

NEWSLETTER DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; II/2022**Gesundheitsrecht, insbesondere Krankenhausrecht**

1. Ausgliederung von wesentlichen Krankenhausleistungen unzulässig.....	2
2. Steuerbefreiung für Privatkliniken.....	2
3. Rechtstellung des Instituts für die Entgeltkalkulation (InEK) auch nach der gesetzlichen Regelung der §§ 31 ff. KHG (2021) weiterhin ungeklärt	3
4. Anforderungen an die Krankenhausplanung bei Ausweisung fachgebietsübergreifender Gesamtbettenzahlen	3
5. Notfallstrukturen in Krankenhäusern rechtmäßig.....	4
6. Aufschlag gemäß § 275c Abs. 3 SGB V.....	4
7. Krankenhausbehandlung bei Teilnahme an einer klinischen Studie	5
8. Bestandskräftige Ablehnung des Kostenübernahmeantrags des Versicherten steht dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht entgegen.....	6
9. PrüfvV 2014 galt 2015 nicht für sachliche-rechnerische Prüfungen	7
10. PrüfvV 2014 galt 2016 auch für sachliche-rechnerische Prüfungen	7
11. Wirksame Klageerhebung trotz formaler Mängel im Erscheinungsbild	8
12. Notwendige Gabe von Apherese-Thrombozyten-Konzentraten bei chronisch transfusionspflichtigen Patienten, keine Beschränkung auf hämatologisch-onkologische Grunderkrankungen.....	9
13. Auslegung der Strukturvoraussetzungen „Blutbank“	10
14. Ablehnung der Gewährung von Beihilfe bei noch nicht anerkannten Heilmethoden.....	11
15. Aufnahme eines Fachkrankenhauses in den Krankenhausplan per Ausweisung fachgebietsübergreifender Gesamtbettenzahlen	12
16. Krankenkasse muss nicht für Operationen eines mit erschlichener Approbation tätigen Nicht-Arztbes bezahlen	13

1. Ausgliederung von wesentlichen Krankenhausleistungen unzulässig

Das Bundessozialgericht (**BSG**) hat mit Urteil vom 26.04.2022 (B 1 KR 15/21 R) entschieden, dass die Ausgliederung von wesentlichen Leistungen des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses auf Dritte unzulässig sei.

Das Krankenhaus habe für die im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche (Fachabteilungen, Zentren, Fachprogramme etc.) die erforderliche Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen selbst vorzuhalten. Wesentlich seien dabei alle Leistungen, die in der jeweiligen Fachabteilung regelmäßig notwendig sind. Die Entscheidung hat große Auswirkungen auf die Abrechnung von Krankenhausentgelten, mit denen Leistungen des Krankenhauses vergütet werden, bei denen sich das Krankenhaus Dritter bedient hat. Das BSG beschränkt die Hinzuziehung Dritter im Rahmen von allgemeinen Krankenhausleistungen auf solche Dritte, die nicht planmäßig wesentliche Leistungen des Krankenhauses erbringen. Eine Hinzuziehung Dritter sei nur im Einzelfall zulässig.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

2. Steuerbefreiung für Privatkliniken

Unbeschadet einer sozialrechtlichen Zulassung nach § 108 SGB V kann sich jede Privatklinik hinsichtlich einer nationalen Steuerbefreiung auf Unionsrecht berufen. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Urteil vom 07.04.2022 – Rs.C-228/20 – weitere Kriterien definiert, um zu beurteilen, ob eine Privatklinik im Hinblick auf eine mögliche Steuerfreiheit (für Deutschland: § 67 Abs. 2 AO) ihre Leistungen unter Bedingungen erbringt, die in sozialer Hinsicht mit Bedingungen für Einrichtungen des öffentlichen Rechts vergleichbar sind. Das hat Auswirkungen auf die Steuerbefreiung von Privatkliniken bezüglich der Umsatzsteuer nach § 4 Nr. 14 lit.b, aa) UstG. Die Rechtslage für sog. verbundene Privatkliniken i.S.d. § 17 Abs. 1 Satz 5, 6 KHG ist weiterhin ungeklärt.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

3.

Rechtstellung des Instituts für die Entgeltkalkulation (InEK) auch nach der gesetzlichen Regelung der §§ 31 ff. KHG (2021) weiterhin ungeklärt

Die Rechtstellung des InEK bei der Kalkulation von Krankenhausentgelten gem. § 17b Abs. 3 KHG oder bei der Festlegung der Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche aufgrund von § 137i Abs. 3 SGB V war bis zum Inkrafttreten des § 31 KHG durch Art. 5 Nr. 2 GVwG vom Juli 2021 in der obergerichtlichen Rechtsprechung umstritten. Nunmehr ist das InEK mit den Aufgaben der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene gesetzlich beliehen. Erste Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit dieser Bestimmung werden in der Literatur geäußert.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

4.

Anforderungen an die Krankenhausplanung bei Ausweisung fachgebietsübergreifender Gesamtbettenzahlen

Nach dem Urteil des BVerwG vom 11.11.2021 – 3 C 6.20 – muss die Krankenhausplanung zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele geeignet sein und darf eine nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG erforderliche Auswahlentscheidung nicht unmöglich machen. Daher trifft die Länder im Falle der Rahmenplanung eine Beobachtungspflicht im Hinblick auf die Folgen der geringeren Planungstiefe für die Steuerung der Krankenhausversorgung. Erweist sich eine „Gesamtbettenplanung“ als nicht ausreichend, um die Vorgaben in §§ 6 Abs. 1, 8 Abs. 2 KHG zu erfüllen, ist die Krankenhausplanung anzupassen.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

5.

Notfallstrukturen in Krankenhäusern rechtmäßig

Das LSG Berlin-Brandenburg hat vier Klagen von Kliniken abgewiesen, die aufgrund des vom G-BA festgelegten gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern – auch mit der Folge von Abschlägen – von der Notfallversorgung ausgeschlossen sind.

Mit seinem Beschluss „zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V“ vom 19.04.2018 bewege sich der G-BA im Rahmen der Vorgaben des Gesetzgebers. Die Regelungen der Zu- und Abschläge und das gestufte System der Notfallversorgung seien mit dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10.12.2015 unmittelbar vom Gesetzgeber angestoßen worden. Wie der Senat betonte, ist der G-BA selbst nicht für die zu erhebenden Abschläge „verantwortlich“. Deren Höhe sei überdies wiederum auf der Grundlage eines gesetzlichen Auftrages vom GKV-Spitzenverband, vom Verband der Privaten Krankenversicherung und von der DKG vereinbart worden und könne dem G-BA nicht angelastet werden.

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteile vom 22.06.2022 – L 9 KR 170/19 KL, L 9 KR 179/19 KL, L 9 KR 184/19 KL und L 9 KR 186/19 KL

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomaе, Dortmund

6.

Aufschlag gemäß § 275c Abs. 3 SGB V

Ab dem Jahr 2022 ist von den Krankenhäusern ein von der individuellen Prüfquote abhängiger Aufschlag (Strafzahlung) auf die Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem nach MD-Prüfung geminderten Abrechnungsbetrag zu zahlen. Grundsätzlicher Streit besteht über den zeitlichen Anknüpfungspunkt des Aufschlages, da das Gesetz hier leider kein konkretes zeitliches Kriterium definiert. Es werden mehrere Anknüpfungspunkte diskutiert: Das Datum der Krankenhausaufnahme, das Datum der Rechnungserstellung oder deren Zugang bei der

Krankenkasse, das Datum der Prüfeinleitung, der Zugang der Prüfanzeige sowie der Zugang der abschließenden Leistungsentscheidung der Krankenkasse. Mit Beschluss vom 13.06.2022, L 4 KR 198/22 B ER, hat das LSG Bremen-Niedersachsen einen Beschluss des SG Hannover bestätigt, welches im einstweiligen Rechtsschutz die Festsetzung des Aufschlags nach § 275c Abs. 3 SGB V für einen Behandlungsfall mit Rechnungsstellung sowie Prüfeinleitung aus dem Jahre 2021 und Leistungsentscheidung im Jahre 2022 nach summarischer Prüfung für rechtswidrig erachtet hatte. Das LSG legt sich zwar hinsichtlich des Anknüpfungszeitpunktes für die Aufschlagszahlung nicht endgültig fest, weist jedoch darauf hin, dass sich der zeitliche Anwendungsbereich von Regelungen zur Erstattung der Aufwandspauschale nach dem Tag der stationären Aufnahme richte und insofern Parallelen zur Aufschlagszahlung bestünden. Dieser Auffassung dürfte allerdings die Entscheidung des BSG vom 16.07.2020, B 1 KR 15/19 R, entgegenstehen, in welcher das BSG den Zugang der Anzeige des MDK beim Krankenhaus als maßgeblich für die Entstehung des Anspruchs auf Zahlung einer Aufwandspauschale angesehen hatte. Die Rechtsfrage des zeitlichen Anwendungsbereichs der Regelung des § 275c Abs. 3 SGB V bleibt daher weiterhin spannend.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

7.

Krankenhausbehandlung bei Teilnahme an einer klinischen Studie

Die Teilnahme an einer klinischen Studie (nur stationär zulässige selektive intravasculäre Radionuklidtherapie SIRT) kann die stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht allein begründen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn zur Erreichung desselben Behandlungsziels eine ambulante durchführbare Standardtherapie zur Verfügung steht, was hier nach den bindenden Feststellungen des LSG der Fall war (BSG v. 22.4.2022 B 1 KR 25/21 R).

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

8.

Bestandskräftige Ablehnung des Kostenübernahmeantrags des Versicherten steht dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht entgegen

Mit Urteil vom 22.4.2022 B 1 KR 19/21 R hat das BSG entschieden, dass eine bestandskräftige Ablehnung des Kostenübernahmeantrags des Versicherten dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht entgegenstehe, da diese das Abrechnungsverhältnis zwischen dem Krankenhaus und der KK nicht berühre. Zur Frage der Beweislast bei Nichteinleitung eines MD-Prüfverfahrens stellt das BSG klar, dass die Krankenkasse mit ihren Einwänden gegen den danach in Betracht kommenden Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht ausgeschlossen ist, weil sie kein Prüfverfahren im Sinne des § 275 Abs 1c SGB V aF eingeleitet hat. Allerdings besteht eine auf die Einwände der Krankenkasse beschränkte Ermittlungspflicht des Gerichts, an der das Krankenhaus nicht mitwirken muss. Die Erhebung und Verwertung derjenigen Daten, die nur im Rahmen des Prüfverfahrens durch den MDK beim Krankenhaus hätten erhoben werden können, ist dem Gericht verwehrt. Das Gericht darf seiner Überzeugungsbildung nur die von dem Beweiserhebungs- und -verwertungsverbot nicht umfassten Daten zugrunde legen. Verwertbar sind auch die vom Krankenhaus freiwillig zur Verfügung gestellten Daten. Der Verzicht der KK auf ein Prüfverfahren ist darüber hinaus auch im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen. Er bewirkt eine Beweiserleichterung bis hin zur Umkehr der Beweislast zugunsten des Krankenhauses. Dieses soll nicht unter dem Druck der Beweislast letztlich doch gezwungen sein, Behandlungsunterlagen zu offenbaren, deren Anforderung dem Gericht verwehrt ist.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

9.

PrüfvV 2014 galt 2015 nicht für sachliche-rechnerische Prüfungen

Die PrüfvV galt 2015 nur für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, nicht für sachlich-rechnerische Kodierprüfungen (BSG v. 22.6.2022 - B 1 KR 17/21 R - Behandlungsfall aus 2015, so auch schon BSG v. 10.11.2021 B 1 KR 43/20 R). Der Prüfauftrag der Krankenkasse bezog sich auf eine sekundäre Fehlbelegung und die Kodierung von Prozeduren/ZE (Vollprüfung). Der MDK bezeichnete den OP-Bericht konkret, dessen Zugang beim MDK das Krankenhaus nicht belegen konnte. Die Sache wurde an das LSG NRW zurückverwiesen, das feststellen muss, ob und ggf in welcher Höhe dem streitigen Vergütungsanspruch unter Außerachtlassung der präkludierten Unterlagen eine entsprechende wirtschaftliche Leistungserbringung zugrunde liegt.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomaе, Dortmund

10.

PrüfvV 2014 galt 2016 auch für sachliche-rechnerische Prüfungen

Die PrüfvV 2014 galt 2016 auch für sachliche-rechnerische Prüfungen (BSG v. 22.6.2022 - B 1 KR 27/21 R – Behandlungsfall aus 2016). Das BSG verwies an das LSG zurück, das LSG, das feststellen muss, ob unter Außerachtlassung der präkludierten Unterlagen ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses besteht. Dabei hat es auch festzustellen, ob das Interventionsprotokoll ein OP-Bericht im Sinne der vom MDK ihrer Art nach konkret angeforderten Unterlagen ist. Hierbei ist der medizinische Sprachgebrauch zu berücksichtigen.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomaе, Dortmund

11.

Wirksame Klageerhebung trotz formaler Mängel im Erscheinungsbild

Das BSG hat mit Beschluss vom 26.4.2022 (B1 KR 78/21) eine Entscheidung des LSG NRW aufgehoben, das eine in aller Eile vor dem 8.11.2018 eingereichte unautorisiert wirkende Klage (fehlende Unterschrift, fehlender Briefkopf, fehlende Verwaltungsakte trotz Hinweises auf deren Anlage, fehlende Benennung eines Verantwortlichen, grau hinterlegte Felder im Text) einer Krankenkasse abgewiesen hatte. Das BSG teilt die Einschätzung des LSG, es habe sich lediglich um einen Entwurf gehandelt, nicht. Auch aus dem untypischen Erscheinungsbild der Klageschrift könne nicht abgeleitet werden, dass der Krankenkasse der Klageerhebungswille fehlte. Es spreche vielmehr alles dafür, dass die formalen Besonderheiten allein den allgemein bekannten, außergewöhnlichen Umständen des Zustandekommens des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (<Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG> vom 11.12.2018, BGB11 2394) geschuldet sind. Unerheblich sei die fehlende Unterschrift. Denn § 92 Abs 1 Satz 3 SGG bestimme nur, dass die Klage vom Kläger oder einer zu seiner Vertretung befugten Person mit Orts- und Zeitangabe unterzeichnet sein soll, aber nicht muss. Gleiches gilt für die nähere Darlegung der Tatsachen zur Begründung des geltend gemachten Erstattungsanspruchs (Soll-Angabe nach § 92 Abs 1 Satz 4 SGG). Die „formalen Mängel im Erscheinungsbild des Klage“ rechtfertigt das BSG zugunsten der Krankenkasse mit einer unverhohlenen Kritik an der gesetzgeberischen Verkürzung der Verjährungsregelungen, die die Krankenkasse - so das BSG - mit der „Aufgabe konfrontiert“ habe, binnen weniger Tage Erstattungsforderungen durch mehrere hundert Klagen bis zum 9.11.2018 rechtshängig zu machen, um den Eintritt der Verjährung zu verhindern, nachdem der entsprechende Änderungsantrag erst zwei Tage zuvor im Bundestagsausschuss eingebracht worden war.

Zur Erinnerung: Der Deutsche Bundestag hatte im Rahmen des am 9. November 2018 beschlossenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes – PpSG die negativen Folgen der in den letzten Jahren immer eigenwilligeren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) abgemildert und der schonungslosen Ausnutzung dieser Rechtsprechung durch die Krankenkassen eine zeitliche Grenze gesetzt. Die dafür geschaffenen Regelungen umfassten die deutliche Verkürzung des den Krankenkassen zur Verfügung stehenden Zeitraums, in welchem Rückforderungen geltend gemacht werden können (rückwirkende Verkürzung der Verjährungsfrist, Geltung einer Ausschlussfrist für Krankenkassenrückforderungen). Hinzu trat die Ermächtigung des DIMDI, auch für die Vergangenheit verbindliche Klarstellungen zu ICD- oder OPS-Schlüsseln zu veröffentlichen. Dies führte zu einer beispiellosen Klagewelle der Krankenkassen. Sozialgerichte berichteten von einem um mehrere hundert Prozent gestiegenen Klageaufkommen seit dem 5. November 2018.

Das LSG muss nun in der Sache entscheiden.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

12.

Notwendige Gabe von Apherese-Thrombozyten-Konzentraten bei chronisch transfusionspflichtigen Patienten, keine Beschränkung auf hämatologisch-onkologische Grunderkrankungen

Das Paul-Ehrlich-Institut hat in einer von uns in einem sozialgerichtlichen Klageverfahren angeforderten Stellungnahme vom 27.6.2022 gegenüber dem SG Detmold klargestellt, dass grundsätzlich bei allen chronisch transfusionspflichtigen Patienten und nicht nur solchen mit hämatologisch-onkologischen Grunderkrankungen im Sinne der Prävention einer Refraktärität ATK zu bevorzugen ist. Das SG Mainz (28.5.2018 S 14 KR 375/15) und nachfolgend das LSG Rheinland-Pfalz (3.12.2020 L 5 KR 288/18) hatten jedoch ebenso wie das SG Detmold (25.11.2021 S 24 KR

723/17, n. rkr.) fälschlicherweise entschieden, ATK sei ausnahmsweise nur indiziert bei „chronisch-transfusionspflichtigen Patienten mit hämatologisch-onkologischen Grunderkrankungen“. Die bloße chronische Transfusionspflicht sei kein Ausnahmetatbestand. Dabei haben offensichtlich alle Gerichte verkannt, dass in dem betreffenden Schreiben des Paul-Ehrlich-Instituts, das das SG Mainz seinerzeit angefordert hatte, lediglich ein Komma zwischen „chronisch-transfusionspflichtigen Patienten“ und „hämatologisch-onkologischen Grunderkrankungen“ fehlte und das Paul-Ehrlich-Institut die chronische Transfusionspflicht nicht auf hämatologische-onkologische Grunderkrankungen beschränkt hat.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

13.

Auslegung der Strukturvoraussetzungen „Blutbank“

Das BSG hat in seinem Urteil vom 16.08.2021 – B 1 KR 11/21 R – entschieden, medizinischen Begriffen des OPS komme der Sinngehalt zu, der ihnen in medizinisch-wissenschaftlichem Sprachgebrauch beigemessen werde. Der Entscheidung lag die streitige Abrechnung einer intensivmedizinischen Krankenhausbehandlung, genauer gesagt der Kodierung des OPS (2016) 8-98f.11 (aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung – Basisprozedur -) zugrunde. Entgegen der Auffassung der Krankenkasse erfüllte das Krankenhaus die Strukturvoraussetzung der Verfügbarkeit einer Blutbank im Sinne des OPS 8-98f. Lasse sich – wie vorliegend – kein eindeutiges fachliches Verständnis des verwendeten Wortes ermitteln, sei aufgrund des Vorrangs der engen Wortauslegung der Begriffskern des Wortes maßgeblich, wie er sich nach allgemeinem Sprachgebrauch ergebe. Eine Blutbank sei folglich entweder eine interne Einrichtung des Krankenhauses, die Blutprodukte bevoorratet und auf fachliche Anforderung im Bedarfsfall intern ausbebe, oder die Einrichtung eines externen Dritten, der dem Krankenhaus binnen 30 Minuten Blutprodukte verbindlich zur Verfügung zu stellen habe und dies auch könne. Diese Voraussetzungen lagen bei dem klagenden Krankenhaus vor. Auch wenn der OPS-Code 8-98f das Strukturmerkmal der „Blutbank“ ab der Version 2018 nicht mehr fordere, so ist

das Urteil des BSG weiter von Relevanz, und zwar insoweit, wie es ausdrücklich darauf hinweist, dass es grundsätzlich in der Hand der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene liege, Auslegungsprobleme vertraglich verbindlich zu regeln, wenn die Klassifikationsgeber dies nicht getan haben. Dies kann ein langjähriges Gerichtsverfahren vermeiden - insbesondere auch im Hinblick auf die Strukturprüfungen nach § 275d SGB V.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Alessia Porta, Stuttgart

14.

Ablehnung der Gewährung von Beihilfe bei noch nicht anerkannten Heilmethoden

Der VGH Baden-Württemberg entschied in seinem Beschluss vom 04.07.2022 (Az. 2 S 3715/21), dass es sich bei einer Behandlung eines Prostatakarzinoms mit einem hochintensiv fokussierten Ultraschall (HIFU-Therapie) um eine (noch) nicht anerkannte Heilmethode handele und daher nicht beihilfefähig sei. Eine Behandlungsmethode sei wissenschaftlich anerkannt, wenn sie von der herrschenden oder doch überwiegenden Meinung in der medizinischen Wissenschaft für eine Behandlung der Krankheit als wirksam und geeignet angesehen werde. Um „anerkannt“ zu sein müsse eine Behandlungsmethode von dritter Seite – also von anderen als dem/den Urheber(n) – attestiert werden, zur Heilung einer Krankheit oder zur Linderung von Leidensfolgen geeignet sein um wirksam eingesetzt werden können. Um „wissenschaftlich“ anerkannt zu sein, müssten Beurteilungen von solchen Personen vorliegen, die an Hochschulen oder anderen Forschungseinrichtungen als Wissenschaftler in der jeweiligen medizinischen Fachrichtung tätig seien. Im Beihilferecht bestünde das Erfordernis der wissenschaftlichen Anerkennung, um von der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung ausgehen zu können. Die Gewährung von Beihilfen, die aus allgemeinen Steuergeldern finanziert würden, gründeten nämlich auf der Erwartung, dass die Heilbehandlung zweckmäßig sei und hinreichende Gewähr für eine möglichst rasche und sichere Therapie biete. Aus der Sicht des

Dienstherrn sei es deshalb nicht ohne Belang, ob die von ihm (mit-) finanzierte Behandlung Erfolg verspreche oder nicht. Dass das öffentliche Interesse an einer effektiven und sparsamen Verwendung von Steuergeldern eine Begrenzung der Beihilfe auf erfolgsversprechende Heilbehandlungen zulasse, sei schon frühzeitig von der Rechtsprechung anerkannt worden. Allerdings könne die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebieten, in Ausnahmefällen auch die Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode zu erstatten.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Alessia Porta, Stuttgart

15.

Aufnahme eines Fachkrankenhauses in den Krankenhausplan per Ausweisung fachgebietsübergreifender Gesamtbettenzahlen

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hatte mit seinem Urteil vom 11.11.2021 (Az. 3 C 6.20) über einen Fall zu entscheiden, nach welchem das klagende Krankenhaus für ein neu zu errichtendes Fachkrankenhaus der akuten Geriatrie in Dresden mit 32 Betten die Aufnahme in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen begehrte, was dieser ablehnte. Die dagegen gerichtete Klage hatte in den Vorinstanzen Erfolg. Hiergegen legte der Beklagte zunächst Berufung und später Revision ein. Laut Bundesverwaltungsgericht war die zulässige Revision begründet: Die Annahme des Oberverwaltungsgerichts, die Klägerin habe unabhängig von einer tatsächlichen Bedarfsdeckung einen Anspruch auf Aufnahme ihres Krankenhauses in den Krankenhausplan des Beklagten, weil eine Auswahlentscheidung mangels fachgebietsbezogener Ausweisung von Bettenzahlen unmöglich sei, verstoße unter anderem gegen § 8 Abs. 2 KHG. Ob sich die Entscheidung des OVG im Ergebnis als richtig darstellt, ist offen. Die tatsächlichen Feststellungen im Berufungsurteil genügten für eine abschließende Sachentscheidung durch den Senat nicht, weshalb die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das OVG zurückverwiesen wurde.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Alessia Porta, Stuttgart

16.**Krankenkasse muss nicht für Operationen eines mit erschlichener Approbation tätigen Nicht-Arztes bezahlen**

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 26.04.2022 entschieden (B 1 KR 26/21 R), dass ein Krankenhaus keinen Anspruch auf Vergütung für Krankenhausbehandlungen hat, an denen ein Nichtarzt als vermeintlicher Arzt mitgewirkt hat. Der Vergütungsausschluss gilt auch dann, wenn dem Nichtarzt zuvor eine echte Approbationsurkunde ausgestellt worden ist. Er erstreckt sich allerdings nicht auf eigenständige und abgrenzbare Behandlungsabschnitte, an denen der Nichtarzt nicht mitgewirkt hat.

Für eine Vergütung fehle es an einem Rechtsgrund, wenn ein Nichtarzt an der Behandlung mitgewirkt hat, die dem Arztvorbehalt unterliegt. Der in § 15 Abs 1 Satz 1 SGB V geregelte Arztvorbehalt sei wesentlicher Bestandteil des Qualitätsgebots. Die Approbation sei notwendige Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufs. Sie spreche im Sinne einer widerlegbaren Vermutung dafür, dass der Betreffende über die durch das Bestehen der ärztlichen Prüfung nachzuweisende medizinische Mindestqualifikation verfügt; sie fingiere diese aber nicht. Fehle es an dieser medizinischen Mindestqualifikation, verletze dies den Arztvorbehalt.

Der Vergütungsanspruch sei allerdings nur ausgeschlossen, sofern der Nicht-Arzt an den Behandlungen der Versicherten mitgewirkt hat. Nach der Rechtsprechung des BSG setzt der Vergütungsanspruch voraus, dass Leistungen insgesamt unter Beachtung der einschlägigen Qualitätsvorgaben erbracht werden. Verstöße führen dazu, dass die Leistung insgesamt nicht zu vergüten ist. Hiervon nicht betroffen sind eigenständige und abgrenzbare Behandlungsabschnitte, an denen der Nicht-Arzt nicht mitgewirkt hat.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Dr. Peter Sieben, Stuttgart

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