

Newsletter 2010-03

der AG Medizinrecht im Deutschen AnwaltVerein

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

anbei unser Newsletter für März 2010.

Ihre
Rita Schulz-Hillenbrand
Fachanwältin für Medizinrecht

Aus der Arbeitsgemeinschaft

Medizinrechtsausschuss zur anstehende Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen

Der Medizinrechtsausschuss des Deutschen Anwaltvereins hat sich in seiner [Stellungnahme 8/2010](#) mit den programmatischen Äußerungen zum Gesundheitswesen beschäftigt, welche eine Überarbeitung verschiedener Gesetze erwarten lassen und im Koalitionsvertrag zu finden sind. Dabei wurde keine politische Bewertung der Aussagen vorgenommen. Gegenstand der Stellungnahme sind die Empfehlungen zur Überarbeitung bestimmter gesetzlicher Regelungen, die in der Vergangenheit im Hinblick auf die Gesetzesanwendung zu unerwünschten Ergebnissen, Unklarheiten und Auslegungsproblemen geführt haben.

Arzthaftungsrecht

BGB §§ 280 Abs. 1 823 Abs. 1

Haftung trotz Abfindungsvergleich auch für die Kosten einer späteren beruflichen Eingliederungsmaßnahme des Betroffenen

Müssen Ärzte wegen eines Fehlers bei der Geburt dem geschädigten Kind Schadensersatz leisten, so umfasst dieser auch die Kosten, die später durch Maßnahmen für die Eingliederung in eine Werkstatt für behinderte Menschen entstehen. Finanziert die Bundesagentur für Arbeit eine solche Eingliederungsmaßnahme, kann sie die hierdurch entstehenden Kosten von den schadensersatzpflichtigen Ärzten ersetzt verlangen.

Dies sei also auch der Fall, wenn zuvor schon Abfindungszahlungen mit der betroffenen Familie ausgehandelt worden seien.

Die Bundesagentur für Arbeit hatte einem 17-jährigen Jungen, der durch einen Fehler der behandelnden Ärzte seit seiner Geburt schwer behindert war, eine Eingliederungsmaßnahme nach dem Sozialgesetzbuch finanziert, um den Jungen eine selbständige Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen zu ermöglichen.

Die Kosten hierfür, bislang rund 50.000 Euro, verlangte die Bundesagentur von den Ärzten ersetzt.

Zu Recht, befand die Arzthaftungskammer: Bereits bei der Geburt des Jungen im Jahr 1990 war absehbar, dass später einmal Kosten für Eingliederungsmaßnahmen anfallen können.

Die Ersatzansprüche des Jungen gegen die Ärzte seien deshalb schon zum damaligen Zeitpunkt auf die Bundesagentur für Arbeit übergegangen. Es spiele deshalb keine Rolle, dass der Junge, vertreten durch seine Eltern, später (im Jahr 1998) einen Vergleich mit den Ärzten abgeschlossen und zur Abfindung aller Ansprüche einen Betrag in Höhe von einer Million DM erhalten hatte.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

Landgericht Osnabrück, Urteil vom 13.01.2010, Az. 2 O 1097/09 vom 13.01.2010

Quelle: Landgericht Osnabrück

Berufsrecht

Medizinische Fachangestellte sollen Ärzte entlasten

Die Bundesärztekammer will die Medizinische Fachangestellte aufwerten, um Hausärzte zu entlasten. Demnach können Medizinische Fachangestellte nach einer entsprechenden Fortbildung selbständig Hausbesuche vornehmen und unter anderem die Sturzprophylaxe übernehmen. Auch das Kontrollieren von Blutdruck- und Blutzuckerwerten sowie das Versorgen von Wunden sind erlaubt. Hierfür können in unterversorgten Gebieten neue Gebührenordnungsziffern für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen abgerechnet werden, wenn die Medizinische Fachangestellte eine zusätzliche Fortbildung absolviert hat - je nach Dauer ihrer Berufserfahrung zwischen 190 und 270 Stunden.

Pressemitteilung der BÄK vom 29.01.2010

Leistungs- und Vergütungsrecht

1.) Kein Anspruch auf Kostenübernahme für multifokale Linsen

Ein gesetzlich Versicherter hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die ihm operativ eingesetzten sog. multifokalen Linsen hat, da die gesetzlichen Krankenkassen nur die Versorgung mit monofokalen Linsen anbieten.

Er könne auch nicht die Erstattung in Höhe der Kosten, die für das Einsetzen monofokaler Linsen entstanden wären, verlangen.

Die gesetzlich versicherte 59 Jahre alte Klägerin hatte sich im Rahmen einer sog. Katarakt-Operation anstelle der medizinisch indizierten Versorgung mit monofokalen Intraokularlinsen in beide Augen multifokale Intraokularlinsen implantieren lassen. Für diese ärztliche Selbstzahlerleistung bezahlte sie insgesamt rund 4.350 Euro. Die beklagte Krankenversicherung lehnte die im Nachhinein beantragte Kostenübernahme ab.

Das SG Düsseldorf hat die Klage abgewiesen.

Nach Auffassung des Gerichts hat die Beklagte die Leistung zu Recht abgelehnt; es handele sich auch nicht um eine unaufschiebbare Leistung. Ein Kostenerstattungsanspruch bestehe nur, wenn die Krankenkasse einen Anspruch zu Unrecht abgelehnt hat und der Versicherte vor der Inanspruchnahme der Leistung Kontakt mit der Krankenkasse aufgenommen hat. Es müsse also ein Zusammenhang zwischen der Ablehnung und dem eingeschlagenen Beschaffungsweg

bestehen, d.h. der Versicherte müsse vor jeder Therapieentscheidung in zumutbarem Umfang um die Gewährung der Behandlung als Sachleistung bemüht sein.

Auch soweit die Klägerin lediglich Kostenerstattung in der Höhe begehrt, in welcher der Beklagten Kosten für den Einsatz monofokaler Linsen entstanden wären, bestehe kein Anspruch. Der Kläger habe grundsätzlich nur einen Sachleistungsanspruch. Denn das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung könne seine Aufgabe nur erfüllen, wenn die Personen und Einrichtungen, deren Hilfe sich die Krankenkasse bei der Erbringung von Leistungen bedient, von den Versicherten auch genügend in Anspruch genommen werden.

Das Urteil ist rechtskräftig.

Sozialgericht Düsseldorf, Urteil vom 04.02.2010, Az: S 9 KR 159/07

2.) Privater Versicherer darf nicht auf BEL-Liste verweisen

Die Erstattung von Laborleistungen beschäftigt die Gerichte Landauf und Landab mit sehr unterschiedlichem Ausgang.

Im November 2009 hat nun das Amtsgericht München ein für Patienten und Zahnärzte ermutigendes Urteil gefällt. Das Amtsgericht widersprach dem Standpunkt vieler privater Krankenversicherer, im vorliegenden der Bayerischen Versicherungskammer, ihren Versicherungsnehmern nicht höhere Vergütungssätze erstatten zu brauchen als in dem von den Spitzenverbänden der Zahntechniker entwickelten Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (BEL) festgelegt sind. Dem hat das Amtsgericht nun eine Absage erteilt und die Erstattungsfähigkeit an den ortsüblichen und angemessenen Kosten angelehnt.

Amtsgericht München, Urteil vom 05.11.2009, Az.: 141 C 25047/07

3.) Zum Anspruch eines GKV-Patienten mit geschädigten Pfeilerzähnen auf Zahnersatz mit Implantaten

Auch ein gesetzlich Versicherter hat Anspruch auf Ersatz implantologischer Leistungen bei einer dauerhaft bestehenden Xerostomie nach einer Tumorbehandlung, da eine Ausnahmeindikation im Sinne der Behandlungsrichtlinie vorliegt, und zum anderen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist.

LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15.12.2009, Az. L 11 KR 4668/09

4.) Zur Kostenerstattung für drittmalige Versorgung mit Spender-Herzklappe in London

Das BSG hat entschieden, dass eine deutsche Krankenkasse die Kosten für die drittmalige Versorgung ihres Versicherungsnehmers mit einer Spender-Herzklappe in London nur beschränkt übernehmen muss.

Nach Auffassung des Gerichts kann eine Kostenerstattung für die Behandlung in anderen EG-Staaten höchstens in Höhe der Vergütung verlangt werden, die von der Krankenkasse bei einer Leistungserbringung in Deutschland zu tragen wäre. Ein ausnahmsweise weitergehender Anspruch scheitert, weil der Kläger eine vergleichbare, "dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung" i.S.v. § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V auch in Deutschland hätte erlangen können. Der Kläger könne sich auch nicht auf die von der Beklagten erteilte Zustimmung zu der stationären Auslandsbehandlung berufen, weil sie ausdrücklich mit

Maßgabe einer Kostenbegrenzung erfolgte. Höhere Kostenerstattungsansprüche resultierten ferner weder aus der vollständigen Bezahlung von Voroperationen (weil sich die Versorgung mit bioprothetischen Aortenklappenersatz in Deutschland seither grundlegend gebessert hat) noch daraus, dass der Kläger besonderes Vertrauen in die Londoner Krankenhausärzte setzte. Die Vorinstanz - das LSG Baden-Württemberg - musste auch nicht das Sterblichkeitsrisiko bei derartigen Operationen im In- und Ausland näher aufklären, mit dem der Kläger ein Versorgungsdefizit in Deutschland belegen wollte; eine Recherche in der Fachliteratur hätte ergeben, dass keine genauen Daten zum Risiko bei einer dritten Herzklappenoperation veröffentlicht wurden.

BSG, Urteil vom 17.02.2010, Az: B 1 KR 14/09 R

Vertragsarztrecht

SGB V § 116 b Abs. 2

Zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus

Die KBV wollte mit den Revisionen die Abweisung zweier Klagen durch das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) gegen Beschlüsse des G-BA vorgehen, mit denen die ambulante Krankenhausbehandlung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose und Multipler Sklerose (Az.: L 7 KA 30/08 KL) sowie mit Krebserkrankungen (Az.: L 7 KA 50/08 KL) geregelt sind. Das LSG hatte bereits im Juli 2009 in dieser Sache zu Gunsten des G-BA geurteilt und beide Klagen als unzulässig abgewiesen, da der KBV grundsätzlich keine Klagebefugnis gegen Entscheidungen des G-BA zustünde.

In beiden Verfahren versuchte die KBV durchzusetzen, dass die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus von einer gesicherten Diagnose und der Überweisung durch niedergelassene Fachärzte abhängig gemacht wird. Die vom G-BA beschlossenen Regelungen lassen allerdings - von medizinisch begründeten Ausnahmen abgesehen - Verdachtsdiagnosen und Überweisungen auch durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu.

Das BSG hat in seinen heutigen Entscheidungen zwar der KBV sowohl in ihrer Funktion als Trägerorganisation des G-BA als auch als Verantwortliche für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich die Befugnis zugesprochen, gegen Entscheidungen des G-BA klagen zu können. Jedoch seien solche Klagen nur zulässig, wenn die KBV ein Feststellungsinteresse in Form einer unmittelbaren Verletzung eigener Rechte durch eine Entscheidung des G-BA geltend machen könne.

In den vorliegenden Fällen liegt nach Ansicht des BSG eine solche Rechtsverletzung der KBV durch die Entscheidungen des G-BA zu § 116b SGB V jedoch nicht vor, so dass ein für die Klagezulässigkeit notwendiges Feststellungsinteresse nicht gegeben ist. Insbesondere mit der allgemeinen Beeinträchtigung wirtschaftlicher Interessen oder Zielsetzungen oder auch nur der Befürchtung einer solchen Beeinträchtigung, wie von der KBV vorgebracht, lässt sich nach Ansicht des BSG keine ausreichende Verletzung eigener Rechte herleiten.

Ausdrücklich offen gelassen hat der Senat, ob den Trägerorganisationen bei evident rechtswidriger Kompetenzüberschreitung des G-BA in seinen Entscheidungen eine Klagebefugnis zukommen könnte. Hierfür seien vorliegend aber auch keinerlei Anhaltspunkte erkennbar. Vielmehr habe der G-BA bei den streitgegenständlichen Entscheidungen entsprechend seinem gesetzlichen Regelungsauftrag gehandelt. Dies stellte das BSG in seiner Urteilsbegründung ausdrücklich fest.

Bislang hat der G-BA die Voraussetzungen für die spezialisierte ambulante Behandlung folgender Erkrankungen geschaffen: angeborene Skelettsystemfehlbildungen, schwerwiegende

immunologische Erkrankungen, Anfallsleiden, neuromuskuläre Erkrankungen, onkologische Erkrankungen, primär sklerosierende Cholangitis, Morbus Wilson, Marfan-Syndrom, Mukoviszidose, pulmonale Hypertonie, Hämophilie, Tuberkulose, Multiple Sklerose, schwere Herzinsuffizienz, HIV/AIDS, Rheuma, biliäre Zirrhose und Kurzdarmsyndrom.

Pressemitteilung des GBA vom 04.02.2010.

Sonstiges

Veröffentlichung der Ergebnisse einer Qualitätsprüfung in Pflegeheimen im Internet zumindest in Bayern weitgehend zulässig.

Im Newsletter 02-2010 hatten wir gerade über eine Entscheidung des SG Münster zur Zulässigkeit einer Veröffentlichung des Ergebnisses einer Qualitätsprüfung in Pflegeheimen im Internet berichtet.

Nunmehr hat das SG Augsburg entschieden, dass die Veröffentlichung eines Transparenzberichtes über ein schlecht benotetes Pflegeheim im Internet veröffentlicht werden darf.

In dem entschiedenen Fall hatte der MDK das im nördlichen Schwaben gelegene Heim insgesamt mit "Ausreichend" bewertet. In den Bereichen Pflege und medizinische Versorgung sowie Umgang mit demenzkranken Bewohnern vergab er ein "Mangelhaft". Die Bewohner selbst vergaben die Note "Sehr gut". Als fehlerhaft und wahrheitswidrig kritisierte das Heim diesen Bericht. Durch die Veröffentlichung würde es im Wettbewerb gegenüber Pflegeheimen, bei denen noch keine Prüfung stattgefunden habe benachteiligt und in seinen Grundrechten verletzt.

Das SG Augsburg hat den Eilantrag des Pflegeheimes abgelehnt.

Nach Auffassung des Gerichts ist die Veröffentlichung der Berichte angesichts der in der Vergangenheit gerügten Missstände in Pflegeheimen nicht nur geeignet, sondern auch erforderlich um auf schnelle Art und Weise Transparenz herzustellen. Die Öffentlichkeit habe daran ein überwiegendes Interesse, hinter dem das des Heimes an einer Beibehaltung der bisherigen Konkurrenzsituation zurücktritt. Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Verpflichtung zur Veröffentlichung der Berichte im Internet sei verfassungsrechtlich daher nicht zu beanstanden. Berechtigte Interessen der Pflegeheimen werden - so das Gericht - dadurch gewahrt, dass sie die Möglichkeit haben, vor Veröffentlichung des Transparenzberichts Kommentierungen anzufügen, die zusammen mit den Bericht veröffentlicht werden. Insgesamt seien wesentliche wirtschaftliche Nachteile für ein schlecht benotetes Haus kaum denkbar. Denn zum einen würden die Prüfungen jährlich vorgenommen und ein weniger gut bewertetes Heim hat zudem das Recht eine Wiederholungsprüfung zu beantragen, deren Ergebnis wiederum veröffentlicht wird. Ihm werde damit zeitnah die Möglichkeit eröffnet Änderungen und Besserungen seit dem letzten Bericht publik zu machen und gegebenenfalls seine Konkurrenzsituation zu verbessern. Das klagende Heim habe bereits eine Wiederholungsprüfung beantragt.

In einem ähnlich gelagerten Fall hatte das SG München vor kurzem dem klagenden Pflegeheim Recht gegeben und die Veröffentlichung des Transparenzberichtes vorläufig untersagt. Andere Sozialgerichte gelangten demgegenüber zu einem abweichenden Ergebnis.

Wie auch das SG Augsburg haben die Sozialgerichte in Bayreuth, Regensburg und Würzburg die Publizierung der Berichte zugelassen. "Das Wohlergehen der Pfleglinge, also der Schutz von Leib und Leben, ist ein hohes Gut, dass der Hinausschiebung der Veröffentlichung der Pflegenoten vorgeht" (vgl. SG Regensburg, Beschl. v. 04.01.2010 - S 2 P 112/09 ER).

SG Augsburg, Beschluss vom 29.01.2010, Az: S 10 P 105/09 ER

Quelle: Juris