

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

10 | Oktober 2016

Kassenabrechnung

Honorarverhandlungen für 2017 abgeschlossen: Orientierungswert steigt um 0,9 Prozent

Die Eckpunkte des KV-Honorars für 2017 stehen fest: Darüber haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen ohne Schlichtungsverfahren im Erweiterten Bewertungsausschuss am 21.09.2016 verständigt. Die Einigung beinhaltet eine Erhöhung des Orientierungswerts um 0,9 Prozent sowie Eckpunkte zur morbiditätsbedingten Erhöhung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Orientierungswert

§ 87 Abs. 2g Sozialgesetzbuch (SGB) V sieht eine jährliche Anpassung des Orientierungswerts vor unter Berücksichtigung der

- Entwicklung von Investitions- und Betriebskosten in den Arztpraxen,
- Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und
- allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen.

Davon ausgehend steigt der Orientierungswert von derzeit 10,4361 Cent zum 01.01.2017 um 0,90 Prozent und beträgt dann 10,5300 Cent. Dies entspricht laut KBV-Angaben einer Steigerung um bundesweit ca. 315 Mio. Euro. Das Ergebnis orientiert sich rechnerisch am Mittelwert der Forderungen beider Seiten:

Die KBV hatte in den Verhandlungen eine Erhöhung des Orientierungswerts um 1,40 Prozent sowie 120 Mio. Euro für strukturelle Maßnahmen gefordert; die Krankenkassen hatten eine „Null-Runde“ angeboten.

Morbiditätsbedingte Erhöhung der MGV

Eine weitere Erhöhung der MGV resultiert – regional unterschiedlich – aus der Entwicklung der Morbidität (Behandlungsdiagnosen) und der Demografie (Alter und Geschlecht). Der Bewertungsausschuss hat hierzu ebenfalls am 21.09.2016 Empfehlungen an die regionalen KVen und Krankenkassen gegeben, die bei den Verhandlungen für 2017 zu berücksichtigen sind. Der Mittelwert beider Veränderungsrate schwankt zwischen 1,37 (Sachsen-Anhalt) und 0,23 Prozent (Hamburg).

Inhalt

Elektronischer Arztbrief

Übermittlungsdetails und Vergütung 2

Brustkrebs

Neue EBM-Nr. 01751 für das Aufklärungsgespräch zum Mammographie-Screening 2

Genehmigung

PET/PET-CT: KBV-Praxisinformation zur QS-Vereinbarung 3

Befundbeurteilung

Technische Anforderungen für das Telekonsil Röntgenaufnahmen ... 4

Qualität

Änderung der Ultraschallvereinbarung zum 01.10.2016 5

Strafrecht

Haft ohne Bewährung wegen Abrechnungsbetrugs mit Röntgenkontrastmitteln 6

Vertragsarztrecht

BSG erschwert Nachbesetzung von Arztstellen im MVZ 7

Klinikmanagement

Krankenhaus Rating Report: Leichter Aufwärtstrend 2014 ... 8

Bundesweit geht die KBV von einem zusätzlichen Honorarvolumen von 170 Mio. Euro aufgrund der gestiegenen Morbidität aus.

Fazit

Die KBV zeigt sich mit dem Ergebnis insgesamt zufrieden. Beide Seiten gehen unter Berücksichtigung der ebenfalls am 21.09.2016 beschlossenen Vergütung für die Erstellung eines Medikationsplans und dem prognostizierten Anstieg der Ausgaben für extrabudgetäre Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und ambulantes Operieren von einer Vergütungserhöhung in einer Größenordnung von rund 1 Mrd. Euro aus.

**Elektronischer Arztbrief
 Übermittlungsdetails
 und Vergütung**

Ab dem 01.01.2017 werden elektronische Arztbriefe laut Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) finanziell gefördert. Die Krankenkassen zahlen dann eine Pauschale von 55 Cent für jeden elektronisch übermittelten Brief, wenn dessen Übertragung sicher erfolgt und der Papierversand entfällt. Nach der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird diese Förderung zwischen Sender und Empfänger aufgeteilt: 28 Cent erhalten Ärzte für den Versand eines elektronischen Arztbriefs (Nr. 86900 EBM), 27 Cent für den Empfang (Nr. 86901 EBM). Als Obergrenze gilt für Radiologen und Nuklearmediziner die Anzahl der Behandlungsfälle in dem jeweiligen Quartal, multipliziert mit dem Faktor 2. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Brustkrebs-Früherkennung

Neue EBM-Nr. 01751 für das Aufklärungsgespräch zum Mammographie-Screening

Für das Aufklärungsgespräch im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die Abrechnungsposition Nr. 01751 in den EBM mit Wirkung zum 01.10.2016 aufgenommen worden (Bewertungsausschuss, Beschluss vom 31.08.2016). Gleichzeitig ist der Leistungsinhalt der Nr. 01750 geändert worden.

Hintergrund

Bereits am 15.10.2015 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Merkblatt sowie das Einladungsschreiben zum Mammographie-Screening überarbeitet, die seit dem 01.07.2016 gültig sind. In dem neuen Einladungsschreiben und dem Merkblatt wird die Patientin über die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines mündlichen Aufklärungsgesprächs genauso wie über die Möglichkeit informiert, auf dieses Gespräch zu verzichten

(dazu RWF Nr. 2/2016, S. 6). Die Umsetzung dieser neuen Leistung in den EBM ist jetzt durch den Beschluss des Bewertungsausschusses erfolgt.

Die neue EBM-Nr. 01751

Die EBM-Nr. 01751 kann im Krankheitsfall (= aktuelles Quartal und die drei folgenden Quartale) höchstens dreimal berechnet werden.

Das Aufklärungsgespräch selbst muss zeitlich vor der Durchführung der Mammographie nach der

EBM-Nr.	Legende	Bewertung
01751	<p>Aufklärungsgespräch im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt, • Gespräch von mindestens 5 Minuten Dauer mit der Patientin, <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung über die Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise des Früherkennungsprogramms auf Brustkrebs durch Mammographie-Screening nach Abschnitt B. III. der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen, <p>je vollendete 5 Minuten</p>	<p>63 Punkte (6,57 Euro)</p>

EBM-Nr. 01750 durchgeführt werden. Erfolgen Aufklärungsgespräch und Mammographie an demselben Behandlungstag, sind die jeweiligen Uhrzeiten anzugeben.

Zur Abrechnung der EBM-Nr. 01751 ist der Programmverantwortliche Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte oder ein durch ihn beauftragter Arzt des Mammographie-Screening-Programms berechtigt, der zur Abrechnung mindestens einer der

EBM-Nrn. 01750 bis 01759 berechtigt ist.

Der neue Inhalt der EBM-Nr. 01750

Die Leistungslegende der EBM-Nr. 01750 für die Mammographie wurde angepasst: Vor Erstellung der Röntgenaufnahmen muss geprüft werden, ob eine ärztliche Aufklärung der Patientin erfolgt ist oder ob sie darauf verzichtet hat. Im Falle eines Verzichts muss die Patientin eine Erklärung unterschreiben und zum Termin mitbringen. Diese

Verzichtserklärung ist dem Einladungsschreiben beigelegt.

Durch die Aufnahme einer weiteren Anmerkung wurde außerdem klargestellt, dass die EBM-Nr. 01750 auch dann berechnungsfähig ist, wenn aus medizinischen Gründen nur die Röntgenuntersuchung einer Mamma möglich ist.

Die Bewertung ist mit 553 Punkten und 57,71 Euro unverändert geblieben.

EBM-Nr.	Legende	Bewertung
01750	<p>Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen (Cranio-caudal, Medio-lateral-oblique) im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening</p> <p><i>Obligatorer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der erfolgten ärztlichen Aufklärung oder Einholung des Verzichts auf eine ärztliche Aufklärung vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen, • Röntgenuntersuchung beider Mammae in je zwei Ebenen (Cranio-caudal, Medio-lateral-oblique), • Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen inkl. Dokumentation, • Organisation der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen gemäß § 10 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä), • Organisation und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 15 der Anlage 9.2 des BMV-Ä <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergänzende ärztliche Untersuchung, • Durchführung der Konsensuskonferenz gemäß § 11 der Anlage 9.2 des BMV-Ä, • Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen gemäß § 13 der Anlage 9.2 des BMV-Ä, • Eintragung(en) in ein Röntgennachweisheft 	553 Punkte (57,71 Euro)

**Abrechnungsgenehmigung
 PET/PET-CT: KBV-
 Praxisinformation zur
 Qualitätssicherungs-
 vereinbarung**

Eine neue Praxisinformation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) fasst für Radiologen und Nuklearmediziner zusammen, welche Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung zur Tumordiagnostik mittels PET und PET/CT erfüllt sein müssen (siehe auch schon RWF Nr. 8/2016, S. 4). Zum 01.01.2016 wurde die Positronen-Emissions-Tomografie (PET) – ggf. mit Computertomografie – bei bestimmten Indikationen mit den Abrechnungspositionen Nrn. 34700 bis 34703 in den EBM aufgenommen (RWF Nr. 1/2016, S. 1). Sechs Monate später, zum 01.07.2016, ist die entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) in Kraft getreten.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- QS-Vereinbarung unter <http://www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php>
- KBV-Praxisinformation unter <http://www.iww.de/sl1996>.

Befundbeurteilung

Für das Telekonsil über Röntgenaufnahmen sind die technischen Anforderungen festgelegt

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) haben eine Vereinbarung über die technischen Anforderungen an Telekonsile bei der Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen geschlossen. Die Vereinbarung beinhaltet insbesondere Einzelheiten zur Qualität und zur Sicherheit bei der Datenübermittlung der Röntgen- und CT-Bilder. Das Bundesgesundheitsministerium hat noch die Möglichkeit, die Vereinbarung zu beanstanden.

Hintergrund

In dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ wurde festgelegt, dass ab dem 01.04.2017 Telekonsile zwischen Ärzten bei der Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen vergütet werden. In einem ersten Schritt haben nun KBV und GKV-SV die technischen Anforderungen an den Vertragsarzt und den Kommunikationsdienst vereinbart. Diese Vereinbarung dient als Grundlage für eine entsprechende Anpassung des EBM, die vom Bewertungsausschuss bis zum 31.12.2016 vorgenommen werden muss.

Qualitätsvoraussetzungen

Telekonsile dürfen nur von Ärzten mit einer Genehmigung zur Durchführung von Röntgen- und/oder CT-Untersuchungen veranlasst oder durchgeführt werden. Dazu ist die schriftliche Einwilligung des Patienten im Vorfeld erforderlich.

Die Zweitbefundung ist vom Konsiliararzt spätestens drei Werktagen nach Auftragserteilung zu übermitteln.

Der Arzt muss nach der aktuellen Vereinbarung insbesondere die folgenden Anforderungen erfüllen:

- **Diagnostik:** Die apparative Ausstattung insbesondere der Bildwiedergabeeinrichtung muss die diagnostische Aussagekraft gewährleisten.
- **Netzwerk:** Es muss ein virtuelles privates Netzwerk (VPN) verwendet werden.
- **Elektronische Signatur:** Die Beauftragung und Zweitbefundung eines Telekonsils muss mit dem elektronischen Heilberufsausweis qualifiziert elektronisch signiert werden.

Technische Anforderungen

Der Kommunikationsdienst muss insbesondere folgende Vorgaben erfüllen:

- **Qualität:** Die Bilder müssen auch nach der Übertragung noch die Standards der Qualitätssicherung erfüllen.
- **Identifikation:** Absender und Empfänger müssen eindeutig identifizierbar sein.
- **Ergänzung:** Es muss möglich sein, neben dem Bild weitere Doku-

mente wie z. B. Befunde zu übermitteln.

- **Verschlüsselung:** Die Nachricht samt Bild muss entsprechend den Vorgaben des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik verschlüsselt sein.
- **gematik-Sicherheit:** Es muss ein sicheres Übermittlungsverfahren gewährleistet sein, das den Anforderungen eines entsprechenden Zulassungsverfahrens bei der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) entspricht.
- **Zertifizierung:** Solange die Telematikaninfrastruktur und die damit verbundenen sicheren Dienste noch nicht verfügbar sind, muss der Kommunikationsdienst über Zertifikate (z. B. von akkreditierten Stellen der Deutschen Akkreditierungsstelle) nachweisen, dass er die technischen und inhaltlichen Anforderungen nach dieser Vereinbarung erfüllt.

Neue Abrechnungspositionen zum 01.04.2017

Die telemedizinische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen soll aus Sicht der KBV in den folgenden Fällen möglich sein:

- **Vorliegen einer untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellung, die nicht im originären Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Vertragsarztes verortet ist:** In diesem Fall sollte grundsätzlich ein Facharzt für Radiologie mit der Durchführung der telemedizinischen Befundbeurteilung beauftragt werden.
- **Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine konsiliarische Zweitbefundung erfordert:** In

diesem Fall sollte grundsätzlich ein Facharzt für Radiologie oder ein Vertragsarzt mit der gleichen Facharztbezeichnung wie der das Telekonsil einholende Arzt mit der Durchführung der telemedizinischen Befundbeurteilung beauftragt werden.

Die zusätzlich entstehenden Kosten für die notwendige technische Ausstattung sowie die Kosten für den

Kommunikationsdienst müssen in diesem Zusammenhang noch geregelt werden. Wir werden zu gegebener Zeit darüber berichten.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Pressemitteilung der KBV zur Vereinbarung über die technischen Anforderungen des Telekonsils auf der Website der KBV unter <http://www.iww.de/sl1993>.
- E-Health-Gesetz auf der Website des Bundesgesetzblatts unter <http://www.iww.de/sl1994>.

Hälfte, also 3 Prozent, auf solche Genehmigungen bezogen werden, die erstmals erteilt wurden – in der Regel also auf neu zugelassene Ärzte.

Neues Beanstandungsschema ist genauer

Ferner wurde das Schema der Beurteilungskriterien von dem zweistufigen Schema „Mangel/kein Mangel“ auf ein vierstufiges Schema „keine/geringe/erhebliche/schwerwiegende Beanstandung“ umgestellt.

Untersuchungszahlen werden angepasst

Bei Erwerb der Qualifikation im Rahmen der Weiterbildung sind bei Beantragung eines zweiten oder weiteren Anwendungsbereichs der gleichen Ultraschallmethode nur noch reduzierte Nachweiszahlen erforderlich.

Qualität

Die Ultraschallvereinbarung ist zum 01.10.2016 geändert worden

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen haben die Ultraschallvereinbarung mit Wirkung zum 01.10.2016 angepasst. Die Änderungen betreffen insbesondere die Abnahme- und Konstanzprüfungen, die Dokumentationsprüfungen, die Nachweise bei der Antragsstellung sowie die Anerkennung von Ultraschallkursen.

Abnahmeprüfung für Geräte wird erleichtert

Für neu zuzulassende Ultraschallgeräte wird die Abnahmeprüfung zukünftig nicht mehr anhand einer Bilderprüfung durchgeführt. Es genügt vielmehr die Hersteller- bzw. Gewährleistungserklärung.

Für gebrauchte Ultraschallgeräte muss zusätzlich ein Wartungsprotokoll vorgelegt werden, das nicht älter als zwölf Monate sein darf. Ersatzweise ist wie bisher eine bildbasierte Prüfung dieser Geräte möglich.

Zwischen den Konstanzprüfungen gibt es längere Abstände

Das Intervall der gerätebezogenen Konstanzprüfung erhöht sich von bisher vier auf sechs Jahre.

Die Konstanzprüfung kann statt mit Ultraschallbildern zukünftig auch alternativ durch Vorlage eines Wartungsprotokolls durchgeführt werden. Voraussetzung dafür ist Folgendes: Es muss aus dem Wartungsprotokoll hervorgehen, dass die Leistungsfähigkeit des Ultraschallsystems hinsichtlich der technischen Bildqualität eine ausreichende diagnostische Sicherheit ermöglicht.

Die Quote bei der Prüfung der Dokumentation wird verdoppelt

Für die jährlich durchzuführenden Dokumentationsprüfungen wird die Quote der zu prüfenden Ärzte ab dem 01.01.2017 von bisher mindestens drei Prozent auf mindestens sechs Prozent der Genehmigungs-inhaber erhöht. Davon soll die

Beispiel

Radiologen müssen bei Erfüllung der Anforderungen für die B-Bild-Sonographie der Brustdrüse (200 Untersuchungen) für die Genehmigung der B-Bild-Sonographie der Schilddrüse statt bisher 150 nur noch 100 Untersuchungen nachweisen. Wird auch eine Genehmigung für die B-Bild-Sonographie des Abdomens und des Retroperitoneums beantragt, reduziert sich die Zahl der nachzuweisenden Untersuchungen von bisher 400 auf 300.

Ultraschallkurse werden flexibler gehandhabt

Künftig können auch Kurse anerkannt werden, die in einzelnen

Modulen angeboten werden (z. B. Tagesmodule). Dadurch können die Kurse flexibler durchgeführt und verschiedene Inhalte leichter kombiniert werden.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Zu den Änderungen der Ultraschallvereinbarung hat die KBV eine Praxisinformation herausgegeben. Diese finden Sie unter <http://www.iww.de/sl1995>.

Strafrecht

Haft ohne Bewährung wegen Abrechnungsbetrugs mit Röntgenkontrastmitteln

Der ehemalige Geschäftsführer der inzwischen insolventen Hanserad Radiologie GmbH & Co. KGaA (Hanserad) und ein Apotheker sind wegen gewerbsmäßigen Abrechnungsbetrugs in 26 Fällen zu Haftstrafen in Höhe von viereinhalb und fünf Jahren verurteilt worden (Landgericht [LG] Hamburg, Urteil vom 18.08.2016, Az. 618 Kls 6/15).

von RAin Dr. Eda Tekin, Kanzlei
Krause & Kollegen, Berlin

Strafkammer: Gewerbsmäßiger, jedoch kein bandenmäßiger Betrug

Die Strafkammer sah es als erwiesen an, dass Hanserad in den Jahren 2011 und 2012 in großen, medizinisch nicht erforderlichen Mengen Röntgenkontrastmittel über den Arzneimittelgroßhandel des Apothekers bestellen ließ. Der Apotheker erhielt für die Großbestellungen einen Mengenrabatt, den er jedoch nicht den Krankenkassen anzeigte. Vielmehr rechnete er gegenüber den Krankenkassen die handelsüblichen Listenpreise der Röntgenkontrastmittel unter Vorlage der Verordnungen und seiner Rechnungen ab. Die so aus dem Mengenrabatt erzielten Gewinne teilte er sich mit Hanserad, wobei er eine Gewinnbeteiligung von 5 Prozent und die Hanserad von 95 Prozent hatte.

Die für einen Betrug erforderliche Täuschungshandlung sah das Gericht darin, dass der Apotheker mit der Abrechnung konkludent erklärt habe, die Abrechnung entspreche den sozialrechtlichen Vorgaben. Dies sei jedoch wegen der Beteiligung der Hanserad an dem Mengenrabatt nicht der Fall gewesen. Den Krankenkassen sei dadurch ein Schaden i. H. v. 8 Mio. Euro entstanden.

Die Strafkammer bejahte die Gewerbsmäßigkeit des Betrugs, verneinte jedoch eine bandenmäßige Tatbegehung (die mindestens drei Personen und eine sogenannte Bandenabrede voraussetzt) und sprach die Angeklagten von diesem Vorwurf frei.

Der „Drahtzieher“ entzog sich dem Strafprozess

Der hauptangeklagte Radiologe wird mit internationalem Haftbefehl gesucht. Er gilt als „Kopf“ hinter dem Konstrukt und profitierte als Inhaber der Hanserad in größtem Umfang

von den Gewinnen. Medienberichten zufolge hat er sich nach Dubai abgesetzt und praktiziert dort als Radiologe.

Revision angekündigt

Die Kammer blieb mit ihrem Strafausspruch unter dem Antrag der Staatsanwaltschaft, die Haftstrafen von sieben und acht Jahren gefordert hatte. Die Verteidiger hatten Freisprüche beantragt. Der Apotheker und der ehemalige Geschäftsführer der Hanserad hätten nicht gewusst, dass sie etwas Verbotenes taten. Ein renommierter Rechtsanwalt mit dem Schwerpunkt Medizinrecht habe die Konstruktion als zulässig erklärt. In der Urteilsbegründung wies die Kammer darauf hin, dass das Renommee eines Rechtsanwalts nicht mit der Befugnis einhergeht, eine rechtswidrige Konstruktion zu legalisieren.

Folgen für die Praxis

Die schriftlichen Entscheidungsgründe liegen noch nicht vor. Der Verteidiger des Apothekers hat bereits Revision zum Bundesgerichtshof angekündigt. Insofern bleibt mit Spannung zu erwarten, ob die angekündigte Revision eingelegt und sich der Bundesgerichtshof mit dem Fall beschäftigen wird.

Die Entscheidung zeigt aber, dass manipulative Erklärungen bei der Abrechnung im Gesundheitswesen mit hohen Haftstrafen sanktioniert werden können. Vor dem Hintergrund der zahlreichen und teilweise immer noch strittigen Fragen zum Abrechnungsbetrag im Gesundheitswesen, insbesondere zum Erklärungsgehalt von Abrechnungen gegenüber Krankenkassen und die Auswirkung sozialrechtlicher Bestimmungen auf den Straftat-

bestand des Betrugs, könnte dies eine Gelegenheit sein, durch eine höchstrichterliche Entscheidung zumindest einige Fragen zu klären.

Dass das Renommee und die Expertise eines Rechtsanwalts keine Befugnis beinhaltet, eine rechtswidrige Konstruktion zu legalisieren, trifft selbstverständlich zu. Bei Unsicherheiten im Hinblick auf die Zulässigkeit von bestimmten Verhaltensweisen wie beispielsweise Abrechnungen im Gesundheitswesen empfiehlt es sich jedoch gerade deswegen, im Zweifelsfall Rechtsrat einzuholen und den Sachverhalt – auch und gerade bevor es überhaupt zu einem Strafverfahren kommt – von einem entsprechend spezialisierten Anwalt gutachterlich überprüfen zu lassen.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der im Juni 2016 in Kraft getretenen Vorschriften zur Korruption im Gesundheitswesen. So macht sich gemäß § 299a Nr. 1 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar, wer als Angehöriger eines Heilberufs einen Vorteil dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Verordnung von Arzneimitteln einen Wettbewerber in unlauterer Weise bevorzugt. Die „Bezugsvariante“ nach § 299a Nr. 2 StGB bezweckt die Sanktionierung korruptiver Verhaltensweisen beim Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten, die ohne vorherige Verordnung unmittelbar am Patienten angewendet werden. Die „Zuführungsvariante“ nach § 299a Nr. 3 StGB soll korruptives Verhalten bei der Einwirkung auf Patienten mit dem Ziel erfassen, dessen Auswahl in Bezug auf einen Arzt oder anderen Leistungserbringer zu beeinflussen.

Vertragsarztrecht

BSG erschwert Nachbesetzung von Arztstellen im Medizinischen Versorgungszentrum

Für die Nachbesetzung von Arztstellen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) müssen Vertragsärzte die Absicht haben, für mindestens drei Jahre im MVZ tätig zu sein, wenn sie auf ihre vertragsärztliche Zulassung zugunsten einer Anstellung im MVZ verzichten möchten. Eine Beschäftigung der ehemaligen Vertragsärzte für ein oder zwei Quartale genügt nicht mehr (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 04.05.2016, Az. B 6 KA 21/15 R).

Bei laufenden Verfahren besteht Unsicherheit

Zwar liegt die Urteilsbegründung noch nicht vor, sondern lediglich der Terminbericht. Doch diesen nehmen nach Auskunft des Bundesverbands Medizinische Versorgungszentren (BMVZ) einige Zulassungsausschüsse bereits jetzt zum Anlass, laufende Zulassungsverfahren zu stoppen oder ihren Entscheidungen die „neue“ Rechtslage zugrunde zu legen. Somit gibt es mittlerweile schon aktuelle Fälle, bei denen Anträge auf zeitlich befristete Anstellungsgenehmigungen mit Verweis auf das BSG-Urteil abgelehnt worden sind.

Wichtig | Auch die bisherige Praxis, wonach der Vertragsarzt nach seinem Wechsel in das MVZ seine Tätigkeit stark reduziert, wird durch die BSG-Entscheidung ausgebremst: Künftig darf der Tätigkeitsumfang nur schrittweise verringert werden – um eine viertel Stelle pro Jahr.

Folgen für Stellenplanung und ambulantes Leistungsspektrum

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung befindet sich fast jedes vierte MVZ in

von RA Karsten Kienitz, KPMG
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH,
Düsseldorf, www.kpmg-law.com

Trägerschaft eines Krankenhauses und in solchen Klinik-MVZ werden häufig Oberärzte in Teilzeit angestellt. Zwar ist die Nachbesetzung ausscheidender Vertragsärzte im MVZ auch zukünftig möglich. Allerdings verschieben sich die Zeithorizonte wahrscheinlich deutlich in die Zukunft. Dies hat Einfluss sowohl auf die stationäre und ambulante Stellenplanung vieler Kliniken als auch auf die von vielen Häusern gewünschte Ausweitung ihres ambulanten Leistungsspektrums mithilfe von Klinik-MVZ.

Wer als Arzt eine (Teilzeit-)Anstellung in einem Klinik-MVZ auf einem solchen zu integrierenden Arztsitz plant, sollte sich über den Sachstand informieren und seine berufliche Planung ggf. anpassen. Krankenhäuser sollten mit dem zuständigen Zulassungsausschuss sprechen, wenn das Klinik-MVZ einen vertragsärztlichen Sitz integrieren möchte. So kann frühzeitig erkannt werden, wie der Ausschuss auf das BSG-Urteil reagiert.

Krankenhaus Rating Report 2016

Leichter Aufwärtstrend hielt in 2014 an

Das RWI, das Institute for Health Care Business GmbH und die Philips GmbH haben für den „Krankenhaus Rating Report 2016“ 517 Jahresabschlüsse aus 2013 und 333 aus 2014 untersucht, die insgesamt 871 Krankenhäuser umfassen. Hier die Ergebnisse.

von Prof. Dr. Boris Augurzky,
 RWI – Leibniz – Institut für
 Wirtschaftsforschung, Essen,
www.rwi-essen.de

Wirtschaftliche Lage

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Jahr 2014 war in den ostdeutschen Bundesländern am besten und in Niedersachsen/Bremen, Baden-Württemberg und Hessen am schwierigsten. In vielen Regionen sind die Krankenhausstrukturen nach wie vor ungünstig, weil es zu viele kleine Einheiten, eine zu hohe Krankenhausedichte und zu wenig Spezialisierung gibt. Auch die wirtschaftliche Lage der ländlichen Grundversorger fiel schlecht aus.

Insolvenzgefährdung

Gegenüber 2013 stieg der Anteil mit erhöhter Insolvenzgefahr 2014 bei öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgern (21 Prozent) leicht, bei freigemeinnützigen (10 Prozent) und privaten Kliniken (3 Prozent) blieb er unverändert. Vor allem in Rheinland-Pfalz/Saarland, Niedersachsen/Bremen, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern war die Lage vieler öffentlich-rechtlicher Häuser kritisch.

Insgesamt haben sich allerdings die Ertragslage und damit der Ausblick gebessert. Die Umsatzrendite stieg auf 1,8 Prozent nach 1,3 Prozent 2013 und 0,7 Prozent 2012.

Krankenhauskapazitäten

Die Krankenhauskapazitäten insgesamt haben sich gegenüber dem Vorjahr nur wenig verändert. Die Zahl der Betten verharrte bei knapp über 500.000. Die Zahl der Krankenhäuser (bzw. Institutskenziffern) verringerte sich um 0,9 Prozent auf 1.980. Der bettenbezogene Marktanteil privater Krankenhäuser erreichte 2014 wieder das Niveau des Jahres 2012 (16,8 Prozent). Der Marktanteil öffentlich-rechtlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser blieb nahezu konstant bei 49,0 bzw. 34,2 Prozent.

Die durchschnittliche Verweildauer sank weiter auf 7,4 Tage, die Bettenauslastung blieb bei 77 Prozent. Das gesamte Casemix-Volumen stieg um 2,0 Prozent, die Fallzahl um 1,9 Prozent. Die Gesamtausgaben für Krankenhäuser erreichten 86 Mrd. Euro (+ 4,3 Prozent). Die Krankenhauskosten je Einwohner fielen 2014 mit rund 892 Euro in Baden-Württemberg am niedrigsten und mit 1.203 Euro im Saarland am höchsten aus.

Investitionsfähigkeit

Im Jahr 2014 waren nur 54 Prozent der Krankenhäuser voll investitionsfähig, nach 47 Prozent im Jahr zuvor. Die Bundesländer stellten Fördermittel von 2,78 Mrd. Euro zur Verfügung und der Anteil des geförderten am gesamten Anlagevermögen sank von

60 Prozent im Jahr 2008 auf 51 Prozent im Jahr 2014.

Der geschätzte jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser (ohne Unikliniken) beläuft sich auf rund 5,5 Mrd. Euro, soll das vorhandene Sachanlagevermögen gehalten werden, bzw. sogar auf 6,6 Mrd. Euro, wenn als Benchmark das Sachanlagevermögen der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern angesetzt wird. Die jährliche Förderlücke der Länder liegt damit bei 2,8 bzw. 3,9 Mrd. Euro (oder 34 bzw. 48 Euro je Einwohner). Die Krankenhäuser können diese Förderlücke nur teilweise mit eigenfinanzierten Investitionen schließen. Am größten ist der Investitionsstau in Niedersachsen/Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz/Saarland.

Impressum



Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
 Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

RAin, FÄin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Guerbet | 

Contrast for Life