

NEWSLETTER JANUAR 2013

Inhaltsverzeichnis

Honorarärzte im Medizinischen Versorgungszentrum?.....	2
Vergütung von Honorarärzten im stationären Bereich – Wahlleistungsvereinbarungen von gesetzlich versicherten Patienten	3
Neue Bedarfsplanungs-Richtlinie ab 01.01.2013 - Geltung für Vertragsärzte und psychologische Psychotherapeuten -	6
KBV-Broschüre 12/2012 „Richtig Kooperieren“.....	9
Zu den Kernpflichten der MVZ-Geschäftsführung und den Kriterien einer MVZ- Zulassungsentziehung.....	11
Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 12.12.2012	14
Festsetzung des Verkehrswertes einer Praxis im Nachbesetzungsverfahren	20

MESSNER DÖNNEBRINK MARCUS
RECHTSANWÄLTE PARTNERSCHAFTSGESELLSCHAFT
JEAN-PIERRE-JUNGELS-STR. 6, 55126 MAINZ
TEL.: 0 61 31 – 96 05 70 FAX: 0 61 31 – 9 60 57 62
INFO@MDM-MEDIZINRECHT.DE
WWW.MDM-MEDIZINRECHT.DE

REGISTERGERICHT KOBLENZ
REGISTER-NR.: PR 20150

www.mdm-medizinrecht.de

Honorärärzte im Medizinischen Versorgungszentrum?

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Das SG Marburg hat entschieden, dass in MVZ nur angestellte Ärzte oder selbständig tätige Vertragsärzte tätig sein dürfen. Vertragsärzte die in einem MVZ arbeiten und nicht angestellt sind, müssen folglich Mitgesellschafter der MVZ Trägergesellschaft sein.



Das SG Marburg hat mit Urteil vom 14.11.2012 zu der Rechtsfrage Stellung genommen, ob Vertragsärzte im Sinne von § 95 Abs. 1 und 2 SGB V auch Mitgesellschafter eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) sein müssen oder ob auch ein anderes Vertragsverhältnis wie bspw. ein Honorararztvertrag oder Kooperationsvertrag zulässig ist.

Das Gesetz regelt in § 95 Abs. 1 SGB V, dass entweder angestellte Ärzte oder Vertragsärzte in einem MVZ tätig sein dürfen. Das SG Marburg hat entschieden, dass lediglich durch einen Kooperationsvertrag oder freiberuflichen Honorarvertrag mit einer MVZ Trägergesellschaft verbundene Vertragsärzte nicht als Vertragsärzte i.S.v. § 95 Abs. 1 SGB V „in“ einem MVZ tätig werden. Soweit das Gesetz neben angestellten Ärzten auch die Tätigkeit von nicht angestellten Vertragsärzten vorsieht, setze dies voraus, dass der Vertragsarzt selbst als selbständiger Vertragsarzt mit einem oder mehreren angestellten Ärzten oder in Gemeinschaft mit anderen Vertragsärzten tätig werden darf. Das SG Marburg geht davon aus, dass das Gesetz nach weitgehend allgemein gebilligter Anschauung für Vertragsärzte ein Wahlrecht vorsieht, ob sie ihre Niederlassung als Praxis oder als MVZ ausüben.

Die Frage, ob innerhalb eines MVZ unterschiedliche Rechtsformen der Tätigkeit von Vertragsärzten möglich sind, nämlich der Abschluss eines Kooperations- bzw. Honorararztvertrages mit einem Facharzt, hat das SG Marburg verneint. Nach Ansicht des SG Marburg muss ein Vertragsarzt im Ergebnis selbst als Mitgesellschafter der Trägergesellschaft des MVZ tätig werden oder aber einen Angestelltenvertrag mit dem MVZ abschließen. Kooperationsverträge oder Honorararztverträge sind nach Ansicht des Gerichts nicht als weitere Gestaltungs- oder Rechtsform zugelassen.

Quelle: SG Marburg, Urteil v. 14.11.2012, Az.: S 12 KA 1/12

Vergütung von Honorarärzten im stationären Bereich – Wahlleistungsvereinbarungen von gesetzlich versicherten Patienten

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

1. Zusammenfassung:

In zwei Gerichtsentscheidungen (Landgericht Würzburg, Beschluss vom 22.05.2012, Az.: 42 S 409/12 und Landgericht Nürnberg-Fürth, Beschluss vom 05.03.2012, Az.: 11 S 9701/11; Gesundheitsrecht GesR 7/12, S. 431 ff.) wurde zu speziellen Abrechnungs- und Honorarfragen Stellung genommen. Bei den Entscheidungen, geht es um die Abrechnung von gesetzlich versicherten Patienten mit stationärer Wahlleistungsvereinbarung und die Abrechnung der ärztlichen Leistung. Die Besonderheit dieser Fälle besteht darin, dass der einweisende Arzt auch als Honorararzt im stationären Bereich tätig wurde.



In beiden Fällen wurden Kassenpatienten von ihrem niedergelassenen Facharzt ambulant behandelt und zur Vornahme eines operativen Eingriffs in ein Krankenhaus eingewiesen. Im Krankenhaus selbst wurde mit dem Patienten eine Wahlleistungsvereinbarung geschlossen. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgte gemäß GOÄ, die Patienten mussten die Arztrechnung bezahlen.

Die Fallkonstellation ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil in beiden Fällen die zuvor ambulant tätigen Vertragsärzte im stationären Bereich als Honorarärzte tätig waren und als Honorarärzte in die Wahlleistungsvereinbarungen des Krankenhauses eingebunden waren.

2. Zum rechtlichen Hintergrund:

Grundsätzlich sind verschiedene Vertragsgestaltungen im Rahmen stationärer Behandlungsverhältnisse denkbar. Der einheitliche totale Krankenhausvertrag ist der Regelfall. Hier verpflichtet sich der Krankenhausträger, alle stationär erforderlichen Leistungen einschließlich der gesamten ärztlichen Versorgung zu erbringen. Das Honorar steht in dieser

www.mdm-medizinrecht.de

Fallkonstellation allein dem Krankenhausträger zu. Der Patient hat keinen Anspruch auf die Behandlung durch einen bestimmten Arzt des Krankenhauses.

Eine weitere denkbare Vertragsgestaltung ist die des totalen Krankenhausvertrages mit Arzt-Zusatzvertrag. Hier verpflichtet sich das Krankenhaus zur Erbringung der ärztlichen Behandlung wie auch der übrigen Krankenhausleistungen. Daneben schließt der Patient mit dem Chefarzt oder einem sonstigen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses einen zusätzlichen Arztvertrag ab, der den Arzt zur persönlichen Behandlung des Patienten verpflichtet und zur Eigenliquidation nach der GOÄ berechtigt. Der Patient verschafft sich durch diesen zusätzlichen Vertrag mit dem Arzt einen zusätzlichen „Schuldner“ für die ärztliche Leistung.

Eine Variante des totalen Krankenhaus-Vertrages mit Arzt-Zusatzvertrag ist der Krankenhaus-Vertrag mit Belegarzt-Vertrag und der gespaltene Krankenhaus-Vertrag. Hier schuldet der Krankenhausträger die Krankenhausversorgung sowie den Einsatz nachgeordneter Ärzte sowie die Weiterbehandlung der Patienten durch die Ärzte. Die eigentlichen ärztlichen Hauptleistungen werden vom selbst liquidierenden Arzt, regelmäßig einem Belegarzt, im Einzelfall auch dem selbst liquidationsberechtigten Chefarzt der Abteilung, erbracht.

Entscheidend dafür dass dem Arzt und nicht dem Krankenhaus die Berechtigung zusteht seine Leistung privatärztlich abzurechnen ist, dass der Patient zuvor ausreichend über die Wahlleistungen unterrichtet wurde und die Wahlleistungsvereinbarung schriftlich getroffen wurde.

In den vorliegenden Fällen waren jedoch weder Belegärzte noch angestellte Krankenhausärzte tätig sondern Honorarärzte, also nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte. Die vertragliche Gestaltung entspricht daher nicht den typischen Gestaltungsformen des Krankenhausvertrages. Die Fallgestaltung ähnelt allerdings dem Krankenhausvertrag mit Arzt-Zusatzvertrag insoweit, als der Honorararzt verpflichtet ist, die ärztliche Kernleistung, nämlich die Operation durchzuführen. Der Honorararzt ist im Gegenzug berechtigt, die ärztliche Leistung privatärztlich abzurechnen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die übrigen Leistungen zu erbringen.

Bei dieser Konstellation ist die Frage zu klären, ob sich aus § 17 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz ein gesetzliches Verbot ergibt, wonach anderen als den Krankenhausärzten eine

www.mdm-medizinrecht.de

Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen verboten sein soll. Bei § 17 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz handelt es sich nach Ansicht der Gerichte nicht um ein Verbotsgesetz. Die Regelung beschreibt vielmehr nur die Rechtsfolgen einer wahlärztlichen Leistungsvereinbarung. Die Regelung besagt nicht, dass sich eine Wahlleistungsvereinbarung nicht auch auf weitere Ärzte erstrecken kann, bei denen es sich nicht um angestellte oder beamtete Ärzte des Krankenhauses handelt. Die Gerichte sind der Ansicht, dass sich dies bereits aus § 18 Krankenhausentgeltgesetz ergebe. Danach können auch Belegärzte grundsätzlich privatärztlich abrechnen.

In beiden Fällen haben die Gerichte bestätigt, dass der Honorararzt aufgrund der mit dem Patienten getroffenen Wahlleistungsvereinbarungen privatärztlich liquidieren und den Rechnungsbetrag selbst bzw. über eine Abrechnungsstelle einziehen lassen kann.

Quelle: GesR 2012, S. 431 ff.

Neue Bedarfsplanungs-Richtlinie ab 01.01.2013 - Geltung für Vertragsärzte und psychologische Psychotherapeuten -

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Mit Beschluss vom 20.12.2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Entwurf einer neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie verabschiedet, die nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 01.01.2013 in Kraft tritt. In der Novelle werden bundesweit die Maßstäbe vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Bedarfsplanung für die Zulassung zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten nach den Vorgaben des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) neu festgelegt.

Neu wurden **4 Versorgungsebenen** in das Berechnungssystem eingezogen und definiert: (1) hausärztliche Versorgung, (2) allgemein fachärztliche Versorgung, (3) spezialisierte fachärztliche Versorgung und (4) gesonderte fachärztliche Versorgung (§ 5 der Richtlinien-Novelle). Diese vier neuen Versorgungsebenen sind zentral für die künftige Planung: jede der nun **auf 26 erweiterte Arztgruppen** (bisher 14 Arztgruppen) ist gemäß §§ 11, 12 der Richtlinie einer der Versorgungsebenen zugeordnet. Auch die **um die Zuordnung sog. Mittelbereiche und KV-umfasster Bereiche erweiterten Planungsbereiche** werden auf die Versorgungsebenen bezogen und die Verhältniszahlen des regionalen Versorgungsgrades je Arztgruppe künftig daran bemessen (§§ 6-8 der Richtlinien-Novelle).

Die jährlich anzupassenden allgemeinen Verhältniszahlen (Arzt- / Einwohner-Relation) werden je Planungsbereich mit einem **Demografiefaktor** modifiziert (außer: Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater und Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung), der sich am Alter der Bevölkerung unter bzw. über 65 Jahren und bis Ende 2017 zusätzlich am Leistungsbedarf je Arztgruppe gemäß der Abrechnungsstatistik in jeder Kassenärztlichen Vereinigung orientiert (§ 9 der Richtlinien-Novelle). Für jede Arztgruppe wurde eine neue einheitliche Verhältniszahl festgelegt (z.B. Hausärzte 1 : 1.671; Radiologen 1 : 49.095; Laborärzte 1 : 102.001). Übersteigen die lokalen die vorgenannten allgemeinen Verhältniszahlen um 10%, besteht **Überversorgung** und der Planbereich wird arztgruppenspezifisch gesperrt. Liegt der

www.mdm-medizinrecht.de

Versorgungsgrad genau an der Grenze zwischen Öffnung und Sperrung des Planbereichs (z.B. Überschreitung bereits mit hälftiger Zulassung) sollen **befristete Zulassungen** nach § 19 Abs.4 Ärzte-ZV erteilt werden (§§ 24, 26 Abs.1 der Richtlinien-Novelle). Bewerben sich mehrere Kandidaten in einem gesperrten Planbereich auf eine Zulassung, sollen nach § 26 Abs.4 Ziff.3 der Richtlinien-Novelle für den Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen folgende erweiterte **Kriterien der Bewerberauswahl zur Zulassung in der Nachfolgebesezung** gelten: berufliche Eignung, Dauer bisheriger ärztlicher Tätigkeit, Approbationsalter, Dauer der Eintragung in die Warteliste, bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes, Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit). **Unterversorgung** besteht erst, wenn der o.g. errechnete Bedarf an hausärztlicher Versorgung unter 75% und der an allgemeiner und spezialisiert fachärztlicher Versorgung unter 50% liegt. Es kann auch ein **zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf innerhalb eines übertersorgten Planungsbereichs** anhand bestimmter gesonderter Kriterien festgestellt werden, ebenso **Sonderbedarfe** (diesbezügliche Neufassung der §§ 35-38 der Richtlinie nochmals bis 30.04.2013). Auch sollen die **Voraussetzungen einer unausgewogenen Haus- / Facharzt-Relation** nach § 48 der Richtlinien-Novelle bis 30.06.2013 neu geregelt werden, bei deren Feststellung die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen treffen sollen.

Abweichungen aufgrund regionaler Besonderheiten von der Richtlinie sind mit Begründung gemäß § 12 Abs.3 Ärzte-ZV und § 2 der Richtlinien-Novelle in den regionalen Bedarfsplänen je Kassenärztlicher Vereinigung / Bundesland **aus bestimmten Gründen zulässig**: regionale Demographie, regionale Morbidität, sozioökonomische Faktoren, räumliche Faktoren, infrastrukturelle Besonderheiten. Abweichungen sind in den Bedarfsplänen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen, § 99 Abs.1 S.1 SGB V.

In den **Übergangsregelungen** ist insbesondere geregelt, dass entsprechend der Ärzte-ZV ordnungsgemäß und vollständig gestellte Anträge auf Zulassung oder Anstellung, die vor den Beschlüssen des Landesausschusses (bis spätestens 30.06.2013) gestellt worden sind, die Bedarfsplanungs-Richtlinie 2007 weiter gilt; neu festgelegte, abweichende Planbereiche sollen bis 01.07.2013 rechtzeitig bekannt gegeben werden (§ 63 Abs.5-7 der Richtlinien-Novelle). Für die Feststellung von Übertersorgung, sowie Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsgenehmigungen wegen Neufestlegung der Planbereiche wurde ein maximaler Anpassungszeitraum von bis zu 3 Jahren für die Landesausschüsse eröffnet (§§ 65 ff der Richtlinien-Novelle).

www.mdm-medizinrecht.de

Zusammenfassend werden die 4 neuen Versorgungsebenen für die künftige Beurteilung der Erfolgsaussichten von Zulassungsvorhaben je Arztgruppe von wesentlicher Bedeutung sein. Die Kriterien der Bewerberauswahl für den Zulassungsausschuss zur Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in § 26 Abs.4 Ziff.3 der Richtlinien-Novelle überschreiten die höherrangig per Gesetz in § 103 Abs.4 S.5 SGB V definierten Kriterien, was mangels Gestaltungsspielraum des G-BA an dieser Stelle eine Unrechtmäßigkeit der Richtlinien-Novelle bedeuten dürfte. Zudem sind einige Änderungen der Richtlinie noch bis Mitte nächsten Jahres zu erwarten und daher im Auge zu behalten (z.B. Regelungen zum lokalen Versorgungsbedarf, oder zur ausgewogenen Haus- / Facharzt-Relation).

Für Zulassungsvorhaben (Sitzübertragung und Anstellung) bei spezialisierten Facharztgruppen und Hausärzten in Ballungszentren gilt weiterhin, dass diese schnellstmöglich eingereicht werden sollten, da mit Geltung der neuen regionalen Bedarfspläne (Umsetzung bis spätestens 30.06.2013 durch die Landesausschüsse) auf Basis der neuen Richtlinie eine voraussichtlich strengere Neuordnung greift. Für Hausarztzulassungen in unterversorgten (ländlichen) Gebieten wird das Gegenteil gelten: hier sollen insgesamt ca. 1.200 neue Vertragsarztsitze mit freier Niederlassungsmöglichkeit neu entstehen.

*Quelle: Pressemitteilung Nr. 35/2012 des Gemeinsamen Bundesausschusses v. 20.12.2012, www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/466/
Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG v. 20.12.2012, www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1621/
„Tausende neue Arztsitze auf dem Land geplant“, Frankfurter Allgemeine Zeitung v. 20.12.2012*

KBV-Broschüre 12/2012 „Richtig Kooperieren“

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im Dezember 2012 erstmals eine Broschüre zum Thema „Richtig Kooperieren – rechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Vertragsärzten“ herausgegeben. Unter Darstellung der allgemeinen vier Grundsätze „richtigen“ Kooperierens (Äquivalenz-Prinzip, Trennungs-Prinzip, Transparenz-Prinzip und Dokumentations-Prinzip) werden typische Kooperationsmöglichkeiten anhand von Beispielen abgearbeitet. Dazu gehört die Zusammenarbeit unter zuweisenden Vertragsärzten, die Hilfs- und Heilmittelversorgung, das Industrie-

Sponsoring durch die Pharmaindustrie und die Kooperationsvarianten des niedergelassenen Vertragsarztes mit dem Krankenhaus. Das Kapitel „Verfahren und Folgen“ stellt anschließend mögliche Sanktionen bei rechtlichen Verstößen dar; die Broschüre schließt mit einer Aufzählung der „Paragrafen gegen unzulässige Zusammenarbeit“ im Berufs- und Sozialrecht, im Heilmittelwerbegesetz und dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb ab. Als Empfehlung verweist die KBV in Zweifelsfragen auf die Überprüfung durch sog. Clearingstellen bei ambulant-stationären Kooperationsverträgen.

Diese Clearingstellen werden durch sektor übergreifende Vereinbarungen zwischen Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Landeskrankenhausgesellschaft gegründet und auch durch diese besetzt. Die Geschäftsstellen sind in der Regel bei der jeweiligen Landesärztekammer angesiedelt (z.B. „Clearingstelle Rechtskonformität“ Bayern). Die Aufgabe einer solchen Clearingstelle besteht in der Überprüfung bestehender oder künftiger Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, insbesondere bezogen auf das ärztliche Berufsrecht, das SGB V, den Bundesmantelvertrag-Ärzte, sowie weitere untergesetzliche Normen unter Berücksichtigung von Leitlinien und Rahmenempfehlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung (siehe z.B. § 5 der Vereinbarung Clearingstelle Rechtskonformität Bayern). Die gemeinsame Entscheidung der Clearingstelle wird sodann mit den wesentlichen Gründen ggf. auch Bedenken und Vorbehalten einzelner Vertreter oder Änderungsempfehlungen den Mitgliedern der Clearingstelle und dem Antragsteller zugeleitet, unterliegt aber im Übrigen der Geheimhaltung (siehe z.B. § 7 der Vereinbarung Clearingstelle Rechtskonformität

www.mdm-medizinrecht.de

Bayern). Die Meldung nicht rechtskonformer Verträge soll den Mitgliedern der Clearingstelle an ihre Organisationen zur Sanktionierung jedoch möglich sein (siehe z.B. § 7 Abs. 2 der Vereinbarung Clearingstelle Rechtskonformität Bayern).

Insgesamt bietet die KBV-Broschüre einen Überblick typisierter Praxis-Beispiele und schärft das Bewusstsein für rechtlich zulässige Vereinbarungen bei Kooperationsverträgen. Sie kann jedoch keinesfalls die rechtliche Bewertung einzelvertraglicher Vereinbarungen ersetzen – und zwar vor der Zuleitung zur inhaltlichen Überprüfung an eine Clearingstelle.

Quelle: KBV-Broschüre Reihe PraxisWissen „Richtig Kooperieren“, www.kbv.de, Vereinbarung über die Bildung einer gemeinsamen Sektor übergreifenden Clearingstelle Rechtskonformität zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft“ vom 01.12.2010, Bayerisches Ärzteblatt 3/2011

Zu den Kernpflichten der MVZ-Geschäftsführung und den Kriterien einer MVZ-Zulassungsentziehung

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



In einer ausführlichen Begründung nahm das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 21.03.2012, Az. B 6 KA 22/11 R, zu den Fragen, welche Kernpflichten von der MVZ-Geschäftsführung sicherzustellen sind und wann wegen gröblichen Verstoßes gegen diese einem MVZ die Zulassung gemäß §§ 95 Abs.6 S.1, 72 Abs.1 S.2 SGB V zu entziehen ist, Stellung.

Das BSG stellte zunächst klar, dass beim MVZ aufgrund des Auseinanderfallens des dem MVZ zugewiesenen vertragsärztlichen Status und der den darin tätigen Ärzten zugewiesenen Patientenbehandlung zu differenzieren ist. Zentraler Verantwortungsbereich (Kernpflichten) des MVZ und seiner Geschäftsführung und nicht nur „bürokratische Nebenaufgaben“ sind: (1) die organisatorischen Abläufe - insbesondere die Auswahl und der Einsatz der darin tätigen Ärzte sowie die korrekte Organisation der Behandlung und (2) die peinlich genaue Abrechnung hinsichtlich deren Erstellung und Kontrolle. Für diese Kernpflichten ist die MVZ-Geschäftsführung selbst verantwortlich, sie sind weder teilbar noch delegierbar. Die Verantwortung für die ordnungsgemäße Behandlung hingegen trägt berufs- und haftungsrechtlich primär der einzelne darin tätige behandelnde Arzt. Der MVZ-Arzt unterliegt persönlich in der Regel auch der Disziplinargewalt der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gemäß §§ 95 Abs.3 S.2, 81 Abs.5 SGB V, während weder das MVZ als solches noch seine Rechtsträger in Form der juristischen Person (GbR, PartG, Genossenschaft oder GmbH) hierüber disziplinarisch von der KV belangt werden können. Daher sei die Zulassungsentziehung bei Verletzung der Kernpflichten des MVZ das einzige aufsichtsrechtliche Mittel der KV. Werden hingegen Behandlungspflichten durch MVZ-Ärzte verletzt, muss deren Fehlverhalten durch Pflichtverletzung nicht zugleich die Zulassungsentziehung für das MVZ zur Folge haben – nämlich dann, wenn die MVZ-Geschäftsführung glaubhaft machen kann, die Behandlungsverstöße weder gekannt noch geduldet zu haben und das Beschäftigungsverhältnis mit dem betreffenden MVZ-Arzt deshalb beendet wurde. Nur wenn ein personenbezogener disziplinarischer Durchgriff auf den MVZ-Arzt nicht möglich ist, kann einer Behandlungsverstoß auch dem MVZ wiederum selbst zuzurechnen sein, so das BSG.

www.mdm-medizinrecht.de

Zur Frage wann einem MVZ wegen groben Pflichtenverstoßes die Zulassung gemäß §§ 95 Abs.6 S.1, 72 Abs.1 S.2 SGB V zu entziehen ist, führte das BSG aus, dass im Hinblick auf eine „gröbliche“ Pflichtverletzung geprüft werden muss, welchen Stellenwert die verletzte Pflicht hat und wie schwer der Verstoß unter Berücksichtigung seiner Eigenart wiegt (Prüfung von Ausmaß und Schwere der Pflichtverletzung). Grundlegende Pflichten, deren Verletzung gröbliche Verstöße darstellen, sind laut BSG: die Pflicht vor Tätigkeitsbeginn einen statusbegründenden Verwaltungsakt der Zulassungsgremien zu erwirken, die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung durch den zur Leistung Berechtigten soweit nicht ein Ausnahmefall delegierbarer Leistung vorliegt, die Pflicht Vertreter anzuzeigen oder genehmigen zu lassen gemäß § 32 Ärzte-ZV und die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung (etwa Verstoß durch Leistungszuordnung zu einem anderen Arzt/ LANR bei der Abrechnung) wegen des grundsätzlichen Vertrauens, das bei der Honorierung in die Richtigkeit der gemachten Abrechnungsangaben gesetzt und nur stichprobenweise kontrolliert wird. Die Frage eines Verschuldens ist für die Bewertung der Pflichtverstöße als „gröblich“ bzw. die Zulassungsentziehung nicht relevant. Auch können – wie in dem beurteilten Fall – angeführte Organisationsschwierigkeiten, etwa wegen Sitzverlegung und Umzug, oder wegen fehlender automatischer PC-Softwarewarnungen bei Eingabefehlern, keine inhaltlich mildere Bewertung rechtfertigen. Ist eine Vertrauenszerstörung eingetreten, kann eine spätere gewissenhafte Pflichterfüllung nur einen neuen Zulassungsantrag für eine Wiederzulassung positiv begründen, nicht jedoch die zu entziehende Zulassung „schützen“.

Die gesamte Beurteilung ist uneingeschränkt gerichtlich überprüfbar und unterliegt keinem Beurteilungsspielraum des Zulassungsausschusses, so das BSG. Es ist grundsätzlich eine Gesamtbetrachtung der Pflichtverletzungen, der Reaktion der MVZ-Geschäftsführung auf diese und das Ausmaß der Vertrauensstörung durch das Fehlverhalten vorzunehmen. Jedoch können auch einmalige Rechtsverstöße oder Pflichtverletzungen in nur einem Quartal zur MVZ-Zulassungsentziehung ausreichen, wenn Sorglosigkeit und Verantwortungslosigkeit im Umgang mit vertragsärztlichen Pflichten bei der MVZ-Geschäftsführung festzustellen sind. Das BSG machte ebenfalls deutlich, dass sich eine während des Prozesses zugunsten des Zulassungsinhabers verändernde Sachlage (Wohlverhaltensphase) auch bei MVZ die Entziehung als nicht mehr angemessen erscheinen lassen kann, jedoch eine Negativprognose für das künftige Verhalten bei Zulassungsentziehungen keine Rolle spielt. Die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme, die bei Zulassungsentziehung immer auch mit zu prüfen ist, war in dem beurteilten Fall ebenfalls gegeben.

www.mdm-medizinrecht.de

Wird ein schwerwiegender Pflichtenverstoß durch das MVZ intern festgestellt, kann einer Zerstörung des Vertrauens nur dadurch begegnet werden, so das BSG, dass binnen kürzester Frist die Fehlerursache und das pflichtwidrige Verhalten abgestellt wird und die Fehlerursache und –behebung von sich aus den verantwortlichen Körperschaften offengelegt wird.

Ergänzend stellte das BSG klar, dass das Recht auf Praxisverlegung als Ausfluss der Zulassung nicht der Insolvenzmasse zuzuordnen und ein Mitspracherecht des Insolvenzverwalters insofern nicht gegeben ist. Gleiches gilt für das Recht auf Drittanfechtung eines Bescheids, mit dem einem Praxispartner die Zulassung entzogen oder die Genehmigung der Gemeinschaftspraxis widerrufen wird: auch der insolvente Zulassungsinhaber ist insofern prozessual klagebefugt bzw. aktiv legitimiert.

Quelle: BSG Urteil vom 21.03.2012, Az. B 6 KA 22/11 R

Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 12.12.2012

Ute Frodl, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 12. Dezember 2012 in drei Angelegenheiten des Vertragsarztrechts über drei Angelegenheiten der Vertragsärzte und in einer Angelegenheit der Vertragszahnärzte entschieden.

1. Änderung von Abrechnungsobergrenzen für Job-Sharing Berufsausübungsgemeinschaft - B 6 KA 1/12 R -



In diesem Fall hatte eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) für die Jahre 2005/2006 bei dem Zulassungsausschuss (ZA) beantragt, die Abrechnungsobergrenzen für die Job-Sharing-Praxis zu erhöhen. Der Zulassungsausschuss hat diesen Antrag abgelehnt und eine Absenkung der Abrechnungsobergrenze vorgenommen. Diese Absenkung wurde damit begründet, dass eine Anpassung der Obergrenzen für sämtliche Job-Sharing Praxen in dem – durch Fusion von vier Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) neu gebildeten Bezirk - vorgenommen werden müsse. Weiterhin habe die Absenkung wegen der bisher unterschiedlichen Verwaltungspraxis der bisherigen vier KÄVen bei der Berechnung der Abrechnungsobergrenzen, der Änderungen im EBM-Ä zum 01.04.2005 und dem neuen Honorarverteilungsvertrag (HVV) seit 2006 erfolgen müssen.

Das BSG hat der klagenden BAG teilweise Recht gegeben und im übrigen die Klage abgewiesen. Das BSG hat ausgeführt, dass der beklagte Berufungsausschuss die Job-Sharing-Abrechnungsobergrenzen (= Gesamtpunktzahlvolumina) für die klagende BAG nicht absenken durfte. Dafür habe der gemäß § 23e Satz 3 BedarfspIRL erforderliche Antrag der KÄV oder der Krankenkassen nicht vorgelegen. Es habe lediglich ein Vorstandsbeschluss vorgelegen, dass nach dem Zusammenschluss der vier KÄVen zu einer Gesamt-KÄV die Obergrenzen aller Job-Sharing-Praxen nach einem neuen KÄV-einheitlichen Berechnungsmaßstab neu bestimmt werden sollten. Der Antrag der KÄV müsse jedoch auf die Neuberechnung bei individualisierten Praxen infolge geänderter Berechnungsfaktoren gerichtet sein und der Antragsteller müsse Umstände benennen, aus denen sich spürbare Auswirkungen auf die Gesamtpunktzahlvolumina konkreter Praxen ergeben können. Hierfür reicht weder die Fusion der

www.mdm-medizinrecht.de

KÄVen aus noch die davor bestehenden Unterschiede der Verwaltungspraxis noch Änderungen beim Fachgruppendurchschnitt noch, dass es neue Honorarverteilungsregelungen gab. Ausreichen könnten unter Umständen Änderungen des EBM-Ä. Diese Auswirkungen der Änderungen seien jedoch seitens der KÄV für die jeweilige Job-Sharing-Praxis substantiiert darzutun und auszuführen, dass diese Auswirkungen ein erhebliches Gewicht haben. Desweiteren sei substantiiert darzutun, dass im Sinne des § 23e Satz 3 letzter Halbsatz BedarfspIRL eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung oder Benachteiligung im Verhältnis zu den einzelnen Praxen der Fachgruppe vorgelegen haben könnte.

Die teilweise Abweisung der klägerischen Revision ist erfolgt, soweit die BAG ihren Antrag auf Erhöhung der Abrechnungsobergrenzen weiter verfolgt hat. Auch hier erfordere § 23e Satz 2 BedarfspIRL spürbare Auswirkungen auf ihre Punktzahlvolumina durch Änderungen des EBM-Ä oder durch vertragliche Vereinbarungen. Insoweit müsse der Antragsteller während des Verfahrens vor dem Zulassungsgremium substantielle Ansatzpunkte liefern und die Auswirkungen müssen ein sehr erhebliches Ausmaß haben. Hierbei seien solche Punktzahl-relevanten Änderungen z.B. des EBM-Ä, die dem § 23f BedarfspIRL zuzuordnen seien, außer Betracht zu lassen.

2. Arzneimittelregress „Acomplia“ Quartale 3 und 4/2006 – B 6 KA 50/11 R -

Die beklagte Prüfstelle hatte gegenüber den Klägern wegen der Verordnung des Arzneimittels „Acomplia“ welches zur Behandlung von Adipositas zugelassen war, einen Regress festgesetzt. Zur Begründung des Regresses wurde angeführt, dass Arzneimittel, die zur Abmagerung oder Zügelung des Appetits oder zur Regelung des Körpergewichts eingesetzt würden, kraft Gesetzes von der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen seien.

Das BSG hat entschieden, dass der Regress wegen der Verordnung des Arzneimittels in den Quartalen 3 und 4/2006 zu Recht ausgesprochen wurde. Das BSG hat ausgeführt, dass das zur Behandlung von Adipositas zugelassene Präparat nach § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V kraft Gesetzes nicht verordnungsfähig war. Nach dieser Vorschrift seien Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, die überwiegend zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts dienen.

www.mdm-medizinrecht.de

3. Sachlich-rechnerische Richtigstellungen wegen Abrechnung von Laboruntersuchungen
B 6 KA 5/12 R

In diesem Fall hatte das BSG darüber zu entscheiden, ob eine sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen der Abrechnung von Laboruntersuchungen als Notfallleistungen rechtmäßig erfolgt ist. Im Bezirk der beklagten KV wurde die ambulante Notfallversorgung in den Räumlichkeiten des klagenden Krankenhauses zum Teil von Vertragsärzten und im Übrigen von Krankenhausärzten durchgeführt. Aufgrund eines Vertrages zwischen dem Krankenhausträger und der beklagten KÄV sollten Laborleistungen, die nicht in der Notfallpraxis verfügbar waren und deshalb aus dem Krankenhauslabor bezogen wurden, durch die KÄV dem Krankenhaus vergütet werden. Die KÄV hat die Vergütung von Laboruntersuchungen in zahlreichen Fällen für das Quartal 4/2004 abgelehnt. Hierbei handelte es sich um BAC- und CRP-Bestimmungen nach den EBM-Nrn. 4066 und 4365. Als Begründung für die Ablehnung der Vergütung wurde angegeben, dass diese Leistungen nicht Bestandteil der Notfall-Erstversorgung seien.

Das BSG hat dem klagenden Krankenhaus teilweise Recht gegeben und ausgeführt, dass die Bestimmung des Blutalkohols und des C-reaktiven Proteins (BAC und CRP) grundsätzlich den Rahmen einer Notfall-Erstversorgung überschreite. Diese seien im Regelfall für die Erstversorgung von Patienten nicht erforderlich. In Ausnahmefällen, in denen der Arzt schon für die Erstversorgung die Bestimmung des CRP-Wertes benötige, obliege es ihm, die Anforderung der Bestimmung entsprechend zu begründen. Da eine Begründung nicht angegeben war und auch im Widerspruchsverfahren nicht nachgeliefert wurde, lägen keine Anhaltspunkte für Ausnahmefälle vor.

Soweit es sich jedoch um Zielaufträge von solchen Ärzten an das Krankenhauslabor handelte, die im Rahmen des von der beklagten KÄV organisierten Notfalldienstes tätig waren, durfte die Beklagte der Klägerin das Honorar nicht versagen, da in diesen Fällen das Krankenhauslabor nur Auftragnehmer eines Überweisungsauftrages war. Die Verantwortung für Art und Umfang eines Zielauftrages habe grundsätzlich alleine der Auftraggeber. Nur dann, wenn sich dem Auftragnehmer hätte aufdrängen müssen, der Auftrag sei nicht sachgerecht, treffe ihn eine Mitverantwortung. Hierfür lägen keine Anhaltspunkte vor, so dass die Versagung dieses Honorars rechtswidrig sei.

www.mdm-medizinrecht.de

4. Höhe der Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus – B 6 KA 3/12 R und B 6 KA 4/12 R -

Dieser Entscheidung des BSG lagen zwei identisch gelagerte Fälle zugrunde. Die Kläger, Träger von zwei Krankenhäusern, die im Bezirk der beklagten KÄV liegen, betreiben Notfallambulanzen. Im Rahmen der Abrechnung gegenüber der KÄV wurden den Klägern die Zusatzpauschalen für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Notfalldienst abgesetzt.

Das BSG hat den Klagen der Krankenhausträger stattgegeben und ausgeführt, die beklagte KÄV müsse – nach einer rückwirkenden Neuregelung der Notfallvergütung durch den Bewertungsausschuss – erneut über die Vergütung der in den Krankenhäusern (Quartale 1/2008 und 2/2008) der Klägerinnen erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen entscheiden.

Das BSG hat weiter ausgeführt, dass der generelle Ausschluss der Krankenhäuser von der Berechnung der Zusatzpauschalen, der daraus resultiere, dass diese eine Besuchsbereitschaft weder vorhalten noch vorhalten dürfe, eine gleichheitswidrige mittelbare Benachteiligung der Krankenhäuser darstelle, für die es keine sachliche Rechtfertigung gebe. Die Leistungen der Krankenhäuser seien nach der ständigen Rechtsprechung des Senats ebenso zu vergüten wie diejenigen der Vertragsärzte. Ausnahmen gebe es nur bei zwingenden Gründen, die hier nicht vorlägen. Die Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft knüpfe auch nicht an eine bestimmte Leistung an, sondern allein daran, dass ein Leistungserbringer generell auch Besuche ausführe, da die Ärzte grundsätzlich verpflichtet seien, auch Besuche durchzuführen. Da es bei Vertragsärzten keiner konkreten Feststellung der Besuchsbereitschaft bedürfe und diese vermutet wird, sei deutlich, dass die Zusatzpauschale eine Zusatzvergütung für alle Vertragsärzte im Notdienst enthalte, welche die Krankenhäuser nicht erhalten könnten.

Anders sei dies jedoch bei Krankenhausambulanzen. Diese erfüllen die Voraussetzungen für die Abrechnung der für eine „Besuchsbereitschaft“ vorgesehenen Zusatzpauschale nicht, weil es an der erforderlichen Feststellung der „Besuchsbereitschaft“ durch die KÄV fehle. Die Durchführung von Besuchen sei nicht Aufgabe der Krankenhausambulanzen.

www.mdm-medizinrecht.de

5. Abrechnung eines MKG-Chirurgen als Belegarzt bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) – B 6 KA 15/12 –

In diesem Fall hat eine Berufsausübungsgemeinschaft zu der zwei vertragszahnärztliche Ärzte für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie angehören, von denen einer auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und von der KÄV als Belegarzt in einem Krankenhaus anerkannt ist, die von ihm durchgeführten Operationsleistungen (Fehlstellungen des Kiefers) gegenüber der beklagten KZÄV geltend gemacht. Die KZÄV hat die Vergütung dieser Leistungen mit der Begründung, der Kläger sei lediglich für ärztliche und nicht zugleich für zahnärztliche Leistungen als Belegarzt anerkannt, abgelehnt.

Der Kläger hatte in den Vorinstanzen die Auffassung vertreten, dass er aufgrund der Tatsache, dass er berechtigt sei, Versicherte stationär zu versorgen auch grundsätzlich diese Leistungen – wie ambulante Leistungen auch – sowohl gegenüber der KÄV als auch gegenüber der KZÄV abrechnen könne.

Das BSG hat diese Auffassung nicht geteilt und die Klage abgewiesen. Es hat ausgeführt, dass der Kläger nicht berechtigt sei, die Leistungen bei kieferchirurgischen Operationen, die er im Rahmen seiner belegärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus erbringe, gegenüber der beklagten KZÄV abzurechnen. Vertragsärzte, die auch als Belegärzte anerkannt seien, rechnen ihre belegärztlichen Leistungen gegenüber der KÄV ab. Dies gelte auch für kieferchirurgische Leistungen. Ein Wahlrecht diese Leistungen auch als zahnärztliche Leistungen abzurechnen, stehe dem als Arzt und Zahnarzt zugelassenen Kläger bei stationär erbrachten Leistungen nicht zu. Dies beruhe darauf, dass sich die Tätigkeit von Vertragsärzten auf die ambulante Versorgung beschränke. Die Erweiterung der Versorgungsberechtigung auf eine stationäre Tätigkeit, wie hier die belegärztliche Tätigkeit (§ 121 SGB V), sei auf den ärztlichen Bereich beschränkt. Die Vorschriften über die belegärztliche Tätigkeit gelten nicht für Zahnärzte, so dass es keine belegzahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung gebe. Diese Beschränkung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit auf ambulante Behandlungen verletze auch nicht das Grundrecht aus Art. 12 Abs. 1 GG. Auch Rechte der Versicherten seien nicht tangiert.

www.mdm-medizinrecht.de

6. Sachlich-rechnerische Berichtigung und Honorarrückforderung (Quartal 1/2000) – B 6 KA 35/12 R -

In diesem Fall hat die beklagte KZÄV für das Quartal 1/2000 Honorar des Klägers aufgrund einer sachlich-rechnerischen Berichtigung einbehalten. In Schreiben aus den Jahren 2000 und 2001 hat die Beklagte darauf hingewiesen, dass es noch zu Honorarkorrekturen für das Quartal 1/2000 kommen könne. Hierbei wurde insbesondere auf eine Entscheidung des LSG Berlin im einstweiligen Rechtsschutzverfahren Bezug genommen, die sich zu Honorarrückforderungen für die Vorjahre verhielt. Durch Urteile des BSG vom 14.12.2005 wurde dann über sachlich-rechnerische Berichtigungen für die Jahre 1997 bis 1999 entschieden. Mit Bescheid vom 21.3.2007 nahm die beklagte KZÄV sodann eine Richtigstellung für das streitige Quartal 1/2000 vor, aus der sich eine Rückforderung in Höhe von EUR 2.372,26 ergab. Als Begründung wurde angegeben, dass erst mit dem Urteil vom 14.12.2005 Gewissheit über die Rechtmäßigkeit des noch im Quartal 1/2000 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes aus dem Jahr 1996 bestand und dass aufgrund der vorherigen Informationen sowie der Verbuchung eines Einbehalts für das Quartal 1/2000 in jedem Honorarbescheid bis zum Quartal 3/2006 erkennbar gewesen sei, dass es noch zu einer abschließenden Honorarberechnung für 1/2000 kommen werde.

Das Sozialgericht (SG) hatte in erster Instanz entschieden, dass die vierjährige Ausschlussfrist nicht gewahrt sei, da eine Hemmung der Frist nicht vorgelegen hätte und somit den Richtigstellungsbescheid aufgehoben.

Das BSG hat die Entscheidung des SG bestätigt und ausgeführt, dass eine Korrektur des Honorarbescheides für das Quartal 1/2000 nicht mehr erfolgen könne, da der Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist dem entgegen stehe. Die Frist sei auch nicht für die Dauer der Rechtsstreitigkeiten, die die Honorarverteilung in den Vorjahren betrafen, gehemmt gewesen. Eine Hemmung könne allenfalls dann angenommen werden, wenn die Mitglieder umfassend und zeitnah über Gründe und die voraussichtliche Dauer des Zuwartens informiert werden. Dies sei hier nicht der Fall. Der Hinweis auf ein gerichtliches Verfahren reiche ebenso wenig aus wie das einfache Fortschreiben eines Honorareinbehalts in den Honorarbescheiden.

Quelle: *Terminvorschau Nr 65/12 und Terminbericht Nr. 65/12 des Bundessozialgerichts*

Festsetzung des Verkehrswertes einer Praxis im Nachbesetzungsverfahren

Stefanie Raab, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Liegt eine Einigung zwischen dem Praxisinhaber und dem am besten geeigneten Bewerber um die Nachfolgelizenz über die Höhe des Kaufpreises vor, besteht für die Zulassungsgremien kein Anlass, den Verkehrswert der Praxis im Nachbesetzungsverfahren zu überprüfen. Nur wenn Uneinigkeit zwischen dem Praxisinhaber und dem am besten geeigneten Bewerber hinsichtlich des Kaufpreises vorliegt, muss das Zulassungsgremium den Verkehrswert der Praxis feststellen und damit lediglich bestimmen, zu welcher Zahlung ein möglicher Nachfolger bereit sein muss. Zur Feststellung des Verkehrswertes einer Praxis muss sich der Zulassungsausschuss regelmäßig externer Sachverständiger bedienen, damit die betriebswirtschaftlichen Elemente ausreichend gewürdigt sowie eine Besichtigung der Praxis und eine ausführliche Analyse der Rahmenbedingungen durchgeführt werden können. Bei der Feststellung des Wertes wurde die modifizierte Ertragstheorie (nicht nur reine Bewertung des materiellen Praxiswertes, sondern ebenso die Berücksichtigung des immateriellen Wertes, dem sog. „Goodwill“) als geeignet angesehen. Dabei ist die Annahme eines immateriellen Wertes bei psychotherapeutischen Praxen nicht bereits deshalb ausgeschlossen, weil eine besondere Abhängigkeit des Ertrages von der Person des Praxisinhabers besteht.

Nach § 103 Abs.4 Satz 4 SGB V hat der Zulassungsausschuss im Nachbesetzungsverfahren unter mehreren Bewerbern, die die bisherige Praxis des Praxisinhabers fortführen wollen, den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der Bewerber der Ehegatte, ein Kind, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Verkaufspreis die Höhe des Verkehrswertes nicht übersteigt.

www.mdm-medizinrecht.de

Es soll ausgeschlossen werden, dass sich durch die erhöhte Nachfrage nach Kassenarztpraxen und der mit der Praxisübernahme verbundenen Kassenzulassung der Kaufpreis für die Praxis ungerechtfertigt erhöht.

Quelle: BSG, Urteil vom 14.12.2011 – B 6 KA 39/10 R