

In diesem Monat haben wir folgende Themen für Sie aufbereitet:

- Approbationsentzug und Berufsverbot bei Steuerhinterziehung!
 - Steuerliche Behandlung von Entschädigungszahlung der KV bei Einziehung der ärztlichen Zulassung
 - Beschränkung der Handlungsmöglichkeiten für MVZs und Vertragsärzte
 - Zulassung bei partieller Eröffnung des Planungsbereichs
 - Risiko-Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
-

Approbationsentzug und Berufsverbot bei Steuerhinterziehung!

von Joachim Messner
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Hinterziehen Apotheker und Ärzte Steuern, droht in der Regel nicht nur Ärger mit dem Finanzamt mit entsprechenden Steuernachzahlungen und zusätzlich strafrechtlichen Sanktionen bis hin zur Freiheitsstrafe. Bei Zahnärzten, Ärzten und Apothekern drohen zusätzlich berufsrechtliche Sanktionen bis hin zum Entzug der Approbation seitens der Kammer und Entzug der Kassenzulassung seitens der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen.

Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof hat das Urteil der 1. Instanz auf Approbationsentzug gegen einen Zahnarzt bestätigt, der ca. 60.000 EUR Steuern hinterzogen hatte. Auf der strafrechtlichen Ebene wurde der Zahnarzt zu einer Freiheitsstrafe von 10 Monaten auf Bewährung verurteilt und konnte somit auch einer Inhaftierung entgehen.

Zusätzlich wurde von der Bezirksregierung die Approbation des Zahnarztes widerrufen mit der Begründung, dass er sich als unwürdig zur Aus-

übung seines Berufs erwiesen habe. Dagegen hat der Zahnarzt geklagt. Das Verwaltungsgericht München hat in erster Instanz die Entscheidung der Verwaltungsbehörde, und somit den Approbationsentzug, bestätigt.

Quelle: Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 28.11.2016, Az.: 21 ZB 16.436, vorgehend: VG München, 19.01.2016, Az.: M 16 K 13.4929

Steuerliche Behandlung von Entschädigungszahlung der KV bei Einziehung der ärztlichen Zulassung

von Milana Sönnichsen
Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht

Nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) müssen Zulassungsausschüsse die Ausschreibung einer Vertragsarztzulassung bei einem örtlichen Versorgungsgrad von mehr als 140% ablehnen. In diesem Fall muss die zuständige KV den Vertragsarzt entschädigen. Die Entschädigung bemisst sich nach dem Verkehrswert der Praxis, wenn diese fortgeführt wird. Der Ermittlung des Verkehrswerts wird voraussichtlich nach dem gängigen modifizierten Ertragswertverfahren erfolgen. Für den Fall, wenn der Vertragsarzt zeitgleich den privatärztlichen Teil

Newsletter Medizinrecht 02/2017

seiner Praxis an einen Nachfolger verkaufen möchte, müssen bestimmte Vorkehrungen getroffen werden, damit der Vertragsarzt nicht in die Steuerfalle tappt.

Die Zerschlagung der Praxis: Entschädigungen des vertragsärztlichen Teils und gleichzeitig der Verkauf des privatärztlichen Teils ist vorstellbar. Hierbei darf der Arzt den reduzierten „halben Steuersatz“ nach § 34 Abs. 1 EStG für die Entschädigung für den vertragsärztlichen Teil der Praxis beanspruchen, wenn er gleichzeitig seine privatärztliche Praxis an einen Nachfolger verkauft und somit seine ärztliche Tätigkeit komplett aufgibt.

Die Teil-Entschädigungszahlung der KV für den vertragsärztlichen Teil ist als unechter Schadensersatz im Sinne der Umsatzsteuer nicht steuerbar.

Der privatärztliche Teil der Praxis, welcher der Vertragsarzt gleichzeitig zur Entschädigungszahlung der KV auf den Nachfolger überträgt, birgt bei der Veräußerung ein umsatzsteuerliches Risiko.

Gegebenenfalls kann die Umsatzsteuer mit der Begründung vermieden werden, dass die privatärztliche Tätigkeit als Fortführung eines Teilbetriebs im steuerrechtlichen Sinne gilt. Die Begründung hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Wenn der Erwerber die privatärztliche Praxis des Veräußerers tatsächlich fortführt, kann die Finanzverwaltung unter Umständen überzeugt werden, dass auf diesen Verkauf keine Umsatzsteuer anfällt.

Aufgrund der komplexen Strukturen des Umsatzsteuerrechts empfiehlt sich für einen Vertragsarzt, der im Falle der Nichtausschreibung seiner vertragsärztlichen Zulassung den Verkauf seines privatärztlichen Praxisteils an den Nachfolger im Auge hat, im Praxisübernahmevertrag zwischen dem Vertragsarzt und dem Nachfolger eine Umsatzsteuerklausel aufzunehmen. In dieser Klausel ist zu dokumentieren, dass es sich nach Überzeugung der Vertragsparteien um eine nicht steuerbare Geschäftsveräußerung im Ganzen entsprechend des Umsatzsteuerrechts handelt. Gegebenenfalls sollte festgehalten werden, welche der Parteien (Verkäufer oder Käufer) für zusätzlich festgesetzte Umsatzsteuer aufkommt, wenn das Finanzamt diese dennoch verlangt. Für eine abschließende Rechtssicherheit kann in diesem Fall jedoch nur ein vorab gestellter kostenpflichtiger Antrag auf Erteilung einer verbindlichen Auskunft beim Finanzamt im Sinne des § 89 Abs. 2 AO geben.

Quelle: Dr. Michels in MedR Januar 2017, steuerliche Konsequenzen bei Entschädigungszahlungen durch die Kassenärztliche Vereinigung nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Beschränkung der Handlungsmöglichkeiten für MVZs und Vertragsärzte

*von Jessica Welter
Rechtsanwältin*

Mit seinem Urteil vom 4.5.2016 (B 6 KA 21/15 R) hat das BSG eine der praktisch bedeutsamsten zulassungsrechtlichen Entscheidungen der letzten Jahre gefällt.

Newsletter Medizinrecht 02/2017

Im vorgenannten Streitfall verzichtete ein HNO-Arzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine volle Zulassung, um sich dann bei einem MVZ anstellen zu lassen mit einem Tätigkeitsumfang von 23,5 Wochenstunden (Bedarfsplanungsanrechnungsfaktor 0,75). Nach 1,5 Jahren beendete er seine Tätigkeit als Angestellter des MVZ und das MVZ beantragte die Anstellungsgenehmigungen für Arzt 1 (10 Wochenstunden) und Arzt 2 (30 Wochenstunden).

Jedoch genehmigte der Zulassungsausschuss die Anstellung des Arztes 2 nur für 20 Wochenstunden mit der Begründung, der Verzicht auf eine volle Zulassung zugunsten einer Anstellung in einem MVZ mit 23,5 Wochenstunden (Faktor 0,75) führe dazu, dass die Arztstelle nur in diesem Umfang und keine Vakanz in Höhe von 1/4 -Stelle fortbesteht.

Damit sollen die Versuche verhindert werden, die Entscheidungen des Zulassungsausschusses bei der Nachbesetzung für den Fall der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu umgehen, indem der Arzt zunächst auf seine Zulassung verzichtet, um selbst als Angestellter entweder in einem MVZ oder bei einem Vertragsarzt tätig zu werden, dann aber die Tätigkeit dort nicht antritt, um dem MVZ die Möglichkeit zu eröffnen, die Stelle mit einem selbst ausgewählten Angestellten nachzubesetzen.

Die vom BSG geforderte Absicht des Vertragsarztes, tatsächlich im MVZ tätig zu werden, bezieht sich grundsätzlich auf eine Tätigkeitsdauer im MVZ oder beim Vertragsarzt von drei Jahren.

Nach dieser Zeit kann davon ausgegangen werden, dass die gesetzlich vorgegebene Gestaltung tatsächlich gewollt und gelebt worden ist.

Eine jährliche stufenweise Reduzierung des Tätigkeitsumfangs um 1/4 Stelle ist jedoch unschädlich.

Vor Ablauf von drei Jahren hängt das Nachbesetzungsrecht des MVZ oder des Vertragsarztes davon ab, ob die Absicht zur Tätigkeit auf Grund von Umständen nicht mehr zu realisieren war, die zum Zeitpunkt des Verzichts noch nicht bekannt gewesen sind.

Eine Verringerung des Umfangs der Tätigkeit im Rahmen der Anstellung und damit eine teilweise Nachbesetzung bei MVZs sowie Vertragsärzten innerhalb der ersten drei Jahre muss daher überdacht und gründlicher als bis jetzt vorbereitet werden.

Quelle: BSG, Urteil v. 4.5.2016 – B 6 KA 21/15 R (Bay. LSG)

Zulassung bei partieller Eröffnung des Planungsbereichs

*von Milana Sönnichsen
Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht*

Bei der Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses bei partieller Eröffnung des Planungsbereichs kann von den Zulassungsgremien ein Bewerber bevorzugt werden, wenn bei ihm die prognostische Gewähr für eine länger

andauernde Patientenversorgung festgestellt wird. Jedoch darf nicht das Alter des Bewerbers für dieses Auswahlkriterium allein entscheidend sein, vielmehr sind weitere Anhaltspunkte wie der Wille und die Möglichkeit einer längeren kontinuierlichen Patientenversorgung zu berücksichtigen.

Der Gesichtspunkt der Versorgungskontinuität ist zwar kein im Gesetz (§ 103 Abs. 4 SGB V) genanntes legitimes Auswahlkriterium. Jedoch entschied das Sozialgericht Mainz, dass bei der Auswahlentscheidung auch berücksichtigt werden kann, ob ein bestimmter Bewerber die Versorgungskontinuität besser als andere in Zukunft gewährleisten kann. In dem zu entscheidenden Fall war jedoch von den Zulassungsgremien bei der Frage der Versorgungskontinuität dem jüngeren Bewerber dem Vorrang gegeben, ohne darüber zu entscheiden, ob der jüngere Bewerber auch tatsächlich vor hat, länger und kontinuierlich die Patienten zu versorgen und nicht etwa seinen Sitz in ein MVZ bei einem Krankenhaus zu verlagern.

Das Sozialgericht Mainz entschied, dass in einer Konstellation, wo allein die Versorgungskontinuität einen erheblichen Unterschied zwischen den Bewerbern perspektivisch ausmacht, bei der Auswahlentscheidung dieser Gesichtspunkt entweder komplett außer Betracht zu lassen oder zu prüfen ist, ob über den Altersunterschied der Bewerber hinaus weitere Umstände vorliegen, die Aussagen über eine prognostische Gewähr für eine länger andauernde kontinuierliche Patientenversorgung zulassen.

Quelle: SG Mainz vom 11.05.2016, Az.: S 16 KA 211/14

Risiko-Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

*von Jessica Welter
Rechtsanwältin*

Schon seit einiger Zeit gerät die Qualität im Krankenhaus immer wieder in den Fokus der Politik und Gesetzgebung.

Dieser Bericht bezieht sich auf den Zeitraum 2015/2016 und soll über neue Entwicklungen und Tendenzen im Qualitäts- und Risikomanagement sowie Bemühungen der Qualitätssicherung informieren.

Zum 1.1.2016 traten Neuregelungen zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz-KHSG) in Kraft, um das Erfordernis einer gut erreichbaren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung für die Zukunft sicherzustellen.

Die durch dieses Gesetz begonnene Entwicklung qualitativer Standards bei der Ausgestaltung stationärer und vertragsärztlicher Versorgung auf der Ebene aller Leistungserbringer, wurde durch Erlass einer Richtlinie über die Ausgestaltung von Qualitätsmanagementmaßnahmen, -methoden, und -instrumenten präzisiert.

Um die Qualität zu sichern, wurden weitere neue Richtlinien und Leitlinien erlassen.

Beispielhaft für die Verbesserung der neuen Qualitätsstandards ist eine neue Richtlinie, nach der für Herzklappeninterventionen die Indikati-

Newsletter Medizinrecht 02/2017

onsstellung durch den Herzchirurgen und den Kardiologen gemeinsam zu erfolgen hat.

Der G-BA hat außerdem durch Erlass einer themenspezifischen Bestimmung zu einem sektorenübergreifenden Verfahren, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung des G-BA von April 2010 umgesetzt. Die themenübergreifende Richtlinie legt die Rahmenbedingungen für eine perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie fest. Durch Rückmeldeberichte im Abstand von 3 Monaten seitens der Leistungserbringer sollen kontinuierliche Qualitätsinformationen geboten werden. Auf Grund der themenspezifischen Bestimmung des G-BA, sind belegärztlich durchgeführte Eingriffe zukünftig der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen, sodass damit die Qualitätsverantwortung allein beim Belegarzt liegt.

Darüber hinaus wurde eine Leitlinie zur Palliativversorgung verabschiedet. Diese enthält Empfehlungen für Versorgungsstrukturen und für eine optimale Betreuung in der Sterbephase,

vor allem durch Kommunikation mit Patienten und Angehörigen.

Des Weiteren wurde eine neue Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie erlassen, da diese Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen haben. Zudem wurde die Leitlinie zur Depression erweitert, einer der wichtigsten Volkskrankheiten der Welt.

Neben dem Erlass von Richtlinien/Leitlinien gibt es noch weitere Bemühungen die Qualität zu sichern, etwa durch Qualitätsreporte für Krankenhäuser, Behandlungsfehlerstatistiken und Meldesysteme für Komplikationen in der Geburtshilfe.

Nach einer Delphi-Studie zur Patientensicherheit, die das Ziel hat, qualitative Vorhersagen für die Entwicklung der Patientensicherheit etwa bis in das Jahr 2025 zu machen, wird es durch stärkere Standardisierung zur Risikoprävention kommen.

Mit freundlichen Grüßen



Joachim Messner und Milana Sönnichsen
