



Editorial

Ein Korb von Neuregelungen und eine emsige Gesundheitspolitik mit vielen geplanten Änderungen im Gesundheitssystem in 2019 halten alle, die im Gesundheitsmarkt aktiv sind, voll in Bewegung. Das zeigt schon die kleine Aufzählung der Neuregelungen in Gesundheit und Pflege.

Auch die DSGVO hält Arztpraxen auf Trab. Die Umsetzung erfordert viel organisatorischen Aufwand und Verständnissuche bei Mitarbeitern und Patienten. Tipps zur Umsetzung finden Sie auf Seite 4.

Trotz aller organisatorischen Umstellungen muss die Qualität der Behandlung gewährleistet bleiben, denn bei Fehlbehandlungen wie im Fall der mangelhaften Zahnbehand-

lung, können die Streitfolgen ins Geld gehen. Lesen Sie hierzu unseren Artikel auf Seite 2.

Die Bundesregierung hat beschlossen, die Hürden für die Einwanderung qualifizierter Arbeitnehmer zu senken. Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz regelt, wer zu Arbeits- und zu Ausbildungszwecken nach Deutschland kommen darf und wer nicht. Mehr zu den wesentlichen Neuerungen finden Sie auf Seite 3.

STEUERN UND RECHT

Neuregelungen im Jahr 2019 in Gesundheit und Pflege

Zum 1. Januar 2019 sind im Bereich des Bundesgesundheitsministeriums zahlreiche Änderungen in Kraft getreten. Hier informieren wir über die wichtigsten Neuerungen.

Paritätische Finanzierung der GKV-Beiträge

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden in voller Höhe paritätisch getragen. Um Arbeitnehmer und Rentner zu entlasten, wird auch der von den Krankenkassen festzusetzende Zusatzbeitragssatz zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bzw. Rentnern und der Rentenversicherung gezahlt. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für 2019 ist auf 0,9 % (2018: 1,0 %) abgesenkt worden (Bekanntmachung des BMG vom 26. Oktober 2018). Wie hoch er für die Mitglieder der einzelnen Krankenkassen tatsächlich

ausfällt, entscheiden die Krankenkassen. Krankenkassen, deren Finanzreserven eine Monatsausgabe übersteigen, dürfen ihren individuellen Zusatzbeitragssatz nicht mehr anheben.

Einheitlicher Mindestbeitrag entlastet Kleinselbstständige

Hohe Beiträge in der GKV überfordern Selbstständige mit geringen Einkünften und Existenzgründer. Deshalb werden freiwillig versicherte Selbstständige bei den Mindestbeiträgen den übrigen freiwillig Versicherten in der GKV gleichgestellt (einheitliche Mindestbemessungsgrundlage von 1.038,33 EUR in 2019). Damit sinken die Mindestbeiträge zur Krankenkasse und sozialen Pflegeversicherung für hauptberuflich Selbstständige um mehr als die Hälfte.

Entlastung bei Krankengeld oder Mutterschaftsgeld

Freiwillig Versicherte müssen während des Bezugs von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld nur noch Beiträge auf tatsächlich bestehende beitragspflichtige Einnahmen zahlen.

Besserer GKV-Zugang für ehemalige Zeitsoldaten

Ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit erhalten ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung in der GKV und nach dem Ende ihrer Dienstzeit einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen als Ersatz für die bisherige Beihilfe.

Zusätzliche Pflegestellen und Vergütung und Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte

In der vollstationären Altenpflege werden die Voraussetzungen für 13.000 zusätzliche Stellen geschaffen, die von den Krankenkassen ohne finanzielle Beteiligung der Pflegebedürftigen finanziert werden. Dabei können Teilzeitstellen, die aufgestockt werden, berücksichtigt werden. Um die Personalausstattung in der Krankenhaus-Pflege zu verbessern, wird jede zusätzliche oder aufgestockte Pflegestelle am Krankenhausbett vollständig refinanziert.

Ab 2018 werden die Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte im Krankenhaus vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Die zusätzlichen Finanzmittel sind zur Finanzierung von Tarifierhöhungen einzusetzen.

Die Vergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr werden vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Die Verbesserung schafft einen deutlichen Anreiz, mehr auszubilden. Auch in der häuslichen Krankenpflege müssen Tariflöhne von den Krankenkassen akzeptiert werden.

Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser werden finanziell dabei unterstützt, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern.

Krankenkassen müssen rund 70 Millionen EUR jährlich mehr für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufwenden.

Um Pflegekräfte zu entlasten, wird die Digitalisierung gefördert. Die Pflegeversicherung stellt dafür einmalig pro Einrichtung (ambulant oder stationär) 12.000 EUR zur Verfügung. Mit der Kofinanzierung der Einrichtung können Maßnahmen im Umfang von bis zu 30.000 EUR je Einrichtung finanziert werden.

Pflege zu Hause

Pflegende Angehörige erhalten leichter Zugang zu stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen. Wenn die pflegebedürftige Person gleichzeitig in der Reha-Einrichtung betreut werden kann, übernehmen die Krankenkassen die Kosten. Andernfalls müssen Kranken- und Pflegekasse die Betreuung organisieren.

Für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 3 und Menschen mit Behinderungen werden Taxifahrten zu einer ambulanten Behandlung einfacher. Sie gelten mit der ärztlichen Verordnung als genehmigt.

Längere Wegezeiten in der ambulanten Alten- und Krankenpflege, insbesondere im ländlichen Raum, sollen besser honoriert werden.

Pflegepersonaluntergrenzen

Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung müssen Krankenhäuser Pflegepersonaluntergrenzen einhalten. Durch Rechtsverordnung wurden diese Mindestgrenzen zunächst für vier pflegesensitive Bereiche festgelegt: Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie. Die Selbstverwaltungspartner erhalten den gesetzlichen Auftrag, die Pflegepersonaluntergrenzen weiterzuentwickeln.

Krankenhausfinanzierung

Der Krankenhausstrukturfonds wird für vier Jahre mit 1 Mrd. EUR jährlich fortgesetzt. Die Finanzierung erfolgt wie bisher je zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder. Die Anreize, für die Versorgung nicht mehr benötigte Krankenhausbetten abzubauen, werden verstärkt.

Gesetz zur Beitragssatzanpassung in der sozialen Pflegeversicherung

Der Beitrag zur Pflegeversicherung steigt um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 % (3,3 %). Die Anhebung ist notwendig, weil die Leistungsverbesserungen der letzten Jahre stärker als erwartet in Anspruch genommen werden. Außerdem sollen in den nächsten Jahren weitere ausgabenwirksame Verbesserungen hinzukommen, die mit dieser Beitragssatzanhebung finanziert werden können.

Quelle: PM BMG

Kein Honorar bei fehlerhafter zahnärztlich-implantologischer Leistung

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat sich in einer Entscheidung mit der Frage befasst, unter welchen Voraussetzungen der Honoraranspruch eines Zahnarztes für implantologische Leistungen entfällt, wenn die Implantate fehlerhaft eingesetzt wurden und eine Korrektur ihrer Position durch Nachbehandlung nicht möglich ist.

Im vorliegenden Fall ging es um Fehler beim Einsatz von acht Implantaten. Da die Patientin die Behandlung vorzeitig abbrach, unterblieb die vorgesehene prothetische Versorgung der Implantate, die sich derzeit noch im Kieferknochen befinden. Aufgrund der problematischen Behandlung verweigerte die Patientin die Bezahlung der Honorarrechnung in Höhe von 34.277,10 EUR. Sie berief sich darauf, dass sämtliche Implantate unbrauchbar seien, weil sie nicht tief genug in den Kieferknochen eingebracht und falsch positioniert worden seien. Ein Nachbehandler könne eine den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechende prothetische Versorgung des Gebisses nicht mehr bewirken.

Der BGH hat auf der Grundlage der durchgeführten Beweisaufnahme zu den Behandlungsfehlern und den verbliebenen Optionen zur Nachbehandlung bestätigt, dass ein Anspruch auf Honorarzahlung gemäß § 611 Abs. 1, § 612 Abs. 2 in Verbindung mit § 398 BGB nicht bejaht werden kann. Die implantologischen Leistungen seien für die Patientin insgesamt nutzlos, sodass gemäß § 628 Abs. 1 Satz 2 Fall 2 BGB kein Honoraranspruch besteht.

Zwischen der Beklagten und der Arztpraxis ist ein wirksamer Behandlungsvertrag zustande gekommen. Dieser stellt einen Dienstvertrag über Dienste höherer Art dar. Der Zahnarzt verspricht regelmäßig nur eine den allgemeinen Grundsätzen der zahnärztlichen Wissenschaft entsprechende Behandlung, nicht aber ihr – immer auch von der körperlichen und seelischen Verfassung des Patienten abhängiges – Gelingen.

Da das Dienstvertragsrecht keine Gewährleistungsregeln kennt, kann der Vergütungsanspruch bei einer unzureichenden oder pflichtwidrigen Leistung grundsätzlich nicht gekürzt werden. Liegt ein Behandlungsfehler vor, können sich allerdings Rechte und (Gegen-)Ansprüche des Patienten aus § 628 Abs. 1 Satz 2 BGB beziehungsweise § 280 Abs. 1 BGB ergeben.

Quelle: PM BGH zum Urteil vom 13. September 2018 – III ZR 294/16

GESUNDHEITSPOLITIK UND RECHT

Bundeskabinett beschließt Fachkräfteeinwanderungsgesetz – mehr Fachkräfte für Deutschland

Die Bundesregierung hat beschlossen, die Hürden für die Einwanderung qualifizierter Arbeitnehmer zu senken. Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz ermöglicht, dass Fachkräfte auch aus Staaten außerhalb der Europäischen Union künftig leichter einwandern können. Ein Baustein, um den Fachkräftemangel in Deutschland zu lindern. Das Gesetz regelt, wer zu Arbeits- und zu Ausbildungszwecken nach Deutschland kommen darf und wer nicht.

Zu den wesentlichen Neuerungen gehören:

- ein einheitlicher Fachkräftebegriff, der Hochschulabsolventen und Beschäftigte mit qualifizierter Berufsausbildung umfasst
- der Verzicht auf eine Vorrangprüfung bei anerkannter Qualifikation und Arbeitsvertrag
- der Wegfall der Begrenzung auf Mangelberufe bei qualifizierter Berufsausbildung
- die Möglichkeit für Fachkräfte mit qualifizierter Berufsausbildung, entsprechend der bestehenden Regelung für Hochschulabsolventen, für eine befristete Zeit zur Arbeitsplatzsuche nach Deutschland zu kommen (Voraussetzung sind notwendige deutsche Sprachkenntnisse und die Sicherung des Lebensunterhalts)
- verbesserte Möglichkeiten zum Aufenthalt für Qualifizierungsmaßnahmen im Inland mit dem Ziel der Anerkennung von beruflichen Qualifikationen
- Verfahrensvereinfachungen, eine Bündelung der Zuständigkeiten bei zentralen Ausländerbehörden und beschleunigte Verfahren für Fachkräfte

Flankierende Maßnahmen:

Für eine gezielte Steigerung der Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften aus Drittstaaten ergänzt und flankiert

die Bundesregierung die Regelungen des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes durch weitere Verbesserungen der Verwaltungsverfahren. Dies sind insbesondere Visumverfahren, gezielte Werbemaßnahmen gemeinsam mit der Wirtschaft, Beschleunigungen bei der Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse und eine verstärkte Sprachförderung insbesondere im Ausland.

Quelle: PM Bundesregierung vom 19. Dezember 2018

HONORAR

Kürzung des Honorars wegen fehlender CME-Punkte



Für die Erfüllung der Fortbildungspflicht eines Vertragsarztes nach § 95d Abs. 3 S. 1 SGB V kommt es auf den rechtzeitigen Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung an. Nach § 4 Abs. 1 der Regelungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten besteht eine Hinweispflicht der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber dem Vertragsarzt, dass seine Fortbildungspunkte noch nicht oder noch nicht vollständig vorliegen. Kommt die Kassenärztliche Vereinigung der Hinweispflicht nicht nach, sind Sanktionen in Form von Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 S. 3 SGB V nicht zulässig.

Aus Sicht eines Vertragsarztes reicht der Besuch von Fortbildungen nicht aus, um die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung zu erfüllen. Die Kassenärztliche Vereinigung muss auch rechtzeitig über die erreichten Punkte informiert werden. In der Folge klagte eine Fachärztin vergeblich beim Sozialgericht München gegen Honorarkürzungen, weil die Fortbildungspunkte nicht, bzw. nicht rechtzeitig der KV gemeldet worden waren.

In seiner Urteilsbegründung wies das Sozialgericht darauf hin, dass nach § 95d Abs. 3 S. 3 SGB V die Kassenärztliche Vereinigung für den Fall, dass der Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig erbringt, verpflichtet ist, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um zehn vom hundert zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 vom hundert. In § 95d Abs. 3 S. 6 SGB V ist sogar bestimmt, dass die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsaus-

schuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen soll, wenn der Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums erbringt.

Quelle: Sozialgericht München, Urteil vom 20. Juni 2018, Az.: S 38 KA 180/17

PRAXISFÜHRUNG

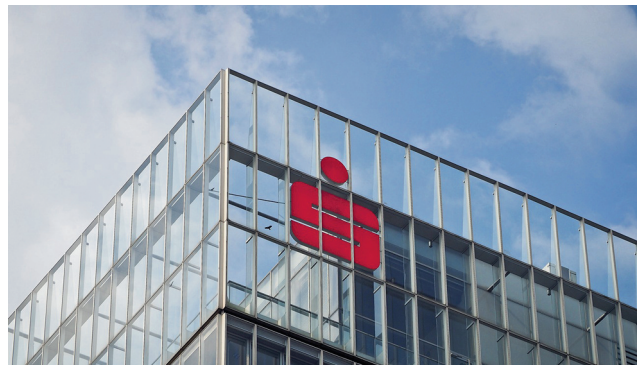
Praktische Tipps zur Datenschutzgrundverordnung – DSGVO

- Erstellen Sie wie vorgeschrieben ein Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten. Darin werden Tätigkeiten beziehungsweise Vorgänge erfasst, bei denen in der Praxis personenbezogene Daten verarbeitet werden. Die KBV stellt ein Muster bereit, das Sie nutzen können.
- Dokumentieren Sie Zugriffsberechtigungen, damit klar geregelt ist, wer in der Praxis auf Dateien und Ordner zugreifen kann.
- Achten Sie in den Praxisräumlichkeiten auf Diskretion, z. B. durch Trennung von Anmeldung und Wartezimmer.
- Verwahren Sie Patientenakten sicher. Die Computer sind passwortgeschützt, die automatische Bildschirmsperre ist aktiviert. Unterlagen werden so positioniert, dass andere Patienten diese nicht einsehen können.
- Versenden Sie Patientendaten niemals unverschlüsselt per E-Mail.
- Bei Anforderung von Patientenbefunden aus einer Klinik oder einer anderen Praxis wird immer eine Schweigepflichtentbindung des Patienten gebraucht. Nur in Ausnahmefällen nicht, bei lebenswichtigen Anfragen und in Situationen, wenn der Patient keine Einwilligung geben kann. Dann sollte das dokumentiert werden.
- Passen Sie den Behandlungsvertrag an die DSGVO an.
- Praxen mit weniger als zehn Personen müssen zwar keinen Datenschutzbeauftragten benennen, es sollte aber in der Praxis jemand über alle Belange des Datenschutzes Auskunft geben können. Der Praxischef ist Verantwortlicher im Sinne des Gesetzes.
- Vertrauliche Arzt-Patienten-Gespräche finden stets in geschlossenen Räumen statt.
- Bei Auskünften am Telefon wird die Identität des Anrufers gesichert, zum Beispiel durch gezielte Zusatzfragen oder einen Rückruf.
- Es ist festgelegt, wann und durch wen personenbezogene Daten gelöscht beziehungsweise vernichtet werden, sobald beispielsweise die Aufbewahrungsfrist abläuft.
- Patientenakten werden nach DIN-Normen vernichtet.
- Es ist festgelegt, was bei Datenpannen und Datenschutzverstößen zu tun ist und wer die Meldung übernimmt (in der Regel an die zuständige Aufsichtsbehörde innerhalb von 72 Stunden).

- Die Mitarbeiter in der Praxis wurden über die Einhaltung von Schweigepflicht und Datenschutz informiert.

FINANZEN

Bausparkasse darf kein Kontoentgelt verlangen



Die Zinsentwicklung am Kapitalmarkt macht zahlreichen Banken und Sparkassen zu schaffen. In dieser Situation versuchen viele Institute über die Schaffung oder Erhöhung der Kontoentgelte die Verluste am Zinsmarkt wettzumachen. Dass das nicht immer erfolgreich klappt, zeigt das verbraucherfreundliche Urteil des Landgerichts Hannover, vor dem der Bundesverband der Verbraucherzentralen vzbv gegen die Landesbausparkasse LBS Nord geklagt hat.

Nach der Entscheidung des Gerichts darf eine Bausparkasse kein jährliches Kontoentgelt dafür verlangen, dass sie Kundinnen und Kunden die Anwartschaft auf ein Bauspararlehen verschafft. Nach Auffassung der Richter steht dem Kontoentgelt keine echte Gegenleistung für Kunden gegenüber. Das Landgericht Hannover hat jetzt entschieden, dass auch ein Kontoentgelt in der Sparphase eines Bausparvertrags unzulässig ist. Das ist auch für Kunden anderer Bausparkassen wichtig, die vergleichbare Entgelte oder Servicepauschalen zahlen.

Die Richter schlossen sich damit der Auffassung des vzbv an, dass das Kontoentgelt die Bausparer unangemessen benachteiligt und daher unwirksam ist. Die Verwaltung der Bausparmittel sowie die Bewertung und Zuteilung von Bausparverträgen seien wesentliche Aufgaben, zu denen eine Bausparkasse gesetzlich und vertraglich verpflichtet sei. Dafür dürfe sie kein Entgelt verlangen. Die Klausel erfasse außerdem den gesamten Verwaltungs- und Kontrollaufwand der Bausparkasse. Solche allgemeinen Betriebskosten könnten generell nicht auf die Kunden abgewälzt werden.

Quelle: vzbv, PM vom 18. Dezember 2018 zum Urteil 74 O 19/18 des LG Hannover

WICHTIGER HINWEIS

Gesetze und Rechtsprechung ändern sich fortlaufend. Nutzen Sie deshalb unsere Briefe zur Information. Bitte denken Sie aber daran, dass Sie vor Ihrer Entscheidung grundsätzlich unsere Beratung in Anspruch nehmen, weil wir sonst keine Verantwortung übernehmen können.