



## Mandanteninformation Medizinrecht 3 / 2013

Inhalt:

[Gemeinsamer Bundesausschuss veröffentlicht Richtlinie zur ASV](#)

[Bundessozialgericht: 4 Wochenstunden genügen nicht für eine Ermächtigung](#)

[Laborreform: Honorarbescheide für das Quartal 4/2012 zeigen die Auswirkungen](#)



## **Gemeinsamer Bundesausschuss veröffentlicht Richtlinie zur ASV**

### Einführung

Mit mehr als fünfmonatiger Verspätung hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 06.05.2013 die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL) veröffentlicht. Die vollständige Richtlinie finden Sie [hier](#). Der Gesetzgeber hatte dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgetragen eine solche Richtlinie bis zum 31.12.2012 zu beschließen, die Inhalte wurden jedoch offenbar zwischen den Beteiligten im G-BA so kontrovers diskutiert, dass selbst die „Überarbeitung“ der Richtlinie nach ihrem Beschluss am 21.03.2013 noch sechs Wochen in Anspruch nahm. Die Arbeit an der ASV-RL ist hiermit jedoch noch lange nicht abgeschlossen, da der G-BA jetzt lediglich den Allgemeinen Teil der Richtlinie vorlegte, die Anlagen sollen erst bis Ende 2014 fertig gestellt sein.

Mit der ASV soll eine neue Form der sektorenübergreifenden Versorgung für schwerwiegende Erkrankungen und mit hochspezialisierten Leistungen erfolgen, die die bisherige Versorgung gem. § 116b SGB V ablöst. Differenziert wird insoweit zwischen Schweren Verlaufsformen von Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen und den Hochspezialisierten Leistungen.

### Personelle, sächliche und organisatorische Anforderungen

An der ASV können sowohl Vertragsärzte als auch zugelassene Krankenhäuser teilnehmen, die die Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie erfüllen. Der Kreis der Leistungserbringer definiert sich damit nach dem Grundsatz „Wer kann, der darf.“ Anforderungen und Voraussetzungen können auch im Rahmen von Kooperationen erfüllt werden. Eine verpflichtende Kooperation ist im Bereich der onkologischen Versorgung bereits im Gesetz vorgesehen.

Unbedingt erforderlich ist die Gewährleistung der Versorgung in einem interdisziplinären Team, das aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten besteht.

Für die Bestandteile des interdisziplinären Team gelten folgende Anforderungen und Aufgaben:

	Aufgaben	Anforderungen
Teamleitung	<ul style="list-style-type: none"><li>Fachliche und organisatorische Koordination der spezialfachärztlichen Versorgung</li></ul>	Mitglied des Kernteams (s. dort)
Kernteam	<ul style="list-style-type: none"><li>Erbringung der Leistungen<ul style="list-style-type: none"><li>am Tätigkeitsort der Teamleitung (Ausnahme bei Großgerä-</li></ul></li></ul>	Facharzt Besondere Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt (voraussichtlich einschl.

	teleistungen und Labor; in angemessener Entfernung, < 30 Min) <ul style="list-style-type: none"> <li>• an mindestens einem Tag in der Woche</li> <li>• zu festgelegten Zeiten</li> </ul>	Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen).
Hinzuzuziehende Fachärzte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erbringung von Leistungen, die typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden</li> <li>• in angemessener Entfernung (&lt; 30 Min)</li> </ul>	Facharzt  Besondere Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt (voraussichtlich einschl. Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen).

Die sächlichen und organisatorischen Anforderungen werden ebenfalls in den Anlagen geregelt werden. Hierüber hinaus gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V.

#### Behandlungsumfang

Der Behandlungsumfang der ASV soll ebenfalls in den Anlagen zur Richtlinie definiert werden und kann alle Leistungen enthalten, die durch den G-BA nicht bereits als Leistung der GKV abgelehnt wurden. Beachtlich ist dabei, dass sich die Behandlung ausweislich des § 5 Abs. 1 S. 4 an „medizinisch wissenschaftlich anerkannten und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz basieren.“ Inwieweit dieser Anspruch in Konflikt mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot gerät, bleibt abzuwarten.

#### Zugangsvoraussetzungen

Wohl um das Primat des niedergelassenen Arztes zu wahren, sieht die Richtlinie vor, dass bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen der Zugang zur ASV nur durch die Überweisung eines Vertragsarztes erfolgen kann. Bei den übrigen Gruppen, also den seltenen Erkrankungen und den hochspezialisierten Leistungen sollen wiederum die Anlagen die Zugangsvoraussetzungen regeln.

#### Qualitätssicherung

Zur weiteren Qualitätssicherung sieht die Richtlinie vor, dass einerseits die bekannten Qualitätssicherungsregeln auch für die ASV gelten. Darüber hinaus sollen die Anlagen Mindestmengen vorsehen, die für die Teilnahme an der ASV erforderlich sind. Weiter gelten besondere Fortbildungs- und Dokumentationspflichten.

Der häufige Verweis auf die – noch nicht fertig gestellten – Anlagen zeigt, dass bis zum Anlaufen der ASV noch viel Zeit vergehen wird. Wird hierbei noch berücksichtigt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die KBV und die DKG erst nach dem Vorliegen der Richtlinien die Vergütung vereinbaren sollen, wird wohl doch erst im Jahr 2015 der erste Patient nach dem neuen § 116b SGB V behandelt werden können.

[zurück](#)



## **Bundessozialgericht: 4 Wochenstunden genügen nicht für eine Ermächtigung**

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einem aktuellen Urteil vom 21.03.2013, Az. B 6 KA 26/12 R, sich mit der Frage auseinandergesetzt, in welchem Umfang ein Krankenhausarzt wöchentlich tätig sein muss, damit dieser gemäß § 116 S. 1 SGB V als ermächtigter Arzt tätig werden kann.

Hintergrund hierfür ist, dass gemäß § 116 SGB V gilt:

*Ärzte, die in einem Krankenhaus, (...) tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen, mit Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden.*

Im zu entscheidenden Fall war ein Chefarzt eines Krankenhauses zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden. Nachdem dieser aus der Chefarztposition ausschied, wurde er auf Grundlage eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses für 4 Stunden in der Woche im Krankenhaus tätig. Der Berufungsausschuss hatte daraufhin festgestellt, dass die Ermächtigung durch sein Ausscheiden aus der leitenden Position endete. Zum anderen wurde der Antrag auf Verlängerung bzw. Erneuerung der Ermächtigung zurückgewiesen.

Das BSG hat diese Entscheidungen für rechtmäßig erachtet.

Die Beendigung der Ermächtigung ergab sich unmittelbar aus der im Ermächtigungsbescheid enthaltenen auflösenden Bedingung, dass die Ermächtigung mit dem Ausscheiden aus der Funktion als leitender Arzt der Klinik ende. Da der ermächtigte Arzt gegen diese Auflage nicht isoliert Widerspruch eingelegt hat, war diese Bedingung bestandskräftig geworden, so dass die Ermächtigung zwingend mit Beendigung der Tätigkeit als Chefarzt endete.

Dem Antrag auf Erteilung einer neuen Ermächtigung konnte nach Ansicht des BSG berechtigterweise nicht stattgegeben werden, da der Tätigkeitsumfang im Krankenhaus von 4 Stunden die Woche auf Grundlage eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses nicht ausreiche, um die Voraussetzung des § 116 S. 1 SGB V „in einem Krankenhaus tätig“ zu erfüllen. Das BSG stellt entscheidend darauf ab, dass dieses Merkmal nur erfüllt ist, bei solchen Ärztinnen und Ärzten, die durch ihre Behandlung von stationär aufgenommenen Patienten an der Erfüllung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses mitwirken. Bei gelegentlichen konsiliarischen Leistungen und Tätigkeiten im Bereich der Beratung der Krankenhausleitung und der Mitarbeiterfortbildung sei dies nicht der Fall.

Da die Entscheidungsgründe noch nicht veröffentlicht sind, wird abzuwarten bleiben, inwieweit durch diese die Anforderungen an die Tätigkeit als Krankenhausarzt durch das BSG konkretisiert werden. Es wird jedenfalls ermächtigten Ärzten zu empfehlen sein, bei Reduzierung ihrer Arbeitszeit penibel darauf zu achten, dass sie noch in hinreichendem Umfang zur Behandlung stationärer Patienten zur Verfügung stehen, um die Tätigkeit als ermächtigter Arzt fortzusetzen. Eine wöchentliche Arbeitszeit von 4 Stunden reicht hierfür jedenfalls nicht aus. Zudem wird empfohlen, bei Ermächtigungsbescheiden auch die Nebenbestimmungen zu prüfen, um aus die-

sen resultierende Nachteile auszuschließen und eine Bestandskraft dieser Nebenbestimmungen, die man gegen sich gelten lassen muss, auszuschließen.

[zurück](#)



### **Laborreform: Honorarbescheide für das Quartal 4/2012 zeigen die Auswirkungen**

In den meisten KV-Bezirken trat die nächste Stufe der Laborreform zum 4. Quartal 2012 in Kraft. Seit diesem Quartal werden einerseits werden alle Laborleistungen der Abschnitte 32.2 (Allgemeine Laborleistungen) und 32.3 (Speziallabor), die innerhalb der MGV vergütet werden (mit Ausnahme der GOP 32025-32027, 32035-32039, 32097 und 32150) unter Berücksichtigung der Abstufungsquote „Q“ vergütet werden. Die Abstufungsquote „Q“ wird dergestalt berücksichtigt, dass der Preis der regionalen Gebührenordnung mit dieser Quote multipliziert wird. Die Abstufungsquote „Q“ beträgt im Quartal 4/2012 95,36%.

Darüber hinaus werden die Kostenerstattungen für Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 bei allen „Nicht-Laborärzten“, also allen Fachgruppen außer den Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin einer fallwertbezogenen Budgetierung.

Diese fallwertbezogene Budgetierung weist jedem Arzt bzw. jeder Praxis ein bestimmtes Laborbudget vor. Dieses Laborbudget errechnet sich aus der Multiplikation der Behandlungsfallzahl und einem Referenzfallwert. Es gilt der Behandlungsfall gem. § 21 Abs. 1 BMV-Ä. Die Zahl der budgetrelevanten Fälle entspricht also der Gesamtzahl der Patienten in einer Praxis.

Der Referenzfallwert ergibt sich aus den KBV-Vorgaben und wird für verschiedene Gruppen von „Nicht-Laborärzten“ differenziert angegeben. Die Referenzfallwerte stellen sich wie folgt dar:

<b>Arztgruppe</b>	<b>Referenz-Fallwert (€)</b>
<b>Rheumatologen, Endokrinologen</b>	40 €
<b>Nuklearmediziner, Hämatologen</b>	21 €
<b>Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen</b>	4 €

In (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften erfolgt die Berechnung des Budgets arztbezogen unter Berücksichtigung des auf ihn entfallenden Anteils an der Zahl der Behandlungsfälle.

Die Rechtmäßigkeit dieser Mengengrenzungsregelungen ist durchaus zweifelhaft. So ist im Hinblick auf die Abstufungsquote „Q“ bereits die Frage zu stellen, ob sich diese – da nicht nur bei einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit Kürzungen erfolgen - über-

haupt noch in der durch § 87b Abs. 4 i.V.m. Abs. 2 SGB V eröffneten Regelungskompetenz bewegen. Im Hinblick auf die vorgegebenen Fallwerte bestehen Zweifel, ob eine so pauschalierende Behandlung unterschiedlichster Fachgruppen zulässig ist. Darüber hinaus gibt es erhebliche Argumente dafür, dass die vertraglich vereinbarten Kostenerstattungen des Kapitels 32.2 und 32.3 ohnehin Honorarbegrenzungsregelungen nicht offen stehen.

Da die KVen jedoch recht weitreichende Möglichkeiten haben, von dieser Budgetierung abzuweichen, ist es gerade für Praxen, die in erheblichem Maße Laborleistungen erbringen, von Bedeutung, hier entsprechende Anträge zu stellen. Vorsorglich sollte gegen die Honorarbescheide Widerspruch eingelegt werden.

[zurück](#)

CausaConcilio Koch & Partner Rechtsanwälte · Notare  
PartR6 – AG Kiel - Ust-IdNr. DE 134833394  
vertretungsberechtigte Gesellschafter:  
Dr. Horst Bonvie, Christian Gerdts, Stephan Gierthmühlen, Dr. Paul Harneit, Sven Hennings,  
Dr. Hans-Jürgen Kickler, Dr. Steffen Kraus, Andreas Kühnelt, Joachim Poetsch, Axel Riefing,  
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](mailto:kiel@cc-recht.de)

HAMBURG  
Kaiser-Wilhelm-Straße 93 · 20355 Hamburg  
Telefon 040/355372-0 · Telefax 040/355372-19  
[hamburg@cc-recht.de](mailto:hamburg@cc-recht.de)