

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

11 | November 2017

Aktuelle Gesetzgebung

Individuelle Früherkennungsuntersuchungen nach dem neuen Strahlenschutzgesetz

Eine wesentliche Neuerung des neuen Strahlenschutzgesetzes (StrlSchG) ab 2019 stellt die Öffnung des Strahlenschutzrechts für individuelle Früherkennungsuntersuchungen dar.

von RA Till Sebastian Wipperfürth, LL.M.,
DIERKS+BOHLE Rechtsanwälte Partner-
schaft mbB, Berlin, www.db-law.de

Bisher: regelmäßig nur Röntgenreihenuntersuchungen zulässig

Bislang erlaubt die Röntgenverordnung (RöV) die Früherkennung von Krankheiten mittels Röntgendiagnostik nur aufgrund einer individuellen rechtfertigenden Indikation im Einzelfall oder in Form von sogenannten freiwilligen Röntgenreihenuntersuchungen, wenn die obersten Landesgesundheitsbehörden (i. d. R. die Gesundheitsministerien der Länder) diese zugelassen haben. Die strahlenschutzrechtliche Zulassung setzt voraus, dass die Reihenuntersuchung der Früherkennung von Krankheiten bei besonders betroffenen Personengruppen dient.

Früher: Maßnahme gegen Tuberkulose
Ursprünglich ist die Röntgenreihenuntersuchung zum Zwecke der

Früherkennung als Maßnahme zur Bekämpfung der Tuberkulose eingeführt worden. Als solche war sie in Bayern und Baden-Württemberg noch bis in die 80er Jahre für weite Bevölkerungsteile gesetzlich verpflichtend.

Heute: bei der Mammographie
Heutzutage gibt es nur noch einen einzigen Anwendungsfall der Röntgenreihenuntersuchung zum Zwecke der Früherkennung: Das ist das – im GKV-Leistungskatalog enthaltene – Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebskrankungen bei Frauen im Alter zwischen 50 und 69.

Individuelle Früherkennung nur im Ausnahmefall

Dagegen sind bisher individuelle Früherkennungsuntersuchungen bei asymptomatischen Patienten strahlenschutzrechtlich in einer Vielzahl von Fällen unzulässig. Denn die ärztlich-diagnostische Anwendung von Röntgenstrahlung am Menschen („in

Inhalt

Kassenabrechnung

- Mammographie-Screening: Einladungsschreiben und Entscheidungshilfe sind überarbeitet 3
- KV-Honorar: Höherer Orientierungswert und weitere MGVErhöhung für 2018 4

Privatliquidation

- Nrn. 5280 und 5300 GOÄ für MRT? 5
- Nr. 5376 GOÄ für CT? 5
- Myelographie und MRT nebeneinander? 5

Recht

- Krankenhaus muss die behandelnden Ärzte nicht pauschal benennen 5
- Jameda muss eine abträgliche Bewertung löschen 6
- Interpretation einer winzigen Aufhellung in der Lunge als befundfrei ist kein Arztfehler ... 7

Klinikmanagement

Die Zielvereinbarung für Oberärzte 8

– mit Sonderausgabe für Oberärzte zum Download: „Bonusvereinbarungen, Ermächtigung und Co.: So optimieren Sie Ihr Einkommen“

Ausübung der Heilkunde“) bedarf nach der RÖV stets einer rechtfertigenden Indikation. Diese besteht bei asymptomatischen Patienten jedoch häufig nicht, da keine konkreten Verdachtsmomente für eine radiologisch abklärungsbedürftige Erkrankung vorliegen.

StrlSchG ermöglicht demnächst individuelle Früherkennung

In Umsetzung der Vorgaben des europäischen Gesetzgebers eröffnet das StrlSchG nun die Möglichkeit, im Wege einer derzeit vom Bundesumweltministerium (BMUB) erarbeiteten Rechtsverordnung individuelle Früherkennungsuntersuchungen für bestimmte Erkrankungen festzulegen. Damit dürfte die derzeitige Beschränkung auf Röntgenreihenuntersuchungen – nach neuer Nomenklatur nunmehr als Früherkennungsprogramme bezeichnet – in naher Zukunft der Vergangenheit angehören.

Rechtsverordnung wird Anwendungsfälle regeln

Für welche nicht übertragbare Erkrankungen der Verordnungsgeber individuelle Früherkennungsuntersuchungen zulassen wird, lässt sich noch nicht absehen. Dem Verordnungsgeber steht ein verhältnismäßig weiter Gestaltungsspielraum zu. Dieser wird gesetzlich nur dadurch begrenzt, dass

1. nur asymptotische Patienten einer von einem charakteristischen Erkrankungsrisiko besonders betroffenen Personengruppe untersucht werden dürfen,
2. es sich bei der Früherkennungsuntersuchung um ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren handeln muss,

3. hierdurch eine schwere Krankheit im Frühstadium diagnostiziert werden kann und
4. im Falle eines positiven Befunds die frühzeitige Diagnose eine wirksamere Therapie verspricht.

Zulassung bedarf wissenschaftlicher Bewertung

Vor diesem Hintergrund dürften individuelle Früherkennungsuntersuchungen in erster Linie bestimmte Krebserkrankungen betreffen.

Die Früherkennungsuntersuchungen sind vor ihrer Zulassung einer strengen wissenschaftlichen Bewertung durch das Bundesamt für Strahlenschutz zu unterziehen. Dabei müssen Risiko und Nutzen der Untersuchung gegeneinander abgewogen werden.

Radiologe braucht besondere Genehmigung

Ist eine bestimmte Früherkennungsuntersuchung kraft Rechtsverordnung zugelassen, darf der Radiologe diese – wie bislang schon im Rahmen des Mammographie-Screenings – nur mit einer besonderen Genehmigung erbringen. Die Genehmigungserteilung setzt u. a. voraus:

- Die allgemeinen Voraussetzungen zum Betrieb einer medizinischen Röntgeneinrichtung (z. B. Approbation, nunmehr auch Möglichkeit, Medizinphysiker zur Beratung hinzuziehen zu können)
- Die Einhaltung der Maßnahmen, die unter Berücksichtigung der Erfordernisse der medizinischen Wissenschaft erforderlich sind, damit bei der Früherkennung die erforderliche Qualität mit möglichst geringer Strahlenexposition erreicht wird (z. B. Erfordernis der Doppelbefundung)

Die Einzelheiten, wie individuelle Früherkennungsuntersuchungen durchzuführen sind und welche Anforderungen sowohl an die technische Infrastruktur als auch an die Kenntnisse und Fertigkeiten der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter zu stellen sind, dürften ebenfalls Gegenstand der künftigen Rechtsverordnung des BMUB sein.

Die Genehmigung kann für einen Zeitraum von höchstens fünf Jahren erteilt werden. Dies entspricht der geltenden Rechtslage der RÖV für Röntgenreihenuntersuchungen.

Dann ist auch nuklearmedizinische Früherkennung zulässig

Über radiologische Untersuchungen hinaus ermöglicht das neue StrlSchG – unter der oben beschriebenen Voraussetzung, dass die Früherkennungsuntersuchung zugelassen ist – nun auch nuklearmedizinische Untersuchungen zur Früherkennung. Gesetzestechisch wird dies dadurch erreicht, dass unter Früherkennung nicht nur die Anwendung von Röntgenstrahlung, sondern gleichermaßen von radioaktiven Stoffen verstanden wird.

Auswirkungen auf GKV

Damit gesetzlich versicherte Patienten möglichst bald von neuen Früherkennungsuntersuchungen profitieren, gibt das StrlSchG dem G-BA auf, schneller als bisher zu prüfen, ob die Untersuchung in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen ist:

- Für die Methodenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hat der G-BA grundsätzlich drei Jahre Zeit. Hinsichtlich neuer Früherkennungsuntersuchungen ist er jetzt verpflichtet,

innerhalb von 18 Monaten nach dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung des BMUB darüber zu entscheiden, ob die GKV die Untersuchung ihren Versicherten als Sachleistung zur Verfügung stellen muss.

- Ist nach Einschätzung der G-BA deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt, hat er eine sogenannte Erprobungsrichtlinie zu erlassen. So kann die Untersuchung während der zeitlich befristeten Erprobungsphase zulasten der GKV erbracht werden.

➤ **WEITERFÜHRENDE HINWEISE**

- Das neue StrlSchG
- „Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten nach dem neuen Strahlenschutzgesetz“ in RWF Nr. 9/2017

Mammographie-Screening

Einladungsschreiben und Entscheidungshilfe sind überarbeitet

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20.07.2017 Änderungen bei dem Mammographie-Screening-Programm beschlossen, die in Kürze nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten werden. Die Änderungen betreffen im Wesentlichen das Einladungsschreiben und die Entscheidungshilfe (früher: Merkblatt).

Neuer Inhalt von Einladung und Verzichtserklärung

Das Einladungsschreiben wurde inhaltlich und redaktionell überarbeitet. Mit der Einladung wird die Frau über die Möglichkeit eines ärztlichen Aufklärungsgespräches vor einer Mammographie-Untersuchung informiert.

Für den Fall, dass die Frau das Gespräch nicht in Anspruch nehmen möchte, wird dem Einladungsschreiben eine Verzichtserklärung hinzugefügt.

Außerdem wird die Frau darauf hingewiesen, dass sie es der Zentralen Stelle mitteilen soll, wenn sie keine (weitere) Einladung erhalten möchte, zum Beispiel bei einer vorliegenden Brustkrebserkrankung.

Neu: Entscheidungshilfe ersetzt Merkblatt

Das im Oktober 2015 überarbeitete Merkblatt wurde zu einer sogenannten Entscheidungshilfe weiterentwickelt. Eine Checkliste mit Informationen und Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen („Spricht für bzw. gegen die Teilnahme/Ich bin mir unsicher/Spielt für meine Entscheidung keine Rolle“) soll den Frauen bei ihrer Entscheidung helfen, die sich noch

unsicher hinsichtlich ihrer Teilnahme am Screening-Programm sind. Dabei wird die Frau ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie noch offene Fragen auch mit ihrem Frauenarzt oder ihrem Hausarzt besprechen kann.

Weitere Änderungen

Die weiteren Änderungen betreffen

- die Übermittlung von Meldedaten,
- die Datenspeicherung,
- die Aufgaben der Referenzzentren,
- die Betonung einer patientenorientierten Überleitung in eine Therapie,
- die Fallsammlungsprüfung bei befundenden Ärzten,
- die Anpassung der Fristen zur Erstellung und Vorlage der Jahresberichte sowie
- die Ergänzung der Dokumentationsvorgaben bei der histopathologischen Untersuchung im Rahmen der Abklärungsdiagnostik.

➤ **WEITERFÜHRENDE HINWEISE**

- Sie finden die Änderungen des Mammographie-Screening-Programms mit dem neuen Einladungsschreiben und der Entscheidungshilfe auf der Website des G-BA unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3022/.

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 auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung
 des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdien-
 stes 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.

KV-Honorar**Eckpunkte für 2018: höherer Orientierungswert und weitere MGV-Erhöhung**

Die Eckpunkte des KV-Honorars für 2018 stehen jetzt fest: Der Orientierungswert steigt im kommenden Jahr um 1,18 Prozent auf 10,6543 Cent. Zusätzlich wurden die regionalen Veränderungs-raten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für das Jahr 2018 beschlossen.

Der Orientierungswert steigt um 1,18 Prozent

§ 87 Abs. 2g Sozialgesetzbuch (SGB) V sieht eine jährliche Anpassung des Orientierungswertes vor und zwar unter Berücksichtigung der

- Entwicklung von Investitions- und Betriebskosten in den Arztpraxen,
- Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie
- allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte in den Verhandlungen eine Erhöhung des Orientierungswertes um 2,40 Prozent gefordert und dies vor allem mit den gestiegenen Praxiskosten, insbesondere der Personalkosten begründet. Die Krankenkassen hatten eine „Null-Runde“ angeboten und insbesondere auf Wirtschaftlichkeitsreserven verwiesen.

Da sich beide Seiten im Bewertungsausschuss nicht einigen konnten, musste am 19.09.2017 der um unparteiische Mitglieder ergänzte Erweiterte Bewertungsausschuss entscheiden. Der gegen die Stimmen der KBV-Vertreter getroffene Beschluss orientiert sich nun rechnerisch am Mittelwert der Forderungen beider Seiten.

Die Erhöhung des Orientierungswertes auf 10,6543 Cent entspricht laut Angaben der KBV einer Steigerung um bundesweit ca. 438 Mio. Euro.

Veränderungen der Morbiditätsstruktur

Mit der sogenannten Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur wird seit 2009 jährlich die MGV weiterentwickelt. Zu diesem Zweck werden für jede Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Morbiditätsveränderungen auf Basis der kodierten Behandlungsdiagnosen sowie der demografischen Faktoren (Alter und Geschlecht) ermittelt. Der Bewertungsausschuss hat ebenfalls am 19.09.2017 die für das Jahr 2018 errechneten Veränderungs-raten bekannt gegeben.

Die auf die Behandlungsdiagnosen bezogene Veränderungsrate beträgt im Bundesdurchschnitt + 0,67 Prozent, die demografische Veränderungsrate ist mit - 0,02 Prozent leicht negativ.

Die beiden Veränderungs-raten sind im Vergleich zu den Vorjahren deutlich niedriger. Dies ist im Wesentlichen auf die bessere Kodierqualität und die höhere Zahl an jüngeren GKV-Versicherten zurückzuführen.

Bundesweit geht die KBV von einem zusätzlichen Honorarvolumen von 80 Mio. Euro aufgrund der veränderten Morbidität aus.

Auf dieser Basis verhandeln nun die regionalen KVen mit den Krankenkassen die Höhe des MGV für 2018. Vorgaben zur Gewichtung der beiden Veränderungs-raten enthält das Gesetz zwar nicht. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ist jedoch grundsätzlich der Mittelwert aus beiden Veränderungs-raten zugrunde zu legen (Abweichungen vom Mittelwert seien zwar zulässig, bedürfen aber einer konkreten Begründung). Dieser Mittelwert schwankt zwischen + 0,91 Prozent im Saarland und - 0,36 Prozent in Hamburg. Da die Höhe der MGV auch von der Zahl der Versicherten in einem KV-Bezirk abhängig ist, kann eine negative Morbiditätsentwicklung durch eine Steigerung der Versichertenzahl kompensiert werden.

Fazit

Das Ergebnis der Honorarverhandlungen wird von beiden Seiten erwartungsgemäß unterschiedlich bewertet:

- Die Krankenkassen werten die Festlegung des Orientierungswertes als „eine maßvolle Entscheidung, die sowohl den Honorarinteressen der niedergelassenen Ärzte als auch denen der Beitragszahler gerecht wird“.
- Die KBV zeigt sich über die Erhöhung des Orientierungswertes enttäuscht. Nach ihrer Auffassung reicht die Erhöhung um 1,18 Prozent nicht aus, um die gestiegenen Kosten auszugleichen und dringend notwendige Investitionen zu tätigen.

Leserforum**Nrn. 5280 und 5300 GOÄ für MRT?**

FRAGE: *Es geht um die Ziffern 5280 und 5300 GOÄ. In der GOÄ finde ich nirgendwo beschrieben, dass diese Ziffern nicht für die Abrechnung eines MRT angesetzt werden dürfen. Können Sie mir sagen, wo ich etwas dazu finden kann? Oder wie es sich mit diesen Ziffern für die Abrechnung einer MRT-Leistung verhält?*

ANTWORT: Die Nr. 5280 GOÄ beinhaltet die Myelographie und die Nr. 5300 GOÄ die Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum (eine Serie). Diese Leistungen sind also Röntgenaufnahmen und haben nichts mit der Magnetresonanztomographie gemeinsam. Bereits aus diesem Grunde scheiden sie für eine Berechnung von MRT-Leistungen aus.

Für Leistungen, die auf Magnetresonanztomografischer Technik basieren, ist deshalb ein Rückgriff auf die Leistungen nach den Nrn. 5700 GOÄ ff. erforderlich. Daneben sind die ggf. erforderlichen Kontrastmittelgaben selbstverständlich abrechnungsfähig.

Leserforum**Nr. 5376 GOÄ für CT?**

FRAGE: *Kann man bei CT-Untersuchungen der Gelenke die Ziffer 5376 GOÄ für die Rekonstruktion im zweiten Fenster abrechnen oder ist es Bedingung, dass eine zweite Serie (zusätzliche Strahlenbelastung) gefahren wird?*

ANTWORT: Der Zuschlag nach Nr. 5376 GOÄ kann nur berechnet werden, wenn tatsächlich eine zusätzliche Serie erfolgt.

Laut der Kommentierung von Hoffmann/Kleinken kann der Zuschlag nicht berechnet werden z. B. für die schon bei der Erstellung des CT selbst erfolgende Datenverarbeitung oder die Umrechnung von Rohdaten für separate Befunderstellung (z. B. bei Frakturausschluss).

Ggf. kann die Nr. 5377 GOÄ bei multiplanaren Rekonstruktionen, MPR angesetzt werden. Für eine computergesteuerte Analyse von CT-Bilddaten, die „nur“ zu 2D-Darstellungen führt, kann die Nr. 5377 GOÄ nicht berechnet werden. Wenn aber ein Volumenrendering erfolgt (Einsatz sogenannter 3D-Module), führt dies zu 3D-Darstellungen, für die die Nr. 5377 GOÄ berechenbar ist.

Leserforum**Myelographie und MRT nebeneinander?**

FRAGE: *„Wir haben für eine MRT-Myelographie der HWS neben den MRT-Leistungen auch die Leistung für die Myelographie berechnet. Dies wird nun von der Versicherung beanstandet. Zu Recht?“*

ANTWORT: Bei der Myelographie nach Nr. 5280 GOÄ handelt es sich um ein Verfahren in Röntgentechnik, das hier nicht zur Anwendung kam und deshalb zu Recht beanstandet wurde. Abzurechnen sind im vorliegenden Fall lediglich die MRT-Leistungen nach Nr. 5705, ggf. Nr. 5731 sowie Nr. 5733 GOÄ für die 3D-Darstellung.

Arzthaftung**Krankenhaus muss die behandelnden Ärzte nicht pauschal benennen**

Patienten haben nicht ohne Weiteres einen Anspruch darauf, dass das Krankenhaus ihnen die Kontaktdaten der behandelnden Ärzte mitteilt. Dafür müssen Patienten vielmehr ein berechtigtes Interesse an den Daten nachweisen (Oberlandesgericht [OLG] Hamm, Urteil vom 14.07.2017, Az. 26 U 117/16).

Im vorliegenden Fall hatte eine Patientin aufgrund eines vermuteten Behandlungsfehlers gegen ein Krankenhaus Haftungsklage erhoben (zurzeit vor dem Landgericht Bochum, Az. 6 O 19/16). Das Krankenhaus stellte ihr dazu die Behandlungsunterlagen zur Verfügung, ohne die Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte und Pfleger zu nennen. Deshalb klagte die Patientin zusätzlich die Herausgabe dieser Daten ein. Das Gericht wies diese Auskunfts-klage ab. Die Patientin müsse ein berechtigtes Interesse an den Daten nachweisen. Ein solches sei z. B. gegeben, wenn die betreffenden Ärzte Anspruchsgegner oder Zeugen in einem Arzthaftungsfall seien. Um gegen die behandelnden Ärzte wegen des vermuteten Behandlungsfehlers zu klagen, reichten die Behandlungsunterlagen aus, die das Krankenhaus der Patientin überlassen habe. Darüber hinaus habe das Krankenhaus zugesagt, auf konkrete Anfragen der Patientin zu antworten. Einen pauschalen Anspruch auf Nennung aller Namen und Anschriften habe die Patientin dagegen nicht.

Medienrecht

Jameda muss eine abträgliche Bewertung löschen

Notenbewertungen und Bewertungstexte für Ärzte im Internet müssen entfernt werden, wenn sie auf Falschbehauptungen beruhen. Der Arzt muss dabei die Missbrauchsfälle beweisen, in denen tatsächlich gar kein Kontakt zu dem Eintragsverfasser bestanden hat (Landgericht [LG] München I, Urteil vom 03.03.2017, Az. 25 O 1870/15).

von RA Dr. Carsten Brennecke,
Höcker Rechtsanwälte, Köln,
www.hoecker.eu

Der Fall

Das LG hat Jameda dazu verurteilt, die Bewertung eines Zahnarztes mit der Überschrift „Nicht zu empfehlen“ und den Noten 5 in den Kategorien „Behandlung“ und „Vertrauensverhältnis“ nicht mehr zu veröffentlichen. Die Bewertung war zusammen mit einem Text veröffentlicht worden, in dem behauptet wurde, dass der Zahnarzt dem Bewertenden eine zu hohe und zu runde Krone angefertigt habe. Die betroffene Zahnarztpraxis konnte einen solchen Fall aber nicht nachvollziehen. Sie forderte Jameda zur Löschung der Bewertung auf.

Jameda lehnte dies ab, weil der Bewertende seine Schilderungen auf Nachfrage per E-Mail bestätigt hatte. Zum „Beweis“ wurde dem Kläger diese E-Mail vorgelegt. Dabei war die Identität des angeblichen Patienten geschwärzt, sodass der Arzt den Fall nicht zuordnen und die Angaben in der Bewertung nicht widerlegen konnte. Jameda begründete die Schwärzung der Daten mit dem Datenschutz des Bewertenden.

Die Entscheidungsgründe

Nach dem LG reicht die bloße Bestätigung des Bewertenden nicht aus, um abträgliche Schilderungen als wahr zu unterstellen. Die Beweislast für die Richtigkeit der Bewertung liege bei Jameda. Die Vorlage einer geschwärzten E-Mail des Verfassers reiche nicht aus, um den Beweis der Richtigkeit zu erbringen. Wenn Jameda die Richtigkeit der Angaben in der Bewertung nicht beweisen könne, müsse Jameda nicht nur den Bewertungstext, sondern auch alle hiermit zusammenhängenden bewertenden Formulierungen („Nicht zu empfehlen“) und Noten löschen.

Folgen für die Praxis

Das Grundsatzurteil ist aus Sicht der von negativen Bewertungen betroffenen Ärzten bahnbrechend. Sie sollten deshalb gegen die Verletzung ihrer Rechte durch unwahre Tatsachenbehauptungen und Beleidigungen in Arztbewertungsportalen vorgehen. Denn bisher haben Jameda, Sanego und Co. die Löschung beanstandeter negativer Bewertungen verweigert, wenn diese durch den Verfasser bestätigt worden sind. Jameda nahm den falschen Standpunkt ein, bei einer solchen Bestätigung müsse der Arzt beweisen, dass die Angaben falsch sind.

Nun hat das LG München entschieden, dass Jameda im Streitfall die Richtigkeit abträglicher Angaben in einer Bewertung zu beweisen hat. Sonst muss Jameda die Bewertung löschen. Dazu der Autor: „Jameda verweigerte bisher häufig die Löschung abträglicher Ärztebewertungen, wenn ein anonymer Verfasser die Richtigkeit der Angaben gegenüber Jameda bestätigt. Damit ist es nun vorbei. Jameda muss eine negative Bewertung auch dann löschen, wenn diese per E-Mail bestätigt wird.“

Aus der Sicht betroffener Ärzte fällt allerdings unbefriedigend aus, dass die Kategorien „Aufklärung“ und „Genommene Zeit“ vom LG nicht in Zusammenhang mit dem von Jameda gelöschten Bewertungstext gebracht worden sind. Sie seien unabhängig von den Behandlungseindrücken eines Patienten zu betrachten. Hier sei das Interesse der Allgemeinheit an – durch Arztbewertungen im Internet vermittelten – kritischen und unabhängigen Informationen sehr hoch zu bewerten; diese müssten nicht gelöscht werden.

Möglicherweise werden sich Ärzte künftig aber besser zur Wehr setzen können: Der Bundesgerichtshof (BGH) entscheidet im Januar 2018 über die Klage einer Ärztin, die darauf gerichtet ist, deren Eintrag und damit die Bewertungsmöglichkeit bei Jameda gänzlich zu löschen. Denn eine Verwendung ihrer personenbezogenen Daten sei auf einem Bewertungsportal nicht zulässig, das vordergründig eine Gewinnerzielungsabsicht hat. Sollte der BGH der Klage stattgeben, können Ärzte künftig selbst entscheiden, ob sie auf der Plattform bewertet werden möchten oder nicht.

Arzthaftung

Interpretation einer winzigen Aufhellung in der Lunge als befundfrei ist kein Arztfehler

Zeigt sich bei einer Röntgenuntersuchung der Lunge nur eine winzige Aufhellung in einem Lungenflügel, so kann die Diagnose „ohne Befund“ nicht ohne Weiteres als dem Arzt vorwerfbarer Diagnosefehler angesehen werden. Es kann sich auch um einen Diagnoseirrtum handeln, der nicht zu einer Arzthaftung führt. Die Beweislast für einen vorwerfbaren Diagnosefehler liegt beim Patienten (Oberlandesgericht Koblenz, Beschluss vom 20.02.2017, Az. 5 U 1349/16).

von RA, FA für MedizinR
Philip Christmann, Berlin/Heidelberg,
www.christmann-law.de

Der Fall

Eine Frau, die in der Vergangenheit bereits an Brustkrebs erkrankt war, wurde 2012 in der radiologischen Gemeinschaftspraxis der Beklagten an der Lunge geröntgt. Als Ergebnis wurde u.a. festgehalten, dass kein Befund hinsichtlich einer Lungenmetastase oder eines Tumorrezidivs vorliege.

Wegen Brustschmerzen führten die Beklagten 2014 erneut eine Röntgenuntersuchung der Frau durch – ebenfalls ohne Befund. Wegen anhaltender Schmerzen führten die Beklagten kurze Zeit später eine CT-Untersuchung durch, diagnostizierten eine Raumforderung und empfahlen die Vornahme einer Biopsie.

Die Klägerin gab an, die Raumforderung habe sich als Karzinom herausgestellt, die schon früher hätte erkannt werden müssen. Die weitere Behandlung des Karzinoms, das

schließlich entfernt wurde, habe sich verzögert. Sie verlangte Schmerzensgeld. Das Gericht verneinte einen Fehler der Radiologen.

Die Entscheidungsgründe

Der gerichtlich bestellte Sachverständige erklärte: Die Röntgenaufnahmen aus 2012 ließen aus damaliger Sicht einen Tumor nicht in einer Weise erkennen, die bei einem Übersehen Vorwürfe gegenüber dem befundenden Arzt eröffnen würde. Die winzige Aufhellung auf der linken Seite könne nur unter Berücksichtigung der später gewonnenen Erkenntnisse zum Vorliegen eines tumorösen Geschehens bereits als entsprechender Hinweis eingeordnet werden. Der Sachverständige wies in diesem Zusammenhang auf die wissenschaftlich belegte Häufigkeit des Übersehens von Bronchialkarzinomen auf Thoraxübersichtsaufnahmen hin, deren Ursachen komplex und multifaktoriell zu beurteilen seien.

Dementsprechend war das OLG der Ansicht, dass ein Diagnoseirrtum, der auf die Fehlinterpretation eines Befunds zurückzuführen ist, nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler

gewertet werden könne. Eine Einstandspflicht sei daher nicht gegeben, wenn sich die fehlerhafte Diagnose als in der gegebenen Situation vertretbare Deutung der Befunde darstellt. Dabei sei auf die Sicht des Arztes zum Zeitpunkt der Diagnosestellung abzustellen.

Folgen für die Praxis

Die Gerichte sind sehr zurückhaltend mit der Annahme eines (zur Haftung des Arztes führenden) Diagnosefehlers. Denn medizinische Befunde und Daten lassen oftmals eine Vielzahl von Interpretationsmöglichkeiten zu. Fehlinterpretationen sind möglich. Solange die Diagnose des Arztes noch vertretbar ist, liegt kein Diagnosefehler, sondern lediglich ein nicht vorwerfbarer Diagnoseirrtum vor.

Ein Diagnosefehler ist dagegen gegeben, wenn die Diagnose des Arztes in der gegebenen Situation schlicht nicht mehr vertretbar war. Das ist der Fall, wenn sich die Diagnose als nicht mehr vertretbare Deutung der Befunde darstellt oder wenn der Arzt Befunde nicht berücksichtigt. In der Regel liegen Diagnosefehler nur beim Übersehen eindeutiger Befunde oder sogenannter klassischer Krankheitsbilder vor. Die Beweislast dafür liegt beim Patienten.

Trotz der für ihn günstigen Beweislastverteilung ist dem betroffenen Arzt zu raten, seine Erwägungen, die zu der jeweiligen Diagnose geführt haben, zumindest in Stichworten zu dokumentieren. Dies macht es dem vom Gericht bestellten Sachverständigen einfacher, die Gedankengänge des behandelnden Arztes nachzuzeichnen und noch für vertretbar zu halten.

Vergütung

Die Zielvereinbarung für Oberärzte

Zielvereinbarungen mit Oberärzten können individuell oder gruppenspezifisch vereinbart werden. Dieser Beitrag erörtert die tarifvertraglichen Grundlagen sowie geeignete Ziele für den Abschluss von Zielvereinbarungen mit Oberärzten.

von RA und FA für MedizinR
Manfred Werthern, Gollob
Rechtsanwälte, München,
www.gollob-jur.de

Dazu dient die Zielvereinbarung

Die Zielvereinbarung ist die freiwillige verbindliche Abrede zwischen dem Arbeitgeber und dem Arzt bzw. allen Mitgliedern einer Gruppe von Ärzten. Inhalt sollen abteilungs- oder klinikspezifische Fort- und Weiterbildungen sein. Zudem sind an den Klinikerfolg gebundene Prämien möglich. Nach dem Top-down-Prinzip vereinbart der Klinikträger zunächst mit dem Chefarzt Ziele, die wiederum Inhalt der Zielvereinbarungen mit den Oberärzten werden und nicht bereits durch den Arbeitsvertrag geschuldet sind.

Tariflich gebundene Kliniken

In dem für Universitätskliniken geltenden Tarifvertrag (TV-Ärzte/TdL vom 17.4.2015) sind weder Zielvereinbarungen mit Oberärzten noch Erfolgsprämien vorgesehen. Gleichwohl können solche zwischen einem Oberarzt und der Leitung des Universitätsklinikums – in Abstimmung mit dem Chefarzt – einzelvertraglich getroffen werden. Dabei darf die im Tarifvertrag festgelegte Vergütung nach dem Günstigkeitsprinzip des § 4 Abs. 3 Tarifvertragsgesetz nicht unterschritten werden – auch nicht, wenn das Ziel verfehlt wird.

In kommunalen Krankenhäusern und privaten Klinikkonzernen gibt es eigene Tarifverträge. Sieht dieser Tarifvertrag (oder der Dienstvertrag) den Abschluss einer Zielvereinbarung vor, so muss die Klinik hierüber mit dem Oberarzt verhandeln und realistische Ziele anbieten.

Praxishinweis

Kommt eine jährlich vorgesehene Einigung des konkreten Bonus wegen des Verhaltens der Klinikleitung nicht zustande, hat der Oberarzt ggf. einen Anspruch auf Schadenersatz. Die Höhe bemisst sich nach dem Betrag, der bei voller Erreichung des Ziels als Höchstsumme ausbezahlt worden wäre.

Nicht-tarifgebundene Kliniken

Im nicht-tarifgebundenen Krankenhaus erlaubt es die Vertragsfreiheit dem Klinikträger auch, nur mit bestimmten Oberärzten Zielvereinbarungen mit zusätzlicher Vergütung und nicht mit allen Oberärzten zu treffen. Das arbeitsrechtliche Gleichbehandlungsgebot wird dadurch nicht verletzt.

Jährliche Ziele

Auf die jährlichen Mitarbeitergespräche sollte sich der Oberarzt sorgfältig vorbereiten. Geklärt werden sollte, was im Bereich der Arbeitsaufgaben,

im Arbeitsumfeld, in der Zusammenarbeit oder bei den Entwicklungsperspektiven konkret und in welchem Zeitraum vereinbart wird.

Für die Bewertung der Zielerreichung sind gemeinsam Kriterien (Kennzahlen) festzulegen (z. B. Anzahl der Veröffentlichungen = Science Citation Index).

Individuelle Zielvereinbarungen mit Oberärzten können insofern sein:

- Top-Einweiser besuchen, um die Bindung zu steigern
- Intern Weiterbildung/Curriculum für Assistenzärzte, Weiterbildungszeiten, Weiterbildungsinhalte organisieren
- Behandlungspfade entwickeln
- Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen (regelmäßige Befragung)
- Fortbildungen durchführen
- Sich an Kongressen beteiligen, z. B. durch eigene Vorträge
- Wissenschaftlich veröffentlichen

Werden Gruppen-Zielvereinbarungen mit allen Oberärzten der Abteilung getroffen, bieten sich folgende Ziele an:

- „Schnitt-Naht-Zeiten“ im OP verkürzen
- Einweiserzufriedenheit erhöhen (Befragung)
- Patientenzufriedenheit steigern (regelmäßige Befragung)
- Sachkosten des medizinischen Bedarfs reduzieren
- Kodierqualität der DRGs verbessern

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Die Zielvereinbarung für Chefarzte“ in RWF Nr. 10/2017