



2017-08

## 1. Urteile aus dem Medizinrecht

### Einheitlicher Schmerzensgeldanspruch bei mehreren Behandlungsfehlern

Nicht jeder Behandlungsfehler zieht einen eigenständigen Schmerzensgeldanspruch nach sich. Mehrere Behandlungsfehler, die Ärzten im Rahmen derselben Operation unterlaufen sind, begründen vielmehr nur einen einheitlichen Schmerzensgeldanspruch, dessen Höhe aufgrund einer ganzheitlichen Betrachtung der den Schadensfall prägenden Umstände zu bemessen ist. Der Anspruch kann nicht in Teilbeträge zum Ausgleich einzelner im Rahmen eines einheitlichen Behandlungsgeschehens unterlaufener Behandlungsfehler aufgespalten werden. Dem steht der Grundsatz der Einheitlichkeit der Schmerzensgeldbemessung entgegen.

Bundesgerichtshof, Urteil vom 14.03.2017 – VI ZR 605/15

<https://goo.gl/G6SocX>

### Keine Arzthaftung nach Tumorresektion mit Lungenembolien und Lysetherapie

Kommt es nach einer Wirbelsäulenoperation (hier: Tumorresektion) zu einer Lungenembolie mit akut drohendem Herzstillstand und ist eine Lysetherapie die einzig lebensrettende Therapieoption, ist der einwilligungsfähige Patient zur Wahrung seiner Autonomie gleichwohl über die Behandlungsmaßnahme, insbesondere über das Risiko einer Lähmung infolge Nachblutens aufzuklären und seine Einwilligung zur Lysetherapie einzuholen.

Der Arzt ist mit dem Beweis für seine Behauptung, dass der Patient bei ordnungsgemäßer Aufklärung in den Eingriff eingewilligt haben würde, nur zu belasten, wenn der Patient zur Überzeugung des Tatrichters plausibel macht, dass er, wären ihm die Risiken der Behandlung hinreichend verdeutlicht worden, vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte, wobei an die Substanziierungspflicht zur Darlegung eines solchen Konflikts keine zu hohen Anforderungen gestellt werden dürfen. Trotzdem ist es der Klägerin nicht gelungen, einen derartigen Entscheidungskonflikt plausibel zu machen.

Oberlandesgericht Oldenburg, Urteil vom 22.03.2017 – 5 U 191/15

- veröffentlicht bei juris.de -

### Zum Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht vor Implantation einer Radiuskopfprothese

Vor der Implantation einer Radiuskopfprothese ist nicht darüber aufzuklären, dass die Prothesengröße erst intraoperativ exakt bestimmt werden kann. Auch müssen die Ärzte eines Klinikums nicht darauf hinweisen, dass der Patient eine Spezialklinik für Ellenbogenverletzungen aufsuchen kann. Allein mit dem handschriftlich ausgefüllten Aufklärungsbogen kann der Beweis für ein taugliches Aufklärungsgespräch nicht geführt werden.

Oberlandesgericht Dresden, Urteil vom 09.05.2017 – 4 U 1491/16  
<http://arge-medizinrecht.de/wp-content/uploads/2017/09/olg-dresden-4-u-1491-16.pdf>

### **Zur Aufklärungspflicht des Arztes bei Kombination zweier Eingriffe**

Klärt der Arzt vor der Kombination zweier Eingriffe (hier: Katarakt-OP unter gleichzeitiger Astigmatismuskorrektur) nur über einen Operationsteil (hier: Katarakt-OP) auf, so haftet er für die Folgen der Operation nicht, wenn offen bleibt, ob diese nicht auch allein auf dem Teil der Operation beruhen können, der von der Aufklärung umfasst war.

Eine nach einer Augen-Operation an Verschlechterung der Sehfähigkeit und Hornhaut-Vernarbungen leidende Patientin scheiterte vor diesem Hintergrund mit ihrer Klage auf Schadenersatz in Höhe von mehr als 44.000 € gegen Rechtsanwälte, die sie beauftragt hatte, Ersatzansprüche gegen den operierenden Augenarzt gerichtlich durchzusetzen.

Oberlandesgericht Dresden, Urteil vom 16.05.2017 – 4 U 1229/15  
<http://arge-medizinrecht.de/wp-content/uploads/2017/09/olg-dresden-4-u-1229-15.pdf>

### **Ersatzansprüche einer Kasse gegen einen Vertragszahnarzt wegen mangelhafter prothetischer Versorgung**

Ein Vertragszahnarzt ist öffentlich-rechtlich gegenüber der KZÄV verpflichtet, die Schäden zu ersetzen, die er vertragszahnärztlichen Institutionen schuldhaft zufügt. Inhaltliche Voraussetzung der Regresspflicht kann sein, dass eine prothetische Versorgung dem zahnärztlichen Standard nicht genügt. Zudem muss eine Nachbesserung wegen Unbrauchbarkeit des Arbeitsergebnisses nicht möglich und/oder eine Nachbesserung bzw. Neuanfertigung durch den bisher behandelnden Vertragszahnarzt nicht zumutbar sein.

Die Unzumutbarkeit der Nachbesserung eines mangelhaft erstellten Zahnersatzes kann einem verantwortlichen Zahnarzt allerdings nur zugerechnet werden, wenn die hierfür maßgeblichen Gründe aus dem Behandlungsverhältnis stammen. Dies ist zum Beispiel nicht der Fall, wenn einer betagten Versicherten die Nachbesserung durch ihren ursprünglichen Zahnarzt nicht zuzumuten ist, weil sie inzwischen in ein anderes Bundesland verzogen ist (Behandlungsabbruch). Vor diesem Hintergrund ging ein Zahnarzt erfolgreich gegen einen Regressbescheid der KZÄV vor; die Kosten für die Eingliederung einer mangelhaften teleskopierenden gaumenfreien Prothese im Oberkiefer einer Patientin sind von ihm nicht an die Ersatzkasse zurückzuzahlen.

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 19.05.2017 – L 3 KA 108/12  
<https://goo.gl/m75J6J>

### **Erfolgreiche Konkurrentenklage eines Pneumologen gegen Sonderbedarfszulassung**

Die Klage eines Konkurrenten gegen die SBZ eines Kollegen mit halbem Versorgungsauftrag für eine vertragsärztliche Tätigkeit als fachärztlicher Internist mit Schwerpunkt Pneumologie ist ohne Erfolg geblieben. Der Kläger hatte vorgetragen, der Ausschuss habe fälschlicherweise auf den Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung abgestellt. Zwischenzeitlich habe er (der Kläger) die Genehmigung einer Zweigpraxis im betroffenen Bereich beantragt, welche die dortige Versorgung verbessere und einer SBZ vorgehe.

Die Gerichte stellten allerdings eine unzureichende Versorgungslage fest und wiesen die Klage ab. Die Praxis des Klägers liege 35 km entfernt von der Niederlassung seines Konkurrenten. Es bestehe zwar eine Busverbindung, doch dauere die Fahrt mindestens 40 (oder gar 70) Minuten. Auf die zwischenzeitlich beantragte Zweigpraxis komme es nicht an, da der im Sonderbedarf zugelassene Pneumologe bereits Investitionen getätigt habe und Vertrauensschutz genieße. Ob es – so das LSG

ausdrücklich – einzelne Fahrverbindungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln mit einer Fahrtdauer von 40 Minuten gebe, spiele für die Annahme, dass die Fahrten regelmäßig unzumutbar sind, keine relevante Rolle.

Landessozialgericht Berlin Brandenburg, Beschluss vom 11.07.2017 – L 24 KA 42/15  
<https://goo.gl/ANPXWE>

### **Erfolgreicher Drittwiderspruch gegen die Ermächtigung eines Kinderchirurgen**

Der Antrag eines als Oberarzt in einem Kinderkrankenhaus angestellten Facharztes für Kinderchirurgie auf Anordnung der sofortigen Vollziehung der Erteilung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf Zuweisung von Dermatologen, Chirurgen und Kinderärzten ist ohne Erfolg geblieben.

Wie das Gericht ausführte, dränge es sich angesichts der Fallzahlen des Arztes (172 Fälle in drei Quartalen einschließlich lediglich 31 abgerechneter Scheine im ersten Quartal 2016 wegen einer zweimonatigen Elternzeit sowie im ersten Halbjahr 2017 125 Fälle) und der seines Vorgängers (300 Fälle im Jahr 2015) nicht auf, dass ohne den sofortigen Vollzug des Ermächtigungsbeschlusses die angemessene medizinische Versorgung gefährdet sei. Es gelte auch zu bedenken, dass gerade in Zulassungs- und Ermächtigungsstreitigkeiten der Erlass einer einstweiligen Regelung zu einer echten Vorwegnahme der Hauptsache führt, weil der Arzt sein Honorar für die während der Wirksamkeit der Anordnung erfolgten Behandlungen auch bei einem Unterliegen in der Hauptsache behält und eine in dieser Zeit erfolgte Behandlung nicht „rückabgewickelt“ werden kann. Schon daher sei es geboten, die Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Ermächtigung auf eng begrenzte Ausnahmefälle zu beschränken, selbst wenn die Ermächtigung ohnehin nur für einen kurzen Zeitraum erteilt worden ist.

Sozialgericht Hamburg, Beschluss vom 24.07.2017 – S 27 KA 179/17 ER  
<https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=194359>

### **KV muss nicht sofort über laufendes Abrechnung-Plausibilitätsverfahren informieren**

Erhält eine Kassenärztliche Vereinigung von Abrechnungsmanipulationen Kenntnis, ohne den Vertragsarzt wegen eines laufenden Plausibilitätsverfahrens hierüber sogleich zu informieren, entfällt nicht der Vorwurf der gröblichen Pflichtverletzung und hat dies keine Auswirkungen auf den Schadensumfang.

Sozialgericht Marburg, Urteil vom 24.05.2017 – S 12 KA 137/17  
[http://www.lareda.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht\\_lareda.html#docid:7899662](http://www.lareda.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht_lareda.html#docid:7899662)

### **Honorarrückforderung gegenüber Anästhesiologen bestätigt**

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.

Das Gericht bestätigte eine Honorarrückforderung in Höhe von mehr als 55.000 € gegenüber einem auf Grundlage einer Ermächtigung vertragsärztlich tätigen Facharzt für Anästhesiologie mit Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie nach Plausibilitätsprüfung. Der Chefarzt hatte sich Patienten quasi selbst überwiesen, indem er sich bei einem kooperierenden niedergelassenen Kollegen selbst Überweisungsscheine besorgt hatte. Ein Vertrauensschutz sei nach § 45 II S. 3 Nr. 3 SGB X ausgeschlossen, weil dem Arzt bewusst war oder er grob fahrlässig verkannte, dass diese Selbstüberweisungen rechtswidrig sind, so das Gericht.

Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 26.04.2017 – L 5 KA 2448/15  
[http://lrbw.juris.de/cgi-bin/laender\\_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&nr=22252](http://lrbw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&nr=22252)

### **Zur Darlegung von Praxisbesonderheiten und Regressberechnung durch den Prüfungsausschuss**

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). Das SG hat zutreffend die aufschiebende Wirkung der Klage eines zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Facharztes für Orthopädie gegen einen Richtgrößenregress in Höhe von mehr als 67.000 € angeordnet.

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 18.04.2017 – L 3 KA 136/16 B ER  
<http://www.rechtsprechung.niedersachsen.de/jportal/portal/page/bsndprod.psm1?doc.id=JURE170027919&st=null&showdoccase=1>

### **ÜBAG-Genehmigung: Antragsgebühr pro Antrag, nicht pro Arzt zu entrichten**

Für den Antrag auf Genehmigung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft fällt nur eine Gebühr gemäß § 46 Abs. 1 S. 1 Buchstabe c Ärzte-ZV an. Es handelt sich dabei um einen gemeinsamen Antrag mehrerer Ärzte. Dies ergibt sich schon aus dem Wortlaut des § 33 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV, wonach die BAG und gerade nicht der einzelne Vertragsarzt als Mitglied der BAG der Genehmigung bedarf. Der Gebührentatbestand in § 46 Abs. 1 S. 1 Buchst. c Ärzte-ZV stellt nicht auf die Anzahl der Antragsteller, sondern anlassbezogen auf den Antrag ab, über den der Zulassungsausschuss einen einheitlichen Beschluss fassen muss. Schließlich steht auch das aus Art. 3 GG herzuleitende Äquivalenzprinzip der Forderung einer Antragsgebühr pro Arzt der ÜBAG entgegen.

Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 26.04.2017 – L 5 KA 3701/15  
[http://lrbw.juris.de/cgi-bin/laender\\_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&nr=22361](http://lrbw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&nr=22361)

### **Anästhesisten dürfen Telefondienste als „unvorhergesehene Inanspruchnahme“ abrechnen**

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass alle ärztlichen Leistungen im Rahmen der Sprechstundentätigkeit erbracht werden können. Ist das nicht der Fall, soll die unvorhergesehene Inanspruchnahme des Arztes entsprechend durch die GOP 01100 EBM-Ä abgegolten werden. Das ist nicht zu leisten, wenn vom Arzt Leistungen bewusst, geplant und organisiert außerhalb der Sprechstunden angeboten werden, weil das mit einer Dienstsituation verbunden und die Inanspruchnahme damit vorhersehbar ist.

Bei einer überörtlichen anästhesistischen Gemeinschaftspraxis stellt sich die Situation anders dar. Auch wenn diese auf einen ganztägigen Rufbereitschaftsdienst hinweist, so besteht die eigentliche Tätigkeit in der Erbringung der anästhesistischen Leistungen in anderen Operationspraxen und Zentren. Dadurch bietet sie keine Sprechstunde im engeren Sinne an und kann Patienten nicht auf deren Nutzung verweisen. Insofern ist der Begriff der unvorhersehbaren Inanspruchnahme bei dieser Facharztgruppe weit auszulegen. Bietet eine überörtliche anästhesistische Praxis, deren Ärzte keine eigene Sprechstunde abhalten, eine telefonische 24-Stunden-Rufbereitschaft bei Komplikationen an, darf die Praxis die Telefondienste nach GOP 01100 EBM-Ä abrechnen. Anders lautende Honorarrückforderungsbescheide sind rechtswidrig.

Sozialgericht München, Urteil vom 15.05.2017 – S 38 KA 305/15  
<http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2017-N-111678?hl=true&AspxAutoDetectCookieSupport=1>

## **Krankenhausbetreiberin kann (belegärztliche) Leistung nicht abrechnen**

Für die Durchführung von Operationen eines Bauchaortenaneurysmas wird vorausgesetzt, dass ein Arzt auf der Station, der zudem Erfahrungen in der Gefäßchirurgie haben muss, durchgehend anwesend ist (§ 4 Abs. 2 S. 1 Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma des G-BA). Diese Sicherstellung der postprozeduralen stationären Versorgung wird nicht durch einen eigenständigen fachärztlichen gefäßchirurgischen Bereitschaftsdienst im Haus oder einen Rufbereitschaftsdienst nach § 4 Abs. 2 S. 2 QBAA-RL erreicht.

Sozialgericht Marburg, Urteil vom 19.04.2017 – S 14 KR 3/16

[http://www.lareda.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht\\_lareda.html#docid:7881097](http://www.lareda.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht_lareda.html#docid:7881097)

## **„Partner-Factoring“ im Dentalbereich verboten**

Das LG Hamburg hat einem Unternehmen verboten, das Modell des sog. Partner-Factorings im Bereich der Zahnarzt abrechnungen, bei dem ein Teil der bei der Abrechnung des Zahnarztes anfallenden Factoring-Gebühr von einem einbezogenen Dentallabor getragen wird, anzubieten und bzw. oder zu bewerben. Es hält das Modell für unzulässig.

Zu den Dienstleistungen der Verfahrensparteien gehört es, die Forderungen der Zahnärzte gegen ihre Patienten vorschüssig auszuzahlen und das Forderungsausfallrisiko in gewissem Umfang zu übernehmen. Zu diesem Zweck werden die Forderungen der Zahnärzte angekauft und sodann beim Patienten eingezogen (Factoring). Für Fälle, in denen die Zahnarzt abrechnung die Kosten eines Fremdlabors umfasst, bot das beklagte Unternehmen ein sog. Partner-Factoring an, welches dazu führt, dass das Fremdlabor die mit dem Zahnarzt vereinbarte prozentuale Gebühr für das Factoring in Höhe der abgerechneten Laborkosten übernimmt und der Zahnarzt in dieser Höhe von der vereinbarten Factoring-Gebühr entlastet wird.

Das Gericht erkannte Verstöße gegen die §§ 3, 3 a, 8, 9 UWG, 242, 249 BGB und § 9 Abs. 1 GOZ. Das beklagte Unternehmen hafte als Anstifterin. Unabhängig davon liege auch eine Verletzung von Verkehrs- bzw. Sorgfaltspflichten vor, da sie mit dem Partner-Factoring Zahnärzte zu überhöhten Abrechnungen veranlasst und an der Geltendmachung von nach § 9 Abs. 1 GOZ überhöhten Forderungen maßgeblich mitwirkt habe.

Landgericht Hamburg, Urteil vom 30.05.2017 – 406 HKO 214/16

<https://goo.gl/XhYBN9>

(Berufung anhängig beim Oberlandesgericht Hamburg unter Az. 3 u 113/17)

## **Apotheken-Bonus in Höhe von 50 Cent pro Besuch (wettbewerbsrechtlich) zulässig**

Es ist nicht wettbewerbswidrig, wenn ein Apotheker für nicht verschreibungspflichtige Medikamente abhängig vom Wert des jeweiligen Einkaufs seiner Kunden und bei verschreibungspflichtigen Medikamenten unabhängig vom Wert und der Anzahl der verschreibungspflichtigen Medikamente für den Apothekenbesuch einen Bonus-Bon von jeweils 0,50 € gewährt.

Das Gericht betrachtet ein solches Bonussystem als zulässiges produktunabhängiges Kundenbindungssystem, ähnlich den Pay-Back-Karten und in einer Linie mit der Zugabe von Papiertaschentüchern, Hustenbonbons oder der wertmäßig höher anzusetzenden "Apotheken-Umschau" bzw. der von § 7 Abs. 1 Nr. 3 HWG eröffneten Möglichkeit, auch bei preisgebundenen Medikamenten, eine angemessene teilweise oder vollständige Erstattung oder Übernahme von Fahrtkosten für Verkehrsmittel des öffentlichen Personennahverkehrs, die im Zusammenhang mit dem Besuch des Geschäftslokals oder des Orts der Erbringung der Leistung aufgewendet werden, zu gewähren, wozu auch die im Zusammenhang mit dem Apothekenbesuch aufgewendeten Parkgebühren gehören.

Landgericht Lüneburg, Urteil vom 23.03.2017 – 7 O 15/17

- veröffentlicht bei juris.de -

## **Apotheken-Bonus in Höhe von 50 Cent pro Besuch (arzneimittelrechtlich) unzulässig**

Es stellt einen Verstoß gegen die Arzneimittelpreisbindungsvorschriften dar, wenn mit dem Erwerb eines preisgebundenen Arzneimittels Vorteile in Gestalt eines Bonus-Bons gewährt werden, die den Erwerb für den Kunden wirtschaftlich günstiger erscheinen lassen. Selbst wenn also durch solche Werbeabgaben der jeweilige Preis des rezeptpflichtigen Arzneimittels unberührt bleibt, stellt die Kopplung mit sonstigen wirtschaftlichen Vorteilen einen Verstoß gegen § 78 AMG und § 7 HWG dar.

Mit dem BGH ist ausdrücklich von einem Nebeneinander von Arzneimittelpreisrecht und Heilmittelwerberecht auszugehen. Auf die Überschreitung der wettbewerbsrechtlichen Spürbarkeitsschwelle im Sinne des § 3 Abs. 1 UWG kann es indes nicht ankommen. Denn die öffentlich-rechtlichen Vorschriften zur Arzneimittelpreisbindung enthalten als solche weder eine Spürbarkeitsschwelle noch einen Bagatellvorbehalt. Zwar hat der Bundesgerichtshof in seiner bisherigen Rechtsprechung im Rahmen der Spürbarkeitsschwelle i. S. d. § 7 HWG zwischen geringwertigen Kleinigkeiten i.S.v. § 7 Abs. 1 Nr. 1 HWG und Barrabatten i.S.v. § 7 Abs. 1 Nr. 2 HWG differenziert und eine geringwertige Kleinigkeit auch im Falle eines Verstoßes gegen das Arzneimittelpreisrecht für erlaubt gehalten. Der Gesetzgeber aber hat durch Gesetz vom 7. August 2013 (BGBl. I, S. 3108) durch Einführung des Halbsatzes 2 in § 7 Abs. 1 Nr. 1 HWG auf diese BGH-Rechtsprechung reagiert und damit grundsätzlich entschieden, dass jedwede wirtschaftlichen Vorteile, die im Zusammenhang mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gewährt werden, unzulässig sind, wenn sie gegen öffentliches Arzneimittelrecht verstoßen (vgl. BT-Drucksache 17/13770, S. 21).

Verwaltungsgericht Lüneburg, Beschluss vom 11.04.2017 – 6 B 19/17  
- veröffentlicht bei juris.de -

## **Zur Erlaubnis- und Zulassungsfreiheit von Rezeptur- und Defekturarzneimitteln**

Die erlaubnisfreie Herstellung und das zulassungsfreie Inverkehrbringen von Arzneimitteln als Rezepturarzneimittel setzen voraus, dass zu Beginn der Herstellung die Identität des Patienten, an den das Arzneimittel abgegeben wird, bekannt ist.

Eine Verschreibung mit dem Vermerk „für den Praxisbedarf“ oder „ad manu medici“ schließt eine Herstellung als Rezepturarzneimittel aus, da der Arzt erst nachträglich eine Individualisierung des Patienten vornimmt.

Die Auslegung des Begriffs „Rezepturarzneimittel“ in der Weise, dass die Verschreibung durch den Vermerk „für den Praxisbedarf“ oder „ad manu medici“ die Herstellung eines Arzneimittels als Rezeptur für eine Mehrzahl noch unbestimmter Patienten ermögliche, verstößt gegen EGRL 83/2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel, die eine generelle Genehmigungsbedürftigkeit für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln regelt.

Der Begriff „abgabefertige Packungen“ in der Mengenbeschränkung für Defekturarzneimittel auf bis zu hundert abgabefertige Packungen an einem Tag nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 AMG und § 1a Abs. 9 ApoBetrO ist bezogen auf eine Patientenportion und wird nicht durch die Verschreibung des Arztes „für den Praxisbedarf“ oder „ad manu medici“ in einer beliebigen Abgabemenge definiert.

Schleswig-Holsteinisches Verwaltungsgericht, Urteil vom 16.03.2017 – 1 A 123/14  
<https://goo.gl/1YNiq8>

## 2. Aktuelles

### **DMP Brustkrebs neu ausgerichtet - Nachsorge im Fokus**

24.08.2017 - Das Disease-Management-Programm für Patientinnen mit Brustkrebs wurde vollständig überarbeitet. Der Fokus liegt künftig verstärkt auf der Nachsorge. Mit der Aktualisierung werden die längerfristigen Neben- und Folgewirkungen der Erkrankung und Therapie stärker berücksichtigt. Die Empfehlungen im neuen DMP zielen insbesondere auf die Unterstützung bei der Adhärenz empfohlener langandauernder Therapien, die Vermeidung von Folgeerkrankungen und die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte.

Eine weitere wesentliche Änderung betrifft die Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs. Aufgrund von geänderten Leitlinienempfehlungen und unter Berücksichtigung des späten Wiederauftretens der Erkrankung können die Patientinnen statt bisher fünf nun bis zu zehn Jahre im Programm eingeschrieben sein.

Die Aktualisierung des DMP Brustkrebs tritt am 01.10.2017 in Kraft. Innerhalb eines Jahres müssen die DMP-Verträge angepasst werden, sodass das aktualisierte DMP mit neuen Dokumentationsvorgaben zum 1. Oktober 2018 in den Praxen umgesetzt wird.

Richtlinie und Beschlüsse:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/83/#tab/beschluesse/details/2938>

### **Entlassmanagement erst ab Oktober 2017**

Die Einführung des Entlassmanagements beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung ist auf den 01.10.2017 verschoben worden. Darauf haben sich der GKV-Spitzenverband, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in einer Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag Entlassmanagement verständigt. Ursprünglich sollte das Entlassmanagement am 01.07.2017 starten. Krankenhäuser sind nunmehr ab Oktober verpflichtet, jedem Patienten ein Entlassmanagement für eine lückenlose Anschlussversorgung anzubieten.

Zur Vereinbarung:

[http://www.kbv.de/media/sp/Aenderungvereinbarung\\_Rahmenvertrag\\_Entlassmanagement.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Aenderungvereinbarung_Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf)

## 3. Sonstiges

*Eine Stellenanzeige der Kanzlei Brinkmann Rechtsanwälte lautet:*

Sie suchen eine Herausforderung in einer mittelständischen, stets wachsenden Kanzlei? Wir können Ihnen die Perspektive bieten.

Zum zeitnahen Eintritt suchen wir eine/n

### **Rechtsanwalt/Rechtsanwältin**

für den Fachbereich Medizinrecht.

BRINKMANN Rechtsanwälte ist eine bundesweit tätige mittelständische Kanzlei mit den Tätigkeitsschwerpunkten im Versicherungsrecht und Medizinrecht. Zu den Mandanten zählen

namhafte Unternehmen aus der Versicherungs- und Gesundheitsbranche. Wir suchen zur Erweiterung unseres Teams eine/n engagierte/n und zielstrebige/n Kollegin/Kollegen, der/die mithilfe vorhandene Mandate zu bearbeiten und den Mandantenstamm stetig zu erweitern. Berufserfahrung im Gesundheitsrecht, so insbesondere auch im Krankenhausvergütungsrecht und im Arzthaftungsrecht, ist von Vorteil, aber keine Bedingung.

Wir bieten Ihnen eine moderne Kanzlei mit einem freundlichen und kollegialen Umfeld. Fachlicher Austausch und kollegiale Unterstützung sind für uns eine Selbstverständlichkeit und helfen Ihnen bei der Einarbeitung. Sie erhalten die Möglichkeit sich mit langfristiger Perspektive zu entwickeln.

Ihre aussagekräftige Bewerbung schicken Sie bitte per Email an [personal@brinkmann-ra.eu](mailto:personal@brinkmann-ra.eu).

Bitte geben Sie hierbei Ihre Verdienstvorstellung sowie Ihren möglichen Eintrittstermin an.

BRINKMANN Rechtsanwälte  
Herrn RA Christopher Beyer  
Hülchrather Str. 35  
50670 Köln

## 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](mailto:wolf_d@anwaltverein.de))