

**2016-08**

1. Urteile aus dem Medizinrecht

Chefarzt muss wahlärztlich vereinbarte Operation selbst durchführen

Erklärt der Patient in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts, er wolle sich nur von einem bestimmten Arzt operieren lassen, darf ein anderer Arzt den Eingriff nicht vornehmen. Ist ein Eingriff durch einen bestimmten Arzt, regelmäßig den Chefarzt, vereinbart oder konkret zugesagt, muss der Patient rechtzeitig aufgeklärt werden, wenn ein anderer Arzt an seine Stelle treten soll.

Erfolgt eine solche Aufklärung nicht, stellt die Operationsdurchführung durch einen Oberarzt (anstelle des Chefarztes) einen ungerechtfertigten Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten dar, da es an einer Einwilligung des Patienten fehlt. Der BGH sprach dem Patienten einen Anspruch auf Schmerzensgeld nach den §§ 280 Abs. 1, 278, 823 Abs. 1, 831, 253 Abs. 2 BGB zu.

Bundesgerichtshof, Urteil vom 19.07.2016 – VI ZR 75/15

<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi->

[bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=75613&pos=0&anz=1](http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=75613&pos=0&anz=1)

Schmerzensgeld wegen dauerhaften Haarverlusts nach Chemotherapie

Wegen dauerhaften Haarverlusts nach einer Chemotherapie erhält eine Patientin ein Schmerzensgeld in Höhe von 20.000 €. Grund für die Ersatzpflicht des beklagten Krankenhauses sei die unzureichende Aufklärung über die Risiken des verwandten Krebsmedikamentes durch die Klinikärzte, so das Gericht. Die Klägerin hatte wegen ihrer Brustkrebserkrankung eine Chemotherapie mit einem damals neuen und besonders wirksamen Medikament erhalten. Nach der Behandlung verlor die Klägerin dauerhaft Wimpern, Augenbrauen sowie die Körperbehaarung. Das Kopfhaar wuchs nur teilweise nach. Über dieses Risiko hatten die Ärzte die Klägerin nicht aufgeklärt, stellte das Berufungsgericht fest und änderte das Abweisungsurteil erster Instanz ab.

Oberlandesgericht Köln, Urteil vom 21.03.2016 – 5 U 76/14

http://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/koeln/j2016/5_U_76_14_Urteil_20160321.html

Unwirksamkeit einer Wahlleistungsvereinbarung lässt Honoraranspruch des Chefarztes entfallen

Eine Wahlleistungsvereinbarung, in der es heißt: „*Ausdrücklich wird nochmals darauf hingewiesen, dass sich die Vereinbarung über zusätzliche wahlärztliche Leistungen auf alle an der Behandlung beteiligten Ärztlichen Direktoren/Ärzte, soweit diese zur Erbringung wahlärztlicher Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen durch Ärzte und ärztlich gerichtete Einrichtungen außerhalb des Klinikums erstreckt (Wahlarztkette nach § 17 Abs. 3 KHEntgG)*“, ist unwirksam.

Dadurch, dass sich in der Formulierung weder wörtlich noch sinngemäß die Einschränkung auf angestellte oder beamtete Ärzte des Krankenhauses findet, wird der Wortlaut des § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG unrechtmäßig verkürzt wiedergegeben. Durch diese unterbliebene Einschränkung wird

zudem der Kreis der liquidationsberechtigten Ärzte in der Wahlleistungsvereinbarung erweitert, da unter die Regelung insbesondere auch Honorarärzte, welche aufgrund eines Kooperationsvertrages mit dem Krankenhaus tätig werden, ohne dort angestellt zu sein, sowie Belegärzte oder Konsiliarärzte gefasst werden können.

Die Unwirksamkeit der Wahlleistungsvereinbarung hat die Unwirksamkeit des Chefarztvertrags zur Folge; dem behandelnden Arzt steht kein Vergütungsanspruch zu.

Landgericht Stuttgart, Urteil vom 04.05.2016 – 13 S 123/15

http://lrw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&GerichtAuswahl=Landgerichte&Art=en&Datum=2016&nr=20800&pos=1&anz=21

Richtgrößenprüfung: Zusagen einer Krankenkasse auch für Ausschüsse verbindlich

Teilt eine Krankenkasse einem Vertragsarzt schriftlich und unter Bezugnahme auf eine konkrete Heilmittelverordnung für einen individuellen Patienten mit, dass sie die Therapiekosten auch außerhalb des Regelfalls übernehmen werde, ohne dass der Vertragsarzt hierfür bei einer eventuellen Wirtschaftlichkeitsprüfung in Regress genommen werde, setzt sie einen Vertrauensstatbestand. An diesen ist der Beschwerdeausschuss im Fall einer Richtgrößenprüfung gebunden. Er darf die betreffenden Verordnungskosten in die Berechnung einer eventuellen Richtgrößenüberschreitungssumme nicht einbeziehen.

Für eine Internistin entfiel dadurch die Verpflichtung zur individuellen Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V, da von ihrer Überschreitung der Richtgröße noch die Verordnungskosten im Bereich Heilmittel für zuvor durch die Krankenkasse genehmigten Verordnungen abzuziehen waren. So ergab sich am Ende eine Richtgrößenüberschreitung von weniger als 25%.

Sozialgericht Marburg, Urteil vom 04.05.2016 – S 16 KA 658/13

http://www.lareda.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht_lareda.html - docid:7597652

Landgerichtsarzt ohne Fachkundenachweis muss Honorare nicht zurückzahlen

Der Freistaat Bayern hat keinen Anspruch gegen einen Landgerichtsarzt auf Rückzahlung gezahlter ärztlicher Honorare, auch wenn der Arzt bei Erbringung der Laborleistungen außerhalb seiner formellen fachärztlichen Kompetenz gehandelt hat.

Der beklagte Facharzt für Psychiatrie war als Landgerichtsarzt tätig und nahm auf gerichtliches und staatsanwaltschaftliches Ersuchen auch sog. Drogen-Screening-Untersuchungen vor. Mit den hierfür notwendigen Laboruntersuchungen beauftragte er eine Laborpraxis. Der Freistaat Bayern forderte von ihm knapp 90.000 € für abgerechneten Laborleistungen zurück, da diese von ihm ohne den erforderlichen Fachkundenachweis erbracht worden seien.

Die Klage wurde in Ermangelung eines Rückzahlungsanspruchs abgewiesen. Die Verträge zwischen den Parteien seien nicht als Behandlungsverträge, sondern als Gutachtensaufträge einzuordnen. Anders als bei einem ärztlichen Behandlungsvertrag, bei dem ein Arzt, der fachfremde Leistungen erbringe, grundsätzlich keinen Honoraranspruch gegen den Patienten habe, gelte dies für die Beauftragung im Sachverständigenverhältnis nicht. Denn die Tätigkeit des Sachverständigen sei eine andere als die eines behandelnden Arztes und der Gutachtensempfänger nicht gleichermaßen schutzwürdig wie ein zu behandelnder Patient.

Landgericht München I, Urteil vom 17.02.2016 – 9 O 20894/14

<http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2016-N-03481?hl=true>

Vorsicht bei der Bewerbung von Bioresonanztheorie & Co.

Wer im Medizinbereich geschäftlich mit Wirkungsaussagen Werbung treibt, die wissenschaftlich ungesichert sind, hat darzulegen und zu beweisen, dass seine Angaben zutreffend und richtig sind. Die Bewerbung von Geräten zur Durchführung der Bioresonanztherapie mit Behandlungserfolgen bei

unterschiedlichsten Erkrankungen (hier: u.a. Atemwegserkrankungen, Grippe, Schmerzzustände) ist zur Irreführung geeignet, sofern es den Wirkungsbehauptungen an einer hinreichenden wissenschaftlichen Absicherung ermangelt. In Fällen, in denen objektiv messbare organische Befundmöglichkeiten fehlen und der Wirksamkeitsnachweis allein von einer Beurteilung des subjektiven Empfindens des Probanden abhängt, ist zum Wirksamkeitsnachweis grundsätzlich die Vorlage einer placebokontrollierten Doppelblindstudie erforderlich (§§ 4 II MPG, 4 Nr. 11 UWG).

Landgericht München I, Urteil vom 11.04.2016 – 4 HK O 11063/13

<http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2016-N-10360?hl=true>

Kostenloser Lasik Quick-Check keine handelsübliche Nebenleistung i.S.d. HWG

Ein kostenloser Lasik Quick-Check zur Abklärung, ob eine Sehfehlerkorrektur mittels Lasik für den potentiellen Patienten geeignet ist, stellt eine unzulässige unentgeltliche Zuwendung nach § 7 Abs. 1 HWG dar und darf von Augenärzten daher nicht beworben werden. Ausnahmetatbestände des § 7 HWG kommen nicht in Betracht. Insbesondere liegt keine handelsübliche Nebenleistung vor, weil eine Leistung, die vom Werbenden gerade als eine Besonderheit seines Angebots herausgestellt wird, nicht als handelsüblich angesehen werden kann.

Wie das Gericht klarstellte, unterfällt der Lasik Quick-Check selbst nicht dem HWG, da er weder auf die Erkennung der Fehlsichtigkeit noch auf deren Beseitigung oder Linderung gerichtet ist. Allerdings habe der betroffene Arzt mit dem gewöhnlich mindestens 80 € teuren Lasik Quick-Check in unzulässiger Weise auch für ein konkretes Operationsverfahren in Form einer Augenlaserbehandlung geworben.

Oberlandesgericht Köln, Urteil vom 20.05.2016 – 6 U 155/15

https://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/koeln/j2016/6_U_155_15_Urteil_20160520.html

Aktive zahnärztliche Tätigkeit ist Voraussetzung für die Heranziehung zum Notfalldienst

Die ambulante Tätigkeit als Zahnarzt ist gemäß § 30 Nr. 2 HeilBerG NW Voraussetzung für die Pflicht zur Teilnahme am zahnärztlichen Notfalldienst und damit auch Voraussetzung eines möglichen Anspruchs auf Heranziehung. An einer solchen ambulanten Tätigkeit fehlt es, wenn jemand zwar über eine ausgestattete Praxis verfügt, hierin aber nicht als Zahnarzt tätig ist – etwa weil ihm wegen der Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten die kassenzahnärztliche Zulassung entzogen wurde.

Das Fehlen der Zulassung steht der Aufnahme oder Fortführung einer privat(zahn-)ärztlichen Tätigkeit nicht entgegen. Dass sich die Aufnahme einer privat(zahn-)ärztlichen Tätigkeit mangels Privatpatienten am Praxissitz wirtschaftlich nicht rechnet, begründet mit Blick auf Art. 12 Abs. 1 GG, Art. 3 Abs. 1 GG keine Verpflichtung der KZV, einem Betroffenen, der seinen Beruf weiterhin ausüben kann und dem im Übrigen auch die Möglichkeit offen steht, als Vertreter gemäß § 3 Abs. 5 NDO am zahnärztlichen Notfalldienst teilzunehmen, durch die unmittelbare Zulassung zum zahnärztlichen Notfalldienst ein berufliches Tätigkeitsfeld zur Verfügung zu stellen.

Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 16.06.2016 – 13 A 2244/15

http://www.justiz.nrw.de/nrwe/ovgs/ovg_nrw/j2016/13_A_2244_15_Beschluss_20160616.html

Patient hat keinen Anspruch auf Erstattung von Cannabis-Kosten

Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Trotzdem begehrte ein Patient erfolglos die Erstattung von Kosten für die Behandlung mit Medizinal-Cannabisblüten in Höhe von etwa 11.000 € sowie die zukünftige Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten zur Behandlung von Morbus Crohn. Das Gericht billigte ihm keinen entsprechenden Anspruch aus § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V zu.

Gemäß § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V hat eine Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei bzw. fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die

Krankenkasse diese Frist nicht einhalten und teilt sie dies dem Leistungsberechtigten nicht rechtzeitig schriftlich unter Darlegung der Gründe mit, gilt die Leistung gemäß § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V nach Ablauf der Frist als genehmigt. Die Genehmigungsfiktion reift allerdings nur ein, wenn sich der Antrag des Versicherten auf Leistungen bezieht, die grundsätzlich zum Leistungskatalog der GKV gehören, von den Krankenkassen also allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen sind. Medizinal-Cannabisblüten sind nicht vom Sachleistungsanspruch gegen die Krankenkassen umfasst, so dass sie auch nicht Gegenstand einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V werden können.

Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.04.2016 – L 4 KR 4368/15
http://lrw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&nr=20700

Zur Rechtsnatur und Kündigung von Heimversorgungsverträgen

1. Der Heimversorgungsvertrag, den der Apotheker mit dem Heimträger nach § 12a Abs. 1 ApoG schließt, ist seiner Rechtsnatur nach ein der behördlichen Genehmigung unterliegender, privatrechtlicher, zugunsten der Heimbewohner wirkender Rahmenvertrag, der eine zentrale Versorgung der Heimbewohner durch die in dem Vertrag bestimmte Apotheke öffentlich-rechtlich legalisiert.

2. Die gesetzliche Regelung in § 12a ApoG verfolgt eine doppelte Zielrichtung. Einerseits will der Gesetzgeber den Heimen im Sinne des § 1 HeimG einen sachkundigen Apotheker zur Seite stellen, der die "Heimapotheke" kostenlos führt. Andererseits soll der Apotheker für den nicht abgegoltenen Aufwand einen (potentiellen) finanziellen Ausgleich dergestalt erhalten, dass er die Heimbewohner im Rahmen eines auf längere Dauer angelegten Vertragsverhältnisses mit Arzneimitteln beliefert.

3. Eine Vertragspartei, die das Vertragsverhältnis unter Nichtbeachtung einer vereinbarten Kündigungsfrist kündigt, verletzt ihre Pflicht zur Rücksichtnahme nach § 241 Abs. 2 BGB und begeht eine Pflichtverletzung im Sinne von § 280 Abs. 1 S. 1 BGB.

Bundesgerichtshof, Urteil vom 14.07.2016 – III ZR 446/15
<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=75531&pos=0&anz=1>

2. Aktuelles

Ärzte können künftig Präventionsleistungen empfehlen

Sofern es medizinisch angezeigt ist, können Ärzte künftig Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention empfehlen, um individuelle Risikofaktoren zu senken, die für das Entstehen von Erkrankungen verantwortlich sein können. Mögliche Handlungsfelder sind Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Die entsprechende Änderung der Früherkennungs-Richtlinien für Kinder, Jugendliche und Erwachsene hat der G-BA am 21.07.2016 mit Wirkung zum 01.01.2017 beschlossen.

Die Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung soll bei der Beantragung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention von den Krankenkassen berücksichtigt werden. Diese bezuschussen dann die Kosten für ein zertifiziertes Angebot oder bieten – ohne weitere Kosten für die Versicherten – selbst solche Leistungen an. Zudem können Präventionsleistungen von den Versicherten weiterhin ohne eine ärztliche Empfehlung beantragt werden. Der GKV-Spitzenverband legt gemäß § 20 Abs. 2 SGB V Einzelheiten zu den Handlungsfeldern sowie den Kriterien der Leistungen fest.

Beschlüsse des Unterausschusses Methodenbewertung:
<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-unterausschuss/5/>

DMP für Patienten mit COPD aktualisiert

Per Beschluss vom 21.07.2016 mit Wirkung frühestens zum 01.01.2017 hat der G-BA zudem das strukturierte Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) in allen wesentlichen Punkten aktualisiert. Die COPD ist eine chronische, in der Regel fortschreitende Atemwegs- und Lungenerkrankung, die in Folge einer chronischen Bronchitis entsteht und mit oder ohne Lungenemphysem einhergeht.

Das aktualisierte DMP sieht weiterhin ein strukturiertes Medikamentenmanagement bei Patienten vor, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln aufgrund mehrerer Erkrankungen erforderlich ist. Ärzte sollen mindestens jährlich sämtliche vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel erfassen und deren mögliche Wechsel- und Nebenwirkungen berücksichtigen. Ein aktueller Medikationsplan, den auch die Patienten in verständlicher Form erhalten, wird Teil der Patientenakte. Neben der inhaltlichen Aktualisierung des DMP beschloss der G-BA auch eine Anpassung der Anforderungen an die Dokumentation der Befunde, der therapeutischen Maßnahmen und der Behandlungsergebnisse.

Seit dem Jahr 2012 ist der G-BA gesetzlich beauftragt, eigene Richtlinien zu den DMP zu beschließen. Die praktische Umsetzung in der Versorgung erfolgt dann auf Basis regionaler Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern (Vertragsärzten/Krankenhäusern) vor Ort. Das Bundesversicherungsamt prüft vor einer Zulassung, ob die Verträge die Anforderungen des G-BA erfüllen.

Gesetz zur Stärkung seelisch Erkrankter beschlossen

Das Bundeskabinett am 03.08.2016 den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) beschlossen. Damit wird eine Neuausrichtung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vorgenommen. Ziel ist eine leistungsorientierte Finanzierung, welche die Transparenz über die Versorgung verbessert. Ferner fördert der Entwurf die Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen, um die Versorgung der Patienten weiter zu stärken.

Zudem werden mit dem Gesetzentwurf den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 Mittel aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 1,5 Mrd. € zugeführt, um einmalige Investitionen in die telemedizinische Infrastruktur zu finanzieren und vorübergehende Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenkassen im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten auszugleichen. Die Regelungen sollen überwiegend zum 01.01.2017 in Kraft treten.

Zum Gesetzesentwurf:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PsychVVG_Kabinett.pdf

3. Sonstiges

Eine Stellenanzeige der Kanzlei HFBP Rechtsanwälte lautet:

Für unsere Kanzlei **HFBP Rechtsanwälte** in **Hannover** (zentral in der Innenstadt gelegen) suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Rechtsanwältin/Rechtsanwalt
mit dem Schwerpunkt Medizinrecht/Gesellschaftsrecht.

Wir erwarten:

- juristische Staatsexamina mit mindestens der Note „befriedigend“
- Affinität zum Medizinrecht
- Teamfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit
- Kommunikationsfähigkeit und flexibles, selbstständiges Handeln und Denken

Ihr Tätigkeitsgebiet umfasst:

- Vertrags(zahn)arztrecht
- Unternehmens(ver)käufe, insbesondere der Kauf und Verkauf von Arztpraxen
- Personengesellschaftsrecht, insbesondere Ein- und Austritt von Gesellschaftern, Gesellschafterwechsel
- Krankenhausrecht

Wir bieten:

- persönliche Entwicklungsmöglichkeiten in einer aufstrebenden Kanzlei, innerhalb eines jungen, dynamischen und innovativen Teams
- eigenverantwortliche Mandantenbetreuung
- geregelte Arbeitszeiten
- Unterstützung bei der beruflichen Fortbildung
- attraktive, leistungsgerechte Vergütung

Bei Interesse richten Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung mit den üblichen Unterlagen per E-Mail an m.piltz@hfbp.de oder per Post an:

HFBP Rechtsanwälte
Frau Dr. Mareike Piltz
Joachimstr. 3
30159 Hannover

Impressum

Herausgegeben vom Geschäftsführenden Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein

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 Doreen Wolf (wolf_d@anwaltverein.de)