



BUCERIUS LAW SCHOOL
HOCHSCHULE FÜR RECHTSWISSENSCHAFT

Einführung in die Gesetzliche Krankenversicherung

DR. EVA RÜTZ, LL.M.
(PARTNERIN / LUTHER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBH)

15. NOVEMBER 2016



Gliederung

- a. Grundlagen
- b. GKV-Viereck
- c. Vertragsarztrecht
- d. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
- e. Aktuelle Rechtsprechung



A. Grundlagen

I. Einleitung

➤ Gesetzliche Krankenversicherung

- **„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ § 1, Satz 1 SGB V**
- Teil des Sozialversicherungssystems und des deutschen Gesundheitssystems
- Leistungsanspruch aus Bedarf und Einkommen
- Beitragshöhe prozentual nach Bruttoeinkommen des Versicherten (aber: Beitragsbemessungsgrenze)
- Für alle Leistungserbringer gilt der Versorgungsauftrag



A. Grundlagen

I. Einleitung

➤ Grundprinzipien:

- *Solidaritätsprinzip*, §§ 1, 3 SGB V
- *Sachleistungsprinzip*, § 2 Abs. 2 SGB V
- *Prinzip der Selbstverwaltung* § 4 Abs.1 SGB V
- *Prinzip der gegliederten GKV*, § 4 Abs. 2 SGB V

➤ *Versicherungspflicht*, aber freie Versicherungswahl ab gewissen Einkommen, bei Beamten oder Selbstständigen (PKV ↔ GKV), sog. Beitragsbemessungsgrenze, derzeit bei EUR 57.600 brutto p.a. (2017)



A. Grundlagen

I. Einleitung

- Leistungsumfang der GKV
 - Z.T. (nicht immer) geringer als bei PKV
 - Krankheiten / Heilbehandlung
 - Verhütung von Krankheiten (Prävention)
 - (Zahn-)ärztliche Behandlung (§§ 28 ff. SGB V)
 - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 31 ff. SGB V)
 - Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe (§§ 37 ff. SGB V)
 - Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)
 - Medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§§ 40 ff. SGB V)

A. Grundlagen

I. Einleitung

- Duales System in Deutschland
 - Private Krankenversicherung (PKV)
 - Beitragsbemessungsgrenze (EUR 50.850,00 brutto Jahresverdienst p.a.)
 - Sonst: Pflichtmitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
 - Arbeitgeberzuschuss i.H.v. 50 %
 - Freiwillige Zusatzversicherung in der PKV möglich
 - Auch bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze Verbleib in der PKV möglich
 - Wechsel zurück in die GKV nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig
 - Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
 - Solidarisches System
 - Umverteilungsschwierigkeiten
 - Beitragssatz (abhängig von Krankenversicherung) ca. 15 % des Bruttogehaltes
 - Arbeitgeberzuschuss i.H.v. 50 %
 - Gekappt bei Beitragsbemessungsgrenze (s.o.)
 - Anbieten von Leistungen an GKV-Patienten idR nur bei besonderer Zulassung des Leistungserbringers



A. Grundlagen

II. Hauptunterschiede zur privaten Krankenversicherung

- Äquivalenzprinzip (→ bei GKV Solidaritätsprinzip)
- Leistungsanspruch aus Alter, Geschlecht und Gesundheitsrisiko
- Leistungen können individuell vereinbart werden → bestimmt Höhe des Beitrages
- Kann Mitglieder selber auswählen, d.h. kein Kontrahierungszwang
- Rechnung wird an Privatpatienten übermittelt
- Vergütung nach GOÄ statt EBM (ambulanter Bereich)
- Im Krankenhausbereich sind die Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen grundsätzlich für alle Patienten einheitlich (unabhängig von Versichertenstatus)



A. Grundlagen

III. Ambulant ↔ stationär (Prinzip der sektoralen Trennung)

- Stationäre Leistungen
 - Leistungen durch Krankenhäuser (Plankrankenhäuser, Universitätsklinika, Privatkrankenanstalten)
 - DRG-System
- Ambulante Leistungen
 - Niedergelassene Ärzte
 - Abrechnung nach GOÄ bzw. EBM
- Unterschiedliche „Vergütungstöpfe“
- Keine Doppelvergütung
- Abgrenzungsschwierigkeiten
- Wunsch nach integrierter Versorgung / sektoraler Verzahnung



A. Grundlagen

III. Ambulant ↔ stationär

➤ Abgrenzung ambulant ↔ stationär

➤ Wichtig für Vergütung

- **Voll- und teilstationäre** Krankenhausleistungen werden über das DRG-System gem. § 17b KHG vergütet → „*durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem*“
- Bei **ambulanter** Behandlung verteilen die KV die Gesamtvergütung mithilfe eines Honorarverteilungsmaßstabs an die Vertragsärzte

➤ Keine Legaldefinitionen von voll-, teilstationären und ambulanten Krankenhausbehandlungen

➤ **Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts** (Urteil vom 04.03.2004 – Az.: B 3 KR 4/03 R):

- **Vollstationär**, wenn sich der zeitlich geplante Aufenthalt über einen Tag und eine Nacht erstreckt
- **Teilstationär**, wenn die Behandlung aufgrund eines spezifischen Krankheitsbildes über einen gewissen Zeitraum hinweg in einzelnen Intervallen erfolgt
- **Ambulant**, wenn der Patient keine Nacht im Krankenhaus verbringt



A. Grundlagen

IV. Kassenärztliche Vereinigungen

- Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Interessenvertretung der **Vertragsärzte** gegenüber der KK und Überwachung der Einhaltung der Pflichten
- Gesetzliche Krankenkassen zahlen Gesamtvergütungen an Kassenärztlichen Vereinigungen
- Pflichtmitgliedschaft für Vertragsärzte
- Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte mithilfe eines Honorarverteilungsmaßstabs, §§ 82 Abs. 2, 85 Abs. 4 SGB V
- Haben kassenärztliche Versorgung sicherzustellen, § 75 Abs.1 SGB V



A. Grundlagen

V. Stationäre Behandlung

- Krankenkassen dürfen **stationäre** Behandlung nur durch die in § 108 SGB V bezeichneten, sog. *zugelassenen Krankenhäuser*, erbringen
 - Hochschulkliniken, § 108 Nr. 1 SGB V
 - Plankrankenhäuser, § 108 Nr. 2 SGB V
 - Vertragskrankenhäuser, § 108 Nr. 3 SGB V
- Für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser **fingiert** Gesetz einen sog. Versorgungsvertrag, § 109 SGB V ↔ Bei Vertragskrankenhäusern muss dieser tatsächlich abgeschlossen worden sein



A. Grundlagen

V. Stationäre Behandlung

- **Versorgungsvertrag:** Gegenstand sind die in § 11 ff. SGB V aufgeführten med. Sach- und Dienstleistungen, allgemeine Bedingungen und Verfahren für Leistungserbringung und deren Kontrolle

- **Hochschulkliniken**
 - Zulassung nach landesrechtlichen Vorschriften
 - Schwerpunkt medizinischer Ausbildung und Forschung
 - Werden aus landesrechtlichen Vorschriften über Hochschulbau gefördert → erhalten keine öffentliche Krankenhausförderung



A. Grundlagen

V. Stationäre Behandlung

➤ **Plankrankenhäuser**

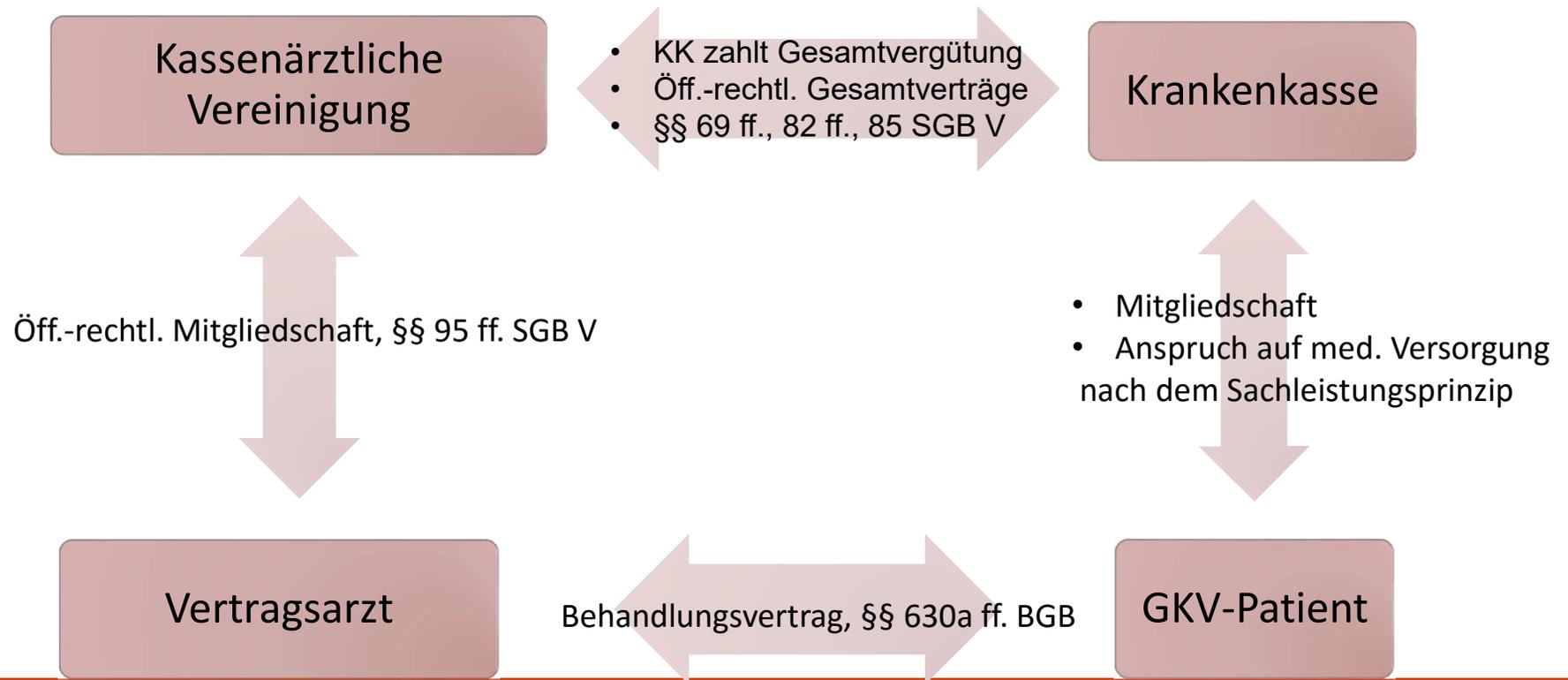
- Zulassung durch die Aufnahme in den jeweiligen Krankenhausplan des Landes
- Ein Krankenhausplan ist ein Instrument staatlicher Planung (Rechtsinstitut sui generis)
 - Zweck, KH wirtschaftlich zu sichern → bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden KH
 - Aufnahme in Krankenhausplan durch Feststellungsbescheid

➤ **Allgemeinkrankenhäuser ↔ Fachkrankenhäuser**

➤ **Anstaltskrankenhäuser ↔ Belegkrankenhäuser**

- **AnstaltsKH** → Ärztliche Behandlung durch angestellte Krankenhausärzte und zugezogene Dritte, § 2 Abs. 2, S.2 Nr.2 KHEntgG
- **BelegKH** → Niedergelassene Ärzte können Patienten stationär behandeln, § 121 Abs.2 SGB V, § 18 KHEntgG

B. GKV- Viereck



B. GKV- Viereck

1. Beziehung Vertragsarzt – Patient

- **Rechtsverhältnis:** Behandlungsvertrag gem. §§ 630a ff. BGB
- **Rechte / Pflichten:**
 - Behandlungsanspruch/Behandlungspflicht
 - **Keine Honorierung unmittelbar durch den Patienten (!)**

2. Beziehung Patient – Krankenkasse

- Mitgliedschaft aller versicherungspflichtigen- und berechtigten Patienten, § 173 SGB V
- Sachleistungsanspruch (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V)
- **Ausnahmen:**
 - Freiwillige Kostenerstattung, § 13 Abs.2 SGB V
 - Kostenerstattung bei Systemversagen, § 13 Abs. 3 SGB V



B. GKV- Viereck

3. Beziehung Krankenkasse – Kassenärztliche Vereinigung

- Vereinbarung von Gesamtverträgen zur Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung, § 83 Abs. 1 SGB V
- Zahlung der Gesamtvergütung, § 85 Abs. 1 SGB V
- Zulassungs-/Berufungsausschüsse, § 96 Abs. 1, 97 Abs. 1 SGB V
- Gemeinsame Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, § 106 Abs. 4 SGB V
- Verträge nach §§ 73b, 73c SGB V (hausarztzentrierte Versorgung, besondere ambulante Versorgung)

B. GKV- Viereck

4. Beziehung Kassenärztliche Vereinigung (KV) - Vertragsarzt

- **Pflichtmitgliedschaft** gem. § 77 Abs. 3 SGB V für
 - Vertragsärzte
 - Angestellte Ärzte bei mindestens halbtägiger Tätigkeit
 - Ermächtigte Ärzte (sind Krankenhausärzte → Durchbrechung der sog. sektoralen Trennung)
- Vergütungsanspruch, §§ 82 Abs.2, 85 Abs.4 SGB V
- Aktives und passives Wahlrecht
- Disziplinarhoheit

C. Vertragsarztrecht

I. Einleitung

- Vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die **hausärztliche** und die **fachärztliche** Versorgung, § 73 Abs.1, S.1 SGB V
- **Vertragsarzt / Vertragszahnarzt / Vertragspsychotherapeut**
 - Arzt, der im Rahmen der GKV zur **ambulanten** Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten zugelassen ist
 - **Pflichten:** Mitwirkung am Sicherstellungsauftrag der KV, §§ 72 ff., 95 SGB V
 - z.B. Sicherstellung der Erreichbarkeit durch Sprechstunden, Teilnahme am Not- und Bereitschaftsdienst, etc.
 - **Zulassung**, § 95 Abs.1 SGB V durch KV
 - Approbation
 - Arztregistereintragung (Facharzt)
 - Keine entgegenstehenden Gründe, §§ 20 ff. Ärzte-ZV
 - **Disziplinarmaßnahmen:** Bei schuldhaften Pflichtverstößen Androhung des Ruhens der Zulassung, Geldbußen, § 81 Abs. 5 SGB V i.V.m. den Disziplinarordnungen der KV
 - Bei groben Pflichtverletzungen auch Entzug der Zulassung möglich, § 95 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 27 Ärzte-ZV

C. Vertragsarztrecht

I. Einleitung

- **Wirtschaftlichkeitsprüfung:** KK und KV überprüfen Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung, § 106 SGB V → „*durch Beratungen und Prüfungen*“
 - Bezieht sich u.A. auf med. Indikation, Effektivität und Qualität der Leistungserbringung, § 106 Abs. 2 SGB V
- **Plausibilitätsprüfung:** § 106a SGB V → insb. bei Auffälligkeit der sog. Zeitprofile
- **Vertragsarztrecht** → Normiert das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
 - Leistungen der GKV, §§ 11 ff. SGB V
 - Leistungsbeziehungen zwischen Krankenversicherungen ↔ Leistungserbringern, §§ 69 ff. SGB V
- **Gesetze:** Insbesondere SGB V, SGB I, SGB X, SGG
- **Rechtsverordnungen:** Insbesondere Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV, BMV-Ä



C. Vertragsarztrecht

II. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

- Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (2003) eingeführte Einrichtung zur **ambulanten** medizinischen Versorgung

„fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach § 95 Abs.2, S.3, Nr.1 SGB V eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.“

- Erweitert den Kreis der Teilnehmer an **vertragsärztlicher Versorgung** → In vollem Umfang der ambulanten Versorgung und dem Zulassungsrecht ihrer Leistungserbringer unterworfen
- MVZ kann Plan-KH als organisatorisch verselbstständigten Teil des Krankenhauses betreiben (z.B. Vorschaltambulanz, Nachsorgestation)
- Gründung durch Leistungserbringer, die durch Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der med. Versorgung der Versicherten teilnehmen, § 95 Abs. 1a, Satz 1 SGB V
- Gleichstellung mit Vertragsarzt, vgl. § 72 SGB V → dadurch faktisch wirtschaftliche Teilhabe Krankenhäuser als Gesellschafter der MVZ-Trägersgesellschaft an der ambulanten Versorgung

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

I. Ziele des Gesetzgebers

➤ Sicherstellung einer flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung

- Abbau von Überversorgung („kalte Enteignung“)
- Stärkung von MVZ-Strukturen
- Anreiz zur Niederlassung in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten
- Förderung der hausärztlichen Ausbildung

Schnellerer Zugang der Versicherten zur medizinischen Versorgung

Erweiterung von Leistungsansprüchen

- Zweitmeinung
- Terminservicestellen

Gesetz wurde am 11. Juni 2015 verabschiedet!



D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

I. Ziele des Gesetzgebers

- **Anpassung des vertragsärztlichen Vergütungsrechts**
 - Einmalige Erhöhung des Aufsatzwertes in 2017, wenn 2014 unbegründet niedrig war
 - Einmal jährlich werden von KV Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) veröffentlicht
 - Förderung anerkannter Praxisnetze



D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

1. Vorherige Rechtslage, § 103 SGB V

➤ 1. Stufe: „Ob“ der Ausschreibung

- Zulassungsausschuss „**kann**“ ablehnen, wenn Nachbesetzung nicht erforderlich ist (überversorgtes Gebiet, VG von 110 %)
- **Ausnahme:** Privilegierter Personenkreis (z.B. Ehegatte, Kind, BAG-Partner)
- Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes
- i.d. Praxis haben Zulassungsausschüsse von Möglichkeit des Einzugs nahezu keinen Gebrauch gemacht

➤ 2. Stufe: Auswahl des konkreten Bewerbers

- Personengebundene Kriterien
- Faktisch: Ermessensreduzierung bei Nachbesetzung in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (vgl. § 103 Abs. 6 SGB V „angemessene Berücksichtigung der Interessen der verbleibenden Vertragsärzte“)

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

2. Geltende Rechtslage, § 103 SGB V

- „**Ob**“ der Nachbesetzung (1. Stufe)
 - Ziel: Abbau von Überversorgung
 - „kann“ ab Versorgungsgrad von 110 % (Überversorgung) einziehen
 - „soll“ ab Versorgungsgrad von 140 % einziehen
- „soll“ als gebundenes Verwaltungshandeln (sog. intendiertes Ermessen)
- „soll“ wird zu „muss“ wenn Praxis erheblich unter
 - Fachgruppendurchschnitt liegt
- **Wichtig:** Steigerung von Fallzahlen (in zulässigem Maße)



D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

2. Geltende Rechtslage, § 103 SGB V

- **Ausnahme:** Versorgungsgründe sprechen **trotzdem** für Nachbesetzung
 - Besonderer lokaler / qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf
 - Arztsitz **spezieller Fachrichtung** wird benötigt
 - Mitversorgungsaspekte
 - Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung (Umbau?)
 - Erhalt besonderes Versorgungsangebot von MVZ/BAG
 - Können Patienten von anderen Praxen mitversorgt werden? Wollen diese anderen Praxen das leisten?
 - Verpflichtung zur Verlegung in „schlechter versorgtes Gebiet“ (selber Planungsbereich, Köln: anderer Stadtteil?)
 - Nachfolger war mindestens fünf Jahre in unterversorgtem Gebiet tätig

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

I. Nachbesetzungsverfahren

2. Geltende Rechtslage, § 103 SGB V

- Nach wie vor Pflicht zur versorgungssituationsunabhängigen Ausschreibung bei bestimmten Personengruppen
- **Bewerberauswahl (2. Stufe)**
 - Neue Auswahlkriterien:
 - Nachfolger ist bereit Maßnahmen Barrierefreiheit zu ergreifen
 - Stärkung von MVZ im Nachbesetzungsverfahren
- Entschädigungspflicht bei Einzug
 - „Verkehrswert“ = marktüblicher Preis
 - **Streitig:** Gewinnermittlung
 - **Streitig:** Erhöhungstatbestände
 - **Beachte:** Steuerrechtliche Implikationen („Aufgabe des ganzen Betriebes“)



D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

I. Nachbesetzungsverfahren

➤ Auswirkungen für die Praxis

- Längerfristige Planung der Nachbesetzung
- Optimierung der Praxis vor Nachbesetzung, auch für drohenden Einzug
- Umwandlung BAG in MVZ (s.u.)?

E. Aktuelle Rechtsprechung

Aktuelle Rechtsprechung – *MVZ-Nachbesetzungsverfahren 1*

Sachverhalt:

- Klägerin= in der Rechtsform einer GmbH betriebenes medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Beklagter= Berufungsausschuss und beigeladene Kassenärztliche Vereinigung
- Antrag auf Nachbesetzung durch Dr. K mit 30 Wochenstunden (WS) von Zulassungsausschuss abgelehnt → Vorher Dr. O mit 23,5 WS, schon teilweise nachbesetzt durch Dr. M mit 10 WS

E. Aktuelle Rechtsprechung

Aktuelle Rechtsprechung – *MVZ-Nachbesetzungsverfahren 1*

- **BSG, Urteil vom 04. Mai 2016** (B 6 KA 21/15, B 6 KA 28/15)
 - Nachbesetzung setzt voraus, dass sich die neue Anstellung hinsichtlich des Umfangs im Rahmen der bisherigen Besetzung hält, d.h. sie darf deren Umfang nicht überschreiten
 - Nachbesetzung einer im Wege des Zulassungsverzichts an ein MVZ gebundenen Angestelltenarztstelle setzt eine dreijährige Tätigkeitsdauer des originär verzichtenden Arztes voraus
 - **Begründung:** Erst ab gewissem Zeitraum lässt sich ernsthafte Absicht erkennen, dauerhaft auf dem Sitz zu arbeiten

E. Aktuelle Rechtsprechung

Aktuelle Rechtsprechung – *MVZ-Nachbesetzungsverfahren 2*

Sachverhalt:

- Klägerin= in der Rechtsform der GmbH betriebenes medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Zum 1.4.2010 reduzierte Dr. P. seine Tätigkeit auf 30 Stunden sowie zum 1.10.2011 auf 20 Stunden und beendete schließlich seine Tätigkeit zum 30.9.2012 ganz
- Bei der ersten Reduzierung von 40 auf 30 Wochenstunden sowie bei der Beendigung der Tätigkeit von Dr. P. hat der Zulassungsausschuss jeweils eine Genehmigung zur Nachbesetzung erteilt
- Bei der zweiten Reduzierung des Dr. P. von 30 auf 20 Wochenstunden hat der Zulassungsausschuss die Genehmigung hingegen nicht erteilt

E. Aktuelle Rechtsprechung

Aktuelle Rechtsprechung – *MVZ-Nachbesetzungsverfahren 2*

- **BSG, Urteil vom 04. Mai 2016 (B 6 KA 28/15 R):**
 - „Gemäß § 95 Abs.2, S.9 SGB V sind Anträge auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem MVZ abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung gemäß § 103 Abs.1, S.2 SGB V angeordnet sind. Als **Ausnahme** davon ist die Anstellung im Wege der **Nachbesetzung** einer Arztstelle in einem MVZ gemäß § 103 Abs.4a, S.3 SGB V.“
 - „Eine "Nach"besetzung setzt nach dem Wortsinn voraus, dass die Anstellung des neuen Angestellten sich umfangsmäßig im Rahmen der bisherigen Besetzung halten muss, dh sie darf deren Umfang nicht überschreiten“