



Newsletter

der AG Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein

2013-07

Sehr geehrte Damen und Herren Kollegen/innen,

die nachfolgenden News für den Monat Juli werden die letzten vor der Sommerpause sein. Neue Nachrichten gibt es dann wieder Ende September für die Monate August und September. Wir wünschen Ihnen sonnige und erholsame Ferientage.

1. Urteile aus dem Medizinrecht

Apotheker zur Abgabe von Rabattarzneimitteln verpflichtet

Das Bundessozialgericht hat die Sprungrevision eines Apothekers zurückgewiesen, der sich gegen eine Retaxierung auf Null wandte. Er hatte trotz des Bestehens eines Rabattvertrages gem. § 130a Abs. 8 SGB V und trotz der Maßgabe „aut idem“ ein nicht rabattiertes Arzneimittel abgegeben. Statt der Vergütung des rabattierten Arzneimittels retaxierte die beklagte Krankenkasse auf Null mit dem Hinweis, der Apotheker habe gegen den Rahmenvertrag verstoßen.

Der erste Senat argumentierte, der Apotheker hätte gegen das zwingende Gebot, dass nur das vorgesehene Rabattvertragsarzneimittel abgegeben werden dürfe, verstoßen. Dieser Verstoß schließe verfassungskonform auch einen Anspruch auf Wertersatz oder zumindest Ersatz der Beschaffungskosten aus.

Bundessozialgericht, Urteil vom 02.07.13 – B 1 KR 5/13, Parallelentscheidung, Urteil vom 02.07.2013 – B 1 KR 49/12, schriftliche Gründe liegen noch nicht vor, nur die Terminberichte:

juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=tm&Datum=2013&nr=13013

Konvergenzregelung zur Begrenzung der „freien Leistungen“ rechtmäßig

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts ist die umstrittene Konvergenzklausel, die vorsah, dass auch Leistungen (hier Akupunktur und Inanspruchnahme zu Zeiten außerhalb der üblichen Sprechstunden sowie dringende Besuche), die nicht dem Regelleistungsvolumen unterworfen sind, einer Steuerung unterzogen werden, rechtmäßig.

Sowohl die Vorgaben des Bewertungsausschusses als auch die regionale Umsetzung im HVV seien nicht zu beanstanden. Die Quotierung der freien Leistungen, innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung solle verhindern, dass das Regelleistungsvolumen auf ein Niveau absinke, auf dem es die Funktion nicht mehr erfüllen könne, eine angemessene Vergütung der Mehrzahl der Leistungen der meisten Arztgruppen zu gewährleisten.

Bundessozialgericht, Urteil vom 17.07.2013 – B 6 KA 45/12 R, schriftliche Gründe liegen noch nicht vor, nur der Terminbericht

juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=tm&Datum=2013&nr=13032

BSG: Jahresmoratorium bei Praxis außerhalb der Wachstumsphase rechtmäßig

Eine nicht mehr in der Aufbau- bzw. Wachstumsphase nach Neuzulassung befindliche unterdurchschnittlich abrechnende Praxis habe nicht die Möglichkeit, unter Geltung des Systems von Regelleistungsvolumina (RLV) ihren Umsatz jederzeit auf den Durchschnittsumsatz der Fachgruppe zu steigern. Zu dieser Auffassung ist das Bundessozialgericht gelangt.

Geklagt hatte eine im Jahr 2004 genehmigte Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), die zum 1. Januar 2008 eine neue Partnerin aufgenommen und im Juli 2009 ihren Praxissitz verlegt hatte. Am neuen Praxissitz ließ sich die Leistungsmenge deutlich von 90 RLV-Fällen im Quartal 3/08 auf 371 im Quartal 3/09 steigern. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wies der BAG ein RLV auf der Grundlage der 90 Fälle des Vorjahresquartals zu, wurde dann aber durch die Gerichte zur Neuuzuweisung verurteilt. Das Landessozialgericht führte in zweiter Instanz aus, es sei mit dem allgemeinen Anspruch, binnen fünf Jahren bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe wachsen zu können, unvereinbar, wenn sich Zuwächse bis zum Fachgruppendurchschnitt im RLV-System erst im Abstand von einem Jahr auswirken.

Das Bundessozialgericht war der Ansicht, weder der Hinzutritt einer neuen Partnerin noch die Sitzverlegung habe die klagende BAG zu einer Aufbaupraxis gemacht. Eine Steigerung auf den Durchschnittsumsatz der Fachgruppe bei sog. „sonstigen unterdurchschnittlichen Praxen“ innerhalb von fünf Jahren sei ausreichend. Die im RLV-System vorgesehene jahresverzögerte Auswirkung von Fallzahlsteigerungen („sog. Jahresmoratorium“) sei nicht generell unverhältnismäßig hoch. Sie beeinträchtige die Klägerin auch nicht übermäßig – die atypisch geringe Fallzahl im Vorjahresquartal habe auf ihrer eigenen unternehmerischen Entscheidung beruht.

BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – Az. B 6 KA 44/12, schriftliche Gründe liegen noch nicht vor, nur der Terminbericht

BSG: Ermächtigung gilt nicht für nachstationäre Leistungen

Wie das Bundessozialgericht festgestellt hat, gilt die Ermächtigung eines Krankenhausarztes nicht für Leistungen, die das Krankenhaus auch im Rahmen der nachstationären Versorgung gemäß § 115a SGB V hätte erbringen können. Die

nachstationäre Behandlung bis zur Grenzverweildauer sei von der Fallpauschale umfasst, weil sich sonst eine nicht gewollte Doppelzahlung ergäbe.

Im Jahr 2006 war ein Chefarzt der Chirurgie unter anderem zur ambulanten Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung in der chirurgischen Abteilung ermächtigt. Das Einvernehmen mit dem behandelnden Vertragsarzt sowie dessen namentliche Überweisung waren erforderlich. Zeitlich war die Behandlungsoption in der Ermächtigung bis zum Ablauf von drei Monaten nach Entlassung aus der stationären Behandlung begrenzt. Vom Jahr 2007 an erfolgte eine weitergehende Einschränkung der Ermächtigung dahingehend, dass eine Abrechnung innerhalb der ersten 14 Tage nach der Entlassung nur dann möglich sei, wenn eine Abrechnungsmöglichkeit nach § 115a SGB V (vor- bzw. nach-stationäre Behandlung im Krankenhaus) nicht von den Fallpauschalen umfasst sei.

Die Kassenärztliche Vereinigung stellte die Abrechnungen des Chirurgen für die Quartale 4/06 sowie 2/07 bis 4/07 sachlich-rechnerisch richtig. Dabei kürzte sie Ansätze bei Patienten, die binnen 14 Tagen nach Abschluss des stationären Aufenthaltes im Rahmen der Ermächtigung behandelt wurden. Die hiergegen gerichtete Klage entschied das BSG letztlich zugunsten der KV. Für die Zeit ab 2007 habe sich ein Abrechnungsausschluss bereits aus dem Wortlaut der Ermächtigung ergeben. Aber auch für den vorangehenden Zeitraum gelte nichts anderes, da die Ermächtigung immanent begrenzt gewesen sei. Die nachstationäre Behandlung sei bis zur Grenzverweildauer von der Fallpauschale umfasst, so dass sich bei einer (ergänzenden) Abrechnung im Rahmen der Ermächtigung eine vom Gesetzgeber nicht gewollte Doppelzahlung ergebe.

Bundessozialgericht, Urteil vom 17.7.2013 – Az. B 6 KA 14/12, schriftliche Gründe liegen noch nicht vor, nur der Terminbericht, s.o.

In welcher Konstellation sind Teilberufsausübungsgemeinschaften zulässig?

Im vergangenen Jahr hatte das Oberlandesgericht Karlsruhe einer Teilberufsausübungsgemeinschaft untersagt, Radiologen aufzunehmen. Das Gericht bezog sich dabei auf § 18 Abs. 1 Satz 2 und 3 der BO der LÄK Baden-Württemberg und argumentierte, ein solcher Zusammenschluss verstoße gegen § 31 der BO, wonach es Ärzten nicht gestattet ist, für die Zuweisungen von Patienten sich Vorteile versprechen zu lassen oder solche zu gewähren.

Nachdem die Revision durch das OLG nicht zugelassen worden war, hat die Nichtzulassungsbeschwerde beim BGH Erfolg gehabt.

Bundesgerichtshof, Beschluss vom 06.06.2013 – I ZR 137/12, Beschluss nicht veröffentlicht

Quelle: Ärztezeitung vom 15.07.2013,

Grundsätzlicher Ausschluss der Erstattungsfähigkeit von OTC Arzneimitteln von der Beihilfe rechtswidrig

Der BGH hat sich in den Urteilsgründen detailliert mit den beweisrechtlichen Anforderungen für den Kausalitätsbeweis im Arzthaftungsprozess

auseinandergesetzt.

In einem Streit um die Frage der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel war der entscheidende Senat der Auffassung, dass § 22 Abs. 2 Nr. 2 BBhV (Bundesbeihilfeverordnung) der Verordnung nicht entgegen stünde, da diese Regelung mangels einer Härtefallregelung unwirksam sei. Der Ausschluss verstoße gegen die Fürsorgepflicht des Dienstherrn. Die notwendige Härtefallregelung zu nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln werde nicht durch eine analoge Anwendung des § 50 Abs. BBhV ersetzt. Außerdem müsse die Härtefallregelung in der BBhV erfolgen.

Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20.06.2013 – 1 A 334/11

openjur.de/u/636464.html

Risikostrukturausgleich teilweise rechtswidrig

Das Landessozialgericht hat der Klage von zwei Krankenkassen stattgegeben, die geltend gemacht hatten, dass das bisherige Berechnungsverfahren für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu Verzerrungen führt und das Bundesversicherungsamt verpflichtet, sein Berechnungsverfahren für das Jahr 2013 zu ändern.

Die Krankenkassen erhalten seit 2009 aus dem Gesundheitsfonds unter anderem Zuweisungen zur Deckung ihrer Leistungsausgaben, die sich aus einer Grundpauschale und alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zusammensetzen. Ein Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirates hatte ergeben, dass das vom Bundesversicherungsamt angewandte Berechnungsverfahren hierzu systematisch zu deutlichen Unterdeckungen bei älteren Versicherten und Versichertengruppen mit Krankheiten mit hoher Mortalität und umgekehrt zu Überdeckungen bei jüngeren Versicherten führt. Zwar plante das Bundesversicherungsamt aufgrund dieser Erkenntnisse das Berechnungsverfahren zu ändern, was jedoch vom Bundesministerium für Gesundheit im Wege der Aufsicht untersagt wurde.

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 04.07.2013 – L 16 KR 646/12, schriftliche Gründe liegen noch nicht vor, nicht rechtskräftig

Pressebericht des LSG:
www.lsg.nrw.de/40_presse/Aktuelle-Pressemitteilungen/Risikostrukturausgleich_zwischen_Krankenkassen_teilweise_rechtswidrig.pdf

2. Urteile für Medizinrechtler

BGH-Vorlage an das BVerfG: Sozietätsverbot für Anwalts- und Arzt-Kanzlei verfassungswidrig?

Der 2. Zivilsenat des BGH hält das Verbot einer Sozietät von Anwälten und Ärzten für verfassungswidrig und hat daher nach Art. 100 GG dem Bundesverfassungsgericht die Frage zur Entscheidung vorgelegt, ob der § 59a Abs.

1 BRAO mit dem Grundgesetz zu vereinbaren ist. Die Vorschrift verbietet Ärzten und Apothekern die gemeinschaftliche Berufsausübung mit Rechtsanwälten (Sozietätsverbot).

Im konkreten Fall hatten ein Rechtsanwalt und eine Ärztin (und zugleich Apothekerin) eine Partnerschaftsgesellschaft als „interprofessionelle Partnerschaft für das Recht des Arztes und des Apothekers“ gegründet. Amtsgericht und Oberlandesgericht wiesen die Anmeldung zur Eintragung ins Partnerschaftsregister jedoch zurück. Der BGH zweifelt an der Verfassungsmäßigkeit des § 59a Abs. 1 BRAO. Es gebe keinen Grund, Ärzte und Apotheker anders zu behandeln als Steuerberater, Wirtschaftsprüfer und Patentanwälte, mit denen Anwälte die Sozietät eingehen dürfen. Da es sich um eine Registersache handelt, musste nicht der Anwaltssenat des BGH entscheiden.

Bundesgerichtshof, Beschluss vom 16.05.2013 – II ZB 7/11, AnwBl Online 2013, 313, abrufbar unter www.anwaltsblatt.de)

3. Aktuelles

Kostenrechtsmodernisierungsgesetz tritt zum 01.08.2013 in Kraft!!!

Es wird insofern auf die umfassenden Informationen des DAV verwiesen.

anwaltsblatt.anwaltverein.de/tl_files/anwaltsblatt/files/AnwBl-Online-252_Sonder.pdf

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung - BMG hat Erstfassung der Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen genehmigt

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat der am 21. März 2013 beschlossenen neuen Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL) mit einer Auflage grünes Licht erteilt. Die Richtlinie wird am 20.07.2013 in Kraft treten.

Der Gesetzgeber hatte mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die bislang in § 116b SGB V geregelte ambulante Behandlung im Krankenhaus durch einen neuen Versorgungsbereich, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ersetzt.

www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/479/

www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1706/

Bedarfsplanungs-Richtlinie: zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf und Sonderbedarf

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Bereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf und Sonderbedarf ist am 04.07.2013 in Kraft getreten.

www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/wexsservlet?session.sessionid=0d69bd986cb38994f001b7bb63bcbaa1&page.navid=detailsearchIsttodetailsearchdetail

https://www.fts.de/fts_search_list.selected=d643c3e67faed771&fts_search_list.destHistoryId=22011

Drittes AMG-Änderungsgesetz

Mit dem am 14. Juni 2013 im Deutschen Bundestag verabschiedeten Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, das am 5. Juli 2013 den Bundesrat passiert hat, wird die Möglichkeit, gegen die Veranlassung von Nutzenbewertungen von Arzneimitteln durch den G-BA zu klagen, explizit ausgeschlossen.

Zudem enthält das Gesetz Festlegungen für die der Nutzenbewertung folgenden Preisverhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und betroffenen Unternehmen. Für Wirkstoffe, die weder einen Zusatznutzen aufweisen, noch einer Festbetragsgruppe zugeordnet werden, für die jedoch verschiedene Vergleichstherapien in Frage kommen, dürfen die Jahrestherapiekosten nicht höher liegen als bei der wirtschaftlichsten Alternative.

dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP17/525/52557.html

Erweitertes Ultraschallscreening für Schwangere

Gesetzlich krankenversicherte Frauen haben seit dem 1. Juli 2013 Anspruch auf drei Basis-Ultraschalluntersuchungen im zweiten Schwangerschaftsdrittel (Trimenon). Das ärztliche Aufklärungsgespräch zu dieser Untersuchung wird durch ein Merkblatt unterstützt.

www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/497/

Methodenbewertung - Verfahren zur Erprobung von Methoden mit Potenzial (nach § 137e SGB V)

Seit Mitte Juni 2013 bestehen die Voraussetzungen für das neue Verfahren zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potenzial, nachdem die erforderlichen Ergänzungen der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten sind. Die hierzu bereits Ende des Vorjahres gefassten Beschlüsse mussten nach teilweiser Nichtgenehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Mai 2013 entsprechend geändert werden. Mit Inkrafttreten der neuen Regelungen kann der G-BA nun für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die jedoch das Potenzial einer Behandlungsalternative erkennen lassen, Richtlinien zur Erprobung beschließen. Diese Möglichkeit hatte der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) über den neuen § 137e SGB V geschaffen.

Bislang hatte der G-BA bei unzureichendem Nutzenbeleg keine direkten Möglichkeiten, auf eine Verbesserung der Evidenzlage hinzuwirken. Er konnte lediglich Beschlüsse zur Methodenbewertung befristet aussetzen, wenn zu erwarten war, dass aussagekräftige Studien in naher Zukunft vorgelegt werden können. Durch die neu geschaffene Erprobungsregelung kann der G-BA bei erkennbarem Potenzial einer Methode nun selbst klinische Studien initiieren und sich teilweise daran beteiligen oder sie in bestimmten Fällen, wenn bei der Anwendung der Methode

kein Medizinprodukt zum Einsatz kommt, auch ganz finanzieren.

Eine Erprobungsrichtlinie kann jedoch nicht nur auf der Grundlage eines laufenden Metho-denbewertungsverfahrens veranlasst und vom G-BA beschlossen werden. Auch Hersteller von Medizinprodukten, auf deren Einsatz die technische Anwendung einer neuen Methode maßgeblich beruht und Anbieter neuer Methoden können eine Erprobung beantragen. Bei Bedarf berät der G-BA (gebührenpflichtig) zur Vorbereitung von Anträgen, beispielsweise hinsichtlich der vorzulegenden aussagekräftigen Unterlagen zum Potenzial der betreffenden Methode. Die Bewertung des Potenzials wird im Auftrag des G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) übernehmen.

In Ergebnisberichten soll das IQWiG Empfehlungen abgeben, ob die fraglichen Methoden hinreichendes Potenzial als Behandlungsalternative haben und ob die vorliegenden wissen-schaftlichen Unterlagen so aussagefähig sind, dass Studien zur Bewertung des Nutzens geplant werden können. Für diesen Fall soll das IQWiG ergänzend eine orientierende Ein-schätzung zu Eckpunkten einer möglichen Erprobungsstudie und zu den zu erwartenden Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung abgeben.

Innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung muss der G-BA die formale Entscheidung treffen, ob bei der Methode Potenzial vorliegt oder nicht. Diese Entscheidung begründet jedoch noch keinen Anspruch auf eine tatsächliche Erprobung der Methode: Da eine Erpro-bung vom G-BA eine finanzielle Beteiligung erfordern kann, legt der G-BA einmal jährlich im Rahmen der Haushaltsplanungen für das Folgejahr fest, zu welchen angenommenen An-trägen ein Beratungsverfahren zu einer entsprechenden Erprobungsrichtlinie eingeleitet wird.

Mit den neuen Verfahrensregelungen tritt auch die dazugehörige Kostenordnung in Kraft. Sie sieht eine bereits im Vorfeld der Erprobung zu vereinbarende angemessene Beteiligung der Antragsteller (bei maßgeblicher Beteiligung eines Medizinproduktes an der zu erprobenden Methode) an bestimmten Kosten der Erprobung vor. Bei Methoden zur Behandlung seltener Erkrankungen kann im begründeten Einzelfall – unabhängig von der Unternehmensgröße – eine Kostenminderung gewährt werden. Die ursprünglich vorgesehene, vom BMG jedoch nicht genehmigte Rückzahlungsverpflichtung für Unternehmen nach erfolgreicher Erprobung (die sogenannte „BAföG“-Regelung) ist entfallen.

www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/491/

4. Termine

Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in Köln

Vom 20.09. bis 21.09.2013 findet die Herbsttagung unserer Arbeitsgemeinschaft in Köln im Hyatt Regency, Kennedy-Ufer 2a, statt. Zum Abschluss des ersten Tagungstages laden wir am Freitag um 18 Uhr herzlich zur Mitgliederversammlung ein. Ein Tagesordnungspunkt wird die Neuwahl des Geschäftsführenden Ausschusses sein.

Umfrage zur Ausbildertätigkeit der Mitglieder des DAV

Der DAV hat kürzlich eine Umfrage ins Leben gerufen, mit der abgefragt wird, wer von den Mitgliedern regional in der Referendarausbildung, als Dozent(in) an den

juristischen Fakultäten, in Universitätsgremien oder auf andere Art und Weise in der Studenten- und Referendarausbildung aktiv ist. Ziel dieser Umfrage ist es, Ansprechpartner zu finden, die als Multiplikatoren für unsere Angebote (DAV-Master, Junges Forum etc.) auftreten können.

Um dieses Netzwerk nutzen zu können, bedarf es zunächst einer Bestandsaufnahme des vielfältigen Engagements, was anhand einer kurzen Surveymonkey-Umfrage (Dauer 3-5 Min., Link: <https://de.surveymonkey.com/s/JG7XR6Y>) eruiert werden soll.

Sie fördern und unterstützen die Arbeit des DAV, wenn Sie sich an der Umfrage bis zum 15.09.2013 beteiligen. Vielen Dank!!!

Hinweise zum Schluss:
Zur korrekten Darstellung des Newsletters sollten Sie die Grafiken herunterladen!

Impressum: Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht des Deutschen Anwaltvereins, Littenstraße 11, 10179 Berlin, Telefon 030 – 72 61 52 – 0; Fax 030 – 72 61 52 – 190

V.i.S.d.P.: Rechtsanwältin Babette Christophers, Mitglied des Geschäftsführenden Ausschusses der AG 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 Allmendinger- Tel. 0 30 / 72 61 52-144.
D E U T S C H E R A N W A L T V E R E I N - Littenstraße 11, 10179 Berlin, Tel.: 0 30 / 72 61 52 - 0,
Fax: 0 30 / 72 61 52 - 1 90, dav@anwaltverein.de

Hrsg. vom Geschäftsführenden
Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht im DAV

