

Inhalt

I. Rechtsprechung	Seite 1
Ausschluss des Rückforderungsanspruchs einer Krankenkasse für die Vergütung von Krankenhausleistungen	Seite 1
Kündigungsschutz und die Wirksamkeit von Kündigungen außerhalb des Kündigungsschutzgesetzes	Seite 2
Haftung der Landkreise, kreisfreien Städte und Rettungszweckverbände für Fehler im Rettungsdienst	Seite 3
II. Aktuelle Entwicklungen	Seite 4
Medizin 4.0 – Anforderungen an die IT-Sicherheit	Seite 4
Mindestlöhne in der Pflege steigen	Seite 6
Neue Regelungen im EBM zum Notfall- und Bereitschaftsdienst	Seite 6
Einführung der Videosprechstunde im EBM	Seite 6
Hinweise und Impressum	Seite 7

I. Rechtsprechung

Ausschluss des Rückforderungsanspruchs einer Krankenkasse für die Vergütung von Krankenhausleistungen

Eine unvollständige Übermittlung von Daten nach § 301 SGB V führt dazu, dass die Forderung des Krankenhauses über die Vergütung der Krankenhausbehandlung nicht fällig wird. Geht die Krankenkasse davon aus, dass das Krankenhaus die für die Krankenhausabrechnung erforderlichen Daten nach § 301 SGB V unvollständig übermittelt hat und leistet die Vergütung für vollstationäre Krankenhausleistungen dennoch vorbehaltlos an das Krankenhaus ist, sie mit ihrem Rückforderungsanspruch gemäß § 814 BGB ausgeschlossen.

Sozialgericht München, Urteil vom 22. März 2017, Az. S 39 KR 1348/16

Hintergrund der Entscheidung

Die klagende Trägerin eines zugelassenen Krankenhauses behandelte eine bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patientin im Jahr 2011 stationär. Die Krankenhausträgerin hat hierfür eine Rechnung über EUR 6.789,19 erstellt und die DRG B70B (Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus) abgerechnet. Die Krankenkasse hat die Rechnung vollständig bezahlt. Mit einem Schreiben vom 22. Oktober 2015 konfrontierte die Krankenkasse die Krankenhausträgerin mit der Auffassung, dass die Abrechnung des Behandlungsfalls sachlich-rechnerisch unrichtig sei und die Krankenhausträgerin ihre primären Informationspflichten nicht erfüllt habe. Gemäß § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V und § 301 Abs. 3 SGB V seien Angaben zu den durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu übermitteln. Diese seien bisher nicht gemeldet worden. Der so-

zialmedizinische Dienst (SMD) forderte hieraufhin die Behandlungsunterlagen für die Durchführung eines Prüfungsverfahrens nach § 275 SGB V bei der Krankenhausträgerin an. Diese verweigerte jedoch eine Übersendung der Unterlagen. Die Krankenkasse vertrat daraufhin die Auffassung, dass anstelle der DRG B70B die DRG B70F abzurechnen wäre, da die OPS 8-981.1 nicht nachgewiesen sei und verlangte eine Kürzung der Rechnung. Nachdem die Krankenhausträgerin einer Rechnungskürzung nicht zustimmte, verrechnete die Krankenkasse den streitigen Betrag mit anderen unstreitigen Forderungen der Krankenhausträgerin. Hiergegen erhob die Krankenhausträgerin Klage zum Sozialgericht München.

Entscheidung des Gerichts

Das Sozialgericht gab der Klage der Krankenhausträgerin statt und verurteilte die Krankenkasse zur Zahlung des rechtswidrig verrechneten Betrages. Nach Ansicht des Gerichts war die Aufrechnung der Krankenkasse unzulässig, da diese nicht über einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gegenüber dem Krankenhaus verfügte.

Zunächst verwies das Gericht darauf, dass die Krankenhausträgerin die Übersendung der Behandlungsunterlagen zu Recht verweigert hätte. Denn die Krankenkasse habe bereits keine Anhaltspunkte für eine sachlich-rechnerische Unrichtigkeit der Abrechnung darlegen können. Bei der Kodierung der Ziffer 8-981.1 bestehe kein Anhaltspunkt für eine unzutreffende Kodierung nur weil keine Daten nach § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V übermittelt worden sind. Denn es ist durchaus möglich, den OPS-Code 8-981.1 zu kodieren, ohne dass Reha-Maßnahmen im Sinn des § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V durchgeführt worden sein müssen. Ein Krankenhaus wäre auch nicht dazu verpflichtet eine Fehlanzeige zu den Daten nach § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V zu übermitteln, wenn keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden. Einen weiteren Anhaltspunkt für die Durchführung der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung habe die Krankenkasse im vorliegenden Fall nicht benannt. Daher war eine solche, mangels Vorliegens eines Anhaltspunkts, für eine unzutreffende Kodierung nicht zulässig und die Krankenhausträgerin habe die Übermittlung der angeforderten Unterlagen zu Recht verweigert.

Ungeachtet dessen könne die Krankenkasse eine Erstattung bereits deswegen nicht verlangen, da sie die Zahlung der Krankenhausrechnung nach eigenem Vortrag in Kenntnis ihrer Nichtschuld vornahm. Die Krankenkasse musste einräumen, dass bis zum Verhandlungstag keine Prüfung der Rechnung auf Basis der übermittelten Daten nach § 301 SGB V vorgenommen wurde. Es wurde lediglich behauptet, der Code habe nicht abgerechnet werden dürfen, ohne die Meldung nach § 301 Nr. 8 SGB V. Dies sei allerdings nicht zutreffend. Wenn die Krankenkasse aber nun davon ausgegangen sei, dass ohne die Daten nach § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V der OPS-Code gar nicht habe abgerechnet werden dürfen, hätte die Krankenkasse jedoch bereits im Jahr der Rechnungstellung wegen Implausibilität eine Rechnungsprüfung vornehmen und die Zahlung verweigern müssen. Dies hat sie jedoch nicht getan, sondern mehr als drei Jahre zugewartet und sich erst zwei Monate vor Ablauf der Verjährung an die Krankenhausträgerin gewandt.

Soweit die Krankenkasse aber von einer unvollständigen Datenübermittlung ausgegangen sei, wäre die Rechnung der Krankenhaus-

trägerin auch nicht fällig geworden. Denn die unvollständige Übermittlung von Daten nach § 301 SGB V führt nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) dazu, dass die Forderung nicht fällig wird. Sie hätte dann auf eine nicht fällige Rechnung geleistet. Die Grundsätze des Bereicherungsrechts gelten auch für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch. Gemäß § 814 BGB analog kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Das Gericht verwies darauf, dass es der Rechtsprechung des BSG entspreche, dass wenn eine Krankenkasse vorbehaltlos auf eine Krankenhausrechnung bezahlt, sie deshalb mit der Rückforderung – und damit auch mit dem späteren Bestreiten ihrer Zahlungspflicht – ganz ausgeschlossen sein kann, wenn sie (positiv) gewusst hat, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet war. Nach dem Vortrag der Krankenkasse liege ein solcher Fall hier vor. Es sei für die Krankenkasse nach deren eigenem Vortrag offensichtlich gewesen, dass ohne Daten nach § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V der OPS-Kode 8-981.1 nicht abrechenbar wäre. Wenn dies für die Krankenkasse offensichtlich gewesen sei, hätte sie die Rechnung aber nicht bezahlen dürfen. Da sie dies dennoch vorbehaltlos getan habe, sei die Rückforderung nach § 814 BGB ausgeschlossen.

Die Anwendung des § 814 BGB analog sei nach Auffassung des Gerichts auch gerade vor dem Hintergrund Rechtsprechung des BSG angezeigt. Das BSG habe zuletzt nochmals darauf hingewiesen, dass für die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse eine Vertrauensbasis unerlässlich ist. Das BSG hätte auch bereits zuvor entschieden, dass eine flächendeckende Beanstandung von Rechnungen ohne Anhaltspunkt rechtsmissbräuchlich ist. Die Krankenkasse entziehe der erforderlichen Vertrauensbasis den Boden, wenn sie eine Rechnung zunächst vorbehaltlos bezahlt, obwohl sie nach ihrer Auffassung bereits auf Grund fehlender Daten weiß, dass ein OPS nicht habe kodiert werden dürfen und dann Jahre später eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung vornehmen möchte. Die Krankenkasse dürfe zwar nach der im Streitfall geltenden Rechtslage bis zum Ablauf der Verjährungsfrist der Forderung die sachlich-rechnerische Richtigkeit prüfen. Dieser Prüfung sei aber durch das Gebot von Treu und Glauben, Verwirkung und § 814 BGB genau in dieser Zeit Grenzen gesetzt. Im konkreten Fall stehe der Forderung der Krankenkasse § 814 BGB entgegen.

Bewertung

Der Entscheidung des Sozialgerichts München ist zuzustimmen. Zutreffend weist das Gericht darauf hin, dass es seltsam anmuten würde, wenn eine Krankenkasse einerseits eine Abrechnung des Krankenhauses vorbehaltlos zahlen kann, um sich später darauf zu berufen, dass ihr lediglich unvollständige Daten vorgelegen hätte und eine Erstattung geltend zu machen. Ebenso zu Recht verweist das Gericht die Krankenkasse darauf, eine Rechnungsprüfung vorzunehmen und ggf. die Zahlung der Abrechnung zu verweigern, wenn sie sich auf den Standpunkt stellt, dass ohne die Übermittlung bestimmter Daten nach § 301 SGB V ein OPS-Kode gar nicht abgerechnet werden dürfte.

Die Entscheidung des Sozialgerichts München ist nicht rechtskräftig, da eine Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht eingelegt wurde.

Matthias Wrana, LL.M.,
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

Kündigungsschutz und die Wirksamkeit von Kündigungen außerhalb des Kündigungsschutzgesetzes

Das Kündigungsschutzgesetz hat die Voraussetzungen und Wirkungen des Grundsatzes von Treu und Glauben in Bezug auf die Rechtmäßigkeit einer arbeitgeberseitigen Kündigung konkretisiert und abschließend geregelt. Außerhalb der Anwendbarkeit des Kündigungsschutzgesetzes wird die Wirksamkeit einer Kündigung an den zivilrechtlichen Generalklauseln gemessen. Eine Kündigung in Kleinbetrieben verstößt daher nur dann gegen § 242 BGB, wenn sie Treu und Glauben aus Gründen verletzt, die von § 1 KSchG nicht erfasst sind.

Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 26. August 2016, Az. 1 Sa 89/16

Hintergrund

Die Klägerin war seit dem 15. September 2014 bei der beklagten Ärztin als medizinische Fachangestellte im Labor beschäftigt. Die Beklagte beschäftigt regelmäßig weniger als zehn Arbeitnehmer.

Nach dem arbeitsvertraglich in Bezug genommenen Manteltarifvertrag für medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen vom 30. November 2012 sind Nebenabreden nur wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart werden. Auf Grundlage des Arbeitsvertrages betrug die wöchentliche Arbeitszeit zunächst zwölf Stunden und wurde anlässlich einer mündlichen Vereinbarung – die lediglich erstinstanzlich in Streit stand – im Februar 2015 auf acht Stunden herabgesetzt. Im Jahr 2015 war die Klägerin wiederholt arbeitsunfähig erkrankt, so ab den 2. Februar 2015 bis zum 8. April 2015 sowie in der Zeit vom 20. Juli 2015 bis zum 15. August 2015. Die Beklagte nahm im Juni 2015 zwei Neueinstellungen vor. Nach dem Vortrag der Beklagten erfolgte die Einstellung einer Mitarbeiterin im Juni 2015 in Vollzeit anlässlich einer durch Eigenkündigung ausgeschiedenen Mitarbeiterin und stelle sich als Ersatzeinstellung dar. Mit Wirkung zum 8. Juni 2015 wurde im Bereich der medizinischen Assistenz eine weitere neue Mitarbeiterin mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 20 Stunden eingestellt.

Mit Schreiben vom 14. Juli 2015 kündigte die Beklagte das Arbeitsverhältnis ordentlich aus betriebsbedingten Gründen zum 15. August 2015. Hiergegen hat die Klägerin Kündigungsschutzklage erhoben. Gleichzeitig hat sie einen Anspruch auf Differenzvergütung geltend gemacht. Zur Begründung hat sie die, nur erstinstanzlich in Streit stehende, mündliche Vereinbarung hinsichtlich der Herabsetzung der wöchentlichen Arbeitszeit in Abrede gestellt. Jedenfalls verstoße eine etwaige mündliche Vereinbarung gegen § 3 des Manteltarifvertrages, sodass ihr eine Differenzvergütung zustehe.

Die Beklagte hat sich zur Wirksamkeit der betriebsbedingten Kündigung darauf berufen, dass die Fehlzeiten der Klägerin zu einer Umorganisation des Praxisbetriebes in Form der Verteilung der Laboraufgaben auf andere Mitarbeiterinnen führten. Daneben haben die Ausfallzeiten der Klägerin die Neueinstellung der medizinischen Assistentin notwendig gemacht.

Das Arbeitsgericht Koblenz hat der Kündigungsschutzklage stattgegeben. Zur Begründung führte das Arbeitsgericht im Wesentlichen aus, die Auswahlentscheidung der Beklagten lasse ein Mindestmaß an sozialer Rücksichtnahme vermissen. Insoweit verwies das Arbeitsgericht auf die erst im Juni 2015 erfolgten zwei Neueinstellungen.

Die betriebsbedingte Kündigung verstoße daher gegen § 242 BGB. Der Klägerin stünde zudem die geltend gemachte Differenzvergütung zu, da die mündliche Vereinbarung hinsichtlich der Herabsetzung der wöchentlichen Arbeitszeit im Februar 2015 – unabhängig vom tatsächlichen Vorliegen – jedenfalls gegen § 3 des arbeitsvertraglich in Bezug genommenen Manteltarifvertrages verstoße. In soweit folge aus § 3 des Manteltarifvertrages, dass Nebenabreden der Schriftform bedürfen.

Entscheidung des Gerichts

Dem ist das LAG nicht gefolgt. Nach den Ausführungen des LAG ist die Kündigung wirksam. Ein Verstoß gegen § 242 BGB liegt nicht vor. Die rechtlichen Ausführungen des LAG bestätigen die höchstrichterliche Entscheidung hinsichtlich ordentlicher Kündigungen im Kleinbetrieb. In der Begründung führt das LAG aus, dass die Rechtmäßigkeit von Kündigungen außerhalb des Anwendungsbereichs des Kündigungsschutzgesetzes an den zivilrechtlichen Generalklauseln gemessen werden, wobei § 242 BGB neben § 1 KSchG nur in beschränktem Umfang anwendbar ist. Denn das Kündigungsschutzgesetz hat Voraussetzungen und Wirkungen des Grundsatzes von Treu und Glauben konkretisiert und abschließend geregelt. Eine Kündigung verstößt daher nur dann gegen § 242 BGB, wenn sie Treu und Glauben aus Gründen verletzt, die von § 1 KSchG nicht erfasst sind. Daher genügt es für die Verneinung des Vorwurfs willkürlicher, sachfremder oder diskriminierender Ausübung des Kündigungsrechts, wenn ein irgendwie einleuchtender Grund für die Rechtsausübung vorliegt, wobei auch ein langjährig erdientes Vertrauen in den Fortbestand des Arbeitsverhältnisses ausreichend zu berücksichtigen ist.

Gemessen an diesen Grundsätzen ist die streitgegenständliche Kündigung, da die Klägerin sich infolge kurzer Beschäftigungsdauer auf ein langjährig erdientes Vertrauen nicht berufen kann, lediglich dahingehend zu prüfen, ob ein irgendwie einleuchtender Grund vorlag. Ein solcher ist nach Auffassung des LAG infolge der krankheitsbedingten Ausfallzeiten der Klägerin bei gleichzeitig bestehender Notwendigkeit der Fortführung der Labortätigkeiten in einer Arztpraxis gegeben.

Die Klägerin hat zudem keinen Anspruch auf die geltend gemachte Differenzvergütung. Nach den Ausführungen des LAG steht § 3 des Manteltarifvertrages der mündlichen Vereinbarung nicht entgegen. Zur Begründung führt das LAG aus, dass die mündliche Vereinbarung im Februar 2015 keinen Neuabschluss eines Arbeitsvertrages darstellt, sondern dessen Änderung. Zudem handelt es sich bei dieser Vereinbarung nicht um eine Nebenabrede im Sinne des § 3 des Manteltarifvertrages. Nach Rechtsprechung des BAG (vgl. Urteil vom 15. März 2011, Az. 9 AZR 799/09) sind Nebenabreden im Sinne des Tarifvertrages vertragliche Absprachen, die weder die Arbeitsleistung des Arbeitnehmers noch die Gegenleistung des Arbeitgebers unmittelbar betreffen.

Bewertung

Die Entscheidung des LAG bestätigt die höchstrichterliche Rechtsprechung in Bezug auf eine Kündigung außerhalb des Anwendungsbereichs des Kündigungsschutzgesetzes. Das LAG ist zutreffend davon ausgegangen, dass die Kündigung angesichts der durch den Arbeitgeber vorgetragenen Belange auf einem einleuchtenden Grund beruht und unter Beachtung der hier nur kurzen Betriebszugehörigkeit der Klägerin weder willkürlich noch diskriminierend ist.

Der Arbeitnehmer ist durch die Herausnahme aus dem Kündigungsschutzgesetz nicht völlig schutzlos gestellt. Denn dort wo das Kün-

digungsschutzgesetz keine Anwendung findet, ist der Arbeitnehmer durch die zivilrechtlichen Generalklauseln vor einer sitten- oder treuwidrigen Ausübung des Kündigungsrechts des Arbeitgebers geschützt. Zudem sind Kündigungen, die außerhalb des Anwendungsbereichs fallen, unmittelbar am Maßstab des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes zu messen (vgl. BAG v. 19. Dezember 2013, Az. 6 AZR 190/12). Soweit der Arbeitgeber eines Kleinbetriebes daher im Rahmen einer betriebsbedingten Kündigung unter mehreren Arbeitnehmern eine Auswahl zu treffen hat, gebietet Art. 12 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip ein gewisses Maß an sozialer Rücksichtnahme. Insoweit ist auch ein durch langjährige Mitarbeit erdientes Vertrauen bei der Entscheidung zu berücksichtigen. Der durch die Generalklauseln vermittelte Schutz darf allerdings nicht dazu führen, dass dem Arbeitgeber im Kleinbetrieb praktisch die Maßstäbe der Sozialwidrigkeit des Kündigungsschutzgesetzes auferlegt werden. Eine Gleichstellung würde schließlich dem gesetzgeberischen Willen, Kleinbetriebe aus dem Anwendungsbereich des KSchG auszunehmen, zuwider laufen.

Karina Sander,
Rechtsanwältin

Haftung der Landkreise, kreisfreien Städte und Rettungszweckverbände für Fehler im Rettungsdienst

Der Rettungsdienst ist im Freistaat Sachsen öffentlich-rechtlich ausgestaltet mit der Folge, dass die Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Aufgaben sowohl im Ganzen wie im Einzelfall der hoheitlichen Tätigkeit zuzurechnen sind. Die Teilnahme bei einem rettungsdienstlichen Einsatz stellt sich daher als Ausübung eines öffentlichen Amtes dar. Der Notarzt in Sachsen übt daher ein öffentliches Amt aus. Für Fehler des Notarztes bei einem Rettungsdiensteinsatz haften die Rettungszweckverbände sowie die Landkreise und kreisfreien Städte, die sich nicht zu einem Rettungszweckverband zusammengeschlossen haben.

Oberlandesgericht Dresden, Urteil vom 14. Februar 2017, Az. 4 U 1256/16

Hintergrund der Entscheidung

Im Rahmen eines Notarzteeinsatzes in Sachsen wurde ein Mann intubiert. Nachfolgend zeigten sich bei ihm unter anderem eine Hirnschädigung, ein Hirnödem und eine Tetraparese. Der Mann nahm den Träger des Rettungsdienstes und zwei an dem Einsatz beteiligte Behandler auf Schadensersatz, Schmerzensgeld und die Feststellung der Einstandspflicht in Anspruch, da die an dem Notarzteeinsatz beteiligten Behandler nach seiner Auffassung bedingt vorsätzlich, zumindest aber grob fahrlässig, ihre Pflichten als Behandler verletzt hätten. Im Rahmen des Klageverfahrens trug der Patient vor, der Landkreis hafte in seiner Eigenschaft als Träger des Rettungsdienstes nach Amtshaftungsgrundsätzen. Er müsse jedenfalls für ein Fehlverhalten der Rettungsassistenten einstehen.

Das Landgericht Chemnitz wies die Klage soweit sie gegen den Landkreis gerichtet war ab, da im Freistaat Sachsen die Verantwortlichkeit für die notärztliche Versorgung nach Auffassung des Landgerichts nicht den kommunalen Gebietskörperschaften, sondern den Krankenkassen und ihren Verbänden obliege. Hiergegen legte der Kläger Berufung zum Oberlandesgericht Dresden ein.

Entscheidung des Gerichts

Das Oberlandesgericht war jedoch anderer Ansicht und hob das Urteil des Landgerichts auf.

Das Gericht verwies darauf, dass der Rettungsdienst im Freistaat Sachsen öffentlich-rechtlich ausgestaltet sei, mit der Folge, dass die Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Aufgaben sowohl im Ganzen wie im Einzelfall der hoheitlichen Tätigkeit zuzurechnen sind. Die Teilnahme bei einem rettungsdienstlichen Einsatz stelle sich daher als Ausübung eines öffentlichen Amtes dar. Dies spiegele auch das sächsische Gesetz über den Brandschutz-, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG) wieder. In § 2 Abs. 2 SächsBRKG würde klargestellt, dass der Rettungsdienst die Notfallrettung und den Krankentransport als öffentliche Aufgabe umfasst.

Gemäß Art. 34 S. 1 Grundgesetz (GG) treffe die Verantwortlichkeit, wenn ein Amtsträger in Ausübung eines öffentlichen Amtes die ihm einen Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht verletzt, grundsätzlich den Staat oder die Körperschaft, in deren Dienst er steht. In den Fällen, in denen der Amtsträger unter Herauslösung aus der Organisation seiner Anstellungskörperschaft von einer anderen Körperschaft zur Ausübung hoheitlicher Tätigkeit eingesetzt wird, hafte für Amtspflichtverletzungen allein die Körperschaft, die den Bediensteten mit der Wahrnehmung der betreffenden Aufgabe betraut, ihn damit zur Mitwirkung bei der Erfüllung ihrer hoheitlichen Aufgaben berufen hat. Dies war für den hier in Rede stehenden Notarzteinsatz der beklagte Landkreis und nicht wie durch das Landgericht angenommen, die Krankenkassen und ihre Verbände.

Zwar sei den Krankenkassen und ihren Verbänden durch § 28 SächsBRKG die Sicherstellung der Notarztversorgung zugewiesen, auf dessen Grundlage sich die sächsischen Krankenkassen und die Verbände der Krankenkassen gem. § 219 SGB V zu der Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Krankenkassen (ARGE NÄV) zusammengeschlossen haben. Dieser Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen beziehe sich jedoch allein auf Fragen der Vorfeldorganisation. Aufgabe der ARGE NÄV sei es hiernach für die Vergütung der Notarzteinsätze Sorge zu tragen, qualifizierte Notärzte zur Verfügung zu stellen und an der Organisation mitzuwirken. Weitergehende Aufgaben im Zusammenhang mit der Einsatzdurchführung würden ihr nicht übertragen. Sie sei im Übrigen auch nicht Anstellungskörperschaft der Notärzte. Vielmehr schliesse ARGE NÄV mit den Krankenhausträgern Vereinbarungen über die Mitwirkung und Vergütung der notärztlichen Versorgung. Dies lasse jedoch die auch den Notarzteinsatz umfassende Verantwortung für die eigentliche Notfallversorgung bei dem in § 3 SächsBRKG bestimmten Aufgabenträger (Rettungszweckverbände und die Landkreise und kreisfreien Städte, die sich nicht zu einem Rettungszweckverband zusammengeschlossen haben) unberührt. Die Rechtslage sei insofern mit der in Thüringen, wo für Behandlungsfehler des Notarztes die Kassenärztliche Vereinigung haftet, nicht vergleichbar. Denn der sächsische Gesetzgeber habe von der Möglichkeit nach § 75 Abs. 1, S. 2 SGB V a. F., die Aufgabe den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu übertragen, keinen Gebrauch gemacht.

Über den tatsächlichen Schadenersatzanspruch entschied das Oberlandesgericht nicht, sondern verwies den Streit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurück an das Landgericht. Für das weitere Verfahren vor dem Landgericht wies das Oberlandesgericht aber bereits darauf hin, dass eine persönliche Haftung der Behandler ausscheide, da Art. 34 GG die Haftung auf den Staat bzw. die Körperschaft öffentlichen Rechts überleitet. Eine persönliche Haftung des

Notarztes komme nur in Betracht, wenn das Verhalten des Amtsträgers sich ausnahmsweise auf eine in Ausübung eines öffentlichen Amtes begangene Pflichtverletzung und zugleich als unerlaubte Handlung innerhalb des privatrechtlichen Geschäftskreises des öffentlichen Dienstherrn darstelle. Dafür seien jedoch keine Anhaltspunkte ersichtlich.

Bewertung

Die Entscheidung ist von großer Bedeutung, da sie einmal mehr die Uneinheitlichkeit der rechtlichen Rahmenbedingungen der notärztlichen Versorgung in den verschiedenen Bundesländern verdeutlicht.

Erst im Januar entschied der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 12. Januar 2017, Az. III ZR 312/16, dass der Notarzt im Rettungsdienst in Thüringen zwar ebenfalls ein öffentliches Amt ausübe, für Fehler des Notarztes bei einem Rettungseinsatz aber die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen hafte. Wieder anders entschied das Oberlandesgericht Karlsruhe in seiner Entscheidung vom 13. April 2016, Az. 13 U 103/13, zur Rechtslage in Baden-Württemberg, wo rettungsdienstliche Tätigkeit von Notärzten in der Regel privatrechtlich und nicht hoheitlich zu beurteilen sei. Hieran wird deutlich, dass die Frage einer Haftung des Trägers des Rettungsdienstes für Pflichtverletzungen des im Rettungsdienst tätigen Personals in Abhängigkeit der jeweils geltenden landesrechtlichen Vorschriften unterschiedlich beurteilt werden kann.

Matthias Wrana, LL.M.,

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

II. Aktuelle Entwicklungen

Medizin 4.0 – Anforderungen an die IT-Sicherheit

Selbst der Gesundheitssektor ist gegen Viren und Cyberattacken nicht immun

Die Digitalisierung hält Einzug in den Gesundheitssektor und wird in Anlehnung an den Industriesektor als „Medizin 4.0“ gefeiert. Die Erhebung, Aus- und Verwertung von Daten, wie es beispielsweise bei Big Data Analysen erfolgt, spielen dabei regelmäßig eine bedeutsame Rolle und eröffnen neue Erkenntnismöglichkeiten und Geschäftspotentiale.

So analysieren beispielsweise zahlreiche Dienstleister von Gesundheitsportalen, Fitness-Apps sowie Fitness-Trackern das Bewegungsverhalten (z. B. durch Standortdaten) und das subjektive Empfinden ihrer Nutzer (z. B. Herzschlag, Puls und Hauttemperatur). Unterschätzt werden hierbei regelmäßig die strengen datenschutzrechtlichen Vorgaben bei der Verarbeitung dieser besonderen personenbezogenen Daten.

Auch für Krankenhäuser und Krankenkassen ist die „Medizin 4.0“ ein großes Thema und macht beispielsweise den Umgang mit Krankenakten, Notfalldaten und verordneten Medikamenten maßgeblich effizienter. Während hier schon ein Bewusstsein für den Datenschutz vorhanden ist, haben aktuelle Cyberattacken, wie „WannaCrypt“ im Mai 2017, gezeigt, dass bezüglich der Cybersicherheit noch Nachholbedarf besteht. So waren hiervon weltweit allein 40 Kliniken, vor

allem in Großbritannien, betroffen. Schon im Februar 2016 wurden deutsche Krankenhäuser zum Hacker-Ziel. Dies führte insbesondere bei einer Klinik in Düsseldorf-Neuss nicht nur zu einem finanziellen, sondern vor allem auch zu einem erheblichen Reputationsschaden.

Die Beispiele zeigen, dass neben dem Datenschutz auch die IT-Sicherheit für Unternehmen im Gesundheitssektor einen sehr hohen Stellenwert einnehmen muss.

IT- und Datensicherheit

Datenschutzrechtliche Vorgaben

Den meisten im Gesundheitssektor tätigen Unternehmen und Institutionen ist bekannt, dass sie ausreichende technische und organisatorische Maßnahmen i. S. v. § 78a SGB X i. V. m. der Anlage zu § 78a SGB X sowie den allgemeinen Datenschutzbestimmungen, wie § 9 BDSG i.V.m. der Anlage zu § 9 BDSG implementieren und befolgen müssen. Diese Schutzmaßnahmen müssen dabei in einem angemessenen Verhältnis zum Schutzzweck stehen. Bei Gesundheitsdaten gilt diesbezüglich ein sehr strenger Maßstab. Mit der ab Mai 2018 geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) werden zusätzliche Anforderungen gestellt. So wird mit Art. 25 DSGVO zukünftig die Verpflichtung zur sog. Data Privacy by Design and Default bestehen, wonach schon die Gestaltung der Technik und Voreinstellung von IT-Systemen die Verarbeitung personenbezogener Daten reduzieren sollen.

Ebenfalls weitestgehend bekannt ist, dass im Falle einer Datenpanne nach § 42a BDSG sowie § 83a SGB X Informationspflichten, die sog. Data Breach Notification, bestehen. Die diesbezüglichen Reaktionszeiten, innerhalb derer diese Mitteilungen an die Datenschutzbehörden und Betroffenen zu erfolgen haben, werden sich dabei jedoch mit der DSGVO dramatisch verkürzen. So sind Aufsichtsbehörden zukünftig in der Regel innerhalb von 72 Stunden zu informieren.

IT-Sicherheitsgesetz

Unternehmen aus dem Gesundheitssektor sind gemäß § 2 Abs. 10 S. 1 Nr. 1 des Gesetzes über das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSIG) weiteren IT-sicherheitsrelevanten Pflichten ausgesetzt, soweit diese „Betreiber einer Kritischen Infrastruktur“ sind.

Kritische Infrastrukturen des Gesundheitssektors

Wer konkret als „Betreiber einer Kritischen Infrastruktur“ zu qualifizieren ist, sollte nach dem Willen des Gesetzgebers durch eine Verordnung festgelegt werden. Dies ist nun in Bezug auf den Gesundheitssektor mit der ersten Verordnung zur Änderung der BSI-Kritisverordnung, die am 30. Juni 2017 in Kraft getreten ist, erfolgt.

Hiernach sind wegen ihrer besonderen Bedeutung für das Funktionieren des Gemeinwesens im Sektor Gesundheit zunächst folgende Dienstleistungen „kritisch“:

- die stationäre medizinische Versorgung (Aufnahme, Diagnose, Therapie, Unterbringung/Pflege, wie auch die Entlassung von Patienten);
- die Versorgung mit unmittelbar lebenserhaltenden Medizinprodukten, die Verbrauchsgüter sind (Herstellung und Abgabe);
- die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und Blut- und Plasmakonzentraten zur Anwendung im oder am menschlichen Körper (Herstellung, Vertrieb und Abgabe) sowie
- Laboratoriumsdiagnostik (Transport und Analyse).

Dabei unterfällt nicht jeder Anbieter der vorgenannten Dienstleistungen dem BSIG, sondern Betreiber einer Kritischen Infrastruktur sind nur solche, die die im Anhang 5 Teil 3 Spalte B der BSI-Kritisverordnung aufgelisteten Schwellenwerte erreichen. Ein Krankenhaus fällt beispielsweise unter das BSIG bzw. die KRITIS-VO, sofern es eine vollstationäre Fallzahl von 30.000 pro Jahr aufweist.

Pflichten nach dem IT-Sicherheitsgesetz

Nach § 8a BSIG muss ein Betreiber einer Kritischen Infrastruktur angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit seiner informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse treffen, die für die Funktionsfähigkeit der von ihm betriebenen Kritischen Infrastrukturen maßgeblich sind. Dabei soll der Stand der Technik eingehalten werden, wobei Branchenverbände Sicherheitsstandards vorschlagen können. Die organisatorischen und technischen Vorkehrungen sind angemessen, wenn der dafür erforderliche Aufwand nicht außer Verhältnis zu den Folgen eines Ausfalls oder einer Beeinträchtigung der betroffenen Kritischen Infrastruktur steht.

Die Erfüllung dieser Anforderungen hat der Betreiber der Kritischen Infrastruktur dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) regelmäßig nachzuweisen. In der Regel erfolgt dies über entsprechende Zertifizierungen. Zu beachten ist hierbei, dass diese technischen und organisatorischen Maßnahmen nicht identisch zu denjenigen sind, die im Rahmen des Datenschutzes zu beachten sind. Dies ergibt sich aus den unterschiedlichen Schutzzwecken der Gesetze. Während beim Datenschutz der Betroffene, also z. B. der Patient, vor einer unberechtigten Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten geschützt werden muss (ggf. sogar vor der verarbeitenden Stelle selbst), zielt das BSIG ausschließlich auf den Schutz der IT-Systeme ab.

Aufgrund einer gesetzlichen Übergangsfrist haben Unternehmen aus dem Gesundheitssektor nun zwei Jahre ab Inkrafttreten der Verordnung Zeit, die Vorgaben von § 8a BSIG umzusetzen. Danach drohen den Unternehmen empfindliche Bußgelder von bis zu EUR 50.000.

Neben § 8a BSIG treffen die Betreiber der Kritischer Infrastrukturen jedoch noch weitere Verpflichtungen, wie beispielsweise dem BSI bestimmte Störungen ihrer IT-Systeme zu melden oder dem BSI eine Kontaktstelle mitzuteilen.

Praktische Handlungsempfehlung

Zwei Jahre klingt zunächst nach einem langen Zeitraum, dieser kann aber tatsächlich sehr kurz sein, wenn man bedenkt, dass die gesamte IT-Infrastruktur geprüft und die gefundenen Sicherheitsmängel behoben werden müssen, zumal diesen IT-Projekten ggf. langwierige Vergabeverfahren vorausgehen.

Zu beachten ist auch, dass es jedem einzelnen Unternehmen selbst obliegt, zu überprüfen, ob es dem BSIG unterfällt oder nicht. Dabei sollten auch Unternehmen, die gerade knapp unter den in der KRITIS-VO normierten Schwellenwerten liegen, ihre IT-Systeme nach den Vorgaben des § 8a BSIG gestalten und zudem hinsichtlich der Anwendbarkeit des BSIG eine regelmäßige Prüfung vornehmen, um hier keine unangenehme Überraschung zu erleben.

Selbst Unternehmen, die weit unter den Schwellenwerten liegen, sollten ihre Systeme aus Eigeninteresse dahingehend überprüfen, ob diese dem aktuellen Stand der Technik im Hinblick auf die IT-Sicherheit entsprechen.

Dr. Claudio G. Circo,
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Informationstechnologierecht

Mindestlöhne in der Pflege steigen

Die Bundesregierung hat mit der Dritten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche eine Anhebung der Mindestlöhne in der Pflegebranche beschlossen. Den allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn gibt es seit 2015. Er liegt derzeit bei EUR 8,84. In der Altenpflege gilt allerdings bereits seit August 2010 ein spezieller Pflegemindestlohn. Er galt zunächst nur für stationäre Einrichtungen. Seit 1. Januar 2015 gilt er auch für die ambulante Krankenpflege.

Mit der Verordnung gelten für alle Pflegebetriebe und ihre Beschäftigten die bereits im April von der paritätisch besetzten Pflegemindestlohn-Kommission ausgehandelten Lohnuntergrenzen: Dies sind ab November 2017 EUR 10,20 pro Stunde in den alten Bundesländern, EUR 9,50 in den neuen Bundesländern. Die Lohnuntergrenzen gelten auch für ausländische Pflegeunternehmen, die ihre Arbeitskräfte nach Deutschland entsenden.

Die Verordnung tritt zum 1. November 2017 in Kraft und sieht bis April 2020 eine stufenweise Anhebung des Mindestlohnes vor.

von/bis	Mindestlohn West	Mindestlohn Ost	Mindestlohn Berlin
01.11.17 bis 31.12.17	10,20 €	9,50 €	10,20 €
01.01.18 bis 31.12.18	10,55 €	10,05 €	10,55 €
01.01.19 bis 31.12.19	11,05 €	10,55 €	11,05 €
01.01.20 bis 30.04.20	11,35 €	10,85 €	11,35 €

Neue Regelungen im EBM zum Notfall- und Bereitschaftsdienst

Ärzte im Notfall- und Bereitschaftsdienst erhalten seit 1. April 2017 für besonders schwere und aufwändige Fälle eine höhere Vergütung. Der Beschluss hierzu wurde bereits am 7. Dezember 2016 durch den erweiterten ergänzten Bewertungsausschuss gefasst. Neu sind zwei verschiedene sog. Schweregradzuschläge zu den Notfallpauschalen (GOP 01210 und 01212) für Fälle mit erhöhtem Behandlungsaufwand.

Mit dem Ziel der Entlastung der Notfallambulanzen wurde ebenfalls eine Abklärungspauschale (GOP 01205 bzw. 01207) für Patienten eingeführt, die keine dringende Behandlung benötigen und durch einen Vertragsarzt in der normalen Sprechstunde versorgt werden können. Die Abklärungspauschale kann abgerechnet werden, wenn ein Patient in die reguläre vertragsärztliche Versorgung weitergelei-

tet werden kann, weil er kein Notfall ist. Damit wird die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit und Koordination der weiteren Behandlung vergütet. Die Ausschlässe sind die gleichen wie bei den bestehenden Notfallpauschalen (GOP 01210, 01212, 01214 und 01216 und 01218). Zudem dürfen neben der Abklärungspauschale nicht die EBM-Kapitel 33, 34, und 35 (bildgebende Diagnostik) abgerechnet werden.

Die Finanzierung der Zuschläge sowie der Abklärungspauschale erfolgt durch eine Umfinanzierung mit Geldern, die für die Vergütung ambulanter Notfalleleistungen bereitstehen. Infolgedessen wurde die Notfallpauschale für die Behandlung am Tag (GOP 01210) zum 1. April 2017 um 70 Cent (von 127 Punkten auf 120 Punkte) abgesenkt.

Einführung der Videosprechstunde im EBM

In der Sitzung des Bewertungsausschuss vom 21. Februar 2017 haben KBV und GKV-Spitzenverband die Einführung der Videosprechstunde in den EBM beschlossen und sich auf eine Vergütungsregelung geeinigt. Damit kann die Videosprechstunde bereits ab April als neue telemedizinische Leistung durchgeführt werden.

Die technischen Anforderungen für Praxen und Videodienste wurden zwischen den Vereinbarungsparteien bereits im November vorigen Jahres als Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte beschlossen. Darüber hinaus steht nun fest, für welche Facharztgruppen und Indikationen/Krankheitsbilder (z. B. visuelle Verlaufskontrolle von Operationswunden, Bewegungseinschränkungen und -störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Kontrolle von Dermatosen einschließlich der diesbezüglichen Beratung) eine Videosprechstunde eingesetzt und vergütet werden kann.

Praxen erhalten für Videosprechstunden bis zu EUR 800 jährlich pro Arzt. Seit April gibt es für jede Videosprechstunde einen Technikzuschlag von EUR 4,21 (GOP 01450, Bewertung: 40 Punkte) für bis zu 50 Videosprechstunden im Quartal. Die Mittel dienen je hälftig der Kostendeckung und der Förderung von Videosprechstunden. Für Fälle, bei denen der Patient in einem Quartal nicht die Praxis aufsucht, wurde eine analoge Regelung zum telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt vereinbart: Ärzte rechnen hier die neue GOP 01439 (88 Punkte, EUR 9,27) ab, die ebenfalls zum 1. April 2017 in den EBM aufgenommen wurde.

Autoren



Dr. Claudio G. Chirco,
Rechtsanwalt, Fachanwalt für
Informationstechnologierecht
BEITEN BURKHARDT
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH,
Düsseldorf



Karina Sander,
Rechtsanwältin,
BEITEN BURKHARDT
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH,
Berlin



Matthias Wrana, LL.M.,
Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht,
BEITEN BURKHARDT
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH,
Berlin

Hinweise

Diese Veröffentlichung stellt keine Rechtsberatung dar.

Wenn Sie diesen Newsletter nicht mehr erhalten möchten, können Sie jederzeit per E-Mail (bitte E-Mail mit Betreff „Abbestellen“ an Anke.Kolczynski@bblaw.com) oder sonst gegenüber BEITEN BURKHARDT widersprechen.

© BEITEN BURKHARDT Rechtsanwaltsgesellschaft mbH.
Alle Rechte vorbehalten.

Impressum

BEITEN BURKHARDT Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
(Herausgeber)
Ganghoferstraße 33, D-80339 München
AG München HR B 155350/USt.-Idnr: DE811218811

Weitere Informationen (Impressumsangaben) unter:
<https://www.beiten-burkhardt.com/de/hinweise/impressum>

Redaktion (verantwortlich)

Dr. Karl-Dieter Müller

Ihre Ansprechpartner

Berlin • Kurfürstenstraße 72-74 • 10787 Berlin
Dr. Silke Dulle, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht
Tel.: +49 30 26471-317 • Silke.Dulle@bblaw.com
Matthias Wrana, LL.M., Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Tel.: +49 30 26471-245 • Matthias.Wrana@bblaw.com



Weitere interessante Themen und
Informationen zu Healthcare finden
Sie in unserem Onlinebereich.



BEIJING • BERLIN • BRÜSSEL • DÜSSELDORF • FRANKFURT AM MAIN
MOSKAU • MÜNCHEN • ST. PETERSBURG

WWW.BEITENBURKHARDT.COM