



Kanzlei für Gesundheitsrecht

PROF. SCHLEGEL, HOHMANN, DIARRA & PARTNER

Newsletter

Neues aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

August 2024

Sehr geehrte Mandanten,
sehr geehrte Geschäftspartner,

unser Newsletter im August umfasst eine vielfältige und interessante Auswahl an aktuellen Gerichtsentscheidungen aus dem Bereich des Gesundheitsrechts. Das OLG Koblenz entschied beispielsweise, dass auch die vergleichende Vorher-Nachher Darstellung eines Avatars gegen § 11 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 HWG verstößt. Das SG München wiederum entschied, dass ein MVZ ohne (zahn)ärztliche Leitung keinen Anspruch auf Vergütung hat.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen beim Lesen!

LSG BaWü: Fristverlängerung für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung	S. 2
LSG BaWü: Zur Sozialversicherungspflicht palliativmedizinischer Tätigkeit in der SAPV	S. 3
OLG Koblenz: Unzulässigkeit der Werbung mit Vorher-Nachher-Bildern für operative plastisch-chirurgische Eingriffe	S. 6
FG Berlin-Brandenburg: Umsatzsteuerfreiheit ärztlicher Leistungen aufgrund von Kooperationsverträgen mit Pflegeheimen	S. 7
VG Hannover: Keine Zulassung als Weiterbildungsstätte bei zu hohen Fallzahlen	S. 10
SG München: Kein Anspruch auf Vergütung für MVZ ohne (zahn)ärztliche Leitung	S. 11
Ansprechpartner und Kontaktdaten	S. 14
Echo	S. 15

Ihre Kanzlei für Gesundheitsrecht:
Prof. Schlegel, Hohmann, Diarra & Partner



Urteile aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

LSG BaWü: Fristverlängerung für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung

In einem Rechtsstreit hatte sich das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) mit der Thematik der Fristverlängerung für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung auseinanderzusetzen.

Die Klägerin wendet sich gegen eine Honorarkürzung wegen einer Verletzung der Pflicht zum Nachweis der fachlichen Fortbildung nach § 95d SGB V. Die Klägerin ist als Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Am 03.06.2009 beantragte sie bei der Beklagten die Fristverlängerung für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V. Die Beklagte verlängerte die Frist zum Nachweis der Fortbildungsverpflichtung bis zum 30.06.2010. Zur Begründung führte sie aus, werde die Beschäftigung länger als drei Monate nicht ausgeübt, sei der Fünfjahreszeitraum um die Fehlzeiten zu verlängern (§ 95 d Abs. 5 S. 3 SGB V). Infolge der Geltendmachung einer Elternzeit von einem Jahr ende der Zeitraum zum Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung am 30.06.2010. Die Beklagte teilte der Klägerin mit, dass der sich anschließende Fortbildungszeitraum am 30.06.2015 ende. Mit Schreiben vom 03.06.2015 teilte die Klägerin in Bezug auf die Fortbildungsnachweise mit, dass sie in den letzten beiden Jahren häufig erkrankt gewesen sei. Die Beklagte wertete dieses Schreiben als Antrag auf Fristverlängerung. Nach mehrfacher, erfolgloser Erinnerung an den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung, lehnte die

Beklagte schließlich den Verlängerungsantrag ab. Die Beklagte nahm schließlich Honorarkürzungen vor, gegen die die Klägerin Klage zum Sozialgericht (SG) erhoben hat. Dieses wies die Klage jedoch als unbegründet ab. Hiergegen wehrt sich die Klägerin nun mit ihrer Berufung.

Nach Ansicht des LSG ist die Berufung der Klägerin jedoch nicht begründet. Das SG habe die Klage zu Recht abgewiesen. Es habe zutreffend entschieden, dass die Beklagte zur Kürzung des Honorars der Klägerin berechtigt (und verpflichtet) war, da diese den Nachweis, dass sie ihrer Fortbildungsverpflichtung im Fünfjahreszeitraum vom 01.07.2010 bis 30.06.2015 nicht rechtzeitig, trotz entsprechender Hinweise der Beklagten, nachgekommen sei, sondern erst im Januar 2018 erbracht habe. Der angefochtene Bescheid sei rechtmäßig und verletze die Klägerin nicht in subjektiven Rechten. Die Beklagte habe den Zeitraum für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung nicht falsch berechnet. Sie habe den (vorherigen) fünfjährigen Fortbildungszeitraum vom 01.07.2004 bis 30.06.2009 auf Antrag der Klägerin vom 03.06.2009 wegen der Elternzeit von einem Jahr mit bestandskräftigem Bescheid vom 16.09.2009 um ein Jahr auf den 30.06.2010 verlängert. Dies hatte zur Folge, dass der (erste) Nachweiszeitraum für die Nachweisverpflichtung um ein Jahr verlängert wurde. In der Folge teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 27.03.2014 und 16.10.2014 mit, dass der zweite Fortbildungszeitraum aufgrund der für den ersten Fortbildungszeitraum erteilten Verlängerung am 30.06.2015 ende und bis



spätestens 30.06.2015 ein entsprechendes Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer zum Nachweis gemäß § 95d SGB V einzureichen sei. Dies sei nicht zu beanstanden. Eine Verlängerung des Zeitraums erfolge nicht automatisch; die Verlängerung des Fünfjahreszeitraums gemäß § 95d Abs. 5 S. 3 SGB V erfolge ausschließlich auf Antrag. Einen weiteren Antrag auf Verlängerung des Fünfjahreszeitraums aufgrund von Elternzeit für ihr zweites Kind oder auch eine weitere Verlängerung im Hinblick auf ihr erstes Kind hat die Klägerin nicht gestellt. Zudem wurde der Fünfjahreszeitraum vom 01.07.2010 bis 30.06.2015 für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung auch nicht wegen einer Krankheit der Klägerin verlängert, denn § 95d Abs. 5 S. 3 SGB V sehe eine Verlängerung der Frist um die Fehlzeiten lediglich für den Fall vor, dass der betroffene niedergelassene Arzt seine Tätigkeit länger als drei Monate nicht ausüben kann. Die Klägerin teilte jedoch selbst mit, ihre Tätigkeit – mit Unterstützung durch Vertreter – weiter ausgeübt zu haben, nur ihrer Fortbildungsverpflichtung nicht nachgekommen zu sein.
Quelle: LSG BaWü, Urt. v. 15.05.2024, L 5 KA 2946/23

LSG BaWü: Zur Sozialversicherungspflicht palliativmedizinischer Tätigkeit in der SAPV

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) hat geurteilt, dass die Tätigkeit eines Palliativmediziners je nach vertraglicher Ausgestaltung im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses oder als selbstständige Tätigkeit erfolgen kann. Eine fachlich weitgehende Weisungsfreiheit spricht nicht entscheidend für eine Selbstständigkeit, wenn eine überragende institutionelle Einbeziehung

in das Versorgungskonzept des Trägers der Palliativversorgung vorliegt.

Streitig ist, ob die Tätigkeit der Beigeladenen als Palliativmedizinerin für die Klägerin in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis ausgeübt wird und Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung besteht. Die Klägerin betreibt ein Krankenhaus. Sie ist Trägerin des sog. „T2 Projekts“, eines ambulanten Palliativdienstes zur Betreuung schwerkranker Menschen. Hierbei handelt es sich um ein interdisziplinäres Palliativ-Care-Team (PCT) aus erfahrenen Pflegefachkräften und Palliativmedizinerinnen. Das „T2 Projekt“ (im folgenden Vertrag PCT genannt) hat am 30.03.2010 mit der AOK, der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft, der IKK, den Ersatzkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse sowie der Knappschaft einen Vertrag gemäß § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) geschlossen. Zur Erfüllung der kassenärztlichen Leistungen der SAPV arbeiten im „T2 Projekt“ unter Leitung der Klägerin mehrere Palliativpfleger und Palliativmediziner. Die Beigeladene ist hauptberuflich als Anästhesistin abhängig beschäftigt. Sie ist berechtigt zur Führung der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizinerin“. Die Klägerin und die Palliativmedizinerin schlossen einen Kooperationsvertrag über ärztliche Tätigkeiten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie konsiliarärztliche Aufgaben im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung. Die Palliativmedizinerin beantragte bei der Beklagten die Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status im Rahmen der SAPV. Die Beklagte stellte



fest, dass die Tätigkeit der Palliativmedizinerin für die Klägerin im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt werde und Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, in der sozialen Pflegeversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung bestehe. Die hiergegen erhobenen Widersprüche wurden durch die Beklagte zurückgewiesen. Die Klägerin erhob Klage am Sozialgericht (SG). Dieses gab der Klage statt und stellte fest, dass die Palliativmedizinerin nicht im Rahmen einer abhängigen Beschäftigung für die Klägerin tätig sei und nicht der Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung unterliege. Gegen diese Entscheidung richtet sich die durch die Beklagte eingelegte Berufung.

Das LSG entschied, dass die Beigeladene ihre Tätigkeit als Palliativmedizinerin nicht als Selbstständige ausübte, sondern im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses, weshalb Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung, in der Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung bestand. Versicherungspflichtig sind gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Personen, es sei denn, Versicherungspflicht scheidet aufgrund gesetzlicher Regelungen aus. Beurteilungsmaßstab für das Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung ist § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IV. Hiernach ist Beschäftigung die nichtselbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG setze eine Beschäftigung voraus, dass der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber persönlich abhängig ist. Bei einer Beschäftigung in einem fremden Betrieb sei dies der Fall, wenn der Beschäftigte in den

Betrieb eingegliedert ist und er dabei einem Zeit, Dauer, Ort und Art der Ausführung umfassenden Weisungsrecht des Arbeitgebers unterliegt. Demgegenüber sei 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. Ob jemand abhängig beschäftigt oder selbstständig tätig ist, richte sich nach dem Gesamtbild der Arbeitsleistung und hänge davon ab, welche Merkmale überwiegen. Ausgehend von diesen Grundsätzen sei die Palliativmedizinerin im Rahmen ihrer Einsätze für die Klägerin durchgehend abhängig beschäftigt gewesen, da ihre Tätigkeit entscheidend durch Aspekte geprägt sei, die für eine abhängige Beschäftigung sprechen. Für eine selbstständige Tätigkeit der Palliativmedizinerin spreche zunächst, dass sie Freiheiten bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten hat. In fachlicher Hinsicht werde sie grundsätzlich eigenverantwortlich und weisungsfrei tätig. Sie könne nach Übernahme der Behandlung eines Patienten ihre Arbeitszeit selbst bestimmen und einteilen, d. h. insbesondere selbst entscheiden, wie häufig und zu welchen Zeitpunkten sie den Patienten zu einem Hausbesuch aufsucht, wobei diese Freiheit nur eingeschränkt werde durch medizinische Notwendigkeiten wie eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten. Eine Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmtheit der Palliativmedizinerin liege auch insoweit vor, dass die Ausübung der Nachtdienste und der Wochenenddienste nicht angeordnet wird, sondern die Organisation der Rufbereitschaft im Rahmen der im T2 Projekt tätigen Palliativ-Ärzte einvernehmlich ver-



einbart wird. Für eine abhängige Beschäftigung spreche ihre Einbindung in die Organisationsstrukturen der Klägerin. Sie füge sich bei der Erbringung ihrer Tätigkeit in das von der Klägerin organisierte T2 Projekt ein, auf dessen Ausgestaltung sie keinen unternehmerischen Einfluss hatte. Vielmehr habe sie ihre Dienstleistung innerhalb eines von der Klägerin vorgegebenen äußeren Rahmens erbracht. Dabei ergebe sich die Einbindung der Palliativmedizinerin aus der Bindung ihrer ärztlichen Tätigkeit an die vertraglich festgehaltenen Verpflichtungen der Klägerin aufgrund des mit den Krankenkassen geschlossenen Vertrages nach § 132d SGB V i.V.m § 37b SGB V. Soweit sich die Palliativmedizinerin zur Übernahme der Behandlung eines Patienten entscheide, habe sie ihre Tätigkeit im Rahmen der vorgegebenen organisatorischen Strukturen und Grundsätze durchzuführen, die ausschließlich von der Klägerin auf der Grundlage des mit den Krankenkassen abgeschlossenen Vertragswerkes geschaffen und damit von der Klägerin bestimmt worden seien. Der von der Klägerin abgeschlossene Vertrag über die Erbringung der SAPV beinhalte nicht nur eine Vielzahl von Pflichten der Klägerin, sondern auch ganz konkrete Pflichten der für die Klägerin tätig werdenden Palliativ-Ärzte und Palliativ-Pflegefachkräfte sowie der weiteren in das Team eingebundenen Mitarbeiter, derer sich die Klägerin zur Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen bedient. In diesem Sinne sei die Palliativmedizinerin an diese regulatorischen Vorgaben im Rahmen der Ausübung ihrer Tätigkeit gebunden und müsse sich an diesen vertraglich festgehaltenen Verpflichtungen orientieren. Insoweit liege eine institutionelle Einbindung der Palliativmedizinerin in das Versorgungskonzept der Klägerin vor, das Voraussetzung

dafür ist, dass die Klägerin als Leistungserbringerin im Sinne des § 132d SGB V tätig werden kann. Zur Erfüllung dieser vertraglichen Verpflichtung habe die Klägerin die Palliativmedizinerin im Kooperationsvertrag (u.a.) dazu verpflichtet, am ärztlichen „Hintergrunddienst“, d.h. der Rufbereitschaft des T2 Projekts teilzunehmen, Hausbesuche durchzuführen, das Pflegepersonal, Patienten und Angehörige - auch telefonisch - zu beraten, an Teambesprechungen teilzunehmen (insbesondere derzeit die Freitagsbesprechungen vor einer Wochenend-Rufbereitschaft und die aktive Teilnahme an Teambesprechungen, bei denen aktuelle Patientenbetreuungen oder Themen von allgemeinem Interesse besprochen werden), die Tätigkeit gemäß den Vorgaben der ärztlichen Leiterin des T2 Projekts zu dokumentieren und die Erfüllung der Qualifikation- und Fortbildungsanforderung nach § 7 Abs. 1 und § 9 Abs. 7 des SAPV-Vertrages sicherzustellen. Weiter sei zu berücksichtigen, dass die Palliativmedizinerin vorliegend nicht im Rahmen von Einzelaufträgen für die Klägerin tätig werde, sondern sich im Vertrag zu einer Leistungserbringung von 417 Stunden pro Jahr verpflichtet habe. Lediglich die Frage, zu welchen Zeiten sie die Rufbereitschaft übernimmt und welche Patienten sie betreut, werde einvernehmlich zwischen den Ärzten des T2 Projekts vereinbart. Für eine abhängige Beschäftigung spreche zudem, dass der Ort der Arbeitsausführung in dem Sinne vorgegeben ist, dass die palliativmedizinische Versorgung im häuslichen Bereich der Patienten zu erbringen sei und damit vorgegeben sei, dass die Palliativmedizinerin den Patienten zu Hause aufzusuchen hat, soweit sie eine Untersuchung bzw. eine Behandlungsmaßnahme für erforderlich hält. Dem Kooperationsvertrag sei

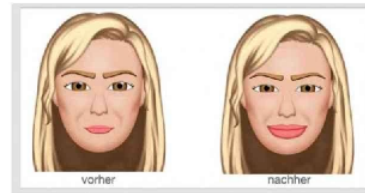
auch nicht zu entnehmen, dass die Palliativmedizinerin berechtigt wäre, die palliativ-medizinische Tätigkeit durch eigenes Personal erledigen zu lassen, was als Indiz für eine selbständige Tätigkeit zu werten wäre. Die Tätigkeit der Palliativmedizinerin sei zudem nicht durch ein typisches Unternehmerrisiko gekennzeichnet, was ebenfalls für ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis spricht. Die Tätigkeit der Beigeladenen werde pauschal i.H.v. 1.529,00 € monatlich vergütet. Dieser monatliche Betrag ergebe sich aufgrund der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit von 417 Stunden im Jahr bei einem vereinbarten Stundenhonorar von 44,00 € (417 Stunden x 44,00 € geteilt durch 12 Monate). Der Palliativmedizinerin sei damit vertraglich ein Anspruch zur Leistungserbringung von 417 Stunden im Jahr zugesichert. Sie trage somit noch nicht einmal das Risiko, zeitweise ihre Arbeitskraft mangels Aufträgen oder im Falle sonstiger Verhinderung nicht verwerten zu können.

Quelle: LSG BaWü, Urt. v. 26.03.2024, L 11 BA 1883/21

OLG Koblenz: Unzulässigkeit der Werbung mit Vorher-Nachher-Bildern für operative plastisch-chirurgische Eingriffe

Nach Ansicht des Oberlandesgericht Koblenz (OLG) verstößt auch die vergleichende Vorher-Nachher Darstellung eines Avatars gegen § 11 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 HWG, wonach für operative plastisch-chirurgische Eingriffe zur Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit i. S. d. § 1 Abs. 1 Nr. 2c) HWG nicht mit der Wirkung einer solchen Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff geworben werden darf.

Der Kläger ist ein Wirtschaftsverband und macht gegen die Beklagte wettbewerbsrechtliche Unterlassungsansprüche geltend. Die Beklagte ist eine Spezialklinik für plastische-ästhetische Chirurgie mit Schwerpunkt in der Gesichts- und Brustchirurgie. Zu Werbezwecken unterhält die Beklagte eine Internetseite. Dort wirbt sie für eine Lippenunterspritzung mit Hyaluronsäure dargestellt unter anderem - neben einer Beschreibung der beworbenen Behandlung - wie folgt:



Der Kläger mahnte die Beklagte ab und forderte sie erfolglos zur Abgabe einer strafbewehrten Unterlassungserklärung auf. Daraufhin erhob der Kläger Klage am Landgericht Mainz (LG). Dieses gab der Klage statt und verurteilte die Beklagte die Werbung zu unterlassen. Hiergegen wehrt sich die Beklagte mit der Berufung.

Das OLG urteilte, dass das erstinstanzliche Landgericht (LG) zu Recht die Beklagte zur Unterlassung verurteilt habe. Der Unterlassungsanspruch des Klägers rechtfertige sich aus §§ 8 Abs. 1, 3, 3a UWG, 11 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 HWG. Die streitgegenständliche Werbung verstoße insbesondere gegen die Vorschrift des § 11 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 HWG. Danach dürfe für operative plastisch-chirurgische Eingriffe zur Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2c) HWG nicht mit der Wirkung einer solchen Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff geworben werden. Das Werbeverbot mit



vergleichenden Darstellungen erfasse hierbei alle operativen plastisch-chirurgischen Eingriffe, sofern sich nicht aus der jeweiligen Werbung selbst ergibt, dass der Eingriff auf einer medizinischen Notwendigkeit beruht. § 11 Abs. 1 S. 3 HWG sei hierbei als abstraktes Gefährdungsdelikt ausgestaltet. Ein Verstoß gegen diese Verbotsnorm ergebe sich mithin allein schon aus der rein äußerlichen, formalen Erfüllung der Tatbestandsmerkmale. Nach diesen Grundsätzen sei die von der Beklagten beworbene Behandlung als operativer plastisch-chirurgischer Eingriff im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2c) HWG zu werten. Gegenstand der Behandlung sei das Unterspritzen der Lippen mit Hyaluronsäure mittels einer Kanüle, sodass mit technischen Instrumenten eine Flüssigkeit in den Körper eingebracht werde. Die Behandlung diene auch der Gestaltveränderung der Lippen dahingehend, dass deren Volumen vergrößert werden soll. Auch liege der beworbenen Behandlung keine medizinische Indikation zugrunde. Sie diene erkennbar lediglich der optischen Veränderung der Lippenform und stehe unstreitig nicht in Zusammenhang mit einem krankhaften und behandlungsbedürftigen Zustand des Verbrauchers. Die Beklagte habe bei ihrer Werbung auch eine vergleichende Darstellung eines Körperzustandes im Sinne des § 11 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 HWG genutzt. Unter Berücksichtigung des Wortlauts der Vorschrift des § 11 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 HWG seien als Darstellung sämtliche Abbildungen anzusehen, die visuell wahrgenommen werden können, mit Ausnahme von Schriftzeichen und solchen schematischen Zeichnungen, die keinerlei Zusammenhang mit der Darstellung des menschlichen Körpers haben. Es müsse sich um erkennbare Darstellungen des menschlichen Körperzustandes handeln. Hierzu

würden nicht nur realistische Abbildungen zählen, sondern auch schematisierende oder stilisierende Darstellungen, weil gerade sie Erscheinungsbilder oftmals besonders drastisch wiedergeben. Die Art der medialen Wiedergabe sei demgegenüber gleichgültig, sodass Fotografien, Zeichnungen, Grafiken, Film und Fernsehen als Darstellungen i. S. d. Vorschrift des § 11 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 HWG zu werten sein können. Gleichgültig sei auch, auf welche Technik und welchen Stil zurückgegriffen werde. Die Grenzen der Stilisierung und Abstrahierung würden dadurch gesetzt, dass für den Betrachter die Möglichkeit der Wiedererkennung bestehen müsse.

Quelle: OLG Koblenz, Urt. v. 23.04.2024, 9 U 1097/23

FG Berlin-Brandenburg: Umsatzsteuerfreiheit ärztlicher Leistungen aufgrund von Kooperationsverträgen mit Pflegeheimen

Das Finanzgericht Berlin (FG) hat entschieden, dass im streitgegenständlichen Verfahren die Umsätze der Betreiberin eines medizinischen Versorgungszentrums, das in Erfüllung übernommener Pflichten aus Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b SGB XI und § 140a SGB V wie im Rahmen der gesetzlichen Regelversorgung ärztliche Heilbehandlungen erbracht und im Rahmen von Kooperationsverträgen Ärzte verpflichtet hat, welche die persönlichen Voraussetzungen des § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG erfüllen, umsatzsteuerfrei sind, weil die Umsätze (aus sog. Care-plus-Verträgen) entweder eine medizinische Leistung gemäß § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG oder eine Nebenleistung zu dieser Leistung darstellen, die insofern das Schicksal der Hauptleistung teilt.



Die Beteiligten streiten darum, ob die von der Klägerin erbrachten Leistungen aus sog. Care-Plus-Verträgen als medizinische Leistungen steuerfrei sind. Die Klägerin ist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) und betreibt als solche ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ). In den Umsatzsteuererklärungen für die Streitjahre 2014, 2015 und 2016 gab die Klägerin nur steuerfreie Umsätze an. Seitens der Klägerin bestanden in den Streitjahren u.a. Kooperationsverträge mit Pflegeheimen zur integrierten Versorgung der Heimbewohner nach § 92b SGB XI und § 140a SGB V. Diesen Kooperationsverträgen liegt folgende Gestaltung zugrunde: Ein niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin schließt mit Alten- und Pflegeheimen Verträge über die medizinische Versorgung von Heimbewohnern. Ziel der Verträge ist, sowohl das Hin- und Herpendeln der Bewohner zwischen Krankenhaus und Pflegeheim zu vermeiden, als auch die Krankheitskosten zu senken. Die Leistungen des Arztes umfassen: u.a. regelmäßige Visiten einschl. ggf. notwendiger Sofortbehandlungen ("Bedside"-Diagnostik), Rufbereitschaft in der Nacht und außerhalb der üblichen Dienstzeiten und die Koordination des ärztlichen Therapieplans und der Medikation unter Einbeziehung mitbehandelnder Fachärzte und unter Integration des Heimpersonals. Im Streitfall wurde pro eingeschriebenem Heimbewohner und pro Belegungstag ein Betrag in Höhe von 1,60 € vom Pflegeheim an die Klägerin gezahlt. Die Klägerin hat daneben Leistungen für die Heilbehandlung der Heimbewohner abgerechnet (Versichertenpauschale, Vorhaltepauschale, Chronikerpauschale, geriatrische Betreuung). Im Rahmen einer Außenprüfung wurden diese Einnahmen als umsatzsteuerpflichtig eingestuft. Die Prüferin

war der Ansicht, dass die Betriebseinahmen aus Kooperationsverträgen zwischen Pflegeheim und Arzt resultieren würden, deren Ziel ausschließlich die Arztbindung sei und denen keine Zahlungen für Heilbehandlungen zugrunde liegen würden. Die Pflegeheime würden pro Belegtag einen Festbetrag an den Arzt zahlen. Laut Präambel solle damit die vertragliche Anbindung des Arztes erreicht werden. Die Heilbehandlungen würden direkt mit der Krankenkasse oder den Patienten abgerechnet werden. Die Verpflichtung zur Kooperation mit dem Pflegeheim diene selbst nicht der Behandlung einer Krankheit oder Gesundheitsstörung. Daraufhin wurden die Steuerbescheid entsprechend angepasst und eine Umsatzsteuer festgesetzt. Hiergegen richtet sich die Klage der Klägerin.

Das FG urteilte, dass die Klage begründet sei. Die Umsätze seien gemäß § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG steuerfrei. Danach sind steuerfrei die Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Hebamme oder einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit durchgeführt werden. Erfasst werden dadurch – einem therapeutischen Zweck dienende – Leistungen, die zur Diagnose, Behandlung und, so weit wie möglich, Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen erbracht werden. Unter Heilbehandlungen fallen auch Maßnahmen, die - ggf. auch nur vorbeugend - dem Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit dienen. Insofern werden auch Maßnahmen erfasst, die darauf abzielen, die Beobachtung und die Untersuchung der Patienten zu ermöglichen, noch bevor es erforderlich wird, eine etwaige Krankheit zu diagnostizieren, zu behandeln oder zu heilen.



Grundvoraussetzung für die Steuerbefreiung sei somit, dass die Umsätze im Zusammenhang mit Behandlungen stehen, die einem therapeutischen Zweck dienen. Diese Voraussetzung sei nicht in einem besonders engen Sinne zu verstehen. Vielmehr sei der Begriff unter Berücksichtigung des Zwecks der Steuerbefreiung auszulegen, der darin bestünde, die Kosten ärztlicher Heilbehandlungen zu senken. Die Umsätze aus den Care-Plus-Verträgen sind nach Auffassung des Gerichts steuerfrei, da sie entweder eine medizinische Leistung gemäß § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG oder eine Nebenleistung zu dieser Leistung darstellen, die insofern das Schicksal der Hauptleistung teilt. Es sei unerheblich, ob die Leistungen direkt von der Krankenkasse an den Arzt gezahlt, oder im Rahmen einer Pauschale durch das Pflegeheim für jeden Patienten abgegolten wurden, da dies nicht Voraussetzung für die Qualifizierung als Heilbehandlung ist. Zu den Leistungen im Einzelnen führte das FG folgendes aus: Die Regelvisite in einem Pflegeheim, das nach der allgemeinen Lebenserfahrung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bewohnt wird, diene jedenfalls zumindest dem Schutz der Gesundheit. Die Regelvisite stelle eine Maßnahme dar, die darauf abzielt, die Beobachtung und die Untersuchung der Patienten zu ermöglichen, noch bevor es erforderlich wird, eine etwaige Krankheit zu behandeln oder zu heilen. Die Regelvisite habe somit einen therapeutischen Zweck. Auch die Rufbereitschaft sei als Sicherstellung der ärztlichen Behandlung der Pflegeheimbewohner als Heilbehandlung einzustufen. Denn derartige Dienste seien für ärztliche Behandlungen in einem Pflegeheim, in welchem ständig mit einem ärztlichen Notfall gerechnet werden

muss, unerlässlich und gehörten zum typischen Berufsbild eines Arztes. Die Fallbesprechung in multiprofessionellen Teams diene der Optimierung der ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner und der optimalen Behandlung der Gesundheitsstörung. Die Fallbesprechung sei damit ein Teil der Heilbehandlung und für diese notwendig. Auch die Überweisung und die Konsultation diene der Heilbehandlung, sei Voraussetzung für diese und Teil der Diagnose und Behandlung. Sie sei keine Nebenleistung, sondern unmittelbar Teil einer Heilbehandlung, denn eine fachgerechte Behandlung einer Gesundheitsstörung könne nur durch den entsprechenden Facharzt erfolgen und eine fachübergreifende Konsultation sei je nach Krankheitsbild ebenfalls erforderlich. Das Ausstellen von Rezepten und die Überprüfung der Medikation diene unmittelbar der Behandlung einer Gesundheitsstörung und stelle damit eine Heilbehandlung dar. Die Medikation sei die unmittelbare Heilbehandlung, die die Krankheitsbeschwerden lindern soll, und die Ausstellung von Rezepten sowie die Überprüfung der Menge, Neben- und Wechselwirkungen seien die untrennbaren Voraussetzungen für die Verabreichung der Medikamente. Die Organisation der Vertretung sei nach Auffassung des Gerichts jedenfalls eine Nebenleistung, da sie für die Heimbewohner die optimale ärztliche Behandlung sicherstellt. Die Organisation der Vertretung ermögliche erst die im Zweifel notwendige Heilbehandlung. Sie sei Mittel um die steuerfreie Heilbehandlung überhaupt in Anspruch nehmen zu können.

Quelle: FG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.02.2024, 7 K 7004/22



VG Hannover: Keine Zulassung als Weiterbildungsstätte bei zu hohen Fallzahlen

Das Verwaltungsgericht Hannover (VG) setzte sich im Rahmen eines Rechtsstreits mit den Voraussetzungen der Zulassung einer Praxis als Weiterbildungsstätte auseinander.

Der Kläger begehrt u.a. die Zulassung seiner Praxis als Weiterbildungsstätte. Der Kläger ist approbierter Arzt. Seit April 2000 hat er das Recht zum Führen der Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin erworben und ist mit seiner Praxis niedergelassen. Anfang 2020 beantragte der Kläger die Zulassung seiner Praxis als Weiterbildungsstätte und die Erteilung der Ermächtigung zur Weiterbildung von Ärzten im Gebiet Allgemeinmedizin im Umfang von 24 Monaten. Dem Antrag legte der Kläger Honorarabrechnungen für das Kalenderjahr 2019 bei, aus denen sich für das erste Quartal 2.378 Fälle, für das zweite Quartal 2.249 Fälle, für das dritte Quartal 2.087 Fälle und für das vierte Quartal 2.291 Fälle ergeben. Die Beklagte bestätigte den Eingang des Antrags und wies den Kläger darauf hin, dass er offenbar der einzige Facharzt in der Praxis mit regelmäßig mehr als 2.000 Fällen pro Quartal sei. Aufgrund der hohen Fallzahlen sei es laut dem Ausschuss für Ärztliche Weiterbildung derzeit nicht möglich, dass ein Assistent strukturiert und ausreichend angeleitet werde. Sollten die Fallzahlen über mehrere Quartale unter 2.000 Fälle pro Quartal fallen, lohne es sich, nochmals einen Antrag zu stellen. Die Beklagte lehnte den Antrag des Klägers (derzeit) ab. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein, den die Beklagte zurückwies. Daraufhin erhob der Kläger Klage.

Das VG wies die Klage als unbegründet zurück. Der Kläger habe keinen Anspruch auf die Zulassung seiner Praxis als Weiterbildungsstätte. Die Zulassung zur Weiterbildungsstätte setze gemäß § 48 Abs. 2 Nr. 1 - 3, § 41 Abs. 1 Nr. 3 Nds. Kammergesetz für Heilberufe - HKG - i.V.m. § 7 Abs. 3 Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen - WBO - voraus, dass die Patienten in so ausreichender Zahl und Art behandelt werden, dass sich die Weiterzubildenden mit den typischen Krankheiten des jeweiligen Gebietes oder Schwerpunktes vertraut machen können, Personal und Ausstattung vorhanden sind, die den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen und regelmäßig gebiets- und schwerpunktübergreifend beratende und unterstützende Tätigkeit ausgeübt wird. Der Anspruch des Klägers scheitere bereits daran, dass in der Praxis des Klägers die Patienten nicht in so ausreichender Zahl und Art behandelt werden, dass sich die Weiterzubildenden mit den typischen Krankheiten des jeweiligen Gebietes oder Schwerpunkt vertraut machen können. Durch die Größe des zu versorgenden Patientengutes sei eine ordnungsgemäß und damit sorgfältig durchzuführende Weiterbildung unter Anleitung nicht möglich. Bei Fallzahlen von über 2.100 Fällen pro Quartal in der von dem Kläger allein bewirtschafteten Praxis mangle es dem Kläger schlicht an ausreichender Zeit, den Weiterzubildenden gründlich und grundsätzlich ganztägig anleiten zu können. So trug der Kläger selbst vor, er arbeite jeden Tag länger als 12 Stunden und sei auch am Wochenende für seine Patienten dar. Eine Weiterbildung im Sinne eines Anleitens und nicht eines Zeigens kann daneben nicht (auch noch) gewährleistet werden. Entgegen der Vorstellung des Klägers be-



stünde eine Weiterbildung nämlich gerade nicht darin, dass der Weiterbildungsassistent dem praktizierenden Facharzt über die Schulter schaut. Anleiten im Sinne der Facharztausbildung meine vielmehr den genau umgedrehten Fall: Der Weiterbildungsassistent behandle unter Anleitung des Facharztes. Das diese Art der Behandlung länger dauere als die Behandlung durch den Facharzt direkt liege auf der Hand. Wenn der Kläger also vorträgt, bereits jetzt mehr als 12 Stunden täglich zu arbeiten, so verbleibe für die angeleitete Behandlung durch den Weiterbildungsassistenten keine Zeit.

Quelle: VG Hannover, Urt. v. 22.11.2023, 7 A 190/23

SG München: Kein Anspruch auf Vergütung für MVZ ohne (zahn)ärztliche Leitung

Das Sozialgericht München (SG) hat entschieden, dass notwendige Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung eines MVZ ist, dass dieses tatsächlich über einen (zahn)ärztlichen Leiter verfügt. Leistungen, die von einem MVZ erbracht werden, das keinen (zahn)ärztlichen Leiter hat, der die Betriebsabläufe tatsächlich steuert und sicherstellt, dass (zahn)ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden, seien sachlich rechnerisch zu berichtigen, unabhängig davon, dass das MVZ weiter über eine Zulassung verfügt.

Der klagende Krankenkassenverband wehrt sich gegen die Ablehnung seines Antrags auf sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honorarabrechnung eines zahnärztlichen MVZ durch die Beklagte.

Für ein zugelassenes zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum wurde

als zahnärztliche Leiterin H. benannt. Am 29.07.2021 sprach der Geschäftsführer des MVZ gegenüber H. ein vollständiges Beschäftigungsverbot gemäß dem Mutterschutzgesetz mit Wirkung zum 29.07.2021 aus. Mit einem Formblatt "Abmeldung" teilte das MVZ dem Zulassungsausschuss sodann am 25.10.2021 mit, dass H. ihre zahnärztliche Tätigkeit sowie die zahnärztliche Leitung zum 29.07.2021 beendet habe. Es wurde außerdem ein Antrag auf Änderung der zahnärztlichen Leitung gestellt. Ab 25.11.2021 werde diese von I. übernommen. Der Zulassungsausschuss stellte daraufhin mit Beschluss vom 24.11.2021 fest, dass die mit Beschluss vom 16.12.2020 genehmigte Anstellung von H. beim MVZ zum 24.11.2021 wegen Schwangerschaft/Beschäftigungsverbot ende. Infolgedessen sei auch die zahnärztliche Leitung von H. beendet. Am 30.05.2022 beantragte der klagende Krankenkassenverband bei der beklagten Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine sachlich-rechnerische Berichtigung aller vom MVZ der Beklagten im Zeitraum vom 29.07.2021 bis 25.11.2021 erbrachten zahnärztlichen Leistungen. Zur Begründung wurde darauf hingewiesen, dass das MVZ der Klägerin im o.g. Zeitraum keine zahnärztliche Leitung gehabt habe. Die Beklagte lehnte den Berichtigungsantrag des Klägers als unbegründet ab. Nach der bestandskräftigen Beschlusslage des zuständigen Zulassungsausschusses, woran die Beklagte gebunden sei, habe das MVZ auch im Jahr 2021 durchgängig über eine zahnärztliche Leitung verfügt. Aus der Anwendung des Mutterschutzgesetzes ergäben sich keine Auswirkungen auf statusbegründende Entscheidungen des Zulassungsausschusses. Gegen diese Entscheidung legte der Kläger Widerspruch ein. Dieser wurde von der Beklagten als



unbegründet zurückgewiesen. Hiergegen richtet sich nun die Klage des Klägers.

Das SG entschied, dass die Beklagte den Antrag des Klägers auf Durchführung der sachlich-rechnerischen Berichtigung betreffend den Zeitraum vom 29.07.2021 bis 23.11.2021 zu Unrecht abgelehnt habe. Die im streitgegenständlichen Zeitraum vom MVZ der Klägerin erbrachten und abgerechneten Leistungen seien nicht rechtmäßig erbracht worden, da das MVZ in diesem Zeitraum nicht, wie in § 95 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V vorgesehen, zahnärztlich geleitet wurde. Nach § 95 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V sind MVZ (zahn-)ärztlich geleitete Einrichtungen in denen der (zahn-)ärztliche Leiter selbst als angestellter Zahnarzt oder Vertrags(zahn-)arzt tätig sein muss. Der (zahn-)ärztliche Leiter sei in medizinischen Fragen weisungsfrei. Nach dem Gesetzeswortlaut müsse ein MVZ damit per Definition eine zahnärztliche Leitung haben, diese sei konstitutiv für das MVZ. Wenn es keine zahnärztliche Leitung gibt, sei dem MVZ gemäß § 95 Abs. 6 SGB V die Zulassung zu entziehen. Anders als beim Wegfall der Gründungsvoraussetzungen eines MVZ in § 95 Abs. 6 S. 3 SGB V sehe der Gesetzgeber insoweit keine sechsmonatige Schonfrist vor. Der Gesetzgeber messe dem Vorhandensein einer zahnärztlichen Leitung damit eine hohe Bedeutung bei. Dies diene dazu, die sich aus dem ärztlichen Berufsrecht ergebende Therapie- und Weisungsfreiheit zu gewährleisten, *"denn nur ein ärztlicher Leiter, der in die Organisations- und Versorgungsstrukturen des medizinischen Versorgungszentrums eingebunden ist, hat tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die dortigen Abläufe und kann sicherstellen, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von*

sachfremden Erwägungen getroffen werden" (BT-Drs. 17/6906, S. 70). Damit im Einklang gehe das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Rechtsprechung davon aus, dass den ärztlichen Leiter eines MVZ zwar keine fachliche Verantwortung für jede einzelne Behandlungsmaßnahme treffe, wohl aber die Gesamtverantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung gegenüber der KÄV. Die Wahrnehmung von Leitungsfunktionen und die dazu notwendige tatsächliche Einwirkungsmöglichkeit erfordern laut dem BSG zunächst ärztliche Präsenz. Dabei sei eine Einbindung in die Strukturen des MVZ erforderlich, wie sie nur durch eigene ärztliche Tätigkeit gewährleistet werden können. Hinreichende tatsächliche Einwirkungsmöglichkeiten habe ein Arzt nur dann, wenn er selbst in die Arbeitsabläufe eingebunden sei und aus eigener Anschauung das Verhalten der Mitarbeiter beurteilen könne. Das MVZ habe im streitgegenständlichen Zeitraum tatsächlich nicht über eine zahnärztliche Leitung im Sinne des § 95 Abs. 1 SGB V verfügt. Ausweislich des vom Arbeitgeber ausgesprochenen vollumfänglichen Beschäftigungsverbots sowie der Meldung des MVZ an den Zulassungsausschuss, war H. ab dem 29.07.2021 nicht mehr im MVZ tätig. Der Bevollmächtigte teilte auf Rückfrage insoweit mit, dass H. zu diesem Zeitpunkt ihre kurative zahnärztliche Tätigkeit einstellte. Soweit mitgeteilt wurde, H. sei weiter formal Ansprechpartnerin in Bezug auf organisatorische Fragestellungen geblieben, werde nach dem oben Ausgeführten deutlich, dass dies keine zahnärztliche Leitung darstelle. Abgesehen davon, dass es an einer zahnärztlichen Tätigkeit komplett fehle, sei auch nicht erkennbar, wie durch ein Zurverfügung-



tehen als Ansprechpartner eine Verantwortung für die Steuerung der Betriebsabläufe sowie eine Gesamtverantwortung gegenüber der Beklagten wahrgenommen werden oder wie ohne tatsächliche Einwirkungsmöglichkeiten, die schon gar nicht behauptet werden, sichergestellt werden kann, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden. Die vorliegende Konstellation sei damit von Vorneherein nicht vergleichbar mit Fallgestaltungen, in denen ein zahnärztlicher Leiter sich im Urlaub befindet, krank oder nur halbtags tätig ist und gegebenenfalls ordnungsgemäß vertreten wird. Es wurde insoweit auch nichts dazu vorgebracht, ob und von wem H. als zahnärztliche Leiterin im streitgegenständlichen Zeitraum vertreten wurde. Im Gegenteil konnte auf Rückfrage des Gerichts, wer im streitgegenständlichen Zeitraum die Aufgaben der zahnärztlichen Leitung übernommen hat, dazu keinerlei Auskunft erteilt werden. Es sei vielmehr völlig unklar, ob überhaupt jemand und wenn ja, wer, in diesem Zeitraum die zahnärztliche Leitung ausgeübt, die Abrechnung erstellt und die Garantieerklärung nach §23 Abs. 2 BMV-Z abgegeben hat. Es handele sich bei der zahnärztlichen Leitung auch nicht um eine rein formale Stellung. Aus dem Gesetzeswortlaut, der Gesetzesbegründung und auch der dazu ergangenen Rechtsprechung sei erkennbar, dass das Vorhandensein eines zahnärztlichen Leiters notwendige Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung eines MVZ sei. Unzweifelhaft habe das MVZ im Zeitraum vom 29.07.2021 bis 23.11.2021 weiter über eine Zulassung und damit einen vertragszahnärztlichen Status verfügt. Dies stehe einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Abrechnung des MVZ aber nicht entgegen, da das

Vertrags(zahn-)arztrecht seit jeher zwischen Status und Abrechnungsberechtigung unterscheide. Allein der vertragszahnärztliche Status berechtige einen Leistungserbringer nicht automatisch zu kassenzahnärztlicher Tätigkeit. Das MVZ habe vorliegend entgegen seiner Verpflichtung aus § 95 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V Leistungen abgerechnet, die nicht unter zahnärztlicher Leitung erbracht wurden. Diese Leistungen seien deshalb richtig zu stellen.

Quelle: SG München, Urt. v. 29.02.2024, S 49 KA 5037/23



Kontaktdaten

Büro Frankfurt / Main

Hanauer Landstraße 328-330

60134 Frankfurt am Main

Telefon (069) 94 74 15 70

E-Mail: Frankfurt@GesundheitsRecht.com

Büro Hamburg

Brandswiete 4

20457 Hamburg

Telefon (040) 39 10 69 70

E-Mail: Hamburg@GesundheitsRecht.com

Büro Köln

Oberländer Ufer 184

50968 Köln (Marienburg)

Telefon (0221) 67 00 99 - 0

E-Mail: Koeln@GesundheitsRecht.com



ECHO

Schreiben Sie uns, wenn Sie sich für besondere Themenschwerpunkte interessieren oder Fragen zu den aktuellen Themen haben.

Fax: 069 / 94 74 157-19

E-Mail: frankfurt@gesundheitsrecht.com

Name,

Titel:

Vorname:

Unternehmen/Praxis:

Telefon:

E-Mail:

Themenschwerpunkt/Frage:
