www.guerbet.de

Radiologen Wirtschafts Forum

Management
Recht
Abrechnung
Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik 7 | Juli 2013

Kassenabrechnung

Indikationen für die Osteodensitometrie erweitert – die Konsequenzen für Radiologen

Am 11. Mai 2013 ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten, nach dem Knochendichtemessungen künftig bei weiteren Indikationen Kassenleistung sind. Bislang konnten Bestimmungen des Knochenmineralgehalts als GKV-Leistungen nur erbracht werden, wenn bereits eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma (pathologische Fraktur) vorgelegen hat und gleichzeitig aufgrund anamnestischer und klinischer Befunde der begründete Verdacht auf eine Osteoporose bestand.

von Dr. med. Heinrich Weichmann, Lippetal

Erweiterung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung"

Die Anlage 1 (anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung" wurde unter Nr. 7 neu gefasst (siehe unten). Radiologen werden somit künftig Überweisungen von anderen Ärzten (besonders von Orthopäden und Gynäkologen) erhalten, wenn diese aufgrund der erhobenen Befunde das Vorliegen einer manifesten Osteoporose vermuten und eine spezifische Arzneimitteltherapie einleiten wollen.

Nr. 7: Osteodensitometrie mittels zentraler DXA

„Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde, beispielsweise bei klinisch manifester Wirbelkörper- oder Hüftfraktur ohne adäquates Trauma, eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht.

Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung kann die Osteodensitometrie frühestens nach 5 Jahren wiederholt werden, es sei denn, dass aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine frühere Osteodensitometrie geboten ist."

Inhalt

Kassenabrechnung
EBM: „Währungsreform" zum 1. Oktober 2013 beschlossen 2

Arztrecht
Erteilung von Auskünften und Schweigepflicht: Wie ist damit umzugehen? 3

Arbeitsrecht
Teilzeit in der Praxis: Welche Regeln gelten für Arbeitszeiten, Urlaub und Feiertage? 4

Vergütungsrecht
BSG: Konvergenzbedingte Honorarabzüge unzulässig 5

Sektorenübergreifende Versorgung
Neue Bedarfsplanung: Viele Ermächtigungen sind gefährdet 6

Management
Krankenhaus Rating Report 2013: Öffentlich-rechtliche Kliniken mit den größten wirtschaftlichen Problemen 8

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Problem DXA: Radiologen setzen überwiegend andere Verfahren ein

Nach dem Beschluss des G-BA können Knochendichtemessungen unter den neu hinzugekommenen Indikationen nur bei Durchführung mittels DXA zulasten der GKV berechnet werden. Radiologen führen aber Knochendichtemessungen in der Regel mittels QCT durch – und damit mit einer Methode, die von dem Beschluss des G-BA nicht eingeschlossen ist.

Nr. 34600 EBM für die neuen Indikationen nicht berechenbar

Weiteres Problem: Die für osteodensitometrische Untersuchungen berechnungsfähige Nr. 34600 EBM ist laut ihrer Leistungslegende nach wie vor nur dann berechenbar, wenn bereits eine Fraktur ohne Nachweis eines adäquaten Traumas vorliegt. Damit ist diese Position für die neuen Indikationen nicht berechnungsfähig.

Abrechnung bis auf Weiteres nach der GOÄ

Mit dem Beschluss des G-BA wurden zusätzliche Indikationen für die Osteodensitometrie als Kassenleistung aufgenommen. Grundsätzlich gilt, dass neu in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommene Leistungen von den Krankenkassen gesondert zusätzlich zur budgetierten Gesamtvergütung vergütet werden müssen. Um dies für Knochendichtemessungen unter den neuen Indikationen sicherzustellen, ist der Bewertungsausschuss gefordert, eine entsprechende Leistungsposition im EBM zu definieren. Dem Vernehmen nach wird sich der Bewertungsausschuss demnächst mit dieser Problematik befassen.

Andererseits haben die Versicherten der GKV nach dem Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses einen Anspruch auf die Durchführung von Knochendichtemessungen bei den ergänzten Indikationen.

Praxishinweis

Bis zu einer entsprechenden Anpassung des EBM sind daher Knochendichtemessungen nach der GOÄ zu liquidieren, die Versicherten haben Anspruch auf Erstattung der Kosten gegenüber ihrer Krankenkasse. Darüber hat die KBV die KVen der Länder mit einem Rundschreiben vom 3. Mai 2013 informiert.

Folgerungen für Radiologen

Radiologen werden auf der Basis des G-BA-Beschlusses Überweisungen zur Durchführung von Knochendichtemessungen erhalten bei Patienten, bei denen keine pathologische Fraktur vorliegt. Da gemäß dem G-BA-Beschluss Osteodensitometrien dann nur mittels DXA durchgeführt werden können, besteht keine Möglichkeit, den Überweisungsauftrag auszuführen, wenn nicht eine Bestimmung des Knochenmineralgehalts mittels DXA erbracht werden kann. Nur in Fällen, in denen bereits eine pathologische Fraktur vorliegt, können auch andere Verfahren, so die QCT, eingesetzt und osteodensitometrischen Untersuchungen nach Nr. 34600 EBM berechnet werden.

Radiologen, die Untersuchungen mittels DXA erbringen können, berechnen Osteodensitometrien bei den ergänzten Indikationen nach GOÄ-Nr. 5380 und bitten die Patienten, die Liquidation zur Kostenerstattung bei ihrer Krankenkasse einzureichen.

EBM

„Währungsreform“ zum 1. Oktober 2013 beschlossen

KBV und Krankenkassen haben sich nach langen Verhandlungen auf eine Neufestsetzung des Orientierungswerts verständigt. Zum 1. Oktober 2013 werden der Orientierungswert und der kalkulatorische Punktwert auf 10 Cent festgesetzt.

Nullsummenspiel durch geringere Punktzahlen

Da diese Änderung nach dem Honorarkompromiss vom Oktober 2012 ausgabenneutral erfolgt, werden die derzeitigen Punktzahlen im EBM mit einem Anpassungsfaktor, der sich aus der Division des bisherigen Orientierungswerts in Höhe von 3,5363 Cent und 10 Cent ergibt, multipliziert und neu festgelegt.

Beispiel

Die MRT-Untersuchung des Thorax nach Nr. 34430 ist derzeit im EBM mit 3.430 Punkten bewertet. Dies entspricht bei einem Orientierungswert von 3,5363 Cent einem Betrag von 121,30 Euro. Zum 1. Oktober 2013 beträgt die Bewertung dieser Leistung 1.213 Punkte (3.430 Punkte x 3,5363 : 10 = 1.212,95, aufgerundet 1.213).

Der nächste Reformschritt

Auf dieser Basis soll dann zum geplanten Termin des zweiten EBM-Reformschrittes am 1. Juli 2014 eine Anpassung der Kalkulationszeiten und der Praxiskosten vorgenommen werden.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Arztrecht

Erteilung von Auskünften und Schweigepflicht: Wie ist damit umzugehen?

Grundsätzlich gilt die ärztliche Schweigepflicht. Aber: Ärzte sind berechtigt (und auch verpflichtet), den Krankenkassen oder dem MDK die für ihre gesetzlichen Aufgaben benötigten Auskünfte und Bescheinigungen zu erteilen. Zu diesem Themenkreis hat jüngst die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) die Broschüre „Der schnelle Überblick: Anfragen von Krankenkassen, MDK und Anderen" herausgegeben. Einige für Radiologen interessante Aspekte werden nachfolgend dargestellt.

Anfragen von Gerichten

Erklären Patienten ihr Einverständnis, müssen Ärzte auf Anforderung von Gerichten Auskünfte erteilen. Wird ein Arzt als Zeuge oder sachverständiger Zeuge geladen und hat der Patient ihn von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden, kann sich der Arzt nicht auf das Zeugnisverweigerungsrecht berufen.

Anfragen der Polizei

Grundsätzlich rechtfertigt das staatliche Strafverfolgungsinteresse nicht den Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. Wird zum Beispiel auf dem Praxisparkplatz ein parkendes Fahrzeug durch einen unbekannten Verkehrsteilnehmer beschädigt und nimmt die Polizei an, dass sich der Verursacher des Schadens in der radiologischen Praxis befindet, zu der der Parkplatz gehört, darf der Arzt nicht mitteilen, welche Patienten bzw. Begleitpersonen sich im Wartezimmer aufhalten. Schon allein die Tatsache, dass ein Patient eine Arztpraxis aufsucht, unterliegt der Schweigepflicht.

Auskünfte per Fax und E-Mail

Kassenanfragen können auch per Telefax gestellt und ebenso per Telefax beantwortet werden. Die Auskünfte an Krankenkassen sollten dabei allerdings ausschließlich auf vereinbarten Vordrucken erfolgen. Sicherzustellen ist bei der Übersendung von Telefaxen auch, dass ausschließlich der Auskunftsberechtigte Empfänger der übermittelten Daten ist.

Auskünfte für Angehörige

Vielfach wird in der täglichen Praxis nicht beachtet, dass die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber Familienangehörigen und auch gegenüber den Ehepartnern gilt. Sogar nach dem Tode eines Patienten gilt die sogenannte postmortale Schweigepflicht, auch gegenüber den Erben. Das Recht zur Entbindung von der Schweigepflicht ist ein persönliches Recht und geht mit dem Tod nicht auf die Erben über.

Allerdings kann die ärztliche Schweigepflicht gegenüber den Strafverfolgungsbehörden aufgehoben sein, wenn dem Arzt bekannt wird, dass ein schweres Verbrechen geplant ist. In derartigen Fällen ist der Arzt sogar verpflichtet, dies den Strafverfolgungsbehörden mitzuteilen.

Anfragen von Ämtern

Auskünfte darf und muss der Arzt erteilen, wenn diese zur Durchführung der Aufgaben der Ämter (Rentenversicherungsträger, Arbeitsagenturen, Gesundheitsämter usw.) benötigt werden. Voraussetzung ist allerdings jeweils, dass der Patient zuvor schriftlich in die Auskunftserteilung eingewilligt hat.

Auf Verlangen sind auch dem **Finanzamt** Auskünfte zu erteilen und Belege vorzulegen, allerdings mit gewissen Einschränkungen. Steuerlich relevante Unterlagen, so zum Beispiel Rechnungen bzw. Quittungen für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind so zu führen bzw. vorzulegen, dass nur die notwendigen Angaben zu den finanziellen Aspekten ersichtlich sind. Die Daten der Patienten selbst sind unkenntlich zu machen – zum Beispiel durch Schwärzung.

Aktuelle Broschüre von ÄKN und KVN zum Download

Die eingangs erwähnte Broschüre der KVN/ÄKN informiert umfassend unter anderem über die in diesem Beitrag aufgeführten Aspekte. Gleichzeitig finden sich darin Hinweise zur Vergütung, so zum Beispiel die Berechnung von Auskünften nach der GOÄ, zur Vergütung als Zeuge bzw. Sachverständiger bei Gericht usw. Die Broschüre finden Sie auch unter www.rwf-online.de bei „Downloads" (Arbeitshilfen).

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Arbeitsrecht

Teilzeit in der Praxis: Welche Regeln gelten für Arbeitszeiten, Urlaub und Feiertage?

Fast jede radiologische Praxis beschäftigt auch Teilzeitkräfte. Wer Teilzeit arbeitet, hat die gleichen Rechte und Pflichten wie ein Vollzeitbeschäftigter. Welche dies sind und worauf der Praxischef bei der Gestaltung des Teilzeit-Arbeitsvertrags achten sollte, klärt der nachfolgende Beitrag.

von RAin und FAin für Medizinrecht Anna Brix, Rechtsanwälte Ulsenheimer und Friederich, München, www.uls-frie.de

„Reduzierung auf Teilzeit" im bestehenden Arbeitsverhältnis

Wenn der Praxischef neue Mitarbeiter einstellt, kann er mit ihnen die wöchentliche Arbeitszeit frei vereinbaren. Liegt diese unter der vergleichbarer vollzeitbeschäftigter Kollegen, spricht man von einem Teilzeitarbeitsverhältnis. Ein Teilzeitarbeitsvertrag kann auch durch übereinstimmende Änderung des bestehenden Vollzeitarbeitsvertrags zustandekommen, wenn Arzt und Mitarbeiter sich über die Verkürzung der Arbeitszeit einigen.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit dem Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) dem Mitarbeiter einen einseitigen Anspruch auf Reduzierung der Arbeitszeit eingeräumt. Voraussetzung dafür ist aber, dass in der Arztpraxis mindestens 15 Arbeitnehmer beschäftigt sind und das Arbeitsverhältnis des Mitarbeiters länger als sechs Monate besteht.

Die Grenze von 15 Mitarbeitern wird unabhängig vom Beschäftigungsumfang pro Kopf ermittelt. Es werden alle Beschäftigten einbezogen – mit Ausnahme von Auszubildenden, Praktikanten sowie Arbeitnehmern, die als Ersatz für in der Elternzeit befindliche Mitarbeiter eingestellt worden sind.

Welches Teilzeitmodell passt für Ihre Praxis?

Wie die Arbeitszeit des teilzeitbeschäftigten Mitarbeiters auf die einzelnen Wochentage verteilt wird, können Arzt und Mitarbeiter innerhalb der Grenzen des Arbeitszeitgesetzes individuell und flexibel festlegen. Bei einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von 20 Stunden kann die Arbeitszeit beispielsweise auf vier Tage in der Woche zu je fünf Stunden oder auf fünf Tage zu je vier Stunden oder auch mit variierenden Arbeitszeiten pro Arbeitstag bzw. Arbeitswoche aufgeteilt werden.

Wie viel Flexibilität bei der Verteilung der Arbeitszeit gewünscht ist, sollte sich aus dem Arbeitsvertrag klar entnehmen lassen. Entsprechende Formulierungen könnten zum Beispiel wie folgt lauten:

- „Die regelmäßige Arbeitszeit beträgt … Stunden pro Woche."
- „Die regelmäßige Arbeitszeit beträgt … Stunden pro Tag. Die Arbeitszeit beginnt jeweils gegen … Uhr, sie endet gegen … Uhr."
- „Der Arbeitnehmer wird jeweils am Montag, am Mittwoch sowie am Freitag … Stunden pro Tag arbeiten, und zwar in der Zeit von … Uhr bis … Uhr."

Die richtige Berechnung der Urlaubstage

Falsche Vorstellungen herrschen in der Praxis oftmals im Hinblick auf die Urlaubstage von Teilzeitbeschäftigten. Entscheidend für die Anzahl der Urlaubstage sind die tatsächlich geleisteten Arbeitstage pro Woche, nicht hingegen die wöchentliche Stundenzahl. Laut Gesetz stehen einem Vollzeitbeschäftigten – ausgehend von einer Sechs-Tage-Woche – 24 Urlaubstage zu, entsprechend 20 Urlaubstage bei einer Fünf-Tage-Woche. Eine längere Urlaubsdauer kann sich aus dem Tarifvertrag oder dem Arbeitsvertrag ergeben. Üblich sind bei einer Fünf-Tage Woche 25 bis 28 Tage Urlaub.

Der anteilige Urlaubsanspruch von teilzeitbeschäftigten Mitarbeitern errechnet sich wie folgt: Urlaubsanspruch eines Vollzeitarbeitnehmers (in Tagen) dividiert durch die gewöhnliche Zahl der Wochenarbeitstage eines Vollzeitarbeitnehmers multipliziert mit der Zahl der individuellen Wochenarbeitstage des Teilzeitbeschäftigten.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Beispielsrechnung

Eine vollzeitbeschäftigte MTRA erhält unter Zugrundelegung einer Fünf-Tage-Woche 25 Urlaubstage. Eine Kollegin, die drei Tage pro Woche arbeitet, erhält dementsprechend 15 Urlaubstage (25 Urlaubstage : 5 Arbeitstage x 3 individuelle Arbeitstage = 15).

Arbeitet die Teilzeitkraft an allen betriebsüblichen Arbeitstagen nur mit reduzierter täglicher Arbeitszeit, hat sie den gleichen Urlaubsanspruch wie eine Vollzeitkraft. Im obigen Beispiel wären dies 25 Urlaubstage.

Praktisch keine Pflicht zu Überstunden oder Mehrarbeit

Anders als Vollzeitkräfte sind Teilzeitmitarbeiter regelmäßig nicht verpflichtet, bei Bedarf über die vereinbarte Arbeitszeit hinaus Mehrarbeit zu leisten. Eine Pflicht zur Leistung von Mehrarbeit für die Teilzeitkraft besteht nur, wenn sie arbeitsvertraglich vereinbart ist oder der Arbeitsbedarf des Arztes auf einen betrieblichen Notfall zurückzuführen ist. Ein solcher Notfall wird nur in absoluten Ausnahmefällen vorliegen.

Regelungen zur Entgeltfortzahlung an Feiertagen

Arbeitszeit, die wegen eines gesetzlichen Feiertages ausfällt, ist vom Arzt zu vergüten. Dies gilt auch für Teilzeitbeschäftigte. Entscheidend ist also, ob der Mitarbeiter am betreffenden Tag hätte arbeiten müssen, wenn kein Feiertag gewesen wäre. Diesen Grundsatz darf der Arzt nicht dadurch umgehen, dass er speziell in Wochen mit Feiertagen den Arbeitsplan ändert oder die Feiertage bei der Arbeitszeitplanung von vornherein ausspart.

Bei flexiblen Teilzeitsystemen mit variierenden Arbeitszeiten und/oder Arbeitstagen empfiehlt es sich deshalb, eine jahresbezogene Durchschnittsberechnung vorzunehmen. Dabei werden zunächst für das gesamte Jahr das Arbeitszeitvolumen sowie die durchschnittliche Arbeitszeit pro Arbeitstag ermittelt. Im Anschluss wird das Jahresvolumen für jeden arbeitsfreien Feiertag um diese durchschnittliche tägliche Arbeitszeit gekürzt. Das dann verbleibende Gesamtbudget kann auf die verbleibenden Arbeitstage des Abrechnungszeitraums verteilt werden.

Beispielsrechnung

Eine Teilzeitmitarbeiterin arbeitet in der Woche 25 Stunden, verteilt auf 4 Tage mit variierender Stundenzahl. Die auf das Jahr gerechnete durchschnittliche tägliche Arbeitszeit beträgt 6,25 Stunden. Bei 11 Feiertagen gestaltet sich die Berechnung demnach wie folgt:

- 52 Wochen im Jahr x 25 Stunden = 1.300 Arbeitsstunden/Jahr
- Durchschnittliche tägliche Arbeitszeit: 6,25
- Arbeitsfreie Feiertage: 11 Tage
- 1.300 – (6,25 x 11) = 1.231,25 Stunden.

Unter Berücksichtigung der Feiertage verbleiben für die Mitarbeiterin somit 1.231,25 Arbeitsstunden, die flexibel auf das Jahr verteilt werden können.

Fazit

Ein sorgfältig durchdachtes Teilzeitmodell kann dazu beitragen, Abläufe in der Praxis zu optimieren und Personalengpässe zu vermeiden. Vor allem aber werden Zufriedenheit bei den Mitarbeitern und eine gute Arbeitsatmosphäre geschaffen, was sich wiederum positiv bei den Patienten auswirkt.

Vergütungsrecht

BSG: Konvergenzbedingte Honorarabzüge unzulässig

Konvergenzbedingte Honorarabzüge bei den „Gewinnerpraxen" in Baden-Württemberg sind rechtswidrig. Dies hat jetzt das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 5. Juni 2013 (Az. B 6 KA 47/12 R) entschieden.

Hintergrund

Um EBM-Reform bedingte Honorarverluste und Versorgungsdefizite zu vermeiden, erlaubte der Erweiterte Bewertungsausschuss den KVen ab dem Quartal 1/2009 übergangsweise, Stützungszahlungen für Vertragsärzte mit einem Honorarverlust von mehr als fünf Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal vorzunehmen. Finanziert wurden diese Ausgleichszahlungen in der KVBW unter anderem dadurch, dass Praxen, die ihr Vorjahresergebnis um mehr als fünf Prozent steigern konnten, den Teil ihres Honorargewinns oberhalb von fünf Prozent abgeben mussten.

BSG: Keine Rechtsgrundlage für Kürzungen bei „Gewinnerpraxen"

Wie die Vorinstanzen sah auch das BSG keine Rechtsgrundlage dafür, die Mittel für den grundsätzlich zulässigen Ausgleich überproportionaler Honorarverluste aus den Honoraransprüchen der „Gewinnerpraxen" zu generieren. Vertragsärzte, die eine konvergenzbedingte Kürzung hinnehmen mussten, sollten sich jetzt an die KVBW wenden und die Rückzahlung der Kürzung verlangen. Auch für KVen mit ähnlichen Gewinnbegrenzungen (u.a. KV Schleswig-Holstein und KV Sachsen) ist das Urteil relevant.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen
in Praxis und Klinik

Sektorenübergreifende Versorgung

Neue Bedarfsplanung: Viele Ermächtigungen sind gefährdet

Seit dem 1. Januar 2013 ist die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie in Kraft. Nun zeichnet sich ab, dass aufgrund der neuen Zuschnitte der Planungsbereiche für viele Arztgruppen bestehende Ermächtigungen gefährdet sind – so auch bei Radiologen, Nuklearmedizinern und Strahlentherapeuten. Zudem dürfte es schwieriger werden, neue Ermächtigungen zu erlangen.

von RA, FA für MedR, Wirtschaftsmediator Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Ermächtigung wird abhängig vom Versorgungsbedarf erteilt

Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag besteht, oder die in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können mit Zustimmung des Trägers vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten der vorbenannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird. So steht es in § 116 SGB V.

Aus der einschränkenden Ergänzung „soweit und solange (...)" ergibt sich der sogenannte „Vorrang der Niedergelassenen": Auf die Interessen der bereits niedergelassenen Vertragsärzte, die in demselben räumlichen Bereich wie der um eine Ermächtigung nachsuchende Krankenhausarzt bereits eine Position am Markt der Leistungserbringer innehaben, ist Rücksicht zu nehmen. Ermächtigungen kommen daher nur insoweit in Betracht, als die niedergelassenen Ärzte keine ausreichende ambulante ärztliche Versorgung gewährleisten können (u.a. BSG-Urteil vom 9.4.2008, Az. B 6 KA 40/07 R), es bedarf also einer Versorgungslücke bzw. eines Versorgungsbedarfs.

Der Versorgungsbedarf ist auf Basis objektiver Kriterien festzustellen. Es kommt darauf an, ob die vertragsärztliche Versorgung durch die zugelassenen Vertragsärzte ausreichend und zweckmäßig ist und ob das Leistungsangebot der Vertragsärzte den Anforderungen genügt. Die Prüfung kann sich auf quantitativ-allgemeine wie qualitativ-spezielle Aspekte erstrecken.

- Ein **quantitativ-allgemeiner Bedarf** liegt vor, wenn in einem Planungsbereich in einer Arztgruppe zu wenige niedergelassene Ärzte vorhanden sind, um den Bedarf zu decken.

- Ein **qualitativ-spezieller Bedarf** setzt voraus, dass ein Krankenhausarzt besondere, für eine ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsleistungen anbietet, die von den niedergelassenen Ärzten im Planungsbereich nicht bzw. nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden.

Die Feststellung des Versorgungsbedarfs erfolgt somit grundsätzlich für den konkreten Planungsbereich. Von dieser Begrenzung auf den Planungsbereich kann nach der bisherigen Rechtsprechung nur in seltenen Ausnahmefällen abgewichen werden – etwa dann, wenn nur wenige Ärzte eine hochspezialisierte Leistung vorhalten und eine planungsbereichsübergreifende Inanspruchnahme daher üblich ist.

Neue Planungsbereiche für viele Arztgruppen

Da der für Ermächtigungen notwendige Versorgungsbedarf somit regelmäßig auf Basis des jeweiligen Planungsbereichs festzulegen ist, wirkt sich eine Veränderung der Planungsbereiche unmittelbar auf Ermächtigungen aus.

Die neue Bedarfsplanung sieht als Grundstruktur der Bedarfsplanung vier Versorgungsebenen vor, welche für die Zuordnung der Arztgruppen, den Zuschnitt der Planungsbereiche und dementsprechend für die Versorgungsgradfeststellung maßgeblich sind. Die Versorgung mit Hausärzten soll möglichst lokal

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

erfolgen, während die Fachärzte mit zunehmendem Spezialisierungsgrad über deutlich größere Einzugsgebiete und damit Planungsbereiche beplant werden. Konkret stellt sich dies für die Arztgruppen wie folgt dar:

Versorgungsebenen

Hausärztliche Versorgung: Ärzte dieses Versorgungsbereichs werden im Mittelbereich beplant.

Allgemeine fachärztliche Versorgung: Ärzte dieses Versorgungsbereichs werden wie bislang im Kreis bzw. in der kreisfreien Stadt beplant.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung: Ärzte dieses Versorgungsbereichs – dazu zählen auch **Radiologen** – werden in der Raumordnungsregion beplant.

Gesonderte fachärztliche Versorgung: Ärzte dieses Versorgungsbereichs – dazu zählen auch **Nuklearmediziner** und **Strahlentherapeuten** – werden im KV-Bezirk beplant.

Während sich die Situation für ermächtigte Ärzte der zweiten Gruppe (allgemeine fachärztliche Versorgung) somit nicht verändern dürfte, werden ermächtigte Ärzte, die der spezialisierten fachärztlichen oder der gesonderten fachärztlichen Versorgung – also auch Radiologen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten – zuzuordnen sind, mit nachhaltigen Veränderungen rechnen müssen.

Reaktionen durch KVen und Zulassungsgremien stehen aus

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die im Rahmen von Ermächtigungsverfahren eingebunden sind und üblicherweise großen Einfluss auf die Ermittlung des Versorgungsbedarfs nehmen, haben sich – soweit ersichtlich – bislang noch nicht positioniert, wie mit den veränderten Vorgaben der Bedarfsplanung in Bezug auf Ermächtigungen umgegangen werden soll. Im Bereich der KV Westfalen-Lippe werden Ermächtigungen, deren Befristung abläuft, derzeit nicht wie üblich für zwei Jahre verlängert, sondern nur für einen kürzeren Zeitraum. In den entsprechenden Verfahren verweist die KVWL auf die neue Bedarfsplanung, aufgrund derer eine abschließende Feststellung des Versorgungsbedarfs nicht bis zum Ablauf der Ermächtigung ermittelt werden könne. Die Zulassungsgremien verlängern demgemäß die Ermächtigungen derzeit nur mit verkürzter Laufzeit.

Ein Blick in die Glaskugel

Wie aber soll für Ermächtigungen im Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung bzw. der gesonderten fachärztlichen Versorgung die Feststellung eines Versorgungsbedarfs zukünftig erfolgen? Mit welchen tatsächlichen Auswirkungen ist zu rechnen? Dazu einige Thesen:

- Mit Blick auf Sinn und Zweck der (neuen) Bedarfsplanung ist vorstellbar, dass abhängig vom Spezialisierungsgrad der angebotenen Ermächtigungsleistungen der Versorgungsbedarf in kleineren bzw. größeren Radien ermittelt wird. Diese sich aufdrängende Lösung, die dem Vernehmen nach in einigen KVen diskutiert wird, birgt freilich aufgrund des fehlenden Bewertungsmaßstabs das Risiko rechtlicher Auseinandersetzungen.

- Das Verfahren vor den Zulassungsgremien wird länger dauern als bislang, da in den größeren Planungsbereichen nun im Rahmen der Bedarfsermittlung mehrere Leistungsanbieter involviert werden müssen. Unter Umständen müssen auch – anders als bisher – mehrere Bezirksstellen der KVen eine Stellungnahme abgeben.

- Der Kreis der niedergelassenen Vertragsärzte, die sich gegen eine Ermächtigung zur Wehr setzen können, wird erweitert. Es ist nicht auszuschließen, dass Chefärzte, die bislang in Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten in der näheren Umgebung ermächtigt wurden, zukünftig von (bislang externen) Vertragsärzten in Auseinandersetzungen verwickelt werden. Dies ist besonders kritisch, da ein etwaiger Drittwiderspruch gegen eine Ermächtigung rechtlich unmittelbar dazu führt, dass bis auf Weiteres keine Ermächtigungsleistungen mehr erbracht werden können.

Fazit

Die neue Bedarfsplanung wirft ihre Schatten voraus. Gerade ermächtigte Chefärzte, die der spezialisierten fachärztlichen Versorgung bzw. der gesonderten fachärztlichen Versorgung angehören, sollten die anstehenden Entwicklungen genau beobachten. Präventiv ist anzuraten, den Versorgungsbedarf im Rahmen einer Ermächtigung zu „dokumentieren“, indem die Fallzahlen gesteigert bzw. auf hohem Niveau gehalten werden. Ergänzend kann eine Abstimmung mit den niedergelassenen Kollegen sinnvoll sein. Je nach Fallgestaltung kann gegebenenfalls auch eine Teilzulassung bzw. eine MVZ-Tätigkeit eine Option sein.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Krankenhaus Rating Report 2013

Öffentlich-rechtliche Kliniken mit den größten wirtschaftlichen Problemen

Nach einer spürbaren Verbesserung zwischen 2009 und 2010 war die wirtschaftliche Situation der Kliniken im Jahr 2011 wieder ähnlich problematisch wie 2008: 13 Prozent der Häuser waren erhöht insolvenzgefährdet und damit im „roten Bereich", 14 Prozent waren leicht gefährdet. So lautet das Fazit aus dem aktuellen „Krankenhaus Rating Report 2013" des RWI, das die Jahresabschlüsse der Jahre 2010 und 2011 von knapp 1.000 deutschen Krankenhäusern ausgewertet hat.

von Dr. Boris Augurzky, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

Personalkosten ein Grund für die prekäre Lage?

Knapp ein Drittel der Häuser wiesen einen Jahresverlust aus, etwa ein Fünftel einen Verlust in relevanter Größenordnung. Ein Grund für die Verschlechterung der Lage könnte der starke Zuwachs an Personal sein.

Zwar stiegen die Erlöse durchaus in einer Größenordnung, die Lohnsteigerungen gut hätten auffangen können. Gleichzeitig nahm aber die Zahl der Vollkräfte im Krankenhaus um 1,7 Prozent zu. 2011 sanken zudem erneut Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) um 5,5 Prozent auf 2,67 Milliarden Euro.

Ostdeutschland mit den besten Zahlen

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser blieb in den ostdeutschen Bundesländern weiterhin am besten, gefolgt von Rheinland-Pfalz/Saarland und Nordrhein-Westfalen. Am meisten mit Schwierigkeiten zu kämpfen hatten die Häuser in Baden-Württemberg, Niedersachsen/Bremen sowie Schleswig-Holstein/Hamburg.

Private Kliniken mit geringster Insolvenzgefahr

2011 wiesen 21 Prozent der öffentlich-rechtlichen Kliniken eine erhöhte Insolvenzgefahr auf, während es bei freigemeinnützigen 14 Prozent und bei privaten nur 2 Prozent waren. Eine Ausnahme bilden ostdeutsche öffentlich-rechtliche Kliniken mit nur 8 Prozent. Bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern schnitten 2011 erneut die katholischen besser ab als die evangelischen. Allerdings erfuhren viele freigemeinnützige Häuser eine überproportional starke Verschlechterung ihrer Situation. Auch kleine Häuser und Kliniken in Westdeutschland waren vom negativen Trend stärker als andere betroffen.

Grundversorger mit Schwierigkeiten

Krankenhäuser der Grundversorgung wiesen 2011 größere wirtschaftliche Schwierigkeiten auf als Spezialkliniken oder Großversorger. Dies gilt für ländliche wie städtische Regionen gleichermaßen. Am besten schnitten die ländlichen Spezialisten ab, die entgegen dem Trend ihre Lage sogar verbessern konnten. Eine sichtbare Verschlechterung ist dagegen bei den städtischen Grundversorgern zu verzeichnen.

Ergebnisse der Vorjahre konnten darüber hinaus bestätigt werden: Zum Beispiel war ein hoher Spezialisierungsgrad wirtschaftlich vorteilhaft. Dies galt für alle Größenklassen, insbesondere aber für kleine Häuser.

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 Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Tel. 02596 922-0, Telefax 02596 922-99, www.iww.de

Redaktion
Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung
Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der Guerbet GmbH.

Hinweis
Der Inhalt ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Komplexität und ständiger Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Radiologen WirtschaftsForum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Guerbet
Contrast for Life