

EEP-Nachrichten 3/2007
Aktuelle Informationen aus dem Medizinrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (1. Juli 2007) werden viele Optionen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes konkretisiert. Leider bleiben Fragen ungeklärt respektive sind manche Regelungen interpretationsfähig. Genauso bedauerlich ist, dass die Vertragspartner nicht genügend Mut hatten, die vom Gesetz vorgesehene Liberalisierung vorwärts zu treiben. Ob dies im Sinne einer Besitzstandswahrung für etablierte Leistungserbringer und Kassenärztliche Vereinigungen zu interpretieren ist, bleibt offen. Dennoch ist die Zukunft nicht aufzuhalten, denn innovative Leistungserbringer haben bereits erste Schritte in Richtung Kompetenzzentren, poliklinische Unternehmen wie Polikum oder Endokrinologikum eingeleitet. Wie auf dem Hauptstadtkongress in Berlin zu hören war, hat die Einzelpraxis keine Chance mehr. Unternehmensstrukturen sind notwendig, um auf der einen Seite Kosteneinsparpotentiale zu realisieren und andererseits fit für Vertragsverhandlungen mit ausgewählten Kostenträgern zu sein.

Die Änderungen im Bereich der ambulanten und stationären ärztlichen Strukturen haben Einfluss auf die Distribution von Arzneimitteln und Medizinprodukten, ebenso wie auf das Marketing und Außendienststrukturen.

Für uns alle hat die Zukunft begonnen, in diesem Sinne

Mit freundlichen Grüßen

EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Bei Rückfragen: newsletter@eep-law.de

Newsletter anmelden: <http://www.eep-law.de/html/anmeldung.htm>

Beiträge

Der geänderte Bundesmantelvertrag-Ärzte mit den Anpassungen an das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Aufgrund des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 ist der Bundesmantelvertrag-Ärzte geändert und ergänzt worden (Inkrafttreten 01.07.2007). Dies gilt auch für die KV-übergreifende Berufsausübungsrichtlinie.

Die Richtlinie zur KV-übergreifenden Berufsausübung klärt überwiegend Fragen der Abrechnung, Honorarbescheide, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung im Falle einer vertragsärztlichen Tätigkeit in mehreren KV-Regionen. Dabei sind folgende Konstellationen für eine KV-übergreifende Berufsausübung denkbar:

- Der Arzt ist gleichzeitig als Vertragsarzt mit zwei Teilzulassungen oder als ermächtigter Arzt an einem weiteren Tätigkeitsort (Zweigpraxis) in Bereichen von mindestens zwei KVen tätig. Dies gilt auch für ein Medizinisches Versorgungszentrum.
- Der Arzt ist als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, deren Vertragsarztsitze in Bereichen von mindestens zwei KVen gelegen sind.
- Der Arzt ist als Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz und als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft oder Teilberufsausübungsgemeinschaft an einem weiteren Tätigkeitsort im Bereich einer weiteren KV tätig.
- Der Arzt ist als zugelassener Vertragsarzt gleichzeitig als angestellter Arzt in einer Arztpraxis und / oder einem MVZ im Bereich einer weiteren KV tätig.
- Der Arzt ist als angestellter Arzt einer Arztpraxis und / oder eines MVZ im Bereich von mindestens zwei KVen tätig.

Die Änderungen und Ergänzungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte dienen der untergesetzlichen Anpassung zu Neuerungen durch das VÄndG. Es finden sich neben neu eingeführten Begriffen und deren Definitionen insbesondere die notwendigen Anpassungen bzw. Konkretisierungen der neuen Berufsausübungsform wie der Anstellung (§§ 14, 14 a BMV-Ä), der KV-bereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft (§ 15 b BMV-Ä), der Berufsausübungsgemeinschaft zwischen MVZ und Vertragsärzten (§ 15 c BMV-Ä) und der Berufsausübungsgemeinschaft.

Von besonderem Interesse sind dabei (§ 14 a) die Regelungen zur Anstellung von drei teilzeit- oder vollzeitbeschäftigte Ärzten durch einen Vertragsarzt. Erbringt der Vertragsarzt überwiegend medizinisch-technische Leistungen, sind sogar vier Ärzte erlaubt. Im Falle eines gut begründeten Antrags mehr. Das VÄndG hatte lediglich festgeschrieben, dass die bisherige Regelung gelockert wird. Bislang waren die Anstellung eines Arztes in Vollzeit oder zweier Ärzte halbtags möglich gewesen.

Eine Beschäftigung von fachfremden Ärzten ist nicht zulässig, sofern diese wie Pathologen, Labormediziner oder Radiologen nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden.

Zudem wird in § 17 a BMV-Ä festgelegt, dass der sich aus der Zulassung des Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen sei, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht. Für einen Teilversorgungsauftrag gelten entsprechend 10 Stunden in der Woche. Bei

der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit an einem weiteren oder mehreren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragsarztsitzes gilt, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss.

Analysiert man den Bundesmantelvertrag-Ärzte respektive die KV-übergreifende Berufsausübungsrichtlinie, so ist festzustellen, dass zwar einige Fragen geklärt, viele aber noch völlig offen sind. Raum für Interpretation, innovatives Gestalten und leider auch forensische Auseinandersetzung ist gegeben.

Trotz dieser offenen Fragen und Ungereimtheiten empfiehlt sich ein "forsches" Vorgehen, um strategische und wirtschaftliche Optionen auszunutzen. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass manchen interessierten Ärzten ein grundlegendes betriebswirtschaftliches Konzept, eine unternehmerische Strategie, ein konsequenter Aufbau einer Marke und ein strategisches Marketing fehlen. All dies ist aber grundlegende Voraussetzung für den Unternehmenserfolg eines neuen ärztlichen Kompetenzzentrums.

Bei Rückfragen: na.ehlers@eep-law.de

LSG Baden-Württemberg stärkt ambulante Pflege

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hatte über die - für Bewohner, Leistungserbringer und Investoren von Wohnformen des Betreuten Wohnens gleich wichtige - Frage zu entscheiden, ob das Leben in einer solchen Einrichtung zu einem geminderten Krankenversicherungsschutz bei der ambulanten Pflege führt (LSG Baden-Württemberg, Vergleich vom 15.12.2006, Az. L 4 KR 4343/04). Im Streit stand, ob die beklagte Krankenkasse für die Kosten der häuslichen Krankenpflege der Bewohnerin im Betreuten Wohnen aufzukommen hat.

Die beklagte Krankenkasse bestritt zwar nicht, dass diese Leistung medizinisch erforderlich war, lehnte die Übernahme der Behandlungskosten jedoch ab. Zur Begründung führte sie aus, Voraussetzung für die Gewährung häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V) sei, dass der Versicherte in einem eigenen Haushalt lebt. Im Betreuten Wohnen liege kein eigener Haushalt mehr vor. Das Landessozialgericht stellt demgegenüber klar, dass auch in den sog. Wohnformen des Betreuten Wohnens von einem eigenen Haushalt auszugehen sei, wenn keine rechtliche Verbindung zwischen Mietvertrag und Betreuungs- bzw. Pflegevertrag anderer Dienstleistungen vorliege.

Die Voraussetzung der sog. "eigenen Häuslichkeit" hat in der Vergangenheit immer wieder zu gerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Versicherten geführt, welche nicht zuletzt aus Sicht der Investoren und Leistungserbringer das Geschäftsmodell des Betreuten Wohnens gefährdeten. Mit Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01.04.2007 ist nunmehr ausdrücklich gesetzlich festgeschrieben, dass häusliche Pflege auch in "betreuten Wohnformen" zu leisten ist (§ 37 Abs. 2 SGB V). Zu dieser Streitfrage häufig geführte Prozesse sind damit zugunsten der Bewohner und Leistungserbringer vom Gesetzgeber entschieden. Hierauf sollte in Streitfällen gegenüber den Krankenkassen mit allem Nachdruck hingewiesen werden.

Bei Rückfragen: m.ardt@eep-law.de

Bundessozialgericht: Wirtschaftlichkeitsprüfung kann Ausschlussfrist für Honorarberichtigung hemmen

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gilt für die sachlich-rechnerische Richtigstellung von ärztlichen Honorarbescheiden ebenso wie für den Erlass von Prüfbescheiden in Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren eine vierjährige Ausschlussfrist, innerhalb derer der Richtigstellungsbescheid dem Arzt bekannt gegeben werden muss.

In einer jetzt veröffentlichten Entscheidung vom 06.09.2006 (Az.: B 6 KA 40/05 R) hat das Bundessozialgericht diese Rechtsprechung zwar grundsätzlich bestätigt, gleichzeitig aber für den Fall eingeschränkt, dass beide Verfahrensarten zusammentreffen.

Hierzu kann es kommen, wenn sich erst im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung herausstellt, dass bestimmte Auffälligkeiten nicht auf einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise, sondern auf Fehlsätzen von Gebührenpositionen zurückgehen. Sind diese neben der eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von untergeordneter Bedeutung, können sie im Rahmen einer so genannten Annexkompetenz auch von den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung korrigiert werden. Liegt jedoch der Schwerpunkt der Beanstandungen bei Abrechnungsfehlern, ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung abzuschließen und das Verfahren an die insoweit zuständige KV zur Vornahme einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung abzugeben.

Nicht zuletzt aufgrund der immer noch erheblichen Dauer der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren können in diesem Fall jedoch seit Erlass des Honorarbescheids bereits mehr als vier Jahre vergangen sein.

Das Bundessozialgericht hat hierzu in der o.g. Entscheidung die Auffassung vertreten, dass ein im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ergangener Bescheid den Ablauf der für Honorarberichtigungen geltenden Ausschlussfrist hemmt, soweit Wirtschaftlichkeitsprüfung und Honorarberichtigung identische Leistungen oder Leistungsbereiche des Arztes betreffen.

Mit diesem Urteil ist die mit der Erteilung von quartalsweisen Honorarbescheiden eigentlich beabsichtigte Rechtssicherheit weiter eingeschränkt worden, indem auch nach Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung ermöglicht wird.

Ärzte, die nach mehr als vier Jahren von einer Honorarberichtigung betroffen sind, sollten aber in jedem Fall genau prüfen lassen, dass tatsächlich nur solche Teile der Abrechnung betroffen sind, die zuvor Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung waren. Denn nur in diesem Fall ist der Ablauf der Ausschlussfrist gehemmt.

Bei Rückfragen: c.altmiks@eep-law.de

Die aktuellen Rabattvereinbarungen

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) ist das Institut des freien Rabattvertrages perfektioniert und damit der weiteren wettbewerblichen Ausgestaltung des Gesundheitssystems Vorschub geleistet worden. In der letzten Zeit haben die Rabattverträge der AOK "Wellen" geschlagen. Nachdem die Möglichkeit der Einführung von freien Rabattverträgen schon mit dem Beitragssicherungsgesetz vom 23.12.2002 erfolgt ist (§ 130 a Abs. 8 SGB V) und dieses Institut durch

das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) "verbessert" wurde, in dem ausdrücklich durch eine Ergänzung von § 130 a Abs. 8 SGB V klargestellt wurde, dass auch Ärzte an solchen Verträgen beteiligt werden können, hat das WSG zu weiteren "Perfektionierungen" geführt. Das Institut der integrierten Versorgung ist dahingehend ergänzt worden, dass freiwillige Rabattverträge in die ambulante Behandlung bei solchen Verträgen einzubeziehen sind. Die Attraktivität für Ärzte wurde erhöht, in dem für die Bonus-Malus-Regelung vorgesehen ist, dass diese keine Anwendung bei Rabattverträgen findet. Rabattverträge schließen – sofern der Arzt beigetreten ist bzw. Vertragspartner ist – die Wirtschaftlichkeitsprüfung aus, in jedem Fall dienen Rabattverträge der Entlastung des Arztes bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, sofern dieser an den Verträgen nicht beteiligt ist. Entscheidendes "Vehikel" für die praktische Umsetzung könnte die Modifizierung der Aut-Idem-Regelung in § 129 Abs. 1 SGB V sein: Nunmehr sind Apotheker im Rahmen dieses Instituts gehalten, Rabattverträge zu berücksichtigen. Interessant am AOK Rabattvertrag ist, dass dieser losgelöst von Verträgen zur integrierten Versorgung seine Wirkungen entfaltet. Im Rahmen der integrierten Versorgung konnte immer argumentiert werden, dass dieses Institut den Ärzten mehr Freiheiten "einräumt" als dies in den berufsrechtlichen Regelungen vorgesehen ist, zumal die Patienten sich hier aktiv für eine Teilnahme entscheiden. Die Loslösung vom Institut der integrierten Versorgung führt zu der Frage, ob Ärzte gleichwohl an solchen Rabattverträgen partizipieren können und dürfen. Denn immerhin erhalten die Ärzte einen "Anteil am Rabatt", wenn sie den Verträgen beitreten und die vom Rabattvertrag erfassten Arzneimittel verschreiben. Dabei handelt es sich um ein Novum, galt doch bisher der Grundsatz, dass zur Erhaltung der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient, der Arzt frei von Eigeninteressen verordnen soll. Aber die Zeiten ändern sich und der Gesetzgeber ist autonom, sich wie geschehen für Wettbewerb und Vertragsfreiheit zu entscheiden. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird nicht tangiert, solange die Therapiefreiheit des Arztes gewahrt ist, er also frei in seiner Entscheidung ist, welches Arzneimittel er verordnet. Solange der Arzt sich also nach wie vor am medizinischen Standard orientieren kann und muss, bestehen keine rechtlichen Bedenken gegen Rabattvereinbarungen zwischen pharmazeutischer Industrie, gesetzlicher Krankenversicherung und Ärzten unter diesem rechtlichen Aspekt. Abzuwarten bleibt, ob nicht Fragen des Wettbewerbs-, des Kartell- und des Ausschreibungsrechts zu weiteren gesetzgeberischen Aktivitäten führen werden. Bei Rückfragen: h.bitter@eep-law.de

Unzulässige Heranziehung von DDDs in Durchschnittsprüfungen

Seit dem 01.01.2007 müssen sich Vertragsärzte vermehrt mit den so genannten DDDs (Defined Daily Dose) auseinandersetzen. Die DDDs stellen dabei die Grundlage für die sog. Bonus-Malus-Prüfung dar. Mittlerweile werden DDDs aber auch im Rahmen von Durchschnittsprüfungen (§ 106 SGB V) herangezogen. In den Prüfbescheiden heißt es dann sinngemäß, dass sich der Vertragsarzt mit bestimmten Präparaten zwar nicht mit seiner Verordnungsmenge von seiner Fachgruppe unterscheidet, jedoch erhebliche Mehrkosten allein im DDD-Bereich habe. Diese Argumentation ist jedoch systemfremd. Bei Durchschnittsprüfungen kommt es auf die durchschnittlichen Arzneikosten pro Fall an. Hingegen bilden DDDs eine rechnerische Bezugsgröße. Die Prüfung der DDD-Kosten

betrifft dabei nicht die einzelne Packung, sondern die durchschnittlichen Kosten pro DDD aller in einer Wirkstoffgruppe getätigten Verordnungen pro Quartal. Dies bedeutet, dass ein Arzt der viele Großpackungen verordnet, im Rahmen der Durchschnittsprüfung auffällig wird, da er pro Fall hohe Kosten verursacht. Hingegen ist er im DDD-Bereich eher unterdurchschnittlich, da die einzelne Tablette in der Großpackung im Schnitt billiger ist als in der N1-Packung. Im Rahmen der Durchschnittsprüfung kommt es aber allein auf das tatsächliche Verordnungsvolumen an. Ein weiterer grundsätzlicher Kritikpunkt ist die Datengrundlage der DDDs, da hierbei auf die von der WHO festgelegten Werte zurückgegriffen wird. Die WHO weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass es sich um eine rechnerische Größe handelt, die nicht mit einer therapeutischen, empfohlenen oder verschriebenen Dosis verwechselt werden darf, sondern für Zwecke der Arzneimittelverbrauchsforschung entwickelt wurde. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V hingegen stellt ausdrücklich auf die medizinische Notwendigkeit ab. Alles in allem sollte gegen die Begründung eines Regresses mit der Überschreitung der DDDs vorgegangen werden.

Bei Rückfragen: c.koller@eep-law.de

Nutzenbewertung durch das IQWiG – bereits begonnene Verfahren müssen vollständig neu durchgeführt werden

Der Neugefasste § 35 b Abs. 1 SGB V sieht vor, dass auch bereits begonnene Nutzenbewertungen von Arzneimitteln durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit einer hohen Verfahrenstransparenz und einer angemessenen Beteiligung der Betroffenen zu erfolgen haben. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang die Frage, ob damit bereits begonnene Bewertungsverfahren vollständig neu aufgerollt werden müssen. Nach einem Rechtsgutachten unserer Societät ist dies zwingend erforderlich. Wir haben in den vergangenen Wochen mit zahlreichen Vertretern der Gesundheitspolitik diese Problematik diskutiert und haben insoweit umfassend Unterstützung für unsere Rechtsauffassung erfahren. Seitens des IQWiG und des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehen aber teilweise divergierende Auffassungen. Dennoch sollten alle betroffenen Unternehmen zunächst untersuchen, in wie weit eine erneute Durchführung des Bewertungsverfahrens in ihren Angelegenheiten wissenschaftlich notwendig und rechtlich verpflichtend ist. Danach sollte mit den Entscheidungsträgern in den betroffenen Gremien der Selbstverwaltung sowie mit den zuständigen politischen Stellen das Gespräch gesucht werden, um die – nicht nur juristische – Notwendigkeit einer vollständigen Neubewertung zu erörtern.

Bei Rückfragen: o.sude@eep-law.de

Abgrenzung von Arzneimitteln und Kosmetika – Der exakte Wortlaut beim Labelling kann entscheidend sein

Die Einstufung eines Produktes als Arzneimittel oder als Kosmetikum ist von zentraler Bedeutung. Sie ist nicht nur maßgeblich für die Verkehrsfähigkeit, die Bewerbung und die Überwachungspflichten durch Hersteller und Vertreiber, sondern auch für die möglichen Vertriebswege. Aus dem

Arzneimittelbegriff des Arzneimittelgesetzes, wonach Arzneimittel unter anderem Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen sind, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen, ergibt sich, dass auch pharmakologisch völlig unwirksame Präparate als Arzneimittel eingestuft werden können, wenn sie sich für den durchschnittlich informierten Verbraucher als solche darstellen. Ein solcher Eindruck wird in der Regel dann erweckt, wenn das Präparat zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes ausgelobt wird. Dabei ist die Grenze zwischen einer medizinischen Indikation und einer ausschließlich pflegenden Komponente im kosmetischen Bereich sicherlich fließend. Während Alters- oder Pigmentflecken, Besenreiser sowie Dehnungs- und Schwangerschaftsstreifen eher noch einen durch Alterung bzw. sonstige natürliche Vorkommnisse ausgelösten Normalzustand der Haut darstellen, werden Produkte zur Behandlung oder Verhütung von Krampfadern, Varizen, Rosacea, oder Neurodermitis regelmäßig als Arzneimittel eingestuft, da sie für einen vom gesunden Normalzustand abweichenden krankhaften Hautzustand bestimmt sind. Für den Hersteller oder den Vertreiber solcher Produkte im letztgenannten Sinne stehen dann nicht nur wettbewerbsrechtliche Schadenersatz- und Unterlassungsansprüche im Raum, sondern aufgrund des Verstoßes gegen arzneimittelrechtliche Strafvorschriften letztendlich auch eine Beschlagnahme der Produkte durch die Staatsanwaltschaft bzw. die zuständige Arzneimittelaufsichtsbehörde.

Das exakte Wording der Produktbeschreibung und der Produktwerbung kann folglich entscheidend sein. Die Nennung von medizinischen Indikationen ist grundsätzlich mit einem sehr hohen Risiko behaftet. In jedem Fall muss der pflegende Aspekt eines Produktes im Vordergrund stehen. Unter Umständen ist dann auch der Hinweis möglich, dass das Produkt auch zum Einsatz bei besonders empfindlicher Haut, wie zum Beispiel die von Neurodermitikern geeignet ist. Stellt man die Produkte im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzeptes unter der Beteiligung von zertifizierten und verkehrsfähigen Medizinprodukten näher dar, ergeben sich in der Regel größere Spielräume. In jedem Fall muss jedoch eine Aussage anhand objektiv nachvollziehbarer und der wissenschaftlichen Methodik entsprechender Unterlagen nachweisbar sein. Medizinische Diagnosen und Anwendungsgebiete müssen in jedem Fall von einem konkreten kosmetischen Produkt losgelöst getätigt werden. Einzelheiten sollte man gegebenenfalls mit einem Rechtskundigen diskutieren. Bei Rückfragen: s.goetting@eep-law.de

BGH-Urteil zum Betreuten Wohnen in Form von Wohneigentum stellt bestehende Konzepte auf den Prüfstand

Ein aktuelles Urteil des Bundesgerichtshofs zum Betreuten Wohnen in Form von Wohneigentum (BGH, Urteil des 13.10.2006, Az. V ZR 289/05) dürfte eine erhebliche Rolle für die Zukunft dieser speziellen Wohnform für ältere Menschen spielen. Der Bundesgerichtshof hatte die Frage zu entscheiden, ob ein Eigentümer einer Wohnung in einer solchen - pflegebedürftigen Senioren vorbehaltenen - Wohnanlage den mit einem ambulanten Pflegedienst geschlossenen Betreuungsvertrag isoliert – d.h. ohne die Wohnung aufzugeben - kündigen darf. Der Bundesgerichtshof bejaht dies unter Hinweis auf eine Unwirksamkeit des Betreuungsvertrages.

Es sei unzulässig, den Wohneigentümern einen Betreuungsvertrag aufzudrängen, der über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren gelte (§ 309 Nr. 9 a BGB). Unzulässig sei zum einen, Wohneigentümer zum Abschluss eines Betreuungsvertrages mit einer ausdrücklich längeren Laufzeit (z.B. "5 Jahre") zu verpflichten. Wegen § 309 Abs. 9 a BGB grundsätzlich nichtig sei es aber auch schon, wenn der Betreuungsvertrag auf "unbestimmte Zeit" abgeschlossen werden müsse. Der BGH zwingt damit Investoren wie Leistungserbringer voraussichtlich dazu, die Betreuungsverträge auf max. 2 Jahre zu befristen, wenn die vom Pflegedienst betreuten Personen Eigentümer der Wohnung sind und nicht – wie üblich – die Wohnungen nur zur Miete bewohnen.

Der BGH bestätigt damit zwar ausdrücklich, dass Betreutes Wohnen auch in Form von Wohneigentum möglich ist, stellt die wirtschaftliche Grundlage einer solchen Wohnform zugleich jedoch in Frage. Für Betreutes Wohnen in Form von Miete ist seit langem anerkannt, dass eine Koppelung von Miet- und Betreuungsvertrag nicht nur zulässig, sondern geradezu typisch ist (BGH, Urteil vom 23.02.2006, Az. III ZR 167/05). Im Rahmen des mietrechtlich betriebenen Betreuten Wohnens ist eine isolierte Kündigung der unterschiedlichen Verträge daher grundsätzlich ausgeschlossen (BGH, Beschluss vom 16.09.2003, Az. VIII ZR 187/03). Soweit diese Grundsätze offenbar nicht gelten sollen, wenn die ambulant betreuten Wohnungen nicht vermietet, sondern an interessierte Senioren verkauft werden sollen, zwingt das BGH-Urteil zu einer Überprüfung aller hierzu bestehenden Konzepte.

Bei Rückfragen: d.schweiger@eep-law.de

Bundessozialgericht (BSG) entscheidet in seinem Urteil vom 28.03.2007 (Az.: B 6 KA 22/06 R) über den Beginn der Ausschlussfrist für die Berichtigung nicht quartalsbezogener Honorarbescheide

Zwischen der klagenden Vertragszahnärztin und der beklagten Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) war umstritten, ob die Beklagte im November 2001 einen Degressionsbescheid korrigieren durfte, den sie der Klägerin für deren Leistung in den ersten Quartalen des Jahres 1997 erteilt hatte. Hierzu bestätigte das BSG erneut, dass die Berichtigung von Honorarbescheiden zu Lasten des Vertragsarztes innerhalb einer Frist von 4 Jahren zu erfolgen habe. Neu ist indes, dass das BSG erstmals für den Beginn dieser Ausschlussfrist die Auffassung vertrat, dass für einen Fristbeginn bei nicht quartalsbezogenen Honorarbescheiden am Ende des Jahres, an dem der Honorarbescheid erlassen wurde, die gesetzliche Grundlage fehle. Die Differenzierung zwischen quartalsbezogenen und jahresbezogenen Bescheiden sei nicht trennscharf möglich. Ein Zugewinn an Rechtssicherheit sei damit nicht zu erreichen, dass für den Beginn der Ausschlussfrist auf das Jahr abgestellt werde, in dem der zu korrigierende Bescheid erlassen worden ist. Vielmehr sei auf den aktenmäßig regelmäßig sicher feststellbaren Zeitpunkt seiner Bekanntgabe abzustellen. Der Bescheid der Kassenzahnärztlichen Vereinigung vom 19.11.2001 für die Berichtigung der Degressionsbescheide für die Quartale 01 und 02/1997 war damit verfristet.

Bei Rückfragen: c.willhoeft@eep-law.de

Ein Service der
EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSSOCIETÄT
Bei Rückfragen: newsletter@eep-law.de
Newsletter anmelden: <http://www.eep-law.de/html/anmeldung.htm>

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers	0 89 / 21 09 69-12
Karin Gräfin von Strachwitz-Helmstatt	0 89 / 21 09 69-34
Dr. iur. Isabel Häser	0 89 / 21 09 69-18
Dr. iur. Melanie Arndt	0 30 / 88 71 26-0
Dr. iur. Horst Bitter	0 89 / 21 09 69-13
Christian Koller	0 89 / 21 09 69-34
Christoph Altmiks	0 30 / 88 71 26-0
Oliver Sude	0 89 / 21 09 69-81
Dr. iur. Susanne Götting, LL.M. (EUR)	0 89 / 21 09 69-45
Ulrike Kostka	0 89 / 21 09 69-47
Dr. iur. Daniel Schweiger	0 30 / 88 71 26-0
Dr. iur. Cord Willhöft, LL.M. (KCL)	0 89 / 21 09 69-45
Dr. iur. Iris Koller	0 89 / 21 09 69-15

Disclaimer

Die Rechtsanwaltsocietät Ehlers, Ehlers & Partner übernimmt für die Vollständigkeit und die Richtigkeit des Inhaltes dieser Nachrichten keinerlei Haftung. Die in diesen Nachrichten enthaltenen Inhalte sind ausschließlich zur Information bestimmt. Der Inhalt dieser Seiten ist urheberrechtlich geschützt. Die Nachrichten sind nur für die persönliche Information bestimmt. Die Rechtsanwaltsocietät Ehlers, Ehlers & Partner haftet nicht für Schäden, die aufgrund von Handlungen die ausgehend von den auf dieser oder einer der nachfolgenden Seiten enthaltenen Informationen durchgeführt werden.

Die entsprechenden berufsrechtlichen Vorschriften (BRAO, BORA, FAO, und BRAGO) finden Sie unter der Rubrik (Ang ab en gemäß § 6 TDG) auf der Homepage der Bundesrechtsanwaltskammer unter www.brak.de. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir für die Inhalte externer Links keine Haftung. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich. Verantwortlich für den Inhalt:

EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Widenmayerstraße 29
80538 München