



Newsletter April 2022

Berufsrecht

1. Keine Beitragspflicht von Privatärzten zum KV-Bereitschaftsdienst

Das LSG Darmstadt hat in einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren entschieden, dass stark zu bezweifeln sei, ob die Kassennärztliche Vereinigung Hessen (KV) dazu ermächtigt ist, von Privatärzten Beiträge zur Finanzierung des Bereitschaftsdienstes der KV heranzuziehen, da eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage für die Bereitschaftsdienstverordnung der KV nach summarischer Prüfung nicht vorliege.

Ein niedergelassener Arzt betreibt eine Privatpraxis in Frankfurt am Main. Von ihm forderte die KV Beiträge in Höhe von 7.500 € für die Jahre 2019 bis 2021 zur Finanzierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Der Arzt wandte dagegen ein, dass die von der KV per Satzung geregelte Bereitschaftsdienstordnung für Privatärzte nicht gelte. Er beantragte einstweiligen Rechtsschutz.

Die Richter des Landessozialgerichts ordneten die aufschiebende Wirkung der gegen die Beitragsbescheide erhobenen Widersprüche des Arztes bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache an. Es bestünden ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Beitragsbescheide. Nach summarischer Prüfung im Eilverfahren sei davon auszugehen, dass es an einer rechtmäßigen Rechtsgrundlage fehle.

Die Rechtssetzungskompetenz der KV sei auf die Konkretisierung der Rechte und Pflichten des Bereitschaftsdienstes der Vertragsärzte beschränkt. Die KV könne hingegen nicht über Satzungsrecht den Kreis der zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst der KV verpflichteten Ärzte erweitern und daher Privatärzte nicht zur Finanzierung dieses Bereitschaftsdienstes heranziehen.

Auch das Hessische Heilberufsgesetz enthalte keine taugliche Ermächtigungsgrundlage für die von der KV erlassene Regelung. Im Hinblick auf die verfassungsrechtlich geschützte Berufsausübungsfreiheit müssten die wesentlichen Voraussetzungen für eine Pflichtteilnahme von Privatärzten an dem Bereitschaftsdienst der KV bzw. der entsprechenden Befreiungsbedingungen und Beitragspflichten gesetzlich geregelt sein. Eine solche Regelung habe der hessische Gesetzgeber hingegen nicht vorgenommen. Insbesondere sei die Vorgaben für die Finanzierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes nicht hinreichend gesetzlich geregelt.

Der Beschluss ist unanfechtbar.

Die Klagen (Hauptsacheverfahren) des Arztes sind vor dem Sozialgericht Marburg anhängig. Mehrere parallel gelagerten Streitigkeiten anderer Privatärzte sind sowohl in der Hauptsache als auch im einstweiligen Rechtsschutz am Sozialgericht Marburg (1. Instanz) und am Hessischen Landessozialgericht (Berufungs- oder Beschwerdeinstanz) anhängig.

Quelle: Pressemitteilung des LSG Darmstadt Nr. 3/2022 v. 24.03.2022

2. Zur Zulässigkeit eines kalkulatorischen Gewinnanteils des Praxislabors in der Honorarabrechnung

Zahnärzte, die zahntechnische Leistungen in einem eigenen Praxislabor erbringen, dürfen im Rahmen des § 9 Abs. 1 GOZ einen angemessenen kalkulatorischen Gewinnanteil berechnen.

Eine Wettbewerbszentrale vertrat die Ansicht, dass nach dem Wortlaut des § 9 Abs. 1 GOZ der Zahnarzt für zahntechnische Leistungen nur die tatsächlich entstandenen Kosten abrechnen, also keinen Gewinn ansetzen dürfe.

Das OLG legt dar, dass der Wortlaut der Regelung des § 9 GOZ Abs. 1 „angemessenen Kosten“ auch so ausgelegt werden können, dass er einen maßvollen, den betriebswirtschaftlichen Maßstäben entsprechenden, kalkulatorischen Gewinnanteil umfasse. Dabei sei vor allem zu berücksichtigen, dass die Abrechnung von Fremdkosten, also zahntechnische Leistungen externer Dentallabore gleichfalls einen Gewinn beinhalte.

Auch der Begriff „Preis“ in § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ spreche dafür, dass es sich nicht nur um Kosten, sondern um einen kalkulierten Preis der jeweiligen Einzelleistung einschließlich eines Gewinnanteils handle.

Und schließlich sei dem Zahnarzt gemäß § 11 MBO der Betrieb eines eigenen Labors ausdrücklich erlaubt was voraussetze, dass das Praxislabor wirtschaftlich sinnvoll ausgestaltet werden könne.

OLG Frankfurt a. M., Urteil vom 17.03.2022, Az. 6 U 51/21

<https://www.juradent.de/artikel/4311/OLG-Frankfurt-a-M-Ein-kalkulatorischer-Gewinnanteil-fuer-Leistungen-eines-Praxislabors-ist-rechtlich-zulaessig>

Krankenhausrecht

1. Krankenhäuser dürfen wesentliche Leistungen ihres Versorgungsauftrags nicht auf Dritte auslagern

Für die im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche hat das Krankenhaus die räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen selbst vorzuhalten. Es darf solche Leistungen nicht regelmäßig und planvoll auf Dritte auslagern. Der Krankenhausplan weist für das Krankenhaus eine Fachabteilung für Strahlentherapie aus. Das Krankenhaus konnte aber nach der Schließung dieser Abteilung selbst keine strahlentherapeutischen Leistungen mehr erbringen.

Bestrahlungen sind für ein Krankenhaus mit einem Versorgungsauftrag für Strahlentherapie jedoch wesentliche Leistungen

Das klagende Krankenhaus ist im Krankenhausplan des Landes Baden- Württemberg unter anderem mit einer Abteilung für Strahlentherapie aufgenommen, hat diese aber geschlossen und strahlentherapeutische Leistungen seit Jahren durch eine in unmittelbarer Nähe befindliche ambulante Strahlentherapiepraxis erbringen lassen. Im Oktober 2010 behandelte das Krankenhaus eine an Brustkrebs erkrankte Versicherte der beklagten Krankenkasse wegen ambulant nicht beherrschbarer Schmerzen stationär. Die in der Strahlentherapiepraxis bereits zuvor ambulant durchgeführte Bestrahlung wurde während der Dauer der stationären Behandlung dort fortgesetzt. Hierfür zahlte das Krankenhaus an die Strahlentherapiepraxis auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages 1608,72 Euro. Gegenüber der Krankenkasse machte das Krankenhaus eine Vergütung in Höhe von insgesamt 7413,80 Euro geltend und brachte dabei auch die strahlentherapeutischen Leistungen in Ansatz. Die Krankenkasse verweigerte die Zahlung des auf die strahlentherapeutischen Leistungen entfallenden Anteils der Krankenhausvergütung von 3927,51 Euro. Die hierauf gerichtete Klage des Krankenhauses hat der 1. Senat - anders als noch die Vorinstanzen - abgewiesen.

Zwar können Krankenhäuser auch Leistungen Dritter abrechnen, die für Behandlungen von ihm veranlasst wurden. Das Gesetz erlaubt es jedoch nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der von seinem Versorgungsauftrag umfassten Leistungen regelmäßig und planvoll auf Dritte auslagert, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind. Das Krankenhaus hat für die im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche die räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen selbst vorzuhalten. Wesentlich sind dabei alle Leistungen, die in der jeweiligen Fachabteilung regelmäßig notwendig sind - mit Ausnahme unterstützender und ergänzender Leistungen, wie etwa Laboruntersuchungen oder radiologischer Untersuchungen.

BSG, Urteil vom 26.4.2022, Az. B 1 KR 15/21 R

Quelle: Pressemitteilung BSG

Krankenversicherungsrecht

PKV: Keine Fahrtkostenerstattung bei Fahrten zur Dialysebehandlung

Laut OLG Nürnberg gilt eine mehrmals pro Woche durchgeführte Dialysebehandlung in einer Arztpraxis weder als "ambulante Operation" noch als "stationäre Heilbehandlung" im Sinne der Tarifbedingungen einer privaten Krankenversicherung. Damit besteht kein Anspruch auf Erstattung entsprechender Transportkosten.

OLG Nürnberg, Urteil vom 07.02.2022, Az. 8 U 224/21

<https://openjur.de/u/2388639.html>

Leistungs- und Vergütungsrecht

1. Operateur mit erschlichener Approbation - muss die Krankenkasse zahlen?

P, der nach dem Medizinstudium keine ärztliche Prüfung abgelegt hatte, legte gefälschte Zeugnisse vor und erhielt daraufhin von der zuständigen Landesbehörde die ärztliche Approbation. Das beklagte Krankenhaus beschäftigte ihn im Vertrauen auf die echte behördliche Approbationsurkunde von 2009 bis 2015 als Assistenzarzt und später als Facharzt. Nach Bekanntwerden der Täuschung nahm die zuständige Behörde die Approbation zurück. P wurde wegen Körperverletzung und Urkundenfälschung zu einer Freiheitsstrafe verurteilt.

Für Krankenhausbehandlungen, an denen ein Nichtarzt mitgewirkt hat, besteht wegen des in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Arztvorbehalts kein Vergütungsanspruch. Voraussetzung der Erbringung ärztlicher Leistungen ist nicht nur die Approbation, sondern auch die fachliche Qualifikation als Arzt. Die Approbation ist zwar notwendige Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufs. Sie spricht im Sinne einer widerlegbaren Vermutung auch dafür, dass der Betreffende über die medizinische Mindestqualifikation verfügt; sie fingiert diese aber nicht. Fehlt es an dieser, verletzt dies den Arztvorbehalt und damit das bei jeder Behandlung zu beachtende Qualitätsgebot. Unerheblich ist hierbei, ob die von P erbrachten Leistungen für sich genommen medizinisch mangelfrei waren und ob am Behandlungsgeschehen noch andere Personen mitgewirkt haben. Denn bei der Krankenhausbehandlung handelt es sich um eine komplexe Gesamtleistung, die mit Fallpauschalen vergütet wird.

Eine Ausnahme von dem Vergütungsausschluss gilt lediglich für eigenständige und abgrenzbare Behandlungsabschnitte, an denen der Nichtarzt nicht mitgewirkt hat. Der Ausschluss des Vergütungsanspruchs dient allein der Einhaltung des Qualitätsgebots und soll keine darüber hinausgehende Sanktion des Leistungserbringers bewirken. Er erstreckt sich daher nicht auf Teile der Behandlung, die vom Rechtsverstoß nicht erfasst sein können. Das Landessozialgericht muss nun feststellen, ob in den Behandlungsfällen eigenständige und abgrenzbare Behandlungen durchgeführt wurden, an denen P nicht mitgewirkt hat.

BSG, Urteil vom 26.04.2022, Az. B 1 KR 26/21 R

Quelle: Pressemitteilung des BSG

Vertragsarztrecht

1. Wechsel im Vorsitz des 6. Senates am BSG

Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht Prof. Dr. Ulrich Wenner tritt in den Ruhestand

Mit Wirkung zum 1. April 2022 ist Prof. Dr. Dagmar Oppermann zur Vorsitzenden Richterin am Bundessozialgericht ernannt worden.

Dagmar Oppermann war nach einer Tätigkeit am Sozialgericht Hildesheim an das BSG und an das Niedersächsische Justizministerium abgeordnet. Dagmar Oppermann wurde 2002 zur Richterin und 2006 zur Vorsitzenden Richterin am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen in Celle ernannt. Seit Juli 2009 war sie Mitglied des für die gesetzliche Rentenversicherung zuständigen 13. Senats, bevor sie im Juli 2016 in den für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Künstlersozialversicherung

zuständigen 3. Senat wechselte, deren stellvertretende Vorsitzende sie ab April 2017 war. Zum 1. April 2022 übernimmt sie den Vorsitz des für das Vertrags(zahn)arztrecht zuständigen 6. Senats, dem sie ab Januar 2022 zugeteilt ist.

2. Zur Entfernung einer ausgelagerten Praxisstätte für die Erbringung und Abrechnung von zytologischen Laborleistungen

Dem Erfordernis der "räumlichen Nähe" zum Vertragsarztsitz in § 24 Abs 5 Ärzte-ZV steht nicht entgegen, dass sich die Praxisräume für Laboruntersuchungen 9 km entfernt vom Vertragsarztsitz in P befinden und von dort aus innerhalb von 19 Minuten in verkehrsstarken Zeiten zu erreichen sind. Bei der Auslagerung von Praxisräumen sieht der Senat die zeitliche Erreichbarkeit am Vertragsarztsitz innerhalb von maximal 30 Minuten generell als geeignetes Kriterium zur Bestimmung der räumlichen Nähe an. Es stellt sicher, dass der Vertragsarzt zur Durchführung seiner Sprechstunden und auch bei Notfällen am Vertragsarztsitz persönlich zur Leistungserbringung in angemessener Zeit zur Verfügung steht. Es trägt unterschiedlichen Anforderungen an ländlich strukturierte Gebiete wie auch an dicht besiedelte Großstadtgebiete hinreichend Rechnung. An der zur überholten berufsrechtlichen Vorgängerregelung vertretenen Ansicht, dass "in den Augen des Publikums" eine organisatorisch einheitliche Praxis auch bei Auslagerung einer Praxisstätte vorliegen muss, hält der Senat nicht fest. Engere Organisationsstrukturen sind durch Digitalisierungen möglich geworden. Der Senat kann offenlassen, ob möglicherweise bei reinen Laboruntersuchungen, die ohne Arzt-Patienten-Kontakt in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt werden, im Einzelfall auch längere Wegezeiten als 30 Minuten in Betracht kommen. Darauf kommt es hier nicht an, weil bereits die Grenze von 30 Minuten nicht erreicht wird.

BSG, Urteil vom 06.04.2022, Az. B 6 KA 12/21 R

3. Zur Ausschlussfrist für Beratungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Der Senat stellt klar, dass die - bis zur Änderung durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz - im Grundsatz geltende, in der Rechtsprechung des Senats für Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelte vierjährige Ausschlussfrist auch für Beratungen gilt.

BSG, Urteil vom 06.04.2022, Az. B 6 KA 6/21 R

4. Zur Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf mit dem Anrechnungsfaktor von 0,25

Zwar kommt die "isolierte" Erteilung einer Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf im Umfang eines Viertels eines Versorgungsauftrags nicht in Betracht. Normativer Ausgangspunkt ist § 101 Abs 1 Nr 3 SGB V, der den GBA ermächtigt, Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher "Vertragsarztsitze" zu beschließen. Ein Vertragsarzt kann aber bis heute nicht im Umfang von weniger als einem halben Versorgungsauftrag zugelassen werden. Für Anstellungsgenehmigungen im Wege des Sonderbedarfs kann hinsichtlich des abzudeckenden Versorgungsumfangs nichts anderes gelten. Besteht aber - wie hier - ein Sonderbedarf in diesem Mindestumfang, kann dieser auch durch mehrere Anstellungsgenehmigungen mit dem Anrechnungsfaktor 0,25

gedeckt werden. Aus den Tragenden Gründen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 36 Abs 8 BedarfspIRL, an die der Senat nicht gebunden ist, folgt nichts Abweichendes.

BSG, Urteil vom 06.04.2022, Az. B 7 KA 6/21 R

Sonstiges

1. Gewerbesteuer: freiberufliche Tätigkeit muss von allen BAG-Partnern erbracht werden.

Eine Gemeinschaftspraxis von Zahnärzten ist insgesamt als Gewerbebetrieb einzustufen (und damit gewerbesteuerpflichtig), wenn einer der Zahnärzte für die Organisation, Verwaltung und Leitung der Praxis zuständig ist und nur noch in geringem Umfang eigene zahnärztliche Beratungs- und Behandlungsleistungen am Patienten erbringt.

Die Revision wurde zugelassen.

FG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 16.09.2021, Az. 4 K 1270/19 vom 16.09.2021

2. Zur Wirksamkeit eines Vergleichsvorschlages mittels einfacher Signatur

Auch ohne qualifizierte elektronische Signatur können Vergleichsvorschläge gemäß § 278 Abs. 6 Satz 1 Var. 1 ZPO durch die Parteien bzw. ihre Vertreter als elektronisches Dokument auf dem Wege des § 46c Abs. 3 Satz 1 Var. 2 ArbGG (bzw. § 130a Abs. 3 Satz 1 Var. 2 ZPO) – d.h. mit einfacher Signatur auf einem sicheren Übermittlungsweg – unterbreitet werden.

<https://ervjustiz.de/wp-content/uploads/2022/03/ArbG-Stuttgart.pdf>

mitgeteilt von RA Tim Hesse, Münster

V.i.S.d.P.: Rechtsanwältin Rita Schulz-Hillenbrand, Fachanwältin für Medizinrecht
Mitglied im Vorstand der AFAE, Würzburg

AFAE, Anwälte für Ärzte, <http://www.afae.de>, Ritterstraße 9, 40213 Düsseldorf, Telefon 0211/864630, Telefax 0211/320840

Alle Angaben ohne Gewähr und Anspruch auf Vollständigkeit. © AFAE