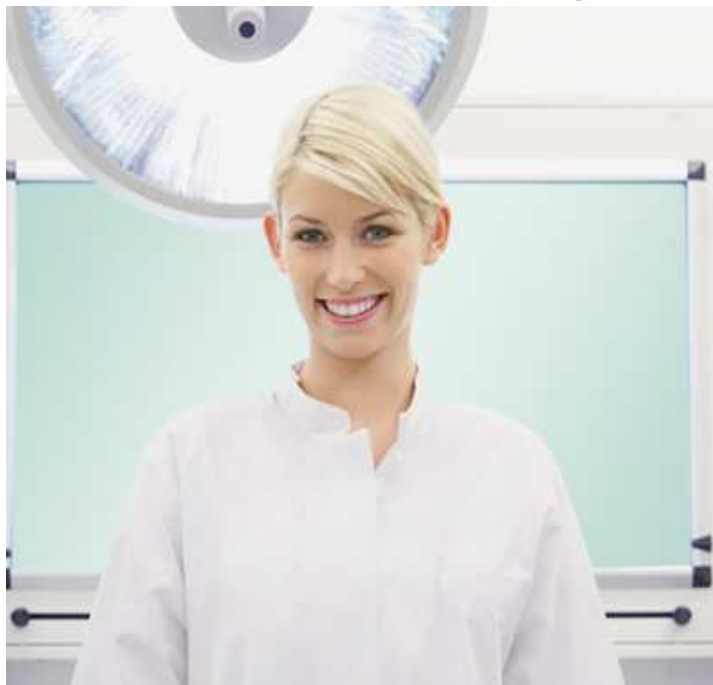


Aktuelle Entwicklungen im ärztlichen Berufs- und Vertragsarztrecht

3. Forum Kammerpraxis am 15. Juni 2011 in Düsseldorf



Dr. Dirk Schulenburg, MBA

Übersicht

- I. Arzthaftungsrecht
- II. Schutz des menschlichen Lebens
- III. Arztstrafrecht
- IV. Gebührenrecht - GOÄ
- V. Arbeitsrecht
- VI. Approbationsrecht
- VII. Wettbewerbsrecht
- VIII. Berufsrecht
- IX. Notfalldienst
- X. Sozialversicherungsrecht



I. Arzthaftungsrecht



I. Behandlungsfehler (1)

Befunderhebungs- oder Diagnosefehler

BGH NJW 2011, 1672

Verkennung eines Karzinoms in einem Röntgenbild / „Zufallsbefund“

Befunderhebungsfehler liegt vor, wenn Erhebung medizinisch gebotener Befunde unterlassen wird; ***Diagnosefehler*** impliziert die verfehlte Interpretation von Befunden, weswegen die gebotenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen unterbleiben

I. Behandlungsfehler (2)

- **Beispiele für Behandlungsfehler aus der aktuellen Rspr.:**
 - **Diagnoseirrtum** nur, wenn nicht mehr vertretbar, *OLG Frankfurt a. M. v. 23.12.2008 - 8 U 146/06*
 - Überdosierung von Medikamenten, *s.o. OLG Frankfurt a.M.*
 - Unterlassen der Desinfektion vor Injektionen auch im häuslichen Umfeld, *OLG Naumburg v. 20.08.2009 - 1 U 86/08*

II. Aufklärungspflichten (1)

- Mangelhafte bzw. **fehlende Aufklärung** des Patienten als Haftungsgrund
 - Zahl der gerichtlichen Entscheidungen hat zugenommen
- Besonders strenge Aufklärungspflichten nach wie vor bei **kosmetischen Operationen** ohne therapeutischen Eigenwert
- Arzt trägt Beweislast
(z.B. auch dafür, dass ein **ausländischer Patient** der Aufklärung sprachlich folgen konnte, *KG v. 08.05.2008 - 20 U 202/06*)

II. Aufklärungspflichten (2)

- Auch medizinisch versierte Patienten bedürfen der Aufklärung
(z.B. **Arzt im Praktikum**, OLG Frankfurt a.M. v. 12.03.2009 - 15 U 18/08)
- In einfach gelagerten Fällen kann eine Aufklärung im **telefonischen** Gespräch ausreichen, BGH v. 15.06.2010 – VI 204/09
- Aufklärung über Anzahl bisher nach einer bestimmten Methode ausgeführten Operationen ist bei hinreichender Qualifikation des Arztes nur bei Nachfrage erforderlich, OLG Naumburg v. 12.11.2009 - 1 U 59/09

II. Aufklärungspflichten (3)

- Aufklärungspflicht, wenn **Neuland- und keine Standardmethoden** verwendet werden, *OLG Brandenburg v. 13.11.2008 - 12 U 104/08*
- Angabe konkreter Prozentzahlen über das Risiko eines Misserfolgs ist nur bei Nachfrage erforderlich, *OLG Naumburg v. 12.11.2009 - 1 U 59/09*
- Keine Pflicht zur Erinnerung an Kontrolluntersuchung, *OLG Koblenz v. 24.06.2010 – 5 U 186/10*
- Einwand rechtmäßigen Alternativverhaltens ist Verteidigungsmittel i.S.v. § 531 II ZPO, *BGH v. 18.11.2008 - VI ZR 198/07*

III. Beweisrecht

- *BGH v. 20.03.2007 - VI ZR 158/06*
Darlegungs- und Beweislast bei sog. voll beherrschbaren Risiken (z. B. Benutzung von nicht sterilen Spritzen): **Vermutung der Ursächlichkeit für den Gesundheitsschaden**
- Potenzielle Befangenheit ärztlicher Sachverständiger:
 - besondere **berufliche Nähe** zu einer Partei, *OLG Jena v. 03.09.2009 – 4 W 373/09*
 - **sprachliche Entgleisungen** des Sachverständigen, z.B. Bez. einer Partei als „frech“, *OLG Frankfurt a.M., GesR 2009, 502 = BeckRS 2010, 1900*
 - **Vorbefassung** im Rahmen eines Gutachterverfahrens kein Ablehnungsgrund, *OLG Frankfurt a. M. v. 02.07.2010 – 8 W 28/10*

IV. PatientenrechteG (*Patientenbeauftragter, BMG, BMJ; 18.05.2011*)

- Zusammenfassung Arzt – Patienten – Verhältnis im **Behandlungsvertrag**
- Förderung der **Fehlervermeidungskultur**
- Kodifizierung eines umfassenden **Haftungssystems**
- Stärkung der **Verfahrensrechte** - auch in **Schlichtungsverfahren**
- Stärkung der **Patientenbeteiligung** und – **information**
- **Außerdem:** Patientenrechte – Richtlinie 2011/24/EU v. 09.03.2011

II. Schutz des menschlichen Lebens

... am Anfang



I. Schutz des menschlichen Lebens (1)

- **Präimplantationsdiagnostik (PID)**
zur Strafbarkeit nach §§ 1 I Nr. 2, 2 I ESchG:

BGH v. 06.07.2010 - 5 StR 386/09:

Die PID zur Feststellung schwerwiegender genetischer Schäden an Embryonen ist **nicht strafbar**. Eine Selektion zum Zweck der Geschlechtswahl ist hingegen strafbar.

- **114. Deutscher Ärztetag**
befürwortet Methode für Paare mit einem hohen genetischen Risiko für bestimmte Erkrankungen
 - **Gesetz** in Vorbereitung für gesetzlichen Rahmen der PID
-

II. Schutz des menschlichen Lebens (2)

- **Fortpflanzungsmedizin:**

BVerfG v. 27.02.2009 - 1 BvR 2982/07:

Die **Begrenzung der Kostenübernahme** bei künstl. Befruchtungen auf 50 % nach § 27a III 3 SGB V ist mit dem Grundgesetz vereinbar.

III. Schutz des menschlichen Lebens (3)

Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen

(Gendiagnostikgesetz – GenDG; In-Kraft-getreten am 01. Februar 2010)

§ 1 GenDG

„Zweck dieses Gesetzes ist es, die Voraussetzungen für genetische Untersuchungen und im Rahmen genetischer Untersuchungen durchgeführte genetische Analysen sowie die Verwendung genetischer Proben und Daten zu bestimmen und eine Benachteiligung aufgrund genetischer Eigenschaften zu verhindern, um insbesondere die staatliche Verpflichtung zur Achtung und **zum Schutz** der Würde des Menschen und **des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung** zu wahren.“

§ 8 GenDG

„Eine **genetische Untersuchung** oder Analyse darf nur vorgenommen und eine dafür erforderliche genetische Probe nur gewonnen werden, wenn die betroffene Person in die Untersuchung und die Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe **ausdrücklich schriftlich** gegenüber der verantwortlichen ärztlichen Person **eingewilligt** hat.“

IV. Schutz des menschlichen Lebens (4)

- **Schwangerschaftsabbrüche**, §§ 218 ff. StGB
zur Annahme einer medizinisch-sozialen Indikation:
 - jugendliches Alter alleine genügt nicht, *OLG Köln v. 26.01.2009 - 5 U 179/08*
 - bloße Beeinträchtigungen in der Lebensplanung genügen nicht;
schwere Behinderung des Kindes alleine genügt auch nicht;
vielmehr ist der Nachweis einer gesundheitlichen Beeinträchtigung der Mutter von Krankheitswert erforderlich, *OLG Stuttgart v. 31.08.2009 - 1 W 33/09*

II. Schutz des menschlichen Lebens

... und am Ende



I. Schutz des menschlichen Lebens (1)

PatientenverfügungsG:

- **01.09.2009:** In-Kraft-Treten des „3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts“ (= PatientenverfügungsG)

- **Legaldefinition in § 1901a Abs. 1 BGB:**

„Eine Patientenverfügung ist die ***schriftliche*** Festlegung eines ***einwilligungsfähigen Volljährigen*** für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit, ob er in ***bestimmte***, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.“

II. Schutz des menschlichen Lebens (2)

- Nur eine *schriftliche* Patientenverfügung ist wirksam
- Sie muss *konkret* gefasst sein
- Sie muss im Zustand der *Einwilligungsfähigkeit* verfasst worden sein
- Sie darf *nicht widerrufen* worden sein
- Ihre Festlegungen müssen auf die *aktuelle Lebens- und Behandlungssituation* zutreffen

Liegt eine solche **wirksame Patientenverfügung** vor, so ist der darin erklärte Wille für den Arzt **verbindlich** und muss umgesetzt werden!



III. Schutz des menschlichen Lebens (3)

- **Sterbehilfe (I):**

BGH v. 25.06.2010 - 2 StR 454/09 (I):

„1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.

3. Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.“

IV. Schutz des menschlichen Lebens (4)

Sterbehilfe (II):

- **Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011)**
„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist *keine ärztliche Aufgabe*.“
- **§ 16 MBO** („Beistand für Sterbende“; 114. Deutschen Ärztetag 2011)
„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. *Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten*.“

V. Schutz des menschlichen Lebens (5)

Sterbehilfe (III)

- **PatientenverfügungsG** wird Rechnung getragen
- **Strafrechtliches Verbot** der Tötung auf Verlangen wird referiert
- Berufsrechtliches **Verbot der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung** geht über das Strafrecht hinaus

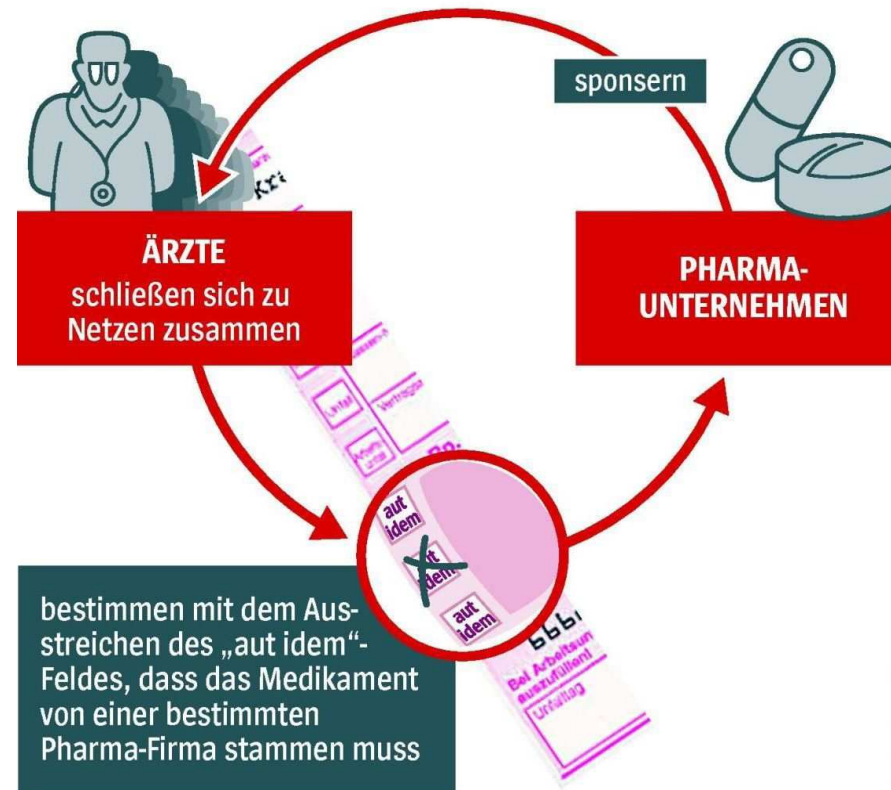
III. Arztstrafrecht



Bestechlichkeitstatbestand beim Vertragsarzt (1)

Gefälligkeiten auf Rezept

Wie Ärztenetze und Pharmaunternehmen sich gegenseitig unterstützen



Bestechlichkeitstatbestand beim Vertragsarzt (2)

- Gerichtsentscheidungen:

- *OLG Braunschweig v. 23.02.2010 - Ws 17/10 (I)*:

Problem: Apotheker übernahm für zwei Ärzte die Kosten des Umbaus ihrer in der Nähe der Apotheke gelegenen Praxisräume und leistete ihnen monatliche Mietzuschüsse.

StA warf dem Apotheker vor, die finanziellen Zuwendungen als Gegenleistung für eine unlautere Bevorzugung durch die Ärzte bei der Verschreibung von teuren Krebsmedikamenten (Zytostatika) erbracht zu haben.

Bestechlichkeitstatbestand beim Vertragsarzt (3)

- Gerichtsentscheidungen:

- *OLG Braunschweig v. 23.02.2010 - Ws 17/10 (II)*:

Lösung: Niedergelassener Vertragsarzt handelt als **Beauftragter der gesetzlichen Krankenkasse** im Sinne des § 299 StGB, wenn er Arzneimittel verordnet; mit der Verordnung eines bestimmten Medikaments konkretisiert er das ausfüllungsbedürftige Rahmenrecht des Versicherten auf Versorgung mit Arzneimitteln und gibt als Vertreter der Krankenkasse gegenüber der Apotheke ein vom Versicherten übermitteltes Angebot zum Abschluss eines Kaufvertrages über dieses Medikament ab;

Vertragsarzt als „Schlüsselfigur der Arzneimittelversorgung“!

Bestechlichkeitstatbestand beim Vertragsarzt (4)

- **Gerichtsentscheidungen:**

- *AG Ulm v. 26.10.2010 – 3 Cs 37 Js 9933/07 (n. rkr.):*

Fall: Zwei Hausärzte hatten von einem Außendienstmitarbeiter eines Pharmaunternehmens vierzehn Schecks über einen Gesamtbetrag von 20.000,- € erhalten. Dem lag die Verabredung zugrunde, dass an die Ärzte eine Rückvergütung i. H. v. acht Prozent des Herstellerabgabepreises erfolgen würde, wenn neun Prozent des Arzneimittelumsatzes der Praxis mit diesem Unternehmen getätigt würde

Verurteilung der Ärzte wegen **Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr** gem. § 299 Abs. 1 StGB zu jeweils einer Freiheitsstrafe von einem Jahr zur Bewährung sowie zur Zahlung von 20.000,- € an eine gemeinnützige Einrichtung

(Ähnlich jetzt auch LG Hamburg v. 09.12.2010 – 618 KLS 10/09)

Rückvergütung bei bestimmtem Arzneimittelumsatz!

Bestechlichkeitstatbestand beim Vertragsarzt (5)

- Ist der Vertragsarzt **Amtsträger**?:

- *BGH v. 05.05.2011 – 3 StR 458/10 (LG Stade v. 04.08.2010 – 12 KLS 170 Js 18207/09)*

Fall: Unternehmen vertreibt Reizstromtherapiegeräte an Patienten zur häuslichen Eigenanwendung und erläßt Ärzten das zu zahlende Entgelt, wenn der Arzt Verordnungen ausstellt und diese dem Unternehmen zur Abrechnung mit der AOK zukommen läßt.

Ist der Vertragsarzt bei der Verordnung von Hilfsmitteln **Amtsträger** nach § 11 Abs.1 Nr. 2 c StGB oder **Beauftragter der gesetzlichen Krankenkasse im geschäftlichen Verkehr**?

Verurteilung wg. Amtsdelikt (§§ 331ff. StGB) oder Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr nach § 299 StGB?

Vorlage an Großen Senat für Strafsachen!

IV. Gebührenrecht - GOÄ

ARZTRECHNUNG

Datum	Nr.	Leistungsbezeichnung	Anzahl	Steigerungssatz	E
15.07.06	1	Beratung, a	1		
	5	Symptom	1	1,000	
	D	Zus	1	2,300	
	70	Sonntag	1	300	
	1	Straßenunfall	1		
20.07.06	5	...ung, au	1	1,150	
	3501	...ptombezo	1	1,150	
	3597.H1	Blutsenkung	1		
		Laktatdehydroge	1		
		(LDH)	1		
					Rechnungsbetrag

I. Geltungsbereich der GOÄ

- *BGH v. 12.11.2009 - III ZR 110/09:*

Vereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und niedergelassenen Ärzten über deren Zuziehung im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen unterliegen **nicht** dem Anwendungsbereich der GOÄ; Krankenhaus schuldet Patienten die allgemeinen Krankenhausleistungen u. Leistungen der niedergelassenen Ärzte erfolgen aufgrund eines Dienstvertrages mit dem Krankenhaus, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden

Umkehrschluss: GOÄ gilt immer, wenn Abrechnung unmittelbar gegenüber Patienten, auch wenn „Dritte“ Rechnung stellen

II. Medizinisch notwendige ärztliche Leistungen

- *BGH v. 14.01.2010 - III ZR 173/09 u. III ZR 188/09:*

Ärzte, die keinen direkten Patientenkontakt haben (z.B. Laborärzte, Pathologen), schließen infolge der Hinzuziehung durch den behandelnden Arzt einen **eigenständigen Behandlungsvertrag** mit dem Patienten;

Zustandekommen durch Übersendung des Untersuchungsmaterials, wobei behandelnder Arzt Vertreter des Patienten;

Vertretungsmacht des Hausarztes ist wg. § 1 Abs. 2 GOÄ auf objektiv medizinisch notwendige Leistungen beschränkt - gilt wg. erforderlichem einheitlichem Verständnis auch für Laborleistungen.

III. Verjährung und Verwirkung

- *OLG Nürnberg, NJW – RR 2008, 1156 = ArztR 2009,94*

Verjährungsfrist beginnt erst mit gem. § 12 GOÄ formell zutreffender Rechnungsstellung

Honoraranspruch ist aber verwirkt, wenn die Behandlungsseite mit der Stellung der Honorarnote **mehr als drei Jahre zuwartet**, nachdem der Patient die Behandlung – unter Hinweis auf deren angeblich fehlende Korrektheit – abgebrochen und den Arzt dazu aufgefordert hat, keine Rechnung zu stellen

V. Arbeitsrecht



I. TV-Ärzte: Tarifeinheit

- *BAG v. 07.07.2010 - 4 AZR 537/08:*

Der zwischen der Klägerin (Mitglied des Marburger Bunds) und der Beklagten (Mitglied im KAV) im Streitzeitraum unmittelbar und zwingend geltende BAT wird **nicht** durch den TVöD nach dem Grundsatz der Tarifeinheit aufgrund einer bei der Beklagten bestehenden Tarifpluralität verdrängt.

Senat gibt seine bisherige Rspr. zur Auflösung einer Tarifpluralität nach dem Grundsatz der Tarifeinheit zugunsten des spezielleren Tarifvertrages im Falle einer unmittelbaren Tarifgebundenheit des Arbeitgebers nach § 3 Abs. 1 TVG auf!

II. Chefarztvertragsrecht

- *BAG v. 05.05.2010 – 7 ABR 97/08:*

„Ein Chefarzt ist nur dann **leitender Angestellter** i.S.d. § 5 Abs. 3 S. 2 Nr. 3 BetrVG, wenn er nach der konkreten Ausgestaltung und Durchführung des Vertragsverhältnisses maßgeblichen Einfluss auf die Unternehmensführung ausüben kann.“

- *LAG Düsseldorf v. 01.07.2010 – 5 Sa 996/09 (n. rkr.)*

„Die **Kündigung** des Dienstverhältnisses zwischen Chefarzt und katholischem Krankenhausträger nach Wiederverheiratung ist gerechtfertigt, sofern der Arbeitgeber nicht in gleich gelagerten Fällen keine Kündigung ausgesprochen hat.“

VI. Approbationsrecht



Widerruf der Approbation

Zur **Unwürdigkeit** nach § 5 II i.V.m. § 3 I Nr. 2 BOÄ:

- Verurteilung wg. mehrfacher vorsätzlicher Körperverletzung, *VG Mannheim v. 29.09.2009 - 9 S 1783/09*
- Verurteilung wg. sog. „Kick-back-Zahlungen“, *OVG Münster v. 02.04.2009 - 13 A 9/08*
- Weiterführung der Praxis über mehrere Jahre ohne wirksame Berufshaftpflichtversicherung, *Bezirksberufsgericht für Ärzte in Stuttgart v. 11.02.2009 - BGÄS 18/09*
- Steuerhinterziehung, *OVG Niedersachsen v. 04.12.2009 – 8 LA 197/09*

VII. Wettbewerbsrecht



I. „Kopfgeldprämien“

- *OLG Düsseldorf v. 01.09.2009 - I-20 U 121/08:*

„Kopfgeldprämien“ verstoßen gegen § 4 Nr. 1 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) und gegen § 31 der Berufsordnung der nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte.

Unangemessener Druck auf Patienten durch ***Verpflichtung des Arztes zur Empfehlung*** eines Krankenhauses.

Verpflichtung des Arztes, die Entscheidung darüber, an wen er den Patienten verweist, allein nach ärztlichen Gesichtspunkten zu treffen.

II. Brillenversorgung

- *BGH v. 24.06.2010 - I ZR 182/08:*

„Es stellt eine unangemessene unsachliche Einflussnahme auf die ärztliche Behandlungstätigkeit dar, wenn durch das Gewähren oder Inaussichtstellen eines finanziellen Vorteils darauf hingewirkt wird, dass Ärzte entgegen ihren Pflichten aus dem Behandlungsvertrag und dem Berufsrecht nicht allein anhand des Patienteninteresses entscheiden, ob sie einen Patienten an bestimmte Anbieter gesundheitlicher Leistungen verweisen.“

III. HNO-Arzt/Hörgeräteakkustiker – kick back?

- *BGH v. 13.01.2011 – I ZR 111/08:*

„Vom Begriff der Verweisung in § 34 Abs. 5 MBO-Ä sind alle **Empfehlungen** für bestimmte Leistungserbringer erfasst, die der Arzt – ohne vom Patienten darum gebeten worden zu sein – von sich aus erteilt.“

...

Der Begriff der Zuweisung in § 31 MBO-Ä umfasst alle Fälle der Überweisung, Verweisung und Empfehlung an bestimmte andere Ärzte, Apotheken oder Geschäfte; entscheiden ist allein, dass der Arzt für die Patientenzuführung an einen anderen Leistungserbringer einen **Vorteil erhält oder sich versprechen lässt.**“

IV. Clearingstellen

- *„KGNW – Leitplanken“ – Prüfkriterien zur Rechtmäßigkeit von Kooperationen*
 1. *Leistungsort – im Krankenhaus*
 2. *Leistungsbereich – nur zulässige Kooperationsleistungen*
 3. *Vergütungsaspekte – keine pekuniären Anreize schaffen*
 4. *Arbeitszeit des Vertragsarztes – 13 Stunden / Woche*
 5. *Wahrung der Patientenautonomie (freie Krankenhauswahl)*
 6. *Transparenz der Kooperation*
 7. *Keine Umgehung durch neue Versorgungsformen*
 8. *Keine Zwangslage der Kooperationspartner*
 9. *Kooperationsformen*
- *§ 31 a KHGG NRW*

VIII. Berufsrecht



I. Novellierung der MBO (114. DÄT 2011)

- Allgemeine Berufspflichten – **gewissenhafte Ausübung des Arztberufes** erfordert

„insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse“

(berufswidrig handelt damit auch, wer ohne die hinreichende Qualifikation z. B. Schönheitsoperationen durchführt)

- **Ärzte aus einem anderen EU – Mitgliedsstaat**, die *„vorübergehend und gelegentlich in Deutschland auch ohne Niederlassung tätig sind“* müssen sich nach den Vorschriften der BO richten

I. Novellierung der MBO (114. DÄT 2011)

- **Aufklärungspflicht** präzisiert – Arzt muss seinem Patienten

„insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihr verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise“ verdeutlichen

Vor allem vor diagnostischen und operativen Eingriffen soll dem Patienten soweit möglich „eine ausreichende Bedenkzeit vor der Behandlung“ eingeräumt werden

Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären

I. Novellierung der MBO (114. DÄT 2011)

- **Unerlaubte Zuwendungen** erweitert –

***Beeinflussung** ist dann nicht berufswidrig, wenn sie einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage dient und dem Arzt die Möglichkeit erhalten bleibt, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen*

Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe nicht berufswidrig, wenn sie ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden

Der für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung gewährte Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reiskosten und Tagungsgebühren hinaus geht

I. Novellierung der MBO (114. DÄT 2011)

- **Individuelle Gesundheitsleistungen –**

„Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung nicht gegeben oder nicht sicher ist.“

I. Novellierung der MBO (114. DÄT 2011)

- **Ärztlich geleitete Medizinische Versorgungszentren -**

In Definition einer Berufsausübungsgemeinschaft einbezogen – eine BAG ist zulässig, wenn an jedem Praxissitz ein Mitglied eine ausreichende Patientenversorgung sicherstellt – eine Präsenz von zehn Stunden darf dabei allerdings nicht unterschritten werden

- **Berufswidrige Werbung –**

„Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte in Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit“ ist unzulässig

I. Novellierung der MBO (114. DÄT 2011)

- **Anwendungsbeobachtungen –**

„Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder die Erbringer von Hilfsmittelversorgung erbringen (z. B. bei Anwendungsbeobachtungen), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen.“

Verträge über die Zusammenarbeit müssen schriftlich abgeschlossen und sollen der Ärztekammer vorgelegt werden

II. Werberecht

- **Zulässige Werbung:**

- in Supermarkt auf Praxis aufmerksam machen, solange nicht allzu marktschreierisch, *VG Minden v. 14.01.2009 - 7 K 39/08*

- Selbstbezeichnung „**Hausarztzentrum**“, *OVG Münster v. 03.09.2008 - 6t E 429/08*

- HNO – Arzt als „**Nasenchirurg**“, *OVG Münster v. 29.09.2010 – 6t E 963/08.T*

- **Unzulässige Werbung:**

- Bezeichnung als „**Männerarzt**“, *LG Münster v. 07.02.2008 – 22 O 247/07*

III. Varia

- Geringfügige **fachfremde** Tätigkeit zulässig, *BVerfG v. 01.02.2011 – 1 BvR 2383/10*
- **Heilpraktikererlaubnis** für Physiotherapeuten, *BVerwG v. 26.08.2009 – 3 C 19.08*
- Kein **Fachgespräch** durch Ärztekammer, *OVG Münster v. 09.11.2010 – 13 B 1143/10*
- **Anhörung** vor Erteilung einer Rüge, *OVG Münster v. 23.09.2009 – 6t A 2297/07.T*
- Ärztliche **Schweigepflicht** im arbeitsrechtlichen Prozess auch über Tod des Patienten hinaus, *BAG v. 23.02.2010 – 9 AZN 876/09*
- **Eröffnungsantrag** durch Präsident, *OVG Münster v. 29.09.2010 – 6t A 1292/08.T*

IX. Notfalldienst



Notfalldienstordnung (NFD-O) (1)

- *OVG NRW v. 22.06.2009 - 13 A 3775/06 (I):*

„1. Die ***gemeinsame Organisation*** des ärztlichen Notfalldienstes durch eine „Gemeinsame Notfalldienstordnung“ der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung ist ***rechtlich unbedenklich***. Dies gilt auch mit Blick auf die verfassungsmäßigen Rechte eines niedergelassenen, ***nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes***.

...

Notfalldienstordnung (NFD-O) (2)

- *OVG NRW v. 22.06.2009 - 13 A 3775/06 (II):*
 2. Die Pflicht zur Teilnahme besteht auch für einen niedergelassenen privatärztlich tätigen Arzt, der sich spezialisiert hat und häufig als Gutachter tätig ist.
 3. Einem Arzt ist es zuzumuten, sich die für die Wahrnehmung des Notfalldienstes erforderlichen medizinischen Kenntnisse anzueignen. Auch insoweit trifft den Arzt eine Fortbildungspflicht.“
 - keine Erwartung einer „optimalen“ Versorgung, sondern Fähigkeit zu vorläufigen Sofortmaßnahmen -

Notfalldienstordnung (NFD-O) (3)

- *BSG v. 11.05.2011 – B 6 KA 23/10 R:*

Notdienst in einer zentralen Notfallpraxis erfordert **ständige Präsenz** des Arztes in dieser Praxis. Dies ergibt sich aus dem Sicherstellungsauftrag der KV gem. § 75 Abs. 1 S. 2 SGB V.

Sinn und Zweck einer Notfallpraxis ist es, den Zugang zur ambulanten Notfallversorgung zu erleichtern und ein Ausweichen auf Krankenhausambulanzen zu verhindern.

Notfalldienstordnung (NFD-O) (4)

- *VG Düsseldorf v. 08.09.2010 – 7 L 1089/10*

Notfalldienst in mehreren Notfalldienstbezirken bei Betrieb einer **Zweigpraxis** (z. B. ausschließlich psychotherapeutische Tätigkeit)

Arzt gilt auch am Ort der zusätzlichen Tätigkeit in seiner Zweigpraxis als niedergelassener Arzt i. S. d. NFD-O.

LSG NRW v. 19.12.2009 – L 11 B 19/09 KA

Notfalldienst auch am Sitz einer oder mehrerer Zweigpraxen

Haftung für Vertreter im NFD

BGH v. 10.03.2009 - VI ZR 39/08:

Fall:

Patient P. ruft nachts wegen starker Schmerzen im Oberkörper Praxis Dr. A. an; Anrufbeantworter verweist an ärztlichen NFD. Daraufhin macht Dr. B., der Dr. A. vertritt, einen Hausbesuch und verabreicht ein Medikament gg. Gastroenteritis. P. verstirbt am Nachmittag des Folgetages an Herzinfarkt. Angehörige verklagen auch Dr. A aufgrund unzureichender Anamnese und Untersuchung Anzeichen für Herzinfarkt verkannt. Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgte über Dr. A.. Medikamentenverordnung auf Rezeptformular der Praxis.

Lösung:

Haftung Dr. A. über Behandlungsvertrag und wg. evtl. Überwachungs- und Auswahlverschulden deliktisch (Entlastungsbeweis möglich)

X. Sozialversicherungsrecht

... jetzt!



I. Sozialversicherungsrecht

- **§ 128 SGB V**

„Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über **Depots** bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.“

- **„Verkürzter Versorgungsweg“** ist damit in den meisten Fällen unzulässig!

II. Sozialversicherungsrecht

§ 116 b SGB V

LSG Niedersachsen-Bremen v. 25.05.2009, L 4 KR 116/09 B ER

„Wird ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung nach § 116 b SGB V bestimmt, ist die **Kassenärztliche Vereinigung** dadurch **nicht beschwert**. Bei der Entscheidung nach § 116 Abs. 2 SGB V handelt es sich um eine solche, die in den Bereich der Krankenhausplanung fällt. Sie ist zu Gunsten des Krankenhauses zu erteilen, wenn es für die Durchführung der beabsichtigten Behandlungen geeignet ist. Es wird ausdrücklich betont, dass eine Bedarfsplanung nicht erfolgt.“

III. Sozialversicherungsrecht

Zweigpraxis

BSG v. 28.10.2009 – MedR 2010, 511ff.

Genehmigung begründet für den begünstigten Arzt keinen Status, sondern erweitert in tatsächlicher Hinsicht seine Behandlungsmöglichkeiten; auch ist die Genehmigung nicht nachrangig ggü. dem Status bereits tätiger Ärzte, denn eine Bedarfsprüfung – wie bei Ermächtigungen – findet nicht statt

Vertragsärzte sind **nicht berechtigt**, die einem anderen Vertragsarzt erteilte **Zweigpraxisgenehmigung anzufechten**

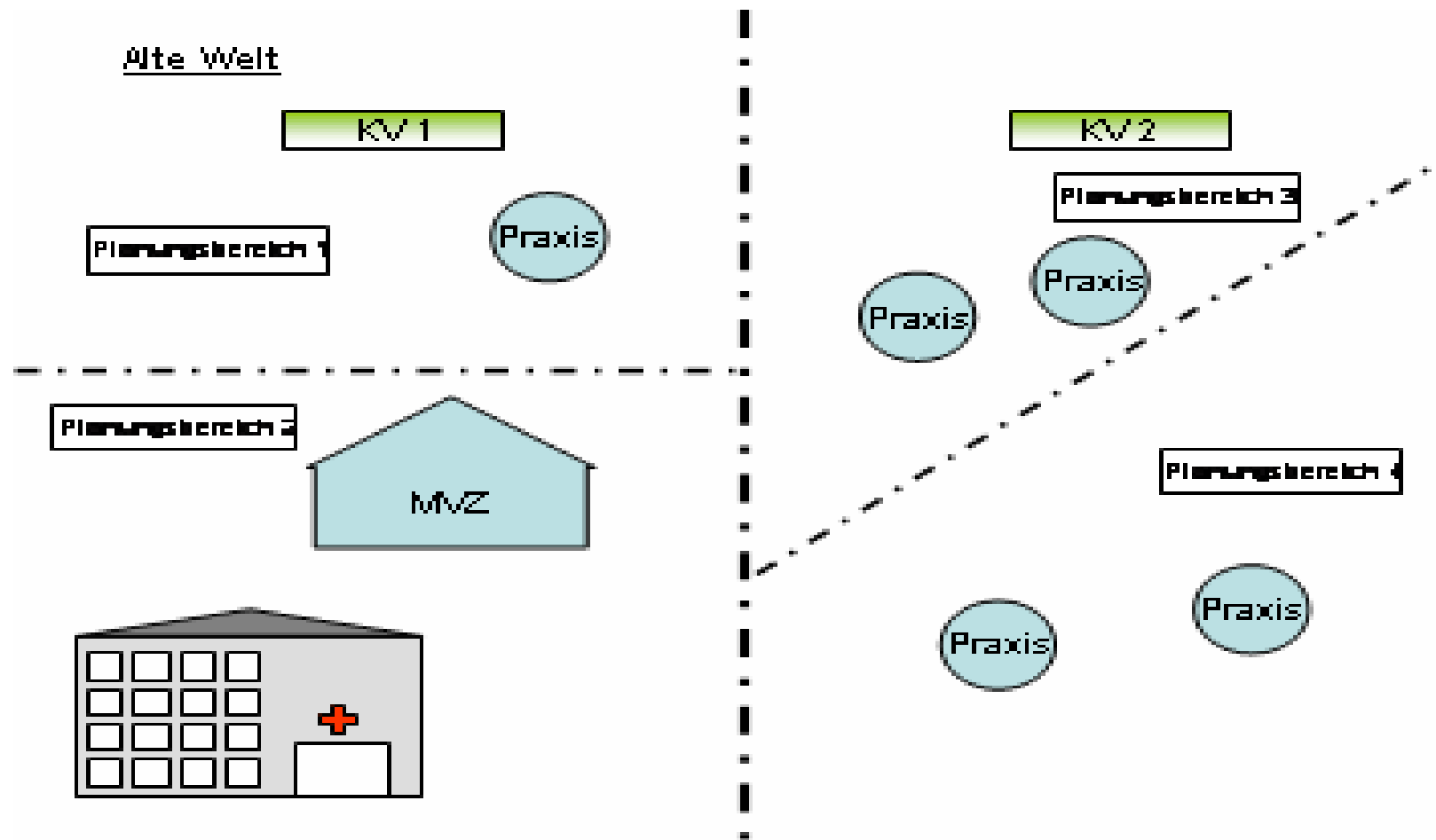
IV. Sozialversicherungsrecht

Honorarverteilungsgerechtigkeit

BSG v. 08.12.2010 – B 6 KA 42/09 R

„Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit garantiert **kein gleichmäßiges Einkommen** aller vertragsärztlich tätigen Ärzte. ... ein subjektives Recht auf höheres Honorar ... kommt erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist.“

IV. Sozialversicherungsrecht



X. Sozialversicherungsrecht

... und in Zukunft (01.01.2012)?



I. VersorgungsstrukturG (Referentenentwurf; 06.06.2011)

Ausgangssituation:

- Ärztemangel und demografischer Wandel erfordern Reaktion
- Gesellschaft altert, chronische Erkrankungen und Multimorbidität nehmen zu
- Trotz steigender Arztzahlen nicht mehr in allen Bereichen und Regionen genügend Ärztinnen und Ärzte
- BMG sieht **Handlungsbedarf**, um auch zukünftig eine flächendeckende ärztliche Versorgung zu gewährleisten

II. VersorgungsstrukturG (Referentenentwurf; 06.6.2011)

1.) *Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung*

- Festlegung der **Planungsbereiche** wird diversifiziert
- **GBA** soll Planungsbereiche neu strukturieren; Größe und Struktur soll zwischen haus-, fach- und **spezialisierte fachärztliche** Versorgung differenzieren; bei Anpassung der Verhältniszahlen soll demografische Entwicklung berücksichtigt werden
- **Länder** sollen Mitberatungsrecht im GBA erhalten u. Beanstandungsrecht der Landesbehörden bei Fragen zur Bedarfsplanung
- Vereinfachung von Zulassungen im **Sonderbedarf** („Feinsteuerung der Versorgungssituation“)

III. VersorgungsstrukturG (Referentenentwurf; 06.06.2011)

1.) Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (Fortsetzung)

- **Aufkauf** von Vertragsarztsitzen durch KV bei Zulassungsverzicht
- **Vorkaufsrecht** der KV bei Nachbesetzungsverfahren in überversorgten Gebieten
- Tätigkeit in unterversorgtem Gebiet bei **Nachbesetzung** berücksichtigen
- Möglichkeit der **Ermächtigung** von Krankenhäusern und Krankenhausärzten soll erweitert werden
- KVen und Kommunen sollen in unterversorgten Gebieten **Eigeneinrichtungen** zur unmittelbaren medizinischen Versorgung betreiben können
- Zur Entlastung von Ärzten soll **Delegationsfähigkeit** von Leistungen erweitert werden

IV. VersorgungsstrukturG (Referentenentwurf; 06.06.2011)

2.) Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten

- Anzahl der Studienplätze erhöhen und Auswahlkriterien ändern (**Abiturnote**)
- **Vorabquote** für künftige „Landärzte“ soll Unterversorgung im hausärztlichen Bereich entgegenwirken

3.) Verbesserung der „erlebten Versorgungsqualität“

- Schaffung einer dauerhaften Einrichtung zur **unabhängigen Patientenberatung**
- Flankierend hierzu **PatientenrechteG** und **Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene**

V. VersorgungsstrukturG (Refentenentwurf; 06.06.2011)

4.) Medizinische Versorgungszentren

- **Gründung** nur durch Ärzte und Krankenhäuser
- Personengesellschaft und GmbH, keine AG
- **Ärztlicher Leiter** muss in MVZ tätig sein
- Vorkaufsrecht von Vertragsärzten, wenn nicht mehrheitlich in ärztlicher Hand liegendes MVZ Geschäftsanteile veräußert

5.) Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

- Anforderungen an **Teil - BAG** sollen präzisiert werden
- Zuweisung gegen Entgelt soll **vertragsärztliche Pflichtverletzung** sein

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

