

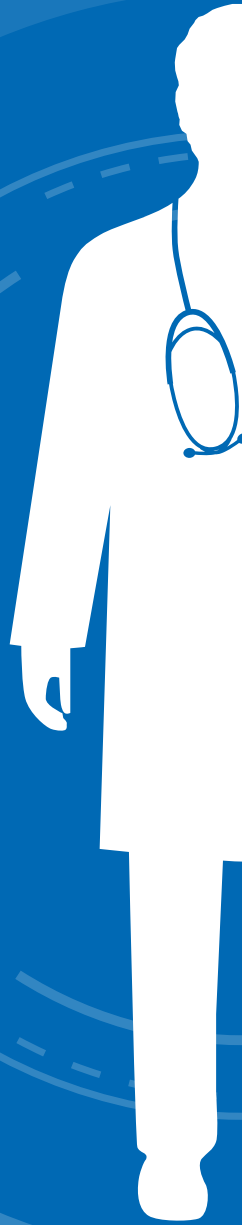


Praxisorientierte Lösungen für Ärzte

Handlungsempfehlungen zu aktuellen Rechtsfragen

AKTUELLE THEMEN IM ÜBERBLICK

- Seite **4** —————
Tausendmal ist nichts passiert
Interessenkonflikte im Gesundheitswesen
- Seite **6** —————
Vorurteil und Realität
Das Medizinische Versorgungszentrum
- Seite **8** —————
Die Nullbeteiligung an der Praxis
Steuerliche Risiken der Juniorpartnerschaft
- Seite **10** —————
Jobsharing und MVZ-Anstellung
Zulassungsrechtliche Besonderheiten
- Seite **13** —————
Kündigungsschutz in neuen Versorgungsformen
Was ist zu beachten?
- Seite **16** —————
Risiko oder Chance?
Freier Mitarbeiter und Scheinselbständigkeit
- Seite **18** —————
Schweigen ist Gold!
Wann ist die Schweigepflicht durchbrochen?
- Seite **24** —————
Richtgrößenprüfung
Beratung vor Regress sowie individuelle Vereinbarungen





Wir machen das Recht verständlich

Das Recht ist bisweilen schwierig zu verstehen. Das gilt insbesondere für das Medizinrecht. Gesetzgebung und Rechtsprechung tragen dazu bei, dass in vielen Bereichen des Medizinrechts komplexe Regelungen bestehen. Das erschwert den Zugang zu den rechtlichen Grundlagen bisweilen so sehr, dass es Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt schwer fällt, den Überblick zu behalten.

Insbesondere für Ärzte birgt das Medizinrecht eine Vielzahl an Stolpersteinen und Fallen. Die ETL-Medizinrechtler haben es sich zur Aufgabe gemacht, komplizierte rechtliche Regelungen praxistauglich umzusetzen. Als Ergebnis erhalten Sie einfache und praxisnahe Lösungen statt missverständliche Paragraphen.

Diese Broschüre beinhaltet eine Zusammenstellung wichtiger aktueller Themen, die wir für Sie unter die Lupe genommen und bewertet haben.

Für weitergehende Fragen oder eine individuelle Fallberatung rufen Sie uns gern an!

Tausendmal ist nichts passiert

Interessenkonflikte im Gesundheitswesen

Dr. Lars Lindenau,
lars.lindenau@etl.de

Zum Einstieg in diesen Beitrag ist die Assoziation gewollt: Das Lied der Klaus Lage Band aus dem Jahr 1984 stammt aus dem Album „Schweißperlen“. Schweißperlen können zukünftig entstehen, soweit man das Themenumfeld „Interessenkonflikte im Gesundheitswesen“ nicht zur Kenntnis nehmen will oder schlicht unterschätzt.

Es gibt hinreichend Anhaltspunkte dafür, dass der Gesetzgeber zukünftig unerwünschte Interessenkonflikte im Gesundheitswesen unter Strafe stellen will und dafür einen neugefassten Tatbestand im Strafgesetzbuch schafft. Es hatte bereits gesetzgeberisch „zooom“ gemacht – allerdings nur als Gesetzesentwurf. Dieser ist versendet. Trotzdem lässt sich diese erste Aktivität des Gesetzgebers dahingehend deuten, damit deutlich sensibler umzugehen als in der Vergangenheit – 1000mal ist nichts passiert.

Im Kern geht es darum, dass Ärzte und Zahnärzte ihre Patientenbeziehungen zum einen nicht kommerzialisieren sollen, um nach dem Prinzip „rechte Tasche – linke Tasche“ doppelt zu kassieren und zum anderen geht es um die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen. Monetäre Interessen sollen also eliminiert werden.

Typische Fälle von Interessenkonflikten

- Geldzahlungen/andere wirtschaftliche Vorteile für Patientenzuführungen
- unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien, Durchführung von Schulungsmaßnahmen, Gestellung von Räumlichkeiten bzw. Personal oder die Beteiligung an den Kosten
- kick-back Zahlungen/Rückvergütungen bei scheinbar korrekter Abrechnung

- Gründung von BAGs ohne eigene medizinische Leistung, aber mit Gewinnanteil
- Beteiligung an Unternehmen im Gesundheitswesen, bei denen der Arzt/Zahnarzt die Patientenströme hineinsteuern und daraus „spürbare“ Gewinne pro Jahr (insbesondere fünfstellig) erzielen kann/erzielt hat

Abgesehen vom Strafrecht werden viele verbreitete und typische Fälle aber auch bereits vom Vertragsarzt-, Berufs- und Wettbewerbsrecht erfasst mit den möglichen Folgen von z.B. Verwarnung, Verweis, Geldbuße bis zu 10.000 Euro, Anordnung des Ruhens der Zulassung und bei gröblicher Pflichtverletzung sogar Zulassungsentzug.

Je nach Fallgestaltung können die Folgen also erträglich oder gravierend oder ggf. existenzgefährdend sein. Insbesondere die Berufsgruppe der Ärzte, also Haus- und Fachärzte sowie Zahnärzte stehen im Fokus. Allerdings sind auch alle weiteren Leistungserbringer der GKV von dieser Thematik grundsätzlich erfasst. Diese müssen ihrerseits auch mit berufsrechtlichen oder zulassungsrelevanten Folgen rechnen.

Zu den o. g. Fallgestaltungen lässt sich folgendes punktuell weiter ausführen:

- Im Pharmavertrieb sollen keine – auch geringwertigen – Geschenke mehr an die Ärzte als Vertriebsunterstützung eingesetzt werden. Es darf mit Spannung erwartet werden, wie Vertriebsprofis darauf reagieren. Auch nur mittelbare Vorteilszuwendungen, z. B. an Familienmitglieder oder andere Sachzuwendungen (PKW, Laptop) sind nicht nur unzulässig, sondern es werden sich auch die Fragen nach der korrekten steuerlichen Behandlung stellen. In der Betriebsprüfung können solche Fälle aufkommen.

- Interessenkonflikte aus unentgeltlichen Überlassungen von Geräten etc. lassen sich meist mit dem Fremdvergleichsmaßstab lösen (übliche oder angemessene Vergütungen, Mietspiegel, Fremdvergleich anhand weiterer Branchenanbieter; geringe Abweichungen oder Zu- oder Abschläge sind in begründeten Fällen gerechtfertigt).
- Bei Kick-backs hat es schon „zoom“ gemacht: Sobald diese einen Bezug zur Richtigkeit der (zahn-)ärztlichen Abrechnungen haben, können sie bereits heute als Abrechnungsbetrug strafbar sein. Das ist z.B. dann gegeben, wenn nachträgliche Rabattzahlungen bei der Abrechnung hätten angegeben werden müssen. Daneben wäre in diesen Fällen auch die Zulassung stets gefährdet.
- Bei BAGs ohne eigene medizinische Leistung steht insbesondere die Teil-BAG im Fokus, die tatsächlich Zuweiserkonstellationen gesellschaftsrechtlich kaschieren soll. Die Kammern haben solche Fälle im Blick und bewerten sie z.T. sehr restriktiv. Es können aber auch positive Ergebnisse in enger kommunikativer Abstimmung erzielt werden.
- Auch bei „kritischen Beteiligungen“ ist die Einordnung nach dem Fremdvergleichsmaßstab zielführend. Durch „Strohmann“- und Treuhändergestaltungen wird hindurchgeschaut; sie bringen also keine Abschirmwirkung. Weiterhin ist der „Steuerungshebel“ im Hinblick auf Patientenzuführung und Beteiligungsgewinn entscheidend. Schließlich kommt es auf die „Spürbarkeit“ der Einkünfte bzgl. deren Höhe an. In der Rechtsprechung dominieren die Fälle mit mindestens fünfstelligen Gewinneinkünften, die in diesem Sinne stets „spürbar“ sind. Vergangene Sachverhalte können nicht repariert werden. Für die Zukunft lassen sich die Beteiligungs- und Gewinnvereinbarungen ins Positive gestalten.

Fazit

Aus vielen Stimmen der Ärzte- und Zahnärzteschaft, aber auch aus der Beraterschaft von Rechtsanwälten und Steuerberatern im Gesundheitswesen lässt sich erahnen, dass die o.g. Fälle in 2015 beherrschendes Thema werden könnten, insbesondere durch die Einführung des geplanten Straftatbestandes. Die Fallgestaltungen sind mit z.T. besonderem Fingerspitzengefühl zu eruieren, zu analysieren und entsprechend ihrem Ansatz – möglichst mit positivem Ausgang – zu lösen.

Wir möchten Ihnen insgesamt bei dieser besonderen Thematik ein – frei nach Helene Fischer – „Atemlos durch die Nacht“ ersparen. Spielen Sie bei diesem Themenfeld nicht Monopoly, auch ein Song aus dem Album „Schweißperlen“. ...und es hat „zoom“ gemacht – hoffentlich durch diesen Beitrag im positiven Sinne.

Vorurteil und Realität

Das Medizinische Versorgungszentrum

Dr. Jens-Peter Damas,
jens.damas@etl.de

2.006 zugelassene MVZ und fast 12.800 dort tätige Ärzte können nicht irren: Ist das MVZ nun Deckmäntelchen für arztfremde kapitalfokussierte Heuschrecken oder ist es nur eine andere Form der Berufsausübungsgemeinschaft?

Der status quo zum 31.12.2013 lautet wie folgt: 795 der 2.006 MVZ sind in Krankenhausträgerschaft (40%). Daher ist eine knappe Mehrheit für die Vertragsärzte zu verbuchen. Über 1.220 MVZ sind in der Rechtsform der GmbH tätig (60%). Die GbR dominiert als weitere Rechtsform. Von den 1.220 MVZ-GmbHs sind 634 in Krankenhausträgerschaft (52%). Die GmbH ist bei Krankenhäusern und Vertragsärzten etwa gleichermaßen beliebt. Eines fällt jedoch auf: Die Anzahl angestellter Ärzte steigt seit 2006 erheblich stärker an (von 1.700 auf 11.375) als die Anzahl tätiger Vertragsärzte, die seit 2008 etwa zwischen 1.300 bis 1.400 stagniert. Die MVZ-GmbHs bedienen sich ausschließlich des Angestelltenmodus, vor allem in Krankenhausträgerschaft. In den mehr als 500 MVZ-GbRs dagegen sind – wie in „herkömmlichen“ BAGs – freiberufliche Vertragsärzte als Grundtypus tätig. Alle MVZ sind mit im Durchschnitt 6,4 Ärzten besetzt. Ab dem Jahr 2010 hat sich das Wachstum erkennbar abgeschwächt – von der Anzahl der Zulassungen und vom Tätigkeitsumfang gesehen. Häufigste Facharztgruppen sind die Hausärzte, die fachärztlichen Internisten sowie die Chirurgen. 47% finden sich in Kernstädten/Ballungsräumen, 38% in Ober- und Mittelzentren und 15% im ländlichen Raum.

Damit ergeben sich drei mögliche Antworten:

- Die mehr als 500 MVZ-GbRs sind nichts anderes als vergleichbare BAGs.
- Die GmbH ist nur in vereinzelt Fällen ein Deckmäntelchen für Heuschrecken. Sie ist

als Rechtsform gleichermaßen verbreitet bei Ärzten und Krankenhäusern, die sich insbesondere dem Angestellten-Grundtypus bedienen.

- Die herkömmliche Einzelpraxis hat also bereits die Schwelle zur „Praxis-GmbH“ in der Ausprägung MVZ längst genommen. Allerdings hat sich das anfangs große Wachstum der MVZ seit 2010 erkennbar abgeschwächt. MVZ wachsen im Wesentlichen nur noch durch die Anzahl der Anstellungen, vornehmlich in Krankenhausträgerschaft. Krankenhäuser sehen eher noch Wachstumspotential und realisieren dieses durch Praxisübernahmen.

Beratungshinweise aus rechtlicher Sicht:

Einige Alleinstellungsmerkmale im Vergleich zur BAG waren in der Vergangenheit bereits weggefallen (Anstellung von Ärzten, Zulassungsverdopplung). Einzelpraxen und BAGs können jedoch nur zahlenmäßig begrenzt anstellen. Es sind drei bzw. vier (bei medizinisch-technischen Leistungen) in Vollzeit tätige, angestellte Ärzte pro Vertragsarzt zulässig. MVZ haben diese Zahlenbegrenzung gerade nicht. Wer also nachhaltige Expansionsgelüste durch zahlreiche Praxisübernahmen umsetzt, um sich angestellter Ärzte zu bedienen, landet eher früher als später im MVZ.

Unentschieden herrscht dagegen auf der Honorarebene: Bei der Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen wird das MVZ den arztgruppen- und schwerpunktübergreifenden BAGs gleichgestellt. Das anfänglich befürchtete Abrechnungsproblem bei privatärztlichen Leistungen durch eine GmbH hat sich durch eine weitestgehend kulante Abrechnungspraxis der privaten Krankenversicherer erheblich entschärft.

Der Rechtsform-„vorteil“ der GmbH liegt durch den o.g. status quo zwar auf der Hand, erfordert jedoch einen höheren „Pflege-„aufwand“,

was die Handhabung und den formellen Rahmen angeht. Eine vermögensmäßige Abschirmwirkung – häufiges Motiv einer GmbH – ist durch die vorgeschriebene Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung der MVZ-Gesellschafter weitgehend vom Tisch. Das dadurch vorgegebene Haftungsregime trifft den Arzt oder das Krankenhaus wie in einer Einzelpraxis, also insbesondere bei Honorarkorrekturen oder -regressen.

Wer sich schließlich aus Gründen des Praxismarketings „Zentrum“ nennen will, kann dies als MVZ tun, nicht aber als Einzelpraxis. Aber: Jede fach- oder schwerpunktübergreifende BAG ist eigentlich ein MVZ. In 95% der Fälle wird es keinen zwingenden Grund geben, in das MVZ gehen zu müssen. Man kann – als Vertragsarzt – weitestgehend in der BAG bleiben. Krankenhäuser, nichtärztliche Dialyseeinrichtungen und gemeinnützige zugelassene Träger müssen sich des MVZ bedienen, um an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können.

Beratungshinweise aus steuerlicher Sicht:

Steuerlich ergibt sich bei einer MVZ-GbR keine andere Behandlung als bei einer BAG-GbR. Die Besteuerungssituation und das Verfahren sind identisch. Eine Wahlmöglichkeit zwischen Bilanz oder Einnahme-Überschussrechnung besteht.

Bei der Rechtsform der GmbH ist allgemein zu prüfen, ob sich wie in den meisten Fällen nicht sogar eine höhere ertragsteuerliche Gesamtsteuerbelastung ergibt. In einigen Fällen, wie z. B. bei geplanten größeren Investitionen, kann sich ein gewisser Spardosen-Effekt bei der GmbH einstellen. Dasselbe gilt für mögliche Pensionszusagen oder eine betriebliche Altersversorgung.

Eine GmbH hat eine Bilanz zu erstellen und ist kraft Rechtsform gewerbesteuerpflichtig. Umsatzsteuer fällt wie bei der MVZ-GbR nur an, soweit die Leistungen nicht medizinisch indiziert sind und dieses nicht nachgewiesen werden kann. Bei der Praxisbewertung einer MVZ-GmbH kann es zu anderen Bewertungsmodellen abweichend vom „modifizierten Ertragswertverfahren“ und damit zu vergleichsweise höheren Praxiswerten kommen. Rein steuerliche Gründe sind jedenfalls kein Gründungsmotiv für ein MVZ.

Fazit

Todgesagte leben länger: War das MVZ bei seiner Einführung 2004 eine Spielwiese des Gesetzgebers, um eine Liberalisierung des Berufsrechts auszuprobieren, so hat die Berufsausübungsgemeinschaft mittlerweile nachgezogen und die Unterschiede weitgehend nivelliert. Trotzdem bleiben einige Vorteile des MVZ, wie die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als GmbH, die Möglichkeit, beliebig viele Ärzte anzustellen und teilweise günstigere umsatzsteuerliche Regelungen als beim Krankenhaus.

Die Nullbeteiligung an der Praxis

Steuerliche Risiken der Juniorpartnerschaft

Michael Rossa und Thomas Gerdes,
michael.rossa@etl.de
thomas.gerdes@etl.de

Vielfach üben Ärzte ihre Tätigkeit im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft (nachfolgend „BAG“ genannt) aus. Die Aufnahme von jungen Kollegen erfolgt häufig in der Erprobungsphase dadurch, dass sie an der BAG zunächst eine sog. Nullbeteiligung erhalten. Eine Nullbeteiligung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Neugesellschafter im Falle seines Ausscheidens aus der BAG keine Abfindung (Ausgleich für sog. stille Reserven“) erhält und nicht an den Gewinnchancen der BAG beteiligt ist. Die Vergütung des Neugesellschafters erfolgt bei der Nullgesellschaft in der Regel durch Zahlung eines Festbetrages oder in Form einer prozentualen Beteiligung an dem von ihm selbst erwirtschafteten Umsatz. Eine Beteiligung an den stillen Reserven sowie an den Gewinnchancen bzw. der Verlustgefahr der BAG wird üblicherweise erst nach der Erprobungsphase eingeräumt.

Die vorbeschriebene Aufnahme von jungen Kollegen in eine BAG als Nullgesellschafter kann jedoch teuer werden. Das Finanzgericht Düsseldorf hat insoweit entschieden, dass der Nullgesellschafter an der BAG steuerlich nicht als Mitunternehmer beteiligt ist, wenn er nicht am Erfolg und Misserfolg der BAG teilnimmt (Urteile des Finanzgerichtes Düsseldorf vom 19.09.2013 - Az.: 11 K 3968/11 F und 11 K 3969/11 G). Erfolg und Misserfolg meint in diesem Zusammenhang, dass der Gesellschafter grundsätzlich am Gewinn und Verlust sowie an den stillen Reserven beteiligt ist und er für Behandlungsfehler der BAG einstehen muss. Sofern einer der vorstehenden Punkte nicht erfüllt ist, kann dennoch eine Mitunternehmerschaft mit dem Neugesellschafter vorliegen, wenn die anderen Voraussetzungen stärker ausgeprägt sind. Insoweit muss immer eine Einzelfallprüfung erfolgen.

Der Nullgesellschafter gilt als verdeckter Arbeitnehmer:

Da der ärztliche Nullgesellschafter seine Leistungen eigenverantwortlich und ohne Überwachung und persönliche Mitwirkung der BAG-Gesellschafter gegenüber den Patienten erbringt, führt dies bei fehlender Teilhabe des Nullgesellschafters am Erfolg und Misserfolg der Gesellschaft steuerlich dazu, dass er als verdeckter Arbeitnehmer angesehen wird und die gesamten freiberuflichen Einkünfte der BAG in gewerbliche Einkünfte umqualifiziert werden.

In diesem Fall wird es für die BAG bzw. deren Gesellschafter teuer, wenn die gemeinschaftlich erwirtschafteten ärztlichen Einkünfte den Freibetrag von 24.500,00 Euro übersteigen und eine Anrechnung der Gewerbesteuer bei der Einkommensteuer der Gesellschafter nicht vollständig gelingt, weil der Gewerbesteuerhebesatz den Prozentsatz von 380% übersteigt und somit eine steuerliche Belastung verbleibt.

Aus Vorgenanntem ist ersichtlich, dass die Nullbeteiligung eine riskante Gestaltung bleibt. Vor diesem Hintergrund sollten bestehende Gesellschaftsverträge von BAGs zwingend dahingehend inhaltlich überprüft werden, ob sie den Anforderungen genügen, die das Finanzgericht Düsseldorf an das Vorliegen einer freiberuflichen Gesellschaft stellt. Hierbei sind insbesondere die gesellschaftsrechtlichen Vorgaben wie z.B. Geschäftsführungsbefugnis, Beteiligung an den stillen Reserven und Gewinnbeteiligung einer Prüfung zu unterziehen.

Am Rande sei erwähnt, dass dies nicht nur aufgrund der steuerlichen Auswirkungen ratsam ist. Auch die KV und KZV gehen (vorbehaltlich des Vertrauensschutzes) u.U. bei falscher Ausgestaltung der Nullbeteiligung von einem Angestellten aus und verlangen gezahlte Honorare zurück (siehe BSG vom 23.06.2010 – B 6 KA 7/09 R). Des Weiteren besteht die Gefahr, dass der

Nullgesellschafter sozialversicherungsrechtlich als abhängig Beschäftigter qualifiziert wird und die BAG dadurch verpflichtet wird, für den Nullgesellschafter Sozialversicherungsbeiträge abzuführen. Diese Risiken können durch die Anpassung des Gesellschaftsvertrages der BAG vermieden werden. Hierzu bedarf es einer eingehenden Prüfung des jeweiligen Ist-Standes, um individuell für jeden Einzelfall optimale Lösungen zu finden.

Gewerbesteuer lässt sich vermeiden, indem die Tätigkeit des Arztes in der BAG das Tragen des wirtschaftlichen Risikos wie auch die Beteiligung an den wirtschaftlichen Erfolgen/Misserfolgen der Praxis beinhaltet. Eine Beteiligung am materiellen Gesellschaftsvermögen wird dabei vereinzelt aber als nicht „ausnahmslos notwendig“ erachtet. Für die Annahme einer gemeinschaftlichen Berufsausübung ist jedoch grundsätzlich eine Beteiligung am immateriellen Wert der BAG erforderlich. Ausreichend ist hierbei allerdings die Beteiligung an den zukünftig entstehenden immateriellen Werten. Bei der Gewinnverteilung ist zudem darauf zu achten, dass der Neugesellschafter nicht wie ein Angestellter ein „Festgehalt“ bezieht. Der Ertrag der BAG muss ihm im Verhältnis seiner Leistungen bzw. seines Anteils zukommen und ein Verlust entsprechend zu seinen Lasten gehen.

Fazit

Das FG hat die Revision zugelassen, die von den Klägern auch eingelegt wurde (Az. VIII R 63/13 und VIII R 62/13). Abgeschlossene Verträge sollten umgehend überprüft werden. Die Prüfung erfolgt dabei nicht nur wegen der steuerlichen Auswirkungen, sondern auch weil die KV und KZV bei falscher Ausgestaltung der Nullbeteiligung von einem verkappten Angestellten ausgeht und gezahlte Honorare zurückverlangt werden können.

Jobsharing und MVZ-Anstellung

Zulassungsrechtliche Besonderheiten

Dr. Till Thomas, Berlin
till.thomas@etl.de

Im Bereich der ärztlichen Versorgung und der damit verbundenen Rechtsbeziehungen der Arztpraxen insbesondere mit Patienten, Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen sind viele rechtliche Besonderheiten zu beachten – so viele, dass es so manchem Arzt schwer fällt, den Überblick zu behalten.

Im Bereich des Arbeitsrechts, speziell bei der Begründung und Verwaltung von Anstellungen im Rahmen des Jobsharings sowie bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), sind die allgemeinen arbeitsrechtlichen Grundsätze anwendbar. Ebenso erfolgt die Beendigung der Arbeitsverhältnisse durch Kündigung nach allgemeinen Regeln. So hat beispielweise die Kündigung wie auch sonst schriftlich zu erfolgen. Sie ist von einer kündigungsberechtigten Person zu unterzeichnen und dem Arbeitnehmer im Original auszuhändigen. Im betrieblichen Geltungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes bedarf es zur Wirksamkeit der Kündigung eines anerkannten Kündigungsgrundes und die für das jeweilige Arbeitsverhältnis geltende Kündigungsfrist ist einzuhalten.

Auch die Konzeption des Jobsharings mit geteilter Zulassung wirft in zivilrechtlicher Hinsicht keine großen Schwierigkeiten auf. Jobsharing-Verhältnisse sowie Anstellungsverhältnisse im MVZ haben jedoch darüber hinaus noch einige zulassungsrechtliche Besonderheiten, auf die im Folgenden kurz eingegangen werden soll.

Anstellung im Rahmen des Jobsharings

Neben der Möglichkeit zur zeitlich befristeten Beschäftigung von Assistenzärzten besteht für Vertragsärzte oder eine vertragsärztlich tätige Berufsausübungsgemeinschaft die

Option, Ärzte unbefristet oder befristet in der Praxis anzustellen. Die Beschäftigung von solcherart angestellten Ärzten unterliegt u. a. den Beschränkungen der §§ 95 Abs. 9 SGB V, 32b Ärzte-ZV sowie §§ 14, 14a des Bundesmantelvertrages für Ärzte (BMV-Ä).

Sie ist insbesondere vom Arbeitgeber beim Zulassungsausschuss zu beantragen und bedarf dessen Genehmigung. Der anzustellende Arzt muss dafür im Arztregister eingetragen sein. Auch eine nachträgliche Erhöhung des Beschäftigungsumfanges des angestellten Arztes ist genehmigungspflichtig.

Die Genehmigung wird in Planungsgebieten mit Zulassungsbeschränkungen unter der Voraussetzung erteilt, dass sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet. Dafür wird der Jobsharing-Partner bei der Berechnung der Bedarfsplanung nicht berücksichtigt. Das maximal zulässige Überschreitungs-volumen beträgt gemäß § 42 der Bedarfsplanungs-Richtlinie 3 %. Der bisherige Praxisumfang wird auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt in den vorangegangenen mindestens vier Quartalen erfassten Abrechnungsbescheiden ermittelt. Die einzuhaltende Leistungsobergrenze wird durch den Zulassungsausschuss zugleich mit der Genehmigung festgesetzt.

Die genehmigte Anstellung kann auf Antrag des Arbeitgebers in eine Zulassung umgewandelt werden, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht. Die so entstandene Zulassung fällt bei Nichtdurchführung des Nachbesetzungsverfahrens zwingend dem bislang angestellten Arzt zu. Der Zulassungsausschuss hat in diesem Fall

keinen Entscheidungsspielraum. Im umgekehrten Fall kann ein bislang zugelassener Arzt im Zuge seiner Anstellung in einer Praxis im zulassungsbeschränkten Bereich auf seine Zulassung zugunsten der Praxis verzichten. Die Genehmigung zur Anstellung ist in den Fällen gemäß § 103 Abs. 4b SGB V zwingend zu erteilen, wenn dem Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen. In diesem Fall werden aufgrund des zusätzlichen Versorgungsauftrags des Vertragsarztes keine Leistungsbeschränkungen angeordnet.

Endet das Jobsharing-Arbeitsverhältnis durch Fristablauf, durch Vereinbarung oder auf Veranlassung einer der beiden Parteien, begründet dies für den Praxisinhaber spezielle Pflichten und Obliegenheiten.

Zunächst ist damit die Beendigung der Genehmigung für die Anstellung verbunden, da diese personenbezogen erteilt wird. Die Beendigung des Arztanstellungsverhältnisses ist daher umgehend dem Zulassungsausschuss mitzuteilen. Das Ende der Anstellung wird sodann vom Zulassungsausschuss durch deklaratorischen Beschluss festgestellt. Die Mitteilung bedarf keiner besonderen Form. Eine verschuldete verspätete oder unterbliebene Mitteilung kann einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellen und zur Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen den Arbeitgeber führen.

Die Arztstelle kann selbst in Planungsgebieten mit Zulassungsbeschränkungen „nachbesetzt“ werden. Es gilt dann weiterhin die Leistungsbegrenzung durch Zugrundelegung der bisherigen Punktzahlbergrenzen. Liegen allerdings zwischen der Beendigung des bisherigen Jobsharings und dem Beginn eines neuen Anstellungsverhältnisses mehr als drei Quartale, kommt es zu einer – für den Vertragsarzt oder die vertragsärztlich tätige Berufsausübungsgemeinschaft oft nachteiligen – Neuberechnung der Leistungsbergrenze. Es liegt

daher im Interesse des Praxisinhabers, die Stelle schnellstmöglich wieder zu besetzen.

Die Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft

Bei der im Rahmen des Jobsharings geteilten Zulassung gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Absatz 3 SGB V erfolgt die gemeinsame Tätigkeit nicht in Form eines Arbeitsverhältnisses, sondern in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft. Auch diese Art des Jobsharings ist vom Zulassungsausschuss gemäß § 33 Ärzte-ZV zu genehmigen. Hierfür ist Fachidentität beider Partner erforderlich. Dem Antrag ist der vorgesehene Gesellschaftsvertrag beizufügen. Der Jobsharing-Partner erhält eine eingeschränkte Zulassung, die an die Zulassung des Vertragsarztes gebunden ist.

Auch hier gilt eine Leistungsbegrenzung mit einem Überschreitungsvolumen von maximal 3%. Diese Leistungsbegrenzung endet spätestens nach zehn Jahren Zusammenarbeit, allerdings wird der Partner erst nach fünf Jahren bei der Praxisnachfolge bevorzugt berücksichtigt. Letzteres soll verhindern, dass die Möglichkeit des Jobsharings dazu benutzt wird, durch kurzfristige Aufnahme eines Praxispartners die Praxisnachfolge unter Ausschaltung anderer geeigneter Bewerber zu regeln.

Die MVZ-Anstellung

MVZ sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen ebenfalls Ärzte als Angestellte tätig sein können. Die Anstellung bedarf gemäß § 95 Abs. 2 Satz 7 SGB V der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung setzt ebenso wie beim Jobsharing zur Anstellung voraus, dass der Angestellte in das Arztregister eingetragen ist.

Sie ist jedoch abzulehnen, wenn Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB angeordnet sind. In diesem Fall bedarf

es eines zusätzlichen Versorgungsauftrags, der – wie beim Vertragsarzt – im Wege des Verzichts eines Vertragsarztes auf seine Zulassung zugunsten einer Anstellung im MVZ eingebracht werden kann (§ 103 Abs. 4a SGB V).

Die auf diese Weise dem MVZ zuzurechnende Arztstelle kann im Falle des Ausscheidens des angestellten Arztes jederzeit nachbesetzt werden, sofern dadurch der fachübergreifende Charakter des MVZ erhalten bleibt. Das Tätigkeitsspektrum des neuen Angestellten muss also dem des vorigen im Wesentlichen entsprechen. Die Nachbesetzung setzt außerdem voraus, dass sich die Anstellung des neuen Arztes im Rahmen der bisherigen Besetzung bewegt, d. h. sie darf deren Umfang nicht überschreiten.

Anders als beim „normalen“ Praxisnachfolgeverfahren ist bei der Nachbesetzung einer im MVZ frei gewordenen Arztstelle keine Ausschreibung durch die Kassenärztliche Vereinigung und keine Bewerberauswahl durch den Zulassungsausschuss vorgesehen. Die spezifische Situation, dass jeder neu in ein MVZ eintretende Arzt sich darin einfügen und eingliedern muss, rechtfertigt es, dem MVZ die alleinige Auswahlbefugnis zu geben.

Vorsicht bei der Nachbesetzung einer Arztstelle im MVZ

Das Recht auf Nachbesetzung der Arztstelle im MVZ gemäß § 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V besteht nur für eine begrenzte Zeit nach dem Freiwerden der Stelle. Die Frist, binnen derer die Nachbesetzung noch möglich ist, beträgt sechs Monate (BSG, Urteil v. 19. Oktober 2011 – B 6 KA 23/11 R).

Gewahrt ist die Frist, wenn innerhalb von sechs Monaten nach der Beendigung eines Anstellungsverhältnisses im MVZ die Nachbesetzung in vollständiger Form beantragt wurde – hier kommt es auf den Zugang beim Zulassungsausschuss an – und auch alle materiellen

Voraussetzungen erfüllt sind. Es darf sich dabei allerdings nicht um einen „Scheinantrag“ handeln, d. h. der als Nachfolger benannte Arzt muss auch ernstlich an der Stelle interessiert sein. Dies wird vom Zulassungsausschuss in Zweifelsfällen gesondert geprüft.

Wird die Nachbesetzungsfrist versäumt, verliert das MVZ das Recht auf Nachbesetzung. Der freigewordene Vertragsarztsitz erlischt.

Nur in besonderen Fällen des Misslingens rechtzeitiger Nachbesetzbarkeit trotz erkennbar ernstlichen Bemühens kann der Zulassungsausschuss die Nachbesetzungsfrist auf Antrag des MVZ nochmals um höchstens weitere sechs Monate verlängern. Dieser Antrag ist vollständig innerhalb der regulären Sechsmonatsfrist zu stellen. Ihm sind die Nachweise über die vorausgegangenen Bemühungen zur Auffindung eines geeigneten Nachfolgers beizufügen.

Fazit

Die Möglichkeiten von Kooperationen zwischen Ärzten sind vielfältig. Nicht selten erfolgen sie in Form eines Anstellungsverhältnisses oder im Rahmen des Jobsharings mit geteilter Zulassung. Bei der Anstellung von Ärzten sowie bei der Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften sind in zivilrechtlicher Hinsicht prinzipiell keine außergewöhnlichen Regeln zu beachten. Allerdings gilt es im Rahmen der Gestaltung dieser Rechtsverhältnisse bestimmte sozialrechtliche Spezialregelungen, die im SGB V ihre Basis haben, im Blick zu behalten. Dazu gehört nicht nur der alles umfassende Genehmigungsvorbehalt des Zulassungsausschusses, sondern auch die Einhaltung von Fristen, deren Versäumnis schwerwiegende wirtschaftliche Nachteile mit sich bringen kann.

Kündigungsschutz in neuen Versorgungsformen

Was ist zu beachten?

Dr. Uwe Schlegel,
uwe.schlegel@etl.de

Das wahrscheinlich arbeitgeberfeindlichste Gesetz ist das Kündigungsschutzgesetz (KSchG). Dieses Gesetz vermittelt dem Arbeitnehmer nicht nur Schutz vor einer sozial nicht gerechtfertigten Kündigung des Arbeitgebers, vielmehr führt das Gesetz ganz allgemein dazu, dass sich die arbeitsrechtlichen Gewichte im Verhältnis zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber deutlich zu Gunsten des Arbeitnehmers verschieben. Wer als Arbeitnehmer nicht mehr grundlos gekündigt werden kann, verfügt einfach über eine arbeitsrechtlich allgemein sehr viel stärkere Rechtsposition als derjenige Arbeitnehmer, dem prinzipiell ohne Grund gekündigt werden kann.

Es sollte im Interesse eines jeden Arbeitgebers sein, die Anwendbarkeit des KSchG – wenn eben möglich – zu vermeiden.

Wann ist das KSchG einschlägig?

Das KSchG ist auf Arbeitnehmer, die nach dem 31.12.2003 eingestellt wurden, erst dann anwendbar, wenn in dem jeweiligen Betrieb regelmäßig mehr als 10 Arbeitnehmer beschäftigt werden. Teilzeitbeschäftigte zählen anteilig. Maßgeblich ist die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit. Bei bis zu 20 Stunden Arbeit in der Woche zählt der jeweilige Arbeitnehmer mit 0,5, bei mehr als 20, aber nicht mehr als 30 Wochenstunden durchschnittlich ist der betreffende Arbeitnehmer mit 0,75 anzusetzen. Alle Arbeitnehmer, die regelmäßig mehr als 30 Stunden in der Woche arbeiten, zählen mit 1,0. Sind insgesamt mehr als 10, also wenigstens 10,25 Arbeitnehmer im jeweiligen Betrieb regelmäßig beschäftigt, findet auf sie das KSchG Anwendung, sofern das einzelne Arbeitsverhältnis, dessen Beendigung der Arbeitgeber gegebenenfalls anstrebt, zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung länger als

sechs Monate besteht. Beschäftigt der Arbeitgeber mehr als fünf Arbeitnehmer, die (alle) vor dem 01.01.2004 eingestellt wurden, so haben auch diese sog. „Alt-Arbeitnehmer“ Schutz nach KSchG, die nach dem 31.12.2003 Eingestellten („Neu-Arbeitnehmer“) erst, wenn insgesamt mehr als 10 Arbeitnehmer tätig sind. Weitere Einzelheiten zur Anwendbarkeit der sog. Kleinbetriebsklausel enthält § 23 KSchG.

Vorstehendes macht deutlich, dass – abgesehen von einer Mindestbeschäftigungsdauer von mehr als sechs Monaten – die Zahl der regelmäßig beschäftigten Arbeitnehmer im jeweiligen Betrieb maßgeblich für die Anwendbarkeit des KSchG ist. Ist das KSchG sodann einschlägig, bedarf es für die arbeitgeberseitige Kündigung neben der Einhaltung der zu beachtenden Kündigungsfrist eines Kündigungsgrundes. Man spricht insoweit von der notwendigen sozialen Rechtfertigung der Kündigung. Zwar gibt es immerhin drei gesetzlich benannte Kündigungsgründe (die betriebsbedingte, die verhaltensbedingte und die personenbedingte Kündigung). Es entspricht aber der Rechtswirksamkeit, dass der Arbeitgeber aufgrund der mit den Kündigungsgründen jeweils verbundenen hohen Anforderungen nur selten einen rechtlich einwandfreien Kündigungsgrund auf seiner Seite hat. Das wiederum hat zur Folge, dass in nahezu allen Fällen einer arbeitgeberseitigen Kündigung im Anwendungsbereich des KSchG teils hohe Abfindungen zu zahlen sind, für die es regelmäßig keinen einheitlichen, gesetzlich geregelten Maßstab gibt.

Das Ziel des Arbeitgebers: Das KSchG vermeiden!

Aufgrund der überragenden Bedeutung des KSchG muss es im wohlverstandenen Interesse eines jeden Arbeitgebers sein, alle Möglichkeiten zu nutzen, um die Einschlägigkeit des KSchG zu verhindern. Das gelingt dem Arbeitgeber ohne weiteres dann, wenn er –

wie ausgeführt – regelmäßig nicht mehr als 10 Arbeitnehmer beschäftigt.

Während in früheren Jahren in Arzt- wie Zahnarztpraxen selten mehr als 10 Arbeitnehmer beschäftigt wurden, da ein und auch zwei Behandler meist nicht über einen so hohen Personalbestand verfügen haben, ist dies in zahlreichen Fällen sog. neuer Kooperationsformen inzwischen anders. Schließen sich mehrere Behandler zu einer örtlichen oder auch überörtlichen Gesellschaft (Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder Partnerschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz) zusammen, so ist schnell die Grenze zum KSchG überschritten. Das mag man noch einsehen, wenn alle Behandler sowie ihre Beschäftigten an einem Ort tätig sind. Das nachzuvollziehen fällt schon schwerer, wenn es sich um eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft handelt. Hier sind viele Arbeitgeber der Meinung, es müsste doch auf die jeweilige Praxis bzw. Örtlichkeit abzustellen sein. Das ist jedoch nicht ohne weiteres der Fall. Damit lauert auf Arbeitgeber die Gefahr, dass neue Kooperationsformen zum Einfallstor für das KSchG werden!

Für die gesetzlichen Regelungen im Zusammenhang mit dem KSchG ist zwar in erster Linie auf den Betrieb und nicht auf das Unternehmen, zu dem unter Umständen mehrere Betriebe gehören können, abzustellen. Danach wäre ggf. eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine Partnerschaftsgesellschaft in ihrer Gesamtheit – also abgestellt auf sämtliche Praxisstandorte – als Unternehmen und die jeweilige Einzelpraxis als Betrieb zu verstehen. So einfach ist es aber leider nicht.

Als Betrieb wird die organisatorische Einheit bezeichnet, innerhalb derer Arbeitgeber mit ihren Arbeitnehmern durch Einsatz technischer und immaterieller Mittel bestimmte arbeitstechnische Zwecke fortgesetzt verfolgen. Da mit einem Betrieb mehrere Zwecke verfolgt werden können (so beispielsweise bei einem

Zahnarzt die Zahnarztpraxis an sich und des Weiteren ein Eigenlabor), ist in erster Linie auf die Einheit der Organisation und nicht auf die Einheit der arbeitstechnischen Zweckbestimmung abzustellen. Erforderlich ist ein Leitungsapparat, um insbesondere wesentliche Entscheidungen in personellen und sozialen Angelegenheiten selbständig treffen zu können. Entscheidend ist danach, wo im Schwerpunkt über Arbeitsbedingungen und Organisationsfragen entschieden wird und in welcher Weise Einstellungen, Entlassungen und Versetzungen vorgenommen werden. Ein Betrieb im kündigungsschutzrechtlichen Sinne setzt keine räumliche Einheit voraus.

Abstellen auf den jeweiligen Praxisstandort oder auf die Gesellschaft als solche?

Das Vorstehende berücksichtigend bedeutet, dass es auch für neue Kooperationsformen, insbesondere bei überörtlicher Zusammenarbeit, darauf ankommt, inwieweit die Einzelstandorte organisatorisch als Einheit aufzufassen sind. Entscheidet letztlich jeder Arzt bzw. Behandler am jeweiligen Praxisstandort in allen maßgeblichen arbeitsrechtlichen Angelegenheiten allein, so kann es durchaus sein, dass für die nach dem KSchG maßgebliche Zahl der regelmäßig beschäftigten Arbeitnehmer nur auf die Einzelpraxis und nicht auf den Zusammenschluss der Praxen als (überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaft abzustellen ist. Umgekehrt spricht die Existenz eines Praxismanagers natürlich eher dafür, dass sämtliche Praxisstandorte als Einheit, d.h. als gemeinsamer Betrieb zu verstehen sein dürften.

Wie sollten nun im konkreten Fall die betroffenen Mediziner vorsorgen? Zunächst einmal sollte in allen maßgeblichen Vertragsdokumenten, d.h. vor allem in allen Arbeitsverträgen sowie im Gesellschaftsvertrag – soweit gewünscht – festgehalten sein, dass für die

Organisation der jeweiligen Praxis bzw. des jeweiligen Praxisstandorts in arbeitsrechtlicher Hinsicht ausschließlich auf die einzelne Praxis abzustellen ist. So sollte sich der am jeweiligen Ort praktizierende (Zahn-)Arzt das gegenüber den am Standort beschäftigten Arbeitnehmern bzw. Arbeitnehmerinnen maßgebliche Weisungsrecht vorbehalten, und zwar in der Art und Weise, dass für die betroffenen Arbeitnehmer deutlich wird, dass es für Weisungen allein auf den bzw. die am jeweiligen Standort tätige(n) Mediziner ankommt. Im Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft empfiehlt es sich, einen Hinweis aufzunehmen, wonach Einstellungen und Kündigungen grundsätzlich durch die Behandler am jeweiligen Praxisstandort eigenmächtig vorgenommen werden können, Beschränkungen allenfalls im Innenverhältnis in engen Grenzen möglich sind. So es zu einem Zusammenschluss bisher als Einzelpraxen geführter Betriebe zu einer Gesellschaft kommt, ist in der an den Arbeitnehmer nach § 613a Abs. 5 BGB gerichteten Information über den Betriebsübergang der Hinweis aufzunehmen, dass es hinsichtlich der arbeitsrechtlich maßgeblichen Organisation bei der bisherigen Ausrichtung auf die Einzelpraxis verbleibt und demzufolge Weisungen sowie der etwaige Ausspruch einer arbeitgeberseitigen Kündigung durch den oder die Behandler am jeweiligen Praxisort (allein) verantwortet werden. Auch kann es sich empfehlen, dass zumindest unbefristete Arbeitsverträge auf der Seite des Arbeitgebers nur durch die am jeweiligen Praxisstandort tätigen Mediziner unterschrieben werden. Für befristete Arbeitsverträge ist das allerdings wegen des zwingend vorgeschriebenen Schriftformerfordernisses schon nicht ohne Weiteres ratsam. Zur Wahrung der Schriftform bedarf es nämlich zumindest bei einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts grundsätzlich der Unterschrift durch sämtliche Gesellschafter.

Fazit

Der arbeitsrechtlich unbedachte Zusammenschluss im Rahmen neuer Kooperationsformen, insbesondere in der Form einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, birgt die Gefahr, dass das KSchG einschlägig ist. Damit ist ganz allgemein eine entschiedene Verbesserung der Position der jeweils betroffenen Arbeitnehmer verbunden. Will der Arbeitgeber dies verhindern, so empfiehlt sich eine sorgfältige Abfassung rechtlich maßgeblicher Dokumente, u. a. der Arbeitsverträge. Damit kann ggf. in zahlreichen Fällen die Einschlägigkeit des KSchG vermieden werden.

Risiko oder Chance?

Freier Mitarbeiter und Scheinselbständigkeit

Raik Pentzek

raik.pentzek@etl.de

Es liegt auf der Hand, dass in einer ärztlichen Praxis täglich das Sozialrecht Anwendung findet. Im Allgemeinen wird hier regelmäßig an das Verhältnis des Patienten zu seiner Krankenversicherung gedacht. Sozialrecht findet allerdings auch im Verhältnis des Arztes zu seinen Angestellten in vielfältiger Weise Anwendung. Die Abführung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages oder von Beiträgen an die gesetzliche Unfallversicherung sind nur zwei Beispiele. Auch in einer Arztpraxis findet mindestens alle vier Jahre eine Betriebsprüfung der Deutschen Rentenversicherung statt. Hier wird die Einhaltung der sozialrechtlichen Vorschriften, insbesondere die ordnungsgemäße Abführung von Sozialbeiträgen, geprüft.

Nicht selten sind auch in ärztlichen Praxen Fragen des sozialrechtlichen Status zu klären. Die Fallgestaltungen sind dabei vielfältig. So wird die Dentalhygienikerin einer Zahnarztpraxis regelmäßig als freie Mitarbeiterin tätig. Zudem ist die Mitarbeit der Ehefrau/des Ehemannes in der ärztlichen Praxis praxisrelevant. Weiter ist auch die Tätigkeit der Reinigungskräfte auf der Basis einer freien Mitarbeit praktische Wirklichkeit.

Unter einem „freien Mitarbeiter“ im Sinne von § 7 Sozialgesetzbuch IV (SGB IV) wird eine Person verstanden, die selbstständig tätig ist. Anders als abhängig beschäftigte Personen entscheidet der freie Mitarbeiter alleine, wann, ob und in welchem Umfang er für den Auftraggeber tätig wird. Demgegenüber sind „Scheinselbständige“ Personen, die vertraglich als selbstständige Person gebunden wurde. Tatsächlich handelt es sich aber um eine abhängig beschäftigte Person. Die Vertragsparteien gehen (bewusst oder unbewusst) von einem unzutreffenden sozialrechtlichen Status aus.

Folgen einer unrichtigen sozialrechtlichen Einstufung

In der Praxis werden nicht selten Fallgestaltungen des Marktes ungeprüft übernommen („Das ist doch schon seit Jahren so!“). Auch finden sich immer wieder Argumentationen, die als unschlagbar gelten (Er/Sie hat doch mehrere Auftraggeber! Damit ist alles klar.). Das (böse) Erwachen ist dann umso größer.

Soweit der freie Mitarbeiter unzutreffend eingestuft wurde, ist eine abhängige Beschäftigung gegeben (Scheinselbständiger). Es sind damit vom Arzt rückwirkend Beiträge zur Sozialversicherung (Arbeitslosen-, Kranken-, Pflege-, und Rentenversicherung) zu zahlen. Die Rückwirkung bezieht sich grundsätzlich auf vier Jahre zuzüglich des laufenden Jahres. Bei Vorsatz ergibt sich eine Rückwirkung für 30 Jahre. Eine Regressmöglichkeit des Arztes beim freien Mitarbeiter für die Nachzahlungen von Sozialbeiträgen ist in der Praxis kaum möglich. Insoweit haftet der Arzt als Arbeitgeber für die Sozialbeiträge regelmäßig alleine. Zudem sind Säumniszuschläge in Höhe von 12% (!) pro Jahr zu zahlen. Im Extremfall kann sich schließlich eine strafrechtliche Verantwortung nach § 266a StGB ergeben. Danach ist das Vorenthalten von Sozialbeiträgen strafbar.

Die Frage, welcher sozialrechtlicher Status für den Einzelfall anzunehmen ist, kann nicht pauschal beantwortet werden. Es muss jeder Einzelfall mit seinen individuellen Tatsachen betrachtet werden. Zur Beantwortung der Frage, ob eine abhängige Beschäftigung vorliegt, sind die Kriterien Weisungsgebundenheit, Eingliederung und Unternehmerrisiko maßgeblich. In der Vergangenheit wurden einheitliche Sachverhalte durch Krankenkasse, Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit teilweise unterschiedlich bewertet. Um solche divergierenden Entscheidungen auszuschließen, wurde mit der Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung eine einheitliche

Zuständigkeit für Fragen des sozialrechtlichen Status geschaffen. Hier kann verbindlich für alle Sozialbehörden festgestellt werden, welcher sozialversicherungsrechtliche Status für die vorliegende Fallgestaltung anzunehmen ist. Das Verfahren ist denkbar einfach. Dazu ist der Antrag (Vo27 – Einfach im Internet eingeben!) auszufüllen und, zusammen mit den notwendigen Anlagen, an die Clearingstelle zu übermitteln. Regelmäßig ergeht in einem Zeitraum von 4–6 Wochen eine verbindliche Entscheidung durch Bescheid.

Das Verfahren auf Feststellung des sozialrechtlichen Status hält allerdings auch einige Fallstricke für den Laien bereit. Zum einen ist der Fragebogen teilweise nur schwer verständlich. Hierbei muss beachtet werden, dass irrtümliche Angaben später nur sehr schwer korrigiert werden können. Nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte kommt einer laienhaften Aussage hoher Beweiswert zu. Zum anderen ist bei einer (überraschend negativen) Entscheidung „das Kind bereits in den Brunnen gefallen“. Es werden von der Clearingstelle entsprechende Meldungen zur Einzugsstelle gemacht. Die rückwirkende Zahlung von Sozialbeiträgen ist die Folge. Selbst bei Feststellung einer selbständigen Tätigkeit kann die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung überraschende Folge sein.

Will ein Arzt die Chancen einer freien Mitarbeit nutzen, ist insoweit eine planvolle Vorgehensweise angezeigt. Zunächst sollte die vertragliche Vereinbarung mit dem tatsächlich „Gelebten“ in Übereinstimmung stehen. Andernfalls ist das tatsächlich Praktizierte vorrangig. Im Extremfall kann der Vorwurf des Betruges erhoben werden. Die Verhältnisse, d. h. der Vertrag und das darauf basierende tatsächliche Handeln, sollten nicht nur in arbeitsrechtlicher sondern auch in sozialrechtlicher Hinsicht einer fachkundigen Prüfung unterzogen werden. Erst wenn durch einen spezialisierten Rechtsanwalt das gewünschte Ergeb-

nis bestätigt wird, sollten die Beteiligten den sozialversicherungsrechtlichen Status durch einen entsprechenden Bescheid der Clearingstelle verbindlich feststellen lassen.

Fazit

Auch im Bereich der Arztpraxen ist der freie Mitarbeiter als kostengünstige Variante einer Mitarbeit denkbar. Allerdings ist eine solche vertragliche Gestaltung mit Risiken verbunden. Wir empfehlen, klare Verhältnisse durch eindeutige Verträge und Durchführung eines Statusfeststellungsverfahrens bei der Rentenversicherung zu schaffen. Nur so werden erhebliche Nachforderungen von Sozialbeiträgen vermieden.

Schweigen ist Gold!

Wann ist die Schweigepflicht durchbrochen?

Jörg Brochnow

Joerg.brochnow@etl.de

Teil 1: Grundsätze der Durchbrechung der Schweigepflicht

Von der ärztlichen Schweigepflicht sind alle Tatsachen und Umstände erfasst, die nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung der Betroffene ein sachlich begründetes Interesse hat. Dieses sogenannte schutzwürdige Geheimhaltungsinteresse umfasst schon den Namen des Patienten sowie die Tatsache, dass dieser überhaupt einen Arzt konsultiert hat (OLG Karlsruhe 14 U 45/04 vom 11.08.2006 u.v.a.). Die ärztliche Schweigepflicht gilt umfassend, auch gegenüber anderen Ärzten, Familienangehörigen des Patienten und natürlich eigenen Familienangehörigen des Arztes. Die ärztliche Schweigepflicht besteht wegen der gemeinsamen Berufsausübung (§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV bzw. § 18 Abs. 1-3 MBO) zwar nicht innerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften; jedoch bei Praxisgemeinschaften (getrennte Patientendokumentation u.a.). Sie betrifft auch alle in der Praxis beschäftigten „Berufshelfer“, die ebenfalls der strafbewehrten Schweigepflicht unterliegen (also das ärztliche und nichtärztliche medizinische Personal), jedoch nicht z. B. reine Bürokräfte oder die Putzfrau. Hier muss der Arzt eigene Vorkehrungen zu treffen, damit diese Personen keinen Zugang zu Patientendaten erhalten oder er stellt z. B. durch Belehrungen, Strafregelungen usw. eine Schweigeverpflichtung dieser Personen her. Bei minderjährigen Patienten hängt der Umfang der ärztlichen Schweigepflicht von deren Einsichtsfähigkeit ab. Bei Minderjährigen unter 15 Jahren ist der Arzt regelmäßig berechtigt, die Eltern in vollem Umfang zu unterrichten. Maßgeblich sind aber die Umstände des Einzelfalls, insbesondere die Sorgerechtsverhältnisse der Eltern.

Schwierig und verwaschen wird das Problem bei allen Fällen des mutmaßlichen Interesses,

wenn der Patient also nicht einwilligungsfähig ist und daher nicht selbst über eine ärztliche Behandlung entscheiden kann. Die Verantwortung für das Vorliegen eines derartigen „mutmaßlichen Interesses“ liegt nämlich stets beim Arzt. Fälle des „mutmaßlichen Interesses“ treten insbesondere beim Tod eines Patienten in Hinsicht auf seine Angehörigen ein. Die Angehörigen haben selbst dann keine entsprechenden Auskunftsrechte, wenn sie Erben geworden sind und dieses auch nachweisen können. Der Arzt muss dann anhand objektiver Umstände entscheiden, ob es im wohlverstandenen Interesse des Verstorbenen liegt, die Geheimhaltung zu durchbrechen. Hier ergeben sich schwierige Einzelfallentscheidungen und ungeklärte Fragen. Ausreichend ist jedoch die Vorlage einer Vorsorgevollmacht, die ausdrücklich über den Tod hinaus gelten soll. Auch der Herausgabe des Obduktionsberichtes an Angehörige steht - zumindest nach Auffassung des LG Göttingen - die ärztliche Schweigepflicht „normalerweise“ nicht entgegen.

Vier Befugnisse zur Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht (Offenbarungsbefugnisse)

§ 203 Abs. 1 StGB verbietet nur das unbefugte Offenbaren von Patientengeheimnissen. In der Rechtsprechung und Literatur haben sich deshalb vier Hauptgruppen von Offenbarungsbefugnissen entwickelt, die dem Arzt die Berechtigung oder sogar die Verpflichtung auferlegen, Patientengeheimnisse zu offenbaren:

Einwilligung des Patienten:

Eine Schweigepflichtentbindung können regelmäßig alle Patienten erteilen, die älter als 15 Jahre sind. Bei Patienten unter 15 Jahren ist die Durchbrechung der Schweigepflicht ausschließlich gegenüber den Erziehungsberechtigten zulässig. Das heißt ganz klar: Minderjährige, insbesondere über 15 Jahre, die die notwen-

dige Urteils- und Einsichtsfähigkeit besitzen, müssen selbst eine schriftliche Schweigepflichtentbindung abgeben.

Mutmaßliche Einwilligung des Patienten:

Beispiele hierfür sind das Informieren von Angehörigen eines bewusstlosen Unfallverletzten, die medizinisch indizierte Abfrage von Patientendaten von anderen Ärzten und Krankenhäusern und viele mehr.

Gesetzliche Offenbarungspflichten:

Hierzu gehören z. B. gesetzliche Meldepflichten nach dem Bundeskrebsregister- oder dem Infektionsschutzgesetz sowie der gesamte Komplex der Anfragen innerhalb des Systems der Sozialgesetzgebung (siehe hierzu Teil 2 dieses Artikels).

Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB):

Hier ist wieder eine Ermessensentscheidung des Arztes, die sogenannte Güterabwägung, gefragt. Abzuwägen ist, ob das Vertrauen des Patienten in die Verschwiegenheit seines Arztes geringwertiger ist, als ein anderes Rechtsinteresse. Die Güterabwägung muss einzelfallbezogen erfolgen und ist für den Arzt nicht ungefährlich. Entschieden ist z. B., dass der Ehegatte eines HIV-infizierten Patienten dann und nur dann zu informieren ist, wenn auch er Patient bei dem Arzt ist. Ähnlich problematische Fälle ergeben sich bei schweren psychischen Erkrankungen, Meldungen an Straßenverkehrsbehörden, u. a.

Wichtig:

Sehr wenig bekannt ist, dass das Strafverfolgungsinteresse des Staates kein höherrangiges Rechtsgut darstellt. Nach Meinungen in der Literatur wird dies aber wieder durchbrochen bei besonders schweren, mit einer nachhaltigen Störung des Rechtsfriedens verbundenen Verbrechen und Wiederholungsgefahr.

Einzelfragen

Privatärztliche Verrechnungsstellen und Inkassobüros:

Im Geltungsbereich des SGB V, also bei allen gesetzlich krankenversicherten Patienten, ist die Weitergabe von Patientendaten an privatärztliche oder gewerbliche Verrechnungsstellen nicht gestattet (BSG B 6 KA 37/07 R vom 10.12.2008). Bei privatärztlichen Abrechnungen nach GOÄ bzw. GOZ bedarf die Übergabe von Abrechnungsunterlagen durch den Arzt an gewerbliche Verrechnungsstellen stets der ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung des Patienten (BGH NJW 1991, 2955). Ein Aushang im Wartezimmer, in dem der Arzt darauf hinweist, dass er eine privatärztliche Verrechnungsstelle beauftragt, reicht zur Annahme einer stillschweigenden Einwilligung des Patienten nicht aus (OLG Düsseldorf 22 U 257/93 vom 04.03.1994). Die gleichen Grundsätze gelten auch für die Inanspruchnahme eines Inkassobüros (OGL Köln NJW 1991, 753).

Private Versicherungsgesellschaften:

Auskunft ist hier zu erteilen, wenn das ausdrückliche oder mutmaßliche Einverständnis des Patienten vorliegt. Regelmäßig erklärt der Versicherte bei Abschluss des Versicherungsvertrages oder bereits im Versicherungsantrag eine generelle Entbindung aller behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber der Versicherungsgesellschaft. Erstaunlicherweise sind solche globalen Entbindungserklärungen sogar nach Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes (1 BvR 2027/02 vom 23.10.2006) wirksam. Zu empfehlen ist bei entsprechenden Anfragen dennoch eine zu dokumentierende Rückfrage beim Patienten. Zudem ist es - wie immer im Rahmen der Durchbrechung der Schweigepflicht - sehr wichtig, dass der Arzt stets nur auf die konkret abgefragten Auskünfte antwortet.

Finanzbehörden:

Gegenüber Finanzbehörden gilt zusätzlich zu § 203 Abs. 1 StGB auch § 102 Abs. 1 Nr. 3 c Abgabenordnung (AO). Diese Norm gewährt ein spezialgesetzliches weiteres Auskunftsverweigerungsrecht. Der Arzt kann (und sollte) jede Auskunft darüber verweigern, was ihm anvertraut oder bekannt geworden ist. Diese Schweigepflicht umfasst alle dem Arzt in Ausübung seines Berufes bekannt gewordenen Informationen, die auf konkrete Erkenntnisse über den Gesundheitszustand einer Person schließen lassen. Wie oben dargestellt, fällt hierunter insbesondere schon der Name des Patienten, der den Arzt zur Behandlung aufgesucht hat. Allenfalls können den Finanzbehörden auch bei Außenprüfungen, die die Überprüfung von Privatrechnungen umfassen, nur Kopien vorgelegt werden, in denen der Name des Patienten geschwärzt ist.

Fazit

Es ist stets davon auszugehen, dass nach der rechtlichen Wertung der ärztlichen Berufsordnungen und des Strafgesetzbuches § 203 StGB der Arzt, einschließlich seiner Berufshelfer, die uneingeschränkte und strafbewehrte Verantwortung für die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht inne hat. Jede, auch gesetzlich normierte, Durchbrechung dieses Grundsatzes schafft deshalb Unsicherheiten und Risiken, die am Ende der Arzt zu verantworten hat. Gesetzliche Durchbrechungen der ärztlichen Schweigepflicht sind also von Natur aus etwas systemwidriges, dem ärztlichen Beruf widerstrebendes bis widersprechendes. Der Arzt ist also gehalten, sich vor der Preisgabe von Patientendaten, Gesundheitsdaten und Sozialdaten seines Patienten über die entsprechenden Ermächtigungsgrundlagen der nachsuchenden Behörden zu unterrichten.

Teil 2: Durchbrechung der Schweigepflicht gegenüber Sozialbehörden

Grundlage der Durchbrechung der Schweigepflicht gegenüber Sozialbehörden wie Prüfstelle, K(Z)V, Krankenkassen, MDK usw. ist zunächst stets die Generalklausel in § 100 SGB X. Hiernach ist der Vertragsarzt verpflichtet, Leistungsträgern im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen:

- soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und gesetzlich zugelassen ist oder
- der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat.

Das bedeutet, dass nur Auskünfte über die Krankheit des Patienten und deren Bewertung verlangt werden können und sich das Auskunftsbegehren stets auf Einzelfälle und konkrete Sachverhalte beschränken muss. Der Leistungsträger muss also konkrete Fragen zu konkreten Einzelfällen stellen. Zudem existieren sozialrechtliche Spezialnormen und einzelne Problemstellungen, wie sich aus folgenden Stichworten übersichtlich ergibt.

Auskunfts- und Übermittlungspflichten von Vertragsärzten §§ 294 ff SGB V

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und den Krankenkassen, den K(Z)V'en oder den in ihrem Auftrag mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen.

Abrechnung der Leistungen,

§ 295 Abs. 4 SGB V:

Die Abrechnungen sind im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern der KV zu übermitteln.

Wirtschaftlichkeitsprüfung, §§ 106 SGB

V, 296 Abs. 4 SGB V:

Nach diesen Vorschriften sind Ärzte verpflichtet, bei Prüfungen, die das Überschreiten des Richtgrößenvolumens, die Prüfung nach Durchschnittswerten oder anderen Prüfgegenständen und Prüfmethode zum Gegenstand haben, den Prüfstellen die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen. Die Diagnosen müssen hierbei auf Verlangen auch versichererbezogen mitgeteilt werden.

Qualitätsprüfung nach §§ 136 SGB V,

298 SGB V:

Im Rahmen von Qualitätsprüfungen sind versichererbezogene Angaben an die KV zu übermitteln.

Auskunftsersuchen der Krankenkasse zur Unterstützung eines Versicherten bei Behandlungsfehlern, § 66 SGB V

Das Auskunftsersuchen bei Behandlungsfehlern ist keine Ermächtigungsgrundlage für die Krankenkassen zur Beibringung von patientenbezogenen Unterlagen! Das heißt, unter keinen Umständen gibt es eine Verpflichtung (bzw. Berechtigung) des Arztes zur Beantwortung von Anfragen der Krankenkasse unter Offenbarung persönlicher Patientendaten ohne schriftliche Schweigepflichtentbindung des Patienten gegenüber dem Arzt.

Nach § 284 Abs. 1 Nr. 5 SGB V kann die Krankenkasse zwar Daten erheben, soweit diese für die Unterstützung der Versicherten bei ärztlichen Behandlungsfehlern erforderlich sind.

Der Arzt ist aber auch insoweit nur verpflichtet, den Krankenkassen diese Auskünfte zu erteilen, als der Versicherte ausdrücklich dieser Datenweitergabe schriftlich zugestimmt hat. Unter keinen erdenklichen Gesichtspunkten kann der Arzt durch irgendeine Sozialbehörde dazu veranlasst werden, ohne Vorlage einer ausdrücklichen Schweigepflichtentbindung einer Krankenkasse Patientendokumentationen zur Prüfung oder gegebenenfalls zum Nachweis eines behaupteten Behandlungsfehlers gegen sich selbst zu übersenden (LSG Niedersachsen Bremen 11.11.2009 L 1 KR 152/08). Niemals besteht eine Anspruchsgrundlage von Sozialbehörden zur Herausgabe von Unterlagen, wenn sich der Behandlungsfehlervorwurf gegen den Arzt selbst richtet.

Etwas anderes gilt zur Prüfung und gegebenenfalls zum Nachweis eines Behandlungsfehlers einer dritten Person (etwa Verkehrsunfallgegner, ärztlicher Vorbehandler etc.). In derartigen Fällen ergibt sich die Verpflichtung des Arztes zur Herausgabe der Unterlagen aus § 294 a SGB V. Die Krankenkasse muss auf Ersuchen des angefragten Arztes dabei „Anhaltspunkte bzw. Hinweise“, also konkrete Tatsachen benennen, die einen Verdacht auf eine Leistungszuständigkeit eines anderen sozialen Leistungsträgers als der GKV oder eine nennenswerte Wahrscheinlichkeit im Sinne eines Anfangsverdachts gegen einen Drittschädiger begründen können. Allgemeine „Rasterfahndungen“ oder „Sammelanforderungen“ ohne konkrete Tatsachengrundlagen reichen als Ermächtigungsgrundlage zur Abforderung von Patientendateien nicht aus. Das Akteneinsichtsbegehren ist also gegen den Arzt zu konkretisieren. Eine Schweigepflichtentbindung ist erforderlich.

Auskunftspflichten bei Anfragen des MDK

Besteht die Notwendigkeit der Prüfung von beantragten Leistungsansprüchen (z. B. Behandlung im Ausland, Vorsorgekuren, Ver-

längerung der häuslichen Krankenpflege über 4 Wochen etc.) und haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1-3 SGB V eine gutachterliche Stellungnahme des MDK veranlasst, so sind die Vertragsärzte verpflichtet, die konkret zu benennenden Sozialdaten im erforderlichen Umfang gemäß § 276 Abs. 2 Satz 1, 2. HS SGB V direkt an den MDK zu übermitteln. Dies betrifft auch die Beantwortung von entsprechenden Ergänzungsfragen und zusätzlichen Informationsbedarfen. Voraussetzung ist aber auch hier stets eine konkrete Fragestellung durch Ärzte des Medizinischen Dienstes. Eine Herausgabe von Unterlagen an nichtärztliche Mitarbeiter des MDK scheidet aus. In diesen Fällen dürfen die Unterlagen deshalb auch ausschließlich an Ärzte des MDK und niemals gleichzeitig oder alternativ an die gesetzlichen Krankenkassen herausgegeben werden (BSG B 3 KR 64/01 R vom 23.07.2002 und B 3 KR 10/02 R vom 28.05.2003).

Auskunftspflichten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§§ 106 SGB V u. 275 Abs. 4 SGB V, LSG Baden-Württemberg Urteil LR KA 1130/95 vom 11.12.1996) sind die Unterlagen auf Anforderung an die Prüfungsgremien herauszugeben. Das ist schon deshalb erforderlich, weil dem geprüften Vertragsarzt die vollständige Beweislast für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten obliegt. Dies erfordert regelmäßig auch bei der Durchführung von Durchschnittsfallwert- und Richtgrößenprüfungen die Vorlage exemplarischer Einzelfälle. Ähnlich ist die Vorlage von Unterlagen auch bei der Plausibilitätsprüfung gem. § 106 a SGB V mit § 275 Abs. 4 SGB V begründbar.

Anfragen von Unfallversicherungsträgern

Anfragen von Unfallversicherungsträgern können sich ohne Vorlage einer entsprechenden Schweigepflichtentbindung des Patienten

zunächst nur gegen Vertragsärzte der Unfallversicherung, also D-Ärzte und H-Ärzte richten. Diese haben eine gesetzliche Verpflichtung zur Auskunftserteilung gegenüber den Trägern der Unfallversicherung, also den Berufsgenossenschaften aus den §§ 201 u. 203 SGB VII. Die Verpflichtung erstreckt sich auf Patientendaten, die für ihre Entscheidung, eine Unfallheilbehandlung durchzuführen, maßgeblich waren. Auch Daten über die Behandlung und den Zustand des Versicherten sowie andere personenbezogene Daten müssen im Einzelfall zweckgebunden weitergegeben werden, wenn dies für Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist (§ 201 SGB VII). Besonderheit ist, dass ausdrücklich geregelt ist, dass der Vertragsarzt in diesen Fällen den Versicherten über seine gesetzliche Auskunftspflicht informieren muss. Ärzte, die nicht an der Unfallheilbehandlung beteiligt sind, sind gem. § 203 SGB VII auf Verlangen ebenfalls verpflichtet, den Berufsgenossenschaften Auskunft über die Behandlung, den Zustand sowie über Erkrankungen und frühere Erkrankungen des Verletzten zu erteilen, soweit dies für die Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist. Eine schriftliche Schweigepflichtentbindung des Unfallversicherten ist hierbei nicht erforderlich.

Anfragen von Rentenversicherungsträgern

Entsprechende Normen, wie die §§ 201 und 203 SGB VII bzw. 275 ff SGB V existieren im Recht der Rentenversicherung (SGB VI) nicht. Es besteht also auf keinen Fall eine Verpflichtung, Patientendaten gegenüber der Deutschen Rentenversicherung ohne Vorlage einer Schweigepflichtentbindung zu offenbaren. Somit muss immer eine ausdrückliche Einwilligungserklärung, also eine aktuelle Schweigepflichtentbindungserklärung, verlangt werden.

Anfragen von Pflegekassen

Nach § 18 Abs. 3 SGB XI soll der MDK, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Diese Norm ist auch Ermächtigungsgrundlage zur Beiziehung ärztlicher Unterlagen. Hierfür erforderlich ist aber nach dem Gesetzeswortlaut die Einwilligung des Versicherten bzw. seiner gesetzlichen Betreuer. Demgegenüber ist § 97 Abs. 1 SGB XI (Erhebung personenbezogener Daten durch den MDK) keine eigene gesetzliche Ermächtigungsgrundlage zur Auskunftserteilung von Ärzten. Dies wird zwar mitunter vom MDK selbst behauptet, ist aber unrichtig: Ohne ausdrückliche Einwilligung des Versicherten dürfen Unterlagen an die Pflegekassen nicht herausgegeben werden.

Fazit

Es gibt für die Herausgabe von Patientendaten und die Erteilung von Auskünften durch Ärzte somit spezialgesetzliche Normen in den einzelnen Sozialgesetzbüchern oder anderen Gesetzen sowie die Generalklausel des § 100 SGB X. Bestehen die Voraussetzungen der Herausgabepflicht hieraus, ist der Arzt verpflichtet, die Auskunft auch zu erteilen. Dies gilt dann auch, wenn der Versicherte dem widerspricht (BSG 6 R KA 10/84 vom 22.06.1993). Bei Verweigerung wäre der sich verweigernde Vertragsarzt von der Behörde vor dem zuständigen Sozialgericht auf Herausgabe zu verklagen oder bei dem für den Wohnsitz oder den Aufenthaltsort des Arztes zuständigen Sozialgericht „um die Vernehmung zu ersuchen“ (§ 22 SGB X). Das Gericht entscheidet dann über die Rechtmäßigkeit einer Verweigerung des „Zeugnisses, des Gutachtens oder der Eidesleistung“. Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)

existiert sogar eine Strafvorschrift. Eine solche ist in anderen Sozialversicherungszweigen nicht vorgesehen. Gem. § 209 SGB VII i.V.m. § 17 Abs. 2 OwiG stellt die Verweigerung der Erteilung der erforderlichen Auskünfte an den Unfallversicherungsträger eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit bis zu 2.500,00 EUR belegt werden kann.

Zu beachten ist ferner, dass die ärztliche Schweigepflicht über den Tod des Patienten hinaus gilt und auch – was vielfach verkannt wird – die Angehörigen und Erben (mit oder ohne Erbschein) gegenüber dem Arzt grundsätzlich kein Auskunftsrecht haben. Etwas anderes kann sich nur aus der Vorlage einer über den Tod hinausgehenden schriftlichen Vorsorgevollmacht ergeben. Auch ein gesetzlicher Betreuer hat nach dem Tod des Betroffenen kein Auskunftsrecht gegenüber dem Arzt, weil die Betreuung von Gesetzeswegen mit dem Tod des Betroffenen endet. In Hinsicht auf die vorstehenden Durchbrechungen der Schweigepflicht durch gesetzliche Verpflichtungen ist also auch hier sorgsam zu prüfen, ob die entsprechenden Ermächtigungsgrundlagen einer Einwilligung des Patienten bedürfen (wie z. B. Rentenversicherungsrecht) oder nicht.

Dieser Beitrag erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Zu beachten ist zudem, dass bekanntlich insbesondere das Sozialrecht ständigen Veränderungen in Gesetzgebung und Rechtsprechung unterworfen ist.

Richtgrößenprüfung

Beratung vor Regress sowie individuelle Vereinbarungen

Jörg Brochnow,
joerg.brochnow@etl.de

Teil 1: Beratung vor Regress

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde § 106 Abs. 5 e SGB V eingeführt. Diese leider recht unverständliche Norm bestimmt zunächst, dass bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % vor der Festlegung eines finanziellen Regresses eine individuelle Beratung stattzufinden hat. Ein Erstattungsbetrag kann also erst für Prüfzeiträume festgesetzt werden, die zeitlich nach der Beratung liegen. Nach den Postulaten im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens soll hierdurch das allgemein als ungerecht und für niedergelassene Arztpraxen als zunehmend existenzgefährdend empfundene Wirtschaftlichkeitsprüfungswesen in Form der Richtgrößenprüfung, entschärft werden - zumindest für Praxen, die erstmalig in ein derartiges Verfahren geraten. Der Arzt soll gewissermaßen vor Ausspruch eines existenzgefährdenden Richtgrößenregresses einen „Warnschuss“ erhalten. Wie fast immer, zumindest in den letzten 15 Jahren, ist auch dieses Gesetz wegen zahlreicher Interpretierungsmöglichkeiten schlicht und ergreifend schlecht gemacht. Zunächst verwundert anlässlich der politisch erklärten Intension, eine „Warnschussfunktion“ einzuführen, dass die Regelung eben nur bei Richtgrößenprüfungen (Arznei- und Heilmittel) gilt. Sie gilt also insbesondere nicht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Zahnärzte und auch nicht bei der sonstigen Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Leistungsabrechnung.

Beratung – Warum nicht?

Oder doch lieber nicht?

Eine groteske Wirkung dieser Gesetzgebung ist, dass sich betroffene Arztpraxen nun quasi gezwungen sehen, sich vehement und mit

allen rechtlichen Mitteln auch gegen die Festsetzung einer ja eigentlich sehr sinnvollen und zu begrüßenden Beratung zur Wehr zu setzen. Denn der Gesetzgeber gewährt den „Freischuss“ der Beratung nur einmal. Was aber, wenn z. B. der Beschwerdeausschuss die Beratung festsetzt, der Vertragsarzt hiergegen fristgerecht Klage zum Sozialgericht erhebt und dann der Termin für diese Beratung festgelegt wird? Das Sozialgericht wird üblicherweise zwei bis drei Jahre bis zu einer Hauptsache-Entscheidung brauchen.

Muss sich der Vertragsarzt auch während dieser Zeit der sogenannten Anhängigkeit des Verfahrens, z. B. durch Antrag auf einstweilige Anordnung des Sozialgerichtes, weiter gegen die anberaumte Beratung wehren? Zumindest das Sozialgericht Marburg (S 12 KA 565/13 ER vom 16.12.2013) verneint dieses. Bei der Festsetzung einer individuellen Beratung gem. § 106 Abs. 5 e S. 1 SGB V handelt es sich um einen Verwaltungsakt, gegen den Anfechtungsklage erhoben werden kann. Denn die Beratung bildet im Bereich der Richtgrößenprüfung eine zwingende tatbestandliche Voraussetzung für die Festsetzung eines Erstattungsbetrages. Mit der Teilnahme an einer Beratung seitens der Prüfungsgremien entstehen dem Vertragsarzt unter der Anhängigkeit von Widerspruchs- und Klageverfahren jedoch keine Rechtsnachteile, da es für einen späteren Richtgrößenregress auf die Bestandskraft der Festsetzung einer Beratung ankommt. Von daher bedarf es auch keines einstweiligen Rechtsschutzes. Das Sozialgericht Dresden (S 18 KA 268/10 vom 11.12.2013) erklärt sich ebenfalls wie folgt: „Ein Vertragsarzt hat ein berechtigtes Interesse, die aus einer rechtswidrigen Anordnung resultierende Zweckbestimmung der Beratung und damit deren Sanktionscharakter durch die gerichtliche Aufhebung des diese anordnenden Bescheides beseitigen zu lassen.“

Hinweis:

Dies gilt übrigens auch bei den Beratungen, die bereits vor dem Inkrafttreten des GKV-VStG normiert waren (§ 106 Abs. 1 a i.V.m. Abs. 5a Sätze 1 und 2 SGB V). Auch bei diesen Beratungen handelt es sich um eine Sanktion im Falle der Überschreitung des Richtgrößenvolumens, die eine Beurteilung des Ordnungsverhaltens beinhaltet und auf eine Verfahrensänderung zielt. Der damit verbundene Eingriff in die Berufsfreiheit begründet ebenfalls eine Beschwer des Vertragsarztes. Bei rechtzeitiger und fristgerechter Einlegung des Rechtsmittels gegen die Anordnung der Beratungen ist es also nicht schädlich, die entsprechenden Beratungen gleichwohl entgegenzunehmen.

Beim ersten Mal, da tut's nicht weh? – Offene Frage der „Erstmaligkeit“

Wie oben dargestellt, kann die Anordnung einer „Freischussberatung“ im Sinne § 106 Abs. 5 e SGB V nur rechtmäßig sein, wenn eine mehr als 25 %ige Überschreitung des Richtgrößenvolumens vorliegt, und zwar nach Abzug der von Amts wegen zu berücksichtigenden Praxisbesonderheiten. Das Sozialgericht Dresden hat eine sehr brauchbare Definition von Praxisbesonderheiten bei Richtgrößenprüfungen formuliert (SG Dresden, Urteil vom 11.12.2013 – S 18 KA 269/10): „Praxisbesonderheiten sind anzuerkennen, wenn ein spezifischer, vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe signifikant abweichender Behandlungsbedarf des Patientenkontexts und die hierdurch hervorgerufenen Mehrkosten nachgewiesen werden, anhand derer im Einzelfall der mit Hilfe von Richtgrößen oder Durchschnittswerten begründete Anscheinsbeweis einer in bestimmtem Umfang vorliegenden Unwirtschaftlichkeit der Behandlungs- oder Ordnungsweise des Vertragsarztes widerlegt werden kann.“ Diese Definition betrifft allerdings eher die vom Vertragsarzt geltend zu machenden Einwendungen als

die bereits von Anfang an von Amts wegen zu berücksichtigenden Praxisbesonderheiten. Trotz einer Überschreitung der Richtgrößen von über 25 % ist also die „erstmalige“ Überschreitung nur durch Beratung und nicht durch Regress sanktionierbar.

Was aber, wenn der Vertragsarzt z. B. im Jahre 1997 bereits eine Wirtschaftlichkeitsprüfung oder im Jahre 2012 schon eine Richtgrößenprüfung hatte? Hier bestanden vollständig divergierende Ansichten von Landessozialgerichten, die erst durch das Bundessozialgericht vereinheitlicht wurden. Nach Auffassung des LSG Baden-Württemberg stellt die Einführung des GKV-VStG zum 01.01.2012 eine Zäsur dar. Danach sei es unerheblich, ob die Richtgröße in der Vergangenheit (ggf. auch bereits mehrfach) überschritten worden sei. Für alle habe ab dem 01.01.2012 zunächst eine Beratung stattzufinden, bevor ein Regress festgesetzt werden könne (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 19.02.2013 L 5 KA 222/13 ER-B). Völlig anderer Auffassung ist das LSG Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 20.11.2013, L 11 KA 49/13). Nach dem Wortlaut der Regelung sei ausschließlich darauf abzustellen, ob der Arzt „erstmalig“ die Richtgröße überschreitet. Dies habe keine zeitliche Dimension. Insofern sei eine restriktive Auslegung der Norm angezeigt, da nur der Arzt schutzbedürftig sei, der bislang, also auch in der Vergangenheit, völlig unauffällig verordnet habe. Inzwischen hat das Bundessozialgericht im Revisionsverfahren entschieden: Nur Vertragsärzte, die ihre Richtgrößen bislang (überhaupt) noch (gar) nicht - durch die Prüfungsgremien förmlich festgestellt - um mehr als 25 Prozent überschritten haben, können sich auf das Prinzip „Beratung vor Regress“ berufen (Urteile vom 22.10.2014 - B 6 KA/8/14 und B 6 KA 3/14 u. a.).

Fazit

Sowohl die zum 01.01.2012 eingeführte „Freischuss-Beratung“ bei erstmaliger Überschreitung der Richtgröße um mehr als 25 % als auch die bereits unterhalb der Überschreitungsgrenze von 25 % mögliche Beratung stellen Eingriffe in die Berufsausübungsfreiheit dar und bilden somit eine Beschwer. Es ist für den Vertragsarzt also in beiden Fällen möglich, fristgerecht sowohl Widerspruch zum Beschwerdeausschuss als auch – nach Entscheidung des Beschwerdeausschusses – Anfechtungsklage zu erheben. Von größerer Bedeutung ist dies natürlich bei Bescheidung zur Verpflichtung der Entgegennahme einer „Freischuss-Beratung“, weil diese die Möglichkeit einer späteren - und dann auch mit unter fortfolgenden - Regressierung überhaupt erst auslöst. Geht der Vertragsarzt gegen die entsprechenden Bescheide allerdings fristgerecht in die Rechtsmittel, ist es nicht schädlich, die entsprechenden Beratungen gleichwohl entgegenzunehmen. Rechtliche Voraussetzung für die Verhängung einer Pflichtberatung im Sinne § 106 Abs. 5 e SGB V ist die unter Abzug der von vornherein erkennbaren Praxisbesonderheiten von Amtswegen vorhandene Überschreitung der Richtgröße um mehr als 25 %.

Teil 2: Individuelle Richtgrößenvereinbarungen

In einer Entscheidung vom 28.08.2013 (BSG B 6 KA 46/12 R) äußerte sich das Bundessozialgericht recht umfassend zu bis dahin offenen Fragen beim Abschluss von individuellen Richtgrößenvereinbarungen (IRV) in der Richtgrößenprüfung. Unter anderem stellte das Gericht in seiner Entscheidung klar, dass die Prüfungsgremien zwar nicht verpflichtet sind, von sich aus auf den Abschluss einer IRV hinzuwirken. Beantragt jedoch der geprüfte Arzt in irgendeiner Phase des Verfahrens den Abschluss einer IRV oder regt er dies auch nur an, sind die Prüf-

gremien gehalten, mit ihm über den Abschluss einer IRV zu verhandeln. Das bedeutet, dass nach Regressfestsetzung durch die Prüfstelle auch der Beschwerdeausschuss bei Verlangen oder Anregung des geprüften Arztes das Verfahren zu unterbrechen und mit dem Arzt über eine IRV zu verhandeln hat. Verhandeln heißt dabei keine Übersendung eines „Gnadenangebotes“, sondern sachgerechte und zielgerichtete Verhandlung anhand von Zahlenmaterial und anhand der vom Vertragsarzt substantiiert vorzulegenden Praxisbesonderheiten. Die gesetzliche Regelung dazu findet sich in § 106 Abs. 5 d SGB V. Demgemäß wird ein zu erstattender Mehraufwand nicht festgesetzt, soweit die Prüfstelle mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt aber verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Es besteht also sowohl für die Prüfstelle als auch für den Beschwerdeausschuss auf Ersuchen des Arztes eine Verhandlungspflicht. Ergebnis dieser Verhandlungen ist dann ein öffentlich-rechtlicher Vertrag. Wird zwischen den Prüfungsgremien und dem zu überprüfenden Arzt keine Übereinstimmung über den Inhalt der Vereinbarung erzielt, sind die Verhandlungen gescheitert. Folge ist, dass ein vom Arzt zu erstattender Mehrbetrag (doch) festzusetzen ist.

Vereinbarung rettet vor Regress

Der erfolgreiche Abschluss einer individuellen Richtgrößenvereinbarung „rettet“ also vor der ansonsten festzusetzenden Regressierung. Im Gesetz ist ausdrücklich geregelt, dass ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand (also ein Regress) nicht festgesetzt werden darf, soweit eine individuelle Richtgröße ver-

einbart wird. Zentrale Bedeutung kommt also dem Inhalt der IRV auch in Hinsicht auf deren „Laufzeit“ zu. Gemäß § 106 Abs. 2 S. 5 SGB V ist die Richtgrößenprüfung stets jahresbezogen durchzuführen. Die Laufzeit der IRV regelt das Gesetz: „Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.“ Sie beginnt „ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt“. Einer Verlängerung dieser Laufzeit oder eine Suspendierung der Überprüfung sollte deshalb regelmäßig nicht zugestimmt werden. Daher gilt: Vertragstext vor Unterzeichnung sorgfältig lesen! Eine Abänderung der laufenden IRV sieht das Gesetz nicht vor, könnte aber wohl in dem Text der IRV vereinbart werden.

Das Ansinnen, über den Abschluss einer IRV zu verhandeln, kann insbesondere nach Festsetzung eines hohen Regresses bei den Prüfstellen eine Chance darstellen. Es bedarf aber einer höchst sorgfältigen Vorbereitung eben dieser Verhandlung durch die betroffene Vertragsarztpraxis. Die Wirkung einer IRV ist nämlich für ihren festgesetzten Zeitraum (regelmäßig die vier Folgequartale), das Abschneiden von Einwendungen weitergehender Praxisbesonderheiten bei Überschreitung der vereinbarten Richtgröße. Unterliegt die Praxis gewissermaßen auf dem Verhandlungswege den Prüfungsgremien und lässt sich auf eine Richtgröße ein, die zwar höher als die „normalen“ 25 % ist, aber gleichwohl nicht ausreicht, ist der gesamte Mehraufwand ohne jede Möglichkeit der Darlegung von Praxisbesonderheiten zu erstatten. Die Sanktion der Überschreitung einer vereinbarten Richtgröße ist also ungleich höher als die Überschreitung der regulären Richtgröße. Das heißt, für die Dauer der Richtgrößenvereinbarung ist der Arztpraxis jede Möglichkeit genommen, die vereinbarte Richtgröße nachträglich in Zweifel zu ziehen oder nachträglich Praxisbesonderheiten vorzutragen. Selbst die Wirkung einer entsprechenden Sanktion der

Überschreitung individueller Richtgrößen ist härter als bei der Überschreitung der regulären Richtgrößen. Denn bei einer Überschreitung der individuellen Richtgröße ist der komplette Mehraufwand vollständig zu erstatten. Es gibt also hierauf eben keinen Toleranzbereich von z. B. 25 %. Unabdingbar ist es deshalb, mit nachvollziehbaren, also verhandelbaren Darstellungen des benötigten Mehrbedarfes in die Verhandlungen zu gehen: Erstens, um sich selbst nicht für die Folgequartale den Ast abzusägen, auf dem man sitzt und zweitens, um die Chance zum Abschluss einer realisierbaren IRV zu erhöhen. Wird gegen diesen Grundsatz verstoßen, läuft die Arztpraxis Gefahr, insbesondere bei existenzbedrohenden hohen Regressen bestenfalls etwas Zeit zu gewinnen, im Übrigen aber für den (meist ja bereits dann schon anhängigen) Folgejahreszeitraum alle Einwendungschancen zu verspielen. Die sorgfältige Aufarbeitung des Zahlenmaterials und der vorhandenen Praxisbesonderheiten sowie klare strategische Überlegungen zum Umgang mit der Möglichkeit, um Vertragsverhandlungen über IRV zu ersuchen, sind deshalb unabdingbar für einen entsprechenden Erfolg. Die Prüfungsgremien müssen insbesondere gezwungen werden, über die IRV tatsächlich zu verhandeln und nicht nur einen einseitigen Gnadenzuschlag ohne wirkliche Verhandlung am Zahlenmaterial anzubieten. Sehr hilfreich, insbesondere für taktische Überlegungen im Zusammenhang mit IRV, ist deshalb die nunmehr erfreuliche Klarstellung des BSG, dass auf Ansinnen der Vertragsarztpraxis der Beschwerdeausschuss eben doch auch nach bereits festgesetztem Regress der Prüfstelle sein Verfahren aussetzen und über die IRV verhandeln muss.

Inhalt des Vortrages zu Praxisbesonderheiten

Die Aufarbeitung des erforderlichen Vortrages zu vorhandenen Praxisbesonderheiten sollte sich an folgenden Definitionen der Sozialgerichte zu dem Begriff Praxisbesonderheiten in der Wirtschaftlichkeitsprüfung orientieren.

„Praxisbesonderheiten sind - ebenso nach den RGV 2005 wie nach der Rechtskonkretisierung durch die Rechtsprechung bei Durchschnittsprüfungen (vgl. Clemens in jurisPK-SGB V, § 106 Rdn. 149) - aus der Zusammensetzung der Patienten herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind (u.v.a. BSG, Urteil vom 21.06.1995 - 6 RKa 35/94). Die betroffene Praxis muss sich nach der Zusammensetzung der Patienten und hinsichtlich der schwerpunktmäßig zu behandelnden Gesundheitsstörungen vom typischen Zuschnitt einer Praxis der Vergleichsgruppe unterscheiden (u.v.a. BSG, Urteil vom 06.09.2000 - B 6 KA 24/99 R). Dabei ist es grundsätzlich Sache des geprüften Arztes, Praxisbesonderheiten darzulegen und nachzuweisen; ihn trifft die Darlegungslast (u.v.a. BSG Urteil vom 11. 12.2002 - B 6 KA 1/02 R). Es ist also Angelegenheit des Vertragsarztes - und nicht des Beklagten oder des Gerichts -, entscheidungserhebliche Umstände vorzutragen, die auf eine Abweichung von der Typik der Praxen der Fachgruppe schließen lassen. Der Vertragsarzt ist nicht nur gemäß § 21 Abs. 2 SGB X allgemein gehalten, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere die ihm bekannten Tatsachen und Beweismittel anzugeben. Im Rahmen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen hat er vielmehr eine entsprechende besondere Mitwirkungspflicht aus der Sache selbst, wie sie immer dann besteht, wenn ein Arzt sich auf für ihn günstige Tatsachen berufen will und diese Tatsachen allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können.

„Bei einer Richtgrößenprüfung steht den Prüfungsgremien ein Beurteilungsspielraum zu, soweit es um die Feststellung und Bewertung von Praxisbesonderheiten geht. Praxisbesonderheiten sind anzuerkennen, wenn ein spezifischer, vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe signifikant abweichender Behandlungsbedarf des Patientenklentels und die hierdurch hervorgerufenen Mehrkosten nachgewiesen werden, anhand derer im Einzelfall der mit Hilfe von Richtgrößen oder Durchschnittswerten begründete Anscheinsbeweis einer in bestimmtem Umfang vorliegenden Unwirtschaftlichkeit der Behandlungs- oder Ordnungsweise des Vertragsarztes widerlegt werden kann. Regelmäßig nicht zielführend ist der Hinweis auf schwere und kostenintensive Erkrankungen, weil sich solche Fälle in jeder Praxis finden. Die Behauptung, Arzneimittel, für die Mehrausgaben im Vergleich zur Fachgruppe festgestellt werden, indikationsgerecht verordnet zu haben, reicht nicht aus, um eine Praxisbesonderheit und einen daraus resultierenden Mehraufwand zu belegen. Indikationsgerechte Verschreibungen sind eine notwendige, allein aber noch nicht hinreichende Voraussetzung für eine wirtschaftliche Ordnungsweise. Ebenso wenig können alle über dem Fachgruppenschnitt der Diagnosehäufigkeit liegenden Arzneimittelindikationen als Praxisbesonderheit anerkannt werden. Denn es liegt in der Natur der Durchschnittswertbildung, dass die sowohl über- als auch unterhalb des Durchschnittswertes liegenden Mengen gleichgewichtig verteilt sind. Zudem stellt eine Abweichung vom Durchschnittswert an sich noch keine Besonderheit dar, solange ihr nicht unter Berücksichtigung der daraus zurechenbar resultierenden Mehrkosten für indikationsgerecht verordnete Arzneimittel Signifikanz zukommt.

Ein Vertragsarzt kann auch nicht beanspruchen, die Kosten für Arzneimittel mit Wirkstoffen, für die mindestens eine Indikation als einer Praxisbesonderheit zugehörig anerkannt ist,

vollumfänglich als berechtigten Mehraufwand vom Verordnungsvolumen abzusetzen. Anzuerkennen ist vielmehr nur der einer Praxisbesonderheit morbiditäts- und indikationsbezogen zurechenbare Mehraufwand im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt. Dieser darf zudem mit bezifferbaren Minderausgaben für andere Arzneimittel verrechnet werden, die wegen der abweichenden Morbiditätsstruktur unterdurchschnittlich verordnet werden.

Das gilt auch in Bezug auf die Behandlung typischerweise mit anderen Erkrankungen vergemeinschafteter Krankheiten. Auch insoweit kann die Begleitmedikation nur dann Ausdruck einer Praxisbesonderheit sein, wenn sich in der geprüften Praxis auch die damit behandelten Begleiterkrankungen aus der Morbiditätsverteilung der Vergleichsgruppe herausheben. Nur entsprechend der Abweichung vom Fachgruppendurchschnitt kann sodann ein festgestellter Mehraufwand als durch die Praxisbesonderheit bedingt anerkannt werden.

Fazit

Können Praxisbesonderheiten dargelegt werden, lassen sich viele Prüfungen entschärfen. Gerade bei Richtgrößenprüfungen liegen diese meist in der besonderen Patientenlientel begründet. Bei Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfungen empfehlen wir Ihnen aber generell, einen Anwalt einzuschalten und bezüglich der Prüfungsfeststellungen Stellung zu nehmen.

Ihre Ansprechpartner



Berlin
Dr. Jens-Peter Damas
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Steuerrecht
ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
jens.damas@etl.de
Tel.: (030) 22 64 12 20



Dresden
Dr. Mario Hoffmann
Rechtsanwalt
**Fachanwalt für Handels-
und Gesellschaftsrecht**
ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
mario.hoffmann@etl.de
Tel.: (0351) 465 21 60



Berlin
Dr. Till Thomas
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Arbeitsrecht
ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
till.thomas@etl.de
Tel.: (030) 22 64 12 20



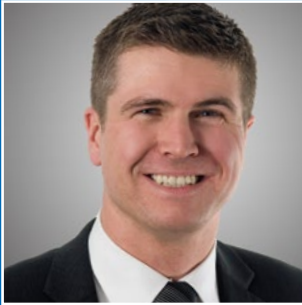
Erlangen
Dr. Lars Lindenau
Rechtsanwalt
ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
lars.lindenau@etl.de
Tel.: (09131) 9 77 07 37



Dresden
Jörg Brochnow
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
joerg.brochnow@etl.de
Tel.: (0351) 465 21 60



Essen
Thomas Gerdes
Rechtsanwalt
ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
thomas.gerdes@etl.de
Tel.: (0201) 565 8 10 10



Essen
Michael Rossa
Rechtsanwalt
Steuerberater
ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
michael.rossa@etl.de
Tel.: (0201) 565 8 10 10



München
Martin Geißer
Rechtsanwalt · Steuerberater
Dr. Otto & Kollegen GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
martin.geisser@etl.de
Tel.: (089) 2 03 00 20 10



Köln
Dr. Stefan Müller-Thele
Rechtsanwalt
ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
stefan.mueller@etl.de
Tel.: (0221) 880 40 60



Rostock
Raik Pentzek
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Sozialrecht
ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
raik.pentzek@etl.de
Tel.: (0381) 242 43 69



Köln
Dr. Uwe Schlegel
Rechtsanwalt
ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
uwe.schlegel@etl.de
Tel.: (0221) 880 40 60



**ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft**

Mauerstraße 86–88
10117 Berlin

Tel.: (0800) 724 17 76
medizinrecht@etl.de

www.etl-rechtsanwaelte.de/medizinrecht