www.guerbet.de

Radiologen Wirtschafts Forum

Management
Recht
Abrechnung
Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

10 | Oktober 2014

Recht

BGH: Kein Anspruch von Ärzten auf Löschung ihres Profils auf Bewertungsportalen

Ärzte haben keinen Anspruch auf Löschung ihres Profils in Internetportalen und müssen sich dort auch anonyme Bewertungen gefallen lassen, solange diese keine Falschbehauptungen oder Schmähkritik enthalten. Dies ist die Essenz aus einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 23. September 2014 (Az. VI ZR 358/13).

Der Fall

Geklagt hatte ein niedergelassener Gynäkologe gegen das Ärzte-Such- und Bewertungsportal „jameda" (www.jameda.de). Der Gynäkologe ist in dem Portal mit seinem akademischen Grad, seinem Namen, seiner Fachrichtung und der Anschrift seiner Praxis verzeichnet. Zudem wurden drei – davon zwei positive – Bewertungen über ihn abgegeben. Gestützt auf sein allgemeines Persönlichkeitsrecht verlangte er von jameda, die ihn betreffenden Daten – also „Basisdaten" und Bewertungen – nicht zu veröffentlichen und sein Profil vollständig zu löschen.

Das Urteil

Der BGH entschied, dass der Persönlichkeitsschutz des Arztes und dessen Recht auf Selbstbestimmung von Informationen hinter das Recht auf Kommunikationsfreiheit zurücktreten müssten. „jameda" sei deshalb nach § 29 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zur Erhebung, Speicherung und Nutzung sowie nach § 29 Abs. 2 BDSG zur Übermittlung der Daten an die Portalnutzer berechtigt.

Vor dem Hintergrund der freien Arztwahl bestünde eine erhebliches Interesse der Öffentlichkeit an Informationen über ärztliche Leistungen – und Bewertungsportale könnten dazu beitragen, einem Patienten die aus seiner Sicht erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen. Zudem sei hier der Bereich der „Sozialsphäre" betroffen, der allein das berufliche Wirken des Arztes betreffe. Da müsse er sich auf die Beobachtung seines Verhaltens durch eine breitere Öffentlichkeit sowie auf Kritik einstellen. Der Arzt sei aber nicht schutzlos: Unwahre Behauptungen oder stigmatisierende Äußerungen müsse er in seinem Bewertungsprofil grundsätzlich nicht hinnehmen. Dies sei hier aber nicht der Fall gewesen.

Inhalt

Delegation

Röntgen und CT auch an MFA delegierbar – aber nur unter ärztlicher Aufsicht 2

Recht

Schwangere Mitarbeiterinnen: Nutzen Sie Ausgleichsansprüche und Fördermöglichkeiten 3

Download des Monats

eGK gilt ab Januar 2015: Informieren Sie sich über die Details 4

Schweigepflicht

Weitergabe Patientendaten: Wie lange sind Einverständniserklärungen aufzubewahren? 5

Arbeitsrecht

Kirchliche Krankenhäuser dürfen Kopftuchverbot für ihre Mitarbeiterinnen aussprechen 6

Management

Krankenhaus Rating Report 2014: Weiterhin schwere Zeiten für Krankenhäuser 7

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Delegation

Röntgen und CT auch an MFA delegierbar – aber nur unter ärztlicher Aufsicht

Im RWF Nr. 9/2014 hatten wir über die Änderungen zur Delegationsvereinbarung berichtet und dort bereits darauf aufmerksam gemacht, dass Verfahren mit ionisierender Strahlung – also Röntgenuntersuchung und Computertomographie – auch an MFA und nicht nur an MTRA und MTA delegierbar sind, obwohl der bis dato veröffentlichte Beispielkatalog (Anhang zur Anlage 24 des BMV-Ä – konkret Ziffer I.4) eine solche Delegation eigentlich nicht zulässt. Inzwischen wurde wie im RWF angekündigt ein entsprechendes ERRATUM im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (DÄB Heft 35-36 vom 1. September 2014, S. A1484). Den jetzt gültigen Text der Ziffer I.4 können Sie der Tabelle unten entnehmen.

a) Delegation bei Verfahren mit ionisierender Strahlung

In der bisherigen Version des Beispielkatalogs durften Verfahren mit ionisierender Strahlung, also Röntgenuntersuchung und Computertomographie, lediglich an MTRA und MTA mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz delegiert werden. In die geänderte Fassung der Ziffer I.4 wurden nunmehr auch die MFA explizit mit aufgenommen; jedoch dürfen diese – im Unterschied zu MTRA und MTA – CT und Röntgenuntersuchungen lediglich „unter ständiger Aufsicht eines Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz“ durchführen.

b) Delegation bei Verfahren mit nicht-ionisierender Strahlung

Für Verfahren mit nicht-ionisierender Strahlung, also für die Magnetresonanztomographie, war im Vergleich zur vorherigen Fassung der Hinweis weggefallen, dass bei der Verwendung von Kontrastmitteln der Arzt anwesend sein muss. Auch dies war offenbar ein Versehen. Mit der wiederum geänderten Fassung der Ziffer 1.4. des Anhangs zur Anlage 24 ist nunmehr klar, dass hier die Anwesenheit eines Arztes noch immer erforderlich ist.

Die Durchführung von MRT kann nach wie vor an MFA delegiert werden. Im Gegensatz zu bisher ist keine weitere zusätzliche Mindestqualifikation bzw. -anforderung („… unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines Arztes mit der erforderlichen Fachkunde“) mehr aufgeführt. Daraus sollte aber nicht der Schluss gezogen werden, dass es hier keine Überwachungspflicht mehr gibt. Das würde der ausdrücklichen Überwachungspflicht nach § 4 Abs. 2 der Anlage 24 widersprechen: Demnach muss sich der Arzt davon überzeugen, dass der Mitarbeiter für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist, und ihn bei der Durchführung der entsprechenden Leistung „regelmäßig“ überwachen.

Geänderte Ziffer I.4. des Anhangs zur Anlage 24

Delegierbare ärztliche Tätigkeit	Besonderheiten und Hinweise	Typische Mindestqualifikation
4. Technische Durchführung von Untersuchungen		
a. Verfahren mit ionisierender Strahlung: **– Röntgenuntersuchung** **– Computertomographie (CT)**	Bei Verwendung von Kontrastmitteln ist die Anwesenheit des Arztes erforderlich. Technische Durchführung von Röntgenuntersuchungen (einschließlich CT) nur im Rahmen von Röntgenreihenuntersuchungen oder nachdem ein Arzt mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz die rechtfertigende Indikation gestellt hat.	**Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in (MTRA)** und **Medizinisch-Technische/r Assistent/in (MTA)** mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz (§ 24 Absatz 2 Nrn. 1 und 2 RöV in Verbindung mit § 18a Absatz 1 RöV) **Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)** mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz (§ 24 Absatz 2 Nr. 4 RöV in Verbindung mit § 18a Absatz 3 RöV)
b. Verfahren mit nicht-ionisierender Strahlung: **– MRT**		**Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)**

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Recht

Schwangere Mitarbeiterinnen: Nutzen Sie die Ausgleichsansprüche und Fördermöglichkeiten

In der Assistenz von radiologischen Praxen arbeiten nahezu ausschließlich weibliche Mitarbeiter. Werden diese schwanger, so ergeben sich für Praxisinhaber daraus einige Pflichten. Wie Praxischefs diese teilweise finanziell abfedern und was sie Ihren Mitarbeiterinnen anlässlich der Schwangerschaft Gutes tun können, wird nachfolgend dargestellt.

von Steuerberater Björn Ziegler, Kanzlei LZS Steuerberater, Würzburg

Ihre Pflichten und Möglichkeiten als Arbeitgeber

Grundsätzlich besteht für Sie als Arbeitgeber die Verpflichtung, die Schwangerschaft an die zuständige Aufsichtsbehörde zu melden. In der Regel ist das das Gewerbeaufsichtsamt. Spätestens mit der Kenntnis von der Schwangerschaft wird eine Risikobeurteilung des Arbeitsplatzes fällig. Dabei müssen Sie einschätzen, ob das jeweilige Arbeitsgebiet der Mitarbeiterin ein Risiko für ihre Gesundheit oder die des ungeborenen Kindes birgt.

Ein Beschäftigungsverbot während der Schwangerschaft kann gemäß §§ 3 und 4 Mutterschutzgesetz (MuSchG) bestehen

- aufgrund eines ärztlichen Zeugnisses,
- wegen möglicher schädlicher Einwirkung von Stoffen, Strahlen oder Ähnlichem am Arbeitsplatz,
- wegen der besonderen Gefahr einer Berufskrankheit oder
- wegen des Hebens von Lasten von regelmäßig mehr als 5 kg oder gelegentlich mehr als 10 kg.

Gerade der Punkt „mögliche schädliche Einwirkung von Stoffen, Strahlen oder Ähnlichem" könnte in radiologischen Praxen recht häufig zu einem Beschäftigungsverbot führen.

Weiterhin ist darauf zu achten, dass Schwangere nach dem Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft nicht mit Arbeiten beschäftigt werden dürfen, bei denen sie ständig stehen müssen, soweit diese Beschäftigung täglich vier Stunden überschreitet. Sofern das Halten oder Stützen von Patienten mit erheblichem Kraftaufwand verbunden ist, muss die Hilfe durch eine zweite Person gewährleistet sein. In der Praxis läuft es darauf heraus, dass die schwangere Mitarbeiterin – falls möglich – noch am Empfang und in der Verwaltung eingesetzt wird. In vielen Fällen ist je nach Aufgabengebiet ein teilweises oder volles Beschäftigungsverbot angezeigt.

Für Sie als Arbeitgeber ist wichtig zu wissen, dass Sie ein Beschäftigungsverbot weniger Geld kostet als eine Krankschreibung der Mitarbeiterin, da Sie von der Krankenkasse eine höhere Kostenerstattung für den Ausfall erhalten als wenn die Mitarbeiterin krankgeschrieben worden wäre. Geregelt ist das im Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG). Es enthält neben der aus Krankschreibungen bekannten Lohnfortzahlungserstattung auch die Vorschriften über die Erstattung schwangerschaftsbedingter Lohnfortzahlungen.

Erstattungsansprüche gegen die Krankenkasse

Muss der Arbeitgeber im Krankheitsfall Lohnfortzahlung leisten, erstattet ihm die Krankenkasse des Arbeitnehmers 60 bis 80 Prozent des fortgezahlten Arbeitsentgelts. Die genaue Höhe richtet sich nach dem Tarif, den der Arbeitgeber gewählt hat (allgemeiner oder erhöhter Umlagesatz U1). Muss die Lohnfortzahlung hingegen geleistet werden, weil ein Beschäftigungsverbot besteht (sogenannter Mutterschutzlohn), so erstattet die Krankenkasse 100 Prozent der Aufwendungen (Umlage U2).

Tritt die Mitarbeiterin schließlich in den echten Mutterschutz, der im Allgemeinen den Zeitraum von sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt umfasst, erhält sie von der Krankenkasse Mutterschaftsgeld (bis zu 13 Euro pro Tag). Sie als Arbeitgeber müssen dann einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld leisten und bis zum Nettolohn aufstocken. Auch diesen Zuschuss erhalten Sie von der Krankenkasse vollständig erstattet.

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Gute Taten für Ihre schwangere Mitarbeiterin

Anlässlich des freudigen Ereignisses bleibt noch die Frage, was Sie Ihrer Mitarbeiterin Gutes tun können. Aktuell können Sie Ihrer Mitarbeiterin ein Sachgeschenk im Wert von bis zu 40 Euro als sogenannte Aufmerksamkeit steuer- und abgabenfrei zukommen lassen. Ab dem 1. Januar 2015 wird diese Grenze auf 60 Euro angehoben. Höherwertige Geschenke oder Bargeld führen jeweils zu steuerpflichtigem Arbeitslohn.

Ein viel wertvolleres Geschenk können Sie Ihrer Mitarbeiterin gleich zu Beginn der Schwangerschaft machen. Ist sie verheiratet, empfehlen Sie ihr, möglichst frühzeitig die Steuerklasse III zu wählen. Häufig haben verheiratete Mitarbeiterinnen die Steuerklasse V, da der Ehegatte ein höheres Einkommen hat und die Steuerklasse III für sich nutzen möchte.

Der Tausch der Steuerklassen wirkt sich zunächst nachteilig auf das monatliche familiäre Nettoeinkommen aus, weil für beide Ehepartner zusammen mehr Lohnsteuer einbehalten wird als vorher. Das ist aber nur vorübergehend und wird im Rahmen der Jahreseinkommensteuererklärung bereinigt. Aus ihr ergibt sich unabhängig vom unterjährigen Lohnsteuerabzug und unabhängig von den gewählten Lohnsteuerklassen am Ende stets dieselbe Steuerlast. In der Regel winkt dann eine größere Steuererstattung. Die neue Steuerklasse erhöht ab dem Folgemonat das Nettoeinkommen Ihrer Mitarbeiterin – und das ist maßgebend für den Elterngeldanspruch.

Beispiel

Die Mitarbeiterin hat ein Bruttogehalt von 2.000 Euro. Mit der Steuerklasse V beträgt ihr Nettogehalt 1.100 Euro, mit Steuerklasse III sind es hingegen rund 1.560 Euro. Der Elterngeldanspruch bei beiden Varianten unterscheidet sich um stolze 280 Euro pro Monat (670 Euro bei Steuerklasse V und 950 Euro bei Steuerklasse III). Ein frühzeitiger Wechsel der Steuerklasse ist für die Anerkennung der Gestaltung zwingend notwendig.

Auswirkungen hat die Elternzeit selbstverständlich auf den Jahresurlaub. Die gesetzliche Regelung sieht vor, dass der Jahresurlaub nur für volle Elternzeitmonate gekürzt werden darf. Das Bundesarbeitsgericht hat dies bereits in einem Urteil bestätigt. Im Entscheidungsfall wollte der Arbeitgeber auch den zeitanteiligen ersten und letzten Monat der Elternzeit nach Tagen vom Jahresurlaub abziehen, hatte damit aber keinen Erfolg. Für die Zeit des echten Mutterschutzes darf der Urlaubsanspruch nicht eingeschränkt werden.

Fazit

Ob Beschäftigungsverbot oder Mutterschutz – in beiden Fällen erhalten Sie die Personalkosten für Ihre schwangere Mitarbeiterin in voller Höhe von der Krankenkasse erstattet. Einer fortlaufenden Krankschreibung sollten Sie jedoch entgegenwirken. Möchten Sie Ihrer Mitarbeiterin noch etwas Gutes tun, dann empfehlen Sie ihr unbedingt den Wechsel zur Steuerklasse III, was ihr einige Hundert Euro zusätzlichen Elterngeldanspruch bringen kann.

Krankenversichertenkarte

eGK gilt ab Januar 2015: Informieren Sie sich über die Details

Die alte Krankenversichertenkarte wird zum 1. Januar 2015 durch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) abgelöst. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen verständigt. Ab dem 1. Januar 2015 können die Versicherten – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nur noch mit der eGK ihren Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen. Unabhängig vom aufgedruckten Gültigkeitsdatum ist die alte Krankenversichertenkarte für GKV-Versicherte ab 1. Januar 2015 nicht mehr gültig.

Mit der endgültigen Einführung der eGK stellen sich einige Detailfragen, zum Beispiel:

- Was gilt bei der Abrechnung für Versicherte sogenannter sonstiger Kostenträger (zum Beispiel Heilfürsorge) und im Rahmen der Privatbehandlung?
- Wie ist vorzugehen, wenn der GKV-Versicherte die Praxis ohne gültige eGK in Anspruch nimmt?
- In welchem Umfang muss die Identitätsprüfung des Patienten in der Praxis vorgenommen werden?

Downloadhinweis

Zu diesen und zu weiteren Fragen hat die KBV in übersichtlicher Form „Praxisinformationen" zur eGK erstellt. Diese finden Sie auch auf www.rwf-online.de unter Downloads (Arbeitshilfen).

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Recht

Weitergabe Patientendaten: Wie lange sind Einverständniserklärungen aufzubewahren?

Wie ist die Rechtslage bei der Aufbewahrung von Einwilligungsformularen, die im Rahmen der Abrechnung privatärztlicher Honorarforderungen oder deren Verkauf an einen externen Dienstleister (factoring) vom Patienten ausgefüllt werden müssen? Diese Frage stellte jüngst ein Radiologe, weil dessen Dienstleister behauptet hatte, Ärzte müssten die Erklärungen rechtsformal „ewig" aufbewahren. Das würde nicht unerhebliche logistische Probleme bereiten. Hier aber kann „Entwarnung" gegeben werden: Eine Pflicht zur unbefristeten Aufbewahrung besteht nicht. Was gilt aber tatsächlich?

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

Aufbewahrungsfristen – die strafrechtliche Seite

Die Einwilligung von Privatpatienten in die externe Abrechnung oder den Verkauf der Honorarforderungen wird benötigt, da diese anderenfalls Strafantrag gegen die Praxis wegen Verstoßes gegen § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) stellen könnten.

Die Vorschrift des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) ist ein sogenanntes Antragsdelikt. Dies bedeutet, dass die Staatsanwaltschaft einen behaupteten Verstoß gegen § 203 StGB nur verfolgt, wenn ein Strafantrag gestellt worden ist. Dies ergibt sich aus § 205 StGB.

Einer Straftat, die nur auf Antrag verfolgt wird, wird nur dann nachgegangen, wenn der Antragsberechtigte den Antrag bis zum Ablauf einer Frist von drei Monaten gestellt hat. Die Frist beginnt mit dem Ablauf des Tages, an dem der zum Stellen des Strafantrags Berechtigte von der Tat und der Person des Täters Kenntnis erlangt (§ 77d StGB). Für die Praxis bedeutet dies, dass die Frist von drei Monaten im Prinzip mit dem Tag beginnt, an dem der Patient die Rechnung der Factoringgesellschaft zugestellt bekommen hat.

Wann dies genau ist, wird sich in der Regel nicht feststellen lassen. Der Zeitpunkt dürfte aber ungefähr mit dem Zeitpunkt korrespondieren, in dem die Factoringgesellschaft den Erstattungsbetrag an die Praxis überweist. Ab diesem Zeitpunkt sollten ungefähr 4 bis 5 Monate gerechnet werden, damit die Praxis vor Strafverfolgung sicher ist.

Praxishinweis

Wenn die Praxis in dieser Hinsicht eine hundertprozentige Sicherheit haben möchte, kann sie sich auch an der Verjährungsfrist des § 78 StGB orientieren. Diese beträgt nach § 78 Abs. 3 Nr. 5 StGB für den Straftatbestand des § 203 StGB drei Jahre gerechnet ab dem Zeitpunkt, zu dem die Abrechnungsunterlagen an das Factoring-Unternehmen gehen.

Aufbewahrungsfristen – die zivilrechtliche Seite

Bei der Frage nach den Aufbewahrungsfristen für Einwilligungserklärungen ist zivilrechtlich auch die Situation zu berücksichtigen, wenn die Factoringgesellschaft gezwungen ist, die an sie abgetretene Honorarforderung der Praxis gegenüber dem Patienten einzuklagen. In einem solchen Fall muss die Factoringgesellschaft in der Lage sein, nachzuweisen, dass sie aktiv legitimiert ist. Aktiv legitimiert ist die Gesellschaft nur dann, wenn sie nachweisen kann, dass der Patient in die Abtretung der Forderung der Praxis an sie eingewilligt hat. Dazu wird die Einwilligungserklärung benötigt. Die Einwilligungserklärung muss deshalb unter zivilrechtlichen Gesichtspunkten zumindest solange aufbewahrt werden, bis die Honorarforderung gegen den Patienten durchgesetzt ist, wenn man kein Risiko eingehen möchte.

Hier stellt sich zunächst die Frage, wer das Formular aufbewahren soll – die Praxis oder die Factoringgesellschaft. Hier kommt es möglicher-

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

weise auf die Vereinbarung zwischen der Praxis und der Factoringgesellschaft an. Wenn es hier keine klaren Regelungen gibt, empfehlen wir, sich bei der Aufbewahrung der Einwilligungserklärungen an den Verjährungsfristen für die Durchsetzung privatärztlicher Honorarforderungen zu orientieren. Hier beträgt die Frist drei Jahre, gerechnet ab dem 1. Januar des auf die Rechnungserteilung folgenden Jahres.

Sollte die Praxis verpflichtet sein, die Einwilligungserklärungen aufgrund der Vereinbarung mit der Factoringgesellschaft aufzubewahren, könnte man sich mit der Factoringgesellschaft dahingehend abstimmen, dass diese die Praxis jeweils informiert, wenn die Einwilligungserklärung nicht mehr benötigt wird, weil der Patient gezahlt hat. Anschließend können diese Unterlagen jeweils vernichtet werden.

Fazit

Sollte die Praxis verpflichtet sein, die Einwilligungserklärungen aufzubewahren, geht sie auf Nummer sicher, wenn sie sich an der dreijährigen Frist für die Verjährung von Honoraransprüchen orientiert. Nach Ablauf dieses Zeitraums sind die Fristen sowohl für straf- als auch für zivilrechtliche Ansprüche verstrichen.

Aktuelle Rechtsprechung

Kirchliche Krankenhäuser dürfen Kopftuchverbot für ihre Mitarbeiterinnen aussprechen

Mit ihrer Forderung, während ihres Dienstes in einem evangelischen Krankenhaus ein Kopftuch tragen zu dürfen, ist eine muslimische Krankenschwester gescheitert: Mit Urteil vom 24. September 2014 entschied das Bundesarbeitsgericht (BAG, Az. 5 AZR 611/12), dass das Tragen eines Kopftuchs als Symbol der Zugehörigkeit zum islamischen Glauben regelmäßig nicht mit der arbeitsvertraglichen Verpflichtung einer in einer Einrichtung der evangelischen Kirche tätigen Arbeitnehmerin zu neutralem Verhalten vereinbar ist.

Der Fall

Die Krankenschwester befand sich zwischen März 2006 und Januar 2009 in Elternzeit. Danach war sie arbeitsunfähig krank. Im April 2010 bot sie schriftlich eine Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung an. Dabei teilte sie der Klinik mit, dass sie das von ihr aus religiösen Gründen getragene Kopftuch auch während der Arbeitszeit tragen wolle.

Die Klinik lehnte dies ab. Laut Arbeitsvertrag und den Richtlinien der evangelischen Kirche seien Mitarbeiter der Kirche gegenüber zur Loyalität verpflichtet. Auch Angehörige anderer Religionen müssten danach den kirchlichen Auftrag beachten. Anderenfalls würde bei Patienten und Besuchern der Eindruck entstehen, dass die Kirche ihre Glaubensgrundsätze nicht ernst nehme.

Die Krankenschwester nahm dann die Arbeit gar nicht wieder auf, forderte aber gleichwohl eine Vergütung für die Zeit vom 23. August 2010 bis zum 31. Januar 2011, da sie die Arbeit ja angeboten habe. Die Klinik aber zahlte nicht. Mit ihrer Klage wandte sich die Krankenschwester sowohl gegen das Kopftuchverbot als auch gegen die unterbliebene Lohnzahlung.

Das Urteil

Laut dem Urteil des BAG kann einer Arbeitnehmerin in einer kirchlichen Einrichtung regelmäßig das Tragen eines islamischen Kopftuchs untersagt werden. Im konkreten Fall sei aber nicht geklärt, ob die beklagte Klinik der evangelischen Kirche institutionell zugeordnet ist. Zudem sei offen, ob die Krankenschwester im Streitzeitraum leistungsfähig war. Das Angebot, die Tätigkeit auf der Grundlage eines vom behandelnden Arzt erstellten Wiedereingliederungsplans aufzunehmen, indiziere deren fehlende Leistungsfähigkeit. Dies müsse nun das Landessozialgericht prüfen, an das das BAG den Fall zurückverwies.

Praxishinweis

Im Urteil heißt es, kirchliche Krankenhäuser dürfen ihren Mitarbeiterinnen das Tragen von Kopftüchern „regelmäßig" verbieten. Das „regelmäßig" lässt die Tür für Ausnahmen – wie etwa Tätigkeiten ohne Patienten- und Besucherkontakt – offen. Im Einzelfall könnte ein Urteil also auch anders ausfallen.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Krankenhausmanagement

Krankenhaus Rating Report 2014: Weiterhin schwere Zeiten für Krankenhäuser

2012 war für Krankenhäuser in wirtschaftlicher Hinsicht ein noch schwierigeres Jahr als 2011. 35 Prozent der Häuser schrieben 2012 auf Konzernebene einen Jahresverlust – bezogen auf die Ebene der einzelnen Standorte waren es vermutlich sogar 40 Prozent. Zu diesem Ergebnis kommt der aktuelle „Krankenhaus Rating Report 2014" des RWI. Grundlage für die Analysen ist eine Stichprobe von 617 Jahresabschlüssen aus 2011 und 175 aus 2012, die insgesamt fast 1.000 Krankenhäuser umfassen.

von Dr. Boris Augurzky, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen, www.rwi-essen.de

Einzelaspekte der kritischen Entwicklung

Noch im Jahr 2010 war die Rate von Häusern, die einen Verlust schrieben, mit 16 Prozent deutlich geringer als in 2012. Folgende Entwicklungen haben zu der prekären Situation in 2012 beigetragen:

- 2012 sanken die Investitionsfördermittel der Länder auf 3,6 Prozent des Krankenhausumsatzes. Zum Vergleich: Im Jahr 2000 lagen sie bei 6,8 Prozent. Zudem sank der Anteil des geförderten am gesamten Anlagevermögen in 2012 auf 54 Prozent. 2008 waren es noch 60 Prozent.
- Nur noch 48 Prozent der Krankenhäuser waren 2012 voll und 7 Prozent schwach investitionsfähig. 44 Prozent waren nicht investitionsfähig. Ein hoher Anteil des Sachanlagevermögens war bereits stark abgeschrieben.
- Insgesamt ist der Krankenhausbereich unterkapitalisiert, das heißt viele Krankenhäuser leben von ihrer Substanz. Dementsprechend hat sich auch das Rating verschlechtert. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit stieg 2012 auf 1,4 Prozent.
- 16 Prozent aller Krankenhäuser – bzw. nach Trägerform 28 Prozent der öffentlich-rechtlichen, 16 Prozent der freigemeinnützigen und 3 Prozent der privaten Krankenhäuser – wiesen in 2012 eine erhöhte Insolvenzgefahr („roter Bereich") auf. Zwei Jahre zuvor waren es nur halb so viele.

Unterschiede in den Bundesländern

In den ostdeutschen Bundesländern war die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2012 mit einer durchschnittlichen Ausfallwahrscheinlichkeit von 0,55 Prozent deutlich besser als in den westlichen Bundesländern, wo die ermittelte Ausfallwahrscheinlichkeit 1,56 Prozent betrug. Die Spanne der Ausfallwahrscheinlichkeiten lag zwischen 0,51 (Sachsen-Anhalt und Thüringen) und 2,57 Prozent (Niedersachsen Bremen). Kaum besser als in Niedersachsen sah die Lage in Hessen (1,87), Baden-Württemberg (1,81) und Bayern (1,70) aus. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Situation der Krankenhäuser aber in allen Regionen verschlechtert.

Die Gründe der regionalen Unterschiede sind vielfältig. In vielen Regionen ist festzustellen, dass die Krankenhausstrukturen ungünstig sind. Das heißt: Es gibt zu viele kleine Einheiten, eine zu hohe Krankenhausdichte und zu wenig Spezialisierung.

Insolvenzgefahr: Große Unterschiede bei den Trägern

2012 wiesen 28 Prozent der öffentlich-rechtlichen, 16 Prozent der freigemeinnützigen und 3 Prozent der privaten Krankenhäuser eine erhöhte Insolvenzgefahr auf. Im Vergleich zu 2011 hat sich die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit bei allen Trägern verschlechtert, jedoch am stärksten bei den öffentlich-rechtlichen.

Die Schwierigkeiten öffentlich-rechtlicher Kliniken äußerten sich regional unterschiedlich. In Ostdeutschland schnitten sie nur leicht schlechter als private und besser als freigemeinnützige ab. Vor allem in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz/Saarland und im Nordwesten war die Lage vieler öffentlich-rechtlicher Häuser kritisch.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Erstmals konnte gezeigt werden, dass bei öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern kleine Aufsichtsgremien vorteilhaft waren. Für zehn untersuchte Universitätskliniken war überdies die Ausfallwahrscheinlichkeit noch höher als die der öffentlich-rechtlichen und hat sich gegenüber 2011 stärker verschlechtert als bei den anderen Trägertypen.

Die ländlichen Krankenhäuser der Grundversorgung sowie ländliche Großversorger wiesen 2012 größere wirtschaftliche Schwierigkeiten auf als ländliche Spezialkliniken. Dies war allerdings auch in städtischen Regionen der Fall, wenngleich die Großversorger dort etwas besser als Grundversorger abschnitten. Insgesamt war ein hoher Spezialisierungsgrad wirtschaftlich und qualitativ vorteilhaft.

Entwicklungen bei Krankenhauseckdaten

Folgende Entwicklungen weist der Rating Report 2014 aus:

- Private Krankenhäuser konnten ihren Marktanteil (gemessen an der Bettenzahl) leicht von 16,3 Prozent auf 16,8 Prozent erhöhen. Der Marktanteil öffentlich-rechtlicher Häuser sank von 49,3 auf 48,8 Prozent, während der Anteil freigemeinnütziger Häuser bei 34,4 Prozent blieb.
- Die Zahl der Betten blieb gegenüber dem Vorjahr nahezu konstant bei knapp über 500.000.
- Die Zahl der Krankenhäuser (bzw. Institutskennziffern) verringerte sich um 1,4 Prozent auf 2.017.
- Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten sank weiter auf 7,6 Tage.
- Die Krankenhauskosten je Einwohner fielen 2012 mit rund 829 Euro je Einwohner in Baden-Württemberg am niedrigsten und mit 1.112 Euro im Saarland am höchsten aus.

Die vor der Bundestagswahl 2013 beschlossenen Finanzhilfen für Krankenhäuser im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes sowie ein relativ hoher Anstieg der Landesbasisfallwerte 2014 sollten insbesondere zu einer Entspannung der Lage 2013 und 2014 beitragen. Ab 2015 dürften die Kostenzuwächse aber wieder über den Erlöszuwächsen liegen. Ohne Produktivitätsfortschritt würde der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich bis 2020 auf über 30 Prozent ansteigen.

Wo sind die Hebel für eine Verbesserung der Lage anzusetzen?

Mit einem jährlichen Produktivitätsfortschritt von 0,8 Prozent könnte sich die Lage langfristig stabilisieren. Da dieser Wert nur schwer erreichbar sein dürfte, werden nicht alle Krankenhäuser überleben. Wir rechnen damit, dass unter „normalen" Verhältnissen bis 2020 etwa 13 Prozent der Häuser geschlossen würden. Eine Verbesserung der Lage ist prinzipiell durch folgende vier Stellschrauben erreichbar:

- **Höhere Preise für Krankenhausleistungen**: Diese wirken sich positiv auf zahlreiche wirtschaftliche Kennzahlen der Krankenhäuser aus, jedoch negativ auf die Beitragszahler der GKV und PKV.
- **Mehr Kapital für Investitionszwecke**: Viele Krankenhäuser können effizienzverbessernde Maßnahmen mangels Kapital nicht umsetzen. Diskussionen hierzu laufen.
- **Höhere Produktivität:** Produktivitätssteigerungen sind sowohl auf Ebenen des einzelnen Krankenhauses als auch durch Optimierung von regionalen Krankenhausstrukturen sowie von Versorgungsstrukturen, die alle Leistungserbringer umfassen, anzustreben („Netzwerkmedizin").
- **Schließungen von weniger produktiven Einrichtungen:** Produktivitätsverbesserungen können auch durch Schließungen von weniger produktiven Krankenhäusern erreicht werden. Besonders Kliniken in ländlichen Regionen mit Bevölkerungsrückgang sind da gefährdet.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Der vollständige Report kann beim Verlag medhochzwei bestellt werden. Er ist auch als E-Book erhältlich. Je nach Angebotsform liegen die Preise zwischen knapp 300 und 898 Euro (Foliensatz-CD).

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
IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH & Co. KG, Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-99, www.iww.de
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

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.

Guerbet
Contrast for Life