

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

3 | März 2017

## Kassenabrechnung

### „Praxisinterne Vertretung“ in der BAG kann teuer werden

Bei der gegenseitigen Vertretung innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ist Vorsicht geboten. Verstöße gegen die vertragsärztlichen Vertretungsregelungen bzw. gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung können Honorar-Rückforderungen nach sich ziehen. Dies zeigt ein Fall, der jüngst vom Sozialgericht [SG] München entschieden wurde (Urteil vom 20.01.2017, Az. S 28 KA 698/15).

von RA Tim Hesse, Kanzlei am  
Ärztehaus, Münster/Dortmund

#### Der aktuelle Fall

Auf eine anonyme Anzeige hin war festgestellt worden, dass der Facharzt für Radiologie C seine urlaubsbedingten Abwesenheiten (jährlich rund 100 Tage) nicht bzw. nur unvollständig der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gemeldet hatte. In seinen Abwesenheitsmeldungen hatte C jeweils seinen Praxis-Partner D, einen Facharzt für Radiologie und für Nuklearmedizin, als seinen Vertreter benannt.

Daraufhin nahm die KV Honorarbescheide für mehrere Quartale zurück. Sie wies darauf hin, dass eine gegenseitige Vertretung der Partner in einer fachübergreifenden

Gemeinschaftspraxis nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung wegen der Bindung an die Grenzen des Fachgebiets und des Versorgungsbereichs grundsätzlich nicht möglich ist. C habe demnach stets einen externen Vertreter bemühen müssen.

Bei strikter Anwendung der Rechtsprechung seien alle von D in Vertretung von C erbrachten Leistungen fehlerhaft abgerechnet worden und damit zurückzufordern. Angesichts einer insoweit erst Ende 2011 erfolgten grundlegenden Änderung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts räumte die KV den Ärzten allerdings Vertrauensschutz ein: Sie erkannte in analoger Anwendung der in § 32 Ärzte-ZV statuierten zeitlichen Obergrenze Vertretungen von bis zu drei Monaten jährlich an.

## Inhalt

### Steuern

Erleichterte Trennung einer Berufsausübungsgemeinschaft ... 3

im Downloadbereich mit

- Sonderausgabe „Auseinandersetzung einer Gemeinschaftspraxis“

### Qualitätsmanagement

Die radiologische Sicht auf die neue sektorenübergreifende QM-RL ..... 5

im Downloadbereich mit:

- Formblatt zur Dokumentation von CIRS
- Verfahrensanweisung „Ablehnung der Diagnostik durch den Patienten“

### Arzt-Honorare

Der ermächtigte Radiologe muss die ärztlichen Leistungen persönlich erbringen ..... 7

### Versorgung

Klinik muss Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger Niedergelassenen überlassen ... 8

Die gegen die verbleibende Honorar-Rückforderung in Höhe von knapp 73.000 Euro gerichtete Klage der BAG hatte zum Teil Erfolg.

### Die Entscheidung

Allerdings bestätigte das SG zunächst Verstöße gegen die Vertretungsregelungen, die Anwesenheitspflicht und die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung.

Einer „praxisinternen Vertretung“ des C durch D stünden bereits die Abrechnungsbestimmungen des EBM entgegen. Da sowohl Röntgen- als auch CT-Leistungen für ihn fachfremde Leistungen sind, benötige C tatsächlich grundsätzlich einen externen Vertreter.

Die beklagte KV habe allerdings die Drei-Monats-Fristen nicht korrekt berechnet und das ihr im Rahmen der Honorarneufestsetzung zustehende Ermessen, die Berechnung der Honorarrückforderung anhand der Kalendertage oder der Tage mit Sprechstundenzeit vorzunehmen, fehlerhaft ausgeübt. Daher berechnete das Gericht neu und reduzierte die Honorarrückforderung gegenüber der BAG um ca. 30.000 Euro.

### Die vertragsärztliche Vertretung

Gemäß § 32 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV hat der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben.

Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei Monaten vertreten lassen (§ 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV).

### Info an Patienten und KV

Ein Vertragsarzt, der seiner Tätigkeitsverpflichtung nicht nachkommen kann, muss selbst für eine geeignete ärztliche Vertretung und angemessene Patienteninformation sorgen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie der KV mitzuteilen (§ 32 Abs. 1 S. 4 Ärzte-ZV).

### Berechnung der Drei-Monats-Frist

Die in § 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV statuierte Drei-Monats-Frist ist nach wohl vorherrschender Ansicht nicht durch Addition der Abwesenheits- oder Vertretertage, sondern fortlaufend von dem Zeitpunkt an zu errechnen, an dem der Vertreter erstmalig tätig wird.

Beginnt ein Urlaub an einem Wochenende oder einem Feiertag, ist für diese Tage keine Vertretung erforderlich, wenn die Praxis lediglich von Montag bis Freitag Sprechstunden anbietet.

### Abrechnung

Als Ausnahme vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung kann der Vertragsarzt die in dem dreimonatigen Zeitraum erbrachte Vertreterleistung ohne Genehmigung gegenüber der KV wie eine eigene Leistung abrechnen.

### Folgen falscher Angaben

Wer gegenüber der KV Abwesenheitszeiten falsch oder unvollständig angibt, setzt die Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärungen in den betroffenen Quartalen aufs Spiel.

### Berechnung nach Kalendertagen

In dem beschriebenen Fall ergab sich die Gesamtrückforderungs-

summe für das Gericht aus der Zahl der gestrichenen Abwesenheitstage, multipliziert mit dem jeweils durchschnittlichen GKV-Tageshonorar des C. Doch das SG hat darauf hingewiesen, dass es im Ermessen der KV liegt, ob die Rückforderung anhand der Kalendertage oder der Tage mit Sprechstundenzeit berechnet wird.

### Berechnung nach Sprechstundentagen

Eine Berechnung der Rückforderung anhand der Sprechstundentage hätte hier zu einem ähnlichen Ergebnis geführt. In diesem Fall wäre die Anzahl der Sprechstundentage, an denen C abwesend war, mit seinem an einem Tag mit Sprechstundenzeit durchschnittlich eingenommenen GKV-Honorar zu multiplizieren gewesen.

### Praxishinweis

Wie die KV Bayerns zählt das SG München Vertretungen für Bereitschaftsdienst zu den Vertretungstagen. Etwas anderes gilt nur, wenn der Bereitschaftsdienst getauscht wurde.

Eine lediglich stundenweise Vertretung schlägt nach Ansicht des SG München als ein Vertretungstag zu Buche. Das heißt aber nicht, dass KVen in anderen Bezirken und/oder andere Gerichte dies genauso beurteilen.

Wer Unannehmlichkeiten vermeiden möchte, sollte nicht zuletzt diesbezüglich die Verwaltungspraxis der jeweils zuständigen KV in Erfahrung bringen und ggf. rechtzeitig juristischen Rat einholen.

## Steuern

**Erleichterte Trennung einer  
Berufsausübungsgemeinschaft**

Wenn Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) getrennte Wege gehen, wird oft Praxisinventar mitgenommen oder eine Abfindung gezahlt. Dies hat in der Vergangenheit hohe Steuern ausgelöst. Doch der Bundesfinanzhof (BFH) hat inzwischen die steuerneutrale Auseinandersetzung deutlich vereinfacht (Urteil vom 17.09.2015, Az. III R 49/13).

von StB Björn Ziegler, Kanzlei  
LZS Steuerberater, Würzburg

**Steuerneutralität nur bei  
Buchwertfortführung**

Ob und in welcher Höhe bei einer Trennung Steuer anfällt, hängt von der sogenannten Buchwertfortführung ab. Damit wird ein Gegenstand beim Übernehmer in gleicher Höhe steuerlich angesetzt wie beim Übergeber. Es wird nicht danach gefragt, ob der echte Wert tatsächlich höher ist.

**Beispiel**

Der Praxis-Pkw ist auf einen Euro abgeschrieben und wird der Tochter zur Privatnutzung geschenkt.

**Die Folgen sind:** Ist der Pkw 10.000 Euro wert, muss der Arzt – durch die Entnahme des Betriebs-Pkw aus dem Betriebsvermögen – sogenannte stille Reserven von 9.999 Euro als Entnahmegewinn versteuern. Er hätte den Pkw schließlich auch für 10.000 Euro verkaufen und so einen Praxisgewinn erzielen können.

**Beispiel**

Der Praxis-Pkw wird zukünftig für eine umfangreiche (nicht ärztliche) Dozententätigkeit des Arztes genutzt.

**Die Folgen sind:** Der Pkw wandert von dem Praxis-Betriebsvermögen in das zweite Betriebsvermögen „Lehrtätigkeit“. Hierfür gibt es im Steuerrecht die Buchwertfortführung, sodass in der Arztpraxis ein Euro ausgebucht und im Betriebsvermögen der Lehrtätigkeit ein Euro eingebucht wird. Es wird keine Entnahme ausgelöst, die die Besteuerung der stillen Reserven mit sich brächte.

**Austritt eines BAG-Partners nach  
altem Recht**

Bislang galt jedoch keine Buchwertfortführung, sondern eine Sachwertabfindung, wenn ein Arzt aus einer BAG ausschied und als Abfindung einen ganzen Standort oder einzelne Einrichtungsgegenstände erhielt. Die Folgen waren:

- Der Ausscheidende tauschte seinen Gesellschaftsanteil gegen einen Geldanspruch ein und musste den Mehrwert versteuern. Er erzielte einen Gewinn aus der Aufgabe seiner Gesellschafterstellung.

- Im Gegenzug stiegen die Buchwerte aller Positionen des Praxisvermögens an, in denen stille Reserven stecken. Die verbleibenden Gesellschafter tätigten einen zusätzlichen Verkauf von Inventar etc., wenn sie den Geldanspruch durch die Hingabe von Praxisvermögen (= Anlagevermögen) beglichen. Dem Verkaufsgewinn stand spiegelbildlich neues Abschreibungspotenzial gegenüber.

**Sonderfall: Auflösung der gesamten  
BAG**

Eine Buchwertfortführung kam bisher nur in Betracht, wenn alle Gesellschafter getrennte Wege gingen. Nur die Gesamtauflösung und Zerschlagung der Gemeinschaftspraxis erfüllte also die Voraussetzungen einer steuerneutralen „Realteilung“ i. S. von § 16 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG).

**Austritt eines BAG-Partners nach  
neuem Recht**

Jetzt wird der Begriff „Realteilung“ nach dem Sinn der Vorschrift steuerlich neu definiert (BFH, Urteil vom 17.09.2015, Az. III R 49/13): Die Buchwertfortführung soll sinnvolle Umstrukturierungen fördern – und das ist bei einer Trennung von Gesellschaftern gegeben. Statt fiktive Gewinne zu versteuern, teilen die sich trennenden Gesellschafter z. B. ihre bisherigen Praxisstandorte einfach auf zwei neue Buchführungen auf. Danach erfolgt der Austritt eines Partners völlig steuerneutral.

**Sonderfall: unterschiedliche  
Buchwerte**

Auch wenn die Standorte unterschiedliche Buchwerte haben, weil beispielsweise ein Standort ganz neu eingerichtet ist, werden die

steuerlichen Buchwerte neu zugeordnet und die Kapitalkonten entsprechend umgeschichtet.

Bei der Bemessung der Abfindung wird man aber berücksichtigen müssen, dass die Buchwerte Abschreibungsvolumen darstellen, das künftig Jahr für Jahr Steuerentlastungen bringt. Das heißt:

- Nimmt der ausscheidende Partner mehr Buchwerte mit als ihm zustehen, muss er die verbleibenden Gesellschafter entschädigen. Denkbar ist, dass sein Abfindungsanspruch betragsmäßig um den Steuervorteil gekürzt wird, den er den verbleibenden Gesellschaftern wegnimmt.
- Das gilt natürlich auch umgekehrt, wenn übermäßig hohe Buchwerte zurückbleiben und der ausscheidende Arzt das Nachsehen hat.

### Praxishinweis

Das Abschreibungsvolumen der Buchwerte und eine Anpassung der Abfindung für den ausscheidenden Gesellschafter setzt eine Regelung im Gesellschaftsvertrag voraus. Bereits bestehende Kooperationsverträge sollten ggf. ergänzt werden.

### Sonderfall: Sachwerte kleiner als Abfindungsanspruch

Den Fall, dass der übertragene Standort weniger wert als die Abfindung ist, hat der BFH folgendermaßen geregelt: Dem Standort kann Geld zugewiesen werden, das in der BAG vorhanden ist. So kann die Abfindungshöhe „erreicht“ werden. Ausdrücklich offengelassen haben die Richter, ob das auch funktioniert, wenn das Geld erst kurz

vor der Trennung durch Einlagen oder Bankdarlehen beschafft werden muss. Insoweit ist Vorsicht geboten.

Erfolgt der Ausgleich außerhalb der BAG durch eine Zuzahlung, die die verbleibenden Gesellschafter privat überweisen, führt das bei dem Ausscheidenden zu einem Aufgabegewinn. Er muss folgerichtig einen Gewinn versteuern.

### Praxishinweis

Wenn der ausscheidende Arzt einen Aufgabegewinn verwirklicht, muss die gesamte BAG ihre Gewinnermittlungsart wechseln. Das Gesetz verlangt dann zwingend eine Bilanz auf den Ausscheidensstichtag. Rund um den Jahreswechsel sollte der Ausstieg daher besser auf Anfang Januar des Folgejahres statt auf Ende Dezember des laufenden Jahres vereinbart werden, um eine ungewollte vorgezogene Versteuerung von Einnahmen zu vermeiden.

### Sonderfall: Abfindungsanspruch größer als Sachwerte

Ist der übertragene Standort mehr wert als die Abfindung, hätte der ausscheidende Arzt seinen ehemaligen Mitgesellschaftern einen Spitzenausgleich zu zahlen. Der Spitzenausgleich führt zu einem Gewinn bei den fortführenden Gesellschaftern.

### Sonderfall: Übertragung einzelner Wirtschaftsgüter

Offengelassen hat der BFH zwar den Fall, dass anstelle eines kompletten Standorts nur ein Teil der immateriellen Werte übertragen wird und die Abfindung im Übrigen in Geld

erfolgt. § 16 Abs. 3 EStG sieht aber auch die steuerneutrale Übertragung einzelner Wirtschaftsgüter vor. In diesem Fall muss die Umsatzsteuer besonders genau geprüft werden, weil keine Geschäftsveräußerung im Ganzen vorliegt.

### Sonderfall: Gründung einer neuen BAG

Bislang nicht gelöst ist der Fall, dass der Ausscheidende gleich eine neue BAG gründet oder seinen Standort in eine solche einbringt. Dieser Schritt sollte vorab sehr genau überlegt werden, denn der Realteilungsparagraf enthält hierfür eine Sperrfrist. Werden danach im Rahmen der Realteilung auch einzelne Wirtschaftsgüter übertragen, dürfen wesentliche Betriebsgrundlagen drei Jahre lang nicht entnommen oder veräußert werden. Diese Drei-Jahres-Frist läuft ab Abgabe der Steuererklärung des Trennungsjahres.

### Praxishinweis

Es ist wichtig, vorab zu klären, ob die dreijährige Sperrfrist des § 16 Abs. 3 S. 3 EStG greift und was Rechtsprechung und Verwaltung aktuell als schädlichen Vorgang definieren. Ein schädlicher Vorgang löst rückwirkend steuerpflichtige Gewinne aus. Eine Schadenersatzklausel im Gesellschaftsvertrag ist für diesen Fall vorstellbar.

### Sonderfall: Übernahme ins Privatvermögen

Die Buchwertfortführung gilt nicht für Gegenstände, die ins Privatvermögen übergehen. Was steuerfrei übertragen werden soll, muss Betriebsvermögen bleiben. Nimmt der Ausschei-

dende beispielsweise wertvolle Bilder aus der Praxis mit, die zukünftig in seinem Wohnzimmer hängen, löst das insoweit Steuerzahlungen aus, jedoch beschränkt auf diese Objekte.

### Fazit

Mit seiner Rechtsprechung hat der BFH die steuerneutrale Trennung (zerstrittener) Ärzte deutlich erleichtert. Abweichungen vom Urteilsfall müssen genau geprüft und ggf. vorab durch einen Antrag auf verbindliche Auskunft beim Finanzamt abgesichert werden. Die Finanzverwaltung hat das BFH-Urteil seit Dezember 2016 für allgemein anwendbar erklärt.

### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Die Sonderausgabe „Auseinandersetzung einer Gemeinschaftspraxis“ enthält Hinweise zur steuerlichen Gestaltung der Realteilung einer Gemeinschaftspraxis, der Auseinandersetzung einer BAG sowie ein Auseinandersetzungsmuster zur Beendigung einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts.

## Impressum



### Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,  
 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,  
[www.guerbet.de](http://www.guerbet.de), E-Mail [info@guerbet.de](mailto:info@guerbet.de)

### Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH  
 Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen  
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, [www.iww.de](http://www.iww.de)  
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

### Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

### Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

### Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

## Qualitätsmanagement

# Die radiologische Sicht auf die neue sektorenübergreifende QM-RL

Spätestens bei der Organisation im Schnittstellenmanagement klopft das Thema Qualitätssicherung durch radiologische Anforderungen aus dem stationären und teilambulantem Bereich an die Pforten der Radiologie in Krankenhäusern und Praxen. Hier die wichtigsten Aspekte zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Richtlinie (RL) zum Qualitätsmanagement (QM) vom 16.11.2016.

## Kommunikation und Wissenstransfer

Die meisten Schadensfälle resultieren nicht aus ärztlichen Kunstfehlern, sondern ergeben sich durch Kommunikationsfehler zwischen Berufsgruppen und Schnittstellen von Organisationseinheiten. Oft gehen viele Informationen zum Patienten nach dem Stille-Post-Prinzip verloren.

Allen Beteiligten müssen die relevanten Informationen zum QM bekannt sein. Dazu gehören alle Verfahren mit Kooperationspartnern, Standards und zu dokumentierenden Indikatoren zu den Qualitätssicherungsbögen nach dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG).

Zu den Verfahrens- und Arbeitsanweisungen sollten regelmäßig Schulungen stattfinden. Checklisten unterrichten, wer wann, wie und wofür im Falle von Unklarheiten zu befragen bzw. zu informieren ist.

## Beispiel: Strahlenschutzfortbildung

Durchdringungsraten von Strahlenschutzfortbildungen der anfordernden Fachkliniken sollten der Radiologie präsent sein. Die Radiologie einer Klinik muss z. B. sicherstellen können, dass der anfordernde Arzt eine gültige

von *Claudia Schulte-Marxloh*,  
 Zert. TQM-Auditor/  
 Risk management officer, Essen

Strahlenschutzfortbildung vorweist. Sollte dieses nicht der Fall sein, muss der durchführende Arzt der Radiologie anhand der Patientenakte entscheiden, ob die diagnostische Anforderung relevant und indiziert ist.

## Dokumentation in KIS

Die im Krankenhaus festgelegte Arbeitsanweisung muss sicherstellen, dass der Arzt, der die Strahlenschutzfortbildung (mit einer Auffrischung alle fünf Jahre) wahrgenommen hat, die Anforderung im Krankenhaus-Informationssystem (KIS) freigibt. Es folgen je nach Behandlungsfortgang weitere Prozesse.

## Beispiel

Eine radiologische Untersuchung war indiziert angefordert, der Patient erscheint morgens, lehnt aber vor Ort die Untersuchung ab. Am kommenden Morgen erleidet er einen akuten Magendurchbruch. Hier muss das Krankenhaus für ein funktionierendes Schnittstellenmanagement Folgendes regeln und abbilden:

- Wie wird die Station zeitnah über die Ablehnung der Untersuchung informiert?
- Weiß der behandelnde Arzt zeitnah über die Ablehnung der Untersuchung Bescheid?
- Wo und wie wird die Ablehnung der Untersuchung dokumentiert?
- Ist dokumentiert, dass der Patient ausreichend auf die möglichen Risiken hingewiesen wurde und er trotz großer Schmerzen der Untersuchung nicht zugestimmt hat?

In den Schnittstellenprozessen sind deshalb die Chancen und die Risiken frühzeitig zu ermitteln. Gefragt werden müssen hierfür die Radiologie, Fachkliniken, niedergelassene Arztpraxen und die IT.

Geben Sie ein internes Risikoaudit in Auftrag. Prüfen Sie zusammen Worst-Case-Szenarien und gleichen Sie diese mit Ihren Prozessen ab. Qualitätssichernde Vorbeugemaßnahmen gewährleisten Patientensicherheit. Standard-Prozesse dienen auch der Personalressource.

Komplikationen oder verbesserungswürdige Therapieabläufe) interdisziplinär zu besprechen.

Falls Sie bereits ein etabliertes System zur Meldung kritischer Vorkommnisse (Critical incident reporting system = CIRS) in Ihrer Klinik haben, ist es sinnvoll, interne und externe CIRS-Fälle in den M&M-Konferenzen zu etablieren. So erfüllen Sie die Vorgaben der QM-RL und betreiben Best Practice.

➤ WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Formblatt zur Dokumentation von CIRS (online abrufbar unter den Downloads von [www.rwf-online.de](http://www.rwf-online.de))
- Verfahrensanweisung „Ablehnung der Diagnostik durch den Patienten“ (online abrufbar unter den Downloads von [www.rwf-online.de](http://www.rwf-online.de))
- Die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung finden Sie auf der Website des G-BA unter [www.iww.de/s57](http://www.iww.de/s57)

**Unterstützung durch das QM**

Bedenken Sie, dass das Krankenhaus im Schadensfall in der Nachweispflicht ist. Hier wird man Ihnen z. B. mangelnde Patientenaufklärung infolge von Strukturfehlern im Schnittstellenmanagement vorwerfen.

**Fehlermeldesystem durch M&M-Konferenzen**

Die QM-RL fordert von allen Krankenhäusern sogenannte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen), um Fehler und kritische Vorkommnisse (z. B. Todesfälle, Zwischenfälle,

**Formblatt zur Dokumentation einer M&M-Konferenz**

Fachklinik: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Anwesende: siehe Teilnehmerliste

unerwünschtes Ereignis, Fall-Nr.: \_\_\_\_\_

CIRS:

intern

extern

Ereignis:

.....

Ursachenanalyse:

erfolgt

veranlasst

.....

Zukünftige Vorbeugemaßnahme:

getroffen

veranlasst

.....

Arbeits- oder Verfahrensanweisung (AA/VA) notwendig?

ja

nein

veranlasst

Änderung im SOP notwendig?

ja

nein

veranlasst

Information Klinik intern

ja

nein

veranlasst

Literatur zum Ereignis bekannt?

ja

nein

veranlasst

Quellennachweis: .....

Information an Fachgremien notwendig?

ja

nein

veranlasst

**Arzt-Honorare****Der ermächtigte Radiologe muss die ärztlichen Leistungen persönlich erbringen**

Der ermächtigte Krankenhausarzt muss ärztliche Leistungen wie Szintigraphien oder Sonographien persönlich erbringen. Eine Delegation auf nachgeordnete Ärzte ist nicht zulässig. Auch der im stationären Bereich zuständige Vertreter darf den ermächtigten Arzt nicht vertreten. Insofern sind die Leistungen, die andere Ärzte erbracht haben, zurückzuerstatten. Der ermächtigte Krankenhausarzt kann lediglich delegationsfähige nichtärztliche Leistungen an hinreichend qualifiziertes und überwachtes nichtärztliches Hilfspersonal delegieren (Landessozialgericht [LSG] Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16.10.2015, Az. L 24 KA 24/11).

von RA, FA für MedizinR  
Philip Christmann, Berlin/Heidelberg,  
[www.christmann-law.de](http://www.christmann-law.de)

**Der Fall**

Der Kläger ist Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin und Chefarzt der Klinik für Nuklearmedizin am Klinikum F. Zunächst wurde er zur Erbringung nuklearmedizinischer Leistungen ermächtigt. Dann erstreckte sich diese Ermächtigung auch auf die Gebührennummer 7140 und auf verschiedene im Rahmen der szintigraphischen Untersuchungen abzurechnende Gebührennummern. In den Ermächtigungsbeschlüssen wurde der Arzt mehrfach auf die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung hingewiesen.

In den Sammelerklärungen zu den Vierteljahresabrechnungen gab der Kläger jeweils an: „Die Eintragungen auf den Behandlungsscheinen sind sachlich richtig und vollständig. Die Leistungen habe ich persönlich oder mein Vertreter erbracht. Die Anforderungen an die persönliche

Leistungserbringung sind mir bekannt.“

Den Quartalerklärungen waren aber keine gemeldeten Vertreterbestellungen i. S. von § 32a S. 2 Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) zu entnehmen. Später zeigte sich, dass der Kläger zwar persönlich die Chefarztsprechstunde – also die Beratung der Schilddrüsenpatienten – durchgeführt hatte. Die szintigraphischen Untersuchungen in über 4.000 Fällen hatte er dagegen auf das nachgeordnete ärztliche Personal des Klinikums übertragen. Die beklagte KV forderte deshalb zu Recht die Honorare zurück, die sich auf die Leistungen der nachgeordneten Ärzten bezogen.

**Folgen für die Praxis**

Die korrekte Abrechnungs-Sammelerklärung ist Voraussetzung für die Entstehung des Anspruchs eines Vertragsarztes auf Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen. Diese ist bereits dann falsch, wenn nur ein mit ihr erfasster Behandlungsausweis eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthält.

**Grobe Fahrlässigkeit schadet**

Dies ist der Fall, soweit die unrichtigen Angaben in den Behandlungsausweisen – wie hier – zumindest grob fahrlässig erfolgt sind. Denn der Kläger war in den Ermächtigungsbescheiden ausdrücklich auf die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung hingewiesen worden.

Beruhend die unrichtigen Angaben nur auf leichter Fahrlässigkeit oder schlichtem Versehen, so beeinträchtigt dies nicht die grundsätzliche Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelklärung. In solchen Fällen ist die KV lediglich zur rechnerischen und sachlichen Richtigstellung der Honorarabrechnung hinsichtlich dieser Abrechnungsfehler berechtigt.

**Die korrekte Vertretung**

Krankenhausärzte werden im Hinblick auf einen Versorgungsbedarf und ihre persönliche Qualifikation in Verbindung mit den ihnen im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ermächtigt. Die Ermächtigung berechtigt den ermächtigten Arzt nur persönlich. Eine Befugnis des im stationären Bereich zuständigen Vertreters, den Krankenhausarzt auch bei seiner vertragsärztlichen Tätigkeit zu vertreten, besteht nicht (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 20.3.2013, Az. B 6 KA 17/12 R).

Der ermächtigte Arzt kann sich aber temporär vertreten lassen, ohne dass dies die Abrechenbarkeit der Leistungen berührt, z. B. bei Urlaub oder Krankheit (§ 32a Ärzte-ZV). Er hat dies der KV zu melden. Er sollte es vermeiden, sich – wie hier – dauerhaft nur auf eine Tätigkeit in der Sprechstunde zu beschränken und die übrige Arbeit anderen zu überlassen.

## Versorgung

### Klinik muss Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger Niedergelassenen überlassen

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ verbietet es Kliniken, eine Behandlung (Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger), die auch ambulant erbracht werden könnte, nachstationär durchzuführen und abzurechnen (Landessozialgericht [LSG] Baden-Württemberg, Urteil vom 13.09.2016, Az. L 4 KR 2220/15).

von RA und FA MedizinR  
Philip Christmann, Berlin/Heidelberg,  
[www.christmann-law.de](http://www.christmann-law.de)

#### Der Fall

Die Beteiligten streiten über die Vergütung nachstationärer Krankenhausbehandlungen. Die Klägerin ist Trägerin der V-Kliniken, einem Plankrankenhaus. Sie ist zugleich Trägerin eines zur ambulanten Strahlentherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), das in demselben Haus tätig ist.

Die V-Klinken behandelten mehrere Patienten mittels Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger (OPS 8-522.90) stationär. Nach Entlassung der Patienten wurden diese jeweils nachstationär aufgenommen und weiter in derselben Weise bestrahlt.

Die beklagte gesetzliche Krankenversicherung der Patienten verweigerte die Bezahlung der nachstationären Behandlungskosten. Die Patienten hätten kostengünstiger ambulant weiterbehandelt werden können. Die Beklagte verrechnete schließlich die Nachbehandlungskosten mit weiteren Gebührenansprüchen der

Klägerin. Die Klägerin klagte erfolglos auf Rückzahlung des Honorars.

#### Die Entscheidung

Denn nachstationäre Leistungen sind nicht medizinisch erforderlich, wenn dieselben Leistungen durch ein von dem Träger des Krankenhauses getragenes MVZ, in dem Ärzte des Krankenhauses angestellt sind, ausgeführt werden können. Denn die Vergütung der Fallpauschale setzt die Erforderlichkeit gerade einer nachstationären Behandlung im Einzelfall voraus.

Vor- und nachstationäre Behandlung ist nur in engem Zusammenhang mit vollstationärer Behandlung zulässig (§ 115a Abs. 1 und 2 Sozialgesetzbuch [SGB] V). Diese ist gegenüber ambulanter Behandlung nachrangig (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Vor- und nachstationäre Behandlung ist nicht kostengünstiger vertragsärztlich sicherzustellen (§ 72, § 72a, § 75 SGB V), sondern aufwendiger durch zugelassene Krankenhäuser (§ 107 bis § 109 SGB V) und zweiseitige (§ 112 SGB V) sowie dreiseitige Verträge (§ 113 SGB V).

Dementsprechend ist vor- und nachstationäre Behandlung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen

Vergütung zu bezahlen. Der im Regelungssystem angelegte Vorrang der vertragsärztlichen vor der stationären, auch nachstationären Versorgung wurzelt in den Kostenvorteilen der vertragsärztlichen Versorgung, im Kern also im Wirtschaftlichkeitsgebot.

#### Folgen für die Praxis

In deutschen Großstädten konkurriert eine Vielzahl von niedergelassenen Strahlencentren und MVZ mit den radiologischen Kliniken. Das vorliegende Urteil verbietet es den Kliniken, Strahlenbehandlungen, die grundsätzlich auch ambulant durchgeführt werden können, nachstationär zu erbringen.

Lediglich wenn die konkrete Behandlung eine (nach-)stationäre Behandlung erforderlich macht, kann die Behandlung stationär erfolgen. Dies ist z. B. der Fall, wenn Patienten vor einer radiologischen Behandlung kontrolliert stationär vorbehandelt werden müssen.

Es ist hierbei wegen des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ zu beachten, dass die Kliniken im Streitfall nachweisen müssen, dass die (nach-)stationäre Behandlung erforderlich war. Dies gilt nicht nur in dem Fall, dass Klinik und klinikeigenes MVZ in demselben Haus sind, sondern auch dann, wenn sich an demselben Ort der Klinik niedergelassene Strahlentraxen befinden, die die Behandlung durchführen können.