

**An die
Präsidenten, Vorstände und Geschäftsführer der
Mitgliedsverbände des SpiFa e.V.**

- per E-Mail -

Berlin, den 28. April 2020

**Stellungnahme des SpiFa zur fachlichen Weisung der Bundesagentur für Arbeit zum
Bezug von Kurzarbeitergeld von Vertragsarztpraxen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die der Presse zu entnehmende Äußerung des Vorsitzenden des Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Erwin Rüdell, MdB wie auch die Darstellung der KBV auf ihrer Homepage (https://www.kbv.de/html/1150_45880.php), wonach vertragsärztliche Praxen nach einer internen Weisung der Bundesagentur für Arbeit - die wir hier in der Anlage beigefügt haben - mit Verweis auf die im März vom Bundestag beschlossenen Ausgleichszahlungen nach §§ 87a Abs. 3b für Vertragsärzte und Psychotherapeuten grundsätzlich kein Kurzarbeitergeld erhalten, haben für einige Irritation gesorgt.

Der SpiFa nimmt dazu wie folgt Stellung:

Beim Kurzarbeitergeld (auch kurz: Kug) handelt es sich um beitragsfinanzierte Lohnersatzleistungen für Arbeitnehmer eines Betriebes, die unvermeidbaren Arbeits- und Entgeltausfall kompensieren und betriebsbedingte Entlassungen verhindern sollen. Diese Lohnersatzleistungen werden aus der arbeitgeberseitig paritätisch mitfinanzierten Arbeitslosenversicherung getragen.

Derzeit erhalten Arztpraxen von der Agentur für Arbeit Bescheide, die Kurzarbeitergeld unter Verweis auf den Schutzschirm des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes vom 27. März 2020 ablehnen. In den Ablehnungsbescheiden wird dabei auf den mit

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:
Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Bundesverband der Pneumologen (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM), Berufsverband der Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), Deutscher Fachärzterverband (DFV), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC).
Assoziierte Mitglieder: MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS).

**MEIN
FACHARZT.
MEINE
WAHL.** 

Spitzenverband
Fachärzte Deutschlands e.V.
(SpiFa)

Ehrenpräsident
Dr. med. Andreas Köhler

Vorstand
Dr. med. Dirk Heinrich (Vorsitzender)
Dr. med. Axel Schroeder
Dr. med. Christian Albring
Dr. med. Hans-Friedrich Spies
Dr. med. Helmut Weinhart

Hauptgeschäftsführer
RA Lars F. Lindemann

Hauptstadtbüro
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

T +49 (0)30 40 00 96 31
F +49 (0)30 40 00 96 32

info@spifa.de
www.spifa.de

Verbindungsbüro Brüssel
De Crayerstraat 7, Rue de Crayer
BE 1000 Brüssel

T +32 (0) 2 7098917

Vereinsregister
AG Charlottenburg
VR 29131 B

dem COVI-19-Krankenhausgesetz geschaffenen Anspruch auf Ausgleichszahlungen durch die Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3b SGB V Bezug genommen.

Hintergrund ist eine fachliche Weisung der Bundesagentur für Arbeit vom 15. April 2020 – Az: 75095/7506 (**Anlage**).

Zunächst ist festzustellen, dass eine fachliche Weisung, die durch die Leitung einer Behörde oder in bestimmten Fällen auch durch eine beaufsichtigende oberste Bundesbehörde gegenüber einer nachgeordneten Bundesbehörde ergehen kann, lediglich verwaltungsinternen Charakter hat. Fachliche Weisungen binden daher nicht Gerichte. Sie können auch Gesetze nicht ändern oder aufheben. Vielmehr dienen fachliche Weisungen dazu, im Rahmen des gesetzlichen Wortlauts und des gesetzgeberischen Willens interne Handlungsanweisungen für die Ausführung der Gesetze zu geben, soweit in der Rechtsanwendung Unsicherheit besteht.

Bei der in Rede stehenden fachlichen Weisung der Bundesagentur für Arbeit handelt es sich eine solche verwaltungsinterne Weisung der Leitungsebene an die Arbeitsebene der Bundesagentur für Arbeit, die sich auf die Bearbeitung der Anzeige von Arbeitsausfall und den Bezug von Kurzarbeitergeld bezieht.

Der Bezug von Kurzarbeitergeld ist in den §§ 95 ff SGB III geregelt. Eine gesetzliche Regelung zum Ausschluss für den Bezug von Kurzarbeitergeld für Angestellte aus Arztpraxen oder Krankenhäusern findet sich dort nicht. Nicht einmal in den Fällen, in denen eine sog. Betriebsschließungsversicherung für ein Unternehmen besteht, kann pauschal von einem Ausschluss von Kurzarbeitergeld ausgegangen werden.

Mit Blick auf ein Unternehmen, für dessen Mitarbeiter Kurzarbeitergeld gezahlt werden soll, ist entscheidend, dass nach § 95 SGB III ein erheblicher Arbeitsausfall mit Entgeltausfall vorliegt.

Ein solcher Arbeitsausfall liegt nach § 96 SGB III vor, wenn der Arbeitsausfall

1. auf wirtschaftlichen Gründen oder einem unabwendbaren Ereignis beruht,
2. er vorübergehend ist,
3. er nicht vermeidbar ist und
4. im jeweiligen Kalendermonat (Anspruchszeitraum) mindestens ein Drittel der in dem Betrieb beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von einem Entgeltausfall von jeweils mehr als 10 Prozent ihres monatlichen

Bruttoentgelts betroffen ist; der Entgeltausfall kann auch jeweils 100 Prozent des monatlichen Bruttoentgelts betragen.

Ein Arbeitsausfall beruht auch auf wirtschaftlichen Gründen, wenn er durch eine Veränderung der betrieblichen Strukturen verursacht wird, die durch die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung bedingt ist.

Ein unabwendbares Ereignis liegt insbesondere vor, wenn ein Arbeitsausfall auf ungewöhnlichen, von dem üblichen Witterungsverlauf abweichenden Witterungsverhältnissen beruht. Ein unabwendbares Ereignis liegt auch vor, wenn ein Arbeitsausfall durch behördliche oder behördlich anerkannte Maßnahmen verursacht ist, die vom Arbeitgeber nicht zu vertreten sind.

In der arbeitsrechtlichen Kommentarliteratur wird als Beispiel für unabwendbare Ereignisse auch auf Pandemien verwiesen. Zu denken sind allerdings auch – beispielsweise mit Blick auf Belegärzte – an Maßnahmen von Seiten des Staates, die mittelbar zur Verschiebung bzw. Absagen von elektiven Eingriffen in den Krankenhäusern führen.

Ein Arbeitsausfall ist nicht vermeidbar, wenn in einem Betrieb alle zumutbaren Vorkehrungen getroffen wurden, um den Eintritt des Arbeitsausfalls zu verhindern. § 96 Abs. 4 Satz 2 SGB III nennt hierzu Tatbestände, wann Arbeitsausfall als vermeidbar gilt. Diese treffen aus Arztpraxen jedoch nicht zu.

Die Bundesagentur für Arbeit geht ausweislich des Inhalts des fachlichen Weisung davon aus, dass ein Arbeitsausfall mit gleichzeitigem Entgeltausfall deshalb vermeidbar ist, weil *„Vertragsärzte [...] bei einem, z.B. auf einer Pandemie beruhenden Honorarausfall von mehr als 10 % Anspruch auf Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b SGB V [hätten]. Dadurch [werde] der Arbeitsausfall ähnlich einer Betriebsausfallversicherung ausgeglichen, so dass kein Raum für die Zahlung von Kug [bestünde].“*

Im Hinblick auf diesen pauschalen Verweis auf den mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 eingefügten § 87a Abs. 3b SGB V muss zunächst klargestellt werden, dass es sich hierbei um einen Ausgleichsanspruch handelt, der nach dem eindeutigen Wortlaut des § 87a Abs. 3b Satz 2 SGB V auf Leistungen beschränkt ist, die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Es handelt sich also ausschließlich um einen Ausgleichsanspruch, der den Ausfall von Vergütung für die

Erbringung extrabudgetär (EGV) vergüteter vertragsärztlicher Leistungen erfasst. Als Beispiel sind hier zu nennen, Behandlungsleistungen im Rahmen von bis zu fünf sogenannten offenen Sprechstunden, Leistungen im Rahmen der Behandlung von Patienten, die von der Terminservicestelle übermittelt werden oder besonders geförderte Leistungen (Schutzimpfungen, U-Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, ambulante Operationen).

Dieser Ausgleichanspruch nach § 87a Abs. 3b SGB V erfasst regelmäßig also nur einen untergeordneten Teil der vertragsärztlichen Vergütung.

Richtig ist zwar, dass mit Blick auf vertragsärztliche Leistungen, die aus der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung finanziert werden, ebenfalls mit § 87b Abs. 2a SGB V eine Regelung mit dem COVID-19-Krankenhausgesetz geschaffen wurde. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um einen praxisindividuellen Ausgleichsanspruch, sondern um eine Regelung zur Anpassung des allgemeinen Verteilungsmaßstabes für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Es ist bisher unklar, in welchem Maß die vertragsärztlichen Leistungserbringer von dieser Regelung profitieren. Die KV Baden-Württemberg beispielsweise erklärt dazu auf ihrer Webseite: „Die Härtefallregelung sichert Ihnen bei unveränderter Praxiskonstellatation einen Honorarausgleich von 90 Prozent des GKV-Kollektiv-Honorars (Details in Verhandlung) im Vorjahresquartal“ Die KV Baden-Württemberg weist aber zugleich darauf hin, dass die gesetzlichen Mindestsprechzeiten grundsätzlich eingehalten werden müssten.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass sowohl die Regelung in § 87a Abs. 3b SGB V als auch die Regelung in § 87b Abs. 2a SGB V auf eine Minderung der Vergütung aufgrund eines Rückgangs der Fallzahlen abstellt. Zu einer Honorarminderung bzw. einer Umsatzminderung kann es jedoch auch dann kommen, wenn bereits begonnene Behandlungen aufgrund der Corona-Pandemie abgebrochen oder pro Behandlungsfall pandemiebedingt weniger Leistungen erbracht werden können. Es ist völlig unklar, ob und in welchem Umfang solche Honorarminderungen in der vertragsärztlichen Versorgung durch die in Rede stehenden Regelungen kompensiert werden sollen. Aus diesem Grund fordern der SpiFa sowie die KBV eine gesetzliche Klarstellung.

Insgesamt muss aber festgestellt werden, dass diese Regelungen ausschließlich die vertragsärztliche Leistungserbringung betreffen. Der Ausfall von Umsätzen, der pandemiebedingt auf fehlende Inanspruchnahme durch nicht gesetzlich versicherte Selbstzahler gründet bzw. Leistungen die gegenüber der PKV oder der Beihilfe

abrechnet werden, ist weder von den Regelungen des COVID-19-Krankenhausgesetzes erfasst noch wird dieser Ausfall auf eine andere Art und Weise kompensiert. Gleiches gilt für die Einnahmen aus BG-Leistungen, die derzeit vielfach nicht erbracht werden können.

Es sind damit also derzeit nicht nur reine Privatpraxen betroffen, die ausschließlich Leistungen an Selbstzahler erbringen, sondern auch Praxen, die sowohl eine (volle) vertragsärztliche Zulassung haben und damit zu einem bestimmten Teil GKV-Versicherte versorgen als auch zugleich in einem gewissen anderen Teil Leistungen gegenüber Selbstzahlern erbringen und gegenüber der PKV und der Beihilfe abrechnen. Ein Ausschluss von Kurzarbeitergeld würde damit nicht nur reine Privatpraxen sondern auch solche Leistungserbringer mit nicht kompensierten Ausfällen in der privatärztlichen Versorgung sowie aus der Erbringung von BG-Leistungen treffen.

Hierzu möchten wir auf folgende beispielhafte Darstellung zur Kostenstruktur ausgewählter fachärztliche Bereiche verweisen, deren Werte sich aus den Erhebungen von destatis (Statistisches Bundesamt) speisen, die alle 5 Jahre (zuletzt 2015) erhoben werden.

Statistisches Bundesamt	Einnahmen				Aufwendungen	
	Gesamt	aus Kassenabrechnung	aus Privatabrechnung	sonstige	Gesamt	
Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, etc., Erhebung 2015						
	je Praxisinhaber in EUR	in EUR	in EUR	in EUR	in % von Einnahmen	in EUR
Chirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie	476.000	254.184	178.976	42.840	55,2	262.752

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	350.000	205.450	136.850		48,5	169.750
Haut- und Geschlechtskrankheiten	441.000	226.674	205.506		48,4	213.444
Orthopädie	462.000	229.152	210.210		55,7	257.334
Urologie	436.000	224.104	200.560		48,0	209.280

Dem stellen wird folgende Darstellung zu der Einnahme- und Ausgabensituation im Rahmen derzeitigen pandemiebedingten Situation in den Praxen gegenüber. Dabei wird pauschal davon ausgegangen, dass 90% der Einnahmeausfälle aus dem vertragsärztlichen Bereich nach §§ 87a Abs. 3b und 87b Abs. 2a SGB V kompensiert werden. Zugleich wird angenommen, dass ein Rückgang der Inanspruchnahme auf 15% der sonst üblichen Patientenzahlen erfolgt. Es wird mit Verweis auf die weiter laufenden Kosten für Mitarbeiter, Praxismiete, IT-Dienstleistung davon ausgegangen, dass sich die Ausgabepositionen gegenüber der obigen Darstellung nicht ändern.

Kostenstruktur ausgewählter Facharztgruppen unter Corona-Pandemie	Einnahmen aus ärztlichen Behandlungsleistungen			Aufwendungen	Reinertrag
	Gesamt	aus Kassenabrechnung (90% aus §§ 87a Abs. 3b, 87b Abs. 2a)	aus Privatabrechnung (15% der üblichen Patienten)	Gesamt	Gesamt
Grundlage destatis-Erhebung 2015		in EUR	in EUR	in EUR	In EUR
	je Praxisinhaber in EUR				
Chirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie	255.612	228.766	26.846	262.752	- 7.140
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	205.433	184.905	20.528	169.750	35.683

Haut- und Geschlechtskrankheiten	234.833	204.007	30.826	213.444	21.389
Orthopädie	237.769	206.237	31.532	257.334	-19.565
Urologie	231.778	201.694	30.084	209.280	22.498

Mit Blick auf die hier angegebenen Reinerträge ist zu beachten, dass von diesen zumindest laufende persönliche Aufwendungen für die Altersvorsorge (Beiträge zum Versorgungswerk) sowie Beiträge zu Krankenversicherung berücksichtigt werden müssen. Unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze in der DRV ist dabei von Beiträgen in Höhe von 1.283,40 EUR monatlich bzw. 15.400,80 EUR jährlich für das Versorgungswerk auszugehen, sowie mindestens 8.000,00 EUR pro Jahr für Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Ferner ist die zu leistende Einkommenssteuer zu berücksichtigen.

Es kann damit festgestellt werden, dass in einigen Facharztpraxen Verluste erwirtschaftet werden und in anderen Praxen die erwirtschafteten Reinerträge nicht ausreichen, um dem Praxisinhaber daraus eine Lebensführung zu ermöglichen.

Der Vergleich zeigt, dass durch einen pandemiebedingten Rückgang der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auch bei Praxen, die nur zum Teil privatärztliche Behandlungsleistungen erbringen, eine Existenzgefährdung im Raum steht. Soweit in solchen Praxen mit dem Instrument der Kurzarbeit nicht gearbeitet werden kann, weil Kurzarbeitergeld seitens der Bundesagentur für Arbeit pauschal abgelehnt und keine Einzelfallprüfung vorgenommen wird, können Praxisinhaber gezwungen sein, aus betriebsbedingten Gründen Mitarbeiter zu entlassen.

Kurzarbeit und der Bezug von Kurzarbeitergeld für Angestellte von vertragsärztlich tätigen Praxen kann auch nicht mit dem Verweis auf den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung der gesetzlich Versicherten ausgeschlossen werden.

Nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte trifft in diesem Rahmen grundsätzlich § 24 Abs 2 Ärzte-ZV iVm § 98 Abs 1 Satz 1 SGB V nach die Verpflichtung Sprechstunden zu halten und damit persönlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung zu stehen. Diese - aus dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung folgende (BSGE 120, 197) - sogenannte "Präsenzpflicht" steht nach dem BSG im Zusammenhang mit der Pflicht zur Behandlungsübernahme nach dem Sachleistungsprinzip und der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung: Wer nicht in der Praxis erreichbar ist, kann auch diese Pflichten nicht erfüllen. Durch diese

Pflichten soll es den KÄVen ermöglicht werden, ihren Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs 1 SGB V zu erfüllen (BSGE 122, 112).

Konkretisiert wird dies durch § 17 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä): Nach § 17 Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 BMV-Ä ist der Vertragsarzt gehalten, an seinem Vertragsarztsitz - sowie ggf weiteren Tätigkeitsorten - Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung mindestens in dem in § 17 Abs 1a BMV-Ä geregelten Umfang festzusetzen und seine Sprechstunden auf einem Praxisschild bekanntzugeben. § 17 Abs. 1a BMV-Ä regelt dazu, dass der sich aus der (vollen) Zulassung des Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen ist, dass der Vertragsarzt an allen zugelassenen Tätigkeitsorten persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht. Als Sprechstunden gelten die Zeiten, in denen der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung steht.

Die Regelungen zur vertragsärztlichen Versorgung enthalten jedoch keine Vorgaben zur Zahl und zum zeitlichen Einsatz von Praxispersonal. Der einzelne vertragsärztliche Leistungserbringer kann – solange er für die persönliche Leistungserbringung in dem vorgegebenen Maße zur Verfügung steht – damit selbst entscheiden, in welchem Umfang er Kräfte zu seiner Unterstützung einsetzt. Die Beschränkung der Zahl oder des zeitlichen Einsatzes von Angestellten ist damit, solange der jeweilige vertragsärztliche Leistungserbringer grundsätzlich seiner persönlichen Leistungspflicht nachkommt, in seinem eigenen Ermessen.

Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass in Praxen, die sowohl vertragsärztliche als auch privatärztliche Leistungen erbringen, die Aufwendungen für den gesamten Praxisbetrieb nicht allein dem vertragsärztlichen Teil zugerechnet werden dürfen. Vielmehr müssen die Aufwendungen mit Blick auf den vertragsärztlichen sowie den privatärztlichen Teil aufgeteilt werden. Hierzu bietet sich eine Aufteilung der Aufwendungen entsprechend der Anteile der Einnahmen an.

Daraus ergibt sich auf Grundlage der von destatis erhobenen Werte zur Kostenstruktur in Arztpraxen folgendes Bild:

	Einnahmen			Aufwendungen			
	Gesamt	aus Privatabrechnung		Gesamt		tragfähig durch PKV	
		je Praxisinhaber in EUR	in % von Einnahmen	in EUR	in % von Einnahmen	in EUR	in %
Einzelpraxen insgesamt	375.000	27,8	104.250	49,0	183.750	49,0	51.083
Allgemeinmedizin	319.000	17,4	55.506	46,1	147.059	46,1	25.588
Augenheilkunde	477.000	41,9	199.863	47,9	228.483	47,9	95.734
Chirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie	476.000	37,6	178.976	55,2	262.752	55,2	98.795
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	344.000	30,8	105.952	48,2	165.808	48,2	51.069
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	350.000	39,1	136.850	48,5	169.750	48,5	66.372
Haut- und Geschlechtskrankheiten	441.000	46,6	205.506	48,4	213.444	48,4	99.465
Innere Medizin	418.000	23,3	97.394	50,0	209.000	50,0	48.697
Kinder- und Jugendmedizin	332.000	17,5	58.100	48,4	160.688	48,4	28.120
Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	282.000	13,2	37.224	45,0	126.900	45,0	16.751
Orthopädie	462.000	45,5	210.210	55,7	257.334	55,7	117.087
Urologie	436.000	46,0	200.560	48,0	209.280	48,0	96.269

Wir gehen schlussfolgernd davon aus, dass die fachliche Weisung der Bundesagentur

fehlerhaft

ist und dringend korrigiert werden muss. Wir halten eine pauschale Ablehnung von Kurzarbeitergeld in Bezug auf vertragsärztliche Leistungserbringer ohne Einzelfallprüfung für schlicht rechtswidrig.

Aus diesem Grund haben wir den Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Erwin Rüdell, und den Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil angeschrieben und um dringende Korrektur und Schaffung von Rechtssicherheit für die Ärzteschaft gebeten. Wir werden dieses Anliegen auch in persönlichen Gesprächen anbringen und mit Nachdruck verfolgen.

Jede Ärztin und jeder Arzt in Deutschland hat das Recht, unter Beachtung der jeweiligen Praxisbesonderheiten, insbesondere hinsichtlich der Zusammensetzung der Honorare im Rahmen einer **konkreten Einzelfallprüfung eine Entscheidung über die Gewährung von Kurzarbeitergeld zu verlangen.**

Viele Grüße

Dr. Dirk Heinrich
Vorstandsvorsitzender

Dr. Axel Schroeder
Vorstandsmitglied

Dr. Christian Albring
Vorstandsmitglied

Dr. Hans-Friedrich Spies
Vorstandsmitglied

Dr. Helmut Weinhart
Vorstandsmitglied


RA Lars F. Lindemann
Hauptgeschäftsführer

Anlage: Fachliche Weisung der Bundesagentur für Arbeit vom 15.04.2020