

NEWSLETTER JULI 2013

**Inhaltsverzeichnis**

Sorgfältige Behandlungs-Dokumentationen – Schutz des Vertrags(zahn)arztes vor und in Wirtschaftlichkeitsprüfungen .....	2
AMG – Änderungsgesetz verschärft gesetzliche Mitteilungspflichten bei Anwendungsbeobachtungen (AWB).....	5
Zahnarzt darf keine Faltenunterspritzungen durchführen.....	7
Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 05.06.2013 .....	9
Zur Hemmung der 4-jährigen Ablaufrist im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	14
Medizinische Beratung im Internet und Verbot der Fernbehandlung.....	16
Angestellte Ärzte: Anspruch auf einen bezahlten Weiterbildungsurlaub .....	18

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

## Sorgfältige Behandlungs-Dokumentationen – Schutz des Vertrags(zahn)arztes vor und in Wirtschaftlichkeitsprüfungen

von Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



*„Jeder Vertragszahnarzt muss seine Behandlungsdokumentationen so führen, dass aus ihnen die konkret erbrachten Leistungen hervorgehen, insbesondere die Einhaltung von Behandlungsrichtlinien (Anm.: hier Parodontose-Richtlinien), wobei die Dokumentation lediglich von Leistungskürzeln nicht ausreicht. Dokumentationen müssen zeitnah zur Behandlung erstellt werden.“* so der Orientierungssatz zum Urteil des Sozialgerichts Marburg. Gleiches gilt für Vertragsärzte.

In dem entschiedenen Fall klagte eine Gemeinschaftspraxis, bestehend aus drei Vertragszahnärzten, einer von diesen zusätzlich MKG-Chirurg, gegen eine von der Gemeinsamen Prüfungsstelle der Zahnärzte festgesetzte Honorarkürzung in Höhe von EUR 41.075,37. Der Betrag wurde für 128 Parodontose-Behandlungsfälle in einem Zeitraum von 4 Quartalen (07/2007-06/2008) wegen Unwirtschaftlichkeit festgesetzt, d.h. wegen überdurchschnittlicher Menge vertragszahnärztlicher oder vertragszahnärztlich veranlasster Leistungen im Verhältnis zu den Durchschnittswerten der Fachgruppe. Bestehen begründete Zweifel, dass die vertragszahnärztlichen Leistungen den Tatbestand der Vergütungsnormen (BEMA, Behandlungsrichtlinien) gar nicht erst erfüllten, hat der Vertragszahnarzt auch das Vorliegen der Abrechnungsfähigkeit der Leistungen zu beweisen, will er seinen Vergütungsanspruch behaupten. Auch die letztere Frage der Vergütungsvoraussetzungen kann die Prüfungsstelle aus verfahrensökonomischen Gründen mit prüfen, wenn sich diese nachträglich ergeben und sie das Verfahren nicht überwiegen (sonst Abgabe an die zuständige KZV / KV).

Das Sozialgericht stellte in dem Urteil nochmals ausdrücklich klar:

- eine Genehmigung der jeweilige (Parodontose-) Behandlung durch die Krankenkasse des Patienten lässt Wirtschaftlichkeitsprüfungen deswegen nicht entfallen;
- der Vertragszahnarzt hat zahnmedizinische Einwände (Praxisbesonderheiten, Behandlungsumstände, interne Umstände usw. und deren Nachweis) gegen den Anschein der Unwirtschaftlichkeit bereits vor den Prüfungsgremien vorzutragen, zu begründen, und zu beweisen - ihn trifft diesbezüglich eine Mitwirkungspflicht und eine Darlegungslast. Dies kann vor Gericht nicht mehr vorgetragen oder nachgeholt werden (Verspätungseinwand!);
- sind die Behandlungsdokumentationen unzureichend, d.h. kann auch ein Zahnmediziner aus der vorgelegten Dokumentation den zahnmedizinischen Behandlungsablauf und die konkret erbrachten Leistungen nicht nachvollziehen, so ist auf Unwirtschaftlichkeit zu schließen: „Fehlt es bereits an der Dokumentation, so fehlt es damit bereits an einer Begründung, weshalb Kosten angefallen sind“, so das Sozialgericht Marburg. Auch im Arzthaftungsprozess wegen eines behaupteten Behandlungsfehlers gilt eine dokumentationsbedürftige, jedoch vom (Zahn)arzt nicht dokumentierte Maßnahme bis zum Beweis des Gegenteils durch den (Zahn)arzt als nicht durchgeführt (s. dazu Bundesgerichtshof, Urteil vom 29.09.1998, Az. VI ZR 268/97);
- die Dokumentationsanforderungen sind für den Vertragszahnarzt u.a. in den §§ 295 Abs.1 S.1 Nr.2 SGB V, 5 BMV-Z, 7 EKV-Z, der Behandlungsrichtlinie Vertragszahnärzte (zur Parodontosebehandlung in B.V.2.) und § 28 Röntgenverordnung niedergelegt;
- allein das Dokumentieren allgemeiner Kürzel (MHU, EK, TB, PA-N, PABV, usw., oder von Textbausteinen ohne Spezifikationen ist zu Dokumentationszwecken nicht ausreichend;
- der (Zahn)arzt hat parallel zur Behandlung oder zeitnah dazu zu dokumentieren;
- Zum Beweiswert der Dokumentation in Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren oder Verfahren sachlich-rechnerischer Richtigstellung: Ergeben sich keine Anzeichen für Zweifel an der Dokumentation, ist von der Richtigkeit der Dokumentation auszugehen. Sind dokumentationspflichtige Leistungen nicht dokumentiert worden (Vergütungsvorausset-

[www.messner-marcus.de](http://www.messner-marcus.de)

zung), kann der Vertrags(zahn)arzt später im Hinblick auf den Vergütungsanspruch nicht mehr vortragen, sie aber dennoch erbracht zu haben!

**Fazit:**

Neben dem Arzthaftungsrecht ist es auch aus Gründen möglicher Honorarkürzungen oder Regresse dringend geboten eine sorgfältige (zahn)ärztliche Behandlungs-Dokumentation zu führen.

Entstehen Schwierigkeiten, empfiehlt es sich stets einen spezialisierten Fachanwalt für Medizinrecht zu einer professionellen Verteidigung einzuschalten!

Quelle: Sozialgericht Marburg, Urteil vom 21.11.2012, Az. S 12 KA 8/12

## **AMG – Änderungsgesetz verschärft gesetzliche Mitteilungspflichten bei Anwendungsbeobachtungen (AWB)**

von Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Das dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Drucksache 17/13083, das am 07. Juni 2013 vom Bundestag angenommen wurde, verschärft die gesetzlichen Mitteilungspflichten des Unternehmens, das Anwendungsbeobachtungen (AWB) bei zugelassenen oder registrierten Arzneimitteln nach § 67 Abs.6 Arzneimittelgesetz (AMG) durchführen lässt.

Nunmehr müssen neben Art und Höhe der an die teilnehmenden Vertragsärzte tatsächlich geleisteten Entschädigungen auch Ausfertigungen der mit ihnen geschlossenen Verträge bei BfArM, KBV, Spitzenverband der Krankenkassen und dem PKV-Verband eingereicht werden. Die teilnehmenden Vertragsärzte müssen mit Name und lebenslanger Arztnummer (LANR) für KBV, Spitzenverband der Krankenkassen dabei identifizierbar sein. Der Aufwand des Vertragsarztes im Rahmen der AWB ist ebenso darzustellen, wie eine Rechtfertigung für die Angemessenheit der Höhe der Entschädigung, wobei spätere Veränderungen auch später noch quartalsweise zu übermitteln sind. Innerhalb eines Jahres nach Abschluss der Datenerfassung ist die Gesamtzahl der beteiligten Ärzte und Patienten, sowie die Gesamtsumme der jeweils und insgesamt geleisteten Entschädigung zu übermitteln. Dem BfArM ist innerhalb eines Jahres nach Abschluss der AWB zudem ein Abschlussbericht zu übermitteln, der von diesem über das Internetportal der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen ist.

Bisher bereits in § 67 Abs.6 AMG geregelt ist, dass AWB dem BfArM, der KBV, dem Spitzenverband der Krankenkassen und dem PKV-Verband unter Angabe von Ort, Zeit, Ziel und Beobachtungsplan unverzüglich anzuzeigen sind. Entschädigungen, die an Ärzte für ihre Beteiligung an AWB geleistet werden, sind nach ihrer Art und Höhe dabei so zu bemessen, dass

[www.messner-marcus.de](http://www.messner-marcus.de)

kein Anreiz für eine bevorzugte Verschreibung oder Empfehlung bestimmter Arzneimittel entsteht.

Entsprechende Regelungen gelten nach diesem Gesetz nun ebenso für nichtinterventionelle Unbedenklichkeitsprüfungen nach § 63 f AMG, der eine vergleichbare Novellierung erhielt.

*Quelle: Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Drs. 17/13083; Bundesrats-Drucksache 492/13 vom 14.06.2013*

## **Zahnarzt darf keine Faltenunterspritzungen durchführen**

von Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Mit Urteil vom 18.04.2013 stellte das Oberverwaltungsgericht NRW klar, dass ein Zahnarzt auch bei kosmetischen Eingriffen auf das ihm berufsrechtlich zugewiesene Behandlungsgebiet der Zähne, des Mundes und des Kiefers gemäß § 1 Abs. 3 Satz 1 Zahnheilkundengesetz (ZHG) beschränkt bleibt.

In dem beurteilten Fall hatte eine approbierte, niedergelassene Zahnärztin bei der zuständigen Zahnärztekammer Westfalen-Lippe angezeigt, dass sie beabsichtige Faltenunterspritzungen mittels Mesotherapie, Injektionslipolyse, Hyaluronsäure bzw. Botulinumtoxin teils im Gesichtsbereich, im Naso-Labial- bzw. Mundwinkel-Bereich und teils im Halsbereich durchzuführen. Die Zahnärztekammer teilte dem Kammermitglied mit, dass – unabhängig vom verwendeten Mittel – Faltenunterspritzungen, die über den eigentlichen Lippenbereich hinaus gingen, vom Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde nach § 1 Abs.3 ZHG nicht von der zahnärztlichen Approbation umfasst und daher berufsrechtswidrig seien.

Dies bestätigte das Oberverwaltungsgericht vollumfänglich. Nichts anderes ergebe sich auch aus der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, die in Art. 36 Abs. 1 und 3 der Richtlinie die Berufstätigkeit des Zahnarztes beschreibt und hierdurch u.a. einer eindeutigen Abgrenzung zwischen Heilkunde und Zahnheilkunde dient. Auch wenn bei bestimmten chirurgischen Behandlungen eines Zahnarztes im Bereich der Zähne, des Mundes oder des Kiefers ein notwendiger begleitender Übergriff auf die Gesichtshaut ausnahmsweise zulässig sei, berechtige der BEMA-Z bzw. die GOZ nicht dazu, die finale Behandlung des Naso-Labial-Bereichs und der sonstigen Bereiche der Gesichtshaut und des Halses durchzuführen. Es stelle auch keine Verletzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach Art. 3 Abs. 1 Grundge-

[www.messner-marcus.de](http://www.messner-marcus.de)

setz dar, wenn Heilpraktikern die Faltenunterspritzung erlaubt sei, diese dem Zahnarzt aber trotz besserer Fachkompetenz verwehrt bleibe.

Auf die Frage, ob die Zahnärztin die von ihr geplanten Tätigkeiten mittels einer Heilpraktikererlaubnis hätte durchführen können (bei der aufgrund der Vorkenntnisse ggf. ganz oder teilweise von der nach Heilpraktikergesetz vorgegebenen Kenntnisprüfung abgesehen werden könnte) wurde, da nicht verfahrensgegenständlich, in dem Verfahren nicht eingegangen.

Quelle: *Oberverwaltungsgericht NRW, Urteil vom 18.04.2013, Az. 13 A 1210/11*

## Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 05.06.2013

Ute Frodl, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) hat am 05. Juni 2013 in folgenden sieben Angelegenheiten das Vertragsarztrecht betreffend entschieden:

### 1. Ausspruch einer „Beratung“ im Rahmen einer Richtgrößenprüfung (B 6 KA 40/12 R)

Der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) lag folgender Sachverhalt zugrunde: Die klagende Gemeinschaftspraxis wendet sich gegen die Festsetzung einer Beratung im Rahmen der sogenannten Richtgrößenprüfung. Der Prüfungsausschuss hatte wegen einer Überschreitung der Arzneiverordnungs-Richtgröße 2006 um 25,92% zunächst einen Regress ausgesprochen. Nach dem Widerspruch der Klägerin hatte der Beschwerdeausschuss den Regress durch eine „Beratung“ ersetzt und der Klägerin eine weitere Praxisbesonderheit im Zusammenhang mit der Betreuung von Seniorenheimpatienten zugebilligt. Der beklagte Beschwerdeausschuss hatte durch einen Vergleich der Diagnosehäufigkeit mit der Fachgruppe die insoweit errechneten Mehrkosten der Klägerin – es wurden 20 Patienten namentlich benannt – als Praxisbesonderheit anerkannt.



Das BSG hat in seiner Entscheidung festgestellt, dass der beklagte Beschwerdeausschuss dem Hinweis der Klägerin auf die Betreuung von Pflegeheimpatienten durch Überprüfung des Anteils der Patienten mit Demenzerkrankung, der Häufigkeit von Wundversorgungen, der Abweichung vom Diagnosespektrum der Vergleichsgruppe und nicht zuletzt durch eine Überprüfung der Verordnungen für die von der Klägerin namentlich genannten Patienten nachgegangen sei und diese als Praxisbesonderheit berücksichtigt habe. Darüberhinausgehende Besonderheiten hätten von der Klägerin dargelegt werden müssen. Weder der generelle Vortrag, die Klägerin betreue Bewohner eines Pflegeheims, noch das Vorbringen, dass hochbetagte Pati-

enten besonders hohe Kosten verursachen, reichen aus, um einen Mehraufwand bei den Verordnungs-kosten zu rechtfertigen.

## **2. Genehmigung gem. § 121a SGB V zur Durchführung künstlicher Befruchtung (B 6 KA 28/12 R)**

Der Entscheidung des BSG lag folgender Sachverhalt zugrunde: Die Klägerin ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und in dem Ort G. in Niedersachsen zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen. Die beklagte Landesärztekammer Niedersachsen hat der Klägerin die Genehmigung gemäß § 121a SGB V erteilt. Die Klägerin begehrt eine weitere Genehmigung gemäß § 121 a SGB V von der beklagten Landesärztekammer Hessen (und zugleich eine Ermächtigung zum Betrieb einer Zweigpraxis in dem Ort K – siehe Verfahren zu 3.). Dies hat die Beklagte mit der Begründung des Fehlens einer Zweigpraxisgenehmigung und zum anderen mit Defiziten der Leistungsfähigkeit der Klägerin i.S.v. § 121a Abs. 2 Nr. 2 SGB V begründet.

Das BSG hat wie die Vorinstanzen festgestellt, dass die Beklagte die Genehmigung gemäß § 121a SGB V zu Recht zurückgewiesen habe. Das BSG hat ausgeführt, dass der Anspruch der Klägerin nicht daran scheitere, dass sie noch keine Ermächtigung zum Betrieb der geplanten Zweigpraxis habe. Insoweit reiche es aus, wenn sie den darauf gerichteten und grundsätzlich entscheidungsreifen Antrag in örtlicher Hinsicht konkretisiert habe, indem sie als Einzugsbereich für die von ihr beabsichtigte Tätigkeit die Stadt K angegeben habe. Weiter hat das BSG ausgeführt, dass die beklagte Landesärztekammer bei ihrer Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit den Gesichtspunkt einbeziehen durfte, dass bereits ein umfassendes Leistungsangebot durch andere schon vorhandene Leistungserbringer gegeben war. Weiterhin habe die Beklagte die Klägerin zu Recht wegen des nur begrenzten sachlichen und zeitlichen Leistungsangebots und einer Praxisstruktur mit Weiterverweisungen an ihren Hauptstandort in G. als nicht ausreichend leistungsfähig im Sinne des § 121a Abs. 2 Nr. 2 SGB V erachtet.

### **3. Ermächtigung zum Betrieb einer Zweigpraxis zur Durchführung künstlicher Befruchtungen (B 6 KA 29/12 R)**

In diesem Fall hat die Klägerin – wie zuvor im Fall 2 – bei dem Zulassungsausschuss eine Ermächtigung zum Betrieb einer Zweigpraxis in der Stadt K. zur Durchführung künstlicher Befruchtungen beantragt. Diesen Antrag hat der Zulassungsausschuss abgelehnt, da eine Versorgungsverbesserung nicht vorliege, da in K. der Versorgungsbedarf gedeckt sei; es bestünden sogar noch freie Behandlungskapazitäten. Das in K. tätige reproduktionsmedizinische MVZ halte ein umfassendes Leistungsangebot vor.

Das BSG hat die Urteile der Vorinstanzen bestätigt und festgestellt, dass die Klägerin keinen Anspruch auf eine Ermächtigung zum Betrieb einer Zweigpraxis in K. habe. Da die Klägerin am Standort der Zweigpraxis ausschließlich Leistungen erbringen möchte, für die sie eine Genehmigung nach § 121a SGB V benötige, müsse der Anspruch bereits aufgrund der Tatsache zurückgewiesen werden, dass der Klägerin die Genehmigung im Verfahren zu 2. bestandskräftig abgelehnt worden sei.

Grundsätzlich dürften die Zulassungsgremien Anträge auf Sonderbedarfszulassung oder Ermächtigung (etwa nach § 116 SGB V oder § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV), die Leistungen im Sinne des § 121a iVm. § 27a Abs. 1 SGB V beinhalten, nicht allein deshalb ablehnen, weil ein Antragsteller (noch) nicht über die nach § 121a SGB V erforderliche Genehmigung verfüge. In der Regel sei das Verfahren auszusetzen, bis die Entscheidung der zuständigen Behörde nach § 121a SGB V ergangen sei. Ob dies auch gelte, wenn und solange ein Antragsteller eine negative Entscheidung nach § 121a SGB V gerichtlich überprüfen lasse, könne nicht für alle denkbaren Konstellationen einheitlich beantwortet werden. Eine Bindung der Zulassungsgremien an die Entscheidung nach § 121a SGB V bestehe insoweit, als diese eine Genehmigung versagt. Zu den für eine positive Entscheidung nach § 121a SGB V maßgeblichen Erwägungen der zuständigen Behörde dürfen sich die Zulassungsgremien auch nicht in Widerspruch setzen. Sie sind aber nicht gehindert, aus spezifisch vertragsarztrechtlichen Gründen Anträge auf Zweigpraxisgenehmigung oder Ermächtigung oder auf Sonderbedarfszulassung trotz Erteilung der Genehmigung nach § 121a SGB V abzulehnen.

#### **4. Honorarkürzung wegen Konvergenzvereinbarung Quartale 2/09 und 3/09 ( B 6 KA 47/12 R)**

Dieser Entscheidung des BSG lag folgender Sachverhalt zugrunde: Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung kürzte das Honorar der Klägerin in dem Quartal 2/09 um EUR 6.078 und im Quartal 3/09 um EUR 6.755 aufgrund einer Konvergenzvereinbarung, die die Beklagte mit den Krankenkassen abgeschlossen hatte. Diese sah vor, dass –verglichen mit dem Vorjahresquartal – Honorarverluste um mehr als 5% durch Ausgleichszahlungen ausgeglichen werden und deren Finanzierung dadurch erfolgt, dass Honorarzuwächse um mehr als 5% quotiert werden und auf Rückstellungen zurückgegriffen wird.

Das BSG hat entschieden, dass die Honorarkürzungen auf Grund der Konvergenzvereinbarung für das Jahr 2009 rechtswidrig waren. Das BSG hat ausgeführt, dass weder das SGB V noch die Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses eine Ermächtigung dafür enthielten, dass die Mittel für den grundsätzlich zulässigen Ausgleich überproportionaler Honorarverluste ganz überwiegend aus der Quotierung der Honoraransprüche solcher Praxen zu generieren, deren Honorarumsätze für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung den Vergleichswert des Vorjahres um mehr als 5% überschritten. Diese Finanzierungsregelung widerspräche der gesetzlichen Konzeption der Regelleistungsvolumina. Soweit ein Ausgleich überproportionaler Honorarverluste nicht durch Rückstellungen finanziert werden konnten, durften die erforderlichen Beträge nicht durch eine pauschale Inanspruchnahme der „Gewinnerpraxen“ gewonnen werden. Die KÄV hätte sich um eine gleichmäßige Belastung aller ihrer Mitglieder bemühen müssen.

#### **5. Rechtmäßigkeit eines Honorarverteilungsvertrages (HVV Niedersachsen) in den Quartalen 2/05 bis 4/05 (B 6 KA 31/12R bis B 6 KA 33/12 R)**

In diesen drei identisch gelagerten Fällen ging es um Streitigkeiten über die Höhe von vertragsärztlichem Honorar in den Quartalen 2/05 bis 4/05. Die Kläger, Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Lungen- und Bronchialheilkunde bzw. Frauenheilkunde und

Geburtshilfe nehmen im Bezirk der beklagten KÄV Niedersachsen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Beklagte setzte den Honoraranspruch der Kläger auf der Grundlage des seinerzeit geltenden HVV fest, welcher die Bildung von Regelleistungsvolumen (RLV) für die einzelnen Arztgruppen vorsah. Die im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 aufgeführten Arztgruppen wurden jeweils in drei Untergruppen aufgeteilt, für die sich unterschiedliche Fallpunktzahlen ergaben. Die Zuordnung der Arztpraxen zu den Untergruppen richtete sich nach der Höhe des von der jeweiligen Arztpraxis im Referenzzeitraum erzielten Fallwertes.

Das BSG hat ausgeführt, dass die im HVV vorgesehene Zuweisung von Fallpunktzahlen an Praxen derselben Arztgruppe je nach bisher abgerechneten Fallwerten rechtmäßig sei und Bundesrecht nicht widerspreche. § 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V ermächtigt die KVen, neben Regelleistungsvolumen ergänzende Steuerungsmaßnahmen vorzusehen, soweit damit das Instrument der RLV als gesetzgeberisches Leitbild der Vergütung nicht in Frage gestellt wird. Dies sei hier nicht der Fall. Arztgruppenspezifische Grenzwerte tragen unterschiedlichen Praxisstrukturen –Praxen mit eher begrenztem Behandlungsspektrum und hohen Fallzahlen auf der einen und Praxen mit sehr hohem diagnostischen oder therapeutischem Potential bei eher geringer Fallzahl auf der anderen Seite – nur unzureichende Rechnung. Aus diesem Grund müssen die Regelungen in den HVV für abweichende Festsetzungen des RLV bei bestimmten besonderen Praxisausrichtungen oder zumindest entsprechende Härtefallregelungen enthalten. Es sei nicht offensichtlich verfehlt, abweichende Praxisstrukturen durch eine Unterteilung der vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Arztgruppen in fallwertbezogene Untergruppen einzuteilen. Auch wenn es sich dabei um eine grobe Typisierung handele, sei die Annahme nicht sachwidrig, dass hohe Fallwerte ganz regelmäßig mit dem Angebot bestimmter hoch bewerteter Leistungen korrelieren, die Höhe des Fallwertes also einen Hinweis auf bestehende Praxisstrukturen gebe. Die Vertragspartner des HVV durften somit im Rahmen des ihnen zustehenden Gestaltungsspielraums eine differenzierte Zuweisung von Fallpunktzahlen vornehmen.

*Quelle: [Presseinformation des Bundessozialgerichts, Terminvorschau Nr. 25/13 und Terminbericht Nr. 25/13 vom 06.07.2013](#)*

## **Zur Hemmung der 4-jährigen Ablauffrist im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Stefanie Raab, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Im Verfahren der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung, hemmt ein Prüfauftrag die 4-jährige Ausschlussfrist für den Erlass eines Regressbescheides wegen der unwirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln nicht.

Eine Hemmung kann nur eintreten, wenn die betroffenen Ärzte über die Gründe der Nichtdurchführung der Prüfung rechtzeitig informiert werden. Die Information, dass eine Prüfung durchgeführt werden soll, ist nicht ausreichend.

Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 15.08.2012 entschieden, dass der mit der Ausschlussfrist verbundene Schutz des Arztes, nicht zeitlich unbegrenzt für seine Verordnungen in Regress genommen werden zu können, ins Leere liefe, wenn nicht erst der Bescheid über einen Arzneikostenregress oder über die Ablehnung eines Arzneikostenregresses, sondern allein die Mitteilung, das Verordnungsverhalten eines Arztes werde geprüft, bereits die zu Gunsten des Arztes bestehende 4-jährige Ausschlussfrist hemmen würde.

Der Prüfantrag sei kraft Gesetzes Voraussetzung für die Durchführung eines Prüfverfahrens und ihm komme die Wirkung zu, den Ablauf der Ausschlussfrist für die Festsetzung eines Arzneikostenregresses zu hemmen.

Nur, wenn die Wirtschaftlichkeitsprüfung als Richtgrößenprüfung oder statistische Vergleichsprüfung durchgeführt werde und Quartale betroffen seien, in denen diese Prüfung von Amts wegen durchzuführen sei und damit der Prüfantrag entbehrlich ist, gilt dies grundsätzlich nicht.

In einem anderen Fall, in dem die Durchschnittsprüfungen aufgrund eines Streits zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassenverbänden über die Prüfvereinbarung oder die anzuwendende Prüfmethode zunächst nicht habe durchgeführt werden können, hat das BSG anders entschieden. Dem Vertrauensschutz der Vertragsärzte werde dadurch Rechnung getragen, dass ihnen der Grund für die Aussetzung in der Prüfungsankündigung mitgeteilt werde. Der Prüfungsausschuss hatte in diesem Fall mitgeteilt, dass eine Prüfung nach Durchschnittswerten durchgeführt werden soll und auch dass dieses Verfahren im Hinblick auf eine mögliche Richtgrößenprüfung nicht betrieben wird.

Die wegen der möglichen Durchführung einer Richtgrößenprüfung bestehende Hemmung dauere so lange, bis eine Entscheidung dazu getroffen sei oder die Richtgrößenprüfung aus Rechtsgründen nicht mehr durchgeführt werden könne.

*Quelle: BSG Urteil vom 15.05.2012 Az. B 6 KA 45/11 R und B 6 KA 27/11 R*

## Medizinische Beratung im Internet und Verbot der Fernbehandlung

Stefanie Raab, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Stellt ein Nutzer eines Internetforums eine speziell auf seinen Gesundheitszustand bezogene Frage und beantwortet der ärztliche Experte diese Frage speziell bezogen auf den Gesundheitszustand des Anfragenden, liegt eine individuelle ärztliche Beratung vor. Diese wird nicht durch Hinweise auf der Internetseite, dass der Nutzer nur eine allgemeine Information erwarten kann, zur allgemeinen Information.

In einem Internetportal beantwortete ein Arzt medizinische Anfragen von Nutzern des Portals. Ein Vertrag kommt nur dann zu Stande, wenn der Arzt auf die Frage des Nutzers antwortet. Der Arzt erhält seine Vergütung vom Nutzer, der einen Geldbetrag auf ein Nutzerkonto des Portalbetreibers einzahlt, wenn dieser sich entscheidet, die Frage des Nutzers zu beantworten. Der Portalbetreiber hat sowohl den Arzt als auch die Nutzer darauf hingewiesen, dass die Antworten an den Nutzer aus berufs- und haftungsrechtlichen Gründen nur der allgemeinen Information dienen dürfen. Trotzdem hat der Arzt innerhalb eines Monats acht von neun Anfragen individuell beantwortet und Geld dafür erhalten.

Das Berufsgericht der Ärzte für Niedersachsen verurteilte den Arzt zu einer Geldbuße in Höhe von 500 EURO.

Der Arzt hat mit den individuellen Antworten gegen seine Berufspflichten nach §§ 7 Abs. 3 und 12 Abs. 1 der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen verstoßen. Danach darf ein Arzt eine individuelle medizinische Behandlung nicht ausschließlich schriftlich, in Zeitungen oder Zeitschriften oder ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze durchführen. Zudem ist für die Bemessung des ärztlichen Honorars die GOÄ Grundlage, deren Sätze von einem Arzt nicht in unlauterer Weise unterschrieben werden dürfen.

[www.messner-marcus.de](http://www.messner-marcus.de)

Das Berufsgericht glaubte dem Arzt, dass er sich bei seiner Beratung der Patienten im Internet an die berufsrechtlichen Vorschriften halten wollte. Das Berufsgericht hält dem Arzt auch zugute, dass die Abgrenzung zu einer zulässigen allgemeinen Informationserteilung im Internet fließend ist und immer nur hinsichtlich der konkreten Situation beurteilt werden kann. Es konnte nicht festgestellt werden, dass der Arzt durch seine Beratung Patienten gefährdet hat oder dass er das Ansehen der Ärzteschaft in besonderem Maße beschädigt hätte. Daher erschien die Geldbuße in Höhe von 500 EURO als angemessen und auch als ausreichend, um den Arzt zur Einhaltung seiner Berufspflichten anzuhalten.

*Quelle: Ärztliches Berufsgericht Niedersachsen, Urteil vom 07.03.2012, Az. BG 6/11*

## **Angestellte Ärzte: Anspruch auf einen bezahlten Weiterbildungsurlaub**

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin

In einer Vielzahl von ärztlichen Anstellungsverträgen (in Praxen sowie Kliniken) ist eine Regelung zur Freistellung von der Arbeit zwecks beruflicher Weiterbildung bis 10 Tage im Jahr enthalten – in der Regel unbezahlt. Es besteht jedoch ein Anspruch eines angestellten Arztes auf einen bezahlten Weiterbildungsurlaub. Dieser Anspruch variiert in der Anzahl der Tage je nach Bundesland, meistens beträgt er 5 Tage.



Den angestellten Arzt trifft die gleiche Fortbildungsverpflichtung gem. § 32b Ärzte-ZV i.V.m. § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wie einen selbständig tätigen Arzt gemäß § 95d SGB V. Es handelt sich bei angestellten Ärzten um eine Pflicht, für die in erster Linie der Arbeitgeber, d.h. der zugelassene Vertragsarzt, verantwortlich ist. Auch wenn der angestellte Arzt selbst Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ist, so treffen die Pflichten aus dem Teilnahmestatus den Arbeitgeber. Den Fortbildungsnachweis nach § 95 d Abs. 3 SGB V hat daher die anstellende Einrichtung bzw. der Vertragsarzt als Arbeitgeber zu führen, mit der Maßgabe, dass diesem das Honorar gekürzt werden kann. Es ist daher üblich, in den Anstellungsverträgen eine Regelung zur Freistellung zwecks Weiterbildung aufzunehmen. Nicht immer wird die Freistellung bezahlt und die Anzahl der bezahlten Weiterbildungstage variiert je nach Anstellungsvertrag.

In den meisten Bundesländern sind jedoch Bildungsfreistellungs- bzw. Bildungsurlaubsgesetze in Kraft, die die arbeitsvertragliche Regelung zwischen den Parteien überlagern. Im Hessischen Gesetz über den Anspruch auf Bildungsurlaub sowie in dem Bildungsfreistellungsgesetz Rheinland-Pfalz ist jeweils in § 2 ein bezahlter Bildungsfreistellungsanspruch von 5 Tagen pro Kalenderjahr festgelegt. Dies bedeutet, dass eine abweichende arbeitsvertragliche Regelung gegen das entsprechende Bildungsfreistellungsgesetz verstößt und bei Auseinanderset-

[www.messner-marcus.de](http://www.messner-marcus.de)

zungen einen arbeitsrechtlich durchsetzbaren Anspruch des angestellten Arztes ggf. auf (Nach-)Zahlung des Weiterbildungsurlaubes begründet.

Es empfiehlt sich in diesem Zusammenhang, die ärztlichen Anstellungsverträge im Vorfeld eines Vertragsschlusses einer juristischen Prüfung zu unterziehen.

*Quelle: BiUrlG HE 1998, Bildungsfreistellungsgesetz RLP vom 30. März 1993\**