

EEP-Nachrichten 5/2006
Aktuelle Informationen aus dem Medizinrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

ein Jahr schwieriger politischer Auseinandersetzungen um die Gesundheitsreform liegt hinter uns. Wir sahen Ärztedemonstrationen in einem bisher nicht gekannten Ausmaß: für eine Verbesserung der Patientenversorgung, einen Abbau von Bürokratie, angemessene Honorierung und eine Arzneimittelversorgung dem Stand der Wissenschaft entsprechend. Die Reform wird von Leistungserbringern und Kostenträgern abgelehnt.

Und dennoch besteht Einigkeit dahingehend, dass eine Reform erforderlich ist, selbst wenn der wirtschaftliche Aufschwung die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung kurzfristig verbessert. Die erneute Terminverschiebung bedeutet nicht, dass die Reform insgesamt „abgeblasen“ wird. Es ist mit Änderungen zu rechnen, doch die Eckpfeiler stehen.

Aber: Es gibt auch deutliche Verbesserungen im Bereich der Versorgungsstruktur. Die Liberalisierung im Bereich der ambulanten Versorgung, Wettbewerb und Transparenz werden neue Versorgungsstrukturen hervorbringen, die aller Voraussicht nach allen Beteiligten zum Vorteil gereichen werden.

Es gibt bereits einige Beispiele. Erwähnt werden soll POLIKUM in Berlin. Innovatives unternehmerisches Denken wird zur Verbesserung der Patientenversorgung, adäquateren Versorgungsstrukturen und dies bei besserer Vergütung führen.

In diesem Sinne wünschen wir unseren Klienten und Lesern ein erfolgreiches, gutes neues Jahr, zu allererst aber ein fröhliches und auch besinnliches Weihnachtsfest!

Mit freundlichen Grüßen

EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Bei Rückfragen: newsletter@eep-law.de
[Newsletter anmelden](#)

Beiträge

Terminverschiebung bei der Gesundheitsreform. Aber: „Abgeblasen“ wird die Reform nicht. Bereits jetzt sind Vorteile durch die Liberalisierung der Versorgungsstrukturen erkennbar. Medizinische Versorgungszentren sind auf dem Vormarsch.

Erneut wird der Terminplan der Gesundheitsreform modifiziert. Eine große Anzahl von Änderungsanträgen im Rahmen der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des deutschen Bundestages löst weiteren Beratungsbedarf aus. Die Reform wird aber nicht grundsätzlich „abgeblasen“, sondern das Reformpaket nur in Teilbereichen „aufgeschnürt“. Dies trägt sicherlich zur Beseitigung von Ungereimtheiten bei.

Trotz aller Schwierigkeiten bei der Finanzreform darf nicht übersehen werden, dass die Vorschläge zur Strukturreform durchaus zielführend sein können. Liberalisierung der Versorgungsstrukturen, mehr Wettbewerb und neue unternehmerische Optionen werden das System zum Positiven für die Leistungserbringer ändern. Bereits die Modifikationen im Hinblick auf die medizinischen Versorgungszentren werden die zukünftige Versorgungslandschaft im ambulanten Bereich gravierend beeinflussen. Wirkliche Unternehmensstrukturen werden denkbar, vor allen Dingen an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich. POLIKUM in Berlin ist ein Beispiel für einen zurzeit noch regional auftretenden Gesamtversorger. Auch Spezialanbieter mit bundesweitem Auftritt bringen sich in Position. Es geht zukünftig darum, die vertikale Versorgungskette zu managen. Wer die Zeichen des Wechsels als erster für sich nutzt, wird den Markt „erobern“. Jetzt geht es um Analyse, strategisches Konzept und Umsetzung.

Bei Rückfragen: a.ehlers@eep-law.de

Neue Regelungen zur umsatzsteuerlichen Behandlungen von MVZs und Managementgesellschaften.

Das Bundesministerium der Finanzen hat aktuelle Regelungen zur umsatzsteuerlichen Behandlung der Leistungen unter anderem eines Medizinischen Versorgungszentrums (§ 95 SGB V) sowie einer Managementgesellschaft im Rahmen der Integrierten Versorgung (§ 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V) aufgestellt (BMF Schreiben vom 15.06.2006, Az. IV A 6 - S 7170 - 39/06). Die Beachtung dieser Regeln im Rahmen der Festlegung von Vergütungsstrukturen wird für die beteiligten Partner entsprechender Projekte sowie für Investoren künftig unabdingbar für einen wirtschaftlich sicheren Betrieb sein. Im Einzelnen soll die umsatzsteuerliche Behandlung der Leistungen wie folgt aussehen.

Medizinische Versorgungszentren im Sinne des § 95 SGB V sollen – unabhängig von der Rechtsform, in der sie betrieben werden - steuerfreie ärztliche Leistungen im Sinne des § 4 Nr. 14 UStG erbringen. Leistungen der an einem medizinischen Versorgungszentrum selbständig tätigen Ärzte sollen ebenfalls steuerfrei im Sinne des § 4 Nr. 14 UStG sein.

Managementgesellschaften, denen im Rahmen eines mit einer Krankenkasse geschlossenen Vertrages zu Integrierten Versorgung gemäß § 140a. ff. SGB V die vollständige beziehungsweise teilweise ambulante und/oder stationäre Versorgung der Mitglieder der Krankenkasse unter vollständiger Budgetverantwortung übertragen wird, erbringen nach Auslegung des Bundesfinanzministeriums gegenüber der Krankenkasse eigene Behandlungsleistungen. Diese sind also unter den Voraussetzungen des § 4 Nr. 14 und/oder Nr. 16 UStG steuerfrei.

Sofern in einem Vertrag zur Integrierten Versorgung lediglich Steuerungs-, Koordinierungs- und/oder Managementaufgaben von der Krankenkasse auf die Managementgesellschaft übertragen werden, handele es sich hierbei um die Auslagerung von Verwaltungsaufgaben. Diese Leistungen der Managementgesellschaft gegenüber der Krankenkasse seien steuerpflichtig.

Damit ist im Rahmen der Vertragsgestaltung für Projekte der integrierten Versorgung auf eine präzise Festlegung und Abgrenzung der übertragenen Aufgabenbereiche zu achten, damit insbesondere die Übertragung von bloßen Steuerungs-, Koordinierungs- und Managementaufgaben nicht zur „Steuerfalle“ wird. Die Auslegung durch das Bundesfinanzministerium legt den Parteien verschärfte Sorgfaltspflichten im Rahmen der Gestaltung entsprechender Verträge auf.

Bei Rückfragen: m.ardt@eep-law.de

Was lange währt, wird endlich gut: OVwG sieht Erfordernis einer weiten Auslegung des Begriffs des Versandhandels und ermöglicht die Zusammenarbeit einer niederländischen Versandhandelsapotheke mit einer deutschen Drogeriekette.

Es ist schon eine Weile her, dass die Zusammenarbeit zwischen einer niederländischen Versandhandelsapotheke und einer deutschen Drogeriekette die Medien beschäftigte. Das mit einer Verbotsverfügung belegte Konzept sah einen Bestell- und Abholservice vor, bei dem der Kunde einen in der jeweiligen Filiale der Drogeriekette erhältlichen Bestellschein ausfüllt, in dem er neben seiner Adresse die gewünschten verschreibungspflichtigen oder nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel angibt und durch Ankreuzen bestimmt, ob die Lieferung an die von ihm angegebene Adresse oder an die Filiale erfolgen soll. Der Oberbürgermeister der Stadt Düsseldorf untersagte die Zusammenarbeit. Das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen hat nunmehr mit Urteil vom 07.11.2006 (Az.: 13 A 1314/06) die Untersagungsverfügung aufgehoben. Es hat unter anderem ausgeführt, dass der Begriff des Versandhandels im Gesetz nicht definiert sei. Aus verfassungsrechtlichen Erwägungen unter Berücksichtigung der Intentionen des Gesetzgebers seien auch neue Formen des Versandhandels zulässig. Dies umfasst insbesondere die Möglichkeit, so genannte Pick-Points (Abholpunkte) einzurichten. Das Oberverwaltungsgericht hat damit den neuen gesellschaftlichen Entwicklungen Rechnung getragen, dass immer weniger Menschen zu „herkömmlichen Zustellzeiten“ in ihrer Privatwohnung zugegen sind und gern auf Pick-Points (hier im Drogeriemarkt) zugreifen. Dies gilt nach den Ausführungen des Oberverwaltungsgerichts umso mehr, wenn die Sicherheitsstandards im Vergleich zum gewöhnlichen Versand sogar – wie vorliegend –

erhöht sind. Den gesetzlichen Anforderungen insbesondere gem. §§ 43, 73 Arzneimittelgesetz werde entsprochen und es sei unzeitgemäß gewesen, das Verbot der Zusammenarbeit auf die im vorliegenden Zusammenhang überkommenen Vorstellungen von Rezeptsammelstellen zu stützen. Die Entscheidung ist gesundheitspolitisch zu begrüßen. Die Nutzungsmöglichkeiten der neuen Instrumentarien von Verträgen und Wettbewerb erfahren weitere Gestaltungsmöglichkeiten zum Vorteil der Versicherten.

Bei Rückfragen: h.bitter@eep-law.de

Landgericht München I stoppt zahnärztliches Internetportal.

Das im Jahr 2005 eingeführte Internetportal ermöglicht es Patienten, von dort registrierten Zahnärzten alternative Kostenschätzungen für den Material- und Laboranteil bei ihrem Zahnersatz zu erhalten. Der Patient stellt auf der Website den Heil- und Kostenplan seines Zahnarztes ein und gibt an, in welchem Radius zu seinem Wohnort Angebote erwünscht sind. Die registrierten Zahnärzte machen dem Patienten ein kostengünstigeres Angebot zur weiteren Behandlung. Nach Ablauf der Auktionslaufzeit werden die Patienten über die Kostenschätzungen der fünf billigsten Bieter informiert. Der Patient zahlt für diesen Service nur einen geringen Betrag; der Zahnarzt, der den Behandlungsauftrag erhält, muss dagegen 20% seines Honorars an das Internetportal abführen.

Hiergegen erhoben zwei Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns Klage. Sie sehen in dem Internetportal eine Aufforderung zum unlauteren Wettbewerb, da Zahnärzte dazu verleitet werden könnten, nicht kostendeckende Einstandspreise anzubieten, um den Patienten in die Praxis zu locken. Die Kläger sehen die Gefahr des Preisdumping und einer Umgehung der Gebührenordnung für Zahnärzte. Darüber hinaus wurde kritisiert, dass die registrierten Zahnärzte die Patienten vorher gar nicht sehen und lediglich auf Grundlage eines Heil- und Kostenplanes ein Angebot abgeben.

Das LG München I (Az. 1HK O 7890/06) gab den Klägern in der mündlichen Verhandlung am 15.11.2006 Recht und erkannte einen Verstoß gegen die Berufsordnung der Zahnärzte. Die Kammer sah das Angebot des beklagten Internetportals als Wettbewerbsverletzung an, da Zahnärzte zur Bezahlung von Provision für neue Patienten verleitet werden. Standeswidrig ist nach der Berufsordnung für Bayerische Zahnärzte auch das Verdrängen eines Zahnarztkollegen aus seiner Behandlungstätigkeit. Hierzu würde das Internetportal anstiften.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

Bei Rückfragen: c.koller@eep-law.de

Keine Verlegung des Vertragsarztsitzes ohne vorherige Genehmigung des Zulassungsausschusses.

Das Bundessozialgericht hat in einer Entscheidung vom 31.05.2006 (Az.: B 6 KA 7/05R) klargestellt, dass die Verlegung des Vertragsarztsitzes durch den Zulassungsausschuss nicht rückwirkend genehmigt werden kann.

Der Kläger in diesem Verfahren hatte seine Praxis im November 2003 ohne Genehmigung des Zulassungsausschusses in ein ca. 100 m vom bisherigen Praxisstandort entferntes Haus verlegt. Nachdem die Kassenärztliche Vereinigung hiervon erfahren hatte, wurde im März 2004 eine Sitzverlegung beim Zulassungsausschuss beantragt und zum 30.03.2004 genehmigt. Die Kassenärztliche Vereinigung behielt aufgrund der ungenehmigten Sitzverlegung das gesamte vertragsärztliche Honorar für den Zeitraum November 2003 bis März 2004 ein.

Der daraufhin gestellte Antrag des Arztes auf rückwirkende Genehmigung der Sitzverlegung wurde von den Zulassungsgremien abgelehnt. Sowohl das Sozialgericht als auch das im Rahmen einer Sprungsrevision angerufene Bundessozialgericht haben diese Entscheidung bestätigt.

Das Bundessozialgericht betont dabei, dass eine rückwirkende Genehmigung der Sitzverlegung selbst dann ausscheidet, wenn die alte und neue Praxis räumlich eng beieinander liegen. Nach Auffassung des Gerichts dürfen statusrelevante Maßnahmen wie die Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden, weil der Teilnahmestatus des Vertragsarztes wegen der vielfachen Auswirkungen - etwa auf den Behandlungsanspruch der Versicherten, der Ansprüche des Arztes auf Teilnahme an der Honorarverteilung und der Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Honorarausschüttung - nicht rückwirkend begründet oder verändert werden können.

Bei der Verlegung des Vertragsarztsitzes ist somit Vorsicht geboten. Eine ungenehmigte Verlegung hat zur Folge, dass der Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung entfällt. Eine nachträgliche „Heilung“ ist nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts ausgeschlossen.

Ein Praxisumzug sollte daher immer auch unter zulassungsrechtlichen Gesichtspunkten sorgfältig geplant werden.

Bei Rückfragen: c.altmiks@eep-law.de

Compassionate Use - in Deutschland immer noch eine unregelte Angelegenheit.

Die Möglichkeit eines Compassionate Use, also des Inverkehrbringens eines zulassungspflichtigen Arzneimittels bereits vor Erteilung der Zulassung, ist bereits seit dem 06.09.2005 gesetzlich vorgesehen. Allerdings bestimmt die einschlägige Regelung des § 21 Abs. 2 Ziffer 6 AMG, dass Verfahrensregelungen für einen Compassionate Use in einer Rechtsverordnung festgelegt werden sollen. An einer solchen Rechtsverordnung fehlt es immer noch. Dennoch ist eine Rechtsgrundlage für ein Compassionate Use – Programm vorhanden, auf welche sich Hersteller, Ärzte und Patienten berufen können. Bei der Gestaltung eines solchen Programms können neben den einschlägigen

Empfehlungen des BfArM insbesondere auch auf die Inhalte des Entwurfes einer Guideline on Compassionate Use of Medicinal Products der EMEA hilfreich sein. Diese Publikation gibt insbesondere Aufschluss darüber, was unter einer „zu einer schweren Behinderung führenden Erkrankung“ zu verstehen ist. Auch Anhaltspunkte zu der Frage, unter welchen Umständen ein zugelassenes Arzneimittel die fragliche Krankheit nicht zufrieden stellend behandeln kann, lassen sich dem Entwurf entnehmen. Arzneimittelhersteller und Ärzte müssen hinsichtlich eines möglichen Compassionate Use folglich nicht den Erlass der oben genannten Rechtsverordnung abwarten, sondern können unter Bezugnahme auf die Regelung in § 21 Abs. 2 Ziffer 6 AMG, der Veröffentlichung des BfArM und dem Guideline-Entwurf ein entsprechendes Programm starten.

Bei Rückfragen: o.sude@eep-law.de

Gewinnverteilungsmodelle bei ärztlichen Kooperationen

Die Gesundheitsreform wird an die Wettbewerbsfähigkeit der ärztlichen Leistungserbringer neue Anforderungen stellen. Diese rüsten sich durch die Bildung fachübergreifender oder fachähnlicher Kooperationen zur qualitativ hochwertigen Patientenversorgung bei Senkung der Kosten durch Nutzung von Synergieeffekten. Unabhängig von der konkreten juristischen Ausgestaltung als MVZ, (Teil-Gemeinschaftspraxis oder Apparategemeinschaft ist die rechtskonforme Ausgestaltung der Gewinnverteilung für den Erfolg eines solchen Projektes von elementarer Bedeutung. Vielfach wird derzeit vor solchen Modellen mit dem Argument gewarnt, es würde allzu leicht gegen den berufsrechtlichen Grundsatz des Verbotes der Patientenzuweisung gegen Entgelt verstoßen. Entscheidend ist hier jedoch die konkrete Ausgestaltung des Gesellschaftsvertrags. Die Gewinnverteilung kann entsprechend dem Zweck der Gesellschaft äußerst unterschiedlich geregelt werden. Wird ein Modell gewählt, bei dem keine gemeinschaftliche ärztliche Berufsausübung vorgesehen ist, sind die Parameter für eine Gewinnverteilung notwendigerweise andere, als wenn sich ärztliche Leistungserbringer zu einer gemeinsamen ärztlichen Berufsausübung zusammenschließen. Im ersten Fall, einer bloßen Apparategemeinschaft, wird sich die Gewinnverteilung meist an der Höhe des Kapitaleinsatzes und an für die Gesellschaft erbrachten Managementdienstleistungen orientieren.

Die Nutzungsverträge zwischen den Gesellschaftern und der Apparategemeinschaft können dabei sicherlich gewisse „Mengenrabatte“ vorsehen, nach denen eine verstärkte Nutzung der Apparate der Gemeinschaft die einzelne Nutzung billiger werden lässt. Gesellschafter, die die Apparategemeinschaft auf diese Weise nutzen, können durch dieses Modell „belohnt“ werden, ohne dass sich das Problem einer verbotenen Zuweisung von Patienten gegen Entgelt stellt. Entschließt sich eine Gesellschaft zur gemeinsamen ärztlichen Berufsausübung, ist bei der Gestaltung der Gewinnverteilung zu berücksichtigen, dass alleine die Zuweisung eines Patienten an die Gesellschaft nicht mit einem wirtschaftlichen Vorteil verbunden werden darf. Selbstverständlich dürfen sich jedoch die vom jeweiligen Gesellschafter erbrachten ärztlichen Leistungen in der Gewinnverteilung niederschlagen. Die Berücksichtigung der einzelnen Gesellschafter als so genannte „Profitcenter“ der Gesellschaft haben folglich für sich genommen noch keinen rechtlich anstößigen Charakter. Der Generierung von Umsatz eines Gesellschafters für die Gesellschaft muss lediglich eine konkrete,

tatsächlich erbrachte ärztliche Leistung des Gesellschafters zugrunde liegen. Die Ausgestaltung im Detail sollte dabei versierten Beratern überantwortet werden.

Bei Rückfragen: s.goetting@eep-law.de

Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen nach dem geplanten Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG).

Eine besonders einschneidende Neuerung besteht in der geplanten Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen (vgl. Bundestag-Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006). Danach wird die bisherige Haftung der Landesverbände bzw. des Bundesverbandes für Verbindlichkeiten einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse aufgehoben. An die Stelle dieser Haftung soll der fünfte Teil der Insolvenzordnung über die Befriedigung von Insolvenzgläubigern treten. Eine solidarische Einstandspflicht der Verbandsmitglieder für die Verbindlichkeiten eines anderen Mitglieds wird nur dann für sachgerecht gehalten, wenn und solange die Verbandsmitglieder nicht im Wettbewerb zueinander stehen.

Über die damit verbundenen Konsequenzen wurde in der Sitzung des Deutschen Bundestages am 27.10.2006 diskutiert, denn für viele Versorgerkrankenkassen könnte diese Neuerung zur sofortigen Zahlungsunfähigkeit führen. Es entsteht dann die Frage, wer die offenen Rechnungen der Leistungserbringer bezahlt. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass die Vertragsärzte keinen Vorschuss verlangen dürfen. Dem steht das Sachleistungsprinzip entgegen, das ein wesentliches Element der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland darstellt. Auch regeln die Bundesmantelverträge den Vergütungsanspruch des Arztes abschließend und sehen keine Honorarvorschüsse vor.

Die beabsichtigte Einführung der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen ist im Hinblick auf das Ziel des Gesetzes konsequent, jedoch nicht ungefährlich. Wegen der weitreichenden Konsequenzen ist gerade diese Neuerung auf erhebliche Kritik gestoßen. Falls das GKV-WSG trotz der Bedenken am 01.04.2007 in der geplanten Form in Kraft tritt, sollten die Leistungserbringer insbesondere beim Abschluss von Direktverträgen im Rahmen der Integrierten Versorgung insoweit vorausschauend und mit Bedacht handeln.

Bei Rückfragen: s.hardenberg@eep-law.de

Sind Verordnungen außerhalb der zugelassenen Dosierung bereits Off-label-Use?

Im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sehen sich niedergelassene Vertragsärzte neuerdings häufiger mit dem Vorwurf konfrontiert, dass Verordnungen, die Dosierungsangaben der Fachinformation überschreiten, einen unzulässigen Off-label-Use darstellen würden.

Einige Krankenkassen vertreten diese Ansicht und folgern daraus, dass solche Verordnungen nicht zu

Lasten der GKV durchgeführt werden dürfen. Sie sehen in derartigen Verordnungen einen Verstoß gegen die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19.03.2002 (AZ.: B1 KR 37/00R), die im Grundsatz eine Off-label-Verordnung zu Lasten der GKV – abgesehen von ausdrücklich formulierten Ausnahmen – ausschließt.

Das BSG stellt in diesem Urteil aber nur auf solche Verordnungen von Fertigarzneimitteln ab, die nicht für das **zugelassene Anwendungsgebiet** verordnet wurden. Ob Dosierungsüberschreitungen auch unter den Begriff des Off-label-Use subsumiert werden können, hatte das Gericht nicht zu entscheiden.

Der Begriff des Off-label-Use ist weder im Sozialrecht noch im Arzneimittelrecht definiert. In der Literatur wurde der Begriff „zulassungsüberschreitend“ entwickelt, so dass der Off-label an der arzneimittelrechtlichen Zulassung festgemacht wird.

Mit der Zulassung eines Arzneimittels soll dessen Unbedenklichkeit, Wirksamkeit und Qualität durch klinische Studien bestätigt werden. Das Zulassungsverfahren bestimmt sich nur aus dem Antrag des pharmazeutischen Unternehmers und den mit dem Antrag eingereichten Unterlagen und ist demnach beschränkt. Die Zulassung kann keine Aussage darüber treffen, ob das betreffende Arzneimittel bei anderen Indikationen verträglich und angemessen wirksam ist. Aus diesem Grund sieht auch das Arzneimittelrecht in der Einbeziehung neuer Indikationen eine so gravierende und tief greifende Änderung des Zulassungsstatus, dass es eine Neuzulassung fordert, bei der sowohl der Nutzen als auch das Risikopotential neu bewertet werden müssen.

Im Gegensatz hierzu sieht der Gesetzgeber bei der Änderung der Dosierung nur eine Anzeigepflicht mit Zustimmungsbedürftigkeit voraus (so auch das BSG 19.03.2002). Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die Bundesoberbehörde nicht innerhalb einer Frist von drei Monaten widersprochen hat. Es werden demnach deutlich geringere Anforderungen gestellt.

Der Rückgriff der Krankenkassen auf die Rechtsprechung des BSG zum Off-label ist daher keineswegs so eindeutig, wie es von den Krankenkassen dargestellt wird und bedarf einer ausführlichen Diskussion.

Bei Rückfragen: u.kostka@eep-law.de

Bundessozialgericht ebnet den Weg für bundesweite Kooperationen ambulanter Pflegedienste.

Ein Urteil des Bundessozialgerichts ermöglicht es ambulanten Pflegediensten künftig, ihre Leistungen auch außerhalb des in einem Versorgungsvertrag festgelegten örtlichen Einzugsgebiets bundesweit anzubieten und ebnet damit insbesondere den Weg zu bundesweiten Kooperationen verschiedener Anbieter. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 24.05.2006 (Az. B 3 P 1/05 R) nämlich entschieden, dass die Festlegung eines örtlichen Einzugsbereichs in einem Versorgungsvertrag über die Erbringung ambulanter Pflegeleistungen einen Pflegedienst nicht daran hindere, Pflegeleistungen

für Versicherte außerhalb dieses Einzugsbereichs zu erbringen und diese mit den Pflegekassen abzurechnen.

Das Bundessozialgericht hatte unter anderem die Rechtsfrage zu entscheiden, ob ein ambulanter Pflegedienst mit Sitz in Sachsen-Anhalt Versicherte auch außerhalb von Sachsen-Anhalt versorgen dürfe. Aufgrund eines mit den Landesverbänden der Pflegekassen in Sachsen-Anhalt geschlossenen Versorgungsvertrags war er zur ambulanten Pflege im Heimatstadtgebiet und im Bereich des Landkreises zugelassen. Nach dem Versorgungsvertrag bestand die Pflicht, die ambulante pflegerische Versorgung der Versicherten in seinem örtlichen Einzugsbereich sicherzustellen. Mit seiner Klage machte der Pflegedienst die Vergütung für die Versorgung einer in Nordrhein-Westfalen wohnhaften Versicherten bei der beklagten Pflegekasse geltend.

Das Bundessozialgericht betont insbesondere, dass der Versicherte nach § 2 Abs. 2 S. 1 SGB XI ein Recht auf freie Wahl des Pflegedienstes habe, welches nicht an den Grenzen des örtlichen Einzugsbereichs halt mache. Aus dem Recht des Versicherten auf grundsätzlich freie Wahl des Pflegedienstes folge umgekehrt das Recht des ambulanten Pflegedienstes zur bundesweiten Versorgung von Pflegebedürftigen. Zugleich knüpft das Bundessozialgericht die Möglichkeit einer bundesweiten Angebotes von Pflegeleistungen jedoch an enge Bedingungen insbesondere im Hinblick auf die Qualität der Pflege.

Der Richterspruch dürfte nicht unerhebliche Auswirkungen auf die künftigen Angebotstrukturen auf dem Markt ambulanter Pflegedienstleistungen haben. Zugleich stellen die Bundesrichter in rechtlicher Hinsicht besondere Anforderungen an die Sicherung der Qualität der Pflegeleistungen. Insbesondere von einer rechtlichen Absicherung der Qualität des eigenen Leistungsangebotes wird künftig also entscheidend abhängen, ob mit der Möglichkeit, ambulante Pflegeleistungen bundesweit anzubieten, neue Geschäftsfelder erschlossen werden können.

Bei Rückfragen: d.schweiger@eep-law.de

Nach jüngster BSG-Entscheidung sind Dermatologen in Bayern zukünftig nicht mehr vom hausärztlichen Bereitschaftsdienst befreit.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seinem Urteil vom 06.09.2006 entschieden, dass eine generelle Freistellung der Hautärzte vom hausärztlichen Bereitschaftsdienst rechtswidrig ist.

Dem liegt folgender Sachverhalt zu Grunde. Mit kontrovers diskutiertem Beschluss vom 19.04.2002 hatte der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) beschlossen, dass Dermatologen nicht am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen müssen. Diese generelle Befreiung wurde unter anderem vor dem Hintergrund erteilt, dass die Qualität des Bereitschaftsdienstes leide, wenn Ärzte an ihm teilnehmen würden, die aufgrund ihrer Spezialisierung zu weit von der Allgemeinmedizin entfernt wären. Nach Intervention des Berufsverbandes der Dermatologen wurde dieser Beschluss aufgehoben und die Befreiung der Dermatologen vom ärztlichen Bereitschaftsdienst von der KVB wieder aufgehoben.

Das BSG führt dazu aus, dass die KVB bundesrechtlich nicht daran gehindert wäre, neben dem hausärztlichen einen fachärztlichen Notdienst einzurichten, wenn dafür Bedarf bestehe und die Sicherstellung des hausärztliche Notdienstes auch bei fehlender Teilnahme der Fachärzte gewährleistet ist. Wird dieser Bedarf verneint, und sei es bloß für bestimmte Regionen, so sind auch Fachärzte grundsätzlich zu der Teilnahme am hausärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet. Ist dieser Fall gegeben, so gäbe es nach Ansicht des BSG keinen sachlichen Grund für eine Ungleichbehandlung der großen patientenbezogenen Facharztgruppen (Augenärzte, Chirurgen, Dermatologen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Internisten, Orthopäden, Urologen) in Bezug auf die Teilnahme am hausärztlichen Bereitschaftsdienst. Eine isolierte Freistellung der Hautärzte verstoße gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 GG. Damit bestätigt das BSG auch die Auffassung des Berufsverbandes der Dermatologen, dass Dermatologen aus Qualitätsgesichtspunkten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst geeignet seien.

Bei Rückfragen: c.willhoeft@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
Christian Koller	0 89 / 21 09 69-34
Christoph Altmiks	0 30 / 88 71 26-0
Oliver Sude	0 89 / 21 09 69-81
Dr. iur. Susanne Götting, LL.M. (EUR)	0 89 / 21 09 69-45
Ulrike Kostka	0 89 / 21 09 69-47
Dr. iur. Daniel Schweiger	0 30 / 88 71 26-0
Simone Gräfin von Hardenberg	0 89 / 21 09 69-46
Dr. iur. Cord Willhöft	0 89 / 21 09 69-45

Disclaimer

Die Rechtsanwaltssozietät Ehlers, Ehlers & Partner übernimmt für die Vollständigkeit und die Richtigkeit des Inhaltes dieser Homepage keinerlei Haftung. Die in dieser Homepage enthaltenen

Inhalte sind ausschließlich zur Information bestimmt.

Der Inhalt dieser Seiten ist urheberrechtlich geschützt. Die Nachrichten sind nur für die persönliche Information bestimmt. Die Rechtsanwaltssozietät 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, CCBE-Berufsregeln 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

[Newsletter anmelden](#)