

NEWSLETTER DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; I/2014

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

I. Krankenhausrecht	2
1. Qualitätsvorgaben in der und durch die Krankenhausplanung?	2
2. Trägerwechsel und Verbleib im Krankenhausplan	2
3. BVerwG erlaubt Zuschläge für besondere Leistungen von Brustzentren.....	3
4. OVG NRW zur Frage eines Anspruchs auf Ausweisung einer „Stroke-Unit“ im nordrhein-westfälischen Krankenhausplan	5
5. NUB-Entgelte: Qualitätsgebot als Innovationsbremse?	5
6. Neonatologie: Neue Richtlinie des G-BA	6
7. Vergütung sozialpädiatrischer Zentren sowie psychiatrischer Institutsambulanzen	7
8. Wahlarztleistungen durch Honorararzt zweifelhaft	8
9. Abwehrstrategien bei Honorarrückforderungen durch KVn.....	8
10. Belegarztsonderzulassung nach § 103 Abs. 7 SGB V scheitert nicht an Rufdienstverpflichtung	9
11. Träger eines MVZ kann kein Gründer eines neuen MVZ sein	9
12. Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und Versorgungsauftrag der Inneren Medizin	10
13. Schlichtungsverfahren in Streitigkeiten über Krankenhausvergütungen nach § 17 c KHG	11
14. Für mehrere Einrichtungen tätiger Anästhesist ist nicht scheinselfständig....	13
15. Chefarztstätigkeit eines Pathologen steht Teil-Zulassung nicht entgegen.....	13
16. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V; Konkretisierungen zur Behandlung von Tuberkulose und Mykobakteriose sowie zu gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	14
17. Kein Nothelferanspruch der Krankenhäuser bei Asylbewerbern.....	15
18. Strafbarkeit bei Verwendung unwirksamer Wahlleistungsvereinbarung	16
19. Verjährungsfrist in Abrechnungstreitigkeiten	16
20. Einhaltung von Qualitätssicherungsvorgaben als Vergütungsvoraussetzung ...	17
II. Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht	18
1. Vereinbarung über Investitionskostenzuschläge unbefristet	18
2. Subsidiaritätsgrundsatz bei Erbringung von Leistungen im Bereich der Sozialhilfe	18
3. Ersparte Aufwendungen bei Sondenernährung	19

I. Krankenhausrecht

1. Qualitätsvorgaben in der und durch die Krankenhausplanung?

Nicht nur aufgrund des Krankenhaus(rahmen)plan NRW 2015, der am 23. Juli 2013 in Kraft getreten ist, hat sich die Frage der Zulässigkeit von Qualitätsvorgaben in der und durch die Krankenhausplanung zu einem zentralen Streitpunkt zwischen Vertretern von Krankenhäusern und den jeweils zuständigen Landesbehörden entwickelt. Auch der Bundesgesetzgeber scheint aufgerufen, da er das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) entsprechend novellieren will. Hauptstreitpunkt ist dabei die Frage, ob und in wieweit die Länder mittels Krankenhausplanung eigenständige Qualitätsvorgaben machen dürfen oder ob dies auf die Bundeskompetenz gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (das Recht der Sozialversicherung) beschränkt ist. Bekanntlich hat der Bund mit § 137 SGB V umfassend den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ermächtigt, die Qualität von Krankenhausleistungen durch Richtlinien und Beschlüsse zu regeln.

Gerichtliche Verfahren zur Zulässigkeit der Zertifizierung von Fachabteilungen als Voraussetzung für die Aufnahme bzw. Verbleib von Krankenhausabteilungen im Krankenhausplan sind anhängig. Mit Entscheidungen ist in diesem Jahr voraussichtlich nicht mehr zu rechnen. Wir werden berichten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

2. Trägerwechsel und Verbleib im Krankenhausplan

Bei der Umstrukturierung von Krankenhäusern etwa als Folge eines Insolvenzverfahrens kann sich die Frage stellen, ob bereits die Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Krankenhauses oder jedenfalls anschließend ein erfolgreicher Rechtsträgerwechsel zum Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan führen bzw. der neue Rechtsträger einen

Anspruch auf Verbleib des Krankenhauses im Krankenhausplan hat. Gerichtlich geklärt ist die Rechtsfolge des Trägerwechsels: die Krankenhausplanungsbehörde muss in eine Überprüfung des (bisherigen) Feststellungsbescheides des Krankenhauses eintreten und anhand der Kriterien der Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit des Krankenhauses über den Verbleib im Krankenhausplan entscheiden. Voraussetzung ist indes, dass ein Trägerwechsel im Rechtssinne vorliegt. Das ist bei dem Übergang der Verfügungsbefugnis auf den Insolvenzverwalter (noch) nicht der Fall. Ebenso wenig liegt ein Trägerwechsel vor, wenn (bloß) die Rechtsform des (bisherigen) Krankenhausträgers wechselt.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas

3. BVerwG erlaubt Zuschläge für besondere Leistungen von Brustzentren

Das BVerwG in Leipzig hat am 22.05.2014 in sechs Revisionsverfahren (3 C 8.13, 3 C 9.13, 3 C 12.13, 3 C 13.13, 3 C 14.13 und 3 C 15.13) entschieden, dass Krankenhäuser mit einem besonderen Versorgungsauftrag für die Behandlung von Brustkrebskrankungen (Brustzentren) von den Krankenkassen einen Zuschlag für stationäre Zentrumsleistungen beanspruchen können, soweit diese Leistungen nicht schon über die normalen Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden.

Drei Krankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen, die allesamt als Brustzentrum im nordrhein-westfälischen Krankenhausplan ausgewiesen sind, sowie die Kostenträger wandten sich mit ihren Klagen gegen Genehmigungen von Schiedsstellenentscheidungen, mit denen für das Jahr 2006 Zuschläge für die besonderen Aufgaben als Brustzentrum gewährt worden waren. Die Krankenhausträger beehrten höhere Zuschläge, wohingegen die Krankenkassen die Voraussetzungen für einen Zuschlag schon dem Grunde nach als nicht erfüllt ansahen. Das Berufungsgericht (OVG Münster) hatte die erstinstanzlichen Entscheidungen der VG Münster und Aachen aufgehoben und angenommen, dass den Krankenhausträgern lediglich im Hinblick auf zwei der geltend ge-

machten Leistungs- und Kostenpositionen (Tumorkonferenz und Psychoonkologie) ein Zuschlag zustehe.

Das BVerwG hat die Berufungsurteile nun aufgehoben und die Verfahren an das OVG Münster zurückverwiesen. Bei den Krankenhäusern handelt es sich – so das BVerwG – um zuschlagsberechtigte Zentren im Sinne des KHEntgG. Anders als vom OVG Münster angenommen, setze jedoch die Zuschlagsfähigkeit von Zentrumsleistungen nicht voraus, dass sie unmittelbar der stationären Behandlung des einzelnen Patienten dienen. Ein Zentrum könne Zuschläge für solche Leistungen beanspruchen, die im Rahmen des pauschalierenden Entgeltsystems nicht durch Fallpauschalen oder andere Vergütungen (Zusatzentgelte, sonstige Entgelte) abgegolten werden, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt. Außerdem müsse es sich um stationäre Versorgungsleistungen handeln; ambulante Leistungen seien von der Zuschlagsgewährung ausgeschlossen. Ob diese Voraussetzungen außer bei den vom OVG Münster als zuschlagsfähig anerkannten Leistungspositionen noch bei weiteren der streitigen Posten erfüllt sind, konnte der 3. Senat des BVerwG nicht abschließend feststellen, weil die Vorinstanzen hierzu keine hinreichenden tatsächlichen Feststellungen getroffen haben. Die Verfahren wurden deshalb zur weiteren Aufklärung an das OVG Münster zurückverwiesen. Es bleibt daher abzuwarten, ob die auch vom BVerwG zusätzlich anerkannten weiteren zuschlagsfähigen Leistungspositionen ggf. bereits über Fallpauschalen oder andere Vergütungen abgegolten werden oder nicht. Sollte dies nicht der Fall sein, werden die Krankenhausträger auch für diese Leistungspositionen einen Zuschlag beanspruchen können.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

4. OVG NRW zur Frage eines Anspruchs auf Ausweisung einer „Stroke-Unit“ im nordrhein-westfälischen Krankenhausplan

Das OVG NRW bestätigte mit Beschluss vom 03.06.2014 (13 A 2508/13) eine Entscheidung des VG Arnsberg (3 K 2238/11) vom 13.09.2013, wonach der vom Krankenhausträger geltend gemachte Anspruch auf Ausweisung einer Stroke-Unit mit vier Betten nicht bestehe. Der Krankenhausträger sei zur Bedarfsdeckung ungeeignet, da ihm die nach Ziffer II 1 des Erlasses zu den „Grundlagen zur Anerkennung von Behandlungseinheiten zur Schlaganfallversorgung (Stroke-Units) im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen“ erforderliche Fachabteilung für Neurologie fehle. Nur im Falle regionaler Besonderheiten, insbesondere in strukturschwachen Gebieten, in denen diese Anforderung von keiner der vorhandenen Einrichtungen umsetzbar sei, könne die Kooperation mit einer neurologischen oder internistischen Fachabteilung eines benachbarten Krankenhauses genügen. Die Teilnahme an einem teleneurologischen Netzwerk reiche für den Betrieb einer Stroke-Unit nicht aus. Erforderlich sei eine Kooperation mit einer neurologischen Hauptabteilung eines benachbarten Krankenhauses. Auch eine solche genüge jedoch nicht, wenn es an einer „regionalen Besonderheit“ fehle und im maßgeblichen Versorgungsgebiet ein anderer Krankenhausträger die Strukturvorgaben des Erlasses erfülle.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

5. NUB-Entgelte: Qualitätsgebot als Innovationsbremse?

Das BSG hat seinen bisherigen Standpunkt aufgegeben, wonach die Prüfung, ob eine im Krankenhaus angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode die gesetzlich geforderten Qualitätsstandards erfüllt, ausschließlich dem G-BA obliegt. Die hierdurch eröffnete Möglichkeit der Überprüfung von Methoden in Einzelfällen hat erwartungsgemäß zu einer erheblichen Rechtsunsicherheit bei Anwendung und Abrechnung innovativer Krankenhausleistungen geführt. Im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen vertreten Kranken-

kassen zwischenzeitlich häufig die Auffassung, Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) könnten nur vereinbart werden, wenn die Methoden bereits dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen würden. Gegen die Genehmigung einer Schiedsstellenentscheidung, die die Rechtsauffassung der Krankenkassen zurückgewiesen hat, haben die Kostenträger Klage erhoben. Wir rechnen in den nächsten Monaten mit einer gerichtlichen Entscheidung in der Angelegenheit.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz
(vgl. hierzu auch f&w 2014, S. 496 ff.)*

6. Neonatologie: Neue Richtlinie des G-BA

Erwartungsgemäß hat die neue Richtlinie des G-BA zur Qualitätssicherung bei Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die zum 01.01.2014 in Kraft getreten ist, zu erheblichen Umsetzungsproblemen vor Ort geführt. Die in der Richtlinie verwendeten unbestimmten Rechtsbegriffe, die Tatsache, dass nicht ausreichend Personal zur Erfüllung der Vorgaben auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht sowie die ungeklärte Frage der Finanzierung zusätzlicher Kosten bieten erhebliches Streitpotenzial in den Verhandlungen mit den Krankenkassen. Da die Richtlinie keine Regelung dazu trifft, wie die erhöhten personellen Anforderungen finanziert werden sollen, sind unterschiedliche Finanzierungstatbestände des KHEntgG (insbesondere Zentrumszuschlag, Sicherstellungszuschlag, krankenhausindividuelle Entgelte der Besonderen Einrichtungen sowie gesondertes Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG) in Betracht zu ziehen. Fraglich ist, ob ein Zentrumszuschlag bei unzureichender Finanzierung durch Fallpauschalen zum Ansatz kommen kann. Mit anderen Worten: Können die Zentren, soweit sie mit zusätzlichen Kosten der Leistungserbringung belastet sind, hierfür einen Zentrumszuschlag beanspruchen, wenn diese Kosten grundsätzlich bei der Höhe der Fallpauschalen berücksichtigungsfähig sind, aber bisher tatsächlich noch nicht berücksichtigt sind?

Letztlich wird erst auf Grundlage der noch ausstehenden schriftlichen Entscheidungsgründe des Bundesverwaltungsgerichts vom 22.05.2014 (Brustzentrum, vgl. oben Ziff. 3), deren Zugang wir in Kürze erwarten, eine nähere rechtliche Beurteilung erfolgen können, ob und unter welchen Voraussetzungen die zusätzlichen Kosten der Perinatalzentren durch einen Zentrumszuschlag finanziert werden können und ob in diesem Zusammenhang die Anrufung der Schiedsstelle zu empfehlen ist.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz
(vgl. hierzu auch f&w 2013, S. 450 ff.)*

7. Vergütung sozialpädiatrischer Zentren sowie psychiatrischer Institutsambulanzen

Nach § 120 Abs. 2 Satz 3 SGB V muss die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. In einem neueren Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen wird grundsätzlich zur Vergütung dieser Leistungen ausgeführt. Nach Auffassung des Gerichts muss sich die Schiedsstelle im Rahmen des Verfahrens ausreichend mit der individuellen Leistungsfähigkeit der Einrichtung auseinandersetzen. In Anlehnung an die Rechtsprechung zu den Schiedsstellen nach SGB XI sei eine Vergütung leistungsgerecht, wenn erstens die voraussichtlichen Gestehungskosten der Einrichtung nachvollziehbar und plausibel belegt seien und sie zweitens in einer angemessenen und nachprüfbaren Relation zu den Sätzen anderer Einrichtungen für vergleichbare Leistungen stünden. Es reicht also nicht aus, dass die Schiedsstelle im Rahmen des Verfahrens lediglich die von der Einrichtung geforderten Entgelte mit denen anderer Einrichtungen vergleicht.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

8. Wahlarztleistungen durch Honorararzt zweifelhaft

Um den letzten Jahreswechsel haben sowohl das Landgericht Düsseldorf als auch das Landgericht München die Verpflichtung eines Patienten zur Zahlung eines Wahlarzthonorars für den Fall verneint, dass die Leistungen durch einen sogenannten Honorararzt erbracht wurden. In beiden Fällen hatten nicht am Krankenhaus angestellte Chirurgen „ihre“ zuvor in ihrer Praxis behandelten Patienten in einem kooperierenden Krankenhaus stationär operiert. Die Berufungsgerichte begründeten ihre Entscheidung jeweils mit dem Wortlaut des § 17 Abs. 3 KHEntgG. Danach könnten wahlärztliche Leistungen lediglich dann abgerechnet werden, wenn der leistende Arzt angestellter oder beamteter Krankenhausarzt sei oder die Behandlung nicht durch den in der Wahlleistungsvereinbarung genannten Arzt oder einen angestellten oder beamteten Arzt des Krankenhauses veranlasst werde. Die Urteile sind nicht rechtskräftig. Es wurde jeweils die Revision zum Bundesgerichtshof (BGH) zugelassen. Bis zu dessen Entscheidung bleibt der Honorararzteeinsatz (auch) unter dem Gesichtspunkt der Wahlarztleistung spannend und risikobehaftet.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Jens-M. Kuhlmann und
Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth*

9. Abwehrstrategien bei Honorarrückforderungen durch KVn

Stellen die Prüfgremien im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung Abrechnungsfehler bei ermächtigten Ärzten fest, so heben die KVn regelmäßig die Honorarbescheide auf und setzen nach Schätzung das Honorar neu fest. Die Schätzungen durch die KVn entsprechen häufig nicht der tatsächlichen Fehlerquote. Das SG Stuttgart stellte mit Urteil vom 17.04.2014 fest, dem ermächtigten Arzt müsse die Möglichkeit offenstehen, durch Parteigutachten die Schätzung der KV widerlegen zu können. Sei das eingeholte Privatgutachten objektiv geeignet, die Fehlerquote zutreffend zu quantifizieren, könne damit die Hochrechnung durch die KV widerlegt werden, was die Aufhebung des Bescheids über die Honorarneufestsetzung zur Folge habe. Die bislang nicht

rechtskräftige Entscheidung zeigt, dass sich ein ermächtigter Krankenhausarzt erfolgreich gegen die Neufestsetzung des Honorars durch Schätzung mittels Einholung eines Parteigutachtens zur Wehr setzen kann. Ob die Einholung eines regelmäßig mit erheblichen Kosten verbundenen Parteigutachtens aus wirtschaftlicher Sicht Sinn macht, hängt von der Rückforderungshöhe, der vorgeworfenen Fehlerquote und weiteren Faktoren ab.

*Für weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth,
(vgl. hierzu auch f&w 2014, S. 592 ff.)*

10. Belegarztsonderzulassung nach § 103 Abs. 7 SGB V scheitert nicht an Rufdienstverpflichtung

Im Mai 2014 hatte das LSG Niedersachsen-Bremen über die Rechtmäßigkeit einer Sonderzulassung nach § 103 Abs. 7 SGB V zu entscheiden. Zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene HNO-Ärzte hatten behauptet, der Krankenhausträger habe den Abschluss eines Belegarztvertrages missbräuchlich von der Übernahme unentgeltlicher Rufdienste durch den über die „Belegarztschiene“ zugelassenen Kollegen abhängig gemacht. Das LSG wies die Berufung der klagenden HNO-Ärzte ab. Zum einen enthalte der abgeschlossene Belegarztvertrag eine Rufdienstverpflichtung nicht. Selbst wenn dies aber der Fall wäre, sei es nicht untypisch, wenn ein Belegarzt auch Rufdienstverpflichtungen innerhalb seines Fachgebietes übernehme. Eine rechtsmissbräuchliche Vertragsgestaltung läge in diesen Fällen nicht vor.

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

11. Träger eines MVZ kann kein Gründer eines neuen MVZ sein

Nach einem Gerichtsbescheid des SG Marburg vom Anfang dieses Jahres kann ein als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zugelassener Rechtsträger nicht Gründer eines weiteren MVZ und Gesellschafter des Rechtsträgers sein. Dies gilt nach der Begründung des Gerichts auch für solche MVZ, welche nach

§ 95 Abs. 1 a Satz 1 SGB V Bestandsschutz genießen. Der Bestandsschutz erstreckt sich lediglich auf die weitere Existenz der bis zum 31.12.2011 gegründeten MVZ. Mit der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung von § 95 Abs. 1 a Satz 1 SGB V habe der Gesetzgeber den Kreis der Gründungsberechtigten einschränken, aber nicht erweitern wollen. Vor dem Hintergrund dieser Entscheidung bleibt abzuwarten, wie die Zulassungsgremien mit MVZ umgehen, die ab dem 01.01.2012 mit einem Gründer zugelassen wurden, der seinerseits „lediglich“ MVZ-Träger ist.

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

12. Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und Versorgungsauftrag der Inneren Medizin

Das SG Hamburg hat mit Urteil vom 12.05.2014 eine Krankenkasse zur Zahlung der stationären Behandlungskosten unter Zugrundelegung des OPS 8-550 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) verurteilt. Die Krankenkasse hatte die Zahlung mit der Begründung verweigert, im klagenden Krankenhaus sei keine ausgewiesene Fachabteilung Geriatrie vorhanden, ferner müssten alle vier der im OPS genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/facioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) als Abteilungen „vorgehalten“ werden, auch wenn der OPS lediglich den teamintegrierten „Einsatz“ von mindestens zwei der vorgenannten vier Therapiebereiche vorsehe. Das SG Hamburg entschied zu Gunsten des Krankenhausträgers und verwies zum einen darauf, dass die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung Bestandteil der akutstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 Satz 3 2. Halbsatz SGB V sei, so dass es für die Reichweite des Versorgungsauftrages auf die Akutbehandlung ankomme und nicht auf die Frührehabilitation. Hinzu komme, dass die Geriatrie nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung eine sogenannte Zusatzweiterbildung sei und somit Bestandteil der Inneren Medizin. Zum anderen stellte das Sozialgericht klar, dass die OPS-Vorgaben streng nach ihrem

Wortlaut auszulegen seien; danach setze der OPS nicht voraus, dass ein Krankenhaus alle vier genannten Therapiebereiche als jeweilige Abteilungen vorhalten müsse. Stattdessen komme es allein darauf an, dass mindestens zwei der vier Therapiebereiche tatsächlich eingesetzt wurden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

13. Schlichtungsverfahren in Streitigkeiten über Krankenhausvergütungen nach § 17 c KHG

Seit Inkrafttreten des § 17 c Abs. 4 b Satz 3 KHG zum 01.08.2013, der die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens als Voraussetzung des gerichtlichen Rechtsschutzes bei Streitigkeiten über Krankenhausvergütungen anordnet, mehren sich die Entscheidungen der Sozialgerichte zu den zahlreichen Rechtsfragen, die mit dieser Neuregelung verbunden sind. Überwiegend wird die gesetzliche Neuregelung in § 17 c Abs. 4 b Satz 3 KHG auch für die Behandlungsfälle als anwendbar angesehen, die vor dem Inkrafttreten am 01.08.2013 stattgefunden haben (SG Gelsenkirchen, Urteil vom 13.03.2014, S 11 KR 452/13; SG Gelsenkirchen, Urteil vom 15.05.2014, S 17 KR 475/13; SG Gelsenkirchen, Urteil vom 04.03.2014, S 41 KR 419/13 –rechtskräftig – ; SG Karlsruhe, Urteil vom 24.02.2014, S 5 KR 4463/13; SG Berlin, Urteil vom 25.03.2014, S 182 KR 2450/13 – nicht rechtskräftig – Revision anhängig beim BSG unter B 3 KR 7/14). Insbesondere das SG Gelsenkirchen hält die Klagen auch deswegen für unzulässig, weil in **Nordrhein-Westfalen** bereits ein Schlichtungsausschuss nach § 17 c Abs. 4 KHG existiert. Eine entsprechende Schlichtungsvereinbarung wurde 2004 zwischen der KGNW und den Verbänden der Krankenkassen geschlossen. Die Schlichtungsvereinbarung ist ersichtlich auch bislang nicht gekündigt worden. Selbst wenn sie gekündigt worden wäre, würde sie bis zum Neuabschluss einer Vereinbarung weiter gelten aufgrund einer entsprechenden Regelung in der Schlichtungsvereinbarung. Außerdem wäre – so das SG Gelsenkirchen – eine Kündigung der

Schlichtungsvereinbarung zum Zwecke der Umgehung des Schlichtungsverfahrens treuwidrig.

Das SG Augsburg hatte mit Beschlüssen vom 07.02.2014 die Klageverfahren zur Nachholung des notwendigen Schlichtungsverfahrens ausgesetzt, weil ein Schlichtungsausschuss im Freistaat **Bayern** nicht existiert und seine Gründung nicht absehbar ist. Mit Beschlüssen vom 26.05.2014 (L 5 KR 125/14 B und L 5 KR 124/14 B) hat das Bayerische Landessozialgericht auf die Beschwerde des klagenden Krankenhauses hin die Aussetzungsbeschlüsse jedoch aufgehoben mit der Begründung, dass mit der Aussetzung das Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz aus Art. 19 Abs. 4 GG auf unabsehbare Zeit verwehrt sei.

In dem am 05.06.2014 vom Bundestag beschlossenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) wurde § 17 c Abs. 4 KHG dahingehend geändert, dass die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 KHG auf Antrag einer Vertragspartei entscheidet, wenn die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausesgesellschaft sich nicht über nähere Einzelheiten zum Verfahren des Schlichtungsausschusses einigen. Wenn bis zum 31.08.2014 kein Schlichtungsausschuss anrufbar ist, ist die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 KHG wahrzunehmen. Für diese Zeit kann die Schiedsstelle einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten.

Die mit der gesetzlichen Neuregelung verbundenen Rechtsfragen werden also auch weiterhin von den Gerichten beantwortet werden müssen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

14. Für mehrere Einrichtungen tätiger Anästhesist ist nicht scheinselbstständig

Im Februar 2014 hatte das SG Berlin darüber zu entscheiden, ob ein „Honorar-anästhesist“, welcher (nach Auffassung der beteiligten Vertragspartner) selbstständig für verschiedene Krankenhäuser und Praxen anästhesiologische Leistungen erbrachte, im Sinne des Sozialversicherungsrechts selbstständig oder abhängig beschäftigt war. In dem vorausgegangenen Statusfeststellungsverfahren nach § 7 a SGB IV hatte die Deutsche Rentenversicherung (DRV) festgestellt, der Anästhesiologe sei beim Krankenhaus abhängig beschäftigt gewesen. Der Widerspruch des Krankenhausträgers wurde zurückgewiesen. Das SG Berlin gab der dagegen gerichteten Klage statt und stellte fest, der Arzt sei selbstständig tätig gewesen. Die Kriterien einer abhängigen Beschäftigung lagen nach Auffassung des Gerichts nicht vor. Nach dem mitgeteilten Sachverhalt erhielt der Arzt eine Stundenvergütung, unterlag keinem Weisungs- und Direktionsrecht des Krankenhausträgers und hatte lediglich die fachlichen und organisatorischen Vorgaben des Krankenhauses zu berücksichtigen. Anders als beispielsweise das LSG Baden-Württemberg mit Urteil vom 17.04.2013 interpretiert das SG Berlin die Vorgaben von KHEntgG und KHG nicht als einen grundsätzlichen Ausschluss selbstständig tätiger Honorarärzte. Die krankenhaushausfreundliche Rechtsauffassung des SG Berlin steht gegenteiligen Auffassungen anderer Gerichte gegenüber. Höchststrichterliche Rechtsprechung steht aus.

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

15. Chefarztstätigkeit eines Pathologen steht Teil-Zulassung nicht entgegen

Mit Urteil aus Februar 2014 bestätigte das SG Nürnberg den Rechtsanspruch eines Chefarztes auf eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung mit hälftigem Versorgungsauftrag. Der Chefarzt der Pathologie an einem Universitätsklinikum verfolgte zu einem Zeitpunkt, zu welchem sein Fachgebiet noch keiner Bedarfsplanung unterlag, eine sogenannte Teil-Zulassung im Sinne des § 19 a Abs. 2 Ärzte-ZV. Die Zulassungsgremien verweigerten dies mit der Be-

gründung, er stehe als beamteter Arzt nicht in ausreichendem Umfang zur vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung. Das SG Nürnberg sah dies anders. Als Pathologe sei der Arzt weder als Krankenhausarzt noch als Vertragsarzt in eine unmittelbare Patientenbehandlung einbezogen. Es sei deshalb zu Sprechstunden im üblichen Umfang nicht verpflichtet und in dieser Konstellation aufgrund seiner Chefarzttätigkeit auch nicht zur Erfüllung eines hälftigen Versorgungsauftrages ungeeignet.

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

16. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V; Konkretisierungen zur Behandlung von Tuberkulose und Mykobakteriose sowie zu gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Mittlerweile hat der Gemeinsame Bundesausschuss zwei Konkretisierungen der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) gefasst. Die erste bereits in Kraft getretene Konkretisierung vom 19.12.2013 ermöglicht die Behandlung von Tuberkulose und Mykobakteriose durch interdisziplinäre Ärzteteams in Kliniken und Praxen. Krankenhäuser, die in diesem Bereich ambulant tätig werden wollen, können eine entsprechende Anzeige an den erweiterten Landesausschuss richten.

Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine weitere Konkretisierung zu den onkologischen Erkrankungen gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle gefasst. Diese soll voraussichtlich vorbehaltlich der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit zum 01.07.2014 in Kraft treten. Erst mit Inkrafttreten ist eine entsprechende Anzeige gegenüber dem erweiterten Landesausschuss zur Leistungserbringung möglich.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

17. Kein Nothelferanspruch der Krankenhäuser bei Asylbewerbern

Mit Urteil vom 30.10.2013 (B 7 AY 2/12 R) hat das Bundessozialgericht überraschend entschieden, dass, entgegen der bisher allgemein in Rechtsprechung und Kommentierung angenommenen gesetzlichen Regelungslücke im AsylbLG, der § 25 SGB XII (Nothelferanspruch) für den Bereich des AsylbLG nicht anwendbar ist.

Das Gericht wies darauf hin, dass nach § 23 Abs. 2 SGB XII Leistungsberechtigte nach § 1 AsylbLG, ohne dass es auf die Gewährung laufender Leistungen ankäme, keine Leistungen der Sozialhilfe erhalten. Mangels einer Regelungslücke könne ein Nothelferanspruch auch nicht aus einer analogen Anwendung des § 25 SGB XII im AsylbLG hergeleitet werden. Eine analoge Anwendung einer gesetzlichen Regelung sei nur dann geboten, wenn ein Sachverhalt von der betreffenden Vorschrift nicht erfasst wird, jedoch mit dem geregelten Sachverhalt vergleichbar ist, dieselbe rechtliche Bewertung erfordert sowie eine (unbewusste) planwidrige Regelungslücke vorliegt. Diese Voraussetzungen sind nach dem BSG jedoch nicht gegeben. Es fehle nicht nur an einer Regelungslücke sondern auch an einer vergleichbaren Interessenlage. Eine analoge Anwendung lasse sich auch nicht mit der Begründung rechtfertigen, dass der Nothelfer die Kosten nicht erstattet bekomme, wenn der Hilfebedürftige die Leistung nicht vom zuständigen Leistungsträger beansprucht oder diese sogar ablehnt. Ein eigener Anspruch des Nothelfers ergäbe sich auch nicht aus § 4 Abs. 3 AsylbLG. Hierzu bedürfe es entsprechender (vertraglicher) Vereinbarungen mit dem Leistungsträger über die Erfüllung der sich für diesen aus dem AsylbLG ergebenden Verpflichtungen oder einer Kostenübernahmeerklärung des Leistungsträgers. Der Gesetzgeber habe keine über den Zeitpunkt des Einsetzens der Sozialhilfe hinausgehende Schutzbedürftigkeit des Nothelfers gesehen bei Nichtinanspruchnahme der Leistung durch den Leistungsberechtigten und daraus folgender Nichterstattung der Kosten, das Risiko hierfür habe der Nothelfer wie jeder andere Hilfeleistende selbst zu tragen.

Um Forderungsausfälle zu vermeiden, sollten Krankenhäuser die vom BSG angedeuteten Lösungsmöglichkeiten (vertragliche Vereinbarungen mit den Leistungsträgern; Kostenübernahmeerklärungen) prüfen und ggf. aktiv einfordern.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Frank Montag, Dortmund

18. Strafbarkeit bei Verwendung unwirksamer Wahlleistungsvereinbarung

Ist die Wahlleistungsvereinbarung unwirksam, so kann der Arzt bzw. das Krankenhaus das wahlärztliche Honorar nicht gerichtlich durchsetzen. Wird eine unwirksame Vertreterregelung in einer Wahlleistungsvereinbarung in Kenntnis ihrer Unwirksamkeit verwendet, so soll sich ein Chefarzt nach Auffassung des Landgerichts Aschaffenburg wegen gewerbsmäßigem Abrechnungsbetrug strafbar machen. Eine rechtskräftige Verurteilung des Arztes erging im Aschaffener Verfahren Ende 2013 nicht, jedoch wurde das Verfahren nur gegen Zahlung einer Geldauflage von 150.000,00 € eingestellt. Diese Entscheidung zeigt, dass unwirksame Wahlleistungsvereinbarungen nicht nur Erlösausfälle nach sich ziehen, sondern auch strafrechtliche Konsequenzen haben können. Wahlleistungsvereinbarungen sollten daher regelmäßig überprüft werden.

Für weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

19. Verjährungsfrist in Abrechnungsstreitigkeiten

Seit beinahe 10 Jahren ist es gefestigte Rechtsprechung des BSG, die Verjährungsfrist von Vergütungsforderungen der Krankenhäuser gegen Krankenkassen betrage 4 Jahre. Gleiches soll für die Erstattungsforderungen der Krankenkassen gelten. Das SG Mainz tritt dieser gefestigten Rechtsprechung nun mit ausführlicher Begründung entgegen. Es führt im Urteil vom 04.06.2014 aus, die Verjährungsfrist betrage gemäß Verweis nach § 69 SGB V auf das BGB nur 3 Jahre. Des Weiteren müsse das Schlichtungsverfahren nach § 17 c

Abs. 4 KHG nicht durchgeführt werden, wenn das Krankenhaus eine unstreitige Forderung einklage, gegen die die Krankenkasse zuvor aufgerechnet („verrechnet“) hat. Sowohl die dreijährige Verjährungsfrist wie auch die Möglichkeit, ohne Schlichtungsverfahren eine verrechnete Forderung unter 2.000,00 € einzulegen zu können, ergebe sich aus dem Wortlaut des SGB V und des KHG. Werde der Wortlaut nicht beachtet, würde gegen das Gebot der Gesetzesbindung und das Gewaltenteilungsprinzip verstoßen, wie dies in der Vergangenheit bereits mehrfach durch das BSG geschehen sei. Die Sprungrevision wurde zugelassen. Es ist daher zu erwarten, dass das BSG alsbald Klarheit über die Länge der Verjährungsfrist und den Anwendungsbereich des Schlichtungsverfahrens nach § 17 c Abs. 4 KHG schaffen wird.

Für weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

20. Einhaltung von Qualitätssicherungsvorgaben als Vergütungsvoraussetzung

Am 01.07.2014 verhandelte das BSG im Verfahren zu Az. B 1 KR 15/13 R über die Frage, ob ein Krankenhaus einen Vergütungsanspruch hat, wenn eine Qualitätsvorgabe nach einer GBA-Richtlinie nicht eingehalten wird. Anders als das LSG Hessen ist das BSG der Auffassung, dass der Verstoß gegen Qualitätssicherungsvorgaben zum Ausschluss des Vergütungsanspruchs führen kann. Die schriftlich abgefasste Entscheidung liegt noch nicht vor, weshalb noch unklar ist, ob die zur Bauchaortenaneurysma-Richtlinie ergangene Entscheidung auch auf andere Qualitätssicherungsvorgaben des GBA übertragen werden kann.

Für weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth

II. Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht

1. Vereinbarung über Investitionskostenzuschläge unbefristet

In einer neueren Entscheidung des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg wird die Problematik aufgezeigt, die sich ergeben kann, wenn Vergütungsvereinbarungen der Leistungserbringer mit unbefristeter Geltung abgeschlossen werden. Die Schiedsstelle im Bereich der Sozialhilfe hat es vor dem Hintergrund einer älteren, unbefristet abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung über die Höhe der Investitionskostenzuschläge abgelehnt, die von der Einrichtung geforderten höheren Sätze festzusetzen. Das Gericht hat die Schiedsstellenentscheidung für rechtmäßig erachtet, weil bestehende Vereinbarungen, die unbefristet gelten würden, lediglich bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Entscheidung über die Vergütung zu Grunde lagen, neu verhandelt werden könnten. Aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Angelegenheit hat das Gericht die Revision zum BSG zugelassen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

2. Subsidiaritätsgrundsatz bei Erbringung von Leistungen im Bereich der Sozialhilfe

In einem sozialgerichtlichen Klageverfahren ging es um die Frage, ob Leistungserbringer der freien Wohlfahrtspflege einen Anspruch darauf haben, dass es der Standortkreis unterlässt, mit eigenen (kommunalen Einrichtungen) den Bedarf zu befriedigen, soweit die Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege eine ausreichende Bedarfsdeckung gewährleisten können. Nach Auffassung des Gerichts stand den Klägern ein derartiger Unterlassungsanspruch nicht zu. Aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Angelegenheit

wird alsbald das Landessozialgericht über die Berufung der Einrichtungen entscheiden müssen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz

3. Ersparte Aufwendungen bei Sondenernährung

Schon wiederholt war der Bundesgerichtshof (BGH) mit der Frage befasst, ob und in welcher Höhe sich ein Heimträger einen Abzug vom vereinbarten Heimentgelt wegen ersparter Aufwendungen aufgrund von Sondenernährung gefallen lassen muss. Anders als in bereits entschiedenen Fällen hatte der BGH am 06.02.2014 darüber zu befinden, ob eine heimvertragliche Regelung, in der die Reduzierung des Heimentgelts bei Heimbewohner mit Sondenernährung um rund 1/3 des Verpflegungsanteils des Heimentgelts festgelegt wird, angemessen ist. Der pauschale Abschlag ist nach Auffassung des BGH weder dem Grunde noch der Höhe nach zu beanstanden.

Für 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