

Radiologen Wirtschafts Forum

97. Deutscher Röntgenkongress
Einladung zum Standbesuch und Lunchsymposium!
(Details siehe Kasten auf Seite 2 und Anzeige auf Seite 9)

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

5 | Mai 2016

Plausibilitätsprüfung

Überschrittene Zeitprofile beweisen keine Falschabrechnung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) stellen die sachlich-rechnerische Richtigkeit der vertragsärztlichen Abrechnungen insbesondere durch Plausibilitätsprüfungen fest. Dabei sind Abrechnungsauffälligkeiten Indizien für eine Falschabrechnung. Doch die Überschreitung bloß geschätzter und nicht bedarfsplanerisch vorgegebener Zeitprofile kann keine Falschabrechnung bedeuten.

von RA und FA für MedR
Dr. Thomas Willaschek, Dierks +
Bohle Rechtsanwälte Partnerschaft
mbB, Berlin, www.db-law.de

Diese Zeitprofile gelten

Für jede ärztliche Leistung wird die Prüfzeit nach Anhang 3 zum EBM in sogenannte Zeitprofile (Tages- und Quartalsprofile) eingestellt. Richtlinien auf Bundesebene bestimmen für die Tages- bzw. Quartalsarbeitszeit „Auffälligkeitskriterien“. Die Grenzen liegen bei 780 Stunden im Quartal und bei 12 Stunden am Tag, wobei mindestens 3 Tagesprofile eines Quartals auffällig sein müssen (zu Plausibilitätsprüfungen bei Radiologen siehe [RWF Nr. 12/2011](#); zu wissenschaftlichen Zahlen für Radiologen [Institut-BA: Begleitstudie zum EBM 2008](#), S. 69 ff.).

Bei Überschreiten drohen Sanktionen

Werden die in diesen Zeitprofilen definierten Grenzen überschritten, liegt eine „Abrechnungsauffälligkeit“ vor und es folgen weitere Prüfungen. Abrechnungsauffälligkeiten sind dabei Indizien für eine Falschabrechnung. Bestätigt sich eine Falschabrechnung, wird der Honorarbescheid sachlich-rechnerisch berichtigt. Außerdem liegt regelmäßig eine Pflichtverletzung vor, die im Rahmen eines Disziplinarverfahrens verfolgt werden kann. Bei Vorsatz steht der Vorwurf des Abrechnungsbetrugs im Raum.

WICHTIG | Ist das Verfahren erst einmal eröffnet, prüfen die KVen erfahrungsgemäß in alle Richtungen. Gerade häufig abgerechnete oder hoch vergütete Leistungen werden unter Hinzuziehung von Patientendokumentationen eingehend

Inhalt

97. Deutscher Röntgenkongress in Leipzig

Guerbet lädt ein: Standbesuch und Lunchsymposium!

- Details siehe Kasten auf Seite 2
- Anzeige auf Seite 9

Abrechnung GOÄ

So können Sie den Zuschlag 5377 mehrfach berechnen 4

Personal

Teure Fehler beim Kündigungsschreiben können vermieden werden – mit Checkliste 5

Recht

- Der Widerspruchsbescheid ist keine individuelle Beratung durch die Prüfstelle 7
- Für Kontrastmittel-MRT des Herzens reicht stationäre Aufnahme von einem Tag 8

Downloads

- Checkliste zur ordentlichen Kündigung durch den Praxisinhaber 6
- Sonderausgabe für Chefarzte: Honorare sichern – Angriffe abwehren 8

überprüft. Selbst wenn eine Praxis oder ein MVZ ohne jede Kürzung aus der Prüfung geht, bedeutet das ganze Verfahren jedenfalls einen großen Aufwand.

Das BSG hat Vorgaben aufgestellt

Eine vertragsärztliche Quartalsabrechnung mit tausenden Einzelleistungen ist naturgemäß selten ohne jeden Fehler. Genau dies, die „peinlich genaue Abrechnung“, fordert aber das Bundessozialgericht (BSG). Die Abrechnungs-Sammelerklärung ist danach bereits unrichtig, wenn eine einzige abgerechnete Leistung nicht korrekt erbracht wurde. Bei entsprechender Prüftiefe, zumal bei größeren Leistungserbringern, lässt sich wohl stets eine falsch abgerechnete EBM-Ziffer finden.

Die bisherige BSG-Ansicht zu Zeitprofilen lässt sich nicht halten

Bisher behandelte das BSG auch das Überschreiten von Zeitprofilen als „Abrechnungsauffälligkeit“, die eine vertiefte Prüfung nach sich zieht. Tagesprofilen könne ein Beweiswert zukommen, wenn die für die einzelnen ärztlichen Leistungen eingestellten Durchschnittszeiten so bemessen sind, „dass auch ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistung im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann“. Aus derart angelegten Tagesprofilen erschien es dem BSG bisher unbedenklich, auf die Abrechnung nicht oder nicht ordnungsgemäß erbrachter Leistungen zu schließen.

Aktuell fehlt dieser BSG-Rechtsprechung jedoch die Grundlage. Denn die Prüfzeiten nach Anhang 3 zum

Guerbet lädt ein

97. Deutscher Röntgenkongress 2016 in Leipzig

Wir laden Sie herzlich ein am:

Mittwoch, 4. Mai 2016	13:00-18:30 Uhr
Donnerstag, 5. Mai 2016	10:00-18:00 Uhr
Freitag, 6. Mai 2016	10:00-18:00 Uhr

zu einem Besuch **auf unseren Ausstellungsstand** (Congress Center Leipzig/Messe Leipzig, Halle 2, Stand C.17). Es erwarten Sie:

- Aktuelle wissenschaftliche Informationen zu unseren Produkten.
- Vorführung unseres innovativen CT-Injektionssystems FlowSens®.
- Lunchsymposium „Kontraste in CT und MRT“ (**siehe Anzeige auf der letzten Seite**).
- Kompetente Beratung und kollegialer Austausch in angenehmer Atmosphäre inklusive kleiner Erfrischungen.
- Laden Sie neue Energie! Entspannen Sie in unserer kleinen Lounge und nutzen Sie nebenbei unsere Ladestation für Mobilgeräte.
- Online-Registrierung zum Abonnement des „RWF Radiologen WirtschaftsForum“ (www.rwf-online.de).
- Feiern Sie mit uns die neue Kongress-Location mit einem „Allerlei“ aus Leipzig (Mittwoch, 4. Mai 2016, ab 17:00 Uhr bis zum Beginn der DRG-Veranstaltung „RöKo-Feierabend“).
- Beenden Sie den zweiten Kongresstag mit einem Come-Together zu unserer „Contrast Hour“ (Donnerstag, 5. Mai 2016, ab 17:00 Uhr).
- Offizielle Guerbet-Kongresstasche **kostenlos** im Auslagebereich des „DRG Infomarktes“.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Ihre Guerbet GmbH

EBM sind gerade nicht so bemessen, dass sie im Durchschnitt auch vom „Idealarzt“ nicht unterboten werden können. Tages- und Quartalsprofile auf Basis dieser Prüfzeiten können keine Indizien für eine Falschabrechnung sein, weil ihnen keine Erfahrungssätze, Erfahrungstatsachen, Denkgesetze und logischen Operationen zugrunde liegen.

Merke

Im Rahmen einer Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbands wurde für die Kalkulationszeiten in Anhang 3 zum EBM eingeräumt: Diese wurden „im Rahmen von Expertengesprächen geschätzt und dann sämtlich normativ festgelegt. Systematische Zeiterhebungen wurden hierzu nicht durchgeführt.“

Es erscheint nicht abwegig, dass Experten den Zeitbedarf für einzelne EBM-Leistungen – als Grundlage der Vergütung dieser Leistungen – eher großzügig schätzen. Das Spannungsfeld lässt sich dabei nicht lösen:

- Einerseits soll der in die Euro-Bewertung einer EBM-Leistung einfließende ärztliche Leistungsanteil in Minuten (= Kalkulationszeit) möglichst hoch angesetzt werden.
- Andererseits soll die für dieselbe EBM-Leistung in die Zeitprofile eingestellte „Prüfzeit“ möglichst gering sein.

Reale Daten zeigen unrealistische EBM-Zeitprofile auf

Im Ergebnis lassen sich verschiedene statistischen Befunde nur dahingehend deuten, dass die Kalkulations- und Prüfzeiten nach Anhang 3 zum EBM im Sinne der Anforderung der früheren BSG-Rechtsprechung erheblich zu hoch angesetzt sind:

So kam das Institut des Bewertungsausschusses bei Auswertung realer Abrechnungsdaten dazu, dass die auf Basis von Gesamtarbeitszeiten und abgerechneten Leistungen geschätzten Zeitbedarfe für die Leistungen deutlich geringer ausfallen als die Kalkulations- und Prüfzeiten nach Anhang 3 zum EBM.

Auch die Analyse der Kalkulationszeiten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung des EBM 2008 ist aufschlussreich. Hier wurden für ausgewählte Fachgruppen (sehr hohe) Durchschnittsleistungsbedarfe anhand der abgerechneten Gebührenordnungspositionen des EBM für das Quartal III/2008 ermittelt, die heute von der tatsächlichen ärztlichen Wochenarbeitszeit deutlich unterschritten wird.

Beispiel

Von 519 orthopädischen Praxen rechnete ein Viertel eine Zeitsumme oberhalb von 933 Stunden ab. Das sind auf 13 Quartalswochen gemittelt knapp 72 Stunden pro Woche. Demgegenüber steht der KBV-Ärzte-monitor 2014, nach dem die ärztliche Wochenarbeitszeit durchschnittlich 53,9 Stunden betrug, wobei auf privat- und vertragsärztliche Sprechstunden insgesamt 32,7 Stunden entfielen.

Zu berücksichtigen ist zudem das Produktivitätswachstum seit der Kalkulation des EBM: Eine Analyse der Prognos AG im Auftrag des GKV-Spitzenverbands unterstellt, dass Ärzte „den Aufwand bei der Leistungserbringung beispielsweise durch modernes Praxismanagement, leistungsfähigere Geräte oder durch die stärkere Einbindung nichtärztlicher Berufe jährlich um einen gewissen Prozentsatz“ senken. Für Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ gilt als erwiesen, dass diese grundsätzlich eine wirtschaftlichere Leistungserstellung ermöglichen. Der Bewertungsausschuss ordnete 2012 insoweit konsequent u. a. die Überprüfung und ggf. Anpassung des Parameters „Leistungsbezogener Zeitbedarf“ beim EBM an.

Die Rechtsprechung hat aktuell noch nicht reagiert

Bedenklich erscheint vor diesem Hintergrund die jüngere Rechtsprechung. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat beispielhaft und entgegen der oben dargestellten Erkenntnisse formuliert: „Die hierzu erforderlichen Zeitwerte (...) sind nunmehr in Anhang 3 zum EBM enthalten. (...) Die Prüfzeit, die im

Rahmen der Plausibilitätsprüfung relevant ist, entspricht der Mindestzeit, die ein besonders geübter und/oder erfahrener Arzt zur Erbringung der betreffenden Leistung benötigt.“

Das BSG hat 2011 die Eignung von Tages- und Quartalsprofilen als Indizienbeweis für eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung bestätigt. Dieser Beschluss bezog sich jedoch auf das Quartal II/2005 und nicht auf den EBM 2008. Zudem hat sich das BSG nicht damit auseinander gesetzt, ob die bisher geltenden Voraussetzungen für Zeitprofile überhaupt erfüllt waren.

Trotzdem hat sich auch das Hessische LSG in der neuesten Entscheidung zum Thema – betreffend Quartale aus 2005 bis 2007 – auf diesen Beschluss gestützt, indem es den Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses hinsichtlich der Prüfzeiten nicht überschritten sah.

Das Gesetz steht versus das BSG

Der Gesetzgeber selbst stützt mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) die hier vertretene Argumentation. Er fügte für die Plausibilitätsprüfung in § 106a Abs. 2 S. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V den Halbsatz ein: „Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrags gleich zu behandeln“.

Damit soll ausgeschlossen sein, „dass angestellte Ärztinnen und Ärzte insbesondere in medizinischen Versorgungszentren bei den Plausibilitätsprüfungen pauschal benachteiligt werden“. Deshalb ist nun „geregelt, dass z. B. in Vollzeit tätige angestellte Ärzte und niedergelassene Vertragsärzte mit

voller Zulassung entsprechend des Umfangs des jeweiligen Versorgungsauftrags bei den Zeitprofilen im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen gleich zu behandeln sind“.

Diese Empfehlungen greifen für Sie

Die „unglückliche“ neuere Rechtsprechung führt letztlich zu einer rechtswidrigen „zweiten“ Budgetierung durch die Prüfzeiten des EBM-Anhangs 3. Die Vertragsärzte achten mittlerweile praktisch durchgängig „peinlich genau“ darauf, durch Streichung von Leistungen die Zeitprofilgrenzen einzuhalten. Im Anhang 3 EBM haben faktische Vorgaben zur ärztlichen Honorarverteilung aber nichts zu suchen.

Die Aufgreifkriterien der (Plausibilitäts-)Prüfung sollen sich schon nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers nicht an Empirie zu Arbeitszeiten (und im Übrigen auch nicht an den arbeitsrechtlich zulässigen Höchstarbeitszeiten für angestellte Ärzte), sondern an bedarfsplanerischen Messgrößen orientieren. Die Überschreitung bloß geschätzter Zeitprofile kann deshalb jedenfalls keine Indizwirkung für eine Falschabrechnung bedeuten.

Radiologen, die sich einem Vorwurf ausgesetzt sehen, sollten darauf achten, dass ihre Leistungserbringung z. B. anhand exakter Dokumentation nachvollziehbar ist. In der Prüfung selbst lohnt Detailarbeit: Tagesabläufe, die Zusammenarbeit in Praxis oder MVZ und die Delegation von Leistungsteilen müssen medizinisch-juristisch-statistisch aufgearbeitet und dargelegt werden. Wer belegen kann, dass er die abgerechneten Leistungen EBM-konform erbracht hat, wird keine Honorarkürzung erleiden.

Abrechnung GOÄ

So können Sie den Zuschlag 5377 mehrfach berechnen

Zusätzlich zu den GOÄ-Positionen des Abschnitts O17 (Computertomographie) ist für computergesteuerte Analysen der Zuschlag 5377 berechnungsfähig. Probleme mit Kostenträgern und Beihilfestellen ergeben sich regelmäßig, wenn mehrere CT-Untersuchungen in einer Sitzung durchgeführt und der Zuschlag 5377 dementsprechend mehrfach abgerechnet wird. Die Einwände der Kostenträger stützen sich auf gängige Kommentare zur GOÄ, nach denen vermeintlich die Nr. 5377 nur einmal je Sitzung berechnungsfähig sein soll. Doch das lässt sich so aus der GOÄ nicht ableiten.

Nach der GOÄ ist die Mehrfachberechnung möglich

Die Mehrfachberechnung der GOÄ-Nr. 5377 wird am Beispiel eines Ganzkörper-CT klar:

Beispiel

Für das Ganzkörper-CT werden die GOÄ-Nrn. 5370 und 5373 berechnet (die Nebeneinanderberechnung ist mit „Ganzkörper-CT“ zu begründen). Wird sowohl die Nr. 5370 als auch die Nr. 5373 als computergesteuerte Analyse mit nachfolgender 3D-Rekonstruktion erbracht, ist die Nr. 5377 jeweils für beide Positionen berechnungsfähig.

Die Höchstwertregel 5369 greift für die Nr. 5377 nicht, da diese nur für die Nrn. 5370 bis 5374 gilt. Die Nr. 5377 wird somit vergütet, obwohl mit den Positionen 5370 plus 5373 (zusammen 3.900 Punkte) der Höchstwert nach 5369 (3.000 Punkte) bereits überschritten ist.

BEACHTEN SIE | Werden zur Untersuchung mehrere CT erforderlich, die nur mit einer Position der

von Dr. med. Heinrich Weichmann, Lippetal

GOÄ abgerechnet werden können, ist auch der Zuschlag 5377 nur einmal berechnungsfähig.

Beispiel

Zur CT-Untersuchung aller Abschnitte der Wirbelsäule werden mehrere CT gefahren. Insgesamt ist aber die CT-Untersuchung der Wirbelsäule nur einmal mit der Nr. 5373 abzurechnen. Der Zuschlag 5377 ist auch nur einmal ansatzfähig.

Mehrfachberechnung begründen

Kommt es wegen einer Mehrfachberechnung der Nr. 5377 zu Beanstandungen durch Kostenträger, sollte mit folgenden Argumenten dargelegt werden, dass sich der Ausschluss der Mehrfachberechnung nicht aus der GOÄ ableiten lässt:

- Keine Bestimmung der GOÄ begrenzt die Nr. 5377 auf „einmal je Sitzung“.

- Der zur Nr. 5377 für computer-gesteuerte Analysen analoge Zuschlag 5733 bei MRT-Untersuchungen ist gemäß der Präambel zu Abschnitt OIII der GOÄ (Magnetresonanztomographie) je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. In der Präambel zu Abschnitt OI7 (Computertomographie) ist nur für die Nrn. 5369 bis 5375 die einmalige Berechnungsfähigkeit „je Sitzung“ festgelegt. Also ist davon auszugehen, dass die Nr. 5377 bewusst nicht einbezogen wurde.
- Durch Verwendung des Singulars „Analyse“ in der Leistungsbeschreibung zur Nr. 5377 ist klargestellt, dass jede computer-gesteuerte Analyse zusätzlich zu jeder einzelnen CT-Position mit der Nr. 5377 berechnet werden kann.

Leistungsinhalt muss erfüllt sein

Die Nr. 5377 setzt voraus, dass zusätzlich zu einer vollständig erbrachten CT-Untersuchung eine 3D-Rekonstruktion durchgeführt wird. Die Nr. 5377 ist nicht berechnungsfähig, wenn schon bei der Erstellung des CT eine Datenverarbeitung erfolgt oder Rohdaten für eine separate Befunderstellung (z. B. bei Frakturen) umgerechnet werden. Bei einer Prüfung müssen ggf. gleich viele 3D-Darstellungen auf dem Rechner nachweisbar sein wie abgerechnete 5377-Nummern.

Fazit

Wird die Mehrfachberechnung der Nr. 5377 zusätzlich zu mehreren in einer Sitzung erbrachten und mit mehreren CT-Positionen abgerechneten CT-Leistungen beanstandet, sollten Sie Widerspruch einlegen. Rückmeldungen bestätigen, dass diese in der Regel erfolgreich sind.

Personal

Teure Fehler beim Kündigungsschreiben können vermieden werden

Ein fehlerhaftes Kündigungsschreiben kann zur Unwirksamkeit der Kündigung führen. Dies gilt auch, wenn der Arbeitgeber nicht mehr als zehn Arbeitnehmer regelmäßig beschäftigt. Zwar ist eine weitere (korrigierte) Kündigung im Fall der unwirksamen Kündigung nicht ausgeschlossen. Der Zeitraum zwischen den beiden Kündigungsschreiben kann aber Lohnansprüche des Arbeitnehmers zur Folge haben. Diese Probleme können vermieden werden, wenn Praxisinhaber bzw. Klinikleitung die Form des Kündigungsschreibens einhalten und auf bestimmte Formulierungen verzichten.

Immer in Schriftform kündigen

Nach § 623 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) bedürfen die Kündigung des Arbeitsverhältnisses und der Auflösungsvertrag der Schriftform, damit sie wirksam sind. Die elektronische Form ist dabei ausgeschlossen, sodass eine Kündigung per E-Mail auch mit einer elektronischen Signatur unwirksam ist. Ebenso wenig wahrt die Übergabe einer Kopie nach § 126 Abs. 1 BGB die Schriftform.

Praxishinweis

Der Kündigungsberechtigte muss das Kündigungsschreiben/den Auflösungsvertrag immer eigenhändig durch seine Namensunterschrift unterzeichnen (§ 126 Abs. 1 BGB).

Es ist darauf zu achten, dass tatsächlich der Kündigungsberechtigte – also der Inhaber der Praxis bzw. in Krankenhäusern in der Regel der Verwaltungsdirektor und / oder der Personalchef (nicht Chefarzte) – die Urkunde unterzeichnet.

von Dr. Guido Mareck, Direktor
des Arbeitsgerichts Siegen

Praxishinweis

Haben sich mehrere Ärzte in einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) bzw. BGB-Gesellschaft zusammengeschlossen, sind alle BGB-Gesellschafter nur gemeinschaftlich zur Vertretung der GbR berechtigt, d. h.: Alle Gesellschafter müssen die Kündigung unterzeichnen.

Eine Kündigung, die von einem Mitarbeiter unterschrieben ist und der keine Vollmachtsurkunde des Arbeitgebers beiliegt, kann der gekündigte Arbeitnehmer nach § 174 BGB zurückweisen. Dies muss unverzüglich (= spätestens binnen zehn Tagen nach Zugang) erfolgen.

Arbeitnehmer auf seine Pflichten hinweisen

Der Arbeitgeber muss im Schlussatz des Kündigungsschreibens darauf hinweisen, dass der gekündigte Arbeitnehmer die Pflicht hat, sich unverzüglich nach Zugang der

Kündigung persönlich bei der zuständigen Agentur für Arbeit als Arbeit suchend zu melden. Der Hinweis sollte auch die Mitteilung umfassen, dass sonst ggf. eine Minderung der Arbeitslosengeldansprüche droht.

Unterbleibt dieser Hinweis, macht sich der Arbeitgeber zwar nicht schadenersatzpflichtig und die Kündigung ist wirksam. Gleichwohl hilft dieser Zusatz, Probleme zu vermeiden, indem eindeutig auf die Rechtslage hingewiesen wird.

Nachteilige Formulierungen meiden

Formulierungen, die auf Rasse, ethnische Herkunft, Geschlecht, Religion/Weltanschauung, Behinderung, Alter oder sexuelle Identität/Ausrichtung Bezug nehmen (können), haben in Kündigungsschreiben zu unterbleiben. Denn aus solchen Formulierungen könnte – ob zu Recht oder Unrecht spielt keine Rolle – eine Benachteiligung nach § 1 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) hergeleitet werden, die die ausgesprochene Kündigung unwirksam macht (Bundesarbeitsgericht [BAG], Urteil vom 23.7.2015, Az. 6 AZR 457/14).

Sachverhalt

Im Urteilsfall war eine im Jahre 1950 geborene Frau in einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis seit Ende 1991 als Arzthelferin tätig. Neben ihr waren zum Zeitpunkt ihrer Kündigung vier jüngere Arbeitnehmerinnen in der Praxis eingesetzt. Die Praxis kündigte das Arbeitsverhältnis wegen Veränderungen im Laborbereich, die eine Umstrukturierung erforderten. Darüber hinaus führten die Praxisinhaber im Kündigungsschreiben an, die Mitarbeiterin sei „inzwischen

pensionsberechtigt“. Außer ihr wurde keiner anderen Mitarbeiterin gekündigt.

Die gekündigte Helferin wandte ein, das Kündigungsschreiben lasse eine Benachteiligung wegen ihres Alters vermuten. Die Praxisinhaber behaupteten, die Kündigung sei allein wegen des zu erwartenden Entfalls von 70 bis 80 Prozent der abrechenbaren Laborleistungen erfolgt. Überdies sei sie mit den anderen Arzthelferinnen nicht vergleichbar, da sie schlechter qualifiziert sei.

Nachdem die Vorinstanzen die Klage abgewiesen hatten, war die Revision der Helferin vor dem BAG erfolgreich.

Entscheidungsgründe

Die Kündigung verstößt nach Ansicht der Richter gegen das Benachteiligungsverbot nach § 7 Abs. 1 AGG. Sie sei deshalb unwirksam. Die Erwähnung der „Pensionsberechtigung“ lasse eine Altersdiskriminierung vermuten, die vom Praxisinhaber auch im Laufe des Prozesses nicht widerlegt worden sei.

Eine Kündigung, die eine unmittelbare Benachteiligung wegen des Lebensalters nach § 22 AGG vermuten lasse, sei auch unwirksam, wenn sie in einem Kleinbetrieb mit weniger als zehn Arbeitnehmern ausgesprochen worden ist.

BEACHTEN SIE | Ob der Klägerin auch ein Entschädigungsanspruch wegen Altersdiskriminierung nach § 15 Abs. 2 AGG zustand, konnte nicht entschieden werden. Insofern wurde die Sache zur neuen Entscheidung an das Landesarbeitsgericht zurückverwiesen.

Kündigungsfrist einhalten

Berechnet ein Arbeitgeber bei Ausspruch einer Kündigung das Beendigungsdatum falsch, steht dies der Wirksamkeit der Kündigung nicht entgegen, wenn er zusätzlich die übliche Formulierung „vorsorglich zum nächstmöglichen Zeitpunkt“ benutzt. Anderes kann nur gelten, wenn die Kündigungsfrist für den Arbeitnehmer nicht zweifelsfrei bestimmbar ist (BAG, Urteil vom 10.4.2014, Az. 2 AZR 647/13).

Nach Auffassung des BAG muss eine Kündigungsfrist nicht ausdrücklich im Kündigungsschreiben angegeben sein, wenn sie für den Arbeitnehmer leicht bestimmbar bzw. berechenbar ist. Dies ist bei Bezugnahme auf die gesetzliche Kündigungsfristenregelung nach § 622 BGB im Arbeitsvertrag der Fall.

Praxishinweis

Arbeitgeber sind gut beraten, auf die Kündigungsfristenregelung nach § 622 Abs. 1 und 2 BGB Bezug zu nehmen, wenn keine besonderen arbeitsvertraglichen Vereinbarungen zu den Kündigungsfristen vorliegen.

📄 DOWNLOAD

- Um Fehler bei der ordentlichen Kündigung zu vermeiden, finden Sie eine [Checkliste](http://www.rwf-online.de) als Richtschnur unter www.rwf-online.de im Downloadbereich. Denn bei der ordentlichen Kündigung eines Arbeitnehmers hat der Praxisinhaber als Arbeitgeber unabhängig von der Frage der Anwendbarkeit des Kündigungsschutzgesetzes und über die Schriftform hinaus zahlreiche gesetzliche Normen zu beachten. Bei Verstößen hiergegen können eine kostspielige Kündigungsschutzklage und das Fortbestehen des Arbeitsverhältnisses drohen.

Vertragsarztrecht

Der Widerspruchsbescheid ist keine individuelle Beratung durch die Prüfstelle

Dem Vertragsarzt muss im Rahmen der sogenannten individuellen Beratung nach § 106 Abs. 5e S. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V zumindest eine Beratung angeboten werden. Die Übermittlung des Widerspruchsbescheids genügt insoweit nicht – es bedarf eines gesonderten Beratungsangebots (Sozialgericht [SG] München, Urteil vom 8.12.2015, Az. S 28 KA 1344/14).

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

Der Fall

Die Prüfstelle Ärzte Bayern leitete gegen einen Allgemeinarzt eine erste Richtgrößenprüfung für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf ein und setzte einen Regress fest. Auf den Widerspruch des Vertragsarztes wurde statt des Regresses eine Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V ausgesprochen, die zugleich mit der Zustellung des Widerspruchsbescheids erfolgte.

Hiergegen klagte die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bayern – nicht der Arzt selbst –, da nach ihrer Ansicht an eine individuelle Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V höhere Anforderungen zu stellen sind als an eine „schriftliche Beratung“ im Rahmen eines „Maßnahmenfestsetzungsbescheids“.

Hintergrund

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde zum 1. Januar 2012 der Grundsatz „Beratung vor Regress“ eingeführt, d. h.: Bei erstmaliger

Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent erfolgt zunächst eine individuelle Beratung. Ein Erstattungsanspruch gegen den betroffenen Vertragsarzt kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach dieser Beratung festgesetzt werden.

Beratungen werden grundsätzlich nur durch die jeweils zuständige Prüfstelle durchgeführt, es sei denn die Delegation der Beratung an eine andere Institution ist in der jeweiligen regionalen Prüfvereinbarung ausdrücklich erwähnt.

Die Entscheidung des SG München

Das SG teilte die Ansicht der KV. Eine Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V könne nicht automatisch durch die Zustellung des die Beratung erstmalig festsetzenden Widerspruchsbescheids erfolgen. Zwar stehe der Prüfstelle hinsichtlich der Ausgestaltung der Beratung ein Ermessensspielraum zu. An eine individuelle Beratung seien jedoch grundsätzlich höhere Anforderungen zu stellen als an eine Beratung nach § 106 Abs. 1a i. V. mit Abs. 5a S. 1 und 2.

Zwar ließe sich argumentieren, dass auch eine im Rahmen eines Festsetzungsbescheids vorgenommene Beratung individuell ist, weil

sie in einem eigenen Bescheid gegenüber einem einzelnen Adressaten erfolgt. Die Betonung der Individualität durch den Gesetzgeber spreche jedoch dafür, dass damit eine auf die speziellen Verhältnisse, insbesondere auf den speziellen Beratungsbedarf des Vertragsarztes gerichtete Beratung gemeint sei.

Sinn und Zweck der Einführung des § 106 Abs. 5e SGB V sei gewesen, Ärzte nach erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens nicht unmittelbar einem Regress auszusetzen. Vielmehr sei ihnen über eine eingehende „Beratung“ zumindest ohne finanzielle Konsequenzen für die Praxis die Möglichkeit zu geben, ihr Ordnungsverhalten bei Arznei- und Heilmitteln zu modifizieren. Dies könne ein Widerspruchsbescheid nicht leisten.

Stellungnahme

Das Urteil konterkariert die in vielen KV-Regionen übliche Prüfpraxis und kann somit in einer Vielzahl von laufenden Prüfverfahren zugunsten der Ärzte angeführt werden. Die Entscheidung des SG ist die konsequente Umsetzung der gesetzgeberischen Vorgaben:

- Regressbescheide stellen keine individuelle Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V dar, denn sie zeigen dem Arzt nicht auf, weshalb seine Ordnungsweise unwirtschaftlich war und wie er dies zukünftig vermeiden kann.
- Eine individuelle Beratung kann nicht durch die bloße Zustellung eines Widerspruchsbescheids bewirkt werden.
- Gleichwohl muss die Beratung nicht zwingend im Rahmen eines Gesprächs erfolgen, sondern kann auch schriftlich stattfinden.

Krankenhausvergütung

Für Kontrastmittel-MRT des Herzens reicht stationäre Aufnahme von einem Tag

Für ein MRT des Herzens mit Kontrastmitteln reicht die stationäre Aufnahme von einem Tag aus. Sind organisatorisch mehr Tage erforderlich, weil ein solches MRT nicht kurzfristig gemacht werden kann, oder braucht der Versicherte Bedenkzeit, ist er zu entlassen bzw. gar nicht erst aufzunehmen (Landessozialgericht [LSG] Sachsen-Anhalt, Urteil vom 3.9.2015, Az. I 6 KR 69/12).

von RA und FA für MedizinR
Philip Christmann, Berlin/
Heidelberg, www.christmann-law.de

Der Sachverhalt

Eine Patientin wurde mit der Diagnose einer Arteriosklerose der Extremitätenarterien stationär zur elektiven Diagnostik einer symptomatischen peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) aufgenommen. Sie wurde mittels Angiographie untersucht, die eine pAVK bestätigte. Dann wurde die Möglichkeit einer Bypassoperation erörtert. Die Patientin erbat sich Bedenkzeit, lehnte die Operation zwei Tage später ab und wurde daraufhin entlassen. Die beklagte Krankenversicherung verweigerte die Bezahlung der Aufenthaltstage zwei und drei – nur das MRT und der erste Aufenthaltstag wurden abgerechnet.

Anmerkungen

Ein Krankenhausaufenthalt ist nach § 39 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre

Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Im vorliegenden Fall ist während des dreitägigen Aufenthalts nur eine einzige Prozedur durchgeführt worden: ein MRT des Herzens mit Kontrastmitteln. Sofern dies überhaupt eine stationäre Aufnahme erfordert, genügt hierfür ein Tag. Auch rein organisatorische (z. B. terminliche) Gründe rechtfertigen keinen längeren Aufenthalt.

Angesichts der hohen laufenden Kosten ist es nicht verständlich, wenn der Befund der Angiographie erst am Folgetag eingeht. Andere diagnostische Maßnahmen waren hier nicht mehr geplant. Die theoretische Möglichkeit einer stationären Weiterbehandlung genügt nicht, wenn mit der Entlassung des Patienten zu diesem Zeitpunkt keine Gesundheitsgefahren verbunden sind.

Behandlungsunterlagen, MDK-Berichte etc. sind nach § 69 Abs. 1 Nr. 2 SGB X verwertbar, wenn sie von der Krankenkasse legal erlangt wurden oder wenn ihre Verwertung im Falle einer unvermeidbaren gerichtlichen Geltendmachung der Behandlungskosten nach zivil- oder sozialrechtlichen Grundsätzen unstrittig als letztes Mittel erlaubt ist.

Sonderausgabe für Chefärzte

Honorare sichern – Angriffe abwehren

Die Krankenkassen versuchen mit allen Mitteln, Arzt-Honorare zu senken. Daher sollte der Chefarzt genau wissen, wann ihm welche Honorare zustehen und wie er Angriffe darauf abwehren kann.

Die Sonderausgabe „Honorare sichern – Angriffe abwehren“ (unter www.rwf-online.de im Downloadbereich) gibt Chefärzten das nötige Rüstzeug. Die Beiträge befassen sich z. B. mit der Streiffrage, unter welchen Umständen Chefärzte im Team erbrachte Wahlleistungen privat abrechnen können oder ob Honorarärzte privat liquidieren oder nicht.

Impressum



Herausgeber

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

Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

RAin, FÄin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Guerbet



Contrast for Life

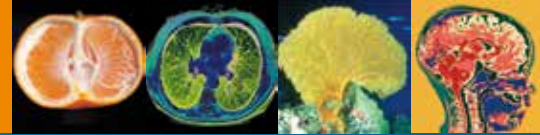
97. Deutscher Röntgenkongress Leipzig 2016

Lunchsymposium

Kontraste in CT und MRT

Vorsitz:

Prof. Dr. med. Bernd Hamm, Berlin



www.guerbet.de

☉ Freitag, 6. Mai 2016

☉ 12:15 – 13:15 Uhr

☉ Congress Center Leipzig

☉ Saal Friedrich

☉ **Aktuelles zur klinischen MRT – von 3D zu 4D**
(Prof. Dr. med. Stefan Schönberg, Mannheim)

☉ **Update zur Sicherheit von MR-Kontrastmitteln**
(PD Dr. med. Martin Maurer, Bern/CH)

☉ **FlowSens®: Evolution der Injektion**
(PD Dr. med. Stefan M. Niehues, Berlin)

Es werden Getränke und Sandwiches zum Symposium verteilt.

Guerbet |

Contrast for Life