



2023-10

1. Entscheidungen aus dem Medizinrecht

„Pool-Arzt“ im vertragszahnärztlichen Notdienst nicht automatisch selbstständig tätig

Eine Zahnärztin bzw. ein Zahnarzt, die/der als sog. „Pool-Arzt“ im Notdienst tätig ist, geht nicht deshalb automatisch einer selbstständigen Tätigkeit nach, weil sie/er insoweit an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnimmt. Maßgebend sind vielmehr – wie bei anderen Tätigkeiten auch – die konkreten Umstände des Einzelfalls.

So kann eine im Notdienst tätige Zahnärztin oder ein im Notdienst tätiger Zahnarzt ohne unternehmerischen Einfluss wegen der Eingliederung in die von der KV organisierten Abläufe beschäftigt sein. Die stundenweise Entlohnung unabhängig von konkreten Behandlungen bei fehlender, für das Vertragszahnarztrecht eigentlich typischer Abrechnungsbefugnis stellt ebenfalls ein Indiz für eine abhängige Beschäftigung dar. Dass eine Zahnärztin bzw. ein Zahnarzt bei der zahnmedizinischen Behandlung frei und eigenverantwortlich handeln konnte, fällt nicht entscheidend ins Gewicht.

Bundessozialgericht, Urteil vom 14.10.2023 – B 12 R 9/21 R
- offenbar bisher nicht veröffentlicht -

Unterstützungspflicht der Krankenkassen für Schadensersatzprozesse bei Behandlungsfehlern

Bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen wegen ärztlicher Behandlungsfehler sollen die Krankenkassen ihre Versicherten unterstützen. Dieser gesetzlichen Hilfspflicht wird durch die Möglichkeit der Einholung eines Gutachtens des Medizinischen Diensts entsprochen. Denn nach dem Willen des Gesetzgebers zielt der Unterstützungsanspruch darauf ab, der oder dem Versicherten eine mögliche Beweisführung bei der Rechtsverfolgung zu erleichtern. Unterstützungsleistungen beschränkten sich regelmäßig auf die Verschaffung von Auskünften über ärztliche Diagnosen, angewandte Therapien, die Namen der BehandlerInnen, die Anforderung ärztlicher Behandlungsunterlagen und die Begutachtung durch den MD. Der Umstand, dass eine versicherte Person mit dem Ergebnis eines Gutachtens nicht einverstanden ist, verpflichtet die Kasse nicht zur Einholung eines weiteren Gutachtens oder zur Vernehmung von Zeuginnen oder Zeugen, bis ein vermeintlicher Behandlungsfehler nachgewiesen ist.

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 25.05.2023 – L 16 KR 432/22
<https://t1p.de/pvyey>

Frau setzt Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine Kinderwunschbehandlung vor dem BSG durch

Eine Versicherte hat einen Anspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V auf die Erstattung der Hälfte der bei ihr für eine Kinderwunschbehandlung angefallenen Kosten, auch wenn die private Krankenversicherung ihres Ehemanns bereits die Hälfte der angefallenen Kosten übernommen hat.

Das Gesetz trifft in § 27a SGB V keine Regelung dazu, ob und nach welchen Gesichtspunkten bei „gemischt versicherten“ Paaren ein Ausschluss, ein Ausgleich oder eine Kostenteilung der jeweiligen Ansprüche zwischen privater Krankenversicherung und gesetzlicher Krankenkasse stattfindet. Ehegatten, die unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen angehören, steht bei sich überschneidenden Ansprüchen auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft gegen ihre gesetzliche und private Krankenversicherung ein Wahlrecht zu.

Die vollständige Erfüllung des Anspruchs gegen die private Krankenversicherung lässt auch den gleichgerichteten, sich inhaltlich überschneidenden Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung erlöschen. Von einer inhaltlichen Überschneidung der Ansprüche ist jedoch nur auszugehen, wenn anderenfalls eine Überkompensation einträte, weil sich Leistungen unterschiedlicher Krankenversicherungsträger hinsichtlich deckungsgleicher Ansprüche kumulieren.

Haben Eheleute aber gegen den privaten Krankenversicherer in Ausübung ihres Wahlrechts nur eine Kostenerstattung in Höhe der hälftigen Behandlungskosten beansprucht und erhalten, erlischt der Anspruch auf ebenfalls hälftige Kostenerstattung gegen die gesetzliche Krankenkasse nicht. Die Ansprüche gegen private Krankenversicherung und gesetzliche Krankenkasse sind dann nicht deckungsgleich, sondern ergänzen einander. Dem Gesetz ist nicht zu entnehmen, dass der Anspruch gegen die Krankenkasse subsidiär gegenüber Ansprüchen des anderen Ehegatten in einem anderen Krankenversicherungssystem wäre.

Bundessozialgericht, Urteil vom 29.08.2023 – B 1 KR 13/22 R
- offenbar bislang nicht veröffentlicht -

Rückgriff eines Unfallversicherungsträgers gegen Durchgangsarzt begründet keine bürgerlich-rechtliche Streitigkeit

Bei einem Rückgriff des Unfallversicherungsträgers gegen für ihn tätigen Durchgangsarztinnen oder Durchgangsarzte wegen einer fehlerhaften Behandlung im Rahmen eines Arbeitsunfalls liegt keine bürgerliche Rechtsstreitigkeit gemäß § 13 GVG, sondern eine grundsätzlich den Sozialgerichten zugewiesene öffentlich-rechtliche Streitigkeit in einer Angelegenheit der gesetzlichen Unfallversicherung gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 3 SGG vor.

Bundesgerichtshof, Beschluss vom 09.01.2023 – VI ZB 79/20
<https://t1p.de/opgzb>

Stationäre Notfallbehandlung trotz zügiger Verlegung

Das Bundessozialgericht hat die Voraussetzungen für die stationäre Aufnahme bei Notfallbehandlungen in einem Schockraum oder auf einer Schlaganfallstation (stroke unit) abgesenkt. Krankenhäuser können danach Notfallbehandlungen, die bisher nur ambulant abgerechnet werden konnten, vermehrt stationär abrechnen.

Eine konkludente stationäre Aufnahme kann auch bei einer nur kurzzeitigen Notfallbehandlung und zeitnaher Verlegung in ein anderes Krankenhaus vorliegen. Voraussetzung hierfür ist, dass in dem erstbehandelnden Krankenhaus die besonderen Mittel, die eine Krankenhausbehandlung ausmachen, intensiv genutzt werden. Eine stationäre Notfallbehandlung liegt demnach etwa dann vor, wenn ein multidisziplinäres Team im Schockraum oder auf einer stroke unit zusammenkommt und die dort vorhandenen besonderen apparativen Mittel umfassend in erheblichem Umfang zum Einsatz kommen. Auch bloße Diagnosemaßnahmen können insoweit eine Aufnahme begründen, wenn verschiedene und in ihrem engen zeitlichen und örtlichen Verbund nur stationär verfügbare diagnostische Maßnahmen erfolgen, die ambulant regelmäßig nicht in gleicher Weise verfügbar sind.

Nach diesen Maßstäben hatte in dem zu entscheidenden Fall das klagende Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse Anspruch auf die Vergütung einer vollstationären Behandlung. Es erfolgte eine konkludente Aufnahme des Schlaganfallpatienten in die stationäre Behandlung, indem er sofort auf die zertifizierte Schlaganfallstation gebracht und eine Untersuchung mit schnell aufeinander folgenden umfangreichen diagnostischen Maßnahmen eingeleitet wurde. Dass sehr schnell die Notwendigkeit der Verlegung feststand und diese schon eine Stunde nach der Aufnahme erfolgte, ist dem BSG zufolge unerheblich.

Bundessozialgericht, Urteil vom 29.08.2023 – B 1 KR 15/22 R
- bislang offenbar nicht veröffentlicht -

BAG hat keinen Anspruch auf institutionelle Benennung zur Teilnahme an der ASV

Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) können nicht als im Rahmen der ASV hinzuzuziehende fachärztliche Einrichtung institutionell benannt werden.

Mit der ASV nach § 116b SGB V hat der Gesetzgeber einen eigenständigen, die Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung verbindenden Versorgungsbereich etabliert. Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung näher bestimmter Krankheiten, die unter anderem eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern (§ 116b Abs. 1 S. 1 SGB V). Berechtigt, Leistungen der ASV zu erbringen, sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende LeistungserbringernInnen und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, soweit sie näher bestimmte Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen (§ 116b Abs. 2 S. 1 SGB V).

Der Regelung des § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V kann keine eigenständige Definition des Begriffs „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer“ entnommen werden. Bezug genommen ist damit vielmehr auf § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V. BAG finden in dieser abschließenden Aufzählung der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden keine Erwähnung. Sie verfügen, anders als MVZ und ermächtigte Einrichtungen, nicht selbst als Einrichtung über eine vertragsarztrechtliche Zulassung oder Ermächtigung. Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit, die unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringenden in Form einer BAG zulässig ist, erfordert keine vertragsarztrechtliche Zulassung zur Versorgung, sondern bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 33 Abs. 2 und 3 Ärzte-ZV), die von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringenden zu beantragen ist und ihnen gegenüber erteilt wird. Diese Genehmigung ist anders als eine vertragsarztrechtliche Zulassung oder Ermächtigung ungeachtet ihrer Statusrelevanz lediglich die Gestattung einer besonderen Form der Berufsausübung.

Eine Erweiterung der ASV-Berechtigung über § 116b Abs. 2 S. 1 i.V.m. § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V hinaus ergibt sich nicht aus der auf § 116b Abs. 4 und 5 SGB V gestützten Richtlinie des G-BA (ASV-RL). Soweit diese neben der sonst erforderlichen namentlichen Benennung für bei medizinischer Notwendigkeit vom ASV-Kernteam hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte auch eine institutionelle Benennung ausreichen lässt (§ 2 Abs. 2 S. 5 und 7 ASV-RL), kann dem eine ASV-Berechtigung einer hinzuzuziehenden Institution auch ohne deren vertragsarztrechtliche Zulassung oder Ermächtigung nicht entnommen werden. Da § 2 Abs. 1 S. 1 ASV-RL die ASV-Berechtigung in Übereinstimmung mit § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V definiert und nach § 2 Abs. 3 S. 1 ASV-RL die Teilnahme an der ASV mit dem Ende der entsprechenden vertragsarztrechtlichen Zulassung endet, kann als Institution nur eine solche benannt werden, die selbst über eine vertragsarztrechtliche Zulassung verfügt. Aus den Tragenden Gründen des G-BA zur ASV-RL folgt nichts anderes.

Verfassungsrecht steht dem nicht entgegen. Insbesondere verstößt es nicht gegen das gem. Art. 3 Abs. 1 GG geltende Gleichbehandlungsgebot, dass BAG anders als MVZ nicht im Rahmen der ASV als hinzuzuziehende fachärztliche Institution benannt werden können. Anders als ein MVZ verfügt eine BAG nicht selbst über einen eigenen vertragsarztrechtlichen Zulassungsstatus; in ihr kooperieren vielmehr zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringende. Der Status einer BAG ist dem einer Einzelärztin bzw. eines Einzelarztes angenähert. An diesem rechtlich geprägten unterschiedlichen Status durfte der Gesetzgeber mit der ASV-Berechtigung anknüpfen, ohne gegen Art. 3 Abs. 1 GG zu verstoßen, zumal neben dem unterschiedlichen vertragsarztrechtlichen Status weitere Unterschiede zwischen BAG und MVZ bestehen.

Von der unterschiedlichen Behandlung von BAG und MVZ im Rahmen der ASV-Berechtigung bleibt die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV von in einer BAG kooperierenden und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern unberührt.

Bundessozialgericht, Urteil vom 21.09.2023 – B 3 KR 9/22 R
- offenbar bisher nicht veröffentlicht -

Prophylaxeleistungen und pandemiebedingter Mehrbedarf sind keine Praxisbesonderheiten

Werden von einer Zahnarztpraxis schwerpunktmäßig Prophylaxeleistungen erbracht, handelt es sich in der Regel nicht um eine Praxisbesonderheit, da diese zu den Standardleistungen aller Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte gehören.

Pandemie-bedingte Nachholeffekte und ein damit verbundener Mehrbedarf stellen in der Regel keine Praxisbesonderheit dar, da alle Zahnarztpraxen von dem pandemischen Geschehen betroffen waren; es sei denn, es treten andere, praxisspezielle Umstände (zum Beispiel eine sich zusätzlich auswirkende andersartige Patientenverteilung) hinzu.

Bei der Wahl der Prüfmaßnahme (schriftliche Beratung oder Kürzung), aber auch bei der Kürzungshöhe besteht ein Ermessensspielraum des Prüfungsausschusses. Liegt ein besonderer Grund vor,

ist dieser bei der Wahl der Prüfmaßnahme und ggf. auch bei der Kürzungshöhe zu berücksichtigen. Hierzu zählen nicht nur das Bestehen einer Anfängerpraxis, sondern auch der Umstand, dass eine ärztliche/zahnärztliche Praxis jahrzehntelang ohne Beanstandung abrechnete und nur in einem einzelnen Quartal bzw. wenigen Quartalen eine Unwirtschaftlichkeit bestand.

Sozialgericht München, Urteil vom 20.07.2023 – S 38 KA 5022/23
<https://t1p.de/y65nf>

Geschlechtsangleichende Operationen für non-binäre Personen derzeit keine Kassenleistung

Der Anspruch auf Kostenübernahme für eine geschlechtsangleichende Operation von Versicherten, die ihr Geschlecht weder als weiblich noch als männlich empfinden (non-binäres Geschlecht), setzt eine Empfehlung durch den G-BA voraus. An dieser fehlt es bislang.

Körpermodifizierende Operationen bei Trans-Personen sind Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode. Über deren Anerkennung muss zunächst der G-BA entscheiden, bevor Versicherte die Leistung von ihrer Krankenkasse beanspruchen können. Die bisherige BSG-Rechtsprechung zum „Transsexualismus“ beruhte auf den klar abgrenzbaren Erscheinungsbildern des weiblichen und männlichen Geschlechts. Der in den aktuellen medizinischen Leitlinien wiedergegebene Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse bezieht demgegenüber die Vielfalt aller – auch non-binärer – Geschlechtsidentitäten ein. Dies entspricht auch der BVerfG-Rechtsprechung zum sog. dritten Geschlecht. Die Kriterien für die medizinische Notwendigkeit einer geschlechtsangleichenden Operation werden dabei nicht objektiv vorgegeben. Entscheidungen über die Notwendigkeit und die Reihenfolge der Behandlungsschritte sollen vielmehr zwischen der Trans-Person und den Behandelnden „partizipativ“ getroffen werden. Dieser methodische Ansatz weicht von anderen Behandlungsverfahren ab. Aufgabe des G-BA ist nun, zum Schutz der betroffenen Personen vor irreversiblen Fehlentscheidungen die sachgerechte Anwendung der neuen Methode sowie ihre Wirksamkeit und Qualität zu beurteilen. Für bereits begonnene Behandlungen von Transsexuellen erwägt der Senat Vertrauensschutz.

Bundessozialgericht, Urteil vom 20.10.2023 – B 1 KR 16/22 R
- offenbar bisher nicht veröffentlicht -

Zur Untersagung der Eigenfetttransplantation ohne Herstellungserlaubnis

Die ärztliche Interposition von autologem Fettgewebe im Sinne des Einhandprinzips zur Behandlung von Rhizarthrose (Eigenfetttransplantation) bedarf einer Herstellungserlaubnis nach § 13 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 AMG.

Im Rahmen einer Eigenfetttransplantation wird das entnommene Fettgewebe zu einem Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 AMG, und zwar in Form eines Arzneimittels für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP) im Sinne des § 4 Abs. 9 AMG.

Oberverwaltungsgericht Lüneburg, Urteil vom 11.07.2023 – 14 LC 44/22
<https://t1p.de/4vfx3>

2. Aktuelles

Bundestag beschließt Krankenhaustransparenzgesetz

Bürgerinnen und Bürger bekommen einen Überblick über die Qualität der Krankenhäuser in Deutschland. Der Bundestag hat am 19.10.2023 das Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) beschlossen.

Das Gesetz schafft die Grundlage für die Veröffentlichung des interaktiven Klinik-Atlas im Internet, um Bürgerinnen und Bürgern mehr Daten zu liefern, als ihnen bisher öffentlich zugänglich sind. Die Bevölkerung soll dauerhaft, verständlich und barrierefrei erkennen, welches Krankenhaus ihnen welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet.

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz werden die Krankenhäuser verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die notwendigen Angaben zu übermitteln. Das InEK liefert die Daten und Auswertungen und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

bereitet die Daten für das Verzeichnis auf. Das Verzeichnis soll, begleitend zur Krankenhausreform, ab Mai 2024 durch das BMG veröffentlicht werden.

Diese Informationen bietet das Transparenzverzeichnis der Bevölkerung:

- Fallzahlen von Leistungen (differenziert nach Leistungsgruppen),
- vorgehaltenes ärztliches und pflegerisches Personal,
- Komplikationsraten für ausgewählte Eingriffe,
- Zuordnung zu Versorgungsstufen (Level) nach der Anzahl und Art der mindestens zu erbringenden Leistungen, zusammengefasst nach Leistungsgruppen.

Perspektivisch können weitere Daten in das Transparenzverzeichnis aufgenommen werden. Die Datenübermittlung für alle Krankenhausbehandlungsfälle erfolgt erstmals für das Datenjahr 2023.

Zur Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser sieht das Gesetz zudem folgende Regelungen vor:

- Einführung einer frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen
- Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes: Ab dem Inkrafttreten des Krankenhaustransparenzgesetzes wird der vorläufige Pflegeentgeltwert von 230 € auf 250 € erhöht.
- Vorläufiger Mindererlösausgleich auch für Folgejahre: Für viele Krankenhäuser liegt für das Jahr 2020 noch keine genehmigte Vereinbarung zum Pflegebudget vor. Diese Krankenhäuser erhalten einen schnelleren Ausgleich der noch nicht finanzierten Pflegekosten, wenn sich herausstellt, dass die krankenhausesindividuellen Pflegekosten mit dem abgerechneten Pflegeentgeltwert in den vorangegangenen Jahren unterfinanziert werden.

Die Veröffentlichung des Klinik-Atlas durch das BMG hat keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder und die Krankenhausvergütung. Die Leistungsgruppen werden ausschließlich zur Veröffentlichung im Transparenzgesetz benannt.

Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschusses vom 18.10.2023:

<https://t1p.de/1vd9x>

Terminservice 116117: Nun auch epa buchbar

Die Terminservicestellen der KVen vermitteln jetzt auch Termine für Videosprechstunden. Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können diese online über den 116117 Terminservice bereitstellen. Die Terminverwaltungssoftware wurde entsprechend erweitert.

Gesetzlich Versicherte können die angebotenen Termine auf der Webseite [116117-terminde.de](https://www.116117-terminde.de), über die 116117-App oder die Hotline 116117 buchen. Auch Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbst haben diese Möglichkeiten, wenn sie für eine Patientin oder einen Patienten dringend einen Termin benötigen.

Die vom Gesetzgeber festgelegten Vergütungsregelungen für die Terminvermittlung durch die Terminservicestellen gelten auch für Videosprechstunden. Danach erhalten Haus- und Fachärztinnen/-ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten alle Untersuchungen und Behandlungen in einem Quartal bei einem Versicherten (Arztgruppenfall) extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet, wenn der Termin durch eine Terminservicestelle vermittelt wird. Zusätzlich wird ein zeitgestaffelter, extrabudgetärer Zuschlag von 100 %, 80 % oder 40 % zur Versicherten-, Grund- bzw. zur Konsiliarpauschale gezahlt.

Mehr Infos:

<https://t1p.de/3u2q0>

(KBV-Themenseite zur Terminvermittlung und Vergütung)

<https://t1p.de/ye99w>

(KBV-Themenseite zur Videosprechstunde)

Neue EBM-Leistungen für digitale Gesundheitsanwendungen

Für zwei digitale Gesundheitsanwendungen bei Adipositas und bei Knie Scheibenerkrankungen wurden zum 1. Oktober neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Zum einen für die App „Oviva Direkt für Adipositas“ (GOP 01475 für die ärztliche Verlaufskontrolle und Auswertung, einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig, 64 Pkt. – rund 7,35 €) und zum anderen für die Webanwendung „Mawendo“ (GOP 01476; für die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten dieser DiGA, ab Vollendung des 12. Lebensjahres einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig, 64 Pkt.

– 7,35 €). Die beiden Anwendungen wurden dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen.

Die Erstverordnung digitaler Gesundheitsanwendungen ist seit dem 01.01.2023 Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen sowie sonstiger GOP des EBM, sofern diese im DiGA-Verzeichnis gelistet sind. Die neuen GOP sind Zusatzpauschalen, um die erforderlichen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit einer dauerhaften DiGA zu vergüten.

Beschluss des BA vom 13.10.2023:

<https://t1p.de/67wgo>

Entscheidungserhebliche Gründe:

<https://t1p.de/etyaa>

Erstbefüllung der ePA wird weiterhin mit rund zehn € vergütet

Die Erstbefüllung der sektorenübergreifenden elektronischen Patientenakte (ePA) wird auch im kommenden Jahr mit etwa zehn Euro honoriert. Der BA hat die bislang zum 31.12.2023 befristete Vergütungsregelung verlängert.

Danach können Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die GOP 01648 vorerst bis zum 14.01.2025 einmal pro PatientIn abrechnen. Die GOP wird unverändert mit 89 Punkten (2023: 10,23 €) bewertet und extrabudgetär vergütet. Sie umfasst das erstmalige Befüllen der Akte mit Befunden, Arztbriefen und anderen Dokumenten, die für die aktuelle Behandlung relevant sind. Die Beratung einer Patientin oder eines Patienten zur ePA ist nicht Bestandteil der Leistung.

Wurden bereits Einträge von anderen (Zahn-)Ärztinnen, (Zahn-)Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorgenommen, ist nicht die GOP 01648, sondern die reguläre Zusatzpauschale für die ePA-Unterstützungsleistung nach der GOP 01647 (15 Pkt. – 2023: 1,72 €) berechnungsfähig.

Im Entwurf des (noch nicht beschlossenen) Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens („Digital-Gesetz“) ist ab dem 15.01.2025 vorgesehen, dass die Vertragsärztinnen und -ärzte standardmäßig bestimmte Behandlungsdaten in die ePA einpflegen müssen – es sei denn, dass Versicherte dem entsprechend des „Opt-out“-Prinzips ausdrücklich widersprechen. Sollte das Gesetz in dieser Form kommen, könnte eine neue Vergütungsregelung für vertragsärztliche ePA-Tätigkeiten erforderlich sein.

BA-Beschluss vom 13.10.2023:

<https://t1p.de/8n4tm>

Entscheidungserhebliche Gründe:

<https://t1p.de/1m90x>

3. Stellenanzeigen

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

[Kanzlei Covington & Burling LLP, Frankfurt/Main](#)

Anwältin/Anwalt (m/w/d) für den Bereich Life Sciences & Healthcare (Beratung von Unternehmen des Gesundheitswesens)

<http://ow.ly/Y0kg104TSHa>

[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