

Newsletter 2008-12

der AG Medizinrecht im Deutschen AnwaltVerein

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

die Mitglieder Ihrer Arbeitsgemeinschaft wünschen Ihnen eine besinnliche Vorweihnachtszeit und ein ruhiges Fest im Kreise Ihrer Familie und Freunden.

Ihre
Rita Schulz-Hillenbrand
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Arzneimittel-, Medizinprodukte- und Apothekenrecht

1.)

Verkauf des Schlankheitsmittels Acomplia in der EU ausgesetzt

Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat den Arzneimittelhersteller Sanofi-Aventis zum sofortigen Verkaufsstopp des Diätmedikamentes Acomplia innerhalb der EU aufgefordert. Es sei nicht länger gesichert, dass der Nutzen des Mittels die Nebenwirkungen überwiege, heißt es aus der europäischen Behörde. Der Hersteller wird nach eigenen Aussagen dieser Aufforderung nachkommen, obwohl er weiterhin vom therapeutischen Nutzen des Medikamentes überzeugt ist. Acomplia erhalten nur Patienten mit starkem Übergewicht und gleichzeitig anderen hohen Risikofaktoren wie erhöhten Blutfettwerten. Der Wirkstoff Rimonabant unterdrückt Hungergefühle im Gehirn. Das Medikament hatte im Juni 2006 eine Zulassung für den europäischen Markt erhalten, mit dem Hinweis auf mögliche psychische Nebenwirkungen. Nach jüngsten Erkenntnissen geht die Behörde davon aus, dass das Medikament das Auftreten von psychischen Störungen verdoppelt. Die EMA empfiehlt Patienten, die bereits Acomplia einnehmen, ihren Arzt zu

kontaktieren.

Pressemitteilung der EMEA, 23. Oktober
<<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/acomplia/53777708en.pdf>> / Pressemitteilung von Sanofi-Aventis, 23. Oktober 2008 <<http://www.sanofi-aventis.de/live/de/de/layout.jsp?cnt=5137089E-92BF-4B54-9A91-54C830119283>>

Berufsrecht

Zum Erwerb der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin"

Der Bayerische VGH hat entschieden, dass ein bayerischer Arzt wegen eines Beratervertrags keinen Anspruch gegenüber der Landesärztekammer hat, die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" führen zu dürfen.

Ein praktischer Arzt aus München hatte die bayerische Landesärztekammer darauf verklagt, die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" führen zu dürfen. Er hatte sich dafür weitergebildet, aber ein Prüfungsgespräch, das die Ärztekammer von ihm verlangte, nicht erfolgreich absolviert. Nach Klageerhebung 2001 versuchte er den Nachweis über eine regelmäßige Tätigkeit als Betriebsarzt zu führen, die ein Prüfungsgespräch hätte überflüssig machen können. Der Ärztekammer und einem vom Gericht schließlich 2006 beauftragten Sachverständigen erschien der Nachweis jedoch nicht ausreichend. Das Verwaltungsgericht folgte dem Gutachten des Sachverständigen und wies die Klage mit Urteil von 2006 ab. Danach verzog der Arzt nach Baden-Württemberg

Der Bayerische VGH wies die Klage ebenfalls ab. Nach Auffassung des Gerichts war die verklagte bayerische Landesärztekammer nun nicht mehr zuständig. Eine ärztliche Tätigkeit in Bayern, die diese Zuständigkeit nach dem bayerischen Heilberufe-Kammergesetz begründen könnte, werde auch nicht deshalb angenommen, weil der Arzt einen Beratervertrag mit einer Firma mit Sitz in Malta geschlossen hat, für die er in Bayern in einer 9-monatigen Studie die Wirksamkeit eines neuen "Energy-Drinks" an Sportlern untersuchen soll. Das Gericht ist den Umständen des Beratervertrags nachgegangen und bewertet ihn als Scheingeschäft, zudem als

sittenwidrig, weil der Arzt, der inzwischen Arbeitslosengeld II bezieht, danach unentgeltlich arbeiten soll.

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Urteil vom 27.10.2008, Az: 21 ZB 07.247

Quelle: Landesrechtsanwaltschaft Bayern

Leistungs- und Vergütungsrecht

1.) Nr. 01 BEMA-Z nicht neben Nr. 50 GOÄ (Nr. 7500 Bema-Z)

Der Senat entschieden, dass die Leistung nach Nr. 01 BEMA-Z (Eingehende Untersuchung einschließlich Beratung) im Zusammenhang mit einem Besuch nicht neben der Leistung nach Nr. 50 GOÄ (abrechnungstechnisch für Zahnärzte Nr. 7500 BEMA-Z - Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung) berechnungsfähig ist.

Nach den Abrechnungsbestimmungen ist eine Leistung als selbstständige Leistung dann nicht abrechnungsfähig, wenn sie Bestandteil einer anderen Leistung ist. Die nach Nr. 01 BEMA-Z einmal im halben Jahr berechnungsfähige "eingehende Untersuchung" enthält mit den Leistungsbestandteilen "Untersuchung" und "Beratung" zahnärztliche Verrichtungen, die typischerweise Bestandteil der Leistung nach Nr. 50 GOÄ sind. Das schließt es aus, neben der mit 36 Punkten bewerteten Besuchsleistung zusätzlich die mit 18 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 01 BEMA-Z für dieselbe Versorgung eines Patienten zu berechnen. Dem steht nicht entgegen, dass Nr. 01 BEMA-Z von einer "eingehenden" und Nr. 50 GOÄ nur von einer "symptombezogenen" Untersuchung spricht. Die Terminologie der Nr. 50 entstammt der GOÄ, deren Legende als Nr. 7500 wortgleich in den! BEMA-Z übernommen worden ist. Der Differenzierung zwischen einer vollständigen - der eingehenden Untersuchung vergleichbaren - Untersuchung zumindest eines ganzen Organsystems (GOÄ) und einer nur symptombezogenen Untersuchung hat im ärztlichen Bereich eine andere Bedeutung als im zahnärztlichen. Im Regelfall muss der Zahnarzt, der einen Patienten z.B. wegen Schmerzzuständen besucht, den Mundbereich des Patienten "eingehend" - also nicht nur punktuell - untersuchen, um die Quelle des Schmerzes lokalisieren zu können. Die

Rechtsauffassung der Beklagten wird weiterhin durch die Leistungsbewertung der Besuchsleistungen insgesamt bestätigt. Nach Nr. 48 GOÄ bzw. Nr. 7480 BEMA-Z ist der Besuch eines Patienten auf der Pflegestation eines Heimes, in dem der Arzt regelmäßig tätig ist, als einziger Leistungsinhalt mit 14 Punkten bewertet, was zuzüglich einer eingehenden Untersuchung nach Nr. 01 BEMA-Z 32 Punkte ergibt. Die in Nr. 50 GOÄ bzw. Nr. 7500 BEMA-Z normierte Kombination von ! Besuch und Untersuchung ergibt bereits 36 Punkte. Dieses Gefüge würde gesprengt, wenn daneben die Nr. 01 BEMA-Z noch zusätzlich berechnungsfähig wäre.

BSG, Urteil vom 05.11.2008, Az: B 6 KA 1/08 R

2.) Zur geplanten EBM-Reform

Der Bewertungsausschuss hat Details seiner Beschlüsse zur neuen EBM-Vergütungsstruktur ab Januar 2009 nachgebessert, beziehungsweise klargestellt.

1.)

Für fachgleiche Gemeinschaftspraxen (z. B. hausärztliche Gemeinschaftspraxis) gibt es ab Januar 2009 einen Aufschlag von zehn Prozent auf die Versichertenpauschalen. Finanziert wird dieser Aufschlag mit einem ebenfalls zehnpromtigen Aufschlag auf das Regelleistungsvolumen (RLV). Grund: In fachgleichen Gemeinschaftspraxen kann die Versichertenpauschale nur einmal pro Patient berechnet werden, auch wenn mehrere Ärzte der Gemeinschaftspraxis im selben Quartal einen Patienten behandeln. Ferner berücksichtigt die neue Regelung, dass in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen die Versicherten- und Grundpauschale je Arztgruppe einmal im Quartal berechnet werden kann, wenn der Patient fachübergreifend behandelt wird.

2.)

Die Leistungen im organisierten Notfalldienst sowie die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie fallen nicht unter das RLV und werden dem Arzt damit außerhalb der Mengengrenzungen vergütet. Notwendig war diese Klarstellung, da einige Krankenkassen dies anders interpretiert hatten. Da die Leistungen im Notfalldienst nicht unter das RLV fallen, zählen auch die entsprechenden Arztfälle nicht mit für die Ermittlung des RLV.

3.)

Hausärztlich diabetologische Schwerpunktpraxen können auch weiterhin den "Chronikerzuschlag" nach EBM-Nr. 03212 zu den überweisungsgebundenen Versichertenpauschalen (EBM-Nrn. 03120 bis 03122) abrechnen. Diese Sonderregelung wurde jetzt um ein weiteres Jahr bis zum 31. Dezember 2009 verlängert.

4.)

Die Niedergelassenen in den KVen Baden-Württemberg, Nordrhein, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz erhalten mehr Honorar als zunächst geplant. So steigt der Zuwachs in 2009 gegenüber dem Jahr 2007 in Baden-Württemberg von bisher 1,5 auf 2,5 Prozent, in Nordrhein von bisher 3,6 auf 6,5 Prozent, in Schleswig-Holstein von bisher 3,9 auf 6,3 Prozent und in Rheinland-Pfalz von bisher 5,7 auf 8,6 Prozent. Im Gegenzug fallen die Honorarzuwächse in den KVen Bayerns (6,3 statt 6,8 %) und Bremen (7,6 statt 7,7 %) um bis zu einem halben Prozentpunkt niedriger aus.

5.)

Das Ambulante Operieren wird zusätzlich mit 30 Millionen Euro gefördert. Dies entspricht entgegen ersten Planungen einer Honorarsteigerung bis fünf Prozent für ambulante Operationen.

Quelle: Arzt und Wirtschaft, 29.10.2008

2.) GKV hat Wünsche der Versicherten bei Wahl der Reha-Klinik zu berücksichtigen

Der 1939 geborene Kläger aus dem Main-Taunus-Kreis leidet an einem komplexen und chronischen Krankheitsbild. Er erhält seit 1985 Erwerbsunfähigkeitsrente. Der Grad seiner Behinderung beträgt 80%. Im Jahre 1997 war dem Kläger ein stationäres Heilverfahren in der als Reha-Einrichtung zugelassenen Malteser-Klinik gewährt worden. Im Juli 2000 beantragte er eine erneute stationäre Reha-Kur in dieser Fachklinik für Naturheilkunde und ganzheitliche Medizin. Die Krankenversicherung lehnte dies jedoch ab. Hiergegen erhob der Kläger Klage. Noch während des Gerichtsverfahrens führte der Kläger die Kur im Jahr 2003 auf eigene Kosten durch.

Das Hessische LSG hat dem Kläger Recht gegeben und das ablehnende Urteil des Sozialgerichts aufgehoben.

Nach Auffassung des Gerichts ist die Leistung zu Unrecht abgelehnt worden. Der Versicherte habe die Behandlung erst nach der Entscheidung der Versicherung begonnen. Den Ausgang des gerichtlichen Verfahrens habe er hingegen nicht abwarten müssen. Die stationäre Reha-Behandlung sei auch erforderlich gewesen, um die Beschwerden des multimorbid und chronisch erkrankten Klägers zu mindern. Sie habe ihm weiterhin ein selbst bestimmtes Leben ermöglicht und die drohende Pflegebedürftigkeit aufgeschoben. Bei der Auswahl unter den zugelassenen Reha-Einrichtungen sei den berechtigten Wünschen der Versicherten Rechnung zu tragen. Insbesondere seien Lebenssituation, Alter und sonstige Bedürfnisse des Leistungsberechtigten zu berücksichtigen. Die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte hätten ergeben, dass bei dem komplexen Krankheitsbild ! des Klägers der ganzheitliche Therapieansatz der Malteser-Klinik Erfolg versprechend gewesen ist.

Die Revision wurde nicht zugelassen.

Hessisches LSG, Urteil vom 28.08.2008, AZ: L 1 KR 2/05

Vertragsarztrecht

1.) 95c SGB V

Keine Gesprächspsychotherapie zu Lasten der GKV

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hat bestätigt, dass die Gesprächspsychotherapie nicht als Behandlungsverfahren in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen ist.

LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 29.10.2008, Az: L 5 KA 2851/06, 29. Oktober 2008

2.)

Zur Ermittlung im Rahmen der Sonderbedarfszulassung

... Die Zulassungsgremien dürfen sich nicht auf die Befragung von Ärzten in dem betroffenen Planungsbereich beschränken, sondern müssen deren Angaben so weit wie möglich verifizieren, etwa an

Hand aktueller Abrechnungsunterlagen. Auch ist zu klären, ob die von dem an einer Sonderbedarfszulassung interessierten Arzt angebotenen Leistungen, die - unterstellt - bislang nicht in hinreichendem Umfang bereitgestellt worden sind, die gesamte Breite eines Schwerpunktes abdecken oder ob ein Versorgungsdefizit lediglich hinsichtlich einzelner Leistungen besteht, die für sich genommen eine Vertragsarztpraxis nicht tragen können.

BSG, Urteil vom 05.11.2008, Az: B 6 KA 10/08 R, SG Aachen , S 7 KA 5/06, LSG Nordrhein-Westfalen, L 10 KA 48/06

Sonstiges

1.)

Stellungnahme zu europaweiter Patientenmobilität

http://www.bundesrat.de/cln_090/SharedDocs/Drucksachen/2008/0401-500/487-08,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/487-08.pdf

2.) § 43 c BRAO

Zur Berücksichtigung von Mutterschutz und Elternzeit

Der 1. Senat des Anwaltsgerichtshofes für das Land Nordrhein-Westfalen hat eine Rechtsanwaltskammer verpflichtet, einer Anwältin die Führung einer Fachanwaltsbezeichnung „Fachanwältin für Miet- und Wohnungseigentumsrecht“ zu erteilen. Die Anwältin hatte in ihrer Beschwerde geltend gemacht, dass der Zeitraum für die Anerkennung der Fälle wegen der Geburt ihres zweiten Kindes entsprechend verlängert werden sollte. Die Rechtsanwaltskammer hatte dies abgelehnt. Der Beschluss, in dem der Gerichtshof ausführlich auf die besondere Lage von Schwangeren und Müttern eingeht, finden Sie unter:

http://www.dav-anwaeltinnen.de/data/files/davin/docs/AGH_NW_-_Teil_1.pdf

3.) Bundestag fordert mehr Beratung für Schwangere

Ärzte sollen zu einer umfangreicheren Beratung vor sogenannten Spätabtreibungen verpflichtet werden.

Mit einem interfraktionellen Gesetzentwurf (BT-Drs. 16/11106 - PDF, 104 KB) wollen 193 Abgeordnete eine bessere Information von Frauen erreichen, die aufgrund einer möglichen Behinderung des Kindes nach dem dritten Schwangerschaftsmonat vor der Frage einer Abtreibung stehen. Zwischen Beratung und Abtreibung soll zudem künftig eine dreitägige Bedenkzeit liegen. Außerdem soll die Bundesstatistik zu Schwangerschaftsabbrüchen nach dem Willen der Unterzeichner erweitert werden. Verstöße gegen das Gesetz sollen als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße von bis zu 10.000 Euro geahndet werden.

Zur Begründung wird aufgeführt, dass der Schutz ungeborener behinderter Kinder nicht ausreichend gewährleistet sei. Die Pränataldiagnostik habe einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft. Viele Schwangere meinten, die Untersuchungsangebote wahrnehmen zu müssen. Deswegen drohe ein "Automatismus: Pränataldiagnostik - Befund einer Behinderung des Ungeborenen - Schwangerschaftsabbruch als ?medizinische Therapie".

Quelle: Juris