

NEWSLETTER AUGUST 2012

Inhaltsverzeichnis

Vorsicht bei Vertretungen innerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften oder innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums.....2

MVZ: Halber Sitz reicht für Fachübergreiflichkeit – Nachbesetzung von Angestelltensitzen4

Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 27. Juni 2012.....6

Doppelzulassung – Abrechnung des Ordinationskomplexes für beide Fachgruppen..... 10

Import der nicht zugelassenen Arzneimittel durch Ärzte - Verstoß gegen AMG 12

MESSNER DÖNNEBRINK MARCUS
RECHTSANWÄLTE PARTNERSCHAFTSGESELLSCHAFT
JEAN-PIERRE-JUNGELS-STR. 6, 55126 MAINZ
TEL.: 0 61 31 – 96 05 70 FAX: 0 61 31 – 9 60 57 62
INFO@MDM-MEDIZINRECHT.DE
WWW.MDM-MEDIZINRECHT.DE

REGISTERGERICHT KOBLENZ
REGISTER-NR.: PR 20150

www.mdm-medizinrecht.de

**Vorsicht bei Vertretungen
innerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften
oder innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums**

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seinem Urteil vom 14.12.2011 klargestellt, dass bei Abwesenheit eines Praxispartners oder aber eines angestellten Arztes innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) bei der Patientenbehandlung im Rahmen von Vertretungsregelungen ein Praxispartner nur dann berechtigt ist, bei Abwesenheit des anderen Partners vertragsärztliche Leistungen abzurechnen, wenn er die gleichen qualitativen Voraussetzungen erfüllt wie der abwesende Partner.



Dies gilt auch und gerade bei Berufsausübungsgemeinschaften, bei denen ein Arzt dem hausärztlichen und der andere Arzt dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugerechnet wird.

Das Bundessozialgericht stellt in seiner Urteilsbegründung fest, dass innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft eine Vertretung im Sinne von § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV (Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) nur dann möglich ist, wenn die Berufsausübungsgemeinschaft leistungserbringungs- und abrechnungstechnisch als eine einzige Person zu sehen ist. Voraussetzung ist, dass bei wechselseitiger Vertretung innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft der abwesende Partner durch einen Mitgesellschafter oder durch einen angestellten Arzt vertreten werden kann, wenn dieser leistungserbringungs- und abrechnungstechnisch die gleichen Voraussetzungen erfüllt wie der Partner.

Das Urteil enthält im Wesentlichen Klarstellung zu folgenden Punkten:

- 1.) Die haus- und fachärztliche Fachbereichstrennung ist auch bei Vertretungen innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft oder innerhalb eines MVZ zwingend einzuhalten.

www.mdm-medizinrecht.de

- 2.) Leistungen, für die ein spezieller Qualifikationsnachweis erforderlich ist, dürfen ausschließlich von einem Vertreter erbracht werden, der selbst die erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt.
- 3.) Leistungserbringung und Leistungsabrechnung müssen gemäß den berufsrechtlichen Fachbereichsgrenzen umgesetzt werden bzw. die Fachbereichsgrenzen müssen beachtet werden.

Quelle: BSG Urteil vom 14.12.2011, Az.: B 6 KA 31/10 R

www.mdm-medizinrecht.de

MVZ: Halber Sitz reicht für Fachübergreiflichkeit – Nachbesetzung von Angestellten

Maria-Stephanie Dönnebrink, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht, Mediatorin



Am 19.10.2011 hat das Bundessozialgericht klargestellt, dass ein halber Vertragsarzt- oder Angestelltensitz einer Fachgruppe im MVZ für die Erhaltung der Fachübergreiflichkeit ausreicht. Darüber hinaus hat das Bundessozialgericht Ausführungen zur Nachbesetzung von Angestelltensitzen im MVZ gemacht.

Gemäß § 103 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V (SGB V) ist auch in gesperrten Planungsbereichen die Nachbesetzung einer in einem MVZ frei gewordenen Arztstelle möglich. Hierbei ist keine Ausschreibung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und keine Bewerberauswahl durch den Zulassungsausschuss vorgesehen.

Das Bundessozialgericht hat nun entschieden, dass ein voller oder halber Angestelltensitz innerhalb von 6 Monaten nachbesetzt werden kann. In Ausnahmefällen ist der Zulassungsausschuss berechtigt, die Frist nochmals um höchstens 6 weitere Monate zu verlängern, wenn die Nachbesetzung trotz erkennbar ernstlichen Bemühens misslingt. Gewahrt ist die 6-Monatsfrist, wenn der Antrag auf Nachbesetzung binnen dieser Frist dem Zulassungsausschuss in vollständiger Form zugegangen ist und auch alle materiellen Voraussetzungen erfüllt sind. Hierbei muss es sich um einen „echten“ Antrag handeln, was bedeutet, dass der als Nachfolger benannte Arzt auch ernstlich an der Stelle interessiert sein muss. Anhaltspunkten, die dies als fraglich erscheinen lassen, muss der Zulassungsausschuss nach Auffassung des Bundessozialgerichts nachgehen.

Wird die 6-Monatsfrist nicht eingehalten, so erlischt das Recht auf Nachbesetzung.

Eine Nachbesetzung setzt voraus, dass die Anstellung des neuen Angestellten sich umfangsmäßig im Rahmen der bisherigen Besetzung hält und deren Umfang nicht überschreitet, die Stelle bereits real durch einen anderen Arzt besetzt sein muss, das Tätigkeitsspektrum des

www.mdm-medizinrecht.de

neuen Angestellten dem des vorherigen im Wesentlichen entspricht, wobei eine Identität der Fachgebiete jedoch nicht erforderlich ist, so das Bundessozialgericht.

Ein fortführungsfähiges Praxissubstrat ist jedoch für die Nachbesetzung – anders als für die Veräußerung einer Vertragsarztpraxis – nicht erforderlich.

Die oben dargestellte 6-Monatsfrist für die Nachbesetzung gilt jedoch nur für volle oder halbe Angestelltensitze. Für ein Viertel-Sitze gilt sie ausdrücklich nicht, da sich die Regelungen über Versorgungsaufträge sowie das Ruhen oder die Entziehung von Zulassungen im Sozialgesetzbuch V sowie in der Ärzte-Zulassungsverordnung jeweils nur auf volle oder halbe Zulassungen, nicht aber auf ein Viertel-Zulassungen beziehen. Daher hat das Bundessozialgericht ausdrücklich hervorgehoben, dass das Recht auf Nachbesetzung einer vakant gewordenen ein Viertel-Arztstelle nicht zeitlich begrenzt ist. Ausdrücklich nicht entschieden hat das Bundessozialgericht über den denkbaren Fall, dass in einem MVZ gezielt Bruchteile von Arztstellen unbesetzt gelassen werden, die kumuliert einen hälftigen Versorgungsauftrag ergeben. Hier könnte es sein, dass auch die Nachbesetzung einer ein Viertel-Arztstelle nach Ablauf von 6 Monaten für nicht mehr zulässig gehalten wird.

Quelle: Bundessozialgericht, Urteil vom 19.10.2011, Aktenzeichen: B 6 KA 23/11 R

Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 27. Juni 2012

Ute Frodl, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) hat am 27.06.2012 in folgenden drei Angelegenheiten das Vertragszahnarztrecht und in einer Angelegenheit das Vertragsarztrecht betreffend entschieden:

1) Honorarbegrenzung auf Grund einer HVM-Regelung – Az.: B 6 KA 36/11 R und B 6 KA 37/11 R -



In zwei identisch gelagerten Fällen das Jahr 2004 und 2005 betreffend hatte der klagende Zahnarzt mit weiteren Vertragszahnärzten (hierunter ein MKG-Chirurg) eine Praxisgemeinschaft geführt. Die beklagte Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) hatte in den streitgegenständlichen Jahren in den Honorarverteilungsvertrag (HVM) eine Regelung aufgenommen, dass bei Zahnärzten, die in einer Praxisgemeinschaft tätig sind, Abrechnungsfälle in der Fallzahlermittlung maximal bis zu einem Anteil von 5% an der Gesamtfallzahl der jeweiligen Praxis voll berücksichtigt werden und Überschreitungen zwischen den behandelnden Zahnärzten aufzuteilen seien. Somit erhielt bei zwei Behandlern jeder von ihnen das halbe Punktmengenkontingent, bei drei Behandlern ein Drittel, usw..

Das BSG hat in der Angelegenheit B 6 KA 37/11 R entschieden, dass diese Regelung in dem HVM nicht zu beanstanden sei. Mit der Aufteilung der pro Fall abrechenbaren Punktmenge auf die an der Behandlung eines Patienten beteiligten Praxen einer Praxisgemeinschaft verfolge die KZÄV ein sachgerechtes Anliegen und verletze nicht das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Diese Regelung diene dazu, eine durch die besonderen Organisationsstrukturen der Praxisgemeinschaft induzierte Fallzahlvermehrung zu begrenzen. Weiterhin hat das BSG ausgeführt, dass ein auffälliger Anteil an Mehrfachleistungen im Übrigen auch Anlass zu einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung geben könne. Dies stehe jedoch der abstrakten Regelung in dem HVM nicht entgegen. Auch sei die Toleranzgrenze von 5%, die auf den durchschnittlichen Anteil der Überweisungen von Zahnärzten an Kieferchirurgen Rücksicht nehme, nicht zu beanstanden.

www.mdm-medizinrecht.de

Aufgrund dieser Entscheidung hat der Kläger seine Berufung in dem Verfahren B 6 KA 36/11 R betreffend der gleichen Regelung für das Jahr 2004 zurückgenommen.

2) Erstattungszahlung einer Krankenkasse wegen überzahlter Gesamtvergütung im Jahr 2003 – B 6 KA 32/11 R und B 6 KA 33/11 R -

Die klagende BKK beehrte in der Angelegenheit B 6 KA 32/11 R von der beklagten KZÄV eine Erstattungszahlung wegen überzahlter Gesamtvergütung im Jahr 2003 in Höhe von 2,6 Mio. Euro. Die Krankenkasse hatte insoweit vorgetragen, dass das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips (WOrtPrG vom 11.12.2001) in der abgeschlossenen Vereinbarung für das Jahr 2003 nicht korrekt umgesetzt worden sei. Hier sei ein falscher Durchschnittswert berücksichtigt worden, der höher gewesen sei. Somit habe die BKK einen überhöhten Gesamtvergütungsbetrag gezahlt, die sie nunmehr erstattet verlangt.

Das BSG hat einen Anspruch der klagenden BKK verneint und ausgeführt, dass die Krankenkassen grundsätzlich an die Gesamtverträge gebunden seien, die von den zuständigen Krankenkassen-Landesverbänden mit den K(Z)Ven abgeschlossen wurden. Eine Ausnahme könnte nur dann vorliegen, wenn der Gesamtvertrag ganz oder teilweise nichtig sei. Hierfür müsse ein qualifizierter Gesetzesverstoß vorliegen, d.h. die offensichtliche Missachtung eines eindeutigen, aus sich heraus verständlichen gesetzlichen und für alle Vertragspartner strikt verbindlichen Verbots. Eine solche Konstellation bestehe hier jedoch nicht, so dass die Grundfrage der möglichen Durchbrechung der Bindung keiner Entscheidung bedürfe. Das BSG hat somit offen gelassen, ob die gesamtvertragliche Regelung, die vereinbart wurde mit dem WOrtPrG vereinbar ist.

In der Angelegenheit B 6 KA 32/11, in dem die klagende BKK eine Rückforderung in Höhe von 1,1 Mio. Euro beehrt hat, hat diese ihr Rechtsmittel zurückgenommen, so dass sich dieses Verfahren erledigt hat.

3) Schadenersatz wegen mangelhafter Prothetik – B 6 KA 35/11 R –

Der Kläger, ein ehemals an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmender Zahnarzt, hat einer Patientin, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert war, einen kombinierten Zahnersatz im Oberkiefer eingegliedert. Die Patientin hatte den Zahnersatz als schlecht sitzend beklagt, so dass ein Gutachten erstellt wurde. Der Gutachter hielt eine Neuanfertigung

www.mdm-medizinrecht.de

des Zahnersatzes für erforderlich. Daraufhin stellte der Prothetik-Einigungsausschuss fest, dass der Kläger die entstandenen Kosten an die Krankenkasse in Höhe der gezahlten 60% zurück zu erstatten habe.

Das BSG hat hier als Streitgegenstand den Bescheid des Prothetik-Einigungsausschusses II angenommen. Das BSG hat in seiner Entscheidung ausgeführt, dass Rechtsgrundlage eines solchen Schadenersatzanspruches im Primärkassenbereich der Gesamtzusammenhang der Vorschrift der §§ 23 ff BMV-Z hinsichtlich der Pflichten der Vertragszahnärzte bei der prothetischen Versorgung der Versicherten sei. Nicht anders als im Ersatzkassenbereich ergebe sich aus dieser Gesamtschau auch im Primärkassenbereich, dass der Vertragszahnarzt der Krankenkasse den Schaden zu ersetzen habe, der dieser entsteht, wenn sie ihrem Versicherten erneut eine prothetische Versorgung gewähren muss, weil die Erstversorgung durch den Zahnarzt mangelhaft war. Grundsätzlich ergebe sich die Mangelhaftigkeit einer prothetischen Versorgung in diesem Sinne daraus, dass der eingegliederte Zahnersatz nach fachkundiger Beurteilung solche Mängel aufweise, dass er vom Versicherten nicht oder nur mit unzumutbaren Einschränkungen getragen werden könne. Die fehlende Nutzbarkeit des Zahnersatzes indiziere eine schuldhafte Pflichtverletzung des Zahnarztes bei der Versorgung.

4) Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) zur „Verhinderung ungewollter Honorarverluste für besonders förderungswürdige Leistungen“.

In dieser Angelegenheit hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sich gegen zwei Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) aus dem Jahr 2009 gewandt. In diesen Beschlüssen hatte der EBewA die Partner der Gesamtverträge verpflichtet, entsprechende leistungsbezogene Zuschläge zu vereinbaren, wenn und soweit die (insbesondere) für belegärztliche Leistungen sowie für ambulante Operationen nach neuem Recht ermittelte Vergütung die gemäß den gesamtvertraglichen Regelungen zu zahlende Vergütung für das Jahr 2008 unterschreite. Der EBewA hatte weiterhin vorgegeben, dass diese Zuschläge aus den Rückstellungen zur Verhinderung ungewollter Honorarverluste zu vergüten sei und die Krankenkassen verpflichtet, die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und diese Rückstellungen entsprechend zu erhöhen.

Das BSG hat in dieser Sache das Urteil der Vorinstanz bestätigt, dass keine Ermächtigung des EBewA für den Erlass solcher Beschlüsse bestehe.

www.mdm-medizinrecht.de

Das BSG hat ausgeführt, dass der Gestaltungspielraum des EBewA durch die ihm gesetzlich zugewiesenen Kompetenzen begrenzt sei. Der EBewA könne sich nicht auf spezielle gesetzliche Ermächtigungen berufen, die strittigen Regelungen seien weder durch § 87b Abs. 4 S. 2 SGB V alte Fassung (aF) noch durch § 87 Abs. 2f SGB V aF gedeckt. Diese Normen ermächtigen den EBewA nicht dazu, in die den regionalen Vertragspartnern gesetzlich zugewiesenen Kompetenzen einzugreifen, wie deren Berechtigung, Zuschläge zum Orientierungspunktwert zu vereinbaren, oder deren Verpflichtung, die Höhe der Gesamtvergütung durch Gesamtverträge zu regeln. Auch die den Krankenkassen auferlegte Nachschusspflicht widerspreche der gesetzlichen Regelung, da diese die Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung zahle.

Quelle: *Terminvorschau Nr. 33/12 und Terminbericht Nr. 33/12 des Bundessozialgerichts*

www.mdm-medizinrecht.de

Doppelzulassung – Abrechnung des Ordinationskomplexes für beide Fachgruppen

Stefanie Raab, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Wird ein Arzt für mehrere Fachgebiete zugelassen, muss er in seinen Behandlungsfällen den Ordinationskomplex des jeweiligen Fachgebietes abrechnen können.

Die beklagte KV vergütete der Klägerin, sowohl Fachärztin für Augenheilkunde als auch Fachärztin für Neurologie, den neurologischen Ordinationskomplex nicht. Auch der neurologische Ordinationskomplex wurde lediglich mit dem Wert des augenärztlichen Ordinationskomplexes vergütet.

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe des Ordinationskomplexes in allen seinen Behandlungsfällen einheitlich nach dem Versorgungsauftrag. Zwar kommt dem Bewertungsausschuss grundsätzlich eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Ausgestaltung des EBM-Ä zu, dies rechtfertigt aber nicht, dass dem Arzt, der für mehrere Fachgebiete zugelassen ist, in allen seinen Behandlungsfällen einheitlich nur ein Ordinationskomplex aus einem Fachgebiet zuerkannt wird.

Nach dem Zulassungsrecht im Vertragsarztrecht des Sozialgesetzbuch V (SGB V) ist es Ärzten gestattet, für mehrere Fachgebiete die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu erlangen. Solange dies möglich ist und die Ärzte davon Gebrauch machen, ergibt sich die Konsequenz, dass es dem Arzt auch gestattet sein muss, in allen Fachgebieten, für die er die Zulassung erlangt hat, seine vertragsärztliche Tätigkeit auszuüben. Dies schließt auch ein, dass der Arzt die Leistungstatbestände des jeweiligen Fachgebietes einschließlich der Ordinationsgebühr abrechnen kann.

Dem Vertragsarzt kann nicht die im Zulassungsrecht eingeräumte Möglichkeit der Zulassung für mehrere Fachgebiete durch das Abrechnungs- und Vergütungsrecht wieder genommen werden. Dies widerspricht auch Art. 12 Abs. 1 GG.

www.mdm-medizinrecht.de

Einem für mehrere Fachgebiete zugelassenen Arzt in seinen Behandlungsfällen jeweils nur den Ordinationskomplex aus einem Fachgebiet zuzuerkennen, verstößt auch gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz von Art. 3 GG, da dies bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen auch nicht getan wird.

Quelle: BSG, Urteil vom 11.05.2011, Az. B 6 KA 2/10 R

www.mdm-medizinrecht.de

Import der nicht zugelassenen Arzneimittel durch Ärzte - Verstoß gegen AMG

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin

Ein Unternehmen, das ein in Deutschland nach § 21 Arzneimittelgesetz (AMG) zulassungspflichtiges, aber nicht zugelassenes Arzneimittel vertreibt, oder ein Arzt, der dem Patienten ein solches verabreicht, verstößt gegen §§ 95 i.V.m. 43 Abs. 1 AMG. Der Verstoß wird mit einer empfindlichen Geldstrafe und unter Umständen mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr sanktioniert. Die Rechtslage bei der Verwendung der in Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel, die in anderen EU-Ländern (Österreich, Spanien, Zypern) zulassungsfrei und z.B. als Kosmetika gelten, ist unübersichtlich und führt zur Verwirrung. Für den Eigenbedarf dürfen Patientinnen ein in Deutschland nicht zugelassenes Arzneimittel aus dem Ausland einführen und sich durch den Arzt mit diesem Arzneimittel behandeln lassen. Dieser Vorgang ist für den Arzt rechtlich zulässig. Importiert jedoch der Arzt das nicht in Deutschland zugelassene Arzneimittel selbst und behandelt damit die Patienten, liegt ein Verstoß gegen §§ 95 i.V.m. 43 Abs. 1 AMG mit strafrechtlichen und ordnungsrechtlichen Konsequenzen vor.



Eine gewisse Brisanz hat das Thema des Vertriebs bzw. der Verabreichung der in Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel durch die aktuellen Ermittlungen der Staatsanwaltschaft in Nordrhein-Westfalen gegen Gynäkologen erreicht, die den Patientinnen in Deutschland nicht zugelassene Verhütungsspritzen verabreichten, die in Österreich zulassungsfrei sind.

Aber auch der Vertrieb der aus dem Ausland bezogenen und in Deutschland zugelassenen Wirkstoffe ist nicht immer unproblematisch. Es besteht gem. § 43 Abs. 1 S. 1 und S. 2 AMG eine Apothekenpflicht für alle zulassungspflichtigen Arzneimittel, die nicht unter die Ausnahmenvorschriften nach §§ 44, 45 Abs. 1 und 47 Abs. 1 Nr. 1 bis 9) AMG fallen. Außerhalb der Apotheken darf (bis auf die genannten Ausnahmefälle) mit zulassungspflichtigen Arzneimitteln kein Handel getrieben werden.

www.mdm-medizinrecht.de

Die Anwendung des Arzneimittels seitens der Ärzte am Patienten ist keine Abgabe i.S.d. AMG und unterliegt daher nicht der Apothekenpflicht nach § 43 AMG. Folglich sind Ärzte berechtigt, Arzneimittel, auch wenn sie apothekenpflichtig sind, bei der Behandlung als Praxisbedarf anzuwenden, da eine solche Anwendung nicht als Inverkehrbringen i.S.d. § 4 Abs. 17 AMG anzusehen ist. Allgemein zählen zum Praxisbedarf Arzneimittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Patienten Verwendung finden oder bei Notfällen sowie im Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff zur Verfügung stehen müssen. Mittel, die nur für einen Patienten bestimmt sind, zählen nicht zum Praxisbedarf.

Der sicherste Weg für die Verwendung von solchen Arzneimitteln von einem Arzt ist daher die Behandlung im Rahmen des Praxis- und Sprechstundenbedarfs.

Bei der Problematik wird außerdem das sog. „Off-Label-Use“ eines Arzneimittels relevant. Von einer solchen „Off-Label-Behandlung“ spricht man beim zulassungsüberschreitenden Einsatz eines Arzneimittels entweder außerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete oder mit einer höheren Dosierung oder anderen Verabreichungsform als zugelassen. Die Applikation im Rahmen des „Off-Label-Use“ liegt in voller Verantwortung des verabreichenden Arztes und kann bei den GKV-Patienten zudem zur Weigerung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen führen.

Zusammenfassend empfiehlt es sich aufgrund der Komplexität des Themas und der drohenden strafrechtlichen Konsequenzen bei dem geplanten Import bzw. der Verabreichung von Arzneimittel aus dem Ausland, einen rechtlichen Rat vom Spezialisten auf dem Gebiet des Medizinrechts einzuholen.

Quelle: Kloesel/Cyran, Kommentar zum AMG