



Inhalt

Job-Sharing – neue Möglichkeiten für „kleine“ Praxen	S. 1	Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser – Überwachungspflichten in der Gemeinschaftspraxis	S. 2
„Stellen Sie sich bloß nicht so an“ – die Folgen der BSG-Rechtsprechung	S. 1	Dolmetschende Angehörige des Patienten – das Risiko trägt der Arzt!	S. 3
Förderung der ärztlichen Weiterbildung – Was bringen die Neuregelungen?	S. 2	7 Tipps zur ärztlichen Dokumentation	S. 4

Job-Sharing – neue Möglichkeiten für „kleine“ Praxen

Beim Job-Sharing kann ein zugelassener Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut gemeinsam mit einem anderen Arzt in Gemeinschaftspraxis oder mit einem Angestellten tätig werden, wenn er sich einer Leistungsobergrenze unterwirft.

Für kleine Praxen ist das Job-Sharing bislang wenig interessant. Mit dessen Beginn wird die Praxis nämlich durch die Leistungsobergrenze nach Punkten oder Euro auf ihre bisherige Größe festgeschrieben. Alle über diese Obergrenze hinaus abgerechneten Leistungen werden nicht vergütet. Für die Leistungen eines hinzutretenden Job-Sharers gibt es deshalb bei kleinen Praxen innerhalb der Obergrenze kaum Raum. Wirtschaftlich ist ein Job-Sharing so meist nicht attraktiv.

Das wird sich bald ändern, denn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Regelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie reformiert. Zukünftig kann die Obergrenze immer in Höhe des Fach-

gruppendurchschnitts festgesetzt werden. Für die Psychotherapeuten hat der G-BA sogar eine darüber hinausgehende Regelung getroffen: Die Obergrenzen für solche Praxen werden in Höhe von 125 % des Fachgruppendurchschnitts festgesetzt. Damit wird das Job-Sharing in Zukunft für kleine Praxen interessant: Mit einer bis zum Fachgruppendurchschnitt angehobenen Obergrenze kann der Praxisinhaber im bisherigen Umfang tätig bleiben, gleichzeitig gibt es Raum für einen Praxispartner oder Angestellten.

Hinzu kommt, dass ein Job-Sharing auch vor dem Hintergrund der sich aktuell verschärfenden Vorgaben für die Weitergabe von Praxen im Nachfolgezulassungsverfahren Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet. Wenn als Nachfolger nämlich ein Job-Sharer präsentiert wird, der mindestens drei Jahre mit dem Abgeber zusammenarbeitete, darf der Zulassungsausschuss nicht beschließen, dass die Praxis aus Versorgungsgründen „aufzukaufen“ ist.

Es ist damit zu rechnen, dass die Änderungen zeitnah in Kraft treten. Sie sollten diese schon jetzt in Ihre Planungen einbeziehen.

CHRISTIAN PINNOW

„Stellen Sie sich bloß nicht so an“ – die Folgen der BSG-Rechtsprechung

Die schriftlichen Gründe zum vielzitierten Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 4. Mai 2016 stehen noch aus. Klar ist bereits, dass die Entscheidung sowohl für Praxisabgeber als auch für diejenigen, die zusätzliche Sitze akquirieren wollen, erhebliche Bedeutung erlangen wird.

Es geht um die Frage, wie lange ein Arzt, der auf seine Zulassung verzichtet hat, um als Angestellter tätig zu werden, beschäftigt werden muss, bevor die Arztstelle nachbesetzt werden kann. Bislang genügten rund zwei Quartale. Das BSG formuliert nun in seiner Pressemitteilung:

„Die zu fordernde Absicht des (ehemaligen) Vertragsarztes, im MVZ tätig zu werden, wird sich [...] grundsätzlich auf eine Tätigkeitsdauer im MVZ von drei Jahren beziehen müssen, wobei die schrittweise Reduzierung des Tätigkeitsumfangs um $\frac{1}{4}$ Stelle in Abständen von einem Jahr unschädlich ist.“

Der Zulassungsausschuss darf also nach dieser Auffassung die Anstellung erst gar

nicht genehmigen, wenn es sichtbar an der Absicht zu dreijähriger angestellter Tätigkeit mangelt. Die Motivation wird dem Ausschuss in aller Regel dargestellt werden (können), u.a. über einen dreijährigen Kündigungsausschluss im (unbefristeten) Arbeitsvertrag.

Wichtiger wird die Sitzung des Zulassungsausschusses, in dem später über die Nachbesetzung der Angestelltenstelle entschieden wird, dann ist überprüfbar, was aus den Plänen geworden ist: Währte die Anstellung drei Jahre, dürfte unproblematisch nachbesetzt werden. Bei kürzerer Beschäftigungszeit droht der Wegfall des Angestelltensitzes, wenn nicht bewiesen werden kann, dass die ursprüngliche Absicht geradezu „schicksalhaft“ durchkreuzt wurde. So könnte selbst eine attestierte Berufsunfähigkeit des Angestellten die Nachbesetzung hindern, wenn diese schon zum Zeitpunkt der Anstellung absehbar war. Es drohen erhebliche Schwierigkeiten bei der „vorfristigen“ Nachbesetzung, auch wenn offen scheint, ob die Rechtsprechung angesichts des offensichtlich entgegenstehenden Willens des Gesetzgebers Bestand haben kann.

Fazit: Für Praxisabgeber und -käufer droht jahrelange Unsicherheit bis zur Nachbesetzung der Angestelltenstelle mit der Gewissheit, dass der Arztsitz dauerhaft beim Käufer verbleiben kann. Wer die damit einhergehenden Risiken trägt, ist letztlich Verhandlungssache. Zu erwarten steht vor diesem Hintergrund eine Aufwertung des „klassischen“ Zulassungsverzichts zur Nachbesetzung. Im Rahmen der Ausschreibung des Sitzes besteht die Möglichkeit für Vertragsärzte und MVZ, sich um die „Fortführung“ der ausgeschriebenen Praxis durch einen Angestellten am eigenen Standort zu bewerben. Frühe Planung – vier Jahre vor dem geplanten Ruhestand – und individuelle Lösungen sind gefordert.

DR. THOMAS WILLASCHEK

IMPRESSUM

SCHRIFTFLEITUNG:

Dr. Maximilian Warntjen, Constanze Barufke

HERAUSGEBER:

DIERKS+BOHLE Rechtsanwälte Partnerschaft mbB
Kurfürstendamm 195, 10707 Berlin
Tel. +49 30 327 787-0, Fax +49 30 327 787-77
www.db-law.de, office@db-law.de

Sie können jederzeit per Mail an die o. g. Adresse den D⁺B Arztbrief 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.

Förderung der ärztlichen Weiterbildung – was bringen die Neuregelungen?

Seit Juli 2016 ist die neue „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ in Kraft.

Was wird gefördert?

Die Anzahl der von den Kostenträgern zu fördernden allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen muss für den ambulanten und stationären Bereich insgesamt mindestens 7.500 vollzeitäquivalente Stellen pro Jahr betragen.

Zusätzlich ist eine Förderung von maximal 1.000 Stellen für weitere Fachgruppen vorgesehen. Die Entscheidung, welche Fachgruppen genau gefördert werden, obliegt u.a. den Kassenärztlichen Vereinigungen. Förderungsfähig sind nur solche Fachrichtungen, für welche die (Muster)Weiterbildungsordnung eine fakultative Weiterbildungszeit von mindestens 24 Monaten in der ambulanten Versorgung vorsieht. Einige Fachrichtungen, z.B. die Orthopädie und Unfallchirurgie, sind daher von vornherein von einer Förderung ausgeschlossen. Kommt eine einvernehmliche Regelung über die zu fördernden weiteren Facharztgruppen nicht bis Oktober 2016 zustande, gelten die Fachgruppen der Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Augenheilkunde als förderfähig.

Die Förderung erfolgt – so auch schon die bisherige Fördervereinbarung – auf Antrag des Praxisinhabers bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

Wie viel „mehr“ bringt die Neuregelung?

Bisher wurde die Weiterbildung im ambulanten Bereich mit 3.500 € monatlich gefördert. Nun ist eine Förderung in Höhe von 4.800 € vorgesehen. Da es sich bei dem Förderbeitrag um einen Zuschuss zum Bruttogehalt des Weiterbildungsassistenten handelt, ist er vollständig an ihn auszuzahlen. Zusätzlich zu den 4.800 € sind Zuschüsse in unterversorgten bzw. in von Unterversorgung bedrohten Gebieten in Höhe von 500 € bzw. 250 € monatlich vorgesehen.

Teilweise können die Praxen selbst auf ein (wenn auch nur geringfügig) höheres Budget hoffen. In Bremen erhält ein weiterbildender Arzt eine Erhöhung seines Regelleistungsvolumens von max. 1.500 € für eine volle Stelle. Modifizierte Regelungen sind u.a. in Bayern, Nordrhein und Brandenburg vorgesehen. Im Honorarverteilungsmaßstab der KV Berlin finden sich aktuell noch keine entsprechenden Vorschriften.

Dennoch ist Vorsicht geboten:

Bisher nahm insbesondere die KV Berlin vielfach Honorarkürzungen im Zusammenhang mit der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten vor (Stichworte: übergroßer Praxisumfang, Vergrößerung der Kassenpraxis). Es ist vorerst nicht zu erwarten, dass die KV Berlin von ihrer bisher strengen Handhabung abweicht.

CONSTANZE BARUFKE

Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser – Überwachungspflichten in der Gemeinschaftspraxis

Als ein großer Vorteil der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), früher: Gemeinschaftspraxis, gilt die Möglichkeit, die Arbeitslast untereinander aufzuteilen. Die Praxisinhaber vereinbaren unterschiedliche Verantwortungsbereiche. Während in der Einzelpraxis der Chef an alles denken und sich um alles selber kümmern muss, lassen sich die Aufgaben (Personal, Räume, Geräte, Abrechnung,

Werbung, etc.) in der BAG unter den Praxisinhabern aufteilen. Nach einem jüngeren Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts bleiben für den Bereich der Abrechnung jedoch alle Partner im Ergebnis voll verantwortlich.

Das Gericht hebt zwar zunächst hervor, dass es zulässig ist, wenn die Partner einer BAG sich untereinander einzelne

Aufgaben zuordnen und die Erstellung der Abrechnung nur einem von ihnen als Aufgabe und Verantwortung zugewiesen wird. Die diesen Partner betreffende Pflicht zur „peinlich genauen Abrechnung“ wandle sich bei den übrigen Praxispartnern in diesem Fall jedoch in eine Überwachungspflicht mit relativ hohen Anforderungen. Eine bloße Prüfung der erstellten Abrechnungen auf rechnerische Richtigkeit erfüllt nach Ansicht des Gerichts die Anforderungen an die Überwachungspflicht nicht. Vielmehr sei zu fordern, dass jedenfalls von Zeit zu Zeit durch die anderen Praxispartner Stichproben hinsichtlich Art und Umfang der vom verantwortlichen Vertragsarzt abgerechneten Leistungen durchgeführt würden. Ausdrücklich moniert das Gericht, dass eine „Sichtung der Statistiken, Prüfprotokolle und der Anzahl der abge-

rechneten Behandlungsfälle“ allein keine ausreichende Überwachung der Abrechnung des Praxispartners darstelle.

Ähnlich hatte im Jahr 2006 schon das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen entschieden. Dort ging es um Disziplinarmaßnahmen wegen nicht ordnungsgemäßer Erfüllung der Pflichten eines Vertragsarztes, dessen Gemeinschaftspraxispartner absprachewidrig die erforderliche Genehmigung zur Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentin nicht eingeholt hatte. Der nach interner Absprache nicht verantwortliche Arzt habe, so das Gericht, gegen seine Überwachungspflicht verstoßen. Denn er hätte sich entweder bei seinem Praxispartner oder sogar direkt bei der KV erkundigen müssen, ob die erforderliche Genehmigung vorlag. Es sei nicht ausreichend

gewesen, dass er sich bei der Weiterbildungsassistentin selbst erkundigt hatte, ob denn die notwendige Genehmigung tatsächlich erteilt sei.

Praxistipp:

Die Konsequenz dieser Rechtsprechung muss sein, dass eine tatsächliche Überwachung der verschiedenen Aufgabebereiche erfolgt und dokumentiert wird. Für den Bereich der Abrechnung wird eine Stichprobenprüfung gefordert. Regelmäßig sollten daher im Quartal solche Stichprobenprüfungen tatsächlich erfolgen und dokumentiert werden. Sofern es turnusmäßige Gesellschafterversammlungen oder Partnerbesprechungen gibt, lassen sich Stichprobenprüfungen und Überwachungen auch als eigenständige Tagesordnungspunkte etablieren.

PROF. DR. MARTIN STELLPFLUG ■

Dolmetschende Angehörige des Patienten – das Risiko trägt der Arzt!

Der Arzt ist verpflichtet, seinen Patienten in verständlicher Weise u.a. über die Behandlung und die mit ihr verbundenen Risiken aufzuklären. Wenn Patienten nur sehr geringe Deutschkenntnisse aufweisen und deshalb mit einem übersetzenden Familienmitglied in der Praxis erscheinen, erweist sich dies aber häufig als schwierig. Welche Anforderungen in solchen Fällen an das Aufklärungsgespräch gestellt werden, hat jüngst das Oberlandesgericht Köln in einem Urteil konkretisiert.

Der Patient verklagte den Krankenhausträger sowie den behandelnden Arzt auf Schadensersatz und 50.000 Euro Schmerzensgeld. Er behauptete nicht nur, der bei ihm durchgeführte operative Eingriff an der Hüfte sei fehlerhaft erfolgt, sondern erhob daneben den Vorwurf nicht ordnungsgemäßer Aufklärung. Der Kläger, der selbst kaum Deutsch spricht, erschien zum Aufklärungsgespräch mit seiner Ehefrau, die als Übersetzerin fungierte. Im Verfahren behauptete der Patient, dass auch seine Ehefrau lediglich über rudimentäre Deutschkenntnisse verfüge und ein Dolmetscher hätte hinzugezogen werden müssen.

Das OLG Köln entschied nun, dass es Arzt und Krankenhaus nicht gelungen sei, die ordnungsgemäße Eingriffs- und Risikoaufklärung zu beweisen. Der behandelnde Arzt hatte zum Ablauf des

Aufklärungsgesprächs in der Dokumentation immerhin „Frau als Übersetzer“ vermerkt. Dies reichte dem Gericht aber nicht: Der Arzt müsse in Fällen, in denen ein Familienmitglied als Übersetzer fungiere, in geeigneter Weise prüfen, ob das übersetzende Familienmitglied seine Ausführungen verstanden habe. Zusammenfassend stellt das Gericht folgende (hohe!) Anforderungen an eine ordnungsgemäße Aufklärung in Übersetzungskonstellationen: Der Arzt müsse

1. sich einen ungefähren Eindruck von den sprachlichen Fähigkeiten des Übersetzers verschaffen,
2. beobachten, ob übersetzt wird,
3. anhand der Übersetzungsdauer abschätzen, ob vollständig übersetzt wird,
4. durch Rückfragen an den Patienten prüfen, ob dieser den Inhalt der Aufklärung verstanden hat und
5. die vorgenannten Schritte ausführlich dokumentieren.

Wenn Zweifel daran verbleiben, ob der Patient die Aufklärung verstanden hat, müsse der Arzt einen Dolmetscher hinzuziehen, von dessen ausreichenden Sprachfähigkeiten er hinreichend sicher ausgehen könne. Jedenfalls im Fall einer umfangreichen und komplexen Aufklärung über einen nicht eilbedürftigen Eingriff müsse der aufklärende Arzt bei bestehenden Zweifeln eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherstellen, indem

er entweder einen professionellen Dolmetscher, einen – so formuliert es das Gericht – „gut sprachkundigen Angehörigen“ oder ein für eine Übersetzung geeignetes Mitglied des Krankenhauspersonals hinzuziehe.

Praxistipp: Selbst wenn die Aufklärung nach diesen Vorgaben erfolgt ist, stellt sich in einem Haftungsprozess die Frage, wie der Arzt dies beweisen kann. Neben einer möglichst ausführlichen Dokumentation empfiehlt es sich deshalb, einen Zeugen (z.B. eine Arzthelferin) beim Aufklärungsgespräch hinzuzuziehen.

DORIT JURGK ■



7 Tipps zur ärztlichen Dokumentation

1. Was muss ich dokumentieren?

Was dokumentiert werden muss, steht im Gesetz: „Zum Zweck der Dokumentation ist eine Patientenakte zu führen, in der sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse, aufgezeichnet sind, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.“

2. Warum überhaupt?

Die Dokumentation soll eine sachgerechte Behandlung und Weiterbehandlung sicherstellen. Darüber hinaus soll sie dem Patienten die Möglichkeit geben, jederzeit die ärztliche Behandlung überprüfen zu lassen (Rechenschaftsfunktion). Schließlich kommt ihr aus ärztlicher Sicht eine wichtige Beweisfunktion zu. Es gilt: Wenn eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis trotz entsprechender Pflicht nicht dokumentiert sind, wird vermutet, dass die Maßnahme nicht getroffen wurde.

3. Zeitpunkt und Form

Die Dokumentation sollte während oder unmittelbar im Anschluss an die Behandlung erfolgen. Stichwortartige Angaben und fachspezifische Abkürzungen sind möglich, soweit diese für einen Mediziner, nicht unbedingt auch für einen Laien,

verständlich sind. Die Dokumentation muss lesbar und nachvollziehbar sein.

4. Nachträgliche Änderungen

Eine nachträgliche Änderung der Dokumentation muss als solche gekennzeichnet sein und erkennen lassen, wann die Änderung vorgenommen wurde. Die ursprüngliche Dokumentation muss weiterhin bestehen bleiben. Anderenfalls droht eine Strafbarkeit wegen Urkundenfälschung.

5. Elektronische Dokumentation

Die Patientenakte kann nicht nur in Papierform, sondern auch elektronisch geführt werden. Die verwendete Software muss fälschungssicher sein, Änderungen speichern und ursprüngliche Eintragungen beibehalten. Die üblichen Praxissoftware-Programme dürften diesen Anforderungen genügen.

Erhält der Arzt Unterlagen, die zur Patientenakte zu nehmen sind (z.B. Arztbriefe oder Entlassberichte), darf er diese einscannen, zur elektronischen Akte speichern und anschließend das Originaldokument vernichten (sog. ersetzendes Einscannen). Dem eingescannten Dokument kommt aber nur ein eingeschränkter Beweiswert zu, da es sich nicht um das Original handelt.

6. Nur wer dokumentiert, darf abrechnen

In der vertragsärztlichen Versorgung

sind die besonderen Dokumentationspflichten bei der Erbringung bestimmter Leistungen des EBM zu beachten. Z.B. ist bei der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände nach Ziff. 35100 EBM ein schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge zu fertigen und bei der Kompressionstherapie nach Ziff. 02312 EBM eine Dokumentation des Beinumfangs an mindestens drei Messpunkten zu Beginn der Behandlung, danach alle vier Wochen, vorzunehmen. Die besonderen Dokumentationspflichten sind bei diesen Leistungen obligater Leistungsinhalt. Auch im Übrigen gilt indes, dass die Leistung erst dann als vollständig erbracht gilt und von der Kassenärztlichen Vereinigung zu vergüten ist, wenn sie dokumentiert ist.

7. Beweiswert im Prüfverfahren

Erfahrungsgemäß gibt die Qualität der Dokumentation in Prüfverfahren häufig den Ausschlag: In der Abrechnungsprüfung ist eine ordentliche Dokumentation der ärztlichen Leistung als Nachweis für deren Erbringung zu werten; in der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Dokumentation bzw. Codierung von Diagnosen erforderlich, um gegenüber den Prüfgremien ein besonderes Patientengut als Praxisbesonderheit nachweisen zu können, und damit Überschreitungen, z.B. des Arzneimittelbudgets zu rechtfertigen.

DR. JAN MOECK ■

DIERKS + BOHLE

RECHTSANWÄLTE Partnerschaft mbB

WIR HABEN PRAXIS.

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

