

NEWSLETTER
DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; II/2016
Gesundheitsrecht, insbesondere Krankenhausrecht sowie Rehabilitations-,
 Pflege- und Heimrecht

I. Krankenhausrecht	2
1. Verfassungsmäßigkeit des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) umstritten....	2
2. Verfassungsbeschwerde gegen Einführung einer Mindestmenge bei der Krankenhausbehandlung von Früh- und Neugeborenen abgewiesen	2
3. Krankenhausrechtliche Konkurrentenklage und vorläufiger Rechtsschutz.....	3
4. Demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weiterhin zweifelhaft	4
5. Fixkostendegressionsabschlag	4
6. Zuschlag für die besonderen Aufgaben von Zentren	5
7. Sicherstellungszuschläge	5
8. Vergütung für Hochschulambulanzen	6
9. Keine Fallzusammenführung bei nicht vorhersehbarer weiteren Entwicklung...	7
10. Aufwandspauschale und kein Ende	7
11. Neue Vereinbarung über die Patientengruppen für Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V	8
12. CPAP/ASB ist maschinelle Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien	
13. Angestellte MVZ-Ärzte sind bei Plausibilitätsprüfung zu berücksichtigen.....	9
14. Neue MVZ sind wie Aufbau- oder Jungpraxen zu behandeln	10
15. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – renale Denervation.....	11
16. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aus rechtlichen Gründen	12
17. Keine Umsatzsteuererstattung bei Zytostatikaabgabe zur ambulanten Behandlung	12
18. Defensive Konkurrentenklage gegen Dialysegenehmigung.....	13
19. Ablehnung einer MDK-Beschäftigten als gerichtliche Sachverständige wegen Besorgnis der Befangenheit	14
20. AÜG-Reform kommt zum 01. April 2017	14
21. Frühchen-Versorgung: Neue Übergangsregelung	15
II. Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht	16
1. Vergütungsverhandlungen in der medizinischen Rehabilitation	16
2. Schuldbeitritt des Sozialhilfeträgers	16

I. Krankenhausrecht

1. **Verfassungsmäßigkeit des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG) umstritten**

Mit § 136 c Abs. 1 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Qualitätsindikatoren als Kriterien für Planungsentscheidungen der Länder (sog. planungsrelevante Indikatoren) zu entwickeln. Sie sind (zukünftig) Grundlage für die Aufnahme und den Verbleib eines Krankenhauses im Krankenhausplan und seine Zulassung als Vertragskrankenhaus. Bis zum 31.12.2016 soll der G-BA eine erste Richtlinie beschließen.

Letzteres wird voraussichtlich der Fall sein. Dem Vernehmen nach liegt die Richtlinie zu den planungsrelevanten Indikatoren für Krankenhäuser unterschriftsreif vor. Sie könnte damit alsbald in Kraft treten und die Grundlage für - weitreichende - Eingriffe in die Krankenhausstrukturen bei den Ländern und vor Ort sein.

Damit deutet sich ein neues Konfliktfeld zwischen Krankenhausträgern und Landesplanungsbehörden an. Die Krankenhäuser werden negative Planungsentscheidungen nicht widerspruchslos hinnehmen. Im Prozess wird es auch um die Frage gehen, ob der Gesetzgeber berechtigt ist, die Materie der Krankenhausplanung, die an sich „Ländersache“ ist, so weitgehend auf den Bund (G-BA) zu übertragen. Nach wohl vorherrschender Auffassung in der Literatur ist dies abzulehnen. Die Rechtsprechung hat sich dazu noch nicht geäußert.

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

2. **Verfassungsbeschwerde gegen Einführung einer Mindestmenge bei der Krankenhausbehandlung von Früh- und Neugeborenen abgewiesen**

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat es in einer jüngeren Entscheidung (Beschluss vom 06.10.2016) abgelehnt, die Verfassungsmäßigkeit der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Mindestmengenrege-

lung bei der Versorgung Früh- und Neugeborener zu überprüfen. Beschwerdeführer waren Betreiber von Krankenhäusern mit sog. Level-1-Perinatalzentren, die teils in kirchlicher, teils in kommunaler Trägerschaft stehen. Sie hatten vergeblich bei dem Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg und bei dem Bundessozialgericht (BSG) die Feststellung begehrt, die entsprechende Mindestmengenfestsetzung sei rechtswidrig. Mit der Verfassungsbeschwerde haben sie eine Verletzung ihrer Grundrechte, insbesondere der Berufsfreiheit (Artikel 12 Abs. 1 GG) geltend gemacht.

Das BVerfG ist ihnen nicht gefolgt. Soweit es sich um Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft handelt, hebt das BVerfG hervor, sie seien aufgrund ihrer „staatlichen“ Bindung von vornherein nicht grundrechtsfähig. Insoweit bestehe kein Unterschied zwischen Unternehmen unmittelbar in staatlicher Hand und solchen in kommunaler Trägerschaft. Den gesetzlich vorgesehenen Wettbewerb mit privaten Krankenhäusern stelle dies nicht in Frage.

Im Übrigen fehle es an einer hinreichenden Darlegung von Nachteilen und möglichen Grundrechtsverletzungen, soweit es um die Anwendung der Mindestmengenregelung gehe. Zwischenzeitlich sei in § 136 b Abs. 3 Satz 1 SGB V ausdrücklich vorgesehen, dass der G-BA bei der Mindestmengenfestlegung Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen schaffen könne. Damit könne etwaigen Erschwernissen der Krankenhäuser beim Erreichen der jeweiligen Mindestmenge Rechnung getragen werden.

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

3. Krankenhausrechtliche Konkurrentenklage und vorläufiger Rechtsschutz

Die in der Vergangenheit in Baden-Württemberg umstrittene Fachplanung der neurologischen Frührehabilitation Phase B neigt sich vorerst ihrem juristischen Ende zu. Nachdem die Gerichte zugunsten einiger Neubewerber entschieden haben, hat sich das Land Baden-Württemberg veranlasst gesehen, eine Überarbeitung der Fachplanung zu veranlassen und den „vorhandenen Kuchen“ auf die beteiligten Krankenhäuser neu aufzuteilen. In der Sache sind

zuvor Grundsatzurteile zur krankenhausrechtlichen Konkurrentenklage und zum vorläufigen Rechtsschutz ergangen (vgl. zuletzt: VGH BW – Beschl v. 13.06.2016 – 10 S 439/16).

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

4. Demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weiterhin zweifelhaft

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hatte in einem aufsehenerregenden Beschluss vom 10.11.2015 Zweifel an der demokratischen Legitimation des G-BA geäußert, da es möglicherweise an der hinreichenden Repräsentation und Mitwirkung aller betroffenen Interessengruppen und potentieller Träger von Entscheidungen des G-BA fehle. Zu einer Sachentscheidung des BVerfG ist es dennoch nicht gekommen, weil die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der Verfassungsbeschwerde nicht erfüllt waren.

So liegt dies auch in einer neueren Entscheidung des BVerfG vom 06.10.2016 (1 BvR 292/16). Auf die „durchaus gewichtigen Zweifel“ einer demokratischen Legitimation des G-BA „als Institution“ macht das Gericht indessen erneut aufmerksam.

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

5. Fixkostendegressionsabschlag

Nachdem bereits mehrere Schiedsstellenverfahren zur Festsetzung des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Abs. 13 KHEntgG anhängig waren, hat der Gesetzgeber die Abschlagshöhe für die Entgeltzeiträume 2017 und 2018 im Rahmen des PsychVVG mit 35 % vorgegeben. Die Höhe eines auf Ortsebene zu vereinbarenden höheren Abschlags nach § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG wird auf 50 % begrenzt. In der Begründung zu der Gesetzesänderung wird – zutreffend – auf die sehr unterschiedlichen Vorstellungen der Vertragsparteien auf Landesebene in den Verhandlungen zu der Abschlagshöhe hingewiesen. Zu erwarten sind vielfältige Streitpunkte bei Anwendung des Fixkostendegres-

sionsabschlags auf Ortsebene vor dem Hintergrund einer beträchtlichen Anzahl, sich teilweise überschneidender gesetzlicher Ausnahmetatbestände zu einem erhöhten Abschlag, zu einem hälftigen Abschlag sowie zur Befreiung vom Abschlag.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

6. Zuschlag für die besonderen Aufgaben von Zentren

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 08.09.2016 ausgeführt, die Anerkennung einer zuschlagsfähigen Einrichtung im Sinne des § 5 Abs. 3 KHEntgG setze einen speziellen Versorgungsauftrag voraus. Die Zentren der Plankrankenhäuser müssen demnach entweder im Krankenhausplan ausgewiesen oder im Rahmen einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V anerkannt sein. Mit der Aufnahme der entsprechenden Fachrichtung in den Krankenhausplan ist in der Regel kein Versorgungsauftrag für die besonderen Aufgaben eines Zentrums verbunden. Zutreffend weist das Gericht auf die enge Verknüpfung von Krankenhausplanungs- und Krankenhausfinanzierungsrecht hin. Im Rahmen des KHSG wurde zweifelsfrei klargestellt, dass die besonderen Aufgaben einer Ausweisung im Krankenhausplan oder einer gleichartigen Festlegung durch die zuständige Landesbehörde bedürfen. Aktuell ist darauf hinzuweisen, dass die Bundesschiedsstelle am 08.12.2016 nach § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG die besonderen Aufgaben der Zentren durch Festsetzung konkretisiert hat (sog. Zentrumsvereinbarung).

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart und
Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund*

7. Sicherstellungszuschläge

Mit Beschluss vom 12.10.2016 befasst sich das Bundesverwaltungsgericht mit dem Sicherstellungszuschlag nach § 5 Abs. 2 KHEntgG in der Fassung des Gesetzes, die bis Ende des Kalenderjahrs 2015 galt. Nach Auffassung des Gerichts erstreckt sich die Entscheidungsbefugnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nach § 5 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG auf alle

Tatbestandsmerkmale der Norm, einschließlich der Prüfung, ob die Kostenunterdeckung auf einen geringen Versorgungsbedarf zurückzuführen ist. Ausgenommen von der Entscheidungszuständigkeit der Landesbehörde sei lediglich die Höhe des Zuschlags. Voraussetzung für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags sei auch, dass die das Defizit verursachenden geringen Fallzahlen in der Versorgungsstruktur des Einzugsgebiets (z.B. ländliches Gebiet) oder der Leistungsart (unregelmäßig oder selten auftretende Behandlungsfälle) begründet seien. Ob ein vorhandenes Marktpotenzial die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags ausschließe, sei stets eine Frage des Einzelfalls. Der gerichtlichen Entscheidung kommt auch bei Auslegung des § 5 Abs. 2 KHEntgG in der ab dem 01.01.2016 geltenden Fassung maßgebliche Bedeutung zu. Zwischenzeitlich liegt der Beschluss des G-BA über die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen vor, die ab dem Entgeltzeitraum 2017 anzuwenden sind. Über diesen Beschluss wollen wir zeitnah gesondert informieren.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

8. Vergütung für Hochschulambulanzen

Die Möglichkeiten der Hochschulkliniken auf Realisierung einer leistungsgerechten Vergütung für die von ihnen betriebenen Hochschulambulanzen haben sich durch Rechtsänderungen im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.07.2015 und KHSg vom 10.12.2015 verbessert: Wesentlich ist insbesondere, dass der bisher gesetzlich vorgegebene Investitionskostenabschlag entfallen ist und ausdrücklich vorgegeben wird, dass die Höhe der Vergütung die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten muss. Ausdrücklich wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt, der Anpassung der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen stehe der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht entgegen. Zwischenzeitlich haben mehrere Hochschulambulanzen auf Grundlage dieser neuen Rechtslage zu Vergütungsverhandlungen aufgefordert und in Kürze sind hierzu Verfahren bei den Schiedsstellen zu erwarten. Zwischen-

zeitlich wurden der dreiseitige Vertrag nach § 117 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V von dem erweiterten Bundesschiedsamt sowie der zweiseitige Vertrag nach § 120 Abs. 3 Satz 4 SGB V von der Bundesschiedsstelle festgesetzt.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

9. Keine Fallzusammenführung bei nicht vorhersehbarer weiteren Entwicklung

Die Krankenkasse forderte von einem von uns vertretenen Krankenhaus die Zusammenführung von zwei stationären Aufenthalten zu einer Fallpauschale. Auch wenn die Voraussetzungen von § 2 FPV nicht vorgelegen hätten, würde alleine das Wirtschaftlichkeitsgebot eine Fallzusammenführung verlangen. Das SG Karlsruhe trat der Ansicht der Krankenkasse mit Urteil vom 05.12.2016 entgegen und stellt klar, dass das Krankenhaus zum Zeitpunkt der Entlassung zwar wusste, ein weiterer Aufenthalt werde wohl erforderlich, nicht jedoch, wann und welche konkreten Leistungen erforderlich würden. Zudem sei nicht einmal klar gewesen, ob sich der Patient nicht für ein anderes Krankenhaus für die weitere Behandlung entscheiden werde. Aus der maßgeblichen ex-ante-Sicht sei daher für das Krankenhaus keine wirtschaftlichere Leistungserbringung planbar gewesen.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

10. Aufwandspauschale und kein Ende

Bekanntlich hat das BSG mit Urteilen vom 25.10.2016 klargestellt, es halte an seiner „Erfindung“ der sachlich-rechnerischen Überprüfung fest, die nicht in den Anwendungsbereich von § 275 Abs. 1, Abs. 1 c SGB V falle. Daher hätten die Krankenhäuser bei sachlich-rechnerischen Überprüfungen keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale; zudem laufe nicht die Ausschlussfrist von 6 Wochen. In Kenntnis dieser neuen Entscheidung hält das SG Karlsruhe mit Urteilen vom 29.11.2016 unter Berücksichtigung eines weiten Verständnisses des Begriffs der „Auffälligkeitsprüfung“ daran fest, dass auch Kodierfragen von § 275 Abs. 1 c SGB V erfasst sein können. Ähnlich hat-

te bereits eine andere Kammer des SG Karlsruhe am 10.10.2016 entschieden; eine unterlegene Krankenkasse hat zwischenzeitlich in einem Fall Nichtzulassungsbeschwerde zum Landessozialgericht eingereicht, über die noch nicht entschieden wurde. Thematisiert wurde von beiden Kammern in den mündlichen Verhandlungen zudem, ob Treu und Glauben bzw. § 814 BGB einer Rückforderung gezahlter Aufwandspauschalen in Kenntnis der „Erfindung“ des BSG entgegenstehen.

Zwar hat der Gesetzgeber mit der Einführung von § 275 Abs. 1 c Satz 4 SGB V zum 01.01.2016 Klarheit geschaffen. Gleichwohl zeigen die skizzierten Entscheidungen, dass die Gerichte wohl noch längere Zeit damit beschäftigt sein werden, Streitigkeiten über Aufwandspauschalen in unterschiedlichen Fallkonstellationen – insbesondere in zeitlicher Hinsicht – zu entscheiden. Wir werden Sie in der Newsrubrik auf unserer Homepage auf dem neuesten Stand der Dinge halten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

11. Neue Vereinbarung über die Patientengruppen für Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V

Am 18.11.2016 hat das erweiterte Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung die Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Abs. 1 SGB V bestimmt. Beteiligt waren der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinbarung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Die Vereinbarung ist unter anderem über die Homepage der DKG abrufbar. Erfasst werden Patienten mit seltenen Erkrankungen, Patienten, die zur Sicherung einer Diagnose einer Hochschulambulanz bedürfen, Patienten mit Erkrankungen nach § 116 b SGB V, Patienten, die der Versorgung mit hochspezialisierten diagnostischen oder therapeutischen Leistungen bedürfen, Patienten zur Versorgung durch sehr seltene Fachdisziplinen sowie Patienten mit besonders schweren Erkrankungen. Der Zugang zu den Hochschulambulanzen erfordert grundsätzlich eine fachärztliche Überweisung, die nur bei dezidiert aufgeführten Ausnahmen entfallen

kann. Obwohl die Hochschulambulanzen danach grundsätzlich erst dann zur Versorgung „aufgerufen“ sind, wenn die vertragsärztliche Versorgung diese nicht mehr übernehmen kann, werden die Leistungen nach § 117 SGB V dieser (widersprüchlicher Weise) zugeordnet.

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

12. CPAP/ASB ist maschinelle Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien

Das LSG NRW hat mit Urteil vom 27.10.2016 (L 5 KR 132/16) klargestellt, dass anders als CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) die Kombination aus CPAP und ASB (Assistierte Spontanbeatmung) eine maschinelle Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien darstellt. Das BSG hatte zuvor in einer Entscheidung vom 10.03.2015 (B 1 KR 82/14 B) klargestellt, dass es sich bei CPAP nicht um eine maschinelle Beatmung im Sinne der Kodierrichtlinien 1001h handelt, da der Patient die Atembewegungen nicht aktiv unterstützt. Bei einer Kombination aus CPAP und ASB wird jedoch – so das LSG NRW – nicht nur der Atemwegsdruck stabil gehalten, sondern ein Sauerstoffluftgemisch in die Lunge gepresst, wenn der Patient selbst nicht genügend Sauerstoff einatmet und der Trigger ausgelöst wird. Damit erfüllt CPAP/ASB die Voraussetzungen der Deutschen Kodierrichtlinien 1001h, da Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden und die Atmung des Patienten so unterstützt wird.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

13. Angestellte MVZ-Ärzte sind bei Plausibilitätsprüfung zu berücksichtigen

Nach einem Urteil des SG München aus Oktober 2016 haben Plausibilitätsprüfungen in einem MVZ nicht arzt-, sondern betriebsbezogen zu erfolgen. Eine Differenzierung zwischen Vertragsärzten und angestellten Ärzten erfolgt insofern nicht. Das Aufgreifkriterium der Überschreitung eines Quartalszeitprofils von 780 Stunden ist mit der Anzahl der im MVZ tätigen Ärzte zu multiplizieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben deswegen auf die im EBM hin-

terlegten Werte und nicht auf die im EDV-System des MVZ erfassten Arbeitsstunden abzustellen. Anders als im Rahmen einer BAG sind nach Auffassung des Gerichts bei einem MVZ die Vertretungsregelungen des § 32 Ärzte-ZV entsprechend anwendbar, weil hier der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung nicht gilt. Das MVZ ist insofern mit einer BAG nicht vergleichbar, da die im MVZ tätigen Ärzte keine gemeinsamen vertraglichen Leistungen erbringen. Das Gericht verweist deswegen unter anderem auch darauf, dass bei einer BAG jeder Partner Inhaber einer eigenen Zulassung ist, während bei einem MVZ der Rechtsträger alleiniger Inhaber der Zulassung ist.

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

14. Neue MVZ sind wie Aufbau- oder Jungpraxen zu behandeln

Nach einem Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 05.10.2016 haben auch MVZ Anspruch darauf, sich während der Anfangsphase ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe entwickeln zu können. Für die Einstufung eines MVZ als Aufbau- oder Jungpraxis kommt es auf deren Gründungszeitpunkt und nicht auf den Zeitpunkt der erstmaligen Zulassung der unter Zulassungsverzicht in das MVZ eintretenden Ärzte an. Die Regelungen des Honorarverteilungsvertrages über die Privilegierung von Jungpraxen sind auf MVZ entsprechend anzuwenden oder wegen des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit in diesem Sinne verfassungskonform auszulegen. Der von der Kassenärztlichen Vereinigung vertretenen Auffassung, das Regelleistungsvolumen (RLV) sei arztbezogen und nicht praxisbezogen zu errechnen, wurde damit ein Riegel vorgeschoben. Die klagende MVZ-Trägerin hatte Anspruch auf Zuweisung eines höheren RLV. Die genaue Bestimmung des Zeitraums für den Aufbau eines Betriebes ab der Erstzulassung (sogenannte Anfängerpraxis) ist der Regelung in der Honorarverteilungsvereinbarung vorbehalten.

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

15. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – renale Denervation

Krankenkassen nehmen nahezu flächendeckend die Ergebnisse einer am 29. März 2014 präsentierten Symplicity HTN-3 Studie zum Anlass, die Vereinbarung und Vergütung der Leistung „renale Denervation“ (DRG F19D; OPS 8-83c.5) aufgrund vorgeblich fehlender Nachweise für die Qualität und Wirksamkeit des Verfahrens nach Maßgabe des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V zu verweigern. Das Sozialgericht Freiburg hat nunmehr mit Urteil vom 23.02.2016 (S 6 KR 5318/14) der Klage eines Krankenhauses über einen Vergütungsanspruch nach Durchführung einer perkutanen renalen Denervation bei therapieresistenter Hypertonie stattgegeben und die grundsätzliche Abrechnungsverweigerung der Krankenkassen scharf kritisiert, da diese aufgrund interner Abstimmung faktisch eine Streichung der betreffenden DRG aus dem Fallpauschalenkatalog beinhaltet. Ein solches Vorgehen verstößt gegen die Zuständigkeitsverteilung des § 9 KHEntgG und ist auch nicht unter Berufung auf das Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 SGB V zu rechtfertigen.

Nach dem Regelungsgehalt des § 137c SGB V ist es vielmehr erforderlich und ausreichend, dass eine Behandlungsmethode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass den Patienten durch ihre Anwendung ein Schaden droht. Dieses Potenzial der renalen Denervation können die Kostenträger nach gegenwärtiger Studienlage jedenfalls bei Erfolglosigkeit der medikamentösen Therapie bei resistenter Hypertonie nicht absprechen, zumal Einigkeit darüber besteht, dass ein Schaden durch diese Methode nicht verursacht wird. Das Sozialgericht betont daher zu Recht, dass Krankenkassen nicht aufgrund jeder neuen Erkenntnis, die den Nutzen einer nach dem Fallpauschalenkatalog abrechenbaren Leistung in Frage stellt, deren Vergütung grundsätzlich ablehnen können.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

16. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aus rechtlichen Gründen

Wie das BSG mit Urteil vom 17.11.2015 (B 1 KR 18/15 R) zur stationären Durchführung einer Radiojodtherapie entschieden hat, genügt für die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V, dass eine medizinisch notwendige Versorgung „aus Gründen der Rechtsordnung“ stationär erbracht werden darf. In dem vom BSG entschiedenen Fall sahen die einschlägigen strahlenschutzrechtlichen Vorschriften die Entlassung eines Radiojod-therapierten Versicherten erst vor, wenn die aus der Behandlung resultierende Strahlenexposition bei Personenkontakten keine Gefahr für Dritte mehr darstellte. Derartige rechtliche Strukturvorgaben dürfe die GKV bei der Erfüllung ihrer Aufgaben aber nicht außer Acht lassen, so das BSG.

Einen vergleichbaren rechtlichen Grund für die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung i. S. d. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V nahm das SG Freiburg in einem aktuellen Urteil bei einem an Tuberkulose erkrankten Versicherten an, der aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des § 36 Abs. 4 Bundesinfektionsschutzgesetzes (IfSG) solange nicht in ein Pflegeheim überstellt werden konnte, wie nicht ein ärztlicher Nachweis darüber vorlag, dass bei ihm keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose mehr vorhanden waren.

Das SG folgte der von uns vertretenen Rechtsauffassung und bejahte die stationäre Behandlungsbedürftigkeit. Entsprechend wies die Kammer die Erstattungsklage der Krankenkasse gegen das beklagte Krankenhaus ab.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Julia Gokel, Dortmund

17. Keine Umsatzsteuererstattung bei Zytostatikaabgabe zur ambulanten Behandlung

Das Sozialgericht Karlsruhe wies am 15.11.2016 die Klagen mehrerer Krankenkassen gegen verschiedene Krankenhäuser auf Erstattung der entrichteten Umsatzsteuer anlässlich der Abgabe von Zytostatikazubereitungen zur ambu-

lanten Behandlung durch ermächtigte Krankenhausärzte ab. Das Gericht argumentiert einerseits mit den in Baden-Württemberg geschlossenen Verträgen nach § 129 a SGB V, die einen fiktiven Umsatzsteueraufschlag für den Fall der Feststellung der Umsatzsteuerfreiheit vorsehen und stellt andererseits klar, dass nach BMF keine Pflicht zur Änderung der Umsatzsteuerbescheide für die Zeit vor dem 01.04.2017 besteht. Daher seien die Krankenhäuser auch nicht verpflichtet, eine Umsatzsteuererstattung – die ohnehin nur einheitlich gegenüber PKV- und GKV-Patienten ergehen könnte – durch den Fiskus herbeizuführen. Die Urteile sind bislang nicht rechtskräftig. Über die weitere Entwicklung werden wir Sie auf dem Laufenden halten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

18. Defensive Konkurrentenklage gegen Dialysegenehmigung

Das BSG hat sich in den vergangenen Jahren wiederholt mit sog. defensiven Konkurrentenklagen gegen Dialysegenehmigungen befasst. Kennzeichnend für die Verfahren ist, dass sich ein Genehmigungsinhaber gegen die Erteilung oder Zusicherung zur Erteilung einer Dialysegenehmigung an einen Konkurrenten wendet. In Abkehr zur Rechtsprechung aus dem Jahre 1997 bestätigt das Gericht die Anfechtungsbefugnis des Genehmigungsinhabers. Mit Urteil vom 03.08.2016 betont das BSG ergänzend zu den Entscheidungen der vergangenen Jahre die Bedeutung der von der KV bei Genehmigung zugunsten des Konkurrenten zu treffenden Prognoseentscheidung. Es genügt nach BSG nicht, wenn der Auslastungsgrad des zugelassenen Leistungserbringers nur einmalig 90 % überschritten hat. Vielmehr kommt es darauf an, ob der Auslastungsgrad des zugelassenen Leistungserbringers kontinuierlich mindestens 90 % der nach der QSV festgelegten Patientenzahl überschreitet. Bei der Beurteilung der Rechtmäßigkeit der von der KV anzustellenden Prognoseentscheidung ist der Zeitpunkt der Entscheidung und nicht die tatsächliche Entwicklung nach Erlass der Entscheidung maßgeblich.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

19. Ablehnung einer MDK-Beschäftigten als gerichtliche Sachverständige wegen Besorgnis der Befangenheit

Nicht selten werden in sozialgerichtlichen Klageverfahren, in denen es um die Kodierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen geht, Beschäftigte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaft als Sachverständige ernannt. Der BGH hat mit Urteil vom 16.08.2016 (6 W 66/16) entschieden, dass bei Bestellung eines beim MDK Beschäftigten als gerichtlicher Sachverständiger die Voraussetzungen für eine Besorgnis der Befangenheit vorliegen. Der BGH begründet dies mit der besonderen Verfasstheit und systematischen Stellung des MDK als medizinischer Begutachtungs- und Beratungsdienst in der Verantwortung und Finanzierung der Krankenkassen. Zwar sei ein Sachverständiger grundsätzlich bei der Wahrnehmung der gutachterlichen Tätigkeit nur seinem ärztlichen Gewissen verpflichtet, was aus dem ärztlichen Berufsrecht und dem für begutachtende Sachverständige geltenden Recht folge. Aufgrund des dienst- bzw. arbeitsrechtlichen Verhältnisses des Sachverständigen zum MDK bestehen jedoch faktisch und strukturell Verflechtungen mit diesem, so dass Anhaltspunkte vorliegen, die Anlass geben, an der Unvoreingenommenheit und Unparteilichkeit des Sachverständigen zu zweifeln.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

20. AÜG-Reform kommt zum 01. April 2017

Nach dreijähriger Diskussion hat der Bundestag am 21.10.2016 eine Reform des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) verabschiedet. Das Gesetz pasierte am 25.11.2016 den Bundesrat, wo es ohne weitere Änderungen durchgewunken wurde. Das Gesetz enthält wesentliche Neuregelungen. Ab dem 01.04.2017 darf derselbe Leiharbeiter nicht länger als 18 aufeinanderfolgende Monate demselben Entleiher überlassen werden. Überlassungszeiten vor diesem Zeitraum werden auf diese Höchstdauer nicht angerechnet. Das Gesetz enthält eingeschränkte Abweichungsmöglichkeiten. Bei Verstößen drohen Bußgelder bis zu 30.000 €. Spätestens nach neun Monaten ist dem

Leiharbeitnehmer das gleiche Entgelt wie einem vergleichbaren Stammarbeitnehmer im Entleiherbetrieb zu zahlen. Die Arbeitnehmerüberlassung ist in dem entsprechenden Vertrag zwischen Entleiher und Verleiher ausdrücklich als solche zu bezeichnen. Unter anderem dieses Merkmal unterscheidet den Personalüberlassungsvertrag von Werk- und Dienstverträgen. Verstöße führen zum Zustandekommen eines Arbeitsverhältnisses mit dem Entleiher, sofern nicht der Arbeitnehmer innerhalb einer Frist von einem Monat erklärt, dass er am Arbeitsvertrag mit dem Verleiher festhält.

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

21. Frühchen-Versorgung: Neue Übergangsregelung

Der G-BA hat am 15.12.2016 eine neue Übergangsregelung zur Erfüllung der Personalanforderungen in Perinatalzentren beschlossen. Nachdem ursprünglich vorgesehen war, dass von den verpflichtenden Vorgaben der Richtlinie nur bis zum 01.01.2017 abgewichen werden kann, ermöglicht die Neuregelung ein Abweichen von den Personalanforderungen unter Angabe von Gründen längstens bis zum 31.12.2019. Mit den von dieser Übergangsregelung betroffenen Krankenhäusern soll ein klärender Dialog auf Landesebene geführt und eine Zielvereinbarung zur Erreichung der Personalanforderungen geschlossen werden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

II.

Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht

1. Vergütungsverhandlungen in der medizinischen Rehabilitation

Den Rehabilitationseinrichtungen wird empfohlen, Vergütungsverhandlungen unter Berücksichtigung neuerer Entscheidungen der Reha-Schiedsstelle Nordrhein-Westfalen aufzunehmen. In einem Verfahren einer Einrichtung, die von uns vertreten wurde, hat die Schiedsstelle ausgeführt, auch die Preisfindung in Schiedsstellenverfahren zur medizinischen Rehabilitation verfolge das Ziel der Ermittlung einer leistungsgerechten und angemessenen Vergütung. Die Schiedsstelle ist insoweit der von uns vertretenen Rechtsauffassung gefolgt, wonach in Anlehnung an höchstrichterliche Entscheidungen in einem 2-stufigen Verfahren ein leistungsgerechtes Entgelt ermittelt werden muss. Wir empfehlen den Einrichtungen im Rahmen der Verhandlungen auch das Thema der Fahrtkosten zu thematisieren, soweit die Fahrten für Patienten bisher auf Kosten der Einrichtungen durchgeführt werden mussten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

2. Schuldbeitritt des Sozialhilfeträgers

Nach der Rechtsprechung des BSG übernimmt der Sozialhilfeträger mit seiner Kostenübernahmeerklärung im Wege des Schuldbeitritts (kumulative Schuldübernahme) die Zahlungsverpflichtung des Hilfebedürftigen gegenüber dem Leistungserbringer. Dieser Schuldbeitritt begründet einen unmittelbaren Zahlungsanspruch der Einrichtung gegenüber dem Sozialhilfeträger. Der Sozialhilfeträger tritt hierdurch als Gesamtschuldner in Höhe der bewilligten Leistungen an die Seite des Sozialhilfeempfängers. In der Vergangenheit war umstritten, ob der Sozialhilfeträger auch dann weiter aus dem zwischen dem Hilfebedürftigen und dem Leistungserbringer geschlossenen Vertrag verpflichtet ist, wenn der Hilfebedürftige die Leistungen nicht mehr in Anspruch nimmt (z.B. vorzeitiger Auszug aus der Pflegeeinrichtung) und eine fristgerechte

Kündigung nicht erfolgt ist. Nach einem neueren Urteil des LG Stuttgart ist die Bindung des Sozialhilfeträgers fortbestehend, solange und soweit der der Bewilligung zu Grunde liegende begünstigende Verwaltungsakt nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist. Wurde demnach der Bewilligungsbescheid bereits durch bestandskräftigen Aufhebungsbescheid zurückgenommen, fehlt es an einer Verpflichtung zur Kostentragung auf Seiten des Sozialhilfeträgers.

*Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart und
Rechtsanwältin Dr. Julia Gokel, Dortmund*

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