

NEWSLETTER DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; II/2014

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

I. Krankenhausrecht	2
1. Krankenhausplanung: Darlegungen an die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses bei Antrag auf Planaufnahme verschärft	2
2. Krankenhausplanung: Bedarfsermittlung, konkretes Einzugsgebiet, Begriff der Leistungsfähigkeit sowie Trägervielfalt	3
3. Pflegesatzrecht: Mehrleistungsabschlag	3
4. Pflegesatzrecht: Sicherstellungszuschläge	4
5. Der Schlichtungsausschuss nach § 17c KHG ist eine Behörde	4
6. Zulässigkeit von sozialgerichtlichen Klagen bis 2.000,00 €; Schlichtungsausschuss in NRW	5
7. BSG bestätigt Mindestmenge für Knie-TEP	6
8. Erlösausgleich auch bei Privatpatientenklinik (PPK)?	6
9. Zweifelhafte Kooperationen nach § 115a SGB V	7
10. Keine Liquidation wahlärztlicher Leistungen von Honorarärzten	8
11. Unwirksamkeit der Wahlleistungsvereinbarung bei unzureichender Aufklärung über Wahlleistung „Unterkunft“	8
12. Sicherstellung der ärztlichen Mitarbeiterbeteiligung rechtfertigt Änderungskündigung gegenüber Chefarzt.....	9
13. Eingeschränkte Überweisungsbefugnis einer Hochschulambulanz an ein Hochschul-MVZ	9
14. GmbH kann Bürgschaftserklärung für MVZ-GmbH abgeben	10
15. Übertragung von Arztstellen eines MVZ auf ein anderes uno actu nicht möglich	10
16. Notwendigkeit einer fachübergreifenden Versorgung im MVZ entfällt	11
17. Keine MDK-Prüfung bei ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V.....	11
18. Notfallversorgung durch Krankenhausambulanz.....	12
19. Anfechtungsbefugnis bei Dialysegenehmigung bejaht.....	13
20. Nachweis der durchschnittlichen Therapiedauer bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung.....	13
21. Wann verjähren Vergütungsforderungen von Krankenhäusern?.....	14

22. GKV-VSG: Medizinische Innovationen	14
23. Gerichtskostenfreiheit bei Klagen von Krankenhäusern gegen PKV	15
24. AG Oberhausen, Urt. v. 31.07.2014 – Minderjährige als Vertragspartner einer Wahlleistungsvereinbarung	15
25. Zeugnisstreit	16
26. Bund-Länder-AG.....	16

II. Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht 18

1. Klage gegen eine Entscheidung der Schiedsstelle nach § 80 SGB XII.....	18
2. Anwendung des Kartellrechts auf Vereinbarungen über häusliche Krankenpflege.....	18
3. Schiedsspruch nach § 132a Abs. 2 SGB V	19
4. Heimrecht: Einhaltung von Festlegungen der Rahmenverträge.....	19

I. Krankenhausrecht

1. Krankenhausplanung: Darlegungen an die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses bei Antrag auf Planaufnahme verschärft

In der jüngeren Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte werden zunehmend die Darlegungen des Krankenhauses an die Leistungsfähigkeit der Einrichtung als Voraussetzung für die Planaufnahme nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG verschärft. Bei solchen Krankenhäusern, die sich noch „in der Planung“ befinden, ist der Krankenhausträger gehalten, einen Antrag vorzulegen, der im Falle der Planaufnahme sofort verwirklicht werden kann. Das erfordert ein in sich schlüssiges medizinisches Konzept, die Vorhaltung entsprechenden Fachpersonals, einen – bereits bestehenden – Krankenhausträger, eine gewerberechtliche Konzession nach § 30a GewO sowie – ggf. – einen Bauvorbescheid oder eine Baugenehmigung zum Nachweis der baurechtlichen Zulässigkeit des Krankenhausbetriebs.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

2. Krankenhausplanung: Bedarfsermittlung, konkretes Einzugsgebiet, Begriff der Leistungsfähigkeit sowie Trägervielfalt

Eine von uns vertretene Belegarztambulanz wandte sich gegen einen Bescheid, mit dem die Aufnahme in den Krankenhausplan abgelehnt worden ist. Im Rahmen des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens hat das VG Stuttgart mit Urteil vom 05.06.2014 den Bescheid aufgehoben und das Land verpflichtet, über den Antrag unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Die gerichtliche Entscheidung enthält wesentliche Ausführungen zur Bedarfsermittlung, insbesondere zur Frage, auf welches Einzugsgebiet abzustellen ist, zu dem Kriterium der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sowie zur Beachtlichkeit des Grundsatzes der Trägervielfalt. Den Ausführungen des Gerichts kann grundsätzliche Bedeutung für vergleichbare Angelegenheiten zukommen.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz
(vgl. hierzu auch PKR 4/2014)*

3. Pflegesatzrecht: Mehrleistungsabschlag

Der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG ist von mehreren aktuellen Entwicklungen betroffen: Das Bundesverwaltungsgericht hat bekanntlich im Mai 2013 festgestellt, dass der Mehrleistungsabschlag nicht genehmigungsbedürftig sei. Diese Entscheidung wurde von uns in Fachbeiträgen kritisiert (u.a. Trefz, PKR 2013, 89). Im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes wird nun klargestellt, dass auch die krankenhausesindividuell ermittelten Zu- und Abschläge, mithin auch der Mehrleistungsabschlag sowie der Hygieneszuschlag genehmigungsbedürftig sind. Positiv ist weiter zu verzeichnen, dass das Gesetz die Geltung des Versorgungszuschlags über den 31.12.2014 hinaus verlängert. Problematisch und rechtlich zweifelhaft ist hingegen die angeordnete Erstreckung des vereinbarten Mehrleistungsabschlages des Entgeltzeitraums 2013 auf das Kalenderjahr 2015. Der verlängerte Mehrleistungsabschlag soll künftig stets eine 3-jährige Geltung beanspruchen, d.h.

Leistungen, die z.B. für das Jahr 2013 zusätzlich vereinbart wurden, unterliegen auch noch in den Jahren 2014 und 2015 dem Mehrleistungsabschlag.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

4. Pflegesatzrecht: Sicherstellungszuschläge

Wir haben die Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide erneut in einem Schiedsstellenverfahren vertreten, in dem die Schiedsstelle antragsgemäß den Sicherstellungszuschlag festgesetzt hat. Im Nachgang hierzu konnte zwischenzeitlich eine außergerichtliche Einigung mit den Krankenkassen – unter Einbeziehung des Ministeriums sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein – erreicht werden, wonach die Krankenhausträgerin ab dem Kalenderjahr 2012 (also rückwirkend) bis 2016 jeweils 1,5 Mio. € im Jahr mit dem Ziel der Umstrukturierung des Krankenhauses zu einem Integrierten Versorgungszentrum erhält. Für das Kalenderjahr 2017 sind dann Zahlungen der Krankenkassen in Höhe von 1,2 Mio. € und für das Kalenderjahr 2018 nochmals 1 Mio. € vorgesehen.

Zwischenzeitlich sind auch in anderen Bundesländern positive Tendenzen bei der Vereinbarung und Festsetzung von Sicherstellungszuschlägen nach § 5 Abs. 2 KHEntgG zu verzeichnen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

5. Der Schlichtungsausschuss nach § 17c KHG ist eine Behörde

Das BSG hat mit Urteil vom 09.10.2014 – B 3 KR 7/14 R – die Rechtstellung des Schlichtungsausschusses nach § 17c KHG geklärt. Es handele sich um eine Behörde, so dass die Klage wegen Krankenhausvergütung auch bei Forderungen unterhalb von 2.000,00 € gegen den Ausschuss gerichtet werden muss. Der Ausschuss handele in der Rechtsform eines Verwaltungsakts (VA).

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

6. Zulässigkeit von sozialgerichtlichen Klagen bis 2.000,00 €; Schlichtungsausschuss in NRW

Mit Urteil vom 08.10.2014 (B 3 KR 7/14 R) hat das BSG eine weitreichende Grundsatzentscheidung zum Schlichtungsausschuss nach § 17c Abs. 4 KHG getroffen. Danach sind Klagen von Krankenhäusern gegen Krankenkassen (oder umgekehrt) bei bis zu 2.000,00 € zulässig, solange nicht ein funktionsfähiger Schlichtungsausschuss nach § 17c Abs. 4 KHG eingerichtet wurde.

Den zuständigen Verbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausesellschaft ist dies verbindlich anzuzeigen. Darüber hinaus hat das BSG laut Terminsbericht auch Aussagen zur Rechtsnatur der Entscheidung des Schlichtungsausschusses gemacht.

Die nordrhein-westfälischen Schiedsstellen nach § 18a Abs. 1 KHG haben mit Beschluss vom 21.08.2014 einen nordrhein-westfälischen vorläufigen Schlichtungsausschuss errichtet, dessen Amtszeit bereits am 01.09.2014 begonnen hat und endet, wenn die nordrhein-westfälischen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen den endgültigen Schlichtungsausschuss errichtet haben, bzw. spätestens mit Ablauf des 28.02.2015. Nach Auskunft der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat der nordrhein-westfälische vorläufige Schlichtungsausschuss gegenüber den Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen sowie der KGNW im Rahmen der konstituierenden Sitzung am 21.08.2014 erklärt, „funktionsfähig errichtet worden zu sein“ und ab dem 01.09.2014 „Aufgaben der Schlichtung übernehmen zu können“. Daraufhin haben die vorgenannten Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen ihre Mitglieder entsprechend informiert.

Vor dem Hintergrund der BSG-Entscheidung kann daher auch weiterhin vor Klageerhebung bei nach erfolgten MDK-Prüfungen streitig gebliebenen Forderungen in Höhe von bis zu 2.000,00 € ein Schlichtungsverfahren beim vorläufigen Schlichtungsausschuss in NRW durchgeführt werden. Fraglich ist aller-

dings, ob mit Rechtssicherheit von der verjährungshemmenden Wirkung eines Schlichtungsverfahrens ausgegangen werden kann. Vorsorglich sollte bei von Verjährung bedrohten Ansprüchen eine Verjährungsverzichtserklärung mit der betroffenen Krankenkasse abgestimmt werden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

7. BSG bestätigt Mindestmenge für Knie-TEP

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 14.10.2014 (B 1 KR 33/13 R) entschieden, dass Knie-TEP planbare Leistungen sind, deren Ergebnisqualität im besonderen Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt. Dies sei rechtmäßig und hinreichend mit wissenschaftlichen Belegen untermauert – so das BSG in seinem Urteil, mit dem die Sprungrevision einer klagenden Krankenhausträgerin zurückgewiesen wurde. Die Einschätzung des G-BA sei vertretbar, dass eine Mindestmenge von 50 Knie-TEP im Kalenderjahr pro Betriebsstätte die Güte der Versorgung fördert.

Das LSG Berlin-Brandenburg hatte im August 2011 zunächst der Klage eines Krankenhauses gegen die Mindestmenge bei Knie-TEP stattgegeben. Daraufhin hatte der G-BA Revision beim BSG eingelegt und bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache die Anwendung der Mindestmengenregelung ausgesetzt. Nach Ankündigung des G-BA ist der Beschluss zur Aussetzung unabhängig von der Entscheidung des BSG nach wie vor gültig. Die Aussetzung wird aber voraussichtlich nach Mitteilung des G-BA alsbald formal aufgehoben, so dass dann die Mindestmenge von 50 wieder verbindlich werden wird.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

8. Erlösausgleich auch bei Privatpatientenklinik (PPK)?

Nach § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG dürfen für eine Privatpatientenklinik, die in räumlicher Nähe zu einem Plankrankenhaus angesiedelt ist, keine höheren

Entgelte berechnet werden, als sie nach dem KHG, dem KHEntgG und der BPflV zu leisten wären. Das BVerfG hat die Verfassungsmäßigkeit dieser Regelung bestätigt. Anwendungsprobleme in der Praxis bleiben. Nach dem Wortlaut könnte man denken, die PPK dürfe für dieselbe Leistung keinen höheren Preis als das Plankrankenhaus verlangen. Die PPK wäre damit ein – unselbständiger – Teil des Plankrankenhauses, auf die das Preisrecht des KHEntgG bzw. der BPflV vollen Umfangs Anwendung finde.

So ist das Gesetz nicht zu verstehen. Es gelten zwar die sich aus dem KHEntgG (DRG-System) bzw. der BPflV ergebenden Erlöse auch für die PPK. Sie bilden aber nur die Obergrenze dessen, was die PPK verlangen darf. An der (individuellen) Erlösbegrenzung des Plankrankenhauses, die sich aus einem Jahr für Jahr vorzunehmenden Erlösausgleich von Mehr- oder Mindererlösen ergibt, nimmt die PPK nicht teil. Mehrleistungsabschläge, die auf das Plankrankenhaus Anwendung finden, müssen nicht an den Versicherten in der PPK weitergereicht werden. Entsprechendes gilt für die PPK, die im Anwendungsbereich der BPflV (Psychosomatische und Psychiatrische Einrichtungen) die Erlöse berechnet.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

9. Zweifelhafte Kooperationen nach § 115a SGB V

Das LSG Baden-Württemberg hat mit Beschluss vom 04.11.2014 – L 5 KR 141/14 ER-B – solche Kooperationen zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und einem Krankenhaus untersagt, bei denen die von dem Vertragsarzt zu erbringenden Leistungen keine vor- und nachstationäre Behandlung, sondern solche aus dem vertragsärztlichen Bereich betreffen. Die in § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V vorgesehene „Auftragsleistung“ ändere an dem Rangverhältnis zwischen ambulanter Behandlung durch den Vertragsarzt und der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V nichts. Insoweit gelte der Grundsatz der Erforderlichkeit. Das Krankenhaus könne deshalb nur solche ambulanten Leis-

tungen zur Durchführung in der Arztpraxis beauftragen, die mit dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz des SGB V vereinbar seien.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

10. Keine Liquidation wahlärztlicher Leistungen von Honorärärzten

Der BGH hat mit Urteil vom 16.10.2014 (III ZR 85/14) entschieden, dass Honorärärzte, die im Krankenhaus Operationen durchführen, ihre operativen Leistungen nicht als Wahlleistung im Sinne des § 17 Abs. 1 Satz 1 KHG abrechnen können. Nach § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG erstrecke sich eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses. Honorärärzte, die ärztliche Leistungen für den Krankenhausträger erbringen, ohne bei diesem angestellt oder als Belegarzt oder Konsiliararzt tätig zu sein, seien jedoch weder Beamte noch Angestellte des Krankenhauses. Auch erbringe der Honorararzt seine ärztlichen Hauptleistungen nicht als externer Wahlarzt „auf Veranlassung“ eines angestellten oder beamteten Krankenhausarztes. Vereinbarungen mit dem Patienten darüber, dass ein Honorararzt gleichwohl seine Leistungen liquidieren darf, sind gemäß § 134 BGB nichtig.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thoma, Dortmund
Rechtsanwalt Dr. Jens-M. Kuhlmann, Stuttgart*

11. Unwirksamkeit der Wahlleistungsvereinbarung bei unzureichender Aufklärung über Wahlleistung „Unterkunft“

Eine nicht formgerechte Wahlleistungsvereinbarung ist – beschränkt auf die Wahlleistung *Unterkunft* – nach Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts selbst dann unwirksam, wenn der Beihilfeberechtigte die Wahlleistungsvereinbarung auch abgeschlossen hätte, wäre er ordnungsgemäß über die Wahlleistung *Unterkunft* belehrt worden. Die fehlende Kausalität der unzureichenden Aufklärung nach § 17 Abs. 2 Satz 1, 2 Hs KHEntgG für den Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung führe nicht zur Wirksamkeit der Vereinbarung. Die

anders lautende Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg hob das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 09.10.2014 auf.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

12. Sicherstellung der ärztlichen Mitarbeiterbeteiligung rechtfertigt Änderungskündigung gegenüber Chefarzt

Wird ein Krankenhaus in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen, so ist der Träger nach einer kürzlich veröffentlichten Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts aus Sommer 2014 dazu verpflichtet, die sich aus einem Landeskrankenhausgesetz ergebende Beteiligung der nachgeordneten ärztlichen Mitarbeiter an den Honorareinnahmen der liquidationsberechtigten leitenden Ärzte sicherzustellen, soweit diese Bestimmungen auf das Krankenhaus Anwendung finden. Sieht der Arbeitsvertrag eines liquidationsberechtigten leitenden Arztes keine dem Gesetz entsprechende Mitarbeiterbeteiligung vor, kann eine Änderungskündigung mit dem Ziel gerechtfertigt sein, den gesetzlichen Abführungspflichten im Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Chefarzt Geltung zu verschaffen.

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

13. Eingeschränkte Überweisungsbefugnis einer Hochschulambulanz an ein Hochschul-MVZ

In einem kürzlich veröffentlichtem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) führt dieses aus, ein Hochschulambulanzvertrag oder Vereinbarungen mit den Krankenkassen über die pauschale Vergütung von Hochschulambulanzleistungen könnten der Überweisung von Laborleistungen an ein von einem Universitätsklinikum gegründetes MVZ entgegenstehen. Das BSG hat den Rechtsstreit an das für den Berufsrechtsstreit zuständige LSG zurückverwiesen, damit dieses eine Missbrauchskontrolle anhand der konkreten Umstände des Einzelfalles durchführt. Dabei hat das LSG zu prüfen, ob das MVZ möglicherweise eigens zu dem Zweck gegründet wurde, dem Universitätsklinikum bes-

sere Abrechnungsmöglichkeiten im Bereich ambulanter vertragsärztlicher Leistungen zu verschaffen.

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

14. GmbH kann Bürgschaftserklärung für MVZ-GmbH abgeben

Nach einer Entscheidung des BSG aus Oktober 2014 kann die Bürgschaftserklärung, welche bei der Gründung eines MVZs gesetzlich vorgeschrieben ist, von einem Gesellschafter der MVZ-GmbH auch dann abgegeben werden, wenn dieser Gesellschafter in der Rechtsform einer GmbH organisiert ist. Seitens verschiedener Zulassungsgremien wurde diese Möglichkeit immer wieder in Abrede gestellt. Sie argumentierten, eine Bürgschaft könne lediglich von natürlichen Personen akzeptiert werden. Anderenfalls käme es zu einer Ungleichbehandlung mit einem MVZ, dessen Gesellschafter (nur) Ärzte sind. Das BSG hat dieser Auffassung unter Hinweis darauf eine Absage erteilt, dass sie im Gesetz keine Stütze findet.

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

15. Übertragung von Arztstellen eines MVZ auf ein anderes uno actu nicht möglich

Mit einem kürzlich bekanntgewordenen Urteil aus August 2014 erklärte (auch) das Sozialgericht Hamburg (SG) die Übertragung einer Arztstelle eines MVZ auf ein anderes MVZ in nur einem Akt als unzulässig. Im konkreten Fall beabsichtigte ein MVZ-Träger in nur einer Sitzung des Zulassungsausschusses zeitgleich entscheiden zu lassen über die Umwandlung einer Arztstelle eines MVZ in eine Zulassung, die Zulassung eines bestimmten Arztes zur vertragsärztlichen Versorgung, den Verzicht des Arztes auf die Zulassung zwecks Anstellung in einem anderen MVZ und die Genehmigung der Anstellung desselben Arztes in diesem MVZ. Das SG begründete dies (unzutreffend) damit, das „abgebende“ MVZ solle geschlossen werden. In einem solchen Fall würden die

mit dem MVZ verbundenen Vertragsarztsitze im Sinne des Abbaus von Überversorgung „untergehen“.

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

16. Notwendigkeit einer fachübergreifenden Versorgung im MVZ entfällt

Nach dem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums aus Oktober 2014 für ein Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) soll die Notwendigkeit einer fachübergreifenden Versorgung innerhalb eines MVZ entfallen. Bei Verabschiedung dieses Gesetzes bliebe Krankenhausträgern, welche an der Gründung eines MVZ interessiert sind, die oft verzweifelte Suche nach einer „zweiten Fachrichtung“ erspart. Das Erfordernis der Beibringung von Vertragsarztsitzen in gesperrten Planungsbereichen muss auch weiterhin erfüllt werden.

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

17. Keine MDK-Prüfung bei ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V

Das BSG hat mit Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R) entschieden, dass eine Prüfung durch den MDK bei ambulanten Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen gemäß § 115b SGB V ausscheidet. Die Entscheidung ist wenig überzeugend, da gemäß § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V eine Prüfung durch den MDK bei einer Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V durchzuführen ist. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V stellt aber klar, dass eine Krankenhausbehandlung auch ambulant gemäß § 115 b SGB V erbracht werden kann. Danach unterliegen auch ambulante Behandlungen im Sinne von § 115b SGB V dem Prüfregime des § 275 Abs. 1c SGB V.

Für die Überprüfung der Behandlung von Patienten, die ab dem 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, gilt im Übrigen die zum 01.09.2014 in Kraft getretene Prüfverfahrensvereinbarung gemäß § 17c Abs. 2 KHG. Die DKG weist in ihren Umsetzungshinweisen darauf hin, dass die

Prüfverfahrensvereinbarung zeitlich vor dem Erlass des BSG-Urteils vereinbart worden ist und die Vereinbarungspartner davon ausgingen, dass § 115b-Fälle von § 39 SGB V und damit auch von der Prüfverfahrensvereinbarung umfasst werden. Daher bleibt abzuwarten, wie das BSG künftig mit dieser Regelung in der Prüfverfahrensvereinbarung umgehen wird.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

18. Notfallversorgung durch Krankenhausambulanz

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG dürfen Notfallbehandlungen, die in Notfallambulanzen der Krankenhäuser erbracht werden, grundsätzlich nicht schlechter vergütet werden als die vertragsärztlichen Leistungen in organisierten Notfalldiensten. In dem vom BSG am 02.07.2014 (B 6 KA 30/13 R) entschiedenen Fall, verlangte das klagende Krankenhaus für die Inanspruchnahme seiner Notfallambulanz die Gebührenordnungspositionen 01100 bzw. 01101 des EBM-Ä für die „unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes“ sowie die Gebührenordnungspositionen 07210 bis 072112 (chirurgische Grundpauschalen), da nach Angaben des Krankenhauses die Krankenhausambulanz zu einer Art Regelversorgung geworden sei; ca. 50 % aller Notfalleistungen in Hamburg würden nicht durch Vertragsärzte sondern durch die Notfallambulanz des Krankenhauses angeboten, so dass faktisch ein zweiter Versorgungsbereich entstanden sei.

Das BSG hat in der vorgenannten Entscheidung klargestellt, dass die Teilnahmeberechtigung der Krankenhäuser an der Notfallversorgung keinen zweiten Versorgungsweg für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten in den Krankenhausambulanzen eröffnet und dort auch keine regulären Sprechstunden angeboten werden. Daher können die Krankenhäuser die Positionen des EBM-Ä für die reguläre Versorgung der Versicherten durch einen Vertragsarzt außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten nicht berechnen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

19. Anfechtungsbefugnis bei Dialysegenehmigung bejaht

Das LSG Niedersachsen-Bremen hat auf unsere Berufung hin am 23.07.2014 die Anfechtungsbefugnis eines Inhabers einer Dialysegenehmigung gegen die einem Konkurrenten von der KV erteilte Dialysegenehmigung in Abkehr von der Rechtsprechung des BSG aus dem Jahre 2007 bejaht. Da die Voraussetzungen zur Erteilung einer Dialysegenehmigung losgelöst vom Bedarf nicht vorlagen, hob das Gericht die anders lautende erstinstanzliche Entscheidung sowie die Genehmigung selbst auf. Wegen grundsätzlicher Bedeutung ließ das LSG die Revision zu. Über den Fortgang der Angelegenheit werden wir berichten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

20. Nachweis der durchschnittlichen Therapiedauer bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

Der OPS der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550) verlangt eine Therapiedauer von durchschnittlich 30 Minuten. Das SG Stuttgart stellt mit Urteil vom 24.07.2014 fest, dass das klagende Krankenhaus zum Nachweis der Therapiedauer auf sämtliche zur Verfügung stehende Daten, insbesondere auch auf die internen Leistungsnachweise zurückgreifen darf, um eine durchschnittliche Therapiedauer von 30 Minuten zu belegen. Es ist, anders als der MDK fordert, nicht vonnöten, dass für jede täglich durchgeführte Therapiedauer Beginn und Ende dokumentiert sind. Zudem erfordern die streng nach Wortlaut zu handhabenden Abrechnungsbestimmungen nicht eine Abzeichnung jedes Teilnehmers an der Teambesprechung durch Namenskürzel. Es liegt in der Natur der Sache, dass das Protokoll von einer Person geführt und von dieser abgezeichnet wird. Gegen die Entscheidung legte die Krankenkasse Berufung ein. Wir halten Sie auf dem Laufenden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

21. Wann verjähren Vergütungsforderungen von Krankenhäusern?

Nach der Rechtsprechung des BSG unterliegen Vergütungsansprüche von Krankenhäusern gegen Krankenkassen und umgekehrt Erstattungsforderungen von Krankenkassen gegen Krankenhäuser einer vierjährigen Verjährungsfrist. Das BSG stützt sich insoweit auf die – allgemeine – Regel des § 45 SGB I.

Anderer Auffassung ist jetzt das SG Mainz mit Urteil vom 24.06.2014 – S 3 KR 518/11. Es geht – unter Zugrundelegung der Verjährungsvorschriften der §§ 194 ff BGB – von einer lediglich dreijährigen Verjährung von Vergütungsforderungen von Krankenhäusern gegen Krankenkassen aus.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

22. GKV-VSG: Medizinische Innovationen

Seit einigen Wochen liegt der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vor. Mit der Anfügung eines Absatzes 3 in § 137c SGB V will der Gesetzgeber das zur Förderung medizinischer Innovationen in Krankenhäusern notwendige Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt stärken. Er reagiert hiermit auf eine Auslegung des Gesetzes durch die jüngste höchstrichterliche Rechtsprechung des BSG, die in einem Wertungswiderspruch zu diesem Grundsatz sowie zu dem Regelungsgehalt des § 137c SGB V steht. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der G-BA bisher noch keine Entscheidung nach § 137c SGB V getroffen hat, dürfen demnach im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Während diese Regelung grundsätzlich positiv zu bewerten ist, ist das weitere Vorhaben des Gesetzgebers, mit Einfügung des § 137h SGB V eine frühe Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten höherer Risikoklassen einzuführen, kritisch zu beurteilen. Die Umsetzung der Regelung würde in diesem Bereich zu nicht unerheblichen Verzögerungen bei Vereinbarung oder Festsetzung von Entgelten

für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden führen. Die weitere Entwicklung des Gesetzentwurfs, der auch andere für Krankenhäuser bedeutsame Rechtsänderungen, u.a. zu den Hochschulambulanzen sowie zu der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung enthält, bleibt abzuwarten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

23. Gerichtskostenfreiheit bei Klagen von Krankenhäusern gegen PKV

Baden-württembergische Krankenhäuser sind in zivilgerichtlichen Auseinandersetzungen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen anlässlich der Behandlung ihrer Versicherten im Rahmen des Klinik-Card-Vertrages von den Gerichtskosten befreit. Dies hat das Landgericht Konstanz auf die gegenteilige Entscheidung im erstinstanzlichen Verfahren mit Beschluss vom 24.07.2014 festgestellt. Damit sinkt das Prozesskostenrisiko der Krankenhäuser bei Auseinandersetzungen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

24. AG Oberhausen, Urt. v. 31.07.2014 – Minderjährige als Vertragspartner einer Wahlleistungsvereinbarung

Trotz Unterschrift des Vaters unter die Wahlleistungsvereinbarung für seinen im Haus der Klägerin behandelten 17 Jahre alten Sohn kam das Gericht zu dem Schluss, dass kein Anspruch gegen den Vater gegeben sei.

Die Wahlleistungsvereinbarung nenne ausschließlich den minderjährigen Patienten im Feld der Eingabe des Vertragspartners. Auch das Unterschriftenfeld sehe eine Unterschrift durch den Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter und eine Unterschrift durch einen Vertreter der Klägerin vor. Weder aus der Tatsache, dass der Beklagte als gesetzlicher Vertreter seines Sohnes aufgetreten sei, noch aus der Tatsache, dass der Beklagte dabei seine elterliche Sorge ausgeübt habe, ergebe sich ein Anspruch gegenüber dem beklagten Vater. Der Vertrag sei daher ausdrücklich mit dem Sohn geschlossen worden,

dieser sei Vertragspartner und Schuldner der Klägerin; ein Anspruch gegenüber dem Vater bestehe nicht.

Es wird daher empfohlen, im Rubrum eines Wahlleistungs- und Behandlungsvertrages auch den Namen der Eltern als Vertragspartner aufzunehmen mit dem Zusatz „zu Gunsten des ... Kindes ...“.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Frank Montag, Dortmund

25. Zeugnisstreit

Es mehren sich die Streitigkeiten über die Leistungsbeurteilung in Arbeitszeugnissen, insbesondere bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch arbeitgeberseitige Kündigung. Das Bundesarbeitsgericht stellt zu einem Zeugnisstreit einer Zahnarzthelferin mit ihrem ehemaligen Arbeitgeber mit Urteil vom 18.11.2014 fest, dass es an der gefestigten Rechtsprechung zur Beweislastverteilung festhält. Bescheinige der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer im Zeugnis unter Verwendung der Zufriedenheitsskala, die ihm übertragenen Aufgaben „zur vollen Zufriedenheit“ erfüllt zu haben, erteilt er in Anlehnung an das Schulnotensystem die Note „befriedigend“. Beansprucht der Arbeitnehmer eine bessere Schlussbeurteilung, so muss er im Zeugnisstreit entsprechende Leistungen vortragen und ggf. beweisen. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn in der einschlägigen Branche überwiegend gute („stets zur vollen Zufriedenheit“) oder sehr gute („stets zur vollsten Zufriedenheit“) Noten vergeben werden. Ein Zeugnis müsse nur im Rahmen der Wahrheit wohlwollend sein.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

26. Bund-Länder-AG

Am 05.12.2014 hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Krankenhausversorgung ihre Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015 vorgelegt. Es handelt sich hier um einen bunten Blumenstrauß von Vorschlägen, die im Ka-

lenderjahr 2015 in Gesetzen umgesetzt werden sollen. Teilweise bieten die angeregten Maßnahmen aus Sicht der Krankenhäuser Verbesserungspotenzial, teilweise drohen zusätzliche Belastungen sowie ein erheblicher bürokratischer Mehraufwand. Auf einige Punkte kann exemplarisch hingewiesen werden:

- Qualität als weiteres krankenhauplanerisches Kriterium; hierzu soll der G-BA Qualitätsindikatoren entwickeln
- Qualitätszuschläge bei außerordentlich guter Qualität, Qualitätsabschläge, wenn Mängel nicht innerhalb bestimmter Zeit abgestellt werden
- neues Pflegestellenförderprogramm (660 Mio. €)
- Erleichterung der Formulierung von Mindestmengen durch den G-BA
- gesetzliche Änderung bei den Sicherstellungszuschlägen; G-BA soll bis 31.03.2016 bundeseinheitliche Vorgaben festlegen
- Neuregelung zur Zentrumsfinanzierung
- Neuregelungen zu den neuen Methoden (hierzu aber bereits Referentenentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz)
- künftige Berücksichtigung von Mehrkosten von Beschlüssen des G-BA (u.a. wegen Mehrkosten QFR-RL)
- Mengensteuerung ab dem Kalenderjahr 2017 nicht mehr auf Landesebene (Landesbasisfallwert), sondern direkt auf Krankenhausebene
- leistungsgerechte Finanzierung der Aufgaben von Universitätskliniken (u.a. Hochkostenfälle, Zentrumszuschläge, Hochschulambulanzen)
- Änderung bei den Schlichtungsausschüssen auf Landesebene nach § 17c Abs. 4b KHG: gesetzliche Klarstellung, dass künftig kein Verwaltungsakt
- Strukturfonds zum Abbau von Überkapazitäten (Bundesanteil: 500 Mio. €)

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

II.

Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht

1. Klage gegen eine Entscheidung der Schiedsstelle nach § 80 SGB XII

Das Bundessozialgericht (BSG) hat sich mit einem Urteil vom 23.07.2014 grundlegend mit der Rechtmäßigkeit von Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 80 SGB XII beschäftigt. Zutreffend wird angenommen, dass es sich bei der Schiedsstelle um eine Behörde handelt und dem Schiedsspruch die Rechtsqualität eines Verwaltungsaktes zukommt. Von wesentlicher Bedeutung ist die Entscheidung im Hinblick auf das Inkrafttreten der von den Schiedsstellen festgesetzten Vergütungssätze. Während die Vorinstanz angenommen hat, die Schiedsstelle habe die Vergütung für die von der Klägerin betriebenen Werkstätten für behinderte Menschen zutreffend nicht für eine Zeit vor dem Tag des Antragseingangs bei der Schiedsstelle festgesetzt, hat das BSG eine andere Rechtsauffassung eingenommen. Demnach steht der Schiedsstelle auch bei der Festlegung des rückwirkenden Inkrafttretens von Vergütungsvereinbarungen ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Die Schiedsstelle habe sich zu Unrecht daran gehindert gesehen, den Schiedsspruch schon vor dem Zeitpunkt der Antragstellung in Kraft zu setzen. Ein Verbot des rückwirkenden Inkraftsetzens könne den gesetzlichen Vorschriften nicht entnommen werden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

2. Anwendung des Kartellrechts auf Vereinbarungen über häusliche Krankenpflege

§ 69 Abs. 2 SGB V schließt die Anwendbarkeit der wesentlichen Bestimmungen des Kartellrechts auf Selektiv- und Kollektivverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen aus, soweit die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich zum Vertragsabschluss verpflichtet sind. Das OLG Dresden lehnte mit Urteil vom 27.11.2014 die Anwendbarkeit des Kartellrechts auf

Vereinbarungen zwischen einer Krankenkasse und einem Erbringer von Leistungen der häuslichen ambulanten Krankenpflege gem. § 132a Abs. 2 SGB V mit der Begründung ab, die Leistungserbringer hätten einen gesetzlichen Anspruch auf Vertragsabschluss. Kartellrecht sei folglich nicht entsprechend anwendbar.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

3. Schiedsspruch nach § 132a Abs. 2 SGB V

Können sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson nach gescheiterten Verhandlungen über eine Vereinbarung über Leistungen zur häuslichen Krankenpflege einigen, so kann diese durch das Ministerium bestimmt werden. Ordnet das Ministerium die sofortige Vollziehbarkeit der Bestimmung der Schiedsperson an, so muss die Schiedsperson die Vertragslage gestalten, auch wenn gegen ihre Bestimmung das Sozialgericht angerufen wird. Dies gilt nach Auffassung des BSG im Verfahren zu Az. B 3 KR 6/13 R (Urteil vom 27.11.2014) selbst dann, wenn nachträglich gerichtlich festgestellt würde, dass die Bestimmung nicht fehlerfrei erfolgt sei.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

4. Heimrecht: Einhaltung von Festlegungen der Rahmenverträge

Das Bundesverwaltungsgericht hat in einem Beschluss vom Mai 2014 klargestellt, dass die Heimaufsichtsbehörden sämtliche gesetzlichen und vertraglichen Pflichten des Heimträgers auf Grundlage gesetzlicher Vorschriften aufsichtsrechtlich überwachen können. Hierzu zählen auch die Festlegungen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI. Es sei nicht ersichtlich, dass sich die Heimaufsicht nicht auf die Pflicht der Heimträger zur Beachtung spezifisch sozialrechtlicher Bestimmungen erstrecken dürfte.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

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