

GKV-Szene I

Hohe Kosten,
keine Ergebnisse

Jetzt soll alles ganz
schnell gehen

Sanktionen drohen

Private Gebührenordnung

Weitere aktuelle
Meldungen bei
www.adp-medien.de:

08.06.2017:
Krankengeld auch bei
Irrtum des Arztes

08.06.2017:
Ärzte offen für digitale
Zukunft?

07.06.2017:
LG HH sorgt für Klarheit
beim „Partner-Factoring“

06.06.2017:
KZBV: Amalgam
unbedenklich

Dilettantischer Start in die digitale GKV-Welt

Das Projekt zum Aufbau einer **Telematikinfrastruktur (TI)** für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, das perspektivisch alle (Zahn)Arztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Akteure sicher elektronisch vernetzen soll, läuft nunmehr 13 Jahre, ohne dass es bis dato – trotz immenser Kosten – zu irgendeinem positiven Ergebnis gekommen wäre. Das ist schlichtweg skandalös. Selbst die Erprobung, Einführung und Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bereitet der hierfür verantwortlichen **Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik)** offensichtlich Riesenprobleme. Nach dem Willen des Gesetzgebers und nach Freigabe durch die gematik-Gesellschafterversammlung soll die TI nunmehr zum 1. Juli 2017 ihren „sektorenübergreifenden Online-Produktivbetrieb“ aufnehmen. Allerdings werden hierfür voraussichtlich erst ab Herbst 2017 die ersten zugelassenen Produkte wie Konnektoren und passende Kartenterminals auf dem Markt verfügbar sein. Diese müssen zuvor vom **Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI)** zertifiziert und anschließend von der gematik zugelassen werden. Erst wenn alle (Zahn)Arztpraxen mit den entsprechenden Endgeräten ausgestattet sind, kann mit dem **Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)** – der ersten Online-Anwendung auf der eGK – der Online-Rollout beginnen. Die Frist hierfür läuft dann schon per 30. Juni 2018 aus. Nach den gesetzlichen Vorgaben sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für die technische Erstausrüstung der Praxen und die laufenden Betriebskosten für die TI in voller Höhe zu übernehmen. Entsprechende Vereinbarungen sind – wie berichtet – kürzlich zwischen **Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV)** bzw. **Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV)** und dem **GKV-Spitzenverband** zum Abschluss gekommen. Praxen, die ab 1. Juli 2018 kein VSDM durchführen, drohen Honorarkürzungen. *Quelle: KBV-Newsletter und diverse Meldungen*

Weiter bei der GOÄ-Reform? – Ärztetag stellt Bedingungen

Die **Bundesärztekammer (BÄK)** hat auf ihrer Internetseite das 372 Seiten starke Beschlussprotokoll des **120. Deutschen Ärztetags** von Ende Mai 2017 in Freiburg veröffentlicht. Das Dokument fasst Anträge und Abstimmungsergebnisse des Ärztetags zusammen. Themen sind unter anderem die Digitalisierung des Gesundheitswesens, die Überarbeitung der Weiterbildungsordnung, nicht zuletzt aber auch die innerhalb des Berufsstandes seit Jahren heftig umstrittene GOÄ-Novelle. In einem mit großer Mehrheit angenommenen Beschluss gaben die Delegierten zwar prinzipiell Rückendeckung für die weiteren Verhandlungen in Sachen Privatgebührenordnung mit dem PKV-Verband und Vertretern der Beihilfe, stellten diese aber unter den Vorbehalt eines umfangreichen Forderungskatalogs. Hierzu zählen u.a. folgende Bedingungen:

- Die von Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften eingebrachten Änderungsvorschläge zum **Leistungsverzeichnis** sind umzusetzen, eine Einbindung dieser Gremien in den noch laufenden **Bewertungsprozess** ist zu gewährleisten.
- Die Leistungen werden mit einem **Einfachsatz** bewertet, der mit dem bisherigen durchschnittlichen Steigerungssatz vergleichbar ist. Erforderliche Zusatzaufwände sind in entsprechenden leistungsbezogenen, den zeitlichen und qualitativen Aufwand berücksichtigenden Erschwerniszuschlägen abzubilden. Darüber hinausgehende besondere Erschwernisgründe, die zur Steigerung auf den zweifachen Gebührensatz berechtigen, werden in eine sogenannte **Positivliste** aufgenommen.
- Die sogenannte **Negativliste**, nach der für spezielle Behandlungsumstände eine Steigerung ausgeschlossen werden sollte, wird gestrichen.
- Die Leistungsbewertungen folgen einer **betriebswirtschaftlichen Grundkalkulation**. In nachvollziehbaren Simulationsrechnungen führen die Bewertungen zum erwarteten Preiseffekt der neuen GOÄ von mindestens 5,8 % (+/- 0,6 %) Ausgabensteigerung der PKV-Unternehmen und der Beihilfe je Krankenversicherten in den ersten drei Jahren nach dem Inkrafttreten der neuen GOÄ
- Leistungen der **persönlichen ärztlichen Zuwendung** sowie hausärztliche Leistungen sollen durch die Aufnahme zeitgestaffelter Gesprächsleistungen besser abgebildet und „angemessen vergütet“ werden.
- Die Bildung von **Analogziffern** bei innovativen, nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistungen muss weiterhin möglich sein.
- Eine **Gemeinsame Kommission (GeKo)** soll dem Verordnungsgeber fortlaufend die Aufnahme neuer Behandlungs- und Diagnoseverfahren empfehlen. Die Empfehlungen der GeKo haben einen „rechtsprägenden Charakter“ und können nur einstimmig und damit ausschließlich mit Zustimmung der von der Bundesärztekammer repräsentierten Ärzteseite zustande kommen.
- In einer dreijährigen **Monitoringphase** nach Inkrafttreten der neuen GOÄ wird die Ausgabenentwicklung von PKV und Beihilfe durch die GeKo mit Hilfe einer von ihr be-

Gewerbliche Anzeige

Alltag meistern in Sekunden: **Material im Griff** – ganz schnell & einfach – **my:WaWi macht das für Sie!** – Und mit ein paar Klicks wird Ihr Leben leichter ... Warenwirtschaft für Praxis & Labor – **Jetzt 30 Tage kostenlos testen!** www.my-wawi.com

Keine Steilvorlage für
„Bürgerversicherung“

auftragten Datenstelle analysiert. Die Bundesärztekammer ist berechtigt, eigene Daten an die Datenstelle zu übersenden. Bei Überschreiten oder Unterschreiten der Grenzen des erwarteten Preiseffektes der neuen GOÄ nimmt die GeKo Beratungen zu den Ursachen des Überschreitens oder Unterschreitens auf.

- Die BÄK soll die so beschriebene Neuordnung der GOÄ nur dann beim BMG als konsentiert einbringen, wenn von einer neuen Bundesregierung in der nächsten Legislaturperiode des Bundestages keine weiteren grundlegenden ordnungspolitischen Beeinträchtigungen in der privatärztlichen Versorgung vorgesehen sind. Das gilt insbesondere für den Fall, dass eine von der GOÄ unabhängige **Einheitsgebührenordnung** geplant wird.

Quelle: diverse Medienberichte, u.a. im Deutschen Ärzteblatt

Zahnärztliche Prävention

Gruppenprophylaxe ist unverzichtbar

„Prävention in Lebenswelten“

In Heft 07/2017 der „Zahnärztlichen Mitteilungen“ (ZM) hatten **Bundeszahnärztekammer (BZÄK)**, **Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)** und **Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)** gemeinsam ein umfangreiches, dringliches und fachlich fundiertes Plädoyer für die Beibehaltung des zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe veröffentlicht. Hintergrund sind zunehmend konkurrierende „Gesundheitsangebote“ gesetzlicher Krankenkassen in den betreuten Einrichtungen (Kitas, Schulen) auf Basis des durch das Präventionsgesetz implementierten Paragraphen 20a Sozialgesetzbuch V („Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“).

Gruppenprophylaxe sorgt für
mehr Chancengleichheit

Anlässlich des Internationalen Kindertags Anfang Juni machte die Bundeszahnärztekammer in diesem Kontext noch einmal nachdrücklich auf das Problem der Polarisierung des Kariesrisikos bei Kindern aufmerksam: Einerseits hätten Kinder und Jugendliche in Deutschland mittlerweile eine so hervorragende Mundgesundheit, dass sie international Spitzenpositionen belegen. Ganze acht von zehn 12-Jährigen seien kariesfrei. Andererseits könnten Kinder unter sechs Jahren, Kinder und Jugendliche in prekären Lebenslagen, mit Migrationshintergrund oder mit einer Behinderung nicht in gleichem Maße an den Präventionserfolgen partizipieren, so die BZÄK. Um Chancengleichheit für alle Kinder zu schaffen, sei die zahnärztliche Gruppenprophylaxe in Kindertageseinrichtungen und Schulen ein entscheidendes Instrument. Dieses dürfe nicht aufgeweicht werden. „Gruppenprophylaxe wirkt sozialkompensatorisch. Denn sie erreicht gerade diejenigen, die selten eine Zahnarztpraxis aufsuchen. Sie leistet einen gesundheitsfördernden und gesundheitserzieherischen Beitrag für alle Kinder in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen“, erklärte **BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich**.

Vorbildlicher
Betreuungsgrad

Im Schuljahr 2013/2014 nahmen laut Statistik bundesweit insgesamt 4,93 Millionen Kinder und Jugendliche an zahnärztlicher Gruppenprophylaxe teil. In Kindergärten und Grundschulen betrage der jährliche Betreuungsgrad derzeit rund 80 Prozent aller Kinder. Damit sei die zahnärztliche Gruppenprophylaxe das reichweitenstärkste Präventions- und Gesundheitsförderungs-Angebot für Kinder und Jugendliche. „Mit Sorge sehen wir, dass nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes die Gruppenprophylaxe oft vernachlässigt wird“, so Oesterreich. Quellen: „zm“; PM der BZÄK; adp®-medien

Sozialversicherungsrecht

„Freie Mitarbeiterin“: Dienstleistungsvertrag nur Indiz

„Dienstleistungsvertrag“
unerheblich

Auch wenn der Wille der Vertragsparteien bei einem „Dienstleistungsvertrag“ zu freier Mitarbeit ein Indiz für eine selbständige Tätigkeit darstellt, kann bei einer Tätigkeit nach Weisungen und einer Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers eine abhängige Beschäftigung vorliegen. So entschied das **Sozialgericht (SG) Heilbronn** (Az. S 10 R 3237/15).

Mehrere Indizien für
abhängige Beschäftigung

Eine Krankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin war über eine Agentur in einem Verbund mit anderen Pflegekräften als „freie Mitarbeiterin“ in verschiedenen Krankenhäusern tätig. Für ihre Tätigkeit als Intensivpflegekraft in den Monaten April bis Juni 2014 erhielt sie von einem Krankenhaus eine Vergütung von mehr als 17.000 Euro. Mit diesem hatte sie zuvor einen „Dienstleistungsvertrag“ geschlossen, in dem ausgeführt war, dass sie „Dienstleistungen gemäß dem Berufsbild einer examinierten Kranken- und Gesundheitspflegekraft“ erbringe und „kein Arbeitnehmer (...) im Sinne des Sozialversicherungs-, Steuer- und Arbeitsrechtes“ sei. Sie könne „als freier Unternehmer grundsätzlich auch mehr als 10 Stunden/Tag eingesetzt werden“. Auf einen sog. Statusfeststellungsantrag stellte die **Rentenversicherung (DRV Bund)** fest, dass die Krankenschwester im betreffenden Zeitraum abhängig beschäftigt war.

Auch das Gericht vertrat diese Auffassung. Zwar stelle der Wille der Vertragsparteien zu freier Mitarbeit ein Indiz für eine selbständige Tätigkeit dar. Maßgeblich sei jedoch, dass die Krankenschwester in die betriebliche Organisation des Krankenhauses eingebunden gewesen sei. Sie habe z. B. Patienten bei Dienstantritt übernommen und nach Dienstende wieder übergeben. Anweisungen der diensthabenden Ärzte habe sie befolgen müssen. Die Stationsleitung habe ihre Arbeit kontrolliert. Sie habe auch mit fest angestellten Pflegekräften des Krankenhauses zusammenarbeiten müssen. Zudem habe sie kein wirtschaftliches Risiko getragen, denn es sei von vornherein ein festes Stundenhonorar vereinbart gewesen. Auch sei sie keinem Unternehmerrisiko ausgesetzt gewesen, da sie selbst weder Arbeitnehmer beschäftigt noch wesentliches Eigenkapital eingesetzt habe. Sie sei nur einem Einkommensrisiko ausgesetzt gewesen, welches jeden Arbeitnehmer treffen könne, der Zeitverträge bekomme oder auf Abruf arbeite und nach Stunden bezahlt werde. Quelle: Redaktion *Steuern & Recht* der DATEV eG am 29.05.2017