

Inhaltsverzeichnis

Neben vollzeitiger Tätigkeit an einer medizinischen Hochschule besteht kein Anspruch auf eine hälftige Zulassung.....	2
Gewinnverteilung in Berufsausübungsgemeinschaften und Teil-BAG	3
Abrechnungsgenehmigungen - Geltungsbereich bei Anforderungen an räumlich-apparative Ausstattung; Anforderungen an die Delegation mit Überwachungspflicht bei Laborleistungen mit Anwesenheitspflicht (hier: ausgelagertes Zytologie-Labor)	5
Belegarztverträge – Nachverhandlungen durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 01.01.2016 zu erwarten	7
Haftung für Behandlungsfehler einer vermittelten Auslandsbehandlung bei Vertragsabschluss des Kooperationsarztes in deutscher Einrichtung	9
Telemedizin – Bundesärztekammer gibt neue Hinweise zur Umsetzung telemedizinischer Modelle	11

MESSNER MARCUS

RECHTSANWÄLTE PARTNERSCHAFTSGESELLSCHAFT

JEAN-PIERRE-JUNGELS-STR. 6, 55126 MAINZ

TEL.: 0 61 31 – 96 05 70, FAX: 0 61 31 – 9 60 57 62

BRÜDER-GRIMM-STR. 13, 60314 FRANKFURT/MAIN

TEL.: 0 69 – 48 98 69 61-0, FAX: 0 69 – 48 98 69 61-9

INFO@MESSNER-MARCUS.DE

WWW.MESSNER-MARCUS.DE

REGISTERGERICHT KOBLENZ

REGISTER-NR.: PR 20150

Neben vollzeitiger Tätigkeit an einer medizinischen Hochschule besteht kein Anspruch auf eine hälftige Zulassung

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 16.12.2015 (B 6 KA 15/15 R und B 6 KA 19/15 R) entschieden, dass auch nach den gesetzlichen Lockerungen und zeitlichen Grenzen in § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV eine hälftige Zulassung ebenso wenig neben eine Vollzeitbeschäftigung von Krankenhausärzten treten kann wie eine hälftige Zulassung neben einer vollen Zulassung erteilt werden kann.



Mit diesen beiden Entscheidungen hat das Bundessozialgericht das Ansinnen von angestellten Krankenhausärzten aus Niedersachsen zurückgewiesen. Einer war davon sogar Direktor eines Institutes und verbeamtet und hatte neben seiner Tätigkeit eine Vertragsarztzulassung mit halbem Versorgungsauftrag beantragt. In der Begründung führt das Bundessozialgericht aus, dass nach ständiger Rechtsprechung einer vertragsärztlichen Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag nur eine weitere Beschäftigung von nicht mehr als 13 Stunden und neben einer vertragsärztlichen Zulassung mit halben Versorgungsauftrag nur eine weitere Beschäftigung von nicht mehr als 26 Stunden pro Woche ausgeübt werden dürfe. Die Änderungen des Gesetzgebers im Rahmen des § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV würden daran auch nichts ändern.

Quelle: *Urteile des BSG vom 16.12.2015 – B 6 KA 5/15 R und B 6 KA 19/15 R*

Gewinnverteilung in Berufsausübungsgemeinschaften und Teil-BAG

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Im Zusammenhang mit Teil-Berufsausübungsgemeinschaften zwischen zuweisenden und operierenden Ärzten stellte das Bundessozialgericht (BSG) fest, dass die an der Personengesellschaft beteiligten Ärzte am Gesamtergebnis (Gewinn) nur in dem Verhältnis beteiligt werden dürften, das dem Wert der von ihnen erbrachten Leistungen zur Gesamtleistung entspricht, BSG Urteil vom 25.03.2015, Az. B 6 KA 24/14 R (s. dazu unser Newsletter 01/2016).

Die Formulierung in dem BSG-Urteil unter Hinweis auf § 33 Abs.2 S.4 Ärzte-ZV und § 18 Abs.1 S.3 MBO-Ä stellt auch für die „normale“ Berufsausübungsgemeinschaft übliche prozentuale Gewinnverteilungsregeln in Frage, wie Paßmann in seinem Aufsatz feststellt (ZMGR 5/2015). Das BSG führte aus, dass schon der grundlose Gewinnverzicht zur ggf. unzulässigen Gewinnerhöhung der Mitgesellschafter führe. Beinhaltend die Gewinnverteilungsregelungen jedoch eine dezidierte Differenzierung nach Leistungsbeiträgen und Umsätzen je Gesellschafter, entstehen sog. Profit-Center-Regelungen. Mangels Gewinnchancen-Verlustrisiko werden diese bundesweit von vielen Zulassungsausschüssen nicht akzeptiert mit dem Argument, dass eine Zusammenarbeit nicht erkennbar sei und es sich daher nur um eine Scheingesellschaft handle.

Neuerdings wird nun nach den jüngsten Erfahrungen unserer Kanzlei z.B. bei den Zulassungsausschüssen der KVNO die Frage der zulässigen Gewinnverteilung im Gesellschaftsvertrag nicht an der Gewinnzuweisung je Gesellschafter festgemacht, sondern von einer Kostentragung nach Köpfen je Gesellschafter abhängig gemacht. - Das ist jedoch weder sinnvoll noch fair: Gesellschafter unterschiedlicher Fachrichtungen oder an unterschiedlichen Standorten werden stets unterschiedliche Umsätze erwirtschaften und unterschiedliche Kosten haben. Eine gleich hohe Kostentragungspflicht aller Mitgesellschafter über alles kann sich für einzelne Mitgesellschafter dabei existenzbedrohend auswirken.

www.messner-marcus.de

Wie Paßmann in seinem Aufsatz klarstellt, ist eine Festlegung bzw. Klärung durch das BSG dringend erforderlich. Es bedarf aus hiesiger Sicht dazu dringend der bundeseinheitlichen Wiederherstellung des Handlungsspielraums und der Rechtssicherheit.

Quelle: *Jörg Paßmann, Das Ende der quotalen Gewinnverteilung in Berufsausübungsgemeinschaften?, ZMGR 05/2015; Bundessozialgericht, Urteil vom 25.03.2015, Az. B 6 KA 24/14 R;*

**Abrechnungsgenehmigungen -
Geltungsbereich bei Anforderungen an räumlich-apparative Ausstattung;
Anforderungen an die Delegation mit Überwachungspflicht bei Laborleistungen
mit Anwesenheitspflicht (hier: ausgelagertes Zytologie-Labor)**

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Werden in einer ausgelagerten Praxisstätte vertragsärztliche Leistungen erbracht, für die es einer gesonderten Abrechnungsgenehmigung mit Anforderungen an die räumlich-apparative Ausstattung bedarf, muss die Abrechnungsgenehmigung auf den Tätigkeitsort lauten; anderenfalls liegt ein Tätigwerden ohne vertragsärztliche Genehmigung vor, so dass die dort abgerechneten Leistungen vollständig regressiert werden können, so das Bundessozialgericht. Kann der Vertragsarzt seiner Überwachungsverantwortung bei Laborleistungen mit Anwesenheitspflicht aufgrund anderer Tätigkeiten nicht nachkommen, verletzt er seine Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung, so das BSG.

In dem entschiedenen Fall des Bundessozialgerichts, Urteil vom 13.05.2015, Az. B 6 KA 23714 R, betrieb ein Gynäkologe neben der Hauptpraxis in seinem 20 km entfernten Privathaus über 20 Jahre lang ein zytologisches Labor mit Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, die ihm für den Standort dieser Nebenbetriebsstätte auch eine Betriebsstättennummer zugeteilt hatte. Aufgrund der Neufassung der QS-Vereinbarung zur Zervix-Zytologie 2007 hatte der Arzt eine Abrechnungsgenehmigung bei der zuständigen KV für beide Standorte beantragt, die ihm jedoch nur für den Standort der Hauptpraxis „in Anwesenheit“ genehmigt wurde. Das BSG stellte fest, dass eine sog. ausgelagerte Praxisstätte (§ 24 Abs.5 Ärzte-ZV) auch dann rechtmäßig bestehen kann, wenn die Leistungen inhaltlich gleichermaßen am Ort der Hauptpraxis erbracht werden. Für Leistungen, die nur unter besonderen fachlichen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen nach besonderer Abrechnungsgeneh-

www.messner-marcus.de

migung erbracht werden dürfen, bedarf es jedoch einer Genehmigung für jeden konkret vorgesehenen Tätigkeitsort des Vertragsarztes. Vorliegend hatte die KV die weitere Genehmigung für den Laborstandort des Privathauses zu recht versagt, so das BSG, da der Vertragsarzt als zytologieverantwortlicher Arzt seiner Überwachungsverantwortung bei der Delegation auf die Präparatebefunder im Labor in zeitlicher Hinsicht nicht nachkommen konnte. Er gab an, dass er 20% der Laborbetriebszeit u.a. wegen Belegarztstätigkeiten und OP-Tätigkeiten nicht anwesend sei und arbeitete zu den angegebenen Labor- und Praxiszeiten zudem zeitlich überschneidend - wenn auch nur mit einer Distanz von 2 km. Die Abrechnungsgenehmigung wird jedoch nur für Leistungen, die „in Anwesenheit“ des zytologisch verantwortlichen Arztes erbracht werden, erteilt, um die kontinuierliche fachliche Überwachung der Präparatebefunder sicherzustellen, so das BSG. Dem konnte der antragstellende Vertragsarzt aufgrund seiner weiteren Tätigkeiten nicht nachkommen, so das BSG.

Wegen Verletzung seiner Überwachungsverantwortung waren die vertragsärztlichen Laborleistungen daher nicht ordnungsgemäß delegiert und verletzt mithin die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung (§ 32 Ärzte-ZV). Die Kassenärztliche Vereinigung habe daher grundsätzlich zu recht eine sachlich-rechnerische Korrektur der Honorarbescheide der letzten 3 Jahre vorgenommen, auch wenn der Arzt zwischenzeitlich das Labor aufgelöst hatte.

Empfehlung:

Beachten Sie stets bei Praxisumzug unter Standortverlegung, überörtlicher Tätigkeit in (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften, aber auch bei Umbaumaßnahmen oder Änderung der Gerätetechnik und Apparate die vorherige Genehmigungspflicht für besondere qualitätsgebundene Leistungen! Bei delegationsfähigen, überwachungspflichtigen Leistungen ist vor der Aufnahme sonstiger Tätigkeiten außerhalb der Praxis abzuklären, wie die organisatorische Gestaltung so erfolgen kann, dass dadurch die persönliche Leistungspflicht nicht verletzt wird.

Quelle: *Bundessozialgericht, Urteil vom 13.05.2015, Az. B 6 KA 23714 R;*

Belegarztverträge – Nachverhandlungen durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) vom 01.01.2016 zu erwarten

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Auch Belegarztverträge werden von der sog. Qualitätsinitiative des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG) erfasst, das in seinen wesentlichen Teilen am 01.01.2016 in Kraft getreten ist.

Das KHSKG führt planungsrelevante Qualitätsindikatoren in die Landeskrankenhausplanung ein, bei deren (nicht nur vorübergehender) Verletzung Vergütungsabschläge erfolgen können bis hin zur ganz oder teilweisen Herausnahme des Krankenhauses aus der Krankenhausplanung bzw. Nichtaufnahme. Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt. Zur Förderung eines Strukturwandels in der deutschen Krankenhauslandschaft wurde zusätzlich ein Strukturfonds mit 500 Mio. Euro errichtet, dessen Zweck im Abbau von Überkapazitäten, der Konzentration stationärer Versorgungsangebote und Standorte sowie Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen besteht, unter Förderung palliativer Strukturen. Daneben sind u.a. auch Qualitätsverträge mit den Krankenkassen vorgesehen, die eine Verbesserung stationärer Versorgung mittels Anreizstrukturen und höherwertigen Qualitätsanforderungen befristet erproben sollen. Gleichmaßen werden die Kassenärztlichen Vereinigungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Qualitätssicherungsmaßnahmen und Stichprobenprüfungen verpflichtet, auch betreffend ambulante Leistungen im Krankenhaus. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wird zu Qualitätssicherungsvereinbarungen angehalten u.a. durch ihre Empfehlungen über den Ausschluss von Zielvereinbarungen mit mengensteuernden finanziellen Anreizen.

Für Belegärzte relevant ist § 121 Abs.6 SGB V (neu). Danach werden die Qualitätsdaten in der stationären Qualitätssicherung für belegärztliche Leistungen bei den für das Krankenhaus o.g. planungsrelevanten Qualitätsindikatoren mit berücksichtigt. Ausdrücklich stellt der Ge-

www.messner-marcus.de

setzgeber dazu fest, dass „die Folgen, die diese Berücksichtigung im Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und dem Belegarzt haben soll, (...) zwischen diesen vertraglich geregelt werden (sollen).“ Zu erwarten sind daher vertragliche Neuregelungen in Belegarztverträgen u.a. zur Einbeziehung der für das Krankenhaus planungsrelevanten Qualitätskriterien, deren Messung und Überprüfung beim Belegarzt, die Weitergabe von qualitätsbezogenen Vergütungsabschlüssen des Krankenhauses an einbezogene Belegärzte und die Änderung der Kündigungsregelungen in Belegarztverträgen.

Empfehlung:

Prüfen Sie die zu erwartenden vertraglichen Regelungsvorschläge zu § 121 Abs.6 SGB V im Hinblick auf Reichweite, Messbarkeit und Rechtsfolgen genau, ebenso die Frage der Versicherbarkeit von Haftungsfolgen und Rückgriff in einschlägigen Fällen.

Wir unterstützen Sie dabei gerne!

Quelle: *Gesetz zur Reform der Krankenhausstrukturen (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) vom 10.12.2015, in Kraft seit 01.01.2016, BGBl. 2015 Teil I Nr.51, S.2229 ff;*

Haftung für Behandlungsfehler einer vermittelten Auslandsbehandlung bei Vertragsabschluss des Kooperationsarztes in deutscher Einrichtung

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Wird für Operationen im Ausland in Deutschland nicht nur geworben und vermittelt, sondern findet der Vertragsabschluss nach Untersuchung durch den Kooperationsarzt in deutschen Geschäftsräumen statt, haftet der deutsche Anbieter für die im Ausland durchgeführte Operation und deren Ergebnis nach den deutschen gesetzlichen Regeln, so das LG Dortmund.

Mit Urteil vom 15.10.2015, Az. 4 O 247/11, stellte das Landgericht (LG) Dortmund fest, dass eine GmbH, die kosmetische Dienstleistungen aller Art sowie Handel mit Kosmetik-Produkten anbietet, für Patientenbehandlung im Ausland haftet, wenn der Vertragsschluss zur Schönheits-Operation in den Geschäftsräumen der deutschen Kosmetik-GmbH stattgefunden hat. In dem entschiedenen Fall bewarb die deutsche Kosmetik-GmbH plastische Operationen durch einen türkischen Arzt in der Türkei wie eigene Leistungen auf der eigenen Homepage mit einem breiten chirurgischen Angebots-Spektrum. Die klagende Patientin erhielt in deren Räumen eine Eingangsuntersuchung durch den türkischen Kooperationsarzt ohne deutsche Berufserlaubnis und bezahlte die Operation einschließlich aller Kosten in Vorkasse an die deutsche GmbH, die Reise und Aufenthalt in der Türkei buchte und organisierte. Auch wenn sich die deutsche Kosmetik-GmbH in ihren AGB auf der Homepage auf Vermittlungstätigkeit beschränkte und vom Abschluss eines Behandlungsvertrages mit dem Arzt distanzierte, so war dies der klagenden Patienten in den Räumlichkeiten weder deutlich gemacht worden noch bewusst, ein Internetgeschäft lag nicht vor, so das LG. In dem Prozess wurde festgestellt, dass die Schönheitsoperation in der Türkei nach deutschen Maßstäben behandlungsfehlerhaft verlief und die Behandlungsdokumentation trotz Aufforderung unter Fristsetzung des Gerichts aus der Türkei nicht beigebracht wurde. Da der Behandlungsvertrag nach Feststellung des Gerichts von der Patientin mit der deutschen Kos-

www.messner-marcus.de

metik-GmbH abgeschlossen worden war, war der deutschen Firma der entstandene Schaden in Höhe von 22.000,00 Euro auch zuzurechnen und diese zur Zahlung zu verurteilen.

Quelle: *Landgericht Dortmund, Urteil vom 15.10.2015, Az. 4 O 247/11;*

Telemedizin – Bundesärztekammer gibt neue Hinweise zur Umsetzung telemedizinischer Modelle

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Zur Stärkung telemedizinischer Behandlungsangebote und größerer Rechtssicherheit bei der Fortentwicklung der Telemedizin hat die Bundesärztekammer jüngst in einer Stellungnahme zum berufsrechtlichen sog. Fernbehandlungsverbot Auslegungshinweise und Erläuterungen zu Telekonsil, Telediagnostik, Telemonitoring und Telekonsultation herausgegeben.

Mit graphischen Darstellungen wurden sieben typische telemedizinische Modelle identifiziert und die berufsrechtlich zulässige Kooperationsvarianten von der Bundesärztekammer dazu umschrieben:

- (1) Teleradiologische Netzwerke zur Zweitbefundung, Tele-Tumorkonferenzen und Traumanetzwerke
- (2) Teleradiologie nach RöV und Telepathologie (Tele-Schnellschnitt)
- (3) Telemedizin beim Einsatz von Praxisassistenten und Rettungsassistenzsystemen
- (4) Telekonsile in Schlaganfallnetzwerken
- (5) 24h-RR-Messungen und Schrittmacherüberwachung
- (6) Telemonitoring bei Herzschrittmacher, Herzinsuffizienz, Morbus Parkinson
- (7) Telekonsultation von Patienten in Telemedizinzentren:

Diagnosestellung und Therapieempfehlung nur bei bekannten Patienten nach eigener körperlicher Untersuchung durch den Tele-Arzt in Kenntnis der Vorbefunde und des Krankheitsverlaufs;

Allgemeine krankheitsbezogene Beratung ohne Diagnosestellung und ohne Therapieempfehlung bei unbekanntem Patienten ohne eigene körperliche Untersuchung durch den Tele-Arzt oder bei fehlender Kenntnis der Vorbefunde und des Krankheitsverlaufs.

www.messner-marcus.de

Die gesetzliche Grundlage des § 7 Abs.4 der Musterberufsordnung zum sog. Fernbehandlungsverbot, der in den Ärztlichen Berufsordnungen der Länder entsprechend umgesetzt ist, besagt, dass *„Ärztinnen und Ärzte (...) individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen (dürfen). Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.“*

Die Bundesärztekammer stellt in ihren Erläuterungen hierzu klar, dass im Hinblick auf die Patientensicherheit lediglich die ausschließliche Fernbehandlung verboten, demgegenüber die allgemeine Erörterung einer medizinischen Frage ohne konkreten Patientenbezug zulässig ist. Berufsrechtlich grundsätzlich erlaubt ist die Fortsetzung der Behandlung durch Telemedizin nach persönlicher Erstuntersuchung des Tele-Arztes; fehlt diese, ist der telekonsiliarische Rat des Tele-Arztes an den erstuntersuchenden Arzt zulässig. Grundsätzlich anerkannt ist die gesetzlich vorgesehene teleradiologische Untersuchung nach §§ 24 Abs.1, 3 RöV, ebenso die Telemedizin bei absoluten Nottfällen in alternativloser Situation, so die BÄK in ihren Hinweisen. Die weiterhin erforderliche „unmittelbare“ Behandlung durch einen Arzt auch bei telemedizinischen Verfahren erfordert die gleichzeitige Anwesenheit von Arzt und Patient, so die Ausführungen.

Die Erläuterungen werden ergänzt durch einen Hinweis auf § 9 Heilmittelwerbegesetz (HWG), der die Werbung für die verbotenen Formen der Fernbehandlung als unzulässig erklärt.

Sie planen die Umsetzung eigener Kooperationsmodelle oder Veränderung bestehender Zusammenarbeit mit Kollegen unter Einbindung telemedizinischer Behandlungseinheiten? - Wir unterstützen Sie dabei gerne!

Quelle: *Bundesärztekammer, Hinweise und Erläuterungen zum Fernbehandlungsverbot nach § 7 Abs.4 MBO-Ä (Fernbehandlung), Berlin 11.12.2015, www.baek.de;*