

# Newsletter 2008-07

der AG Medizinrecht im Deutschen AnwaltVerein

Liebe Kolleginnen,  
liebe Kollegen,

sollten sich Ihre E-mailanschrift oder sonstige berufsbezogene Daten ändern, können Sie selbst diese Änderungen eintragen unter [https://portal.dav.de/pls/online\\_plattform/startup.render\\_portal](https://portal.dav.de/pls/online_plattform/startup.render_portal) <[https://portal.dav.de/pls/online\\_plattform/startup.render\\_portal](https://portal.dav.de/pls/online_plattform/startup.render_portal)> . Sie gewährleisten somit, dass ihre Daten immer aktuell sind und somit auch bei der Versendung des Newsletters zeitnah berücksichtigt werden.

Ihnen allen wünsche ich wunderschöne Urlaubstage, ob in der Heimat oder in weit entfernten Gefilden.

Ihre  
Rita Schulz-Hillenbrand  
Fachanwältin für Medizinrecht

## Arzthaftungsrecht

§ 823 BGB

+++ Zum Zeitpunkt der AUFKLÄRUNG bei ambulanter OP +++

Die Aufklärung am Tag kurz vor der OP ist noch rechtzeitig. Maßgebend sei allein, dass dem Patienten genügend Zeit bleibe, das Für und Wider des ärztlichen Eingriffs eigenverantwortlich zu erwägen. Überdies darf der Arzt ebenso berücksichtigen, ob der Patient schon mehrfach in vergleichbarer Weise operiert worden sei.

OLG Koblenz, Beschl. v. 30. 1. 2008 - 5 U 1298/07).

## Krankenversicherungsrecht

## +++ Zum Versicherungszeitraum der Auslandskrankenversicherung +++

Streitgegenstand war die Frage, ob eine Auslandskrankenversicherung auch für eine Behandlung nach Ablauf der Versicherungszeit von sechs Wochen zahlen muss, da die Bestimmungen häufig nur einen Auslandsaufenthalt bis sechs Wochen erfassen. Wie ist die Rechtslage, wenn der Reisende während dieser Zeit krank wird und länger transportunfähig ist, besteht dann auch für die weiteren Behandlungskosten Deckung?

Der klagende Versicherungsnehmer und seine Ehefrau hatten eine 46-tägige Flugreise nach Asien gebucht und bei dem beklagten Versicherer eine Auslandskrankenversicherung abgeschlossen. Nach den Versicherungsbedingungen war der Versicherungsschutz auf 42 Tage begrenzt. Ausnahme: Die Rückreise ist aus medizinischen Gründen nicht möglich.

Der Kläger wurde am 15. Tag krank und musste schließlich in Dubai stationär ins Krankenhaus. Erst nach einer Untersuchung am 45. Tag gaben die Ärzte grünes Licht für die Rückreise, so dass er den gebuchten Rückflug nehmen konnte. Die Versicherung weigerte sich, die Krankenhauskosten für die letzten vier Tage (1.750 €) zu übernehmen.

Nach Ansicht des Amtsgerichts aber auch des Berufungsgerichts kommt es nach den Versicherungsbedingungen nicht darauf an, für wann der Versicherte seine Rückreise geplant hat. Entscheidend sei vielmehr, ob während des Sechs-Wochen-Zeitraums eine Erkrankung auftritt, die zur Transportunfähigkeit des Reisenden auch über die 42 Tage hinaus führt. Nur diese Auslegung werde dem Vertragszweck einer Auslandskrankenversicherung gerecht.

Das Urteil ist rechtskräftig.

LG Coburg, Urteil vom 08.05.2008, Az: 32 S 11/08

## **Leistungs- und Vergütungsrecht**

1.) BGB § 242

+++ Wer zu spät kommtΣ. +++

den bestraft, zumindest das OLG Nürnberg, dass einen Honoraranspruch eines Zahnarztes wegen Verwirkung zurückgewiesen hat.

Das Gericht sah den Honoraranspruch eines Zahnarztes jedenfalls dann als verwirkt, wenn dieser mit der Stellung seiner Honorarrechnung mehr als 3 Jahre zuwartet, nachdem der Patient die Behandlung unter Berufung auf deren angebliche Fehlerhaftigkeit unter Androhung gerichtlicher Schritte abgebrochen und den Arzt dazu aufgefordert hat, keine Rechnung zu stellen.

Der Zahnarzt hatte erst im Jahr 2003 und damit vier Jahre nach dem Abschluss der Behandlung einem Patienten eine Rechnung zugesandt. Als dieser sich weigerte, wegen angeblicher Behandlungsfehler die Rechnung zu bezahlen, wartete er weitere drei Jahre, bis er dem Patienten einen Mahnbescheid zukommen ließ.

Das Gericht ließ offen, ob die Einwände des Patienten begründet waren - aber er müsse das Honorar schon deshalb nicht mehr zahlen, weil der Mediziner sich zu lange Zeit gelassen habe. Nach drei bis vier Jahren müsse ein Patient nicht mehr damit rechnen, noch zur Kasse gebeten zu werden.

OLG Nürnberg, Beschluss vom 09.01.2008, Az.: 5 W 2508/07

2.)

+++ Honorar für Hautscreening +++

Die KBV und die Krankenkassen haben sich in der Honorarfrage geeinigt. Es wurde eine extrabudgetäre Vergütung vereinbart.

Haus- und Hautärzte können seit dem 1. Juli 2008 die neu aufgenommene EBM-Nummer 01745 für die Ganzkörperuntersuchung auf Melanome und Karzinome bei Patienten ab 35 Jahren alle zwei Jahre abrechnen. Die Leistung ist mit 605 Punkten bewertet. Nimmt der Arzt das Hautkrebs-Screening zusammen mit der Gesundheitsuntersuchung nach EBM-Nummer 01732 vor, ist zusätzlich zur EBM-Nummer 01732 die neue Zuschlagsleistung nach EBM-Nummer 01746 berechnungsfähig. Diese Leistung bringt 480 Punkte zusätzlich zum Check-up. Ferner wurden zwei neue Leistungen für die erforderlichen Exzisionen

vereinbart, die ausschließlich Dermatologen berechnen können.

Nach Angaben der KBV beträgt der Durchschnittspunktwert für präventive Leistungen 4,5 Cent. Damit erhält der Arzt für das Hautkrebs-Screening im Schnitt 27,23 Euro. Wird die Untersuchung zusätzlich zum Check-up durchgeführt, gibt es durchschnittlich 21,60 Euro.

Das Abrechnen der Leistungen ist genehmigungspflichtig.

## Vertragsarztrecht

1.)

§ 75 Abs. 3a, Satz 1 SGB V

++ Keine Behandlungspflicht des Arztes im Standard- und Basistarif ++

Die neu geregelte Pflicht der KV'en und der KBV zur Sicherstellung der privatärztlichen Behandlung im (jeweils vergleichsweise gering vergüteten) Standard- und Basistarif greife nicht unmittelbar in die Berufsfreiheit der Vertragsärzte (Art. 12 Abs. 1 GG) ein, da sich der gesetzliche Auftrag nicht auf diese erstreckt. Vielmehr sei es zunächst Aufgabe der KV'en als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts, den erweiterten Sicherstellungsauftrag umzusetzen, wobei ihnen ein Beurteilungsspielraum zukomme. So müssten etwa nicht notwendig alle Vertragsärzte einbezogen werden (was ggf. freiwillige Lösungen impliziert). Bis zur Umsetzung seien die Vertragsärzte jedenfalls im Rahmen ihrer "Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung" allein zur Behandlung der in der GKV Versicherten verpflichtet (§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Den "Schwarzen Peter" haben jetzt die KV'en nebst KBV und ggf. der Gesetzgeber, der das Fehlen weitergehender Bindung wohl schlicht übersehen hat. Das eröffnet einstweilen Freiräume für Vertragsärzte wie im Übrigen auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Soweit diese sich weigern, eine Behandlung zu den schlechter vergüteten Privattarifen durchzuführen, kann dies abgesehen von Notfällen derzeit nicht pflichtwidrig sein. Allerdings empfiehlt sich immer der Abschluss einer schriftlichen Honorarvereinbarung, wenn

der Arzt oder das MVZ im Standard- oder Basistarif Versicherte zu den regulären Sätzen der GOÄ behandeln möchte.

Wenn die KV'en und die KBV entsprechende Regelungen zur Umsetzung des auf das System der PKV erweiterten Sicherstellungsauftrags geschaffen haben werden, können betroffene Vertragsärzte Rechtsschutz hiergegen in Anspruch zu nehmen. Abschließend könnte wieder das Bundesverfassungsgericht gefordert sein.

BVerfG, Beschluss vom 5.5.08, Az: 1 BvR 807/08

Mitgeteilt von RA Holger Barth, Freiburg

2.)

+++ Gemeinsamer Bundesausschusses neu zusammengesetzt +++

Die gemeinsame Selbstverwaltung hat die die neuen Mitglieder des G-BA benannt. Herr Dr. Rainer Hess bleibt auch in den kommenden Jahren Vorsitzender.

Näheres erfahren Sie unter:

<http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/242/>  
<<http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/242/>>

3.)

+++ Verwaltungsaufwand der Ärzte soll sich verringern +++

Der von Ärzten bisher zu leistende Verwaltungsaufwand bei Früherkennungsuntersuchungen von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern soll künftig verringert werden. Einen entsprechenden Beschluss fasste der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am Donnerstag in Berlin.

Im Zuge der jüngsten Gesundheitsreform hatte der Gesetzgeber ausdrücklich das Ziel formuliert, den Verwaltungsaufwand in der

Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weiter abzubauen. Der G-BA hat mit seinem Beschluss dieser Vorgabe nun Rechnung getragen und die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien für Frauen und Männer, die Kinder-Richtlinien, die Richtlinien der Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien so geändert, dass bei der jeweils vorgeschriebenen Dokumentation der Untersuchung auf Durchschläge, sowie auf deren Versendung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) und die dortige Aufbewahrung verzichtet wird. Die Dokumentation als solche wird zunächst unverändert beibehalten. Für die weitere Entbürokratisierung von Früherkennungsuntersuchungen ist - sobald dies technisch möglich ist - eine Umstellung der Dokumentation auf elektronische Verfahren vorgesehen.

Im Rahmen seiner Bemühungen um den Bürokratieabbau in der ärztlichen Versorgung hatte der G-BA im September 2007 bereits die Dokumentationsanforderungen von Disease-Management-Programmen (DMP) vereinfacht.

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

## Sonstiges

1.)

§ 124a Abs 6 S 1 VwGO, § 125 Abs 2 VwGO, § 551 Abs 2 S 1 ZPO, § 544 Abs 6 S 2 ZPO

+++ Zur Begründung der Berufung +++

Das BVerwG hat seine Rechtsprechung bestätigt, wonach der Berufungsführer nach Zulassung der Berufung durch das OVG gemäß § 124a Abs. 6 Satz 1 VwGO einen gesonderten Schriftsatz zur Berufungsbegründung einreichen muss; es genügt nicht, dass der Berufungsantrag und die Berufungsgründe im Antrag auf Zulassung der Berufung enthalten sind. Die fristgerechte Einreichung einer gesonderten Rechtsmittelbegründungsschrift ist daher zwingend.

BVerwG, Urteil vom 07.01.2008, Az: 1 C 27/06

2.)

Ziffer 2400 RVG-VV

+++ Zum MERKMAL "SCHWIERIG"+++

Für das Merkmal "schwierig" i. S. d. Ziffer 2400 RVG-VV mit der Folge, dass eine Gebühr von mehr als 1,3 gefordert werden kann, kommt es nicht darauf an, welche Vorkenntnisse ein Rechtsanwalt mitbringt und ob er sich schwerpunktmäßig mit der Rechtsmaterie befasst. Es ist auf die Schwierigkeiten abzustellen, die typischerweise mit der Rechtsmaterie verbunden sind. Probleme des Vertragsarztrechtes und hier insbesondere der Ermächtigung sind als schwierige Rechtsmaterien einzustufen

SG Marburg, Beschluss v. 26.03.2008 - S 12 KA 1429/05 und S 12 KA 732/05