



2017-05

1. Urteile aus dem Medizinrecht

(Zahn-)Ärztlicher Vergütungsanspruch entsteht erst nach Leistungserbringung und -abrechnung gegenüber der KV

Der allgemeine Grundsatz, dass der Anspruch auf Vergütung für geleistete Dienste nicht vor der Dienstleistung entsteht, gilt auch für den Vergütungsanspruch des Kassenarztes gegen die KV. Voraussetzung jeglicher Vergütungsansprüche des Kassenarztes ist es, dass er vergütungsfähige ärztliche Leistungen erbringt. Diese sind Grundlage des endgültigen Honorarbescheids der KV. Abschlagszahlungen, die der Kassenarzt aufgrund satzungsmäßiger Bestimmungen erhalten mag, ändern daran nichts. Eine gesicherte Rechtsposition an Honoraransprüchen eines Kassenarztes kann ein Zessionar darum frühestens erwerben, nachdem der Arzt vergütungsfähige Leistungen erbracht hat.

In Abweichung von der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, nach der die Entstehung eines Absonderungsrechts mit Blick auf die Abtretung von Honoraransprüchen eines Kassenarztes lediglich die Erbringung der ärztlichen Dienstleistung voraussetzt, folgt der Senat in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts der Ansicht, dass die Entstehung des ärztlichen Honoraranspruchs zudem zumindest auch die Abrechnung der Leistungen gegenüber der KV voraussetzt. Ein „konkreter“ Honoraranspruch des Vertragsarztes entsteht regelmäßig erst nach Prüfung sämtlicher eingereicherter Abrechnungen und der darauf basierenden Errechnung der Verteilungspunktwerte.

Oberlandesgericht Hamm, Urteil vom 02.03.2017 – I-27 U 31/16

http://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/hamm/j2017/27_U_31_16_Urteil_20170302.html

Anstellungsgenehmigung: Lediglich eintägige Aufnahme der Tätigkeit nicht ausreichend

Eine eintägige, also singuläre, keinesfalls auf bestimmte Dauer angelegte Tätigkeit, vermag nicht den Anspruch auf Genehmigung einer Anstellung nach § 103 Abs. 4b SGB V zu begründen. Vielmehr geht in diesem Fall das Tätigwerden nicht über das Stadium eines Arbeitsversuches hinaus. Die ersten Arbeitstage in einer Praxis sind außerdem generell dadurch gekennzeichnet, dass sich der neu eintretende Arzt zunächst mit den praxisspezifischen Gegebenheiten vertraut machen muss. Zwar ist einzuräumen, dass es keine gesetzliche Regelung über eine „Mindesttätigkeit“ gibt. Dies ist auch nicht erforderlich, zumal zur Auslegung des Begriffs „Tätigkeit“ die ratio legis heranzuziehen ist. Von einer „gelebten“ Tätigkeit, wie sie vom Bundessozialgericht gefordert wird, kann bei einer solchen singulären Tätigkeit, aber auch bei einer Tätigkeit an nur drei Tagen keine Rede sein.

Aus den vorgenannten Gründen ist rechtlich nicht zu beanstanden, dass der Berufungsausschuss bestätigt, dass wegen Nichtaufnahme der Tätigkeit des angestellten Arztes die Genehmigung zu Gunsten des Anstellenden endete und die Angestelltenstelle nicht mehr im Sinne von § 103 Abs. 4b S. 3 SGB V nachbesetzungsfähig ist.

Sozialgericht München, Urteil vom 29.03.2017 – S 38 KA 1262/15
<http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2017-N-107650?hl=true&AspxAutoDetectCookieSupport=1>

Berufung erfolgreich: Honorarrückforderungsbescheide zu Unrecht aufgehoben

Die nachgehende Richtigstellung vertragsärztlicher Honorarbescheide beruht auch nach Ablauf der Frist von vier Jahren seit ihrer Bekanntgabe auf § 106a SGB V a.F. (jetzt § 106d SGB V n.F.) und nicht auf § 45 SGB X. Diese Vorschrift ist nur insoweit (teilweise) entsprechend anzuwenden, als sie den Vertrauensschutz des von der Rücknahme eines begünstigenden Verwaltungsakts Betroffenen zum Gegenstand hat. Rücknahmeermessen muss die Kassenärztliche Vereinigung daher nicht ausüben.

Ein ermächtigter Facharzt für Anästhesiologie muss Honorar in Höhe von mehr als 55.000 € für im Jahr 2008 erbrachte Leistungen zurückzahlen, die nicht seinem Ermächtigungskatalog entsprachen.

Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 26.04.2017 – L 5 KA 2448/15
http://lrw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&nr=22252

Richtgrößenprüfung: Zur Praxisbesonderheit der Versorgung von Osteoporose-Patienten

Zur Quantifizierung eines als Praxisbesonderheit anerkannten Verordnungs-Mehrbedarfs ist es nicht ausreichend, nur auf die im Vergleich zur Fachgruppe höhere Zahl der betroffenen Patienten abzustellen, wenn sich der Mehrbedarf (auch) darin zeigt, dass die verordneten Arzneimittel teurer sind als bei durchschnittlicher Verordnungsweise (hier: Osteoporose-Schwerpunkt mit Verordnung von Parathormonen).

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 18.04.2017 – L 3 KA 136/16 B ER
<http://www.rechtsprechung.niedersachsen.de/jportal/portal/page/bsndprod.psml?doc.id=JURE170027919&st=null&showdoccase=1>

Krankenhaus-Abrechnung: Kein Platz für medizinische Gutachten

Abrechnungsbestimmungen des Krankenhausvergütungsrechts sind streng wortlautbezogen auszulegen. Auf Fragen der Medizin kommt es grundsätzlich nicht an. Wegen der alleinigen Maßgeblichkeit juristischer Auslegungsmethoden tritt die medizinische Beurteilung in den Hintergrund; daher ist in vergütungsrechtlichen Streitigkeiten kein Raum für die Erhebung von (medizinischen) Gutachten.

Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 22.03.2017 – L 5 KR 4740/15
http://lrw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&nr=22154

Zum Anspruch einer „Diplom-Ergotherapeutin (FH)“ auf eine sektorale Heilpraktikererlaubnis

Die Anwendung ergotherapeutischer Behandlungsmethoden ohne ärztliche Verordnung ist eine heilkundliche Tätigkeit, die ohne Erlaubnis nicht ausgeübt werden darf. Soweit sich der früheren Senatsrechtsprechung (zu Physiotherapeuten) etwas Entgegenstehendes entnehmen lässt, hält der Senat daran nicht mehr fest. Die Ausgestaltung des Berufsbildes der Ergotherapeuten als Heilhilfsberuf bedeutet keine Sperre für eine eigenverantwortliche Tätigkeit in diesem Bereich auf der Grundlage einer Heilpraktikererlaubnis.

Die Heilpraktikererlaubnis kann auf die Ausübung der Ergotherapie beschränkt werden. Ein ausgebildeter Ergotherapeut muss sich zur Erlangung einer solchen Erlaubnis einer eingeschränkten Überprüfung seiner Kenntnisse und Fähigkeiten unterziehen. Eine uneingeschränkte Heilpraktikererlaubnis mit der Folge einer umfassenden Kenntnisüberprüfung ist zum Schutz der

Gesundheit der Bevölkerung nicht erforderlich, wenn ein Antragsteller die Heilkunde nur auf einem abgrenzbaren Gebiet oder nur eine eindeutig umrissene Therapieform ausüben möchte. In diesem Fall reicht es aus, eine auf dieses Gebiet beschränkte Erlaubnis zuzusprechen, solange sichergestellt ist, dass der Betreffende die Grenzen seines Könnens kennt und beachtet.

Der Annahme, für den Ergotherapeuten fehle es im Gegensatz etwa zum Physiotherapeuten an einem gesetzlich fixierten Berufsbild, kann nicht zugestimmt werden. Ein hinreichender normativer Rahmen ist insbesondere mit dem Ergotherapeutengesetz sowie mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gesetzt. Daneben kann auf die Heilmittel-Richtlinie zurückgegriffen werden. Dabei ist es unschädlich, dass – insoweit abweichend von der Rechtslage bei den Physiotherapeuten – kein ausdrückliches Ausbildungsziel definiert ist. Der Beruf des Ergotherapeuten erfährt durch die sonst vorhandenen, oben genannten Normen, darunter etwa die genaue Bestimmung der Ausbildungsinhalte, eine hinreichende Prägung. Der bei einer „Aufsplitterung“ der Heilpraktikererlaubnis zu erwartende erhöhte Verwaltungsaufwand ist als solcher nicht geeignet, Beschränkungen der Freiheit der Berufswahl zu rechtfertigen.

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 23.03.2017 – 9 S 1034/15

<http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&docid=MWRE170005635&psml=bsbawueprod.psml&max=true&doc.part=L&doc.norm=all>

In Bezug auf die **sektorale Heilpraktikererlaubnis für Logopäden** hat das Gericht am selben Tag eine ähnliche Entscheidung getroffen:

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 23.03.2017 – 9 S 1899/16

<http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&docid=MWRE170005637&psml=bsbawueprod.psml&max=true&doc.part=L&doc.norm=all>

Selbstständige schriftliche Befundung radiologischer Bilder durch Fachärztin für Radiologie

Die schriftliche Befundung radiologischer Bilder durch eine Fachärztin für Radiologie in einer radiologischen Praxis erfolgt im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit, wenn die als Urlaubsvertretung tätig gewordene Fachärztin frei entscheiden kann, an welchen Tagen sie eine Urlaubsvertretung wahrnimmt, sie nach Anzahl der geleisteten Stunden honoriert wird, aber nicht das Zeiterfassungssystem der Praxis nutzen muss und auch sonst nicht in die Praxisorganisation eingebunden ist.

Das Vorliegen einer selbständigen Tätigkeit steht allerdings nicht schon deshalb fest, weil die Ärztin als Praxisvertreterin tätig werden sollte. Dies ist lediglich ein Indiz, dass die Tätigkeit als Praxisvertreter nach allgemeiner Anschauung als selbstständige Tätigkeit angesehen wird. Für die Frage, ob ein Arzt im Krankenhaus – und Gleiches gilt für eine Tätigkeit in einer Arztpraxis – aufgrund eines Arbeits- oder Dienstverhältnisses beschäftigt ist, kommt es maßgebend darauf an, ob der Arzt nach dem Gesamtbild seiner Tätigkeit in einem persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis zum Krankenhausträger/Praxisinhaber steht.

Das Gericht bestätigte das erstinstanzliche Urteil. Es hielt die Ärztin für nicht abhängig beschäftigt und daher auch nicht versicherungspflichtig in der Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung.

Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 21. 02. 2017 – L 11 R 2433/16

http://lrw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&nr=22107

Zahnärztliche Internet-Werbung für Leistungen zu Festpreisen untersagt

Das Angebot von Zahnreinigungs- und Bleachingleistungen durch einen Zahnarzt zu einem Pauschalpreis verstößt gegen die preisrechtlichen Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte

und ist – da es sich bei diesen Vorschriften um Marktverhaltensregelungen handelt – zugleich unlauter im Sinne von § 3a UWG.

Ließe man rabattierte Festpreise zu, bestünde die Gefahr, dass Patienten, die eine vergleichsweise einfach durchzuführende Behandlung benötigen, diejenigen Patienten „quersubventionieren“, bei denen wegen ihrer gesundheitlichen Konstitution eine aufwändige Behandlung notwendig wird. Umgekehrt besteht bei solchen Patienten die Gefahr, dass die Behandlung wegen des vorgegebenen Kostenrahmens und der festgelegten Gebühr in einem zahnmedizinisch nicht vertretbaren Maß verkürzt wird. Beides ist weder mit dem Bedürfnis der Patienten an einer transparenten Honorarbildung und einer an ihrem Gesundheitszustand orientierten Behandlung nicht zu vereinbaren.

Die beklagte Zahnärztin hatte auf einem Portal für sog. Online-„Deals“ kosmetische Zahnreinigungen zum Einzelpreis von 29,90 € bzw. kosmetisches Bleaching zum Einzelpreis von 149,90 € angeboten. Ihre Berufung gegen die Verurteilung zur Unterlassung hatte keinen Erfolg.

OLG Frankfurt, Urteil vom 21.07.2016 – 6 U 136/15

http://www.lareda.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht_lareda.html#docid:7631011

Mängel bei der wirtschaftlichen Aufklärung führen zur Freistellung des Patienten

Den Behandler treffen Informationspflichten hinsichtlich der finanziellen Behandlungsfolgen. Hat er positive Kenntnis von der Unsicherheit der Kostenübernahme durch einen Dritten (hier durch die GKV des Patienten), muss er die voraussichtliche Höhe der Behandlungskosten beziffern, um dem Patienten die wirtschaftliche Tragweite seiner Entscheidung für die Behandlung vor Augen zu führen. Der positiven Kenntnis steht es gleich, wenn sich aus den Umständen hinreichende Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die vollständige Übernahme der Kosten durch einen Dritten nicht gesichert ist. Die Anforderungen an die Informationspflicht sind umso höher, je weiter sich die Kostenforderung von der einer Grundversorgung entfernt.

Fehlt eine solche Aufklärung, kann der Patient dem Behandler einen Schadensersatzanspruch gemäß § 280 BGB entgegenhalten, der auf Freistellung von dem Gebührenanteil gerichtet ist, der nicht mehr von Dritten gedeckt wird.

Ein Zahnarzt hatte bei einem GKV-Patienten eine Zahnersatzbehandlung mit Gesamtkosten in Höhe von mehr als 100.000 € geplant. Kurz vor Behandlungsbeginn erfolgte die wirtschaftliche Aufklärung auf der Grundlage von 57 Formularen. Das Gericht sah einen groben Behandlungsfehler darin, dass der Behandler den Patienten nur zwei Tage nach der Erstvorstellung einem derart umfangreichen und kostenintensiven Eingriff unterzogen hat. Dies sei „völlig unverständlich“, da es erheblich kostengünstigere Behandlungsalternativen gegeben habe.

Oberlandesgericht Celle, Urteil vom 30.01.2017 – 1 U 15/16

<http://files.vogel.de/infodienste/smfiledata/1/0/4/3/3/9/192278.pdf>

Betrieb eines Dialysezentrums gewerbsteuerpflichtig

Ein Dialysezentrum, in dem Dialysepatienten ambulant behandelt werden, ist weder als Krankenhaus im Sinne des § 3 Nr. 20 Buchst. b GewStG a.F. noch als Einrichtung zur vorübergehenden Aufnahme pflegebedürftiger Personen noch als eine Einrichtung zur ambulanten Pflege kranker und pflegebedürftiger Personen im Sinne des § 3 Nr. 20 Buchst. d GewStG a .F. gewerbsteuerbefreit.

Bundesfinanzhof, Urteil vom 25.01.2017 – I R 74/14

<http://juris.bundesfinanzhof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bfh&Art=en&nr=34577>

BFH-Urteil zur Bereitschaftsdienstzulage für angestellte Ärzte

Jeder niedergelassene Arzt hat die Pflicht, am ärztlichen Notdienst teilzunehmen. Werden diese Notdienste durch einen angestellten MVZ-Arzt erbracht, stellt sich die Frage, ob die vom Arbeitgeber an diesen Arzt gezahlte Bereitschaftsdienstzulage einen steuerfreien Zuschlag nach § 3 b EStG darstellt.

Diese Frage hat nun der BFH geklärt und dabei die Notwendigkeit der Abgrenzung von laufendem Arbeitslohn und gezahlten Zuschlägen deutlich herausgestellt. Die Richter verwiesen explizit darauf, dass durch das Führen von Einzelaufstellungen (für die Sonn- und Feiertagszuschläge) von Anfang an gewährleistet werden soll, dass ausschließlich solche Zuschläge steuerfrei bleiben, bei denen betragsmäßig unstreitig feststeht, dass diese nur für die Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit gezahlt werden.

Bundesfinanzhof, Urteil vom 29.11.2016 – VI R 61/14
<https://goo.gl/VFkJAP>

2. Aktuelles

KBV und GKV-Spitzenverband einigen sich über Kostenerstattung für Anbindung an die Telematikinfrastruktur

Ärzte und Psychotherapeuten erhalten die Kosten für die Anbindung ihrer Praxis an die Telematikinfrastruktur voll erstattet. Unter Moderation des Bundesschiedsamts haben sich KBV und GKV-Spitzenverband am 28.04.2017 auf Erstattungsbeträge für die technische Erstausrüstung und die laufenden Betriebskosten geeinigt.

Abhängig vom Zeitpunkt der Inbetriebnahme des Geräts in der Praxis wird es vom 01.07.2017 an eine gestaffelte Kostenerstattung geben (im Quartal 3/17 z.B. 3.055 € für Praxen mit bis zu drei Ärzten). Die Beteiligten haben sich außerdem auf einen Erstattungsbetrag für mobile Kartenterminals geeinigt. Darüber hinaus erhalten Ärzte und Psychotherapeuten eine einmalige Startpauschale von 900 € zur Erstattung der Kosten, die im Zusammenhang mit der technischen Ausstattung stehen. Laufende Betriebskosten werden quartalsweise erstattet. So werden z.B. Betriebskosten für den Praxisausweis in Form der SMC-B Smartcard mit 23,25 € pro Quartal und Karte sowie für den Arztausweis in Form der HBA Smartcard mit 11,63 € pro Quartal und Karte) vergütet.

Die Vereinbarung wird noch ausformuliert.
Pressemitteilung: http://www.kbv.de/html/1150_28712.php

Beschlüsse des G-BA zu verschiedenen DMP

Der G-BA hat am 20.04.2017 Beschlüsse zu mehreren Disease-Management-Programmen (DMP) gefasst. Das strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs steht künftig Patient(inn)en umfassend aktualisiert zur Verfügung. Es wurde vom G-BA an aktuelle Leitlinien und an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst. Zudem wurde im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eine Aktualisierung zur Arzneimittelversorgung der Patienten vorgenommen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde mit Leitlinienrecherchen zu den geplanten neuen DMP Rheumatoide Arthritis und Osteoporose beauftragt.

Pressemitteilung mit Links zu den Beschlüssen:
<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/684/>

Änderungen der Richtlinie des G-BA zur häuslichen Krankenpflege beschlossen

Der G-BA hat seine Regelungen für die häusliche Krankenpflege hinsichtlich der besonderen Belange von Palliativpatient(inn)en angepasst und damit die Vorgaben des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung umgesetzt. Durch die am 16.03.2017 beschlossene Weiterentwicklung der Richtlinie wird ergänzend zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der Regelversorgung gestärkt.

Zwar standen Palliativpatientinnen und -patienten auch schon bisher die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Verfügung. Dies war in der Richtlinie aber nicht ausdrücklich festgehalten. Im Rahmen weiteren Änderungsbedarfs wurde klargestellt, dass die Medikamentengabe im Rahmen der häuslichen Krankenpflege einerseits das Richten und andererseits das Verabreichen der Medikamente umfasst und es sich hierbei um zwei unterschiedliche Leistungsinhalte handelt.

Pressemitteilung und Links zu den Beschlüssen:

<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/676/>

Ultraschall-Richtlinie geändert

Ärzte können einen erfolgreich absolvierten Ultraschallkurs neuerdings nicht mehr nur mit einem Zertifikat, sondern auch durch eine Teilnahmebescheinigung nachweisen. Das wurde jetzt in der Ultraschall-Vereinbarung klargestellt. Die Vereinbarung sah bisher vor, dass der Kursleiter die Teilnahme durch ein Zertifikat bestätigen muss. Da verschiedene Kursanbieter mittlerweile jedoch Teilnahmebescheinigungen ausstellen, waren Ärzte unsicher, ob auch diese von ihrer KV anerkannt werden. Voraussetzung ist, dass die Bescheinigung die erforderlichen Angaben enthält.

Ultraschall-Vereinbarung (Stand: 01.04.2017):

<http://www.kbv.de/media/sp/Ultraschallvereinbarung.pdf>

Heilmittelverordnung nur noch mit zertifizierter Software

Wer zur Verordnung von Heilmitteln sein Praxisverwaltungssystem nutzt, darf seit dem 01.04.2017 nur noch zertifizierte Software verwenden. Dies geht auf das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zurück. Darin wurde für Vertragsärzte vorgeschrieben, für die elektronische Heilmittelverordnung bereits von Jahresbeginn an nur noch zertifizierte Software einzusetzen. Da jedoch nicht alle Softwarehersteller ihre Unterlagen für die Zertifizierung rechtzeitig eingereicht haben, hatten sich KBV und GKV-Spitzenverband auf eine Übergangsregelung für das erste Quartal 2017 verständigt.

Ärzte müssen fortan bei der Sammelerklärung zu ihrer Quartalsabrechnung bestätigen, dass sie in ihrer Praxis zertifizierte Software zur Heilmittelverordnung verwendet haben. Die Pflicht gilt erstmals für die Abrechnung des zweiten Quartals 2017. Ob ein Softwareprodukt für die Heilmittelverordnung zertifiziert ist, lässt sich den von der KBV geführten Zulassungslisten für Praxisverwaltungssysteme (PVS) entnehmen.

Zu den Zulassungslisten für Praxisverwaltungssysteme:

<http://www.kbv.de/html/5614.php>

Neue EBM-Regelungen für den Notfall- und Bereitschaftsdienst

In Umsetzung des Gesetzesauftrags, differenzierte Schweregrade von Notfällen in der ambulanten Notfallversorgung abzubilden, hat der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss bereits im vergangenen Jahr einen seit dem 01.04.2017 wirksamen Beschluss gefasst, der bei der Vergütung dieser Leistungen im Wesentlichen zwei grundsätzliche Änderungen vorsieht:

1. Für Patienten, die in der ambulanten Notfallversorgung einen erhöhten Behandlungsaufwand nach sich ziehen, wurden zwei Schweregradzuschläge in den EBM aufgenommen. Sie werden als Zuschläge zu den Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01210 bzw. 01212 gezahlt (GOP 01223: 128 Punkte, GOP 01224: 195 Punkte sowie GOP 01226: 90 Punkte).
2. In denjenigen Fällen der Notfallversorgung oder im organisierten Notfalldienst, bei denen deutlich wird, dass die betroffenen Patienten nicht notfallmäßig behandelt werden müssen und auch keine dringende Diagnostik und Therapie benötigen, sondern deshalb in eine Arztpraxis weitergeleitet werden können, kann nunmehr statt der Notfallpauschalen nach den GOP 01210 bzw. 01212 eine Abklärungspauschale mit der GOP 01205 (45 Punkte) und der GOP 01207 (80 Punkte) abgerechnet werden.

Für die Finanzierung der Schweregradzuschläge und der Abklärungspauschale wurde die Notfallpauschale nach GOP 01210 von 127 auf 120 Punkte abgesenkt. Wird bei der ersten Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Notfalldienst die GOP 01205 oder 01207 berechnet, sind bei weiteren persönlichen oder anderen Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal die hierfür vorgesehenen Notfallpauschalen GOP 01214, 01216 und 01218 nur noch unter Angabe einer ausführlichen schriftlichen Begründung berechnungsfähig.

Beschluss vom 07.12.2016:

https://institut-ba.de/ba/ergaenzbeschluesse/2016-12-07_ergEBA4_3.pdf

Entscheidungserhebliche Gründe:

https://institut-ba.de/ba/ergaenzbeschluesse/2016-12-07_ergEBA4_eeg.pdf

Tele-Arzt-Projekt gestartet

Ein in NRW erfolgreich erprobtes Tele-Arzt-Projekt ist am 01.05.2017 in NRW, Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz gestartet. Es soll dort Hausbesuche durch moderne Technik erleichtern: Anstelle der Hausärzte können nun dazu speziell geschulte Versorgungsassistentinnen mit einem Telemedizin-Rucksack zu den Patient(inn)en fahren. Sie können vor Ort die wichtigsten Vitaldaten wie beispielsweise EKG, Puls und Blutdruck erheben, in die Praxis übermitteln und über ein Videotelefon eine Televisite durch den Hausarzt ermöglichen. Das Projekt wird vom Deutschen Hausärzterverband unterstützt.

Weitere Informationen und Verträge unter www.tele-arzt.com.

3. Sonstiges

Save-the-date

Die nächste Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht findet am 13. und 14. Oktober 2017 im Hotel Steigenberger am Kanzleramt in Berlin statt. Das Programm wird gerade für Sie vorbereitet.

Impressum

Herausgegeben vom Geschäftsführenden Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein

Littenstraße 11
10179 Berlin
Telefon 030 – 72 61 52 – 0
Fax 030 – 72 61 52 – 190

V.i.S.d.P.: Rechtsanwalt Tim Hesse, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht

Redaktion, Copyright: Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht

Alle Angaben ohne Gewähr und Anspruch auf Vollständigkeit
Für eine Abmeldung aus dem Newsletter-Verteiler wenden Sie sich bitte an die Mitgliederverwaltung des DAV: Frau Doreen Wolf (wolf_d@anwaltverein.de)