



Newsletter

der AG Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein

2014-08

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

anliegend übersenden wir Ihnen den Newsletter für den Monat August.

1. Urteile aus dem Bereich des Medizinrechts

BSG: Auch Krankenhäuser müssen wirtschaftlich arbeiten

Auf Revision der Krankenkasse hat das BSG deren Klage gegen ein Krankenhaus an das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG) zurück verwiesen und klargestellt, dass die beklagte Krankenhausträgerin einen Vergütungsanspruch gegen die Klägerin nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Klinikbehandlung hat. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gelte für alle Leistungsbereiche des SGB V. Behandle ein Krankenhaus einen Versicherten unwirtschaftlich, habe es lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfielen.

Das Krankenhaus hatte eine bei der Kasse versicherte Patientin vollstationär wegen eines akuten Herzinfarkts behandelt. Die Versicherte willigte hierbei in eine später geplante Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie ein, wozu die Klinik sie erneut vollstationär aufnahm, bevor sie beide Behandlungen abrechnete. Die Kasse beglich die Forderungen nur unter Vorbehalt und führte an, Beklagte habe die Versicherte allein aus wirtschaftlichen Gründen vorzeitig entlassen, um die eigentlich bereits indizierte Diagnostik in einem zweiten Aufenthalt durchzuführen. Die Klage auf teilweise Rückzahlung der Abrechnungen hatte zunächst Erfolg, wurde dann aber vom LSG abgewiesen.

Ob die Beklagte eine kostengünstigere Alternativbehandlung hätte wählen müssen und welche Vergütung für eine solche fiktive wirtschaftliche Behandlung ggf. zu zahlen (gewesen) wäre, konnte der Senat mangels ausreichender Feststellungen des LSG nicht beurteilen.

BSG, Urteil vom 01.07.2014 – B 1 KR 62/12 R

Hinweis: Sämtliche BSG-Entscheidungen sind bisher lediglich über die Terminberichte für den 01.07. (juris.bundessozialgericht.de) bzw. für den 13.08. (juris.bundessozialgericht.de) abrufbar.

BSG erteilt Vergütungsneuordnung in Sachsen-Anhalt eine Absage

Das BSG hat die Frage, ob die Regionalisierung der vertragsärztlichen Vergütung zum Jahresbeginn 2013 in Sachsen-Anhalt eine völlige Neuberechnung der Gesamtvergütungsbasis möglich gemacht hat, verneint. Die zur Vereinbarung der Gesamtvergütung berufenen Vertragspartner (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen) dürften die Grundlage für die jährliche Vergütungsanpassung nicht losgelöst von der Höhe der für das Vorjahr gezahlten Vergütungen festsetzen, entschied das Gericht. Diese Grundlage dürfe insbesondere nicht mit der Begründung verändert werden, dass bereits die Vergütung des Vorjahres verglichen mit anderen Bezirken und unter Berücksichtigung der Erkrankungshäufigkeit zu gering gewesen sei. Der Senat bestätigte damit die Aufhebung eines für das Land ergangenen Schiedsspruchs, die Gesamtvergütung in Sachsen-Anhalt müsse, gemessen an der Morbidität der Bevölkerung, über die Jahre 2013 bis 2015 verteilt um insgesamt zwölf Prozentpunkte (etwa 119 Millionen Euro) höher ausfallen.

Dem Senat zufolge stellt der Steigerungsfaktor von 2,691 Prozent die maximal zulässige Erhöhung dar. Die Erhöhung der Basis um insgesamt zwölf Prozent sei gänzlich unzulässig. Die Schiedsämter dürften generell nur Zuwächse für das jeweilige Verhandlungsjahr festsetzen. Die Vertragspartner müssten sich an dem Mittelwert der vom Bewertungsausschuss jeweils regional nach den vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen einerseits sowie nach demografischen Daten andererseits berechneten Steigerungsraten orientieren. Abweichungen vom Mittelwert seien lediglich mit konkreter Begründung zulässig. Dabei reiche ein Hinweis auf die bislang vermeintlich unzureichend berücksichtigte Morbidität nicht aus. Damit hatte die Klage der AOK gegen die KV Sachsen-Anhalt Erfolg. Das zuständige Landesschiedsamt muss für 2013 neu entscheiden.

BSG, Urteil vom 13.08.2014 – B 6 KA 33/13 R

BSG: Kein Sonderbedarf bei Subspezialisierung

Das Bundessozialgericht (BSG) hat die Ablehnung des Antrags eines Psychologischen Psychotherapeuten, ihm wegen seiner Kenntnisse der Kommunikationsmethode AAC ("Augmentative and Alternative Communication") für die Behandlung von lautsprachlich behinderten und nicht sprechenden Patienten im überversorgten Planungsbereich Berlin eine Sonderbedarfszulassung zu erteilen, bestätigt.

Wie bereits in der Vorinstanz ausgeführt, begehre der Kläger nicht die Zulassung aufgrund besonderen Versorgungsbedarfs für eine relevante Behandlungsmethode, sondern aufgrund der Beherrschung einer besonderen Verständigungsmethode. Bei der Erteilung einer Sonderbedarfszulassung seien Qualifikationen, die nicht in einer speziellen ärztlichen Weiterbildung oder Subspezialisierung ihren Niederschlag gefunden haben, jedoch nicht zu berücksichtigen.

Bundessozialgericht, Urteil vom 13.08.2014 – B 6 KA 33/13 R

BSG: Eigene Verfehlungen führen nicht zur Unrechtmäßigkeit der Honorarkürzung

Das Bundessozialgericht hat die Überprüfung der Leistungen eines auf künstliche Befruchtungen spezialisierten Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Wege einer eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung und eine anschließende Honorarkürzung für rechtmäßig erklärt und die Revision des betroffenen Arztes zurückgewiesen.

Der Kläger hatte beanstandet, es seien im Ergebnis weniger als 20% der Fälle in die Prüfung einbezogen worden. Jedoch hatte er dem Beschwerdeausschuss statt der angeforderten 830 Akten auch nur 570 Akten vorgelegt. Die Gründe der Unterschreitung lagen somit in der Sphäre des Klägers, entschied das Gericht. Dieser habe objektiv gegen seine Verpflichtung zur Aufbewahrung der Behandlungsunterlagen verstoßen. Daher habe er auch im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung die Konsequenzen dafür zu tragen, dass bestimmte Unterlagen, die

noch hätten vorhanden sein müssen, nicht in die Prüfung einbezogen werden konnten.

Bundessozialgericht, Urteil vom 13.08.2014 – B 6 KA 41/13 R

Patienten sind auch in Notfällen über Privatabrechnung zu informieren

Zur gewissenhaften und vertrauenswürdigen Ausübung des ärztlichen Berufs gehört, dass ein nicht kassenärztlich zugelassener Arzt einen zur Verständigung fähigen Patienten darüber unterrichtet, dass er eine Notfallbehandlung privatärztlich zu liquidieren beabsichtigt. Die Sanktionierung eines Unterlassens durch eine Geldbuße ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, hat der Verwaltungsgerichtshof Saarland beschlossen. Ärzten, die dieser Informationspflicht nicht nachkommen, drohen Geldstrafen.

Im entschiedenen Fall bot der Betreiber einer privatärztlichen Praxis öffentlich ärztlichen Notfalldienst an. Ein Patient kontaktierte ihn telefonisch und suchte seine Praxis auf. Der Arzt legte ihm ein Formular der Privatärztlichen Verrechnungsstelle zur Unterschrift vor; weitere Erläuterungen zur Nichterstattung der Behandlungskosten durch die GKV erfolgten nicht. Das Ärztegericht verhängte eine Geldbuße in Höhe von 1500 Euro, die der Ärztegerichtshof bestätigte. Auch die Verfassungsbeschwerde des Arztes hatte keinen Erfolg. Der Eingriff in die Berufs- und Handlungsfreiheit sei gerechtfertigt, hieß es. Der Arzt habe seinen Beruf nicht gewissenhaft ausgeübt und dem ihm entgegengebrachten Vertrauen nicht entsprochen, also gegen die Berufsordnung verstoßen. Er hätte den Patienten über die nicht erstattungsfähigen Kosten informieren müssen, um diesem eine freie Entscheidung für die Behandlung auf eigene Kosten zu ermöglichen.

Verfassungsgerichtshof des Saarlandes, Beschluss vom 07.04.2014 – Lv 9/13

www.verfassungsgerichtshof-saarland.de/verfghsaar/dboutput.php?id=310&download=1

Haftungsrecht: Zahnarzt verurteilt

Ein Zahnarzt, der nach einer Therapie mittels Protrusionsschienen provisorischen Zahnersatz verfrüht eingliedert, handelt grob fehlerhaft und haftet der betroffenen Patientin auf Schadensersatz bzw. Schmerzensgeld, entschied das Oberlandesgericht Hamm.

Es sah als erwiesen an, dass der Beklagte die Klägerin provisorisch prothetisch versorgt habe, obwohl die Position ihres Unterkiefers durch die Schienentherapie noch nicht ausreichend gesichert gewesen sei. Ein grober Behandlungsfehler liege vor, weil die zu fordernde halbjährige Beschwerdefreiheit so deutlich unterschritten worden sei, dass sich ein Scheitern der zahnärztlichen Bemühungen geradezu aufgedrängt habe. Der Beklagte hafte daher für die bei der Klägerin eingetretenen Schäden einschließlich ihrer Folgewirkungen, weil er den Gegenbeweis mangelnder Kausalität nicht geführt habe.

Oberlandesgericht Hamm, Urteil vom 06.06.2014 – 26 U 14/13 (openjur.de/u/697847.html)

Arzthaftung wegen Nichtabklärung einer Blutgerinnungsstörung (Beweislastumkehr)

Es stellt einen sog. Befunderhebungsfehler dar, wenn vor einer Operation (Hüftimplantation) eine Blutgerinnungsstörung nicht abgeklärt wird, obwohl die anamnestischen Angaben und die pathologischen Blutwerte hierzu Veranlassung geben.

Wird eine Blutungsstörung präoperativ nicht behandelt, ist das ein grober Behandlungsfehler, weil dies aus objektiver Sicht nicht verständlich ist und einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Zugunsten der Patientin greift dann eine Beweislastumkehr. Der behandelnde Arzt trägt die Beweislast dafür, dass der Schaden auch bei einer zweckmäßigen Alternativbehandlung –

präoperative Befunderhebung und Gerinnungstherapie – eingetreten wäre.

Oberlandesgericht Hamm, Urteil vom 21.03.2014 – 26 U 115/11 (openjur.de/u/688747.html)

Zahnärztlicher Honoraranspruch kann auch bei mangelhafter Prothetik bestehen

Das Landgericht Berlin hat einem Zahnarzt trotz Behandlungsabbruchs und Verlustes angefertigten Zahnersatzes durch eine Patientin einen vollen Honoraranspruch zugesprochen und damit die Abweisung seiner Honorarklage in erster Instanz revidiert.

In der Zahnersatz-Fertigung, so hatte das Amtsgericht ausgeführt, sei ein werkvertragliches Element des Behandlungsvertrages zu sehen. Weil die durch ihn für die Beklagte angefertigten Brücken offenbar verlustig gegangen seien, habe er keinen Beweis dafür erbringen können, dass zum Zeitpunkt der (provisorischen) Eingliederung der Zahnersatz mangelfrei angefertigt war.

Dem Landgericht zufolge hat(te) der Zahnarzt lediglich für die technische Anfertigung des Zahnersatzes nach werkvertraglichen Grundsätzen einzustehen. Hierzu gehörten nicht die von der Beklagten behaupteten angeblichen Schwierigkeiten der Okklusion, der Größe der neu gestalteten Zähne und des Zungenbisses, da diese zum Bereich der Planung und Gestaltung in Erfüllung des Dienstvertrages zählten. Daher sei der Honoraranspruch in voller Höhe entstanden. Denn die Dienstleistung des Zahnarztes könne bereits durch Eingliederung einer herausnehmbaren Prothetik erbracht und fällig sein, wenn – wie im entschiedenen Fall – nach dem Parteiwillen keine feste Eingliederung gewünscht war bzw. ist. Eine spätere Ausgliederung des Zahnersatzes auf Patientenwunsch und aus Kulanz stehe dem nicht entgegen.

Landgericht Berlin, Urteil vom 03.04.2013 – 5 S 4/12

files.vogel.de/iww/iww/quellenmaterial/dokumente/142153.pdf

2. Aktuelles

G-BA-Beschluss in Kraft: Ab 02.08.2014 sind auch Ermächtigte bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen

Die Leistungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen werden künftig (zunächst nur bis zum 31. Mai 2018 befristet) in der Bedarfsplanung berücksichtigt. Der am 17. April gefasste Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde vom Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet.

Bislang waren Leistungen von ermächtigten Ärzten und Psychotherapeuten, die in vollem oder hälftigem Umfang eines Vollversorgungsauftrages für ihr Fachgebiet ermächtigt waren, wie die von zugelassenen Vertragsärzten oder Psychotherapeuten anzurechnen. Nach dem neuen § 22 BPLR werden Leistungen ermächtigter Ärzte entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang auf den Versorgungsgrad angerechnet, soweit der Tätigkeitsumfang nicht vernachlässigbar ist, weil er weniger als ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags erreicht. Zudem setzt eine Anrechnung voraus, dass mindestens drei Leistungsziffern angesetzt werden dürfen. Je nach Tätigkeitsumfang erfolgt dann eine Berücksichtigung auf den Versorgungsgrad von 0,25/0,5/0,75 oder 1,0. Maßstab für die Anrechnung ist dabei die Fallzahl in Relation zum Fachgruppendurchschnitt der betreffenden Arztgruppe.

Keine Anrechnung erfolgt für Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und ambulante Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 119a SGB V). Sonstige ermächtigte Einrichtungen werden nach gesonderten Vorgaben berücksichtigt. So werden etwa Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) und Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) pauschal hälftig auf den Versorgungsgrad angerechnet, soweit nicht belastbare anderweitige Daten vorliegen. Von diesen Grundsätzen kann

zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten abgewichen werden. Die Regelungen gelten für die geriatrischen Institutsambulanzen (§ 118a SGB V) sowie für Psychosomatische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 3 SGB V) nur vorläufig, da entsprechende Vereinbarungen derzeit noch verhandelt werden.

Beschlussbekanntmachung:

www.bundesanzeiger.de bzw. www.bundesanzeiger.de

"Gesundheitsweise" legen Gutachten vor

Am 23.06.2014 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sein aktuelles Gutachten mit dem Titel "Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche" an den Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe übergeben. Darin fordern die „Gesundheitsweisen“ unter anderem eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Aufkauf von Praxen bei Überversorgung (ab 200%) sowie eine bundeseinheitliche Förderung von Praxen in unterversorgten Gebieten. Darüber hinaus werden für Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von unter 90% (Hausärzte) bzw. von unter 75% (grundversorgende Fachärzte) Zuschläge auf alle Grundleistungen der Regelversorgung in Höhe von 50% angeregt. Optional könne man dies auch für Selektivverträge vorsehen.

Gutachten und weitere Informationen: www.svr-gesundheit.de/index.php?id=529

Ab 1. Januar 2015 gilt nur noch die elektronische Gesundheitskarte

Von Beginn des Jahres 2015 an gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte (eGK) als Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme von Kassenleistungen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband geeinigt. Die „alte“ Krankenversichertenkarte kann noch bis Ende dieses Jahres verwendet werden.

Wer vom 1. Januar 2015 an Patienten behandelt, die keine neue Gesundheitskarte vorlegen, kann die Behandlungskosten privat in Rechnung stellen – es sei denn, der Patient reicht innerhalb von zehn Tagen die eGK nach oder legt einen aktuellen Versicherungsnachweis seiner Kasse vor. Geschieht dies, muss der behandelnde Arzt die Privatvergütung zurückerstatten und kann die Abrechnung über die KV vornehmen.

Pressemitteilung: www.kbv.de/html/4475_10742.php

3. Sonstiges

Vom 21. bis 23. November 2014 veranstaltet das Christliche Bildungswerk „Die Hegge“ eine Tagung zum Thema

ENTSCHEIDUNGEN AM LEBENSENDE

Sterbehilfe in der Diskussion: Medizinische, rechtliche und ethische Perspektiven.

Die Veranstaltung richtet sich insbesondere an Ärzte und Juristen. Problematische Themen wie (aktive) Sterbehilfe, Behandlungsabbruch, ärztlich assistierter Suizid werden aus medizinischer, rechtlicher und theologisch-ethischer Sicht beleuchtet.

Referenten:

- Prof. Dr. jur. Ruth Rissing-van Saan, Bochum; ehemalige Richterin am Bundesgerichtshof
- Prof. Dr. med. Michael Zenz; ehemaliger Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie am BG Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum, Vorsitzender der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der RUB.
- Prof. Dr. med. Fred Salomon; Theologe und Mediziner, bis 2013 Chefarzt am Klinikum Lippe-Lemgo., Lehraufträge für Ethik in der Medizin an den Universitäten Gießen, Ulm, Greifswald u.a.

Mehr Informationen unter die-hegge.de/event/entscheidungen-am-lebensende.

Impressum: Herausgegeben vom Geschäftsführenden Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltsverein, Littenstraße 11, 10179 Berlin, Telefon 030 – 72 61 52 – 0; Fax 030 – 72 61 52 – 190

V.i.S.d.P.: Rechtsanwalt Tim Hesse, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht

Redaktion, Copyright: Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht

Alle Angaben ohne Gewähr und Anspruch auf Vollständigkeit

Für eine Abmeldung aus dem Newsletter-Verteiler wenden Sie sich bitte an die Mitgliederverwaltung des DAV:
Frau Görl, Tel. 0 30 / 72 61 52-115 oder Herr Weiß, Tel. 0 30 / 72 61 52-107
D E U T S C H E R A N W A L T V E R E I N - Littenstraße 11, 10179 Berlin, Tel.: 0 30 / 72 61 52 - 0,
Fax: 0 30 / 72 61 52 - 1 90, dav@anwaltverein.de

Hrsg. vom Geschäftsführenden
Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht im DAV

