



Thomas Graykowski | Steuerberater | Hoffeldstraße 19 | 71636 Ludwigsburg

Telefon: 0 71 41 / 472 18-0
Fax: 0 71 41 / 472 18-15
info@graykowski.com
www.graykowski.com

26.01.2008

Ärzte – Newsletter Januar 2008

Sehr geehrte Damen und Herren,

vorab möchte ich Ihnen und Ihrer Familie ein gesundes, gutes und erfolgreiches Jahr 2008 wünschen.

Nachfolgend erhalten Sie den Ärzte-Newsletter für Januar 2008.

EBM 2008 – was ändert sich?

Zum 01.01.2008 tritt der neue EBM in Kraft und stellt damit den ersten Schritt einer bis zum Jahr 2011 reichenden Vergütungsreform für ambulante Honorare dar. Nächste Stufe der Reform ist die Einführung einer regionalen Euro-Gebührenordnung zum 01.01.2009 mit einem bundesweiten Orientierungspunktwert für die mit festen Preisen vergüteten Leistungen des Regelleistungsvolumens.

Der nun aktuelle sog. Pauschalen-EBM löst die bisherige Gebührenordnung ab und wird ein Jahr lang gültig sein. Er bildet die Grundlage für die in 2009 folgende morbiditätsbezogene Euro-Gebührenordnung. In 2008 werden die Leistungen noch weiterhin in Punkten vergütet. Auch die Honorarbudgets bleiben noch bestehen, bis sie 2009 abgeschafft werden sollen.

In 2008 bleiben ferner die Individualbudgets, die Fachgruppentöpfe und die Vergütungstrennung zwischen Ersatz- und Primärkassen bestehen. In der Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 19. Oktober 2007 haben Krankenkassen und KBV die letzten strittigen Punkte geklärt und den neuen EBM beschlossen. Wichtigstes Beschlussergebnis war die Erhöhung des kalkulatorischen Arztgehalts. Dieser Wert konnte von bisher 95.000 Euro jährlich auf 105.000 Euro angehoben werden. Das bedeutet, dass eine Höherbewertung der Leistungen erfolgt – die Punktzahlen im EBM steigen durchschnittlich um rund 10 Prozent. Aufgrund der gesetzlichen Aufrechterhaltung der bisherigen Budgetierung im Jahr 2008 werden die beschlossenen Aufwertungen der Leistungen im EBM jedoch im Wesentlichen erst ab 2009 honorarwirksam.

Zuschläge zum Ordinationskomplex fallen weg

Die bisherige Regelung im EBM2000 plus, wonach die für Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten früher eingeführte Besserstellung mit den Zuschlägen auf den Ordinationskomplex enthalten war, wird es ab Inkrafttreten des EBM 2008 nicht mehr geben. Die entsprechende Regelung in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM Ziffer 5.1 des EBM 2000plus wurde ersatzlos gestrichen.

2,3-facher Satz bei GOÄ ist regelmäßig zulässig

Der BGH hat in seiner Entscheidung vom 08.11.2007 eine Streitfrage zwischen der PKV, den Beihilfestellen und vielen Ärzten geklärt. Viele Abrechnungsstreitigkeiten betreffen die Frage, ob der Arzt bei durchschnittlicher Schwierigkeit und durchschnittlichem zeitlichen Aufwand jeweils den 2,3-fachen Steigerungssatz abrechnen darf, oder ob hierfür ein Mittelwert innerhalb der Regelspanne zwischen dem 1,8-fachen und 2,3-fachen Satz angesetzt werden muss. Letzteres wird von PKV und Beihilfestellen immer wieder vertreten.

Der BGH hat nunmehr dem klagenden Augenarzt Recht gegeben. Nachdem der Gesetzgeber erst für das *Überschreiten* des 2,3-fachen Gebührensatzes eine schriftliche Begründung verlangt, darf der Arzt ohne nähere Begründungspflicht den Rahmen der Regelspanne bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz ausschöpfen. Hätte der Gesetzgeber einen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb der Regelspanne vorsehen wollen, hätte er dies tun können. Nachdem dies nicht der Fall ist kann der Arzt auch für durchschnittliche Leistungen den 2,3-fachen GOÄ-Satz ansetzen. Der BGH hat aber auch darauf hingewiesen, dass der Arzt gleichwohl bei sehr einfachen ärztlichen Verrichtungen sich im unteren Bereich der Regelspanne bewegen muss.

Lohnen sich Igel-Leistungen?

Lt. einer Studie wissen nur ca. 25% der Ärzte, ob die von ihnen angebotenen Igel-Leistungen wirtschaftlich sind.

Danach ist ca. $\frac{3}{4}$ der Ärzte, die derartige Selbstzahlerleistungen anbieten, nicht bekannt, ob sich die damit verbundenen Investitionen im Praxisbetrieb wieder amortisieren. Lassen Sie Igel-Leistungen nicht zur wirtschaftlichen Belastung für Ihre Praxis werden. Durch rechtzeitiges Gegensteuern können Sie dies vermeiden.

Vom Praxismanagement zum Qualitätsmanagement – der richtige Einstieg bringt den Erfolg

Seit 2004 schreibt der Gesetzgeber verbindlich ein Qualitätsmanagement vor. Niedergelassene Ärzte müssen bis Ende 2009 ein QM-System eingeführt haben. Viele Arztpraxen sind dieser gesetzlichen Forderung noch nicht nachgekommen. Oft wird das Thema Qualitätsmanagement als ein unnötiger Formalismus ohne Nutzen empfunden. Das liegt sicherlich auch darin begründet, dass die Ärzteschaft falsch an das Thema herangeführt wurde. Es ist eben nicht ausreichend, dass die Praxis ein QM-Handbuch bekommt und an ein paar Schulungen teilnimmt. Dadurch wurden viele eher entmutigt, da der Wald vor lauter Bäumen nicht zu sehen war. Der Einstieg sollte vielmehr über das konkrete Praxismanagement erfolgen.

Gemeinsam mit externen Beratern können z. B. Funktionspläne für die Praxismitarbeiter erstellt werden. Dadurch werden nicht nur exakte Verantwortlichkeiten zugewiesen, es erleichtert auch erheblich die Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Durch diese Funktionspläne

können Sie als Arzt erkennen, wer die tatsächlichen Leistungsträger in der Praxis sind und welche Mitarbeiter noch Aufgaben übernehmen können. Insbesondere wenn die Personalkosten minimiert werden müssen, ist die Straffung der Praxisorganisation nur über dokumentierte Arbeitsbeschreibungen sinnvoll möglich. Das Gleiche gilt für Mitarbeitergespräche und Personaleinstellungen, die anhand von vorgefertigten Gesprächsprotokollen wesentlich effizienter und nachhaltiger geführt werden können.

Hausarztmodell - Zwischenbilanz nach ¾ Jahr Gesundheitsreform

Nach einer Pressemitteilung des Bundesministerium für Gesundheit vom 28. Dezember 2007 läuft das Hausarztmodell aus ministerieller Sicht gut an.

Mit der zum 1. April 2007 in Kraft getretenen Gesundheitsreform (GKV-WSG) wurde die hausarztzentrierte Versorgung („Hausarztmodell“) weiter entwickelt. Inhaltliche Mindestanforderungen sollen eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Dazu gehören beispielsweise die Behandlung nach hausärztlichen, praxiserprobten Leitlinien, die Konzentration der ärztlichen Fortbildung auf hausarzttypische Probleme sowie die Einführung eines hausarztspezifischen Qualitätsmanagements. Die Krankenkassen können im Rahmen des Wahltarifes ihren Versicherten Vergünstigungen anbieten, wie etwa eine teilweise oder vollständige Befreiung von Zuzahlungen.

Fast 6 Mio. Versicherte nehmen an der von ihrer Krankenkasse angebotenen spezifischen hausärztlichen Versorgung teil. Das Angebot erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Obwohl diese Versorgungsform noch in der Aufbauphase ist, haben nach den dem Bundesgesundheitsministerium vorliegenden Daten bereits 31 Mio. Versicherte die Möglichkeit, sich in ein Hausarztmodell einzuschreiben. In allen sechzehn Ländern gibt es mittlerweile regionale Hausarztangebote. Die Versicherten profitierten von der hohen Versorgungsqualität und der verbesserten Koordination zwischen Haus- und Fachärzten.

Ärztliche Rentengutachten sind umsatzsteuerpflichtig

Die Erstellung ärztlicher Gutachten, die der Vorbereitung der Entscheidung eines Versicherungsträgers über die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dienen sollen, ist auch dann nicht nach § 4 Nr. 14 UStG steuerfrei, wenn in den Gutachten Möglichkeiten zur Rehabilitation geprüft werden (Bundesfinanzhof, Beschluss vom 31. Juli 2007 - V B 98/06).

Falls Sie Fragen oder Anregungen haben sollten, zögern Sie nicht und rufen mich an.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Graykowski
-Steuerberater-