

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

4 | April 2014

## Aktuelle Rechtsprechung

### Beweis eines Aufklärungsgesprächs – im Zweifel für den Arzt!

In Zeiten überbordender Anforderungen an ärztliche Aufklärungs- und Dokumentationspflichten hat der Bundesgerichtshof (BGH) nunmehr ein für Ärzte erfreuliches Grundsatzurteil gefällt: Demnach ist den Angaben eines Arztes über eine erfolgte Risikoaufklärung zu glauben, wenn seine Darstellungen in sich schlüssig sind und „einiger Beweis“ dafür erbracht ist, dass ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat – etwa durch eine unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten (Urteil vom 28.01.2014, Az. VI ZR 143/13).

#### Fall und Urteil

Geklagt hatte ein an einem Herzklappenfehler leidender Patient, der am Vortag der notwendigen Operation vom Operateur aufgeklärt worden war. Im verwendeten Aufklärungsbogen fehlte ein Hinweis auf die durchgeführte Operationsmethode des hypothermischen Kreislaufstillstands. Postoperativ stellte man beim Kläger eine neurologische Störung fest. Der Arzt konnte nicht darlegen, dass er über die Operationsmethode konkret aufgeklärt hatte. Er kläre aber bei solchen Operationen immer auch über den hypothermischen Kreislaufstillstand auf.

Der BGH verneinte einen Schadensersatzanspruch des Patienten. Der Arzt könne durch das Bekunden einer ständigen ausnahmslosen Übung beweisen, dass das

Aufklärungsgespräch über den dokumentierten Inhalt hinaus gegangen sei – und zwar auch, wenn er sich an das konkrete Gespräch nicht mehr erinnere. Auch wenn schriftliche Aufzeichnungen zu empfehlen seien, dürfe ihr Fehlen nicht dazu führen, dass der Arzt beweispflichtig bleibe.

#### Fazit

Nach dem aktuellen BHG-Urteil kann ein Arzt den Beweis für die durchgeführte Aufklärung bei fehlender oder unzureichender Dokumentation erbringen, selbst wenn er sich – was häufig der Fall ist – nicht mehr an das konkrete Aufklärungsgespräch erinnert. Insgesamt dürfen nach Auffassung des BGH an den Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung keine übertriebenen Anforderungen gestellt werden.

## Inhalt

### Vergütungsrecht

Kürzungen nach § 9 HVM – teilzeitangestellte Radiologen besonders benachteiligt ..... 2

### Kassenabrechnung

EBM-Reform wieder außer Sichtweite ..... 3

### Arbeitsrecht

Rückzahlungsklausel für Weiterbildungskosten unwirksam ..... 4

### Downloads des Monats

ZI-Praxis-Panel: Praxisumsätze gestiegen ..... 5

### Vergütungsrecht

Unterschiedliche Punktwerte für ermächtigte und niedergelassene Ärzte sind zulässig ..... 5

### Wahlleistungen

Wie viele ständige ärztliche Vertreter sind erlaubt? ..... 6

### Finanzen & Steuern

- Besteuerung von Erstattungszinsen ..... 7
- Krankenversicherung: Selbstbehalt nicht abzugsfähig ..... 8
- Kindergeld auch für verheiratete Kinder ..... 8
- Zuständigkeit des Finanzamts bei Lebenspartnerschaften ... 8

## Vergütungsrecht

# Kürzungen nach § 9 HVM – teilzeitangestellte Radiologen besonders benachteiligt

Neue Honorarregelungen in Niedersachsen führen bei teilzeitangestellten Radiologen zu erheblichen Honorarkürzungen. Zurückzuführen sind diese Kürzungen auf den relativ neuen § 9 HVM für teilzeitangestellte Fachärzte: Dieser ist zwar bereits zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten, die Auswirkungen der Vorschrift zeigen sich aber erst jetzt. Und mithin stellt sich die Frage: Was können betroffene Ärzte gegen diese Benachteiligungen tun?

### Bisherige Regelung in allen Landes-KVen

Eine Budgetierung von teilzeitangestellten Fachärzten bezogen auf den Tätigkeitsumfang (0,25; 0,5; 0,75) ist in allen Landes-KVen unter Berücksichtigung der Vorjahresquartale geregelt. Die KV Niedersachsen (KVN) budgetiert darüber hinaus mit einer Regelung im neuen § 9 HVM, das bereits in den RLV und QZV-Mitteilungen festgestellte Budget und die freien Leistungen nochmals auf das anteilige Honorar der Facharztgruppe zu kürzen. Dies bedeutet für viele Fachärzte eine doppelte Budgetierung.

### Auswirkungen der Änderung von § 9 HVM

Nach der alten Fassung des § 9 HVM waren in Niedersachsen nur Ärzte, die in hälftigen Zulassungen niedergelassen waren, betroffen, weil sie auf das hälftige Honorar des Fachgruppendurchschnitts für Radiologen, gegebenenfalls unter Berücksichtigung eines Anpassungsfaktors, gedeckelt waren.

Der § 9 HVM neue Fassung (n.F.) sieht nun auch eine Deckelung von in Teilzeit angestellten Ärzten vor

– und zwar unter Berücksichtigung der Anstellungsgenehmigung, die mit den Faktoren 0,25, 0,5 oder 0,75 ausgestellt werden kann. Dies bedeutet, dass teilzeitangestellte Fachärzte nur bis zu einem Honorar des Facharztgruppendurchschnitts unter Berücksichtigung ihrer Anstellung vertragsärztliche Leistungen abrechnen können. Diese Regelung gilt selbst dann, wenn der Bescheid über das Regelleistungsvolumen (RLV) und das Qualitätsbezogene Zusatzvolumen (QZV) höher ist.

Der § 9 HVM n.F. steht als Budgetgrenze über allen ausgezahlten Honoraren. Dazu zwei Beispiele.

#### Beispiel 1: Auswirkungen bei zwei zu 50 Prozent angestellten Ärzten

Eine Berufsausübungsgemeinschaft verfügt über einen angestellten Sitz für Radiologie im Bereich der KV Niedersachsen, den sich zwei Fachärzte für Radiologie (Arzt A und B) paritätisch mit einem Faktor von jeweils 0,5 teilen. Nach dem RLV/QZV-Bescheid des Arztes A könnte der angestellte Radiologe in dem Beispielsquartal 75.000 Euro abrechnen, der RLV/QZV Bescheid des Arztes B liegt bei 65.000 Euro.



von Rechtsanwältin Dr. Deniz Cansun-Labenski, Seesen, *armedis* Rechtsanwälte, [www.armedis.de](http://www.armedis.de)

Das durchschnittliche hälftige Fachgruppenthonorar für Radiologen liegt bei 61.000 Euro in diesem Quartal. Tatsächlich rechnet Arzt A gegenüber der KV Niedersachsen 74.500 Euro ab und der Arzt B 64.500 Euro. Nach dem RLV/QZV-Bescheid würde sich keine Budgetierung ergeben.

Nun greift jedoch § 9 HVM und beide Ärzte werden auf 61.000 Euro (1/2 Fachgruppenthonorar) reduziert. Dies bedeutet, dass Arzt A 13.500 Euro und Arzt B 3.500 Euro nicht honoriert bekommen, obwohl beide unterhalb ihrer RLV/QZV-Bescheide liegen.

#### Beispiel 2: Abrechnung unterhalb der Bemessungsgrenze nach § 9 HVM

Die Ausgangssituation stellt sich hier wie in Beispiel 1 dar. Der einzige Unterschied ist, dass Arzt B nicht 64.500 Euro gegenüber der KV Niedersachsen abrechnet, sondern lediglich 55.000 Euro. Er liegt somit unterhalb seines RLV/QZV und auch unterhalb der Bemessungsgrenze nach § 9 HVM mit 61.000 Euro.

Dem Arzt A wird das Honorar wieder um 13.500 Euro reduziert, bei dem auf dem gleichen Facharzt-sitz angestellten Arzt B „freien“ 6.000 Euro werden hingegen nicht berücksichtigt. Anders ist dies derzeit bei den RLV und QZV-Leistungen, bei denen eine Aufrechnung und Anrechnung untereinander erfolgt. Die Berufsausübungsgemeinschaft hat in diesem Beispiel somit hier noch nicht einmal die Möglichkeit, das durchschnittliche Fachgruppenhonorar eines Radiologen für seine beiden Angestellten insgesamt zu erhalten.

### **Vorschrift verfehlt Ziel einer „angemessenen Honorierung“**

Die von der KV Niedersachsen mit § 9 HVM n.F. mitgeteilte Begründung, die Regelung des § 9 HVM n.F. solle die Gewähr für eine faire Honorierung von angestellten Ärzten unter Berücksichtigung des § 95 SGB V tragen, greift unseres Erachtens bei den zuvor genannten Konstellationen nicht. Vielmehr ist anzunehmen, dass systematisch das durchschnittliche Fachgruppenhonorar von Quartal zu Quartal gesenkt wird und damit auch die angemessene Honorierung von vertragsärztlichen Leistungen von nicht nur angestellten Fachärzten, sondern insgesamt das Honorar der jeweiligen Fachgruppe.

Im Ergebnis bedeutet dies für angestellte und in hälftiger Niederlassung tätige Fachärzte eine unangemessene Benachteiligung im Sinne des Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz (Gleichbehandlungsgrundsatz) im Vergleich zu in voller Niederlassung tätigen Fachärzten. Eine Teilzeitanstellung, wie sie von der Politik gefordert wird und aufgrund des Fachärztemangels

auch gewünscht ist, wird mit der Regelung des § 9 HVM n.F. jedoch für viele uninteressant.

### **Was tun gegen die Benachteiligungen?**

Jeder Arzt, der wie beschrieben durch § 9 HVM n.F. benachteiligt wird, sollte Widerspruch einlegen und das Ruhen der Verfahren bei der KV Niedersachsen beantragen – mit dem Hinweis, dass Musterverfahren laufen, deren Ausgang abgewartet werden soll, bevor ein Widerspruchsbescheid ergeht. Kommt es in den Musterverfahren zu einem positiven Ausgang, können Ärzte, die ihre Bescheide offen gehalten haben, davon profitieren. Sollte ein Ruhen nicht möglich sein, so wäre gegebenenfalls dann im Rahmen eines Klageverfahrens ebenfalls das Ruhen des Verfahrens möglich.

### **Teilzeitanstellungen honorarrechtlich prüfen**

Abgesehen davon sollte jede Teilzeit-Anstellung individuell honorarrechtlich geprüft und gegebenenfalls in eine Voll-anstellung geändert werden. Zu diesem Zweck empfiehlt es sich einmal auszurechnen, wie sich die Änderung einer Teilzeitstelle in eine Vollzeitstelle hinsichtlich der Honorarkürzungen auswirkt. Dies kann durch die Bezirksstellen der KV Niedersachsen erfolgen.

Sollte sich nach der Gegenrechnung eine Besserstellung ergeben, ist es anzuraten, den angestellten Arzt auf eine Vollzeitstelle mit mindestens 30,5 Stunden in der Woche anzustellen – was eine Einstufung als Vollzeitstelle mit dem Faktor 1,0 bedeuten würde. Die Änderung des teilzeitangestellten Facharztes in einen Vollzeitangestellten mit dem

Faktor 1,0 kann auch innerhalb eines Quartals beantragt werden und gilt dann für das gesamte Quartal, in dem die Anstellung mit Faktor 1,0 erfolgt. Möglich ist dies allerdings nur, wenn keine Zulassungsbeschränkungen einer Erhöhung des Faktors entgegenstehen.

### **Wie sieht es aus in anderen KV-Bereichen?**

Die gerade dargelegten Ausführungen gelten ähnlich auch für Schleswig-Holstein. Auch in anderen KVen soll über die Einführung einer solchen oder ähnlichen Budgetierung im Vorhinein nachgedacht werden. Die Mehrzahl der KVen ermittelt derzeit allerdings die Höhe von Honorarkürzungen auf Basis von Plausibilitätsprüfungen – was auf eine Budgetierung im Nachhinein hinausläuft (zum Beispiel in Berlin und Bayern).

### **Kassenabrechnung**

## **EBM-Reform wieder außer Sichtweite**

Ursprünglich sollten zum 1. Juli 2014 die nächsten Stufen der Reform des Hausarzt-EBM sowie des Facharzt-EBM umgesetzt werden. Geplant sind unter anderem eine Neukalkulation der EBM-Leistungen und eine neue Vergütungssystematik für technikgestützte Leistungen.

Dieser Zeitplan kann offenbar nicht eingehalten werden. Aus Kreisen der KBV war zu vernehmen, dass mit weiteren grundlegenden Änderungen frühestens zum 1. Januar 2015 zu rechnen ist. Noch später soll die Reform des Facharzt-EBM stattfinden: Als frühester Umsetzungstermin ist der 1. Januar 2016 im Gespräch.

## Arbeitsrecht

# Bundesarbeitsgericht: Rückzahlungsklausel für Weiterbildungskosten war unwirksam

Das Bundesarbeitsgericht hat mit Urteil vom 6. August 2013 (Az. 9 AZR 442/12) entschieden, dass im konkreten Fall die Rückzahlungsklausel für Weiterbildungskosten unwirksam war. In diesem Beitrag stellen wir Ihnen den Fall, das Urteil und die Konsequenzen für Arbeitgeber und somit auch niedergelassene Ärzte vor.

### Der Fall

Ein Krankenpfleger hatte eine zweijährige Weiterbildung zum Fach- und Gesundheitspfleger in der Psychiatrie absolviert. Das Krankenhaus als Arbeitgeber hatte in einer „Nebenabrede zum Arbeitsvertrag“ festgehalten, dass Mitarbeiter für den Besuch des Lehrgangs freigestellt werden und das Krankenhaus die Lehrgangskosten übernimmt. Allerdings verpflichteten sich die Mitarbeiter, im Falle einer Kündigung die Aufwendungen für die Weiterbildung einschließlich der Lohnfortzahlungskosten an den Arbeitgeber zurückzuzahlen – und zwar gestaffelt: bei Kündigung im ersten Jahr nach Abschluss des Lehrgangs die gesamten Aufwendungen, im zweiten Jahr zwei Drittel und im dritten Jahr ein Drittel der Aufwendungen.

Der Krankenpfleger kündigte im dritten Jahr nach Beendigung der Ausbildung und das Krankenhaus forderte dementsprechend auch ein Drittel der Kosten zurück, immerhin ein Betrag von mehr als 9.000 Euro.

### Das Urteil

Das Bundesarbeitsgericht entschied jedoch, dass das Krankenhaus keinen Anspruch auf Erstattung der Weiterbildungskosten hat – mit der Begründung, dass die vereinbarte

Klausel wegen Intransparenz und Benachteiligung des Krankenpflegers unwirksam war. Das Gericht führte dazu aus: Da die „Nebenabrede“ auch bei anderen Weiterbildungsmaßnahmen verwendet wurde, handelte es sich um eine Allgemeine Geschäftsbedingung (AGB), die besonderen gesetzlichen Anforderungen genügen muss. Sie dürfe keine „ungerechtfertigten Beurteilungsspielräume“ enthalten.

Dies war aber nach Ansicht des Gerichts der Fall, weil beispielsweise unklar war, ob die Rückzahlungsverpflichtung auf die Netto- oder auf die Bruttosumme gerichtet war

und ob neben den Lehrgangskosten auch weitere Kosten für Fahrt, Unterbringung und Verpflegung hätten erstattet werden müssen.

### Wie ist die Wirksamkeit der Klausel sicherzustellen?

Dieses Urteil, das die bisherige Rechtsprechung bestätigt, zeigt, dass Rückzahlungsvereinbarungen konkret für die jeweilige Weiterbildung vereinbart werden sollten. Auch empfiehlt es sich, die Kosten, die im Falle einer vorzeitigen Beendigung des Arbeitsverhältnisses zurückgezahlt werden müssen, so genau wie möglich aufzuführen. Der Arbeitgeber ist aber nicht verpflichtet, die Kosten der Ausbildung bei Abschluss der Rückzahlungsvereinbarung exakt der Höhe nach zu beziffern. Die Angaben müssen jedoch so konkret sein, dass der Arbeitnehmer sein Rückzahlungsrisiko vorab einschätzen kann.

Eine Rückzahlungsklausel könnte wie folgt formuliert werden.

### Musterformulierung Rückzahlungsklausel

Der Arbeitnehmer verpflichtet sich zur Rückzahlung der für die Dauer der Fortbildungsmaßnahme empfangene Bezüge und der vom Arbeitgeber übernommenen Kosten der Fortbildungsmaßnahme, falls er vor Erreichen der in der Fortbildungsvereinbarung genannten Bindungsdauer aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet, wenn

- das Arbeitsverhältnis vom Arbeitnehmer aus einem nicht vom Arbeitgeber zu vertretenden Grund gekündigt wird,
- der Arbeitnehmer seitens des Arbeitgebers aus einem vom Arbeitnehmer zu vertretenden Grund gekündigt wird,
- ein Aufhebungsvertrag infolge von verhaltensbedingten Pflichtverletzungen des Arbeitnehmers geschlossen wird.

Der zurückzuzahlende Betrag umfasst die Fortbildungskosten gemäß Fortbildungsvereinbarung. Für jeden Monat der Beschäftigung nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme werden dem Arbeitnehmer 1 x-tel (zum Beispiel 1/12 bei einer einjährigen Bindungsdauer) des gesamten Rückzahlungsbetrags erlassen. Fällige Rückzahlungsforderungen werden gegen noch ausstehende Restforderungen verrechnet.

## Download des Monats

### ZI-Praxis-Panel: Praxisumsätze gestiegen

Jüngst hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) den aktuellen Jahresbericht zur Finanzsituation der Praxen in Deutschland im Jahre 2012 – kurz „ZI-Praxis-Panel“ – veröffentlicht.

Demnach ist der Praxisumsatz zwischen 2008 und 2010 je Praxisinhaber im Mittel um 3,4 Prozent (rund 8.500 Euro) pro Jahr gestiegen. Die Honorare für die Behandlung von GKV-Patienten verzeichneten dabei mit 4,0 Prozent (rund 7.400 Euro) pro Jahr den stärksten Zuwachs. Der Jahresbericht 2012 enthält detaillierte Angaben zu Aufwendungen, Einnahmen und

Überschüssen gegliedert nach Fachgruppen und Praxisform (Einzel-/ Gemeinschaftspraxis), zu Investitionen, Arbeitszeiten und zu vielem mehr.

#### Downloadhinweis

Der Bericht ist eine Fundgrube für wirtschaftlich interessierte Ärzte. Sie finden ihn unter [www.rwf-online.de](http://www.rwf-online.de) bei „Downloads“ (Zusatzdokumente).

## Vergütungsrecht

### Unterschiedliche Punktwerte für ermächtigte und niedergelassene Ärzte sind zulässig

Eine Differenzierung zwischen zugelassenen und ermächtigten Ärzten bei der Festlegung des für das Honorar maßgeblichen Punktwerts ist zulässig. Zu diesem Urteil kam das Bayerische Landessozialgericht (LSG) am 4. Dezember 2013 (Az. L 12 KA 37/11).

von RA Nico Gottwald, Ratajczak und Partner, Sindelfingen, [www.rpmed.de](http://www.rpmed.de)

#### Der Fall

Der Kläger ist ermächtigter Radiologe und zugleich Chefarzt. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KV) gewährte dem Radiologen für seine strahlentherapeutischen Leistungen einen Punktwert in Höhe von 2,3 Cent. Die niedergelassenen Ärzte erhielten dagegen einen Punktwert von 4,0 Cent für die außerhalb der Gesamtvergütung honorierten strahlentherapeutischen Leistungen. Die Differenz der Punktwerte begründete die KV unter

anderem mit den deutlich höheren Fixkosten der niedergelassenen Ärzte.

Gegen diese Differenzierung klagte der Radiologe. Für eine derart signifikante Schlechterstellung der ermächtigten Ärzte gebe es keine Rechtsgrundlage. Zudem sei hier der Gleichbehandlungsgrundsatz nach Art. 3 Grundgesetz verletzt. Leistungen im niedergelassenen Bereich und Leistungen durch ermächtigte Ärzte dürften nicht unterschiedlich vergütet werden.

#### Die Entscheidung

Die Klage blieb in beiden Instanzen ohne Erfolg. Das LSG argumentiert: Die Festsetzung der unterschiedlich

hohen Punktwerte halte sich im Rahmen des hier bestehenden weiten Gestaltungsspielraums. Das Bundessozialgericht (BSG) habe es als zulässig erachtet, mit sachlicher Begründung zwischen ermächtigten und niedergelassenen Ärzten zu differenzieren. Dies sei hier erfolgt. Die KV weise zu Recht auf die deutlich höheren Investitionskosten des niedergelassenen Arztes hin, während der ermächtigte Arzt auf die vorhandenen Strukturen seines Krankenhauses zurückgreifen könne.

#### Besteht tatsächlich ein sachlicher Grund für die Differenzierung?

§ 120 Abs. 1 SGB V bestimmt, dass die ärztlichen Leistungen der Ermächtigten nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen zu vergütet sind. Das BSG hat es trotz dieser Regelung als zulässig erachtet, die Leistungen für niedergelassene und ermächtigte Ärzte unterschiedlich zu vergüten (Urteil vom 20.10.2004, Az. B 6 KA 30/03 R).

Gleiche Leistungen müssten nicht immer gleich vergütet werden, sofern ein sachlicher Grund für eine Differenzierung bestehe. Es ist dennoch fraglich, ob die höheren Investitionskosten des Vertragsarztes tatsächlich einen ausreichenden sachlichen Grund für eine schlechtere Vergütung des ermächtigten Arztes darstellen können. Zumal, wie auch das LSG feststellt, der Ermächtigte dem Krankenträger eine Kostenabgabe für die Nutzung der Infrastruktur zahlen muss.

#### BSG-Entscheidung steht noch aus

Ob hier in unzulässiger Weise mit zweierlei Maß gemessen wird, wird nun gegebenenfalls das BSG entscheiden müssen; die Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig.

## Wahlleistungsvereinbarung

### Wie viele ständige ärztliche Vertreter sind erlaubt?

Im Zusammenhang mit der Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen lässt sich über vieles streiten – besonders häufig aber über die Frage, wie viele Ärzte der Wahlarzt dem Patienten gegenüber als ständige ärztliche Vertreter benennen darf. Während in der Praxis in vielen Wahlleistungsvereinbarungen gleich mehrere ärztliche Vertreter vorgesehen sind, ist sich die juristische Literatur uneins, ob dies überhaupt zulässig ist – oder ob lediglich ein Vertreter benannt werden darf. Da stellt sich die Frage: Wie sollte man als Chefarzt seine Vertretungen bei Wahlleistungen regeln?

#### Ursachen für die Problematik

Auch die Rechtsprechung hat sich gelegentlich mit der Thematik zu befassen, wagt sich jedoch nicht an eine eindeutige Entscheidung heran – jedenfalls fehlt es bislang an einer höchstrichterlichen verbindlichen Beantwortung der Frage. Fest steht, dass sich für beide Ansichten (mehrere bzw. nur ein ständiger Vertreter) gute Argumente finden lassen – für den Krankenhausalltag bedarf es jedoch einer praktikablen und umsetzbaren Lösung.

Anlass für die unterschiedliche Beantwortung der Frage nach der zulässigen Anzahl an ständigen ärztlichen Vertretern ist der Wortlaut von § 4 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Dieser erwähnt den ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes lediglich im Singular (Auszug siehe unten).

#### Die Standpunkte

Vor diesem Hintergrund haben sich im Wesentlichen die nachfolgend erörterten drei Standpunkte herausgebildet.

##### 1. Es darf nur einen ständigen ärztlichen Vertreter geben

Insbesondere die Formulierung des § 4 Abs. 2 GOÄ, die den „ständigen ärztlichen Vertreter“ im Singular benennt, ist Grund dafür, dass vielfach davon ausgegangen wird, dass tatsächlich auch nur ein einziger ständiger ärztlicher Vertreter pro Wahlarzt zulässig sein soll. Verfechter dieser Meinung sehen sich insbesondere durch ein Urteil des obersten deutschen Zivilgerichts, des Bundesgerichtshofs (BGH) bestätigt, der im Zusammenhang mit der Wirksamkeit einer formularmäßigen Vertretervereinbarung im Rahmen wahlärztlicher Leistungen



von Rechtsanwältin Rosemarie Sailer, LL.M. Medizinrecht, Wienke & Becker – Köln, [www.kanzlei-wbk.de](http://www.kanzlei-wbk.de)

auch nur von „dem ständigen ärztlichen Vertreter“ im Singular spricht (Urteil vom 20. Dezember 2007, Az. III ZR 144/07). Die Frage, wie viele ständige ärztliche Vertreter es geben darf, war jedoch nicht Verfahrensgegenstand und wurde daher auch nicht ausdrücklich beantwortet.

Für diese strenge Sichtweise spricht zwar nicht zuletzt der Wortlaut der Vorschrift – allerdings wird dabei nicht berücksichtigt, dass nach den Grundsätzen der grammatikalischen Auslegung aus einer Formulierung im Singular nicht zwingend der Schluss gezogen werden kann bzw. muss, dass tatsächlich nur ein einziger Vertreter zulässig sein soll. Sinn und Zweck der Vorschrift lässt diese Auffassung weitgehend unberücksichtigt.

##### 2. Mehrere ständige ärztliche Vertreter sind zulässig

Für die gegenteilige Auffassung sprechen in erster Linie praktische Überlegungen: So dürfte es gerade in großen Kliniken kaum möglich sein, dass der liquidationsberech-

#### § 4 Abs. 2 GOÄ (Auszug)

Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht Leistungen (...), wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten **ständigen ärztlichen Vertreter** persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein.“

tigte Wahlarzt sämtliche privatärztlichen Leistungen höchstpersönlich durchführt.

Auch wird in diesem Zusammenhang zu Recht argumentiert, dass die Beschränkung auf den „ständigen ärztlichen Vertreter“ im Gesetzeswortlaut so verstanden werden muss, dass ein Wahlleistungspatient nur von ein und demselben Vertreter zu behandeln ist, ein beliebiger Wechsel hingegen nicht zulässig ist.

### 3. Ein Vertreter pro Funktionsbereich ist zulässig

Die beiden vorgenannten Ansätze lassen sich mit guten Argumenten vertreten, mangels höchstrichterlicher Entscheidung bedarf es jedoch einer vermittelnden Lösung, die auch im Zweifelsfall einer

gerichtlichen Überprüfung standhält. In den vergangenen Jahren hat sich daher eine praktikable Auffassung durchgesetzt, die zumindest bislang von einigen unteren Gerichtsstanzen nicht beanstandet worden ist.

Danach soll es zulässig sein, die Behandlungsmaßnahmen für verschiedene Wahlleistungspatienten auf mehrere Schultern zu verteilen, zum Beispiel bei einer funktionalen Schwerpunktbildung oder Arbeitsteilung innerhalb einer Krankenhausabteilung, sofern die diesem Kreis zugehörigen Ärzte Fachärzte desselben Gebiets sind.

Auch die Abrechnungsempfehlungen verschiedener Landesärztekammern schlagen diese vermittelnde Lösung vor.

### Steuererklärung

## Erstattungszinsen: Keine Besteuerung bei unbilligem Ergebnis

Werden einem Steuerzahler zu viel gezahlte Steuern erstattet und erhält er in dem Zusammenhang auch Erstattungszinsen, muss er diese versteuern, obwohl Nachzahlungszinsen zu diesen Steuern steuerlich nicht abgezogen werden dürfen. Die OFD Niedersachsen hat jetzt mitgeteilt, dass es zu diesem – vom BFH mit Urteil vom 12.11.2013 (Az. VIII R 36/10) höchstrichterlich festgelegten – Grundsatz eine Ausnahme gibt.

Von einer Besteuerung der Erstattungszinsen ist abzusehen, wenn Erstattungs- und Nachzahlungszinsen aufgrund desselben Ereignisses entstehen. Dann wäre die Besteuerung sachlich unbillig (OFD Niedersachsen, Verfügung vom 4.2.2014, Az. S 2252 – 177 – St 223).

### Fazit

Eine unwirksame Wahlleistungsvereinbarung kann erhebliche Honorarausfälle nach sich ziehen und gegebenenfalls sogar strafrechtlich relevant werden. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, die durch Gesetzgeber und Rechtsprechung aufgestellten Vorgaben konsequent einzuhalten. Sind diese nicht eindeutig, muss daher nach einer vermittelnden Lösung gesucht werden.

Ganz auf der sicheren Seite ist letztlich, wer tatsächlich nur einen einzigen ständigen ärztlichen Vertreter benennt. Da nicht abgeschätzt werden kann, welcher Auffassung sich das im Einzelfall anzurufende Gericht anschließt, ist derzeit davon abzuraten, mehrere ständige ärztliche Vertreter ohne Beschränkung auf einen bestimmten Funktionsbereich des Fachgebiets zu benennen.

Eine Aufteilung der Funktionsbereiche auf mehrere ständige ärztliche Vertreter ist dagegen nicht zu beanstanden. Es ist daher denkbar, innerhalb einer radiologischen Abteilung mit verschiedenen Schwerpunktbereichen – Neuroradiologie, Kinderradiologie, kardiovaskuläre Bildgebung, interventionelle Radiologie, onkologische und abdominale Bildgebung etc. – für jeden dieser voneinander abgrenzbaren Funktionsbereiche einen eigenen ständigen ärztlichen Vertreter zu benennen.

Bestehende Wahlleistungsvereinbarungen sollten daher überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Dieser Rat gilt solange, bis der BGH die Frage höchstrichterlich entschieden hat.

### Beispiel

Im Rahmen einer Betriebsprüfung lässt der Prüfer eine in 2009 gebildete Rückstellung erst im Jahr 2010 zum Abzug zu. Im Jahr 2009 entstehen durch den Wegfall der Rückstellung Nachzahlungszinsen in Höhe von 8.000 Euro, im Jahr 2010 durch den erstmaligen Ansatz der Rückstellung Erstattungszinsen von 5.000 Euro. Folge: Da die Nachzahlungs- und Erstattungszinsen auf demselben Ereignis beruhen, wird von einer Besteuerung der Erstattungszinsen abgesehen.

## Sonderausgaben

### Selbstbehalt bei der Krankenversicherung nicht abzugsfähig

Wer mit seiner Krankenkasse einen Selbstbehalt vereinbart hat, um die Beiträge möglichst niedrig zu halten, darf selbst getragene Krankheitskosten nicht wie Beiträge zur Krankenversicherung unbegrenzt als Sonderausgaben abziehen. Das hat der Bundesfinanzhof (BFH) entschieden (Beschluss vom 8.10.2013, Az. X B 110/13). Die Richter

begründen das damit, dass Versicherungsbeiträge nur solche Ausgaben seien, die im Zusammenhang mit der Erlangung eines Versicherungsschutzes stehen. Die Selbstbeteiligung führe aber gerade nicht zu einem Versicherungsschutz. Immerhin lässt der BFH über den Selbstbehalt bezahlte Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastung zu.

## Kindergeld

### Anspruch auf Kindergeld auch für verheiratete Kinder

Seit 2012 erhalten Eltern für volljährige Kinder unabhängig davon Kindergeld, wie hoch die Einkünfte und Bezüge des Kindes sind. Verheiratete Kinder haben die Familienkassen indes bisher anders behandelt. Verfügen diese über zu hohe Einkünfte bzw. zu hohen Unterhalt, bestand kein Anspruch auf Kindergeld. Der Bundesfinanzhof (BFH) hat die Familienkassen jetzt aber eines Besseren belehrt.

#### Alte Rechtsprechung

Nach langjähriger Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs erlosch der Kindergeldanspruch für ein volljähriges Kind grundsätzlich mit dessen Eheschließung. Dies beruhte auf der Annahme, dass der Anspruch auf Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag eine typische Unterhaltssituation voraussetzt, die infolge der Heirat wegen der zivilrechtlich vorrangigen Unterhaltspflicht des Ehegatten regelmäßig entfällt.

Der Kindergeldanspruch blieb nur dann erhalten, wenn die Einkünfte des Ehepartners für den vollständigen Unterhalt des Kindes nicht ausreichten und das Kind auch nicht über ausreichende eigene Mittel verfügte (sogenannter Mangelfall).

#### Neue Rechtsprechung

Das ungeschriebene Erfordernis einer „typischen Unterhaltssituation“ hatte der BFH bereits im Jahr 2010 aufgegeben (Urteil vom 17.6.2010, Az. III R 34/09). Seit 2012 hängt der Kindergeldanspruch darüber hinaus nicht mehr davon ab, dass die Einkünfte und Bezüge des Kindes einen jährlichen Grenzbetrag nicht überschreiten. Damit, so der BFH, ist der Mangelfallrechtsprechung seitdem die Grundlage entzogen (Urteil vom 17.10.2013, Az. III R 22/13). Kurzum: Wenn die übrigen Voraussetzungen für die Berücksichtigung des volljährigen Kindes erfüllt sind, können Eltern seit 2012 Kindergeld auch dann beanspruchen, wenn ihr Kind zum Beispiel mit einem gut verdienenden Partner verheiratet ist.

## Steuererklärung

### Zuständigkeit des Finanzamts bei Lebenspartnerschaften

Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, die eine Zusammenveranlagung beantragen, können sich nicht das für sie zuständige Finanzamt aussuchen. Die Finanzverwaltung hat stattdessen konkrete Direktiven bekanntgegeben, welches Finanzamt zuständig ist. Es gilt Folgendes:

- An erster Stelle in der Steuererklärung steht der Lebenspartner, dessen Nachname im Alphabet zuerst kommt.
- Ist der Nachname gleich, ist derjenige Lebenspartner an erster Stelle aufzuführen, dessen Vorname im Alphabet vorne steht.
- Haben beide Partner denselben Vor- und Nachnamen, ist der ältere der beiden Lebenspartner zuerst zu erfassen.

## Impressum

#### Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,  
 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,  
 www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

#### Verlag

**IWW** Institut für Wirtschaftspublizistik  
 Verlag Steuern Recht Wirtschaft  
 GmbH & Co. KG, Aspastraße 24,  
 59394 Nordkirchen, Tel. 02596 922-0,  
 Telefax 02596 922-99, www.iww.de

#### Redaktion

Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich);  
 RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

#### Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der Guerbet GmbH.

#### Hinweis

Der Inhalt ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Komplexität und ständiger Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Radiologen WirtschaftsForum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.