



Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Eine Momentaufnahme anhand des Referentenentwurfs

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst freuen wir uns sehr, Ihnen mitteilen zu können, dass Frau Rechtsanwältin Dr. Franziska Neumann seit dem 01.12.2014 unseren Berliner Standort verstärkt. Frau Dr. Neumann verfügt bereits über einschlägige Berufserfahrungen insbesondere im Bereich des Gesellschaftsrechts. Ihr großes Interesse für das Medizinrecht dokumentiert sie mit dem bereits abgeschlossenen entsprechenden Fachanwaltslehrgang. Wir heißen unsere neue Kollegin herzlich willkommen!

Zum Abschluss des Jahres wünschen wir Ihnen eine besinnliche Adventszeit, ein fröhliches Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins Jahr 2015.

Mit den besten Grüßen

Hans-Peter Ries · Dr. Karl-Heinz Schnieder · Dr. Ralf Großbölting · Björn Papendorf, LL.M.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Eine Momentaufnahme anhand des Referentenentwurfs



Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), beabsichtigt, die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patienten weiter auf hohem Niveau sicherzustellen. Dem am 13.10.2014 erschienenen Referentenentwurf lassen sich bereits viele bedeutsame Weichenstellungen entnehmen, welche im Folgenden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – vorgestellt werden:

Terminservicestellen

Zunächst sieht der Referentenentwurf vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, sechs Monate nach Verkündung des Gesetzes sog. Terminservicestellen einzurichten. Diese haben den Versicherten bei einer Überweisung zum Facharzt innerhalb einer Woche einen Termin zu vermitteln, für den der Patient maximal eine Wartezeit von vier Wochen akzeptieren muss. Kann ein solcher Termin nicht in der angegebenen Frist und in zumutbarer Entfernung zum Wohnort des Patienten angeboten werden und ist die Behandlung innerhalb der vierwöchigen Frist medizinisch erforderlich, wird ein ambulanter Behandlungstermin in einem örtlichen Krankenhaus angeboten. Dabei umfasst die Inanspruchnahme nicht nur den ersten Behandlungstermin, sondern auch weitere Termine und notwendige Folgebehandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Somit können Krankenhäuser langfristig im erheblichen Maße auch in die ambulante Behandlung von Versicherten eingebunden sein.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Der Gesetzgeber plant eine allgemeine Neustrukturierung der Regelungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, insbesondere deren Regionalisierung und die Abschaffung der Richtgrößenprüfung als Regelprüfart. Diese soll ab dem 01.01.2017 durch die freie Ausgestaltung von Prüfmethoden regionaler Vertragspartner ersetzt werden, für die der Gesetzgeber arzt- und versichertenbezogene Zufälligkeitsprüfungen vorsieht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie der Spitzenverband der Krankenkassen (SpiBu) sollen hierzu Richtlinien vereinbaren. Indes sieht der Referentenentwurf vor, dass die Vertragspartner über die Zufälligkeitsprüfung hinaus auch die Prüfung nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren können. Ob sich vor diesem Hintergrund rein praktisch ab dem 01.01.2017 etwas ändert

oder ob die regionalen Vertragspartner freiwillig an ihren bisherigen Systemen festhalten, wird sich sodann zeigen müssen.

Beseitigung regionaler Überversorgung und Änderungen im Nachbesetzungsverfahren

Um den Abbau von Überversorgung weiter voranzutreiben, werden die Vorgaben der Zulassungsgremien dahingehend verschärft, dass die bisherige „Kann“-Vorschrift bezüglich der Möglichkeit, Nachbesetzungsanträge abzulehnen, nunmehr in eine „Soll“-Vorschrift geändert wird. Damit wird aus einem bisherigen pflichtgemäßen Ermessen ein sog. gebundenes Ermessen, von dem die Zulassungsgremien nur noch in begründeten Ausnahmefällen abweichen können. Gleichzeitig erweitert der Referentenentwurf die bisherigen Ausnahmeregelungen für Gemeinschaftspraxispartner und Angehörige des Abgebers um solche Nachfolgekandidaten, die mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet vertragsärztlich tätig waren.

Daneben erfährt das bisherige Nachbesetzungsverfahren eine weitere Modifikation dergestalt, dass bisherige Angestellte oder mit dem Abgeber gemeinschaftlich tätige Ärzte erst ab einer dreijährigen Zusammenarbeit bevorzugt berücksichtigt werden. Die in der Gestaltungspraxis übliche vorherige Anstellung zur Beeinflussung der Ermessensentscheidung der Zulassungsgremien dürfte damit nicht länger geeignet sein, unliebsame Mitbewerber aus dem Feld zu schlagen. Es ist zudem zu erwarten, dass dies bei Verabschiedung des Gesetzes anlässlich einer aktuellen Entscheidung des BSG zum Einfluss der Mitgesellschafter des Abgebers auf das Nachbesetzungsverfahren (vgl. BSG, Urt. v. 11.12.2013, Az. B 6 KA 49/12 R) ebenfalls dahingehend Berücksichtigung findet, dass bei Berücksichtigung der in der Praxis verbleibenden Ärzte deren Interessen bei geringerer gemeinsamer Zusammenarbeit als drei Jahre deutlich weniger stark Berücksichtigung finden dürfte. Auch insoweit wird jedoch die zukünftige Spruchpraxis der Zulassungsgremien abzuwarten sein. In jedem Fall wird eine langfristige Übergabepaltung zukünftig noch entscheidender.

Stärkung von MVZ-Strukturen

Gleichzeitig zu den zuvor beschriebenen Änderungen stärkt der Referentenentwurf die Strukturen einer Leistungserbringung in MVZ. So wird u.a. die Forderung aus dem Koalitionsvertrag aufgegriffen, wonach zukünftig auch fachgruppengleiche MVZs zugelassen werden. Auch wird Kommunen das Recht eingeräumt, unabhängig vom Grad der Versorgung ein MVZ als Eigen- oder Regiebetrieb zu gründen.

Stärkung angestellter Leistungserbringerstrukturen

Die zuvor dargestellten Stärkungen von MVZ-Strukturen werden durch die Stärkung einer Leistungserbringung durch Angestellte ergänzt. Auch wenn die Gesetzesbegründung insoweit häufig auf Anstellungsverhältnisse in MVZ abstellt, sind die jeweiligen Ergänzungen jedoch von ihrem Wortlaut her neutral und wirken damit auch zu Gunsten niedergelassener Vertragsärzte und deren Angestellten. Hervorzuheben sind insoweit drei wesentliche Änderungen:

Zum Ersten plant der Gesetzgeber, die Tätigkeit angestellter Ärzte entsprechend ihres Umfangs des jeweiligen Versorgungsauftrages bei den Zeitprofilen im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen mit niedergelassenen Vertragsärzten gleich zu behandeln. In der Vergangenheit waren insoweit durch einzelne KVen, insbesondere bei Überschreitung von genehmigten Arbeitszeiten aus den entsprechenden Arbeitsverträgen, erhebliche Regressverfahren angestoßen worden, die einzig auf einer Überschreitung der arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit fußten. Eine Anknüpfung an den dahinterstehenden vertragsärztlichen Versorgungsauftrag fand jedoch nicht statt. Dieser pauschalen Benachteiligung möchte der Gesetzgeber nunmehr entgegenwirken und fordert KBV, SpiBu sowie die jeweiligen KVen auf, etwaige Richtlinien und Verfahrensordnungen entsprechend anzupassen.

Zum Zweiten sieht der Gesetzesentwurf vor, dass ab sofort auch eine Vertretung von angestellten Ärzten möglich ist und erweitert speziell für diese Situation den Katalog der Vertretungsgründe um den Fall einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses aufgrund von Tod, Kündigung oder sonstigen Gründen. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit einer Vertretung von bis zu sechs Monaten, bis ein neuer Mitarbeiter auf den Angestelltensitz nachbesetzt werden kann.

Zum Dritten sieht eine Ergänzung der Zulassungsverordnung für Ärzte nunmehr auch vor, eine einmal erteilte Anstellungsgenehmigung zu verlegen. Der in einigen Zulassungsbezirken notwendigen vorherigen Umwandlung bedarf es daher zukünftig nicht mehr.

Ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser

Der Gesetzgeber setzt außerdem verstärkt auf die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser. So sieht der Referentenentwurf unter anderem die Verpflichtung der Zulassungsgremien zur Erteilung einer Ermächtigung vor, falls der Landesausschuss eine Unterversorgung oder ein zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat. Dies wird ergänzt durch die oben bereits angesprochene Möglichkeit der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser bei nicht rechtzeitiger Terminvergabemöglichkeit seitens der Terminservicestellen. Zuletzt werden ergänzend dazu Hochschulambulanzen im Wege der gesetzlichen Ermächtigung - also ohne weitere Beteiligung der Zulassungsgremien - auch zur ambulanten Leistungserbringung bei Personen mit schweren und komplexen Krankheitsbildern berechtigt. Die entsprechenden Krankheitsbilder werden durch die KBV, den SpiBu und die DKG gemeinsam festgelegt, die zudem Ausnahmen vom grundsätzlich vorgesehenen Überweisungsvorbehalt festlegen können. Die Vergütung der Krankenhäuser erfolgt in diesem Fall im Wege eines Direktvertrages mit den Krankenkassen.

Ergänzt werden diese Regelungen um eine Erweiterung der Kompetenzen der Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements. Dieses findet weiterhin freiwillig mit Einwilligung des Versicherten statt und gewährt dem Versicherten einen Anspruch gegen das Krankenhaus,

dessen Aufgabe darin besteht, in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen. Der Referentenentwurf setzt an dieser Stelle an und gewährt den Krankenhäusern ein eingeschränktes Verordnungsrecht. So dürfen diese zukünftig zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung mit Arzneimitteln die jeweils kleinste Medikamentenpackung verschreiben sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der Heilmittelversorgung für maximal sieben Tage verordnen. Krankenhäuser werden damit auch im Bereich des Verordnungsrechts zumindest im Rahmen der Entlasssituation Vertragsärzten gleich gestellt.

Fazit

Insgesamt lässt sich damit dem Entwurf ein deutlicher Fokus auf die Leistungserbringung und Versorgung von Versicherten in größeren Behandlungseinheiten, wie MVZ und Krankenhäusern sowie größeren Praxen mit mehreren Angestellten entnehmen. Ob dies gesundheits- oder berufspolitisch wünschenswert ist, wird sich zeigen. In jedem Fall greift der Gesetzgeber damit einen zunehmenden Trend gerade auch von jüngeren Ärzten auf, die insbesondere die Tätigkeit in klassischer Einzelpraxis scheuen. Inwieweit dies durch den Gesetzgeber einzig akzeptiert oder sogar gefördert wird, wird der weitere Gang des Gesetzgebungsverfahrens zeigen, über den wir Sie gerne auf dem Laufenden halten.

Dr. Sebastian Berg

Löschung von Daten und Bewertungen aus Ärztebewertungsportalen



Nachdem der BGH mit Urteil vom 01.07.2014 (VI ZR 345/13, vgl. derparagrah 3/2014) entschieden hatte, dass Ärztebewertungsportale die Userdaten der bewertenden Patienten nicht an den Arzt herausgeben müssen, urteilte er am 23.09.2014 (VI ZR 358/13) erneut gegen die Interessen (mancher) Ärzte.

Der BGH billigt einem Arzt keinen generellen Lösungsanspruch seiner Daten aus einem Bewertungsportal zu. Das Interesse der Öffentlichkeit an Informationen über ärztliche Leistungen sei höher zu gewichten als das Recht des Arztes auf informationelle Selbstbestimmung. Lediglich in Bezug auf unwahre Tatsachenbehauptungen oder beleidigende Äußerungen hat der Arzt Anspruch auf Löschung.

Der klagende Gynäkologe wollte gegenüber dem Online-Bewertungsportal erreichen, dass seine Basisdaten mit den erfolgten Bewertungen, mithin das gesamte Profil, gelöscht werden. Er wollte erreichen, dass weder seine Daten über das Bewertungsportal abrufbar sind, noch dass er bewertet werden kann.

Der BGH wog hier die Einzelinteressen des Arztes gegen die Interessen der Allgemeinheit ab. Er kam mit – aus Sicht der Allgemeinheit – nachvollziehbaren Argumenten zu dem Ergebnis, der Website-Betreiber sei nach § 29 BDSG berechtigt, die Daten zu speichern und an die Internetnutzer zu übermitteln.

Obwohl der BGH eine nicht unerhebliche Belastung des Arztes durch die Aufnahme in ein Bewertungsportal anerkennt, gewichtet er die Rechte der Öffentlichkeit, insbesondere vor dem Hintergrund der freien Arztwahl, stärker. Patienten können ihrem Anspruch auf Information über verfügbare Ärzte durch die Nutzung derartiger Bewertungsporta-

le nachkommen. Darüber hinaus sei auch lediglich die sogenannte Sozialsphäre des Arztes betroffen: durch seine Teilnahme am Markt und der damit verbundenen Entfaltung seiner Persönlichkeit zielt er ohnehin auf den Kontakt zu anderen ab. Ist dies der Fall, muss sich der Einzelne auf die Beobachtung durch Dritte und deren Kritik einstellen und hat diese solange hinzunehmen, wie diese ihn nicht wiederum in seinen Rechten verletzt. Dies ist nach ständiger Rechtsprechung bei der Behauptung unwahrer Tatsachen und beleidigenden Äußerungen stets der Fall.


In einer weiteren Entscheidung in diesem Zusammenhang entschied das OLG München (Beschl. v. 17.10.2014, 18 W 1933/14) kürzlich, dass auch unvollständig wiedergegebene Tatsachenbehauptungen (z.B. in Bezug auf den Behandlungsablauf) einen Lösungsanspruch des Arztes begründen können. Hier hatte das Bewertungsportal zwar zunächst die Textbewertung gelöscht, jedoch die Bewertungsnoten 5 und 6 weiterhin verbreitet. Das OLG München sah einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Bewertungstext und Benotung, so dass die Noten ebenfalls zu löschen seien. Das Gericht wendet sich damit gegen die Rechtsprechung des BGH, welcher in der Benotung eine freie Meinungsäußerung sieht.

Für jeden Arzt ist es vor dem Hintergrund der geschäftsschädigenden Wirkung negativer Bewertungen ratsam, regelmäßig die gängigen Bewertungsportale abzurufen und sie in Bezug auf die Einträge und Bewertungen zur eigenen Praxis zu überprüfen. Werden Unwahrheiten, beleidigende oder sonst unzulässige Inhalte verbreitet, steht dem Arzt ein Anspruch auf Löschung gegenüber dem Internetportal zu. Derartige Inhalte löschen zu lassen, gehört zum Tagesgeschäft von kwm.

Prof. Dr. Christoff Jenschke, LL.M.

Zahnärztliches Haftungsrecht – Nachbesserung oder Neuanfertigung?

Besteht nach vorläufigem Abschluss einer prothetischen

 Versorgung noch Anpassungs- oder Korrekturbedarf, besteht regelmäßig die Möglichkeit zur Nachbesserung. Eine gebotene Nachbesserung durchzuführen, ist einerseits Pflicht des Behandlers. Andererseits ist sie auch sein gutes Recht.

Dies spielt in der anwaltlichen Beratung und Vertretung vor allem im zahnärztlichen Haftungsrecht eine nicht zu unterschätzende Rolle. Nicht selten stellt sich in Haftungsprozessen heraus, dass die Versorgung, die der Patient als mangelhaft beklagt, noch gar nicht als abgeschlossen betrachtet werden konnte oder die Mängel durch eine Nachbesserung ohne Weiteres hätten behoben werden können. In Fällen, in denen der klagende Patient seinem Zahnarzt eine sol-

che ihm zumutbare Nachbesserung nicht eingeräumt hat, entfällt unter Umständen der von ihm geltend gemachte Anspruch auf Zahlung der Kosten für eine Neuanfertigung. Im Gegenteil kann der betroffene Zahnarzt dann weiterhin sein Honorar verlangen, da die Versorgung lediglich an der fehlenden Mitwirkung des Patienten gescheitert ist.

In solchen Fällen hat das mit der Sache befasste Gericht regelmäßig festzustellen, ob eine Nachbesserung noch zumutbar gewesen wäre und diese auch tatsächlich angeboten worden ist.

In diesem Zusammenhang hat das Oberlandesgericht Hamm mit Urteil vom 05.09.2014 (Az.: 26 U 21/13) eine erwähnenswerte Feststellung getroffen. Dort ging es um einen Fall, bei dem der auf Honorarzahlung klagende Zahnarzt dem beklagten Patienten im Rahmen einer prothetischen Behandlung Brücken eingegliedert hatte. Nachdem erhebliche Mängel an den Brücken auch nach Nachbesserungsversuchen nicht behoben worden waren, lehnte der Patient jegliche Weiterbehandlung durch den klagenden Zahnarzt ab. Zu Recht, wie das OLG feststellte.

In dem Urteil wird ausgeführt, dass der Patient eine Weiterbehandlung ablehnen durfte, weil der Zahnarzt ihm keine Neuanfertigung der unbrauchbaren Prothetik, sondern lediglich weitere Nachbesserungen angeboten hatte. Nach den sachverständigen Ausführungen hätten bloße Nachbesserungen die Mängel jedoch nicht beheben können; dies wäre lediglich durch eine Neuanfertigung möglich gewesen. Es wäre daher erforderlich gewesen, dem Patienten explizit eine Neuanfertigung der Brücken anzubieten.

Die Entscheidung des OLG ist nicht überraschend, zeigt jedoch noch einmal die Notwendigkeit auf, dem Patienten bei einer (noch) nicht passenden Versorgung eine wirkungsvolle Maßnahme anzubieten, um den Honoraranspruch nicht zu verlieren. Umgekehrt lässt sich hieraus aber auch der Schluss ziehen, dass auch die Notwendigkeit einer Neuanfertigung nicht per se die Kündigung des Behandlungsvertrages durch den Patienten rechtfertigt, sondern der Zahnarzt unter Umständen auch einen Anspruch darauf hat, die nicht brauchbare Prothetik neu anzufertigen.

Björn Stäwen

rechtsanwälte
kanzlei für wirtschaft und medizin

Hans Peter Ries

Lehrbeauftragter an der SRH Fachhochschule Hamm

Dr. Karl-Heinz Schnieder

Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Sozialrecht
Lehrbeauftragter an der Universität Münster

Dr. Ralf Großbölting

Fachanwalt für Medizinrecht

Björn Papendorf, LL.M.

Master of Laws (Medizinrecht)
Fachanwalt für Medizinrecht

Wilhelm Jackson

Dr. Sebastian Berg

Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. Daniela Kasih

Fachwältin für Medizinrecht

Prof. Dr. Christoff Jenschke, LL.M.

Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. Bernadette Tuschak

Thomas Vaczi

Björn Stäwen

Münster

PortAl 10 · Albersloher Weg 10 c
48155 Münster
Telefon 0251/5 35 99-0
Telefax 0251/5 35 99-10
muenster@kwm-rechtsanwalte.de

Berlin

Unter den Linden 24 /
Friedrichstraße 155-156
10117 Berlin
Telefon 030/20 61 43-3
Telefax 030/20 61 43-40
berlin@kwm-rechtsanwalte.de

Hamburg

Ballindamm 8
20095 Hamburg
Telefon 040/20 94 49-0
Telefax 040/20 94 49-10
hamburg@kwm-rechtsanwalte.de

Zweigstelle Bielefeld

Am Bach 18
33602 Bielefeld
Telefon 0521/9 67 47 21
Telefax 0521/9 67 47 29

kwm – rechtsanwälte –
kanzlei für wirtschaft und medizin

Ries · Dr. Schnieder ·
Dr. Großbölting · Papendorf

Partnerschaftsgesellschaft

Sitz: Münster
Niederlassungen in
überörtlicher Partnerschaft
Berlin, Hamburg

PR 1820, AG Essen

www.kwm-rechtsanwalte.de