

Bundesverfassungsgericht zu nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln:

Auch chronisch Kranke erhalten kein Kassenrezept – Sie werden auf Ausgleichszahlungen der Kasse verwiesen



Bereits seit Jahren dürfen Vertragsärzte nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur in Ausnahmefällen per Kassenrezept verordnen. Immer wieder entsteht Kommunikationsbedarf im Praxisalltag, wenn ausgeschlossene Arzneimittel empfohlen werden. Manche chronisch Kranke meinen, sie seien besonders hart betroffen und benachteiligt. Das Bundesverfassungsgericht hatte deshalb die Verfassungsbeschwerde eines Versicherten zu entscheiden.

100 %ige Selbstbeteiligung

Die Gesetzeslage erscheint auf den ersten Blick nach § 34 Abs. 1 SGB V klar: Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich von der Versorgung ausgeschlossen. Ausgenommen sind versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen. Des Weiteren legt der GBA in der Arzneimittel-Richtlinie fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und deshalb mit Kassenrezept verordnet werden können. Die Gesetzesbegründung zu dieser Regelung stellt klar, dass ausgeschlossene Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung weiter einbezogen sein sollen. Der Gesetzgeber mutet den Versicherten hier allerdings eine 100 %-ige Selbstbeteiligung zu. Diese Motivation ist für das Verständnis der Regelungen von Bedeutung.

Regelungen sind für Vertragsärzte ohne individuelle Ausnahmen verbindlich

Inzwischen ist auch gerichtlich bestätigt, dass Vertragsärzte über die Regelungen im SGB V und in der Arzneimittel-Richtlinie hinaus keinen Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum haben. In Arzneimittelregress gerät ohne Verteidigungschance, wer sich über die Anordnungen hinwegsetzt, mag im einzelnen Behandlungsfall die Verordnung per Kassenrezept medizinisch auch noch so plausibel sein.

Auch chronisch Kranke erhalten keine Kassenrezepte

In seinem Beschluss vom 12.12.2012 (AZ: 1 BvR 69/09) stellt das Bundesverfassungsgericht u.a. fest, chronisch Kranken werde in der GKV kein Sonderopfer zu Gunsten der Allgemeinheit durch den Ausschluss vieler nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel auferlegt. Die Ungleichbehandlung zwischen den Arzneimittelarten ziehe für chronisch Kranke tatsächlich höhere Zuzahlungen nach sich, sei aber gerechtfertigt. Ein Verstoß gegen das Grundgesetz sei also nicht feststellbar. Für das Bundesverfassungsgericht spielt auch eine Rolle, dass der Gesetzgeber Regelungen getroffen hat, um die Belastung der chronisch Kranken durch die Kosten für Arzneimittel zu begrenzen. Bei der Zuzahlungsgrenze profitieren chronisch Kranke bei Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und bei therapiegerechtem Verhalten, da

sie nach § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V nur Zuzahlungen bis zur Höhe von einem Prozent statt zwei Prozent des Bruttoeinkommens wie andere Versicherte leisten müssen.

Mit kenntnisreicher Kommunikation schützen sich Ärzte und ihr Team

Fazit: Dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel vielfach nur mit grünem Rezept oder Privat Rezept verordnungsfähig sind, ist auch bei chronisch Kranken verfassungsrechtlich unbedenklich. Vertragsärzte und ihr Team sollten klipp und klar kommunizieren, wie das System geregelt ist, und dass eine individuelle Abänderungsmöglichkeit nicht besteht. Man sollte auch deutlich auf vom Gesetzgeber festgelegte Belastungsgrenzen für Zuzahlungen hinweisen. Hierzu zählen auch die Aufwendungen für medizinisch notwendige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Larmoyantes Klagen ist fehl am Platz, denn chronisch Kranke sind gegenüber anderen Versicherten privilegiert, da sie Zuzahlungen nur bis zur Höhe von einem Prozent statt zwei Prozent des Bruttoeinkommens leisten müssen. ◀

Dr. jur. Frank A. Stebner, Fachanwalt für Medizinrecht, Salzgitter

Dr. jur.
Frank A. Stebner
(Salzgitter)
Fachanwalt für
Medizinrecht
www.drstebner.de



Es ist nicht alles Gold was glänzt: Was bei der Entscheidung für eine Zweigpraxis alles zu beachten ist

Der strategische Aufbau einer Zweigpraxis (Filiale, Nebenbetriebsstätte) kann sinnvoller Bestandteil der Praxisentwicklung sein. Die Vor- und Nachteile einer solchen unternehmerischen Entscheidung müssen jedoch genau abgewogen werden.

Berufs- und vertragsrechtliche Situation

Nach den geltenden Berufsordnungen ist die Ausübung ambulanten Heilkunde an mehreren Orten (bis zu drei Stellen) ohne Genehmigungserfordernis berufsrechtlich möglich. Es besteht lediglich eine Anzeigepflicht gegenüber der örtlich zuständigen Ärztekammer. Aber Achtung: Sollen in der Filiale Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen, ist eine KV-Genehmigung erforderlich. Liegen die Voraussetzungen nach der Zulassungsverordnung-Ärzte vor, besteht ein Rechtsanspruch auf die Genehmigung. Entscheidend kommt es auf die Verbesserung der Versorgung der Versicherten am Ort der Filiale an. Bedarfsplanungsrechtliche Erwägungen spielen dabei grundsätzlich keine Rolle mehr, vertragsärztliche Nebenbetriebsstätten können auch in wegen Überversorgung gesperrten Gebieten erforderlich sein.

Was zählt zu den zwei weiteren Orten, an denen der Arzt ärztlich tätig sein darf?

Eine Filiale im Sinne der Berufsordnung liegt nur vor, wenn eine typischerweise in Arztpraxen erbrachte ambulante Tätigkeit ausgeführt wird. Zu den zwei weiteren Orten ärztlicher Tätigkeit zählt keine Tätigkeit in Belegkrankenhäusern, in Heimen, Sanatorien oder ambulanten OP-Zentren, in denen der Arzt Patienten betreut.

Alternative: Ausgelagerte Betriebsstätte (Praxisräume)

Eine vertragsärztliche Besonderheit ist die ausgelagerte Betriebsstätte (früher: ausgelagerte Praxisräume). Darunter ist ein zu-

lässiger und nicht genehmigungspflichtiger Tätigkeitsort in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz zu verstehen. Hierzu zählt auch ein Operationszentrum, in welchem ambulante Operationen bei solchen Patienten durchgeführt werden, die den Vertragsarzt zuvor in seiner Praxis aufgesucht haben.

Pflichten am Praxissitz und den weiteren Behandlungsorten

Der niedergelassene Arzt hat nach wie vor einen Praxissitz, seine Niederlassung. Dies ist der Ort, an dem der Arzt üblicherweise seine ambulante Tätigkeit ausübt, also seine Sprechstunde hält. Für diesen Ort besteht allgemein auch die sog. „Residenzpflicht des Vertragsarztes“. Er hat seine Wohnung so zu wählen, dass er für die ärztliche Versorgung seiner Patienten rechtzeitig erreichbar ist. Ausnahmen gelten in unterversorgten Gebieten.

Sprechstundenpflicht

Nach dem Bundesmantelvertrag-Ärzte müssen am Vertragsarztsitz und in der Filiale Sprechstunden nach dem Bedürfnis einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung durchgeführt und bekannt gegeben werden. Die Tätigkeit in der Filiale darf also nicht „nur bei Gelegenheit“ erfolgen.

Teilnahme am Notfalldienst beim Ort der Filiale

Beachtenswert ist auch ein Beschluss des Landessozialgerichts NRW (vom 19.03.2012 – L 11 KA 15/12 B ER). Danach wird mit der Zulassung die Pflicht des Vertragsarztes begründet, der Versorgung der Patienten umfassend zur Verfügung zu stehen. Er muss den ärztlichen Notfalldienst gleichwertig mittragen, so lange er in vollem Umfang vertragsärztlich tätig ist. Kraft Gesetzes sei der Vertragsarzt mit der Teilnahme an der Versorgung der Versicherten gehalten, sowohl am Stammsitz als auch

am Sitz der Zweigpraxis den Notfalldienst zu verrichten.

Errichtung einer Zweigpraxis: Vor- und Nachteile genau abwägen

Wichtig ist, nicht nur die Einnahmeseite zu sehen, sondern auch Überraschungen und ungeahnte Verpflichtungen in diese Entscheidung miteinzubeziehen. Hierzu gehört beispielsweise die Notdienstverpflichtung auch in der vertragsärztlichen Zweigpraxis, wie wirtschaftlich zusätzliche Miete, Personal- und weitere Betriebskosten. Schließlich muss auch der zeitliche und energetische Aufwand des Hin- und Herpendelns zwischen den verschiedenen Zweigpraxen der Niederlassung, also dem Hauptpraxissitz, in zeitlicher wie kostenmäßiger Hinsicht berücksichtigt werden. Die Investition in eine kompetente Wirtschaftsberatung ist vor der endgültigen Entscheidung eine gut angelegte Investition. Es sollte kritisch überlegt werden, ob der eigene Steuerberater zu solch einer Beratung die notwendigen Kenntnisse vom Gesundheitswesen besitzt.

Fazit

Die Einrichtung einer Zweigpraxis will wohl überlegt sein: Hier sind einerseits rechtliche Aspekte wie etwa die mengenmäßige Beschränkung der Zweigpraxen und etwaige vertragsärztliche Verpflichtungen am Stammsitz sowie am Sitz der Zweigpraxis zu berücksichtigen. Im Vorfeld zur Begründung einer Zweigpraxis muss weiterhin auch die Kosten-Nutzen-Relation sorgfältig überprüft werden. Eine gute rechtliche und wirtschaftliche Beratung ist vor Beginn des Vorhabens unerlässlich, damit die Bilanz später nicht heißt: „Aus Schaden klug geworden.“ ◀

Christian Wegener, Salzgitter

Christian Wegener MBA,
Rechtsanwalt
im Anwaltsbüro
Dr. Stebner, Salzgitter
www.drstebner.de

