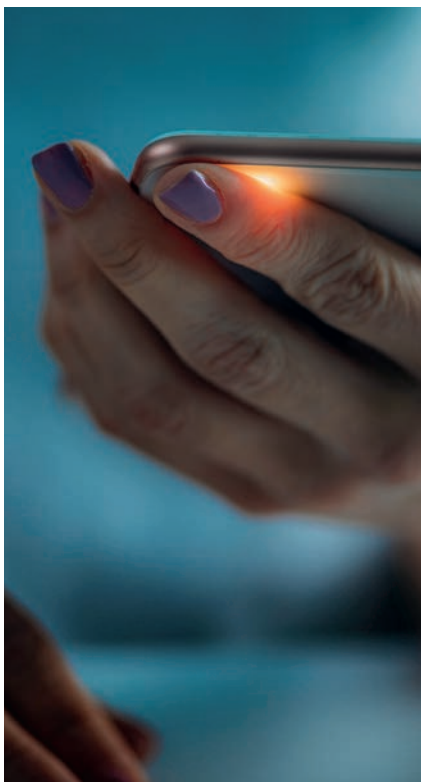




## INHALT

Immunitätsnachweis in der Praxis	S. 1	Gut auf dem Schirm zu haben: Heilmittelbehandlungen per Video	S. 3
Drei Gründe, ein MVZ zu gründen	S. 1	künftig Teil der Regelversorgung	
Grenzen der Werbefreiheit bei der Fernbehandlung	S. 2	7 Tipps zur Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)	S. 4
Kündigung der Rahmenvorgabe zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – was gilt nun?	S. 2		

## Immunitätsnachweis in der Praxis



Seit dem 16.03.2022 gilt die sogenannte „einrichtungbezogene Impfpflicht“ u.a. für Arztpraxen (§ 20a IfSG). Die Regelung gilt nicht nur für Personen mit Arbeitnehmerstatus. Auch Leiharbeitnehmer, Auszubildende oder Servicekräfte (bspw. Mitarbeitende von Reinigungsdiensten) sind erfasst. Ausgeschlossen sind allerdings diejenigen, die sich nur kurz (wenige Minuten) in der Praxis aufhalten. Zu denken ist hier etwa an den Getränkelieferanten oder Postdienstleister.

Die in der Praxis Tätigen hatten der Praxisleitung den Impf- oder Genesenenstatus bis zum 15.03.2022 nachzuweisen. Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können, mussten ein entsprechendes ärztliches Zeugnis bis zu diesem Zeitpunkt vorzulegen.

Was passiert aber, wenn Personen die entsprechenden Nachweise nicht erbracht haben? Hier ist nun zu differenzieren: Personen, die seit dem 16.03.2022 neu/

erstmalig in der Praxis tätig werden sollen, dürfen das nicht. Das IfSG ordnet unmittelbar ein Beschäftigungsverbot in der Praxis an.

Für die bis zum 15.03.2022 schon Tätigen gilt, dass die Praxisleitung unverzüglich das Gesundheitsamt zu informieren und die jeweiligen personenbezogenen Daten an die Behörde zu übermitteln hat. Erst das Gesundheitsamt kann ein Betretungs- und/oder Tätigkeitsverbot in der Praxis anordnen. Zuvor wird das Gesundheitsamt die Personen noch einmal auffordern, einen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorzulegen. Solange keine Entscheidung des Gesundheitsamtes vorliegt, dürfen die betroffenen Personen weiter in der Praxis tätig sein. Geltende Testpflichten etc. sind einzuhalten. Die Einhaltung der sonstigen Vorschriften sollten in der Praxis gut dokumentiert werden.

DR. CHRISTIAN REUTHER

## Drei Gründe, ein MVZ zu gründen

Dass medizinische Versorgungszentren (MVZ) immer beliebter werden, hat Gründe. Drei wichtige im Überblick:

### Weniger Tätigkeit, weniger Pflichten

Jedenfalls mehrere gleichberechtigte Gesellschafter können im MVZ gleichzeitig Inhaber und Angestellte sein. Angestellte haben gegenüber der KV wenig eigene Pflichten. Ein Vertragsarzt muss mind. einen halben Versorgungsauftrag ausfüllen und 12,5 Stunden in der Woche für die Ver-

sorgung zur Verfügung stehen. Die KVen überprüfen das. Im Gegensatz dazu kann ein Versorgungsauftrag für Angestellte geteilt werden. So reicht auch eine geringere Tätigkeit für Gesellschafter einer MVZ-Gesellschaft aus.

### Flexibilität bei Anstellungen

Nicht nur eine Gesellschaft mit mehreren Gesellschaftern kann MVZ-Trägerin sein, sondern auch eine Ein-Personen-GmbH. So kann ein alleiniger Gesellschafter mit hälftigem Versorgungsauftrag unendlich viele Angestellte haben. Einzelpraxisinhaber hingegen müssen in der Regel voll zugelassen sein, um maximal drei Vollzeitanestellte zu beschäftigen.

### Mehrere Standorte

Ein MVZ bietet sich an, wenn ein weiterer Standort betrieben werden soll und die Gründung einer Zweigpraxis schwierig erscheint. So lässt sich regional oder überregional eine größere Versorgungsstruktur aufbauen. Der Betreiber des MVZ muss nicht am Standort tätig sein, solange er mindestens eine hälftige vertragsärztliche Zulassung behalten hat. Die beste Gestaltung hängt vom Einzelfall und nicht zuletzt von regionalen Gegebenheiten ab. MVZ können wiederum Berufsausübungsgemeinschaften bilden – dann dürfen alle im „Verbund“ tätigen Ärzte an allen Standorten tätig sein.

DR. THOMAS WILLASCHEK



## Grenzen der Werbefreiheit bei der Fernbehandlung

Bei der Werbung für Fernbehandlungen ist trotz Änderung des § 7 Abs. 4 der Musterberufsordnung (MBO-Ä) weiterhin Vorsicht geboten. In einer neueren Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) aus Dezember 2021 macht dieser die Grenzen deutlich und stellt klar, dass das ärztliche Berufsrecht diese Grenzen nicht allein bestimme. Vielmehr seien die Pflichten aus dem Behandlungsvertrag einzuhalten und es komme in Ansehung der neugefassten Regelung in § 9 Satz 2 HWG darauf an, ob nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit zu behandelnden Menschen nicht erforderlich sei.

Die Beklagte in der Schweiz ansässige Ärztin hatte auf ihrer Internetseite mit der Aussage „Erhalte erstmals in Deutschland Diagnosen, Therapieempfehlung und Krankschreibung per App“ für einen „digitalen Arztbesuch“ geworben. Die Klägerin, die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs, sah darin einen Verstoß gegen das Verbot der Werbung für Fernbehandlungen nach § 9 HWG.

§ 9 HWG verbietet Werbung für Fernbehandlungen im Sinne der Erkennung oder Behandlung von u.a. Krankheiten, die nicht auf eigener Wahrnehmung beruht. Im Laufe des Berufungsverfahrens wurde die Vorschrift um Satz 2 ergänzt, der die Werbung wiederum erlaubt, wenn für die Behandlung nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt nicht erforderlich ist.

Der BGH hat nun entschieden, dass die weitgefaste Werbung der Beklagten nicht nur gegen § 9 HWG in seiner alten, sondern auch in seiner neuen Fassung verstößt. Diagnose, Therapieempfehlungen und Krankschreibungen per App stellten eine Fernbehandlung dar, da sie nicht auf eigener Wahrnehmung beruhten. Diese sei dadurch gekennzeichnet, dass die Ärztin PatientInnen nicht nur sehen und hören, sondern auch – etwa durch Abtasten, Abklopfen oder Abhören oder mit medizinisch-technischen Hilfsmitteln wie beispielsweise Ultraschall – untersuchen könne.

Arzt und Patient müssten also gleichzeitig unmittelbar physisch präsent sein.

Auch eine Ausnahme nach Satz 2 liege nicht vor, da sich die Werbung nicht auf Behandlungen beschränke, für die ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem Patienten nach allgemeinen fachlichen Standards nicht erforderlich sei. Diese Standards bestimmten sich nicht nach den geltenden Regelungen des Berufsrechts, sondern ergäben sich aus dem Behandlungsvertrag (§ 630a Abs. 2 BGB) und denjenigen Grundsätzen, die bezüglich der vom Arzt zu erfüllenden Pflichten entwickelt wurden. Danach können sich die fachlichen Standards auch erst im Laufe der Zeit entwickeln und etwa aus den Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften oder den Richtlinien des GBA ergeben. Da im Fall die Beklagte schon nicht behauptet hatte, die von ihr beworbene Fernbehandlung entspreche in jedem Fall den fachlichen Standards, nahm der BGH dies auch nicht an.

DR. SOPHIA GLUTH



### IMPRESSUM

#### HERAUSGEBER:

D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB  
Kurfürstendamm 195, 10707 Berlin  
Tel. +49 30 327 787-0  
office@db-law.de  
www.db-law.de

Wir versenden den D+B Arztbrief auch per Mail. Sie können ihn jederzeit per Mail an newsletter@db-law.de bestellen, abbestellen oder Ihre E-Mail-Adresse ändern.

Alle Angaben sind trotz sorgfältiger Recherche ohne Gewähr. Der D+B Arztbrief ersetzt nicht die rechtliche Beratung im Einzelfall.

# Kündigung der Rahmenvorgabe zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – was gilt nun?

Die Empörung war groß, nachdem die Rahmenvorgabe zur Wirtschaftlichkeitsprüfung durch den GKV-Spitzenverband mit Wirkung zum 31.10.2021 aufgekündigt wurde. Schließlich konnten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband erst ein Jahr zuvor nach zähem Ringen auf eine gemeinsame Rahmenvorgabe für die Wirtschaftlichkeitsprüfung einigen, die das Regressrisiko für Vertragsärzte verringern und ihnen Erleichterungen bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung verschaffen sollte. Die Aktualisierung der Rahmenvorgabe war insbesondere aufgrund des im Jahr 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) notwendig geworden. So sieht das Gesetz unter anderem vor, dass bei Regressen für verordnete Leistungen nicht mehr die gesamten Kosten der als unwirtschaftlich erachteten Leistung erstattet werden müssen, sondern nur noch der Differenzbetrag

zwischen unwirtschaftlicher und wirtschaftlicher Leistung (sog. Differenzmethode). Darüber hinaus wurde auch die Ausschlussfrist zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von 4 auf 2 Jahre verkürzt. Da die Rahmenvorgabe jedoch immer häufiger durch einzelne Krankenkassen unterlaufen wurde, kam die Kündigung des GKV-Spitzenverband nicht ganz unerwartet. Doch was bedeutet dies für den einzelnen Vertragsarzt?

Nach § 9 Abs. 1 Satz 3 der Rahmenvorgabe ändert sich erst einmal nichts. So gilt die aktuelle Vereinbarung fort, bis sich die KBV und der GKV-Spitzenverband auf eine neue –geschiedste oder einvernehmlich getroffene– Rahmenvorgabe verständigen. Trotz dieser klaren Regelung darf bezweifelt werden, ob sich die Krankenkassen weiterhin mehrheitlich an die Rahmenvorgabe halten werden, nachdem bereits vor der Aufkündigung gegen diese verstoßen wurde. In der Folge dürfte die

Unkalkulierbarkeit eines Regressrisikos für den Vertragsarzt in Zukunft wieder erheblich zunehmen. Im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sollte auf die gesetzlichen Vorgaben, insbesondere die Anwendung der Differenzmethode geachtet werden, auch wenn diese in den regionalen Prüfvereinbarungen nicht vorgesehen ist.

ALEXANDER MEYBERG



## Gut auf dem Schirm zu haben: Heilmittelbehandlungen per Video künftig Teil der Regelversorgung



Die Telemedizin hält weiter Einzug in die Regelversorgung: Heilmittelbehandlungen sind nunmehr auch regulär telemedizinisch möglich. Zum 21. Januar 2022 wurde die telemedizinische Heilmittelbehandlung (Videotherapie) in die Regelversorgung überführt.

Ursprünglich nur temporär im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie zugelassen,

gehört die Videotherapie künftig zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Sollte zu Beginn der Pandemie die Versorgung mittels Telebehandlung sichergestellt und zugleich persönlicher Kontakt reduziert werden, soll die Videotherapie perspektivisch vor allem ein Angebot für den ländlichen Raum darstellen und lange Fahrtwege vermeiden.

Bereits im Juni 2021 wurde der Anspruch der Versicherten auf telemedizinische Erbringung von Heilmitteln in § 32 SGB V aufgenommen. Mit seinem Beschluss aus dem Januar dieses Jahres ergänzte der G-BA die Heilmittel-Richtlinie entsprechend, sodass telemedizinische Leistungen Teil der Regelversorgung werden. Die telemedizinischen Leistungen müssen in synchroner Kommunikation zwischen Heilmittelbringer und Patient, vorrangig im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit stattfinden. Aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) stellen

daher keine Behandlung im Sinne der Richtlinie dar. Ein persönlicher Erstkontakt wird stets vorausgesetzt.

Die Entscheidung, ob Heilmittel als telemedizinische Leistung erfolgen, trifft der Patient gemeinsam mit dem Heilmitteltherapeuten. Als Arzt oder Psychotherapeut lässt sich im Rahmen der Verordnung anschließen, dass die Heilmittelbehandlung telemedizinisch erbracht wird. Wichtig jedoch für den verordnenden Arzt oder Psychotherapeuten: Ein Ausschluss soll nur aus wichtigem Grund möglich sein. Dies könnte perspektivisch auch im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Relevanz sein, wenn sich das telemedizinische Heilmittelangebot als kostensparsamere Alternative zum Hausbesuch etabliert.

Vor kurzem noch die Ausnahme, hält die Telemedizin langsam, aber sicher in immer mehr Bereichen in der Gesundheitsversorgung Einzug.

KRISTIN ULLRICH

# 7 Tipps zur Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Schon seit einiger Zeit gibt es die „App auf Rezept“. Auf folgende 7 Punkte sollten Sie dabei achten:

## 1. Für jeden ist was dabei

Zwischenzeitlich sind 30 DiGAs im DiGA-Verzeichnis auf der Homepage des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet. Dort sehen Sie: Das Spektrum reicht von der Diagnostik über das Monitoring von Krankheitsverläufen und Therapie bis hin zur Verbesserung von Strukturen oder Prozessen. Nur die im DiGA-Verzeichnis gelisteten Applikationen können verordnet werden.

## 2. Bald auch im Praxisverwaltungssystem (PVS)

Künftig sollen die PVS alle wesentlichen Informationen zu den DiGAs vorhalten. Solange die Angaben dort noch nicht für alle DiGAs vollständig hinterlegt sind, finden Sie hilfreiche Informationen direkt im DiGA-Verzeichnis, u.a. zu den durchgeführten Studien und (Kontra-)Indikationen, außerdem die Gebrauchsanweisung sowie die Anwendungsdauer.

Wer mehr wissen will: Das BfArM hat einen umfangreichen Leitfaden in nicht-juristischer Sprache erstellt, in dem die DiGA und der Zulassungsprozess detailliert und anschaulich beschrieben wird.

## 3. Das Muster kennen Sie

Die Verordnung erfolgt wie bei einem Medikament auf Muster 16 unter Angabe der zugeordneten Pharmazentralnummer (PZN). Die PZN finden Sie im DiGA-Verzeichnis unter „Informationen für Fachkreise“. Sofern eine DiGA für unterschiedliche Indikationen oder für unterschiedliche Zeiträume verordnet werden kann (dies ist möglich), ist jeder Indikation und jedem Ordnungszeitraum eine eigene PZN zugeordnet.

## 4. Nur für Erwachsene

DiGAs dürfen nur an Patienten ab 18 Jahren verordnet werden. Dies folgt aus den im DiGA-Verzeichnis hinterlegten Gebrauchsanweisungen.

## 5. Keine Budgeteinbußen

Die Kosten für DiGA belasten erfreulicher

Weise nicht Ihr Praxisbudget. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt aber auch hier.

## 6. Kleinvieh macht auch Mist

Bis zum 31.12.2022 können Sie die GOP 01470 (18 Punkte/2,03 Euro) für die „Erstverordnung einer DiGA“ abrechnen. Sie ist mehrfach im Behandlungsfall berechnungsfähig und kann auch dann abgerechnet werden, wenn die Verordnung in einer Videosprechstunde erfolgt. Das ist nicht alles: Im DiGA-Verzeichnis ist unter dem Punkt „Mitwirkung als Leistungserbringer“ aufgeführt, welche ärztlichen Leistungen für die Versorgung mit der DiGA erforderlich und damit erstattungsfähig sind. Die erste neue Abrechnungsziffer ist die GOP 01471 EBM für die DiGA „somnio“ (Verlaufskontrolle und Auswertung; 64 Punkte/7,21 Euro), weitere werden folgen.

## 7. Sauber bleiben!

Auch hier gilt „keine Zuweisung gegen Entgelt“. Denken Sie stets daran, wenn Sie mit Dritten (insb. DiGA-Herstellern) kooperieren.

RICARDA ESSEL



# D+B

## RECHTSANWÄLTE

Die Kanzlei für das Gesundheitswesen.

BERLIN | DÜSSELDORF | BRÜSSEL | WWW.DB-LAW.DE