

NEWSLETTER DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; I/2015

Gesundheitsrecht, insbesondere Krankenhausrecht sowie Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht

I.	Krankenhausrecht	2
	1. Kein Anspruch einer Fachklinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten auf Aufnahme in den Krankenhausplan	2
	2. Kapazitätsberechnung Neurologische Frühreha in Baden-Württemberg mangelhaft.....	3
	3. Krankenhausplanungsrecht: Kein subjektives Recht auf eine zeitnahe Auswahlentscheidung	3
	4. Zertifizierungspflicht für Krankenhäuser aufgehoben	4
	5. OVG Saarland lehnt Aufnahme einer Psychosomatischen Fachklinik in den Krankenhausplan eines Landes ab	4
	6. Nordrhein-Westfalen: Hinweis auf Qualitätsstandard in Feststellungsbescheiden	5
	7. Vorläufiger Rechtsschutz gegen konkurrierendes Plankrankenhaus in der Regel erfolglos	6
	8. Pflegesatzrechtlicher Mehrleistungsabschlag 2015 verfassungswidrig	6
	9. Pflegesatzrecht: Klage der Krankenkassen abgewiesen	7
	10. Schiedsstellenentscheidung zum Versorgungsauftrag Kardiologie.....	8
	11. Neuere Schiedsstellenentscheidungen/ laufende Verfahren	8
	12. Wieder obligatorisches Schlichtungsverfahren/vierjährige Verjährungsfrist für Vergütungsforderungen	9
	13. CPAP-Beatmung	10
	14. Anspruch auf Aufwandspauschale, wenn es nach dem Prozessergebnis nicht zu einer Rechnungsminderung kommt	11
	15. Integrierte Versorgung – Anschubfinanzierung, keine Verjährung oder Verwirkung	11
	16. Abgrenzung nachstationärer Behandlung von ambulanter Operation	12
	17. Vergütung nachstationärer Bestrahlungen.....	12
	18. Ergotherapievergütung nach Verordnung durch PIA	14
	19. Zulässige Rechnungskorrektur im folgenden Geschäftsjahr	15
	20. Neuer Straftatbestand: Bestechung im Gesundheitswesen.....	15

21. Änderungen der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) beschlossen	16
22. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)	16
23. Neuerungen für MVZ und PIA durch GKV-VSG	17
24. Antrag der Krankenkassen auf Beiladung zu einem gerichtlichen Krankenhausplanaufnahmeverfahren abgelehnt.....	18
25. Gesetzlicher Aufwendungsersatzanspruch der Krankenhäuser für Asylbewerber seit 01.03.2015.....	18

II. Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht 20

1. Schiedsstellenentscheidung nach § 80 SGB XII wg. Höhe des Investitionsbetrags.....	20
2. Schiedsverfahren über häusliche Krankenpflege gem. § 132 a SGB V	20

I. Krankenhausrecht

1. Kein Anspruch einer Fachklinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten auf Aufnahme in den Krankenhausplan

Das OVG Lüneburg hat mit Urteil vom 15.04.2015 – 10 LB 91/14 – abgelehnt, das beklagte Land Niedersachsen zu verpflichten, eine Fachklinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Diabetes und Stoffwechselkrankheiten im Umfang von 20 Planbetten innerhalb einer Fachabteilung für Psychosomatik in den Krankenhausplan des Landes Niedersachsen aufzunehmen. Das Urteil folgt der gängigen Rechtsprechung, dass ein Land bei Aufstellung eines Krankenhausplans nicht verpflichtet ist, speziell den Bedarf für einzelne Krankheitsbilder festzustellen. Es kann sich an den Fachrichtungen der Weiterbildungsordnung (WBO) orientieren, ohne Subspezialisierungen berücksichtigen zu müssen. Allerdings kommt auf der sog. zweiten Stufe (Auswahlermessen) eine Berücksichtigung einer Fachklinik für ein spezielles Krankheitsbild im Rahmen der Krankenhausplanung in Betracht.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

2. Kapazitätsberechnung Neurologische Frühreha in Baden-Württemberg mangelhaft

Der VGH Baden-Württemberg hat mit einem von den Rechtsanwälten Quaas & Partner erstrittenen Urteil vom 16.04.2015 eine Entscheidung des Sozialministeriums Baden-Württemberg aufgehoben, mit der einem Klinikträger die Aufnahme seines Krankenhauses im Fachgebiet Neurologische Frühreha Phase B in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg verweigert wurde. Nach Auffassung des VGH ist die von der Planungsbehörde getroffene Auswahlentscheidung zu Gunsten anderer Krankenhäuser, die in diesem Fachgebiet in den Plan aufgenommen wurden, fehlerhaft. Darüber hinaus ergäben sich grundsätzlich Zweifel an der dem Fachgebiet zugrunde liegenden Kapazitätsberechnung.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

3. Krankenhausplanungsrecht: Kein subjektives Recht auf eine zeitnahe Auswahlentscheidung

Im Krankenhausplanungsrecht stellt sich häufig das Problem, dass die Planungsbehörde über Anträge auf Aufnahme eines Krankenhauses (einer Abteilung) in den Krankenhausplan nicht zeitnah entscheidet. In der Regel wird auch die 3-Monats-Frist des § 75 VwGO zur Erhebung einer Untätigkeitsklage überschritten. In einzelnen Fachgebieten werden die Anträge solange zurückgestellt, bis eine gerichtliche Entscheidung über den Aufnahmeantrag eines einzelnen Krankenhauses vorliegt. Das kann Jahre dauern.

Mit Rücksicht darauf kommt der Entscheidung des Niedersächsischen OVG vom 02.07.2015 – 13 LA 10/15 – besonderes Gewicht zu, die ein subjektives Recht auf eine zeitnahe Auswahlentscheidung verneint. Nach Auffassung des Senats kann „erst recht“ die zögerliche Behandlung des Aufnahmeantrags der Klägerin keinen unmittelbaren Aufnahmeanspruch des Krankenhausträgers zur Folge haben. Dadurch verschiebt sich auch nicht der gerichtliche Entscheidungszeitpunkt zu Gunsten des Krankenhauses. Allerdings gibt es – insbe-

sondere in Konkurrentenstreitigkeiten – auch gegenteilige Auffassungen anderer OVGs.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

4. Zertifizierungspflicht für Krankenhäuser aufgehoben

Mit Urteil vom 10.03.2015 hat das Verwaltungsgericht des Saarlandes die Auflagen in einem Feststellungsbescheid für ein Plankrankenhaus aufgehoben, mit dem das Krankenhaus verpflichtet wurde, eine von ihm betriebene Gefäßchirurgie sowie eine Stroke Unit zertifizieren zu lassen. Das VG sieht darin eine übermäßige Anforderung an die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses, der die gesetzliche Grundlage fehle.

Die Berufung zum Oberverwaltungsgericht wurde zugelassen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

5. OVG Saarland lehnt Aufnahme einer Psychosomatischen Fachklinik in den Krankenhausplan eines Landes ab

Mit Beschluss vom 12.12.2014 – 1 A 287/14 – wird festgestellt, ein Krankenhausträger habe einen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan nur dann, wenn das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geeignet und leistungsfähig sei, sowie wirtschaftlich arbeite und die Zahl der Betten in den Krankenhäusern die Zahl der benötigten Betten nicht übersteige. Im vorliegenden Fall sei davon nicht auszugehen, da die psychosomatische Fachplanung des Saarlands gerichtlichen Bedenken nicht unterliege.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

6. Nordrhein-Westfalen: Hinweis auf Qualitätsstandard in Feststellungsbescheiden

Gegen die sogenannte „Qualitätsklausel“ in den seit Ende 2013 ergangenen Feststellungsbescheiden in Nordrhein-Westfalen wurden zwischenzeitlich ca. 30 Klagen erhoben. Inzwischen haben sich drei Verwaltungsgerichte mit der „Qualitätsklausel“ beschäftigt und sind zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangt. Das VG Minden wies am 20.02.2015 die Klagen von zwei Krankenhäusern ab, da es in den „Qualitätsklauseln“ lediglich einen unverbindlichen Hinweis auf die Gesetzeslage sah. Auch das VG Aachen hat am 27.04.2015 zwei Klagen gegen die „Qualitätsklausel“ abgewiesen, gelangte aber abweichend vom VG Minden zu der Feststellung, dass die Rechtslage durch den Hinweis unzutreffend wiedergegeben werde. Das VG Düsseldorf gab am 08.05.2013 den Feststellungsklagen von drei Krankenhäusern statt und stellte sinngemäß fest, dass Leistungen vom Versorgungsauftrag der Einrichtungen nicht nur dann erfasst seien, wenn und soweit die diesbezüglichen qualitativen Vorgaben des Krankenhausplans NRW 2015 bei der Leistungserbringung erfüllt seien. Die VG Aachen und Düsseldorf haben Berufung gegen ihre Entscheidungen wegen grundsätzlicher Bedeutung der Sache zugelassen. Gegen die Urteile des VG Minden, das eine Zulassung der Berufung ablehnte, wurde die Zulassung der Berufung beim OVG für das Land NRW beantragt.

Das nordrhein-westfälische MGEPA hat zwischenzeitlich auf die Anmerkungen der Verwaltungsgerichte reagiert und nunmehr eine Neufassung des Musterfeststellungsbescheides erstellt. Danach sind die Krankenhäuser verpflichtet, sich innerhalb bestimmter Fristen durch eine von der obersten Planungsbehörde bestimmten Stelle bzgl. der Einhaltung definierter Qualitätsstandards überprüfen zu lassen. Werden die Standards nicht erfüllt, behält sich die Bezirksregierung den (teilweisen) Widerruf des Feststellungsbescheides und damit verbunden die Einschränkung des Versorgungsauftrages vor.

Die weitere Entwicklung der Rechtsprechung zu den kontrovers diskutierten Hinweisen auf Qualitätsstandards bleibt abzuwarten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

7. Vorläufiger Rechtsschutz gegen konkurrierendes Plankrankenhaus in der Regel erfolglos

Widerspruch und Anfechtungsklage eines Krankenhausträgers gegen die einem konkurrierenden Krankenhaus durch Feststellungsbescheid erteilte Planaufnahme haben in der Regel aufschiebende Wirkung (§ 80 Abs. 1 VwGO). In einigen Bundesländern ist die aufschiebende Wirkung kraft Gesetzes beseitigt; in anderen Bundesländern kann die sofortige Vollziehung des Feststellungsbescheides angeordnet werden. Ist das eine oder andere der Fall, kann es zum vorläufigen Rechtsschutz gegen die Planaufnahme des begünstigten Krankenhauses kommen. Einen solchen Fall entschied das VG Osnabrück (Beschl. v. 02.07.2015 – 6 B 59/14): Sofern dem in den Plan aufgenommenen Krankenhaus bei Erfolg des Anfechtungsbegehrens die Existenz genommen werden kann, muss das Interesse dieses Krankenhauses an der Fortdauer der aufschiebenden Wirkung Vorrang haben. Es kommt also nicht – entscheidend – darauf an, ob die – später zu entscheidende – „Hauptsacheklage“ einmal Erfolg haben wird. Solche Rechtsfragen gehören in das Hauptsacheverfahren. Einstweilen hat das Krankenhaus ein Recht, (vorläufig) im Krankenhausplan zu bleiben.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

8. Pflegesatzrechtlicher Mehrleistungsabschlag 2015 verfassungswidrig

Die durch das erste Pflegestärkungsgesetz (2014) erfolgte Erstreckung des sog. Mehrleistungsabschlags nach § 4 Abs. 2 a KHEntgG auf das Kalenderjahr 2015, rückwirkend für den Entgeltzeitraum 2013, ist nach Auffassung von Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas verfassungswidrig. Sie verletzt das im Rechtsstaatsprinzip des Grundgesetzes enthaltene Verbot der Rückwirkung

von Gesetzen. Dadurch werde zugleich in die Grundrechte der Krankenhausträger aus Art. 12 Abs. 1 GG (Berufsfreiheit) und Art. 14 Abs. 1 GG (Eigentum) unzulässig eingegriffen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

9. Pflegesatzrecht: Klage der Krankenkassen abgewiesen

Das VG Stuttgart musste sich mit grundlegenden Fragen der Rechtmäßigkeit einer von der zuständigen Landesbehörde genehmigten Festsetzung der Schiedsstelle zu den Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG beschäftigen. Die Krankenkassen haben vor dem Hintergrund neuerer Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) die Auffassung vertreten, das Krankenhaus müsse im Rahmen des Schiedsstellenverfahrens die Wirksamkeit einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode auf Grundlage klinischer Studien nachweisen. Auch im Krankenhaus gelte nicht die generelle Erlaubnis der Anwendung aller beliebigen Methoden, sondern ihr Einsatz erfordere den Beleg der Wirksamkeit auf Grundlage randomisierter kontrollierter Studien. Das Verwaltungsgericht ist in seinem Urteil vom 07. Mai 2015 der gegenteiligen Rechtsauffassung des von uns vertretenen Krankenhauses gefolgt. Demnach spricht gegen den von den Krankenkassen eingenommenen Rechtsstandpunkt bereits der Wortlaut des § 6 Abs. 2 KHEntgG, der die Verzahnung mit dem im SGB V geltenden Qualitätsgebot allein über den Verweis auf § 137 c SGB V gewährleistet. Der Grundsatz „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ wird bestätigt. Entscheidend sei die Absicht des Gesetzgebers, wonach die Vorschrift des § 6 Abs. 2 KHEntgG der Innovationsförderung diene. Ausdrücklich hat die Kammer die Frage offengelassen, ob über den Wortlaut hinausgehend eine eingeschränkte Qualitätsprüfung im Schiedsstellenverfahren erforderlich sein könne, wie sie von der Schiedsstelle in dem vorliegenden Verfahren tatsächlich durchgeführt worden ist. Jedenfalls müsse sich eine derartige eingeschränkte Überprüfung darauf beschränken, offensichtlich bestehende Gefahren auszuschließen und

im Wege einer Evidenzkontrolle neue Methoden auf ihre Plausibilität, d. h. einen vermuteten Nutzen hin zu überprüfen. Aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Angelegenheit hat das Gericht die Berufung zum VGH Baden-Württemberg zugelassen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

10. Schiedsstellenentscheidung zum Versorgungsauftrag Kardiologie

Im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen war die Berücksichtigung von kardiologischen Behandlungsfällen im Erlösbudget umstritten, soweit bei ihnen auch Linksherzkatheterleistungen angefallen sind. Die Krankenhausschiedsstelle in Rheinland-Pfalz hat mit Beschluss vom 14.11.2014 antragsgemäß diese Krankenhausleistungen bei Festsetzung der Entgelte berücksichtigt. Ein Krankenhaus mit ausgewiesenem Schwerpunkt Kardiologie müsse diese Versorgung in seiner Region sicherstellen. Aber auch ein Krankenhaus ohne ausgewiesenen Schwerpunkt sei nicht daran gehindert, kardiologische Krankenhausleistungen im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit freiwillig zu erbringen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

11. Neuere Schiedsstellenentscheidungen/ laufende Verfahren

Die Schiedsstellen beschäftigen sich zunehmend mit rechtlichen und tatsächlichen Fragen im Zusammenhang mit dem Mehrleistungsabschlag. Häufig geht es um die Auslegung und Anwendung der in § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG erwähnten Ausnahmetatbestände, insbesondere „zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes“ und neuerdings auch um die „Vermeidung unzumutbarer Härten“. Hierzu hat die Schiedsstelle in Berlin in einer Entscheidung vom März 2015 ausgeführt, zum Erfordernis einer Härte gehöre, dass ein atypischer Fall vorliege. Zusätzlich müsse die Härte unzumutbar sein. Hierfür reiche es nicht aus, dass es sich um eine unvorhergesehene Ereigniskette handele. Insgesamt spiele auch

eine Rolle, ob das Ereignis bzw. die Ereigniskette dem Verantwortungsbereich des Krankenhauses zuzurechnen sei.

Laufende Schiedsstellenverfahren, die derzeit von uns betreut werden, betreffen neben dem Streitpunkt des Mehrleistungsabschlags insbesondere den Sicherstellungszuschlag sowie Fragen der Leistungserbringung im Zusammenhang mit der Mindestmengenregelung im Leistungsbereich Knie-TEP sowie Fragen der Zentrumsfinanzierung nach § 5 Abs. 3 KHEntgG. Über den Ausgang der Verfahren wird berichtet.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

12. Wieder obligatorisches Schlichtungsverfahren/vierjährige Verjährungsfrist für Vergütungsforderungen

Der 1. Senat des BSG weicht mit Urteil vom 23.06.2015 zu Az. B 1 KR 26/14 R von der Rechtsprechung des nicht mehr für Krankenhausvergütungsstreitigkeiten zuständigen 3. Senats ab und vertritt die Auffassung, in allen Streitigkeiten über Krankenhausvergütung bis zu einer Höhe von 2.000,00 € setze nach § 17 c Abs. 4 KHG eine statthafte Klage auf die streitig gebliebene Vergütung ab dem **01.09.2015** eine vorherige Durchführung eines Schlichtungsverfahrens voraus, auch wenn die Schiedsstellen oder die Schlichtungsausschüsse noch nicht funktionsfähig seien bzw. ihre Arbeitsfähigkeit angezeigt hätten. Zudem stellt er beinahe beiläufig klar, an der gefestigten Rechtsprechung zur vierjährigen Verjährungsfrist für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser wie auch für Erstattungsansprüche der Krankenkassen festzuhalten.

Die überraschende Entscheidung des BSG hat für die Krankenhäuser folgende Konsequenzen: Bei streitig gebliebener Vergütung nach zuvor erfolgter MDK-Überprüfung unter 2.000,00 € muss in den Bundesländern, in denen weder der Schlichtungsausschuss noch die Schiedsstelle ihre Funktionsfähigkeit angezeigt haben, noch vor dem 01.09.2015 Klage erhoben werden, will man eine gerichtliche Klärung herbeiführen. In Behandlungsfällen, in denen mit Ablauf des Jahres 2015 der Eintritt der Verjährung droht, gilt es daher noch vor

Ende August 2015 zur Hemmung der Verjährung Klage zu erheben, sollte es nicht gelingen, mit den Krankenkassen einen Verjährungsverzicht zu vereinbaren.

Wird die Verpflichtung zur Durchführung eines obligatorischen Schlichtungsverfahrens – wie im Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) zum 01.01.2016 vorgesehen – abgeschafft, so dürfte sich damit die Entscheidung des BSG zum Jahreswechsel erledigen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

13. CPAP-Beatmung

Das Bundessozialgericht (BSG) entschied mit Beschluss vom 21.03.2015 zu Az. B 1 KR 82/14 B, die CPAP-Maskenbeatmung sei auch bei intensivmedizinisch versorgten Patienten auf einer Intensivstation keine maschinelle Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien in der Version des Jahres 2009. Bei der CPAP-Methode handele es sich um einen Modus, bei dem die Beatmungsmaschine nur einen gewissen Druck in den Atemwegen aufrechterhalte, die Atembewegung selbst jedoch nicht aktiv unterstütze. Es würde daher nicht im Sinne der Definition in den Deutschen Kodierrichtlinien Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt, um die Atmung zu verstärken oder zu ersetzen. Der Patient leiste bei der CPAP die Atemarbeit selbst.

Nicht zuletzt aus physikalischer Sicht lässt sich die Argumentation des BSG in Anbetracht der nach ständiger Rechtsprechung streng nach Wortlaut zu handhabenden Kodierrichtlinien nur schwer nachvollziehen. Gleichwohl muss man für die Praxis bis zur Änderung der Kodierrichtlinien davon ausgehen, dass selbst intensivmedizinisch beatmete Patienten mittels einfacher CPAP nicht maschinell im Sinne der Kodierrichtlinien beatmet werden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

14. Anspruch auf Aufwandspauschale, wenn es nach dem Prozessergebnis nicht zu einer Rechnungsminderung kommt

Das BSG hat mit Urteil vom 23.06.2015 (B 1 KR 24/14 R) eine Entscheidung des LSG Nordrhein-Westfalen bestätigt, wonach ein Krankenhaus auch dann Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale hat, wenn erst in einem sozialgerichtlichen Verfahren durch Sachverständigengutachten bestätigt wird, dass der Abrechnungsbetrag des Krankenhauses nicht zu mindern war. Im entschiedenen Fall hatte der MDK eine kürzere stationäre Verweildauer befürwortet und die beklagte Krankenkasse die Rechnung des Krankenhauses gekürzt. In einem sich anschließenden Klageverfahren bestätigte ein Sachverständigengutachten jedoch die Verweildauer in voller Länge. Die Aufwandspauschale wollte die Krankenkasse gleichwohl nicht zahlen. Nach Auffassung des vom BSG nunmehr bestätigten LSG NRW kommt es aber nicht auf die Feststellungen des MDK an, sondern darauf, ob die Prüfung der medizinischen Voraussetzungen letztlich zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt oder nicht. Wenn sich in einem gerichtlichen Verfahren die Feststellungen des MDK als unzutreffend erweisen, haben die Krankenhäuser Anspruch darauf, dass der ihnen entstandene Aufwand vergütet wird.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

15. Integrierte Versorgung – Anschubfinanzierung, keine Verjährung oder Verwirkung

Das BSG hat mit Urteil vom 21.04.2015 (B 1 KR 11/15 R) festgestellt, dass der mit Klage eines Krankenhauses im Jahr 2009 geltend gemachte Rückzahlungsanspruch wegen Einbehalte der beklagten Krankenkasse aus angeblichen IV-Verträgen im Jahr 2005 weder verwirkt noch verjährt ist. Es stellte fest, dass Vergütungsforderungen der Leistungserbringer binnen vier Jahren verjähren und die Klage des Krankenhauses, die kurz vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist erhoben worden war, den Eintritt der Verjährung hemmt. Die landesvertraglich vereinbarte dreijährige Verjährungsfrist sei unwirksam, da sie – so das BSG – den Grundsätzen der Senatsrechtsprechung zum Wirt-

schaftlichkeitsgebot für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen widersprechen. Das Verfahren wurde an das LSG Berlin-Brandenburg zurückgewiesen, das nun festzustellen hat, ob die beklagte Techniker Krankenkasse rechtmäßig auf Grundlage wirksamer IV-Verträge Einbehalte zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung vorgenommen hat. Erstinstanzlich haben in der Vergangenheit einige Sozialgerichte kurz vor Ablauf der Verjährung erhobene Klagen von Krankenhausträgern wegen angeblicher Verwirkung abgewiesen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

16. Abgrenzung nachstationärer Behandlung von ambulanter Operation

Das LSG Baden-Württemberg entschied mit Urteil vom 21.01.2015 zu Az. L 5 KR 699/12, eine unter ambulanten Bedingungen im Krankenhaus durchgeführte Portimplantation im Nachgang eines vollstationären Krankenhausaufenthalts sei keine nachstationäre Behandlung, wenn der implantierte Port der ambulant durchzuführenden Chemotherapie gedient habe. Die Portimplantation könne in diesem Falle als AOP-Leistung vom Krankenhaus abgerechnet werden. Das LSG hob auf unsere Berufung hin die anders lautende Entscheidung des SG Stuttgart vom 20.12.2011 zu Az. S 10 KR 7524/10 auf und ließ die Revision nicht zu. Die beklagte Krankenkasse hat zwischenzeitlich erfolgreich Nichtzulassungsbeschwerde beim BSG eingelegt. Über den Fortgang der Angelegenheit werden wir berichten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

17. Vergütung nachstationärer Bestrahlungen

Im April 2015 hatten sich zwei Kammern des SG Karlsruhe mit dem Einwand verschiedener Krankenkassen zu befassen, ob die poststationär erbrachten Bestrahlungen bei der Bestimmung der Fallpauschale für den vorangegangenen vollstationären Krankenhausaufenthalt berücksichtigt werden dürfen. Die Krankenkassen argumentierten jeweils gestützt auf die Entscheidung des BSG

vom 17.09.2013, die poststationären Bestrahlungen seien nicht nachstationäre Leistungen, sondern ambulante Behandlungen. Beide Kammern des SG wiesen mit Urteilen vom 15.04. und 20.04.2015 zu Az. S 3 KR 4916/13 und S 5 KR 4301/14 die Einwände der Krankenkassen zurück. Sie seien mit ihren Behauptungen ausgeschlossen, da sie nicht innerhalb der 6-Wochen-Frist gem. § 275 Abs. 1 c SGB V den MDK mit der Überprüfung beauftragt hätten. Aus den Schilderungen des Krankenhauses und den vorgelegten Unterlagen ergebe sich, dass die nachstationäre Leistungserbringung in Anbetracht des Gesundheitszustandes und der Komplexität der erbrachten Leistungen im Krankenhaus erforderlich war. Verbleibende Zweifel gingen zulasten der Krankenkasse. Zur Vergütung der nachstationären Leistungen führten beide Kammern aus: Solange und soweit nachstationäre Behandlungen nicht gesondert gem. FPV zu vergüten seien, seien die Prozeduren bei der Gruppierung und der Abrechnung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen. Zusätzlich zu einer Fallpauschale dürfe eine nachstationäre Behandlung nur berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale nicht übersteige. Ausgangspunkt sei die obere Grenzverweildauer derjenigen Fallpauschale, die ohne Berücksichtigung der nachstationären Belegungstage einschlägig wäre. Unterschreite die Zahl der stationären Belegungstage die obere Grenzverweildauer, könnten und müssten so viele nachstationäre Belegungstage zum Zwecke einer Neugruppierung bei der vollstationären Behandlung berücksichtigt werden, bis die Grenzverweildauer erreicht sei. Nur die darüber hinausgehenden nachstationären Belegungstage seien gesondert abrechenbar. Allerdings könne die Neugruppierung dazu führen, dass die vollstationäre Behandlung einer anderen DRG mit einer neuen, höheren Grenzverweildauer zuzuordnen sei. Nur soweit die Summe aus stationären Belegungstagen und nachstationären Behandlungstagen auch diese neue, höhere Grenzverweildauer überschreite, komme eine zusätzliche Vergütung neben der Fallpauschale in Betracht.

Eine der beiden betroffenen Krankenkassen hat zwischenzeitlich Berufung zum LSG Baden-Württemberg eingelegt. Über den weiteren Gang des Verfahrens werden wir berichten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

18. Ergotherapievergütung nach Verordnung durch PIA

Das LSG Baden-Württemberg entschied auf unsere Berufung am 20.05.2015 im Verfahren zu Az. L 5 KR 3351/13, die von einem psychiatrischen Fachkrankenhaus erbrachten ergotherapeutischen Leistungen auf Verordnungen einer psychiatrischen Institutsambulanz, angesiedelt am selben Krankenhaus, seien von der Krankenkasse zu vergüten. Ihr Einwand, die Ergotherapie zähle zum Versorgungsauftrag einer psychiatrischen Institutsambulanz und sei daher bereits mit der in Baden-Württemberg vereinbarten Quartalspauschale je Patient abgegolten, verfange nicht. Die beklagte Krankenkasse, wie auch alle anderen Krankenkassen hätten über Jahre hinweg die verordneten und abgerechneten ergotherapeutischen Leistungen in Kenntnis der Verordnungen durch die psychiatrische Institutsambulanz bezahlt. Nach dem objektiven Empfängerhorizont sei die auslegungsbedürftige Vergütungsvereinbarung dahingehend zu verstehen, die Quartalspauschale für die psychiatrische Institutsambulanz umfasse nicht auch die ergotherapeutischen Leistungen.

Gegen die aus Krankenhaussicht sehr erfreuliche Entscheidung hat das LSG nicht die Revision zum BSG zugelassen. Die Krankenkasse hat zwischenzeitlich Nichtzulassungsbeschwerde beim BSG eingelegt, über die noch nicht entschieden wurde. Sollte das Urteil des LSG rechtskräftig werden, dürfte dies eine Anpassung des bereits auf Landesebene verhandelten Rahmenvertrages über die psychiatrischen Institutsambulanzen zur Folge haben. Über die weitere Entwicklung werden wir Sie auf dem Laufenden halten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

19. Zulässige Rechnungskorrektur im folgenden Geschäftsjahr

Mit Urteil vom 01.04.2015 stellt das SG Freiburg klar, dass es sich nicht um eine unzulässige nachträgliche Rechnungskorrektur handelt, wenn ein Krankenhaus im Februar 38 Rechnungen aus dem Vorjahr, gerichtet an eine Krankenkasse, korrigiert und es sich dabei um 1,25 % der Schlussrechnung des gesamten Jahres gegenüber dieser Krankenkasse handelt. Der Entscheidung des BSG vom 22.11.2012 zu Az. B 3 KR 1/12 R sei nicht zu entnehmen, die genannten Werte von 1 % der Schlussrechnungen und 0,5 % der Summe aller Ausgangswerte seien als verbindliche Grenzwerte zu verstehen. Wo die Grenze zu ziehen ist, ließ das SG Freiburg offen. Die Krankenkasse hat zwischenzeitlich Berufung zum LSG eingelegt. Über den Ausgang des Verfahrens werden wir Ihnen berichten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

20. Neuer Straftatbestand: Bestechung im Gesundheitswesen

Voraussichtlich in diesem Sommer wird in das Strafgesetzbuch ein neuer Straftatbestand zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen eingefügt. Nachdem der Große Strafsenat des Bundesgerichtshofs (BGH) 2012 entschieden hat, dass korruptives Verhalten von Vertragsärzten nach dem derzeit geltenden Strafrecht nicht strafbar ist, kam eine Gesetzesinitiative in Gang, die dies ändern sollte. Zwischenzeitlich steht ein neuer § 299 a StGB zur Beratung im Bundesrat an. Erfasst wird von diesem Korruption im Gesundheitswesen. Mögliche Täter sind nicht nur Vertragsärzte, sondern Angehörige sämtlicher Heilberufe mit staatlicher Anerkennung. Dazu gehören neben den Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern zum Beispiel auch Krankenpfleger, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. Bestraft werden soll zukünftig das Fordern, Annehmen oder Sich-Versprechen-Lassen eines Vorteils für sich oder einen Dritten (!) als Gegenleistung für eine Bevorzugung im Zusammenhang mit dem Bezug, der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmate-

rial. Kumulativ hinzukommen muss ein wettbewerbswidriges Verhalten oder die Verletzung von Berufsausübungspflichten. Parallel zur Bestechlichkeit wird auch die Bestechung, etwa durch den Vertreter eines Krankenhausträgers, inkriminiert. Die Tat kann mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren, in besonders schweren Fällen bis zu fünf Jahren, oder mit Geldstrafe bestraft werden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Jens-M. Kuhlmann

21. Änderungen der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) beschlossen

Im Mai 2015 wurden auf dem 118. Deutschen Ärztetag Änderungen der MBO-Ä beschlossen. Unter anderem ist Patienten nach § 10 Abs. 2 S. 1 MBO nunmehr auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, sie betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Zulässigkeit von Teilberufsausübungsgemeinschaften (Teil-BAG) wurde liberalisiert. Gemäß § 18 Abs. 1 MBO sind künftig auch Teil-BAG zwischen medizinisch-technischen Disziplinen und patientenbezogenen Fachgebieten denkbar, soweit der Gewinn nach dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen oder mit besonderem Grund davon abweichend verteilt wird. Es ist mit einer zeitnahen Umsetzung in den regionalen Berufsordnungen zu rechnen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Jens-M. Kuhlmann

22. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Demnächst wird das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in Kraft treten. Das Gesetz sieht im Krankenhausbereich neben Änderungen im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und der Hochschulambulanzen insbesondere wesentliche Änderungen bei den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor. In § 137c SGB V wird ein Absatz 3 angefügt, der das Prinzip „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ stärken soll. Demnach dürfen

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der G-BA bisher keine Entscheidung getroffen hat, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist. Mit dem neuen § 137h SGB V wird künftig eine frühe Nutzenbewertung von Methoden bei Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse vorgegeben. Wird eine derartige Methode erstmals beim InEK nach § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG angefragt, so muss zukünftig das Krankenhaus zugleich dem G-BA Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts übermitteln. Je nach Bewertung des G-BA, ob der Nutzen hinreichend belegt ist und der Methode bei Fehlen eines Nutzenbelegs das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative zukommt, gestaltet sich das weitere Verfahren.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

23. Neuerungen für MVZ und PIA durch GKV-VSG

Der Bundesrat hat in seiner Plenarsitzung am 10.07.2015 das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) gebilligt. Durch die noch im Bundesgesetzblatt zu veröffentlichende Neufassung verschiedener Regelungen des SGB V werden sich auch maßgebliche Änderungen für medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) ergeben. MVZ können zukünftig auch mit nur einem Fachgebiet gegründet werden. Das Adjektiv „fachübergreifend“ wurde in § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gestrichen. Außerdem können MVZ-Gründer zukünftig auch verschiedene andere Sicherheitsleistungen als Bürgschaften für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen stellen. § 118 SGB V wird ein neuer Absatz 4 angefügt. Danach sind psychiatrische Fachkrankenhäuser und Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen vom Zulassungsausschuss auch dann zum Betrieb einer PIA zu ermächtigen, wenn

die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende PIA-Versorgung sicherzustellen. Damit ist der Weg für bedarfsabhängige PIAs auf der „grünen Wiese“ gebahnt.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Jens-M. Kuhlmann

24. Antrag der Krankenkassen auf Beiladung zu einem gerichtlichen Krankenhausplanaufnahmeverfahren abgelehnt

Mit Beschluss vom 17.04.2015 hat das Verwaltungsgericht Düsseldorf einen Antrag u. a. der AOK Rheinland/Hamburg, des BKK-Landesverbandes und des Verbandes der Ersatzkassen auf Beiladung in einem Klageverfahren eines Krankenhausträgers auf Aufnahme einer Abteilung in den Krankenhausplan abgelehnt. Zur Begründung verwies das Verwaltungsgericht darauf, dass weder die Voraussetzungen für eine notwendige noch für eine einfache Beiladung erfüllt sein. Den Kassenverbänden stünde in einem Klageverfahren auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan keine eigene Rechtsposition zu. Auch gäbe es kein rechtliches Interesse für eine Beteiligung am Klageverfahren, da den Kassenverbänden keine eigenen Mitwirkungsrechte an der Krankenhausplanung zukommen. Das Beschwerdeverfahren gegen den Beschluss ist beim OVG NRW derzeit noch anhängig.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

25. Gesetzlicher Aufwendungsersatzanspruch der Krankenhäuser für Asylbewerber seit 01.03.2015

Seit dem 01.03.2015 gibt es eine gesetzliche Grundlage für die Kostenerstattung von Nothelferleistungen der Krankenhäuser für Eilfälle bei Asylbewerbern. Nachdem das Bundessozialgericht mit Urteil vom 30.10.2013 (B 7 AY 2/12 R) einen Nothelferanspruch analog § 25 SGB XII für Asylbewerber abgelehnt hatte, ist der Gesetzgeber tätig geworden und hat zum 01.03.2015 das Asylbewerberleistungsgesetz um § 6a ergänzt. Entsprechend der gesetzlichen

Regelungen für die Kostenerstattung von Nothelferleistungen gemäß § 25 SGB XII gibt es nunmehr einen expliziten Aufwendungsersatzanspruch des Krankenhauses als Nothelfer im Anwendungsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Frank Montag, Dortmund

II. Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht

1. Schiedsstellenentscheidung nach § 80 SGB XII wg. Höhe des Investitionsbetrags

Das LSG Nordrhein-Westfalen hat sich mit Urteil vom 28.05.2015 grundsätzlich mit Fragen der Festsetzung von Schiedsstellen nach § 80 SGB XII befasst. Konkret ging es um die Höhe eines Investitionsbetrags für ein von der Klägerin betriebenes Seniorenzentrum. Die Anfechtungsklage gegen die Schiedsstellenentscheidung war zulässig und begründet. Bei der Entscheidung der Schiedsstelle handele es sich um einen gerichtlich – wenn auch nur eingeschränkt – überprüfbaren Verwaltungsakt. Der Schiedsstelle komme hierbei Behördenqualität zu. Die Klage habe sich nicht gegen die Schiedsstelle, sondern gegen die andere Vertragspartei (hier: überörtlicher Sozialhilfeträger) zu richten. Im Ergebnis wurde die Schiedsstellenentscheidung aufgehoben, weil die Schiedsstelle nach Auffassung des Gerichts ihren Beurteilungsspielraum bei ihrer Entscheidung missachtet hat, soweit sie die angeblich fehlende Plausibilität des Vortrags der Pflegeeinrichtung alleine auf die Tatsache gestützt hat, dass die Beteiligten für einen dem streitigen Entgeltzeitraum nachfolgenden Zeitraum einen Investitionsbetrag vereinbart haben, der dem entsprach, den die Beklagte akzeptiert habe. Aus dem Abschluss der weiteren Vereinbarung könne keineswegs geschlossen werden, dass das Pflegeheim den vereinbarten Investitionsbetrag der Höhe nach auch im streitigen Entgeltzeitraum anerkannt habe.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

2. Schiedsverfahren über häusliche Krankenpflege gem. § 132 a SGB V

Können sich die Anbieter von Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V mit den Krankenkassen nicht über eine Vergütungsvereinbarung

einigen, kann ein Schiedsverfahren durchgeführt werden. Können sich die Parteien dabei nicht auf eine Schiedsperson verständigen, wie in einem von uns geführten Verfahren, so bestimmt das zuständige Landesministerium auf Antrag die Schiedsperson. Diese kann dann eine Vergütungsvereinbarung im Wege des Schiedsspruchs festsetzen, sollte es im Rahmen der Schiedsverhandlungen nicht gelingen, eine gütliche Einigung herbeizuführen. Das nur rudimentär gesetzlich geregelte Schiedsverfahren über die häusliche Krankenpflege bietet den Pflegediensten eine Möglichkeit, eine Erhöhung ihrer häufig bislang kaum auskömmlichen Vergütung zu erreichen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

Ihre Partner für öffentliches Recht und Gesundheitsrecht

Anwaltskanzlei Quaas & Partner

Standort Stuttgart
Möhringer Landstr. 5
70563 Stuttgart
Tel.: 0711/9 01 32-0
Fax: 0711/9 01 32-99
info@quaas-partner.de

Standort Dortmund
Märkische Str. 115
44141 Dortmund
Tel.: 0231/22 24 28-30
Fax: 0231/22 24 28-31
info-do@quaas-partner.de

www.quaas-partner.de