

**EEP-Nachrichten 1/2009**  
**Aktuelle Informationen aus dem Medizinrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die ersten Wochen des Jahres 2009 liegen hinter uns. Die Finanzmarktkrise verschärft sich von Tag zu Tag und noch ist keine Ende abzusehen. Die Partner im Gesundheitswesen hoffen, dass die Krise keine Auswirkungen auf den Gesundheitsmarkt hat, der sich bisher konjunkturunabhängig gezeigt hat. Aber: Dramatisch steigende Arbeitslosenzahlen würden mittelbar auf die Finanzierung des Gesundheitswesens durchlagen. Und das hätte Konsequenzen für uns alle.

Nur gemeinsam sind wir stark und können der Schwierigkeiten Herr werden. Dies gilt für die Wirtschaftskrise wie die Probleme im Gesundheitswesen. Verzicht aber auf Dialog und Streitige Auseinandersetzung führen zu nichts. Als Beispiele hierfür mögen die Honorarreform des vertragsärztlichen Bereichs oder die Auseinandersetzung um die Hausarztverträge gelten. So wie im Umfeld der Gesundheitsstrukturreform von 1993 zunehmend Partikularinteressen die Oberhand gewannen, scheint dies auch jetzt zu sein. Dabei bleibt der Bürger als Versicherter und Patient auf der Strecke. Und um ihn geht es: um seine qualitativ hochwertige Versorgung.

In diesem Sinne würden wir uns Dialog und Konsens wünschen.

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**

### **Juristischer Schlagabtausch zwischen Bewertungsportalen**

Einer Pressemitteilung eines Bewertungsportals für Ärzte, das 2008 mehrheitlich von einer Mediengruppe übernommen wurde, konnte man entnehmen, dass juristischer Streit zwischen zwei Bewertungsportalen in der Luft liegt. Zwei Start-Up-Unternehmen streiten sich um die Art und Weise der Bewertung von Ärzten und den damit in Zusammenhang stehenden Klickfunktionen.

Ob eine gerichtliche Auseinandersetzung von Start-Up-Unternehmen sinnvoll ist, muss bezweifelt werden. Sie ist nicht sinnvoll! Auch hier wäre der Dialog angezeigt, um das „zarte Pflänzchen“ der Bewertung von Ärzten im Gesundheitswesen und die dadurch erreichbare Transparenz für die Versicherten nicht zu gefährden.

Die Bewertung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen beginnt gerade auf „offene Ohren der Entscheidungsträger im Gesundheitswesens zu stoßen“. Zunehmend wird anerkannt, dass die Evaluierung von Ärzten, Apothekern oder auch Krankenkassen durch Dritte, wie Laien, zur Qualitätsverbesserung beiträgt. Selbst wenn es noch Diskussionsbedarf gibt, die Türen öffnen sich. Inzwischen beschäftigen sich auch die Ärzteschaft, die kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland mit diesen Fragen. Um diese Entwicklung nicht zu gefährden, sollte ein Streit zwischen Bewertungsportalen auf jeden Fall vermieden werden.

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

### **Neue Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum externen Vergleich**

Das Bundessozialgericht hat mit seinen Entscheidungen vom 29. Januar 2009 neue Vorgaben zu der leistungsgerechten Vergütung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten aufgestellt. Insgesamt waren fünf Schiedsstellenentscheidungen (§ 76 SGB XI) zu Pflegevergütungen innerhalb von Revisionsverfahren zu überprüfen (Az.: B 3 P 6/08 R; B 3 P 7/08 R; B 3 P 9/08 R; B 3 P 9/07 R und B 3 P 8/07 R). Diese Verfahren betrafen die Zeiträume ab 2002. In dieser Zeit galt noch nicht das am 01. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege – Weiterentwicklungsgesetz, welches für die Einigung der Parteien in den Pflegesatzvereinbarungen nunmehr bestimmt, dass der externe Vergleich zur Ermittlung des Marktpreises nur dann zur Anwendung kommt, wenn alle Verhandlungsparteien dem zustimmen.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat entschieden, dass die Pflegevergütungen für Pflegeheime auf einer neuen Basis zu berechnen sind. Dabei sei zu berücksichtigen, dass einerseits den Pflegeheimen eine Vergütung gewährt werden müsse, die ein leistungsgerechtes, wirtschaftliches Handeln gewähre ohne dabei zu dem vom Gesetzgeber abgeschafften „Selbstkostendeckungsprinzip“ hinsichtlich der Gestehungskosten zurückzukehren. Andererseits müssten die Grundsätze der Beitragsstabilität und der

Wirtschaftlichkeit berücksichtigt werden und den Interessen der Heimbewohner an möglichst niedrigen Pflegesätzen Rechnung getragen werden.

Das Bundessozialgericht gibt insoweit ein zweistufiges Verfahren zur Berechnung der Pflegesätze vor: In einer ersten Stufe werden die vom Heimträger für den zukünftigen Wirtschaftszeitraum vorgetragenen Kostenansätze auf ihre Plausibilität hin überprüft und dabei eventuell die Vorlage weiterer Unterlagen verlangt. Der Heimträger hat Kostensteigerungen, wie etwa Gehaltssteigerungen, zu erklären. Die Kostenansätze können von den Kostenträgern nur substantiiert bestritten, also nicht allgemein zurück gewiesen werden. In einer zweiten Stufe werden die so auf ihre Plausibilität geprüften Kostenansätze mittels eines externen Vergleichs mit den Pflegesätzen vergleichbarer Pflegeheime aus der Region überprüft. Alles was im unteren Drittel der Bandbreite der so verglichenen Pflegesätze liegt, wird als wirtschaftlich angesehen. Im Übrigen hat eine Angemessenheitsprüfung stattzufinden.

Für den externen Vergleich erfolgt eine Differenzierung nach tarifgebundenen und nicht tarifgebundenen Einrichtungen. Die Einhaltung der Tarifbindung und die Zahlung ortsüblicher Gehälter werden immer als angemessen bewertet. Dies ist auch für die Refinanzierung des voraussichtlich demnächst für die Pflegebranche verabschiedeten Mindestlohns von großer Bedeutung. Insofern kommt es künftig noch mehr auf eine gute Vorbereitung der Pflegesatzverhandlung an.

Bei Rückfragen: [m.arndt@eep-law.de](mailto:m.arndt@eep-law.de)

### **Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen unterbindet Verrechnung eines Regressbetrages mit Abschlagszahlungen.**

In einem einstweiligen Verfügungsverfahren hat das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen im Falle eines Allgemeinarztes aus Papenburg der Kassenärztlichen Vereinigung untersagt, den Regressbetrag mit den Abschlagszahlungen für den Arzt zu verrechnen. Wie auch das Sozialgericht Hannover wurde die Anordnung der sofortigen Vollstreckbarkeit der Regressbeträge ausgesetzt, bis im Hauptsacheverfahren eine Entscheidung fällt (Aktenzeichen: L 3 KA 44/08 ER). Zur Begründung wurde darauf verwiesen, dass an der Rechtmäßigkeit des Regressbescheides „ernsthafte Zweifel“ aufgrund schwerwiegender Verfahrensfehler bestehen. Obwohl die schlechte Datenqualität der in Rede stehenden Verordnungen offenkundig und eine Überprüfung für den Arzt unmöglich war, hat der Beschwerdeausschuss die Originalverordnungsblätter nicht eingesehen, um die tatsächlichen Verordnungskosten zu ermitteln. Dies stellt einen Verstoß gegen die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dar. Die Entscheidung ist ein großer Erfolg, gerade im Hinblick auf die schlechte Datenlage bei den Krankenkassen hinsichtlich der Verordnungsdaten. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen fordert die Abschaffung der Richtgrößenprüfungen im Arznei- und Heilmittelbereich und hat die sofortige Aussetzung der Vollstreckung in sämtlichen Verfahren in Zusammenhang mit Richtgrößenregressen veranlasst.

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

## **Ein Gesetzgebungsvorhaben mit maßgeblichen Einflüssen auf die pharmazeutische Industrie: Die Europäische Kommission schlägt das so genannte „Pharmaceutical Package“ vor.**

Am 10.12.2008 hat die Europäische Kommission das sogenannte „Pharmaceutical Package“ verabschiedet und dem Europäischen Parlament und dem Rat im Rahmen des Mitentscheidungsverfahrens zur Entscheidung vorgelegt. Sollte dieses Gesetzespaket in unveränderter Form vom Europäischen Parlament und dem Rat verabschiedet werden, wird dies einen maßgeblichen Einfluss auf europaweit agierende pharmazeutische Unternehmen haben. Zum einen schlägt die Europäische Kommission einen umfassenden Maßnahmenkatalog vor, um dem zunehmenden Handel mit Arzneimittelfälschungen in Europa entgegen zu treten. Die Notwendigkeit von Maßnahmen wurde insbesondere durch den *Report on Community Customs Activities on Counterfeit and Piracy 2007* aufgezeigt, der einen Anstieg des Handels mit Arzneimittelfälschungen in Europa im Vergleich zu 2005 um 380 vom Hundert feststellt. Ferner soll die Richtlinie 2001/83/EC die zulässigen Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel an Laien erweitern und zugleich weiter harmonisieren. Schließlich sind Änderungen der vorgenannten Richtlinie hinsichtlich des Safety Monitoring (Pharmacovigilance) von Arzneimitteln durch das Gesetzgebungsvorhaben der Europäischen Kommission vorgesehen. Dieses Gesetzgebungsvorhaben ist aus vielerlei Hinsicht zu begrüßen. Neben der erwähnten Notwendigkeit hinsichtlich der verschärften Unterbindung von Arzneimittelfälschungen ist die erweiterte Informationsmöglichkeit von Patienten überfällig. Auch die weitere Harmonisierung der zulässigen Informationen für Patienten erhöht die Rechtssicherheit für pharmazeutischen Unternehmen, welche europaweit Werbemaßnahmen durchführen und gegenwärtig noch mit unterschiedlichsten Interpretationen der bestehenden Richtlinie durch die mitgliedstaatlichen Gesetzgebungen konfrontiert sind.

Bei Rückfragen: [c.willhoeft@eep-law.de](mailto:c.willhoeft@eep-law.de)

## **Urteil des EuGH zu Funktionsarzneimitteln – im Zweifel keine Arzneimittel eigenschaft!**

Der Europäische Gerichtshof hat in der Rechtssache Hecht-Pharma am 15. Januar 2009 entschieden, dass die Zweifelsfallregelung des Art. 2 Abs. 2 der Richtlinie 2001/83/EG nicht auf ein Produkt anzuwenden ist, dessen Arzneimitteleigenschaft wissenschaftlich nicht nachgewiesen ist.

Gegenstand des Verfahrens war die Frage, ob ein als Nahrungsergänzungsmittel in den Verkehr gebrachtes Produkt der Arzneimitteldefinition unterfällt, auch wenn die pharmakologische Wirkung nicht vollständig nachgewiesen werden kann. Das streitgegenständliche Produkt beinhaltete einen Wirkstoff, der nach Behauptung der Kläger identisch mit einem in Deutschland zugelassenem Arzneimittel war.

Der EuGH kam zu dem Ergebnis, dass die Zweifelsfallregelung in Art. 2 Abs. 2 der Richtlinie 2001/83/EG nicht so auszulegen sein, dass bereits eine Wahrscheinlichkeit

ausreiche, um die Eigenschaft eines Erzeugnisses als Funktionsarzneimittel zu bejahen. Vielmehr wurde nun seitens des Gerichts klargestellt, dass Art. 1 Nr. 2 Buchstabe b des Gemeinschaftskodexes so auszulegen ist, dass ein Produkt nicht als Arzneimittel im Sinne dieser Vorschrift angesehen werden kann, wenn es aufgrund seiner Zusammensetzung – einschließlich der Dosierung seiner Wirkstoffe- und bei bestimmungsgemäßer Anwendung die physiologischen Funktionen nicht in nennenswerter Weise durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherstellen, korrigieren oder beeinflussen kann.

Dieses Urteil hat insbesondere derzeit eine besondere Bedeutung, da die Zweifelsfallregelung ebenso wie Definition des Arzneimittelbegriffes im Gemeinschaftskodex im Rahmen der 15. AMG-Novelle umgesetzt werden soll.

In diesem Zusammenhang raten wir -trotz und auch unter Beachtung dieses Urteils- zur Vermeidung negativer Folgen vor dem Inverkehrbringen von Produkten, bei denen die Arzneimitteleigenschaft zweifelhaft ist, zur Einholung einer Expertenmeinung. Bei Rückfragen: [a.heinemann@eep-law.de](mailto:a.heinemann@eep-law.de)

### **Honorarbereinigung durch Selektivverträge – KBV kündigt nach Eklat im Erweiterten Bewertungsausschuss Klage an!**

Die KBV hat am 27.01.2009 eine Klage gegen den Mehrheitsbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss zu Bereinigung der Gesamtvergütungen als Folge von Selektivverträgen angekündigt, da von Seiten der KBV dieser Beschluss für rechtswidrig erachtet wird.

Hintergrund war der Antrag der Kassenvertreter im Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner Sitzung vom 22.01.2009, wonach die pauschale Kürzung in Höhe von 15 Prozent des Bereinigungsvolumens aus einem Selektivvertrag erfolgen soll - unabhängig davon, ob ein Arzt an einem Selektivvertrag teilnimmt oder nicht. Diesem Antrag setzten die Vertreter der KBV ihre Forderung entgegen, grundsätzlich die nicht an einem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte von der Bereinigung auszunehmen. Nachdem diesem KBV-Antrag nicht stattgegeben wurde, verließen die KBV Vertreter die Sitzung und es wurde nicht weiterverhandelt. Es lässt vermuten, dass die KBV-Vertreter über eine Bestimmung in der alten (und formal noch geltenden) Geschäftsordnung inhaltlich versuchten, mit dieser Aktion Druck auszuüben. Denn nach dieser Geschäftsordnung wäre der Erweiterte Bewertungsausschuss nach dem Auszug der Ärztevertreter nicht mehr beschlussfähig gewesen.

Doch es kam anders: Nach dem Auszug der Ärztevertreter wurde der Antrag mit drei Stimmen von der Kassenseite, mit der Stimme des neutralen Ausschussvorsitzenden Prof. Wasem und mit der Stimme eines weiteren neutralen Mitglieds beschlossen – sprich ohne die Stimmen der Ärztevertreter.

Nach Ansicht des neutralen Ausschussvorsitzenden Prof. Wasem sei der Ausschuss beschlussfähig, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder, auch ohne die Ärztevertreter, anwesend sei. Nach Ansicht der KBV gelten demgegenüber für den Erweiterten Bewertungsausschuss die gleichen Geschäftsordnungsgrundsätze wie für den Bewertungsausschuss. Beschlüsse kommen dort nur durch Einstimmigkeit aller seiner Mitglieder zustande. Das erfordere die Anwesenheit aller Mitglieder. Deshalb werde man

das Gesundheitsministerium um Beanstandung des Beschlusses bitten und Anfechtungsklage vor dem Landessozialgericht erheben.

Die zentrale Frage also, ob der Beschluss des Ausschusses darüber, wie das KV-Honorar der Ärzte als Folge von Selektivverträgen bereinigt werden soll, wirksam ist oder nicht, richtet sich danach, welche Geschäftsordnung gilt. Bis zur endgültigen Klärung dieser Frage steht der Beschluss juristisch auf „wackeligen Füßen“. Denn das Bundesgesundheitsministerium hat die neue Geschäftsordnung noch nicht genehmigt. Auf einem anderen Blatt steht, ob sich das Ministerium zu dem Sachstreit einlässt.

Bei Rückfragen: [t.ebermann@eep-law.de](mailto:t.ebermann@eep-law.de)

### **Fremd- und Mehrbesitzverbot bei Apotheken – Der Generalanwalt beim EuGH verneint einen Verstoß gegen europäisches Recht**

Am 16.12.2008 stellte der Generalanwalt beim Europäischen Gerichtshof, Yves Bot, seinen Schlussantrag in der Rechtsache betreffend des deutschen Fremd- und Mehrbesitzverbotes bei Apotheken. Das deutsche Apothekenrecht, wonach ein Apotheker Inhaber seiner Apotheke sein muss und eine Kapitalbeteiligung Dritter ausgeschlossen ist, wurde als rechtmäßig bewertet.

Das Verbot des Fremd- und Mehrbesitzes von Apotheken schränke zwar die Niederlassungsfreiheit in der EU ein, sei aber durch die notwendige Sicherstellung einer unabhängigen pharmazeutischen Beratung und einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gerechtfertigt. Die hierzu erforderliche Unabhängigkeit sei insbesondere durch den Ausschluss einer Drittbeteiligung an der Apotheke sichergestellt. Der Patient, welcher bei Informationen über Arzneimittel auf das Wissen und die Kenntnis eines Apothekers angewiesen ist, müsse auf die Unabhängigkeit des Apothekers bei der pharmazeutischen Beratung vertrauen können.

Wenngleich das Urteil des EuGH noch aussteht, so hat der Schlussantrag des Generalanwaltes erhebliches Gewicht bei der Urteilsfindung. Sofern der EuGH dem Schlussantrag folgt, blieben die überwiegend erwartete Kettenbildung und vertikale Integrationen der Arzneimittelversorgung aus. Damit ist die bisher angenommene Marktveränderung im Apothekensektor kritisch zu hinterfragen. Es wäre dann zu erwarten, dass der bestehende Trend zu Dachmarkenkonzepten und Franchisingmodellen sich weiter verstärkt, um Kosteneffizienz und Wettbewerbsfähigkeit zu sichern.

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

### **Neuigkeiten aus der Gesetzgebung – die 15. AMG-Novelle**

Am 22.12.2008 ist durch das Bundesministerium für Gesundheit der Referentenentwurf zur Änderung des Arzneimittelgesetzes veröffentlicht worden. Neben einer Vielzahl von Detailregelungen, die – anders als der Titel vermuten lässt – nicht nur das Arzneimittelgesetz betreffen, enthält die Novelle auch interessante Teilaspekte, die gerade für den Arzneimittelgroßhandel von essentieller Bedeutung sein dürften. Unter anderem ist geplant, den Sicherstellungsauftrag der Apotheken bezüglich der Belieferung mit Medikamenten auf die Pharmaunternehmen und den pharmazeutischen Großhandel auszudehnen. Diese werden nun offiziell als Garant für eine flächendeckende

Vollversorgung von Arzneimitteln anerkannt und in den gesetzlichen Versorgungsauftrag mit einbezogen. Ziel dieser Regelung ist es, eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung von Arzneimitteln sicher zu stellen, damit der Bedarf für die Apotheken bzw. die Patienten gedeckt ist. Aus diesem Grunde dürfte folglich in der Zukunft ein Anspruch des Großhandels gegen die Pharmaunternehmen auf eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung bestehen.

Weitere wesentliche Neuerung ist die Umstellung der Großhandelsspanne in der Arzneimittelpreisverordnung. Da jedoch diesbezüglich noch kein breiter Konsens erzielt werden konnte, ist hier eine Umsetzung bis zum 01.01.2010 vorgesehen. Im Übrigen aber setzt die 15. AMG-Novelle konsequent die bisherigen Reformen fort. So ist über die bisherigen Handlungsinstrumentarien hinaus vorgesehen, Vorteile von Apotheken, die sie durch pharmazeutische Unternehmen über den ihnen durch die Arzneimittelpreisverordnung gewährten Zuschlag hinausgehen, vollumfänglich abzuschöpfen. Allerdings bleibt abzuwarten, in welcher Form das bisher lediglich als Referentenentwurf vorliegende Gesetz tatsächlich umgesetzt wird. Die betroffenen Verbände hatten bis Mitte Januar Zeit, hierzu Stellung zu nehmen, und so ist es mehr als wahrscheinlich, dass hier im Detail noch Änderungen erfolgen werden. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die weitgehende Bezugnahme auf heilmittelrechtliche Vorschriften. In jedem Falle aber bleibt die Entwicklung spannend und sollte aufmerksam verfolgt werden. Wir beraten und informieren Sie gerne.

Bei Rückfragen: [c.rybak@eep-law.de](mailto:c.rybak@eep-law.de)

### **Vorsicht vor ungesteuerter Kreativität zur Honorarsteigerung**

Die Honorarreform sorgt in der Ärzteschaft für viel Unmut. Hauptkritikpunkt ist der Umstand, dass der mühsam erstrittene Honorarzuwachs in Milliardenhöhe nicht gleichmäßig in der Ärzteschaft ankommt. Insbesondere Fachärzte und Kleinpraxen in den alten Bundesländern leiden unter den Auswirkungen der Honorarreform auf ihre Vergütung. Doch darf diese Missstimmung nicht in Missbrauch umschlagen, wie in dem kürzlich bekannt gewordene Fall eines Arztes aus dem Freiburger Raum geschehen. Hier wurde von den Kassenpatienten quartalsweise eine Sonderzahlung verlangt, damit die ärztliche Behandlung sich noch rechnet. Derartige Meldungen verdeutlichen zwar den Grad der Verzweiflung vereinzelter betroffener Ärzte, dennoch ist diese Vorgehensweise in jeder Hinsicht rechtswidrig und wird disziplinarrechtliche Maßnahmen zur Folge haben. Insbesondere darf trotz Einschränkungen in der ärztlichen Vergütung der Umfang der an die Kassenpatienten erbrachten medizinischen Leistungen nicht beschränkt werden.

Vertragsärzte sind gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V zur vollumfänglichen Erfüllung des Versorgungsauftrags verpflichtet. Dabei sind sämtliche Leistungen zu erbringen, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichende und zweckmäßig sind, § 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Unter welchen Umständen von gesetzlich Krankenversicherten Zuzahlungen vereinnahmt werden dürfen, ist abschließend in § 18 Abs. 8 des Bundesmantelvertrages für Ärzte (BMV-Ä) geregelt. Lediglich bei Fehlen der Versichertenkarte, auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und für Leistungen, die nicht im GKV-Leistungskatalog erfasst sind (I.G.e.L), besteht ein Zahlungsanspruch des Vertragsarztes gegen den Kassenpatienten. Der Vertragsarzt darf keinesfalls eine zu seinem Fachgebiet gehörende GKV-Kernleistung, die er in seiner Praxis aus Gründen der Kostenunterdeckung nur als Privatbehandlung anbieten will, dem GKV-Patienten nicht vorenthalten bzw. deren Erbringung von einer Privatliquidation (I.G.e.L) oder Zuzahlung abhängig machen. Den Arzt treffen gerade im

Rahmen von IGeL-Behandlungen strenge Hinweispflichten bezogen auf die Kostentragung durch den Patienten. Die Argumentation mit einem ausgeschöpften Budget oder einer besonderen gerätetechnischen Ausstattung verbietet sich für den Arzt in diesem Zusammenhang.

Bei einem Verstoß gegen § 18 BMV-Ä kann über § 60 Abs. 1 BMV-Ä in Verbindung mit § 81 Abs. 5 SGB V ein Disziplinarverfahren der KVen eingeleitet werden, das neben Verweisen und Geldbußen auch ein bis zu zweijähriges Ruhen der Zulassung zur Folge haben kann. In schwerwiegenden Fällen droht die Einleitung des Zulassungsentziehungsverfahrens. Bevor also auf kreative Ideen zur Honorarsteigerung zurückgegriffen wird, sollten die rechtmäßigen Möglichkeiten der Einnahmensteigerung erkannt und ausgeschöpft werden. Vor deren Umsetzung sollte man sich jedoch in jedem Fall zur eigenen Absicherung fachkundig durch einen auf das Medizinrecht spezialisierten Rechtsanwalt beraten lassen.

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

### **Wegfall der Altersgrenze für Vertragsärzte, Anzeige der Wiederaufnahme bis zum 31.3.2009**

Im Zuge der Gesundheitsreform hatte der Gesetzgeber im November 2008, kaum bemerkt, nach jahrelangen Diskussionen die Altersgrenze für Vertragsärzte abgeschafft. Diese durften zuvor zwar weiter über das 68. Lebensjahr hinaus Privatpatienten behandeln, ihnen war auch erlaubt, 90 Tage im Jahr als Vertretung für Kassenärzte zu arbeiten - nur eine eigene Praxis für Kassenpatienten durften sie in der Regel nicht mehr betreiben. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2009 § 95 SGB V grundlegend verändert: für Vertragsärzte, die im Jahr 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben, endet die Zulassung nicht mehr zum Ablauf des Quartals. § 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 in der bis zum 30. September 2008 geltenden Fassung findet für sie keine Anwendung. Wurde der Vertragsarztsitz aber nach § 103 Abs. 4 nach einer Ausschreibung fortgeführt, endet die Zulassung zum 31. März 2009, es sei denn, der Vertragsarzt erklärt gegenüber dem Zulassungsausschuss die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt die Zulassung als ruhend.

Seitdem die Altersgrenze im Jahr 1993 aus Sorge vor einem massiven Ärzteüberschuss eingeführt worden war, war sie vor Gerichten umkämpft, wurde aber gerichtlicherseits immer wieder bestätigt. So hatte 1998 das Bundesverfassungsgericht die Regelung für grundgesetzkonform erklärt und änderte seine Meinung auch nicht, nachdem das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, umgangssprachlich auch Antidiskriminierungsgesetz genannt, eingeführt worden war.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) erkannte 2007 zwar, dass Altersbeschränkungen - wie sie etwa auch für Richter, Piloten oder Schornsteinfeger gelten - gegen das EU-Diskriminierungsverbot verstießen, aber zulässig seien, wenn sie der besseren Verteilung der Beschäftigten zwischen den Generationen dienen. Auch das Bundessozialgericht bestätigte die Rechtmäßigkeit der Altersregelung für Ärzte mehrmals.

Noch das Sozialgericht Berlin lehnte mit Beschluss vom 16.09.2008 einen Antrag auf Erlass einer Einstweiligen Anordnung auf Fortwirkung der vertragsärztlichen Zulassung eines Vertragsarztes ab, der am 17. Februar 2008 sein 68. Lebensjahr vollendet hatte. Der antragstellende Arzt hatte auf die bevorstehende Gesetzesänderung hingewiesen. Das



Gericht führte in seiner Entscheidung hierzu aus, die behauptete Gesetzesänderung finde sich weder im Gesetzesentwurf zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung noch in den Redebeiträgen im Rahmen der Lesung des Gesetzesentwurfes eine Bestätigung ( SG Berlin, S 83 KA 433/08 ER ). Die Richter irrten und das juristische Tauziehen ist nunmehr beendet.

Bei Rückfragen: [c.gundel-arndt@eep-law.de](mailto:c.gundel-arndt@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
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
Adriano Cimmino	089 / 21 09 69-26

**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