

Inhalt

| | |
|--|----------------|
| I. Rechtsprechung | Seite 1 |
| Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten | Seite 1 |
| Zustimmung des Heimbewohners zur Erhöhung des Heimentgelts | Seite 2 |
| Dreijahresfrist für Nachbesetzung einer Arztstelle im MVZ | Seite 3 |
| Schadenersatz bei Chefarzt OP durch einen Stellvertreter | Seite 3 |
| II. Aktuelle Entwicklungen | Seite 4 |
| G-BA beschließt Strukturreform der ambulanten Psychotherapie | Seite 4 |
| Änderung der Umsatzgrenzen für Jobsharing-Praxen | Seite 4 |
| Hinweise und Impressum | Seite 4 |

I. Rechtsprechung

In den klinischen Alltag eingegliederte Honorarärzte sind sozialversicherungspflichtig

„Honorarärzte“, die entsprechend ihrer ärztlichen Ausbildung in den klinischen Alltag eingegliedert sind, einen festen Stundenlohn erhalten und darüber hinaus kein eigenes Unternehmerrisiko tragen, sind regelmäßig abhängig beschäftigt und damit sozialversicherungspflichtig.

Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 16.12.2015, Az. L 2 R 516/14

Hintergrund

Ein zugelassenes Krankenhaus betrieb an seinem Standort auch eine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe. Aufgrund eines personellen Engpasses schloss das Krankenhaus einen auf einen Monat zeitlich befristeten Honorararztvertrag mit einer niedergelassenen Gynäkologin ab.

Die Honorarärztin wurde für die Dauer von einem Monat mit der selbstständigen ärztlichen Betreuung und Behandlung von Patienten in der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe des Krankenhauses beauftragt. Die ihr erteilten Aufträge sollte die Honorarärztin in eigener Verantwortung ausüben und zugleich die Interessen des Krankenhauses berücksichtigen. Die Honorarärztin unterlag nach dem Wortlaut des Vertrages grundsätzlich keinem Weisungs- und Direktionsrecht seitens des Krankenhauses; jedoch hatte sie die fachlichen und organisatorischen Vorgaben des Auftraggebers soweit zu beachten, als dies die ordnungsgemäße Vertragsdurchführung erfordert. Die Zuweisung von Patienten erfolgte situationsabhängig nach den Erfordernissen der zu behandelnden Patienten im Stationsdienst, z. B. nach Zimmern. Das letzte Entscheidungsrecht hat dem der Abteilung vorstehende Chefarzt obliegen, weil der Chefarzt u. a. die medizinische Verantwortung des Auftraggebers wahrnahm. Letztendlich hat sich der Chefarzt Kontrollen vorbehalten. Eigene Betriebsmittel wurden

durch die Honorarärztin nicht eingesetzt; diese wurde vielmehr für das Knowhow der medizinischen Leistungen bezahlt. Als Gegenleistung für die von ihr erbrachte Tätigkeit stand der Honorarärztin für die erbrachten Leistungen eine feste Stundenvergütung in Höhe von EUR 60,- zu, welche wöchentlich ausgezahlt wurde.

Entscheidung des Gerichts

Das LSG bestätigte die Auffassung der Deutschen Rentenversicherung und stellte für die betroffene Honorarärztin das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung und damit die Sozialversicherungspflichtigkeit fest.

In der Gesamtschau sei die Honorarärztin wie eine Beschäftigte in den Betrieb des Krankenhauses eingeordnet gewesen und arbeitete innerhalb des gesamten ärztlichen Teams zusammen mit weiteren insbesondere auch festangestellten Ärzten auf der Station für Gynäkologie und im Kreißsaal.

Sie hatte die „fachlichen und organisatorischen Vorgaben“ des Krankenhauses insoweit zu beachten, als dies die ordnungsgemäße Vertragsdurchführung erforderte. Die Notwendigkeit einer Beachtung entsprechender Vorgaben ergab sich bereits aus der vertraglich vorgesehenen Eingliederung in den arbeitsteiligen Stationsalltag. Das fachliche Letztentscheidungsrecht des Chefarztes bestätigte nach Auffassung des LSG auch die Weisungsgebundenheit im Rahmen des Arbeitsverhältnisses. Auf die Frage, mit welcher Häufigkeit entsprechende chefarztliche Weisungen tatsächlich erteilt wurden, komme es in diesem Zusammenhang gar nicht mehr an.

Ein relevantes Unternehmerrisiko, welches für eine selbstständige Tätigkeit sprechen könnte, hat das LSG im Falle der Honorarärztin ebenfalls nicht erkannt. Als Gegenleistung für die von ihr erbrachte Tätigkeit stand der Honorarärztin nach Maßgabe des Honorararztvertrages für die erbrachten Leistungen eine Stundenvergütung – auch insoweit typisch für Beschäftigte – in Höhe von EUR 60,- zu. Bezogen auf die geschuldeten Dienste hätte die Honorarärztin – wie jede andere Beschäftigte auch – allein das Risiko des Entgeltausfalls in der Insolvenz des Arbeitgebers zu tragen. Eine Gewinn- und Verlustbeteiligung, die für die Annahme einer selbstständigen Tätigkeit sprechen könnte, sahen die vertraglichen Vereinbarungen ausdrücklich nicht vor. Auch der Einsatz eigenen Kapitals wäre nicht erkennbar. Eigene Betriebsmittel – bis auf die Arbeitskleidung – wurden durch die Honorarärztin nicht eingesetzt. Über eine eigene Betriebsstätte hat die Honorarärztin ebenso nicht verfügt. Sie war auf der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Krankenhauses eingesetzt. Die erforderlichen Arbeitsmittel waren dort vorhanden.

Bewertung

Die Entscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen vermag im Kontext der zu diesem Themenkreis bereits ergangenen Entscheidungen nicht zu überraschen.

In ständiger Rechtsprechung hat das Bundessozialgericht einen Prüfmaßstab zum Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung im Sinne des Sozialversicherungsrechts entwickelt. Danach ist von einer persönlichen Abhängigkeit des Arbeitnehmers auszugehen, wenn der Beschäftigte in den fremden Betrieb eingegliedert ist und dabei einem Zeit, Dauer, Ort und Art der Ausführung umfassenden Weisungsrecht des Arbeitgebers unterliegt. Vornehmlich bei Diensten höherer Art

kann das Weisungsrecht des Arbeitgebers auch eingeschränkt und „zur dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess“ verfeinert sein, wenn der Versicherte nur in den Betrieb eingegliedert ist. Demgegenüber ist eine selbstständige Tätigkeit vornehmlich durch das eigene Unternehmerrisiko, das Vorhandensein einer eigenen Betriebsstätte, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen frei gestaltete Tätigkeit und Arbeitszeit gekennzeichnet.

Unter Anlegung dieses Prüfmaßstabes hat das LSG Niedersachsen-Bremen das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung zutreffend angenommen. Die konkreten Arbeitsbedingungen, wie sie durch die Honorarärztin im Rahmen des sozialgerichtlichen Verfahrens geschildert wurden, ließen letztlich nur die Annahme zu, dass diese umfassend in den Betrieb des Krankenhauses eingegliedert wurde. Bereits der Umstand, dass der Honorarärztin im Rahmen ihrer Tätigkeit die Patienten „zugewiesen“ wurden, unterstrich, dass sie ihre ärztliche Tätigkeit in Abhängigkeit des Krankenhauses ausführte. Im Ergebnis ergab sich hinsichtlich ihrer Tätigkeit kein Unterschied zu einem festangestellten Arbeitnehmer.

Auch wenn die Entscheidung aus Sicht der Krankenhausträger, welche unter einem drängenden Personalmangel leiden, nicht begrüßenswert erscheint, so ist sie jedoch im Kontext der Judikatur zutreffend und konturiert weiter die Grenzen der zulässigen honorarärztlichen Tätigkeit.

Matthias Wrana, LL.M.,
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

Erhöhung des Heimentgelts bedarf der Zustimmung des Heimbewohners

Bundesgerichtshof, Urteil vom 12.05.2016, Az. III ZR 279/15

Eine Erhöhung des Heimentgelts durch den Heimbetreiber aufgrund einer Änderung der Abrechnungsgrundlage nach § 9 WBVG bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Heimbewohners. Eine davon abweichende Vereinbarung, die ein einseitiges Entgelterhöhungsrecht des Heimträgers vorsieht, ist gemäß § 16 WBVG unwirksam.

Hintergrund

Über die Frage, ob die Entgelterhöhung aufgrund einer Veränderung der Berechnungsgrundlage einer Zustimmung des Verbrauchers bedürfe, bestand bereits seit Inkrafttreten des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG) im Jahr 2009 Streit. Die Vorgängervorschrift des § 7 Abs. 2 S. 2 Heimgesetz (HeimG) enthielt eine Klausel, wonach im Heimvertrag zwischen den Parteien vereinbart werden kann, dass der Träger berechtigt ist, bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen das Entgelt durch einseitige Erklärung zu erhöhen. Eine solche Legitimation enthält die Nachfolgevorschrift des § 9 WBVG indessen nicht. Uneinigkeit bestand nun darüber, ob die Neuformulierung ein Ausdruck des gesetzgeberischen Willens gewesen ist, eine Zustimmung des Heimbewohners zu verlangen, oder ob es sich hierbei um ein redaktionelles Versehen im Gesetzgebungsprozess gehandelt hat.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat sich in einer aktuellen Entscheidung (Urteil vom 12.05.2016, Az. III ZR 279/15) nun mit genau dieser Frage befassen dürfen. Geklagt hat ein Verbraucherschutzverein gegen die Formulierungen eines Heimvertrages einer stationären Pflegeeinrichtung. Der Verbraucherschutzverein hat die Einrichtung auf die Unterlassung folgender Formulierung in einem Heimvertrag in Anspruch genommen:

„6.1 Die Höhe der Pflegevergütung gem. § 82 Abs. 2 SGB XI sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung wird im Rahmen von Vergütungsvereinbarungen gem. §§ 85 - 87 SGB XI festgelegt. [...]“

Der Heimträger kann eine Erhöhung des Entgelts verlangen, wenn sich die bisherige Berechnungsgrundlage verändert. Neben dem erhöhten Entgelt muss auch die Erhöhung selbst angemessen sein. [...] In den Fällen einer zulässigen Entgeltveränderung nach Punkt 6.1 dieses Vertrags behält sich der Heimträger vor, diese Veränderung durch einseitige Erklärung herbeizuführen.“

Entscheidung des Gerichts

Der BGH gab der Klage des Verbraucherschutzvereins statt; eine Entgelterhöhung nach § 9 WBVG erfordere die Zustimmung des Heimbewohners. Dies gelte auch bei Bewohnern, die Leistungen nach dem SGB XI beziehungsweise SGB XII beziehen. Eine davon abweichende Vereinbarung, die ein einseitiges Erhöhungsrecht des Heimträgers vorsieht, sei gem. § 16 WBVG unwirksam. Der Gesetzgeber habe, indem er die Ausnahmeregelung des § 7 Abs. 2 S. 2 HeimG nicht entsprechend in das WBVG übernahm zum Ausdruck gebracht, dass er die Zustimmung des Heimbewohners zur Entgelterhöhung für erforderlich erachte. Dem Unternehmer stehe kein einseitiges Gestaltungsrecht, sondern lediglich ein Anspruch zu, den er gegenüber dem Heimbewohner geltend machen müsse.

Bewertung

So begrüßenswert die Klarstellung dieser Rechtsfrage durch den BGH auch ist, so ist diese Entscheidung sowohl aus systematischen als auch Praktikabilitätsgründen zu hinterfragen.

Der Wortlaut des § 9 Abs. 1 WBVG, welcher Ausgangspunkt einer jeden Gesetzesauslegung sein muss, verbietet jedenfalls nicht die vertragliche Vereinbarung eines einseitigen Rechts des Unternehmers zu einer Entgelterhöhung wegen einer Veränderung der bisherigen Berechnungsgrundlage oder aufgrund von Investitionsaufwendungen. Auch muss der Zweck eines derartigen Zustimmungsbedürfnis hinterfragt werden, da ein erhöhter Verbraucherschutz hierdurch nicht erreicht werden können. Denn bereits durch die gesetzlich angeordnete Angemessenheitsprüfung des § 9 Abs. 1 S. 2 WBVG wird die Gefahr einer willkürlichen Preiserhöhung wirksam ausgeschlossen. Weshalb eine Zustimmung des Verbrauchers stets verlangt werden soll, obwohl die Angemessenheit der Entgelterhöhung bereits objektiv und verbindlich festgestellt worden ist, erschließt sich nicht.

Ohnehin ist die Höhe der Heimentgelte im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung der Disposition der Vertragsparteien des Heimvertrages entzogen. Der Verbraucher schuldet dem Unternehmer nach § 7 Abs. 2 S. 1 WBVG das vereinbarte Entgelt, soweit dieses insgesamt und nach seinen Bestandteilen im Verhältnis zu den Leistungen angemessen ist. Das Entgelt kann somit nicht frei vereinbart werden. Vor allem wird es nicht zwischen den Parteien des Heimvertrages ausgehandelt, sondern, im Falle der Versorgung von gesetzlich Pflegeversicherten, nach Maßgabe sozialrechtlicher Vorschriften zwischen der Einrichtung und den Pflegekassen vereinbart; § 85 Abs. 1, 2 SGB XI. Die Entgelthöhe ist nach objektiven Kriterien zu ermitteln. Der Unternehmer kann nach § 7 Abs. 2 S. 2, 3 WBVG das Entgelt für stationäre Pflegeleistungen auch nur deshalb durch die Vereinbarung neuer Pflegesätze erhöhen, weil die Höhe des Entgelts stets nach den maßgeblichen Regelungen des SGB XI und XII bestimmt wird. Die in der Vergütungsvereinbarung ausgehandelten Entgelte stellen also, vorausgesetzt es liegt ein wirksames Erhöhungsverlangen nach § 9 WBVG vor, schon aufgrund gesetzlicher Anordnung ab dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens die von dem Bewohner gemäß § 7 Abs. 2 S. 1

WBVG geschuldete Vergütung dar. Die Höhe des Entgelts steht damit gar nicht zur Disposition der Vertragsparteien und ist in der festgelegten Höhe stets als angemessen anzusehen. Soweit im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung der Bewohner somit bereits bei Eingehung des Vertrages über die tatsächliche Höhe der Vergütung nicht disponieren konnte, ist auch kein Grund erkennbar, weshalb im Rahmen einer Entgelterhöhung erst eine Zustimmung des Bewohners zu diesem Punkt eingeholt werden müsste.

Es ist daher festzustellen, dass diese Entscheidung des BGH eher vom Ergebnis her begründet wirkt. Für die Träger von Einrichtungen bedeutet dies jedoch zunächst vor allem eines: mehr administrativer Aufwand. Denn auch wenn sich die beabsichtigte Entgelterhöhung aufgrund einer Veränderung der Berechnungsgrundlage als objektiv gerechtfertigt darstellt, wird der Unternehmer nun gezwungen, die pro forma Einwilligung jedes einzelnen Pflegebedürftigen in der Einrichtung einzuholen. Wird diese nach erfolgter Information des Pflegebedürftigen nicht fristgemäß abgegeben, so wird der Heimbetreiber darauf angewiesen sein, die Abgabe der Willenserklärung im Wege der zivilgerichtlichen Klage zu erzwingen. Die Klagen werden (so viel ist absehbar) regelmäßig zu Lasten der Pflegebedürftigen ausgehen. Es wird abzuwarten sein, ob der BGH diese rechtliche Konsequenz in dieser Form beabsichtigt hat.

Matthias Wrana, LL.M.,
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

BSG: Dreijahresfrist für Nachbesetzung einer Arztstelle im MVZ

Einem Terminbericht des Bundessozialgerichts vom 4. Mai 2016 ist zu entnehmen, dass das Bundessozialgericht (BSG) entschieden hat, dass eine Arztstelle in einem MVZ erst nach dreijähriger Tätigkeit des Arztes im MVZ nachbesetzt werden kann.

Bundessozialgericht, Urteil vom 4. Mai 2016, Az. B 6 KA 21/15 R

Hintergrund

Ein HNO-Arzt hatte auf seine (volle) Zulassung verzichtet, um in einem MVZ mit einem Tätigkeitsumfang von 23,5 Wochenstunden (= 3/4-Stelle) tätig zu werden. Nach etwa einem Jahr schied der Arzt aus dem MVZ aus. Zunächst wurde die Arztstelle in einem Umfang von einer 1/4-Stelle nachbesetzt. Das MVZ beantragte weiterhin die Genehmigung einer Anstellung im Umfang von einer 3/4-Stelle. Dem entsprach der Zulassungsausschuss nicht und erteilte eine Genehmigung nur für 1/2-Stelle. Hiergegen wandte sich das MVZ mit Widerspruch und Klage. Das Sozialgericht teilte die Rechtsauffassung des MVZs. Vor dem Landessozialgericht und dem BSG unterlag das MVZ jedoch dem beklagten Berufungsausschuss.

Entscheidung des Gerichts

Die Entscheidung des BSG enthält zwei wesentliche Überraschungen. Zum einen entschied das Gericht, dass die Nachbesetzung der Arztstelle in einem MVZ nur in dem zeitlichen Umfang erfolgen kann, in dem der angestellte Arzt auch tatsächlich im MVZ tätig geworden ist. Ist ein Arzt, wie in dem zu Grunde liegenden Sachverhalt, in einem Umfang einer 3/4-Stelle im MVZ tätig, kann nach Ansicht des BSG auch nur eine 3/4-Stelle nachbesetzt werden. Hieran ändert auch nichts, dass der Arzt auf seine ursprünglich volle Zulassung verzichtet hat.

Zum anderen stellt das BSG für die Zukunft klar, dass ein Arzt, der auf seine Zulassung verzichtet, um in einem MVZ tätig zu werden, die

Absicht haben muss, mindestens drei Jahre im MVZ tätig zu sein. Eine schrittweise Reduzierung des Tätigkeitsumfangs um eine 1/4-Stelle in Abständen von einem Jahr ist nach Auffassung des Gerichts unschädlich. Bereits bestandskräftig erteilte Anstellungsgenehmigungen bleiben, hierauf weist das BSG ausdrücklich hin, unberührt und können auch Grundlage einer späteren Stellennachbesetzung werden.

Bewertung

Die schriftliche Urteilsbegründung steht aktuell noch aus. Bereits auf der Grundlage des Terminberichts kann aber abgesehen werden, dass diese Entscheidung für Krankenträger, die ein MVZ gründen wollen oder auch für Ärzte, die ihre Zulassung in ein MVZ einbringen wollen, erhebliche Konsequenzen hat.

War es bisher üblich, dass Ärzte kurz vor ihrem Ruhestand in ein MVZ wechseln, um dort noch für ein Quartal oder ein halbes Jahr tätig zu sein, wird dies zukünftig nicht mehr möglich sein. Dies haben sowohl potentielle MVZ-Gründer wie aber auch Ärzte bei ihren Planungen zu beachten.

Es bleibt abzuwarten, wie das BSG diese Entscheidung konkret begründet und ob der Gesetzgeber hieraus für sich Handlungsbedarf ableitet.

Dr. Silke Dulle,
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht

Chefarzt-OP ohne Chefarzt ist rechtswidrig

Ein Patient, der entgegen einer Wahlleistungsvereinbarung nicht vom Chefarzt, sondern vom stellvertretenden Oberarzt operiert wurde, hat möglicherweise einen Anspruch auf Schadensersatz.

Bundesgerichtshof, Urteil vom 19. Juli 2016, Az. VI ZR 75/15

Hintergrund

Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte über einen Schadensersatzanspruch eines Patienten zu entscheiden. Der Patient hatte im Vorfeld einer chirurgischen Handoperation eine Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen, in der eine Chefarztbehandlung vereinbart wurde. Operiert wurde der Patient sodann nicht von dem Chefarzt, sondern von dem – nicht liquidationsberechtigten – stellvertretenden Oberarzt. In diese Operation hatte der Patient nicht gesondert eingewilligt. Postoperativ stellten sich erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen ein. Das Landgericht und das Oberlandesgericht hatten die Klagen auf Schadensersatz abgewiesen. Der Eingriff sei zwar mangels einer rechtsgültigen Einwilligung widerrechtlich gewesen. Eine Haftung der Klinik verneinten die Richter, da es an einem ersatzfähigen Schaden fehle. Die Klinik hatte nachweisen können, dass der Eingriff in seiner konkreten Ausführung nicht anders verlaufen wäre, wenn der Chefarzt selbst operiert hätte.

Entscheidung des Gerichts

Der BGH schloss sich der Argumentation der Vorinstanzen nicht an. Er entschied, dass die geltend gemachten Ansprüche mit der Begründung des rechtmäßigen Alternativverhaltens nicht verneint werden können.

Der BGH führt aus, dass der Einwand des rechtmäßigen Alternativverhaltens dem Schutzzweck des Einwilligungserfordernisses bei ärztlichen Eingriffen widerspreche. Erkläre der Patient in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts, er wolle sich nur von einem bestimmten Arzt

operieren lassen, dürfe kein anderer Arzt den Eingriff vornehmen. So heißt es in der Entscheidung wörtlich:

„Der Patient schließt einen solchen Vertrag im Vertrauen auf die besonderen Erfahrungen und die herausgehobene medizinische Kompetenz des von ihm ausgewählten Arztes, die er sich in Sorge um seine Gesundheit gegen Entrichtung eines zusätzlichen Honorars für die Heilbehandlung sichern will. Demzufolge muss der Wahlarzt die seinen Disziplin prägende Kernleistung persönlich und eigenhändig erbringen.“

Das Oberlandesgericht Koblenz muss den Fall nun vor dem Hintergrund der Erwägungen des BGHs neu verhandeln und entscheiden.

Bewertung

Mit dieser Entscheidung stellt der BGH nochmals klar, dass die Vereinbarung einer Chefarztbehandlung bedeutet, dass der Chefarzt auch tatsächlich die Behandlung vornehmen muss. Dies betrifft den Kernbereich der Behandlung, der je nach Fachdisziplin variieren kann. Deutlich macht das Gericht, dass der Einwand des rechtmäßigen Alternativverhaltens bei körperlichen Eingriffen nicht trägt. Nur dann, wenn mit dem Patienten wirksam die Ausführung durch einen Stellvertreter vereinbart wurde, ist es möglich, dass der Wahlarzt die geschuldete Operation bzw. Behandlung nicht selbst durchführt.

Dr. Silke Dulle,
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht

II. Aktuelle Entwicklungen

G-BA beschließt Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 16. Juni 2016 eine umfassende Strukturreform der ambulanten Psychotherapie beschlossen und hierzu eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie auf den Weg gebracht.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der G-BA beauftragt, bis zum 30. Juni 2016 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebots zu treffen, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens (§ 92 Abs. 6a SGB V). Diesem Auftrag ist der G-BA durch seinen aktuellen Beschluss nun nachgekommen.

Durch die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie werden neue Elemente in die Versorgung eingeführt, beispielsweise die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung oder Maßnahmen zur Vermeidung von Rückfällen (Rezidivprophylaxe). Weitere Änderungen betreffen die Förderung der Gruppentherapie, die Bewilligung beziehungsweise Anzeige von Leistungen gegenüber den Krankenkassen und die Qualifikation von Gutachtern.

Der Beschluss des G-BA wurde dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Entsprechend der Übergangsregelung sollen die Änderungen ab dem 1. April 2017 angewendet werden.

Änderung der Umsatzgrenzen für Jobsharing-Praxen in überversorgten Planungsbereichen durch den G-BA

In seinen Sitzungen vom 16. Juni 2016 und 7. Juli 2016 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss ebenfalls, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie enthaltene Regelungen zum Jobsharing in gesperrten Planungsbereichen zu überarbeiten.

Vertragsärztinnen und -ärzte mit unterdurchschnittlichem Leistungsumfang, die sich in einem gesperrten Planungsbereich im Jobsharing einen Arztsitz teilen, sollen künftig ihren Umsatz bis zum Fachgruppenn Durchschnitt steigern dürfen (der Höhe des durchschnittlichen Umsatzes, den ihre jeweilige Fachgruppe im letzten Jahr erreicht hat). Psychotherapeuten mit unterdurchschnittlichem Leistungsumfang können ihr Praxisvolumen im Jobsharing in gesperrten Planungsbereichen auch über den Fachgruppenn Durchschnitt hinaus auf maximal 25 Prozent über dem Fachgruppenn Durchschnitt ausweiten.

Die Auswirkungen dieser Regelungen wird der G-BA 18 Monate nach ihrem Inkrafttreten evaluieren. Der Beschluss des G-BA wurde dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Autoren



Dr. Silke Dulle,
Rechtsanwältin,
Fachanwältin für Medizinrecht,
BEITEN BURKHARDT
Rechtsanwalts-gesellschaft mbH,
Berlin



Matthias Wrana, LL.M.,
Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht,
BEITEN BURKHARDT
Rechtsanwalts-gesellschaft mbH,
Berlin

Hinweise

Diese Veröffentlichung stellt keine Rechtsberatung dar.

Wenn Sie diesen Newsletter nicht mehr erhalten möchten, können Sie jederzeit per E-Mail (bitte E-Mail mit Betreff „Abbestellen“ an Anke.Kolczynski@bblaw.com) oder sonst gegenüber BEITEN BURKHARDT widersprechen.

© BEITEN BURKHARDT Rechtsanwalts-gesellschaft mbH.
Alle Rechte vorbehalten.

Impressum

BEITEN BURKHARDT Rechtsanwalts-gesellschaft mbH
(Herausgeber)
Ganghoferstraße 33, D-80339 München
AG München HR B 155350/USt.-Idnr: DE811218811

Weitere Informationen (Impressumsangaben) unter:
www.beitenburkhardt.com/impressum

Redaktion (verantwortlich)

Dr. Karl-Dieter Müller

Ihre Ansprechpartner

Berlin • Kurfürstenstraße 72-74 • 10787 Berlin
Dr. Silke Dulle, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht
Tel.: +49 30 26471-317 • Silke.Dulle@bblaw.com
Matthias Wrana, LL.M., Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Tel.: +49 30 26471-245 • Matthias.Wrana@bblaw.com



Weitere interessante Themen und Informationen zu Healthcare finden Sie in unserem Onlinebereich.



BEIJING • BERLIN • BRÜSSEL • DÜSSELDORF • FRANKFURT AM MAIN
MOSKAU • MÜNCHEN • NÜRNBERG • ST. PETERSBURG

WWW.BEITENBURKHARDT.COM