



CAUSA CONCILIO

RECHTSANWÄLTE . NOTARE

Mandanteninformation

Medizinrecht

2/2015

Inhalt

Allgemeines

Stand der Gesundheitsgesetzgebung..... 2

Zahnärzte-MVZ zukünftig zulässig?!..... 3

Keine nachträgliche Urlaubskürzung wegen Elternzeit..... 6

Ambulanter Sektor

BSG: Vertragsärztliche Tätigkeit auf Grund von zwei Teilzulassungen zulässig 7

BSG: Zulassungsentziehung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht..... 8

Richtgrößenprüfung – Zweijährige Ausschlussfrist gilt nicht für Altfälle 9

Stationärer Sektor

*Krankenhausstrukturgesetz – Garant für eine qualitativ hochwertige und gut erreichbare
Krankenhausversorgung? 10*

*BSG: Zu den Voraussetzungen der Verwirkung eines krankenhausrechtlichen
Vergütungsanspruchs 12*

Stand der Gesundheitsgesetzgebung

E-Health-Gesetz

Am 27.05.2015 hat die Bundesregierung den Gesetzentwurf des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, kurz E-Health-Gesetz, vorgelegt. Nach dem Entwurf verfolgt das E-Health-Gesetz nach wie vor u.a. das Ziel die zügige Einführung nutzbringender Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte zu unterstützen, die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen zu etablieren und telemedizinische Leistungen, insbesondere das teleradiologische Konsil, zu fördern.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll zunächst die Erstellung eines Notfalldatensatzes gefördert werden. Hierfür solle eine entsprechende EBM-Ziffer geschaffen werden. Ebenfalls durch Ergänzungen des EBM sollen telemedizinische Leistungen ausgebaut werden. Im stationären Sektor sollen für einen Zeitraum von 2 Jahren finanzielle Anreize für die Erstellung von elektronischen Arztbriefen geschaffen werden.

Die Versicherten sollen weiter Anspruch auf einen Medikationsplan haben, wenn Sie mehr als 3 Medikamente einnehmen müssen. Auch die Aktualisierung dieses Medikationsplanes soll finanziell gefördert werden.



Ihr Ansprechpartner:
Stephan Gierthmühlen
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (431) 6701 - 224
Telefax: +49 (431) 6701 - 55224
E-Mail: gierthmuehlen@cc-recht.de

Auf Kritik stößt nach wie vor der im Gesetz verankerte Online-Abgleich der Versichertenstammdaten. Die Bundesärztekammer kritisiert, dass es ureigene Aufgabe der Krankenkassen sei, ihre Daten zu aktualisieren, sodass nicht nachvollziehbar sei, warum dies in den Arztpraxen geschehen solle. Auch die Datensicherheit wird in den zum Gesetzentwurf vorliegenden Stellungnahmen als nicht gewährleistet anzusehen.

Allerdings ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber an dieser Stelle nicht nachgeben wird, hat er doch die – seit Jahren angekündigte – Einführung dieser Maßnahmen nun mit Fristen ausgestattet und die Versäumung dieser Fristen – ebenso wie die Verweigerung des Online-Datenabgleichs durch Vertragsärzte - unter Sanktionen gestellt. Welche Veränderungen das Gesetzgebungsverfahren bringen wird, bleibt abzuwarten.

Antikorruptionsgesetz

Entwürfe zu einem Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen liegt seit dem 15.01.2015 als Gesetzesentwurf des Freistaates Bayern vor, nachdem es zuvor bereits einen Referentenentwurf aus dem Bundesministerium der Justiz gegeben hatte.

Nachdem der BGH bereits im Jahr 2012 eine Strafbarkeitslücke bei der Korruption im Gesundheitswesen festgestellt hatte, will der Gesetzgeber nun reagieren und die Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen als gesonderten Straftatbestand einführen.

Der Gesetzentwurf wurde, auch wenn grundsätzlich keine Kritik an dem Gesetzesziel geübt wurde, deutlich kritisiert. Der Straftatbestand sei zu unscharf und würde die Ärzteschaft unter Generalverdacht stellen. Ärztliche Kooperationen, insbesondere sektorenübergreifende Kooperationen würden nicht hinreichend berücksichtigt. Am 6. Februar wurde das Gesetz dem Rechts- und dem Gesundheitsausschuss des Bundesrates überwiesen. Empfehlungen dieser Ausschüsse stehen noch aus.

Präventionsgesetz

Ebenfalls in den Ausschüssen, diesmal allerdings des Bundestages, liegt der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Mit dem Präventionsgesetz will der Gesetzgeber „die strukturellen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als gemeinsame Aufgabe auch der Sozialversicherungsträger unter Beteiligung auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflicht-Versicherung unterstützt werden“. Hierfür sollen die Kooperationsstrukturen zwischen den Präventionsträgern verbessert und Präventionsleistungen auch in der Vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung gefördert werden.

Versorgungsstärkungsgesetz

Das Versorgungsstärkungsgesetz befindet sich auf der Zielgeraden. Die 2. und 3. Lesung des Gesetzes wurden auf die Tagesordnung der Bundestagsdebatte am 11.06.2015 gesetzt. In der Tagesordnung sind Beschlussempfehlungen der beratenden Ausschüsse angekündigt worden, die jedoch noch nicht veröffentlicht sind. Änderungen wird es vermutlich insbesondere bei den Regelungen zum Aufkauf von Praxen geben, der erst ab einem Versorgungsgrad von 140% erfolgen „soll“, darunter erfolgen „kann“. Sobald das Gesetz in seiner endgültigen Form bekannt ist, werden wir Sie informieren.

Zahnärzte-MVZ zukünftig zulässig?!

Bekanntermaßen ist es einigen Leistungserbringern im Gesundheitswesen – insbesondere Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern - gestattet, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. Zugelassene MVZ nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Bei MVZ handelt es sich nach derzeitiger Rechtslage um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.

Die nach derzeitiger Gesetzeslage geforderte Voraussetzung der „fachübergreifenden Tätigkeit“ ist zu bejahen, wenn in der Einrichtung Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind.

Ferner hat der Gesetzgeber mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in § 33 Ärzte-ZV klargestellt, dass Ärzte und Zahnärzte gemeinsam ein MVZ betreiben können. Ob auch die

Gründung eines ausschließlich durch Zahnärzte betriebenen MVZ zulässig ist, hat der Gesetzgeber nicht ausdrücklich geregelt. Legt man die entscheidende gesetzliche Vorschrift, in der die fachübergreifende Tätigkeit definiert wird, nach dem Wortlaut aus, spricht zunächst nichts dagegen, dass ein MVZ auch ausschließlich durch Zahnärzte betrieben werden kann, wenn diese über verschiedene Fachzahnarztbezeichnungen verfügen. Da die Weiterbildungsordnungen der Zahnärztekammern entsprechende Fachzahnarztbezeichnungen vorsehen – so sieht die Musterweiterbildungsordnung der Bundeszahnärztekammer den Fachzahnarzt für Oralchirurgie und den Fachzahnarzt für Kieferorthopädie vor – erscheint also eine Gründung eines ausschließlich zahnärztlichen MVZ, in dem z.B. ein Fachzahnarzt für Oralchirurgie und ein Fachzahnarzt für Kieferorthopädie tätig werden, zweifelsfrei möglich zu sein.

Diese Ansicht wurde jedoch bislang durch die Rechtsprechung verneint. So haben das LSG Baden-Württemberg mit Urteil vom 20.06.2007, Az. L 5 KA 2542/07 ER-B, und das LSG Nordrhein-Westfalen mit Urteil vom 28.10.2009, Az. L 11 KA 94/08, entschieden, dass einem MVZ, in dem ausschließlich Zahnärzte tätig sind, keine Zulassung erteilt werden könne. Die Gerichte begründeten ihre Entscheidungen damit, dass bei Zahnärzten die für ein MVZ geforderte fachübergreifende Tätigkeit nicht vorliegen könne. Bei den fachzahnärztlichen Gebietsbezeichnungen handele es sich - anders als im ärztlichen Bereich - nicht um eine Facharztbezeichnung, mit der die Gebiete der Zahnmedizin voneinander abgegrenzt würden, denn in den Weiterbildungsordnungen existiere keine Regelung, nach der die Gebietsbezeichnung einen Fachzahnarzt ausschließlich oder schwerpunktmäßig auf dieses Gebiet beschränke. Dieser könne auch außerhalb seines Fachgebietes, für das er die Fachzahnarztbezeichnung führt, zahnärztlich tätig werden. Eine fachübergreifende Tätigkeit sei daher zu verneinen.

Auf Grund dieser Rechtsprechung ist die Gründung eines reinen Zahnärzte-MVZ derzeit nicht möglich. Etwaige Zulassungsanträge werden regelmäßig durch die Zulassungsausschüsse zurückgewiesen.

Diese Rechtslage dürfte sich aber mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Inkrafttreten des derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindlichen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) ändern. Der aktuelle Gesetzesentwurf zum GKV-VSG sieht vor, dass die Gründungsvoraussetzung der „fachübergreifenden“ Tätigkeit des MVZ entfallen soll. Diese geplante Gesetzesänderung ist im laufenden Gesetzgebungsverfahren bislang nicht ernsthaft zur Diskussion gestellt worden, so dass damit zu rechnen ist, dass das Gesetz tatsächlich entsprechend geändert wird. Wird das Gesetz tatsächlich wie beschrieben geändert, findet die oben zitierte Rechtsprechung keine Anwendung mehr, weil dann eben keine fachübergreifende Tätigkeit mehr in einem MVZ gefordert würde. Somit stünde dann auch die Möglichkeit offen, rein zahnärztliche MVZ zu betreiben.



Ihr Ansprechpartner:
Christian Gerdts
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (40) 355 372 - 222
Telefax: + 49 (40) 355 372 - 19
E-Mail: gerdts@cc-recht.de

Es wird nicht auszuschließen sein, dass Gegner dieser Gesetzesänderung und möglicherweise auch die Zulassungsgremien sich auf den Standpunkt stellen werden, dass Vertragszahnärzte zumindest nicht berechtigt

seien, MVZ zu gründen, da sie nicht explizit als gründungsberechtigte Leistungserbringer in § 95 Abs. 1a SGB V genannt seien. Dieses Argument würde jedoch nicht überzeugen. In jener Vorschrift werden nämlich Vertragsärzte als gründungsberechtigte Leistungserbringer explizit genannt. Da gemäß § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V die Vorschriften jenes Kapitels – mithin auch die Vorschrift des § 95 Abs. 1a SGB V – soweit sie sich auf Ärzte beziehen, entsprechend für Zahnärzte gelten, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist, kann hieraus nur die Konsequenz abgeleitet werden, dass auch zugelassene Vertragszahnärzte berechtigt sind, MVZ zu gründen.

Somit würden sich nach Inkrafttreten der zu erwartenden Gesetzesänderung neue Möglichkeiten für Vertragszahnärzte ergeben, vertragszahnärztliche Leistungen selbst oder durch angestellte Zahnärzte anzubieten und zu erbringen. Insbesondere kann durch die Gründung eines MVZ auf einfache Weise das Ziel erreicht werden, an einem anderen Standort als am eigenen Vertragszahnarztsitz eine weitere zahnärztliche Praxis zu errichten und durch zumindest zwei angestellte Zahnärzte, deren Anstellung dem MVZ durch den Zulassungsausschuss zu genehmigen ist, zu betreiben. Einer Genehmigung für eine Zweigpraxis, die stets voraussetzt, dass diese die Versorgung der Versicherten an jenem Standort verbessert, und aus diesem Grund häufig – speziell in Großstädten - abgelehnt wird, bedarf es hierfür nicht.

Zudem kann ein MVZ – anders als eine Berufsausübungsgemeinschaft oder eine vertragszahnärztliche Berufsausübungsgemeinschaft – in der Rechtsform einer GmbH gegründet werden. Dies ermöglicht es, das Haftungsrisiko für das MVZ auf das Gesellschaftsvermögen der MVZ-Trägergesellschaft zu beschränken. Es ist dann allerdings zu berücksichtigen, dass alle Gesellschafter der MVZ Trägergesellschaft gegenüber dem Zulassungsausschuss eine selbstschuldnerische Bürgschaft für die Forderungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie der Krankenkassen gegen das MVZ zu übernehmen haben. Insoweit wird die auf das Gesellschaftsvermögen beschränkte Haftung aufgeweicht.

In verschiedenen Konstellationen kann es auch in Betracht kommen, dass der Vertragszahnarzt, der das MVZ gründet, auch in jenem MVZ selbst zahnärztliche Leistungen erbringt. Hierbei kommt z.B. in Betracht, dass er selbst – zumindest in Teilzeit – als angestellter Zahnarzt in seinem MVZ tätig wird, aber seine ursprüngliche vertragsärztliche Praxis rechtlich und wirtschaftlich vom MVZ getrennt weiter betreibt. Es kann auch in Erwägung gezogen werden, zwischen dem MVZ und dem Vertragszahnarzt, der dieses MVZ gegründet hat, eine (über-)örtliche Berufsausübungsgemeinschaft zu gründen. Diese Kooperation würde es ermöglichen, dass jeder der in dieser Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Zahnärzte an allen Standorten der Berufsausübungsgemeinschaft vertragszahnärztlich tätig werden könnte, solange die Tätigkeit am eigentlichen Vertragszahnarztsitz mindestens 2/3 der gesamten Sprechzeiten beträgt.

Somit ist damit zu rechnen, dass mit dem GKV-VSG auch Zahnärzten neue Möglichkeiten gegeben werden, an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilzunehmen. Wir werden spätestens im kommenden Newsletter über die weiteren Entwicklungen im Gesetzgebungsverfahren, insbesondere aber über die Umsetzbarkeit der Gründung von Zahnarzt-MVZ berichten.

Keine nachträgliche Urlaubskürzung wegen Elternzeit

Grundsätzlich besteht nach § 17 Abs. 1 S. 1 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) für den Arbeitgeber die Möglichkeit, den Erholungsurlaub des Arbeitnehmers, für jeden vollen Kalendermonat der Elternzeit um 1/12 zu kürzen, sofern nicht Teilzeitarbeit für den Arbeitgeber geleistet wird.

Das Bundesarbeitsgericht hatte sich nunmehr in seiner Entscheidung vom 19.05.2015, Az.: 9 AZR 725/13, damit auseinanderzusetzen, ob diese Möglichkeit dem Arbeitgeber auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses noch zusteht.

Die Klägerin war als Ergotherapeutin in einem Seniorenheim bei der Beklagten beschäftigt. Ihr standen im Kalenderjahr 36 Urlaubstage bei einer 5-Tage-Woche zu. Nach der Geburt des Sohnes im Dezember 2010 befand sich die Klägerin ab Mitte Februar 2011 bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit Ablauf des 15.05.2012 in Elternzeit. Sie machte nach Beendigung des Anstellungsverhältnisses gegen die Beklagte Abrechnung und Abgeltung ihrer Urlaubsansprüche aus den Jahren 2010 bis 2012 geltend. Die Beklagte verweigerte dies und erklärte im September 2012 die Kürzung des Erholungsurlaubs der Klägerin wegen der Elternzeit.



Ihr Ansprechpartner:
Dr. Kai Stefan Peick
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (431) 6701 - 230
Telefax: +49 (431) 6701 - 55230
E-Mail: peick@cc-recht.de

Das Bundesarbeitsgericht erachtete diese Kürzung für unwirksam. Der Arbeitgeber sei nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht mehr berechtigt, den Erholungsurlaub wegen Elternzeit zu kürzen. Die Rege-

lung des § 17 Abs. 1 S. 1 BEEG setze voraus, dass der Anspruch auf Erholungsurlaub noch bestehe. Wenn das Arbeitsverhältnis beendet sei, fehle es hieran, da der Arbeitnehmer Anspruch auf Urlaubsabgeltung habe. Die bisherige Rechtsprechung, wonach der Arbeitgeber auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses die Kürzungsbefugnis haben solle, beruhe auf der vom erkennenden Senat vollständig aufgegebenen Surrogatstheorie.

Nach der neueren Rechtsprechung ist nicht mehr davon auszugehen, dass der Anspruch auf Urlaubsabgeltung Surrogat des Urlaubsanspruchs ist. Vielmehr soll es sich nach dieser um einen reinen Geldanspruch handeln. Dieser Geldanspruch verdanke nur noch seine Entstehung urlaubsrechtlichen Vorschriften. Sobald der Abgeltungsanspruch entstanden sei, handle es sich um einen Teil des Vermögens des Arbeitnehmers und unterscheide sich nicht mehr von anderen Zahlungsansprüchen des Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber.

Damit setzt das Bundesarbeitsgericht seine Rechtsprechung zur Aufgabe der Surrogatstheorie fort. Nur der Grund für die Urlaubsabgeltung findet sich im Urlaubsrecht. Es handelt sich jedoch, wenn der Urlaubsabgeltungsanspruch entstanden ist, um einen reinen Zahlungsanspruch auf den urlaubsrechtliche Regelungen keine Anwendung mehr finden. Es empfiehlt

sich von daher bereits im Arbeitsvertrag eine Regelung festzuhalten, wonach sich der Anspruch auf Erholungsurlaub für das Urlaubsjahr für jeden vollen Kalendermonat der Inanspruchnahme von Elternzeit um 1/12 reduziert. Auch sollte den Mitarbeitern zu Beginn der Elternzeit entsprechendes mitgeteilt werden.

BSG: Vertragsärztliche Tätigkeit auf Grund von zwei Teilzulassungen zulässig

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde es Vertragsärzten und Vertragszahnärzten bereits im Jahr 2007 ermöglicht, auf Grundlage einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag – umgangssprachlich Teilzulassung genannt – vertragszahnärztlich tätig zu werden. Macht der Arzt von dieser Möglichkeit Gebrauch, so reduziert sich seine vertrags(zahn)ärztliche Präsenzpflicht auf die Hälfte.

Der Gesetzgeber hat jedoch keine ausdrückliche Regelung geschaffen, die klarstellt, dass ein Vertrags(zahn)arzt mit zwei Teilzulassungen an zwei verschiedenen Standorten tätig sein darf, so dass die-



Ihr Ansprechpartner:
Christian Gerdts
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (40) 355 372 - 222
Telefax: + 49 (40) 355 372 - 19
E-Mail: gerdts@cc-recht.de

se Rechtsfrage nicht abschließend geklärt war. Mit Urteil vom 11.02.2015, Az: B 6 KA 11/14 R hat das Bundessozialgericht (BSG) zu dieser Rechtsfrage eine klare Entscheidung getroffen.

Es hat ausdrücklich entschieden, dass einem Arzt zwei Zulassungen mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag für zwei Vertragsarztsitze erteilt werden können. Ein hälftiger Versorgungsauftrag lasse dem Vertragsarzt zeitlich genügend Raum für andere berufliche Tätigkeiten. Als solche komme auch eine weitere vertragsärztliche Tätigkeit an einem anderen Standort in Betracht. Nach Ansicht des BSG ist diese Form der beruflichen Betätigung mit den geltenden Vorschriften über die vertragsärztliche Tätigkeit nicht von vornherein inkompatibel. Somit kommt – auch dies stellt das BSG erfreulicherweise klar – eine Tätigkeit auf zwei Teilzulassungen an zwei verschiedenen Vertragsarztsitzen sowohl im selben KV-Bezirk, als auch in unterschiedlichen KV-Bezirken in Betracht. Durch dieses Urteil wird die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom Gesetzgeber angestrebte Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch die Rechtsprechung bekräftigt.

Macht man von dieser Möglichkeit der Tätigkeit auf zwei Teilzulassungen an zwei Standorten Gebrauch, ist jedoch zu beachten, dass dem jeweiligen Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit an den einzelnen Standorten nur im zeitlich eingeschränkten Umfang erlaubt ist. Schließlich handelt es sich um jeweils hälftige Versorgungsaufträge, die somit auch lediglich zeitlich eingeschränkt ausgeübt werden können.

Wirtschaftlich darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass dem Vertragsarzt durch die Halbierung des Versorgungsauftrags für beide Standorte jeweils nur eigenständige anteilige Vergütungsvolumina im Rahmen der Honorarverteilung zugewiesen werden. In einigen KV-Bezirken, z.B. im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, verhält es sich sogar so, dass bei Teilzulassungen eine Steigerung des zugewiesenen Vergütungsvolumens sogar maximal bis zur Hälfte des Fachgruppendurchschnitts möglich ist. Es muss also vor der Umsetzung eines solchen Vorhabens vorab geprüft werden, ob bzw. auf welche Weise der wirtschaftliche Betrieb der einzelnen Standorte gewährleistet werden kann. Hierbei sollte auch die Überlegung eine Rolle spielen, ob angestellte (Zahn-)Ärzte an den einzelnen Standorten beschäftigt werden können.

BSG: Zulassungsentziehung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht

Der Vertragsarzt ist gem. § 95d I, III SGB V verpflichtet, sich fachlich fortzubilden und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung alle 5 Jahre den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Erbringt er den Nachweis nicht, ist die Kassenärztliche Vereinigung zunächst verpflichtet, das Honorar zu kürzen. Der Vertragsarzt kann die für den Fünfjahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen. Erbringt er den Fortbildungsnachweis allerdings nicht spätestens 2 Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen.



Ihr Ansprechpartner:
Dr. Jana Spieker
Fachanwältin für Medizinrecht

Telefon: +49 (40) 355 372 - 238
Telefax: +49 (40) 355 372 - 55238
E-Mail: spieker@cc-recht.de

Der 6. Senat des BSG befasste sich in seiner Entscheidung vom 11.02.2015, Az.: B 6 KA 37/14 B, mit der Zulassungsentziehung einer praktischen Ärztin (Klägerin), die trotz wiederholter Aufforderungen seitens der

Kassenärztlichen Vereinigung zur Abgabe eines Fortbildungsnachweises für den Fünfjahreszeitraum bis zum 30.06.2009, Honorarkürzungen von 10 % für die Quartale ab III/2009 und 25 % ab dem Quartal III/2010 und der Mitteilung, dass ohne den Fortbildungsnachweis ein Antrag auf Zulassungsentziehung zu stellen sei, keinen Nachweis der Fortbildung erbrachte. Auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung entzog der Zulassungsausschuss mit Bescheid vom 30.07.2012 der Klägerin die Zulassung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht. Widerspruch, Klage und Berufung, mit der die Klägerin geltend machte, aus privaten Gründen an der Fortbildung gehindert gewesen zu sein und im laufenden Fortbildungszeitraum ab 2012 bereits 249 Fortbildungspunkte nachweisen zu können, blieben erfolglos. Die Klägerin legte Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision ein. Das BSG wies die Beschwerde zurück.

Im Rahmen seiner Begründung wies es zutreffend darauf hin, dass § 95d SGB V keinen eigenständigen Entziehungstatbestand normiert, sondern sich die Zulassungsentziehung nach § 95

VI 1 SGB V richtet. Danach ist die Zulassung zu entziehen, wenn der Vertragsarzt seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Bei der Frage, ob der Verstoß gegen die Fortbildungsverpflichtung als grundlegende vertragsärztliche Pflicht, die dem Schutz der Versicherten dient, gröblich war, kommt es nach den Ausführungen des BSG nicht auf die persönlichen Lebensumstände des Vertragsarztes an. Ein Verschulden ist für die Zulassungsentziehung nicht erforderlich. Im Weiteren stellte das BSG erneut klar, dass ein nachträgliches Wohlverhalten – Fortbildung nach Ablauf der Zweijahresfrist nach dem Fünfjahreszeitraum – bis zur letzten Verwaltungsentscheidung im Zulassungsentziehungsverfahren nicht zu berücksichtigen ist. Damit knüpft das BSG einerseits an seine Rechtsprechung seit dem 17.10.2012 an, wonach Wohlverhaltensgründe nur noch im Verfahren auf Wiedenzulassung zu berücksichtigen sind. Andererseits stellte es auf die gesetzliche Regelung des § 95 d III 4, 1. HS SGB V ab, die einer „Wohlverhaltensregelung“ vergleichbar eine einmalige Nachfrist von zwei Jahren vorsieht. Nach dem Willen des Gesetzgebers könne ein Vertragsarzt danach die Fortbildung nicht mehr nachholen. Diese Regelung kann nicht durch die Berücksichtigung eines späteren Verhaltens umgangen werden.

Richtgrößenprüfung – Zweijährige Ausschlussfrist gilt nicht für Altfälle

Mit Urteil vom 07.10.2014 (Az.: L 4 KA 13/12) entschied das Bundessozialgericht, dass die zweijährige Ausschlussfrist des § 106 Abs. 2 Satz 7 SGB V nicht auf Altfälle anwendbar sei.

Gegenstand des Rechtsstreits war ein gegen einen niedergelassenen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt festgesetzter Regress für die Kalenderjahre 2003 bis 2005 in Höhe von insgesamt über 140.000,00 € im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Der Prüfungsausschuss hatte die Höhe des Mehraufwandes für die Jahre 2003 bis 2005 zwar mit vom 14.12.2007 datierenden Prüfungsbescheiden beziffert, die Festsetzung des zu erstattenden Betrages erfolgte indes erst mit Bescheid vom 07.10.2009.

Mit Wirkung zum 01.01.2008 wurde in § 106 Abs. 2 Satz 7 SGB V eine Ausschlussfrist von zwei Jahren eingeführt. Nach dieser Regelung muss die Festsetzung eines der Krankenkasse zu



Ihr Ansprechpartner:
Dr. Marius Heller
Rechtsanwalt

Telefon: +49 (431) 6701 - 241
Telefax: +49 (431) 6701 - 55241
E-Mail: heller@cc-recht.de

erstattenden Mehraufwandes nach § 106 Abs. 5a SGB V innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraumes erfolgen.

Obwohl eine wortlautgetreue Anwendung des § 106 Abs. 2 Satz 7 SGB V dafür spräche, dass eine Festsetzung eines Regresses für die Kalenderjahre 2003 bis 2005 nicht fristgerecht erfolgt ist, lehnt das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht in seiner Entscheidung eine Verfristung der Regressfestsetzung für den gesamten Zeitraum ab. Anwendbar sei nach Auffassung des Gerichts auf den zu entscheidenden Fall die bis zum 31.12.2007 geltende Rechtslage. Damit kämen die vom Bundessozialgericht richterrechtlich entwickelte vierjährige Ausschlussfrist und die dazu

entwickelten Maßstäbe für Rückforderungen und Regresse aufgrund von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zur Anwendung.

Bereits mit Urteil vom 16.06.1993 (14a/6 RKa 37/91) hat das Bundessozialgericht entschieden, dass für den Fall divergierender Entscheidungen des Prüfungsausschusses und des Beschwerdeausschusses der Prüfungsbescheid auch dann die Frist wahrt, wenn er die Festsetzung eines Regresses ablehnt. Maßgebend für die Einhaltung der Ausschlussfristen seien im vorliegenden Fall damit nicht die tatsächliche Festsetzung eines Regresses durch den Bescheid vom 07.10.2009, sondern bereits die begründete Ablehnung der Regressfestsetzung durch die Bescheide vom 14.12.2007.

Zum Beginn der vierjährigen Ausschlussfrist hat das Bundessozialgericht entschieden, dass diese nach Ende des geprüften Verordnungszeitraumes beginnt. Zwar betreffe der Verordnungszeitraum im Allgemeinen ein Quartal, jedoch sei – so das Landessozialgericht – normativ eine kalenderjährige Prüfung vorgesehen. Demzufolge würde auch die Frist nach Ende des Kalenderjahres des geprüften Verordnungszeitraumes beginnen. Alle vorliegenden Bescheide vom Dezember 2007 seien somit noch fristgerecht innerhalb der bis zum 31.12.2007 ablaufenden vierjährigen Ausschlussfrist ergangen, weil auch hinsichtlich des Prüfungszeitraums 2003 auf das Ende des IV. Quartals 2003, also den 31.12.2003 abzustellen war.

Nach Auffassung des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts sind diese vom Bundessozialgericht entwickelten Maßstäbe zur Anwendung der vierjährigen Ausschlussfrist, also die Wahrung der Frist durch den Prüfbescheid, auch bei Ablehnung einer Regressfestsetzung sowie der Fristbeginn nach Ende des Kalenderjahres des geprüften Verordnungszeitraumes auf die nunmehr gesetzlich in § 106 Abs. 2 Satz 7 SGB V geregelte zweijährige Ausschlussfrist anzuwenden.

Die Frage der Anwendbarkeit der in der Rechtsprechung für die Vier-Jahres-Frist entwickelten Grundsätze auf die neue gesetzliche Zwei-Jahres-Frist ist nunmehr Gegenstand des beim Bundessozialgericht anhängigen Revisionsverfahrens (Az.: B 6 KA 45/14 R).

Krankenhausstrukturgesetz – Garant für eine qualitativ hochwertige und gut erreichbare Krankenhausversorgung?

Mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz wird nach dem Referentenentwurf das Ziel einer gut erreichbaren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung verfolgt. Mitte Juni soll der Gesetzesentwurf durch das Bundeskabinett verabschiedet und an den Bundesrat weitergeleitet werden.

Zur Erreichung einer Qualitätsverbesserung ist im Referentenentwurf unter anderem eine Regelung in § 136c SGB V vorgesehen, mit der der G-BA verpflichtet wird, bis zum 31.12.2016 Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, deren Auswertung auch Grundlage für Planungsentscheidungen – wie etwa die Aufnahme und den Verbleib des Krankenhauses im Landeskrankenhausplan – sein soll. Auch auf die Vergütung

der Krankenhäuser sollen Qualitätsgesichtspunkte zukünftig Einfluss haben. Es sollen Zuschläge für qualitativ hochwertige Leistungen und Abschläge für Leistungen unzureichender Qualität eingeführt werden. Qualitätskontrollen – auch unangekündigte – sollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt werden. Nach der Neuregelung des § 137 Abs. 1 Ziff. 2 SGB V entfällt der Vergütungsanspruch für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nicht erreicht werden. Als weitere Durchsetzungsmaßnahmen sind in § 137 Abs. 1 SGB V zudem die Information Dritter über Verstöße sowie die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen geregelt.

Hinsichtlich der Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA resultieren, wird die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Zuschläge geschaffen. Zuschläge kommen in Abhängigkeit von der vorhandenen Notfallstruktur auch bei einer Teilnahme an der stationären Notfallversorgung in Betracht. Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung nicht teilnehmen, müssen hingegen mit Abschlägen rechnen.



Ihr Ansprechpartner:
Dr. Sarah Gersch
Fachanwältin für Medizinrecht

Telefon: +49 (40) 355 372 - 227
Telefax: +49 (40) 355 372 - 55227
E-Mail: gersch@cc-recht.de

Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab 2016 vermindert. Die Korridorgrenze wird auf minus 1,02% und plus 2,5% unter bzw. oberhalb des bundeseinheitlichen Basisfallwertes fixiert. Ab 2016 werden die

Landesbasisfallwerte unter minus 1,02% angehoben, Landesbasisfallwerte oberhalb von plus 2,5% werden in einer Konvergenzphase von 6 Jahren auf die obere Korridorgrenze abgesenkt. Fehlanreize durch eine Übervergütung von Sachkosten sollen analysiert und Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

Vorgesehen ist zudem ein Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur – beispielsweise den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen –. Hieraus gezahlte Fördergelder werden zusätzlich zu der Investitionskostenförderung gezahlt.

Hinsichtlich der Mengensteuerung sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene im Jahr 2016 mit Wirkung für 2017 die Bewertung von Leistungen absenken, bei denen es zu wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen kommt. Für das Jahr 2017 wird eine Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene verlagert. Die Leistungsentwicklung führt dann nicht mehr zu einer Absenkung beim Landesbasisfallwert, wird jedoch bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt.

Einfluss auf die Mengensteuerung dürfte auch haben, dass die Regelung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu den Leistungsanreizen in Chefarztverträgen klargestellt wird. § 136a SGB V a. F. wird in § 135c Abs. 1 Satz 2 neu gefasst und weiterentwickelt. Mit der Änderung soll klargestellt werden, dass sich die Empfehlungen nicht nur gegen Vertragsgestaltungen mit

Zielvereinbarungen richten sollen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen. Vielmehr sollen jegliche Zielvereinbarungen ausgeschlossen werden, welche die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinflussen. Die Neuregelung bezieht auch Zielvereinbarungen zu Leistungsmengen, Leistungskomplexen und Messgrößen mit ein. Hierunter sollen ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf auch Zielvereinbarungen fallen, die eine Prämienzahlung für das Erreichen von bestimmten Bewertungsrelationen vorsehen. Durch das Wort „insbesondere“ wird nach der Gesetzesbegründung klargestellt, dass die Aufzählung nicht abschließend ist. Die Neuregelung dürfte die Änderung zahlreicher Vergütungsabreden zwischen Krankenhausträgern und Chefärzten erforderlich machen.

BSG: Zu den Voraussetzungen der Verwirkung eines krankenhausrrechtlichen Vergütungsanspruchs

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seiner Entscheidung vom 21.04.2015 (B1 KR 10/15 R) zur Frage der Verwirkung eines krankenhausrrechtlichen Vergütungsanspruchs Stellung genommen und hiermit die Rechtsposition der Krankenhäuser in Abrechnungstreitigkeiten gestärkt.

Im zu entscheidenden Fall nahm die klagende Klinik eine gesetzliche Krankenkasse auf Zahlung von Behandlungskosten aus einem stationären Aufenthalt in Höhe von 1.204,65 € in Anspruch. Die Krankenkasse hatte den Ausgleich der Rechnung verweigert, da sich aus den nach § 301 SGB V im Wege des Datenaustauschs übermittelten Daten die Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht ergeben habe. Die Klinik hatte die Übermittlung ergänzender Angaben zur stationären Erforderlichkeit gegenüber der Krankenkasse vorgerichtlich aus Datenschutzgründen verweigert. Erst im sozialgerichtlichen Klagverfahren hatte die Klinik die erforderlichen Unterlagen vorgelegt, auf deren Grundlage der MDK die Notwendigkeit einer stationären Behandlung bejaht hatte.

Gleichwohl wurde die Klage in 1. Instanz durch das Sozialgericht Wiesbaden (S 18 KR 58/11) abgewiesen und die Berufung der Klinik durch das Hessische Landessozialgericht (L 8 KR 216/13) zurückgewiesen. Zur Begründung wurde angeführt, dass die Klinik mit ihrem Vergütungsanspruch nach Treu und Glauben ausgeschlossen sei. In einem Fall der gravierenden Verletzung vorprozessualer Pflichten des Krankenhauses im Sinne einer endgültigen Verweigerung einer vertraglich gebotenen und erkennbar erforderlichen Mitwirkung sei die spätere, nunmehr mit den angeforderten medizinischen Informationen versehene Zahlungsklage als rechtsmissbräuchlich anzusehen.



Ihr Ansprechpartner:
Katharina Hampp
Fachanwältin für Medizinrecht

Telefon: +49 (40) 355 372 - 223
Telefax: +49 (40) 355 372 - 55223
E-Mail: hampp@cc-recht.de

Das BSG hat der Revision der Klinik in der Hauptsache stattgegeben und ihr den Anspruch auf Zahlung der Krankenhausvergütung zugesprochen. Zwar setze in Fällen, in denen regel-

haft eine ambulante Behandlung ausreiche, eine formal ordnungsgemäße Abrechnung voraus, dass das Krankenhaus Angaben zu den Gründen einer ausnahmsweise erforderlichen stationären Behandlung mache. Daher sei der Anspruch der Klägerin erst fällig geworden, nachdem sie die beklagte Krankenkasse mit der Klageschrift von diesen Umständen in Kenntnis gesetzt habe. Der Anspruch sei bei Klagerhebung jedoch nicht verwirkt gewesen. Die Verwirkung passe als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährung grundsätzlich nicht. Zudem setze sie neben der Nichtausübung eines Rechts während eines längeren Zeitraums weitere besondere Umstände voraus, an denen es im vorliegenden Fall fehle.

Diese Entscheidung des BSG ist vor allem vor dem Hintergrund zu begrüßen, dass die Krankenkassen in krankenhaushausrechtlichen Vergütungsstreitigkeiten immer häufiger mit dem Verwirkungseinwand argumentieren. Das BSG stellt nun erfreulicherweise heraus, dass an das Vorliegen einer Verwirkung keine zu geringen Anforderungen gestellt werden dürfen. Näheres wird sodann den Entscheidungsgründen nach deren Veröffentlichung zu entnehmen sein.

CausaConcilio Koch & Partner Rechtsanwälte . Notare
PartR6 – AG Kiel - Ust-IdNr. DE 134833394
vertretungsberechtigte Gesellschafter:
Arne Bruns, Christian Gerdts, Stephan Gierthmühlen, Dr.
Paul Harneit, Sven Hennings, Dr. Hans-Jürgen Kickler, Dr.
Steffen Kraus, Andreas Kühnelt, Axel Riefling, Dr. Thomas
Scharafat, Frank Schramm, Dr. Dirk Unrau

Sitz der Gesellschaft: Deliusstraße 16, 24114 Kiel
Sitz der Notare: Kiel

KIEL
Bei den Gerichten · Deliusstraße 16 · 24114 Kiel
Postfach 28 69 · 24027 Kiel
Telefon 0431/6701-0 · Telefax 0431/6701-599
kiel@cc-recht.de

HAMBURG
Neuer Wall 41 · 20354 Hamburg
Telefon 040/355372-0 · Telefax 040/355372-19
hamburg@cc-recht.de