

NEWSLETTER JUNI 2013

Inhaltsverzeichnis

Wiederholte Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes durch einen Arzt 2

Angestelltensitze in MVZ und Vertragsarztpraxis – strategische Möglichkeiten bei
Umwandlung und Nachbesetzung 4

Welche Daten müssen Apotheker dem Finanzamt zur Verfügung stellen? 6

Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL) nach § 116b SGB V –
erste Fassung vom G-BA beschlossen 8

Zielvereinbarungen in Arbeitsverträgen Vorgaben für Krankenhäuser von DKG und BÄK 10

Implausibilität bei hoher Patientenidentität bei Praxisgemeinschaften 12

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

Wiederholte Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes durch einen Arzt

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Bei der Auswahl eines Bewerbers wegen der Nachfolgezulassung kommt es für die Dauer der ärztlichen Tätigkeit auf die Zeit nach Abschluss der Weiterbildung an. Eine mehr als fünfjährige Tätigkeit nach Abschluss der Weiterbildung bedeutet keinen Vorzug mehr.



Das Bundessozialgericht hatte über die Erteilung einer Vertragsarztzulassung im Rahmen eines Nachfolgezulassungsverfahrens zu entscheiden. Der Vertragsarzt, der gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses ("ZA") klagte, war ursprünglich als angestellter Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig. Er hatte sich aus seiner Anstellung heraus um die Praxisnachfolge beworben und die ihm dann erteilte Vertragsarztzulassung im Wege des Verzichts in eine Berufsausübungsgemeinschaft eingebracht. Dieser Vertragsarzt war also wieder als angestellter Vertragsarzt in der Berufsausübungsgemeinschaft tätig. Der gleiche Vertragsarzt bewarb sich jetzt erneut um eine Praxisnachfolge. Der ZA hat jedoch einer jüngeren Kollegin den Vorzug gegeben und ihr die Vertragsarztzulassung erteilt. Der ZA hat seine Entscheidung damit begründet, dass dem klagenden Vertragsarzt der Wille fehlt, die Praxis fortzuführen. Das BSG hat die Entscheidung der Vorinstanzen und auch des ZA bestätigt und die Revision des Klägers zurückgewiesen.

Das BSG hat seine Entscheidung damit begründet, dass die Nachbesetzung in einem wegen Überversorgung zulassungsgesperrten Gebiet nur möglich ist, wenn die Praxis des ausscheidenden Arztes fortgeführt werden soll. Nur so könne einer nicht gewollten Kommerzialisierung des Vertragsarztsitzes entgegengewirkt werden. Der Wille, nach erfolgter Zulassung als angestellter Arzt in einer Zweigpraxis einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem MVZ tätig zu werden, genügt nicht, weil dann die Fortführung der Praxis nicht vom Willen des Nachfolgers, sondern von dem des Arbeitgebers abhängt. Das BSG hat darüber hinaus ausgeführt, dass es nicht gesetzeswidrig ist, wenn die Zulassungsausschüsse ergänzend zu den im Gesetz

www.mdm-medizinrecht.de

aufgeführten Kriterien bei der Auswahlentscheidung auch berücksichtigen, wenn ein Bewerber deutlich mehr Gewähr für die Versorgungskontinuität bietet als ein anderer Bewerber. Das BSG hat darüber hinaus klargestellt, dass es für die Dauer der ärztlichen Tätigkeit wie auch für das Approbationsalter auf die Zeit nach Abschluss der Weiterbildung ankomme. Eine mehr als fünfjährige ärztliche Tätigkeit nach Abschluss der Weiterbildung bedeutet im Regelfall kein Vorzug mehr bei der Entscheidung über die Nachfolge.

Quelle: BSG Urteil v. 20.03.2013 AZ: B 6 KA 19/12 R

Angestelltensitze in MVZ und Vertragsarztpraxis – strategische Möglichkeiten bei Umwandlung und Nachbesetzung

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Durch einen strategischen Umgang mit Angestelltensitzen in Planungsbereichen, die wegen Überversorgung zulassungsrechtlich gesperrt sind, kann der Sitzinhaber, d.h. der Vertragsarzt, die Berufsausübungsgemeinschaft oder das Medizinische Versorgungszentrum, profitieren.

Wird eine 0,75-Angestelltenzulassung, bei der also der angestellte Arzt arbeitsvertraglich eine Wochenstundenzahl von über 20 bis 30 Sprechstunden pro Woche zu leisten hat, nach der neuen Möglichkeit des § 95 Abs. 9b SGB V in eine selbständige Zulassung (rück)umgewandelt, wird der Arzt, der bisher als Angestellter mit dem Faktor 0,75 gezählt wurde, voll zugelassen (§ 21 Abs.5 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Der Sitzinhaber kann so gezielt eine 0,75-Angestelltenzulassung zu einer 1,0-Vollzulassung mit dem entsprechenden dahinter liegenden, größeren Abrechnungsbudget entwickeln.

Für MVZ gilt zudem die begünstigende Regelung, dass 0,25-Angestelltenzulassungen bei Nachbesetzung wegen Personalausfall, etwa durch Kündigung des angestellten Arztes, nicht innerhalb der üblicherweise geltenden, aus § 95 Abs.6 Satz 3 SGB V entlehnten Frist von 6 Monaten nachbesetzt werden müssen, sondern gar keiner Nachbesetzungsfrist unterliegen. Dies entschied das Bundessozialgericht mit Urteil vom 19.10.2011, Az. B 6 KA 23/11 R. Bei der Wiederbesetzung von vakant gewordenen ¼-Arztstellen in gesperrten Gebieten gelten für Zulassung und Besetzung in MVZ Besonderheiten: da im Rahmen der Nachbesetzungsregelung nach § 103 Abs.4a Satz 5 SGB V Vakanzten im Umfang von einer ¼-Arztstelle grundsätzlich sanktionslos bleiben, gilt im Hinblick auf das Recht auf Nachbesetzung einer vakant gewordenen ¼-Arztstelle, dass diese nicht zeitlich begrenzt ist, so das BSG. Die Frage, ob dieses Recht bei einem strategischen Umgang mit dieser Regelung wegen Umgehung erlischt,

www.mdm-medizinrecht.de

wenn also ein MVZ gezielt ¼-Arztstellen unbesetzt lässt, die kumuliert einen hälftigen Versorgungsauftrag ergeben, hatte das BSG zwar thematisiert, jedoch nicht zu entscheiden.

Die Nachbesetzung eines frei gewordenen Angestelltensitzes kann nach der Rechtsprechung des Sozialgerichts Marburg, Urteil vom 14.11.2012, Az. S 12 KA 515/11, auch in der Weise erfolgen, dass der Tätigkeitsumfang einer anderen bereits genehmigten Arztstelle z.B. von 20 auf 30 Wochenstunden aufgestockt wird, d.h. dass in einer bereits bestehenden 0,5-Angestelltenzulassung die nachzubesetzende 0,25-Arztstelle bedarfsplanungsrechtlich aufgeht und so eine 0,75-Angestelltenzulassung neu entsteht.

Das Landessozialgericht NRW warf zuletzt in seinem Beschluss vom 27.03.2013, Az. L 11 KA 96/12 B ER, die Frage auf, wann die in „besonderen Fällen des Misslingens rechtzeitiger Nachbesetzbarkeit“ ausnahmsweise bestehende Möglichkeit des Zulassungsausschusses laut BSG-Urteil vom 19.10.2011, Az. B 6 KA 23/11 R, zur Verlängerung der allgemeinen sechsmo- natigen Nachbesetzungsfrist um höchstens weitere sechs Monate in eine Verlängerungspflicht des Zulassungsausschusses erwächst, da hier in das Eigentumsrecht des MVZ durch nicht unmittelbar aus dem Gesetz ableitbare Erwägungen eingegriffen wird.

Es lohnt sich daher neben der seit 01.01.2012 durch das Versorgungsstrukturgesetz (GKV- VStG) geschaffenen grundsätzlichen Möglichkeit zur Rückumwandlung von Angestelltensitzen in selbständige Vertragsarztsitze auch, weitere Überlegungen anzustellen, um sich strategisch optimal im Zusammenhang mit Zulassungen und deren Nachbesetzung auszurichten.

Quellen: *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertrags- ärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20.12.2012;*
Bundessozialgericht, Urteil vom 19.10.2011, Az. B 6 KA 23/11 R;
Sozialgerichts Marburg, Urteil vom 14.11.2012, Az. S 12 KA 515/11;
Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 27.03.2013, Az. L 11 KA 96/12 B ER

Welche Daten müssen Apotheker dem Finanzamt zur Verfügung stellen?

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Das hessische Finanzgericht hat entschieden, dass Steuerprüfer bei der Betriebsprüfung von Apotheken die Kassenauftragszeile nicht einfordern können. Führt ein Apotheker über die zulässige Ermittlung der Tageseinnahme durch Tagesendsummenlisten hinaus freiwillig eine von seiner PC-Kasse erstellte Datei mit Einzelaufzeichnungen der Barverkäufe, so ist er nach Ansicht des Finanzgerichts Hessen nicht verpflichtet, diese Dateien dem Finanzamt bei einer Betriebsprüfung vorzulegen (Hess. Finanzgericht Az. 4 K 422/12).



Das hessische Finanzgericht begründet seine Entscheidung damit, dass die Anforderung des Finanzamtes deshalb rechtswidrig ist, weil die Datenanforderung keine gesetzliche Grundlage hat. Der Apotheker ist also verpflichtet nur solche Unterlagen an den Steuerprüfer herauszugeben, die er auf Grundlage einer gesetzlichen Regelung erstellen muss. Der Apotheker muss nach Ansicht des Finanzgerichts deshalb auch nur solche Daten aufbewahren, für die es eine gesetzliche Verpflichtung gibt. Apotheker sind nach Ansicht des Finanzgerichts als klassische Einzelhändler nicht verpflichtet, alle getätigten Einzelverkäufe manuell oder digital aufzuzeichnen. Wenn ein Apotheker solche Daten freiwillig aufgezeichnet hat, ändert sich an der Rechtslage nichts. Die Finanzrichter hatten Verständnis dafür, dass die Daten für den Fiskus von großem Interesse sind. Aus Sicht des Finanzgerichts wäre es jedoch unverhältnismäßig, wenn sich die Aufbewahrungspflicht von Daten oder Unterlagen danach richtet, was der Steuerpflichtige freiwillig – etwa zu internen Kontrollzwecken – aufzeichnet.

Das Finanzgericht hat gegen diese Entscheidung keine Revision zum Bundesfinanzhof zugelassen. Das Finanzamt kann jedoch noch eine Nichtzulassungsbeschwerde beim Bundesfinanzhof einlegen.

www.mdm-medizinrecht.de

Quelle: Finanzgericht Hessen, Urteil vom 24.04.2013, Az.: 4 K 422/12, vorläufig nicht rechtskräftig

Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL) nach § 116b SGB V – erste Fassung vom G-BA beschlossen

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 21.03.2013 eine erste Fassung der Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V beschlossen. Diese regelt in 15 Paragraphen und drei Anhängen die inhaltliche Ausgestaltung der durch das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) seit 01.01.2012 grundsätzlich geschaffenen Möglichkeit zur Teilnahme von Vertragsärzten an dieser bisher nur den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern zugänglichen ambulanten Versorgung als „ASV-Berechtigte“.

Wer an der ASV teilnehmen will, hat dem erweiterten Landesausschuss als zuständiger Behörde die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen insbesondere die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team (bestehend aus Teamleiter/in, Kernteam und zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten) – im Rahmen des § 116b Abs.4 S.10 SGB V zwingend durch Kooperationsverträge Onkologie - nach der ASV-RL durch die ASV-Berechtigten nachzuweisen (§ 2 ASV-RL). Neben der Angabe des Erkrankungs- und Leistungsbereichs, auf den sich die Berechtigung erstreckt, sind die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams nach § 3 Abs.2 ASV-RL namentlich zu benennen. Zwischen den Mitgliedern des Kernteams einer ASV besteht kein Überweisungserfordernis (§ 2 Abs.4 ASV-RL). Endet die ASV-Teilnahme des Mitglieds eines interdisziplinären Teams, muss dieses vertreten werden und binnen sechs Monaten ein Nachfolger gefunden sein, damit die ASV-Berechtigung nicht von der Behörde entzogen wird (§ 2 Abs.3 ASV-RL). ASV-Leistungen sind stets am Tätigkeitsort der Teamleitung zu erbringen, der von den übrigen Teilnehmern bei Leistungen direkt am Patienten regelmäßig innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein muss (Residenzprinzip, § 3 ASV-RL). Die jeweils erforderliche Qualifikation der ASV-Berechtigten richtet sich nach den Anlagen der Richtlinie, generell gilt Facharztstatus. Auch die personell-sächlichen Anforderungen

www.mdm-medizinrecht.de

richten sich nach den Anlagen der Richtlinie (z.B. Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung) und können durch vertragliche Kooperationen sichergestellt werden (§ 4 ASV-RL). Grundsätzlich gelten die Qualitätsanforderungen nach § 135 Abs.2 SGB V.

Auch der Behandlungsumfang, ebenso wie Mindestmengen und Überweisungserfordernisse richten sich nach den Anlagen der ASV (§§ 5, 8 und 11 ASV-RL), den ASV-Patienten soll die Teilnahme an geeigneten nationalen und internationalen Studien ermöglicht werden (§ 6 ASV-RL), es soll eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen stattfinden (§ 7 ASV-RL). Es bestehen sektorenübergreifende, einheitliche Dokumentationspflichten, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der ASV-Behandlung ermöglichen müssen (§ 14 ASV-RL); die ASV-Patienten sind besonders zu informieren, es bestehen konkrete Anforderungen an das Überleitungsmanagement bei Fortsetzung der Behandlung außerhalb der ASV (§ 15 ASV-RL).

Sobald die Anlagen zur ASV-RL durch den G-BA ausgestaltet sind und die erweiterten Landesausschüsse als zuständige Antrags- und Überwachungsbehörden in den einzelnen KV-Bereichen installiert und deren Verfahrensordnungen verabschiedet sind, können Neu-Anträge zur Teilnahme an der ASV nach § 116b SGB V gestellt werden.

Quelle: *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB v – ASV-RL) in der Fassung vom 21.März 2013, noch nicht in Kraft; www.g-ba.de*

Zielvereinbarungen in Arbeitsverträgen Vorgaben für Krankenhäuser von DKG und BÄK

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat am 24.04.2013 zusammen mit der Bundesärztekammer (BÄK) entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in § 136a SGB V Empfehlungen zur Ausgestaltung von Zielvereinbarungen bei Verträgen mit leitenden Abteilungsärzten (Chefärzten) ausgesprochen.

Die Kernregelung der Empfehlungen enthält Ziffer 4, wonach *„finanzielle Anreize für einzelne Operationen/ Eingriffe oder Leistungen (...) nicht vereinbart werden (dürfen), um die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung zu sichern.“* Ausdrücklich voran gestellt wurde, dass sich die Empfehlungen nicht auf die Beratungs- und Formulierungshilfen der DKG für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten erstrecken. Sie entsprechen lediglich der gesetzgeberischen Vorgabe des § 137 SGB V, wonach künftig jedes Krankenhaus in seinem strukturierten Qualitätsbericht eine Erklärung darüber ausweisen muss, ob es bei Verträgen mit leitenden Ärzten die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen einhält. Hält sich das Krankenhaus nicht an die Empfehlungen, muss es im Qualitätsbericht darüber informieren, für welche Leistungen leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden.

Die Regelung ist im Kontext der Mindestmenvorgaben, sowie wirtschaftlicher Anreize für Fallzahlsteigerungen zu sehen und soll für Krankenhäuser mit entsprechenden Vereinbarungen eine Prangerwirkung erzielen.. Die Regelung wird aller Voraussicht nach künftig zur inhaltlichen Bewertung von Zielvereinbarungen in Arbeitsverträgen leitender Krankenhausärzte herangezogen werden. Ob diese auch auf vertragsarztrechtliche und berufsrechtliche Verfahren und auch im ambulanten Bereich z.B. auf Ärztliche Leiter von MVZ durch den Gesetzge-

www.mdm-medizinrecht.de

ber oder rechtsfortbildend durch die Rechtsprechung weiter ausgedehnt werden wird, bleibt abzuwarten, ist jedoch nicht auszuschließen.

Quelle: *Empfehlung gemäß § 136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer vom 24.04.2013, www.dkg.de*

Implausibilität bei hoher Patientenidentität bei Praxisgemeinschaften

Stefanie Raab, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht

Eine missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform Praxisgemeinschaft ist nicht nachgewiesen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung (KV) der substantiierten Behauptung hinsichtlich zulässiger Vertreterfälle nicht nachgeht.

Die Kläger hatten sich hausärztlich in Form einer Praxisgemeinschaft niedergelassen. Praxisgemeinschaft bedeutet, dass zwei oder mehrere Ärzte in den selben Räumen praktizieren, das selbe Personal beschäftigen, aber getrennt abrechnen und auch nicht füreinander haften. Die KV setzte gegen die Ärzte Honorarrückforderungen aufgrund einer Patientenidentität von 20% pro Quartal fest. Die Ärzte legten hiergegen Widerspruch ein, den sie damit begründeten, dass es sich bei der Patientenidentität um zulässige Vertretungsfälle handele. Die Vertretungen fänden nur statt, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich sei, Behandlungstermine würden in der Urlaubszeit nicht vergeben werden. Eine missbräuchliche Fallzahlerhöhung würde insofern durch die Vertretungen nicht entstehen. Die Kläger legten die konkreten Urlaubs- und Vertretungszeiten, die betreffenden Patientenunterlagen und die medizinischen Hintergründe der Behandlungen dar. Die KV wies den Widerspruch mit der Begründung zurück, dass eine missbräuchliche Nutzung der Praxisgemeinschaft vorliege. Von den Ärzten würden identische Leistungen abgerechnet, wodurch die Leistungen verdoppelt würden. Es werde ohne medizinische Notwendigkeit gemeinsam behandelt. Eine Bewertung des konkreten Sachverhalts der Kläger fand nicht statt.



Das Sozialgericht entschied, dass die Honorarrückforderungsbescheide der KV aufgehoben werden. Eine missbräuchliche Nutzung der Praxisgemeinschaft sei nicht nachgewiesen worden, da die KV dem substantiierten Einwand der Kläger hinsichtlich der zulässigen Vertreterfälle nicht nachgegangen sei. Die KV hätte die substantiiert dargelegten Behandlungsfälle eingehend prüfen müssen, um eine Implausibilität nachweisen zu können. Es hätte von der KV

www.mdm-medizinrecht.de

die Feststellung erfolgen müssen, ob die Urlaubszeiten und die Vertreterfälle anerkannt werden oder aus welchen Gründen sie ggf. nicht anerkannt werden. Allein das Vorliegen des Aufgreifkriteriums von 20% Patientenidentität kann nicht zur Honorarrückforderung führen. Entscheidend ist allein das Feststellen eines tatsächlichen gemeinsamen Patientenstammes wegen unzulässiger Vertreterfälle.

Quelle: SG Marburg, Urteil vom 05.12.2012, Az. S 12 KA 80/12