

Mandantenbrief

Neues aus dem Krankenhausrecht

Februar 2013

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

- a) Krankenhausrelevante Änderungen des Heilmittelwerbegesetzes (HWG)
- b) Patientenrechtegesetz in Kraft getreten
- c) Neues aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) zur Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung
- d) Rechtsprechung zur Frage der Verjährung im Vergütungsstreit
- e) Einsatz von Honorärärzten im Krankenhaus

1. Krankenhausrelevante Änderungen des Heilmittelwerbegesetzes (HWG)

Am 26.10.2012 ist das zweite Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften („16. AMG-Novelle“) in Kraft getreten, mit dem auch eine Änderung des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) verbunden ist. Hintergrund der Reform ist die Umsetzung der europarechtlichen Vorgaben und die Anpassung der Vorschriften an die Rechtsprechung.

Das HWG enthält Vorgaben und Verbote im Bereich der Werbung und Öffentlichkeitsarbeit für Arzneimittel, Medizinprodukte, Verfahren, Behandlungen und andere Heilmittel. Das Gesetz gilt für jedermann, der die darin geregelten Werbemaßnahmen betreibt.

Für die Krankenhäuser sind insbesondere die Änderungen des § 11 HWG relevant, der einen Katalog von Verbotstatbeständen für die Werbung gegenüber potentiellen Patienten enthält (Öffentlichkeitswerbung). Damit soll der fachkundige Verbraucher vor einer unsachgemäßen oder für ihn undurchschaubaren Beeinflussung geschützt werden.

Hier werden die wichtigsten Änderungen für den Krankenhausbereich im Kurzüberblick dargestellt.

a) Verbot der Werbung mit Gutachten, Zeugnissen, Veröffentlichungen sowie mit Hinweisen darauf (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 HWG)

Das bisher in § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 HWG enthaltene Verbot der Öffentlichkeitswerbung mit Gutachten, Zeugnissen und wissenschaftlichen oder fachlichen Veröffentlichungen sowie mit Hinweisen darauf wurde aufgehoben.

Nach dem Wegfall dieser Norm ist es grundsätzlich erlaubt, künftig Gutachten, Zeugnisse und Veröffentlichungen für Werbemaßnahmen zu verwenden. Nicht mehr nach § 11 Abs. 1 Satz 1 unzulässig sind deshalb Patientenbroschüren eines Krankenhauses, die wertende Stellungnahmen von Ärzten zu Behandlungsmethoden und Leistungen enthalten.

Bezüglich Form und Inhalt der Werbeaussagen sind jedoch die weiteren Vorschriften des HWG zu beachten, so das Verbot der Werbung mit Äußerungen Dritter.

b) Verbot der Werbung mit Angaben oder Darstellungen, die sich auf Empfehlungen beziehen

Nach § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 HWG war es bislang verboten, mit Angaben zu werben, dass das Verfahren oder die Behandlung ärztlich oder anderweitig

fachlich empfohlen oder geprüft ist und angewendet wird.

Künftig verbietet § 11 Abs. 1 Satz Nr. 2 HWG nur noch die Werbung mit Angaben oder Darstellungen, die sich auf eine Empfehlung von Wissenschaftlern, von im Gesundheitswesen tätigen Personen oder anderen Personen, die aufgrund ihrer Bekanntheit zum Arzneimittelverbrauch anregen können, beziehen.

c) Verbot der Werbung mit der Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf

Das Verbot der Werbung mit der Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 HWG) gilt künftig nur noch dann, wenn die Wiedergabe in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgt oder durch eine ausführliche Beschreibung oder Darstellung zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten kann.

d) Verbot der bildlichen Darstellung von Angehörigen der Heilberufe in Berufsbekleidung oder bei der Ausübung ihrer Tätigkeit

Das bislang in § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 HWG normierte sog. „Weißkittel-Verbot“, welches Gegenstand zahlreicher Abmahnungen und Gerichtsverfahren war, wurde aufgehoben. Danach durfte bisher nicht mit bildlichen Darstellungen von Personen in Berufsbekleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit von Angehörigen der Heilberufe geworben werden, soweit sich die Werbeaussage auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden bezog.

e) Verbot der Werbung mit fremd- oder fachsprachlichen Bezeichnungen

Das Verbot der Werbung mit fremd- oder fachsprachlichen Bezeichnungen, soweit sie nicht in den allgemeinen deutschen Sprachgebrauch eingegangen sind (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 HWG), wurde aufgehoben.

f) Verbot der Werbung mit Äußerungen Dritter

Das Verbot der Werbung mit Äußerungen Dritter, insbesondere mit Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben oder mit Hinweisen darauf, wurde gelockert (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 HWG).

2. Patientenrechtegesetz

Nach jahrelangen Beratungen und Diskussionen hat das Patientenrechtegesetz die letzte parlamentarische Hürde genommen und hat den Bundesrat passiert. Es ist am 26.02.2013 in Kraft getreten. Das Patientenrechtegesetz bündelt erstmals die Rechte von PatientInnen und entwickelt sie in manchen Punkten weiter.

Für den Bereich der Krankenhäuser sind folgende Regelungspunkte aus dem Patientenrechtegesetz relevant:

Der Behandlungsvertrag wird ausdrücklich im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. Hier wird die Vertragsbeziehung zwischen PatientInnen und Ärzten, aber auch zu anderen Heilberufen, zentral geregelt.

PatientInnen müssen verständlich und umfassend informiert werden, etwa über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien. Diese Informationspflicht besteht auch für die mit der Behandlung verbundenen Kostenfolgen: Werden Behandlungskosten nicht von der Krankenkasse übernommen und weiß dies der Behandelnde, dann muss er den PatientInnen vor dem Beginn der Behandlung entsprechend informieren. Auch muss der Behandelnde den PatientInnen unter bestimmten Voraussetzungen über einen Behandlungsfehler informieren.

Die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärung erfordert, dass grundsätzlich alle PatientInnen umfassend über eine bevorstehende konkrete Behandlungsmaßnahme und über die sich daraus ergebenden Risiken aufgeklärt werden müssen.

PatientInnen wird ein gesetzliches Recht zur Einsichtnahme in ihre Patientenakte eingeräumt, das nur unter strengen Voraussetzungen und künftig nur mit einer Begründung abgelehnt werden darf.

Künftig sind die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen. Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, z.B. medizinische Gutachten, geschehen.

Krankenkassen müssen spätestens binnen drei, bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes binnen fünf Wochen, über einen Leistungsantrag entscheiden. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für eine Fristüberschreitung, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält die Aufgabe, die Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in Bezug auf Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit und um Mindeststandards für das Risiko- und Fehlermanagement zu erweitern.

3. Neues aus der Rechtsprechung des BSG zur Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung

Der Erste Senat des Bundessozialgerichtes (BSG) hat am 13.11.2012 mehrere für den Krankenhausbereich relevante Urteile gefällt:

a) Urteil des BSG zu Az: B 1 KR 27/11 R

Die Regelungen im baden-württembergischen Landesvertrag nach § 112 SGB V zum Einwendungsausschluss nach 6 Monaten (§ 19 Abs. 2 Satz 2 Landesvertrag) sowie die Regelung des MDK-Prüferfordernisses (§ 19 Abs. 2 Satz 3 Landesvertrag) mit Wirkung ab 01.04.2007 im Schiedsspruch sind rechtswidrig und verletzen das zwingend zu beachtende, nicht vertragsdispositive Wirtschaftlichkeitsgebot. Landesverträge dürfen lediglich geschlossen werden, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen, nicht aber, um Geltung und Überwachung des Wirtschaftlichkeitsgebotes einzuschränken. Die angegriffenen Regelungen im baden-württembergischen Landeskrankenhausvertrag beschränken die Rechte und Pflichten der Krankenkassen, die mangelnde Notwendigkeit, die nicht erforderliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie die unzutreffende Art der Abrechnung innerhalb der gesetzlichen Grenzen geltend zu machen. Die Frist von 30 Tagen für die Einleitung von MDK-Überprüfungsverfahren verstößt zudem gegen die zwingende 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1 c) Satz 2 SGB V.

b) Urteil des BSG zu Az: B 1 KR 24/11 R

Das beklagte Klinikum wurde verurteilt zur Übermittlung der geforderten Sozialdaten, um dem MDK die von der klagenden Krankenkasse zeitgerecht beauftragte Auffälligkeitsprüfung zu ermöglichen.

Das beklagte Krankenhaus kann sich nicht auf einen Verstoß der Krankenkasse gegen das seit dem 01.04.2007 geltende prüfrechtliche Beschleunigungsgebot des § 275 Abs. 1 c) SGB V berufen. Es konkretisiert abschließend die möglichen Sanktionen bei Verstößen gegen dieses Gebot. Leitet die Krankenkasse eine Prüfung i.S. von § 275 Abs. 1 c) SGB V nicht spätestens 6 Wochen nach Eingang der ordnungsgemäßen Abrechnung ein und zeigt der MDK die Einleitung der Prüfung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig an, muss das Krankenhaus dem MDK keine Unterlagen mehr herausgeben. Für dennoch rechtswidrig erlangte Unterlagen gilt ein Beweisverwertungsverbot. Der Beigeladene zeigte hier innerhalb von 6 Wochen nach Rechnungseingang den Beklagten die Prüfung an.

Weitergehende Folgen können Krankenhäuser dagegen sozialrechtlich aus einer zögerlichen Bearbeitung eines Prüfauftrags durch den MDK nach Ansicht des BSG mit Blick auf die Krankenhausvergütung nicht für sich ableiten. Die Regelung des § 275

Abs. 1 c) Satz 1 SGB V begründet für Krankenhäuser keine eigenständige Einwendung. Eine solche kann auch nicht in die Vorschrift „hineingelegt“ werden. Das verbietet ihre abschließende, abgestufte Regelungskonzeption. Die Norm sanktioniert lediglich die Missachtung der kurzen 6-Wochen-Frist, gelangt bei Abrechnungsprüfaufträgen ohne folgende Abrechnungskürzungen zu einer pauschalen Aufwandspauschale und lässt nach erfolgter rechtskonformer Einleitung der Prüfung die kurze Verjährungsfrist als Zeitgrenze eingreifen.

Die Regelung des § 275 Abs. 1 c) Satz 1 SGB V eröffnet hingegen Krankenhäusern keinen Raum dafür, sich etwa wegen zögerlicher Prüfbearbeitung des MDK auf Verwirkung oder sonstige auf Treu und Glauben gestützte Einwendungen zu berufen. Krankenkassen müssen sich dementsprechend das Verhalten des MDK bei Abrechnungsprüfungen ausschließlich hinsichtlich der nach § 275 Abs. 1 c) Satz 2 SGB V gebotenen Prüfanzeige zurechnen lassen. Krankenhäuser können sich gegenüber Krankenkassen insoweit auf das Unterlassen oder die Verspätung der Prüfanzeige durch den MDK als rechts erhebliche Mängel des Prüfverfahrens berufen.

Die Verjährung des Auskunftsanspruches und des im Wege der Stufenklage geltend gemachten unbefristeten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches ist hier durch die Klageerhebung gehemmt.

c) Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 18.07.2012 (L 4 KR 15/10)

Das LSG Niedersachsen hat entschieden, dass die stationäre Durchführung einer grundsätzlich ambulant erbringbaren Leistung (hier: stationäre Herzkatheteruntersuchung) besonderen Begründungserfordernissen unterliegt.

Fehlt eine solche Begründung, wird die Entgeltforderung nach Auffassung des LSG nicht fällig. Auch kann diese Begründung nicht nachgeholt werden.

Das LSG folgt damit einer Entscheidung des BSG vom 16.05.2012 (Az: B 3 KR 14/11) in einem ähnlich gelagerten Sachverhalt.

4. Rechtsprechung zur Frage der Verjährung

Diskutiert wird und ist in der Rechtsprechung umstritten, ob die Verjährung der Erstattungsforderung der Krankenkasse durch Einleitung eines MDK-Prüfverfahrens gehemmt wird. Nach § 204 Nr. 8 BGB wird die Verjährung gehemmt durch Einleitung eines "vereinbarten Begutachtungsverfahrens". Diese Regelung wird angewendet, wenn in einigen Bundesländern die § 112-SGB V-er-Verträge auch das MDK-Prüfverfahren nach § 275 SGB V näher regeln.

Umstritten ist, ob § 204 Nr. 8 BGB auch dann analog zur Anwendung kommt, wenn das MDK-Prüfverfahren nicht im Landesvertrag "vereinbart" ist, sondern nur auf der gesetzlichen Grundlage des § 275 SGB V durchgeführt wird. Diese Frage ist juristisch noch nicht entschieden und liegt derzeit beim Bundessozialgericht bei zwei Senaten zur Revision (z.B. Az: B 3 KR 31/12 und B 1 KR 59/12).

Das *Sächsische Landessozialgericht* hat kürzlich entschieden, dass § 204 Nr. 8 BGB analog auch bei MDK-Prüfverfahren greift, wenn dieses nicht landesvertraglich geregelt ist (Urteil vom 16.05.2012 – L 1 KR 115/10). Das Krankenhaus konnte sich also in einem Fall der Aufrechnung nach dem 4-Jahreszeitraum nicht schon nach 4 Jahren auf die Verjährung der Erstattungsforderung der Krankenkasse berufen, weil die Verjährung nach Auffassung des Gerichtes durch die MDK-Prüfverfahren analog § 204 Nr. 8 BGB gehemmt war.

Das *Sozialgericht Frankfurt/Oder* hat in einem anderen Fall die analoge Anwendbarkeit des § 204 Nr. 8 BGB hingegen verneint (Urteil vom 29.03.2011 - S 27 KR 74/09).

Das *Sozialgericht Dortmund* hat mit Urteil vom 22.07.2011 (S 8 KR 140/09) in einer grundlegenden Entscheidung zum Einwendungsausschluss wegen eines Verstoßes gegen die 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c SGB V Stellung genommen. Das Gericht hat entschieden, dass es sich bei der 6-Wochen-Frist um eine Ausschlussfrist handelt.

Die Frist schließt nach ihrem Ablauf jegliche Einwendungen aus, die die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung betreffen. Ein Verstoß führt nicht nur zu einer im vorgerichtlichen Verfahren wirkenden Präklusion, sondern beschränkt die gerichtliche Sachaufklärung zur Frage der Notwendigkeit und Dauer der jeweiligen Behandlung.

Wir werden informieren, sobald das Bundessozialgericht die streitige Frage der Verjährung höchstrichterlich entschieden hat.

5. Einsatz von Honorärärzten im Krankenhaus zukünftig erlaubt

Der Einsatz von Honorärärzten im Krankenhaus zur Erbringung stationärer Hauptleistungen war lange Zeit äußerst umstritten.

Für Aufsehen hatte das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichtes vom 30.04.2008 (L 1 KR 103/07) gesorgt, das den Einsatz von nicht fest angestellten Honorärärzten im Bereich der Hauptleistungen der Krankenhäuser als unzulässig eingestuft hatte.

Diese Rechtsunsicherheit hat der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzes zur Einführung eines pauschalisierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-EntgG) mit Wirkung zum 01.01.2013 behoben.

Nachdem durch Änderungen der §§ 115 a, 115 b SGB V bereits in den Bereichen der vor- und nachstationären Versorgung sowie der ambulanten Operationen die Einbindung von freiberuflichen Honorärärzten für zulässig erklärt worden war, erfolgt nunmehr eine begrüßenswerte Klarstellung in § 2 KHEntgG und § 2 BPfIV. Danach können allgemeine stationäre Krankenhausleistungen auch durch nicht fest angestellte Ärzte erbracht werden, soweit sichergestellt wird, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen fachlichen Anforderungen erfüllen wie sie auch für im Krankenhaus angestellte Ärzte gelten.

Regelungsbedürftig ist allerdings weiterhin die Einbindung der Honorärärzte in die wahlärztliche Behandlung, da die Wahlleistungsvereinbarung meist die jeweiligen (angestellten) Krankenhausärzte ausweist.

Der verstärkt mögliche Einsatz von Honorärärzten führt auch zu diversen sozialversicherungsrechtlichen und steuerlichen Fragestellungen, die bei der Gestaltung zu berücksichtigen sind.

Stuttgart, den 20.02.2013

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>