

Kassenabrechnung

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung – eine Vergütungsoption auch für Radiologen

Die durch das Versorgungsstrukturgesetz 2012 eingeführte Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) kommt in Fahrt. Seit April 2014 können sich niedergelassene Vertragsärzte an der Behandlung von Patienten mit bestimmten schweren Erkrankungen beteiligen und ihre Leistungen außerhalb von Mengengrenzungen mit den Krankenkassen abrechnen. Im nachfolgenden Beitrag informieren wir über die Modalitäten einer Beteiligung von Radiologen an dieser neuen Versorgungsebene.

Die bisherigen Beschlüsse des G-BA

Bereits im März 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im sogenannten Paragraphenteil dieser neuen Versorgungsebene die Anforderungen an die ASV, die grundsätzlich für alle Indikationen und Krankheitsbilder der ASV gleichermaßen gelten, festgelegt. Dazu zählen unter anderem die personellen Anforderungen sowie die sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen.

Zum 24. April 2014 sind die Detailregelungen für die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose in Kraft getreten; am 26. Juli 2014 die Detailregelungen für die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit gastrointestinalen

Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle. Auf der Agenda des G-BA stehen aktuell die Regelungen zu den gynäkologischen Tumoren und nachfolgend zu den rheumatologischen Erkrankungen.

Die ASV-Indikationen

Der Personenkreis, der im Rahmen der ASV behandelt werden kann, ist in den jeweiligen Anlagen zur ASV-Richtlinie im Detail beschrieben. Derzeit sind dies Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose sowie die Kontaktpersonen bei gegebenenfalls erforderlicher Chemoprophylaxe/Chemoprävention und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie Schilddrüsenkarzinomen mit schwerer Verlaufsform. Auch der

Inhalt

Privatliquidation

Abrechenbarkeit einer Kernspintuntersuchung an zwei unterschiedlichen Tagen 3

Arztbewertungsportale

Kein Anspruch auf Herausgabe von Personalien – auch wenn der Nutzer lügt 4

AVR/DW EKD

Neue Vergütungsgruppe für Leitenden Oberarzt: Auswirkungen auf Chefarztvergütung 5

Risikostrukturausgleich

BSG: Der Morbi-RSA ist verfassungsgemäß 6

Arbeitsrecht

Außerordentliche Kündigung durch Chefarzt wegen zu wenig Personal rechtens 7

Vermietung

BFH: Nachträgliche Schuldzinsen sind absetzbar – aber nur unter Bedingungen! 8

Download

Leitfaden zum Datenschutz in der Praxis aktualisiert 3

Umfang der Behandlung ist in den Anlagen konkretisiert.

Das Behandlungsteam

Die Versorgung der Patienten im Rahmen der ASV erfolgt durch ein Behandlungsteam. Es besteht aus der Teamleitung, dem Kernteam und hinzuzuziehenden Fachärzten. Bei onkologischen Erkrankungen ist eine Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich obligatorisch.

Radiologen gehören bei den derzeitigen ASV-Indikationen weder zur Teamleitung noch zum Kernteam, sondern können bei medizinischer Notwendigkeit zur Behandlung hinzugezogen werden. Sie erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung (Definitions- oder Indikationsauftrag). Ihr Tätigkeitsort muss in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

Die Vergütung – extrabudgetär und auf Basis des EBM

Die Vergütung der in der ASV erbrachten Leistungen erfolgt zunächst auf der Grundlage des aktuell geltenden EBM. Der Abschnitt 1 des Appendix der Anlagen enthält für jede ASV-Indikation einen Ziffernkatalog mit den aus den einzelnen EBM-Kapiteln/-Abschnitten jeweils abrechnungsfähigen Leistungen. Alle für Radiologen relevanten EBM-Positionen sind darin enthalten.

Die Vergütung dieser EBM-Leistungen erfolgt ohne Mengenbegrenzung zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Die Abrechnung selbst erfolgt grundsätzlich direkt mit

den Kassen; Vertragsärzte können jedoch auch ihre KV mit der Abrechnung beauftragen.

Vergütung von „Nicht-EBM-Leistungen“

Der Abschnitt 2 des Appendix der Anlagen enthält Leistungen, die zwar zum Behandlungsumfang in der ASV gehören, jedoch im EBM derzeit nicht enthalten sind. Dies betrifft im Rahmen der ASV-Indikation „Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bzw. das PET-CT bei Patienten mit Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen und bei Patienten mit resektablen Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Laparotomie. Diese Leistungen werden künftig in einem eigens für die Abrechnung im Rahmen der ASV geschaffenen neuen EBM-Kapitel 50 aufgenommen.

Für die Übergangszeit, also für die Zeit bis zur Aufnahme in den EBM, hat der Ergänzter Erweiterte Bewertungsausschuss am 20. Juni 2014 beschlossen, dass diese ASV-Leistungen nach der GOÄ vergütet werden, allerdings nur zu folgenden Gebührensätzen:

- Laborleistungen des Abschnitts M: 1,0-facher Satz,
- technische Leistungen der Abschnitte A, E und O: 1,2-facher Satz und
- übrige ärztliche Leistungen: 1,5-facher Satz.

Diese Steigerungssätze sind auch bei analogen Bewertungen gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ anzuwenden. Auch diese Leistungen werden direkt mit den Kassen, gegebenenfalls über die KV, abgerechnet.

Das Verfahren der Teilnahme an der ASV

Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der ASV ist die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team. Der jeweilige ASV-Teamleiter zeigt die Teilnahme der Ärzte und Einrichtungen seines Teams bei dem sogenannten Erweiterten Landesausschuss an und beantragt eine Abrechnungsgenehmigung.

Das Gesetz sieht vor, dass dieses Gremium grundsätzlich innerhalb einer Frist von zwei Monaten über die ASV-Berechtigung entscheiden muss. Das Team erhält sodann eine ASV-Teamnummer, die auf den Abrechnungen, Verordnungen und Überweisungen anzugeben ist.

Die ärztlichen Leistungen im Rahmen der ASV rechnet jeder Arzt selbst ab.

Nähere Auskünfte zum Verfahren selbst, zu den Antragerfordernissen und zu den Abrechnungformalitäten erhalten interessierte Radiologen bei ihrer KV.

Ausblick

Die Vergütung auf Basis des EBM soll nur für eine Übergangszeit gelten. Das SGB V sieht künftig eine „Diagnosebezogene Gebührenordnung in Euro“ vor, die – vergleichbar den DRG's – auf betriebswirtschaftlicher Grundlage unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen kalkuliert werden soll. Bis zum Inkrafttreten derartiger „ambulanter DRG'S“ dürfte jedoch noch einige Zeit vergehen.

Aktuelle Rechtsprechung

Abrechenbarkeit einer Kernspintuntersuchung an zwei unterschiedlichen Tagen

Unter welchen Voraussetzungen ist ein Radiologe berechtigt, eine Kernspintuntersuchung der HWS und der BWS an zwei unterschiedlichen Tagen durchzuführen und jeweils separat abzurechnen? Mit dieser Frage hat sich das Amtsgericht (AG) Hannover in einem Urteil vom 17. Juni 2014 (Az. 526 C 6048/13) befasst.

Der Fall

Ein Facharzt für diagnostische Radiologie, der eine Privatpraxis betreibt, hatte am 16. April 2012 eine sogenannte Upright-Kernspintomographie der HWS und am 20. April 2012 eine solche der BWS durchgeführt. Für die Untersuchungen an beiden Tagen rechnete der Radiologe jeweils die GOÄ-Nrn. 1, 5, 75, 5705, 5731, 5732 und 5733 mit jeweils 901,55 Euro ab, wobei er für die GOÄ-Nr. 5705 und 5731 den 2,5-fachen Steigerungssatz wählte. Der Patient zahlte nach Rücksprache mit seiner privaten Krankenversicherung die Rechnung vom 16. April 2012 voll und die vom 20. April 2012 nur in Höhe von 21,44 Euro für die GOÄ-Nrn. 1 und 5. Nachdem die Parteien sich außergerichtlich nicht einigen konnten, erhob der Radiologe Klage und machte die verbleibende Restforderung in Höhe von 880,06 Euro gerichtlich geltend.

Urteil und Urteilsgründe

Das AG Hannover hat der Klage nach Beweiserhebung durch Sachverständigengutachten und nach mündlicher Anhörung des Sachverständigen in vollem Umfang stattgegeben. Zur Begründung für seine Entscheidung verwies das AG im Wesentlichen auf die Ausführungen des Sachverständigen.

Laut dem Sachverständigen lagen bei dem Patienten Beschwerden vor, bei denen üblicherweise zur weiteren Abklärung eine Kernspintomographie veranlasst wird. Da der Patient sowohl in der HWS als auch in der BWS unter Schmerzen litt, sei es nachvollziehbar, dass ihm per se nur eine begrenzte Untersuchungszeit zuzumuten war. Bei einer längeren Untersuchungszeit würden die Schmerzen häufig in eine Anspannung und Unruhe münden, was wiederum eine Verschlechterung der Bildqualität zur Folge hätte. Die Kernspintomographie sei anfällig für Artefakte, die schon durch kleinste Bewegungen des Patienten entstünden. Diese Bewegungen führen dann zu einer reduzierten Bildqualität und einer verschlechterten Aussagekraft der Untersuchung.



von RA und FA für Arbeits- und Medizinrecht Dr. Tilman Clausen, Hannover, www.armedis.de

Hinzu kam in dem konkreten Fall, dass der Patient zusätzlich an einem linksseitigen Kopfschmerz und einem Tinnitus gelitten hat. Da eine Kernspintomographie unter erheblicher Geräusentwicklung erfolgt, könne dies bei Patienten mit Kopfschmerzen oder Tinnitus zu einer Verstärkung ihrer Symptome führen. Bei diesem Gesamtbild war die Aufteilung der Untersuchung auf zwei Untersuchungstage mit den sich daraus ergebenden weitergehenden Abrechnungsmöglichkeiten für den Radiologen medizinisch begründet, um eine Belastung des Patienten zu reduzieren.

Fazit

Das Urteil behandelte zwar den Spezialfall einer Privatpraxis für Upright-Kernspintomographie, gleichwohl ist es auch für Radiologen mit üblichem Leistungsspektrum von Interesse. Entscheidend für die Beurteilung der Frage, ob im konkreten Fall die Kernspintuntersuchung eines Patienten auf mehrere Tage aufgeteilt werden kann, sind nach Auffassung des AG Hannover der Umfang der Beschwerden bei dem Patienten und die dadurch bedingte Dauer der Untersuchung sowie gegebenenfalls im konkreten Fall vorhandene zusätzliche Symptome, die die Belastung durch die Kernspintuntersuchung für den Patienten erhöhen. Dies sollte der Radiologe jeweils in der Patientenakte dokumentieren. Sollte es bei der Durchsetzung der abgerechneten Gebührenordnungspositionen Schwierigkeiten geben, hilft im diese bei der Durchsetzung seiner Ansprüche.

Arztbewertungsportale

BGH: Arzt hat keinen Anspruch auf Herausgabe von Personalien – auch wenn der Nutzer lügt!

Ein Arzt hat keinen Anspruch auf Herausgabe der Personalien des Nutzers, der eine Bewertung über ihn verfasst hat. Das gilt selbst dann, wenn die Bewertung unwahr ist. Dies entschied der Bundesgerichtshof (BGH) mit Urteil vom 1. Juli 2014 (Az. VI ZR 345/13). Ganz wehrlos sind betroffene Ärzte dennoch nicht gegen anonyme falsche Behauptungen auf Bewertungsportalen.

Der Fall

Der Kläger, ein Arzt aus Schwäbisch Gmünd, entdeckte auf der Internetseite www.sanego.de im November 2011 eine Bewertung, in der über ihn verschiedene unwahre Behauptungen aufgestellt wurden. Im Juni 2012 wurden weitere, den Arzt betreffende Bewertungen mit unwahren Tatsachenbehauptungen veröffentlicht – so unter anderem, er habe Patientenakten in den Behandlungsräumen in Wäschekörben gelagert und die Patienten hätten drei Stunden im Wartezimmer ausharren müssen. Auf das Verlangen des Arztes hin wurden die Bewertungen von der Unternehmungsgesellschaft Sanego, dem Betreiber des Ärztebewertungsportals, gelöscht. Am 4. Juli 2012 erschien jedoch eine neue Bewertung desselben Nutzers mit den von dem Arzt bereits beanstandeten Inhalten.

Um direkt gegen den Nutzer vorgehen zu können, verklagte der Arzt Sanego auf Unterlassung der Verbreitung dieser Bewertungen und auf Herausgabe der Personalien bzw. Anmelde Daten des Nutzers. Die Klage begründete er mit einer Verletzung seines Persönlichkeitsrechts.

Vorinstanzen sahen Auskunftsanspruch des Arztes

Die Vorinstanzen, das Landgericht und das Oberlandesgericht Stuttgart, stellten sich auf die Seite des Arztes und verurteilten Sanego zum einen dazu, die Verbreitung der beanstandeten Behauptungen zu unterlassen, und zum anderen dazu, dem Arzt die Anmelde Daten des Verfassers der Bewertung mitzuteilen. § 13 Abs. 6 Satz 1 des Telemediengesetzes (TMG), der den Diensteanbieter verpflichtet, die Nutzung von Telediensten anonym zu ermöglichen, schließt den allgemeinen, zivilrechtlichen Auskunftsanspruch nicht aus.

BGH hob Urteile der Vorinstanzen auf

Der BGH gab jedoch der Revision des Betreibers Sanego statt und wies den Auskunftsanspruch des Arztes zurück. Der BGH billigte dem Arzt lediglich den Unterlassungsanspruch zu. Die Richter berufen sich in der Pressemitteilung zum Urteil auf § 12 Abs. 2 TMG. Danach könne der Betreiber im konkreten Fall ohne Einwilligung des Nutzers dessen Daten an den Betroffenen nur dann herausgeben, wenn hierfür eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung Grundlage vorhanden sei. Für eine Verletzung der Persönlichkeits-



von Rechtsanwalt Nico Gottwald,
RATAJCZAK & PARTNER
Rechtsanwälte, Sindelfingen,
www.rpmed.de

rechte durch einen Nutzer habe der Gesetzgeber eine solche Ermächtigung Grundlage bisher aber nicht vorgesehen.

Wie können sich Ärzte gegen unwahre Bewertungen schützen?

Trotz des BGH-Urteils stehen die Ärzte anonymen und insbesondere unwahren Bewertungen nicht schutzlos gegenüber. Reine Meinungsäußerungen und Werturteile muss der Arzt hinnehmen – hier greift der Schutz der Meinungsfreiheit. Gegen unwahre Tatsachenbehauptungen kann und sollte er sich jedoch zur Wehr setzen.

Zunächst sollte der betroffene Arzt den Betreiber des Bewertungsportals darauf hinweisen, dass die Bewertung unzutreffende Tatsachenbehauptungen enthält. Der Betreiber ist dann verpflichtet, den jeweiligen Nutzer zu kontaktieren und sich die Behauptungen erläutern bzw. sogar belegen zu lassen. Gelingt dies dem Nutzer nicht, muss der Teil der Bewertung, der die unwahre Tatsachenbehauptung enthält, gelöscht werden.

Praxishinweis

Erfahrungsgemäß nehmen die Betreiber der bekannten Arztbewertungsportale diese Pflicht inzwischen sehr ernst. Sobald sich ein betroffener Arzt meldet und auf eine unwahre Bewertung hinweist, wird die Bewertung vorübergehend gelöscht und erst wieder aktiviert, wenn der Verfasser der Bewertung deren Wahrheitsgehalt belegt.

Will der Arzt dennoch an die Daten des Verfassers der Bewertung gelangen, um direkt gegen diesen vorzugehen, kann er Strafanzeige gegen Unbekannt wegen übler Nachrede bzw. Verleumdung stellen. § 14 Abs. 2 TMG erlaubt es dem Betreiber, auf Anordnung der Strafverfolgungsbehörden Auskunft über Anmeldedaten eines Nutzers zu erteilen, soweit dies für Zwecke der Strafverfolgung erforderlich ist. Die Strafverfolgungsbehörden würden diese Daten zwar nicht direkt an den Arzt herausgeben; ein beauftragter Rechtsanwalt könnte diese Daten jedoch im Wege der nur ihm erlaubten Akteneinsicht in Erfahrung bringen.

Fazit

Jeder Arzt sollte sich daher weiterhin gegen unwahre Bewertungen zur Wehr setzen. Der Einfluss der Arztbewertungsportale nimmt immer weiter zu und aktuelle Umfragen beweisen, dass immer mehr Patienten Ihren Arzt über ein solches Bewertungsportal auswählen. Eine negative, unwahre Bewertung kann sich daher schnell geschäftsschädigend auswirken.

AVR/DW EKD

Neue Vergütungsgruppe für Leitenden Oberarzt mit Auswirkungen auf Chefarztvergütung?

Die arbeitsrechtliche Kommission des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche Deutschland (DW EKD) hatte nach langen Verhandlungen zum Jahresbeginn 2014 ein eigenes Regelwerk für Ärzte innerhalb der Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR/DW EKD) geschaffen. Eingefügt wurde es in die Regelungen des Ärzte-Tarifvertrags, der vom Marburger Bund mit der Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände ausgehandelt wurde (TV-Ärzte/VKA). Was bedeutet diese Vorschrift für betroffene Chefarzte in evangelischen Häusern?

Vergütungsgruppe für Leitenden Oberarzt kam hinzu

Durch die Neuerung wurde unter anderem die bisherige Vergütungssystematik der Ärzte um eine neue Entgeltgruppe IV für den Leitenden Oberarzt, „der den leitenden Arzt in der Gesamtheit seiner Dienstaufgaben vertritt“ – also den ständigen Vertreter – erweitert. Diese Entgeltgruppe IV der Anlage 8a AVR/DW EKD (im Folgenden: „Entgeltgruppe IV“) ist unterteilt in zwei unterschiedlich dotierte Stufen:

- ab dem ersten Jahr der Tätigkeit in Höhe von derzeit 7.823,56 Euro brutto monatlich und
- ab dem vierten Jahr der Tätigkeit in Höhe von 8.382,82 Euro brutto monatlich bei jeweils zwölf Monatsgehältern jährlich.

Maßgeblich sind dabei die Zeiten einer Tätigkeit innerhalb derselben Entgeltgruppe beim selben Dienstgeber.

Gilt die neue Entgeltgruppe auch für den Chefarzt ?

Da die Vergütung nach der neuen Entgeltgruppe IV innerhalb der AVR

von RA und FA für Medizinrecht und Arbeitsrecht Marc Rumpfenhorst, Kanzlei Klostermann pp., Bochum, klostermann-rae.de

höher ist als die sich aus Grundvergütung, Zulage und Zuwendung zusammensetzende Vergütung nach der bislang üblicherweise vereinbarten Vergütungsgruppe I des AVR/DW EKD (im Folgenden: AVR I), stellt sich die Frage: Haben Chefarzte einen Anspruch auf Überleitung in die Entgeltgruppe IV?

Hierzu gilt: Die AVR gelten nicht automatisch für Chefarzte, weil sie vom Anwendungsbereich der Arbeitsvertragsrichtlinien einschließlich der Neuregelung der für Ärzte geltenden Anlage 8a AVR ausdrücklich ausgenommen sind. Etwas anderes gilt allenfalls dann, wenn auf die AVR ausdrücklich einzelvertraglich in ihrer Gesamtheit – und nicht nur subsidiär – Bezug genommen wird; dies ist jedoch selten der Fall. Viel öfter wird lediglich die Geltung einzelner Paragraphen sowie die Vergütung „entsprechend der Vergütungsgruppe I AVR in der jeweils gültigen

Fassung“ individualvertraglich vereinbart. Das bedeutet, dass sich der Anspruch des Chefarztes auf eine Vergütung nach Entgeltgruppe IV nicht aus den AVR selbst, sondern allenfalls aus den einzelvertraglichen Bestimmungen des Dienstvertrages ergeben kann.

Hierbei stellt sich die im Wege der Vertragsauslegung zu beantwortende Frage, ob die „jeweils gültige (...) Fassung“ der AVR nunmehr die Anlage 8a mit ihrer Entgeltgruppe IV ist. Mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts, insbesondere auf sein Urteil vom 29. Juni 2011 (Az. 5 AZR 161/10) wird diese Frage eher zu verneinen sein.

Auswirkung auf bestehende Chefarzt-Verträge

Für bestehende Chefarzt-Verträge mit einer Festvergütung entsprechend der Vergütungsgruppe AVR I besteht daher wenig Hoffnung, die Vergütung nach der höchsten Entgeltgruppe des Ärzte-Tarifs gerichtlich durchzusetzen. Die Beschreitung des Verhandlungsweges ist natürlich auch Chefärzten nach wie vor unbenommen: So ist es möglich, auch einen bestehenden Arbeitsvertrag und die dort geregelte Festvergütung nach AVR I so zu ändern, dass der Chefarzt nunmehr eine Vergütung entsprechend der höchsten Stufe der Entgeltgruppe IV in der jeweils gültigen Fassung erhält.

Wie können Chefarzte Ansprüche offen halten?

Wer sich als Chefarzt die Möglichkeit einer späteren gerichtlichen Geltendmachung offenhalten möchte, sollte die Ansprüche auf die höhere Vergütung nach der neuen Entgeltgruppe IV zumindest einmal

schriftlich – in Papierform – geltend machen, um die für die meisten Verträge geltende sogenannte Verfallfrist zu unterbrechen. Hierbei sollte nicht nur die entsprechende Vergütung gefordert, sondern auch der sich aus der zur Zeit gezahlten tatsächlichen Vergütung ergebende monatliche Differenzbetrag zu der Entgeltgruppe IV konkret beziffert und gefordert werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass derartige Ansprüche – je nach Vertragsgestaltung – nach sechs oder 12 Monaten verfallen und nicht mehr gerichtlich durchsetzbar sind.

Auswirkungen auf Neuverträge

In neuen Verträgen ist die (Fest-) Vergütung frei verhandelbar: Sie kann daher unter Einbeziehung der AVR als auch der Entgeltgruppe IV erfolgen – oder aber individuell vereinbart werden und damit höher liegen als die sich nach der Entgeltgruppe IV ergebenden Vergütung des Leitenden Oberarztes.

Wird die Vergütung individuell vereinbart, sollte auf die Dynamisierung der Festvergütung geachtet werden – zum Beispiel durch die Aufnahme einer echten Wertsicherungsklausel. Hiernach sollte sich die Vergütung entsprechend den jeweiligen prozentualen Steigerungsraten der höchsten Entgeltgruppe – also der höchsten Stufe der AVR I oder der Entgeltgruppe IV zuzüglich etwaiger Einmalzahlungen – erhöhen.

Praxishinweis

Welche der Vergütungen nach den unterschiedlichen Anlagen der AVR sich zukünftig besser entwickeln wird, kann allerdings nicht prognostiziert werden.

Risikostrukturausgleich Bundessozialgericht: Der Morbi-RSA ist verfassungsgemäß

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist rechtmäßig. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) in diversen Urteilen vom 20. Mai 2014 (unter anderem Az. B 1 KR 5/14) entschieden.

von RA Sören Kleinke, Münster,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Klagen der Krankenkassen scheiterten

Das Gericht wies die Klagen mehrerer Krankenkassen gegen den Morbi-RSA ab. Der Morbi-RSA und seine Rechtsgrundlagen wurden als verfassungsgemäß beurteilt. Der Gesetzgeber verfolge damit die legitimen Ziele, wirtschaftliches und effizienzsteigerndes Verhalten der Krankenkassen im Interesse der finanziellen Stabilität der GKV als wichtigen Gemeinwohlbelang zu fördern und zugleich Anreize zur Verbesserung der Versorgung speziell schwerkranker Versicherter zu setzen.

Weiter Spielraum für den Gesetzgeber

Das BSG räumt dem Gesetzgeber dabei einen weiten Spielraum ein, um gesundheits- und sozialpolitische Ziele zu verfolgen. Die Krankenkassen konnten ihre Klagen auch nicht auf eine möglicherweise unzureichende Datengrundlage stützen, da der Gesetzgeber im Rahmen seiner Einschätzungsprärogative von der Validität der zu verwendenden Morbiditätsdaten habe ausgehen können.

Arbeitsrecht

Außerordentliche Kündigung durch Chefarzt wegen unzureichender Personaldecke rechtens

Ein Chefarzt ist zur außerordentlichen Eigenkündigung seines Dienstverhältnisses berechtigt, wenn der Krankenträger ihm trotz Abmahnung entgegen den vertraglichen Vereinbarungen kein ausreichendes nichtärztliches Personal zur Verfügung stellt. Dies entschied das Landesarbeitsgericht (LAG) Baden-Württemberg mit Urteil vom 11. Oktober 2013 (Az. 12 Sa 15/13).

Fall: Chefarzt im Klinik-MVZ

Im Urteilsfall ging es um einen plastischen Chirurgen, der seit 2005 als Chefarzt der plastisch-chirurgischen Abteilung eines vom Klinikträger betriebenen MVZ tätig war. Ärztliches Personal war ihm nicht unterstellt. Arbeitsvertraglich wurde eine Beteiligung des Arztes an den Erlösen in Höhe von 40 Prozent vereinbart, soweit diese einen Kostendeckungsbeitrag in Höhe von 140.000 Euro übersteigen. Ferner wurde vertraglich fixiert, dass das MVZ dem Arzt ausreichend Personal, Räume und Material zur Verfügung stellt.

In der Folgezeit mahnte der Chefarzt die Klinik mehrfach ab, unter anderem wegen regelmäßiger Personalengpässe. Für den Fall, dass der Verpflichtung zur ausreichenden Personalgestaltung nicht nachgekommen werde, drohte er arbeitsrechtliche Maßnahmen bis hin zur außerordentlichen Kündigung an. Ungeachtet dessen kam es wiederholt zu unzureichenden Personalbestückungen und OP-Ausfällen. Der Arzt kündigte daraufhin das Arbeitsverhältnis im April 2011 außerordentlich und betrieb fortan eine Praxis mit einem Kollegen. Das MVZ klagte gegen die außerordent-

liche Kündigung, da es an einem wichtigen Grund mangle; es habe ein unvorhersehbarer Personalengpass bestanden.

Die Entscheidung

Nachdem das MVZ in der ersten Instanz noch obsiegt hatte, urteilte das LAG nun zugunsten des Arztes. Seine außerordentliche Kündigung sei wirksam. Das MVZ habe wiederholt die Pflicht verletzt, dem Arzt ausreichend Personal zur Verfügung zu stellen. Dies sei ausdrücklich vertraglich verankert gewesen. Nur bei ausreichender Personalausstattung könne eine vertragsgemäße Beschäftigung als Chefarzt der plastisch-chirurgischen Abteilung erfolgen.

Entgegen der Auffassung des MVZ habe dieses den Personalengpass auch zu vertreten. Der Arzt habe daher zu Recht eine unzureichende Personaldecke gerügt, er sei in seinem Recht auf vertragsgemäße Beschäftigung nachhaltig verletzt worden. Zudem sei auch sein grundrechtlich geschütztes Recht auf berufliche Entfaltung seiner Persönlichkeit berührt. Letztlich sei unmittelbar auch die Vergütung des Arztes betroffen. Nach wiederholten ergebnislosen Abmahnungen sei die Kündigung auch das verblei-



von RA, FA für MedR, Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

bende Mittel der Wahl. Umgekehrt sei nicht ersichtlich, welches Interesse zugunsten des MVZ in der Abwägung zu berücksichtigen sein könnte.

Fazit

Die Entscheidung des LAG arbeitet die Pflichten des MVZ als Arbeitgeber lehrbuchhaft heraus und stellt auch zutreffend fest, dass die Personalengpässe bei der vorgenommenen Personalplanung absehbar und damit dem MVZ bzw. der Klinik schuldhaft zurechenbar waren.

Das Urteil ist auf sämtliche Chefarzt-Verträge übertragbar: Chefarzte können auch bei einer fehlenden vertraglichen Verankerung – diese wird von Trägern bei Vertragsverhandlungen häufig vehement abgelehnt – eine ausreichende Personalausstattung beanspruchen. In Zeiten der Budgetierung und des fortschreitenden Ärztemangels wird die Entscheidung des LAG Baden-Württemberg gute Argumente und Optionen für Chefarzte in ähnlicher Situation eröffnen.

Vermietung

BFH: Nachträgliche Schuldzinsen sind absetzbar – aber nur unter Bedingungen!

Gute Nachrichten für die Immobilienbesitzer unter den Radiologen: Der Bundesfinanzhof (BFH) hat entschieden, dass Schuldzinsen, die nach dem Verkauf einer vermieteten Immobilie entstehen bzw. verbleiben, generell als Werbungskosten aus Vermietung und Verpachtung abziehbar sind – wenn der Verkaufserlös nicht reicht, um das Immobiliendarlehen vollständig zu tilgen (Urteil vom 8. April 2014, Az. IX R 45/13).

Dauerhafte Verkaufsabsicht ist schädlich

Eine weitere Voraussetzung dafür ist jedoch, so der BFH in einem weiteren aktuellen Urteil, dass die Absicht, Einkünfte zu erzielen, zum Zeitpunkt des Verkaufs noch bestand. Hat der Vermieter aus der Vermietung aber jahrelang Verluste erzielt und deswegen seit längerem versucht, die Immobilie zu verkaufen, fehlt es an dieser Einkunftserzielungsabsicht – und zwar ab dem Zeitpunkt, ab dem die Verkaufsbestrebungen aufgenommen wurden. Die fehlende Absicht, Einkünfte zu erzielen, führt dazu, dass keine nachträglichen Schuldzinsen steuerlich abziehbar sind (Urteil vom 21. Januar 2014, Az. IX R 37/12).

Praxishinweis: Machen Sie nachträgliche Werbungskosten aus Vermietung und Verpachtung geltend, werden die Sachbearbeiter also künftig auch beleuchten, seit wann Sie versucht haben, die Immobilie zu verkaufen. Sorgen Sie deshalb stets für Nachweise, dass für Sie eine Neuvermietung oberste Priorität genossen hat und der Verkauf sich letztlich ungeplant ergeben hat. Gut ist es hier, wenn Sie dem Finanzamt

beweisen, dass Ihre Immobilienanzeigen und Aufträge gegenüber Maklern stets in puncto Vermietung und nicht Verkauf ergangen sind.

Finanzamt muss jede einzelne vermietete Immobilie betrachten

Haben Sie zwei Immobilien verkauft und der Verkaufserlös reicht nicht aus, um die Immobiliendarlehen zu tilgen, muss das Finanzamt die Einkunftserzielungsabsicht für beide Objekte getrennt prüfen. Auch das haben die BFH-Richter in ihrem Urteil vom 21. Januar 2014 klargestellt.

Beispiel

Der Radiologe Dr. Huber verkauft zwei bislang mit Verlust vermietete Immobilien. Immobilie 1 wollte er schon seit fünf Jahren verkaufen, Immobilie 2 wollte er nachweislich stets vermieten.

Folge: Reicht der Verkaufserlös zur Schuldentilgung nicht aus, sind nachträgliche Schuldzinsen aus Vermietung und Verpachtung wegen der Aufgabe der Einkunftserzielungsabsicht nur für Immobilie 1 ausgeschlossen. Nachträgliche Schuldzinsen für Immobilie 2 sind dagegen steuerlich zu berücksichtigen.

Download

Leitfaden zum Datenschutz in der Praxis aktualisiert

Die KBV und die BÄK haben Ihre „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ aktualisiert. Neben Ausführungen zum Datenschutz enthält der Leitfaden Grundsätze zur „ärztlichen Dokumentation“, zur „Einsichtnahme und Übermittlung von Patientenakten“ sowie zum Einsatz von EDV in der Praxis. Vor allem die Neuregelungen des Patientenrechtegesetzes und die externe Datensicherung außerhalb der praxiseigenen EDV werden durch die Aktualisierung berücksichtigt.

Downloadhinweis

Den aktualisierten Leitfaden finden Sie auf rwf-online.de unter Downloads (Arbeitshilfen).

Impressum

Herausgeber

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

IWW Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Tel. 02596 922-0, Fax 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.