

Auswirkungen aktueller Rechtsprechung und Gesetzesänderungen auf den Praxisalltag

Dr. iur. Andreas Meschke

Rechtsanwalt // Fachanwalt für Medizinrecht // Wirtschaftsmediator

Düsseldorf

DOC Nürnberg 2024

Agenda

Aktuelles aus...

I. Gesetzgebung

1. Digitalgesetze
2. Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)
3. Arbeitszeitgesetz

II. Rechtsprechung

1. Ärztliches Werbe- / Wettbewerbsrecht
2. Datenschutzrecht
3. MVZ
4. Sonstiges



I. Aktuelles aus der Gesetzgebung

1. Digitalgesetze

1. Digital-Gesetz

- Referentenentwurf des BMG eines „**Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens**“ (Digital-Gesetz / DigiG)
- Zielsetzung:
 - Steigerung der Patienten- und Versorgungssicherheit durch flächendeckende Einführung der **elektronischen Patientenakte (ePA)** mittels **Widerspruchslösung** („Opt-out“)
 - Weiterentwicklung E-Rezept
 - Förderung digitaler Gesundheitsanwendungen
 - Verbesserung der Interoperabilität und Cybersicherheit

A. Problem und Ziel

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege hat ein herausragendes Potenzial für eine effizientere, qualitativ hochwertige und patienten-zentrierte gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Daher gilt es, sie konsequent weiterzuentwickeln und zu beschleunigen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat durch die Erarbeitung einer Digitalisierungsstrategie auf der Basis eines umfassenden Beteiligungsprozesses die Grundlage für die weitere Transformation geschaffen. Wesentliche Inhalte der Strategie betreffen personenzentrierte sektoren- und professionsübergreifende Versorgungsprozesse, die Generierung und Nutzung qualitativ hochwertiger Daten für eine bessere Versorgung und Forschung sowie nutzenorientierte Technologien und Anwendungen.

Besonders ist deutlich geworden, dass bestehende digitale Angebote so ausgestaltet und eingesetzt werden müssen, dass sie im Gesundheitssystem mit den Anforderungen der Menschen harmonisieren. Das heißt, dass die digitale Transformation einen wahrnehmbaren Nutzen erzeugen muss bei den Patientinnen und Patienten, bei den pflegebedürftigen Menschen sowie Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften. Nur so werden die Möglichkeiten digitaler Anwendungen wie der elektronischen Patientenakte (ePA) aktiv angenommen und führen zu einem spürbaren Fortschritt für die Versorgung.

Zu den grundlegenden Voraussetzungen für die Nutzung digitaler Anwendungen gehören auch Sicherheit und Nutzerfreundlichkeit. Es wird Technik benötigt, die vertrauensvoll eingesetzt werden kann. Die Handhabung muss zugleich aber auch niedrigschwellig möglich sein, so wie die Nutzerinnen und Nutzer es aus anderen Lebensbereichen kennen. Hier sollen die Versicherten im Sinne der Patientenautonomie ein Wahlrecht erhalten und sich zwischen Sicherheitsstufen entscheiden können.

Das Gesetz hat insbesondere zum Ziel,

- die Potenziale der elektronischen Patientenakte (ePA) zur Steigerung der Patientensicherheit und der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität zu nutzen, indem sie durch Umstellung auf eine Widerspruchslösung („Opt-out“) flächendeckend in die Versorgung integriert werden kann,
- das E-Rezept weiterzuentwickeln und verbindlich einzuführen,

1. Die **elektronische Patientenakte (ePA)** wird zum **15.01.2025** für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet werden. Wer die ePA nicht nutzen möchte, kann dem widersprechen (Opt-Out). Für privat Versicherte können die Unternehmen der PKV ebenfalls eine widerspruchsbasierte ePA anbieten. Die ePA wird von den behandelnden Ärzten mit der **Behandlungsdokumentation** befüllt. Zudem soll eine digitale **Medikationsübersicht** weitestgehend automatisch erstellt werden können.
2. Weiterentwicklung des **E-Rezepts als verbindlicher Standard** – weiterer Zugangsweg für Versicherte soll per ePA-App eröffnet werden
3. Tiefere Integration von **Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)** und Ausweitung auch auf digitale Medizinprodukte der Risikoklasse IIb – hierdurch ergibt sich z.B. auch eine Nutzbarkeit fürs Telemonitoring
4. Aufhebung der Mengenbegrenzung zwecks **Stärkung telemedizinischer Behandlungen** sowie Implementierung der sog. **assistierten Telemedizin**

§ 342 Abs. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„(1) Die Krankenkassen sind bis zum 14. Januar 2025 verpflichtet, jedem Versicherten auf Antrag und mit seiner Einwilligung eine nach § 325 Absatz 1 von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, die den Anforderungen gemäß Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a bis f und n bis r und Nummer 3 entspricht. Ab dem 15. Januar 2025 sind die Krankenkassen verpflichtet, jedem Versicherten, der nach vorheriger Information gemäß § 343 der Einrichtung einer elektronischen Patientenakte gegenüber der Krankenkasse nicht innerhalb einer Frist von sechs Wochen widersprochen hat, eine nach § 325 Absatz 1 von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, die jeweils rechtzeitig den Anforderungen gemäß Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a, b, g bis v, Nummer 2 bis 4 sowie gemäß den Absätzen 2a bis 2c entspricht.“



Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DIGIG)*

Vom 22. März 2024

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

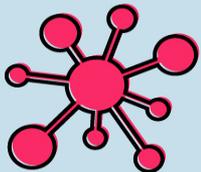
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 408) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- In § 24c Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „und Hilfsmitteln“ durch die Wörter „, Hilfsmitteln und digitalen Gesundheitsanwendungen“ ersetzt.
- § 24e wird wie folgt geändert:
 - In Satz 1 werden die Wörter „und Hilfsmitteln“ durch die Wörter „, Hilfsmitteln und digitalen Gesundheitsanwendungen“ ersetzt.
 - In Satz 2 wird die Angabe „§§ 31 bis 33“ durch die Angabe „§§ 31 bis 33a“ ersetzt.
- § 31a wird wie folgt geändert:
 - Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ab dem Zeitpunkt, zu dem die elektronische Patientenakte gemäß § 342 Absatz 1 Satz 2 zur Verfügung steht, ist der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt nach Satz 1 verpflichtet, einen elektronischen Medikationsplan zu erstellen, soweit der Versicherte einen Anspruch nach Satz 1 hat und dem Zugriff des Arztes auf Daten nach § 342 Absatz 2a in der elektronischen Patientenakte gemäß § 353 Absatz 1 oder 2 nicht widersprochen hat.“
 - Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Ab dem Zeitpunkt, zu dem die elektronische Patientenakte gemäß § 342 Absatz 1 Satz 2 zur Verfügung steht, sind die nach Absatz 3 Satz 3 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie die abgebenden Apotheken nach Absatz 3 Satz 2 verpflichtet, den Medikationsplan nach Absatz 1 Satz 1 zu aktualisieren und diese Aktualisierungen nach Absatz 3 Satz 5 im elektronischen Medikationsplan zu speichern, soweit der Versicherte dem Zugriff des Arztes oder der abgebenden Apotheke auf Daten nach § 342 Absatz 2a in der elektronischen Patientenakte nicht gemäß § 353 Absatz 1 oder 2 widersprochen hat.“



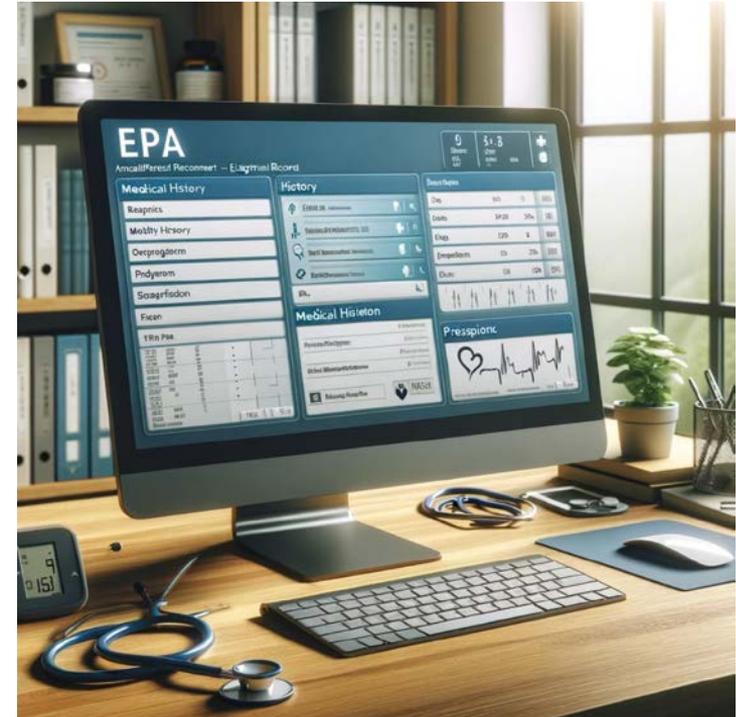
Die ePA managen: auf einen Blick

	Medikation	Berichte, Briefe, Labordaten	Sonstiges
Befüllung der ePA	automatisiert durch E-Rezept-Daten	Ärztin / Arzt ist dazu verpflichtet	durch Ärztin / Arzt, auf Wunsch des Patienten / der Patientin
Widerspruch bzw. Löschung	ja, nur vollständig	ja, auch bei einzelnen Dokumenten	ja, auch bei einzelnen Dokumenten
sichtbar für behandelnde Arzt*innen	ja, aber Patientin / Patient kann Zugriff jederzeit entziehen		



Fazit

- **ePA wird verpflichtend ab dem 15.01.2025**
- Pflicht zur Füllung der ePA für die behandelnden Ärzte; bei Nichtbeachtung drohen Sanktionen
- Ggf. **Anpassungsbedarf** der internen Strukturen / Abläufe
- Investition in moderne Informations- / Kommunikationstechnologien wird zunehmend unverzichtbar, um den gesetzlichen Anforderungen zu genügen
- Auch der **Datenschutz** muss beachtet werden (siehe dazu auch später noch)



2. Gesundheitsversorgungs- stärkungsgesetz (GVSG)

- Referentenentwurf des BMG eines
„Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) vom 12.04.2024
- Auszüge aus den Reformvorhaben:
 - Erleichterung kommunaler medizinischer Versorgungszentren
 - Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung / Einführung einer Vorhaltepauschale und jährliche Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patienten
 - Bürokratieabbau im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Festlegung einer Bagatellgrenze von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal
 - Förderung digitaler Sitzungsformate für Selbstverwaltungsorgane

Ausblick

- GVSG aktuell ein „bunter Strauß“ an verschiedensten gesundheitspolitischen Vorhaben
- Die vielfach diskutierten Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren sind im aktuellen Referentenentwurf (Stand April 2024) erst einmal nicht mehr zu finden
- Es bleibt abzuwarten, in welcher Form der Referentenentwurf letztendlich übernommen werden wird – die Verabschiedung des Kabinettsentwurfs steht noch aus (Stand 21.05.2024)



3. Änderung des Arbeitszeitgesetzes

Europäischer Gerichtshof (EuGH), Urt. v. 14.05.2019 – C-55/18; Rn. 60:

*„Um die praktische Wirksamkeit der von der Richtlinie 2003/88 vorgesehenen Rechte und des in Art. 31 Abs. 2 der Charta verankerten Grundrechts zu gewährleisten, müssen die Mitgliedstaaten die **Arbeitgeber daher verpflichten, ein objektives, verlässliches und zugängliches System einzuführen, mit dem die von einem jeden Arbeitnehmer geleistete tägliche Arbeitszeit gemessen werden kann.**“*

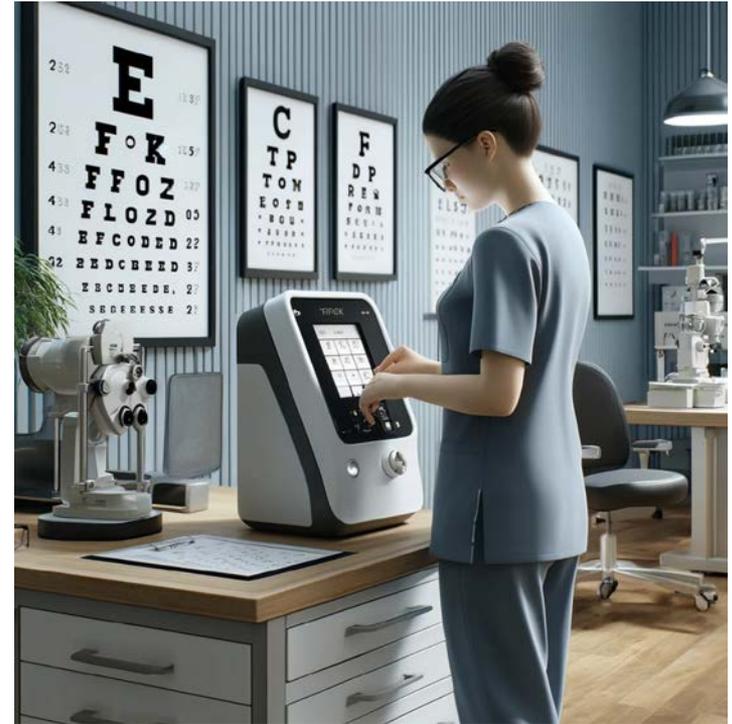
Bundesarbeitsgerichtes (BAG), Urt. v. 13.09.2022 - 1 ABR 21/22; 1. Leitsatz:

*„**Arbeitgeber sind nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 ArbSchG verpflichtet, Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit der Arbeitnehmer zu erfassen**, für die der Gesetzgeber nicht auf der Grundlage von Art. 17 Abs. 1 der Richtlinie 2003/88/EG eine von den Vorgaben in Art. 3, 5 und 6 Buchst. b dieser Richtlinie abweichende Regelung getroffen hat.“*

- Das BAG hat den Gesetzgeber zum Tätigwerden aufgefordert
- Referentenentwurf des BMAS zur Änderung des Arbeitszeitgesetzes
- Auszüge der vorgesehenen Regelungen:
 - Elektronische **Aufzeichnungspflicht** des Arbeitgebers bzgl. Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit der Arbeitnehmer sowie zweijährige Aufbewahrungspflicht und Informations- und Kopieerteilungsansprüche der Arbeitnehmer über die Aufzeichnungen
 - Arbeitgeber muss **Einhaltung der Arbeitszeitvorschriften sicherstellen** – Diese Verpflichtung soll auch behördlich überprüfbar sein
 - Ausnahmen: Kleinbetriebsklausel soll es Betrieben mit bis zu zehn Arbeitnehmern erlauben, dauerhaft von der elektronischen Aufzeichnungspflicht abzuweichen. Auch Tariföffnungsklauseln soll es geben
 - Auch Vertrauensarbeitszeit soll möglich bleiben, wenn durch geeignete Maßnahmen sichergestellt ist, dass Verstöße gegen die gesetzlichen Bestimmungen zu Dauer und Lage der Arbeits- und Ruhezeiten bekannt werden

Fazit

- Bereits jetzt ist eine Anpassung der internen Strukturen und Abläufe an die Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Arbeitszeiterfassung anzuraten
- Umstellung auf **elektronische Systeme zur Arbeitszeiterfassung** erforderlich
- Arbeitgeber sind in der Verantwortung, die Einhaltung der **gesetzlichen täglichen und wöchentlichen Höchstarbeitszeiten und Pausenzeiten** zu kontrollieren



II. Aktuelle Rechtsprechung

1. Ärztliches Werbe-/ Wettbewerbsrecht

a. Irreführung durch Werbung mit Focus-Ärztesiegel

Focus-Ärztiesiegel – LG München 1

Urt. v. 13.02.2023 – 4 HKO 14545/21

- **Sachverhalt:**
- Die Beklagte ist Focus-Verlagsgesellschaft, welche u.a. eine jährlich erscheinende „Ärzteliste“ in ihrer Publikation „Focus Gesundheit“ herausgibt
- Der klagende Verbraucherschutzverband hatte beanstandet, dass der Verlag gegen Entgelt an Ärzte Siegel verleihe, die sie dafür als "Top Mediziner" auszeichnen oder eine "Focus Empfehlung" ausweisen
- Er sieht dies als Wettbewerbsverstoß an und begehrt Unterlassung

Focus-Ärztessiegel – LG München 1

Urt. v. 13.02.2023 – 4 HKO 14545/21

Entscheidungsgründe

- Das Gericht entschied, dass der Verlag durch die Vergabe der Siegel gegen das **lauterkeitsrechtliche Irreführungsverbot** verstößt
- Die Siegel erweckten den Eindruck, dass die ausgezeichneten Mediziner aufgrund einer neutralen und sachgerechten Prüfung als "Top-Mediziner" oder mit der "Focus Empfehlung" ausgezeichnet wurden, was aber nicht der Fall ist
- Prüfzeichen und Siegel sind nach Einschätzung des Gerichts für Verbraucher von erheblicher Bedeutung; Verbraucher könnten daher fälschlicherweise annehmen, es habe ein Vergleich mit Ärzten derselben Fachdisziplin stattgefunden
- Zudem wird die Vergabe der Siegel werbend verwendet und dafür eine Lizenzgebühr erhoben, was das Gericht als unübliche Finanzierung redaktioneller Beiträge kritisierte

- Ärzte und medizinische Einrichtungen sollten sorgfältig prüfen lassen, welche Qualitätszertifikate und Siegel sie in ihrer Außendarstellung verwenden, um nicht gegen das Wettbewerbsrecht zu verstoßen und kostspielige Abmahnungen zu riskieren
- Unterlassungsansprüche können auch gegen Leistungserbringer selbst geltend gemacht werden (siehe dazu sogleich)



b. Irreführung durch Likes/ Kommentare zu Fake- Bewertungen

Fake-Bewertungen – OLG Düsseldorf

Urt. v. 11.01.2024 – 20 U 91/23

- **Sachverhalt:**
- Der Kläger ist als selbständiger Rechtsanwalt tätig; der Beklagte ist Inhaber einer Rechtsanwaltskanzlei in der gleichen Stadt
- Anlass der Klage war der Umgang des Beklagten mit Bewertungen auf seiner Facebook-Seite, die nach Auffassung des Klägers als „Fake-Bewertungen“ anzusehen seien
- Der Beklagten hatte diese Bewertungen z.T. über seinen privaten Facebook-Account mit einem "Like" versehen bzw. über seinen Rechtsanwaltskanzlei-Account kommentiert
- Der Kläger mahnte den Beklagten daraufhin kostenpflichtig ab

*„Der Kläger hat **zureichende tatsächliche Anhaltspunkte** dafür vorgetragen, dass es sich bei den streitbefangenen Bewertungen, mit denen der Beklagte geworben und die er sich [...] zu eigen gemacht hat, um sogenannte **Fake-Bewertungen handelt, da diesen kein Kontakt des Bewertenden mit dem Leistungsangebot des Beklagten vorausgegangen war. Das pauschale Bestreiten des Beklagten und sein Berufen auf § 2 BORA verfangen nicht.** [...] Um dem vom Kläger erhobenen Vorwurf, es handele sich bei den streitbefangenen Bewertungen um Fake-Bewertungen, substantiiert entgegen zu treten, hätte es ihm deshalb im Rahmen seiner sekundären Darlegungslast oblegen, **konkret dazuvorzutragen, dass Personen mit diesem Namen mit seiner Rechtsanwaltskanzlei oder ihm tatsächlich in Kontakt standen** oder dass er die Bewertung anderweitig einem konkreten Kontakt/Mandatsverhältnis zuordnen kann.“*

Fazit

- Die Entscheidung ist auch für das Arzt-Patienten-Verhältnis von Relevanz
- Werden vermeintlich „unechte“ Bewertungen geliked oder kommentiert, kann dies wettbewerbsrechtliche Konsequenzen wie Unterlassungsansprüche von Kollegen nach sich ziehen
- Auch die digitale Präsenz und Interaktionen in Fach- und Kollegen-kreisen sollte rechtssicher gestaltet sein, um kostspielige Abmahnungen zu vermeiden



2. Datenschutzrecht

a. Kostenfreie Erstkopie der Patientenakte

Kostenfreie Erstkopie Patientenakte

– EuGH, Urt. v. 26.10.2023 – C-307/22

- **Sachverhalt:**
- Die Beklagte ist Zahnärztin, der Kläger ihr Patient. Er vermutete einen zahnärztlichen Behandlungsfehler und erhob Klage auf Herausgabe der seine Behandlung betreffenden Behandlungsunterlagen in Kopie
- Die Beklagte gab ein sofortiges Anerkenntnis ab, berief sich indes darauf, dass die Kopie nur Zug-um-Zug gegen Erstattung der Kopierkosten zu übermitteln sei
- Die beklagte Zahnärztin unterlag in zwei Instanzen und legte in der Folge Revision zum BGH ein. Dieser hielt die Auslegung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) für streitentscheidend und legte daher an den EuGH zur Vorabentscheidung vor

§ 630g Abs. 1 S. 1, Abs. 2 BGB

„ (1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. [...]

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. **Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.**“

§ 10 Abs. 2 M-BOÄ

„Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen grundsätzlich in die sie betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen der Ärztin oder des Arztes enthalten. **Auf Verlangen sind der Patientin oder dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.**“

Art. 15 Abs. 3 DS-GVO

*„Der Verantwortliche stellt **eine Kopie** der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, zur Verfügung. Für alle weiteren Kopien, die die betroffene Person beantragt, kann der Verantwortliche ein angemessenes Entgelt auf der Grundlage der Verwaltungskosten verlangen. Stellt die betroffene Person den Antrag elektronisch, so sind die Informationen in einem gängigen elektronischen Format zur Verfügung zu stellen, sofern sie nichts anderes angibt.“*

Art. 12 Abs. 5 S. 1 DS-GVO

*„Informationen gemäß den Artikeln 13 und 14 sowie alle Mitteilungen und Maßnahmen gemäß den Artikeln 15 bis 22 und Artikel 34 werden **unentgeltlich** zur Verfügung gestellt.“*

Vorlagefragen des BGH (Übersicht):

- Entfällt die Verpflichtung zur Herausgabe einer kostenfreien Datenkopie nach Art. 15 Abs. 3 S. 1 DS-GVO im Falle der Verfolgung **datenschutzfremder** (aber legitimer) **Zwecke** (hier: Prüfung vermeintliche Behandlungsfehler)?
- Umfasst der Anspruch im (Zahn-)Arzt-Patienten-Verhältnis eine **Kopie der gesamten Patientenakte**?
- Kann der **Auskunftsanspruch beschränkt werden** durch eine nationale, vor der DS-GVO erlassene Vorschrift, die für gewisse Fallkonstellationen (Behandlungsvertrag) immer einen Kostenerstattungsanspruch vorsieht (hier: **§ 630g Abs. 2 S. 2 BGB**)?

Kostenfreie Erstkopie Patientenakte

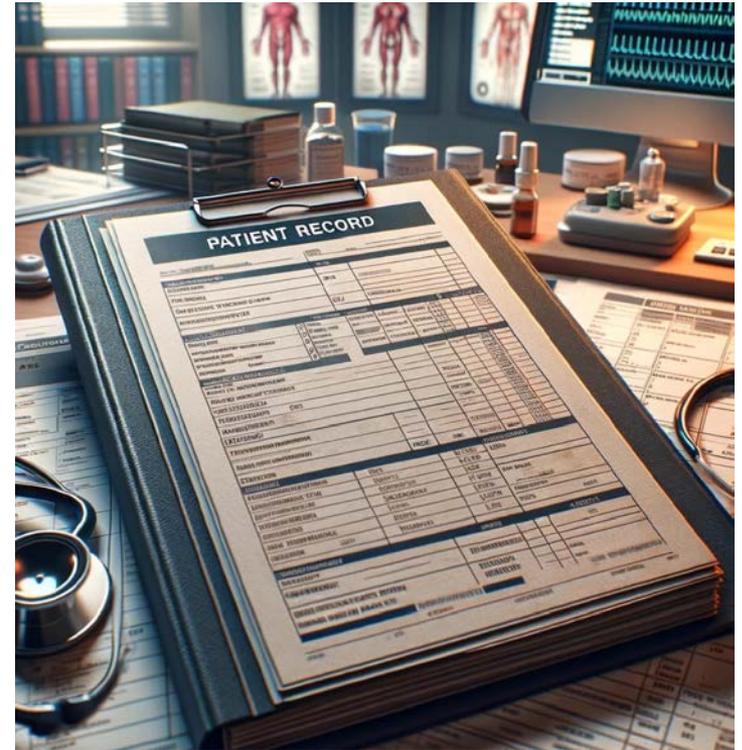
– EuGH Urteil vom 26.10.2023 – C-307/22

Entscheidungsgründe Übersicht:

- ✓ Kostenfreie Auskunftspflicht besteht **auch bei der Verfolgung datenschutzfremder Zwecke** (Arg.: Nach der DS-GVO muss ein Auskunftersuchen **nicht begründet** werden)
- ✓ Auskunftsanspruch umfasst eine **Kopie der gesamten Patientenakte** (Arg.: Kontextualisierung erforderlich für Gesamtverständnis)
- ✗ Der Auskunftsanspruch kann zwar grundsätzlich durch eine nationale Rechtsnorm im verbleibenden Handlungsspielraum der DS-GVO des deutschen Gesetzgebers beschränkt werden - § 630g Abs. 2 S. 2 BGB in seiner jetzigen Fassung stellt nach Einschätzung des EuGH aber eine **unzulässige wirtschaftliche Abwälzung auf den Patienten** dar.

Fazit

- § 630g Abs. 2 S. 2 BGB ist wegen seines Verstoßes gegen vorrangig anzuwendendes EU-Recht (DS-GVO) nicht mehr anwendbar
- Patienten haben einen Anspruch auf **kostenfreie Übermittlung einer Kopie ihrer vollständigen Behandlungsunterlagen** binnen eines Monats
- Kommt der Behandler seiner Herausgabepflicht nicht (fristgerecht) nach, drohen datenschutzrechtliche Sanktionen



**b. Auskunftspflicht auch bzgl.
Korrespondenz mit eigenem Anwalt
oder Haftpflichtversicherung?**

Umfang des Auskunftsanspruchs nach DSGVO – OLG Köln, Urt. v. 10.08.2023 – 15 U 149/22

- Der Anspruch auf Erteilung einer Datenauskunft einer Patientin gegen eine Klinik gem. Art. 15 DS-GVO umfasst über die Behandlungsdokumentation (§ 630g BGB) hinaus auch die in den **Datensystemen der Krankenhausverwaltung** gespeicherten personenbezogenen Daten
- Der Datenauskunftsanspruch der Patientin gegen die Klinik umfasst überdies auch diejenigen personenbezogenen Daten über sie, **welche die Klinik mit ihrer Haftpflichtversicherung und ihren Rechtsanwälten geteilt hat**

- Der (für das Datenschutzrecht, nicht aber für das Arzthaftungsrecht zuständige) 15. Senat des OLG Köln stützt seine Entscheidung auf BGH, Ur. v. 15.06.2021 – VI ZR 576/19 (im dortigen Fall ging es um eine Versicherungsgesellschaft)
- Eine BGH-Entscheidung zum konkreten Fall (Arzt-Patienten-Verhältnis) gibt es bislang noch nicht, bis dahin ist dieses Urteil erst einmal in der Welt
- Behandler sollten vorab beim Patienten anfragen, **auf welche konkreten Daten sich das Auskunftersuchen erstreckt**. Sofern nur die Behandlungsdokumentation angefordert wird, müssen weitere Daten jedenfalls nicht unaufgefordert übersandt werden



3. MVZ

a. Preisbindung an GOÄ

Bindung juristischer Personen an die GOÄ – BGH, Urt. v. 04.04.2024 - III ZR 38/23

Sachverhalt :

- Geklagt hatte ein gesetzlich krankenversicherter Patient, der eine nicht im EBM enthaltene Leistung (sog. Cyberknife-Bestrahlung) in der Universitätsklinik der Beklagten in Anspruch genommen hatte
- Der Kläger unterzeichnete unter dem 16.04.2020 eine Erklärung, mit der er bestätigte, die anfallenden Kosten in Höhe von 10.633 € nach erfolgter Behandlung zu begleichen. In der Folgezeit wurde die Cyberknife-Bestrahlung im Juni 2020 jeweils ambulant durchgeführt
- Mit anwaltlichem Schreiben vom 05.07.2020 forderte der Kläger die Beklagte auf, ihm eine ordnungsgemäße Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu stellen.
- Unter dem 10.07.2020 berechnete die Beklagte dem Kläger mit der Leistungsbezeichnung "Cyberknife Komplexleistung III" einen Pauschalbetrag von 10.633 €, den der Patient zunächst bezahlte
- Nachdem eine Rückerstattung durch seine Krankenkasse scheiterte, verklagte der Patient die Universitätsklinik auf Rückzahlung des Honorars

Bindung juristischer Personen an die GOÄ

OLG Frankfurt a. Main, Beschl. v. 21.09.2023 - Az. 6 W 69/23

/ BGH, Urt. v. 04.04.2024 - III ZR 38/23

Ansicht des OLG Frankfurt am Main

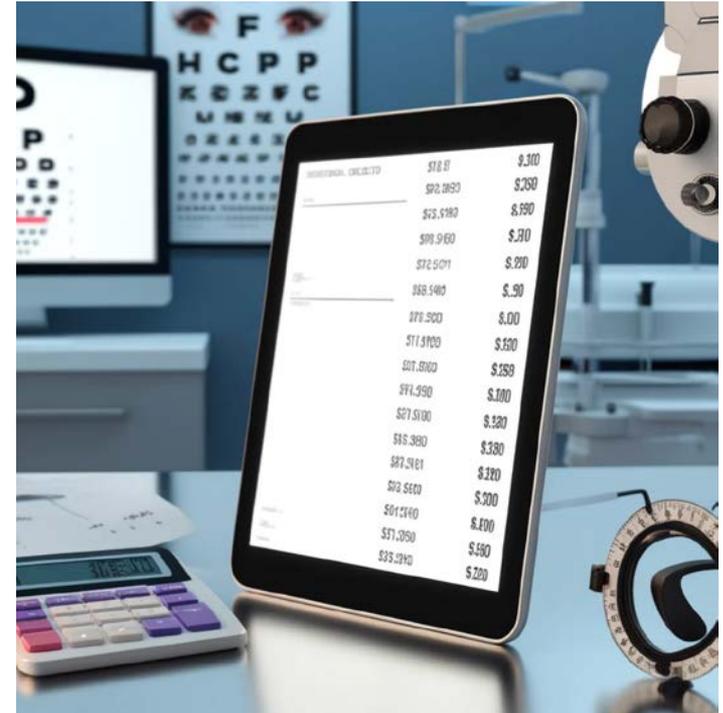
- Adressat der GOÄ sind ausschließlich Ärzte als Vertragspartner des Patienten aus dem Behandlungsvertrag (§ 1 Abs 1 GOÄ).
- Hingegen ist die GOÄ nicht verbindlich im Verhältnis des Patienten zu einer Kapitalgesellschaft als Leistungserbringer
- Eine Ärzte-GmbH oder MVZ-GmbH sind also nicht verpflichtet, ihre Leistungen an Selbstzahlern nach GOÄ abzurechnen. Sie können also - anders als Ärzte - freie Preise vereinbaren.

Ansicht des BGH

- Der in § 1 Abs. 1 GOÄ beschriebene Anwendungsbereich der GOÄ setzt nicht voraus, dass Vertragspartner des Patienten Arzt ist, sondern dass die Vergütung für die beruflichen Leistungen eines Arztes geltend gemacht wird.
- Die GOÄ findet deshalb auch dann Anwendung, wenn der Behandlungsvertrag mit einer juristischen Person, z.B. Krankenhaus- oder MVZ-Träger, abgeschlossen wird und ambulante Leistungen durch angestellte oder verbeamtete Ärzte erbracht werden

Fazit

- Patienten, die eine von der GOÄ abweichende Vergütungsvereinbarung getroffen haben, können demnach die **gezählten Honorare zurückfordern**, da eine Pauschalpreisvereinbarung von Krankenhäusern oder MVZ mit der GOÄ nicht vereinbar und in der Folge nichtig ist
- Diese Entscheidung ist besonders relevant für die Preisgestaltung in MVZ, die sich unbedingt an den Vorgaben des BGH orientieren sollte, um spätere Regresse zu vermeiden



b. Keine Benachteiligung von nicht-ärztlichen MVZ bei Teilentsperrung

Nicht-ärztliches MVZ bei Teilentsperrung – BSG, Urt. v. 25.10.2023 – B 6 KA 26/22

Sachverhalt:

- Geklagt hatte die Trägerin eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH, die zugleich einzige Gesellschafterin und als Erbringerin nichtärztlicher Dialyseleistungen gründungsberechtigt ist
- Einziger Gesellschafter und Geschäftsführer der GmbH ist wiederum ein Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie sowie Nephrologie, welcher zudem als angestellter Arzt weiterhin in dem MVZ tätig und dessen ärztlicher Leiter ist.
- Nach Feststellung von Zulassungsmöglichkeiten im Planungsbereich bewarb sich neben einem weiteren Arzt noch das MVZ der Klägerin, mit einem Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer anzustellenden Ärztin
- Der Zulassungsausschluss erteilt dem Mitbewerber die beantragte Zulassung und lehnte den Antrag der Klägerin ab, da diese nachrangig zu berücksichtigen sei

§ 103 Abs. 4c SGB V:

*„Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Absätze 3a, 4 und 5 gelten entsprechend. Absatz 4 gilt mit der Maßgabe, dass **bei der Auswahl des Praxisnachfolgers ein medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen ist. Dieser Nachrang gilt nicht für ein medizinisches Versorgungszentrum, das am 31. Dezember 2011 zugelassen war und bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den dort tätigen Vertragsärzten lag.**“*

Entscheidungsgründe:

- Entgegen der Rechtsansicht des Zulassungsausschusses ist die **Nachrangregelung des § 103 Abs. 4c S. 3 SGB V**, die schon ihrem Wortlaut nach **allein für die Auswahl des Praxisnachfolgers im Nachbesetzungsverfahren** gelte, in einem **Auswahlverfahren wegen partieller Entsperrung eines Planungsbereichs nicht anwendbar**.
- Auch eine analoge Anwendung scheidet mangels beabsichtigter Lücke für Regelungen zu partieller Entsperrung aus

Fazit

- Dieses Urteil **stärkt die Position von nichtärztlichen MVZ bei Teilentsperrungen**, indem es klärt, dass ihre Struktur und Kapitalverteilung in diesem Kontext nicht zu einer benachteiligenden Behandlung führen darf
- Im Verfahren nach partieller Entsperrung des Planungsbereichs ist die Rechtsstellung investorengetragener MVZ demnach denen der ärztlichen MVZ angenähert



c. Ärztlicher Leiter

Sachverhalt:

- Geklagt hatte die Trägerin eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH gegen die Rückforderung der Honorare für zwei Quartale
- Der vorherige ärztliche Leiter war aus dem MVZ ausgeschieden
- Die Klägerin benannte daraufhin als ärztliche Leiterin die angestellte Ärztin Dr. S., die später bestritt, diese Aufgabe übernommen zu haben.
- Nachdem die beklagte KV festgestellt hatte, dass die Sammelerklärungen zu den Honorarabrechnungen für die Quartale 2/2013 und 3/2013 von dem Geschäftsführer der Klägerin und nicht - wie im Honorarverteilungsmaßstab vorgesehen - von dem ärztlichen Leiter des MVZ unterschrieben worden waren, hob sie die betreffenden Honorarbescheide auf und forderte das gesamte Honorar für die beiden Quartale zurück.

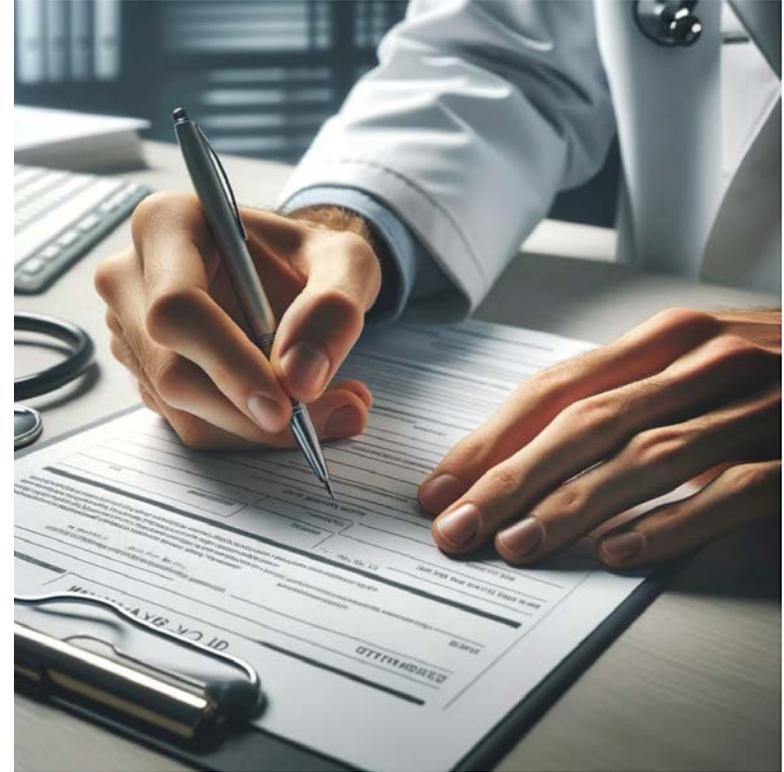
Entscheidungsgründe:

Die Revision der Klägerin war erfolglos.

- Bei der Regelung im HVM handelt es sich nach Auffassung des BSG nicht um ein bloßes Formerfordernis. Vielmehr lässt die ordnungsgemäße Abrechnungs-Sammelerklärung erst den Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen entstehen. Angesichts der Verantwortung des ärztlichen Leiters für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe sowie seiner Gesamtverantwortung gegenüber der KV ist es nach Einschätzung des BSG zulässig, wenn der HVM die Unterschrift des ärztlichen Leiters unter die Sammelerklärung verlangt.

Fazit

- Um Honorarrückforderungen vorzubeugen, sollten die Regelungen des jeweiligen HVM beachtet werden. In der Praxis empfiehlt sich die Benennung eines stellvertretenden ärztlichen Leiters.
- Des Weiteren stellte das BSG noch klar, dass es keine „Schonfrist“ nach § 95 Abs. 6 S. 3 SGB V gibt, falls einem MVZ die ärztliche Leitung fehlt. Das bedeutet, dass ein MVZ ohne ärztliche Leitung sofort den Vergütungsanspruch verliert, ohne dass eine Übergangsfrist gewährt wird.



4. Sonstiges

a. Unwirksame Konkurrenzschutzvereinbarung in Aufhebungsvertrag

Unwirksame Konkurrenzschutzvereinbarung

– OLG Brandenburg, Urt. v. 25.04.2023 - 17 U 1/22

Sachverhalt :

- Geklagt hatte ein Facharzt für Augenheilkunde. Er war als Chefarzt in der beklagten Augenklinik tätig, ehe die Parteien einen Aufhebungsvertrag schlossen, in dem u.a. vereinbart wurde:
 - ✓ Einvernehmliche Beendigung des Arbeitsverhältnisses
 - ✓ Abfindungssumme 95.000 €
 - ✓ Die Augenklinik verpflichtet sich zum Betrieb von maximal zwei rein konservativ ambulanten augenärztlichen Kassensitzen (ohne operative Leistungsumfänge), welche sich ausschließlich auf dem derzeitigen Gelände der Augenklinik befinden dürfen. Für die Erweiterung der Tätigkeit auf mehr Kassenarztsitze als auch die Änderung des inhaltlichen Umfanges der Leistungserbringung bedarf es der vorherigen schriftlichen Zustimmung
 - ✓ Die Augenklinik verzichtet für die Dauer von zwei Jahren nach Vertragsschluss auf ihr Recht zur Teilnahme an Bewerbungen im Rahmen von Sitzausschreibungsverfahren für den relevanten örtlichen Großraum, soweit diese den Fachbereich der Augenmedizin betreffen - Dieser Verzicht ist jedoch auf insgesamt zwei, durch den Arzt im Einzelnen konkret zu benennende, Sitzausschreibungsverfahren (Benennung der Praxen) beschränkt.

Sachverhalt (Fortsetzung):

- In der Folge bewarb die Beklagte sich im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens. Der Kläger macht nun Schadensersatzansprüche aufgrund eines Verstoßes gegen die Konkurrenzschutzvereinbarung geltend.

Entscheidungsgründe:

- Das OLG Abrede hielt die getroffene Vereinbarung einerseits wegen eines Verstoßes gegen das in § 1 GWB normierte Verbot wettbewerbsbeschränkender Vereinbarungen gemäß § 134 BGB und andererseits als sittenwidriges Geschäft im Sinne von § 138 Abs. 1 BGB für nichtig.
- Die grundrechtlich geschützte Berufsausübungsfreiheit des betroffenen Arztes / Klinikums ist zu achten; werden die Grenzen der Verhältnismäßigkeit überschritten, ist die Vereinbarung unwirksam.

Fazit

- Die Entscheidung unterstreicht die Notwendigkeit für medizinische Einrichtungen und ihre leitenden Angestellten, bei der **Formulierung von Konkurrenzschutzklauseln die rechtlichen Grenzen genau zu beachten**.
- Sie betont, dass solche Klauseln nicht nur fair und angemessen sein müssen, sondern auch die berufliche Fortentwicklung des betroffenen Arztes nicht unverhältnismäßig behindern dürfen.
- Für medizinische Einrichtungen bedeutet dies, dass sie, zum Schutz vor rechtlichen Auseinandersetzungen, ihre bestehenden und zukünftigen Verträge sorgfältig prüfen und gegebenenfalls anpassen müssen, um eine Wirksamkeit zu gewährleisten



b. Präoperative Aufklärungspflicht über mögliche Operationserweiterung

Sachverhalt:

- Der Kläger nimmt die Beklagten wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung und unzureichender Aufklärung auf Ersatz materiellen und immateriellen Schadens in Anspruch
- Im vorliegenden Fall wurde der Patient präoperativ darüber aufgeklärt, dass während der geplanten arthroskopischen Operation an der Schulter möglicherweise zu einer offenen Operationsmethode gewechselt werden müsse. Diese Information war Teil des mündlichen Aufklärungsgesprächs sowie schriftlich im Aufklärungsbogen festgehalten, den der Kläger unterzeichnet hatte.
- Der Kläger gab seine Einwilligung unter der Bedingung, dass unvorhergesehene, medizinisch notwendige Änderungen oder Erweiterungen des Eingriffs ebenfalls abgedeckt sind.

Entscheidungsgründe:

- Der BGH bestätigte, dass in diesem Fall eine **ordnungsgemäße Aufklärung stattgefunden** hatte und der Kläger **wirksam in die mögliche Operationserweiterung eingewilligt** hatte.
- Der Eingriff begann arthroskopisch und wurde aufgrund der intraoperativ festgestellten Notwendigkeit, die komplett gerissene Supraspinatussehne zu refixieren, zu einer offenen Methode erweitert.
- Der BGH **verneinte daher die Ansprüche des Klägers auf Schadenersatz und Schmerzensgeld**, da die Operationserweiterung durch die erteilte Einwilligung gedeckt war.

Fazit

- Die Entscheidung ist für die **tägliche Aufklärungspraxis** insofern maßgeblich, als dass sie daran erinnert, umfassend und auch **vorausschauend im Hinblick auf mögliche Erweiterungen aufzuklären** und dies auch zu **dokumentieren**



c. Verpflichtung zur Anbindung an Telematikinfrastuktur

Anbindung an Telematikinfrastuktur

– BSG, Urt. v. 06.03.2024 – B 6 KA 22/23

Sachverhalt:

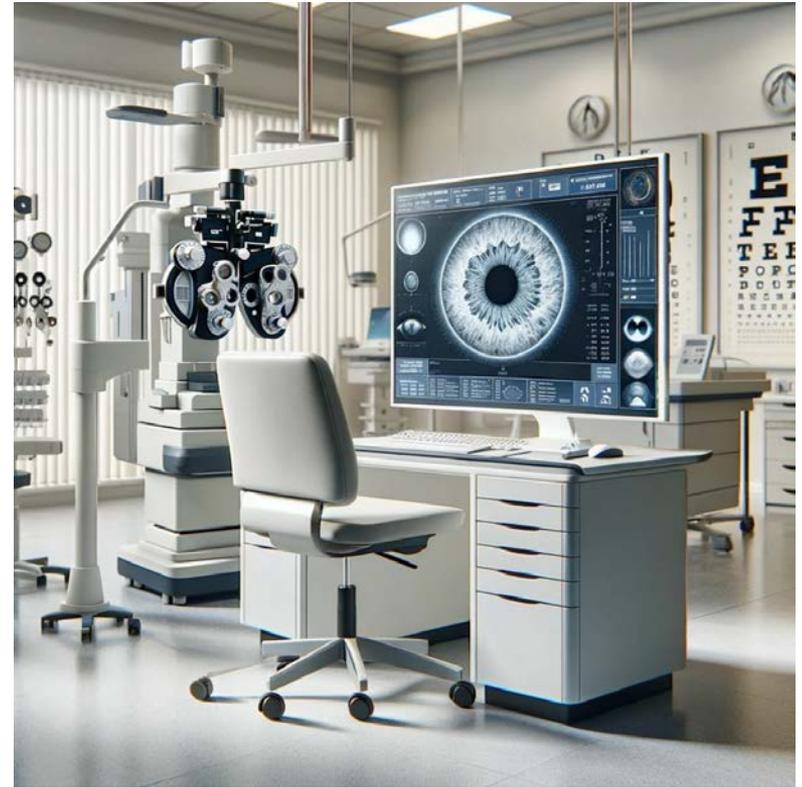
- Geklagt hatte eine gynäkologische Berufsausübungsgemeinschaft, nachdem deren **vertragsärztliches Honorar** für das Quartal 1/2019 **um einen Prozent gekürzt** wurde, da sie **nicht an die Telematikinfrastuktur angeschlossen** war.
- Die Klägerin argumentierte, dass die Anbindung an die Telematikinfrastuktur eine unverhältnismäßige Einschränkung der ärztlichen Berufsfreiheit darstelle und gegen die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) verstoße.

Entscheidungsgründe:

- Das BSG wies die Klage ab, da der Honorarbescheid rechtmäßig sei und betonte, dass die Datensicherheit bereits durch entsprechende Gesetze und Verordnungen, auch schon vor dem Patientendaten-Schutz-Gesetz von 2020, gewährleistet gewesen sei.
- Die Verpflichtung der Klägerin zur Durchführung des Versichertenstammdatenabgleichs dient dem **legitimen Zweck, Leistungsmissbrauch durch die Identifizierung ungültiger, verlorener oder gestohlen gemeldeter elektronischer Gesundheitskarten zu verhindern**, und ist verhältnismäßig. Auch die mit der **Nichtbefolgung der Verpflichtung verknüpfte Honorarkürzung stellt keinen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit** der Klägerin dar.

Fazit

- Nach Auffassung des BSG sind **Honorarkürzungen** wegen **fehlender Anbindung an die Telematikinfrastruktur** daher **rechtmäßig**
- Hier zeigt sich erneut die **zunehmende Bedeutung der digitalen Anbindung für Leistungserbringer**, um den dahingehenden gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Dr. Andreas Meschke

Möller & Partner - Kanzlei für Medizinrecht

Breite Straße 69

40213 Düsseldorf

0211 – 75 84 880

zentrale@moellerpartner.de

www.moellerpartner.de