

15. Düsseldorfer Medizinstrafrechtstag Brennpunkte des Arztstrafrechts

Drei Klassiker der arbeitsrechtlichen Compliance im Gesundheitswesen

Dr. Eva Rütz, LL.M.

Inhaltsverzeichnis

- I. Scheinselbstständigkeit bei Ärzten
- II. Risiken im Bereich des Drittpersonaleinsatzes
- III. Vergütungsgestaltung mit Ärzten



1

Scheinselbstständigkeit bei Ärzten

Grundzüge des Sozialversicherungsrechts

§ 7 Abs. 1 SGB IV:

Beschäftigung ist die **nichtselbständige Arbeit**, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis. Anhaltspunkte für eine Beschäftigung sind eine **Tätigkeit nach Weisungen** und eine **Eingliederung in die Arbeitsorganisation** des Weisungsgebers.

Freie Mitarbeit, selbstständige Arbeit

- Flexibilität
- Unternehmerisches Risiko beim freien Mitarbeiter
- Kein Kündigungsschutz
- Steuerrechtliche Vorteile

Nichtselbstständige Arbeit

- Örtliche, zeitliche und fachliche Weisungsgebundenheit, Einbindung in die Arbeitsorganisation
- Persönliche Leistungsverpflichtung
- Fehlen einer Risikozuweisung

Grundlagen des Sozialversicherungsrechts

Freie Mitarbeit im Gesundheitsbereich möglich?

- Regulatorische Rahmenbedingungen (z. B. in Krankenhäusern) bedingen regelmäßig die Eingliederung ärztlichen Krankenhauspersonals in die Organisations- und Weisungsstruktur des Krankenhauses.
 - Jeweils Einzelfallentscheidungen, aber stetig strenger werdende Rechtsprechung.
 - Tendenziell besteht aber ein **hohes Risiko** der Feststellung einer abhängigen Beschäftigung.
- Werden doch noch freie Mitarbeiter eingesetzt,
 - kommt es auf die tatsächlichen Verhältnisse in den Kliniken und deren regulatorischen Rahmenbedingungen an und
 - es ist darauf zu achten, dass nicht nur der Vertrag als Dienstleistungsvertrag ausgestaltet, sondern auch das Vertragsverhältnis als solches gelebt wird (z. B. bei der Dienstplanung).
 - Aber: ggf. dann Verschwiegenheits- und datenschutzrechtliches Thema.



Rechtsprechung: „Abhängige Beschäftigung eines Honorararztes“

BSG, Urteil vom 4. Juni 2019 – B 12 R 11/18 R: Sachverhalt

- Versicherungspflicht einer beigeladenen Fachärztin für Anästhesie und Notfallmedizin, die aufgrund eines Konsiliararztvertrages bei verschiedenen Krankenhäusern beschäftigt war.
 - Ärztin erbrachte im Rahmen von Tag- und Bereitschaftsdiensten ihre vertraglichen Leistungen und musste binnen zehn Minuten im Krankenhaus dienstbereit zur Verfügung stehen.
 - Selbstständige und höchstpersönliche Leistungserbringung. Es solle kein Anstellungsverhältnis bzw. arbeitnehmerähnliches Verhältnis zum Krankenhaus bestehen.
 - Ärztin musste die im Krankenhaus vorherrschenden organisatorischen Regelungen einhalten.
 - Stundenhonorar in Höhe von EUR 80, womit sämtliche Kosten abgegolten seien.
 - Haftung für die Leistungen der Ärztin waren von der Versicherung des Krankenhauses abgedeckt.
- Statusfeststellungsverfahren: Feststellung, dass Ärztin ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis ausübe.
- **SG Augsburg, Urteil vom 13. Mai 2016 – S 2 R 954/14:** Feststellung einer selbstständigen Tätigkeit.
- **LSG Bayern, Urteil vom 6. Juli 2017 – L 14 R 5089/16 :** Urteil aufgehoben und Klageabweisung.

Rechtsprechung: „Abhängige Beschäftigung eines Honorararztes“

BSG, Urteil vom 4. Juni 2019 – B 12 R 11/18 R: Entscheidung

- Ärzte in einem Krankenhaus sind **in der Regel abhängig beschäftigt**.
 - Weisungsgebundenheit und Eingliederung in die Arbeitsorganisation.
 - Weisungsgebundenheit bei Diensten höherer Art eingeschränkt, da es lediglich um eine funktionsgerecht dienende Teilhabe am Arbeitsprozess ginge.
- Die beigeladene Ärztin war in ihrer Tätigkeit als Anästhesistin in den vom Kläger betriebenen Krankenhäusern dem Jahre 2013 gegen Arbeitsentgelt **abhängig beschäftigt** und deshalb nach dem Recht der Arbeitsförderung **versicherungspflichtig**.
 - In Arbeitsabläufe eingegliedert.
 - Teilleistung innerhalb vorgegebenen Organisationsabläufe.
 - Einrichtung und Betriebsmittel des Krankenhauses wurden genutzt.
 - Zusammenarbeit mit dem ärztlichen und pflegerischen Krankenhauspersonal (in prägender Art und Weise fremdbestimmt).
- Für rechtliche Beurteilung spielt Verkehrsanschauung keine Rolle. Die Abgrenzung zwischen Beschäftigung und Selbstständigkeit erfolge nicht abstrakt für bestimmte Berufsgruppen bzw. Tätigkeitbilder (Einzelfallprüfung).
- i.E. ebenso für Übernahme von Bereitschaftsdiensten **BSG**, Urteil vom 6. Juni 2019 – B 12 R 2/18 R

Rechtsprechung: „Abhängige Beschäftigung einer Honorarpflegekraft“

BSG, Urteil vom 7. Juni 2019 – B 12 R 7/18 R:

Sachverhalt

- Eine staatlich anerkannte Pflegekraft war auf Honorarbasis – mit vergleichbar hohem Stundenlohn – in einer Pflegeeinrichtung tätig → Ziel: Flexibilität, höhere Vergütung.
- Einrichtung gewährte freie Unterkunft und Verpflegung sowie Arbeitskleidung.
- Setzte keine eigenen Mittel ein (z.B. Verbrauchsmaterialien)
- Führte Pflegedokumentation für Einrichtung
- Nahm an Übergabebesprechungen teil usw.

Entscheidung

- SG Konstanz, Urteil vom 22. November 2016 – S 4 R 3012/14 → keine Versicherungspflicht
- LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27. September 2019 – L 5 R 4632/16 → Feststellen der Versicherungspflicht, bestätigt durch BSG:
- Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen sind **in der Regel abhängig beschäftigt**.
 - Weisungsgebundenheit und Eingliederung in die Arbeitsorganisation.

Rechtsprechung: „Abhängige Beschäftigung von Notärzten“

BSG, Urteile vom 19. Oktober 2021 – B 12 R 10/20 R; B 12 KR 29/19 R; B 12 R 9/20 R:

Sachverhalte

- Notärzte, die nebenberuflich für Rettungsdienst tätig waren
- Zumeist höchstpersönlich verpflichtet, Einsätze nur einvernehmlich, aber sodann verpflichtend
- Arbeitsteiliges Zusammenwirken mit anderen → „Einbindung in die Rettungskette“
- Nutzung der Betriebsmittel des Rettungsdienstes

Entscheidung

- Entscheidend ist Eingliederung in die Arbeitsorganisation.
- Weisungsgebundenheit bei Diensten höherer Art eingeschränkt, da es lediglich um eine funktionsgerecht dienende Teilhabe am Arbeitsprozess ginge.
- Einbindung in die „Rettungskette“ als klassische Voraussetzung eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses
- **i.E. rechtspolitische Konsequenz:** Schaffung von § 23c Abs. 2 SGB IV → **Ausnahme** von der Sozialversicherungspflicht zur Bekämpfung des Fachkräftemangels
- Erosion der Sozialversicherung?

Rechtsprechung: „Abhängige Beschäftigung sog. Pool-Ärzte“

BSG, Urteil vom 24. Oktober 2023 – B 12 R 9/21 R: Sachverhalt

- Pool-Arzt = freiwillig im Bereitschaftsdienst mitarbeitende Ärzte (häufig Ruheständler)
- Kein eigene Zulassung mehr
- Tätigkeit in von KV angemietetem Notfallzentrum
- Notdienstschichten nach Wünschen des Arztes
- Dienste dann aber bindend
- **DRV**: selbstständig (+)
- **SG Stuttgart**, Urteil vom 8. September 2020 – S 7 BA 108/20: bei bestimmten Einsatztagen sozialversicherungspflichtig
- **LSG Baden-Württemberg**, Urteil vom 20. Juli 2021 – L 11 BA 3136/20: selbstständig: Einteilung durch VA, keine Eingliederung in fremden Betrieb; Zusammenwirken nur funktionell, nicht institutionell

Rechtsprechung: „Abhängige Beschäftigung sog. Pool-Ärzte“

BSG, Urteil vom 24. Oktober 2023 – B 12 R 9/21 R: Entscheidung

- (Zahn-)Arzt, der als Poolarzt von der KNV organisierte Notdienste ableistet und hierbei in deren organisierte Abläufe eingegliedert ist, ohne hierauf nachhaltig unternehmerisch Einfluss nehmen zu können → unselbstständig.
- Achtung! **Einzelfallabhängig** – keine Festlegung von Regel- / Ausnahmeverhältnis
- Politisch motiviert: Schutz der Solidargemeinschaft
- Dienstplan konkretisierte den Dienst
- Gepräge der Ordnung des Betriebes
- Kein substantieller Einfluss, erst recht keinen unternehmerischen
- Nutzte personelle und materielle Ausstattung
- Kein Einfluss, Equipment oder Personal zu verändern
- Kein Recht zur Delegation auf anderen Zahnarzt
- Fester Lohn nach Stundensatz
- Auch bei VA sozialversicherungspflichtig möglich (Beamte!)

Rechtsprechung: „Abhängige Beschäftigung sog. Pool-Ärzte“

Massive Unruhe und politische Konsequenzen:

- Schließung von 115 (!) Notfallpraxen in Baden-Württemberg
- Diverse Nachrichtenmeldungen in bundesweiter Presse
- Versorgung an Krankenhausnotdienststellen wird überdacht (flächendeckende Implementierung von integrierten Notfallzentren)
- Politische Lösung?
 - Mai 2023: Versuch der Bundesländer, Befreiung von Sozialversicherungspflicht (wie bei Notärzten, i.E. gescheitert)
 - Juli 2024 Ergebnispapier Bundesministerien für Gesundheit und Arbeit und KBV zum Erwerbsstatus im vertragsärztlichen Notdienst
 - Ziel: Teilnahme auch künftig als selbstständige Tätigkeit
 - Unterstützt durch FDP und div. ärztliche Berufsverbände
 - August 2024: Einigung, dass unter bestimmten Voraussetzungen möglich sein soll
 - Aber: gerichtsfest? Das BSG macht, was es will...

Rechtsprechung: „Abhängige Beschäftigung eines Arztes in einer Privatklinik“

LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16. November 2023 – L 7 BA 351/22:

Sachverhalt:

- Arzt war in Privatkrankenanstalt (PKA) beschäftigt.
- Operierte selbst akquirierte Patienten.
- Buchte OP-Termine.
- Aber: Vergütung durch PKA, **keine eigenständige Abrechnung gegenüber Patienten**
- PKA übernahm **Behandlungsmanagement**
- **Krankengeschichte zentralisiert bei PKA**
- Kein schriftlicher Belegarztvertrag

Rechtsprechung: „Abhängige Beschäftigung eines Arztes in einer Privatklinik“

LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16. November 2023 – L 7 BA 351/22:

Rechtliche Kernaussagen:

- Ärzte in einem Krankenhaus sind **in der Regel abhängig beschäftigt**.
 - Weisungsgebundenheit und Eingliederung in die Arbeitsorganisation.
 - Weisungsgebundenheit bei Diensten höherer Art eingeschränkt, da es lediglich um eine funktionsgerecht dienende Teilhabe am Arbeitsprozess ginge.
- So auch hier mit folgenden Hauptargumenten:
 - Organisatorischer Rahmen durch PKA übernommen → Vollständige **Übernahme des Behandlungsmanagements**
 - **Kein eigener Vergütungsanspruch gegenüber den Patienten** (Hauptmerkmal der Abgrenzung zu Belegarzt)
 - **Arbeitsteiliges Zusammenwirken mit Klinikpersonal**
- Auswertung:
 - Abgrenzungskriterien Honorararzt vs. Belegarzt (unstreitig nicht sozialversicherungspflichtig)
 - Problem: LSG Baden-Württemberg deutet an, ob Belegarztwesen bei reiner PKA überhaupt tatsächlich vorkomme?
 - Anhängig bei BSG (B 12 BA 17/23 R) → unbedingt im Blick zu halten
 - Auswirkungen auf Sozialversicherung
 - Vergütungsgestaltung in rein privatärztlichen Belegkliniken (z.B. häufig im orthopädischen Bereich)

Rechtsprechung: „Sozialversicherungspflicht von Ärzten in Krankenhäusern bei Zwischenschaltung einer Gesellschaft“

LSG Bayern, Urteil vom 5. März 2024 – L 7 BA 77/22:

Sachverhalt:

- Kooperation über Infrastrukturnutzung sachlich und personell zwischen:
 - Gynäkologischer BAG und Krankenhaus
 - Statusfeststellung von Gesellschafterin / Gynäkologin
 - War zuvor sogar auf Basis eines AV im KH beschäftigt
- Akquise durch BAG → „Operieren nur der eigenen Patienten“
- Anmietung von OP
- Abrechnung durch Krankenhaus (nur GKV stationär / keine belegärztliche Konstruktion)
- Auskehr von 19 % der DRG an BAG
- Nachversorgung durch KH
- BAG zuständig für Visite und Rufbereitschaft für Notfälle
- Ärzte wählte die BAG als Operateur aus

Rechtsprechung: „Sozialversicherungspflicht von Ärzten in Krankenhäusern bei Zwischenschaltung einer Gesellschaft“

LSG Bayern, Urteil vom 5. März 2024 – L 7 BA 77/22:

Fragen über Fragen:

- Unklar, ob hier als outgesourcte Krankenhausabteilung
- Mögliche ANÜ von Klinikpersonal an BAG wird nicht thematisiert
- Zuweisungsrechtliche Aspekte wegen „Teilen der Beute“ (feste Auskehr von 19 % der DRG) wurde nicht thematisiert; Kooperationsvertrag als wirksam bezeichnet

Entscheidung:

- DRV: unselbstständig
 - Outsourcing war schon nicht erlaubt
 - Weisungsgebunden und eingegliedert
- SG München: selbstständig
 - Kein direkter Vertrag mit Ärztin (Gesellschafterin) → warum kaum Auseinandersetzung mit „Ein-Mann-GmbH“-Rechtsprechung?
 - ANÜ ausgeschlossen, weil als Gesellschafterin der BAG keine Arbeitnehmerin

Rechtsprechung: „Sozialversicherungspflicht von Ärzten in Krankenhäusern bei Zwischenschaltung einer Gesellschaft“

LSG Bayern, Urteil vom 5. März 2024 – L 7 BA 77/22:

Entscheidung:

- LSG: selbstständig
 - Weisungsfrei
 - Trug Verantwortung für OP
 - Bestimmte Operateur
 - KH erbringt vielmehr Dienstleistung durch Stellen der Infrastruktur
 - Unternehmerisches Risiko bei BAG
 - Keine stundenweise Abrechnung, sondern nur prozentuale Beteiligung

Bewertung:

- Bei BSG anhängig (nicht rechtskräftig)
- Prognose: Aufhebung durch BSG
- Kritik: erkennt wesentliche medizinrechtliche Erwägungen (oder korrigiert sie überschießende Regelung zur strafbaren Zuweisung?)



2

Drittpersonaleinsatz im Gesundheitswesen

Arbeitnehmerüberlassung

- Arbeitnehmerüberlassung liegt vor, wenn Arbeitnehmer (Leiharbeiter) von einem Arbeitgeber (Verleiher) einem Dritten (Entleiher) gegen Entgelt für begrenzte Zeit überlassen werden.
 - Arbeitnehmerüberlassungserlaubnis gemäß § 1 Abs. 1 S. 1 AÜG erforderlich; Kennzeichnungspflicht, d. h. keine „Vorratserlaubnis“ mehr möglich (§ 1 Abs. 1 S. 5 AÜG).
 - Ausgestaltung der Vertragsbeziehung als Indiz; maßgeblich ist aber immer die Natur und konkrete Durchführung der Tätigkeit.
- Überlassungshöchstdauer: 18 aufeinanderfolgende Monate an dasselbe Unternehmen (personenbezogen; Verlängerungs- und Öffnungsmöglichkeiten durch Tarifpartner).
- spätestens nach neun Monaten: „Equal Pay“ → finanzielle Gleichstellung mit vergleichbarer Stammbesellschaft.
- Verbot des Kettenverleihs.
- Meldepflicht bei Wegfall oder Nichtverlängerung der Erlaubnis.

Arbeitnehmerüberlassung: Ausgestaltungsoptionen

- Rotationsmodell
- Konzernprivileg (§ 1 Abs. 3 S. 22 AÜG)
- Gemeinschaftsbetrieb
 - Voraussetzung: einheitliche Leitungsmacht
 - Ggf. Folge: einheitliche Mitarbeitervertretung
- Praxishinweis: Bei Ausgestaltungen unter Einbeziehung unterschiedlicher Rechtsträger (auch im Konzern) gelten regelmäßig datenschutzrechtliche Bestimmungen und ggf. schweigepflichtsrechtliche Anforderungen, falls Daten Dritter (z. B. Patientendaten) zwischen den Rechtsträgern übertragen werden .

Rechtsprechung: Gemeinschaftsbetrieb zwischen Klinikum und Medizinischem Versorgungszentrum

LAG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 23.11.2021 – 4 TaBV 43/19: Sachverhalt

- Antragsteller ist Betriebsrat eines Krankenhauses und begehrt Feststellung, dass das Krankenhaus, eine seiner Tochtergesellschaften und eine MVZ-Trägersgesellschaft/ein MVZ einen Gemeinschaftsbetrieb bilden.
- Die Tochtergesellschaft erbrachte für das Krankenhaus auf Grundlage eines Dienstvertrages Serviceleistungen, das Krankenhaus für die Tochtergesellschaft sowie für die MVZ-Trägersgesellschaft Personalverwaltungsaufgaben.
- Zudem wurden Arbeitnehmer des Krankenhauses im Rahmen einer Personalgestellung für die Tochtergesellschaft tätig.
- Der Antragsteller vertrat die Ansicht, dass eine einheitliche Leitung in personellen und sozialen Angelegenheiten vorliege, so dass alle drei beteiligten Unternehmen einen gemeinsamen Betrieb bildeten.

Rechtsprechung: Gemeinschaftsbetrieb zwischen Klinikum und Medizinischem Versorgungszentrum

LAG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 23.11.2021 – 4 TaBV 43/19: Entscheidung

- Das LAG wies den Antrag des Antragstellers zurück. Zwischen dem Krankenhaus, der Tochtergesellschaft und der MVZ-Trägersgesellschaft liege kein gemeinsamer Betrieb vor. Weder zwischen Krankenhaus und Tochtergesellschaft noch zwischen Krankenhaus und MVZ-Trägersgesellschaft bestehe ein Gemeinschaftsbetrieb.
- Ein Gemeinschaftsbetrieb könne nicht nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 BetrVG vermutet werden, da eine bloße unternehmerische Zusammenarbeit durch Abschluss von Dienstleistungsverträgen für einen gemeinsamen Einsatz von Betriebsmitteln und Arbeitnehmern nicht genüge.
- Auch aus anderen Gründen liege kein Gemeinschaftsbetrieb vor. Dieser setze eine einheitliche Leitung in personellen und sozialen Angelegenheiten voraus, die das LAG mangels Personenidentität verneinte. Inhalt der Kooperationen seien lediglich Personalverwaltungsaufgaben sowie das Zur-Verfügung-Stellen von Mitarbeitern.
- Der Beschluss ist rechtskräftig.

Rechtsprechung: Gemeinschaftsbetrieb zwischen Klinikum und Medizinischem Versorgungszentrum

LAG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 23.11.2021 – 4 TaBV 43/19: Bedeutung

- Die Entscheidung arbeitet Voraussetzungen eines Gemeinschaftsbetriebs sauber heraus und kann Unternehmen als Prüfschema dienen.
- Gemeinschaftsbetriebe als Grundlage des gegenseitigen Personaleinsatzes ohne Vorliegen einer Arbeitnehmerüberlassung.
 - Arbeitgeber verfolgt mit Zur-Verfügung-Stellen des Personals – anders als bei ANÜ – auch eigene Betriebszwecke (BAG, Urteil vom 24. Mai 2022 – 9 AZR 337/21).
- Nachteilig können Gemeinschaftsbetriebe bspw. sein, wenn – wie im Kündigungsschutz – Schwellenwerte überschritten werden. Denn für die Berechnung von Schwellenwerten ist der Gemeinschaftsbetrieb als Ganzes zu betrachten.

Arbeitnehmerüberlassung

Denkfehler bei der ANÜ:

- „Maschine mit Bedienpersonal“ → nein. Eine MTRA bedient nicht das MRT wie ein Baggerfahrer den Bagger.
- „Rein fachliche Weisungen sind keine arbeitgeberseitigen Weisungen i.S. Sozialversicherungsrechts“
 - Mglw. argumentierbar
 - Aber: Praxisstresstest zumeist nicht bestanden
- Kooperationen: „Stellen von nicht-ärztlichem Personal“
 - nahezu immer illegale ANÜ mit allen Folgen
 - Keine Vorratserlaubnis mehr möglich (Etikettierungspflicht)
 - Auch reine Kostenerstattung hilft nicht (Gewerblichkeit nicht mehr erforderlich)
- Gemeinschaftsbetrieb mit MVZ schließt ANÜ aus
 - Nur die halbe Wahrheit
 - Ärzte bedürfen trotzdem – Ausnahme: nicht genehmigungspflichtige Vertretungszeiten – einer Anstellungsgenehmigung
 - Hilft nicht beim Datenschutz



Arbeitnehmerüberlassung

Datenschutz

- Datenschutzrechtliche Besonderheiten bei der Überlassung von Personal – insbesondere bei sensiblen Gesundheitsdaten – berücksichtigen.
- Bei Verletzung drohen
 - Bußgelder
 - Strafrechtliche Ermittlungsverfahren wegen der Verletzung der Schweigepflicht und Abrechnungsbetrug
 - Regress von Vergütungsansprüchen (Klammerwirkung).

Rechtsfolgen von Verstößen gegen das AÜG

- Fiktion eines Arbeitsverhältnisses mit Entleiher; evtl. „Festhaltungserklärung“ Arbeitnehmer.
- Geldbuße bis zu EUR 30.000 pro Verstoß (§ 16 Abs. 2 AÜG).
- Erlaubnisrechtliche Schritte durch die Bundesagentur für Arbeit.

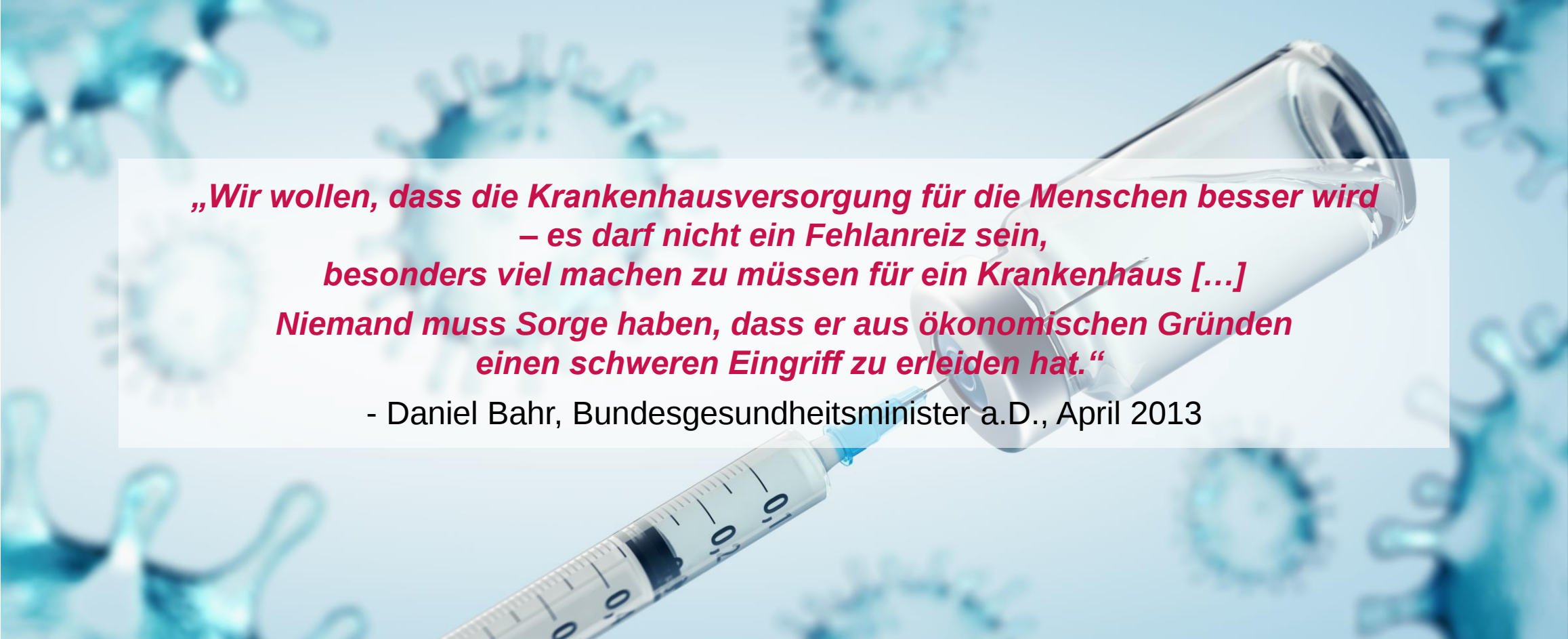




3

Vergütungsgestaltung und Vermeidung von Fehlanreizen und von Korruptionsrisiken

Keine Fehlanreizschaffung



*„Wir wollen, dass die Krankenhausversorgung für die Menschen besser wird
– es darf nicht ein Fehlanreiz sein,
besonders viel machen zu müssen für ein Krankenhaus [...]
Niemand muss Sorge haben, dass er aus ökonomischen Gründen
einen schweren Eingriff zu erleiden hat.“*

- Daniel Bahr, Bundesgesundheitsminister a.D., April 2013

Noch mögliche Anreize und Ziele?

Mögliche Leistungsanreize / Ziele in Bonusvereinbarung

- Leistungsbezogene Ziele: Faustformel
 - Je weniger unmittelbarer Zusammenhang zu selbst behandelten Patienten, umso eher zulässig.

Objektive Ziele

- Ergebnis der Fachabteilung
- Ergebnis des Krankenhauses
- Heute nach unserer Auffassung entsprechend Empfehlungen auch kritisch.

Alternative Ziele? Wohl eher „nur“ weiche Kriterien

- Erfolgreiche Weiterbildung von Assistenten?
- Nicht eingetretene Haftungsfälle?
- Patientenbewertung?
- Bonus nach „Gutsherrenart“ → kritisch wegen Intransparenz

Bewertung von Zielvereinbarungen

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Bewertung von Zielvereinbarungen in Verträgen mit Leitenden Krankenhausärzten durch die Gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

– in Fortsetzung der bisherigen Veröffentlichungen in den Heften 45/2013; 49/2013; 6/2014; 16/2014;
29–30/2014; 12/2015; 46/2015; 9/2016; 19/2016; 31–32/2016; 6/2017; 35–36/2017; 18/2018; 47/2018; 19/2020

Konkretisierungen in § 135c SGB V

- **Gemeinsame Koordinierungsstelle** der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands spricht turnusmäßig **Empfehlungen bzgl. der Gestaltung von Zielvereinbarungen** aus (§ 135c Abs. 1 SGB V)
- Jüngste (fortlaufende) Empfehlungen aus dem Jahr 2022 (Dt. Ärztebl. 2022; 119(8): A-350/ B-286), sog. **(Negativ-/Positivliste)**

Konkretisierungen in § 135c SGB V

■ Gesetzgeberische Intention

Durch die Empfehlungen sollen **jegliche** Zielvereinbarungen ausgeschlossen werden, welche die **Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinflussen**. Hingegen sind Zielvereinbarungen weiterhin zu befürworten, die finanzielle Anreize bieten, um beispielsweise die konsequente Umsetzung von Hygienemaßnahmen oder sonstige Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu fördern (vgl. BT-Drs. 5372/18, Seite 83 f.).

Konkretisierungen in § 135c SGB V

■ Intention der Koordinierungsstelle

Die Befassung der Koordinierungsstelle mit Zielvereinbarungen soll deutlich machen, dass aus Sicht der Bundesärztekammer und des VLK auch mit dem Abschluss dieser im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer abgegebenen Empfehlungen der DKG vom 24.04.2013 sowie vom 17.09.2014 **nicht alle aktuell existierenden oder angebotenen Zielvereinbarungsregelungen von vornherein als gesetzes- und empfehlungskonform einzustufen sind**. Damit wollen Bundesärztekammer und VLK die Ärztinnen und Ärzte sowie die Klinikverwaltungen dabei **unterstützen, nur rechtskonforme Zielvereinbarungen abzuschließen**.

Konkretisierungen in § 135c SGB V

- **Bewertungskriterien:**

- **Vereinbarkeit** mit der Vorschrift des §135c SGB V (Ausschluss von Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen)
- **Akzeptanz ökonomischer Inhalte von Zielvereinbarungen** nach folgender „Faustregel“:

„Solange betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung und das dadurch bedingte ärztliche Handeln beeinflusst.“

- **je weniger unmittelbarer Zusammenhang zu selbst behandelten Patienten besteht, umso eher ist eine Vereinbarung zulässig.**

Rechtsfolge bei Verstoß

- Unverbindliche Empfehlungen → Verstoß vergleichsweise sanktionslos; auch die Vereinbarung bleibt wirksam.
- **Qualitätsbericht** des Krankenhauses (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) muss Erklärung enthalten ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlungen nach § 135c Abs. 1 Satz 2 SGB V hält.

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V
Kommentar/Erläuterung

Keine Zielvereinbarungen getroffen

- Wenn nicht, muss das Krankenhaus - unbeschadet der Rechte Dritter – angeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind (§ 135c Abs. 2 SGB V) → möglicher Reputationsschaden.
- **Indizwirkung für Strafverfolgungsbehörde?**

Positivliste

- Bonuszahlung für die Durchführung von vier Qualitätszirkeln pro Jahr
- Bonuszahlung für die Erarbeitung eines Handbuchs „Zentrale Notaufnahme (ZNA)“ für Ärzte
- Bonuszahlung für die Entwicklung eines schriftlichen Einarbeitungs- und Fortbildungskonzepts für neue Mitarbeiter
- Bonuszahlung für die Verbesserung der Pünktlichkeit beim ersten Schnitt im OP; Zielwert: bei 85 Prozent der anästhesiologisch pünktlich freigegebenen Patienten erfolgt der erste Schnitt pünktlich
- Bonuszahlung, wenn CIRS-Meldungen regelmäßig erstattet und entsprechende Maßnahmen regelmäßig ergriffen werden
- Bonuszahlung für aktive Mitarbeit und Sicherstellung der zur Verfügung stehenden Patientendaten im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen/Qualitätsberichte
- Bonuszahlung für die Einhaltung der Bestimmungen des Statuts zum Belegungsmanagement; tägliche Visite ist so zu organisieren, dass die entlassfähigen Patienten bis 11 Uhr entlassen werden können
- Bonuszahlung für die Etablierung eines abteilungsinternen CIRS, um die Patientensicherheit der Klinik weiter zu verbessern und damit auch die Behandlungsqualität zu steigern
- Bonuszahlung für das Vorliegen der persönlichen Befähigung zur Peritoneal- und Heimdialyse inklusive Fortbildungen
- Bonuszahlung für die Erstellung einer Verfahrensanweisung für die fünf häufigsten klinischen Prozesse unter Nutzung eines einheitlichen Formulars

Negativliste

- Bonuszahlung für das Erreichen der vereinbarten effektiven Case-Mix-Punkte aus der stationären Behandlung von Patienten der Abteilung
- Bonuszahlung für das Erreichen des Leistungsplans der Fachabteilung
- Bonuszahlung für das Erreichen von Produktivitätszielgrößen auf einen vorgegebenen Wert
- Bonuszahlung für das Erreichen eines bestimmten Case-Mix-Indexes pro Vollkraft
- Bonuszahlung für die Erhöhung des Anteils der sogenannten Profitlier
- Bonuszahlung für die Verbesserung der Abteilungsergebnisrechnung im Dezember 2018 um einen vorgegebenen Prozentwert im Vergleich zum besten Ergebnis der letzten beiden Jahre
- Bonuszahlung für das Erreichen einer festgelegten Zielverweildauer bei den zehn häufigsten DRGs der bettenführenden Fachabteilung
- Bonuszahlung für eine Auslastungssteigerung gemäß Wirtschaftsplanung auf jahresdurchschnittlich 30 bis 36 Betten im zweiten Halbjahr 2019
- Bonuszahlung für den Ausbau des Schwerpunkts Parkinson (Weiterentwicklung der medizinischen Behandlung von Parkinson-Patienten unter Berücksichtigung der Parkinson-Komplexbehandlung; Zielgröße ist 90 Parkinson-Komplexbehandlungen pro Jahr)
- Bonuszahlung für die stufenweise Steigerung der Bettenbelegung; als Zielgröße sind nach Auslastung gestaffelte Bonusbeträge genannt (81 bis 86 Prozent, 87 bis 91 Prozent, 92 bis 95 Prozent, 95 bis 100 Prozent)

Bsp. Zielvereinbarung 202

Zielvereinbarung 202

1. Zielvereinbarungselemente der letzten Periode:

- Bonuszahlung für die Erörterung und Bewertung durchgeführter strukturierter Mitarbeitergespräche.

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für die Erörterung und Einhaltung von Unfallverhütungsvorschriften, Arbeitszeitgesetzgebung/Reduzierung des Infektionsrisikos.

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für aktive Mitarbeit und Sicherstellung der zur Verfügung stehenden Patientendaten im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen/Qualitätsberichte.

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für die aktive Unterstützung bei der Realisierung der Ziele der Medizinstrategie/Zukunftskonzept 2018+.

Bewertung: Das Zielvereinbarungselement ist aufgrund fehlender Informationen zu den Inhalten der Medizinstrategie/Zukunftskonzept 2018 **nicht bewertbar**.

- Vereinbarung von Abzügen von der variablen Vergütung bezüglich der Einhaltung der Regelungen zur Planung der Urlaubstage (Nichtplanung 0%. Kein Abzug, Nichtplanung 0% bis $\leq 10\%$: Abzug 15% der maximalen variablen Vergütung, Nichtplanung $>10\%$ bis $\leq 15\%$: Abzug 20% der maximalen variablen Vergütung, Nichtplanung $>15\%$: Abzug 30% der maximalen variablen Vergütung).

Bewertung: Grundsätzlich **akzeptabel**, allerdings aufgrund der fehlenden Informationen zu den genannten Regelungen zur Planung der Urlaubstage nicht abschließend bewertbar.

- Bonuszahlung für die aktive Mitarbeit bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Führungsgrundsätze.

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für die Einhaltung und Verbesserung der Hygiene- und Qualitätsanforderungen.

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für die Einhaltung des Personalbudgets (VK; Einsparziel: 1,5% bei Personalkosten; 1% bei Sachkosten).

Bewertung: Das Zielvereinbarungselement ist als **bedenklich** zu bewerten. Das erforderliche Personal der Klinik muss sich nach dem medizinischen Bedarf in der Patientenversorgung und nicht nach einem vorab festgelegten Budget richten. Problematisch ist die Verwendung des Begriffes Personal“budget“, da bei tariflichen Gehaltserhöhungen eine Absenkung von VK-Stellen erforderlich wäre, um das Budget einhalten zu können.

- Bonuszahlung für die Einhaltung der Dienstanweisung zur Herausgabe von Behandlungsakten (an Versicherungen/Gerichte).

Bewertung: Das Zielvereinbarungselement ist **grundsätzlich akzeptabel**, jedoch aufgrund fehlender Informationen zu der Dienstanweisung zur Herausgabe von Behandlungsakten **nicht abschließend bewertbar**.

- Bonuszahlung für die Einhaltung der Bestimmungen des Statuts zum Belegungsmanagement; tägliche Visite ist so zu organisieren, dass die entlassfähigen Patienten bis 11:00 Uhr entlassen werden können (Kommunikation mit dem Belegungsmanagement hierzu wird durchgeführt).

Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für die Teilnahme an den erforderlichen Pflichtschulungen wie Brandschutz, Arbeitssicherheit, Strahlenschutz etc.

Bewertung: Positiv, sofern die Teilnahme vor dem Hintergrund der personellen Besetzung ohne Einschränkungen für die Patientenversorgung möglich ist.

- Bonuszahlung für die Teilnahme an Managementgesprächen der Klinik sowie an den Führungskräfte tagungen Frühjahr/Herbst.

Bewertung: Akzeptabel

Bsp. Zielvereinbarung 202

- *Bonuszahlung für die Vermeidung von Fremdpersonaleinsatz.*
Bewertung: Das Zielvereinbarungselement wird, insbesondere in Verbindung mit dem Zielvereinbarungselement „Bonuszahlung für die Einhaltung des Personalbudgets“ (VK; Einsparziel: 1,5% bei Personalkosten; 1% bei Sachkosten) als **bedenklich** bewertet. Bei tariflichen Gehaltserhöhungen muss hier die Einhaltung des Personalbudgets zu einer Absenkung von VK-Stellen führen, um das Budget einhalten zu können. Die Absenkung der Stellen wäre dann nicht medizinisch, sondern rein wirtschaftlich begründet.
- *Bonuszahlung für die Reduktion des Überstundenbestands der Mitarbeiterschaft im Vergleich zur Vorperiode.*
Bewertung: **Nicht zu beanstanden**, sofern die zu treffenden Entscheidungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Kostenreduzierung und Erlössteigerung gemäß der „Faustregel“ beeinflusst werden. Des Weiteren müssen die einschlägigen arbeitsrechtlichen sowie berufsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.
- *Bonuszahlung für einen geeigneten Leistungs- und Koordinierungsbeitrag zur Erreichung des Gesamtergebniszieles (WP 2018: – XXXX T€).*
Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist **nur dann nicht zu beanstanden**, wenn der leitende Arzt an der Erstellung des Wirtschaftsplans beteiligt war, sich die Zielgröße nicht allein auf die Abteilung des leitenden Arztes, sondern die gesamte Klinik bezieht und die sogenannte „Faustregel“ eingehalten wird.
- *Bonuszahlung für eine dialogorientierte, strukturierte Zusammenarbeit innerhalb der Ärzteschaft und mit der Pflege sowie der Verwaltung.*
Bewertung: Positiv
- *Bonuszahlung für die aktive Mitarbeit bei der Raumplanung zur Umgestaltung der Ebene 0 (Chirurgische Sprechstunde).*
Bewertung: Positiv
- *Bonuszahlung für die Entwicklung eines neuen Dienstzeitenmodells für die Unfallchirurgie.*
Bewertung: Akzeptabel
- *Bonuszahlung für die erfolgreiche Re-Zertifizierung des Traumazentrums/Endoprothetikzentrums.*
Bewertung: Positiv
- *Bonuszahlung für die Einhaltung des VK-Budgets laut Personalstatistik.*
Bewertung: Das Zielvereinbarungselement ist als **bedenklich** zu bewerten, da das erforderliche Personal der Klinik sich nach dem medizinischen Bedarf in der Patientenversorgung und nicht nach einem vorab festgelegten Budget richten muss.
- *Bonuszahlung für die Erreichung des Wirtschaftsergebnisses 2019 gemäß Zielvereinbarungsprämienbewertung.*
Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist **nur dann nicht zu beanstanden**, wenn der leitende Arzt an der Erstellung des Wirtschaftsplans beteiligt war, sich die Zielgröße nicht allein auf die Abteilung des leitenden Arztes, sondern die gesamte Klinik bezieht und die sogenannte „Faustregel“ eingehalten wird.
- *Bonuszahlung für die Vorlage der Statusbewertung/ Statusbericht/Einsparüberlegungen an die Geschäftsführung jeweils zum Monatsultimo (siehe hierzu Schreiben der Geschäftsführung).*
Bewertung: Das Zielvereinbarungselement ist aufgrund fehlender Informationen zum Schreiben der Geschäftsführung **nicht bewertbar**. Grundsätzlich muss die „Faustregel“ eingehalten werden. Die Einsparüberlegungen müssten medizinisch begründbar und / oder durch organisatorische Verbesserungen, die die medizinische Versorgung zumindest nicht beeinträchtigen oder sogar verbessern, erreicht werden.
- *Bonuszahlung für Koordination und Durchführung des Monatsgesprächs im medizinisch-pflegerischen Bereich zur Erörterung und Bewertung der Einrichtungssituation und ggf. Problemlagen mit Blick auf Behandlungsabläufe, Pflegesituation, Belegungs- und Entlassungssituation etc. (siehe hierzu Schreiben der Geschäftsführung).*
Bewertung: Grundsätzlich **positiv**, allerdings ist das Zielvereinbarungselement aufgrund fehlender Informationen zum Schreiben der Geschäftsführung **nicht abschließend bewertbar**.

Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=29511>

Bsp. Zielvereinbarung 203

Zielvereinbarung 203

1. Zielvereinbarungselement unter der Überschrift „Resultate in der Abteilungsergebnisrechnung (AER) für das Jahr“:

- Bonuszahlung für das Erreichen eines festgelegten Betrages für den Deckungsbeitrag 2 in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie in der AER.

Bewertung: Gesetzeswidrig (Verstoß gegen § 135c SGB V)

2. Zielvereinbarungselement unter der Überschrift „Optimierung der Prozessorganisation“:

- Bonuszahlung für das Erreichen der Zielwerte durchschnittliche Verweildauer „Normallieger“ 5,83 Tage und Kurzliegeranteil 15,6%. Ziel in diesem Zusammenhang ist, mit den vorhandenen Ressourcen die Ablaufprozesse der Klinik möglichst effektiv zu organisieren. Messparameter in diesem

Kontext sind der prozentuale Kurzliegeranteil und die durchschnittliche Verweildauer der „Normallieger“ der Klinik, die unterschritten werden sollen.

Bewertung: Gesetzeswidrig (Verstoß gegen § 135c SGB V)

3. Zielvereinbarungselement unter der Überschrift „Patientensicherheit“:

- Bonuszahlung für die Etablierung eines abteilungsinternen CIRS, um die Patientensicherheit der Klinik weiter zu verbessern und damit auch die Behandlungsqualität zu steigern.

Bewertung: Positiv

Formen der Zusammenarbeit mit niedergelassenen (Vertrags-) Ärzten

- Bestehen einer Zuweisungsmöglichkeit
 - Tätigkeit im Krankenhaus zusätzlich zur (vertrags-)ärztlichen Tätigkeit.
 - Möglichkeit der Beeinflussung von Einweisungsverhalten.
 - Zuweisungsproblematik stellt sich (grds.) – jedenfalls für Patientenzuweisung – nur bei Arzt mit eigener Niederlassung.
 - Zusätzliche Themen: Beteiligung an Unternehmen, Verordnungsverhalten.
- Beachte auch vertragsarztrechtliche Vorgaben, insb. keine Beeinflussung der Wahrnehmung des Versorgungsauftrages (vgl. § 19a Ärzte-ZV).



Angemessenheit bei Gehaltsfixum

- Keine unzulässige Verlagerung des wirtschaftlichen Risikos auf den Arbeitnehmer (teilzeitbeschäftigten Arzt), d. h. Gehaltsfixum muss grundsätzlich **75 % der Gesamtbezüge** ausmachen (Faustformel / Rechtsgedanke der Rechtsprechung zum Widerrufsvorbehalt).
- **Paradox:** Erwünschtes Ziel des Gesetzgebers ist Versorgungsverbesserung im ländlichen Raum, Vergütungsanreize dürfen jedoch nicht „zu lukrativ“ sein?
- Gesetzgeber schweigt sich in Begründung aus.
- Keine bekannte Behördenpraxis, Literatur uneinig – soweit überhaupt vorhanden.



Hauptproblem: Wann ist Vergütung angemessen?

- Mögliche Vergleichsmaßstäbe:
 - Unkritisch: tarifliche Vergütung (reduziert pro rata wegen Teilzeittätigkeit).
 - Vergleichbare Ärzte im Krankenhaus
 - ideal: Vollzeitbeschäftigte, nicht andere Ärzte, die auch neben ihrer (vertrags-)ärztlichen Tätigkeit zusätzlich im Krankenhaus tätig sind
 - aber: wäre Chefarztposition vergleichbar?
- Vergütung variiert je nach Region („beißt“ sich mit gewünschter Versorgungsverbesserung).
- Tagessatz für Honorararzt / Vertreter? Wohl nicht, weil
 - nur punktueller Einsatz
 - Kurzfristigkeit wird durch höhere Vergütung Rechnung getragen (sachliche Rechtfertigung)

Vergleich zu Tarifverträgen ziehen?

Entgeltabelle TV-Ärzte/VKA 2024: ab 01.04.2024 (+4,0 %)

Entgeltgruppe	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
I	5288,31	5588,11	5802,19	6173,29	6615,77	6797,78
II	6979,74	7564,95	8078,80	8378,57	8671,14	8963,74
III	8742,54	9256,37	9991,49			
IV	10284,04	11019,20				

Entgeltabelle TV-Ärzte/VKA 2023: 01.07.2023 - 31.03.2024 (+4,8 %)

Entgeltgruppe	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
I	5084,92	5373,18	5579,03	5935,85	6361,32	6536,32
II	6711,29	7273,99	7768,08	8056,32	8337,64	8618,98
III	8406,29	8900,36	9607,20			
IV	9888,50	10595,38				

Rechtfertigung zur Abweichung (höhere Vergütung)

- **Besondere Expertise, Qualifikation.**
- **Schwierigkeitsgrad der Aufgabenstellung.**
- **Individuelle Kompetenz.**
- **Versorgungsengpass in der Region?**
- **Muss stets auch für konkrete Tätigkeit benötigt werden!**
- **Unklar, bis zu welcher Höhe Abweichung zulässig ist**
 - Keine feste Grenze, vielmehr Einzelfallbetrachtung.
 - I.E. auch Gesamtvergütung, d.h. auch unter Einbeziehung variabler Gehaltsbestandteile maßgeblich.

**Vergütung muss die vom Arzt tatsächlich erbrachte Leistung abdecken!
(keine verdeckte Zuweiserpauschale!)**

Ihre Fragen?

Ihre Ansprechpartnerin



Dr. Eva Rütz, LL.M.

**Rechtsanwältin, Partnerin,
Fachanwältin Arbeitsrecht,
Fachanwältin Medizinrecht**

Düsseldorf

T + 49 211 5660 27048

eva.ruetz@luther-lawfirm.com

Dr. Eva Rütz studierte Rechtswissenschaften in Köln von 2001 bis 2006. Im Jahr 2007 wurde sie von der Universität Mannheim (Professor Taupitz) zu einem medizinrechtlichen Thema promoviert und mit dem Promotionspreis der Universität ausgezeichnet. Im Jahr 2008 war sie sodann als Foreign Associate des German Desk bei Duane Morris LLP in New York City/USA tätig. Das Masterstudium Medizinrecht an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf schloss sie anschließend im Jahr 2009 ab.

Seit 2010 ist Frau Dr. Rütz als Anwältin zugelassen und war zunächst für Möller & Partner in Düsseldorf tätig, bevor sie 2011 zu Luther wechselte. Seit 2014 führt sie den Titel Fachanwältin für Arbeitsrecht und auch Fachanwältin für Medizinrecht. Bei Luther wurde sie 2016 zur Partnerin ernannt. Wissenschaftlich engagiert sich Dr. Eva Rütz u. a. als Lehrbeauftragte an der Bucerius Law School in Hamburg und hält dort v.a. Vorlesungen zu Themen an der Schnittstelle zwischen Arbeits- und Medizinrecht. Sie publiziert regelmäßig Artikel sowie Beiträge in der juristischen Fachliteratur und hält regelmäßig Vorträge. Seit 2020 wurde sie von JUVE ausgezeichnet als „Aufsteigerin“ im Bereich Arbeitsrecht, insb. wegen der besonderen Expertise bei arbeitsrechtlichen Fragestellungen im Gesundheitswesen ausgezeichnet.

Dr. Eva Rütz berät in sämtlichen Bereichen des individuellen und kollektiven Arbeitsrechts, häufig mit internationalem Bezug. Ihr wesentlicher Beratungsschwerpunkt liegt hier bei der Restrukturierung von Unternehmen und im Transaktionsbereich sowie bei der Beratung an der Schnittstelle zwischen Arbeits- und Medizinrecht für Unternehmen der Gesundheitsbranche. Im Bereich des Medizinrechts ist sie auf die wirtschaftsmedizinrechtliche Beratung von sämtlichen Leistungserbringern spezialisiert (Krankenhäuser, Universitätsklinika, Vertragsärzte/MVZ, Apotheker, Private Equity Fonds). Sie leitet die Arbeitsgruppe „Stationäre und ambulante Leistungserbringer“ zusammen mit Dr. Hendrik Bernd Sehy.

Vielen Dank!

Luther.

Die Angaben in dieser Präsentation sind ausschließlich für die genannte Veranstaltung bestimmt. Die Überlassung der Präsentation erfolgt nur für den internen Gebrauch des Empfängers. Die hier zusammengestellten Texte und Grafiken dienen allein der Darstellung im Rahmen dieser Veranstaltung und dokumentieren die Thematik ggf. nicht vollständig.

Die Präsentation stellt keine Rechts- oder Steuerberatung dar und wir haften daher nicht für den Inhalt. Diese erfolgt individuell unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls auf der Grundlage unserer Mandatsvereinbarung. Die Verteilung, Zitierung und Vervielfältigung – auch auszugsweise – des Inhalts zum Zwecke der Weitergabe an Dritte ist nur nach vorheriger Absprache gestattet.

Luther.



**Bangkok, Berlin, Brüssel, Delhi-Gurugram,
Düsseldorf, Essen, Frankfurt a. M.,
Hamburg, Hannover, Ho-Chi-Minh-Stadt,
Jakarta, Köln, Kuala Lumpur, Leipzig,
London, Luxemburg, München, Singapur,
Stuttgart, Yangon**

Weitere Informationen finden Sie unter
www.luther-lawfirm.com
www.luther-services.com