

Mandantenbrief

Neues aus dem Krankenhausrecht

März 2014

Wir berichten in diesem Mandantenbrief über folgende aktuelle Themen aus dem Bereich des Krankenhausrechtes:

- **Ausgliederung des Heilmittelbereiches eines Krankenhauses (Nr. 1)**
- **Neue Behandlungsmethoden im Krankenhaus (Nr. 2 – Nr. 3)**
- **Abgrenzung vertragsärztlicher Behandlung von nachstationärer Behandlung (Nr. 4)**
- **Neues aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) zur Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung und zum MDK-Prüfverfahren (Nr. 5 – Nr. 9)**
- **Einsatz von Honorärärzten im Krankenhaus (Nr. 10)**
- **Erstattung von Weiterbildungskosten (Nr. 11)**
- **Beihilfefähigkeit von Behandlungskosten einer Privatpatienten-Klinik (Nr. 12)**

1. Ausgliederung des Heilmittelbereiches eines Krankenhauses

BSG, Urteil vom 19.09.2013 -B 3 KR 8/12 R

Heilmittelerbringer, die von Krankenhäusern im Rahmen der stationären Behandlung zur Leistungserbringung eingesetzt werden, können eine Zulassung zur ambulanten Leistungserbringung nicht beanspruchen, wenn ihre Praxis aufgrund des überwiegenden Anteils an stationären Leistungen nicht mehr als solche zur ambulanten Heilmittelerbringung angesehen werden kann.

Die vollständige Ausgliederung des Heilmittelbereichs eines Krankenhauses der Allgemeinversorgung auf eine rechtlich selbständige Einrichtung begegnet erheblichen rechtlichen Bedenken, wenn nach dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses regelmäßig zur Krankenhausbehandlung auch Heilmittel erforderlich werden.

Das Bundessozialgericht schiebt dem Ansinnen der Klinik einen Riegel vor, durch Ausgliederung von Kernbereichen an die um bis zu 20% höhere Vergütung für ambulante Behandlungen zu kommen

Die Richter stärken das Gebot der Trennung ambulanter und stationärer Versorgung.

Krankenhäuser dürfen nicht ohne weiteres Kernbereiche ihres Geschäfts ausgliedern und die Aufgaben auf andere Unternehmen übertragen. Das BSG bekräftigt damit die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und verwarf das Geschäftsmodell einer Klinik in Baden-Württemberg.

Die Klinik hatte beschlossen, ein Therapiezentrum als 100%iges Tochterunternehmen zu gründen und die klinikeigene Abteilungen für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie dorthin auszugliedern.

Das Personal war von dem Tochterunternehmen übernommen und von der Klinik ausgeliehen worden. Rund zwei Drittel der erbrachten Leistungen und 85% der Einnahmen gingen auf stationäre Behandlungen für die Klinik zurück, nur 15% der Erlöse kamen aus ambulanten Therapien.

Mit der Ausgliederung wollte die Klinik die um 15 - 20% höhere Vergütung für ambulante Behandlungen von den Krankenkassen erhalten, wie sie Einzelpraxen bekommen.

Die Krankenkasse wollte dem Therapiezentrum keine Zulassung zur ambulanten Heilmittelerbringung erteilen. Dies sei nur möglich, wenn eine eindeutige Ausrichtung auf ambulante Behandlungen vorliegt. Hier würden aber vorwiegend stationäre Leistungen erbracht.

Das BSG gab der Krankenkasse recht. Zur Begründung verwies es auf die strikte und „traditionell deutliche Trennung der ambulanten von der stationären Versorgung“. Sektorübergreifende Kooperationen seien nur zulässig, wenn und soweit „sich diese ausdrücklich aus dem Gesetz ergeben.“

Hier aber strebe die Klinik „nach unberechtigten Wettbewerbsvorteilen“. Sie wolle das „nach sachgerechten Kriterien differenzierende System“ aushebeln. Dem dürfe nicht mit einer Zulassung des Therapiezentrums zur Durchsetzung verholten werden.

Auch müsse ein Krankenhaus seine Leistungen grundsätzlich durch eigenes Personal erbringen. Leistungen Dritter dürfe es nur im Einzelfall veranlassen. Das beteiligte Krankenhaus sei chirurgisch ausgerichtet und daher insbesondere auf eine eigene Physiotherapie angewiesen. Die Ausgliederung solcher Kernbereiche stoße auf „ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit“.

Schließlich setze die Zulassung des Therapiezentrums eine „überwiegend ambulante Versorgung“ voraus. Dies sei aber nicht der Fall. Die Krankenkasse könne daher die Zulassung zu recht verweigern.

2. Neue Behandlungsmethoden im Krankenhaus - keine Kostenübernahme einer nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Behandlungsmethode

BSG, Urteil vom 21.3.2013 – B 3 KR 2/12 R

Eine nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlungsmethode kann im Krankenhaus auch dann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss kein Negativvotum zu ihr abgegeben hat.

Das BSG hat sich in seinem Urteil vom 21.3.2013 mit der Frage befasst, in wie weit Krankenkassen einem Zahlungsanspruch des Krankenhauses entgegen halten können, es sei eine neue Behandlungsmethode zum Einsatz gekommen, deren Eignung, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit noch nicht wissenschaftlich nachprüfbar belegt sei.

Im vorliegenden Fall hatte das Krankenhaus den an einem rezidierten T-zellreichen B-Zell-non-Hodkin-Lymphoms erkrankten Versicherten mit Hochdosischemotherapie und autologer Stammzellgabe behandelt.

Der von der Krankenkasse eingeschaltete MDK kam zu dem Ergebnis, dass eine CD34+-Anreicherung eindeutig nicht dem evidenzbasierten Standard entspreche. Ein klinischer Nutzen gegenüber der autologen Stammzelltransplantation ohne in-vitro Aufbereitung sei nicht belegt. Somit sei die Behandlung unwirtschaftlich.

Das BSG hat sich letztlich der bereits früher von dem ersten Senat des BSG vertretenen Rechtsauffassung angeschlossen und die Vergütungsklage des Krankenhauses abgewiesen.

Demnach dürfe die Regelung des § 137 c) SGB V nicht im Sinne einer generellen Erlaubnis aller beliebigen Methoden für das Krankenhaus mit Verbotsvorbehalt ausgelegt werden. Es gelte auch im Krankenhaus das allgemeine Qualitätsgebot, wonach der Anwendung von Methoden grundsätzlich zuverlässige und wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen über die Qualität und Wirksamkeit zugrunde liegen müssten. Ausnahmen gelten insbesondere bei Durchführung klinischer Studien.

Es bleibt die Frage, in wie weit diese gerichtliche Entscheidung für neue Rechtsstreitigkeiten von Bedeutung sein kann, nachdem das GKV-Versorgungsstrukturgesetz mit Wirkung ab dem 1.1.2012 die rechtliche Ausgangslage dadurch wesentlich verändert hat, dass die Regelung des § 137 c) SGB V einen neuen Wortlaut erhalten hat.

3. Pflegesatzrecht: NUB-Entgelte

Schiedsstelle Baden-Württemberg

Die neue Rechtsprechung des BSG, wonach die Gerichte auf entsprechenden Einwand der Krankenkassen in Abrechnungsstreitigkeiten auch zu prüfen haben, ob die Krankenhausbehandlung den allgemeinen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien der §§ 2 Abs. 1 S. 3 und § 12 Abs. 1 SGB V entspricht, hat Fragen bei der Vereinbarung von NUB-Entgelten aufgeworfen.

Die Schiedsstelle in Baden-Württemberg hat in einer neueren Entscheidung klargestellt, dass die von der Rechtsprechung des BSG in diesem Zusammenhang herausgearbeiteten Grundsätze für die Festsetzung eines NUB-Entgelts nicht gelten. Im Ergebnis werde im Rahmen des § 6 Abs. 2 KHEntgG eine neue Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode nur daraufhin überprüft, ob einerseits - im Sinne eines positiven Erfordernisses - eine positive Plausibilität für ihre Eignung und Unbedenklichkeit spreche und ob andererseits - im Sinne eines negativen Ausschlussstatbestands - keine deutlichen Anhaltspunkte für etwaige gravierende Mängel vorlägen.

Die Festsetzung der NUB-Entgelte durch die Schiedsstelle wurde zwischenzeitlich vom zuständigen Regierungspräsidium genehmigt.

4. BSG grenzt vertragsärztliche Versorgung von der nachstationären Krankenhausbehandlung ab

BSG, Urteil vom 17.07.2013 – B 6 KA 14/12

Der erste Senat des BSG grenzt in diesem Urteil die vertragsärztliche Versorgung von der nachstationären Krankenhausbehandlung anhand des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit und Erforderlichkeit von einander ab.

Im entschiedenen Fall wollte ein Krankenhaus eine ambulante Chemotherapie, welche im Anschluss an eine vollstationäre Bronchialkarzinombehandlung erbracht wurde, als nachstationäre Leistung im Sinne des § 115 a) Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V gegenüber der Krankenkasse abrechnen.

Die Krankenkasse weigerte sich unter Hinweis darauf, die Behandlung hätte auch ambulant in einer Vertragsarztpraxis durchgeführt werden können. Das BSG stimmte dem zu und wies die Zahlungsklage ab. Zur Begründung führte es aus, die nachstationäre Krankenhausbehandlung stünde wie auch die vollstationäre Krankenhausbehandlung unter dem Vorbehalt der Erforderlichkeit einer Behandlung durch ein Krankenhaus.

Das Krankenhaus fand mit seinem Einwand, die ambulante Anschlussbehandlung sei binnen vierzehn Tagen erfolgt und hätte dem Zweck gedient, den Behandlungserfolg der vollstationären Krankenhausbehandlung zu sichern und zu festigen, kein Gehör.

Es ist davon auszugehen, dass dieses Urteil auch maßgebliche Bedeutung haben wird für die Möglichkeit von Krankenhäusern, Vertragsärzte im Rahmen einer Kooperation mit der Durchführung nachstationärer Behandlungen gemäß §§ 115 a) Abs. 1 S. 2 SGB V, ggf. auch zur Durchführung in deren Praxis, zu beauftragen.

5. Keine Hemmung der Verjährung des Rückzahlungsanspruchs einer Krankenkasse durch MDK-Prüfverfahren

BSG, Urteil vom 19.9.2013 - B 3 KR 31/12 R

Die Einleitung eines Verfahrens zur Prüfung einer bereits beglichenen Krankenhausrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hemmt nicht die Verjährung des aus einer Überzahlung resultierenden Erstattungsanspruchs der Krankenkasse gegen den Krankenhausträger.

Eine Krankenkasse machte gegen einen Krankenhausträger einen Anspruch auf Rückerstattung bereits bezahlter Behandlungskosten geltend. Der Krankenhausträger berief sich auf Verjährung. Die Krankenkasse wandte hiergegen ein, der Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist sei nach § 45 Abs. 2 SGB I in Verbindung mit § 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB

aufgrund der Einleitung des Prüfverfahrens durch den MDK gehemmt worden. Nach § 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB wird die Verjährung „durch den Beginn eines vereinbarten Begutachtungsverfahrens“ gehemmt.

Nach Ansicht der Krankenkasse stelle das MDK-Prüfverfahren nach § 275 SGB V ein solches „vereinbartes Begutachtungsverfahren“ dar.

Dieser Auffassung folgte das BSG mit Urteil nicht. Zwar handele es sich bei der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit von stationären Leistungen der Krankenhausbehandlung sowie deren ordnungsgemäßer Abrechnung durch den MDK um ein „Begutachtungsverfahren“, es fehle jedoch am Tatbestandsmerkmal des „vereinbarten“ Begutachtungsverfahrens, weil eine Krankenkasse bei der Beauftragung des MDK mit einer Abrechnungsprüfung gemäß § 275 Abs. 1 S. 1 SGB V einer im Gesetz verankerten öffentlich-rechtlichen Pflicht folge und nicht eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger ausführe.

6. Abrechnungsprüfung und Verwirkung des Erstattungsanspruchs vor Ablauf der Verjährungsfrist

BSG, Urteil vom 18.7.2013 - B 3 KR 22/12 R

1. Zur Einleitung der Prüfung einer Krankenhausabrechnung durch den MDK im Einzelfall ist die Bezeichnung einer Auffälligkeit erforderlich; die Krankenkasse muss also einen konkreten Anfangsverdacht haben, dass die Abrechnung in einem oder mehreren Punkten nicht zutreffend ist (Fortführung von BSG vom 16.5.2013 - B 3 KR 32/12 R - zur Veröffentlichung vorgesehen).

2. Nach dem aus den Grundsätzen von Treu und Glauben entwickelten und daher auch schon vor Einführung des § 275 Abs 1c SGB V geltenden Beschleunigungsgebot kann der Erstattungsanspruch einer Krankenkasse unter dem Gesichtspunkt der Waffengleichheit bereits vor Ablauf der vierjährigen Verjährung verwirkt sein (Aufgabe von BSG vom 28.2.2007 - B 3 KR 12/06 R = BSGE 98, 142-151 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1).

Der dritte Senat des BSG stellte mit diesem Urteil erneut klar, dass die Krankenkassen bei Abrechnungsprüfungen eine konkrete Frage zur Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots stellen müssen.

Wird keine konkrete Frage gestellt, besteht keine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Herausgabe der vom MDK angeforderten Unterlagen.

Die Pflicht zur Herausgabe der Unterlagen sowie ein Erstattungsanspruch sollen zudem vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist ausgeschlossen sein, wenn die Krankenkassen ihre Rechte verwirkt haben. Für die Verwirkung bedürfe es eines Zeit- und Umstandsmoments. Hinzukommen müsse die Untä-

tigkeit der Krankenkasse. Ab wann von einem Zeitpunkt auszugehen sei, ließ das BSG offen; jedenfalls seien Einwände ca. 3,5 Jahre nach Abrechnung verspätet. Zum Umstand wurde das BSG konkret: wie bei Nachforderungen der Krankenhäuser, so müssten auch Erstattungsforderungen der Krankenkassen bis zum Ende des auf die Krankenhausabrechnung folgenden Kalenderjahrs geltend gemacht werden. Bleibe die Krankenkasse innerhalb des vorgenannten Zeitraums untätig, so habe sie ihre Rechte auf Herausgabe der Unterlagen an den MDK bzw. Erstattung zu viel geleisteter Vergütung verwirkt.

Abzuwarten ist, wie sich Gerichte nun beispielsweise bei den zu erwartenden Auseinandersetzungen wegen stationär erbrachter, nach AOP-Katalog ambulant erbringbarer Leistungen (vgl. BSG-Urteil vom 21.3.2013 - B 3 KR 28/12 R) positionieren, in denen manche Krankenkassen aktuell für die vergangenen vier Jahre Erstattung bzw. Nachreichung gesonderter Begründungen verlangen.

Ähnliche Fragen werden sich wohl auch im Zuge der beiden Entscheidungen des BSG vom 17.09.2013 und 17.07.2013 (B 1 KR 51/12 R; B 6 KA 14/12 R) stellen, wenn die Krankenkassen für die vergangenen vier Jahre geleistete Vergütung für nachstationäre Krankenhausbehandlungen zurückfordern.

7. Die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer begründet eine Auffälligkeit im Sinne des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

BSG, Urteil vom 17.12.2013 - B 1 KR 52/12 R

Auffälligkeit einer Krankenhausabrechnung - Anfangsverdacht - Berechtigung zur umfassenden Überprüfung - Herausgabe der Behandlungsunterlagen zum Zwecke der Abrechnungsprüfung auch bei örtlicher Unzuständigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Im vorliegenden Fall klagte die Krankenkasse auf die Herausgabe von Behandlungsunterlagen. Dabei musste sich das BSG auch mit der Frage auseinandersetzen, ob die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer eine Auffälligkeit im Sinne des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V darstellt.

Die Revision der beklagten Krankenhausträgerin hat keinen Erfolg gehabt. Die Vorinstanzen haben zu Recht den Anspruch der klagenden Krankenkasse bejaht, die Unterlagen über die Behandlung der Versicherten in NRW an den MDK Rheinland-Pfalz herauszugeben. Die Klägerin beauftragte diesen MDK rechtmäßig über das zwischengeschaltete Kompetenzzentrum, eine gutachterliche Stellungnahme zur Abrechnung der stationären Behandlung der Versicherten abzugeben.

Die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer begründet eine Auffälligkeit, da sie nicht bereits aus sich heraus für die Klägerin plausibel war. Irgend-

welche Substantiierungspflichten der Krankenkassen gibt es rechtlich insoweit nicht. Der MDK zeigte der Beklagten den Prüfauftrag auch fristgerecht an. Weder sieht das Gesetz eine ausschließliche Zuständigkeit des MDK des Leistungsortes vor noch könnte sich die Beklagte auf eine örtliche Unzuständigkeit des MDK berufen.

Das BSG hatte sich bereits verschiedentlich zuvor mit der Frage befasst, unter welchen Voraussetzungen eine Auffälligkeit gem. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB vorliegt. Fehlt eine Auffälligkeit im Rechtssinne, darf das Krankenhaus die Herausgabe von Krankenunterlagen verweigern. Auffälligkeiten wurden bisher für folgende Einzelfälle angenommen:

- Entlassung an einem Montagmorgen
- falsche Hauptdiagnose in der Kodierung
- erneute stationäre Aufnahme nach Entlassung des Patienten innerhalb der oberen Grenzverweildauer
- Durchführung einer Koronarangiographie, die auch ambulant hätte durchgeführt werden können

Diese Kasuistik erweitert nunmehr der 1. Senat des BSG um die Fallgruppe der Überschreitung der oberen Grenzverweildauer und bejaht in diesem Falle eine Auffälligkeit. Dabei wird eine Auffälligkeit dann angenommen, wenn die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer nicht aus sich heraus selbsterklärend ist.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die ergänzende Feststellung des BSG, dass es keine rechtlich vorgegebenen Substantiierungspflichten der Krankenkassen gäbe.

Daraus folgt, dass es als ausreichend angesehen wird, wenn die Krankenkasse die Auffälligkeit benennt, einer Begründung, warum aus Sicht der Krankenkasse eine Auffälligkeit vorliegt, bedarf es somit nicht.

8. Aufwandspauschale, Einleitung des Prüfverfahrens, Prüfanzeige, Prüfauftrag, Sperrwirkung, Fristablauf, Herausgabe von Sozialdaten

BSG, Urteil vom 17.12.2013 - B 1 KR 14/13 R

Das BSG musste sich mit der Frage befassen, ob eine zweite Einleitung eines Prüfverfahrens durch die Krankenkasse eine zweite Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1 c) Satz 3 SGB V auslösen kann, wenn die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt. Das BSG hat dies im Ergebnis verneint.

Eingangs seines Urteils stellt das BSG heraus, dass nach seiner Auffassung grundsätzlich von einem weitem Prüfauftrag auszugehen ist, soweit die Krankenkasse nicht ausdrücklich Einschränkungen vorgegeben hat. Soweit der MDK im Laufe der Prüfun-

gen weitere, der Krankenkasse zunächst verborgene Auffälligkeiten feststellt, die über einen eingeschränkten Prüfauftrag hinausgehen, entfaltet der ursprüngliche Prüfauftrag keine Sperrwirkung. Der MDK dürfe und müsse dann - ggf. nach Rückfrage bei der Krankenkasse - weitere Ermittlungen anstellen. Diese folge zwingend aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot und dem Zweck der Abrechnungsprüfung, auf eine ordnungsgemäße Abrechnung hinzuwirken.

Des Weiteren folgert das BSG aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot, dass die Krankenkassen - unbeschadet dessen, ob sie einen umfassenden oder eingeschränkten Prüfauftrag erteilt haben - solange befugt sind, erneut Informationen von den Krankenkassen einzufordern, wie es dafür sachgerechte Gründe gibt. Dies könne im Einzelfall die Pflicht des Krankenhauses begründen, dem MDK auch wiederholt Behandlungsunterlagen zugänglich zu machen. Die Aufwandspauschale sei nicht als Entgelt für eine einmalige Zurverfügungstellung von Sozialdaten zu verstehen, die mit jeder weiteren Anforderung zwingend erneut anfalle.

Im konkreten Fall hielt das BSG dem Krankenhaus entgegen, dass es sich trotz Fristablaufs auf eine weitere Prüfung eingelassen hat (unterstellt, es habe sich um zweites selbständiges Prüfbegehren gehandelt). Das Gesetz schütze Krankenhäuser vor unverhältnismäßigen, nicht sachgerechten Auffälligkeitsprüfungen mittelbar durch den Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale. Dieses Schutzes bedarf es aber dann nicht mehr, wenn sie infolge des Fristablaufs eine Herausgabe von Sozialdaten an den MDK verweigern könnten. Insoweit beruhe die Herausgabe der Sozialdaten auf Freiwilligkeit des Krankenhauses. Dies schließe eine weitere Aufwandspauschale aus.

Das BSG hat weitreichende Konsequenzen. Es beschränkt die Prüfung des MDK nicht auf die Prüfungsgründe, die die Krankenkasse angegeben hat. Ausgehend vom Wirtschaftlichkeitsgebot lässt das BSG es zu, dass der MDK in Eigenregie weitere Ermittlungen anstellen darf bzw. muss, die über den Prüfauftrag hinausgehen. Der 1. Senat des BSG geht sogar noch weit darüber hinaus und gibt den Krankenkassen die Befugnis, nach Prüfungseinleitung erneut Informationen von den Krankenhäusern anzufordern. Dies könne auch die Pflicht der Krankenhäuser begründen, dem MDK wiederholt Behandlungsunterlagen zur Verfügung zu stellen.

9. Kopierkosten im sozialgerichtlichen Verfahren

SG Karlsruhe, Beschluss vom 22.4.2013 - S 5 KR 132/12

In Abrechnungsstreitigkeiten werden regelmäßig klagende Krankenhäuser gerichtlich aufgefordert, die Patientenakte einzureichen, damit ein Sachver-

ständiger den Behandlungsfall beurteilen könne. Hat die Patientenakte aus Fürsorgepflicht gegenüber den Patienten im Original im Krankenhaus zu verbleiben, wird dem Gericht regelmäßig nur die Akte in Kopie in übersandt.

Obsiegt das Krankenhaus, stellt sich die Frage, wer die mitunter enormen Kopierkosten für die häufig umfangreichen Akten zu tragen hat. Mit diesem Beschluss verpflichtete das SG Karlsruhe die unterlegene Krankenkasse, die entstandenen Kopierkosten zu übernehmen.

10. Versicherungspflicht bzw. -freiheit der Tätigkeit eines nicht niedergelassenen Facharztes in mehreren Krankenhäusern und Arztpraxen – „Honorararzt“-Urteil

LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.04.2013 - L 5 R 3755/11

Die Ausübung des ärztlichen Berufs erfolgt - vom Beamtenverhältnis abgesehen - entweder in freier Niederlassung oder im Angestelltenverhältnis.

Krankenhausärzte sind weiterhin in der Regel angestellte Ärzte.

Nicht niedergelassenen Ärzten kann die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufs in Form der stationären Behandlung von Krankenhauspatienten in Hauptabteilungen - beschränkt auf ein bestimmtes Krankenhaus - nur durch die Anstellung bei diesem vermittelt werden.

In einem außerordentlich umfangreichen und aufwendig begründeten Urteil vom 17.4.2013 befasste sich das LSG Baden-Württemberg intensiv mit dem Thema Honorararzt. Aufhänger des Urteils war allerdings nicht die Frage, ob Krankenhäuser Honorarärzte zur Erbringung ihrer Leistungen einsetzen dürfen, sondern das Sozialversicherungsrecht im Sinne der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Im konkreten Fall wandte sich ein als Honorararzt tätiger Anästhesist gegen die Feststellung der Sozialversicherungspflichtigkeit seiner Tätigkeit im Krankenhaus.

Das LSG kam zu dem Ergebnis, der Arzt, der stunden- und vertretungsweise im Krankenhaus auf Zeithonorarbasis tätig war, habe eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt. Dies schloss das Gericht zum einen aus der tatsächlichen Handhabung des Vertragsverhältnisses. Zum anderen begründet es seine Entscheidung aber zentral mit folgenden Thesen: ein Krankenhaus könne seine dem Versorgungsauftrag unterfallenden Leistungen - auch angesichts der jüngsten Gesetzesänderungen - grundsätzlich nur mit angestellten Ärzten erbringen. Ein Arzt, der über keine Niederlassung im Sinne einer eigenen Praxis verfüge, könne nicht selbständig sein. Darin würde auch die Tätigkeit für verschiedene Krankenhäuser und Arztpraxen nichts ändern.

Das Urteil lässt sich mit den vom Gesetzgeber offenkundig verfolgten Liberalisierungsmaßnahmen nicht in Einklang bringen.

11. Erstattung von Weiterbildungskosten - Transparenz einer Rückzahlungsklausel

*Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 06.08.2013 - 9
AZR 442/12*

Arbeitgeber haben regelmäßig ein Interesse daran, dass sich ihre Mitarbeiter fortbilden. Übernimmt der Arbeitgeber die Fortbildungskosten, will er meist den Arbeitnehmer im Anschluss an die Fortbildung möglichst lange an sich binden.

Zu diesem Zweck werden regelmäßig Vereinbarungen über die Rückzahlung der vom Arbeitgeber übernommenen Weiterbildungskosten im Fall der zeitnahen Beendigung des Arbeitsverhältnisses nach Abschluss der Fortbildung getroffen. Verwendet der Arbeitgeber in seinem Unternehmen regelmäßig die gleiche so genannte Rückzahlungsklausel, unterliegt diese einer AGB-Prüfung.

Nach ständiger Rechtsprechung muss die Klausel klar und verständlich sein. Hierzu zählt nach einer Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) vom 6.8.2013 zu einer in einem Krankenhaus verwendeten Klausel auch, dass für den Arbeitnehmer exakt bestimmbar ist, welche vom Arbeitgeber übernommenen Kosten zurückgefordert werden können. Bleibt unklar, ob beispielsweise Reisekosten erfasst werden und ob es sich um Brutto- oder Nettobeträge handelt, führt dies zur Unwirksamkeit der Rückzahlungsvereinbarung.

12. Beihilfefähigkeit von Behandlungskosten einer Privatpatienten-Klinik

*VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 23.4.2013
- 2 S 2287/12*

Die Frage, in welcher Höhe die Aufwendungen für Leistungen privater Krankenhäuser im Wege der Beihilfe zu übernehmen sind, beurteilt sich nach dem allgemeinen beihilferechtlichen Grundsatz der Angemessenheit. Bei dieser Prüfung sind die tatsächlichen Gesamtkosten (Pauschal- und Einzelpreise zusammen) des privaten Krankenhauses den fiktiven beihilfefähigen Gesamtkosten eines unter das Krankenhausentgeltgesetz fallenden Krankenhauses gegenüberzustellen, soweit die Kosten nach Art der Leistung den Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz entsprechen. Zu den fiktiven Vergleichskosten gehören auch die Kosten für Wahlleistungen, wenn der Beihilfeberechtigte hierauf nach § 6a Abs. 2 BVO Anspruch hat (im

Anschluss an VGH Bad.-Württ., Urteile vom 21.12.2012 - 2 S 874/12 und 2 S 1000/12)

Das Baden-Württembergische Beihilferecht in der bis heute gültigen Fassung enthält nach Auffassung des Verwaltungsgerichtshofs (VGH) Baden-Württemberg mit Urteil vom 23.04.2013 keine wirksamen oder entsprechend anwendbaren Regelungen zur Frage, in welcher Höhe maximal Beihilfe bei Behandlung in einer Privatpatienten-Klinik wegen einer somatischen Erkrankung geleistet werden müsse.

Zu prüfen sei daher ausschließlich die Angemessenheit der vom Krankenhaus abgerechneten Entgelte. Bei der Prüfung der Angemessenheit seien die tatsächlichen Gesamtkosten (Pauschal- und Einzelpreise zusammen) der Privatklinik den fiktiven, sonst beihilfefähigen Gesamtkosten eines unter das KHEntgG fallenden Krankenhauses gegenüber zu stellen, soweit die Kosten nach Art der Leistung den Krankenhausleistungen nach dem KHEntgG entsprechen.

Dabei sei nicht auf das „teuerste Krankenhaus“ der Maximalversorgung im Land abzustellen, sondern die Betrachtung habe bundesweit zu erfolgen. Es gelte also auf ein Krankenhaus der Maximalversorgung in dem Bundesland abzustellen, welches den höchsten Landesbasisfallwert habe. Zudem sei zu den fiktiven beihilfefähigen Gesamtkosten auch die Kosten für Wahlleistungen hinzu zu addieren, wenn der Beihilfeberechtigte Anspruch hierauf habe. Ebenso gelte es Zimmerzuschläge in die Vergleichsbetrachtung einzustellen, auch wenn solche in der Privatpatienten-Klinik nicht angefallen seien, da - anders als im Vergleichskrankenhaus der Maximalversorgung - Zweibettzimmer zum Standard gehörten.

Die ausführlich begründete Entscheidung des VGH, die insbesondere auch die unterschiedliche Finanzierung von Privatpatienten-Kliniken und öffentlich geförderten Krankenhäusern berücksichtigt, stellt für die Baden-Württembergischen Privatpatienten-Kliniken die Grundlage zur Berechnung des maximal beihilfefähigen Entgelts dar.

Jan Matthias Hesse

Rechtsanwalt

Fachanwalt für Medizinrecht

Keller & Kollegen | Rechtsanwälte
Kernerplatz 2 70182 Stuttgart
Fon 0711/22 02 16-90 Fax 0711/22 02 16-91
hesse@anwaltskanzlei-keller.de
<http://www.anwaltskanzlei-keller.de>