

med

Recht, Steuern, Betrieb – Informationen für Gesundheitsberufe und -unternehmen

ECOVISmed Ausgabe 4/2014

Interview

Bayerns Gesundheitsministerin
Melanie Huml im Gespräch

Seite 2

Bereitschaftsdienst

Wann Sie für Fehler
Ihrer Vertretung haften

Seite 4

Schweigepflicht

Bei diffizilen Konstellationen
Fingerspitzengefühl zeigen

Seite 6

Patrizia Nusko, Rechtsanwältin bei Ecovis in Landshut

„Allein der Tatverdacht der Steuerhinterziehung kann zur Folge haben, dass die beiden Existenzgrundlagen eines Apothekers – die Approbation und die Apothekenbetriebslaubnis – entzogen werden.“

Seite 10





„Um flächendeckende und bestmögliche Versorgung für alle zu garantieren, muss das Gesundheitswesen von administrativem Ballast und Einschränkungen befreit werden.“

Isabel Wildfeuer, Rechtsanwältin bei Ecovis in München, isabel.wildfeuer@ecovis.com

INTERVIEW

„Wir brauchen mehr Ärzte auf dem Land“

Die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Melanie Huml, über die Herausforderungen für den Erhalt der hochwertigen medizinischen Versorgung in Bayern.



Frau Ministerin, das Thema Strafmaßnahmen bei zu langen Wartezeiten für GKV-Patienten ist noch nicht vom Tisch. Wo stehen Sie hier und mit welchen Argumenten verteidigen Sie die bayerischen Ärzte?

→ Es geht nicht darum, Ärzte zu bestrafen. Die von der Großen Koalition in Berlin vorgesehenen Terminvermittlungsstellen und die Vier-Wochen-Frist bis zu einem Facharzttermin waren ein politischer Kompromiss. Damit wollten wir sicherstellen, dass gesetzlich krankenversicherte Patienten überall in Deutschland einen zeitnahen Facharzttermin erhalten, wenn ein solcher aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Darauf haben unse-

re Bürger auch heute schon ein gesetzlich verbrieftes Recht. Aber nicht in allen Bundesländern funktioniert das gleich gut. Klar ist: Nirgendwo in Deutschland sind die Wartezeiten auf einen Arzttermin so kurz wie in Bayern. Bayern wird im Interesse der Patienten darauf achten, dass es durch den noch ausstehenden Gesetzentwurf zu Verbesserungen kommt – und zwar möglichst ohne zusätzliche Bürokratie.

Obwohl der neue Bedarfsplan 282,5 zusätzliche Nie-

derlassungsmöglichkeiten für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Bayern vorsieht, müssen psychisch Erkrankte mit langen Wartezeiten rechnen. Warum reichen die vorhandenen Vertragsarztsitze zur Sicherstellung der Versorgung dieser Patienten nicht aus?

→ Bayern hatte sich schon seit Langem für eine Ausweitung der Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten starkgemacht – nicht erst im Rahmen der Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2012, sondern auch bereits zuvor. Erst durch unseren Einsatz ist es gelungen, dass mit Umsetzung der Reform gerade in ländlichen Regionen viele zusätzliche Niederlas-

sungsmöglichkeiten geschaffen wurden. Bayern galt vor der Reform bis auf einen einzigen Planungsbereich für Psychotherapeuten als überversorgt und war für weitere Niederlassungen gesperrt. Nach der Reform konnten sich seit 1. Juli 2013 bayernweit schon 246 zusätzliche Psychotherapeuten niederlassen. Hier kam es in kurzer Zeit also schon zu einer spürbaren Verbesserung!

Da diese Änderungen aber noch recht frisch sind, muss nun erst einmal abgewartet werden, wie sich die zusätzlichen Angebote in der Vertragspsychotherapie in Bayern auf die Wartezeiten auswirken. Wir werden die Entwicklung genau beobachten, damit gegebenenfalls auch nochmals nachjustiert werden kann.

Das Gesundheitswesen steckt in der Krise, und eine der Sparmaßnahmen ist die Budgetierung der ärztlichen Leistung. Warum aber wird dieses Instrument als ultima ratio gesehen, obwohl es an der demografischen Realität vorbeigeht und letztlich die medizinische Versorgung in bestimmten Gebieten unter anderem mit hohem Rentneranteil gefährdet – sprich: Ärzte davon abschreckt, sich niederzulassen?

→ Richtig ist: Unser deutsches Gesundheitssystem ist eines der besten und leistungsfähigsten weltweit. Ich setze mich für ein Gesundheitswesen ein, in dem jeder unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen den gleichen Zugang zu medizinischen

Leistungen hat. Um dies zu ermöglichen und zu erhalten, müssen wir aber stets auch die Finanzierbarkeit im Auge behalten. Die Gelder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind begrenzt und werden im Wesentlichen durch die Beitragszahler aufgebracht. Diese müssen wir vor ständig steigenden Beitragssätzen und Zusatzbeiträgen schützen.

Wir wollen die gewohnt hohen Leistungs- und Qualitätsstandards in unserer medizinischen Versorgung auf Dauer sichern, erhalten und weiterentwickeln. Das ist aber nur möglich, wenn wir mit den vorhandenen Ressourcen wirtschaftlich umgehen und die Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig sichern.

Die von Ihnen angesprochene Budgetierung ist eines der Instrumente, die dazu beitragen, dass die Kosten in unserem Gesundheitswesen nicht immer schneller und immer höher ansteigen.

Die junge Ärztegeneration legt großen Wert auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Dem stehen hohe Arbeitsverdichtung in Krankenhäusern und zunehmende Bürokratiebelastung der niedergelassenen Ärzte gegenüber. Was tun Sie, um den Arztberuf durch verbesserte Work-Life-Balance attraktiver zu machen und insbesondere junge Klinikärzte im Land zu halten?

→ Bayern hat bereits 2012 ein Förderprogramm mit einem Gesamtvolumen von 15,5 Millionen Euro

aufgelegt, um Mediziner für den ländlichen Raum zu gewinnen. Im Rahmen dieses Förderprogramms unterstützen wir Medizinstudenten mit einem Stipendium in Höhe von monatlich 300 Euro, wenn sie bereit sind, ihre Facharztweiterbildung im ländlichen Raum zu absolvieren und anschließend für mindestens fünf Jahre auf dem Land tätig zu sein. Dies bringt junge Ärzte sowohl in die Kliniken wie auch in die Praxen auf dem Land. Ergänzend dazu haben verschiedene Krankenhäuser in ländlichen Regionen eigene Stipendienprogramme aufgelegt, um Medizinstudenten anzuwerben.

Mit unserem Förderprogramm unterstützen wir zudem Hausärzte mit einer Anschubfinanzierung von bis zu 60.000 Euro, die sich in Gemeinden mit nicht mehr als 20.000 Einwohnern niederlassen. Voraussetzung ist, dass es sich um nicht übergelassene Regionen handelt. Ferner werden innovative Versorgungskonzepte gefördert. Dieses Programm möchte ich weiter ausbauen und gerade auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf stärker in den Blickpunkt rücken.

Aus Kostengründen werden im ländlichen Raum immer mehr kleinere Krankenhäuser zugunsten von weiter entfernten Schwerpunktkrankenhäusern geschlossen. Zugleich sind große, gewinnorientierte Klinikkonzerne auf dem Vormarsch. Bergen diese Zentralisierungstendenzen nicht Risiken für eine optimale Ver-

sorgung der Patienten – gerade in ballungsfernen Gebieten?

→ In Bayern haben wir ein gutes Netz leistungsfähiger Krankenhäuser, die eine flächendeckende medizinische Versorgung garantieren. Bei allen Plänen für eine Neuordnung der Krankenhauslandschaft muss klar sein: Gerade in einem Flächenland wie Bayern brauchen wir auch im ländlichen Raum Krankenhäuser, die von den Menschen in zumutbarer Zeit erreicht werden können.

Bayern wird im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform darauf achten, dass dies auch in Zukunft gewährleistet ist. Wichtig ist dabei, dass der Freistaat auch weiterhin selbst über die Krankenhausplanung entscheiden kann. Wenn ein kleines Krankenhaus defizitär, aber das einzige in der Region ist, dann gibt es unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit eines Sicherstellungszuschlags. Das ist keine neue Regelung, aber wir sind dabei, diese in der genannten Arbeitsgruppe zu konkretisieren, um eine Einigung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen zu erleichtern.

Vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft in Bayern müssen wir unsere Krankenhausstrukturen zukunftsfest machen. Wir werben deshalb gerade in ländlichen Räumen für Kooperationen und eine Abstimmung der Angebote, vor allem auch, um die kleineren Häuser zu stützen. Darauf achten wir auch im Zuge der Krankenhausplanung.



„Lässt sich ein zum ärztlichen Notdienst verpflichteter Arzt durch einen Kollegen vertreten, sollte er über die haftungsrechtlichen Auswirkungen Bescheid wissen.“

Tim Müller, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht bei Ecovis in München, tim.mueller@ecovis.com

ARZTRECHT

„Haftung i.V.“

Wie Sie vermeiden, dass Sie für Fehler Ihres Vertreters im Bereitschaftsdienst haften.

Die Arzthaftung steht aus Patientensicht rechtlich auf zwei Beinen: Einmal kann der Arzt aus Delikt, beispielsweise wegen Körperverletzung, haften, zum zweiten gegebenenfalls aus einer Verletzung gegen die Pflichten aus dem Behandlungsvertrag.

Die Frage, wen die deliktische Haftung trifft, ist meist recht leicht zu beantworten: derjenige, der die Verletzungshandlung begangen oder – in selteneren Fällen – die gebotene Handlung unterlassen hat. Schwieriger wird es bei der Haftung wegen Verletzung des Behandlungsvertrags, insbesondere wenn mehrere Leistungserbringer an der Behandlung teilnehmen.

Der Fall wäre dies zum Beispiel bei der Operation eines Patienten durch einen Belegarzt: Hier besteht der Vertrag über die ärztliche Leistung zwischen Patient und Arzt, der Vertrag über die Pflege- und Hotelleistungen aber zwischen dem Patienten und dem Krankenhausträger. Hier ist für die Klärung der vertraglichen Haftung genau zu prüfen, welche Vertragspflichten verletzt worden sind und wen diese Pflichten treffen.

Eine ähnliche Konstellation, die aber weniger offensichtlich und für die Beteiligten erkennbar ist, ergibt sich bei der Vertretung im Bereitschaftsdienst. Grundsätzlich ist jeder Vertragsarzt zur persönlichen Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet. Die Bereitschaftsdienstordnungen der Länder-KVBen sehen aber Möglichkeiten vor, sich vertreten zu lassen. Dabei ist zu beachten, dass



der Vertretene – also der Arzt, der seinen Dienst abgeben will – dafür verantwortlich ist, dass der Vertreter die erforderliche Qualifikation besitzt. So darf beim fachärztlichen Bereitschaftsdienst die Vertretung nur durch einen Facharzt desselben Fachgebiets erfolgen.

Haftung bei Vertrags- und Nicht-Vertragsärzten

Wer haftet nun aber bei einem ärztlichen Behandlungsfehler, den der Vertreter im Bereitschaftsdienst macht? Die Delikthaftung trifft wie oben dargestellt den handelnden Arzt selbst, also den Vertreter. Bei der vertraglichen Haftung wird es schwieriger: Erfolgt die Vertretung durch einen anderen Vertragsarzt, der selbst gegenüber der KV abrechnet, seine eigenen Rezeptformulare und seinen eigenen Praxisstempel verwendet, tritt der vertretene Arzt dem Patienten gegenüber nicht in Erscheinung. Er wird auf eigene

Rechnung tätig und haftet selbst, wenn er gegen Pflichten aus dem Behandlungsvertrag verstößt.

Anders bei einer Vertretung durch einen Nicht-Vertragsarzt: Hier werden notwendigerweise Formulare, Rezepte etc. des vertretenen Arztes verwendet. Für den Patienten ist so erkennbar, dass die Behandlung durch die Praxis des Vertretenen erfolgt, nicht durch den Vertreter. Damit wird dieser zum „Verrichtungsgehilfen“ des Arztes, der seinen Dienst abgegeben hat. Der Vertreter haftet nicht, sondern der Vertretene, obwohl er die Behandlung nicht durchgeführt hat.

Ausnahme: Kann er nachweisen, dass er bei der Auswahl und Überwachung seines Vertreters die erforderliche Sorgfalt beachtet hat, wird er von der Haftung frei. Da eine Überwachung des Vertreters in aller Regel nicht durchführbar sein dürfte, wird die Haftung für den Verrichtungsgehilfen unausweichlich sein.

FAZIT:

„Die Vertretung durch einen anderen Vertragsarzt, der selbst abrechnet, ist der sicherste Weg, eine Haftung für fremde Fehler im Bereitschaftsdienst zu vermeiden.“



„Eine Nachberechnung muss wenigstens 300 Euro betragen, im Einzelfall verhältnismäßig sein und mindestens 5 Prozent der ursprünglichen Rechnung betragen.“

Ina von Bülow, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht bei Ecovis in München, ina.vonbuelow@ecovis.com

KRANKENHAUSRECHT

Zeitkorridor bei Nachberechnung erweitert

Ein Krankenhausträger kann von einer Krankenkasse nach der Endabrechnung weitere Vergütungen in einem großzügig bemessenen Zeitraum nachfordern.

Zur Frage der Zulässigkeit der Nachbesserung einer Krankenhausrechnung hat das Bundessozialgericht (BSG) mehrere aufeinander aufbauende Entscheidungen getroffen. In seinem Urteil vom 8. September 2009 (B 1 KR 11/09 R) hat das Gericht eine zeitnahe Nachberechnung seitens des Krankenhauses gefordert, diese müsse innerhalb eines Haushaltsjahres der beklagten Krankenkasse erfolgen. Zugrunde lag hier jedoch eine Nachberechnung nach mehr als vier Jahren aufgrund einer geänderten Rechtsprechung zu Zusatzentgelten, sodass die Klage letztlich erfolglos blieb.

Bagatellgrenze festgelegt

In einem weiteren Verfahren hatte das BSG über eine Nachforderung von 58,06 Euro zu entscheiden. Hier stellte es bei seiner Entscheidung wesentlich darauf ab, dass aufgrund des gegenseitigen Vertrauensverhältnisses zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ein für den Verwaltungsaufwand einer Nachberechnung angemessener Mindestbetrag vorliegen

muss. Es zog dabei Parallelen zum Prüfverfahren des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) und zur hierfür zu entrichtenden Aufwandspauschale. Diese wird fällig, wenn sich herausstellt, dass eine Krankenkasse unberechtigt ein MDK-Prüfverfahren eingeleitet hat, obwohl sich letztlich die Abrechnung als korrekt zeigt. In diesem Fall wird das Krankenhaus für seinen hierdurch entstandenen Verwaltungsaufwand entschädigt. Als Gegenstück dazu konstatiert das BSG, dass eine Nachberechnung grundsätzlich mindestens den Betrag der Aufwandspauschale (300 Euro) erreichen muss, um den entsprechenden Aufwand bei der Krankenkasse zu rechtfertigen. Zudem muss auch jeder Einzelfall verhältnismäßig sein, sodass die nachberechnete Summe mindestens 5 Prozent der ursprünglichen Rechnung betragen muss. In diesem Fall scheiterte die Nachberechnung aufgrund des niedrigen Betrags von 58,06 Euro an der vom BSG aufgestellten Bagatellgrenze.

Nachberechnung: Zeitrahmen erweitert

Am 13. November 2012 erging eine weitere Entscheidung des BSG, in der der Zeitrahmen zur Nachberechnung nochmals erweitert wurde. Hier stellte das Gericht nicht mehr auf den Schluss des Haushaltsjahres der Krankenkasse ab, das dem Kalenderjahr entspricht. Es billigt dem Krankenhaus ein volles Geschäftsjahr zu, das vom Kalenderjahr abweichen kann. Dies bedeutet, dass eine Nachberechnung

auch noch nach dem Jahreswechsel erfolgen konnte, um dem Krankenhaus ein vollständiges Geschäftsjahr lang die Prüfung der Rechnungen zu ermöglichen. In seiner derzeit letzten Entscheidung zur Nachberechnung vom 22. November 2012 (B 3 KR 1/12 R), konkretisiert das BSG diesen zeitlichen Rahmen noch einmal.

Die Nachberechnung von Behandlungskosten ist danach möglich, wenn sie spätestens zum Ablauf des Jahres, in dem die Rechnung ursprünglich gestellt wurde, erfolgt. Im äußersten Fall bedeutet dies, dass eine Rechnung, die bei der Krankenkasse am 1. Januar eingeht, bis zum 31. Dezember des Folgejahres noch korrigiert werden kann. Dies entspricht der Obergrenze von 729 Tagen. Bei einer am 31. Dezember eingegangenen Rechnung verringert sich dieser Zeitraum auf 365 Tage, es bleibt beim 31. Dezember des Folgejahres, da hier bereits ein vollständiges Geschäftsjahr gegeben ist.

Zusammenfassend muss die Nachberechnung von Behandlungskosten im Krankenhaus folgende Kriterien erfüllen:

- Einhalten der zeitlichen Obergrenze von maximal 729 Tagen, mindestens jedoch nach Ablauf eines vollen Geschäftsjahres.
- Nachberechnung erreicht Mindestsumme von 300 Euro, entsprechend der Aufwandspauschale für unberechtigt gestellte MDK-Prüfanträge.
- Betrag der Nachberechnung erreicht mindestens 5 Prozent der Ausgangssumme.

FAZIT:

„Die Nachberechnung von Behandlungskosten im Krankenhaus unterliegt nach Treu und Glauben zeitlichen und inhaltlichen Grenzen. Die aktuelle Rechtsprechung eröffnet den Krankenhäusern jedoch einen großzügigen Zeitrahmen zur Nachbesserung.“





„Das A und O gerade bei der Behandlung spezieller Fälle ist eine lückenlose und exakte Dokumentation, um bei möglichen Auseinandersetzungen gewappnet zu sein.“

Nadine Arbasowsky, Rechtsanwältin bei Ecovis in München, nadine.arbasowsky@ecovis.com

SCHWEIGEPFLICHT

Fingerspitzengefühl bei diffizilen Konstellationen zeigen

Der Grundsatz, über alles, was dem Arzt anvertraut wird, zu schweigen, hört sich in der Theorie um einiges leichter an, als er in der Praxis umsetzbar ist.



Minderjährige sind eine Patienten Klientel, bei der sich Ärzte und Psychotherapeuten auf einer Gratwanderung zwischen dem Verantwortungsgefühl der Eltern und der wachsenden Selbstständigkeit des Kindes bewegen. Bei der

Behandlung von HIV-Patienten kann ein Spannungsverhältnis zwischen der Schweigepflicht und dem Schutz Dritter entstehen. Die Auseinandersetzung mit Erben sowie nächsten Angehörigen eines Verstorbenen ist in Bezug auf die Schweigepflicht schwierig.

1. Minderjährige

Grundsätzlich ist der Arzt bzw. Psychotherapeut auch gegenüber den Eltern des minderjährigen Patienten zur Verschwiegenheit verpflichtet, wenn dieser die erforderliche Einsichtsfähigkeit hat, um die Tragweite seiner Entscheidungen zu erkennen. Im Allgemeinen wird davon mit dem Erreichen des 15. Lebensjahrs ausgegangen, muss aber immer im Einzelfall individuell geprüft werden. Die Erwägungen, die zum Bejahen der Einsichtsfähigkeit geführt haben, müssen stets akribisch dokumentiert werden, um etwaigen Auseinandersetzungen mit den Eltern begegnen zu können.

In kritische Situationen kommen oft Gynäkologen. So hat das Landgericht Köln in einem Fall, in dem bei einer Routineuntersuchung die Schwangerschaft einer 15-Jährigen festgestellt wurde, entschieden, dass der Arzt nicht zur Benachrichtigung der Eltern verpflichtet war. Die Patientin hatte ausdrücklich um Verschwiegenheit gebeten. Nach der Geburt ihres Kindes verklagte sie den Arzt auf Schmerzensgeld- und Unterhaltszahlungen mit der Begründung, dass bei Information ihrer Eltern ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund ihrer Minderjährigkeit und ihrer Unreife sowie der psychischen Belastungen indiziert gewesen wäre. Das Gericht wies die Klage zurück. Der Arzt habe seine Schweigepflicht gegenüber den Eltern zu Recht gewahrt. Zum einen habe die Schwangere ausdrücklich untersagt, die Eltern zu informieren, zum anderen bestanden keine medizinischen Risiken und die Patientin vermittelte die für eine Mutterschaft erforderliche Reife und Einsichtsfähigkeit.

In einem anderen Fall entschied das OLG Hamm, dass eine Minderjährige nicht ohne die Einwilligung ihrer Eltern einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen darf. Die Eltern seien zwingend zu informieren, da mit dem Schwangerschaftsabbruch über die „Tötung“ eines ungeborenen Lebens entschieden werde und der Eingriff für die minderjährige Patientin schwere physische und psychische Folgen haben kann. Das elterliche Sorgerecht ging in diesem Fall dem Selbstbestimmungsrecht der Patientin vor.

Durch das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, das zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, sollen Kinder besser vor Missbrauch geschützt werden. Ärzte und Psychotherapeuten dürfen/müssen bei gewichtigen Anhaltspunkten für Misshandlungen von Kindern ihre Schweigepflicht brechen und die Behörden einschalten. Gewichtige Anhaltspunkte bejaht die Rechtsprechung in den Fällen, in denen sich die Verletzungen des Kindes typischerweise auf Missbrauchshandlungen zurückführen lassen und eine Wiederholungsgefahr nicht auszuschließen ist. Letzteres ist erforderlich, da es nicht Aufgabe des Arztes ist, eine in der Vergangenheit begangene Straftat zu sanktionieren, sondern die Realisierung einer bevorstehenden Gefahr für das Kind durch den Bruch der Schweigepflicht zu verhindern.

Vor allem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind oftmals unfreiwillig in Sorgerechtsstreitigkeiten involviert. Solange beiden Elternteilen das Sorgerecht zusteht, hat der Psychotherapeut bzw. Arzt auch beide über die Behandlung zu informieren, soweit er keine Verschwiegenheitsverpflichtung gegenüber dem einsichtsfähigen Minderjährigen hat. Achten Sie darauf, gegenüber beiden Eltern-



teilen neutral zu sein und beide gleichermaßen über den Behandlungsverlauf zu informieren, um den Eindruck zu vermeiden, einen der Elternteile im laufenden Sorgeverfahren zu unterstützen. Sie sind berechtigt, die Herausgabe psychotherapeutischer Berichte oder anderer Behandlungsunterlagen zu verweigern, wenn zu befürchten ist, dass das Wohl des Kindes dadurch gefährdet ist. Hier von wird immer dann auszugehen sein, wenn derartige Berichte gezielt faktisch vor Gericht verwendet werden können.

2. HIV-Patienten

Diagnostiziert der Arzt bei einem Patienten eine HIV-Infektion, stellt sich für ihn die Frage, ob der Lebenspartner bzw. Ehegatte informiert werden sollte. Das ist grundsätzlich zu verneinen. Auch in diesem Fall muss der Arzt seiner Verschwiegenheitsverpflichtung nachkommen. Ist ihm allerdings bekannt, dass der HIV-Patient bewusst in Kenntnis seiner Erkrankung ungeschützten Geschlechts-

verkehr haben wird oder hat, geht der Schutz des Dritten vor. Informieren Sie den Patienten zunächst eindringlich über die Gefahren für den Partner und machen Sie ihm die Konsequenzen seines Handelns deutlich. Haben Sie anschließend dennoch konkrete Anhaltspunkte dafür, dass er seinen Geschlechtspartner nicht über die Infektionsgefahr informiert, dürfen und sollten Sie diesem die HIV-Infektion mitteilen. Andernfalls können Sie von dem Geschlechtspartner Ihres Patienten auf Schmerzensgeld in Anspruch genommen werden. Ist der Intimpartner des HIV-Patienten ebenfalls Ihr Patient, sind Sie hingegen aus dem Behandlungsvertrag verpflichtet, diesen über die Erkrankung zu informieren.

3. Erben und nächste Angehörige

Die Schweigepflicht wirkt über den Tod des Patienten hinaus. Dessen Behandlungsunterlagen können aber für die Erben und nächsten Angehörigen des Verstorbenen,

also Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Geschwister und Enkel, von großer Relevanz sein. Mit dem am 26. Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz wurde die bisherige Rechtsprechung bestätigt. Es ist zwischen den Erben und nächsten Angehörigen zu unterscheiden. Der Arzt hat den Erben auf Verlangen alle Behandlungsunterlagen herauszugeben, wenn diese zur Geltendmachung von vermögensrechtlichen Ansprüchen angefordert werden, beispielsweise Arzthaftungsansprüchen oder der Feststellung der Geschäfts- bzw. Testierfähigkeit; Letzteres um anschließend Forderungen aus dem Testament geltend zu machen. Vor Herausgabe der Unterlagen sollte die Erbenstellung durch ein eröffnetes Testament oder einen Erbschein bestätigt werden. Nächste Angehörige haben hingegen nur dann ein Recht auf Einsicht, wenn dies den Persönlichkeitsbelangen des Verstorbenen dient, zum Beispiel im Rahmen von Strafverfolgungsmaßnahmen.

FAZIT:

„Vor allem bei der Behandlung von Minderjährigen ist die praktische Umsetzung der Verschwiegenheitsverpflichtung komplex. Holen Sie sich bei Unsicherheiten juristischen Rat ein, um die weitreichenden Konsequenzen bei rechtswidrigem Verstoß gegen die Schweigepflicht zu vermeiden!“



„Ausschlaggebend für die Annahme einer stationären Behandlung ist zunächst einmal der vom Arzt aufgestellte Behandlungsplan.“

Ina von Bülow, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht bei Ecovis in München, ina.vonbuelow@ecovis.com

KRANKENHAUSRECHT

Ein Tag muss keine 24 Stunden haben

Das Bundessozialgericht konkretisiert die Voraussetzungen einer stationären Krankenhausbehandlung: Entscheidend ist das Maß der Einbindung in die Infrastruktur.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seiner Entscheidung vom 19. September 2013 (Az. B 3 KR 34/12 R) festgestellt, dass bei nichtoperativen Behandlungen im Krankenhaus für die Beurteilung, ob eine vollstationäre Behandlung vorliegt, zwei Merkmale zählen: die geplante Dauer des Aufenthalts und in welchem Umfang ein Patient die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nimmt. Es kann selbst dann eine stationäre Behandlung sein, wenn der Patient vor Ablauf von 24 Stunden in die ambulante Behandlung entlassen wird.

Ein Tag hat 16 Stunden

In dem der Entscheidung zugrunde liegenden Fall war eine Patientin abends notfallmäßig wegen gastroenteritischer Beschwerden in die Klinik aufgenommen worden. Da die Laborwerte unauffällig waren, sollte die Patientin wieder entlassen werden. Dann trat jedoch in der Nacht eine hypertone Kreislaufdisregulation auf, sodass die Entscheidung zur stationären Aufnahme getroffen wurde. Der behandelnde Arzt plante, die Patientin am übernächsten Tag zu entlassen. Tatsächlich stabilisierte sich ihr Zustand jedoch, sodass die Entlassung bereits am nächsten Tag erfolgen konnte. Es verblieb bei einer Aufenthaltsdauer von knapp 16 Stunden.

Die Krankenkasse lehnte es ab, die in Rechnung gestellte DRG (Diagnosis Related Group) zu bezahlen, da eine ambulante Behandlung im Krankenhaus vorliege. Die daraufhin erhobene Klage des Kran-



kenhauses wurde in erster Instanz vom Sozialgericht abgewiesen, das Landessozialgericht (LSG) und das BSG gaben der Klägerin recht und stufen die Behandlung als vollstationär ein.

In seiner Begründung nimmt das BSG zunächst Bezug auf vorangegangene Entscheidungen und stellt fest, dass zum einen die geplante Aufenthaltsdauer von mindestens einem Tag und einer Nacht ununterbrochener Krankenhausbehandlung Kriterium für eine stationäre Behandlung ist. Zudem muss der Patient stationär aufgenommen, also physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert sein.

Einbindung in Krankenhaus-Infrastruktur ausschlaggebend

Entscheidet der behandelnde Arzt, den Patienten innerhalb dieses Systems für mindestens einen Tag und eine Nacht zu behandeln, so liegt eine stationäre Behandlung vor. Selbst wenn sich im Verlauf der Behandlung herausstellt, dass der Patient bereits vor Ablauf von 24 Stunden entlassen werden kann, kann die stationäre Behandlung auch nicht rückwirkend in eine ambulante abgeändert werden.

Hier konkretisiert das BSG seine vorangegangene Rechtsprechung: Zum einen wird die Entscheidung des behandelnden Arztes zur Behandlung über mindestens 24 Stunden zur Voraussetzung einer stationären Behandlung erklärt. Damit genügt es, dass der Behandlungsplan diese Zeitspanne vorsieht, unabhängig davon, ob dieser in der Folge vollständig erfüllt wird.

Zum anderen wird die Eingliederung in das krankenhausspezifische Versorgungssystem dahingehend definiert, dass es entscheidend auf die Eigenschaft als Krankenhaus ankommt, also als Einrichtung, die Patienten regelmäßig auch über längere Zeiträume hinweg medizinisch und pflegerisch versorgen und fachgerecht unterbringen zu können.

Bislang konnte eine Behandlung unter 24 Stunden nur dann als stationär bewertet werden, wenn sie aus medizinischen Gründen oder auf Wunsch des Patienten abgebrochen wurde. Nun tritt als entscheidendes Kriterium der Behandlungsplan in den Vordergrund, der eine mindestens 24-stündige Behandlung innerhalb der krankenhausspezifischen Infrastruktur vorsehen muss.

FAZIT:

„Erstreckt sich ein vom Arzt aufgestellter Behandlungsplan über mindestens 24 Stunden und ist dies medizinisch vertretbar, liegt eine stationäre Behandlung unabhängig von deren späterer tatsächlicher Dauer vor.“



„Droht ein Prüfverfahren, gilt es Ruhe zu bewahren und die erforderlichen Unterlagen unter Einhaltung der Fristen abzugeben – so kann Regress vermieden werden.“

Doreen Wiesner-Damaschke, Rechtsanwältin bei Ecovis in Rostock, doreen.wiesner-damaschke@ecovis.com

WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

Mit optimaler Vorbereitung Regresse vermeiden

Regresse und Honorarkürzungen als Dank für die zahnärztliche Behandlung der Patienten? Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist nach wie vor ein Ärgernis für Zahnärzte und Ärzte.

Mit der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung haben sich Zahnärzte und Ärzte verpflichtet, eine lediglich ausreichende, notwendige und damit wirtschaftliche Versorgung zu gewähren. Wenn sich nun durch schriftliche Mitteilung – der bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) angesiedelten zuständigen Prüfungsstelle – die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ankündigt, ist es wichtig, sich sorgfältig und systematisch vorzubereiten.

Zunächst ist es unbedingt erforderlich, die in jedem KZV-Bereich das Prüfverfahren konkretisierende Prüfvereinbarung in ihrer aktuellsten Fassung anzufordern. Sie enthält wichtige verfahrensleitende und verfahrensorganisatorische Regelungen. Die Einleitung eines Prüfverfahrens erfolgt durch eine Auswahl per Zufallsprinzip, von Amts wegen oder auf Grundlage von Prüfanträgen seitens der Krankenkassen-Verbände oder der KZVen. Hier sollte bereits geschaut werden, ob mit dem An-

trag auf Prüfung oder der Einleitung des Prüfverfahrens von Amts wegen vereinbarte Antragsfristen und andere Formalien eingehalten sind. Im Weiteren werden die Zahnärzte aufgefordert, Behandlungsunterlagen wie Karteikarten, Modelle, Röntgenunterlagen etc. der Prüfungsstelle vorzulegen, und erhalten Gelegenheit, binnen einer bestimmten Frist zum Prüfantrag Stellung zu nehmen.

Analysieren, dokumentieren, Ruhe bewahren

An dieser Stelle ist zu empfehlen, eine sorgfältige Analyse des Prüfantrags vorzunehmen. Auch die Möglichkeit zur Stellungnahme sollte unbedingt wahrgenommen und detailliert vorbereitet werden. Reagieren die Betroffenen nicht auf diese Aufforderung, wird die Prüfungsstelle „nach Lage der Akten“ entscheiden und dabei Praxisbesonderheiten oder bestimmte Umstände außer Acht lassen. Hier sollten Betroffene von ihrem



Recht zur Akteneinsicht Gebrauch machen, um so die erforderlichen 100-Fall-, ZE-, PAR- und KB-Statistiken für den Prüfzeitraum einsehen zu können. Die Darstellung begründeter Praxisbesonderheiten und kompensatorischer Einsparungen kann den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit bereits jetzt entkräften.

An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig eine genaue Dokumentation ist, denn nicht nur im Haftungsprozess kann sie erforderliche Beweise liefern und die Entscheidung für eine bestimmte Behandlung begründen. Schließlich besteht die Möglichkeit auf Antrag oder im Beschwerdeverfahren (Widerspruchsverfahren) nach Erlass einer ersten Entscheidung, sich im Rahmen einer Anhörung mündlich zu äußern. Diese Möglichkeit sollten betroffene Zahnärzte unbedingt in Anspruch nehmen.



FAZIT:

„Nicht jede Wirtschaftlichkeitsprüfung führt zu hohen Honorar- oder Regressforderungen. Neben einer ausführlichen Dokumentation sollten Sie auch einen Rechtsanwalt für Medizinrecht, der mit den Besonderheiten einer Wirtschaftlichkeitsprüfung vertraut sein sollte, zurate ziehen.“



„Wurde die Approbation und Apothekenbetriebserlaubnis erst einmal entzogen, muss genau überlegt werden, wann und mit welchen Schritten die Wiedererteilung beantragt werden kann.“

Patrizia Nusko, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht bei Ecovis in Landshut, patrizia.nusko@ecovis.com

STEUERVERGEHEN

Einsicht und Besonnenheit gefragt

Muss ein Apotheker anlässlich einer schon lange ausstehenden Betriebsprüfung Ärger mit dem Finanzamt befürchten, so ist umsichtiges Verhalten gefordert.



Damit stellt sich die Frage, wie ein Apotheker mit einer drohenden Aufdeckung von Steuerstraftaten umgehen sollte, um so schnell wie möglich und mit einem Höchstmaß an Planungssicherheit die Situation zugunsten seines beruflichen Fortkommens zu bereinigen.

Je länger der Apotheker zuwartet, ehe er sich mit einer Selbstanzeige an die Finanzbehörden wendet, umso eher kann ihm der Vorwurf gemacht werden, lediglich aufgrund der unmittelbar bevorstehenden Aufdeckung seiner Taten aktiv und bestenfalls reuig geworden zu sein. Noch mehr würde es die abzuwartende „berufsrechtliche Bewährungszeit“ verlängern, wenn die Steuerverkürzung nicht durch den Apotheker selbst, sondern anlässlich einer Betriebsprüfung aufgedeckt wird.

Entzug von Approbation und Betriebserlaubnis vermeiden

Anzuerkennen ist deshalb, in Zusammenarbeit mit einem geeigneten Rechtsanwalt frühzeitig eine möglichst strafbefreiende Selbstanzeige zu verfassen, den entstandenen Steuerschaden so schnell wie möglich zu begleichen und selbstverständlich jegliche Fortführung der Steuerverkürzung zu unterlassen. Dadurch besteht die Chance, auf dem Verhandlungsweg eine öffentliche Klage und damit unter Umständen den Widerruf von Approbation und Betriebserlaubnis sogar ganz zu vermeiden.

Denn die Approbationsbehörde und die Apothekerkammer werden von einem Strafverfahren wegen Steuerhinterziehung erst dann in Kenntnis gesetzt, wenn öffentlich Klage erhoben wird.

Wenn jedoch die Erhebung der öffentlichen Klage bei gezielter oder auch ungewollter Aufdeckung der Steuerhinterziehung als wahrscheinlich anzusehen ist, sollte der Apotheker freiwillig auf Approbation und Betriebserlaubnis verzichten. So kann er den größtmöglichen Beweis für einen stattfindenden Charakterwandel zur Wiedererlangung führen.

Voraussetzung für die Wiedererteilung einer entzogenen Approbation oder Betriebserlaubnis ist die Prognose, dass der Apotheker künftig über die erforderliche Zuverlässigkeit verfügen wird. Eine solche Prognose kann jedoch nur auf der Bewertung eines in der Vergangenheit liegenden Verhaltens beruhen. Daraus muss sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit schließen lassen, dass Fehlverhalten in Zukunft ausgeschlossen ist.

Empfehlenswert ist es, mindestens zwölf Monate ab Unanfechtbarkeit der Widerrufsentscheidung abzuwarten, ehe ein Antrag auf Wiedererteilung gestellt wird. Während dieses Zeitraums muss der Apotheker alles unternehmen, um tatsächlich einen Charakterwandel bezüglich der begangenen Steuerverkürzung zu vollziehen und auch nach außen zu kommunizieren. Nur so bestehen gute Chancen für eine positive Prognoseentscheidung im Wiedererteilungsverfahren.

FAZIT:

„Apotheker, die in Gefahr stehen, wegen Steuerverkürzung belangt zu werden, sollten so früh wie möglich auch die berufsrechtlichen Folgen ihres Handelns bedenken und sich in Bezug auf Steuerstrafrecht und Apothekenrecht professionell beraten lassen, um die berufliche Existenz und den Betrieb zu schützen.“

TIPP:

„Mehr unter www.ecovis-gesundheit.de/apotheken-approbation“



Es mag überraschend sein, dass der Tatvorwurf einer Steuerhinterziehung überhaupt geeignet ist, die Zuverlässigkeit eines Apothekers zur Ausübung seines Berufs und zum Betrieb einer Apotheke infrage zu stellen. Und doch kann allein der Tatverdacht zur Folge haben, dass ihm die beiden Existenzgrundlagen des selbstständigen Apothekers – Approbation und Apothekenbetriebserlaubnis – entzogen werden.

So stellte der Verwaltungsgerichtshof in München mit rechtskräftigem Beschluss vom 25. April 2005 (Az. 21 ZB 04.794) fest, dass es für den Approbationsentzug keine Rolle spiele, ob die abgeurteilten Straftaten einen Verstoß gegen spezielle freiberufsspezifische Pflichten betreffen oder gegen sonstige Rechtsgüter gerichtet sind. Es komme nur darauf an, ob die diesen Verstößen zugrunde liegenden Verhaltensweisen gefestigte Charaktereigenschaften des Betroffenen offenbaren, die ihn zur weiteren Berufsausübung als untragbar erscheinen lassen. Dies sei bei einer berufsbezogenen Steuerhinterziehung der Fall.

meldungen

Schweigepflicht und die digitale Welt



Immer mehr Ärzte sind in digitalen Medien unterwegs. Das kann einerseits öffentlichkeitswirksam sein, auf der anderen Seite jedoch auch zu handfesten Problemen führen. Mithilfe von Facebook, Google+ und Co können sich Ärzte schnell und unkompliziert mit Kollegen austauschen oder mit erfolgreichen Fällen für sich werben. Oft wird dabei aber verkannt, dass beispielsweise durch „Likes“ oder Verlinkungen die Identität des Patienten trotz Pseudonymisierung schnell hergestellt werden kann – und damit die Schweigepflicht verletzt wird. Möchten Ärzte im Internet aus ihrer Berufspraxis berichten, müssen sie zwingend sicherstellen, dass eine Identifizierung des jeweiligen Patienten unter keinen Umständen möglich ist. Neben der Anonymisierung des Patientennamens sollten ebenfalls Detailinformationen des Falls verfremdet werden, damit auch aufgrund der Summe der online zur Verfügung gestellten Informationen nicht auf die Identität des Patienten geschlossen werden kann.

TIPP:

„Lesen Sie zum Thema Schweigepflicht auch den Beitrag ab Seite 6 oder unter www.ecovis-gesundheit.de/schweigepflicht-und-die-digitale-welt



Umsatzsteuerpflichtig: Leistungen eines Arztes im Pflegeheim

Ärzte können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge nach SGB V abschließen, mit dem Ziel, die medizinische Versorgung der Heimbewohner zu sichern, den Patienten die Fahrt zwischen Krankenhaus und Heim zu ersparen sowie die Krankenkosten zu senken. Dabei umfassen die bezahlten Leistungen beispielsweise

- Visiten einschließlich notwendiger Sofortbehandlungen, sogenannte Bedside-Diagnostik,
- Rufbereitschaft außerhalb der üblichen Dienstzeiten,
- Koordination des ärztlichen Therapieplans unter Einbeziehung anderer Fachärzte und des Heimpersonals oder fachliche Beratung des Heimpersonals.

Für diese Leistungen erhält der Arzt einen festen Monatsbeitrag. Die Finanzverwaltung sieht hierin keine unmittelbar mit der Behandlung einer Krankheit verbundene Leistung und argumentiert, dass eine solche Kooperationsvereinbarung lediglich dazu dient, den Arzt an das Pflegeheim zu binden, um auch dessen Leistungsangebot zu optimieren. Nach dieser Sichtweise ist das monatliche Salär umsatzsteuerpflichtig. Allerdings sind auch ärztliche Heilbehandlungsleistungen vereinbart, zumindest ein Teil des vom Pflegeheim bezahlten Betrags müsste umsatzsteuerfrei sein – ist es aber nicht. Fraglich ist, ob die Sichtweise – Umsatzsteuer auf den gesamten Monatsbetrag – vor Gericht standhalten würde. Noch sind keine Verfahren anhängig, bleibt betroffenen Ärzten also nur die Möglichkeit selbst zu klagen.

PKV: Der Trick mit der Vorauszahlung

Wer privat oder freiwillig gesetzlich krankenversichert ist, sollte es in Betracht ziehen, die Beiträge für die beiden kommenden Jahre im Voraus an den Versicherer zu zahlen. Das mag seltsam klingen, da aber Krankenversicherungsbeiträge für die Basisversorgung in voller Höhe abzugsfähig sind, können durch eine solche Vorauszahlung erhebliche Steuerersparnisse eintreten. Gerade wenn in einem Jahr das Einkommen besonders hoch ist, wird der hohe Steuersatz durch die Vorauszahlungen gemindert. Das gilt auch, wenn das Einkommen im nächsten Jahr absehbar, beispielsweise durch Elternzeit oder durch Rentenbeginn, wesentlich niedriger sein wird. Solche Vorauszahlungen sind bis zum Zweieinhalbfachen des Jahresbeitrags möglich.

Weiterer Pluspunkt: In den kommenden Jahren lassen sich zudem auch noch andere Versicherungen ansetzen, die sonst unberücksichtigt geblieben wären, weil die Höchstbeiträge bereits ausgeschöpft worden sind.

TIPP:

„Mehr dazu unter www.ecovis.com/info/pkv



ECOVIS – DAS UNTERNEHMEN IM PROFIL

Ecovis ist ein Beratungsunternehmen für den Mittelstand und zählt in Deutschland zu den Top 10 der Branche. In den mehr als 130 Büros in Deutschland sowie den über 60 internationalen Partnerkanzleien arbeiten etwa 4.500 Mitarbeiter. Ecovis betreut und berät Familienunternehmen und inhabergeführte Betriebe ebenso wie Freiberufler und Privatpersonen. Ärzte, Gemeinschaftspraxen sowie Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, Pflegeheime und Apotheken sind unter den von Ecovis beratenen verschiedenen Branchen stark vertreten – über 2.000 Unternehmen aus dem Bereich Gesundheit/Medizin zählen zu den Mandanten von Ecovis. Um das wirtschaftliche Handeln seiner Mandanten nachhaltig zu sichern und zu fördern, bündelt Ecovis die nationale und internationale Fach- und Branchenexpertise aller Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwälte und Unternehmensberater. Jede Ecovis-Kanzlei kann auf diesen Wissenspool zurückgreifen. Die ECOVIS Akademie ist zudem Garant für eine fundierte Ausbildung sowie eine kontinuierliche und aktuelle Weiterbildung. Damit ist umfassend gewährleistet, dass die Mandanten vor Ort persönlich gut beraten werden. Adressen und Berater Ihrer Ecovis-Kanzlei finden Sie unter www.ecovis.com/standorte

IMPRESSUM

Herausgeber . ECOVIS AG Steuerberatungsgesellschaft, Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin, Tel. +49 (0)89-58 98 266, Fax +49 (0)89-58 98 280

Konzeption und Realisation . EditorNetwork Medien GmbH, 80337 München

Redaktionsbeirat . Tim Müller (Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht), Kathrin Witschel (Steuerberaterin).

ECOVIS med basiert auf Informationen, die wir als zuverlässig ansehen. Eine Haftung kann jedoch aufgrund der sich ständig ändernden Gesetzeslage nicht übernommen werden.
