

# §

## Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V – G-BA erlässt Paragraphenteil der Richtlinie

## Sehr geehrte Damen und Herren,

das Medizinrecht als hochkomplexe Rechtsmaterie befindet sich durch die rege Tätigkeit des Gesetzgebers und durch die umfangreiche Rechtsprechung in einer ständigen Entwicklung. Daher setzen wir bei unseren hochqualifizierten Mitarbeitern auf kontinuierliche Fort- und Weiterbildung, um unsere Mandanten stets auf höchstem juristischen Niveau beraten zu können.

Somit freuen wir uns sehr, unseren Kollegen Herrn Dr. Sebastian Berg, Herrn Dennis Hampe und Frau Dr. Daniela Schröder zur Erlan-

gung des Titels „Fachanwalt für Medizinrecht“ gratulieren zu dürfen. Herr Hampe hat außerdem seine berufsbegleitende Promotion mit medizinrechtlichem Schwerpunkt erfolgreich abgeschlossen und steht nunmehr unmittelbar vor der Veröffentlichung seiner Dissertation.

Mit den besten Grüßen

Hans-Peter Ries · Dr. Karl-Heinz Schnieder · Dr. Ralf Großbölting · Björn Papendorf, LL.M.

## Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V – G-BA erlässt Paragrafenteil der Richtlinie

§ Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 (GKV-VStG) ging der Gesetzgeber einen weiteren großen Schritt in Richtung sektorenverbindender Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Mit der Neufassung des § 116b SGB V wurde eine neue Versorgungsform als „Dritter Sektor“ geschaffen: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach der bisherigen Regelung in § 116b SGB V geht in der neuen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf und wird nach und nach durch Rücknahme der Bescheide auslaufen.

Mit dem GKV-VStG wurden die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass bestimmte komplexe, schwer therapierbare Krankheiten innerhalb eines besonders qualifizierten interdisziplinären Teams von ambulant tätigen Ärzten und Ärzten stationärer Einrichtungen im Rahmen einer besonderen Ausstattung diagnostiziert und behandelt werden können. Dazu gehören z.B. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei onkologischen Erkrankungen, HIV/AIDS etc. sowie seltene Erkrankungen mit geringen Fallzahlen (z.B. Tuberkulose, Mukoviszidose) und hochspezialisierte Leistungen wie CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder Brachytherapie. Ambulante Operationen wurden im Gesetzgebungsverfahren wieder aus dem Leistungskatalog gestrichen.

### G-BA-Richtlinie zur ASV vom 21.03.2013 veröffentlicht

Mit einiger Verzögerung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jetzt die Richtlinie über die ASV (ASV-RL) erlassen. Sie wurde Anfang Mai 2013 veröffentlicht und ist noch vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Es stehen jedoch noch immer die detaillierten Anlagen zu den einzelnen Krankheitsbildern aus, in denen der G-BA den Umfang der Behandlungen und die daran geknüpften Erfordernisse beschreibt. Der G-BA ist zudem berufen, in Zukunft den Versorgungsbereich der ASV auf Antrag zu erweitern.

### Teilnahme an der ASV

Teilnehmen an der ASV können die zur vertragsärztlichen Leistungser-

bringung Zugelassenen (Vertragsärzte, MVZs, ermächtigte Ärzte) sowie zugelassene Krankenhäuser. Während bei der alten Fassung des § 116b SGB V für die ambulante Behandlung im Krankenhaus ein Antrag mit entsprechender Bescheidung durch die Landesbehörde (nicht KV!) Zugangsvoraussetzung war, ist jetzt seitens des bzw. der Teilnahmewilligen nur noch eine Anzeige an den erweiterten Landesausschuss (ELA) unter Beifügung der entsprechenden Belege nötig. Der ELA hat nach Eingang (Eingangsbestätigung einholen!) zwei Monate Zeit, die Teilnahme durch entsprechende Erklärung zu verweigern, wenn der Anzeigende die erforderlichen Voraussetzungen nicht erfüllt. Lässt der ELA die Frist verstreichen, so tritt die Teilnahmeberechtigung automatisch ein. Die Teilnahme ist in der Folge den Landesverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausesellschaft anzuzeigen, eine erneute Prüfung der Berechtigung findet dort jedoch nicht statt.

Die Leistungen sind in Teams zu erbringen. Diese bestehen aus der Teamleitung, dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten (§ 3 ASV-RL). Für diese Ärzte gilt der Facharztstatus, Ärzte in Weiterbildung können nur unter der Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Teammitglieds im Rahmen der ASV tätig werden, wobei der Facharztstandard gilt. Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen dürfen sie nicht treffen.

### Kooperationen

Liegt die Teilnahmeberechtigung vor, können die Leistungserbringer im Rahmen des beschriebenen Teams die Leistungen der ASV gegenüber Patienten erbringen. Der G-BA legt hierfür in den Anlagen zur Richtlinie die Kautelen fest, u.a. kann er - im Bereich der Onkologie muss er - bestimmen, dass Kooperationsvereinbarungen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern (ambulant/stationär) mit bestimmten Inhalten abzuschließen sind, um die Qualität der Leistung zu sichern. § 10 der ASV-Richtlinie bestimmt, welche Inhalte die Kooperationsvereinbarung zwingend haben muss: Die Parteien müssen sich über die Eckpunkte der Versorgung und die Arbeitsteilung abstimmen. Darüber hinaus besteht die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen. Selbstverständlich können die Kooperationsvereinbarungen auch weitere Inhalte haben, die z.B. interne bzw. externe Audits regeln oder die gemeinsame Dokumentation der Behandlung. Im Rahmen der Regelung der Beendigung der Kooperationsvereinbarung sollten ausreichend lange Kündigungsfristen

vereinbart werden: Ist die Vereinbarung beendet, entfällt damit ggf. eine Teilnahmevoraussetzung, so dass die ASV-Berechtigung erlischt. Lediglich sechs Monate werden den Teilnehmern zugebilligt, ggf. Ersatzkooperationspartner bzw. -teammittglieder zu finden und dem ELA zu melden (§ 2 Abs. 3 ASV-RL).

Kann ein Leistungserbringer keinen Kooperationspartner finden, ist die Leistungserbringung ihm trotzdem nicht verwehrt, wenn er nachweist, dass in seinem regionalen Einzugsbereich kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder er innerhalb von zwei Monaten trotz ernsthaften Bemühens keinen geeigneten Kooperationspartner finden konnte.

### Überweisungserfordernisse

Nur bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ASV zwingend die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus (§ 8 ASV-RL). In den anderen Fällen bestimmen die Anlagen das Überweisungserfordernis. Die Überweisungserfordernisse gelten nicht, wenn Patienten aus dem stationären Bereich der ASV zugewiesen werden sollen oder der behandelnde Vertragsarzt selbst Teilnehmer an der ASV im gleichen Indikationsgebiet ist. Den Patienten ist jedoch jeweils mitzuteilen, dass sie nunmehr im Rahmen der ASV behandelt werden.

### Abrechnung und Vergütung der ASV-Leistungen

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt seitens der Leistungserbringer unmittelbar gegenüber den Krankenkassen. Auch die Vertragsärzte haben die Leistungen bei der Krankenkasse abzurechnen, die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht zuständig, können jedoch Abrechnungsdienstleistungen den ASV-Teilnehmern anbieten. Doch der Umstand, dass die Vertragsärzte die ASV-Leistungen außerhalb der Regelleistungsvergütung und des Honorarverteilungssystems - mithin extra-budgetär - abrechnen können, macht die Teilnahme für diese Leistungserbringer an der ASV auch finanziell besonders interessant. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass geplant ist, den ASV-Anteil aus der Gesamtvergütung herauszurechnen, diese also geringer wird. Für die ASV wird eine neue Gebührentabelle durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit diagnosebezogenen Gebührenpositionen erstellt, ausgehend vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Bis diese Gebührentabelle vereinbart ist, wird nach EBM vergütet. Die Vergütung der Krankenhäuser wird um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent gekürzt.

### Konkurrentenrechtsschutz

Konkurrentenklagen wird es im Rahmen der ASV kaum mehr geben. Konkurrenten dürften kein Rechtsschutzbedürfnis haben, da sie die eigene Teilnahme anzeigen und bei Vorliegen der Voraussetzungen ASV-Leistungen selbst erbringen können. Möglich wäre es allerdings, dass die Konkurrenten auf Verpflichtung der Behörde zur Verweigerung bzw. späteren Untersagung der Teilnahme klagen. Hier wird ein Rechtsschutzbedürfnis dann anzunehmen sein, wenn beispielsweise die Voraussetzungen später weggefallen sind oder die Anzeige unter Vorspiegelung falscher Tatsachen erfolgte und deshalb keine Verweigerung durch die Landesbehörde ausgesprochen wurde. Auch kommen bei dieser Konstellation wettbewerbsrechtliche Ansprüche der Konkurrenten in Betracht.

### Fazit

Leistungserbringer, die planen, an der ASV teilzunehmen, sollten sich bereits vor der Anzeige an die Landesbehörde rechtlich beraten lassen, um die Berechtigung möglichst reibungslos zu erhalten. Kooperationsvereinbarungen müssen ggf. erstellt, die notwendigen Belege lückenlos zusammengestellt werden. Darüber hinaus ist es wichtig, frühzeitig Gespräche über Kooperationen zu führen, um hier keine Nachteile erleiden zu müssen, wenn Konkurrenten bereits aktiv geworden sind.

Dr. Christoff Jenschke, LL.M.

## Der Wegfall des Vergütungsanspruches bei Zahnersatz – OLG Celle stärkt Rechte der Zahnärzte



Mit zwei Entscheidungen hat jüngst das OLG Celle die (zahn-) arzthaftungsrechtliche Rechtsprechung in der wohl meist umstrittenen Fallkonstellation der prothetischen Zahnversorgung weiterentwickelt. Unzählige Male wurden die Zivilgerichte bereits angerufen, um über den Anspruch eines Zahnarztes auf sein Honorar zu urteilen, während der beklagte Patient aufgrund vorgegeblicher Mängel den Wegfall des Vergütungsanspruches einwendet und widerklagend Schadensersatz bzw. Schmerzensgeld geltend macht.

In diesen Fällen gilt es zunächst den Anspruch auf Vergütung bzw. dessen Untergang streng von dem auf Schadensersatz und Schmerzensgeld zu unterscheiden. Trotz einiger Überschneidungen in den inhaltlichen Voraussetzungen sind die Ansprüche nicht deckungsgleich und bedingen sich nicht gegenseitig. So stand in einer Vielzahl von Prozessen die Verurteilung des Patienten zur Zahlung der zahnärztlichen Vergütung der des Zahnarztes zur Zahlung eines Schmerzensgeldes gegenüber. Mit Urteil vom 04.02.2013 (Az.: 1 U 50/12) und Beschluss vom 15.02.2013 (Az.: 1 U 87/12) positioniert sich nun das OLG Celle bezüglich zweier bisher verschiedentlich beurteilter Fragen im Problembereich des Honorarwegfalls.

Zum einen verneint das OLG den Untergang des Vergütungsanspruches, wenn zwar die Unbrauchbarkeit der prothetischen Versorgung festgestellt wurde, diese aber dennoch erwiesenermaßen über mehrere Jahre vom Patienten getragen wurde. Dies ist nur stringent, da es eine gutachterlich festgestellte zahnmedizinische Unbrauchbarkeit von einer individuellen Unbrauchbarkeit für den Patienten zu unterscheiden gilt. Denn § 628 BGB setzt für den Untergang des Vergütungsanspruches voraus, dass für den Patienten an der erbrachten Leistung kein Interesse besteht. Dem BGH folgend ist dies nur anzunehmen, wenn die Arbeiten für den Patienten nutzlos waren. Hierfür kann die objektive Unbrauchbarkeit jedoch lediglich Indiz und nicht abschließende Feststellung sein. Durch eine mehrjährige tatsächliche Nutzung widerlegt der Patient dann quasi selbst das Indiz der Nutzlosigkeit. Eine Honorarrückforderung scheidet dann aus.

Zum zweiten positioniert sich das OLG klar zu der heftig umstrittenen Frage, ob der Wegfall des Vergütungsanspruches voraussetzt, dass dem Zahnarzt Gelegenheit zur Nachbesserung gegeben wurde. Dies erscheint insbesondere deshalb diskussionswürdig, weil das Gesetz dies

in dem hierfür einschlägigen § 628 BGB nicht ausdrücklich fordert. Daraus erwächst das tragende Argument, eine Aufforderung zur Nachbesserung für entbehrlich zu halten. Denn für Ansprüche auf Schadensersatz bzw. Schmerzensgeld hat der Gesetzgeber die Einräumung einer Frist zur Nachbesserung durch den Patienten ausdrücklich vorgesehen. Dieser Erwägung hat sich das OLG Celle jedoch nicht angeschlossen und macht eben dieses Nachbesserungsverlangen neben der tatsächlichen Nutzlosigkeit der Arbeiten zur Voraussetzung für den Wegfall des Honoraranspruches. Darüber hinaus stellt es sogar klar und schließt sich damit dem OLG Dresden (Az.: 4 W 28/08) an, dass das Erfordernis der Fristsetzung zur Nachbesserung nicht schon aufgrund festgestellter Unbrauchbarkeit des Zahnersatzes entbehrlich wird. Denn im Rahmen der Nachbesserung könne für den Patienten auch eine Neuanfertigung zumutbar sein. Durch die genannten Entscheidungen wird die prozessuale Position des Zahnarztes in nicht zu unterschätzendem Umfang gestärkt. In vielen Entscheidungen begnügten sich Gerichte mit der gutachterlichen Feststellung der Unbrauchbarkeit der Versorgung, um den Wegfall des Vergütungsanspruches zu begründen. Tatsächliche Nutzung und Nachbesserungsverlangen wurden nicht mehr thematisiert. Die hiergegen gerichteten Stimmen in der Rechtsprechung wurden nun deutlich gestärkt. Da erfahrungsgemäß eine Fristsetzung des Patienten zur Nachbesserung in der überwiegenden Zahl der Fälle unterbleibt, sind die Entscheidungen des OLG Celle aus zahnärztlicher Sicht ausdrücklich zu begrüßen.

Thomas Vaczi

## Professionelle Zahnreinigung (GOZ-Ziff. 1040) umfasst Entfernung subgingivaler Beläge

**§** Anlässlich der Reform der GOZ mit Wirkung zum 01.01.2012 hat der Ordnungsgeber mit Ziff. 1040 GOZ erstmals eine eigene Gebührenordnungsposition für die Professionelle Zahnreinigung (PZR) eingeführt. Zum Leistungsumfang dieser GOZ-Ziffer hat das Verwaltungsgericht Düsseldorf (Az.: 13 K 5973/12) am 17.01.2013 eine Entscheidung getroffen, die bei Zahnärzten für Unmut und Verwirrung gesorgt hat.

Das Verwaltungsgericht befasste sich in seiner Entscheidung mit der Frage, ob eine gleichzeitige Abrechnung einer PZR nach Ziff. 1040 GOZ sowie einer nicht-chirurgischen Entfernung subgingivaler Konkremente in analoger Anwendung der GOZ-Ziff. 4070 bzw. 4075 an

demselben Zahn gebührenrechtlich zulässig ist. Den Ausgangspunkt für die rechtliche Beurteilung dieser Frage bildet § 6 Abs. 1 GOÄ, wonach eine Analogberechnung lediglich hinsichtlich nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommenen zahnärztlicher Leistungen in Betracht kommt. Das Verwaltungsgericht vertrat in diesem Zusammenhang die Auffassung, dass die Entfernung subgingivaler Beläge von der GOZ-Ziff. 1040 umfasst und somit in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sei. Entsprechend lägen die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 GOZ nicht vor, so dass eine Analogberechnung auf der Grundlage der GOZ-Ziff. 4070 bzw. 4075 ausscheide.

Zur Begründung nahm das Gericht Bezug auf die Leistungsbeschreibung der Ziff. 1040 GOZ, wonach eine PZR das „Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen“ umfasst. Diese Leistungslegende legte das Gericht unter Zuhilfenahme der Beschreibung des Zahnaufbaus im Pschyrembel (Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 1805f.) dahingehend aus, dass sowohl die Belagsentfernung im oberhalb des Zahnfleisches liegenden und damit supragingivalen Bereich der natürlichen Zahnkrone als auch im nicht sichtbaren, vom Zahnfleisch überzogenen und damit gingivalen Bereich insbesondere der Zahnwurzel umfasst sei. Der letztgenannte Bereich könne sprachlich auch als subgingival bezeichnet werden.

Inwieweit sich zukünftig andere Gerichte dieser Rechtsauffassung des Verwaltungsgerichts zum Leistungsumfang der neuen GOZ-Ziff. 1040 anschließen werden, bleibt insbesondere im Hinblick auf die im Vergleich zu den Ziff. 4070 und 4075 deutlich geringere Leistungsbewertung der PZR abzuwarten.

Dr. Bernadette Tuschak

### Tätigkeitsbereiche Medizinrecht

- Gestaltung (zahn)ärztlicher Kooperationsformen
- Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Neue Versorgungsformen (MVZ, überörtliche Sozietät etc.)
- Praxisübertragungen/-bewertungen
- Zulassungsrecht und Disziplinarverfahren
- Berufs- und Approbationsrecht
- Arzthaftpflichtrecht inkl. Strafverteidigung
- Honorarverteilung
- Krankenhausrecht einschließlich Chefarztrecht
- Krankenversicherungsrecht
- Recht der Psychotherapeuten
- Apothekenrecht
- Tierarztrecht
- Arzneimittel- und Medizinprodukterecht



rechtsanwälte  
kanzlei für wirtschaft und medizin

**Hans Peter Ries**

Lehrbeauftragter an der SRH Fachhochschule Hamm

**Dr. Karl-Heinz Schnieder**

Fachanwalt für Medizinrecht  
Fachanwalt für Sozialrecht  
Lehrbeauftragter an der Universität Münster

**Dr. Ralf Großbölting**

Fachanwalt für Medizinrecht

**Björn Papendorf LL.M.**

Master of Laws (Medizinrecht)  
Fachanwalt für Medizinrecht

**Wilhelm Jackson**

**Dr. Sebastian Berg**

Fachanwalt für Medizinrecht

**Dennis Hampe LL.M.**

Master of Laws (Medizinrecht)  
Fachanwalt für Medizinrecht

**Dr. Daniela Schröder**

Fachanwältin für Medizinrecht

**Dr. Christoff Jenschke LL.M.**

Fachanwalt für Medizinrecht  
Lehrbeauftragter an der Steinbeis-Hochschule Berlin

**Dr. Bernadette Tuschak**

**Thomas Vaczi**

**Dr. Janet Lacher**

**Thorsten Härtel**

### Münster

PortAl 10 · Albersloher Weg 10 c  
48155 Münster  
Telefon 0251/5 35 99-0  
Telefax 0251/5 35 99-10  
muenster@kwm-rechtsanwaelte.de

### Berlin

Unter den Linden 24 /  
Friedrichstraße 155-156  
10117 Berlin  
Telefon 030/20 61 43-3  
Telefax 030/20 61 43-40  
berlin@kwm-rechtsanwaelte.de

### Hamburg

Ballindamm 8  
20095 Hamburg  
Telefon 040/20 94 49-0  
Telefax 040/20 94 49-10  
hamburg@kwm-rechtsanwaelte.de

### Zweigstelle Bielefeld

Am Bach 18  
33602 Bielefeld  
Telefon 0521/9 67 47 21  
Telefax 0521/9 67 47 29

kwm – rechtsanwälte –  
kanzlei für wirtschaft und medizin

Ries · Dr. Schnieder ·  
Dr. Großbölting · Papendorf

Partnerschaftsgesellschaft

Sitz: Münster  
Niederlassungen in  
überörtlicher Partnerschaft  
Berlin, Hamburg

PR 1820, AG Essen

[www.kwm-rechtsanwaelte.de](http://www.kwm-rechtsanwaelte.de)