

### Editorial



### Neu in der PKV: Verbindliche Kostenzusage

Liebe Leserinnen und Leser,

privat Krankenversicherte und GKV-Patienten mit einer privaten Zusatzversicherung haben künftig die Möglichkeit, vor der Behandlung eine verbindliche Aussage ihrer Versicherung zur Kostenübernahme einzuholen. Dies ermöglicht eine Änderung des § 192 VVG, die im Rahmen einer Novelle des Versicherungsvertragsgesetzes am 31.01. vom Bundestag verabschiedet wurde. Der Paragraph wird um einen Absatz ergänzt werden, mit dem der Versicherte schneller Gewissheit über die Kostenübernahme einer Heilbehandlung durch seine Versicherung erhält. Lässt der Versicherer bei dringenden Heilbehandlungen eine zweiwöchige Genehmigungsfrist (bei weniger dringenden Fällen gilt eine 4-Wochen-Frist) verstreichen, muss er die Behandlung zahlen.

Als Initiator der Gesetzesänderung gilt ein Polizist, der selbst die leidige Erfahrung machen musste, was es bedeutet, wenn sich der Versicherer gegen eine verbindliche und schnelle Kostenzusage sperrt und acht Jahre für diese Gesetzesänderung gekämpft haben soll. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) sollen etwa 45 Millionen Versicherte von dieser Neuerung profitieren. Klar ist jedenfalls, dass die Versicherer auf die Neuregelung reagieren und ihre Bearbeitungsfristen entsprechend anpassen werden, denn die Neuregelung führt zu einer Beweislastumkehr zu Lasten des Versicherers.

Unser Newsletter steht dieses Mal ganz im Zeichen der medizinischen Versorgung. Verbesserungen in der haus- und fachärztlichen Versorgung verspricht die neue Bedarfsplanungsrichtlinie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Des Weiteren geht es u.a. um das Thema Honorarvereinbarung zwischen Belegarzt und Patient.

Es grüßt Sie aus Nürnberg

Annette Lieb, LL.M.  
Rechtsanwältin  
FAin für Medizinrecht

## Eckpunkte der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die bisherige Bedarfsplanung verhinderte nicht, dass mehr Ärzte zu Lasten der ländlichen Regionen in städtische Gebiete mit einer vermeintlich höheren Lebensqualität abwanderten. Zudem ließen sich die alten, den Kreisen bzw. kreisfreien Stadtgebieten entsprechenden Planungsbereiche nicht immer sachgerecht abbilden. Dieser Fehlentwicklung soll die mit der Versorgungsstruktur vorgegebene neue Bedarfsplanung begegnen. Ziel ist eine ausreichende wohnortnahe Versorgung im haus- und fachärztlichen Bereich. Zugleich soll die Ausdehnung spezialisierter ambulanter Versorgung begrenzt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierzu am 20.12.2012 die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie verabschiedet. Es ist nunmehr Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Richtlinie bis zum 30.06.2013 regional umzusetzen. Die neue Bedarfsplanung sieht folgende Eckpunkte vor:

### Bedarfsplanung für alle Arztgruppen

Alle Arztgruppen unterliegen nunmehr einer Bedarfsplanung, somit auch Kinder- und Jugendpsychiater, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Neurochirurgen, Humangenetiker, Laborärzte, Pathologen und Transfusionsmediziner. Im Vorgriff auf diese Änderung hatte der Gemeinsame Bundesausschuss im September 2012 eine vorläufige (höchst umstrittene Zulassungssperre für die bislang nicht beplanten Arztgruppen verhängt.

### 4 Versorgungsebenen

Die neue Bedarfsplanung bestimmt 4 Versorgungsebenen, nämlich

- hausärztliche Versorgung: Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztlich tätige Internisten;
- allgemeine fachärztliche Versorgung: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Or-

thopäden, Psychotherapeuten, Urologen, Kinderärzte;

- spezialisierte fachärztliche Versorgung: Anästhesisten, fachärztlich tätige Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen;
- gesonderte fachärztliche Versorgung: Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner.

Die Bestimmung der Arztgruppen erfolgt nach der Versorgungsausrichtung oder der Musterweiterbildungsordnung. Maßgebend für die Zuordnung zu den Versorgungsebenen ist die mutmaßliche Größe des Einzugsbereich der jeweiligen Arztgruppe.

### Planungsbereichstypen

Die Versorgung mit Hausärzten erfolgt künftig möglichst lokal. Hingegen werden die Fachärzte mit steigendem Spezialisierungsgrad über größere Einzugsgebiete beplant. § 7 der Richtlinie nennt als Grundlage für die Ermittlungen des Versorgungsgrads:

- Mittelbereich,
- Kreise bzw. kreisfreie Städte,
- Raumordnungsregion,
- von einer KV umfassender Bereich.

Die Kreise und kreisfreien Städte unterliegen zusätzlich einer fünfstufigen Typisierung. Damit sollen unterschiedliche Ausprägungen besser erfasst werden können. So wird die Stadt Nürnberg dem Typ 1, die Stadt Bayreuth dem Typ 5 zugeordnet. Die jeweiligen Raumordnungsregionen sind der Anlage 3.3 der Richtlinie zu entnehmen. Das Ruhrgebiet wird als Region gesondert beplant.

### Verhältnis Zahl – Einwohner

Nach § 11 Abs. 4 der Richtlinie wird die Verhältniszahl für die Arztgruppe der Hausärzte von einem Hausarzt zu 1.671 Einwohnern festgelegt. Im Ruhrgebiet als Sonderregion kommt ein Hausarzt auf 2.134 Einwohner. § 12 nennt für die allgemeine fachärztliche Versorgung beispielhaft folgende Verhältniszahlen:

| Arztgruppe        | Typ 1  | Typ 2  | Typ 3  | Typ 4  | Typ 5  |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Augenärzte        | 13.399 | 20.229 | 24.729 | 22.151 | 20.664 |
| Chirurgen         | 26.230 | 39.160 | 47.479 | 42.318 | 39.711 |
| Hautärzte         | 21.703 | 35.704 | 42.820 | 41.924 | 40.042 |
| HNO-Ärzte         | 17.675 | 26.943 | 34.470 | 33.071 | 31.768 |
| Nervenärzte       | 13.745 | 28.921 | 33.102 | 31.938 | 31.183 |
| Psychotherapeuten | 3.079  | 7.496  | 9.103  | 8.587  | 5.953  |

§ 13 der Richtlinie regelt die spezialisierte fachärztliche Versorgung. Danach gelten folgende Verhältniszahlen:

|                              |             |
|------------------------------|-------------|
| Anästhesisten                | 1 : 46.917, |
| Radiologen                   | 1 : 49.095, |
| Fachinternisten              | 1 : 21.508, |
| Kinder- und Jugendpsychiater | 1 : 16.909. |

In der gesonderten fachärztlichen Versorgung gelten etwa für Neurochirurgen Verhältniszahlen von 1 : 161.207 oder für Strahlentherapeuten solche von 1 : 173.576.

### Demografiefaktor

Die allgemeinen Verhältniszahlen werden nach § 9 der Richtlinie mit einem Demografiefaktor modifiziert. Dieser wird je Arztgruppe aus den Altersfaktoren und dem Leistungsbedarfsfaktor der jeweiligen Arztgruppe bestimmt. Hierbei ist der Leistungsbedarf für über 65-Jährige und unter 65-Jährige getrennt zu ermitteln. Bei einem hohen Anteil alter Patienten kann so ein weitergehender Versorgungsbedarf bestehen. Für Arztgruppen der Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater sowie den Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung kommt der Demografiefaktor nicht zur Anwendung.

### Berücksichtigung angestellter und ermächtigter Ärzte

Nach den §§ 51 bis 58 der Richtlinie sind für die Feststellung des Versorgungsgrades genehmigte angestellte Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit bei der Ermittlung des Versorgungsgrads zu berücksichtigen. Ermächtigte Ärzte werden wie zugelassene Ärzte der Arztgruppe angerechnet.

### **Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung**

Beträgt die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit für den angestellten Arzt mehr als 20 Stunden pro Woche, so erhält er im Falle der Umwandlung die volle Zulassung. Liegt die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit weniger als 20 Stunden pro Woche, erfolgt eine hälftige Zulassung.

### **Drohende ärztliche Unterversorgung**

Wird eine ärztliche Unterversorgung festgestellt oder droht eine solche unmittelbar, greifen die Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung nach dem SGB V.

### **Regionale Besonderheiten**

Von den Vorgaben der Bedarfsplanung kann nach § 35 der Richtlinie abgewichen werden, wenn regionale Besonderheiten dies erfordern.

### **Übergangsregelungen**

Die §§ 65 ff der Richtlinie sehen auf die Dauer von drei Jahren umfassende Übergangsregelungen vor, welche im Einzelfall zu beachten sind.

*Dr. Klaus Lieb  
Rechtsanwalt  
FA für Medizinrecht*

## **Honorarvereinbarung zwischen Belegarzt und GKV-Patient**

Belegärzte sind nach § 121 Abs. 2 SGB V berechtigt, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Die belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Abs. 3 SGB V aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet.

Will der Patient Wahlleistungen, somit über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen, wie etwa ein Einzelzimmer, in Anspruch nehmen, so kann der Belegarzt diese Leistung nur über das Krankenhaus anbieten und von diesem, aber keinesfalls vom Patienten eine Vergütung hierfür erhalten. § 121 Abs. 5 SGB V ermöglicht es dem Belegarzt, mit dem Krankenhaus einen entsprechenden Honorarvertrag zu schließen.

Will der Belegarzt den „Chefarzt“ abrechnen, so ist dies nur unter folgenden Vorgaben zulässig: Der Patient ist zuvor ausdrücklich darüber aufzuklären, dass er genau die gleiche Leistung über seine gesetzliche Krankenkasse kostenfrei – mit Ausnahme einer etwaigen, aber geringen Zuzahlung – erhalten kann. Verlangt der Patient daraufhin dennoch ausdrücklich und schriftlich eine Privatabrechnung, ist es dem Belegarzt gestattet, die Leistungen privat abzurechnen. Werden diese Vorgaben nicht eingehalten, besteht gegenüber dem Patienten wegen Nichtigkeit der Honorarvereinbarung kein Vergütungsanspruch.

*Dr. Klaus Lieb  
Rechtsanwalt  
FA für Medizinrecht*

## **Haftung wegen unzureichender Aufklärung bei Patientenentlassung entgegen ärztlichen Rates**

**Auch wenn Patienten das Krankenhaus entgegen ärztlichen Rates vorzeitig verlassen wollen, sind besondere Aufklärungspflichten zu beachten, wie das OLG Köln in einem Urteil vom 06.06.2012 (Az.: 5 U 28/10) entschieden hat.**

### **Sachverhalt**

Im vorliegenden Fall ging es um einen Patienten, der an einer seltenen angeborenen Herzerkrankung mit daraus resultierender Herzmuskelschwäche und Herzrhythmusstörungen litt. Der Patient erhielt einen Defibrillator implantiert und nahm einen Betablocker zeitweise mit anderen Medikamenten ein. Als er krankheitsbedingt das Bewusstsein verloren hatte und gestürzt war, wurde er mit einer Platzwunde stationär aufgenommen und medizinisch versorgt. Die Ärzte setzten den Betablocker ab und verabreichten dem Patienten ein Antiarrhythmikum. Der Patient entließ sich entgegen ärztlichen Rates am nächsten Tag wieder aus der Klinik. Die Ärzte wiesen ihn zwar darauf hin, dass ihn sein Defibrillator nicht sicher schützen und er im Rahmen einer Tachykardie versterben könne, jedoch wurde versäumt, ihn auch darauf aufmerksam zu machen, dass mit der Medikamentenumstellung ein stationär Überwachungsbedürftiges Risiko einherging, dass das Antiarrhythmikum entgegen der beabsichtigten Wirkung auch Herzrhythmusstörungen vermehren und verstärken kann.

Zwei Tage nach Verlassen des Krankenhauses kam es zu Herzrhythmusstörungen. Der Notarzt konnte die Herz-Kreislauffunktionen wieder herstellen, jedoch verblieb eine hypoxische Hirnschädigung mit Tetraparese, die zum Wachkoma führte.

## Entscheidung

Das OLG Köln hat einen groben Behandlungsfehler bejaht. Der Patient wurde vor dem Verlassen der Klinik nicht ausreichend therapeutisch aufgeklärt, da zu unterstellen war, dass dieser bei ausreichender Aufklärung zur stationären Überwachung im Krankenhaus geblieben wäre und in diesem Fall eine Hirnschädigung hätte vermieden werden können. Ein Mitverschulden des Patienten wurde ausgeschlossen, da ein solches aufgrund des Wissens- und Informationsvorsprunges der Ärzte zur dann in Betracht gekommen wäre, wenn er über die Sachlage vollständig und für ihn verständlich unterrichtet worden wäre.

**Praxishinweis:** Wenn sich Patienten entgegen ärztlichen Rates für eine vorzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus entscheiden, muss ausdrücklich über alle denkbaren Risiken hingewiesen werden. Je unvernünftiger ein Patient zu sein scheint, umso nachdrücklicher ist auf die Risiken hinzuweisen. In bestimmten Fällen sind dem Patienten notwendige Verhaltensmaßnahmen an die Hand zu geben, wie er sich verhalten soll, wenn es zu Symptomen kommt.

Annette Lieb, LL.M.  
FAin für Medizinrecht

## Impressum

v.i.S.d.P.: Rechtsanwalt Jörg Steinheimer  
LIEB.Rechtsanwälte  
Lorenzer Strasse 31 / 90402 Nürnberg  
Fon + 49 (0)911 2179090 / Fax +49 (0)911 21790999  
[joerg.steinheimer@lieb-online.com](mailto:joerg.steinheimer@lieb-online.com)  
[www.lieb-online.com](http://www.lieb-online.com)

Hinweis: Dieser Newsletter kann keine Einzelfallberatung ersetzen. Alle Angaben ohne Gewähr und Anspruch auf Vollständigkeit. Für die Abmeldung aus dem Verteiler schreiben Sie bitte eine E-Mail an [joerg.steinheimer@lieb-online.com](mailto:joerg.steinheimer@lieb-online.com)

© LIEB.Rechtsanwälte 2013