

Gemeinsam praktizieren

Ärztebrief

Informationen über Steuern, Recht und Wirtschaft für das Gesundheitswesen

Ausgabe: Juni 2013 · www.roedl.de

Lesen Sie in dieser Ausgabe:

Im Blickpunkt

- > Plausibilitätskontrolle: Beim Job-Sharing gilt die tatsächliche Arbeitszeit
- > Tipps zur Honorarüberprüfung – der Ablauf der „Plausi-Prüfung“

Ärzte und Gesundheitswesen

- > Praxisnetze – förderungswürdig?
- > Streit um die Zulassung: Wer darf mitnehmen, wer muss abgeben?
- > Gesundheits-Coaching – neue Perspektiven für Ärzte und Patienten
- > Aktuelles aus der Umsatzsteuer
- > Honorararzt und der Schein der Selbstständigkeit
- > „Plausi-Prüfung“: Sofortige Vollziehung einer Honorarrückforderung

Liebe Leserin, lieber Leser,

das Versorgungsstrukturgesetz setzt bereits erste praktisch vernehmbare Akzente in der Versorgungslandschaft:

Die für Hausärzte nunmehr geltende kleinräumige Bedarfsplanung (*siehe Ärztebrief 1/2013*) sowie die erschwerte Verlegungsmöglichkeit hausärztlicher Zulassungen führt insbesondere in Mittelzentren und in der Fläche zu einem zum Teil erheblichen Preisverfall hausärztlicher Praxen. Hinzu kommt ein grundsätzliches Nachfolgeproblem und ein Abgebermarkt, der zusätzlichen Preisdruck auslöst. Ein flächendeckender Zusammenschluss solcher Praxen als Ausweg bleibt wohl nur eine zeitlich mittelfristige Option (*siehe dazu diesen Ärztebrief – Thema Praxisnetze*).

Die erschwerte Verlegungsmöglichkeit betrifft auch die Fachärzte. So ist wohl ein Ärztehaus als örtlicher Zusammenschluss von Fachärzten nicht mehr in allen Fällen zu verwirklichen. Alternativ dazu bleiben überörtliche Lösungen denkbar. Die Fachärzte in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind von der neuen Bedarfsplanung eher nicht nachteilig betroffen, da es der alten zum Teil gleichkommt.

Allerdings besteht nunmehr das generelle Problem, ob der Zulassungsausschuss Praxen zur Nachfolge zulässt oder bei Ablehnung den Vertragsarzt (in welcher Höhe?) entschädigt. Insbesondere droht die Ablehnung bei nicht versorgungsrelevanten Praxen, die erheblich unter dem Fachgruppendurchschnitt liegen. Die Ablehnungspraxis durch die Zulassungsausschüsse bildet sich gerade erst heraus.

Schließlich dürften z. B. Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten von den Neuerungen eher profitieren. Der Planungsbereich umfasst den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Das Verlegungsproblem stellt sich daher weniger als die angesprochene Nachfolge. Hier steigen die Praxiswerte.



Lars Lindenau

Ihr Dr. jur. Lars Lindenau
Rechtsanwalt

Im Blickpunkt

> Plausibilitätskontrolle: Beim Job-Sharing gilt die tatsächliche Arbeitszeit

Von **Janine Schmitt**, Rödl & Partner Nürnberg

Am 30. Januar 2013 entschied das Sozialgericht Marburg, dass Ärzte, die im Job-Sharing tätig sind, nicht pauschal mit 25 Prozent einer vollen vertragsärztlichen Tätigkeit den Tagesprofilen zugerechnet werden können, sondern die tatsächliche Arbeitszeit entscheidend ist (S 12 KA 170/11; vgl. Kleinke/Peters AMK April 2013).

Hintergrundinfo: Job-Sharing

Job-Sharing bedeutet, dass ein bereits zugelassener Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut seinen Versorgungsauftrag mit einem zusätzlich tätig werdenden Arzt bzw. Psychotherapeuten teilt und sich mit diesem über Umfang und Aufteilung der gemeinsamen Leistungserbringung intern einigt. Gegenüber dem Zulassungsausschuss ist das Einverständnis mit einer honorarmäßigen Job-Sharing-Obergrenze zu erklären. Bei der Bedarfsplanung wird dieser zusätzliche Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung nicht mitgezählt. Für Ärzte und Psychotherapeuten stellt das Job-Sharing in gesperrten Planungsbereichen somit eine Möglichkeit dar, dennoch vertragsärztlich tätig zu werden.

In dem vom SG Marburg entschiedenen Fall arbeitete ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie mit einer angestellten Ärztin im Rahmen eines Job-Sharing-Verhältnisses zusammen. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) führte eine Plausibilitätsprüfung durch und erließ einen Bescheid über einen Regressanspruch in Höhe von über 75.000 Euro.

Die KV stellte im Rahmen der Prüfung eine Überschreitung der Job-Sharing-Obergrenzen fest und begründete die Regressforderung hiermit. Nach erfolglosem Widerspruch hatte der Arzt mit seiner Klage gegen den Bescheid der KV Erfolg.

Das Gericht ist der Ansicht, eine Job-Sharing-Angestellte sei bei der Erstellung eines Tages- oder Quartalsprofils mit der vereinbarten bzw. tatsächlichen Arbeitszeit zu berücksichtigen. Eine pauschale Berücksichtigung mit dem Faktor 0,25 in Relation zu einer vollen vertragsärztlichen Tätigkeit komme dagegen nicht in Betracht.

In der Entscheidung wird ausgeführt, dass es zwar der Logik der Job-Sharing-Anstellung entspricht, wenn die KV davon ausgeht, dass der Job-Sharing-Partner nur mit 25 Prozent zu berücksichtigen sei. Dies lasse sich aber nicht mit der Logik der Plausibilitätsprüfung vereinbaren: Die Plausibilitätsprüfung geht davon aus, dass bei einem Überschreiten bestimmter zeitlicher Vorgaben die Leistung nicht mehr oder nicht mehr vollständig erbracht werden kann.

Sind aber tatsächlich zwei Behandler tätig, so können sie grundsätzlich das doppelte Leistungsvolumen erbringen. Das Gericht betont, dass die Leistungserbringung selbst dann tatsächlich vorliegt, wenn massiv gegen die Vorgaben einer Job-Sharing-Genehmigung verstoßen wird.

Eine Job-Sharing-Anstellung ist daher im Quartalsprofil entsprechend der vereinbarten bzw. tatsächlichen Arbeitszeit zu berücksichtigen, im Normalfall also mit 40 Wochenstunden. Verstöße gegen die Vorgaben im Rahmen eines Job-Sharing-Verhältnisses können nicht im Wege der Plausibilitätsprüfung zu einer Honorarrückforderung führen. Das Gericht ist der Ansicht, die KV sei von einer fehlerhaften Tatsachengrundlage und einer fehlerhaften Rechtsanwendung ausgegangen.

Fazit

Die Entscheidung des Gerichts ist zu begrüßen. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung erstreckt sich auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß, das heißt ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes, erbracht worden sind. Solche Verstöße können beispielsweise darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht oder nicht in vollem Umfang erbracht worden sind. Im Übrigen sollten die Obergrenzen beim Job-Sharing eingehalten werden.

Da die tatsächlich geleisteten Stunden maßgeblich sind, ist es von besonderer Wichtigkeit, dass die geleisteten Stunden der angestellten Ärzte/Ärztinnen ordnungsgemäß dokumentiert werden. Diese dürften im Rahmen des Plausibilitätsverfahrens bei den Zeitprofilen zukünftig zu berücksichtigen sein.

Zu beachten ist, dass nicht jede auffällige Abrechnung gleichzeitig eine nicht rechtmäßige Abrechnung darstellt. Häufig machen Praxisbesonderheiten im Einzelfall den Umfang der abgerechneten Leistungen unter Zeitgesichtspunkten doch möglich, sodass gegen die Plausi-Prüfung erfolgreich vorgegangen werden kann.

Kontakt für weitere Informationen



Janine Schmitt

Rechtsanwältin

Tel.: +49 (911) 9193-2074

E-Mail: janine.schmitt@roedl.de

Im Blickpunkt

> Tipps zur Honorarüberprüfung – der Ablauf der „Plausi-Prüfung“

Von **Christina Hacker**, kon-sil Burglengenfeld

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der eingereichten Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung und stellen diese gegebenenfalls sachlich-rechnerisch richtig (§ 106a SGB V).

Das Wort Plausibilität hat die Bedeutung von Stimmigkeit, Richtigkeit, Glaubhaftigkeit, Wahrheit. Es wird verwendet, um eine Aussage über die richtige Größenordnung von gemessenen oder berechneten Werten zu machen. Dazu schätzt man einen Wert grob ab und überprüft, ob der gemessene Wert mit dem Schätzwert übereinstimmt. Genau dies passiert mit dem ärztlichen Honorar bei einer der möglichen Überprüfungsarten („Plausi-Prüfung“).

Hintergrund ist, dass die KVen gegenüber den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern eine ordnungsgemäße Erbringung der ambulanten Leistungen (Gewährleistungsauftrag § 75 SGB V) gewährleisten. Hier wird die ordnungsgemäße Erbringung ärztlicher Leistungen geprüft und sichergestellt, dass die Qualität des praktizierenden Arztes seinen Genehmigungen und seiner Fachkenntnis entspricht sowie die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten überprüft.

Nach Einreichung der Quartalsabrechnung mit der dazugehörigen Sammelerklärung werden die Daten in eine eigens für die KV bereitgestellte Software eingespielt. Nun wird die Abrechnung beregelt und eventuell fehlerhafte Gebührenordnungspositionen (GOPs), die der Vertragsarzt zum Beispiel aufgrund fehlender Genehmigungen (Qualifikationsvoraussetzung bzw. -nachweis) falsch angesetzt hat, richtiggestellt. Der Vertragsarzt bekommt hierzu einen Richtigstellungsbescheid zugesendet.

Nach Richtigstellung der falsch angesetzten GOPs läuft ein Regelwerk bzw. Raster über die Abrechnung. Hier wird die eingereichte Abrechnung unter anderem auf die vorgeschriebene Quartalsarbeitszeit bezogen überprüft. Fällt hier auf, dass die Quartalsarbeitszeit – bei einem niedergelassenen in Vollzeit schaffenden Vertragsarzt – über 780 Stunden aufweist oder an mindestens 3 Tagen über 12 Stunden am Tag gearbeitet wurde, wird die eingereichte Quartalsabrechnung als auffällig markiert und in die Verfahrensliste eingespielt. Somit ist – um eine Abrechnungsprüfung einzuleiten – das Aufgreifkriterium „Zeitprüfung“ erfüllt.

Ab dem Zeitpunkt, in dem sich die Quartalsabrechnung in der Verfahrensliste befindet, wird die eingereichte Abrechnung tiefengeprüft. In diesem Verfahrensabschnitt stellt sich die

Frage, ob es zeitlich möglich ist, die abgerechneten Leistungen vollständig und persönlich erbracht zu haben.

Jeder Vertragsarzt hat die Pflicht, die erbrachten Leistungen – nach dem Wortlaut der BSG-Rechtsprechung – „peinlich genau“ abzurechnen. Unter diese Pflicht fällt vor allem, dass eine Leistung nur dann abgerechnet werden kann, wenn der gesamte Leistungsinhalt vollständig erfüllt ist. Dies umfasst zunächst die Erbringung aller obligat aufgeführten Leistungsinhalte einer GOP. Auch die in der Überschrift zu einer GOP genannten Leistungsbeschreibung ist immer Bestandteil des obligat geforderten Leistungsinhaltes und zählt selbstverständlich dazu.

Besonders hervorzuheben ist, dass die Dokumentation der erbrachten Leistung in der Patientenakte ein obligater Bestandteil der Leistungserbringung ist. Wird der volle Umfang der Leistung in der Patientenakte nicht ausreichend dokumentiert, ist davon auszugehen, dass die GOP nicht vollständig erbracht wurde. Eine GOP, deren Leistungsinhalt nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden (Allgemeine Bestimmungen des EBM 2.1.2) und wird somit zurückgefordert.

Finden sich die gleichen Auffälligkeiten auch in den vorigen Abrechnungsquartalen, kann die Abrechnungsprüfung auf bis zu 4 Jahre rückwirkend – insgesamt 16 Quartale – ausgedehnt und gegebenenfalls die falsch angesetzten GOPs zurückgefordert werden. Zuständig für die Einleitung einer Abrechnungsprüfung ist die zum Vertragsarzt gehörige KV-Bezirksstelle.

Nach dem Erhalt des Bescheides kann innerhalb eines Monats Widerspruch und weiterhin Klage zum Sozialgericht erhoben werden. Spätestens zu diesem Zeitpunkt ist die Hinzuziehung eines anwaltlichen Vertreters generell anzuraten. Wie die nebenstehende Rechtsprechung zeigt, ist es nicht ausgeschlossen, dass die Gerichte den angefochtenen Bescheid für rechtswidrig erachten und dieser dann aufgehoben wird.

Kontakt für weitere Informationen



Christina Hacker

kon-sil Arztberatung Abrechnungsprüfung

Tel.: +49 (160) 909 54 868

E-Mail: info@kon-sil.de

> Praxisnetze – förderungswürdig?

Von Dr. Lars Lindenau, Rödl & Partner Nürnberg

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen auf den Weg gebracht. Sie ist Grundlage für die gezielte Förderung dieser Kooperationsform durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).

In der ambulanten Versorgung der Zukunft sollen Praxisnetze nach dem Willen des Gesetzgebers – zuletzt erkennbar aus dem Versorgungsstrukturgesetz – eine noch wichtigere Rolle spielen als bisher. Die KVen sollen diese Form der Kooperation in besonderem Maße fördern können. Fraglich war bislang, nach welchen Kriterien ein Praxisnetz förderungswürdig ist. Die KBV hat eine Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen erarbeitet, die am 1. Mai 2013 in Kraft getreten ist und Grundlage für die Förderung durch die KV ist.

Ein Praxisnetz wird demnach als besonders förderungswürdig angesehen, wenn es die folgenden acht Strukturvorgaben erfüllt:

1. Es sollte mindestens zwanzig und höchstens hundert Praxen umfassen, wobei es hierbei Ausnahmen geben kann, z. B. bei einer geringen Bevölkerungsdichte in einer Region. Ein Praxisnetz kann dann auch aus weniger Praxen bestehen.
2. Im Praxisnetz müssen mindestens drei Fachgruppen vertreten sein, wobei die Hausärzte nicht fehlen dürfen.
3. Es muss ein zusammenhängendes Gebiet wohnortnah versorgt werden.
4. Die Rechtsform muss eine Personengesellschaft, eine eingetragene Genossenschaft, ein eingetragener Verein oder eine GmbH sein.
5. Das die Kriterien 1 bis 4 erfüllende Praxisnetz muss seit mindestens 3 Jahren bestehen.
6. Das Praxisnetz muss eine verbindliche Kooperationsvereinbarung mit mindestens einem nichtärztlichen Akteur haben, zum Beispiel einer Physiotherapie oder Krankenpflege.
7. Die Praxen müssen die folgenden Standards vereinbart haben: Unabhängigkeit gegenüber Dritten, Qualitätsmanagement, Wissens- und Informationsmanagement.
8. Das Praxisnetz muss eine eigene Geschäftsstelle, einen Geschäftsführer sowie einen ärztlichen Leiter oder Koordinator haben.

Neben einer Struktur nach diesen Vorgaben müssen Praxisnetze bestimmte Versorgungsziele und Kriterien nachweisen, um anerkannt zu werden und es auch zu bleiben:

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung: Als Kriterien hier sind unter anderem die Patientensicherheit und die Kontinuität der Versorgung nachzuweisen.
2. Versorgungsziel kooperative Berufsausübung: Hier sind unter anderem gemeinsame Fallbesprechungen, gemeinsame Dokumentationsstandards, eine sichere elektronische Dokumentation und die Kooperation mit mindestens einem weiteren Akteur wie Physiotherapie oder Krankenpflege nachzuweisen.
3. Versorgungsziel verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung: Kriterien hierfür sind unter anderem die Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Netz, Wirtschaftlichkeitsverbesserungen und die Nutzung eines Qualitätsmanagements.
4. Je nach Erfüllung der Kriterien wird ein Praxisnetz als solches anerkannt. Die Anerkennung selbst ist in drei Stufen unterteilt, die ansteigende Anforderungen an Praxisnetze stellen. Dabei gibt es eine Basis-Stufe, die auf jeden Fall erreicht werden muss, und zwei weitere Stufen, für die aber keine Verpflichtung besteht.

Das Anerkennungsverfahren liegt bei der KV, die die Praxisnetze registriert und ihren Status regelmäßig überprüft. Damit ein Praxisnetz anerkannt bleibt, muss es die Anforderungen alle fünf Jahre unaufgefordert nachweisen. Zudem muss es jährlich einen Versorgungsbericht an die KV übermitteln. Die Förderung von Praxisnetzen ist eine Maßnahme, um die wohnortnahe Versorgung vor allem in ländlich geprägten Regionen zu sichern.

Da in Zukunft immer weniger Ärzte für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen, hatte der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz reagiert und eine Reihe von Maßnahmen beschlossen (Quelle KBV Homepage, Stichwort Praxisnetze).

Kontakt für weitere Informationen



Dr. Lars Lindenau

Rechtsanwalt

Tel.: +49(911)9193-2072

E-Mail: lars.lindenau@roedl.de

> Streit um die Zulassung: Wer darf mitnehmen, wer muss abgeben?

Von **Janine Schmitt**, Rödl & Partner Nürnberg

Verschiedenste Gründe bewegen Ärzte dazu, aus einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) auszusteigen – aus persönlichen, menschlichen, finanziellen Gründen oder mangels Perspektive. Beim Aussteigen kommt es darauf an, ob und wie der Aspekt der Zulassung und Fortführung geregelt ist. Dazu zwei Fälle zur Verdeutlichung:

Fall 1:

Die Ärzte A, B und C sind Gesellschafter der ABC-BAG. C will austreten. Es liegt kein Gesellschaftsvertrag vor, oder er liegt vor, enthält aber keine Regelungen dazu. In diesem Fall 1 kann C die Zulassung mitnehmen. Er erklärt die Beendigung der BAG, verlegt seinen Vertragsarztsitz und ist fortan in eigener Zulassung in Einzelpraxis tätig.

Fall 2:

Die Ärzte A, B und C sind Gesellschafter der ABC-BAG. C will austreten. Es liegt ein Gesellschaftsvertrag vor, der das Verbleiben der Zulassung in der BAG unter bestimmten Voraussetzungen vorsieht. Die Ärzte streiten um die Zulassung. Es kommt auf eine interessensabwägende Regelung im Gesellschaftsvertrag an.

In einer Vielzahl von Fällen wird der Arzt verpflichtet, bei einem Aussteigen seine Zulassung zurückzulassen bzw. die Ausschreibung zu beantragen. Derartige Vereinbarungen orientieren sich vorwiegend an den Interessen der verbleibenden Ärzte, weil sie ein großes wirtschaftliches Interesse daran haben, die Zulassung mit einem Nachfolger zu besetzen.

Solche Vereinbarungen sind stets auf ihre rechtliche Wirksamkeit hin zu überprüfen. Die Zulässigkeit der Vereinbarungen ist nach der Rechtsprechung unter anderem anhand folgender Fragen zu beurteilen:

Wie lange war C in der BAG tätig?

Bei nur kurzer Praxiszugehörigkeit ist das Interesse an der Mitnahme der Zulassung gegenüber ihrem Verbleib als weniger gewichtig einzustufen. Maßgeblich ist, ob C die Praxis schon entscheidend mitgeprägt hat, gegebenenfalls anhand einer Prüfung der wirtschaftlichen Entwicklung der Praxis.

Aus welchen Gründen verlässt C die Praxis?

Sind gegebenenfalls A oder B persönlich für den Anlass der Kündigung verantwortlich und der weitere Verbleib von C des-

halb vielleicht sogar unzumutbar?

Wie sind die gesellschaftsvertraglichen Regelungen konkret formuliert?

Möglicherweise ist bei der einzelnen Regelung ein Auslegungsspielraum gegeben, der entscheidende Argumente für bzw. gegen die Mitnahme der Zulassung liefern kann.

Welche wirtschaftlichen Nachteile bringt eine Zulassungsmitnahme für A und B mit sich?

An dieser Stelle sind die wirtschaftlichen Interessen von A und B gegen die von C abzuwägen. Aus Sicht von C ist unter anderem zu prüfen, ob das Verbleiben der Zulassung in der Gesellschaft an eine angemessene Abfindung geknüpft ist.

Wie war die Ausgangssituation bei Gesellschaftsgründung?

C ist z. B. mit Zulassung in die AB eingetreten, hatte eine Probezeit vereinbart, für ein Drittel Anteil 130 000 Euro bezahlt und erhält diesen Betrag bei einem Aussteigen innerhalb von einem Jahr Zugehörigkeit wieder zurück.

Wird gerichtlich über die Wirksamkeit solcher Regelungen entschieden, so nimmt das Gericht eine Abwägung der widerstreitenden Interessen vor: Keine der beiden gegenläufigen Positionen wird bevorzugt oder maximal behauptet. Im jeweiligen Einzelfall wird ermittelt, welche Position höheres Gewicht hat, sodass die schwächere Position zurückgedrängt wird.

Die in der Beendigungsphase aufkommenden Fragen sollten möglichst frühzeitig geklärt werden – sodass die einzelnen Aspekte bereits im Rahmen der Einigungsversuche zwischen den Parteien mit einfließen können. Oftmals ist eine Verständigung hinsichtlich der Zulassungsmitnahme möglich, welche in einer entsprechenden Auseinandersetzungsvereinbarung ihren Niederschlag findet.

Kontakt für weitere Informationen



Janine Schmitt
Rechtsanwältin

Tel.: +49 (911) 9193-2074

E-Mail: janine.schmitt@roedl.de

Ärzte und Gesundheitswesen

> Gesundheits-Coaching – neue Perspektiven für Ärzte und Patienten

Von **Armin Lutz**, danova GmbH, Erlangen

Was nutzt die beste medizinische Behandlung und Betreuung z. B. durch eine anschließende Reha-Maßnahme, wenn der Patient seinen Gesundheitsfortschritt nicht aufrechterhält und sich unmotiviert fragt, wozu Ernährungs- und Bewegungspläne sein sollen?

Patienten dürfen mit ihrem Gesundheitserfolg nicht allein gelassen werden. Sie brauchen in diesem Stadium qualifizierte Unterstützung durch entsprechende Begleitungs- und Motivationsprogramme.

Nahezu 80 Prozent des möglichen Erfolges werden bei Patienten nicht realisiert, da die Empfehlungen durch die Ärzte und die vorgenommenen Ziele im Alltag von den Patienten nicht umgesetzt werden. Das Ziel dieser nachhaltigen Begleitungsstrategie ist es, die menschliche Bequemlichkeit zu besiegen und sich selbst zu überwinden – zum Wohle der eigenen Gesundheit.

Für den Arzt stellt diese Begleitung des Patienten ein interessantes Alleinstellungsmerkmal dar; er wird auf diese Weise zum „Gesundheits-Partner“ des Patienten, der durch das Programm motiviert und begeistert wird. Inhaltlich handelt es sich um ein neues Begleitungs- und Motivationsprogramm für die Patienten. Die Nachbetreuung bzw. die hier angebotene Unterstützung fußt auf den bekannten Gesundheitsfeldern „Ernährung, Bewegung & innere Balance“.

Diese umfassenden Gesundheits- und Coachingprogramme richten sich an alle Interessierten, integrieren aber für jeden Teilnehmer maßgeschneiderte und alltagstaugliche Lösungen.

Qualifizierte Coaches unter anderem aus den Bereichen Ernährungswissenschaft, Sportwissenschaft und Psychologie betreuen jeden Patienten persönlich per Telefon und begleiten ihn für mindestens sechs Monate entsprechend seiner persönlichen Gesundheitsziele.

Dies passiert unabhängig davon, ob Patienten das Ziel der Gewichtsreduktion haben, ihre körperliche Fitness verbessern möchten oder effektive Bewältigungsstrategien im Bereich Stressmanagement kennenlernen möchten. Für jeden Teilnehmer wird das entsprechend individuelle Gesundheits- und Coachingprogramm entwickelt und durchgeführt.

Am Ende der Umsetzungsphase erfolgt eine umfassende Evaluation der Ergebnisse. Erfolge werden dann transparent aufgezeigt, insbesondere, um die Motivation der Teilnehmer

weiter zu steigern. Ein effizientes Netzwerk aus Forschung, Dienstleistungssektor und Industrie im Medical Valley Europäische Metropolregion Nürnberg steht zur Verfügung und unterstützt bei der Umsetzung der präventiven Maßnahmen und Strategien. Hochqualifizierte ärztliche Kooperationspartner vervollständigen das Netzwerk der danova GmbH.

Die dargestellte Gesundheits-Dienstleistung sensibilisiert dafür, rechtzeitig vorbeugende, nachhaltige Maßnahmen durchzuführen, die effektiv wirken, bevor der Gesundheitszustand nachteilig beeinflusst wird.

Die danova GmbH bringt die Erfahrung von mehr als 10.000 Teilnehmern mit und unterstützt die im Frühjahr 2013 in der Region gestartete, groß angelegte „Gesundheits-Initiative 2013“ in der Metropolregion Nürnberg.

Die Zielerreichung in Bezug auf selbstdefinierte Ziele liegt hierbei bei 84 Prozent, die durchschnittliche Gewichtsreduktion bei 2,7 kg. 92 Prozent der Teilnehmer empfehlen das Programm weiter.

Weiterhin sind von dieser Gesundheits-Dienstleistung auch Unternehmen in dem Sinne angesprochen, den Gesundheitszustand ihrer Mitarbeiter festzustellen, im Rahmen eines Ist-Zustandes Verbesserungspotenzial zu erkennen und in individuellen Gesundheits-Modulen unternehmensspezifisch umzusetzen.

Der sogenannte „Gesundheits-Navigator“ lotst im Baukastensystem entsprechend der priorisierten Handlungsfelder durch bestimmte Umsetzungsmodule. Unternehmen können damit ihre „Betriebsgesundheit“ bzw. die individuelle „Gesundheitszufriedenheit“ ihrer Mitarbeiter nachhaltig steigern. Ansatzpunkte finden sich generell in den Bereichen Ernährung, Bewegung und beim Ausfallrisiko Burnout.

Referenzen sind z. B. adidas Group, hagebau, Sparkasse, Deutsche Telekom, Rewe.

Kontakt für weitere Informationen



Armin Lutz
Gesundheitsökonom, Geschäftsführer
danova GmbH
Tel.: +49(91 31)97 12–30 10
E-Mail: armin.lutz@danova.de

> Aktuelles aus der Umsatzsteuer

Von **Claudia Peschel**, Rödl & Partner Nürnberg

1. Pauschalierte Tagessätze einer Privatklinik umsatzsteuerfrei

Das Finanzgericht Stuttgart (Urteil vom 28. November 2012, Az.: 14 K 2883/10) hat in Abweichung zu seiner bisherigen Rechtsprechung pauschalierte Tagessätze einer Privatklinik, die keine gesetzlich versicherten Patienten behandelt, in voller Höhe als umsatzsteuerfrei angesehen. Unter Bezugnahme auf das europäische Recht knüpft der Senat die Umsatzsteuerbefreiung an die Voraussetzung einer sozialen Vergleichbarkeit mit gesetzlichen Krankenhäusern. Diese sei gegeben, wenn Wahlleistungen zur Zimmerbelegung und Chefarztbehandlung nur in geringem Umfang erbracht würden. Damit würde auch dem Grundsatz steuerlicher Neutralität entsprochen.

2. Umsatzsteuer bei ästhetisch-kosmetischer Behandlung

In mehreren Verfahren wurde zu dieser Umsatzsteuerproblematik Stellung genommen:

2.1. Kosmetische Schönheitsoperationen

Fraglich war, ob Tätigkeiten auf dem Gebiet der ästhetisch-plastischen Chirurgie – also sogenannte Schönheitsoperationen – als ärztliche Heilbehandlungen umsatzsteuerfrei sein können. Aus Sicht der Finanzverwaltung (OFD Frankfurt, 7. Februar 2013; Az.: S 7170 A-69-St 112) wurde dazu die folgende Grundaussage getroffen: Eine generelle Steuerbefreiung von der Umsatzsteuer nach § 4 Nr. 14 UStG kommt für Schönheitsoperationen nicht in Betracht.

Es muss jeweils im Einzelfall entschieden werden, ob ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht, nur dann greift die Steuerbefreiung. Dabei müssen der Arzt oder das Krankenhaus beweisen, dass das Hauptziel einer Operation die Wiederherstellung der Gesundheit ist. Ein Indiz hierfür kann die Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung sein. Allerdings führt die Nichtübernahme der Kosten nicht zwingend dazu, dass auch eine Steuerpflicht vorliegt.

2.2. EuGH: Ästhetische Behandlung umsatzsteuerpflichtig

Der EuGH (Urteil vom 21. März 2013, Az.: C-91/12) hatte über einen Fall aus Schweden zu entscheiden: Eine Klinik führte Eingriffe wie Brustvergrößerung, -verkleinerung, -straffung, Fettabsaugung sowie andere Maßnahmen der plastischen Chirurgie durch. Der EuGH lehnte die Steuerfreiheit ab: Ästhetische Operationen und andere ästhetische Behand-

lungen würden nur dann unter den Begriff „ärztliche Heilbehandlungen“ fallen, wenn die Leistungen dazu dienen, Krankheiten oder Gesundheitsstörungen zu diagnostizieren, zu behandeln oder zu heilen. Für diese Beurteilung ist nicht maßgeblich, welche (rein subjektive) Vorstellung die Person, die sich der Operation unterzieht, von dem Eingriff hat. „Ärztliche Heilbehandlungen“ i. S. d. EU-Richtlinie können nur dann vorliegen, wenn die Behandlungen von Personen erbracht werden, die zur Ausübung eines Heilberufes zugelassen sind. Ausreichend sei es nicht, wenn der Eingriff nur zu rein kosmetischen Zwecken erfolge. Trotz Abgrenzungsschwierigkeiten sei es tatsächlich möglich, dass ein und derselbe Steuerpflichtige sowohl steuerbefreite Tätigkeiten als auch umsatzsteuerpflichtige Tätigkeiten ausübe.

2.3 Beweislast bezüglich der medizinischen Indikation

Eine Klinik hatte ästhetisch-chirurgische Maßnahmen wie Fettabsaugen, Gesichts-, Hals-, Augenlidstraffungen sowie Brustvergrößerungen, -verkleinerungen und -straffungen durchgeführt und die Umsätze nach § 4 Nr. 14 UStG als umsatzsteuerfreie Umsätze erklärt. Das Finanzamt hielt diese Umsätze für steuerpflichtig, weil es sich um steuerpflichtige Schönheitsoperationen handele.

Das Finanzgericht Rheinland Pfalz (Urteil vom 12. Januar 2012; Az.: 6 K 1917/07) teilte diese Auffassung: Die objektive Beweislast dafür, dass das Hauptziel der Leistung der Schutz oder die Wiederherstellung der Gesundheit sei, trage die Klinik. Die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit eines Eingriffes durch den behandelnden Arzt sei für das Gericht nicht bindend. Zwar sei in bestimmten medizinischen Bereichen ein Einzelfallnachweis entbehrlich, weil eine bestimmte Behandlungsform immer der Heilung einer Krankheit diene. In Zweifelsfällen müsse aber ein Sachverständigengutachten eingeholt werden. Nicht ausreichend sei jedoch ein Gutachten auf der Basis anonymisierter Patientenunterlagen. Solange keine Einverständniserklärung des Patienten vorliegt, könne das Gericht das Vorliegen der Voraussetzungen der Steuerfreiheit nicht klären lassen, sodass es bei der Steuerpflicht bleibe. Gegen das Urteil wurde Revision beim Bundesfinanzhof eingelegt (V R 16/12).

Kontakt für weitere Informationen



Claudia Peschel

Steuerberaterin

Tel.: +49(911)9193-2066

E-Mail: claudia.peschel@roedl.de

Ärzte und Gesundheitswesen

> Honorararzt und der Schein der Selbstständigkeit

Von Dr. Lars Lindenau, Rödl & Partner Nürnberg

Die Tätigkeit eines Honorararztes kann grundsätzlich selbstständiger Natur sein oder im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses erfolgen. Zur sozialversicherungsrechtlichen Einstufung und Abgrenzung kann das folgende aktuelle Urteil des Sozialgerichts Kassel (Urteil vom 20. Februar 2013, Az: S 12 KR 69/12) einige Anhaltspunkte liefern. Ein ärztlicher Psychotherapeut hatte in einer Rehabilitationsklinik im Rahmen eines Honorararztvertrages stationär Patienten betreut. Im Rahmen einer Statusfeststellung bewertete die Deutsche Rentenversicherung die Tätigkeit als abhängiges Beschäftigungsverhältnis.

Der Psychotherapeut argumentierte, dass er unter anderem nicht gehalten sei, seine Tätigkeit beziehungsweise seine Arbeitskraft ausschließlich dem Krankenhaus zur Verfügung zu stellen. Er sei auch vertraglich nicht gehalten, Anweisungen der Klinik zu folgen, was ihn von den in der Klinik angestellten Ärzten unterscheide. Ein Direktionsrecht liege gleichfalls nicht vor. Widerspruch und Klage waren erfolglos. Wesentliches Merkmal für die Annahme eines Beschäftigungsverhältnisses in diesem Sinne ist die persönliche Abhängigkeit des Beschäftigten gegenüber einem Arbeitgeber.

Bedeutsame Anhaltspunkte dafür sind die Eingliederung des Arbeitenden in den Betrieb und das damit in aller Regel verbundene Direktionsrecht des Arbeitgebers. Entscheidend ist also, ob der zur Arbeitsleistung Verpflichtete seine Tätigkeit im Wesentlichen selbst bestimmen kann, oder ob er hinsichtlich Zeit, Ort und Art seiner Arbeitsleistung an bestimmte Weisungen des Arbeitgebers gebunden ist.

> „Plausi-Prüfung“: Sofortige Vollziehung einer Honorarrückforderung

Von Dr. Lars Lindenau, Rödl & Partner Nürnberg

Ein Honorarrückforderungsbescheid, den die Erlassbehörde darauf stützt, dass der betroffene Vertragsarzt Leistungen unrichtig abgerechnet und die Quartalsammelerklärungen grob fahrlässig falsch abgegeben hat, ist nur dann sofort vollziehbar, wenn die erforderlichen Tatsachen aus der Begründung des Bescheids unmittelbar hervorgehen. Dies entschied das LSG Niedersachsen-Bremen (Beschluss vom 28. Januar 2013 – Az. L 3 KA 34/12 B ER). Nach einer Plausibilitätsprüfung über mehrere Quartale hatte die Kassenärztliche Vereinigung das Honorar einer Vertragsärztin um über 300.000 Euro gekürzt, da die Ärztin angeblich in jedem betroffenen Quartal Leistungen in mindestens einem Behandlungsfall grob fahrlässig falsch abgerechnet hatte. Das LSG bestätigte die Entscheidung des Sozialgerichts zugunsten der Ärztin. Für einen sofortigen Vollzug des entsprechenden Honorarrückforderungsbescheids müsse sich jedoch aus dessen Begründung für jedes der betroffenen Abrechnungsquartale der Nachweis mindestens einer unrichtigen Honorarabrechnung des Vertragsarztes ergeben, so das Gericht. Daran fehlte es hier.

Kontakt für weitere Informationen



Dr. Lars Lindenau

Rechtsanwalt

Tel.: +49(911)9193-2072

E-Mail: lars.lindenau@roedl.de

Gemeinsam praktizieren

„Im Gesundheitswesen bieten wir hochspezialisierte Beratung – für unsere Mandanten entwickeln wir Informationen für fundierte Entscheidungen und setzen diese gemeinsam mit ihnen in die Praxis um.“

Rödl & Partner

„Beim Bau eines Castells muss man sich aufeinander verlassen können. So können wir gemeinsam immer wieder neue Figuren errichten.“

Castells de Barcelona



„Jeder Einzelne zählt“ – bei den Castellern und bei uns.

Menschentürme symbolisieren in einzigartiger Weise die Unternehmenskultur von Rödl & Partner. Sie verkörpern unsere Philosophie von Zusammenhalt, Gleichgewicht, Mut und Mannschaftsgeist. Sie veranschaulichen das Wachstum aus eigener Kraft, das Rödl & Partner zu dem gemacht hat, was es heute ist.

„Força, Equilibri, Valor i Seny“ (Kraft, Balance, Mut und Verstand) ist der katalanische Wahlspruch aller Castellern und beschreibt deren Grundwerte sehr pointiert. Das gefällt uns und entspricht unserer Mentalität. Deshalb ist Rödl & Partner eine Kooperation mit Repräsentanten dieser langen Tradition der Menschentürme, den Castellern de Barcelona, im Mai 2011 eingegangen. Der Verein aus Barcelona verkörpert neben vielen anderen dieses immaterielle Kulturerbe.

Impressum Ärztebrief, Juni 2013, ISSN 2194-8801

Herausgeber: Rödl & Partner GbR
Äußere Sulzbacher Str. 100, 90491 Nürnberg
Tel.: +49(911)9193-0 | www.roedl.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. jur. Lars Lindenau – lars.lindenau@roedl.de
Äußere Sulzbacher Str. 100, 90491 Nürnberg
Mareike Piltz – mareike.piltz@roedl.de
Äußere Sulzbacher Str. 100, 90491 Nürnberg

Layout/Satz: Unternehmenskommunikation Rödl & Partner
Zhoan Tasdelen – publikationen@roedl.de
Äußere Sulzbacher Str. 100, 90491 Nürnberg

Dieser Newsletter ist ein unverbindliches Informationsangebot und dient allgemeinen Informationszwecken. Es handelt sich dabei weder um eine rechtliche, steuerrechtliche oder betriebswirtschaftliche Beratung, noch kann es eine individuelle Beratung ersetzen. Bei der Erstellung des Newsletters und der darin enthaltenen Informationen ist Rödl & Partner stets um größtmögliche Sorgfalt bemüht, jedoch haftet Rödl & Partner nicht für die Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der Informationen. Die enthaltenen Informationen sind nicht auf einen speziellen Sachverhalt einer Einzelperson oder einer juristischen Person bezogen, daher sollte im konkreten Einzelfall stets fachlicher Rat eingeholt werden. Rödl & Partner übernimmt keine Verantwortung für Entscheidungen, die der Leser aufgrund dieses Newsletters trifft. Unsere Ansprechpartner stehen gerne für Sie zur Verfügung.

Der gesamte Inhalt der Newsletter und der fachlichen Informationen im Internet ist geistiges Eigentum von Rödl & Partner und steht unter Urheberrechtsschutz. Nutzer dürfen den Inhalt der Newsletter und der fachlichen Informationen im Internet nur für den eigenen Bedarf laden, ausdrucken oder kopieren. Jegliche Veränderungen, Vervielfältigung, Verbreitung oder öffentliche Wiedergabe des Inhalts oder von Teilen hiervon, egal ob on- oder offline, bedürfen der vorherigen schriftlichen Genehmigung von Rödl & Partner.