

ETL Gesundheitsbrief

News und aktuelles Wissen aus dem Gesundheitswesen

Nr. 1 / 1. Quartal · 01.02.2016

Inhalt



Im Brennpunkt

Das Antikorruptionsgesetz – Das kommt auf Sie zu!..... S. 2



Ärzte/Zahnärzte

Medizinisches Versorgungszentrum – Die Zukunft der ambulanten Medizin..... S. 4

Verrissen bei jameda & Co. – Sie können etwas dagegen tun!..... S. 5

Telemedizin: Zulässigkeit und Grenzen..... S. 6



Apotheken

Einkaufskonditionen und Hochpreise belasten den Rohertrag..... S. 7

Skonto ist kein Rabatt..... S. 8

Wer die Kassendaten nicht herausgibt wird geschätzt..... S. 9



Therapeuten

Physiotherapie und Osteopathie: Öl und Wasser..... S. 10

Direktzugang weiterhin nicht in Sicht..... S. 11



Pflege

PSG II: Gravierende Veränderungen für Pflegebedürftige und Pflegeanbieter...S. 13

Neue Verordnung über die Anerkennung

niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote..... S. 16



Krankenhäuser

Die Krankenhausreform 2016..... S. 19



Arbeitsrecht


Nachtarbeitszuschlag bei Dauernacharbeit regelmäßig bei 30%..... S. 21

Kann ein Arzt rückwirkend krankschreiben?..... S. 22



ETL Veranstaltungskalender

Aktuelles aus der Branche – persönlich vermittelt..... S. 24

 Besuchen Sie uns auch auf Facebook

Das Antikorruptionsgesetz – Das kommt auf Sie zu!

Ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom März 2012 schlug in Medizinerkreisen besonders hohe Wellen und war Gegenstand zahlreicher Pressemitteilungen und heftig geführter Diskussionen. Danach mache sich ein niedergelassener Vertragsarzt nicht der Bestechung bzw. Bestechlichkeit strafbar, wenn er für sein Ordnungsverhalten sogenannte Kick-Back-Zahlungen von der Pharmaindustrie erhält.

Das Urteil veranlasste die Bundesregierung, diese Strafbarkeitslücke zu schließen und die Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen generell unter Strafe zu stellen. Nunmehr steht das Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (Antikorruptionsgesetz) unmittelbar bevor. Am 29. Juli 2015 hat die Bundesregierung einen entsprechenden Gesetzesentwurf verabschiedet. Aller Voraussicht nach soll das Gesetz bis Sommer 2016 in Kraft treten.

Die Betroffenen

Adressaten des Gesetzes sind nicht nur Vertragsärzte und Apotheker, sondern auch rein privatärztlich handelnde Ärzte, Zahnärzte und psychologische Psychotherapeuten. Des Weiteren sind auch all diejenigen betroffen, die für ihre Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung im Gesundheitswesen eine staatlich geregelte Ausbildung benötigen, wie z. B. Krankenpfleger, Ergo- und Physiotherapeuten.

Kritische Bestandsaufnahme

Es bleibt also nicht mehr allzu viel Zeit, selbstkritisch bestehende Kooperationen und Verträge mit Leistungserbringern jeglicher Art zu überprüfen und bei Bedarf die entsprechenden

Verträge abzuändern bzw. die Zusammenarbeit zu beenden. Man sollte bei der Bestandsaufnahme kritisch hinterfragen, ob die Verträge oder Vereinbarungen einem Fremdvergleich ohne Gegenleistungsgedanken standhalten können oder ob Gegenleistungen bewusst für die unlautere Bevorzugung des Vertragspartners oder für einen Verstoß gegen die heilberufliche Unabhängigkeit geleistet werden.

Weitreichende Folgen

Dass es „fünf vor zwölf“ ist, wird insbesondere bei der Betrachtung der weitreichenden Folgen deutlich. Das Strafmaß reicht von einer Geldstrafe bis hin zur fünfjährigen Freiheitsstrafe. Zusätzlich droht der Entzug der vertragsärztlichen Zulassung bzw. der Widerruf der Approbation. Die neuen Regelungen sehen eine enge Zusammenarbeit und einen fachlichen Austausch zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ihren jeweiligen kassenärztlichen Landesvertretern sowie den berufsständischen Kammern und den Staatsanwaltschaften vor. Verstöße gegen Berufsrecht bzw. gegen vertragsarztrechtliche Regelungen, die bereits jetzt seitens der Ärztekammern bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen geahndet werden, dürften so relativ zügig auf den Schreibtischen der zuständigen Staatsanwaltschaften zur Überprüfung auf deren strafrechtliche Relevanz landen.

Der neue § 299a StGB konkret

Folgender Auszug aus den neuen Straftatbeständen verdeutlicht die Reichweite und die Konsequenzen eines möglicherweise rechtswidrigen Handelns:

§ 299 a StGB (Bestechlichkeit im Gesundheitswesen)

Wer als Angehöriger eines Heilberufes (...) im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

- 1. einen anderen (...) bevorzuge oder*
- 2. seine berufsrechtliche Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit verletzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.*

Achtung: Gemeinschaftspraxen und andere Kooperationsformen!

Die Folgen eines Verstoßes gegen das Antikorruptionsgesetz treffen Gemeinschaftspraxen mit mehr als zwei Ärzten besonders hart. Bei diesen Zusammenschlüssen handelt es sich um eine sogenannte „Bande“ im strafrechtlichen Sinne. Sofern sich die Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis oder anderen Kooperationsform zur fortgesetzten Begehung von Bestechung bzw. Bestechlichkeit im Gesundheitswesen verbinden, wird die Tat mit einer Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Das Hoffen auf eine Geldstrafe ist also in diesen Fällen vergeblich.

Vorsicht ist besser als Nachsicht

Selbstverständlich ist nicht jede Art der Kooperation verboten oder strafrechtlich relevant. Allerdings ist jetzt die Zeit, um eine selbstkritische Bestandsaufnahme vorzunehmen. Hier kann es auch aufgrund der zahlreichen individuellen Konstellationen hilfreich sein, sich juristisch beraten zu lassen. Vorsicht ist bekanntlich besser als Nachsicht!

Die folgende Auflistung soll das Bewusstsein für ggf. problematische Konstellationen schaffen. Aufgrund der Vielzahl möglicher Fallgruppen erhebt sie allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit und stellt keine abschließende Bewertung über eine strafrechtliche Relevanz dar.

Kritische Konstellationen:

- Kooperationsverträge mit Krankenhäusern, Apothekern, Heil- und Hilfsmittelerbringern;
- Konsiliararzt- und Honorararztverträge;
- „Subventionierte“ Mietverträge, Übernahme von Personalkosten, unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien;
- Beraterverträge, hoch vergütete Anwendungsbeobachtungen oder Studien;
- Geld- und Sachzuwendungen jeglicher Art, insbesondere auch an Familienangehörige;
- Gewährung von Laborprämien oder anderen „Belohnungen“;
- Beteiligung an Unternehmen von Leistungserbringern;
- Laborvergünstigungen.



Isabel Wildfeuer, RAin
ETL Lüdemann
Wildfeuer & Partner
Tel.: (089) 89 055550
isabel.wildfeuer@etl.de

Medizinisches Versorgungszentrum – Die Zukunft der ambulanten Medizin

Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) hat sich seit der Einführung 2004 als Versorgungsform unterschiedlicher Ausprägung in der ambulanten Versorgung etabliert. Die Erfolgsstory lautet: Von Null auf über 2.000 MVZ in zehn Jahren.

Der Status quo zum 31. Dezember 2013 lautete wie folgt: 795 der 2.006 MVZ sind in Krankenhausträgerschaft (40 Prozent). Daher ist eine knappe Mehrheit für die Vertragsärzte zu verbuchen. Über 1.220 MVZ sind in der Rechtsform GmbH tätig (60 Prozent). Die GbR dominiert als weitere Rechtsform. Von den 1.220 MVZ-GmbHs sind 634 in Krankenhausträgerschaft (52 Prozent). Die GmbH wird also von Krankenhäusern und Vertragsärzten (48 Prozent) etwa gleichermaßen bevorzugt.

Die Zahlen zeigen zum einen, dass viele Praxen zur Einrichtung eines MVZ quasi weiterentwickelt worden sind. Sie zeigen weiter, dass GmbH-Strukturen Einzug in die ehemalige ambulante Praxiswelt gehalten haben – und dies nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im vertragsärztlichen Bereich. Von der Anzahl der insgesamt im ambulanten vertragsärztlichen Bereich tätigen Ärzte sind knapp 10 Prozent bereits in MVZ-Strukturen tätig.

Und es werden vermutlich noch deutlich mehr: Seit Juli 2015 können MVZ arztgruppengleich gegründet werden. Das Erfordernis der fachübergreifenden Leistung entfällt.

Das macht das MVZ zukünftig zur Alternative bei allen fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften, von denen es ca. 23.000 gibt. Daneben können im

hausärztlichen Bereich – insbesondere zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung – MVZ-Strukturen entwickelt werden, die nun einfacher zu realisieren sind. Hier sind sogar MVZ-Modelle mit kommunaler Beteiligung möglich („Büsumer Modell“), die flexible Anstellungsmöglichkeiten vorsehen und von der Gemeinde aktiv oder passiv betrieben werden können. Schließlich profitieren die Zahnärzte von der Gesetzeserleichterung, da sie bislang nur vereinzelt MVZ-Strukturen realisieren konnten.

Mit dieser Entwicklung wird die GmbH als bislang unterrepräsentierte Praxis-Rechtsform mehr aus dem Schatten der GbRs und Partnerschaftsgesellschaften treten: Im zahnärztlichen Bereich zeichnet sich bereits ein großes Interesse an der MVZ-GmbH ab; ebenso bei z. B. geräteintensiven, investitions- und anstellungslastigen, überörtlich tätigen und stark expansiven Berufsausübungsgemeinschaften.

Dabei sind die Vor- und Nachteile im jeweiligen Einzelfall genau gegeneinander abzuwägen. Das betrifft nicht nur den wirtschaftlichen Rahmen insgesamt, sondern auch die einzelnen Regelungsbereiche des Gesellschafts- und Steuerrechts, Vertragsarzt- und Berufsrechts sowie des Haftungs-, Arbeits- und allgemeinen Zivilrechts. Aus der Komplexität der Sache heraus empfiehlt sich ein interdisziplinärer Gedankenaustausch mit Rechtsanwalt und Steuerberater. Wir sind mit den praktischen Fällen laufend betraut und helfen bei der Umsetzung. Wir machen Ihre Praxis zukunftsfähig.



Dr. Lars Lindenau, RA
ETL Rechtsanwälte
Erlangen
Tel.: (09131) 977 07 37
lars.lindenau@etl.de

Hinweis

Die Regelungen zur Einführung von arztgruppengleichen MVZ finden sich im Versorgungsstärkungsgesetz.

Vertiefende Hinweise zum MVZ bzw. zu den weiteren Regelungen des Reformgesetzes finden Sie in unserer Broschüre „Das Versorgungsstärkungsgesetz“ zum kostenfreien Download unter <http://www.etl-advison.de/downloads>

Verrissen bei jameda & Co. – Sie können etwas dagegen tun!

Vermutlich kennen Sie die Bewertungsplattform jameda oder andere damit vergleichbare Bewertungsportale. Eines haben sie alle gemeinsam – nahezu nichts wirkt sich auf die Entscheidungsfindung potenzieller Patienten so negativ aus, wie eine dort veröffentlichte schlechte Kritik Ihrer Person und Ihrer ärztlichen Leistung. Vom Leser wird regelmäßig nicht unterschieden, ob die Bewertung überhaupt gerechtfertigt sein kann oder ob es sich offensichtlich nur um böswillige Äußerungen handelt. Der potenzielle Patient wird aufgrund der negativen Einträge und der schlechten „Schulnoten“ wohl vermutlich einen anderen Arzt oder Zahnarzt aufsuchen. Für Ihre Praxis sind daher Marketingmaßnahmen effektiv und lohnenswert und auch relativ einfach umsetzbar, derartige Bewertungsportale zu kontrollieren, gegen Schmähkritik, Beleidigungen und unwahre Behauptungen vorzugehen.

Es ist zwischenzeitlich ständige Rechtsprechung, dass Ärzte und Zahnärzte gegenüber Bewertungsportalen keinen Anspruch auf generelle Löschung ihrer Kontaktdaten von der Plattform haben, um damit eine unter Umständen negative Bewertung ihrer (zahn-)ärztlichen Tätigkeit vollständig zu verhindern. An Bewertungsportalen bestehe ein großes öffentliches Interesse, da diese wiederum Patienten helfen ihr Recht auf freie Arztwahl adäquat

wahrzunehmen. Jedoch erkannte der Bundesgerichtshof auch an, dass derartige Bewertungen einen erheblichen Eingriff in die Rechte der Ärzte darstellen und zu beruflichen und wirtschaftlichen Nachteilen führen können. Betroffene Ärzte haben daher jedenfalls einen Anspruch auf Löschung von Äußerungen, die nicht mehr der freien Meinungsäußerung unterfallen. Das bedeutet, Sie müssen sich weder beleidigen lassen noch unwahre Tatsachenbehauptungen über sich im Netz hinnehmen. Gegen Negativbewertungen stehen Ihnen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- Sie können die Portale unter Fristsetzung auffordern, den konkreten negativen Eintrag auf reine Schmähkritik und unwahre Tatsachenbehauptungen hin zu überprüfen und die betreffenden Passagen bzw. den kompletten Eintrag zu löschen.
- Bei „Wiederholungstätern“ aus dem Kreis der Patienten oder bei unzureichenden Reaktionen seitens der Bewertungsportale kann die Einschaltung eines Rechtsanwalts den notwendigen Druck aufbauen. Er kann zudem die rechtliche Differenzierung zwischen falschen Tatsachenbehauptungen und freien Meinungsäußerungen vornehmen.

- Kommen die Bewertungsportale den gerechtfertigten Löschungsaufforderungen nicht fristgerecht nach, haben Sie die Möglichkeit den Anspruch auf Überprüfung der Negativbewertung gerichtlich durchzusetzen.
- Außerdem steht Ihnen als letztes Mittel die „Strafanzeige gegen Unbekannt“ zur Verfügung, sofern die Bewertung beleidigenden Charakter hat oder nachweislich falsche Tatsachen behauptet werden. Die Ermittlungsbehörden klären dann die Identität des Bewerbers auf.

Der Einfluss von Bewertungsportalen auf Ihren ärztlichen Ruf ist unbestritten. Oft wird dieser allein durch nur zwei bis drei negative Eintragungen beeinträchtigt, egal wie viele positive Bewertungen Sie haben. Bleiben Sie also nicht untätig, sondern wehren Sie sich!



**Nadine Arbasowsky, RA in
ETL Lüdemann
Wildfeuer & Partner**
Tel.: (089) 89 05 55 50
nadine.arbasowsky@etl.de

Telemedizin: Zulässigkeit und Grenzen

Hinweise der Bundesärztekammer

Das Konzept der Telemedizin kann eine wirtschaftliche und zeitgemäße Form der Behandlung darstellen. Berufsrechtlich ist die Telemedizin aber nur begrenzt zulässig. Angesichts von Versorgungslücken in ländlichen Regionen werden die Restriktionen der Telemedizin inzwischen infrage gestellt. Die Bundesärztekammer hat mit Datum vom 11. Dezember 2015 Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung/Telemedizin) gegeben.

Was ist Telemedizin

Telemedizin ist ein Sammelbegriff für verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte, die als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden. Hierbei werden Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt.

Gesetzliche Grundlagen

§ 7 Abs. 4 MBO-Ä lautet wie folgt:

„Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.“

§ 9 Heilmittelwerbegesetz verbietet darüber hinaus die Werbung für eine Fernbehandlung (natürlich aber nicht die Fernbehandlung als solche).

Sinn und Zweck der Regelung in § 7 Abs. 4 MBO-Ä ist, dass sich der Arzt von

dem jeweiligen Patienten ein unmittelbares Bild durch die eigene Wahrnehmung verschafft und sich nicht allein auf Schilderungen des Patienten oder Informationen Dritter verlassen soll. Das Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung und die damit korrespondierende grundsätzliche Pflicht des Arztes zur persönlichen Leistungserbringung verfolgen den Zweck, nicht durch eine fehlende persönliche Untersuchung die Behandlungsqualität einzubüßen und damit die Patientensicherheit zu gefährden.

Verboten ist nur die ausschließliche Fernbehandlung

Berufsrechtlich ist die Fernbehandlung lediglich als ausschließliche Form der ärztlichen Begutachtung und Behandlung unzulässig. Eine Beratung oder eine Behandlung kann daher zu einem bestimmten Anteil durch Telemedizin erfolgen, wenn in erforderlichem Maß der persönliche Kontakt zwischen Patient und Arzt sichergestellt ist. Das setzt grundsätzlich voraus, dass sich der Patient bei einem Arzt persönlich zu Beginn der eingeleiteten Behandlung vorgestellt hat. Im Rahmen eines bestehenden Behandlungsverhältnisses muss es im weiteren Behandlungsverlauf nicht immer zu einem persönlichen Arzt-Patient-Kontakt kommen. Es ist als ausreichend anzusehen, wenn die Fortsetzung der Behandlung auf telemedizinische Anwendungen (zumindest zeitweise) beschränkt bleibt. Es ist daher beispielsweise ohne den persönlichen Kontakt zum Patienten möglich, unter Einsatz von Print- und Kommunikationsmedien einen konsularischen Rat einzuholen oder zu geben. Der Konsiliarus wird dabei grundsätzlich nicht zum (mit-)behandelnden Arzt. Die Diagnose bzw. die Anweisung des Konsiliararztes wird durch denjenigen Arzt vermittelt, der

mit dem Patienten in unmittelbarem Kontakt steht. Ebenfalls ist es zulässig, radiologische Untersuchungen ohne unmittelbaren Patientenkontakt durchführen zu lassen oder durchzuführen.

Eine Ausnahme ist darüber hinaus bei Notfällen, auch bei erster Kontaktaufnahme, anerkannt. Bei Zwischenfällen, z. B. auf hoher See, darf ausschließlich über Funk oder andere Kommunikationsmittel behandelt werden.

Für die Zulässigkeit nach § 7 Abs. 4 MBO-Ä genügt es, dass bei der „individuellen ärztlichen Behandlung“ unter Einsatz von telemedizinischen Diensten mindestens ein unmittelbar behandelnder Arzt beteiligt ist. Das bedeutet, dass mehrere Ärzte in die Behandlung eingebunden sein können, ohne dass bei allen ein unmittelbarer Patientenkontakt gegeben sein muss.

Allgemeine Erörterungen ohne Bezug zu einem bestimmten Patienten sind stets zulässig

Lediglich allgemeine Erörterungen einer medizinischen Frage ohne Bezug auf einen bestimmten Patienten und sein geschildertes Krankheitsbild sind demgegenüber stets und ohne Einschränkung zulässig. Das betrifft bspw. Begutachtungen von Therapievorschlügen eines Arztes ohne erneute Untersuchung des Patienten oder allgemeine Erläuterungen zu einer von einem anderen Arzt gestellten Diagnose. Unzulässige ärztliche Beratung oder Behandlung wird dabei nicht durch den mündlichen oder schriftlichen Hinweis zulässig, sich im Zweifelsfall persönlich an den behandelnden Arzt zu wenden.



Dr. Jens Peter Damas, RA
 FA für Steuerrecht
 ETL ADVISION Berlin
 Tel.: (030) 22 64 12 48
 jens.damas@etl.de

Einkaufskonditionen und Hochpreiser belasten den Rohertrag

In den letzten sechs Monaten haben wichtige pharmazeutische Großhändler, bei denen die Apotheken in Deutschland zu 80 bis 90 Prozent ihren Wareneinkauf beziehen, ihre Einkaufskonditionen angepasst. Deutschlandweit haben diese Großhändler sogenannte Handelsspannen definiert, also einen Mindestgewinn, den sie pro Apotheke erzielen wollen. Die Handelsspanne liegt zwischen 6,31 bis 6,34 Prozent. Dies entspricht für die Apotheke einem durchschnittlichen Packungspreis aller gekauften verschreibungspflichtigen Medikamente von ca. 21 Euro. Wenn eine Apotheke also mit dem monatlichen Bestellmix beim Großhändler diese Sollspanne unterschreitet, so erhält die Apotheke auf diesen Umsatzanteil einen Malus als Verteuerung ihrer Einkaufskonditionen. Die Begriffe für diese Abzüge sind je nach Großhändler unterschiedlich, z. B.: Bestellstrukturausgleich, Taxspannenausgleich, Konditionssicherungsausgleich (KSA), Packungswertausgleich usw. Für den Apotheker ist es deshalb schwer, die ausgewiesenen Handelsspannen der Großhändler nachzuvollziehen.

Je nach Apotheke kann dies im verschreibungspflichtigen Sortiment (das in der Regel ca. 80 Prozent der Packungen ausmacht) zwischen 250 Euro und 1.500 Euro monatliche Belastung bedeuten. Für das Jahr hochgerechnet sind das zwischen 3.000 Euro und 18.000 Euro.

Der Apotheker hat dabei auf den „Bestellmix“ kaum einen Einfluss, denn die Verordnungen richten sich nach Arztgruppe und Verordnungsstil. Insbesondere Ärzte wie Diabetologen, Neurologen, Onkologen und Internisten verordnen in der Regel Medikamente, die sehr oft den durchschnittlichen Packungspreis der Sollhandelsspannen überschreiten. Dies bedeutet einen hohen Umsatzanteil mit hohen Packungsschnitten und einer niedrigeren Packungszahl. Hingegen verordnen z. B. Kinderärzte, HNO-Ärzte, Orthopäden, Gynäkologen und Allgemeinmediziner in der Regel Medikamente in deutlich niedrigeren Packungspreissegmenten.

Eine weitere Rohertragsbelastung ergibt sich daraus, dass die Umsatzzuwächse vieler Apotheken aus dem Hochpreisbereich stammen. Wie die Apotheke Adhoc berichtet, sind allein in diesem Jahr von 45 Neueinführungen acht Medikamente mit einem Packungspreis von mehr als 10.000 Euro auf den Markt gekommen. Hiervon ist eines der wichtigsten Medikamente aus 2015 z. B. Sovaldi 400 mg zur Behandlung von Hepatitis C. Der Packungspreis liegt bei 17.855,51 Euro. Betroffene Patienten müssen dieses Präparat für einen längeren Zeitraum nehmen, so dass in der Apotheke natürlich die Umsätze deutlich steigen, aber ohne positiven proportionalen Effekt auf den Rohertrag.

Gastbeitrag



Heike Riepe
AMM Apotheken Management und Marketing GmbH
Tel.: (0231) 725 66 00
h.riepe@amm-beratung.de

Skonto ist kein Rabatt

Das Landgericht Aschaffenburg hat mit Urteil vom 22. Januar 2015 klargestellt, dass Rabatte einerseits und Skonti andererseits kaufmännisch und buchhalterisch zwei unterschiedliche Dinge sind.

Die Wettbewerbszentrale hatte einen pharmazeutischen Großhändler verklagt mit der Argumentation, dass jeder Skonto, der zusammen mit einem Rabatt eine Schwelle von 3,15 Prozent übersteigt, unzulässig sei. Hintergrund ist die mit dem AMNOG seit 2012 fixierte Großhandelsspanne: Danach erhalten die Großhändler 3,15 Prozent auf den Herstellerabgabepreis zzgl. einer Fixpauschale von 0,70 Euro pro Packung. Nur aus dem variablen Teil von 3,15 Prozent dürfen die Großhändler den Apotheken Rabatte gewähren. Die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) gibt darüber hinaus keinen Spielraum.

Da vermutet wird, dass hinter der Klage der Wettbewerbszentrale ein Wettbewerber des Großhändlers steht, soll wohl unter dem Deckmantel des Verbraucherschutzes dem ganzen Berufsstand der Apotheker die finanzielle Grundlage entzogen werden, indem der einzige Bereich, in dem der Gewerbesteuer zahlende Apotheker noch als Kaufmann tätig ist – nämlich dort, wo er die Möglichkeit hat, vom Großhandel Rabatt zu fordern –, zugunsten des Großhandels eingeschränkt werden soll.

Skonti dienen der Beschleunigung des Zahlungsverhaltens

Richtigerweise hat nunmehr das Landgericht Aschaffenburg entschieden, dass ein Rabatt ein Preisnachlass ist, mit dem das Kaufverhalten beeinflusst werden soll, während ein Skonto eine Gegenleistung dafür ist, dass der Kunde innerhalb von wenigen Tagen zahlt. Dies

zeigt sich auch in der unterschiedlichen buchhalterischen Behandlung von Rabatt und Skonto. Während ein Rabatt den Einkaufspreis reduziert, hat ein Skonto auf den Einkaufspreis überhaupt keinen Einfluss, sondern wird auf einem anderen Buchhaltungskonto verbucht.

Das Landgericht Aschaffenburg hat festgestellt, dass bei einem Rabatt der gesenkte Preis bereits bei Vertragsabschluss feststeht – und nicht erst beim Rechnungseingang. Ob er den Skonto in Anspruch nehmen möchte, kann der Kunde – hier also der Apotheker – dagegen frei entscheiden, indem er innerhalb der vorgegebenen Frist zahlt. Auf der Seite des Verkäufers wird die Liquidität erhöht und er erzielt dadurch Zinsvorteile. Die Wettbewerbszentrale hatte sich auf ein Urteil gestützt, das sie im Jahr 2011 selbst gegen einen Apotheker erstritten hatte. Dieser hatte dem Endkunden 3 Prozent Skonto gewährt. Das OLG Stuttgart hatte darin einen unzulässigen Barrabatt und einen Verstoß gegen die AMPreisV gesehen.

Hier stellte das Landgericht Aschaffenburg klar, dass es dabei um die Abgabe von Arzneimitteln auf der letzten Handelsstufe gegangen sei, also um eine Vereinbarung zwischen Apotheker und Endkunde. Dies sei auf die Handelsstufe zwischen Großhändler (bzw. Hersteller) und Apotheker nicht übertragbar. Dies ist auch nachvollziehbar, da es üblich ist, dass der Endkunde ohnehin sofort zahlt, während dies im Verhältnis zwischen Großhändler (bzw. Hersteller) und Apotheker nicht der Fall ist. Wesentlicher Zweck der AMPreisV sei, einen Preiswettbewerb auf der Ebene der Endverbraucher zu verhindern. Für die vorgelagerte Handelsstufe – Großhandel und Hersteller im direkten Vertrieb – gelte das eben gerade nicht.

Übermäßige Skonti können verdeckte Rabatte sein

In dem vom Landgericht Aschaffenburg zu entscheidenden Fall des Großhändlers stand eine Skontogewährung in Höhe von 2,5 Prozent im Raum. Sicherlich kann ein Skonto nicht in unbegrenzter Höhe gewährt werden, da ab einer bestimmten Prozenzhöhe ein versteckter Rabatt gegeben ist. Eine Skontogewährung von 5 Prozent kann sicher schnell als versteckter Rabatt gewertet werden. Die Frage, was noch ein handelsüblicher Skonto ist, muss aber nicht der Gesetzgeber festlegen, sondern dies lässt sich anhand der Marktusancen klären. Dabei kann ein Großhändler seinen Kunden auch unterschiedliche Skontosätze gewähren. Eine Differenzierung nach getätigtem Umsatz und damit nach der Höhe der umgehenden Zahlung ist sicherlich begründbar. Schließlich variieren Kontokorrentzinsen auch je nachdem, um wie viel das Konto überzogen wird. Quintessenz ist, dass Rabatt und Skonto also in Summe mehr als 3,15 Prozent betragen dürfen, ohne dass damit die AMPreisV verletzt wird.



Dr. Joachim Wüst, RA
Steuerberater
PNHR Pelka, Niemann,
Hollerbaum, Rohde
Tel.: (0221) 54 67 85 39
dr.joachim.wuest@pnhr.de

Wer die Kassendaten nicht herausgibt wird geschätzt

Der Bundesfinanzhof hatte bereits mit Urteil vom 16. Dezember 2014 bindend entschieden, dass der Apotheker verpflichtet ist, einen Export der Kassenauftragszeile in der Betriebsprüfung herauszugeben. Hiergegen hatten sich manche Apotheker mit dem Argument gewandt, selbst bei Verweigerung der Herausgabe bestehe jedenfalls keine Schätzungsbefugnis. Dem war das Finanzgericht in der ersten Instanz auch gefolgt – der Bundesfinanzhof wollte diese Auffassung aber nicht bestätigen. Zwar wäre es wünschenswert gewesen – so das Gericht –, wenn die strittige Frage, ob und inwieweit eine Vorlagepflicht überhaupt bestehe, gerichtlich geklärt worden wäre, bevor das Finanzamt Schätzungsbescheide erließ. Der Umstand, dass dies nicht geschehen sei, führe aber nicht dazu, dass die objektiv gegebene Verletzung der Herausgabepflicht

entfalle. Diese Pflichtverletzung berechtige auch dann zur Schätzung, wenn die Existenz der Herausgabepflicht streitig war, der Steuerpflichtige hierüber – ggf. auch schuldlos – irrte und die Frage erst nach Erlass der Schätzungsbescheide höchstrichterlich geklärt wurde.

Stützt sich die Schätzungsbefugnis darauf, dass der Steuerpflichtige Unterlagen nicht vorlegen kann (§162 Abs. 2 Satz 2 AO), so ist es nach höchstrichterlicher Rechtsprechung unerheblich, warum er sie nicht vorlegen kann, namentlich, ob ihn daran ein Verschulden trifft. Grundet die Schätzungsbefugnis demgegenüber darauf, dass der Steuerpflichtige Unterlagen nicht vorlegen will, so kann nichts anderes gelten, sodass in diesem Fall §162 Abs. 2 AO entsprechend anzuwenden, also zu schätzen ist.



Dr. Jens Peter Damas, RA
FA für Steuerrecht
ETL ADVISION Berlin
Tel.: (030) 22 64 12 48
jens.damas@etl.de

Physiotherapie und Osteopathie: Öl und Wasser

OLG Düsseldorf untersagt Werbung und Ausübung der Osteopathie durch Physiotherapeuten.

Das Urteil des OLG Düsseldorf vom 8. September 2015 schlägt hohe Wellen: Osteopathie anzukündigen und/oder Osteopathie auszuüben ist nur demjenigen gestattet, der eine Erlaubnis hat als Heilpraktiker tätig zu werden. Aber ist dieses Urteil neu oder verwunderlich? Aus Sicht des Juristen nicht, denn bereits mit Urteil vom 25. Juni 1970 hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden:

„Wer ohne ärztliche Approbation beruflich- oder gewerbsmäßig chiropraktische Behandlungen vornimmt, übt Heilkunde i. S. des Heilpraktikergesetzes aus und bedarf dazu der Erlaubnis. Eine erlaubnisfreie Heilhilftätigkeit ist Chiropraktiker auch dann nicht, wenn sie auf Anordnung eines Arztes ausgeführt wird, der Arzt vor Beginn die Diagnose mitteilt und ggf. aus ärztlicher Sicht weitere Hinweise für die chiropraktische Behandlung gibt.“

Nichts anderes konnte für die Osteopathie gelten. Auch der sektorale Heilpraktiker für Physiotherapie hilft nicht weiter, da dieser die Osteopathie nicht umfasst.

Gleichwohl haben einige Krankenkassen die Kosten für osteopathische Behandlungen erstattet; insbesondere die Techniker Krankenkasse hat verlauten lassen, an dieser Praxis auch jetzt noch festhalten zu wollen. Ob sich diese Sichtweise durchhalten lässt erscheint aber kritisch. Immerhin ist die Ausübung der Heilkunde durch jemanden, der weder Arzt oder Heilpraktiker ist, eine Straftat.

Die praktischen Gefahren für den Therapeuten liegen neben der berufsrechtlichen Problematik besonders in Abmahnungen nach dem Wettbewerbsrecht. Die Werbung des Therapeuten (ohne Heilpraktiker) mit der Osteopathie ist unzulässig und abmahnfähig. Jedem Therapeuten ist zu raten, seinen Web-Auftritt schnellstens durchzusehen und auch im Übrigen auf die Werbung mit den Begriffen „Osteopathie“ oder „osteopathisch“ zu verzichten. Die zu erstattenden Kosten für den gegnerischen Anwalt im Fall einer Abmahnung betragen auch ohne Gerichtsverhandlung schon etwa 1.000 Euro. Zusätzlich erfolgt die Aufforderung eine Unterlassungserklärung abzugeben, also zu versichern, dass derartige Rechtsverstöße künftig unterlassen werden.

Wenn eine entsprechende Abmahnung ins Haus flattert, dann sollten Sie auf Folgendes achten:

Geben Sie eine sog. Unterlassungserklärung nicht unter Verwendung der vom gegnerischen Anwalt vorgeschlagenen Formulierung ab, sondern nutzen Sie eine für Sie günstigere Formulierung. Sonst kann es Ihnen z. B. passieren, dass Sie, obwohl Sie die Heilpraktiker-Erlaubnis erworben haben, trotzdem nicht mit Osteopathie werben dürfen, wenn Sie den Fall des späteren Erwerbs der Heilpraktiker-Erlaubnis nicht ausdrücklich aus der Unterlassungserklärung ausgeschlossen haben.



Dr. Jens Peter Damas, RA
FA für Steuerrecht
ETL ADVISION Berlin
Tel.: (030) 22 64 12 48
jens.damas@etl.de

Direktzugang weiterhin nicht in Sicht

Physiotherapeuten bleiben auf ärztliche Verordnung angewiesen

Der Direktzugang ist eines der brennenden Themen für die Therapeuten. Was in der näheren Zukunft in diesem Bereich zu erwarten ist, hat eine kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 18/6794 – vom 9. Dezember 2015 offengelegt.

Direktzugang ist im Ausland nicht unüblich

In vielen Ländern ist der Direktzugang zum Physiotherapeuten ohne vorherige ärztliche Diagnose und Verordnung möglich. Australien hat dies bereits im Jahr 1976 eingeführt; die Niederlande, Schweden, Norwegen, Großbritannien und Kanada folgten. Der direkte Zugang ist dort Bestandteil der Regelversorgung oder wird über Modellprojekte gewährleistet. Eine holländische Studie zeigte, dass „die Behandlungsziele zu einem höheren Prozentsatz erreicht werden, wenn Patientinnen und Patienten nicht über den Arzt sondern direkt zum Physiotherapeuten kommen und dass die Direktzugang-Patienten weniger Behandlungsepisoden hatten“. Auch in Deutschland wurden einige Modellprojekte und Studien gestartet, die als erste Schritte auf dem Weg zum Direktzugang verstanden werden können.

Bundesregierung sieht Ausbildung und Mengensteuerung als Problem

Die Bundesregierung kontert dagegen: Die Vorgabe, dass in Deutschland Heilmittel nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden dürfen, soll Gesundheitsgefahren für die Patienten ausschließen. Im Fall einer Gesundheitsstörung muss vor der Entscheidung für eine bestimmte Therapie eine qualifizierte Diagnostik stehen. Andere Erkrankungen mit ähnlicher

oder identischer Symptomatik sind gegenüber der Verdachtsdiagnose in Betracht zu ziehen, Behandlungsalternativen sind zu prüfen und Kontraindikationen auszuschließen. Die dafür erforderlichen medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten sind in Deutschland nicht Teil der Ausbildung von Physiotherapeuten. Darüber hinaus dient der Arztvorbehalt auch der notwendigen Mengensteuerung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Durch die Vorgaben der Heilmittelrichtlinie und die Kontrollmöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sind die Vertragsärzte unmittelbar dem Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV unterworfen als die Heilmittelerbringer. Somit gewährleisten die Vertragsärzte durch ihre Verordnungen, dass es nur in solchen Fällen zu Heilmittelbehandlungen kommt, in denen diese medizinisch notwendig sind. Es ist zutreffend, dass in einigen Ländern der Zugang zum Physiotherapeuten unabhängig von einer ärztlichen Verordnung möglich ist. Dies ist in der Regel einem dort anderen Verständnis vom Beruf des Physiotherapeuten und infolgedessen anderen Ausbildungswegen und -inhalten zuzuschreiben. Festzustellen ist aber auch, dass in den meisten dieser Länder der Direktzugang nur für Selbstzahler möglich ist bzw. wenn physiotherapeutische Behandlungen über private Krankenversicherungen abgerechnet werden können. Nach einer 2011 veröffentlichten Studie der „World Confederation for Physical Therapy (WCPT)“, dem Dachverband der nationalen physiotherapeutischen Berufsverbände, besteht zwar in zwölf der 28 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union die Möglichkeit des Direktzugangs. Doch gilt diese Möglichkeit lediglich in vier Staa-

ten auch für solche physiotherapeutischen Behandlungen, die entweder über die Sozialversicherung oder öffentlich finanziert werden. Dabei sind diese Leistungen starken Beschränkungen unterworfen – entweder, indem sie nur an bestimmte Patientengruppen oder nur in bestimmten Einrichtungen (Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) abgegeben werden dürfen oder, indem – anders als in Deutschland – keine Niederlassungsfreiheit für Physiotherapeuten besteht.

Stellungnahme der Bundesregierung in Frage und Antwort

Frage: Wie können nach Ansicht der Bundesregierung Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung eingebunden werden, um die im Versorgungsstärkungsgesetz formulierten Ziele zu verwirklichen?

Antwort: Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer bereits umfänglich in die Versorgung eingebunden sind. Sie wird im Anschluss an die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V prüfen, ob und inwieweit weitere Maßnahmen möglich und sinnvoll sind.

Frage: Welche Ergebnisse internationaler Studien über den Direktzugang oder zu Modellprojekten sind der Bundesregierung bekannt und welche Konsequenzen zieht sie ggf. daraus?

Antwort: Der Bundesregierung sind gegenwärtig keine internationalen Studien über den Direktzugang oder zu Modellprojekten bekannt, denen eine Ausgangslage zugrunde liegt, die mit der-

jenigen der in Deutschland selbständig tätigen Physiotherapeuten vergleichbar ist. Die Bundesregierung wird weiterhin auch im Bereich der Heilmittelversorgung aufmerksam die Entwicklung der internationalen Diskussion und Studienlage verfolgen.

Frage: Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung – ggf. aus internationalen Studien – über eine mögliche Leistungsausweitung oder eine mögliche Kostensteigerung? Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung – ggf. aus internationalen Studien – über eine mögliche Kostensenkung durch eine stärker zielgerichtete Therapie und Inanspruchnahme sowie durch bessere und schnellere gesundheitliche Verbesserung?

Antwort: Die vorliegenden Studien lassen keine endgültigen Aussagen zu den gesundheitsbezogenen und ökonomischen Auswirkungen des Direktzugangs zu. Bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall sind die Befunde zur Menge abgegebener Therapieeinheiten widersprüchlich. Während in einigen Studien keine Unterschiede zwischen den beiden Zugangswegen erkennbar waren, wurde in anderen Untersu-

chungen eine um wenige Sitzungen verkürzte Behandlungsdauer bei einem Direktzugang beschrieben. Diese Befunde lassen verschiedene Interpretationen zu, da sie auf eine erhöhte Wirksamkeit der Therapien bei frühzeitigem Beginn, aber auch auf das Vorliegen leichter Beschwerden des direkt Behandelten hindeuten können. Weiterhin ungeklärt ist auch, ob der Direktzugang bezogen auf die Gesamtzahl der Behandlungsfälle zu einer Mengenausweitung führt. In diesem Fall wären eventuelle Einspar-effekte bei der Zusatzdiagnostik oder bei der Verordnung von Arzneimitteln schnell wieder aufgezehrt. In den Niederlanden, wo der Direktzugang zum Physiotherapeuten für die meisten Patienten nicht durch die obligatorische Krankenversicherung, sondern durch – dort verbreitete – private Zusatzversicherungen finanziert wird, ist nach der 2006 erfolgten Einführung des Direktzugangs der Anteil der Versicherten, die im Jahresverlauf einen Physiotherapeuten aufsuchen, von 16,8 Prozent (2005) auf 22 Prozent (2013) gestiegen. Ob dieser Anstieg in Verbindung mit der Einführung des Direktzugangs steht oder andere Ursachen hat, ist nicht geklärt.

Kurzmeldung

Änderung der Rehabilitationsrichtlinie

Ab April 2016 gilt die neue Rehabilitationsrichtlinie. Ärzte brauchen dann das Formular 60 (Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten) nicht mehr zu nutzen, um vor der Verordnung prüfen zu lassen, ob die Gesetzliche Krankenversicherung leistungsfähig ist. Rehabilitationsleistungen können dann vielmehr direkt auf dem Formular 6 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) verschrieben werden.



Dr. Jens Peter Damas, RA
FA für Steuerrecht
ETL ADVISION Berlin
Tel.: (030) 22 64 12 48
jens.damas@etl.de

Pflegestärkungsgesetz II:

Gravierende Veränderungen für Pflegebedürftige und Pflegeanbieter

Mit dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) zum 1. Januar 2016 wurden zwar grundlegende Veränderungen beschlossen; die konkrete Umsetzung erfolgt jedoch erst zum 1. Januar 2017. Grundsätzlich gilt das politische Versprechen, dass kein Pflegebedürftiger durch die Reform schlechtergestellt werden darf.

Der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff stand seit seiner Einführung in der Kritik, weil er nicht ausreichend pflegefachlich fundiert, defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet ist – somit also mehr auf körperliche und nicht auf kognitive oder psychische Beeinträchtigungen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff § 14 Abs. 1 SGB XI definiert pflegebedürftige Personen, die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen haben, Beeinträchtigungen körperlicher bzw. kognitiver oder psychischer Funktionen aufweisen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können – voraussichtlich für mindestens sechs Monate. Damit erfolgt erstmalig eine Gleichstellung körperlicher und kognitiver Defizite. Demenziell Erkrankte werden dann nicht nur per Definition, sondern auch leistungsrechtlich gleichgestellt.

Mit der konkreten Umsetzung ab dem 1. Januar 2017 erfolgt die Einstufung dann nicht mehr in drei Pflegestufen mit der gesonderten Feststellung, ob eine erheblich persönlich eingeschränkte

Alltagskompetenz (PEA/Demenz) vorliegt, sondern sie wird durch das neue Begutachtungsassessment (NBA) für alle antragstellenden Personen einheitlich in fünf Pflegegrade vorgenommen. Maßgeblich für die Einstufung ist zukünftig der Grad der Selbständigkeit einer Person in allen pflegerelevanten Bereichen. Grundlage für die Begutachtung sind sechs verschiedene Module, die unterschiedlich gewichtet werden. Der daraus resultierende Punktwert (max. 100 Punkte) zeigt die Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad an

Durch die vordergründige Berücksichtigung des Grades der bestehenden Selbständigkeit werden aber vor allem Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA/demenziell und psychisch Erkrankte) vom neuen Begutachtungsverfahren und der Eingruppierung in die jeweiligen Pflegegrade profitieren. Dies wird zu einer Zunahme der Anspruchsberechtigten führen. Nach ersten Schätzungen werden ca. 500.000 Anspruchsberechtigte zusätzlich erwartet.

Die neue Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach dem NBA betrifft zunächst nur Pflegebedürftige, die ab 2017 neu eingestuft werden. Die bisher begutachteten Pflegebedürftigen dürfen bei der Überleitung der bestehenden drei Pflegestufen in die fünf Pflegegrade nicht schlechtergestellt werden. Sie werden ohne erneute Begutachtung in das neue System übergeleitet. Für die Überleitung gelten folgende Grundsätze: Pflegebedürftige der Pflegestufen 1 bis 3+ werden automatisch in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft; Pflegebedürftige (mit PEA eingeschränkter Alltagskompetenz) werden zwei Stufen höher übergeleitet.

Pflegestufe	Pflegegrade	Pflegestufe
...	1	0
0 + PEA	2	1
1 + PEA	3	2
2 + PEA	4	3
3 + PEA	5	3+

Neben der neuen Begriffsdefinition und dem neuen Begutachtungsverfahren stellen sich auch gravierende Veränderungen im Leistungsbereich dar.

Für Leistungen des Pflegegrades 1 (§ 8a SGB XI) – dazu zählen

- Pflegeberatung
- Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI freiwillig
- Wohngruppenzuschlag § 38a SGB XI
- Pflegehilfsmittel § 40 SGB XI
- Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen § 40 SGB XI
- Zusätzliche Betreuung in stationären Einrichtungen § 43b SGB XI
- Pflegekurse für Angehörige § 45 SGB XI
- Entlastungsbetrag § 45b SGB XI
- Zuschuss für stationäre Einrichtungen § 43 Abs. 3 SGB XI

– besteht ein Anspruch i. H. v. 125 Euro als Sachleistung. Die Leistungen des Pflegegrades 1 werden damit erstmalig von allen anderen Pflegegraden gesondert aufgestellt und damit wird eine deutliche Abgrenzung zu den anderen Pflegegraden vorgenommen. Hintergrund ist die neu hinzugekommene Berücksichtigung von Pflegeversicherten, die bisher keine Anspruchsberechtigung

hatten und denen nun aufgrund des NBA Leistungen zugestanden werden (siehe untenstehende Tabelle).

Ambulante Sachleistungen erfahren ab dem 1. Januar 2017 einen deutlichen Anstieg. Hingegen kommt es im stationären Bereich in den Pflegegraden 2 und 3 zu einer deutlichen Absenkung.

Der Wohngruppenzuschlag (§38a SGB XI) erhöht sich auf 214 Euro (bisher 205 Euro), entfällt aber bei gleichzeitiger Nutzung von Tagespflegeleistungen oder anbietersverantworteten Wohngemeinschaften, es sei denn, die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe (ohne teilstationäre Pflege nach §41 SGB XI) ist nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt. In diesem Fall erfolgt eine erneute Prüfung durch den MDK.

Die Leistungen der Verhinderungspflege (§39 SGB XI) bleiben unverändert, allerdings kann das Pflegegeld für einen Zeitraum von max. sechs Wochen in einer Höhe von bis zu 50 Prozent fortgezahlt werden – bei stundenweiser Verhinderungspflege (also unter acht

Stunden pro Tag) wird sogar das volle Pflegegeld erstattet.

Auch in der Kurzzeitpflege (§42 SGB XI) bleiben die Leistungen unverändert. 50 Prozent des Pflegegeldes können jedoch bis zu acht Wochen fortgewährt werden.

Der Anspruch auf die Erstattung der zusätzlichen Betreuungsleistungen (§45b SGB XI) in Höhe von 104/208 Euro bleibt grundsätzlich erhalten. Künftig beträgt die Höhe des sog. Entlastungsbetrages 125 Euro für alle Pflegeversicherten. Wer bis zum 31. Dezember 2016 den höheren Betrag von 208 Euro bezogen hat behält diesen Anspruch, wenn die mit der Pflegereform verbundenen – höheren – Leistungen nicht ausreichen, um die bisher mit dem erhöhten Betrag nach §45b SGB XI finanzierten Leistungen auszugleichen. Steigen die Leistungen demnach nicht um mindestens 83 Euro monatlich, so gilt ein Bestandsschutz in dieser Höhe.

Der Pflegebedürftige erhält dann – wie jeder andere auch – 125 Euro zzgl. des Bestandsschutzes von 83 Euro

(insgesamt also wie bisher 208 Euro). Die Pflegekasse hat hierüber eine entsprechende Information zu erteilen.

Zusätzlich werden pflegende Angehörige (§19 SGB XI) in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert. Voraussetzung ist die Pflege eines Pflegebedürftigen mit einem Pflegegrad der Stufe 2 bis 5 für mind. zehn Stunden wöchentlich an mind. zwei Tagen. Die Pflegeversicherung zahlt in diesem Fall die Leistungen zur Arbeitslosenversicherung. Die pflegenden Angehörigen erwirken somit einen Anspruch auf Arbeitslosengeld und einen Anspruch auf Wiedereingliederung in den Beruf nach Beendigung der Pflegezeit.

Außerdem haben pflegende Angehörige künftig einen Rechtsanspruch auf Schulungen (§45 Abs. 1 SGB XI) – falls das gewünscht wird, auch in der Häuslichkeit. Hier ist nicht davon auszugehen, dass die Pflegekassen über entsprechende Schulungskapazitäten verfügen und sich durchaus ein lukratives

			Geldleistungen SGB XI				Sachleistungen SGB XI			
			Pflegegeld § 37		ambulant § 36		teilstationär § 41		stationär § 43	
PS	PS + PEA	PG	01.2015	01.2017	01.2015	01.2017	01.2015	01.2017	01.2015	01.2017
0		1		125,-		125,-		125,-		125,-
1	0+	2	244,-	316,-	468,-	689,-	468,-	689,-	1067,-	770,-
2	1+	3	458,-	545,-	1144,-	1298,-	1144,-	1298,-	1330,-	1262,-
3	2+	4	728,-	728,-	1612,-	1612,-	1612,-	1612,-	1612,-	1775,-
3+	3+	5	728,-	901,-	1995,-	1995,-	1995,-	1995,-	1995,-	2005,-

Geschäftsfeld für Pflegedienste eröffnen könnte.

Beratungseinsätze nach §37 Abs. 3 SGB XI sind für die Pflegegrade 2 bis 5 Pflicht, für den Pflegegrad 1 ist dies freiwillig. Die Beratungseinsätze für die Pflegegrade 1 bis 3 (23 Euro) erfolgen halbjährlich und für die Pflegegrade 4 und 5 vierteljährlich (33 Euro).

FAZIT

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird jetzt endlich Wirklichkeit. Diese einschneidende Pflegereform bringt positive Veränderungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, denn der tatsächliche Unterstützungsbedarf

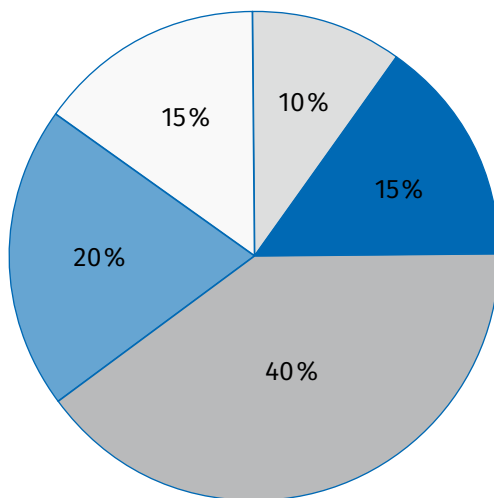
wird besser erfasst. Über die Leistungshöhe entscheidet künftig, wozu jemand noch selbst in der Lage ist und wie Unterstützung benötigt wird, unabhängig davon, ob jemand an einer Demenz oder an einer körperlichen Einschränkung leidet. Nach ersten Schätzungen werden ca. 500.000 Anspruchsberechtigte (Pflegegrad 1) zusätzlich erwartet. Pflegenden Angehörigen werden auch in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert.

Über die grundlegenden Änderungen des PSG II im stationären Bereich informieren wir Sie in der nächsten Ausgabe des ETL Gesundheitsbriefes.



Sabine Gundlach
Dipl.-Pflegerin
ETL Fachberatung
für Pflegeeinrichtungen
 Tel.: (030) 22 64 12 48
 sabine.gundlach@etl.de

Module und deren Gewichtung



- 1. Mobilität
- 2. Kognitive / kommunikative Fähigkeiten
- 3. Verhaltensweisen / deren Problemlagen
- 4. Selbstversorgung
- 5. Umgang mit krankheits- bzw. therapiebedingten Anforderungen
- 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Neue Verordnung über die Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote (AnBEFVO) wird 2016 in Kraft treten.

Preisobergrenze 20 Euro pro Stunde für Einzelangebote

NRW hat den Entwurf einer Verordnung für die Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote (AnBEFVO) vorgelegt. Die Verordnung wird bundesweit mit Interesse beäugt, da sie für die Umsetzung in den anderen Ländern Pate stehen könnte. Sie wird im Laufe des Jahres 2016 in Kraft treten. Möglicherweise werden sich in der Schlussphase des Gestaltungsprozesses auch noch einige Änderungen ergeben.

Der Entwurf der Verordnung regelt die Voraussetzungen und das Verfahren der Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote im Sinne des § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI. Die Änderungen durch das PSG II sind im Verordnungsentwurf noch nicht berücksichtigt. Die Anforderungen dieser Verordnung gelten auch für die bereits vor Inkrafttreten dieser Verordnung anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote.

Zu den wesentlichen Neuerungen im Rahmen des PSG I gehören der Ausbau bestehender Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege und die Einführung von Entlastungsleistungen zugunsten Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen. Leistungen der Grundpflege und der Behandlungspflege dürfen nicht zum vorgesehenen und anzuerkennenden Leistungsinhalt von Angeboten im Sinne dieser Verordnung zählen.

Anerkennungsfähige Betreuungsangebote sind Angebote, die eine individuelle, personenbezogene Betreuung der anspruchsberechtigten Personen in Gruppen oder im häuslichen Bereich beinhalten oder der Unterstützung oder Beratung pflegender Angehöriger bei der Betreuung ihrer Angehörigen dienen.

Niedrigschwellige Entlastungsangebote können in hauswirtschaftliche Unterstützung, Alltagsbegleitung und Pflegebegleitung untergliedert werden. Die hauswirtschaftliche Unterstützung setzt einen engen Zusammenhang mit der Haushaltsführung voraus und kann neben der Unterstützung insbesondere auch die Übernahme bestimmter Tätigkeiten umfassen, wenn eigene Potenziale selbständigen und selbstbestimmten Handelns der Versicherten an ihre Grenzen stoßen. Entlastungsleistungen umfassen dabei keine Aufgaben, die nicht zwingend erforderlich für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sind und nicht zur gesellschaftlichen Teilhabe beitragen, wie z. B. die Übernahme von Autowäschen oder Fassadenanstrichen. Mögliche Entlastungsleistungen im Sinne einer Alltagsbegleitung sind z. B. die Begleitung zum Einkaufen, zum Gottesdienst oder zum Friedhofsbesuch oder dienen als Unterstützung beim Umgang mit Behördenangelegenheiten und zur Ermunterung der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte. Entlastungsleistungen im Sinne einer Pflegebegleitung sollen die pflegenden Angehörigen bei der Bewältigung des Pflegealltags, z. B. durch die Hilfe bei der Strukturierung und Organisation der Pflege, die Stärkung zur Selbstfürsorge und Selbsthilfe und die Unterstützung bei der Vermittlung von weiteren Hilfsangeboten, unterstützen.

Mögliche Leistungserbringer

Angebote nach dieser Verordnung können erbracht werden von:

1. nach § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Pflegeeinrichtungen,
2. sonstigen Anbieterinnen und

Anbietern ohne Versorgungsvertrag nach § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mit sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten,

3. Einzelkräften, die ihre Leistungen im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit oder eines unmittelbaren Beschäftigungsverhältnisses mit einer Person nach § 2 erbringen,
4. juristischen Personen des öffentlichen Rechts und Einrichtungen zur Förderung gemeinnütziger, mildtätiger und kirchlicher Zwecke, die ehrenamtlich tätige Personen einsetzen oder
5. qualifizierten Einzelpersonen, die auf der Basis eines freiwilligen, bürgerschaftlichen Engagements mit besonderem persönlichem Bezug ehrenamtlich tätig werden.

Die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Angebotes sind, dass

1. der Ort der beabsichtigten Leistungserbringung in Nordrhein-Westfalen liegt,
2. es auf Dauer und Regelmäßigkeit angelegt ist,
3. die Leistungen durch angebotsbezogen qualifizierte Personen erbracht werden und mindestens eine Fachkraft in Aufsichts- und Anleitungsfunktion vorhanden ist,
4. ein ausreichender Versicherungsschutz besteht für Schäden, die bei der Leistungserbringung verursacht werden,
5. dem Angebot eine Leistungs-

beschreibung sowie Angaben zur Qualitätssicherung schriftlich zugrunde liegen und

6. Anbieterinnen und Anbieter die notwendige Zuverlässigkeit besitzen und gewährleisten, dass auch die leistungserbringenden Personen über die notwendige Zuverlässigkeit verfügen.

Transparente Angebote mit gesetzlicher Preisobergrenze

Angebote werden nur anerkannt, wenn für Leistungen nicht mehr als 25 Euro pro Stunde abgerechnet werden. Hierin enthalten sind alle Nebenkosten, ausgenommen angemessene Fahrtkosten. Handelt es sich um ein gruppenbezogenes Angebot, das gleichzeitig drei oder mehr anspruchsberechtigten Personen zugute kommt oder um ein Angebot, welches ausschließlich hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen beinhaltet, beträgt der maximale Abrechnungsbetrag 20 Euro pro Stunde. Die Fahrtkosten müssen, wie die Preise für die Betreuungs- und Entlastungsleistungen, im Vorfeld den Nutzerinnen und Nutzern transparent dargelegt werden. Die Landesregierung prüft alle zwei Jahre unter Berücksichtigung der allgemeinen Preissteigerung Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der maximal anererkennungsfähigen Entgelthöhe.

Die Anbieter müssen ihr Angebot transparent in einer Leistungsbeschreibung darstellen. Diese legt dar, welche Leistungen die Nutzer erwarten können und welche Gegenleistung hierfür zu erbringen ist. Sie ist den Nutzern auszuhändigen. Die Leistungsbeschreibung hat mindestens folgende Angaben zu beinhalten:

1. Name und Kontaktdaten der Anbieterin oder des Anbieters,
2. Zielgruppen und Regelmäßigkeit,
3. Leistungsangebote,

4. Zeitumfang und Preise der Angebote,

5. bei Gruppenangeboten das vorgesehene Verhältnis von betreuenden Personen zu betreuten Personen,

6. Qualifizierung der Fachkraft und der leistungserbringenden Personen, einschließlich Schulungen sowie Fort- und Weiterbildungen.

Der zuständigen Behörde ist jeweils bis zum 31. März des Folgejahres durch ausdrückliche Erklärung zu bestätigen, dass die Anerkennungs Voraussetzungen weiterhin vorliegen, die Zahl der Nutzenden ist zu nennen sowie eine Übersicht über die eingesetzten Kräfte und die durchgeführten Fortbildungs- und Schulungs-Maßnahmen ist vorzulegen.

Qualifikation der Betreuungskräfte

Es ist stets die fachliche Aufsicht und Begleitung der Angebote durch eine entsprechend ausgebildete Fachkraft erforderlich. Die Definition Fachkraft wird an das WTG angeglichen (einheitlicher Fachkraftbegriff). Für hauswirtschaftliche Unterstützung können auch Familienpflegerinnen und Familienpfleger oder Hauswirtschaftsfachkräfte als Fachkräfte die Anleitung und Begleitung übernehmen. Hauswirtschaftsfachkräfte sind Personen, die in einer erfolgreich abgeschlossenen dreijährigen Ausbildung oder einem Studium die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse erworben haben, um die hauswirtschaftliche Versorgung (Ernährung, Verpflegung, Reinigung, Wäscheversorgung) der Nutzerinnen und Nutzer zu organisieren, zu planen, durchzuführen sowie dabei durch Einhaltung der Hygieneanforderungen einen ausreichenden Schutz vor Infektionen zu gewährleisten.

Leistungserbringende Personen haben eine für die Erbringung der Tätigkeit erforderliche Qualifikation vorzuweisen.

Hierzu ist, sofern die Person nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich Pflege verfügt, mindestens eine Basisqualifikation erforderlich. Ferner müssen die jeweils leistungserbringende Person und die Nutzerin oder der Nutzer über eine gemeinsame sprachliche Ebene zur Kommunikation verfügen.

Die Basisqualifizierung berücksichtigt mindestens folgende Inhalte:

1. Basiswissen über Krankheits- und Behinderungsbilder und Umgang mit Personen in der jeweiligen Zielgruppe,
2. auf das Handlungsfeld abgestimmte wesentliche inhaltliche Grundsätze (beispielsweise der Haushaltsführung und Hauswirtschaft oder der Betreuungsangebote),
3. angemessenes Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen,
4. Wahrnehmung des sozialen Umfeldes und des bestehenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfs,
5. Grundkenntnisse der besonderen Anforderungen an die Kommunikation mit Personen in der jeweiligen Zielgruppe,
6. Selbstmanagement und Reflexionskompetenz,
7. Rahmenbedingungen und
8. Möglichkeiten der Konfliktlösung.

Die Basisqualifizierung muss durch eine Fachkraft erbracht werden und mindestens 40 Stunden umfassen. Die leistungserbringenden Personen müssen regelmäßig an Schulungen bzw. Fortbildungen teilnehmen, die den Umfang eines Schulungstages pro Jahr aufweisen. Art und Umfang der Schulungen bzw. Fortbildungen sind auf das jeweili-

ge Angebot und die Zielgruppe auszurichten.

Einzelkraft benötigt Kooperation mit einer Fachkraft

Eine Einzelkraft muss eine Kooperation mit einer Fachkraft vorweisen und eine Qualifikation gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des §87b SGB XI beschlossen wurden oder eine dieser vergleichbaren Qualifikation. Diese Vergleichbarkeit muss nun durch die Bezirksregierungen anerkannt werden. Einzelkräfte können nun in einem unmittelbaren Beschäftigungsverhältnis zum Nutzer der Angebote stehen. Zwischen der Anbieterin/dem Anbieter und den Nutzenden besteht ein Arbeitsverhältnis, in welchem die Regelungen des Arbeitszeitgesetzes und des Mindestlohngesetzes beachtet werden müssen. Hierdurch soll eine legale Alternative zu einem „Graubereich“ der Pflege- und Betreuungsleistungen, in dem überwiegend osteuropäischen Pflege- und Betreuungskräfte ihre

Dienstleistungen in privaten Haushalten erbringen, geschaffen werden. Für die Betreuung, Aufsicht und Vermittlung der Einzelkräfte, die in einem unmittelbaren Beschäftigungsverhältnis stehen, ist eine Koordinierungsstelle zuständig. Sie hat darauf zu achten, dass ein Musterarbeitsvertrag zur Grundlage des Beschäftigungsverhältnisses zwischen der Einzelkraft und der Nutzerin/dem Nutzer wird und die einschlägigen Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes und des Mindestlohngesetzes eingehalten werden. Weiterhin hat sie eine 24-stündige pflegfachliche Rufbereitschaft einzurichten, wenn eine Einzelkraft nicht über eine Qualifikation als Fachkraft verfügt. Die Koordinierungsstelle schließt mit den Einzelkräften einen Vertrag über die für die Einzelkräfte zu erbringenden Leistungen. Vor der Aufnahme ihrer Tätigkeit bedarf die Koordinierungsstelle der Zulassung durch die zuständige Behörde.



Dr. Jens Peter Damas, RA
FA für Steuerrecht
ETL ADVISION Berlin
Tel.: (030) 22 64 12 48
jens.damas@etl.de

Die Krankenhausreform 2016

Welche Auswirkungen hat das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG)?

Am 5. November 2015 hat der Bundestag das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSKG) verabschiedet. Das Gesetz, das nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, ist zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Im Mittelpunkt des KHSKG stehen deutliche Veränderungen in folgenden Gesetzen:

- Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
- Krankenhaus-Entgeltgesetz (KHEntG)
- Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Mit dem KHSKG will die Bundesregierung durch eine Vielzahl von Gesetzesänderungen letztlich die im Koalitionsvertrag vereinbarte Krankenhausreform auf den Weg bringen. Zentrale Themen des Gesetzes sind die Betonung der Qualität in der stationären Versorgung, der Ausbau der Pflege, die Verbesserung der Versorgungsstruktur und eine Neujustierung der Mengensteuerung. Durch die Elemente Qualität und Patientenbezug soll vor allem die Krankenhausplanung und -vergütung neu ausgerichtet und um regionale Versorgungsaspekte ergänzt werden.

I. Qualität rückt in den Vordergrund

1. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wird das Kriterium „Qualität“ als weiterer Maßstab der künftigen Krankenhausplanung eingeführt. Der § 1 Abs. 1 KHG wird um das Ziel der qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung erweitert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gesetzlich beauftragt, Qualitäts-

indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die als Kriterien für die Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind. Dabei wird er von dem neu gegründeten „Institut für Qualitätssicherung“ und Transparenz im Gesundheitswesen unterstützt. Künftig wird eine qualitativ nicht ausreichende Leistungserbringung Konsequenzen für die Aufnahme und den Verbleib im Krankenhausplan eines Landes haben.

2. Ein Krankenhausträger muss künftig jährlich gegenüber den Kostenträgern darlegen, dass er die erforderliche Mindestmenge einer Leistung im jeweils nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht. Zudem wird ausdrücklich klargestellt, dass ein Krankenhaus, das eine Leistung erbringt, obgleich es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, keine Vergütung erhält.
3. Bei der Krankenhausvergütung wird künftig ergänzend auf Qualitätsaspekte geachtet; so werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt, die entweder in außerordentlich guter oder in unzureichender Qualität erbracht werden.
4. Durch den Abschluss von Qualitätsverträgen soll erprobt werden, inwieweit sich Verbesserungen in der stationären Versorgung durch die Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsstandards und darauf abstellende zusätzliche Anreize erreichen lassen.
5. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden patientenfreundlicher gestaltet, indem besonders

patientenrelevante Informationen in übersichtlicher Form zusätzlich in einem speziellen Berichtsteil klar und verständlich darzustellen sind.

II. Stärkung der Pflege

Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung wird ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet: 2016 bis 2018 macht das bis zu 660 Mio. Euro aus. Die neu geschaffenen Stellen sollen ausschließlich der Pflege am Bett zukommen. Nach dem Ende des Förderprogramms verbleiben ab 2019 zusätzliche Mittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Mio. Euro im Krankenhausbereich. Der Versorgungszuschlag (500 Mio. Euro) wird ab 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt werden, der Anreize setzen soll, dass eine angemessene Pflegeausstattung vorgehalten wird. Tarifierungsanpassungen, welche die Obergrenze von Preiszuwächsen überschreiten, werden künftig zumindest teilweise von den Kostenträgern refinanziert.

III. Krankenhausfinanzierung – Mehr Geld zur Verbesserung der Versorgungsstruktur

1. Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA erwachsen und die noch nicht bei der Kalkulation der DRGs und bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden konnten, besteht die Möglichkeit zur Vereinbarung von befristeten krankenhausespezifischen Zuschlägen.
2. Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen werden präzisiert. Die Landesregierungen werden

ermächtigt, regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungen Rechnung zu tragen.

3. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten in Abhängigkeit von den vorgehaltenen Notfallstrukturen zu differenzierende Zuschläge. Für nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser ist ein Abschlag vorzusehen.
4. Die Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben, die nicht bereits mit den Entgelten für die stationäre Versorgung finanziert werden, werden präzisiert. Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen des KHEntgG oder Regelungen des SGB V vergütet werden; sie können auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören.
5. Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung an den einheitlichen Basisfallwertkorridor vermindert.
6. Für die Kalkulation der Entgeltsysteme im Krankenhausbereich soll künftig eine „sachgerechte“ und „repräsentative“ Grundlage entwickelt werden. Mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten sollen analysiert und geeignete Maßnahmen zum Abbau bestehender Übervergütungen ergriffen werden.

IV. Neuausrichtung der Mengensteuerung

1. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben im Jahr 2016 mit Wirkung für das DRG-System 2017 die Bewertung von voll- und teilstationären Krankenhausleistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken oder abzustufen.
2. Für das Jahr 2017 wird die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert aufgehoben. Stattdessen werden die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen verursachungsgerecht bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt.

V. Strukturfonds – Keine Verbesserung der Finanzierung notwendiger Investitionen

Die Bundesländer müssen auch künftig die notwendigen Mittel zur Finanzierung der Investitionen für die Krankenhäuser bereitstellen. Der Beitrag der Länder zur Investitionsfinanzierung wird voraussichtlich in den kommenden Jahren nicht steigen. Dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser wurde im KHSG kein Raum eingeräumt.

In einem zusätzlichen Strukturfonds werden einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt, sofern die Länder den gleichen Beitrag leisten. Die Länder haben sich dazu verpflichtet, diese Mittel zusätzlich bereitzustellen. Der Fonds dient der Förderung des Abbaus von Überkapazitäten, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie der Umwandlung von Krankenhäusern in

nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize). Diese Mittel werden zwar zusätzlich zu der bestehenden Investitionsförderung zur Verfügung gestellt, dienen aber nicht der notwendigen Stärkung der Investitionskraft der Krankenhäuser.



**Andrea Gatzmaga, RAin
FAin für Medizinrecht
Dipl.-Pflegerin
WRG Audit GmbH**
Tel.: (0511)904 98 29
gatzmaga@wrg-audit.de



**Dr. Marc-Alexander Vaubel,
LL.M, WP, StB,
WRG Audit GmbH**
Tel.: (05241)870 50
vaubel@wrg-audit.de



**Carsten Schäfer
WRG Consulting GmbH**
Tel.: (0511)90 49 80
schaefer@wrg-consulting.de

Nachtarbeitszuschlag bei Dauernachtarbeit regelmäßig bei 30%

(BAG, Urteil v. 9. Dezember 2015 - 10 AZR 423/14)

Gemäß § 6 Abs. 5 ArbZG haben Nachtarbeitnehmer grundsätzlich einen gesetzlichen Anspruch auf einen angemessenen Nachtarbeitszuschlag oder auf eine angemessene Anzahl bezahlter freier Tage. Der Ausgleich ist für die Arbeit während der Nachtzeit zwischen 23 und 6 Uhr, in Bäckereien und Konditoreien zwischen 22 und 5 Uhr zu gewähren. Nachtarbeit ist jede Arbeit, die mehr als zwei Stunden der Nachtzeit umfasst. Nachtarbeitnehmer im Sinne der Regelung ist jedoch nur derjenige, der Nachtarbeit normalerweise in Wechselschicht oder an mindestens 48 Tagen im Kalenderjahr leistet. Der Arbeitgeber kann wählen, ob er den Ausgleichsanspruch durch Zahlung von Geld, durch bezahlte Freistellung oder durch eine Kombination von beidem erfüllt. Wenn das Arbeitsverhältnis zwischen den Parteien beendet ist, kommt allerdings ausschließlich die Zahlung eines Zuschlags in Betracht.

Durch den Ausgleich sollen nach dem Willen des Gesetzgebers die mit der Nachtarbeit verbundenen gesundheitlichen Belastungen kompensiert werden. Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall ein Zuschlag für Nachtarbeit in Höhe von 25 Prozent des Grundstundenlohns bzw. eine entsprechende Anzahl freier Tage angemessen.

Die Entscheidung des BAG

Das Bundesarbeitsgericht (BAG, Urteil v. 9. Dezember 2015 - 10 AZR 423/14) hat nun klargestellt, dass sich der Anspruch regelmäßig auf 30 Prozent bzw. eine entsprechende Anzahl freier Tage

erhöht, sofern der Arbeitnehmer dauerhaft zur Nachtarbeit herangezogen wird. Begründet wird dies im Wesentlichen damit, dass nach gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen bei Dauernachtarbeit eine gegenüber der „normalen“ Nachtarbeit nochmals erhöhte gesundheitliche Belastung vorliegt. Daher erscheint auch die Erhöhung des Regelsatzes als angemessen.

Praxishinweise

Die angemessene Höhe ist gesetzlich nicht festgelegt; sie ist nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände (Art der Arbeitsleistung bzw. Beanspruchung, dauerhafter Einsatz in Nachtarbeit oder Wechselschicht, Art des Schichtsystems, besondere Erschwernisse, regionale Wirtschaftsschwäche usw.) zu bestimmen. So kann der Ausgleich nach Ansicht des BAG geringer ausfallen, wenn beispielsweise in die Nachtarbeit Arbeitsbereitschaft fällt und es daher auch Phasen der Entspannung gibt (vgl. BAG, Urteil v. 11. Februar 2009 - 5 AZR 148/08). Der erhöhte Regelsatz von 30 Prozent dürfte daher bei Arbeitnehmern im Gesundheitswesen, in deren Nachtarbeit in nicht unerheblichem Ausmaß reine Arbeitsbereitschaft fällt, nicht zum Tragen kommen.

Für alle übrigen Nachtarbeitnehmer ohne nennenswerte Anteile von Arbeitsbereitschaft begründet das Urteil einen unmittelbaren Anspruch auf den erhöhten Ausgleich. Auch arbeitsvertragliche Vereinbarungen, die einen geringeren Zuschlag für Dauernachtarbeit vorsehen, werden insoweit überlagert.

Die Entscheidung hat jedoch keine Auswirkungen auf Arbeitsverhältnisse, auf die ein Tarifvertrag Anwendung findet, der einen Nachtarbeitszuschlag ausdrücklich regelt. Viele Gehaltstarifverträge im Gesundheitswesen sehen bereits einen Ausgleich für Nachtarbeit vor und sind insoweit abschließend. Ob diese Tarifverträge anwendbar sind und insoweit eine abschließende Regelung beinhalten, sollte jeweils im Einzelfall geklärt werden.



Dr. Till Thomas, RA
FA für Arbeitsrecht
ETL Rechtsanwälte Berlin
 Tel.: (030) 22 64 12 20
 till.thomas@etl.de

Kann ein Arzt rückwirkend krankschreiben?

LAG Rheinland-Pfalz (Urteil vom 4. März 2015 – 2 Sa 31/14)

Obwohl viele Arbeitgeber an der rechtmäßigen Krankschreibung ihrer Arbeitnehmer hin und wieder zweifeln, fühlen sie sich anscheinend ohnmächtig. Dabei lohnt es sich aus Arbeitgebersicht durchaus, die Daten der Ausstellung jeder Arbeitsunfähigkeits- und Folgebescheinigung sowie des Krankheitsbeginns stets zu überprüfen, denn diese könnten dafür sprechen, dass eine Krankheit nur vorgetäuscht ist. Legt beispielsweise ein Arbeitnehmer zum Nachweis seiner Arbeitsunfähigkeit eine Krankschreibung vor, durch die eine Krankheit auch für die Zeit vor der tatsächlichen Vorstellung beim Arzt bescheinigt wird (sog. rückwirkende Krankschreibung), ist dies zu Recht stets mit Vorsicht zu genießen. Denn wie soll ein Arzt eine Krankheit beweiskräftig bescheinigen, die er nicht (mehr) taggenau selbst feststellen kann?

Die Entscheidung des LAG

Das LAG Rheinland-Pfalz hat dazu entschieden, dass der Beweiswert einer rückwirkenden ärztlichen Krankschreibung ausnahmsweise erhalten bleibt, wenn sich der Arbeitnehmer durchgehend bei dem das spätere Attest ausstellenden Arzt in Behandlung befand und dieser regelmäßig Krankengeldauszahlungsscheine zur Vorlage bei der Krankenkasse ausgestellt hat.

Die Parteien stritten über die Frage, ob die Arbeitnehmerin in einem bestimmten (längeren) Zeitraum ab dem 2. Januar 2013 arbeitsunfähig erkrankt war. Der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mittels Folgebescheinigungen wies eine zeitliche Lücke auf. Die Arbeitnehmerin hatte daher – ergänzend zu den Folgebescheinigungen – die lückenlosen Krankengeldauszahlungsscheine sowie eine ärztliche Bestätigung vorgelegt, die für den gesamten

zurückliegenden Zeitraum ausgestellt worden war. Die Bestätigung vom 3. Februar 2014 lautete wörtlich:

„Die oben genannte Patientin befindet sich seit dem 02.01.2013 regelmäßig in unserer fachärztlichen Behandlung und ist ab diesem Datum durchgehend arbeitsunfähig erkrankt.“

Der Arbeitgeber hatte die Arbeitsunfähigkeit bestritten und der Bestätigung den erforderlichen Beweiswert abgesprochen.

Das LAG meinte allerdings, dass die Arbeitnehmerin ihre lückenlose Arbeitsunfähigkeit trotz der rückwirkenden Bescheinigung ordnungsgemäß nachgewiesen hätte. Zur Begründung hat es darauf abgestellt, dass sich die Arbeitnehmerin durchgehend bei dem die Bestätigung ausstellenden Arzt in Behandlung befunden und dieser auch regelmäßig die Auszahlungsscheine für die Krankenkasse erstellt hatte. Daraus ergab sich die Legitimation für den Arzt, auch nachträglich eine durchgängig bestehende Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen.

Praxishinweise

Die Ausnahme bestätigt die Regel, dass es rückwirkenden Krankschreibungen an Glaubwürdigkeit mangelt. Die Entscheidung betrifft ein in der Praxis sehr häufig auftretendes Problem. Da ein Arbeitnehmer nach dem gesetzlichen Regelfall gem. § 5 Abs. 1 EFZG erst nach einer Krankheitsdauer von mindestens drei Kalendertagen eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorzulegen hat, kommt es vor, dass der Arzt beispielsweise erst am dritten Tag aufgesucht und dann gebeten wird, die Arbeitsunfähigkeit rückwirkend zu bescheinigen. Darf der Arzt dies, obwohl er

den Patienten erst am dritten Tag der vorgeblichen Krankheit zu Gesicht bekommt?

Grundsatz: Keine Rückdatierung

Grundsätzlich: Nein. Nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu max. zwei Tagen ist nach § 5 Abs. 3 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag zulässig. Das betrifft auch die rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit. Denn die notwendigen medizinischen Feststellungen hinsichtlich einer Arbeitsunfähigkeit für einen länger als zwei Tage zurückliegenden Zeitraum können grundsätzlich nicht mehr mit der erforderlichen Sicherheit getroffen werden. Daher ist im Fall einer nachwirkenden Krankschreibung über zwei Tage hinaus in der Regel von der Erschütterung des Beweiswertes eines solchen Attestes auszugehen (LAG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 30. Mai 2008 – 3 Sa 195/07).

Nachwirkende Krankschreibung von zwei Tagen möglich

Wird die Bescheinigung für länger als zwei Tage rückwirkend ausgestellt, kann der Arbeitgeber ihren Beweiswert mit Recht anzweifeln, es sei denn, es sprechen zusätzliche Umstände dafür, dass der Arzt verlässliche Kenntnis über die in der Vergangenheit liegende Krankheitsgeschichte des Patienten hat. Diese Umstände waren im vorliegenden Fall aus Sicht des LAG ausnahmsweise gegeben, da sich die Arbeitnehmerin während des gesamten streitigen Zeitraums nachweislich in der ärztlichen Behandlung des bescheinigenden Arztes befunden hatte.

Was zudem vielen Arbeitgebern und Arbeitnehmern nicht bekannt ist, ist die auch nach Ablauf der 6-w6chigen Entgeltfortzahlung fortbestehende Pflicht des Arbeitnehmers, eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit durch lückenlose Vorlage von Folgebescheinigungen nachweisen zu müssen. Verletzt der Arbeitnehmer schuldhaft die sich aus § 5 Abs. 1 EFZG ergebenden Anzeige- und Nachweispflichten, so rechtfertigt dies nach vorheriger Abmahnung eine

Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Der von einem Arzt zur Vorlage bei der Krankenkasse ausgestellte „Krankengeldauszahlungsschein“ ist nur dann als ordnungsgemäßer Nachweis der Arbeitsunfähigkeit anzusehen, wenn sich hieraus das voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit ergibt; ein Vermerk, der Arbeitnehmer sei „weiter arbeitsunfähig“, ist insoweit nicht ausreichend (LAG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 4. April 2007 – 7 Sa 108/07).



**Dr. Till Thomas, RA, FA für Arbeitsrecht
ETL Rechtsanwälte Berlin**

Tel.: (030) 22 64 12 20
till.thomas@etl.de

ETL Veranstaltungskalender

In den nächsten Monaten stehen wieder viele Informationsveranstaltungen und Workshops an. Wir halten Sie auf dem Laufenden.

ETL ADVISION zusammen mit dem bad e. V. auf der Altenpflege Messe Hannover

Die Altenpflege ist die Leitmesse der Pflegewirtschaft. Hier treffen sich Entscheider, Führungs- und Fachkräfte. ETL ADVISION ist wieder am Stand des bad e. V. vertreten. Unsere Steuerberater, Pflegewirtin und Vertriebsmitarbeiter sind vor Ort, um Sie zu beraten und sich mit Ihnen auszutauschen. Nutzen Sie die Altenpflege in Hannover, um persönlich mit uns in Kontakt zu kommen.

Wann: 08.–10.03.2016

Wo: Messe Hannover

Uhrzeit:

08.–09.03.2016, 9–18 Uhr

10.03.2016, 9–17 Uhr

Kosten:

15,00 € Tageskarte

24,00 € Dauerkarte

ETL Pflegefachtag 2016

Unsere neue Veranstaltungsreihe in 2016 – der ETL Pflegefachtag. Unsere ETL ADVISION-Steuerberater und unsere Fachberaterin für den Pflegebereich präsentieren Ihnen an diesem Tag zwei spannende Themen aus der Pflegewelt. Die Veranstaltungen finden bundesweit statt. Die Veranstaltung ist für Sie kostenfrei.

Informieren Sie sich über die Termine in Ihrer Nähe auf www.etl-pflegefachtag.de

Wann: Termine unter

www.etl-pflegefachtag.de

Wo: bundesweit

Kosten: kostenlos

ExpertenFORUM für Pflegedienste in Andalusien

Einmal im Jahr laden ETL ADVISION und opta data zum Branchenevent ExpertenForum für Pflegedienste. Auch in diesem Jahr geht es wieder an einen Ort, an dem die Teilnehmer hervorragend „tagen und genießen“ können. Die diesjährige Veranstaltung findet vom 9.–12. Juni 2016 im spanischen Andalusien statt. Wie gewohnt erwarten die Teilnehmer informative Vorträge zu aktuellen Themen und ein spannendes Rahmenprogramm. Die ETL ADVISION-Zentrale fixiert derzeit mit der opta data die letzten Programmpunkte.

Weitere Infos folgen auf unserer Homepage www.etl-advision.de

Wann: 09.–12.06.2016

Wo: Andalusien

Kosten:

Werden noch abgestimmt

ExpertenFORUM Heilmittel

ETL ADVISION und opta data führen seit Jahren mit Erfolg die bundesweite Veranstaltungsreihe „ExpertenFORUM für Heilmittelerbringer“ durch. Auf den Veranstaltungen präsentieren unsere ETL ADVISION-Steuerberater die für die Heilmittelerbringer wichtigen steuerlichen Neuerungen oder wichtige Steuerthemen.

Informieren Sie sich über unsere aktuellen Themen auf unserer Homepage unter www.etl-advision.de

Wann: Termine unter

www.etl-advision.de

Wo: bundesweit

Kosten: kostenlos

ExpertenFORUM Pflege

ETL ADVISION und opta data führen ebenfalls erfolgreich die bundesweite Veranstaltungsreihe „ExpertenFORUM für Pflegedienste“ durch.

Unsere ETL ADVISION-Berater bieten den Teilnehmern spannende Themen aus der Pflegebranche. Informieren Sie sich über die aktuellen Termine auf unserer Homepage www.etl-advision.de

Wann: Termine unter

www.etl-advision.de

Wo: bundesweit

Kosten: kostenlos