



CAUSA CONCILIO

RECHTSANWÄLTE . NOTARE

Mandanteninformation Medizinrecht
4 / 2013

Inhalt:

[Bundessozialgericht: Ausschluss der Krankenhäuser von der Berechnung der „Notfallpauschalen“ ist rechtswidrig](#)

[Bundessozialgericht entscheidet über die Konvergenzregelung 2009 in Baden-Württemberg](#)

[OLG Schleswig: Allein die räumliche Nähe stellt keinen hinreichenden Grund für eine Empfehlung von Hilfsmittelerbringern dar](#)



Bundessozialgericht: Ausschluss der Krankenhäuser von der Berechnung der „Notfallpauschalen“ ist rechtswidrig

Das Bundessozialgericht (BSG) hat sich in einem Urteil vom 12.12.2012 (B 6 KA 3/12 R und B 6 KA 4/12) mit der Frage auseinandergesetzt, ob auch Krankenhäuser – ebenso wie Vertragsärzte – einen Anspruch auf Vergütung der Zusatzpauschalen für die Besuchsbereitschaft im Rahmen des organisierten Notfalldienstes haben. Nachdem längere Zeit nach Bekanntgabe der Entscheidung eine Veröffentlichung der Entscheidungsgründe noch ausstand, liegen diese nunmehr vor.

Streitfall Notfallpauschale

Hintergrund der Entscheidung ist die Abrechnung der im Zuge des EBM 2008 eingeführten sog. „Notfallpauschalen“ Nr. 01210 ff. EBM-Ä 2008. Diese werden für die Besuchsbereitschaft im Rahmen des ambulanten Notfalldienstes vergütet. Während Krankenhäuser diese Pauschalen nur dann abrechnen können, wenn die zuständige KV ihre Besuchsbereitschaft für Notfallbehandlungen zuvor festgestellt hat, besteht dieses Erfordernis der vorherigen Feststellung für Vertragsärzte nicht. Derartige Feststellungsanträge von Krankenhäusern werden durch die KVen jedoch stets zurückgewiesen mit der Begründung, es werde keine ständige ärztliche Besuchsbereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Notfalldienst vorgehalten. Die Honorarbescheide der betroffenen Krankenhäuser werden folglich jeweils um die Ziffern der „Notfallpauschalen“ gekürzt. Über eine solche Honorarkürzung hatte nun das BSG im Rahmen einer Sprungrevision am 12.12.2012 zu entscheiden. Vorausgegangen war ein Urteil des SG Magdeburg vom 02.11.2011 (S 1 KA 59/09), mit welchem die Klage des Krankenhausträgers auf Neu- bescheidung über das Honorar abgewiesen worden war. Das BSG hat diese Entscheidung des Sozialgerichts aufgehoben und die Absetzung der Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft durch die KV als rechtswidrig angesehen.

Aktive und passive Besuchsbereitschaft

Das BSG führt aus, dass Krankenhäuser nur an der „passiven“ Besuchsbereitschaft teilnehmen könnten, also durch den Patienten im Notfall aufgesucht würden. Die „aktive“ Besuchsbereitschaft, also das selbständige Aufsuchen des Patienten im Sinne eines Hausbesuchs, sei mit dem Wesen eines Krankenhauses nicht vereinbar. Daher könne der im Rahmen des Feststellungsverfahrens von den Krankenhäusern zu erbringende Nachweis einer aktiven Besuchsbereitschaft von diesen nicht gefordert werden. Die Vergütung der Zusatzpauschalen für Krankenhäuser ist daher an eine Voraussetzung geknüpft, die diese naturgemäß nicht erfüllen können und daher die Abrechnung der Pauschalen für Krankenhäuser faktisch ausgeschlossen. Dieser generelle Ausschluss der Krankenhäuser von der Berechnung der Zusatzpauschalen stellt nach Auffassung des BSG eine gleichheitswidrige Benachteiligung der Krankenhäuser dar und verstößt gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz aus Art. 3 Abs. 1 GG.

Da die Zusatzpauschalen für „Besuchsbereitschaft“ ausschließlich Vertragsärzten gewährt würden, erhielten diese regelhaft auch bei identischer Leistungserbringung eine höhere Vergütung als Krankenhausambulanzen. Dies gelte auch für solche Vertragsärzte, die den Notdienst in einer vertragsärztlichen Notfallambulanz verrichten und dort ausschließlich von Patienten aufgesucht

würden. Diese Ärzte erbrächten letztlich identische Leistungen wie die in einer Krankenhausambulanz tätigen Ärzte, erhielten hierfür aber einen Zuschlag, der 50 % bis 63 % der Grundvergütung betrage. Daher liege die Annahme nahe, dass die zusätzliche Vergütung nicht für eine (aktive) Besuchsbereitschaft, sondern allein für die Teilnahme am ärztlichen Not(fall)dienst gewährt werde und damit letztlich eine höhere Vergütung der im ärztlichen Not(fall)dienst erbrachten Leistungen der Vertragsärzte an sich beabsichtigt sei. Dies stehe im Widerspruch zur ständigen Rechtsprechung des Senats, nach der Leistungen der Krankenhäuser in der Notfallambulanz grundsätzlich ebenso zu vergüten seien wie diejenigen der Vertragsärzte. Auch eine mittelbare Schlechterstellung von Notfalleistungen im Krankenhaus gegenüber vergleichbaren Leistungen von Vertragsärzten durch Regelungen der Honorarverteilung habe der Senat in diesem Zusammenhang nicht gebilligt. Der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser oder Nichtvertragsärzte für Notfallbehandlungen dürfe gegenüber dem Vergütungsniveau der Vertragsärzte nur dann reduziert oder im Umfang eingeschränkt werden, wenn dies durch sachliche Gründe gerechtfertigt sei. Derartige sachliche Rechtfertigungsgründe seien im vorliegenden Fall jedoch nicht ersichtlich.

Damit gelangt das BSG in seiner Entscheidung vom 12.12.2012 zu dem Ergebnis, dass die Regelungen des EBM zur Abrechnung der Notfallpauschalen gegen höherrangiges Recht verstoßen und daher eine Neuregelung durch den Bewertungsausschuss als Normgeber des EBM-Ä zu erfolgen habe. Eine derartige Neuregelung bleibt nun abzuwarten.

Das Urteil des Bundessozialgerichts finden Sie [hier](#).

[zurück](#)



Bundessozialgericht: Konvergenzregelung ist rechtswidrig

Mit der verpflichtenden Einführung der Regelleistungsvolumina zum 01.01.2009 kam es in vielen KV-Bezirken zu erheblichen Honorarverwerfungen. Um die Folgen dieser Reform des Vergütungssystems abzumildern führten verschiedene KVen, unter anderem die KV Schleswig-Holstein sogenannte Konvergenzregelungen ein, die zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten auf die Honorarzuwächse von „Gewinnerpraxen“ zugriffen.

Nachdem bereits das Sozialgericht Stuttgart und das Landessozialgericht Baden-Württemberg die dortige Konvergenzregelung für rechtswidrig erachtet hatten, bestätigte nun das Bundessozialgericht mit (noch nicht schriftlich begründetem) Urteil vom 06.06.2013 (Az.: B 6 KA 40/12 R) diese Entscheidungen.

In seinem Terminsbericht, den Sie [hier](#) finden, weist das Bundessozialgericht darauf hin, dass weder das SGB V noch die Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses eine Ermächti-

gung dafür enthielten, die Mittel für den grundsätzlich zulässigen Ausgleich überproportionaler Honorarverluste ganz überwiegend aus der Quotierung der Honoraransprüche solcher Praxen zu generieren, deren Honorarumsätze für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung den Vergleichswert des Vorjahres um mehr als 5% überschritten. Die Finanzierungsregelung einerseits und die ebenfalls an einen Fallwert- bzw Honorarverlust von 5% anknüpfende Ausgleichsregelung widersprächen mit ihrem Bezug auf praxisindividuelle Werte aus einem Referenzzeitraum der gesetzlichen Konzeption der Regelleistungsvolumina. Soweit der Ausgleich überproportionaler Honorarverluste nicht durch Rückstellungen finanziert werden könne, dürften die erforderlichen Beträge nicht durch die pauschale Inpflichtnahme der "Gewinnerpraxen" gewonnen werden; insoweit hätte die KÄV sich um eine gleichmäßige Belastung aller ihrer Mitglieder bemühen müssen.

Diese Entscheidung ist auch auf andere Konvergenzregelungen anzuwenden, sodass damit zu rechnen ist, dass die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen auf anhängige Klagen bzw. Widersprüche reagieren werden und die einbehaltenen Honorarzuwächse auskehren.

[zurück](#)



OLG Schleswig: Allein die räumliche Nähe stellt keinen hinreichenden Grund für eine Empfehlung von Hilfsmittelerbringern dar

§ 32 der Berufsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein sieht vor, dass es einem Arzt nicht erlaubt ist, seinen Patientinnen und Patienten ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen zu empfehlen oder an diese zu verweisen.

Das OLG Schleswig hatte mit Urteil vom 13.01.2013 (Az.: 6 U 16/11) folgenden Fall zu entscheiden: Ein Testpatient, der auf die Aufspürung wettbewerbswidrigen Verhaltens von HNO-Ärzten angesetzt ist, suchte den beklagten Arzt auf. Der Arzt diagnostizierte eine beidseitige Schwerhörigkeit und verordnete Hörgeräte. Sowohl der Arzt als auch seine Praxismitarbeiterin fragten den Testpatienten, ob er bereits einen Hörgeräteakustiker habe. Als der Patient die Frage verneinte, wiesen sie auf die beiden in derselben Gemeinde ansässigen Hörgeräteakustiker hin, ohne dass der Patient um eine Empfehlung gebeten hatte.

Das OLG hat zunächst die bisherige Rechtsprechung auch des BGH bestätigt, wonach eine Verweisung vorliegt, wenn der Arzt einen bestimmten Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfiehlt, ohne von dem Patienten konkret darum gebeten worden zu sein. Dafür reicht es aus, dass der Arzt den Patienten von sich aus fragt, ob er einen geeigneten Leistungserbringer kenne, und dann bei Verneinung dieser Frage nicht alle in Betracht kommenden Anbieter benennt, sondern nur einen bestimmten unter ihnen, obwohl der Patient den Arzt nicht ausdrücklich zu einer solchen Empfehlung aufgefordert hat.

Das OLG stellte fest, dass für die Bestimmung, welcher Hilfsmittelerbringer „in Betracht“ käme, auf den jeweiligen Einzelfall – und offenbar aus der Sicht des Patienten - abzustellen sei. Maßgebliche Umstände, so das Gericht, können dabei die örtlichen Gegebenheiten, zum Beispiel der Wohnort des Patienten oder seine sonstigen Verbindungen zu einem bestimmten örtlichen Bereich sein. Der Kreis der räumlich in Betracht kommenden Anbieter sei dabei großzügig zu bemessen. Es hätte also auch die Hörgeräteakustiker am Wohnort des Patienten benannt werden müssen. Die bloße räumliche Nähe zur Praxis und ein dadurch bequemerer Versorgungsweg reiche nicht aus.

Das Argument des Arztes, es sei ihm nicht zuzumuten jeweils den Wohnort des Patienten oder seine sonstigen Verbindungen zu S. zu erfragen, überzeugte den Senat nicht. „Hat der Arzt keine weitergehenden Erkenntnisse über die persönlichen Verhältnisse des Patienten, dann hat er sich jeglicher Hinweise auf Hilfsmittelanbieter zu enthalten. Lediglich dann, wenn ihm die persönlichen Verhältnisse des Patienten bekannt sind, mag er in der Lage sein, tatsächlich alle in Betracht kommenden Anbieter zu benennen. Dies dürfte allerdings nur im Ausnahmefall gelingen.“

Das OLG Schleswig legt damit hohe Hürden an eine zulässige Empfehlung von Hilfsmittelanbietern. Zu beachten ist aber, dass das OLG dies ausdrücklich nur für die ungefragte Empfehlung tut. Fragt der Patient ausdrücklich nach einem Hilfsmittelerbringer in der Nähe oder einem Hilfsmittelerbringer, mit dem der Arzt gut zusammenarbeite, können auch unter Geltung dieser Entscheidung selektive Empfehlungen erfolgen. Zu beachten ist aber, dass einerseits die freie Wahl des Patienten unberührt bleiben muss und andererseits eine Verweisung des Patienten nur dann zulässig ist, wenn der Arzt dafür keine Vorteile erhält (Zuweisung gegen Entgelt gem. § 31 BO)

[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 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
Kaiser-Wilhelm-Straße 93 · 20355 Hamburg
Telefon 040/355372-0 · Telefax 040/355372-19
hamburg@cc-recht.de