



Liebe CB NEWS-Leser,

Im letzten CBNEWS habe ich mit Spekulationen angefangen – dann macht es doch Sinn, jetzt mit Ostereiern weiterzumachen. Passt ja auch thematisch, wenn man bedenkt, dass der PKV-Verband sich nicht scheut, uns das eine oder andere Ei ins Nest zu legen. Eine „denkwürdige“ Episode will ich Ihnen nicht vorenthalten: Praxis A schreibt einen privaten Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen und plant auch funktionsanalytische Leistungen. Darauf die private Krankenversicherung u.a.: Der Ansatz der GOZ-Ziffern 8000ff. sei nicht nachvollziehbar. Nach Ansicht der Versicherung seien diese Leistungen im Zusammenhang mit einer Brücke im Unterkiefer nicht notwendig. Am gleichen Tag erhält Praxis B auch ein Schreiben einer privaten Krankenversicherung. Diese forderte vom Zahnarzt die Kosten für eine vor fünf Jahren hergestellte Brücke zurück, denn diese sei behandlungsfehlerhaft hergestellt worden. Schließlich habe es der Zahnarzt seinerzeit unterlassen, funktionsanalytische Leistungen nach den Nrn. 8000ff. zu erbringen. ??? So kanns gehen!

Darüber hinaus schreibt der PKV-Verband nun an einem eigenen Kommentar zur GOZ – nachzulesen unter <http://www.zbe.ebenbeck.com/aktuelles.php>.

Unsere Musterschreibenproduktion hat wieder neuen Schwung bekommen!

Vereinbarung eines Abtretungsverbotes nach Auffassung von Gerichten unwirksam

Das kennen Sie auch: Ihr Patient erhält eine Honorarrechnung von Ihnen, die nicht in voller Höhe von der PKV anerkannt wird. Jetzt wird die Rechnung jedoch trotz allem vom Patienten bezahlt, dieser tritt aber seinen vermuteten Rückforderungsanspruch gegen Sie auf Veranlassung der Versicherung an diese ab. Die Versicherung wendet sich dann - nachdem sie selbst vollständig an den Patienten gezahlt hat - unmittelbar an die Praxis und fordert hier den zu viel bezahlten Betrag aus abgetretenem Recht ein. Um diesen sog. Gläubigerwechsel (Versicherung anstelle des Patienten) zu verhindern, vereinbaren Praxen mit ihren Patienten Abtretungsverbote. Mit der Wirksamkeit dieser Abtretungsverbote hat sich auch die Rechtsprechung befasst. Zwei jüngst bekannt gewordene Urteile des LG Saarbrücken vom 26.01.2011 (AZ 9 O 146/10) und LG Freiburg vom 08.12.2011 (AZ 3 S 306/10) kommen übereinstimmend zu einem für Praxen unerfreulichen Ergebnis. Die Gerichte haben entschieden, dass der mögliche Rückzahlungsanspruch des Patienten gegen die Praxis bereits aus dem Gesetz (§§ 194 Abs. 2 i.V.m. 86 Abs. 1 und 2 VVG) heraus auf die private Krankenversicherung übergeht und dieser Übergang nicht durch Vereinbarung zwischen Patient und Praxis ausgeschlossen werden kann.

Abweichen von Hygienevorschriften kann zur Umkehr der Beweislast führen

Dokumentationspflicht genau beachten

In Arzthaftungsprozessen, in denen es um vermeintliche Hygienemängel einer Praxis geht, ist es problematisch, wenn offenbar ein Abweichen von den „offiziellen“ Hygienemaßgaben vorliegt.

In einem solchen Fall müsse der betroffene Arzt selbst nachweisen, dass sein Verhalten nicht fehlerhaft war, etwa weil sein Vorgehen neuen rein wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprach oder weil der konkrete Fall dies erforderte. Weitere Gründe für ein modifiziertes Vorgehen könnten konkret beispielsweise in weiteren Erkrankungen des Patienten oder in der besonderen, von den üblichen Fällen abweichenden Art seiner Verletzung liegen. Jedenfalls handele es sich beim Thema Hygiene um eine Kategorie des voll beherrschbaren Risikobereichs. Ebenso seien die u.a. im Infektionsschutzgesetz normierten Aufzeichnungs- und Dokumentationspflichten strikt zu beachten, wenn man sich nicht erhebliche Prozessnachteile einhandeln wolle.

Quelle: „Ärzte Zeitung online“ am 20. September 2012

Aufklärung auch über seltene Komplikationen

Das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz hat die Rechtsprechung bestätigt, die davon ausgeht, dass auch über sehr seltene Komplikationen ärztlicher Eingriffe aufgeklärt werden muss, wenn es sich um typische oder besonders folgenschwere handelt (Az.: 5 U 496/12). Im konkreten Fall litt eine Patientin nach dem Setzen zweier Implantate unter täglichen Schmerzen, insbesondere beim Kauen. Die Klägerin meinte, sie sei über die Risiken der Behandlung und mögliche Alternativen nicht hinreichend aufgeklärt worden.

Das LG Trier hatte der Frau bereits ein Schmerzensgeld von 7000 Euro zugesprochen. Das OLG wies die Berufung des Zahnarztes mit der Begründung ab, er habe "nicht den ihm obliegenden Beweis erbracht, die Klägerin über alle Risiken umfassend und sachgemäß aufgeklärt zu haben". Im Prozess hatte sich die Ärztin, die das Aufklärungsgespräch mit der Patientin geführt hatte, nicht an den konkreten Inhalt des Gesprächs erinnern können. Die schriftliche Aufklärung enthalte zwar einen Verweis auf das Risiko der "Nervenschädigung". Daraus könnten Patienten aber nach Auffassung des Gerichts nicht entnehmen, dass es zu einer dauerhaften Sensibilitätserschädigung mit dauerhaften Schmerzen kommen könne. Der Arzt müsse "umfassend über die Folgen aufklären". Denn die Folgen könnten das Leben der Patienten besonders tiefgreifend und nachhaltig beeinträchtigen. Quelle: äz

Änderung des VVG: Schnelle Auskunft über die Höhe einer Kostenübernahme

Am 31. Januar 2013 hat der Bundestag eine wichtige Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verabschiedet. Jetzt haben Privatversicherte einen Anspruch auf eine schnellere Information über ihren jeweiligen Versicherungsschutz und ihr mögliches finanzielles Risiko bei einer Heilbehandlung, und zwar dann, wenn die Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten. Der neue Absatz in § 192 Abs. 8 VVG lautet: (8) „Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2 000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.“

Dies bedeutet konkret: Die PKV muss nun spätestens vier Wochen bei weniger dringlichen Fällen nach Erhalt des Heil- und Kostenplans antworten. Bei dringlichen Fällen sogar innerhalb von zwei Wochen. Ist diese Frist überschritten, so wird bis zum Beweis des Gegenteils (Beweislastumkehr) eine medizinische Notwendigkeit der geplanten Heilbehandlung vermutet. Verstreichet vor allem bei umfangreichen Heil- und Kostenplänen zu viel Zeit bis zu einer Entscheidung über die Kostenzusage, können Patienten sich jetzt die übliche Verzögerungstaktik wehren.

Aktuelle Seminare 2013:

GOZ-Master 2013

Mittwoch, 24.04.2013

Freitag, 26.04.2013

Samstag, 27.04.2013

3 Tage, 675 € inkl. MWSt.

GOZ-Arbeitskreis in Greven

Mittwoch, 22.05.2013

Anmeldung per Mail/FAX:

info@ch-baumeister.de

FAX 02364-60 68 30

