (einschließlich Psychologischen Psychotherapeuten), sondern auch Hausärzten – ausnahmslos. Also werden Sie aktiv, sonst drohen im schlimmsten Fall Disziplinarmaßnahmen.

2. Die Meldepflicht bezieht sich auf die nächsten vier Wochen – gerechnet ab dem aktuellen Datum. Für spätere Zeiträume ist die Meldung fakultativ. Eine Aufforderung der KV zur Meldung freier Termine wird voraussichtlich aber nur erfolgen, wenn in der TSS akuter Bedarf entsteht.

3. Nutzen Sie das zur Meldung von Ihrer KV zu Verfügung gestellte Programm («Terminservice»).

4. Denken Sie daran, gemeldete Termine unbedingt unverzüglich wieder abzumelden, wenn Sie den Termin anderweitig vergeben haben. Sonst drohen Terminkollisionen und damit unnötiger Ärger.

5. Sagt ein Patient einen vermittelten Termin ab, müssen Sie den freigewordenen Termin unverzüglich der TSS melden oder ihn selbst anderweitig vergeben. Ein Anspruch auf Ausfallhonorar gegen den Patienten besteht in aller Regel nicht.

6. Die Absage eines vermittelten Termins ist nicht ohne weiteres möglich. Der Bundesmantelvertrag-Ärzte erlaubt eine Absage nur dann, wenn ein »begründeter Fall« vorliegt. Ein solcher dürfte z. B. gegeben sein, wenn der Arzt erkrankt ist.

7. Schaffen Sie freie Termine für die TSS, denn ab sofort werden die Leistungen im vermittelten Behandlungsfall extrabudgetär – also zum vollen Punktwert – vergütet. Und ab August gibt es noch einmal bis zu 50 % Zuschlag zur Versicherten- bzw. Grundpauschale – ebenfalls extrabudgetär.

TORSTEN MÜNNCH



WENN ES WICHTIG IST.

D+B

BERLIN

Kurfürstendamm 195
D-10707 BERLIN
Telefon +49 30 327 787-0
Fax +49 30 327 787-77

DÜSSELDORF

Kaistraße 2
D-40221 DÜSSELDORF
Telefon +49 211 415 577-70
Fax +49 211 415 577-77

BRÜSSEL

Av. de Tervueren 40
B-1040 BRÜSSEL
Telefon +32 2 743 09-19
Fax +32 2 743 09-26

www.db-law.de office@db-law.de