



## STEUERN UND RECHT

### **Tumormeldungen eines Arztes für ein Krebsregister sind keine umsatzsteuerfreien Heilbehandlungen**

In einem aktuellen Fall vor dem Bundesfinanzhof (BFH) ging es um eine urologische Gemeinschaftspraxis als Klägerin. Sie erbrachte in den letzten Jahren sogenannte Tumormeldungen an eine Klinik als zentrale Anlaufstelle für ein Krebsregister. Diese Meldungen wurden auf einem einheitlichen Formblatt mit Identitätsdaten von Patienten, wie Familienname, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum, und deren epidemiologischen Daten, wie der Tumordiagnose, Lokalisation des Tumors, und Angaben zur Therapie erbracht. Für jede vorgenommene Tumormeldung erhielt die Gemeinschaftspraxis eine pauschale Vergütung von der Klinik.

Nach den Feststellungen des Finanzgerichts umfasste die jeweilige Tumormeldung lediglich eine reine Dokumentation erfolgter Behandlungen von Krebs-Patienten und erforderte keine weitere gutachterliche oder fachliche Tätigkeit des Arztes. Die entsprechenden Umsätze sah die Klägerin als steuerfreie Leistung an. Im Rahmen einer Außenprüfung beurteilten das Finanzamt und anschließend das Finanzgericht diese Umsätze jedoch als steuerpflichtig.

Entgegen der Auffassung des FG hätten die von ihr vorgenommenen Tumormeldungen an das Krebsregister therapeutischen Charakter und dienen dem Schutz der Gesundheit sämtlicher eigener und von anderen Ärzten behandelten Patienten. Anhand der Einsichtnahme in dieses Register nutzten sie, die Klägerin, und andere Urologen die Möglichkeiten, ihre Früherkennungsmethoden, konkrete Therapiemaßnahmen und die Nachsorge an die im Krebsregister erfassten Krankheitsverläufe anderer, gleich gelagerter Fälle anzulehnen und darauf abzustimmen. Dabei gehe es auch um die Wirkung und Verträglichkeit des Einsatzes bestimmter Krebsbekämpfungsmittel bei behandelten Patienten. Die Steuerfreiheit der streitgegenständlichen Leistungen entspreche auch dem Zweck der Steuerbefreiung, um somit die Kosten der ärztlichen Heilbehandlung zu senken. Denn der jeweilige Arzt könne seine Behandlung aufgrund der Dokumentationsergebnisse darauf abstimmen, welche Behandlungsmethoden zur Krebsbekämpfung am effektivsten seien.

Nach Auffassung des BFH erforderten jedoch die Leistungen der Klägerin in der reinen Dokumentation erfolgter Behandlungen keine gutachterliche oder fachliche Tätigkeit des Arztes und waren weder als Abschluss noch als Vorbereitung einer Therapie anzusehen. Das Krebsregister sei nach Auffassung des BFH auch kein unerlässlicher, fester und untrennbarer Bestandteil der Heilbehandlung durch die Gemeinschaftspraxis.

Quelle: BFH-Urteil XI R 31/13

### **Aufbewahrungsfristen in der Arztpraxis**

Der gesetzlichen Regelung § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) entsprechend, nach dem Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) und nach der Berufsordnung ist der Arzt verpflichtet, die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften ande-

## INHALTSVERZEICHNIS

### STEUERN UND RECHT

Tumormeldungen eines Arztes für ein Krebsregister sind keine umsatzsteuerfreien Heilbehandlungen | Seite 1

Aufbewahrungsfristen in der Arztpraxis | Seite 1 - 2

### HONORAR UND UMSATZ

Krankenkasse darf die Versorgung durch die preisgünstigste Apotheke sicherstellen | Seite 2

### GESUNDHEITSPOLITIK UND RECHT

Änderungen im Gesundheitswesen 2016 – was kommt auf die Arztpraxis zu? | Seite 2 - 4

### PRAXISFÜHRUNG

Terminservicestellen – Vermittlung von Facharzt-Terminen | Seite 2 - 3

Die Zukunft des Krank-Schreibens – mögliche Auswirkungen in der Praxis | Seite 3 - 4

### FINANZEN

Chefarztvergütung im Fokus: Welche Faktoren beeinflussen das Einkommen? | Seite 4

## WICHTIGER HINWEIS

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

## 1. Quartal 2016

re Aufbewahrungsfristen gelten. Bei einer in 2016 stattfindenden Therapie kann in der Regel die Dokumentation nach Ende des Jahres 2026 entsorgt werden. Doch jede Regel kennt ihre Ausnahmen.

### Aufbewahrung von mehr als 30 Jahren

Befindet sich der Patient z. B. in der Behandlung einer lang andauernden chronisch verlaufenden Krankheit, sollten die Unterlagen auf jeden Fall über den Zehnjahreszeitraum aufbewahrt werden. Treten innerhalb der Behandlungszeit Probleme durch Haftung, einen Rechtsstreit oder andere rechtliche Komplikationen auf, sind längere Aufbewahrungszeiten auf jeden Fall empfehlenswert. So können Verjährungsfristen, die erst mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist, zu längeren Aufbewahrungszeiten führen.

Bei Gerichtsverfahren, in denen Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden, sollte die Dokumentation wegen der geltenden Verjährungsfristen 30 Jahre lang aufbewahrt werden. Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen sind 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren. Röntgenbilder und die Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen sind zehn Jahre lang nach der letzten Untersuchung aufzubewahren. Röntgenbilder und die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person aufzubewahren. Die zuständige Behörde kann verlangen, dass im Falle der Praxisaufgabe oder sonstiger Einstellung des Betriebes die Aufzeichnungen und Röntgenbilder unverzüglich bei einer von ihr bestimmten Stelle zu hinterlegen sind.

Neben der Faustregel von 10 Jahren Aufbewahrungsfrist gibt es für bestimmte Unterlagen aber auch kürzere Fristen von 3 Jahren, wie z. B. für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Aufzeichnungen zum Betäubungsmittelbestand.

Einen ausführlicheren Überblick dazu gibt der Artikel von KVNO aktuell online, Mai 2015, zu finden unter dem Google-Shortlink <https://goo.gl/OoHBjI>.

## HONORAR UND UMSATZ

### Krankenkasse darf die Versorgung durch die preisgünstigste Apotheke sicherstellen

Der § 129 Abs. 5 Satz 3 SGB V erlaubt den Krankenkassen, die Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten durch Verträge mit Apotheken sicherzustellen; dabei können Abschläge auf die ansonsten geltenden Preise vereinbart werden.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat am 25. November 2015 entschieden, dass die Krankenkassen aufgrund dieser Vorschrift berechtigt sind, zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven exklusive Verträge mit einzelnen Apotheken zu schließen. Solche nach einer Ausschreibung vergebenen Versorgungsverträge über Zytostatikazubereitungen (Chemotherapie-Infusionen), die zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten direkt an die ärztliche Praxis geliefert werden, schließen alle anderen Apotheken von der Versorgungsberechtigung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Denn die Krankenkassen können Abschläge auf die ansonsten geltenden Preise nur realisieren, wenn sie im Gegenzug die Abnahme bestimmter Mengen zusagen können. Deshalb gehört eine zumindest prinzipielle Exklusivität der Lieferbeziehungen zu den Essentialia eines entsprechenden Vertrages. Werden die Zytostatikazubereitungen – wie gesetzlich vorgeschrieben – direkt von der Apotheke an die ärztliche Praxis geliefert, haben die Patienten kein rechtlich geschütztes Interesse an der Wahl einer bestimmten Apotheke.

Aus diesen Gründen war die Sprungrevision der beklagten Krankenkasse erfolgreich; der klagende Apotheker hat keinen Vergütungsanspruch für die von ihm im Dezember 2013 trotz entsprechender Mitteilung seitens der Beklagten hergestellten und an eine onkologische Praxis gelieferten anwendungsfertigen Zytostatikazubereitungen. Vielmehr kann die Beklagte die Rückzahlung hierfür bereits vorläufig geleisteter ca. 70.500 EUR verlangen, und dem entgegenstehenden Feststellungsbegehren des Klägers kann nicht entsprochen werden.

Quelle: Az.: B 3 KR 16/15 R; AOK – Hessen

## PRAXISFÜHRUNG

### Terminservicestellen – Vermittlung von Facharzt-Terminen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben regional sogenannte Terminservicestellen eingerichtet. Sie sollen Patienten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen ei-

## GESUNDHEITSPOLITIK UND RECHT

### Änderungen im Gesundheitswesen 2016 – was kommt auf die Arztpraxis zu?



Im Jahr 2016 startet eine große Palette von Reformpaketen und Verordnungen für alle Berufe und Institutionen im Gesundheitsmarkt. In einem kleinen Überblick informieren wir Sie, was davon insbesondere auf die Praxis des niedergelassenen Arztes zukommt.

### Mehr Geld im Topf zulasten der Versicherten und Steuerzahler

Die Zusatzbeitragssätze in der GKV steigen auch bedingt durch die Gesundheitsreformen. Da Zusatzbeitragssätze laut Gesetz nur von GKV-Versicherten getragen werden, treffen die Erhöhungen nur sie. Die Arbeitgeber tragen die Hälfte (7,3 %) des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 %. Für die andere Hälfte kommen ebenfalls die Versicherten auf.

Der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds 2016 wird nach der Kürzung in den Jahren 2013 bis 2015 jetzt wieder 14 Milliarden EUR betragen.

Im darauffolgenden Jahr wird er dann auf 14,5 Milliarden steigen. Mit dem Bundeszuschuss werden gesamtgesellschaftliche Aufgaben bzw. versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Dazu gehören zum Beispiel die beitragsfreie Familienmitversicherung oder Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

### Aufkauf von Arztpraxen

Die Versorgung durch niedergelassene Ärzte ist regional ungleich verteilt. Um die Verteilung der Arztsitze zu steuern und die bestehende Überversorgung abzubauen, konnten die Kassenärztlichen Vereinigungen schon in der Vergangenheit Arztpraxen aufkaufen, wenn der Praxisinhaber seine Tätigkeit beenden wollte. Bisher wurde jedoch lediglich eine Psychotherapeuten-Praxis im überversorgten Bremen geschlossen.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz ist aus der Freiwilligkeit seit dem 23. Juli 2015 eine „Soll-Regelung“ geworden. Allerdings greift diese Pflicht zum Aufkauf einer Praxis erst ab einem Versorgungsgrad

## 1. Quartal 2016

nen Termin beim Facharzt vermitteln. Dies hat die Bundesregierung mit dem Versorgungsstärkungsgesetz so festgelegt. Mit dieser Erläuterung wendet sich die KBV an die Patienten.

Die Terminservicestelle der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung vor Ort unterstützt Patienten auf Wunsch dabei, so schnell wie möglich einen Termin beim Facharzt zu vereinbaren.

### Voraussetzungen:

- Sie sind gesetzlich krankenversichert.
- Sie haben eine Überweisung zu einem Facharzt erhalten. Ausnahme: Für Termine beim Augenarzt oder beim Frauenarzt benötigen Sie keine Überweisung, um den Terminservice in Anspruch zu nehmen.

### So funktioniert die Terminvermittlung:

- Sie erfahren die Telefonnummer und die Sprechzeiten der Terminservicestelle von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.
- Nach dem Anruf bietet der Terminservice innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Facharzt an. Die Wartezeit zwischen Anruf und Termin beträgt maximal vier Wochen. Ausgenommen davon sind Bagatellerkrankungen und Routineuntersuchungen.
- Sie müssen den Termin absagen? Dann geben Sie den Termin bitte rechtzeitig wieder frei: Sagen Sie bei der betroffenen Praxis ab und teilen Sie dies auch der Terminservicestelle mit. Wenn Sie den Termin absagen, ist die Terminservicestelle nicht verpflichtet, Ihnen einen neuen Termin anzubieten. Ausnahme: Sie sagen den Termin, den Sie gerade erhalten haben, noch am gleichen Tag wieder ab. Dann kann Ihnen die Terminservicestelle einen zweiten Termin anbieten.
- Sollte die Terminservicestelle keinen Termin bei einem niedergelassenen Facharzt anbieten können, vermittelt sie Ihnen einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus.

### Bitte beachten Sie:

- Über die Terminservicestelle erfolgt keine Vermittlung eines Wunschtermins bei einem bestimmten Arzt („Wunscharzt“). Sie erhalten einen Termin bei einem Arzt, der in dem jeweiligen Zeitraum freie Termine hat.
- Es ist deshalb möglich, dass mit dem vermittelten Termin auch eine weitere Anfahrt für Sie von Ihrem Wohnort zum Facharzt verbunden ist.
- Es empfiehlt sich daher, dass Sie zuerst bei Ihrem Wunscharzt anfragen und versuchen, dort einen Termin zu vereinbaren, bevor Sie sich an den Terminservice wenden.
- Welche Fachärzte in Ihrer Nähe praktizieren, erfahren Sie über die Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung (<http://www.kbv.de/html/arztsuche.php>). Mit der kostenlosen BundesArztsuche-App (<http://www.kbv.de/html/BundesarztsucheApp.php>) können Sie die Informationen auch einfach mobil mit dem Smartphone abrufen.
- Der Terminservice vermittelt nur Facharzt-Termine, keine Termine beim Psychotherapeuten, bei Zahnärzten oder bei Kieferorthopäden. Auch Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte sind ausgenommen.

Quelle: PM KBV.de

## Die Zukunft des Krank-Schreibens – mögliche Auswirkungen in der Praxis

In einem brisanten Gutachten des Sachverständigenrats zur Entwicklung im Gesundheitswesen wird die starke Zunahme des Krankengeldes und ihre volkswirtschaftliche Auswirkung auf Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten untersucht. Danach stiegen die Ausgaben für Krankengeld seit dem Jahr 2007 überproportional mit einer Steigerungsrate von durchschnittlich 8,1 % pro Jahr auf 10,6 Milliarden EUR im Jahr 2014. Zum Vergleich: Die GKV-Leistungsausgaben stiegen im gleichen Zeitraum nur um durchschnittlich 4,3 % pro Jahr (von 139 auf fast 194 Milliarden EUR). Die im Vergleich zu den GKV-Leistungsausgaben überproportional steigende Entwicklung der Krankengeldausgaben wirft Fragen nach den Ursachen dieser wechselhaften Entwicklung auf, insbesondere nach den diesen Anstieg erklärenden Faktoren, aber auch nach Maßnahmen, die geeignet sein könnten, die zweckgemäße Nutzung des Instruments Krankengeld sicherzustellen.

Da das Krankengeld nur einen Teil des ausgefallenen Erwerbseinkommens ersetzt, sind bereits jetzt soziale Härten nicht auszuschließen. Dies dürfte in Betracht zu ziehen sein, wenn Maßnahmen geprüft werden, die zu einer Begrenzung des Kranken-

von 140 %, sodass die notwendige Umverteilung von Arztsitzen auch künftig nur langsam vorangehen wird.

### Ländliche Versorgung und Arzthonorare

Auf die Stärkung der ländlichen Versorgung zielt das Versorgungsstärkungsgesetz ab. Neben dem Strukturfonds zur Gründung von Praxen oder dem Aufbau von Zweigniederlassungen sollen Anreize für unterversorgte Gebiete dadurch entstehen, dass Ärzte aus unterversorgten Gebieten nach einigen Jahren bei dem Praxisaufkauf in überversorgten Gebieten bevorzugt werden.

Gleichzeitig werden allerdings die Arzthonorare ohne Berücksichtigung der Versorgungssituation durch eine Konvergenzregelung ab 2017 bundesweit angeglichen. Ob mit diesen Neuregelungen die Versorgung in ländlichen Gebieten tatsächlich gestärkt wird, ist fraglich, da z. B. vor allem Regionen mit bereits heute hoher Arztszahl von der Konvergenzregelung profitieren dürften.

### Anspruch auf Medikationsplan

Das E-Health-Gesetz ist gestartet. Eine der vielen Maßnahmen daraus ist der Medikationsplan. Das bedeutet, dass Patienten, die mindestens drei verordnete Medikamente einnehmen, durch das E-Health-Gesetz ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen einheitlichen Medikationsplan in Papierform erhalten. Der Anspruch auf einen Medikationsplan gilt gegenüber jedem Vertragsarzt und auch gegenüber Apotheken. Sobald die Telematikinfrastruktur soweit ist, soll der Medikationsplan zusätzlich in elektronischer Form zur Verfügung stehen.

### Der Einfluss des Patienten wird verstärkt

Behandlungsabläufe, Termine und damit die Praxisführung werden zukünftig deutlicher auf die Beteiligung und die Einflüsse des Patienten durch die Einführung der Zweitmeinungssprechstunde, der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) und den Start der Terminservicestellen ausgerichtet sein.

Die Zweitmeinungssprechstunde über die Konsultation eines zweiten Arztes soll vor der Behandlung von schwerwiegenden, komplexen oder seltenen Erkrankungen helfen, die richtigen Entscheidungen fällen zu können.

### Wie funktioniert das ärztliche Zweitmeinungsverfahren?

Wenn der Patient eine zweite Meinung zu Krankheitsbild, Diagnostik oder seiner Therapie haben möchte, hilft ihm die Krankenkasse dabei, einen weiteren Arzt zu konsultieren. Für das ärztliche Zweitmeinungsverfahren muss allerdings bereits eine erste Meinung eingeholt worden sein.

## 1. Quartal 2016

geldanspruchs führen würden. Zu den Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Begrenzung des Krankengeldanstiegs gehört die **Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengelds**. Vorbild dafür ist ein schwedisches Modell. In Schweden beginnt mit der Krankschreibung ein stufenweiser Begutachtungsprozess zur Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nach dem Prinzip der sogenannten Rehabilitationskette. Die schwedische Sozialkasse beurteilt dabei in festgelegten Zeitintervallen, ob und in welchem Maße die vorherige bzw. eine andere Tätigkeit ausgeübt werden kann. Vergleichbar sollte es auch in Deutschland ermöglicht werden, die im Rahmen einer Krankschreibung festgestellte Arbeitsunfähigkeit prozentual zu differenzieren. Die Einstufung könnte dabei auf 100 %, 75 %, 50 % oder 25 % Arbeitsunfähigkeit erfolgen. Die Höhe des Krankengelds würde analog zur prozentualen Reduktion der Arbeitsfähigkeit berechnet. Die Festlegung der graduellen Arbeitsunfähigkeit sollte im Konsens mit dem Betroffenen ärztlich festgestellt und bei einer Veränderung des Gesundheitszustands angepasst werden. Gegenüber der derzeit in Deutschland praktizierten Alles-oder-nichts-Regelung (entweder „gesund“ oder zu 100 % arbeitsunfähig) ermöglicht eine differenzierte Ausgestaltung die Nutzung des verbleibenden „Restleistungsvermögens“ und vermeidet die sozialen und finanziell negativen Folgen einer unnötig verzögerten Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.

Eine „Teilkrankschreibung“ sollte bereits im Rahmen der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber möglich sein. Dies eröffnet die Möglichkeit, dass erkrankte Arbeitnehmer je nach Grad der Arbeitsfähigkeit ihr „Restleistungsvermögen“ einbringen können. Nach Ablauf der Entgeltfortzahlungsfrist sollten die Arbeitnehmer bei einer graduellen Teilarbeitsunfähigkeit von z. B. 50 % (neben dem ihnen dann zustehenden Entgeltanteil) 50 % des Krankengeldanspruchs erhalten.



### **Empfehlung 2: Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die Versorgung psychischer Erkrankungen**

Psychische Erkrankungen sind der zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland, jedoch beschränkt die Wartezeit auf einen Therapieplatz den Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung und verlängert möglicherweise die Krankheitsdauer. Eine kritische Prüfung und populationsorientierte Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die Psychotherapie unter Berücksichtigung regionaler Bedarfsunterschiede kann einer Unter- bzw. Überversorgung entgegensteuern.

### **Empfehlung 3: erweiterte Mitwirkungspflichten der Versicherten nach kassenseitiger Aufforderung, bei geminderter Erwerbsfähigkeit unmittelbar einen Rentenantrag zu stellen**

Bisher besteht die Mitwirkungspflicht der Versicherten nur im Hinblick auf die Stellung eines Reha-Antrags (§ 51 SGB V): Wenn sie den Reha-Antrag nicht stellen, entfällt der Krankengeldanspruch. Gleichmaßen sollte der Krankengeldanspruch entfallen, wenn Versicherte, bei denen die Erwerbsfähigkeit deutlich gemindert ist, der Aufforderung, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen, nicht nachkommen.

### **Empfehlung 4: erweiterte Mitwirkungspflichten der Versicherten nach kassenseitiger Aufforderung, einen Antrag auf Altersrente zu stellen**

Analog zur Erwerbsminderungsrente sollte auch eine Aufforderung zur Beantragung der Altersrente erfolgen können, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. Bei Nichtmitwirken seitens der Versicherten sollte auch hier der Krankengeldanspruch entfallen.

### **Empfehlung 5: Verkürzung der zehnwöchigen Frist zur Beantragung einer Reha auf vier Wochen**

Die derzeit vergleichsweise lange Frist zur Beantragung einer Reha kann zu negativen Gesundheitseffekten bei den Betroffenen führen. Eine frühzeitige Einleitung solcher Maßnahmen ist sowohl für die Gesundheit der Betroffenen als auch für die Krankengeldausgaben der Krankenkassen vorteilhaft.

Neben der von den Krankenkassen getragenen Zweitmeinungssprechstunde können Versicherte sich bei der aus GKV-Mitteln finanzierten Unabhängigen Patientenberatung (UPD) z. B. über gängige Behandlungsmethoden bei bestimmten Erkrankungen informieren, sich zu Arztrechnungen oder zu Leistungen der Krankenversicherung sowie weiteren sozialrechtlichen Fragen beraten lassen. Die UPD wird ausgebaut und ist länger als bisher erreichbar. Unter einer neuen Trägerschaft werden die Berater wochentags von 8:00 bis 22:00 Uhr und samstags von 8:00 bis 18:00 Uhr über eine bundesweit kostenfreie Rufnummer erreichbar sein. An 30 Standorten sind künftig persönliche Beratungsgespräche möglich.

Oberster Grundsatz soll dabei die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sein. Darauf werden alle rund 120 Berater, u. a. Mediziner und Juristen, intensiv geschult und ihre Arbeit durch ein umfassendes Qualitätsmanagement abgesichert.

### **Start der Terminservicestellen**

Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sollen bei der Suche nach einem Facharzttermin helfen. Sie sollen den Versicherten innerhalb einer Woche einen Facharzttermin in zumutbarer Entfernung vorschlagen. Die Wartezeit auf den Termin darf 4 Wochen nicht überschreiten. Ein Anspruch auf einen bestimmten Arzt besteht nicht. Details der Regelung werden in einem Bundesmantelvertrag für die Vertragsärzte geregelt.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat den Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 23. Januar 2016 (sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) Zeit für die Einrichtung der Terminservicestellen gegeben.

Quellen: bmg.bund, AOK, vdek

## FINANZEN

### **Chefartzvergütung im Fokus: Welche Faktoren beeinflussen das Einkommen?**

Die Grundvergütung der Chefärzte ist von 2014 auf 2015 im Schnitt um 3,7 % gestiegen, die der Ärzte insgesamt um 3,6 %. Das Jahresgesamtgehalt der Chefärzte hat sich mit durchschnittlich 279.000 EUR im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Dies sind Ergebnisse des Kienbaum-Vergütungsreports 2015 „Ärzte, Führungskräfte und Spezialisten in Krankenhäusern“. In diese Studie sind die Daten von 60 Krankenhäusern mit Vergütungsinformationen zu 362 nichtärztlichen Fach- und Führungskräften sowie 923 Ärzten eingeflossen.

Ausführliche Informationen dazu unter <http://goo.gl/vt9WAV>.