

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

3 | März 2016

Aktuelle Rechtsprechung

Bundesverfassungsgericht erlaubt Zusammenarbeit von Arzt und Rechtsanwalt

Nach § 59a Bundesrechtsanwaltsordnung (BRAO) dürfen sich Rechtsanwälte nicht mit Ärzten zur gemeinschaftlichen Berufsausübung zusammenschließen. Begründet wurde dieses Verbot bislang mit Gefahren für die Berufspflichten der Anwälte. Damit ist nun Schluss. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) erklärte die Norm für nichtig (Urteil vom 12.1.2016, Az. 1 BvL 6/13).

von RA und FA für MedR
Torsten Münch, Dierks + Bohle
RechtsanwältePartnerschaft mbB,
Berlin, www.db-law.de

Der aktuelle Fall

Anlass war ein Streit zwischen dem Partnerschaftsregister München, einem Rechtsanwalt und einer Ärztin. Letztere wollten sich in einer Partnerschaftsgesellschaft zusammenschließen. Der Rechtsanwalt wollte anwaltlich, die Ärztin gutachterlich und beratend, nicht jedoch heilkundlich tätig sein.

Die Entscheidungsgründe

Das BVerfG gestand dem Gesetzgeber zwar zu, mit dem Sozietätsverbot im Grundsatz einen legitimen Zweck zu verfolgen. Damit würden die Beachtung der anwaltlichen Verschwiegenheitspflicht (§ 43a Abs. 2 BRAO), das Verbot der

Vertretung widerstreitender Interessen (§ 43a Abs. 4 BRAO) und die Pflicht geschützt, keine die berufliche Unabhängigkeit gefährdenden Bindungen einzugehen (§ 43a Abs. 1 BRAO).

Der damit ausgelöste Eingriff in die durch Artikel 12 des Grundgesetzes geschützte Berufsausübungsfreiheit sei aber unverhältnismäßig. Die Gefahren für die anwaltlichen Berufspflichten seien zu gering, als dass sie das Sozietätsverbot rechtfertigen könnten. Zwar sei es denkbar, dass von der Zusammenarbeit mit einem berufsfremden Partner Gefahren für die Einhaltung der genannten anwaltlichen Berufspflichten ausgehen. Der Gesetzgeber selbst habe die diesbezüglichen Gefahren jedoch für gering erachtet. Denn bei den in § 59a BRAO aufgezählten „sozietätsfähigen“ Berufen der Patentanwälte,

Inhalt

Kurz informiert

- Die ESUR-Guidelines 2
- PET/CT bei malignen Lymphomen völlig in der Schwebe ... 2

Leserforum EBM

Wann sollten radiologische Leistungen abgerechnet werden? 2

Mammographie

Anpassungen beim Screening-Programm 3

Leserforum GOÄ

- Erhöhter Satz bei Nr. 5731? 4
- Lagerkostenzuschlag für Kontrastmittel? 4

Praxisentwicklung

Drei gute Gründe für die Gründung eines MVZ 2016 5

Strafrecht

Das neue Antikorruptionsgesetz

Patientenrechtgesetz

Der Arzt ist zur „negativen Auskunft“ verpflichtet 7

Strahlenschutz

Vollstationäre Radiojodtherapie bei Schilddrüsenvergrößerung ... 8

Steuerberater, Wirtschafts- und Buchprüfer bestünde die Problematik ebenfalls, werde aber vom Gesetzgeber akzeptiert. Es sei kein Grund ersichtlich, bei der Zusammenarbeit von Anwälten und Ärzten von einem höheren Gefährdungspotenzial auszugehen.

Stellungnahme

Wieder einmal zeigt sich, dass Standespolitik oder Tradition nicht ausreichen, um Eingriffe in verfassungsrechtlich garantierte Freiheitsrechte zu legitimieren. Auch die Ärzteschaft musste dies insbesondere im Zusammenhang mit dem berufsrechtlichen Werbeverbot schon zur Kenntnis nehmen (z. B. BVerfG, Beschluss vom 8.1.2002, Az. 1 BvR 1147/01, wonach die Werbung mit den Begriffen Knie- bzw. Wirbelsäulenspezialist für zulässig erachtet wurde).

Ärzten ist es schon seit langem berufsrechtlich gestattet, mit jeder beliebigen anderen Berufsgruppe zusammenzuarbeiten, solange sie nicht die Heilkunde am Menschen ausüben (§ 23c Musterberufsordnung Ärzte). Jetzt ist der Weg auch vonseiten der Anwaltschaft frei. Anfang 2015 gab es in Deutschland gut 1.500 Fachanwälte für Medizinrecht, Tendenz steigend. Insbesondere bei Patientenanwälten, die von ihren Mandanten in der Regel keinen medizinischen Sachverstand erwarten können, dürfte erheblicher Bedarf für eine Kooperation mit einem Arzt bestehen.

BEACHTEN SIE | Wer eine Kassenzulassung besitzt, sollte § 20 Ärzte-Zulassungsverordnung beachten. Danach muss der Vertragsarzt den Versicherten auch weiterhin in dem seinem Versor-

gungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung stehen.

Hinweis

Bei einem vollen Versorgungsauftrag ist eine Kooperation von 13 Wochenstunden kein Problem. Bei einer halben Zulassung sind sogar 26 Wochenstunden Kooperation erlaubt. Wer mehr will, sollte Tätigkeiten in den Abendstunden oder am Wochenende vereinbaren.

Kurz informiert

Die ESUR-Guidelines

Die European Society of Urogenital Radiology (ESUR) überarbeitet ihre Richtlinien für Kontrastmittelsicherheit regelmäßig. Sie finden die aktuelle Version 9.0 unter www.esur.org/esur-guidelines.

Kurz informiert

PET/CT bei malignen Lymphomen völlig in der Schwebe

Nach dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat die PET/CT das Potenzial, eine Knochenmarksbioptomie zumindest teilweise ersetzen zu können. Für eine Richtlinie Ende 2016, in der die Eckpunkte einer Studie zur Erprobung der PET/CT in der Diagnostik maligner Lymphome (Lymphdrüsenkrebs) festgelegt werden, wird jetzt „Studiengeld“ von den Herstellern gesucht. Erst nach (positiver) Erprobung könnte dann eine Aufnahme dieser Leistung in den Leistungskatalog der GKV beschlossen werden.

Leserforum EBM

Wann sollten radiologische Leistungen abgerechnet werden?

Frage: „In unserer Praxis lässt es sich gelegentlich nicht anders regeln, dass wir radiologische Untersuchungen erst am Folgetag befunden können. Aufnahmen von Freitag werden manchmal auch erst am Samstag beurteilt. Im Kollegenkreis wurde kontrovers erörtert, ob die erbrachten Untersuchungen am Tag der Leistungserbringung oder erst nach der Befundung abgerechnet werden können. Was gilt?“

Antwort: Grundsätzlich sind Leistungen nach dem EBM erst nach vollständiger Leistungserbringung berechnungsfähig.

Gemäß der Präambel zum Radiologiekapitel (Kapitel 34 EBM) ist die Beurteilung und die schriftliche Befunddokumentation obligatorischer Leistungsbestandteil der radiologischen Leistungen. Ohne Beurteilung und ohne Dokumentation sind die Leistungen also nicht vollständig erbracht und damit nicht berechnungsfähig. Wenn die radiologischen Leistungen wegen der erst am Folgetag durchgeführten Befundung, ggf. auch an einem Samstag, vollständig erbracht sind, sind die entsprechenden Leistungen erst dann abzurechnen.

BEACHTEN SIE | Eine nachträgliche Befundung kommt in der Praxis selbstverständlich nur in Betracht, wenn dies medizinisch vertretbar ist. Dies ist z. B. der Fall, wenn ein Röntgen-Thorax als Routineuntersuchung vor einer geplanten OP erbeten wird.

Mammographie-Screening

Anpassungen beim Mammographie-Screening-Programm

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen haben Anpassungen beim Mammographie-Screening-Programm vorgenommen und die entsprechende Anlage 9.2 zum Bundesmantelvertrag „Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening“ überarbeitet. Hier erhalten Sie einen Überblick über die wesentlichen Änderungen.

Versorgungsauftrag auch durch angestellte Ärzte

Der Versorgungsauftrag im Mammographie-Screening-Programm kann jetzt auch von einem angestellten Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder einer Vertragsarztpraxis übernommen werden. Die Ausübung des Versorgungsauftrags durch einen Vertragsarzt hat jedoch Vorrang, d. h.:

Die Übernahme durch einen angestellten Arzt setzt voraus, dass die Versorgung im Einzugsbereich der Screening-Einheit nicht durch einen Vertragsarzt sichergestellt werden kann. Selbstverständlich muss der angestellte Arzt, der den Versorgungsauftrag übernehmen will, über die geforderte Qualifikation verfügen.

Weitergabe des Versorgungsauftrags ohne Sitzverzicht

Die Nachfolgeregelung für Programmverantwortliche Ärzte wurde angepasst:

- Bisher konnte ein Nachbesetzungsverfahren nur durchgeführt werden, wenn der ausscheidende Programmverantwortliche Arzt auf seine Zulassung verzichtet hat.

- Nunmehr kann der Versorgungsauftrag auch dann weitergegeben werden, wenn der aus dem Screening-Programm ausscheidende Programmverantwortliche Arzt weiter als Vertragsarzt tätig ist.

Das Weitergabeverfahren

Das Verfahren der Weitergabe ist wie folgt geregelt:

- Der ausscheidende Programmverantwortliche Arzt stellt bei der für ihn zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) einen Antrag auf Ausschreibung.
- Bei der Bewerberauswahl können Ärzte, die bisher Screening-Mammographieaufnahmen befundet haben, bevorzugt werden.
- Wenn der Versorgungsauftrag bisher von zwei in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Programmverantwortlichen Ärzten ausgeübt wird, sind die Interessen des in der Praxis verbleibenden Programmverantwortlichen Arztes bei der Bewerberauswahl angemessen zu berücksichtigen.

Weitere Änderungen

Für das kollegiale Fachgespräch im Rahmen der Qualitätssicherungsmaß-

nahmen im Mammographie-Screening kann die KV dem zuständigen Referenzzentrum Fallzahlen des Programmverantwortlichen Arztes und der in der Screening-Einheit tätigen Befunder zur Verfügung stellen.

Wenn die Screening-Einheit die bei einer Zertifizierung oder Rezertifizierung erteilten Auflagen innerhalb einer gesetzten Frist nicht erfüllt, können die Zertifizierung oder Rezertifizierung verweigert und der Versorgungsauftrag widerrufen werden.

Die Aufklärung der Frauen im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms, die das Patientenrechtegesetz vorsieht, erfordern Änderungen in der für die Dokumentation verwendeten Software der Screening-Einheiten. Die Rezertifizierung der Praxisverwaltungssysteme wurde daher um ein Jahr auf den 1. April 2017 verschoben. Bis dahin sind die für die Dokumentation im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms zugelassenen Systeme weiterhin gültig.

Die Grenzwerte für den „Katalog der Leistungsparameter für die Überprüfung der Screening-Einheiten im Rahmen der Rezertifizierung“ in Anhang 10 wurden angepasst.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Den Bundesmantelvertrag mit allen Anlagen erhalten Sie unter www.iww.de/sl1790.
- Die Änderungen der Anlage 9.2 wurden im Deutschen Ärzteblatt Heft 5 vom 5. Februar 2016 (A200 bis A202) veröffentlicht (siehe auch auf der Website der KBV unter www.iww.de/sl1791).
- Mammographie-Screening: Merkblatt und Einladungsschreiben überarbeitet in RWF 02/2016.

Leserforum GOÄ

Wann ist bei Nr. 5731 GOÄ ein erhöhter Satz möglich?

Frage: „Nr. 5731 GOÄ (Ergänzende Serie[n]) ist laut GOÄ steigerbar. Da ein Mehrfachansatz bei der Mehrzahl (Serie[n]) nicht möglich ist, frage ich mich, wann ein erhöhter Satz gerechtfertigt ist. Wenn ich eine Untersuchung mit mehreren Zusatzsequenzen fahre, kann ich dann diese Ziffer steigern? Ab der wievielten Sequenz ist ein erhöhter Satz zu rechtfertigen?“

Antwort: Da die Leistungslegende der Nr. 5731 GOÄ bereits vom Plural ausgeht (Serien), ist eine zweite Zusatzsequenz noch kein zusätzlicher Steigerungsgrund.

Die Begriffe „Serie“ bzw. „Sequenz“ sind so zu verstehen, dass mehrere Bilder einer Sequenz einer „Serie“ im Sinne der Leistungslegenden der GOÄ entsprechen. Bei drei und mehr zusätzlichen Serien ist sicherlich ein „normaler“ Untersuchungsumfang überschritten. Allerdings muss patientenindividuell der damit verbundene und im Verhältnis zu einer „normalen“ Untersuchungsabfolge überdurchschnittliche Zeitaufwand plausibel dargelegt werden, um eine Höherbewertung begründen zu können.

Leider ist in der GOÄ nicht definiert, wie viele Serien bereits vom Leistungsumfang der Nrn. 5700 bis 5730 umfasst werden und ab welcher Serienanzahl die Nr. 5731 für die weiteren „ergänzenden“ Serien zum Ansatz kommen kann.

Lediglich in einer Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 18. November 2005 zur Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen findet sich ein entspre-

chender Hinweis (DÄB 102,46 [2005], S. A3207 - 3211):

„Der Abschnitt O III der GOÄ enthält wenige Grundleistungen, bei denen die Anforderung an die Darstellung wörtlich in der Legende enthalten ist, und zahlreiche Leistungen, bei denen das nicht der Fall ist. Zum Beispiel fordert die Leistungslegende der Nr. 5700 GOÄ die MRT-Darstellung in ‚zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2-gewichteter Aufnahmen‘. Die Nr. 5705 GOÄ enthält in der Legende den Hinweis, dass die Darstellung ‚in zwei Projektionen‘ zu erfolgen hat. In den Legenden der übrigen MRT-Grundleistungen (Nrn. 5715 bis 5730 GOÄ) fehlen konkrete Angaben zur Darstellung. Der horizontale Bewertungsvergleich zeigt jedoch, dass auch für diese Ziffern von einem ähnlichen Untersuchungsumfang (zwei Ebenen, zwei Gewichtungen) ausgegangen wurde. Die Nr. 5729 GOÄ für die MRT der Gelenke enthält keine Vorgaben hinsichtlich der Anzahl von Projektionen oder Gewichtungen.“

BEACHTEN SIE | Mindestvoraussetzung für die Abrechnung von Leistungen der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 im EBM ist die Durchführung von vier Sequenzen!

Leserforum GOÄ

Gibt es einen Lagerkostenzuschlag für Kontrastmittel?

Frage: „Welchen Aufschlag für Lagerung etc. kann ein niedergelassener Arzt bei Abrechnung für Kontrastmittel bei Privatpatienten ansetzen?“

Antwort: Ein „Lagerkostenzuschlag“ ist grundsätzlich nicht berechnungsfähig. Hierzu gibt es bisher zwar nur Urteile aus dem zahnärztlichen Bereich – diese sind jedoch entsprechend auf den ärztlichen Bereich übertragbar:

- Laut Bundesgerichtshof sind Kosten, die dem Zahnarzt durch eine Bevorratung von Implantaten entstehen, als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten (Urteil vom 27.5.2004, Az. III ZR 264/03).
- In einem Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe heißt es: Der in Rechnung gestellte Zuschlag von pauschal 41 Prozent als zusätzliche Vergütung für „Lagerhaltung u. a.“ findet in der Gebührenordnung für Zahnärzte keine Grundlage. Der berechnete Aufwand zählt vielmehr zu den allgemeinen „Praxiskosten“, die nach § 4 Abs. 3 GOZ bereits mit den Zahnarztgebühren abgegolten sind (Urteil vom 11.1.2000, Az. 17 U 176/98).

Auch im Bereich der GOÄ wird man nicht umhinkommen, derartige Kosten als nicht berechnungsfähige Praxiskosten zu betrachten. Die Aufzählung der neben den Gebühren für die ärztlichen Leistungen berechnungsfähigen Kosten in § 10 Abs. 1 GOÄ lässt keine andere Auslegung zu.

Praxisentwicklung

Drei gute Gründe für die Gründung eines MVZ 2016

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zum 23. Juli 2015 hat der Gesetzgeber die Stellung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch neue Anreize nochmals gestärkt. Für Radiologen ist vor allem die Zukunftsfähigkeit wichtig: Ein MVZ mit Anstellungsgenehmigungen bietet immer eine größere Sicherheit für die Bindung der dort involvierten Arztsitze – und damit auch für die Rentabilität hoher Investitionen – als eine Berufsausübungsgemeinschaft von Vertragsärzten. Der Beitrag stellt die wichtigsten juristischen Aspekte im Überblick vor.

Erster Grund: Fachgleiches MVZ ist jetzt zulässig

Die am weitesten reichende Änderung ist die Streichung des Wortes „fachübergreifende“ in der gesetzlichen Definition des MVZ. Dies bedeutet:

- Bisher mussten stets Ärzte zweier Fachgruppen oder internistischer Schwerpunkte im MVZ vertreten sein. Die (typische) fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) musste also immer einen Arzt einer anderen Fachgruppe einbinden, was häufig medizinisch, organisatorisch und honorarbezogen nur bedingt sinnvoll war.
- Jetzt können auch fachgleiche Ärzte diese Struktur wählen. Dies bietet Chancen gerade auch für größere spezialisierte fachärztliche Einrichtungen wie Radiologen-MVZ.

BEACHTEN SIE | Der Umwandlung von klassischen Gemeinschaftspraxen steht damit grundsätzlich nichts mehr entgegen. Dabei müssen je nach

individueller Praxiskonstellations und Handhabung des regionalen Zulassungsausschusses unterschiedliche Wege gegangen werden.

Zweiter Grund: Nachbesetzungsverfahren „umgehen“

Mit dem GKV-VSG wurden die Regelungen in § 103 Sozialgesetzbuch (SGB) V für die Ausschreibung von Vertragsarztsitzen verschärft. Danach soll der Zulassungsausschuss die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn der Versorgungsgrad für die Fachgruppe im Planungsbereich bei 140 Prozent oder höher liegt. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zahlt dann eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Praxis oder des Praxisanteils, die Zulassung entfällt.

Eine Ausnahme kommt in Betracht, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Die Zulassungsausschüsse sind an dieser Stelle oft nicht großzügig. Dieser realen Gefahr des „Praxisaufkaufs“ kann nur begegnet werden, wenn der Nachfolger naher Angehöriger,



von RA und FA für MedR
Dr. Thomas Willaschek, Dierks +
Bohle Rechtsanwälte Partnerschaft
mbB, Berlin, www.db-law.de

Mitgeschafter oder Angestellter ist. Zwar kann sich ein Nachfolger auch verpflichten, die Praxis innerhalb des Planungsbereichs dorthin zu verlegen, wo die KV einen Versorgungsbedarf sieht. Diese Variante schließt aber eine Praxisfortführung an demselben Ort aus.

Weil MVZ über verschiedene Anstellungsvarianten die Versorgung am Ort sicherstellen können, bieten sie sich gerade auch in stark überversorgten, urbanen Gebieten an. Das Gesetz stellt nun klar, dass Vertragsärzte auch dann taugliche Betreiber und Gesellschafter der Trägergesellschaft eines MVZ bleiben, wenn sie auf ihre Zulassung verzichten, um sich selbst im MVZ anstellen zu lassen.

BEACHTEN SIE | Die optimale Lösung ist selbstverständlich eine Frage des Einzelfalls. Hierbei sind stets auch steuerliche Aspekte zu berücksichtigen.

Dritter Grund: Mit angestellten Ärzten ist hohe Flexibilität möglich

Nicht nur eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit mindestens zwei

Gesellschaftern kann Träger eines MVZ sein, sondern z. B. auch eine Ein-Personen-GmbH. Deshalb können **Einzelpraxisinhaber**, die mehr als die meist genehmigten drei Vollzeitangestellten beschäftigen möchten, **MVZ-Gründer** werden.

Ein MVZ bietet sich auch an, wenn ein **weiterer Standort** betrieben werden soll, die Gründung einer Zweigpraxis jedoch schwierig erscheint. Einzelpersonen können so mehrere regionale oder überregionale Standorte und damit ein größeres Unternehmen aufbauen. Soweit gewünscht können BAG-Partner im MVZ Vertragsärzte bleiben, aber gemeinsame Angestellte an die MVZ-Zulassung „hängen“, was Streitpotenzial reduziert und ein stabileres Konstrukt fördert.

Im **Nachbesetzungsverfahren** können sich MVZ mit einem Versorgungskonzept anstelle eines konkreten Angestellten bewerben.

Wird ein angestellter Arzt freigestellt oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet, ist die sechsmonatige **Beschäftigung eines Vertreters** für den Angestellten zulässig.

Auch ein **Ruhen genehmigter Anstellungen** wird ermöglicht, damit diese bei Besetzungsschwierigkeiten nicht nach Ablauf von sechs Monaten entfallen.

Weiterbildungsassistenten können jetzt im Zeitraum zwischen Abschluss der Weiterbildung und Zulassung oder genehmigter Anstellung in der Praxis weiterbeschäftigt werden, wenn ein Antrag auf Teilnahme zur vertragsärztlichen Versorgung gestellt wurde.

Die **Zeitprofile angestellter Ärzte** werden zukünftig in der Plausibilitätsprüfung bei identischem Versorgungsauftrag nicht eher auffällig als die von Vertragsärzten. Dadurch wird ausgeschlossen, dass angestellte Ärzte insbesondere in MVZ bei den Plausibilitätsprüfungen pauschal benachteiligt werden.

Betreibt eine Gesellschaft mehrere MVZ in demselben Planungsbereich, können **Anstellungsgenehmigungen** von einem MVZ in ein anderes MVZ **verlegt** werden, sofern keine Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen. Das ermöglicht die Optimierung von Patientenversorgung und medizinischer Zusammenarbeit.

Strafrecht

Ärzte und das geplante Antikorruptionsgesetz

Verstöße gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt unterliegen schon jetzt Sanktionen. Trotzdem will der Gesetzgeber demnächst solche Verstöße zusätzlich bestrafen, indem er § 299a (Bestechlichkeit) und § 299b (Bestechung) in das Strafgesetzbuch (StGB) einfügt.

Gesetzeszweck

Bisher konnten schwere Fälle korrupten Verhaltens im Gesundheitswesen „nur“ nach Lauterkeits- (UWG), Heilmittelwerbe-, Arzneimittelpreis-, Apotheken-, Sozial- und Berufsrecht geahndet werden. Nun sollen solche Verstöße auch strafrechtliche Konsequenzen haben.

Außerdem gelten die neuen Korruptionsstraftatbestände u. a. ausdrücklich für Ärzte, selbstständige Apotheker und andere Heilberufler, deren Ausübung eine durch Gesetz

und Approbationsverordnung geregelte Ausbildung voraussetzt. Erfasst sind außerdem Gesundheitsfachberufe wie Gesundheits- und Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten.

Wo beginnt die Strafbarkeit?

Nach wie vor bleibt die Unterscheidung schwierig, wo erlaubte Kooperation aufhört und wo strafbare Korruption beginnt. Heilberufliche Verordnungs-, Abgabe- und Zuführungsentscheidungen müssen jedenfalls ausschließlich im Interesse des Patienten getroffen werden. Ärzte dürfen sich nicht davon leiten lassen, ob für sie mit der Verschreibung eines bestimmten Präparats ein persönlicher Vorteil einhergeht.

Es ist auch jede „Zuführung“ verboten. Darunter versteht man jede Einwirkung auf den Patienten mit der Absicht, dessen Auswahl eines Arztes oder eines anderen Leistungserbringers zu beeinflussen. Erfasst sein sollen Zuweisungen, Überweisungen, Verweisungen und Empfehlungen.

Zulässige Kooperationen

Nicht strafbar sind z. B. Kooperationen nach dem SGB V zwischen dem ambulanten und stationären Sektor wie Entlass-Management, vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sowie ambulantes Operieren im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die gezahlte Vergütung in einem angemessenen Verhältnis zu der hierfür erbrachten ärztlichen Leistung steht.

Zulässig ist auch die Tätigkeit von Honorärärzten im Krankenhaus für allgemeine Krankenhausleistungen und die Teilzeitanstellung niedergelassener Ärzte im Krankenhaus.

Patientenrechtegesetz

Der Arzt ist zur „negativen Auskunft“ verpflichtet

Wenn ein Arzt von seinem Patienten nach einem möglichen Behandlungsfehler gefragt wird, so muss er ihm zumindest antworten, auch wenn ihm kein Fehler bekannt ist. Der Arzt ist damit zu einer „negativen Auskunft“ verpflichtet (Oberlandesgericht [OLG] Oldenburg, Beschluss vom 25.8.2015, Az. 5 W 35/15).

Sachverhalt und Entscheidung

Der beklagte Arzt leitete im April 2014 die Geburt eines Mädchens per Kaiserschnitt ein. Einen Tag später wurden bei dem Kind eine Femurfraktur sowie eine Verletzung des Femurs links diagnostiziert.

Die Eltern baten den Arzt mit mindestens drei Schreiben unter Berufung auf die Mitwirkungs- und Informationspflichten nach § 630c Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) um Mitteilung, ob er von einem Behandlungsfehler ausgehe. Der Arzt reagierte jedoch nicht. Die Eltern klagten daraufhin auf Auskunft. Der Arzt äußerte in der Klageerwidern und im Termin, dass ihm kein Fehler bekannt sei. Daraufhin erklärten die Eltern den Rechtsstreit für erledigt.

Das Gericht hatte in erster Instanz den Eltern die Kosten des Rechtsstreits auferlegt, weil für den Arzt keine Umstände für einen Behandlungsfehler erkennbar gewesen seien und ihn deshalb keine Recherchepflicht treffe.

Hiergegen erhoben die Eltern mit Erfolg sofortige Beschwerde – die Verfahrenskosten wurden auf beide Parteien verteilt. Die Auskunftspflicht aus § 630c Abs. 2 S. 2 BGB umfasse auch die Mitteilung an den nachfragenden Patienten, dass für den Arzt

keine behandlungsfehlerbegründenden Umstände erkennbar sind.

Arzt muss Nachfrage des Patienten beantworten

§ 630c BGB ist durch das Gesetz zur Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 mit dem Ziel eingeführt worden, Ärzte und Patienten auf Augenhöhe zu bringen.

Mit diesem Zweck wäre es nicht vereinbar, wenn der Arzt die Nachfrage eines Patienten unbeantwortet lassen könnte. Der Patient könnte nicht erkennen, ob auf seine Nachfrage nur deshalb nicht reagiert worden wäre, weil der Arzt keine Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler hätte, oder ob diesem sehr wohl behandlungsfehlerbegründende Umstände bekannt wären, er diese aber nicht preisgeben möchte. Diese Ungewissheit könnte der Patient nur mittels einer Klage beseitigen.

BEACHTEN SIE | Der Arzt hatte im Fall des OLG Oldenburg bereits in der Klageerwidern erklärt, dass ihm keine fehlerbegründenden Umstände bekannt seien. Die Eltern hatten dennoch seine Vernehmung beantragt. In der Kostenentscheidung wurde deshalb berücksichtigt, dass



von RAin, FAin für MedR,
Wirtschaftsmediatorin Rita
Schulz-Hillenbrand, Würzburg,
www.schulz-hillenbrand.de

die mündliche Verhandlung nur erforderlich war, weil die Eltern den – im Ergebnis erfolglosen – Antrag auf Vernehmung des Arztes gestellt hatten.

Praxishinweis

Generell gilt: Auch Radiologen schulden eine Aufklärung über die Untersuchung. Dass eine Untersuchung oder Teile davon von einer MTRA gemacht wird, entbindet nicht von einem vorherigen Gespräch des Radiologen. So muss der Patient beispielsweise bei einer MRT-Untersuchung wissen, wo die Risiken liegen. Die bloße Übergabe eines Aufklärungsbogens, der vom Patienten unterschrieben wird, entbindet nicht von der vorherigen ärztlichen Aufklärung.

Wenn ein Arzt vom Patienten gefragt wird, muss er nicht sofort antworten. Wenn er keinen Fehler erkennt, kann er das äußern. Ist er sich nicht sicher, empfehlen die Haftpflichtversicherer, dass er sich mit der Versicherung in Verbindung setzt und diese die Anfrage des Patienten beantwortet.

Strahlenschutz

Krankenkasse muss vollstationäre Radiojodtherapie bei Schilddrüsenvergrößerung zahlen

Krankenkassen sind verpflichtet, die Behandlungskosten für eine vollstationär erbrachte Radiojodtherapie bei Struma nodosa zu begleichen. Denn diese medizinisch notwendige Therapie darf strahlenschutzrechtlich nur stationär erbracht werden (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17.11.2015, Az. B 1 KR 18/15 R).

von RA, FA für MedR Philip
Christmann, Berlin/Heidel-
berg, www.christmann-law.de

Der Fall

Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus behandelte die bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patientin mit einer Radiojodtherapie vollstationär im Jahr 2012 wegen einer mehrknotigen Schilddrüsenvergrößerung Grad II-III. Die Kasse verweigerte die Bezahlung mit der Behauptung, dass die stationäre Unterbringung nicht medizinisch indiziert gewesen sei, sondern allein auf Strahlenschutzvorschriften beruhe. Die öffentliche Sicherheit und Ordnung begründeten keine Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung.

Das BSG bestätigte demgegenüber den Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung der stationären Behandlungskosten.

Entscheidungsgründe

Die stationäre Behandlung der Versicherten war nach § 39 Abs. 1 S. 2 Sozialgesetzbuch V erforderlich und wirtschaftlich, da alternativlos.

Maßgebend für die Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung

sind die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall. Diese sind gegeben, wenn eine medizinisch notwendige Versorgung aus Gründen der Rechtsordnung nur stationär erbracht werden darf. Denn die Gesetzliche Krankenversicherung darf die rechtlichen Strukturvorgaben nicht außer Acht lassen. Die ambulante Durchführung der Radiojodtherapie ist strahlenschutzrechtlich nicht zulässig. Eine rechtlich verbotene Behandlung kann aber nicht Teil des GKV-Leistungskatalogs sein.

Das Krankenhaus besaß außerdem die für die stationäre Behandlung erforderliche Genehmigung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen.

Strahlenschutz-Vorgaben

Bei der Radiojodtherapie nehmen die Patienten radioaktiv angereichertes Jod zu sich. Dieses wird im menschlichen Körper in den Schilddrüsenzellen gespeichert, was eine gezielte Strahlentherapie von innen ermöglicht. Die Patienten und ihre Ausscheidungen strahlen allerdings radioaktiv eine gewisse Zeit lang.

Die strahlenschutzrechtlichen Vorgaben nach der Richtlinie „Strahlenschutz in der Medizin“ sind hier deshalb nur gewährleistet, wenn die Therapie unter stationären Bedingungen auf einer Station

durchgeführt wird, die auf die Notwendigkeiten des Strahlenschutzes ausgelegt ist (u. a. baulicher Strahlenschutz, Abwasserschutzanlage, eingewiesenes Personal).

Die Entlassung eines Patienten aus stationärer Behandlung nach der Behandlung mit offenen radioaktiven Stoffen ist gemäß Ziffer 9.1 der Richtlinie „Strahlenschutz in der Medizin“ nur möglich, wenn der Patient nach der Applikation mindestens 48 Stunden stationär aufgenommen gewesen ist.

Exkurs: Infektionsschutzgesetz

Vergleichbar ist dies mit bestimmten Fällen des Infektionsschutzes. Auch hier erfolgt die Aufnahme des infizierten Patienten in das Krankenhaus aus gesetzlichen Gründen (Quarantäne, vgl. § 30 Abs. 1 i. V. m. § 69 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 Infektionsschutzgesetz).

Impressum



Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose
Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Guerbet



Contrast for Life