



Dentallabore im Visier privater Krankenversicherungen

Preisdruck bei zahntechnischen Leistungen wächst

Sehr geehrte Damen und Herren,

bereits in der Ausgabe 2/2011 des paragraphen haben wir Ihnen mit der „kwm-visite“ einen kleinen Ausschnitt unserer bundesweiten Vortragstätigkeit vorgestellt. Nunmehr möchten wir Sie zu zwei weiteren interessanten Veranstaltungen einladen, die sich speziell an Zahnärzte richten:

Mittwoch, 20.06.2012: Praxisstrategie 2012/2013 - Möglichkeiten und Grenzen des Vertragszahnarzt- und Berufsrechts, 15 bis 20 Uhr, Referent: Björn Papendorf

Mittwoch, 07.11.2012: Steuern und Recht - Zukunft optimal gestalten, 15 bis 19 Uhr, Referenten: Björn Papendorf und Dirk Bleckmann (Steuerberater).

Veranstaltungsort ist jeweils ZÄT-info, Ostbevern, Erbdrostenstr. 6, 48346 Ostbevern. Neben wertvollen rechtlichen und steuerlichen Impulsen, die Sie gewinnbringend in Ihrer Praxis umsetzen können, erhalten Sie fünf Fortbildungspunkte. Für weitere Informationen besuchen Sie bitte die Homepage <http://www.zaet.info/kursprogramm> oder wenden Sie sich unmittelbar an Herrn Papendorf (papendorf@kwm-rechtsanwaelte.de bzw. 0251/5 35 99-0).

Wir freuen uns auf zahlreiche Anmeldungen und wünschen Ihnen und Ihrer Familie schließlich ein frohes Osterfest.

Mit den besten Grüßen

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

Dentallabore im Visier privater Krankenversicherungen



Zahnärzte und Privatpatienten beziehungsweise gesetzlich Versicherte mit privater Zahnzusatzversicherung machen häufig die gleichen Erfahrungen: private Krankenversicherungen erstatten die Auslagen des Zahnarztes für zahntechnische Leistungen nur in erheblich gekürzter Form.

Zur Begründung berufen sich die Versicherungen auf das so genannte Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen, kurz: BEL. Dieses Verzeichnis findet bei gesetzlich Versicherten im Rahmen der Regelversorgung Anwendung, während das Zahnwerker-Handwerk für Privatpatienten die so genannte Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) entwickelt hat. Naturgemäß sind die im BEL aufgeführten Preise geringer als die in der BEB veranschlagten, so dass private Krankenversicherungen durch eine Berufung auf das BEL Einsparungen erzielen können.

Höchstrichterliche Rechtsprechung bestätigt Abrechnung nach BEB bei Privatpatienten

Dass dies nicht rechtens ist, hat der BGH bereits mehrfach (zuletzt: Urteil vom 18.01.2006, Az.: IV ZR 244/04) entschieden und darauf verwiesen, dass private Versicherungen nach ihren eigenen privatrechtlichen Regelungen und ihrem eigenen Vertragszweck zu beurteilen sind. Ein Rückgriff auf die BEL-Liste aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung verbietet sich daher.

Dennoch sind in jüngster Zeit deutliche Tendenzen der privaten Krankenversicherungswirtschaft erkennbar, diese bereits höchstrichterlich entschiedene Frage wieder verstärkt vor die Gerichte zu tragen. Die kwm befindet sich derzeit in mehreren außergerichtlichen und gerichtlichen Auseinandersetzungen mit privaten Krankenversicherungen, die eine Erstattung von Laborkosten nach der BEB zum Gegenstand haben.

Private Krankenversicherungen verweisen an günstigere Dentallabore

Im Zuge dieser Verfahren hat sich gezeigt, dass private Krankenversicherungen derzeit noch erheblich weiterreichende Vorstöße unternehmen, um ihre wirtschaftlichen Einsparungsinteressen im Hinblick auf Dentallaborleistungen durchzusetzen. So schließen private Krankenversicherungen neuerdings Kooperationen mit einzelnen Dentallaboren, die nach den von der Versicherung vorgegebenen Konditionen günstigere Preise anbieten.

Damit noch nicht genug sehen sich Privatpatienten, die Heil- und Kostenpläne ihrer behandelnden Zahnärzte zur Vorabgenehmigung bei ihrer privaten Krankenversicherung einreichen, mit Alternativangeboten konfrontiert. Im Zuge der Ablehnung einer Erstattung der im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen, vermeintlich überhöhten Laborkosten wird dem Patienten angeboten, sich an eines der mit der Versicherung kooperierenden Labore zu wenden. Dort würden ihm dann nach Vorlage eines Nachweises über die Versicherungsmitgliedschaft günstigere Preise gewährt. Diese würden von der Versicherung voll erstattet, was auch den Eigenanteil des Patienten mindere.

Verunsicherung der Patienten

Dass derartige Angebote die betroffenen Patienten erheblich verunsichern, ist nur zu verständlich. Schließlich wenden sich Patienten im Rahmen aufwendiger Zahnbehandlungen an den Zahnarzt ihres Vertrauens und treten in keinerlei vertragliche Beziehungen zu einem zahntechnischen Labor. Dieses wird vielmehr vom Zahnarzt beauftragt, der hierfür im Rahmen seiner fachlichen Unabhängigkeit regelmäßig in erster Linie eine Auswahl nach der Qualität der erbrachten Leistungen trifft.

Wettbewerbsrechtliche Prüfung durch kwm

Die Alternativangebote privater Krankenversicherungen greifen somit ebenso massiv in das Arzt-Patienten-Verhältnis wie in den Wettbewerb zahntechnischer Labore ein. Die kwm prüft derzeit, ob eine derartige

Vorgehensweise privater Krankenversicherungen wettbewerbsrechtlich zulässig ist.

Die Grundlage einer wettbewerbsrechtlichen Prüfung bildet das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG). Danach sind unlautere geschäftliche Handlungen verboten, wenn sie geeignet sind, die Interessen von Mitbewerbern, Verbrauchern oder sonstigen Marktteilnehmern zu beeinträchtigen. Dies gilt vor allem auch für absatzfördernde Handlungen, die geeignet sind, die Entscheidungsfreiheit der Verbraucher oder sonstiger Marktteilnehmer durch unangemessenen unsachlichen Einfluss zu beeinträchtigen.

Durch ihre ausdrücklichen Empfehlungen und Verweisungen an bestimmte Dentallabore fördern die privaten Krankenversicherungen unmittelbar deren Absatz. Sie wirken dabei auch auf die Entscheidungsfreiheit der Patienten als Verbraucher ein.

Unangemessener unsachlicher Einfluss?

Inwiefern eine Verweisung der Patienten an ein bestimmtes Zahnlabor unter Hinweis auf finanzielle Ersparnisse als unangemessener unsachlicher Einfluss zu werten ist, stellt eines der Kernprobleme im Rahmen der wettbewerbsrechtlichen Prüfung dar. Über den Ausgang dieser Prüfung sowie die weiteren Entwicklungen in diesem Problemkreis werden wir Sie selbstverständlich auf dem Laufenden halten.

Björn Papendorf/Dr. Bernadette Tuschak

Vor- und nachstationäre sowie AOP-Leistungen des Krankenhauses durch Vertragsärzte möglich

§ Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) sind zum 01.01.2012 zwei Änderungen in die §§ 115a, 115b SGB V eingeführt worden, die die Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern erleichtern und rechtssicherer machen.

Nach § 115a Abs. 1 S. 2 SGB V n.F. können vor- und nachstationäre Leistungen durch ausdrücklich hierzu vom Krankenhaus beauftragte Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder in der Arztpraxis erbracht werden. Eine Kooperation, die bislang im Hinblick auf die Erbringung dieser Leistungen innerhalb der Arztpraxis als unzulässig angesehen wurde, erhält eine gesetzliche Grundlage und wird damit legalisiert. Dennoch sollten die Kooperationspartner darauf achten, dass tatsächlich ein Leistungsaustausch stattfindet und die Leistung des Arztes adäquat und angemessen vergütet wird. Eine Vergütung nach GOÄ mit einem normalen Steigerungssatz (2,3) dürfte den Rahmen nicht sprengen. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die Vergütung des Arztes nicht höher ist als das Entgelt, welches das Krankenhaus für die Leistung gegenüber der Krankenkasse abrechnet. Anderenfalls könnte leicht der Verdacht einer verbotenen Zuweisung gegen Entgelt gehegt werden. Vor dem Hintergrund der Verschärfung dieses Verbots durch das GKV-VStG (Änderungen in den §§ 73 Abs. 7 und 128 Abs. 2 und 5 SGB V) erscheint die Neufassung des § 115a SGB V nicht völlig schlüssig.

Auch § 115b SGB V wurde durch das GKV-VStG geändert. Das BSG hatte mit Urteil vom 23.03.2011, 6 KA 11/10 R (vgl. der paragrah, Ausgabe 3/2011, S. 3), entschieden, dass AOP-Leistungen, die niedergelassene Operateure gemeinsam mit Krankenhausärzten erbringen, nicht durch das Krankenhaus abgerechnet werden können. Nunmehr wurde durch das GKV-VStG seitens des Gesetzgebers geregelt, dass der AOP-Vertrag Bestimmungen enthalten muss, wonach die AOP-Leistungen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Damit wird klargestellt, dass die genannte Rechtsprechung des BSG keine Wirkung mehr entfaltet. Letztlich bleibt Krankenhäusern und Vertragsärzten hinsichtlich einer Kooperation im Bereich der ambulanten Operationen nunmehr ein größerer Spielraum. Um die Angemessenheit der Vergütung der Leistungen durch die Niedergelassenen transparent zu gestalten, sollte die Kooperationsvereinbarung stets schriftlich erstellt werden.

Dr. Christoff Jenschke, LL.M.

Entscheidung über Untersuchungen steht grds. im Ermessen des Arztes

§ In einem aktuellen Urteil hat das Amtsgericht Halle (Saale) entschieden, dass ein privat versicherter Patient, der ohne Überweisung einen Facharzt aufsucht, dadurch zum Ausdruck bringt, dass er es in das pflichtgemäße Ermessen des Arztes stellt, welche Untersuchungen durchgeführt werden (vgl. Ur. v. 02.02.2012, Az.: 93 C 2736/11).

Im konkreten Fall ist der Patient von seiner behandelnden Orthopädin überwiesen worden. Am vereinbarten Termin hatte der Patient keinen Überweisungsschein dabei, er reichte ihn später auch nicht nach. Die Radiologin führte bei dem Patienten eine MRT der Lendenwirbelsäule durch, übersandte der Orthopädin einen Befundbericht und stellte dem Patienten die durchgeführte Untersuchung in Rechnung. Deren Bezahlung verweigerte der Patient mit der Begründung, die Radiologin habe eine andere Untersuchung durchgeführt als von ihm gewünscht. Er sei von seiner Orthopädin wegen einer MRT des Steißbeins überwiesen worden. Am vereinbarten Termin habe er wegen seines vergessenen Überweisungsscheins daher auch eine Mitarbeiterin der Radiologin darum gebeten, bei seiner Orthopädin anzurufen und nachzufragen, welche Untersuchung durchgeführt werden solle.

Das Amtsgericht hat der Radiologin Recht gegeben. Diese habe gegenüber dem Patienten einen Anspruch auf Zahlung des Honorars aus § 611 Abs. 1 BGB.

Die Parteien hätten einen Arztvertrag des Inhalts geschlossen, dass die Radiologin die nach ihrem pflichtgemäßen ärztlichen Ermessen gebotene Untersuchung des Patienten durchführen solle. Da dieser keinen Überweisungsschein vorgelegt und Schmerzen in einem näher bezeichneten Bereich geschildert habe, sei seine Erklärung gegenüber der Radiologin so auszulegen gewesen, dass er die bei den von ihm geschilderten Beschwerden gebotene Untersuchung wünsche. Selbst bei den angegebenen Schmerzen im Steißbereich sei eine MRT der Len-

denwirbelsäule und nicht des Steißbeins die medizinisch gebotene Untersuchung.

Unerheblich sei dabei, ob die Behauptung des Patienten zutrefte, er habe darum gebeten, dass eine Mitarbeiterin der Radiologin telefonisch bei der Orthopädin nachfragt, welche Untersuchung vorgenommen werden solle. Wenn der Patient ohne Überweisungsschein zum Facharzt gehe, bringe er damit zum Ausdruck, dass er es in das pflichtgemäße ärztliche Ermessen stellt, welche Untersuchungen durchgeführt werden sollen. Andernfalls hätte er einen Überweisungsschein vorlegen bzw. sich einen neuen Überweisungsschein ausstellen lassen müssen. Der Patient könne nicht erwarten, dass ein Facharzt seine Untersuchung oder Behandlung an einer lediglich telefonischen Äußerung eines anderen Arztes statt an seiner eigenen pflichtgemäßen ärztlichen Beurteilung ausrichtet.

Der Anspruch der Klägerin gegen den Beklagten ergebe sich darüber hinaus auch aus § 670 BGB i. V. m. § 683 BGB, da die von der Radiologin durchgeführte Untersuchung zumindest dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprach. Die durchgeführte Untersuchung habe tatsächlich einen Befund ergeben, mit dem die Orthopädin des Patienten weiter arbeiten könne. Der Beklagte habe also durch die Untersuchung für ihn nützliche Informationen erhalten.

Dr. Felix Heimann

Infektion nach OP ist nicht zwingend ein Behandlungsfehler

§ In einer aktuellen Entscheidung zum Arzthaftungsrecht hat sich das Schleswig-Holsteinische OLG mit der Frage beschäftigt, unter welchen Voraussetzungen eine postoperative Wundinfektion einen Behandlungsfehler darstellt. Mit Urteil vom 25.01.2012 (Az.: 4 U 103/10) hat es eine Klage auf Schadensersatz abgewiesen. Klägerin war eine Patientin, die sich zuvor einer Schönheitsoperation unterzogen hatte. Im Anschluss an die Operation kam es zu einer Wundinfektion, die erst nach zwei Monaten abheilte. Die Folge war eine erhebliche Narbenbildung. Zuvor war die Patientin über die Operationsrisiken aufgeklärt worden. Ein konkreter Hygienemangel konnte dem behandelnden Arzt nicht nachgewiesen werden.

Die Klägerin stützte ihre Forderung zunächst darauf, dass der mit der OP beabsichtigte Erfolg nicht eingetreten ist. Das OLG stellte in seiner Entscheidung jedoch auf die Rechtsnatur eines Behandlungsvertrages ab. Es handele sich um einen Dienstvertrag gem. § 611 BGB,

in dessen Rahmen ein Arzt „nur“ eine Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst schulde, nicht aber den Behandlungserfolg. Erst bei einer Verletzung dieser Regeln könne eine Haftung aufgrund eines Behandlungsfehlers in Betracht kommen. Jedoch sei nicht jede Infektion unmittelbar als Behandlungsfehler zu qualifizieren. Eine Infektion gehöre zum allgemeinen Operationsrisiko, über das die Klägerin auch umfassend aufgeklärt war. Sie falle solange nicht in den „voll beherrschbaren Risikobereich auf Behandlerseite“, wie nicht ein konkreter Hygienemangel festgestellt werden könne, der zu der Infektion geführt hat.

Nach den allgemeinen Regeln zur Beweislastverteilung muss ein Hygienemangel vom Patienten dargelegt und bewiesen werden. Misslingt der Beweis, besteht kein Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld.

Felix Ismar

Tätigkeitsbereiche Medizinrecht

- Gestaltung (zahn)ärztlicher Kooperationsformen
- Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Neue Versorgungsformen
(MVZ, überörtliche Sozietät etc.)
- Praxisübertragungen/-bewertungen
- Zulassungsrecht und Disziplinarverfahren
- Berufs- und Approbationsrecht
- Arzthaftpflichtrecht inkl. Strafverteidigung
- Honorarverteilung
- Krankenhausrecht einschließlich Chefarztrecht
- Krankenversicherungsrecht
- Recht der Psychotherapeuten
- Apothekenrecht
- Tierarztrecht
- Arzneimittel- und Medizinproduktrecht

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

Wilhelm Jackson

Felix Ismar

Dr. Sebastian Berg

Dennis Hampe, LL.M. (MedR)

Dr. Daniela Schröder

Dr. Felix Heimann

Dr. Christoff Jenschke, LL.M.

Dr. Bernadette Tuschak

Münster

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

Hamburg

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