

**EEP-Nachrichten 4/2008**

**Aktuelle Informationen aus dem Medizinrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

alle sind aus den Sommerferien zurück und haben ihre Arbeit wieder aufgenommen. Das gilt auch für die Gesundheitspolitiker und die Partner im Gesundheitswesen. Viele wichtige Entscheidungen stehen an oder sind vor wenigen Tagen getroffen worden. So haben die niedergelassenen Ärzte durch die geschickte Verhandlung von Herrn Dr. Köhler und die zustimmende Entscheidung von Herrn Prof. Wasem ein deutliches Honorarplus erreichen können. Dies entschärft sicherlich das Vergütungsproblem vertragsärztlicher Leistungen. Dass dies allerdings noch nicht das Ende der Krise darstellt, wird jedem Arzt bekannt sein.

Nun darf man gespannt auf den für das kommende Jahr festzulegenden einheitlichen Beitragssatz der GKV warten. Und der Gesundheitsfond? Er kommt, nachdem auch der Bundesrat dieses Thema von der Tagesordnung genommen hat. Daher steht einer Wettbewerbsorientierung des Systems nichts mehr entgegen. Die verkündete Fusion zwischen TK und BKK Direkt „spricht Bände“ und ist sicherlich die richtige Entscheidung.

In diesem Sinne wird es ein heißer Herbst werden!

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Vorbereitung auf das Jahr 2009 und stehen wie immer gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

**EHLERS, EHLERS & PARTNER**

RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Bei Rückfragen:

[newsletter@eep-law.de](mailto:newsletter@eep-law.de)

[www.eep-law.de](http://www.eep-law.de)

## Beiträge

### Direktverträge und Versicherungszufriedenheit – entscheidendes Kriterium bei der Entwicklung neuer Strategien für die Krankenkassen

Über die zu erwartenden Veränderungen ab dem 01.01.2009 und die Wettbewerbsorientierung des Gesundheitssystems haben wir bereits berichtet. Aus der Prognose wird Gewissheit, wenn man die Strategien der Kostenträger betrachtet. Dabei sind Fusionen wie die der TK und BKK Direkt nur Vorbereitung auf den Wettbewerb. Mit der Fusion soll eine operative Größe geschaffen werden, so Herr Prof. Klusen, mit der die Chancen in Direktverträgen mit Leistungserbringern erhöht werden.

Um als Kostenträger mit den Finanzmitteln aus dem Gesundheitsfond auskommen zu können, wird es darum gehen, Wahltarife und Angebote für Versicherte zu schaffen, die eine Konzentration spezifischer Patientengruppen ermöglicht. „Gegengespiegelt“ müssen diese Angebote in Direktverträgen mit Leistungserbringern werden. Nur so kann es gelingen, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer zu verbessern und gleichzeitig die Qualität zu steigern. Dabei wird es für die Kostenträger darauf ankommen, mit den Leistungserbringern Verträge zu schließen, die nicht nur Prozess- und Strukturqualität, sondern auch Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit garantieren respektive erreichen. Der Fusionsdruck auf Leistungserbringer (Beispiel MVZ oder die Integration des ambulanten oder stationären Bereichs) wird zunehmen. Nicht nur die Optimierung der Organisationsstrukturen wird den Erfolg ausmachen, sondern vor allem Transparenz und Förderung der Versicherungszufriedenheit. Über die Bewertung von Leistungserbringern hatten wir mit Hinweis auf DocInsider ebenfalls berichtet. Es ist anzunehmen, dass bei zukünftigen Verträgen Versicherungszufriedenheit und die Einbeziehung von Dritten, die das messen können, wahrscheinlich werden. Bei Rückfragen: [a.ehlers@eep-law.de](mailto:a.ehlers@eep-law.de)

### Pflegesatzverhandlungen nach der Pflegereform

Durch das seit dem 01.07.2008 in Kraft getretene Pflege – Weiterentwicklungsgesetz haben sich einige wesentliche Veränderungen auch im Hinblick auf die Pflegesatzverhandlungen ergeben. So ist das Erfordernis, eine gesonderte Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit den Landesverbänden abzuschließen, entfallen. Allerdings werden künftig die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale in der Vergütungsvereinbarung selbst festgehalten. Seit dem 01.07.2008 sind für die Pflegesatzverhandlungen die Grundsätze des externen Vergleichs, welche auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelt worden sind, nur noch auf Wunsch aller Verhandlungsparteien anzuwenden. Dies bedeutet, dass, wenn die Landesverbände der Pflegekassen, der überörtliche bzw. einer der örtlichen Sozialhilfeträger oder der Einrichtungsträger die Anwendung der Grundsätze des externen Vergleichs ablehnen, diese nicht zum Tragen kommen. Nicht geregelt ist, welche Maßstäbe dann anzulegen sind, um eine sachgerechte Vergütung zu finden. Vieles spricht dafür, insoweit auf die Grundsätze des internen Vergleichs zurückzugreifen. Künftig können auch die örtlichen Sozialhilfeträger Parteien der Pflegesatzvereinbarung werden, wenn auf den jeweiligen Kostenträger in dem Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlung mehr als 5 % der Berechnungstage des Pflegeheims entfallen. Ebenso wie die Landesverbände der Pflegekassen ist es den Trägern der Sozialhilfe nunmehr freigestellt, Arbeitsgemeinschaften zu bilden. Die

Pflegesatzparteien können vereinbaren, dass anstelle der Schiedsstelle ein Schiedsperson über die Punkte entscheidet, über die keine Einigkeit erzielt werden konnte. Von großer Bedeutung ist die Möglichkeit, gem. § 87 b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf geltend zu machen. Hier sollte festgestellt werden, welche Bewohner anhand des in § 45 a SGB XI benannten Kriterienkatalogs für eine entsprechende Betreuung in Betracht kommen. Zugleich sollte unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 87 b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen das notwendige Betreuungspersonal gesucht werden. Über die Höhe der gewährten Zuschläge gibt es noch keine Entscheidung, jedoch sind alle notwendigen Vorbereitungen für die entsprechende Antragstellung bei den Pflegekassen zu treffen. Bei Rückfragen: [m.ardt@eep-law.de](mailto:m.ardt@eep-law.de)

### **Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie – Einbeziehung nichtärztlichen Personals**

Fragen nach zivilrechtlicher Haftung und Strafbarkeit ergeben sich bei der „Konsultation“ nichtärztlichen Medizinpersonals insbesondere im Bereich der Anästhesie. Aus politischen und Kostengründen sowie dem generellen Trend zum arbeitsteiligen Zusammenwirken ergibt sich eine zunehmende Tendenz, nichtärztliches Personal in die Behandlung einzubeziehen. Diese Problematik beschäftigt Gerichte und die Wissenschaft im medizinischen und juristischen Bereich. In der letztgenannten Sphäre haben sich zuletzt Spickhoff und Seibl mit dem Thema beschäftigt (vgl. „Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Medizinpersonal“, MedR 2008, S. 463 ff). Im medizinischen Sektor wird in Kürze die weltweit erste *S3-Leitlinie - Sedierung in der gastro-intestinalen Endoskopie*, nachdem sie im finalen Verfahren durch alle Mitglieder der Leitlinien-Kommission positiv abgestimmt wurde, im Rahmen der DGVS vorgestellt werden, die sich auch mit diesem Thema zur Schaffung von Rechtssicherheit auseinandersetzt.

Bei Rückfragen: [h.bitter@eep-law.de](mailto:h.bitter@eep-law.de)

### **Arzneimittelhersteller können Patienten zukünftig umfassender informieren**

Der Vorschlag der Europäischen Kommission zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG in Bezug auf die Information der Öffentlichkeit über verschreibungspflichtige Arzneimittel wird derzeit innerhalb der Kommission abgestimmt. Der Vorschlag wird voraussichtlich im Oktober 2008 veröffentlicht. Nach dem Entwurf sollen sich Arzneimittelhersteller zukünftig unter besonderen Voraussetzungen mit Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel direkt an Patienten richten dürfen. Zwar wird direkt an den Endverbraucher gerichtete „Werbung“ weiterhin verboten bleiben, möglich werden soll nach der Ansicht der Kommission jedoch eine Information des Verbrauchers mithilfe etwa der Fachinformation oder andere Auskünfte über das Arzneimittel selbst. Entgegen dem ursprünglichen Entwurf der Kommission aus dem Konsultationsverfahren (wir berichteten) sollen Informationen über Arzneimittel nicht über das Radio oder das Fernsehen vermittelt werden dürfen, sondern lediglich über Printmedien und das Internet.

Die Regeln für die Verbreitung von Informationen über das Internet sollen ausweislich

des Entwurfes besonders sorgfältig und ausführlich geregelt werden. Die Mitgliedstaaten überwachen die Qualität der Informationen und verhängen im Falle eines Verstoßes gegen die Informationsbestimmungen Sanktionen. Diskutiert wurde im Vorfeld, welche Art von Kontrolle eingeführt werden soll. Im Regelfall soll nunmehr eine sogenannte Nachmarktkontrolle stattfinden, d.h. die Informationen werden erst nach der Veröffentlichung überwacht.

Für die Industrie sind diese Entwicklungen erfreulich, die Befugnis zur Information der Patienten wird deutlich erweitert. Es findet grundsätzlich kein Vorabgenehmigungsverfahren statt, so dass diesbezüglicher behördlicher Aufwand eingegrenzt wird.

Es wird erwartet, dass aufgrund der geplanten Liberalisierung der endgültige Richtlinienvorschlag kontrovers diskutiert wird.

Bei Rückfragen: [a.heinemann@eep-law.de](mailto:a.heinemann@eep-law.de)

### **„BARMER-Urteil“ des Bundessozialgerichts (Az: B 6 KA 27/07): Keine Verwendung von Mitteln der Integrierten Versorgung für den Hausarztvertrag!**

Das Bundessozialgericht (BSG) kam in dieser wegweisenden Entscheidung zu dem Ergebnis, dass der von der beklagten Ersatzkasse BARMER unter anderem mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) geschlossene Barmer-Hausarztvertrag nicht als Vertrag zur Integrierten Versorgung im Sinne des § 140a Abs. Satz 1 SGB V zu qualifizieren sei. Damit durften als Anschubfinanzierung für den Hausarztvertrag keine Mittel aus dem Topf verwendet werden, die der Förderung der Integrierten Versorgung dienen. Soweit nach den entsprechenden Bestimmungen für diesen Integrationsvertrag Kürzungen bei den Leistungserbringern erfolgt waren, mussten diese nach dem letztinstanzlichen Urteil des BSG von der BARMER ausgeglichen werden. Erwähnenswert ist das Urteil auch deshalb, da von Seiten des BSG ausführlich geklärt wurde, wann überhaupt ein Vertrag als Vertrag zur Integrierten Versorgung im Sinne von § 140a Abs. 1 SGB V zu qualifizieren ist.

Aus der Gesamtbetrachtung des BSG war abzuleiten, dass Behandlungsleistungen, die im Rahmen der Integrierten Versorgung erbracht werden, solche der Regelversorgung in der vertragsärztlichen oder in der stationären Versorgung zumindest überwiegend ersetzen müssen. Finden die Behandlungsleistungen, die vertraglich näher geregelt werden, hingegen weiterhin im Rahmen der bisherigen Regelversorgung statt, ergibt sich im Gegenschluss daraus, dass kein Fall der Integrierten Versorgung vorliegt. Ein wichtiges Indiz für das Vorliegen einer Versorgung außerhalb der Regelversorgung wäre es, wenn den Leistungserbringern eine verschiedene Vergütungsregime überschreitende Budgetverantwortung obläge, diese also beispielsweise für die Gesamtbehandlungsmaßnahmen eine Vergütungspauschale erhalten. Die unterschiedlichen Regelungen über die Vergütung etwa in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung kommen dann nicht zur Anwendung.

Der Gesetzgeber habe unmissverständlich mit der Erhöhung der Anforderungen an Integrationsverträge in § 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V („bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung“) zu erkennen gegeben, dass sein Ziel strikt auf die Etablierung einer eigenständigen, neben der Regelversorgung stehenden Versorgungsorganisation ausgerichtet bleibt. Dem entspricht ein Vertrag nicht, der, wie der BARMER Hausarztvertrag, an keiner Stelle die Regelversorgung verlässt, sondern nur zusätzliche Vergütungsanreize für die beteiligten Leistungserbringer gibt. Die Behandlungsleistungen, die im Rahmen der Integrierten Versorgung erbracht werden, müssen daher zumindest solche der Regelversorgung in der vertragsärztlichen oder in

der stationären Versorgung überwiegend ersetzen.  
Bei Rückfragen: [t.ebermann@eep-law.de](mailto:t.ebermann@eep-law.de)

---

## **Wegfall der Budgetierung im Krankenhaussektor**

Im Herbst 2008 steht die Beratung und Verabschiedung des nächsten Schrittes bei der Reformierung des Gesundheitswesens und seiner Finanzierung an. Der zu Beginn des Monats September veröffentlichte Referentenentwurf des Gesundheitsministeriums sieht vor, die Finanzierung der Betriebskosten und der Investitionen für Krankenhäuser neu zu regeln.

Die bisherige Budgetierung der Kosten, welche die Ausgabenentwicklung für die ärztliche Tätigkeit und die Krankenhausbehandlung an die Grundlohnentwicklung und nicht an das bestehende Morbiditätsrisiko koppelte, soll aufgehoben werden. Zukünftig soll das Morbiditätsrisiko wieder auf die Krankenkassen übergehen. So sollen die Tariflohnsteigerungen 2008 und 2009 für Ärzte und andere Mitarbeiter im Krankenhaus bei der Finanzausstattung berücksichtigt und eine leistungsgerechte Bezahlung gefördert werden.

Die Krankenhausfinanzierung soll dergestalt geändert werden, dass ein landesweit einheitliches Preisniveau für alle DRG-relevanten Krankenhausleistungen etabliert wird. Hierzu sollen die bis dato geltenden krankenhausespezifischen Basisfallwerte von landeseinheitlichen Basisfallwerten abgelöst werden. Darüber hinaus soll bei der Bestimmung der Basisfallwerte nicht mehr die Grundlohnentwicklung herangezogen werden, um der spezifischen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen.

Weiterhin ist bei der Finanzausstattung der Krankenhäuser geplant, dass die Krankenhäuser ab 2012 einen leistungsabhängigen Investitionszuschlag auf die DRGs erhalten. Die Finanzausstattung soll damit an dem tatsächlichen bei der Patientenversorgung entstehenden Investitionsbedarf ausgerichtet werden.

Bei Rückfragen: [p.truemper@eep-law.de](mailto:p.truemper@eep-law.de)

## **Zur Preisgestaltung bei Internetapotheken – Es bleibt spannend**

Internetapotheken erfreuen sich zunehmender Beliebtheit und es ist wohl nur eine Frage der Zeit, bis sie auch auf dem deutschen Markt den Durchbruch erzielen werden. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen konnten jedoch nur zu einem gewissen Teil die erforderliche Rechtssicherheit erzeugen. Gerade in Fragen der Abrechnung und der Preisgestaltung besteht noch immer erhebliche Unsicherheit und so ist es kaum verwunderlich, dass sowohl in der rechtswissenschaftlichen Literatur als auch in der Rechtsprechung diese Frage noch immer heiß umstritten ist. Spannend ist hierbei vor allem die Frage, ob Internetapotheken mit Sitz im EU-Ausland auch den deutschen Preisvorschriften – namentlich der Arzneimittelpreisverordnung – unterliegen. Würde diese Frage bejaht, so wäre ihnen ein erheblicher Wettbewerbsvorteil genommen, da sie letztlich zu den gleichen Preisen verkaufen müssten, wie eine deutsche Präsenzapotheke. Ob dies tatsächlich zutreffend ist, konnte bisher noch immer nicht abschließend geklärt werden, da insbesondere eine Entscheidung des BGH in dieser Sache aussteht. Interessant ist nunmehr eine kürzlich ergangene Entscheidung des Bundessozialgerichts (Az.: B1 KR 4 / 08 R). Zwar befasst sie sich nicht unmittelbar mit

der vorliegenden Problematik, doch kann einem Nebensatz die grundsätzliche Tendenz der Bundesrichter durchaus entnommen werden. Das Urteil befasste sich mit der Frage, ob ausländische Versandapotheken, die nach Deutschland exportieren, den Rabatt beanspruchen können, den der Gesetzgeber den Herstellern von Pharmaprodukten verordnet hat. Das Bundessozialgericht hat dies mit der Begründung verneint, dass der Nachlass nur für Medikamente gelte, deren Preise auch durch die deutschen Vorschriften geregelt seien. Da das für Präparate, die aus dem Ausland nach Deutschland geschickt werden, nicht gelte, könne auch der Arzneimittelrabatt nicht eingeklagt werden. Das BSG geht also davon aus, dass ausländische Versandapotheken nicht der Arzneimittelpreisverordnung unterliegen. Inwieweit sich diese Auffassung der Bundesgerichtshof anschließen wird, bleibt abzuwarten. In jedem Fall aber bleibt die Entwicklung spannend und sollte sehr genau beobachtet werden. Bei Rückfragen: [c.rybak@eep-law.de](mailto:c.rybak@eep-law.de)

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

RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Bei Rückfragen:

[newsletter@eep-law.de](mailto:newsletter@eep-law.de)

[www.eep-law.de](http://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
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	0 30 / 88 71 26-0

## **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](http://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