

FIV  
Fachärzte für Integrative Versorgung  
Dr. med. T. Wiederspahn-Wilz  
1.Vorsitzender  
Frankfurter Straße 51  
63500 Seligenstadt

Dr. Wiederspahn-Wilz Frankfurter Straße 51 63500 Seligenstadt

Finanzamt Offenbach I  
Arbeitsgebiet K05  
Bieberer Straße 59  
63065 Offenbach

24.06.2018

**Betreff: Tätigkeitsbericht 2016-2017**

**Steuernummer 35 224 10363**

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage der Tätigkeitsbericht in Ergänzung der Steuererklärung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. T. Wiederspahn-Wilz



# Tätigkeitsnachweis für die Jahre 2016-2017

Der FIV Fachärzterverband Integrative Versorgung -früher LAOH- ist ein Zusammenschluss von operativ tätigen Anästhesisten und Operateuren. Pro Jahr operieren die im LAOH zusammengeschlossenen Fachärzte mehr als 150.000 Patienten erfolgreich ambulant. Ziel des Verbandes ist die Förderung und Verbreitung des Wissens und der Forschung auf dem Gebiet des ambulanten Operierens im Interesse seiner Mitglieder und der Patienten.

Der Verband versteht und verstand seine Aufgaben in der Förderung der ambulanten, operativen Medizin in Deutschland. Zur Erfüllung dieser Aufgabe setzte der Verband - in großen Bereichen vertreten durch seinen Geschäftsführer - folgende Aufgabenschwerpunkte:

1. Informationen zu aktuellen Themen aus dem Bereich der ambulanten Operation für Patienten sowie mit diesem Thema vertrauten Spezialisten
2. Information und Schulung unserer Mitglieder zu den Themen des ambulanten operieren, der Abrechnungsmöglichkeiten sowie der gesetzlichen Regelungen
3. Vertretung der Mitgliederinteressen im anhängigen Rechtsstreit zur EHV – Beitragserhebung auf Umsätze aus Verträgen der §§ 140a ff SGBV

## Informationen zu aktuellen Themen aus dem Bereich der ambulanten Operation für Patienten sowie mit diesem Thema vertrauten Spezialisten

Der Schwerpunkt der Verbandaufgaben im Bereich der Patienteninformation und Öffentlichkeitsarbeit waren die regelmäßigen Diskussionen zum Thema „Krankenhauskeime“ sowie die politischen Themen zur Sektor übergreifenden Versorgung sowie der Digitalisierung der Medizin.

Neben den regelmäßigen Teilnahmen an Expertenpanels wurden in den Jahren Workshop zum Thema Digitalisierung im Bereich der Medizin durch den GF des FIV moderiert.

Das Thema Sektor übergreifenden Versorgung ist ein Hauptthema des Verband, da schon bevor die Politik begonnen hat über Hybrid DRGs

„Das vertragsärztlich ambulante und krankenhausbambulante Operieren sowie das sogenannte „kurzstationäre“ Operieren sollen im Rahmen eines sektorenverbindenden Versorgungsprojektes auf der Basis des § 115 ggf. auch perspektivisch des § 116 SGB V mit einer entsprechenden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf Basis eines kalkulierten Dienstvertrages einheitlich für den ambulanten und klinischen Bereich entwickelt werden. Neben der Operation umfasst das Projekt die gesamte prä-, peri- und postoperative sektorenverbindende Versorgung mit zweckmäßiger und notwendiger Diagnostik, Vor- und Nachbehandlung zur Sicherung der Ergebnisqualität auf Basis einer eindeutigen Indikationsstellung. Vordergründiges Ziel ist dabei unter der Prämisse der Patientorientiertheit die Schaffung einheitlicher Qualitäts-, Kosten- und Honorierungskriterien für Praxen und Kliniken und die Abschaffung von Doppelstrukturen bei Kostenträgern und Körperschaften. Durch die Einbeziehung aller Leistungserbringer (Praxen, Krankenhäuser, Pflege, Reha, Heilmittel-, Arzneimittelversorger, Industrie- und Fachhandel) werden die drei unterschiedlichen Honorierungssysteme im Gesundheitswesen (Einzelleistungsvergütung, Fallpauschale, Capitation) im

Rahmen einer Gesamtbudgetverantwortung zusammengefasst sowie Indikationen, Behandlungswege, Ergebnisse und Kosten transparent dargestellt. Basis für eine Kalkulation ist eine DRG- Systematik unter Einbeziehung von Produkt- und Managementkosten. Qualitätsmanagement, Abrechnung und Honorarverteilung sollten aufgrund des bestehenden Know-hows von einer entsprechenden Managementgesellschaft bzw. über eine Kassenärztliche Vereinigung als Dienstleistung erfolgen.“

Zu diskutieren, wurde im Rahmen der selektivvertraglichen Regelungen des alt §73 c und §140a SGBV vergleichbare Modelle in Hessen gelebt und sozioökonomisch betreut. Auf Grund der Erfahrung mit solchen Versorgungsmodellen war der GF des FIV in mehreren Expertenpanels als KEY-Note-Speaker oder Diskutant tätig.

## Information und Schulung unserer Mitglieder zu den Themen des ambulanten operieren, der Abrechnungsmöglichkeiten sowie der gesetzlichen Regelungen

Einhergehend mit dem medizinischen Fortschritt entwickelt sich das Vergütungssystem niedergelassener Vertragsärzte. Im Bereich des ambulanten Operierens ist diese Entwicklung im Vergleich zu anderen Bereichen als „rasend“ zu bezeichnen. Gründe hierfür sind die Entwicklung neuer „OP Techniken“, welche auch in den ambulanten Bereich Einzug gehalten haben sowie die Abhängigkeit der Vergütung vom Zeit- und Ressourcenverbrauch der einzelnen invasiven Maßnahmen. 2 große Themen im Jahr 2016 und 2017 waren die Änderungen im Bereich der:

1. Fußchirurgie
2. Gefäßchirurgie

Die auf den Weg gebrachten Änderungen hat zur Folge, dass alle der bisherigen Abrechnungswege:

1. Ambulante ärztliche Versorgung § 27 i. V. 87 ff SGBV
2. Stationäre Versorgung § 39 SGBV
3. Selektive Versorgung § 140a ff SGBV

signifikante Änderungen erfahren haben. Der FIV hat zu diesen Themen Informationsschriften vorbereitet, Schulungsveranstaltungen angeboten und Schulungen von Praxisteams organisiert.

## Vertretung der Mitgliederinteressen im anhängigen Rechtsstreit zur EHV – Beitragserhebung auf Umsätze aus Verträgen der §§ 140a ff SGBV

### Hintergrund

#### 1. Rechtmäßigkeit des § 8 KVHG

a. § 8 KVHG a.F.

Die Verteilungspflicht hat durch den Bundesgesetzgeber in den §§ 87 a, b I 1 bzw. 85 IV 1 SGB V eine abschließende Regelung erfahren, womit die Gesamtvergütung lediglich an die aktiven Personen und

Institutionen im Sinne dieses Gesetzes zu verteilen ist. Den Bundesländern steht eine abweichende Regelungsbefugnis somit grundsätzlich nicht zu. Jedoch wurde die landesgesetzliche Vorschrift des § 8 KVHG in seiner bis zum 22.12.2009 gültigen Fassung aufgrund Art. 4 § 1 II 2 GKAR seitens der Rechtsprechung als rechtmäßig erachtet (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2008, B 6 KA 38/07 R, BeckRS 2008, 57613; SG Marburg, Urt. v. 10.07.2009, Az. S 12 KA 646/08, juris-Rn.20).

b. § 8 KVHG n.F.

Die Novellierung des § 8 KVHG mit Wirkung ab dem 23.12.2009 lässt die Rechtmäßigkeit der Regelung jedoch nunmehr in mehrerlei Hinsicht zweifelhaft erscheinen.

## **2. Erweiterung der Bemessungsgrundlage, § 8 II KVHG**

Aufgrund von Art. 4 § 1 GKAR konnte die EHV in Hessen als im Zeitpunkt des Inkrafttretens des GKAR bereits vorhandenes Altersversorgungswerk für Kassenärzte „weiter bestehen bleiben“ (BSG, Urt. 20.07.1966, 6 RKA 2/66, NJW 1967, 315 [317]). Dies bedeutet zunächst jedoch nur, dass nach Maßgabe von Art. 4 § 1 GKAR I „vor Inkrafttreten des GKAR errichtete Altersversorgungswerke (...) erhalten bleiben“ können (BSG, a.a.O.).

Es ist darüber hinaus grundsätzlich davon auszugehen, dass der Landesgesetzgeber, der vor Inkrafttreten des GKAR eine landesrechtliche Regelung über die Alterssicherung von Kassenärzten erlassen hatte, diese später modifizieren darf (BSG, Urt.v.16.07.2008, B 6 KA38/07 R, Rn.27 unter Verweis auf BVerfGE 11, 192 [200]).

Der Spielraum, der dem Landesgesetzgeber für eine solch nachträgliche Modifizierung zur Verfügung steht, ist aufgrund einer abschließenden Regelung der Honorarverteilung durch den Bundesgesetzgeber durch Auslegung der Öffnungsklausel des Art. 4 § 1 II 2 GKAR und der einschlägigen Vorschriften des SGB V zu ermitteln (BSG, a.a.O.; siehe hierzu auch Hase/Schäffner, Ausschussvorlage AFG/18/6, 49 [55 ff.]).

## **3. Verfassungs- und bundesrechtliche Bedenken**

Der Passus „unberührt bleiben“ in Art. 4 § 1 II 2 GKAR schließt zwar nicht grundsätzlich aus, dass bei Inkrafttreten des GKAR bereits bestehende landesrechtliche Vorschriften für die Altersversorgung von Kassenärzten auch nach Inkrafttreten des GKAR vom Landesgesetzgeber geändert werden können. Der hessische Landesgesetzgeber besitzt aber nicht die Kompetenz, die Bemessungsgrundlage der EHV zu erweitern.

Durch die EHV wird im Vergleich zu den „bundesgesetzlichen Bestimmungen zur Honorarverteilung gemäß §§ 85, 87a, 87b SGB V (...) lediglich die Zweckbestimmung eines Teils der Gesamtvergütung geändert“, indem eine Verteilung auch an inaktive Vertragsärzte erfolgen kann (Scholz/Buchner, Ausschussvorlage AFG/18/6, 38). Durch diese Veränderung der Zweckbestimmung können der hessische Landesgesetzgeber respektive die Beklagte folglich nur die Antwort auf die Frage geben, „wie“ die Honorare verteilt werden sollen. Eine Antwort auf die Frage danach, „was“ den Gegenstand der Honorarverteilung bildet, sollte dem hessische Landesgesetzgeber respektive der Beklagten hingegen durch den Bundesgesetzgeber gerade nicht ermöglicht werden.

Durch § 8 II KVHG sollen „sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an gesetzlich

krankenversicherten Patienten erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt werden, der Erweiterten Honorarverteilung unterworfen“ werden und dies soll „unabhängig von der Rechtsgrundlage der Vergütung auch für die Vergütung aus Direktverträgen zwischen den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und den gesetzlichen Krankenkassen oder aus Verträgen zur Integrierten Versorgung“ gelten. Demnach sollen nach dem Willen des hessischen Landesgesetzgebers neben den Gesamtvergütungen nun auch Direkt- bzw. Selektivverträge zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen in die EHV einbezogen werden.

Der Bundesgesetzgeber hat im Zuge der von ihm vorgenommenen strukturellen Änderungen der vertragsärztlichen Versorgung die Gesamtvergütungen jedoch bewusst um die Honorare aus Direkt- bzw. Selektivverträgen im Sinne der §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V und hiermit auch den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, wie er sich aus den §§ 72, 75 SGB V ergibt, eingeschränkt (vgl. Hase/Schäffner, a.a.O., [49] 51, 55).

Soweit die Kassenärztliche Vereinigung damit ihren Sicherstellungsauftrag verliert, ist sie vollständig aus ihrer Funktion herausgelöst und der Gesamtvergütungsanspruch mindert sich entsprechend (Vießmann in: Spickhof, Medizinrecht, SGB V, § 72a, Rn.6). Diese vom Bundesgesetzgeber gewollte Einschränkung des Sicherstellungsauftrags findet ihren Beleg sowohl in den §§ 73b IV 5, 73c III 4 SGB V als auch in § 140a I 3 SGB V. § 73b IV 1 SGB V verdeutlicht beispielsweise, „dass hausarztzentrierte Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Allgemeinmedizinern bzw. deren Verbänden geschlossen werden sollen“ (Scholz/Buchner, a.a.O., 38 [43]). Der Bundesgesetzgeber hat überdies eine originäre Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen im Zusammenhang mit dem Abschluss von Direkt- oder Selektivverträgen seinerzeit sogar explizit verneint (siehe hierzu Hase/Schäffner, a.a.O., [49], 55, m.w.N.). Ein Vertragsschluss zwischen einer kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen kommt daher – wenn überhaupt – nur in sehr engen Grenzen in Betracht. Und selbst wenn solcherlei Vertragsschlüsse nicht in Gänze ausscheiden, dann ist – wie das Beispiel hausarztzentrierter Versorgungsverträge im Sinne von § 73b IV 3 Nr.4 SGB V zeigt – erforderlich, dass die Krankenkassen hierzu besonders ermächtigt wurden (vgl. hierzu Scholz/Buchner, a.a.O., 38 [43]).

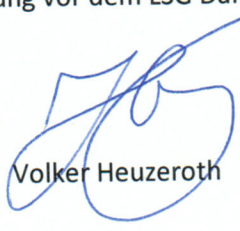
Demnach bilden Direkt- bzw. Selektivverträge nach dem Willen des Bundesgesetzgebers eine dem Zugriff der Kassenärztlichen Vereinigungen bewusst entzogene Materie. Die Beklagte kann ihre durch den Bundesgesetzgeber über Art.4 § 1 II 2 GKAR grundsätzlich anerkannte Aufgabe – Alterssicherung der Kassenärzte – nur innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen durch den Bundesgesetzgeber zugewiesenen Zuständigkeiten erfüllen. Eine solche Zuständigkeit hat der Bundesgesetzgeber angesichts der von ihm vorgenommenen Strukturveränderung für Direkt- oder Selektivverträge jedoch zwischenzeitlich ausdrücklich verneint (vgl. auch Hase/Schäffner, a.a.O., 49 [57]). Mit der durch den Bundesgesetzgeber vorgenommenen Einschränkung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen ist zwangsläufig die Einführung einer Trennlinie zwischen Gesamtvergütungen und Honoraren aus Direkt- bzw. Selektivverträgen verbunden. Diese bundesgesetzliche Trennlinie und damit auch der dem hessischen Landesgesetzgeber über Art.4 § 1 II 2 GKAR eingeräumte Gestaltungsspielraum würden überschritten, wenn neben den Gesamtvergütungen auch Honorare aus Direkt- bzw. Selektivverträgen zum Gegenstand der EHV erhoben werden (so im Ergebnis auch Hase/Schäffner, a.a.O., 49 [55], die von einer Durchbrechung eines bundesgesetzlichen Grundsatzes „über die Hintertür“ sprechen oder Weidenhaus, Ausschussvorlage AFG/18/6, 46 [47]). Eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage der EHV auf

Umsätze, die nicht Teil der Grundvergütungen sind, ist folglich nicht durch die bundesgesetzliche Öffnungsklausel des Art.4 § 1 II 2 GKAR gedeckt. § 8 II KVHG ist daher aufgrund eines Verstoßes gegen die Gesetzgebungskompetenzen des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland rechtswidrig.

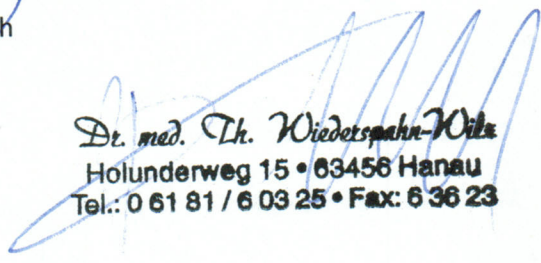
Im Rahmen der Verfahren, welche als Musterprozess durch den FIV geführt wird, ist zwischenzeitlich die Verhandlung vor dem Landessozialgericht erfolgt. Von dort wurde das Verfahren an die kassenärztliche Vereinigung zurück verwiesen, da die Bescheide formale Fehler aufwiesen.

Im Zeitablauf musste die kassenärztliche Vereinigung schon 2 mal rechtswidrige Satzungen ändern. Die Interessenvertretung unserer Mitglieder (Abzug des EHV Beitrages durch die KV Hessen in Höhe von 6,07 % des Umsatzvolumens von Verträgen nach § 140 a ff SGBV) erfolgt auch über den 08.12.2017 (Tag der Verhandlung vor dem LSG Darmstadt) hinaus.

12.06.2018



Volker Heuzeroth



Dr. med. Th. Wiederspahn-Wilke  
Holunderweg 15 • 63456 Hanau  
Tel.: 0 61 81 / 6 03 25 • Fax: 6 36 23