

EEP-Nachrichten 5/2008

Aktuelle Informationen aus dem Medizinrecht

Sehr geehrte Damen und Herren!

das Jahr 2008 liegt fast hinter uns. Ein Jahr mit vielen Überraschungen und Schwierigkeiten bei der Finanzmarktkrise – aber auch Chancen. Das Gesundheitssystem hat sich dennoch recht krisenfest gezeigt. Ob die Finanzmarktkrise im Jahr 2009 auf das deutsche Gesundheitswesen übergreifen wird, muss abgewartet werden.

Für das Gesundheitssystem viel entscheidender wird der neue Gesundheitsfonds mit seinen Auswirkungen sein. Mehr Macht und damit auch Verantwortung, wie es Dr. Rainer Hess formulierte, kommen G-BA und den Krankenkassen künftig zu. Wahltarife und Direktverträge werden eine tiefgreifende Strukturreform forcieren. Und damit rückt der Versicherte zunehmend in das Zentrum der Entscheidung. Er wird durch seine Entscheidungen (Einschreibung in Wahltarife, Kündigung derselben) dazu beitragen, wer im neuen „Markt“ erfolgreich überleben wird. Versichertenzufriedenheit bekommt damit eine neue Bedeutung.

Damit stellen sich viele Fragen, Antworten müssen gefunden werden. Aber nicht vor Weihnachten!

Wir möchten uns an dieser Stelle für Ihr Vertrauen auch im letzten Jahr bedanken. Wir wünschen Ihnen, Ihren Familien und Mitarbeitern fröhliche und gesegnete Weihnachten und einen guten Rutsch ins Jahr 2009.

Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

EHLERS, EHLERS & PARTNER

RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Bei Rückfragen:

newsletter@eep-law.de

www.eep-law.de

„Die Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV wird fallen – GKV und PKV im Wettbewerb um eine neu zu definierende Regelversorgung

Pessimisten prognostizieren das Ende der privaten Krankenversicherung, und wollen belegen, dass das Geschäftsmodell überholt sei. Soweit wird es nicht kommen. Aber die PKV ist und wird noch viel stärker unter Druck kommen.

Ursächlich hierfür ist die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 eingeleitete Wettbewerbsorientierung der gesetzlichen Krankenversicherung, die mittelbare Auswirkungen auf die PKV hat. Wettbewerbsstärkungsgesetz und Vertragsarztrechtsänderungsgesetz verändern die GKV. Neue Freiheiten der Versicherten, Einführung von Wettbewerbsinstrumenten, der Gesundheitsfonds mit der Folge von Wahlтарifen und Direktverträgen haben die GKV zu neuen Strategien greifen lassen. Es wird in Zukunft noch mehr darum gehen, den Versicherten als Kunden stärker an seine Krankenkasse zu binden. Und die Kundenbindung gelingt nur, wie der Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland formulierte, „wenn der Kunde zum Ergebnis kommt, dass für ihn Kosten und Nutzen seiner Krankenkasse stimmig sind“. Bessere Kundenbindungsprogramme werden aufgelegt, die Qualität wird verbessert und die Kosten werden gesenkt werden. Und dies gelingt eben nur durch Auswahl von Leistungserbringern mittels Direktverträgen.

Das „korporatistische Modell“ ist durch diese Entwicklungen überholt worden. Es lassen sich Trends im Gesundheitsmarkt ablesen, die mittelfristig Privatversicherte fragen lassen, warum man eigentlich noch privat versichert ist.

Es wird immer stärker nach Marktgesetzen gehandelt werden. Sektorenübergreifend wird versucht werden, bessere Qualität zu geringeren Kosten „anzukaufen“. Preis und Leistung werden Differenzierungsmerkmal werden. Der „Gesundheitsmarkt wird boomen“.

Wenn die PKV nicht mehr bieten kann als die GKV, warum sollte dann ein Privatversicherter mehr zahlen?

Es ist wohl eine Frage der Zeit, bis die PKV die Rettung im niederländischen Modell sieht. GKV und PKV werden Unternehmen mit der Verpflichtung zum Angebot einer Regelversorgung zu gesetzlich definierten Preisen werden - alles andere aber wird privat zu versichern sein.

Man kann über die Zeitachse diskutieren, aber an der Richtung dürfte wohl kein Zweifel bestehen. Damit werden viele Geschäftsmodelle im Gesundheitssystem zu hinterfragen sein. Dies gilt für Industrie wie auch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser.

Wir freuen uns auf Ihre Kommentare und die Fortsetzung des Dialogs. Gerne stehen wir Ihnen auch mit weiteren Informationen zur Verfügung.

Bei Rückfragen: a.ehlers@eep-law.de

Mehr Transparenz in der Pflegequalität

Nach der Pflegereform 2008 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz werden die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen, dass die zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31.12.2010 mindestens ein Mal und ab dem Jahr 2011 regelmäßig, nämlich einmal im Jahr, durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft werden. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen im Sinne der Transparenz sicher, dass die Prüfergebnisse, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität für alle Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar veröffentlicht werden. Es ist vorgesehen, dass eine Veröffentlichung sowohl im Internet als

auch in anderer geeigneter Form kostenfrei vorgenommen wird. Die Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen müssen zeitnah berücksichtigt werden. Der Gesetzgeber hat dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände aufgegeben, die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik festzulegen. Am 11.11.2008 sind diese Kriterien und die Bewertungssystematik zur Qualität der Pflegeheime vereinbart worden. Danach soll die Prüfung der Heime in vier Themenbereichen erfolgen, nämlich „Pflege und medizinische Versorgung“, „Umgang von demenzkranken Bewohnern und anderen gerontopsychiatrisch veränderten Menschen“, „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ sowie „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“. Die Bewohner sollen hierzu auch befragt werden. Die Ergebnisse der Prüfung werden alsdann mit Schulnoten von sehr gut bis mangelhaft bewertet (sog. Schulnotensystem). Anschließend wird eine Gesamtnote gebildet, in die die Teilergebnisse einfließen sollen. Die Ergebnisse aus der Befragung der Bewohner werden gesondert in einer zweiten Gesamtnote berücksichtigt. Die Veröffentlichung soll entsprechend der Vereinbarung sowohl künftig im Internet als auch an gut sichtbarer Stelle in der jeweiligen Pflegeeinrichtung erfolgen. Insgesamt sind 82 Qualitätskriterien innerhalb der vier Themenbereiche entwickelt worden. Die Bewertung nach dem Schulnotensystem erfolgt innerhalb von zwei Darstellungsebenen und unter Berücksichtigung eines Vergleichswertes im Bundesland. Vorgesehen ist die Möglichkeit einer Kommentierung durch die betroffene Pflegeeinrichtung. Ebenfalls wird auch vermerkt werden, ob die Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung durch den MDK beantragt hat. Folglich wird der Träger der Pflegeeinrichtung Einflussmöglichkeiten haben. Insgesamt ist mit diesem System auf der Grundlage der gesetzlichen Neuregelung der Durchbruch für die praktische Umsetzung von mehr Transparenz in der Pflegequalität geschaffen worden.

Bei Rückfragen: m.arndt@eep-law.de

GKV-OrgWG und „Fehlentwicklungen“ bei Hilfsmitteln

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) beschäftigt sich auch mit der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern von Hilfsmitteln und Vertragsärzten. Bereits mit dem GKV-WSG zum 01.04.2007 ist § 126 SGB V maßgeblich verändert worden. Vor der Änderung konnten Hilfsmittel an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Mit dem GKV-WSG ist dieses Zulassungs- durch ein Vertragssystem abgelöst worden. Mit dem GKV-OrgWG sind unter anderem die Übergangsfristen für nach dem alten Recht zugelassene Leistungserbringer nunmehr nach § 126 Abs. 2 SGB V bis zum 31.12.2009 verlängert worden, allerdings nur „soweit keine Ausschreibungen nach § 127 Abs. 1 SGB V erfolgen“. Darüber hinausgehend aber hat der Gesetzgeber § 128 SGB V neu gefasst, um – wie es in Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 15.10.2008 heißt –, „deutliche(n) Hinweise(n) auf **Fehlentwicklungen** in der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten“ entgegen zu wirken. Nach der Gesetzesbegründung sind allein die straf-, berufs- und wettbewerbsrechtlichen Vorschriften in der Praxis ungeeignet gewesen, „fragwürdige Formen der Zusammenarbeit“ zu verhindern. In § 128 SGB V finden sich dementsprechend teilweise Wiederholungen von Regelungen, die sich ohnehin schon aus anderen Rechtsquellen, insbesondere dem Berufsrecht, ergeben. Der Gesetzgeber geht aber über den Regelungsgehalt dieser anderen Vorschriften teilweise deutlich hinaus. So ist es Leistungserbringern gemäß § 128 Abs. 2 Satz 2 SGB V untersagt, Vertragsärzten eine Vergütung „für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden“, zu bezahlen. Interessanterweise ist eine

solche Vergütung von zusätzlichen Leistungen erlaubt, wenn nicht ein Leistungserbringer, sondern die gesetzliche Krankenversicherung die Vergütung der Vertragsärzte vornimmt, § 128 Abs. 4 SGB V. Damit wird das Modell des verkürzten Versorgungsweges im Grundsatz nach wie vor für zulässig erachtet und nicht als „Fehlentwicklung“ interpretiert. Es ist insgesamt im SGB V eine Entwicklung dahingehend festzustellen, dass im Bereich des Vertragsrechts gemäß SGB V eine Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten/Apothekern und anderen Leistungserbringern bzw. der pharmazeutischen Industrie (solange diese nicht als Leistungserbringer definiert werden) immer dann zulässig ist, obwohl die berufsrechtlichen Regelungen im Einzelfall Anlass zu Bedenken geben, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vertraglich und wirtschaftlich eingebunden ist. Rechtliche Auseinandersetzungen erscheinen absehbar. Es ist fraglich, ob die vorstehend beschriebene Regelung in § 128 Abs. 2 Satz 2 SGB V nicht zu sehr in die Grundrechte der Ärzte nach Artikel 2 und Artikel 14 GG eingreift. Auch erscheint die vom Gesetzgeber neu geschaffene „Sanktionsmöglichkeit“ rechtlich nicht unproblematisch. Letztlich werden gemäß § 128 Abs. 3 SGB V Krankenkassen in die Rolle eines gesetzlichen Richters gebracht, wenn sie zukünftig vertraglich sicherstellen sollen, dass Verstöße gegen § 128 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V durch Vertragsstrafen geahndet werden sollen. Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße soll in den Vertragsstrafen geregelt werden, „dass Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden können“. Ob sich das neue Recht in der Praxis bewährt, darf mit Spannung beobachtet werden.

Bei Rückfragen: h.bitter@eep-law.de

Pharmaceutical Package

Erneut wurde die Verabschiedung des so genannten Pharmaceutical Packages verschoben. Nachdem Kommissar Günter Verheugen am 21.10.08 vor dem Europäischen Parlament in seiner Stellungnahme zum weiteren Vorgehen eine Verabschiedung für den 26.11.08 ankündigte, wurde dies erneut aufgrund bestehender Uneinigkeiten hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der Patienteninformation und der Regelungen zur Eindämmung von Arzneimittelfälschungen verschoben. Änderungen werden insbesondere hinsichtlich des geplanten Wiederverpackungsverbotes für Arzneimittel sowie der Patienteninformation über verschreibungspflichtige Arzneimittel nur nach vorheriger behördlicher Genehmigung erwartet. Nunmehr steht zu befürchten, dass das geplante Pharmaceutical Package nicht mehr vor der Neuwahl im nächsten Jahr verabschiedet wird und daher mit Verzögerungen zu rechnen ist.

Bei Rückfragen: c.willhoeft@eep-law.de

Europäisches Parlament harmonisiert Änderungsverfahren für Arzneimittel

Das EU-Parlament hat im Oktober eine neue Richtlinie zu Änderungsverfahren für Arzneimittel verabschiedet. Die neue Richtlinie zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG sieht vor, dass zukünftig für alle Arzneimittel die gleichen Kriterien gelten, wenn sich nach der Zulassung zum Markt Änderungen für das Arzneimittel ergeben. Das gilt etwa für Änderungen in der Packungsbeilage oder andere Variations. Das Parlament hat in diesem Zusammenhang eine Stichtagsregelung aufgenommen. Rein nationale Zulassungen sind von den Änderungen, die mit der Richtlinie erreicht werden, nur betroffen, wenn sie nach dem 1. Januar 1998 erteilt wurden. Für die meisten der bestehenden rein nationalen Zulassungen wird demnach weiter das bisher bestehende deutsche Änderungssystem Anwendung finden. Diese Regelungen sind auch für alle Nachzulassungen weiter gültig, da es sich bei diesen um Zulassungsverlängerungen im formalen

Sinn handelt, wobei die fiktive Zulassung vor dem 1. Januar 1998 erteilt wurde. Damit dürften sich die negativen Auswirkungen der neuen Regelungen für die Pharmaunternehmen in Grenzen halten. Der Europäische Rat wird noch über den Gesetzesentwurf zu beraten haben, größere Änderungen sind hier allerdings nicht zu erwarten. Nach Verabschiedung werden den Mitgliedstaaten 18 Monate zur Umsetzung in nationales Recht gewährt, mit einer Harmonisierung ist also frühestens im Jahr 2011 zu rechnen. Bei Rückfragen: a.heinemann@eep-law.de

Gericht bestätigt Rechtswidrigkeit von Verteilungsvertrag

Wie zuvor schon das Sozialgericht Stuttgart am 27.02.2008 (Az S 5 KA 2804/06) urteilte jetzt auch das zuständige Landessozialgericht mit seiner Entscheidung vom 29.10.2008 (Az L 5 KA 2054/08), dass die vom Gesetzgeber für die Honorarverteilung gemachten Vorgaben so eindeutig seien, dass die KV Baden-Württemberg (Beklagte) davon nicht hätte abweichen dürfen. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind, die so genannten Regelleistungsvolumina (§ 85 Absatz 4 Satz 7 SGB V). Das Gericht schloss sich erneut den Argumenten des Klägers (MEDI Verbund Baden-Württemberg) an, dass die in § 85 Abs. 4 SGB V vorgenannte normierte gesetzliche Vorgabe von der Beklagten bis heute nicht umgesetzt worden sei, obwohl das Gesetz dies klar und zwingend vorschreibe und auch der Bewertungsausschuss als untergesetzlicher Normgeber daran nichts ändern könne. Die vom Gesetzgeber ins Detail gemachten Regelungen seien so eindeutig und zwingend, dass jede Abweichung von diesen gesetzlichen Vorgaben gegen höherrangiges Recht verstoße. Auch fehle im HVV eine Bestimmung über eine - abgestaffelte - Restleistungsvergütung. Dadurch sei die Kalkulierbarkeit des ärztlichen Honorars, die gerade durch die Vereinbarung im Voraus festgelegter Punktwerte erzielt worden ist, erheblich eingeschränkt. Die Berechenbarkeit des vertragsärztlichen Einkommens sei im Voraus nur durch die Vergütung mit feststehenden Punktwerten zu erzielen, genau aus diesem Grunde habe sich der Gesetzgeber veranlasst gesehen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den sonstigen Selbstverwaltungsgremien verbindlich vorzugeben, die ärztlichen Leistungen auf der Basis fester Punktwerte zu vergüten. Die Honorarverteilungsregelung der Beklagten, die somit keinen festen Punktwert vorsehe, stehe damit mit höherrangigem Recht nicht in Einklang und sei insoweit rechtswidrig. Das LSG hat die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen, weil der Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung hat.

Bei Rückfragen: t.ebermann@eep-law.de

Bundesverfassungsgericht verhandelt zu der Reform der Krankenkassen

Am Mittwoch, den 10. Dezember 2008, verhandelt das Bundesverfassungsgericht über die Verfassungsbeschwerden privater Krankenversicherer in Zusammenhang mit der Reformgesetzgebung zum Krankenkassensystem.

Die privaten Krankenversicherungen sehen insbesondere ihre grundrechtlich geschützte Wettbewerbsfreiheit durch die Neuerungen im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) und in dem Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (VVG-ReformG) verletzt.

Hintergrund ist, dass die bisherigen Grundlagen der Finanzierung bei den privaten

Krankenversicherungen insbesondere durch den einheitlichen Basistarif verändert sind. Dieser Basistarif beinhaltet Leistungen, welche nach Art und Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Gleichzeitig ist die Höhe des Tarifes auf den Höchstbetrag in der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Zudem unterliegen die privaten Krankenversicherer diesbezüglich einem Kontrahierungszwang. Eine weitere gravierende Veränderung für die Kalkulationsgrundlage der privaten Krankenversicherungen ist die Übertragbarkeit von Altersrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherten zu einer anderen Krankenversicherung.

Bei Rückfragen: p.truemper@eep-law.de

Abmahnungen drohen! Zur Frage der Rabattgewährung auf verschreibungspflichtige Arzneimittel

Durch die Einführung wettbewerblicher Elemente will der Gesetzgeber das Gesundheitswesen modernisieren, Kosten sparen und zugleich die Qualität der Versorgung erhöhen. Die Frage eines Preiswettbewerbs hat bisher jedoch – mit guten Gründen – nur eine teilweise Umsetzung erfahren. Fragen haben sich daher vor allem im Hinblick auf die lange Zeit üblichen Rabattgewährungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel ergeben. Durch umfangreiche rechtliche Regulierungen sollte hier ein eindeutiger Rechtsrahmen geschaffen werden. Das aber ist nicht immer vollständig gelungen, wie aktuelle Beispiele aus der Praxis belegen. Von zunehmender Bedeutung ist dabei die Tatsache, dass aufgrund der gesetzlichen Änderungen im Zusammenhang mit Preisnachlässen etc. sich manche Arzneimittelhersteller ursprünglich veranlasst sahen, nach Möglichkeiten zu suchen, auf deren Grundlage es auch weiterhin möglich gewesen ist, Apotheken Rabatte zu gewähren. Gerade durch die in jüngster Zeit erfolgten Gesetzesänderungen dürfte aber den meisten der praktizierten Gestaltungsmodelle der Boden entzogen worden sein, auch wenn diesbezüglich in der rechtswissenschaftlichen Literatur noch immer keine Einigkeit besteht. Kern des Problems dabei ist vor allem die Reichweite der Arzneimittelpreisverordnung sowie der damitzuhängenden Vorschriften des HWG bzw. des Arzneimittelgesetzes.

Festzuhalten bleibt aber, dass sich vor allem für pharmazeutische Unternehmer und Apotheker der Gestaltungsspielraum erheblich verengt hat, auch wenn die Preisbildung für Medikamente als solche nach wie vor unberührt geblieben ist. In jedem Falle ist künftig sehr sorgfältig zu prüfen, inwieweit bisher praktizierte Vertragsverhältnisse auch unter der aktuellen Rechtslage noch Bestand haben können. Gerne werden wir Ihnen dabei helfen, bestehende Vertriebsstrukturen zu prüfen und ggf. den neuen Rahmenbedingungen anzupassen.

Bei Rückfragen: c.rybak@eep-law.de

Ausschreibung für „halbe Vertragsarztsitze“ nach dem GKV-OrgWG zulässig

Bereits seit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) am 01.01.2007 besteht für Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V die Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag auf die hälftige Zulassung zu beschränken. Entsprechende Regelungen wurden in der Zulassungsverordnung für Ärzte (§ 19 a Ärzte-ZV) umgesetzt.

Ungeklärt blieb dennoch die Frage, ob eine Teilzulassung auch gemäß § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V nachbesetzungsfähig ist. Der Gesetzgeber hat nun endlich im Gesetz zur „Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“, das in den wesentlichen Teilen am 01.01.2009 in Kraft treten wird, die notwendige Anpassung des Gesetzestextes im § 103 Abs. 4 Satz 1 Fünftes Sozialgesetzbuch

(SGB V) vorgenommen. Die zitierte Vorschrift betrifft die Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), einen Vertragsarztsitz in zulassungsbeschränkten Gebieten auszuschreiben. Nunmehr wird durch das GKV-OrgWG ein neuer Satz 2 eingefügt, wonach die Verpflichtung der KVen zur Ausschreibung von Vertragsarztsitzen nach Satz 1 auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung gilt.

Die gesetzliche Neuregelung stellt also klar, dass nun auch der „halbe“ verbleibende Vertragsarztsitz nach § 103 Abs. 4 Satz 2 SGB V in gesperrten Planungsbereichen ausgeschrieben werden kann.

Dies kann insbesondere für Jobsharing-Konstellationen in bestehenden örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften erhebliche Vorteile mit sich bringen. So könnte beispielsweise das bisherige Jobsharing-Verhältnis aufgelöst werden, wenn sich der Jobsharer und der zugelassene Arzt eine Zulassung untereinander teilen. Insbesondere für Berufsausübungsgemeinschaften von mehreren Ärzten kann sich diese neue Rechtslage im Hinblick auf den Wegfall der verbindlichen Obergrenze auch für extrabudgetäre Leistungen positiv auf das Honorar auswirken. In kleineren Kooperationsgemeinschaften liegt der Vorteil zweier hälftiger Zulassungen der bislang als Jobsharer tätigen Ärzte in erster Linie darin, dass eine Trennung der Ärzte vor dem Ablauf von 10 Jahren nun so geregelt werden kann, dass der Jobsharer am Ende nicht ohne eine Zulassung verbleibt. Im Hinblick darauf, dass diese Rechtslage auch für die Zulassungsgremien noch neu ist, raten wir jedoch, vor der Änderung des genehmigten Vertrages zur Berufsausübungsgemeinschaft qualifizierten juristischen Rat einzuholen, um nicht versehentlich den Zulassungsverlust zu risikieren.

Eine genaue juristische Prüfung im Einzelfall ist jedenfalls erforderlich, soweit es die Bestimmung des Umfangs von Nebentätigkeiten betrifft. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach bis zu 13 Stunden in der Woche Nebentätigkeiten zur vertragsärztlichen Tätigkeit ausgeübt werden dürfen, ist insoweit nicht übertragbar, denn eine Teilzulassung verpflichtet den Arzt in entsprechender Anwendung des § 17 Abs. 1 a BMV-Ä nur noch zur Ableistungen von zehn Stunden für Sprechstunden/ pro Woche insgesamt. Auch diesbezüglich wird also eine neue Rechtslage geschaffen, die von den Zulassungsgremien erstmalig zu berücksichtigen sein wird.

Zudem steht der Ärzteschaft nunmehr auch die Möglichkeit offen, an zwei Standorten im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit jeweils hälftiger Zulassung tätig zu werden ohne auf die Genehmigung als Zweigpraxis mit den entsprechenden Vorgaben angewiesen zu sein. Da grundsätzlich bereits mit dem VÄndG die Liberalisierung des Vertragsarztrechts beabsichtigt war, steht auch § 20 Ärzte-ZV dieser Variante des Tätigwerdens an mehreren Standorten nicht entgegen.

Die aufgezeigte Vielfalt im Bereich der (Teil-)Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung sollte insbesondere in Berufsausübungsgemeinschaften zum Anlass genommen werden, die bestehenden Ausscheidensregelungen in den Gesellschaftsverträgen zu prüfen und gegebenenfalls eine Anpassung an die geänderte Rechtslage vorzunehmen. So könnte eine neue Ausscheidensregelung formuliert werden, die aufgrund der neu entstandenen Gestaltungsmöglichkeiten praktikabler als die bisherige Klausel ist. Auch hier empfiehlt es sich dringend, die Kompetenz eines Juristen zu Rate zu ziehen, um nicht am Ende vertragsarztrechtliche Regelungen zu treffen, die sich mit der zivilrechtlichen Gesellschafterregelungen nicht vereinbaren lassen.

Bei Rückfragen: a.luxenburger@eep-law.de

**Ein Service der
EHLERS, EHLERS & PARTNER**

RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Bei Rückfragen:

newsletter@eep-law.de

www.eep-law.de

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers	0 89 / 21 09 69-12
Karin Gräfin von Strachwitz-Helmstatt	0 89 / 21 09 69-34
Dr. iur. Isabel Häser	0 89 / 21 09 69-18
Dr. iur. Melanie Arndt	0 30 / 88 71 26-0
Dr. iur. Horst Bitter	0 89 / 21 09 69-13
Dr. iur. Cord Willhöft, LL.M. (KCL)	0 89 / 21 09 69-45
Antje-Katrin Heinemann	0 89 / 21 09 69-70
Thorsten Ebermann	0 89 / 21 09 69-25
Philipp Trümper, LL. M.	0 89 / 21 09 69-80
Dr. iur. Christian Rybak	0 89 / 21 09 69-48
Anke Luxenburger	0 30 / 88 71 26-0
Carsten Gundel-Arndt	030 / 88 71 26-50

Disclaimer

Die Rechtsanwaltsocietät Ehlers, Ehlers & Partner übernimmt für die Vollständigkeit und die Richtigkeit des Inhaltes dieser Nachrichten keinerlei Haftung. Die in diesen Nachrichten enthaltenen Inhalte sind ausschließlich zur Information bestimmt. Der Inhalt dieser Seiten ist urheberrechtlich geschützt. Die Nachrichten sind nur für die persönliche Information bestimmt. Die Rechtsanwaltsocietät Ehlers, Ehlers & Partner haftet nicht für Schäden, die aufgrund von Handlungen die ausgehend von den auf dieser oder einer der nachfolgenden Seiten enthaltenen Informationen durchgeführt werden.

Die entsprechenden berufsrechtlichen Vorschriften (BRAO, BORA, FAO, und BRAGO) finden Sie unter der Rubrik (Angaben gemäß § 6 TDG) auf der Homepage der Bundesrechtsanwaltskammer unter www.brak.de. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir für die Inhalte externer Links keine Haftung. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich. Verantwortlich für den Inhalt:

EHLERS, EHLERS & PARTNER

RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Widenmayerstraße 29

80538 München