



## **Newsletter Oktober /November 2020**

### **Aus der AFAE**

### **Frühjahrssymposium Februar 2021, geplant vom 05.-06.02.2021**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Planungen der AFAE für das Frühjahrssymposium 2021 stehen soweit, die meisten Referenten\*in haben zwischenzeitlich zugesagt, die nachstehenden Themen werden allenfalls noch sprachlich etwas abgeändert. Wir hoffen, dass wir die Tagung wie gewohnt durchführen können, in der noch zu folgenden Einladung ist beabsichtigt, alternative Teilnahmemöglichkeiten anzubieten. Bitte merken Sie sich den Termin schon einmal vor.

- Mauracher Entwurf – Insbesondere aus der Perspektive des ärztlichen Berufsrechts
- Arzthaftungsrecht aus der Sicht einer Patientenanwältin
- Update Vertragsarztrecht 2020-2021
- Update Arzthaftungsrecht
- Diagnostische Radiologie im Wandel – Neue Geschäftsmodelle und fortschreitende Digitalisierung
- Digital Health: Interessantes zu Gesundheits-Apps
- Update MVZ
- Umstrukturierung von Arztpraxen - Entwicklungen im Umwandlungssteuerrecht
- Mediation in der Arztpraxis
- Triage - Entscheidungen des Arztes in der Notfallaufnahme eines Krankenhauses über Art und Ort der Behandlung von mit dem SARS-CoV-2-Virus infizierten Patienten
- Zulässige Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie sich daraus ergebende Impfpflichten (z. B. bei der Covid-19-Pandemie)
- Zulassung von Impfstoffen aus Sicht der Pharmakologie
- Rechtsfragen der Sitzvergabe nach Entsperrung eines Planungsbereiches

- Aktuelles Vertragszahnarztrecht aus der Sicht der KZV
- Aktuelle Entwicklungen bei Errichtung und Betrieb einer Zweigpraxen
- Honorarvereinbarungen des Rechtsanwalts – Zulässigkeit und Grenzen

## **Arzneimittel-, Medizinprodukte- und Apothekenrecht**

### **Zu den Voraussetzungen für Cannabis auf Rezept**

Das LSG führt aus: Die rechtlichen Voraussetzungen für eine Versorgung mit Dronabinol liegen in geradezu idealtypischer Weise vor. Gemäß § 31 Abs. 6 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch auf Versorgung u.a. mit Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol, wenn

(1.) eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann und

(2.) eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht. Nach § 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V bedarf die Leistung bei der ersten Verordnung für eine Versicherte oder einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist.

Insbesondere schreibt das LSG: Nach der Erfahrung des Senats mit einer Vielzahl von „Cannabis-Fällen“ auf der Basis von § 31 Abs. 6 SGB V können die im Gesetz angelegten medizinischen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch ärztlich nicht besser vorgetragen werden als im vorliegenden Fall. Während es in vielen anderen Fällen an der vom Gesetz geforderten „begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes“ fehlt und ein Leistungsanspruch daher nicht feststellbar ist, sieht der Senat im vorliegenden Fall einen ärztlich so gründlich und überzeugend aufbereiteten Sachverhalt, dass ein Leistungsanspruch mehr als nur nahe liegt.

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 20. August 2020 – L 9 KR 223/20 B ER).

[http://www.gerichtsentscheidungen.berlin-brandenburg.de/jportal/portal/t/279b/bs/10/page/sammlung.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js\\_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=1&fromdoctodoc=yes&doc.id=JURE200013097&doc.part=L&doc.price=0.0#focuspoint](http://www.gerichtsentscheidungen.berlin-brandenburg.de/jportal/portal/t/279b/bs/10/page/sammlung.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=1&fromdoctodoc=yes&doc.id=JURE200013097&doc.part=L&doc.price=0.0#focuspoint)

## **Krankenhaus- und Vergütungsrecht**

### **Wiederholte Klinikaufnahme innerhalb von 24 Stunden gilt als Verlegung**

Wird ein aus dem Krankenhaus entlassener Patient innerhalb von 24 Stunden wieder in ein anderes Krankenhaus aufgenommen, so handelt es sich mit Blick auf die Fallpauschalenvereinbarung um eine Verlegung. Eine Verlegung setzt weder bei der

Fallzusammenführung noch beim Verlegungsabschlag einen inhaltlichen Zusammenhang oder ein aktives Tun der verlegenden Klinik voraus.

BSG, Urteil vom B 1 KR 8/20 R und B 1 KR 12/20 R

[https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2020/2020\\_10\\_27\\_B\\_01\\_KR\\_08\\_20\\_R.html](https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2020/2020_10_27_B_01_KR_08_20_R.html)

## **Leistungs- und Vergütungsrecht**

### **1. Keine Genehmigungsfiktion bei Unterschrift für Behandlung vor Ablauf der Entscheidungsfrist der Krankenkasse**

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung der selbstbeschafften Liposuktionen. Insbesondere sind die Voraussetzungen einer Kostenerstattung aufgrund einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a SGB V nicht erfüllt. Zwar hat die Beklagte die beantragte Liposuktion nicht innerhalb der durch § 13 Abs 3a SGB V vorgegebenen Frist beschieden. Die Klägerin war jedoch wegen ihrer Unterschrift unter einen Behandlungsvertrag schon am 27.4.2016 auf die von ihr dann auch in Anspruch genommene Behandlung bei der C-GmbH vorfestgelegt. Ein Versicherter, der schon vor Ablauf der Entscheidungsfrist auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung vorfestgelegt ist, hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegen die Krankenkasse aufgrund einer Genehmigungsfiktion. Der Senat hat Entsprechendes schon zum Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 2. Fall SGB V entschieden, wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Fälle des Systemversagens liegen danach nicht vor, wenn sie für die Selbstbeschaffung des Versicherten gar nicht ursächlich werden. Der Gesetzgeber baut mit der Genehmigungsfiktion auf diesem System auf. Hat ein Versicherter schon vor Fristablauf eigenmächtig das Sachleistungssystem infolge Vorfestlegung "verlassen", ist diese Vorfestlegung, nicht dagegen die verstrichene Frist ursächlich für die dem Versicherten entstandenen Kosten.

BSG, Urteil vom 27.10.2020, Az. B 1 KR 3/20 R

[https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2020/2020\\_10\\_27\\_B\\_01\\_KR\\_03\\_20\\_R.html;jsessionid=B8FE02BA27C9EEED93850A9762C49EBE.1\\_cid368](https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2020/2020_10_27_B_01_KR_03_20_R.html;jsessionid=B8FE02BA27C9EEED93850A9762C49EBE.1_cid368)

### **2. Spinale Muskelathropie darf vorerst mit Zolgensma therapiert werden**

Nach den glaubhaften Angaben des behandelnden Arztes ist die Therapie einer spinaler Muskelatrophie (SMA) mit Zolgensma indiziert und erfolgversprechend ist. Der von der IKK vorgeschlagenen Behandlung mit Spinraza sei keine bessere Kosten-Nutzen-Relation zu bescheinigen.

Der bei der IKK über die Familienversicherung versicherte, 13 Monate alte Antragsteller leidet an SMA. Die Prognose der Erkrankung ist in der Regel ungünstig, die meisten Patienten versterben innerhalb der ersten beiden Lebensjahre infolge von Ateminsuffizienz. Der Antragsteller wurde mit Spinraza behandelt. Dies erfordert lebenslange Injektionen mit Kosten von rund 285.000 Euro pro Jahr. Den Antrag auf Übernahme der Kosten einer Behandlung mit dem in der EU seit Mai 2020 ebenfalls zugelassenen Zolgensma im Rahmen einer Krankenhausbehandlung lehnte die IKK ab. Zolgensma muss nur einmal verabreicht werden, dafür kostet diese Anwendung rund 2

Millionen Euro. Das Sozialgericht Detmold gab der IKK Recht, das LSG hob diese Entscheidung im Beschwerdeverfahren wieder auf.

Nach Ansicht der LSG-Richter hat die Behandlung mit Spinraza weder eine bessere Kosten-Nutzen-Relation, noch steht fest, dass die Versorgung mit Zolgensma überhaupt zu Mehrkosten führt. Für die Behandlung sei auch der stationäre Krankenhausaufenthalt erforderlich. Deren Ziel könne nicht durch teil-, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden. Neben dem Arzt gehe sowohl der Gemeinsame Bundesausschuss als auch die Gesellschaft für Neuropädiatrie davon aus, dass die Gabe von Zolgensma ein stationäres Setting in zertifizierten Zentren erfordere und nicht ambulant erfolgen könne.

Die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes sei auch erforderlich, so das LSG weiter. Den das Erreichen der Grenze für eine sinnvolle Therapie stehe in Anbetracht von Alter und Gewicht des Antragstellers unmittelbar bevor. Zudem könne er wegen der erforderlichen Lumbalpunktionen und Sedierungen sowie der damit einhergehenden Risiken nicht mehr zumutbar auf Spinraza verwiesen werden.

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 28.09.2020, Az. L 10 KR 542/20 B ER

Quelle: Redaktion beck-aktuell, 10. Nov 2020

[https://www.justiz.nrw.de/nrwe/sgs/lsg\\_nrw/j2020/NRWE\\_L\\_10\\_KR\\_542\\_20\\_B\\_ER.html](https://www.justiz.nrw.de/nrwe/sgs/lsg_nrw/j2020/NRWE_L_10_KR_542_20_B_ER.html)

### 3. Zur Abrechnung von Anästhesien als extrabudgetär vergütete Leistung nach Abschnitt 31.5.3 EBM-Ä

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer Feststellungsklage um Fragen zur Abrechenbarkeit von Anästhesien nach den das ambulante Operieren betreffenden Gebührenordnungspositionen (GOP) des Kapitels 31 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä). Der Kläger ist ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Anästhesist, der Narkosen im Rahmen von ambulanten Operationen erbringt, die von MKG-Chirurgen durchgeführt werden. Er beantragte beim SG festzustellen, dass er berechtigt sei - bei Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen im übrigen - Narkosen nach den GOP des Kapitels 31 (... ambulante Operationen ...) abzurechnen, auch wenn der MKG-Chirurg als Operateur von der Möglichkeit Gebrauch macht, seine Leistungen nicht gegenüber der KÄV, sondern als zahnärztliche Leistungen gegenüber der KZÄV abzurechnen. Die beklagte KÄV stellte dies ausdrücklich nicht in Frage. Der Kläger war sowohl vor dem SG als auch dem LSG erfolgreich.

Die Revisionen der beigeladenen Krankenkassen haben Erfolg. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob die erhobene Feststellungsklage zulässig ist. Jedenfalls hat der klagende Arzt für Anästhesiologie keinen Anspruch auf die begehrte Feststellung. Entgegen seiner Auffassung setzt die Abrechnung von Anästhesien als extrabudgetär vergütete Leistung nach Abschnitt 31.5.3 EBM-Ä voraus, dass auch der Operateur seine Leistungen als ambulante Operationen nach diesem Kapitel abrechnet. Wenn der Anästhesist mit einem MKG-Chirurgen zusammenarbeitet, der von der Möglichkeit Gebrauch macht, seine Leistungen als zahnärztliche Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) abzurechnen, kann der an der Operation mitwirkende Anästhesist seine Leistungen allein nach den im Kapitel 5 enthaltenen GOP abrechnen.

BSG, Urteil vom 25.11.2020, Az. B 6 KA 28/19 R

[https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2020/2020\\_11\\_25\\_B\\_06\\_KA\\_28\\_19\\_R.html](https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2020/2020_11_25_B_06_KA_28_19_R.html)

## **Vertragsarztrecht**

### **Zur Verlegung von Arztstellen zwischen mehreren identischen MVZ**

Das BSG hat klargestellt, dass eine Verlegung von Arztstellen zwischen zwei MVZ verschiedener Betreibergesellschaften möglich sei. Dies gelte jedenfalls dann, sofern die Gesellschafter beider Betreibergesellschaften vollkommen identisch seien und stützt sich dabei auf § 24 Abs. 7 S. 2 Ärzte-ZV. Dabei bezog sich das BSG insoweit u.a. auf die entsprechende Gesetzesbegründung. Bereits dort hieß es zu der Regelung, dass MVZ „in gleicher Trägerschaft oder bei Identität der Gesellschafter“ die Möglichkeit zur Verschiebung von Anstellungsgenehmigungen eröffnet werden solle. Auch sei § 24 Abs. 7 S. 2 Ärzte-ZV eine wirksame Rechtsgrundlage. Zwar sei die Verlegung von Arztstellen für beide MVZ statusrelevant. Statusrelevante Fragen regelt dabei grundsätzlich das SGB V (und nicht die niederrangige Ärzte-ZV). Dies sei allerdings unschädlich, da § 24 Abs. 7 S. 2 Ärzte-ZV die Berufsfreiheit gem. Art. 12 Abs. 1 GG der MVZ-Träger gerade nicht einschränke, sondern vielmehr erweitere.

BSG, Urteil vom 30.09.2020, Az. B 6 KA 18/19 R

[https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2020/2020\\_09\\_30\\_B\\_06\\_KA\\_18\\_19\\_R.html](https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2020/2020_09_30_B_06_KA_18_19_R.html)

## **Sonstiges**

### **Zur Absetzbarkeit der häuslichen Kosten eines Syndikusrechtsanwalts**

Ein Syndikusanwalt kann für sein häusliches Arbeitszimmer nur maximal 1.250 Euro im Jahr von der Steuer absetzen. Wo der Mittelpunkt seiner gesamten Tätigkeit liege, bestimme sich nämlich nicht isoliert für seine einzelnen Tätigkeiten.

Die Obergrenze für den Abzug von Aufwendungen für Tätigkeiten im Heimbüro gilt nur dann nicht, wenn es den Mittelpunkt der gesamten betrieblichen und beruflichen Betätigung bildet (§ 4 Abs. 5 S. 1 Nr. 6 b EStG). Ein Münchener Rechtsanwalt berief sich darauf, dass er als Syndikusanwalt gesetzlich verpflichtet sei, Kanzleiräume vorzuhalten. Dies müssten eigene Räume sein, um – anders als in seinem Büro im Unternehmen – seine Verschwiegenheitspflichten erfüllen zu können. Das sahen aber sowohl das Finanzamt als auch das Finanzgericht München anders.

Der BFH stellte klar: "Bildet das häusliche Arbeitszimmer den qualitativen Mittelpunkt lediglich einer einzelnen Tätigkeit, nicht jedoch im Hinblick auf die übrigen Tätigkeiten des Steuerpflichtigen, ist anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls wertend zu entscheiden, ob die Gesamttätigkeit gleichwohl einem einzelnen qualitativen Schwerpunkt zugeordnet werden kann und ob dieser im häuslichen Arbeitszimmer liegt." Dabei sei auf das Gesamtbild der Verhältnisse und die Verkehrsanschauung abzustellen – nicht auf die Vorstellung des betroffenen Steuerpflichtigen.

Für Rechtsanwälte sei nach der Rechtsprechung des BFH geklärt, dass auch eine Anwaltskanzlei in der privaten Wohnung von der Abzugsbeschränkung erfasst werde,

sofern sie die Merkmale eines heimischen Arbeitszimmers aufweist. Der Mittelpunkt der gesamten betrieblichen und beruflichen Tätigkeit ist den Bundesrichtern zufolge für sämtliche Tätigkeiten zu bestimmen; bei Anwälten umfasst er sowohl die Tätigkeit als Arbeitnehmer als auch die selbstständige anwaltliche Tätigkeit. "Dass das Arbeitszimmer den Mittelpunkt der selbstständigen Tätigkeit als Rechtsanwalt darstellt, reicht für einen unbegrenzten Betriebsausgabenabzug nicht aus."

BFH, Beschluss vom 13.06.2020 - VIII B 166/19

<https://www.bundesfinanzhof.de/de/entscheidung/entscheidungen-online/detail/STRE202050218/>

---

**V.i.S.d.P.:** Rechtsanwältin Rita Schulz-Hillenbrand, Fachanwältin für Medizinrecht  
Mitglied im Vorstand der AFAE, Würzburg

AFAE, Anwälte für Ärzte, <http://www.afae.de>, Ritterstraße 9, 40213 Düsseldorf, Telefon  
0211/864630, Telefax 0211/320840

**Alle Angaben ohne Gewähr und Anspruch auf Vollständigkeit. © AFAE**