



2023-07

1. Entscheidungen aus dem Medizinrecht

Vertragsärztliche Assistenz: Weder Weiterbildungsabschluss noch identischer Facharzttitel notwendig

Qualifikationserfordernis für die Tätigkeit als (Sicherstellungs-)AssistentIn gemäß § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV ist lediglich die Approbation, nicht jedoch eine abgeschlossene Weiterbildung mit Anerkennung der gleichen Facharztbezeichnung wie die beschäftigende Vertragsärztin oder der beschäftigende Vertragsarzt.

§ 32 Abs. 2 Ärzte-ZV setzt lediglich die Approbation einer anzustellenden Assistentin bzw. eines anzustellenden Assistenten voraus, nicht jedoch deren bzw. dessen abgeschlossene Weiterbildung mit Anerkennung einer bestimmten Facharztbezeichnung. Für das Erfordernis der Fachgebietsidentität von Vertragsärztin/Vertragsarzt und AssistentIn existiert keine Rechtsgrundlage. Die BSG-Rechtsprechung, wonach das für alle vertretend tätigen Ärztinnen und Ärzte bestehende Erfordernis einer abgeschlossenen Weiterbildung dahingehend interpretiert wird, dass ein prinzipiell gleicher Qualifikationsstandard von Vertragsärztin/-arzt und VertreterIn gefordert wird, kann nicht auf Assistenten und Assistentinnen übertragen werden.

Ein Verweis auf § 3 Abs. 2 Ärzte-ZV ist in § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV – anders als in § 32 Abs. 1 S. 5 Ärzte-ZV – nicht enthalten. Daher kann für eine Assistentin oder einen Assistenten kein erfolgreicher Weiterbildungsabschluss und auch keine Befugnis zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung verlangt werden.

Sozialgericht München, Urteil vom 16.05.2023 – S 43 KA 98/22
<https://t1p.de/45g13>

Vorrang der Arzneimittelsicherheit auch bei regelmäßig tödlichen Erkrankungen

Versicherte der GKV haben keinen Anspruch auf Arzneimittel, die auf Grundlage einer negativen Bewertung durch die für Arzneimittelsicherheit zuständige Behörde für die betreffende Indikation keine Zulassung erhalten haben. Dies gilt auch für den Einsatz bei regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheiten. Unerheblich ist hierbei, ob die negative Bewertung auf einer aussagekräftigen Studienlage beruht oder der medizinische Nutzen des Arzneimittels wegen methodischer Probleme bei Auswahl und Analyse der vom Hersteller vorgelegten Daten nicht bestätigt werden konnte.

Bundessozialgericht, Urteil vom 29.06.2023 – B 1 KR 35/21 R
- *offenbar bislang nicht veröffentlicht* -

Zur Beurteilung eines zahnärztlichen Planungsfehlers

Ob ein zahnärztlicher Planungsfehler (als besondere Art des Behandlungsfehlers) vorliegt, ist insbesondere nach den Richtlinien für die Versorgung mit Zahnersatz zu beurteilen. Oberstes Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans

wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern (Punkt C.6 der Zahnersatz-Richtlinie); es ist also grundsätzlich eine Gesamtplanung notwendig.

Ein Planungsfehler ist aber (auch bei festgestelltem Verstoß gegen die Zahnersatz-Richtlinie) nur dann zu bejahen, wenn es eine den Richtlinien entsprechende alternative Versorgung gibt.

Liegt ein genehmigter Heil- und Kostenplan vor, und besteht deshalb Vertrauensschutz nach § 242 BGB, so ist ein Rückforderungsanspruch in Bezug auf zahnärztliches Honorar ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Versorgung, die als nicht vertragsgemäß anzusehen ist.

Im Zusammenhang mit einer Kronenversorgung bei einem Patienten wurde auf Antrag der Krankenkasse eine sachlich-rechnerische Richtigstellung der zahnärztlichen Abrechnung vorgenommen. Der Zahnarzt erwirkte auf dem Klageweg die Aufhebung des Rückforderungsbescheids.

Sozialgericht München, Urteil vom 28.02.2023 – S 38 KA 5028/21
<https://t1p.de/cvk4h>

Verspätete Zahnersatz-Eingliederung hat Folgen – Fristverlängerung möglich

Festzuschüsse zur Versorgung mit Zahnersatz werden gezahlt, wenn die Krankenkasse die Notwendigkeit der Versorgung feststellt und der bewilligte Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten nach der Genehmigung des Heil- und Kostenplans eingegliedert wird. Wird diese Sechsmonatsfrist aus Nr. 6 S. 6 der Anlage 2 zum BMV-Z (ehemals Nr. 5 S. 3 der Anlage 2 zum BMV-Z) nicht eingehalten, verliert der genehmigte Heil- und Kostenplan seine Gültigkeit, was eine sachlich-rechnerische Abrechnungsberichtigung zur Folge haben kann.

Darauf, dass erforderliche Präparationen innerhalb von sechs Monaten nach der Genehmigung des Plans erfolgen, kommt es nicht an. Nach dem eindeutigen Wortlaut der Regelung in Nr. 6 S. 6 der Anlage 2 zum BMV-Z (ehemals Nr. 5 S. 3 der Anlage 2 zum BMV-Z) ist für das Ende des Sechsmonatszeitraums der Zeitpunkt der Eingliederung – und nicht der Beginn vorausgehender Vorbereitungsmaßnahmen – maßgeblich.

Grundsätzlich ist eine Verlängerung des Sechsmonatszeitraums möglich. Für eine solche Verlängerung trägt die betroffene Vertragszahnärztin oder der betroffene Vertragszahnarzt die objektive Beweislast.

Sozialgericht München, Gerichtsbescheid vom 28. Juni 2023 – S 38 KA 5130/21
<https://t1p.de/0u4xu>

Zur Berichtigung der Abrechnung einer BAG zweier Jobsharing-PartnerInnen

Nach § 106d Abs. 2 S. 1 SGB V stellt die KV die sachliche und rechnerische Richtigkeit vertragsärztlicher Abrechnungen fest. Bei einer BAG gehört dazu die Beachtung der verbindlich festgesetzten Leistungsobergrenzen durch eine Praxis im Jobsharin.

Das Gericht ist an die vom Zulassungsausschuss festgelegten Leistungsobergrenzen gebunden. Hat eine BAG die im Zusammenhang mit dem Jobsharing festgelegten Leistungsobergrenzen überschritten, so sind die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung erfüllt.

Insbesondere verstößt es nicht gegen höherrangiges Recht, dass sich die Leistungsobergrenzen in diesem Zeitraum abgesenkt haben. Nach § 23f BedarfspIRL a.F. bzw. § 45 BedarfspIRL n.F. folgen die Leistungsobergrenzen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts. Der Regelung ist nicht zu entnehmen, dass dies nur einseitig zu einer Anhebung führen dürfe. Das Ziel der Vorschrift, die Gleichbehandlung mit den übrigen Ärztinnen und Ärzten zur Teilhabe am allgemeinen Wachstum der Fachgruppe zu gewährleisten, fordert auf der anderen Seite auch eine Anpassung, wenn sich der Fachgruppendurchschnitt für alle Ärztinnen und Ärzte verringert. Ansonsten könnte es zu Lasten der Fachgruppe zu einer Leistungsausdehnung der Jobsharing-Praxen kommen.

Aus der unterlassenen Mitteilung der von der KV zu ermittelnden Anpassungsfaktoren ist kein Vertrauensschutz abzuleiten. Hat die KV überhaupt keinen Anpassungsfaktor mitgeteilt, fehlt es an jeglichem Anknüpfungspunkt für ein Vertrauen, das einer Korrektur der mitgeteilten Anpassungsfaktoren oder der sachlich-rechnerischen Richtigstellung entgegenstehen würde.

Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 25.01.2023 – L 5 KA 2/21
<https://t1p.de/y97cf>

Wirtschaftlichkeitsprüfung: (Zahnärztliches) MVZ muss Kürzungen hinnehmen

1. Der Umstand, dass ein (hier: zahnärztliches) MVZ betroffen ist, legt nicht nahe, im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine spezielle Vergleichsgruppe zu bilden.
2. Indikator für eine unwirtschaftliche Behandlungsweise ist die Überschreitung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis. Eine in Relation zur Vergleichsgruppe besonders niedrige Fallzahl kann zur Folge haben, dass einzelne, besonders aufwändige Behandlungsfälle den Fallwert der oder des Betroffenen überproportional in die Höhe treiben. In diesem Fall wird die Überlegung anzustellen sein, entweder die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis individuell nach oben anzupassen, oder dies im Rahmen der Kürzung auf der Rechtsfolgenseite zu berücksichtigen. Umgekehrt kann eine in Relation zur Vergleichsgruppe besonders hohe Fallzahl zur Folge haben, dass kostenintensive Fälle ganz oder teilweise neutralisiert werden, indem viele „Verdünnerrfälle“ den durchschnittlichen Fallwert der Praxis nach oben limitieren und relativieren. Dies legt es nahe, dann bereits bei Überschreitungen der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe um weniger als 50 % von einem offensichtlichen Missverhältnis auszugehen.
3. Die ergänzende Anwendung einer mathematischen Formel stellt grundsätzlich einen tauglichen Ansatz dar, den Strukturen großer Praxen nachvollziehbar Rechnung zu tragen.
4. Die Abweichung von der durchschnittlichen Patientenstruktur mit überdurchschnittlich vielen Mitgliederversicherten erscheint eher günstig als ungünstig und stellt daher keine Praxisbesonderheit dar.
5. Ein vergleichsweise niedriger Ansatz der Bema-Nr 01 (eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung) spricht grundsätzlich gegen das Vorhandensein zahlreicher Neupatientinnen oder -patienten.
6. Schmerzpatientinnen und -patienten verursachen in der Regel keine hohen Fallwerte, da diese die Praxis lediglich zu Schmerz beseitigenden Maßnahmen aufsuchen.
7. Ein hoher Einzel-Fallwert stellt eine Größe dar, die für sich genommen keine Aussage zu einer wirtschaftlichen oder unwirtschaftlichen Behandlungsweise zulässt. Es müsste vielmehr anhand repräsentativer Stichproben die konkrete Behandlungsweise genau reflektiert werden.
8. Wenn eine exakte Quantifizierung anerkannter Praxisbesonderheiten nicht möglich ist und es auch für eine Schätzung keinerlei Grundlage gibt, ist rechtlich nicht zu beanstanden, dass insgesamt eine Quantifizierung unterbleibt.

Sozialgericht München, Urteil vom 17.05.2023 – S 38 KA 5120/21

<https://t1p.de/ke6df>

Zur Beanstandung der Abrechnung von GOP aus Disease-Management-Programmen

Die Abrechnung bestimmter einem Disease-Management-Programm (DMP) zugeordneter Gebührenordnungspositionen ist nur zulässig, wenn sie die Behandlung von Versicherten betreffen, die sich mit Bestätigung der Krankenkasse in das jeweils einschlägige DMP eingeschrieben haben.

Die Befugnis der Krankenkassen, die Richtigkeit der vertragsärztlichen Abrechnungen zu prüfen, erstreckt sich auch auf die erforderliche Teilnahmeberechtigung der Versicherten, die Leistungen aus Disease-Management-Programmen in Anspruch genommen haben.

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.04.2023 – L 3 KA 55/19

<https://t1p.de/frqdz>

Zur Haftung für das deliktische Handeln Praxisangestellter im Umgang mit Rezepten

Ein „Mitarbeiterexzess“ wird angenommen, wenn ArbeitnehmerInnen sich außerhalb ihres arbeitsvertraglich vorgesehenen Aufgabenbereichs aufhalten und objektiv betrachtet nicht mehr für die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber tätig sind.

Wird eine ehemalige Praxisangestellte strafrechtlich verurteilt, weil sie Genotropin-Rezepte für Patientinnen und Patienten ausstellte, in der Apotheke einlöste und das Medikament später weiterveräußerte, obwohl diese Patientinnen und Patienten entweder gar nicht von der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber vertragsärztlich behandelt oder aber von dieser/diesem jedenfalls nicht mit Genotropin-Verordnungen versorgt worden waren, und ist der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber ein schuldhafter Pflichtverstoß dabei nicht vorzuwerfen, liegt ein solcher „Mitarbeiterexzess“ vor. Es fehlt

dann an den Voraussetzungen für die Feststellung eines sonstigen Schadens im Sinne von § 48 BMV-Ä, weshalb die Festsetzung eines Regresses gegen die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber nicht in Frage kommt.

Leistet die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber keinen eigenen Beitrag, der Anhaltspunkt für ein berufswidriges Aus-der-Hand-Geben der Kontrolle über die Verordnung oder Einnahme von Medikamenten sein könnte, und ist ihr bzw. ihm keine Kenntnis von und auch kein Anteil an der Rezeptausstellung zuzuschreiben, kann die Arbeitgeberin bzw. kann der Arbeitgeber für den von einer Praxisangestellten verursachten Schaden der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen werden.

Sozialgericht Schwerin, Urteil vom 14.06.2023 – S 6 KA 15/20

<https://t1p.de/yyupu>

Externe Wahlarzt- bzw. Liquidationskette: Keine Rückforderungsansprüche der PKV

Niedergelassene bzw. in einem MVZ tätige Radiologinnen und Radiologen, die vertraglich in ständiger Kooperation mit einem Krankenhaus stehen, dürfen im Falle der Hinzuziehung durch die Chefarztin bzw. den Chefarzt im Rahmen wahlärztlicher Behandlung ihre Leistungen unmittelbar gegenüber Privatpatientinnen und -patienten nach der GOÄ abrechnen. Es handelt sich bei den radiologischen Untersuchungen mangels „Chefarzt-Standard“ nicht lediglich um allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG, die vom Krankenhausträger aus den Entgelten nach § 7 KHEntgG zu vergüten sind.

Allein das Bestehen einer (inhaltlich nicht bekannten) Kooperationsvereinbarung zwischen einem Krankenhaus und einer externen (tatsächlich und juristisch außerhalb des Krankenhauses tätig werdenden) Ärztin oder einem externen (tatsächlich und juristisch außerhalb des Krankenhauses tätig werdenden) Arzt hat im Hinblick auf die Qualifikation der extern erbrachten ärztlichen Leistung als (nicht gesondert vergütungspflichtige) allgemeine Krankenhausleistung oder ärztliche Wahlleistung keine Bedeutung. An der „Veranlassung einer Leistung“ durch eine Wahlärztin, einen Wahlarzt oder einer sonstigen liquidationsberechtigten Person im Sinne des § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG fehlt es nur dann, wenn diesen Personen nicht nur das „wo“ der zu erbringenden Leistung, sondern auch die Entscheidung, „ob“ eine solche Leistung überhaupt durchzuführen ist, durch die Kooperationsvereinbarung bzw. durch eine entsprechende Weisung des Krankenhauses vorgegeben wäre.

Entscheidend für die Qualifizierung einer ärztlichen Leistung als Wahlleistung ist, dass die mit besonderem Vertrauen ausgestattete primäre Wahlärztin oder der mit besonderem Vertrauen ausgestattete primäre Wahlarzt die Entscheidung über das „ob“ einer bestimmten, von Dritten durchzuführenden (hier diagnostischen) Maßnahme nicht nur von der fachärztlich gebotenen Vorgehensweise abhängig macht, sondern davon, ob diese erforderlich ist, die besonders qualifizierte und hochwertige ärztliche Leistung – wie aufgrund der Wahlarztvereinbarung geschuldet – zu erbringen. Es kommt damit nicht darauf an, ob die extern vorgenommene (Diagnostik-)Leistung lediglich durchschnittlich im Sinne des Facharztstandards ist oder selbst eine hochqualifizierte Leistung darstellt. Es kommt auch nicht darauf an, ob die externe Ärztin oder der externe Arzt das besondere Vertrauen der (primären) Wahlärztin bzw. des (primären) Wahlarztes genießt.

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Beschluss des OLG Bamberg wurde zurückgewiesen.

Beschluss des OLG Bamberg vom 03.05.2022 – 4 U 306/21

<https://t1p.de/oin2o>

Bundesgerichtshof, Beschluss vom 27.04.2023 – III ZR 115/22

<https://t1p.de/02n56>

Zur Bezeichnung einer Praxis zweier Ärztinnen/Ärzte als „Zentrum“

Im medizinischen Bereich erwartet der Verkehr jedenfalls bei einer sich als „Zentrum“ bezeichnenden Arztpraxis keine Mindestanzahl an Ärztinnen oder Ärzten mehr, da auch ein medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V keine solche Mindestanzahl mehr verlangt. Die Öffentlichkeit bzw. der angesprochene Verkehr hat sich angesichts häufig am Markt auftretender MVZ an den Zentrumsbegriff gewöhnt.

Oberlandesgericht Frankfurt, Urteil vom 11.05. 2023 – 6 U 4/23

<https://t1p.de/32dfz>

Kein Ausschluss der Sozialversicherungspflicht durch Vertragsbeziehung mit Ein-Personen-Kapitalgesellschaft

Stellt sich die Tätigkeit einer natürlichen Person nach deren tatsächlichem Gesamtbild als abhängige Beschäftigung dar, ist ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis nicht deshalb ausgeschlossen, weil Verträge nur zwischen der Auftraggeberin bzw. dem Auftraggeber und einer Kapitalgesellschaft bestehen, deren alleinige Geschäftsführerin und Gesellschafterin die natürliche Person ist.

Das BSG traf diese Klarstellung in einem Fall, in dem natürliche Personen alleinige Gesellschafterinnen und Geschäftsführerinnen von Kapitalgesellschaften (UG, GmbH) waren. Mit diesen Kapitalgesellschaften schlossen Dritte Verträge über die Erbringung von Dienstleistungen. In zwei Verfahren ging es um Pflegedienstleistungen im stationären Bereich eines Krankenhauses, in einem dritten um eine beratende Tätigkeit. Tatsächlich erbracht wurden die Tätigkeiten ausschließlich von den natürlichen Personen. Die beklagte Deutsche Rentenversicherung Bund stellte in allen Fällen Versicherungspflicht aufgrund einer Beschäftigung fest.

In allen drei Verfahren waren – wie in anderen Statusverfahren auch – die jeweiligen konkreten tatsächlichen Umstände der Tätigkeit nach einer Gesamtabwägung über das Vorliegen von Beschäftigung entscheidend. Daran änderte dem BSG zufolge auch der Umstand nichts, dass Verträge nur zwischen den Auftraggebern/Auftraggeberinnen und den Kapitalgesellschaften geschlossen wurden. Die Abgrenzung richtete sich vielmehr nach dem Geschäftsinhalt, der sich aus den ausdrücklichen Vereinbarungen der Vertragsparteien und der praktischen Vertragsdurchführung ergibt, nicht aber nach der von den Parteien gewählten Bezeichnung oder gewünschten Rechtsfolge.

Bundessozialgericht, Urteil vom 20.07.2023 – B 12 BA 1/23 R, B 12 R 15/21 R und B 12 BA 4/22 R
Entscheidungen offenbar bislang nicht veröffentlicht

Bargeld-Ausführverbot nach Russland gilt auch für geplante Behandlungen

Bargeld unterliegt auch dann dem Ausführverbot nach der Russland-Sanktionen-Verordnung, wenn damit die Bezahlung einer medizinischen Behandlung beabsichtigt ist.

Ein Mann, der auf einer Reise nach Kaliningrad unangemeldet 11.000 € Bargeld mit sich führte, um dort eine umfangreiche Zahnbehandlung vornehmen zu lassen, ist nach einer Zollkontrolle am Flughafen wegen der versuchten unerlaubten Ausfuhr von Banknoten zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen zu je 50 € verurteilt worden. Die Einziehung des sichergestellten Bargeldbetrags in Höhe von 10.500 € wurde angeordnet.

Der in der Russland-Sanktionen-Verordnung zugelassene Ausnahmetatbestand in Bezug auf für den persönlichen Gebrauch erforderliches Bargeld ist eng auszulegen. Er erfasst ausschließlich Geldmittel für den Transportweg und eine etwaige Verköstigung bis zum Erreichen des Reiseziels. Gelder für beabsichtigte medizinische Behandlungen sind davon (selbst bei Vorliegen einer medizinischen Indikation) nicht erfasst.

Amtsgericht Frankfurt am Main, Urteil vom 31.01.2023 – 943 Ds 7140 Js 235012/22
<https://t1p.de/p7wj5>

Zum Auskunfts- und Kopie-Herausgabeanspruch nach Art. 15 DSGVO

Dient ein Auskunftersuchen nach Art. 15 DSGVO nicht der Überprüfung der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit einer Verarbeitung, ist es rechtsmissbräuchlich. Der verantwortlichen Person steht dann ein Weigerungsrecht zu.

Oberlandesgericht Brandenburg, Urteil vom 14.04.2023 – 11 U 233/22
<https://t1p.de/dq9nh>

Hinweis:

Die Entscheidung steht im Widerspruch zur im unter dem Az. C-307/22 beim EuGH anhängigen Vorabentscheidungsverfahren geäußerten Auffassung des EuGH-Generalanwalts, ein (Auskunfts- und) Herausgabeanspruch nach Art. 15 Abs. 3 DSGVO bestehe auch dann, wenn die Überlassung der Datenkopie für einen datenschutzfremden Zweck (z.B. zur Prüfung des Bestehens arzt haftungsrechtlicher Ansprüche) verlangt wird.

Zu den Schlussanträgen des Generalanwalts im Verfahren C-307/22 vom 20.04.2023:
<https://t1p.de/c5x2b>

Krankenversicherung: Tarifikalkulationsfaktoren keine personenbezogenen Daten

Als Anspruchsgrundlage eines Auskunftsanspruchs in Bezug auf die Höhe der auslösenden Faktoren für die Neukalkulation der Prämien in den ehemaligen und derzeitigen Tarifen eines Krankenversicherungsvertrags kommt nur § 242 BGB in Verbindung mit dem Vertragsverhältnis der Parteien (§ 241 BGB) in Betracht. Die Höhe der auslösenden Anpassungsfaktoren lässt sich dem Begriff der personenbezogenen Daten im Sinne von Art. 4 Nr. 1 DSGVO nicht unterordnen, so dass insofern Art. 15 DSGVO als Anspruchsgrundlage ausscheidet.

Oberlandesgericht Köln, Urteil vom 28.4.2023 – 20 U 261/22

<https://t1p.de/vr7i4>

2. Aktuelles

BMG treibt „Digitalisierungsstrategie“ voran

Das BMG hat den **Entwurf eines Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG)** vorgelegt, das zum 01.01.2024 in Kraft treten soll.

Danach soll eine zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle aufgebaut werden, um den Zugang zu zentral gespeicherten Forschungsdaten zu ermöglichen. Die federführende Datenschutzaufsicht für bundesländerübergreifende Forschungsvorhaben wird auf alle Gesundheitsdaten erweitert; die datenschutzrechtliche Aufsicht für länderübergreifende Forschungsvorhaben im Gesundheitswesen soll künftig nur noch durch die Landesdatenschutzbeauftragten erfolgen.

Die Datenfreigabe aus der elektronischen Patientenakte soll vereinfacht werden. Das Forschungszentrum Gesundheit (FDZ) beim BfArM soll in Zukunft für Anträge auf Datenzugang der forschenden Industrie zuständig sein; Entscheidungen sollen orientiert am Nutzungszweck erfolgen.

Zum Referentenentwurf vom 09.06.2023:

<https://t1p.de/9thdt>

Wenig später legte das BMG den **Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)** vor. Danach soll bis Ende 2024 die elektronische Patientenakte zur freiwilligen Nutzung für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet und mit einer weitestgehend automatisiert erstellten digitalen Medikationsübersicht befüllt werden. Das E-Rezept soll zum 01.01.2024 verbindlicher Standard in der Arzneimittelversorgung und die Nutzung vereinfacht werden.

Unter anderem soll zudem die Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH) weiterentwickelt und gestärkt werden. Besonders in unterversorgten Regionen soll künftig in Apotheken oder Gesundheitskiosken assistierte Telemedizin angeboten werden können. Ein interdisziplinärer Ausschuss, der unter anderem mit Vertreterinnen und Vertretern von BfDI, BSI, Medizin und Ethik besetzt sein wird, soll künftig die Digitalagentur bei allen Entscheidungen mit Empfehlungen zu Fragen des Datenschutzes, der Datensicherheit, der Datennutzung und der Anwenderfreundlichkeit beraten.

Zum Referentenentwurf vom 05.07.2023:

<https://t1p.de/8ou2o>

Beide Gesetze sind Teil einer vom BMG entwickelten neuen „Digitalisierungsstrategie“ für das Gesundheitswesen und die Pflege, die eine Orientierung dafür bieten soll, wie sich Versorgungsprozesse, Datennutzung und Technologien bis Ende des laufenden Jahrzehnts fortentwickeln sollen, um Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Nähere Informationen zur Strategie sind hier abrufbar:

<https://t1p.de/gogki>

Verbesserte Arzneimittelversorgung angestrebt

Große Teile des vom Bundestag beschlossenen Gesetzes zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (Arzneimittel-

Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz – ALBVVG) sind am 27.07.2023 in Kraft getreten.

Veröffentlichte Fassung:

<https://t1p.de/wpxox>

Ein Überblick über den Regelungsinhalt ist hier zu finden:

<https://t1p.de/tkbp9>

TI-Monatspauschalen festgelegt

Veranlasst durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz erhalten Arztpraxen und Apotheken nunmehr eine monatliche Pauschale für durch die Nutzung der Telematikinfrastruktur-Dienste entstehende Ausstattungs- und Betriebskosten. Nachdem sich KBV und GKV-Spitzenverband zuletzt nicht auf die Höhe der TI-Pauschale einigen konnten, hat das BMG diese mit Wirkung zum 01.07.2023 per Verordnung festgelegt.

Die Höhe der Pauschale ist von der Größe einer Praxis abhängig und berechnet sich aus der Summe der laufenden Betriebskosten und der anteiligen angefallenen Investitionskosten pro Monat (bezogen auf fünf Jahre).

Voraussetzung für den Bezug der Pauschale ist, dass die technischen Voraussetzungen für die Nutzung aller gesetzlich geforderten Anwendungen (Notfalldatenmanagement, elektronische Patientenakte, elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung etc.) vorliegen. Kann eine Anwendung in der Praxis nicht umgesetzt werden, zahlt die KV lediglich eine um 50 % gekürzte Pauschale aus. Fehlt es an der Durchführbarkeit mindestens zweier Anwendungen, wird nach den Vorgaben des BMG keine Pauschale gezahlt.

Bislang sieht die Bekanntmachung des BMG keinerlei Ausnahmen oder Übergangsregeln vor. Jedoch wurde bekannt, dass zumindest Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von der Verpflichtung zum Nachweis der Anwendungen eAU und eRezept ausgenommen werden sollen. Ferner soll die Frist zum Nachweis der Anwendung eArztbrief offenbar bis ins Jahr 2024 hinein verlängert werden, da noch nicht alle Softwaresysteme den bislang freiwilligen eArztbrief unterstützen.

Zur Festlegungsbekanntmachung des BMG:

<https://t1p.de/i2yhb>

Vorgaben für die Ersteinschätzung in Notaufnahmen definiert

Der G-BA hat entsprechend seines gesetzlichen Auftrags Vorgaben für ein qualifiziertes und standardisiertes bundeseinheitliches Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen von Krankenhäusern definiert. Er beschloss unter anderem Mindestanforderungen an das Verfahren, das digitale Assistenzsystem und die Qualifikation des beteiligten medizinischen Personals.

Mit Hilfe des Ersteinschätzungsverfahrens soll schnell und verlässlich beurteilt werden, wie dringend bei Hilfesuchenden der Behandlungsbedarf ist. Nur wenn ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wird, soll die Patientin oder der Patient ambulant im Krankenhaus behandelt oder ggf. auch stationär aufgenommen werden. In allen anderen Fällen soll die Behandlung grundsätzlich in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen.

Die Richtlinie des G-BA tritt nach Nichtbeanstandung durch das BMG und anschließender Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Krankenhäuser müssen die Anforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren vom 01.06.2024 an erfüllen. Der Beschluss des G-BA sieht für die Krankenhäuser allerdings Übergangsfristen vor, um beispielsweise das benötigte Personal weiterzubilden und ein digitales Assistenzsystem zu implementieren.

Beschlossene Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung vom 06.07.2023 (Erstfassung), tragende Gründe zum Beschluss und Dokumentation:

<https://t1p.de/qgz2i>

3. Stellenanzeigen

Folgende Kanzleien haben uns offene Stellen gemeldet. Bitte informieren Sie sich auf den jeweiligen Websites über die Angebote und Konditionen.

Kanzlei D+B Rechtsanwälte, Berlin und Düsseldorf

Erfahrene Anwältin / erfahrener Anwalt für den Bereich Compliance und Strafrecht (m/w/d)

<https://db-rechtsanwaelte-mbb.jobs.personio.de/job/911736?display=de>

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: mitgliederverwaltung@anwaltverein.de