

Editorial



„Neues aus dem Medizinrecht“

Liebe Leserinnen und Leser,

zur Abwechslung präsentieren wir Ihnen einmal mehr einen Newsletter, der ausschließlich dem Medizinrecht gewidmet ist. Geschuldet ist dies vor allem den aktuellen Entwicklungen in diesem rasant fortschreitenden Rechtsgebiet.

In unserer September-Ausgabe informieren wir Sie unter anderem über das am 23.07.2015 in Kraft getretene GK-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG). Das VSG bezweckt vor allem die Sicherstellung einer flächendeckenden, gut erreichbaren medizinischen Versorgung. Außerdem sollen die Leistungsansprüche der Versicherten erweitert werden. Wie diese und andere vom Gesetzgeber formulierten Zielsetzungen durch verschiedene Maßnahmen umgesetzt werden und welche teils erheblichen Veränderungen damit sowohl für Patienten als auch Vertragsärzte einhergehen, ist Gegenstand des folgenden von Herrn Dr. Klaus Lieb verfassten Beitrags.

Darüber hinaus informieren wir Sie in unserem Newsletter über weitere wichtige Veränderungen in den verschiedenen Bereichen des Medizinrechts.

Es grüßt Sie aus Erlangen

Maximilian Immig
Rechtsanwalt

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Mit dem am 23.07.2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz will der Gesetzgeber die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern. Die demografische Entwicklung, neue Behandlungsmöglichkeiten sowie unterschiedliche Versorgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwache Regionen verursachen den gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Für Patienten und Vertragsärzte ergeben sich hierdurch teils einschneidende, teils auch für den Patienten erhebliche Veränderungen. Insbesondere sind zu nennen:

Praxisaufkauf durch Kassenärztliche Vereinigungen

Zulassungsausschüsse sollen künftig einen Nachbesetzungsantrag ablehnen, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Diese Regelung zum Sitzeinzug wird insoweit abgemildert, als der allgemeine bedarfsabhängige Versorgungsgrad um mehr als 40 % überschritten sein muss. Aufgrund der Soll-Regelung haben die Zulassungsausschüsse dennoch die Möglichkeit, einem Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes auch in bedarfsplanungsrechtlich überversorgten Planungsbereichen zu entsprechen, wenn sie dies aus Versorgungsgründen für erforderlich halten. Dem Antrag auf Nachbesetzung ist auch in den sog. Privilegierungsfällen zu entsprechen, wie der Weitergabe der Praxis an Ehegatten, Lebenspartner, Kinder oder Praxispartner, des Weiteren in den Fällen, in denen Ärzte sich verpflichten, den Sitz in ein schlechter versorgtes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen.

Wird ein Antrag auf Nachbesetzung abgelehnt und damit die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eingezogen, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung zu zahlen. Über die Berechnung besteht heute noch weitgehend Unklarheit. Faktisch läuft die Einziehung einer Zulassung auf einen enteignungsähnlichen Ein-

griff hinaus, sodass sich auch die Frage der Verfassungswidrigkeit stellt.

Recht auf Zweitmeinung

Mit dem Gesetz wird ein Rechtsanspruch der Versicherten, sich eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des vorgesehenen planbaren Eingriffes einzuholen, begründet. Das Zweitmeinungsverfahren gilt nicht für vertragszahnärztliche Eingriffe. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bis zum 31.12.2015 die Vorgaben für das Zweitmeinungsverfahren umsetzen.

Der indikationsstellende Arzt muss über die Option auf die Zweitmeinung so rechtzeitig, in der Regel zehn Tage vor dem Eingriff, aufklären, dass der Versicherte wohl überlegen kann.

Terminservicestellen

Der Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung soll künftig auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung umfassen. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis spätestens 1. Januar 2017 Terminservicestellen einzurichten. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Facharzt zu vermitteln. Die Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt darf höchstens vier Wochen betragen. Auch muss der Facharzt in zumutbarer Entfernung zum Wohnort des Patienten tätig sein. Einen Anspruch auf einen Wunscharzt hat der Patient nicht. Die Verpflichtung gilt nicht grenzenlos. Verschiebbare Routineuntersuchungen sowie Fälle von Bagatellerkrankungen werden von der Terminvermittlung ausgenommen. Steht fristgerecht kein Termin zur Verfügung, muss ein ambulanter Termin in einem Krankenhaus angeboten werden.

Es besteht keine Verpflichtung für den jeweiligen Facharzt, der Terminservicestelle ein freies Kontingent bereitzustellen. Der Arzt kann weiterhin selbst über seine Termine frei verfügen. Der Patient verzichtet mit der Inanspruchnahme der Terminservicestelle auf sein Recht der freien Arztwahl. Er ist nicht verpflichtet, die Terminservicestelle in Anspruch zu nehmen.

Neue Regelungen bei Ausfall des angestellten Arztes

Bislang konnte nur für den Vertragsarzt selbst ein Vertreter bestellt werden. Fiel hingegen der angestellte Arzt wegen Krankheit, Urlaub, Entbindung, Weiterbildung, Erziehungszeiten oder Pflegezeiten aus, war es nicht möglich, für die Ausfallzeiten einen Vertreter zu bestellen. Diese Lücke wird nunmehr geschlossen. Künftig kann für einen angestellten Arzt aus den gleichen Gründen ein Vertreter bestellt werden wie für den Vertragsarzt.

Neuerungen für das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)

Das Versorgungstärkungsgesetz streicht das bisherige Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“. Damit können künftig arztgruppengleiche MVZ gegründet werden, wie etwa ein reines Hausarzt-MVZ oder auch ein Zahnarzt-MVZ. Der Gründerkreis wird zudem um Kommunen ergänzt, die das MVZ als Eigen- oder Regiebetrieb führen können. Eine praktische Erleichterung gibt es bei der Gründung. So kann anstelle der bislang notwendigen selbstschuldnerischen Bürgschaft Sicherheit auch durch ein anderes Mittel, wie etwa der Hypothekenbestellung, geleistet werden. Klargestellt wird, dass die Gründereigenschaft von Vertragsärzten, die zugunsten einer Anstellung im MVZ auf ihre Zulassung verzichten, solange erhalten bleibt, wie sie im MVZ vertragsärztlich tätig und MVZ-Gesellschafter sind.

*Dr. Klaus Lieb
Rechtsanwalt*

Belegärztliche Behandlung von GVK-Patienten

Gesetzlich versicherte Patienten besitzen häufig eine private Zusatzversicherung für den Fall einer stationären Behandlung. Meist beschränkt sich diese auf „wahlärztliche“ Leistungen (Chefarztbehandlung) oder auf die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer. In diesen Fällen wird die stationäre belegärztliche Behandlung nicht umfasst.

Arzt und zusatzversicherter Patient können sich Ärger ersparen, wenn im Vorfeld der Umfang der Zusatzversicherung abgeklärt wird.

Der behandelnde Arzt hat des Weiteren zu prüfen, ob die rechtlichen Voraussetzungen zur Privatbehandlung von GKV-Patienten eingehalten sind. Einem Vertragsarzt ist nämlich eine Privatbehandlung bei gesetzlich versicherten Patienten für Leistungen, die Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, nur dann erlaubt, wenn der Patient dies vorab schriftlich ausdrücklich erklärt hat.

Mit dem Patienten ist somit zwingend eine schriftliche Vereinbarung über die geplante stationäre, belegärztliche Behandlung als Privatpatient zu schließen. In dieser muss der Patient ausdrücklich erklären, dass er die Privatbehandlung auf eigenen Wunsch durchgeföhrt wissen will und er darüber informiert wurde, dass die Behandlung auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeföhrt werden könnte. Fehlt es an einer solchen Patientenerklärung, besteht kein Anspruch auf Privatliquidation. Auch muss der Belegarzt mit Sanktionen wegen des Verstoßes gegen vertragsärztliche Pflichten rechnen.

*Dr. Klaus Lieb
Rechtsanwalt*

Ersatz von Kosten für Taxifahrten

Das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel hat entschieden, dass schwer Gehbehinderte keinen Anspruch auf eine Fahrtkostenerstattung zu einem beliebigen Arzt haben. Gezahlt werden muss nur für Taxifahrten zur nächstgelegenen Arztpraxis. Ausnahmen bestehen nur in Fällen zwingender, insbesondere medizinischer Gründe (Entscheidung vom 08.09.2015 – B 1 KR 27/14 R).

Das BSG hatte über einen Fall zu entscheiden, bei dem der schwer gehbehinderte Versicherte Kostenerstattung für Fahrten zu weiter entfernten Ärzten begehrte.

Der Versicherte hatte die Fahrten gegenüber seiner Krankenkasse damit begründet, dass er die jeweils nächstgelegene Arztpraxis nicht aufsuchen wollte. Eine Praxis hätte keine Hausbesuche angeboten, ein Lungenarzt sprach angeblich einen nur schwer verständlichen Dialekt. Ein Augenarzt konnte mangels Lasergerät keine entsprechende Behandlung durchführen. Die Krankenkasse ließ die vorgebrachten Argumente nicht gelten und wies den Versicherten darauf hin, welches die nächstgelegene Praxis sei und dass zusätzliche Kosten für weitere Wege zu entfernteren Praxen nicht übernommen würden.

Der Versicherte berief sich in seiner Klage gegen die Krankenkasse auf die freie Arztwahl. Wie schon in den Vorinstanzen wies auch das BSG die Klage ab. Im Interesse der Wirtschaftlichkeit wurde der Verweis auf die nächstgelegene Arztpraxis als rechtmäßig bestätigt. Nur bei zwingenden Gründen könnten Ausnahmen bestehen. Hierbei handle es sich vorrangig um medizinische Gründe, wenn etwa einzelne Untersuchungen in der nächstgelegenen Praxis nicht durchgeföhrt werden können. Andere Gründe müssten, so das BSG, "in ihrer Wertigkeit zwingenden medizinischen Gründen entsprechen".

Das Recht auf die freie Arztwahl sei nicht als verletzt anzusehen, da der Schwerbehinderte jede Arztpraxis aufsuchen könne. Die zusätzlichen Kosten müsse er dann allerdings selber tragen, worauf das BSG in seinem Urteil hinwies.

Annette Lieb
Rechtsanwältin
FAin für Medizinrecht

GEMA-Pflicht für Arztpraxen?

Der Gerichtshof der Europäischen Union (EuGH) stellte mit Urteil vom 15.03.2012 – Az. C-135/10 – fest, dass der Begriff der „öffentlichen Wiedergabe von Tonträgern“ nicht die kostenlose Wiedergabe von Tonträgern in einer Zahnarztpraxis umfasse, infolgedessen eine solche Wiedergabe für die Tonträgerhersteller keinen Anspruch auf Vergütung begründe.

Die Entscheidung hinderte die GEMA nicht, einen Rechtsstreit auf Zahlung der Vergütung für das Abspielen von Hörfunksendungen im Wartebereich der Praxis als Hintergrundmusik bis zum Bundesgerichtshof (BGH) zu treiben. Die GEMA hatte mit dem Zahnarzt 2003 einen Lizenzvertrag geschlossen, mit dem sie dem Zahnarzt das Recht zur Wiedergabe von Hörfunksendungen gegen Vergütung einräumte. Der Zahnarzt kündigte den Lizenzvertrag unter Hinweis auf die Entscheidung des EuGH. Der BGH bestätigte in seinem Urteil vom 18.06.2015 – Az. I ZR 14/14 – die Urteile der Vorinstanzen. Diese hatten festgestellt, dass der Zahnarzt zur fristlosen Kündigung berechtigt gewesen sei. Mit dem Urteil des EuGH sei die Geschäftsgrundlage des Lizenzvertrages entfallen. Die Parteien seien bei Abschluss des Vertrages von der Annahme ausgegangen, dass Hörfunkübertragungen in Praxiswartezimmern eine vergütungspflichtige öffentliche Wiedergabe im Sinne des Urheberrechts darstellen. Diese Voraussetzungen seien in einer Arztpraxis allgemein nicht erfüllt, wenn der Arzt für seine Patienten Hörfunksendungen als Hintergrundmusik wiedergebe.

Arztpraxen sollten, soweit noch nicht geschehen, mit der GEMA abgeschlossene Lizenzverträge kündigen. Ein Anspruch auf Rückerstattung einer bereits geleisteten Vergütung für die Vergangenheit kommt wohl nur in Betracht, wenn die jeweiligen Zahlungen unter Vorbehalt geleistet wurden.

Beide Entscheidungen sind nicht ohne weiteres auf andere Einrichtungen, wie Fitness-Center, zu übertragen. Hierzu fehlen noch höchstgerichtliche Entscheidungen.

Dr. Klaus Lieb
Rechtsanwalt

Keine Unfallversicherung für Behandlungsfehler

Der im Bereich der privaten Unfallversicherung zu findende übliche Haftungsausschluss bei "Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen" gilt auch bei ärztlichen Behandlungsfehlern, wie das Saarländische Oberlandesgericht (OLG) in Saarbrücken entschieden hat (Entscheidung vom 09.07.2014 – 5 U 89/13).

Das OLG hatte über einen Fall zu entscheiden, in dem die Klägerin im Jahr 2006 eine Unfallzusatzversicherung abgeschlossen hatte. Die Versicherungsbedingungen sahen den Risikoausschluss für "Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Handlungen, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt", vor.

Eine solche Regelung ist auch heute bei privaten Unfallversicherungen üblich, wobei es heute, wie schon damals eine sog. „Rückausnahme“ gibt, wonach der Versicherungsschutz erhalten bleibt, wenn die Heilmaßnahme durch den Unfall veranlasst war.

Die Versicherungsnehmerin suchte im November 2011 aufgrund plötzlicher Brustschmerzen ein Krankenhaus auf. Dort diagnostizierten die Ärzte eine Dissektion der thorakalen Aorta und setzten zunächst eine Stentprothese. Dabei wurde die Beckenarterie verletzt, sodass ein Bypass gelegt werden musste. Es kam im Weiteren zu Wundheilungsstörungen und Bypassverschlüssen, die schwere Durchblutungsstörungen

im Bein verursachten. Das Bein konnte nicht gerettet werden und musste amputiert werden.

Die Versicherungsnehmerin machte anschließend Ansprüche aus ihrer Unfallzusatzversicherung geltend. Der Versicherer lehnte diese jedoch aufgrund der Ausschlussklausel ab. Das OLG gab der Versicherung Recht. Die Verletzung der Beckenarterie sei nach Auffassung des Gerichts zwar ein Unfall gewesen, jedoch griff die Ausschlussklausel für medizinische Heilmaßnahmen ein.

Das OLG führte aus, dass das Setzen der Stentprothese eine Heilmaßnahme gewesen sei. Der Unfall sei "durch" die Heilmaßnahme passiert, da es hierzu ohne die Stent-Operation nicht hätte kommen können. Das Gericht sah keinen Grund, die Klausel nur auf "kunstgerecht durchgeführte Heilmaßnahmen" anzuwenden, da sich auch mit dem Behandlungsfehler "eine der konkreten Heilmaßnahme innewohnende Gefahr verwirklicht" habe.

Der vorliegende Fall war auch nicht mit einem Unfall vergleichbar, der sich "nur bei Gelegenheit einer Heilmaßnahme" ereignet, z.B. bei dem Ausrutschen in einer Arztpraxis. Die Rückausnahme griff nicht ein, da die Brustschmerzen nicht ihrerseits durch einen Unfall verursacht wurden. Eine Heilbehandlungsmaßnahme als Unfallereignis scheidet regelmäßig aus. Bei Behandlungsfehlern ist in der Regel vorrangig an Haftpflichtansprüche gegen Klinik bzw. behandelnden Arzt zu denken.

Leistungen aus einer privaten Unfallversicherung kommen nur dann in Betracht, wenn Unfall und Unfallverletzungen vor der Heilbehandlung eingetreten sind oder sich der Unfall „bei Gelegenheit“ einer Heilbehandlung ereignet hat. Es empfiehlt sich deshalb grundsätzlich, die Versicherungsbedingungen sorgfältig durchzulesen oder sich gleich anwaltlich beraten zu lassen, um sicher zu gehen, ob Leistungen aus der Unfallversicherung bestehen oder ob nicht an die Behandlerseite und die dahinterstehende Berufshaftpflichtversicherung (im Einzelfall an beide Versicherungen) heran getreten werden muss.

Annette Lieb
Rechtsanwältin
FAin für Medizinrecht

Impressum

v.i.S.d.P.: Rechtsanwältin Saskia Krusche
LIEB.Rechtsanwälte
Bucher Straße 21 / 90419 Nürnberg
Fon + 49 (0)911 2179090 / Fax +49 (0)911 2179099
saskia.krusche@lieb-online.com
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 saskia.krusche@lieb-online.com

© LIEB.Rechtsanwälte 2015