

NEWSLETTER DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; I/2017

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

I. Krankenhausrecht	2
1. Zweifel am Beleihungsakt des „DRG-Instituts“	2
2. Berücksichtigung von Krankenhausleistungen im Budget, deren Abrechenbarkeit umstritten ist	2
3. Geriatriischer Versorgungsverbund Voraussetzung für Aufnahme einer Abteilung Geriatrie in den Krankenhausplan NRW	3
4. Rückwirkende Festsetzung durch Schiedsstelle	4
5. Keine Umsatzsteuererstattung bei Abgabe von Fertigarzneimitteln	5
6. MVZ können neue MVZ gründen	6
7. Einsicht durch Krankenkassen in Behandlungsakten	6
8. Vereinbarungen auf Bundesebene, u.a. Psych-Personalnachweis-Vereinbarung	7
9. Entlassmanagement	8
10. Beitragsfreiheit für Honorar-Notärzte	8
11. Nachbesetzung einer Angestelltenstelle setzt aktiven Vorgänger voraus	9
12. Ärztlicher Bereitschaftsdienst im Nachtdienst als selbstständige Tätigkeit möglich	10
13. Aufwandspauschale auch bei Nichtkodierung der Pflegestufe	10
14. Kein Ausschluss der Rechnungs Korrektur nach Prüfverfahrensvereinbarung	11
15. Kardiorespiratorische Insuffizienz mit R09.2 zu kodieren	12
16. Stationäre Behandlungsbedürftigkeit bei Durchführung einer beidseitigen Blepharoplastik	12
17. Rückforderung vorbehaltlos gezahlter Aufwandspauschalen	13
18. Keine Leistungsausschlüsse durch Verfahrensregelungen der PrüfV	14
19. Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten	15
20. Unzulässige Aufrechnung bei fehlender Benennung von Erstattungs- und Leistungsanspruch	15
21. Nicht fristgerechte Unterlagenübersendung führt nicht zum Ausschluss des Vergütungsanspruchs	16
22. Verwirkung von Vergütungsansprüchen	17
23. Landesvertraglich vereinbartes Aufrechnungsverbot in Nordrhein-Westfalen trotz BSG-Rechtsprechung	17
24. Entwöhnung bei der Bestimmung der Beatmungsdauer	18

25. Rücknahme des Antrags auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens möglich bis zur Bestandskraft der Auswahlentscheidung	19
26. Gewerbesteuer für Dialysezentrum.....	19
27. Nikolaus-Rechtsprechung des BVerfG bestätigt.....	20
28. Liquidationsbefugnis des Krankenhauträgers für wahlärztliche Leistungen	20
29. Abrechnung der Grundpauschale beim ambulanten Operieren	21
30. Kostentragung für Gebärdendolmetscher	22

II. Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht 22

1. Wechselseitige Darlegungslast im Schiedsverfahren	22
2. Selbständige Pflegekraft in stationärer Einrichtung	23
3. Kautio in Heimverträgen.....	24

I. Krankenhausrecht

1. Zweifel am Beleihungsakt des „DRG-Instituts“

Das VG Köln wird demnächst über die Klagen von privaten Krankenhauträgern zu entscheiden haben, die sich direkt gegen das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) richten. Das InEK hat im Oktober 2016 40 Krankenhäuser in einem Losverfahren ausgewählt, die an der Kalkulation der Krankenhausentgelte für die Daten- und Lieferungsjahre 2016 bis 2020 teilnehmen sollen. Eine entsprechende Mitteilung erhielt der jeweilige Krankenhauträger im November 2016. Gegen eine solche verpflichtende Teilnahme an der Kalkulation der DRG-Entgelte haben sich einige Krankenhauträger zur Wehr gesetzt. Das wirft grundsätzliche Fragen zur (rechtsstaatlichen) Beleihung des InEK im Rahmen der Kalkulation der Krankenhausentgelte auf.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

2. Berücksichtigung von Krankenhausleistungen im Budget, deren Abrechenbarkeit umstritten ist

Kostenträger bestreiten im Rahmen von Pflegesatz- und nachfolgenden Schiedsstellenverfahren häufiger die Abrechenbarkeit bestimmter Entgelte,

weil Mindestmerkmale eines Operations- und Prozedurenschlüssels (OPS) angeblich nicht vorlägen. Im konkreten Fall konnten die Vertragsparteien in den Entgeltverhandlungen keine Einigung über die Frage erzielen, ob Entgelte für die intensivmedizinischen Komplexbehandlungen im Erlösbudget zu berücksichtigen sind, weil die für die Abrechnung dieses Entgelts zu fordernde ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation umstritten war. Die Schiedsstelle hat die geforderten Fallpauschalen im Erlösbudget berücksichtigt, weil ein evidenter Abrechnungsmangel nicht vorliege. Die von den Krankenkassen gegen die pflegesatzrechtliche Genehmigung des Schiedsspruchs erhobene Klage hatte keinen Erfolg. Das Bundesverwaltungsgericht hat in letzter Instanz ausgeführt, die Schiedsstelle habe das Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen offen lassen dürfen und die Vertragsparteien auf die Klärung im sozialgerichtlichen Verfahren verweisen können. Solange kein offensichtlicher Abrechnungsmangel vorliege, dürfe die Schiedsstelle die zwischen den Vertragsparteien umstrittenen Krankenhausleistungen im Erlösbudget berücksichtigen. Nur in dem Fall, in dem zum Zeitpunkt der Entgeltverhandlungen oder der Entscheidung der Schiedsstelle bereits feststehe, dass das Krankenhaus eine geforderte Krankenhausleistung mit einem bestimmten Entgelt nicht abrechnen dürfe, weil eine dafür erforderliche strukturelle Abrechnungsvoraussetzung nicht erfüllt sei, könne die Fallpauschale im Erlösbudget nicht berücksichtigt werden. Für die Rechtmäßigkeit des Schiedsspruchs ist es auch ohne Bedeutung, wenn in einem sozialgerichtlichen Abrechnungstreit zu einem späteren Zeitpunkt die von den Krankenkassen vertretene Rechtsauffassung bestätigt wird.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

3. Geriatriischer Versorgungsverbund Voraussetzung für Aufnahme einer Abteilung Geriatrie in den Krankenhausplan NRW

Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses gilt nach ständiger Rechtsprechung, dass ein Krankenhaus im Grundsatz dann leistungsfähig ist, wenn sein Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus

der betreffenden Art zu stellen sind, und wenn das Krankenhaus die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche weitere personelle sowie räumliche und medizinisch-technische Ausstattung besitzt. Die Einrichtung geriatrischer Fachabteilungen erfordert in diesem Sinne den Nachweis der Einbindung des Krankenhauses in einen sog. geriatrischen Versorgungsverbund. So entschied es das VG Düsseldorf mit Urteil vom 27.01.2017, 21 K 341/15. Obwohl die im Krankenhausplan NRW 2015 aufgestellten Strukturkriterien für eine geriatrische Fachabteilung reines Binnenrecht im Sinne eines Verwaltungsinternum darstellen, hat das VG Düsseldorf die Kriterien für die Aufnahme einer Geriatrie zur Anspruchsvoraussetzung für eine Planaufnahme gemacht, da die im Krankenhausplan niedergelegten Anforderungen den Standards entsprechen, die auch nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus mit einer Fachabteilung für Geriatrie zu stellen seien. Das VG Düsseldorf bezog sich hierbei auf Ausführungen des Bundesverbandes Geriatrie e. V. und ein im Jahr 2010 veröffentlichtes „Weißbuch Geriatrie“. Das Urteil ist nicht rechtskräftig.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

4. Rückwirkende Festsetzung durch Schiedsstelle

Das Bundessozialgericht musste über die Rechtmäßigkeit einer Schiedsstellenentscheidung befinden, mit der ergänzende Pauschalen für pädiatrische Spezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V rückwirkend festgesetzt wurden. Die Krankenhausträgerin beehrte erstmals im Oktober 2013 eine zusätzliche Vergütung für pädiatrische Spezialambulanzen u.a. für den Zeitraum vom 01.01.2010 bis 31.12.2012. Die Schiedsstelle hat für den beantragten Zeitraum sodann die Pauschale festgesetzt. Das LSG Rheinland-Pfalz hat den Bescheid aufgehoben und zur Begründung ausgeführt, der Krankenhausträger könne eine ergänzende Pauschale nur bis zum Ende des jeweiligen Jahres geltend machen. Das BSG ist dieser Auffassung nicht gefolgt, hat sich allerdings auch nicht in vollem Umfang der von der Schiedsstelle der Festsetzung zu Grunde gelegten Rückwirkung angeschlossen. Nach Auffassung des BSG ist die angefochtene Entscheidung der beklagten Schiedsstelle

für das Jahr 2012 nicht zu beanstanden. Einer weitergehenden Rückwirkung der Festsetzung stehe entgegen, dass die geltend gemachten Ansprüche für die Jahre 2010 und 2011 verwirkt seien. Von dem Krankenhausträger könne erwartet werden, dass er jedenfalls im Kalenderjahr nach Abschluss des Wirtschaftsjahres gegenüber den Kostenträgern eine zusätzliche Pauschale einfordert, wenn er sie für notwendig erachtet. Die schriftlichen Entscheidungsgründe des Urteils liegen noch nicht vor. Es ist davon auszugehen, dass diesem Urteil mit seinen wesentlichen Aussagen zu rückwirkenden Festsetzungen von Schiedsstellen grundsätzliche Bedeutung zukommt.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

5. Keine Umsatzsteuererstattung bei Abgabe von Fertigarzneimitteln

Verschiedene Krankenkassen haben Träger von Krankenhausapotheken bundesweit auf Erstattung von entrichteter Umsatzsteuer anlässlich der Abgabe von Zytostatika-Zubereitungen an ambulante Patienten verklagt. Gestützt werden die Klagen auf die Entscheidung des BFH vom 24.09.2014, wonach die Abgabe von Zytostatika-Zubereitungen an ambulante Patienten umsatzsteuerfrei sei. Soweit hier ersichtlich ist, hat die überwiegende Anzahl der Sozialgerichte erstinstanzlich die Klagen der gesetzlichen Krankenkassen auf Erstattung der Umsatzsteuer zurückgewiesen. Auch Klagen einiger privater Krankenversicherungen wurden von Zivilgerichten abgewiesen. Eine höchstgerichtliche Klärung für den PKV- und GKV-Bereich steht noch aus.

Eine Krankenkasse hat nicht nur Umsatzsteuererstattung bei parenteralen Lösungen gefordert, sondern auch bei Fertigarzneimitteln. Das SG Heilbronn hat mit Urteil vom 21.03.2017 die Klage der Krankenkasse zurückgewiesen. Die Ausführungen des BFH vom 24.09.2014 ließen sich nicht auf die Abgabe von Fertigarzneimitteln übertragen. Die Krankenkasse ist in Berufung gegangen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

6. MVZ können neue MVZ gründen

Nach § 95 Abs. 1 a SGB V können nur bestimmte, dort aufgezählte Personen und Einrichtungen medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen. Dazu gehören insbesondere zugelassene Vertragsärzte und zugelassene Krankenhäuser. Nicht dezidiert erwähnt werden im Gesetz schon zugelassene MVZ. Das Hessische Landessozialgericht (LSG) zeigte sich mit einem Urteil vom November 2016 innovativ. Danach können auch schon bestehende MVZ-Betreibergesellschaften neue MVZ gründen. Das Gericht bezieht sich deswegen auf die Begründung des zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG). Diese wird von ihm so interpretiert, dass durch die Neuregelung die Gründungsberechtigung für MVZ auf solche Leistungsträger konzentriert werden sollte, die bisher den Großteil der ambulanten und stationären Versorgung der Versicherten geleistet haben. (Nur) sonstige Leistungserbringer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (z. B. Apotheker), sollten nicht mehr gründungsberechtigt sein. Das LSG verweist insofern auch auf § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V, wonach die Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V auf MVZ entsprechend anzuwenden sind. § 95 SGB V steht im 4. Kapitel. In der Konsequenz bejahte das Gericht die Verpflichtung des Berufungsausschusses ein neues MVZ in der Rechtsform einer GmbH zuzulassen. Es sah das von einem Apotheker bereits ebenfalls in der Rechtsform einer GmbH gegründete MVZ als gründungsberechtigt an. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Ausdehnung des Gründer-Kreises über den Gesetzeswortlaut hinaus hat das LSG die Revision zum Bundessozialgericht (BSG) zugelassen. Die Entscheidung über die Revision zu Aktenzeichen B 6 KA 1/17 R darf mit Spannung erwartet werden.

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

7. Einsicht durch Krankenkassen in Behandlungsakten

Seit vielen Jahren ist umstritten, ob gesetzliche Krankenkassen ohne Zustimmung der betroffenen Patienten in sozialgerichtlichen Vergütungsstreitigkeiten einen (prozessualen) Anspruch auf Einsicht in die vom Kranken-

haus eingereichten Behandlungsunterlagen haben. Die Rechtsprechung wie auch die tatsächliche Praxis ist – je nach Bundesland – sehr unterschiedlich. Das LSG Baden-Württemberg hat zuletzt mit Urteil vom 14.12.2016 klargestellt, gesetzliche Krankenkassen hätten kein Einsichtsrecht in die Patientenakten. Auf Nichtzulassungsbeschwerde der Krankenkasse hat das BSG die Revision zugelassen. Im Verfahren zu Aktenzeichen B 1 KR 19/17 R wird aller Voraussicht nach eine Klärung der seit langem umstrittenen Frage herbeigeführt werden. Wir halten Sie auf dem Laufenden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

8. Vereinbarungen auf Bundesebene, u.a. Psych-Personalnachweis-Vereinbarung

In den letzten Monaten sind eine beträchtliche Anzahl von Verträgen auf Bundesebene in pflegesatzrechtlichen Angelegenheiten abgeschlossen oder von der Bundesschiedsstelle bzw. des erweiterten Bundesschiedsamtes festgesetzt worden. Von wesentlicher Bedeutung sind in unserer Beratungstätigkeit insbesondere die Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags, die Zentrumsvereinbarung sowie die zwei- und dreiseitigen Verträge zu den Hochschulambulanzen. Für die Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPflV ist der Abschluss der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPflV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 Satz 2 und 3 BPflV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) beachtlich. Mit dieser Vereinbarung werden die Nachweispflichten zur Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) für die Jahre 2016 bis 2019 geregelt. Der Vereinbarung kommt auch für die erneute Möglichkeit der Krankenhäuser, noch unbesetzte Stellen nach § 18 Abs. 3 BPflV nachzuverhandeln, wesentliche Bedeutung zu. Aktuell ist davon zu berichten, dass die Verhandlungen auf der Bundesebene zur Standortdefinition nach § 2a KHG gescheitert sind, so dass auch insoweit in Kürze mit einem von der Bundesschiedsstelle festgesetzten Vertrag gerechnet werden kann. Eine Besonderheit dieses Verfahrens ergibt sich daraus, dass der Gesetzgeber von einem Antragserfordernis abgesehen hat, so dass die Schiedsstelle auch ohne Antrag einer Vertrags-

partei entscheiden wird. Der Festlegung wird wesentliche Bedeutung im Bereich der Qualitätssicherung, der Abrechnung und der Krankenhausplanung zukommen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

9. Entlassmanagement

Der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement der Krankenhäuser nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie dem GKV-Spitzenverband tritt erst zum 01.10.2017 in Kraft. Die Vertragsparteien konnten sich über eine Änderung der strittigen Punkte, die zu einer Klage der DKG gegen die ursprüngliche Festsetzung des Rahmenvertrages durch das Erweiterte Bundesschiedsamt vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg geführt hatte, einigen. So wird im Rahmen des Entlassmanagements nicht die Lebenslange Arztnummer (LANR) zur Anwendung kommen, sondern eine auf Grundlage des § 293 Abs. 7 SGB V bis zum 31.12.2018 zu schaffende Krankenhausarztnummer. Bis zur Implementation der Krankenhausarztnummern soll im Rahmen des Entlassmanagements eine alternative Kennzeichnung (Fachgruppennummer) verwendet werden. Des Weiteren wurde im Zuge der Änderung darauf verzichtet, ausnahmslos für alle Patienten eine gesonderte schriftliche Einwilligung zur Datenübermittlung im Entlassmanagement einzuholen. Dies ist ab 1.10.2017 nur bei denjenigen Patienten erforderlich, die tatsächlich einer Anschlussversorgung bedürfen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

10. Beitragsfreiheit für Honorar-Notärzte

Als Teil des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) ist mit Wirkung zum 11.04.2017 eine gesetzliche Neuregelung in § 23 c Abs. 2 SGB IV in Kraft getreten. Die missverständlich auch als Notärzte-Gesetz bezeichnete Norm stellt die Einnahmen aus Tätigkeiten von Notärzten im Rettungsdienst in der Sozialversicherung beitragsfrei, wenn diese Tätigkeit entweder neben einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stun-

den wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt wird. Mit der neuen Vorschrift zieht der Gesetzgeber die „Notbremse“ in einer Situation, in der eine wirtschaftliche Überforderung der Rettungsdienstträger (beispielsweise DRK, Johanniter Unfallhilfe, Malteser etc.) wegen einer Verpflichtung zur Nachzahlung von Sozialversicherungsbeiträgen von nur vermeintlich selbstständigen, tatsächlich aber abhängig beschäftigten Notärzten drohte. Eine Rückwirkung sieht das Gesetz allerdings nicht vor. Es erfasst auch keine im Krankenhaus als solche tätigen Honorarärzte. Angestellte Ärzte des Krankenhauses, die auch „Notarzt fahren“ können (dagegen) von der Beitragsbefreiung profitieren.

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

11. Nachbesetzung einer Angestelltenstelle setzt aktiven Vorgänger voraus

Nach § 103 Abs. 4 b Satz 3 SGB V kann die Stelle eines bei einem Vertragsarzt angestellten Arztes nachbesetzt werden, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Wie das Sozialgericht (SG) München jetzt in einem Urteil aus März 2017 feststellte, kommt eine Nachbesetzung nur dann in Betracht, wenn der Vorgänger tatsächlich und im nachzubesetzenden Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hat. Diese Voraussetzung liegt nicht vor, wenn ein Vertragsarzt zugunsten einer Anstellung auf seine Zulassung verzichtet, dann aber die zu seinen Gunsten ausgesprochene Anstellungsgenehmigung nicht oder allenfalls in geringfügigem Umfang „mit Leben erfüllte“. Im konkreten Fall sah das Gericht die Erstanstellungsgenehmigung aufgrund Nichtantritts der Stelle als in Wegfall geraten an. Die Entscheidung entspricht der weit verbreiteten Spruchpraxis der Zulassungsgremien und bewegt sich auf einer Linie mit der BSG-Rechtsprechung, welche die Absicht des auf seine Zulassung zugunsten einer Anstellung verzichtenden Vertragsarztes voraussetzt, für eine Dauer von mindestens drei Jahren als angestellter Arzt vertragsärztlich tätig werden zu wollen. Das Urteil lässt sich zwanglos auf die Nachbesetzung von Arztstellen in MVZ übertragen.

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

12. Ärztlicher Bereitschaftsdienst im Nachtdienst als selbstständige Tätigkeit möglich

Mit einem Urteil aus Mai 2017 trägt das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg zur Entspannung in den Krankenhäusern bei. Es nahm – entgegen dem aktuellen Trend in der Rechtsprechung – an, ein lediglich nächtliche Bereitschaftsdienste in Krankenhäusern verrichtender Arzt könne diese Tätigkeit als freier Mitarbeiter ausüben. Als ausschlaggebend sah das LSG unter anderem an, dass die Bereitschaftsdienste nur an einzelnen Tagen geleistet wurden und in dieser Zeit keine Therapien stattfanden. Für die Selbstständigkeit spricht nach dem Urteil auch fehlende Weisungsabhängigkeit der Bereitschaftsärzte in Bezug auf ihre Dienstzeiten. Diese konnten ihre Einsatzzeiten selbst bestimmen und wurden nur gemäß ihren Wünschen in den Dienstplan des Krankenhauses aufgenommen. Die Beitragsnachforderung der Deutschen Rentenversicherung gegenüber einer psychosomatischen Akutklinik in Höhe von rund 20.000 € konnte damit erfolgreich abgewendet werden.

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

13. Aufwandspauschale auch bei Nichtkodierung der Pflegestufe

Das Sozialgericht Trier hat mit Urteil vom 09.05.2017 (S 3 KR 123/16) entschieden, dass es mit Einfügung des Satzes 4 in § 275 Abs. 1 c SGB V zum 1.1.2016 für das Entstehen des Anspruchs auf Aufwandspauschale nicht mehr darauf ankommt, ob die Angaben des Krankenhauses möglicherweise fehlerhaft oder unvollständig waren, sofern es sich nicht um missbräuchlich fehlerhafte Abrechnungen handelt oder das Krankenhaus im Vorfeld einer MDK-Prüfung jegliche Aufklärungsversuche der Krankenkasse abblockt. In dem zugrundeliegenden Fall hatte die Krankenkasse die Zahlung der Aufwandspauschale unter anderem mit der Begründung abgelehnt, die Auffälligkeitsprüfung sei wegen der fehlenden Verschlüsselung der Pflegestufe nach OPS 9-984.0 und damit durch eine unvollständige Datenübermittlung veran-

lasst worden. Das SG Trier wies diese Ansicht zurück und stellte fest, dass mit der Rechtsänderung des § 275 Abs. 1 c Satz 4 SGB V die Regelung zur Aufwandspauschale auch auf die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu beziehen sei. Soweit das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung zur sachlich-rechnerischen Berichtigung auf dem Gedanken des Fehlverhaltens des Krankenhauses aufgebaut und in diesen Fällen den Anspruch auf die Aufwandspauschale verneint hat, sei dieser Überlegung somit die Grundlage entzogen. Es werde vielmehr das bereits mit der Einführung der Aufwandspauschale verfolgte gesetzgeberische Ziel einer vereinfachten, unbürokratischen Regelung, die deshalb keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall entfalten kann, unterstützt. Streitigkeiten, in denen im Rahmen der gerichtlichen Geltendmachung der Aufwandspauschale nun bürokratieverursachend mittelbare Auseinandersetzungen über die Richtigkeit oder Fehlerhaftigkeit einer Kodierung geführt werden, seien gerade nicht gewollt (so auch bereits BSG, Urteil vom 22.06.2010, B 1 KR 1/10 R).

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

14. Kein Ausschluss der Rechnungskorrektur nach Prüfverfahrensvereinbarung

Das Sozialgericht Duisburg hat am 27.04.2017 zu Gunsten eines von uns vertretenen Krankenhausträgers entschieden, dass Rechnungskorrekturen mit einem gegenüber der Erstrechnung erhöhten Rechnungsbetrag auf Grundlage eines MDK-Gutachtens, das im Rahmen der Prüfverfahrensvereinbarung seitens der Krankenkasse eingeholt worden war, nicht ausgeschlossen sind. Das Sozialgericht Duisburg verwies im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG darauf, dass grundsätzlich Nachforderungen bis zum Ablauf des auf die Erstrechnung folgenden Kalenderjahres zulässig sind. Die Prüfverfahrensvereinbarung schließt Korrekturen schon nach dem Wortlaut nicht aus. Ein solches Ergebnis stünde auch nicht im Einklang mit Sinn und Zweck der Prüfverfahrensvereinbarung, die kein einseitiges Prüfrecht erlaube, sondern Ausdruck von Waffengleichheit und Vertragsparität sei, was denotwendig voraussetzt, dass Prüfungsergebnisse für beide Seiten verwertbar sind.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

15. Kardiorespiratorische Insuffizienz mit R09.2 zu kodieren

Das Sozialgericht Gelsenkirchen hat mit Urteil vom 09.02.2017 entschieden, dass eine kardiorespiratorische Insuffizienz, die einen Mehraufwand (Sauerstoffgabe) zur Folge hat, richtigerweise als Nebendiagnose mit R09.2 zu kodieren ist anstelle der von der Krankenkasse und dem SMD vorgeschlagenen ICD-Code J.96 (Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert). Zur Begründung verwies das Sozialgericht darauf, dass in der maßgeblichen Fassung 2014 die kardiorespiratorische Insuffizienz als Exklusivum unter J96.- (Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert) benannt ist und daher nach den Kodiervorgaben mit dem in Klammern angegebenen Code kodiert werden muss. Die ab dem Jahr 2016 vorgenommene Änderung sei nicht als Klarstellung zu verstehen. Die Krankenkasse hatte die Kodierung mit dem ICD-10-Code R09.2 mit der Begründung abgelehnt, darunter sei nur ein Atemstillstand bzw. ein Herz-Lungen-Versagen zu fassen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

16. Stationäre Behandlungsbedürftigkeit bei Durchführung einer beidseitigen Blepharoplastik

Das Sozialgericht Duisburg hat in einem Urteil vom 16.11.2016 die Durchführung einer simultan durchgeführten beidseitigen Oberlidblepharoplastik unter stationären Bedingungen als medizinisch gerechtfertigt angesehen und die Krankenkasse zur Zahlung der stationären Behandlungskosten verurteilt. Zur Begründung verwies das Sozialgericht darauf, dass die beidseitige Blepharoplastik der Oberlider nicht im Katalog ambulant durchführbarer Operationen gem. § 115 b SGB V aufgelistet sei. Dort sei lediglich der einseitige Eingriff mit dem Zeichen „<->“ gekennzeichnet, was bedeute, dass beidseitige Eingriffe zu diesem Code nur dann von Krankenhäusern nach § 115 b SGB V erbracht werden, wenn diese Leistungen in der Vergangenheit bereits üblicherweise ambulant erbracht und abgerechnet wurden. Da jedoch der aktuelle AOP-Katalog trotz zwischenzeitlicher mehrerer Änderungen die beidseitige

Blepharoplastik des Oberlides noch immer nicht als regelhaft ambulant erbringbare Leistung listet, handele es sich nicht um eine ambulant durchführbare Operation. Angesichts der beidseitigen Operation habe nicht nur ein zweifaches Risiko eines einseitigen Visusverlustes, sondern auch das – wenn auch geringe – Risiko einer vollständigen Erblindung bestanden. Angesichts dieser – wenn auch statistisch unwahrscheinlichen – möglichen dramatischen Folgen des Verlustes der Eigenständigkeit und der sozialen Teilnahmemöglichkeiten der Patienten wäre der Verzicht auf eine längere Beobachtungsphase im stationären Setting allein aus fiskalischen Gründen nicht sachgerecht gewesen. Der darüber hinaus angelegte beidseitige Rollbindenverband habe eine Überprüfung und Kontrollen der Augen durch Dritte – etwa durch einen ambulanten Pflegedienst – deutlich erschwert.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

17. Rückforderung vorbehaltlos gezahlter Aufwandspauschalen

Das Sozialgericht Aachen hat in einer Vielzahl von Fällen, so zuletzt mit Urteil vom 18.07.2017, S 13 KR 159/17, den teilweise im Wege der Aufrechnung geltend gemachten Rückforderungen der Krankenkassen hinsichtlich bereits vorbehaltlos gezahlter Aufwandspauschalen aufgrund nachträglicher Deklaration der Prüfung als „sachlich-rechnerische Prüfungen“ eine deutliche Absage erteilt: Wenn eine Krankenkasse den MDK mit einer Prüfung der Krankenhausabrechnung nach § 275 Abs. 1 SGB V beauftragt, der MDK den Prüfauftrag angezeigt und die Krankenkasse infolge des jeweiligen Prüfergebnisses, das zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hatte, die Aufwandspauschale gezahlt habe, sei bei dem Krankenhaus ein Vertrauen auf die Rechtmäßigkeit und das Behaltendürfen der Aufwandspauschalen geschaffen worden. Würde die Rechtsprechung des BSG, wonach bei Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung keine Aufwandspauschale anfällt, auch auf in der Vergangenheit liegende abgeschlossene Abrechnungsfälle angewandt, um daraus einen Erstattungsanspruch zu begründen, läge darin ein nicht hinnehmbarer Verstoß gegen die

Grundsätze der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes als Ausfluss des Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz). Eine Änderung der Rechtsprechung des BSG kann keinen in die Vergangenheit zurückweisenden öffentlichen-rechtlichen Erstattungsanspruch begründen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

18. Keine Leistungsausschlüsse durch Verfahrensregelungen der PrüfvV

Das LSG Hessen hat sich im Rahmen eines Abrechnungstreits in einer Entscheidung vom 10.01.2017 (L 8 KR 538/16) mit dem rechtlichen Rahmen und der Reichweite der PrüfvV 2014 befasst und ebenso wie das LSG Nordrhein-Westfalen mit Urteil vom 06.09.2016 (L 1 KR 187/16) die Auffassung vertreten, dass sich unmittelbar aus dem Gesetz allein die Ermächtigung zur Regelung von Verfahrensfragen ableiten lässt, nicht mehr und nicht weniger. Nach § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG regeln der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK, über den Zeitpunkt der Beauftragung des MDK, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die §§ 275 bis 283 SGB V bleiben im Übrigen unberührt. Aus dieser Ermächtigung lässt sich nach Ansicht des LSG gerade keine Ermächtigung zur Festlegung über die im SGB V ausdrücklich gesetzlich geregelten materiellen Einwendungs- und Ausschlussfristen hinaus ableiten. Eine solche Kompetenz/Legitimation käme den Vertragspartnern der PrüfvV nicht zu, sie wäre nicht von § 17c Abs. 2 KHG gedeckt. Diesbezüglich hatte auch bereits das BSG in einer Entscheidung vom 19.04.2016 (B 1 KR 33/15 R) darauf hingewiesen, dass über die gesetzliche Ermächtigung und § 275 SGB V hinausgehende „übergesetzliche“ Leistungsausschlüsse zu einer Teilnichtigkeit führen dürften. Für die Praxis sind diese Entscheidungen insbesondere im Hinblick auf das Versäumen der Vorlagefrist gem. § 7 Abs. 2 der PrüfvV maßgeblich,

da sie der Ansicht der Krankenkassen, es handele sich um eine umfassende Ausschlussfrist, entgegengehalten werden können.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

19. Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten

Der erste Senat des BSG weitet die Verpflichtungen der Krankenhäuser zu Abrechnung ihrer Leistungen anhand fiktiv wirtschaftlichen Alternativverhaltens zunehmend aus. Selbst bei einer nach den Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) weder gebotenen noch abrechnungstechnisch überhaupt vorgesehen Fallzusammenführung sind Krankenhäuser aufgrund des übergesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebots verpflichtet, bei der Behandlungsplanung sämtliche Möglichkeiten wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen. In einer Entscheidung vom 28.03.2017 (B 1 KR 29/16) betonte das BSG erneut, dass ein Krankenhaus bei Wahl eines unwirtschaftlichen Behandlungsweges allenfalls die Vergütung beanspruchen kann, die bei derartigem fiktivem Alternativverhalten angefallen wäre. Sei demnach eine Behandlung kostengünstiger durch einen stationären Aufenthalt statt durch zwei stationäre Behandlungsepisoden möglich, habe das Krankenhaus seine Behandlungsplanung zwingend daran auszurichten und den Patienten zu beurlauben. Entgegenstehende landesvertragliche Regelungen nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V hält das BSG für nichtig.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

20. Unzulässige Aufrechnung bei fehlender Benennung von Erstattungs- und Leistungsanspruch

Das Sozialgericht Gelsenkirchen und das Sozialgericht Dortmund haben mit am 27.07.2017 (S 11 KR 1004/16) und 31.07.2017 (S 40 KR 1088/16) verkündeten Urteilen entschieden, dass die in § 9 PrüfvV (bis 31.12.2016 gültig) bzw. § 10 Satz 2 PrüfvV (seit dem 01.01.2017 gültig) enthaltene Regelung die Krankenkasse dazu verpflichtet, bei einer von ihr vorgenommenen Aufrechnung Leistungs- und Erstattungsanspruch genau zu benennen. Eine Aufrechnung im Rahmen einer Sammelabrechnung bzw. Zahlungsavis, dem

sich nicht entnehmen lässt, mit welchen Ansprüchen gegen welche unstrittigen Forderungen des Krankenhauses aufgerechnet werden soll, entspricht nicht den Vorgaben der Prüfverfahrensvereinbarung und führt zur Unzulässigkeit der Aufrechnung. In Nordrhein-Westfalen greift daher das landesvertraglich nach wie vor bestehende Aufrechnungsverbot, an dem das LSG NRW festhält (LSG NRW, Urteil vom 06.12.2016, L 1 KR 358/15).

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

21. Nicht fristgerechte Unterlagenübersendung führt nicht zum Ausschluss des Vergütungsanspruchs

Das Sozialgericht Dortmund hat mit Urteil vom 27.06.2017 (S 39 KR 1429/16) zu Gunsten eines von uns vertretenen Krankenhausträgers entschieden, dass eine nicht fristgerechte Unterlagenübersendung nicht zu einem Ausschluss des Vergütungsanspruchs gem. § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfvV führt. Anders als bei den Regelungen in § 6 Abs. 2 und § 8 PrüfvV, die ausdrücklich die vereinbarten Fristen als Ausschlussfristen benennen, wurde in § 7 Abs. 2 PrüfvV auf eine solche Bezeichnung verzichtet, so dass im Umkehrschluss davon auszugehen ist, dass in § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfvV eine entsprechende Ausschlusswirkung gerade nicht bezweckt und einvernehmlich vereinbart worden war. Für diese Auslegung spreche im Übrigen die Regelung in § 7 Abs. 5 PrüfvV, wonach Korrekturen und Ergänzungen von Datensätzen seitens des Krankenhauses einmalig erfolgen dürfen und vom MDK einzu beziehen sind, wenn sie innerhalb von fünf Monaten nach Einleitung des Prüfverfahrens erfolgen. Diese Regelung, insbesondere die vorgesehene 5-Monats-Frist sei – so das Sozialgericht – überflüssig, wenn die 4-Wochen-Frist zur Unterlageneinreichung als endgültige Ausschlussfrist ausgelegt würde.

In diesem Sinne entschied auch das Sozialgericht Detmold mit Urteil vom 31.03.2017 (S 24 KR 230/16). Beide Entscheidungen sind nicht rechtskräftig.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

22. Verwirkung von Vergütungsansprüchen

Das BSG hält mit Urteil vom 23.05.2017, B 1 KR 27/16 R, an seiner Rechtsprechung fest, dass Krankenhäuser nur spätestens bis zum Ablauf des auf das Rechnungsjahr folgenden Haushaltsjahres Rechnungen korrigieren dürfen. Der Krankenhausträger hatte in dem Klageverfahren der Krankenkasse auf Rückzahlung gezahlter Behandlungskosten Widerklage erhoben, die bereits von der Vorinstanz (LSG NRW) abgewiesen worden war. Das LSG NRW hatte die Revision zum BSG zugelassen, da die Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Krankenhaus mit Nachberechnungen nach Ablauf des auf das Rechnungsjahr folgenden Haushaltsjahres auch bei von der Krankenkasse beanstandeten Schlussrechnungen nach Treu und Glauben ausgeschlossen ist, bisher höchstrichterlich nicht abschließend geklärt war. Diese höchstrichterliche Klärung ist nunmehr erfolgt. Wenig überraschend hält das BSG daran fest, dass die klagende Krankenkasse darauf vertrauen durfte, dass das Krankenhaus keine weiteren Nachforderungen erhebt, obwohl sie den MDK mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Schlussrechnung beauftragt hatte und sie daher kein schutzwürdiges Vertrauen in die Rechnung der Klägerin bilden konnte. Die Krankenkasse hatte die Behandlungsdauer in Zweifel gezogen, nicht aber die Richtigkeit der Kodierung, welche vom Krankenhausträger geändert und im Rahmen der Widerklage geltend gemacht worden war. Anders – so das BSG – läge es, wenn Krankenhaus und Krankenkasse über die Richtigkeit der Kodierung gestritten hätten. Dann wäre das Krankenhaus nicht daran gehindert gewesen, im Laufe des Rechtsstreits zur Begründung seiner Forderung eine nach dem tatsächlichen Ablauf unzutreffende Kodierung gegen eine zutreffende Kodierung auszutauschen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

23. Landesvertraglich vereinbartes Aufrechnungsverbot in Nordrhein-Westfalen trotz BSG-Rechtsprechung

Das LSG NRW hält daran fest, dass § 15 Abs. 4 Satz 2 des nordrhein-westfälischen Landesvertrages gem. § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V eine Aufrechnung ausschließt. Der 1. Senat des LSG NRW hat in seinem Urteil vom

06.12.2016 (L 1 KR 358/15) ausgeführt, dass die Urteile des BSG vom 25.10.2016 (B 1 KR 6/16 R und B 1 KR 9/16 R) keinen Anlass gäben, von der ständigen Rechtsprechung der Krankenversicherungssenate des LSG NRW abzuweichen. Soweit das BSG entschieden habe, aus Regelungen der auf § 18 Abs. 2 KHG beruhenden Pflegesatzvereinbarung könnten keine Aufrechnungsverbote abgeleitet werden, weil es hierfür an einer Ermächtigungsgrundlage fehle, lasse sich dies nicht auf das aus § 15 Abs. 4 Satz 2 Landesvertrag folgende Aufrechnungsverbot übertragen, denn § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 b SGB V ermächtige ausdrücklich zur Vereinbarung von Regelungen auch über die Abrechnung von Entgelten. Dies schließe die Möglichkeit von Vereinbarungen über die Zulässigkeit und Grenzen von Aufrechnungen mit ein.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

24. Entwöhnung bei der Bestimmung der Beatmungsdauer

Der MDK wendet häufig gegen die vom Krankenhaus zur Abrechnung gebrachte Beatmungsdauer ein, die Phasen spontaner Atmung zwischen Intervallen non-invasiven Beatmung seien nicht als Phasen der Entwöhnung bei der Bestimmung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen. Verschiedene Sozialgerichte haben nach Einholung von Sachverständigengutachten und unter Verweis auf die DKR festgestellt, dass es abrechnungsrechtlich keine Mindestdauer einer Beatmung im Sinne einer Gewöhnung gibt, bevor eine Phase der Entwöhnung einsetzen könne. Zuletzt bestätigte das LSG Baden-Württemberg mit Urteil vom 15.11.2016 zu Aktenzeichen L 11 KR 4054/15 in Übereinstimmung mit weiteren Landessozialgerichten die erstinstanzlichen Entscheidungen. Auf Nichtzulassungsbeschwerde der betroffenen Krankenkasse gegen das Berufungsurteil vom November 2016 hin wurde vom BSG die Revision zugelassen. Über den Ausgang des Revisionsverfahrens zu Aktenzeichen B 1 KR 18/17 R werden wir berichten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

25. Rücknahme des Antrags auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens möglich bis zur Bestandskraft der Auswahlentscheidung

Das LSG Baden-Württemberg hat mit Urteil vom 01.02.2017 (L 5 KA 1317/16) entschieden, dass ein Praxisabgeber seinen Ausschreibungsantrag jedenfalls bis Bestandskraft der Auswahlentscheidung eines Nachfolgers durch den Zulassungsausschuss zurücknehmen kann. Alleine aufgrund der Auswahl unter den Bewerbern als Nachfolger durch den Zulassungsausschuss habe der Ausgewählte noch keine schützenswerte Position erlangt, die einen Anspruch auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung begründen würde. Im Übrigen setze die begehrte Zulassung den Verzicht des Praxisabgebers auf seine Zulassung voraus. Hat dieser im Rahmen seines Antrags auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens lediglich erklärt, bis spätestens vor der Zulassung eines Nachfolgers auf seine vertragsärztliche Zulassung zu verzichten, handele es sich um eine bloße Absichtserklärung und noch um keinen wirksamen Verzicht. Es bestehe auch keine Rechtsgrundlage für die anschließende Durchsetzung einer Verzichtsabsichtserklärung. Die in diesem Fall später vom Praxisabgeber abgegebene Erklärung, auf seine Zulassung zu Gunsten einer Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft zu verzichten, sei kein Verzicht im Nachbesetzungsverfahren und könne auch nicht in diesem Sinne ausgelegt bzw. umgedeutet werden.

Die komplexe Entscheidung des LSG Baden-Württemberg zeigt, welche Handlungsoptionen ein Praxisabgeber hat, wenn der von ihm favorisierte Praxisnachfolger nicht vom Zulassungsausschuss ausgewählt wird und wie sodann mit Blick auf die neuere Rechtsprechung des BSG (B 6 KA 21/15 R) reagiert werden kann.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Nadine Elsässer, Stuttgart und
Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart*

26. Gewerbesteuer für Dialysezentrum

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat entschieden, dass gewerblich betriebene Dialysezentren steuerpflichtig sind. Eine Befreiung von der Gewerbesteuer komme nicht in Betracht, weil es sich bei ihnen weder um ein Krankenhaus

noch um eine Pflegeeinrichtung handele (Urteil des BFH vom 25.01.2017 – I R 74/14 –).

Das Urteil wirft grundsätzliche verfassungsrechtliche Fragen nach der Geltung des Gleichheitssatzes (Artikel 3 Abs. 1 GG) auf. Der Träger des Dialysezentrums hat deshalb Verfassungsbeschwerde erhoben (1 BvR 1211/17). Mit einer Entscheidung ist in diesem Jahr nicht mehr zu rechnen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

27. Nikolaus-Rechtsprechung des BVerfG bestätigt

Das BVerfG hält an seiner im Beschluss vom 06.12.2005 (sog. Nikolaus-Beschluss – BVerfGE 115, 25) vertretenen Auffassung fest, wonach ein verfassungsunmittelbarer Anspruch auf Krankenversorgung aus den Grundrechten nur abgeleitet werden kann, wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung vorliegt und die vom Versicherten gewählte Behandlungsmethode, deren Kosten die Krankenkasse ablehnt, eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung verspricht. Diese Voraussetzungen hat das BVerfG im Fall der Versorgung mit einer intravenösen Immunglobulin Therapie (IVIg-Therapie) im Beschluss vom 11.04.2017 (1 BvR 452/17) verneint.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

28. Liquidationsbefugnis des Krankenhauträgers für wahlärztliche Leistungen

Eine singuläre Entscheidung des Amtsgerichts (AG) Karlsruhe sorgte für Irritationen im Krankenhausbereich. Das AG verneinte mit Urteil vom 28.02.2017 (5 C 193/14) die Liquidationsbefugnis eines Krankenhauträgers für wahlärztliche Leistungen mit dem Argument, diese Liquidationsbefugnis sei in der mit dem Krankenhauträger geschlossenen Wahlleistungsvereinbarung nicht ausdrücklich vereinbart worden. Trotz Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung zwischen Patient und Krankenhauträger sei insofern kein Vertrag zwischen diesen Parteien zustande gekommen, welcher eine Liquidation der Kosten für die wahlärztlichen Leistungen durch den Krankenhauträger rechtfertige.

Die Ansicht des AG Karlsruhe darf nicht unwidersprochen bleiben. Sie berücksichtigt nicht hinreichend den Wortlaut sowie Sinn und Zweck Regelungen zur Vereinbarung und Abrechnung von Wahlleistungen nach dem KHEntgG. So folgt bereits aus § 17 Abs. 1 KHEntgG, dass der Krankenhausträger selbst als Partner der Wahlleistungsvereinbarung originärer Inhaber der Liquidationsbefugnis für wahlärztliche Leistungen ist, welches er auf seine Chefärzte übertragen kann. Das LG München hatte sich in einer Entscheidung vom 11.03.2015 (9 S 7449/14) ebenfalls deutlich dafür ausgesprochen, dass das Recht, die wahlärztlichen Bemühungen abzurechnen, originär bei den Krankenhäusern bzw. den Trägern läge; der BGH sah in der Revisionsentscheidung zu diesem Verfahren (Urteil vom 14. 1. 2016, III ZR 107/15) keine Veranlassung, von dieser Prämisse abzuweichen oder diese zu vertiefen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

29. Abrechnung der Grundpauschale beim ambulanten Operieren

Mit Beschluss vom 28.03.2017 (B 1 KR 66/16 B) weist das BSG darauf hin, dass auch bei fachgruppenfremder oder fehlender Überweisung hinsichtlich der Durchführung ambulanter Operationen oder stationsersetzender Eingriffe nach § 115 b SGB V auf Grundlage der Präambel Nr. 8 des Abschnitts 31.2.1 des EBM eine Grundpauschale am Operationstag abrechenbar sein kann, sofern die sonstigen Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind. Bereits mit Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R) hatte das BSG festgestellt, dass die Abrechnung der Grundpauschale bei Vorliegen einer fachgruppengleicher Überweisung sowie der erforderlichen Anzahl der persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte neben der Konsultationspauschale grundsätzlich möglich ist. Dies gilt nun gleichermaßen für Fälle, in denen eine fachfremde Überweisung erfolgt ist oder eine Überweisung fehlt, zumal der Zugang zur ambulanten Leistungserbringung nach § 115 b SGB V nicht von einer Überweisung abhängig ist. Die Grundpauschale kann am Operationstag allerdings nur dann gesondert in Rechnung gestellt werden, wenn ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorliegt. Voraussetzung neben der räumlichen und zeit-

gleichen Anwesenheit von Arzt und Patient ist dabei eine direkte Interaktion zwischen Arzt und Patient (BSG, Urteil vom 31.05.2016, B 1 KR 39/15 R).

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

30. Kostentragung für Gebärdendolmetscher

Zu der zwischen Krankenkassen und den Krankenhäusern bestehenden Streitfrage, wer die Kosten für den Einsatz von Gebärdendolmetschern im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlungen zu tragen hat, liegt eine (nicht rechtskräftige) Entscheidung des Sozialgerichts Hamburg vom 24.03.2017 (S 48 KR 1082/14) vor. Dieses ging davon aus, dass mit der Übersetzungsleistung letztlich eine Pflicht des Krankenhauses gegenüber dem Patienten erfüllt werde, da dieses dafür zu sorgen habe, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sichergestellt sei. Die Kosten hierfür seien auch in den üblichen Krankenhausentgelten enthalten, weil es sich bei Leistungen der Gebärdensprachdolmetscher um vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter und damit um allgemeine Krankenhausleistungen handele. Letztlich wurde das Krankenhaus verurteilt, gegenüber dem Gebärdensprachdolmetscher die entstandenen Kosten zu erstatten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

II.

Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht

1. Wechselseitige Darlegungslast im Schiedsverfahren

Das LSG Berlin-Brandenburg befasste sich mit Urteil vom 08.06.2017 mit der Klage einer Pflegeeinrichtung gegen die von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze. Die gerichtliche Entscheidung enthält – in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG – wesentliche Ausführungen zur wechselseitigen Darlegungslast der Parteien im Schiedsstellenverfahren unter Hinweis auf das zweigliedrige Prüfschema. Demnach ist Grundlage der Verhandlung über Pflegesätze und Entgelte zunächst die Abschät-

zung der voraussichtlichen Kosten der in der Einrichtung erbrachten Leistungen. Hieran schließt sich in einem zweiten Schritt die Prüfung der Leistungsgerechtigkeit der Entgelte unter Berücksichtigung der Kostenansätze vergleichbarer Leistungen in anderen Einrichtungen (externer Vergleich) an. Für die erste Prüfungsstufe – Nachvollziehbarkeit der prognostizierten Kostenansätze – hat die Einrichtung ihre voraussichtlichen Gestehungskosten zu benennen und ggf. durch Unterlagen näher zu belegen. Nach Auffassung des Gerichts hat die Schiedsstelle zu Recht den von der antragstellenden Pflegeeinrichtung gestellten Antrag auf Festsetzung höherer Entgelte abgelehnt, weil sie es versäumt habe, die notwendigen Angaben zu den voraussichtlichen Gestehungskosten vorzulegen. Da die Klägerin eine weitere Darlegung oder gar den Nachweis konkreter Kosten abgelehnt habe, sei die Entscheidung der Schiedsstelle nicht zu beanstanden. Die gerichtliche Entscheidung unterstreicht die Wichtigkeit eines sorgsam geführten Schiedsstellenverfahrens unter Beachtung der den Parteien obliegenden Darlegungserfordernisse.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

2. Selbständige Pflegekraft in stationärer Einrichtung

Die Deutsche Rentenversicherung vertritt offenbar die Auffassung, es könne in stationären Pflegeeinrichtungen keine selbständigen Pflege(honorar)kräfte geben. Das Sozialgericht Heilbronn stellt hingegen mit zwei Urteilen vom 23.06.2017 fest, ein Altenpfleger, der ausschließlich „Nachteinsätze“ in begrenztem Umfang für unterschiedliche Einrichtungen leiste, werde nicht in den Betrieb des Heimes eingegliedert, zumal wenn er erhebliche eigene Aufwendungen habe. Die DRV hat Berufung gegen die Urteile eingelegt und vertritt weiterhin die Auffassung, alleine das Tätigwerden in einer Einrichtung sei Ausdruck einer weisungsgebundenen abhängigen Beschäftigung. Über den Ausgang der Berufungsverfahren werden wir berichten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

3. Kautions in Heimverträgen

Das OLG Köln hat mit Urteil vom 16.12.2016 festgestellt, das Fordern einer Kautions in Höhe des zweifachen Monatspflegesatzes stehe im Einklang mit dem WBG, solange sich der Heimvertrag ausschließlich an Personen richte, die nicht Sachleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, sog. Selbstzahler. Unwirksam sei jedoch eine Regelung, die Selbstzahler verpflichtet, die Kautions auf ein angegebenes Konto einzubezahlen. Es müsse dem Selbstzahler gestattet werden, die Kautions auch auf andere Art und Weise zu hinterlegen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, 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